

СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" на тему:
"Застосування сучасних міжнародних протоколів
в умовах надання медичної допомоги пораненим
під час бойових дій"

16 березня 2018 року

КОРЧИНСЬКА О.А. Шановне панство! Я перепрошую. У нас з вами початок, уже достатньо пройшло часу. Зараз усі підходять. Я би просила, якщо вам зручно так сидіти, тому що тут є вільні місця, щоб ви зараз самоорганізувалися, сіли, щоб були всі зайняті місця. Пане Олександр, ви знайшли, де ваше місце? Тому що ви один із перших виступаючих. Всі сіли?

Я би просила зараз тих, хто сидять на місцях, просто сісти за стіл, і ми розпочинаємо. Так, Олександр є, Денис є.

Всім доброго дня. Комітет Верховної Ради з питань охорони здоров'я радий вас бачити сьогодні в цій залі. Сьогодні у нас з вами дуже важлива тема. Я – Оксана Корчинська, Перший заступник Голови Комітету Верховної Ради з охорони здоров'я і в тому числі медичний координатор АТО. Або офіційна посада називається "заступник голови Цивільно-військового штабу з медицини України".

Нагадаю, що цей штаб ми організували спеціально під час 2014 року, позаяк тоді учасники системи евакуації поранених не могли зрозуміти, хто на якому місці і хто який рівень повинен надавати. Ми організували штаб, і від 19 травня 2015 року він діє офіційно. І в цьому нашому положенні нашого штабу є те, що важливо для п'яти міністерств, плюс Міністерство додалося у нас окреме – інфраструктури, це окремо. Його підписанти – це безпосередньо міністр оборони, міністр внутрішніх справ, міністр охорони здоров'я, президент Академії наук, голова СБУ і безпосередньо те, що я сказала, що додалося по тих протоколах, це Міністерство інфраструктури, позаяк ми його залучаємо в тому числі для евакуації поранених.

Те, що для нас важливо, по цьому штабу, він діючий і зараз. Ми нещодавно обговорювали з Міністерством охорони здоров'я і Міністерством оборони, чи в зв'язку з тим, що у нас з вами по оборонному бюлетеню вже є координаційна рада безпосередньо і яка повинна впроваджувати всі положення оборонного бюлетеня, чи ми скорочуємо наш оперативний штаб, який був, чи залишається тільки стратегічний штаб. Ми вирішили спільним рішенням з Прем'єр-міністром, з міністром оборони і з виконуючим обов'язки міністра охорони здоров'я, пані Уляною Супрун, що оперативний штаб лишається, він працює безпосередньо, все, що стосується зони АТО і навколишніх територій, а стратегічний штаб працює безпосередньо, сьогодні

вже Міністерство озвучить, скільки часу, він працює якраз над стратегією, над впровадженням оборонного державного бюлетеня.

Наша тема сьогодні з вами та, котра для нас принципова при евакуації поранених, травмованих, соматично хворих в зоні антитерористичної операції, котру ми з вами можемо собі дозволити як військові медики, парамедики називати російсько-українською війною. Нам з вами можна не підбирати слова і не казати, що це антитерористична операція, ми можемо це казати словом "фронтом". Тому в даному разі таких обмежень у вас ні в якому разі немає, ми країна свободи, країна поваги і гідності до своїх громадян, і в тому числі до військовослужбовців, добровольців і волонтерів.

Тому те, що ми сьогодні з вами зібрались через 4 роки від початку війни і проводимо перший системний захід по впровадженню і застосуванню сучасних медичних протоколів в умовах надання медичної допомоги пораненим під час бойових дій, без сумніву, це слово не тільки "пораненим", без сумніву, сюди входить і травмованим, і соматично хворим.

Тому в нас сьогодні перша, скажемо, така внутрішня нарада, тому що в оборонному бюлетені, у вас оборонні бюлетені в кожного на столі, я прошу підняти ваші матеріали. У вас є засідання "круглого столу" і ви побачите в кінці, якщо відкриєте оборонний бюлетень, ми вам роздрукували все, що стосується оборонного бюлетеня, щоб ви не шукали на сайті Адміністрації Президента. Ми вам відкрили і сторінка 77 стосується безпосередньо якраз нашого з вами "круглого столу", де чітко сказано, які стандарти ми повинні до кінця цього року з вами вже запровадити на використання. Сторінка 77.

Більшість наших виступів і наших співорганізаторів якраз буде присвячена цій темі. І я дуже вдячна за час і якраз за людину, яка нам підготувала для фронту, для добровольчих підрозділів дуже багато, мабуть, одних з кращих наших парамедиків і військових медиків, співорганізатором нашого "круглого столу" є Сурков Денис Миколайович, він завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії для новонароджених Дніпровської обласної лікарні, асистент кафедри медицини катастроф та військової медицини Дніпровської медичної академії, медичний директор курсу ТССС-МР Всеукраїнської Ради з реанімації, директор медичних програм Міжнародного проекту "Центр підготовки "Патріот".

Дуже рада, що бере участь особливо на початку і тому ми надіємось, що він трошечки в нас затримається. Мені принципово було, щоб ви почули все ж таки Дениса Миколайовича.

Це Олександр Лінчевський – заступник Міністра охорони здоров'я. Олександр Лінчевський – це нам з вами близька людина, тому що один з засновників захисту патріотів, інструктор і в тому числі один з засновників нашого добровольчого госпіталю ПДМШ, потім поясните, один із учасників.

Ми з ним познайомились, як і з більшістю з вас, на фронті. Це те, що нас з вами об'єднує.

Сьогодні ми повинні перейти, скажемо, з того, що в нас був період, коли, на що могли, були спроможні на той момент, надавали допомогу. За цей час у нас надзвичайно виріс рівень наших медичних працівників Збройних Сил, добровольчих підрозділів, Національної гвардії, МВС, ДНС, тому що дуже багато нам міжнародних організацій допомагало у навчанні, дуже багато виїжджало за кордон вчитися, дуже багато приїжджало до нас.

І сьогодні мені дуже приємно, зараз я вам озвучу наших гостей, які приїхали сьогодні, і це в стому числі для мене були одні із перших моїх вчителів у 2014 році, коли я була координатором батальйону "АЗОВ". У нас з вами сьогодні в гостях Пластер Давід Метью. Ми почуємо потім коментарі.

У нас сьогодні в гостях Патрік Челу – його фактично всі знають. Він зараз експерт Празького Центру Глобального Здоров'я, ми його знаємо, як американського парамедика, який працював із "Захистом патріотів", із програмою "Медсанбат".

Сьогодні у нас з вами в гостях Джеймс Кехілл – радник Міністерства оборони України з медичних питань від США, представництво НАТО в Україні. Він сьогодні з нами.

Дуже багато виступаючих, тому у нас буде так званих 2 великих блока, між ними буде побудовано так, що перший блок нам представлять наші представники керівництво цивільної медицини Міністерства охорони здоров'я, і співорганізатор Денис Сурков.

Другий блок розпочинають наші одні з кращих добровольчих підрозділів.

Потім у нас іде військовий блок, який розпочинає голова управління Головного військово-медичного управління.

Потім у нас знову блок добровольців. Ми спеціально розбавляли для того, щоб все ж таки було трошки жвавіше.

І потім у нас блок наших правоохоронних органів, Національної гвардії, полку "АЗОВ".

Тобто таких у нас з вами три блоку. Після цього у нас обговорення.

Що б ми просили як організатори? У більшості, якщо ви подивитесь сьогодні порядок денний, то ви побачите, що в більшості доповіді дуже подібні навіть у назвах. То ми б дуже просили проявляти повагу до наших колег, коли вони виступають, чути, що вони сказали. Якщо у вас є подібне, просто не повторюватися, щоб це не було подібні теми, котрі просто озвучували різні люди. І безпосередньо сконцентровано казати те, що для нас важливо.

Само собою, ми дуже заохочуємо вас до того, щоб поділитися власним досвідом, особливо по впровадженню, в першу чергу, міжнародних протоколів, на якому рівні, тому що, як не парадоксально, наші добровольчі підрозділи по впровадженню протоколів є на вищому рівні, ніж наші основні силовики, на жаль. І на даний момент ми допомагаємо з вами Міністерству оборони, Міністерству внутрішніх справ і їх складовим: Національній гвардії, прикордонникам і СБУ все ж таки виконати положення оборонного бюлетеня. Тому що по оборонному бюлетеню вони повинні вже впровадити.

Я не бачу на даний момент представника військової медичної академії Віктора Вікторовича, тому що ми запрошували, щоб він був все ж таки у залі, тому що це одна із слабших наших ланок стосовно тактичної медицини військової ланки. І я сподіваюся, що все ж таки вони дійдуть, тому що мені б хотілося, щоб вони почули той рівень, котрий вже набули добровольчі підрозділи по навчанню і по впровадженню міжнародних протоколів.

Сьогодні я рада вітати, без сумніву, наші навчальні центри Збройних Сил України, 205-й центр, і рада вітати наш навчальний центр Національної гвардії і санінструкторів "Азову", тому що нам надзвичайно важливо почути ваш рівень. Я рада вітати всі наші добровольчі підрозділи і наші учбові центри, тому що вони – безпосередньо учасники 4-річної війни і допомоги постійної в евакуації поранених і, в тому числі, навчанні, особливо перші роки – 2014, 2015, 2016 роки. Ми абсолютно не справились би без їх допомоги і не витримали б взагалі, і не підішли би, все ж таки, до того рівня, що ми маємо з вами зараз вже, на даний момент, перший раз в 2017 році, коли по статистиці у нас безповоротних втрат, тобто загибелі наших героїв у нас це вже рівень збільшився завдяки тому, що ми навчилися вивозити з поля бою важкопоранених, рятувати їм життя в стабілізаційних пунктах, рятувати їм життя в мобільних госпіталях. І коли ми відправляємо на третинний рівень, на жаль, там вже інша ситуація. На третинному рівні вони виконують всі міжнародні протоколи. Це стосується і лікарні Мечникова, і Харківського госпіталю, котрий приймає, Центрального військового госпіталю, і наших шановних партнерів з Академії медичних наук. Але важкі поранення є важкі поранення, і це – важкі ускладнення.

І саме тому, що первинна ланка надання допомоги тактичної, ця домедична наша допомога, котру ми сьогодні з вами будемо обговорювати, виросла надзвичайно за ці роки, саме тому, на жаль, зросли, в тому числі, показники, все ж таки, наших уже безповоротних втрат на третинній ланці.

Що важливо? Яке у нас з вами те, що ми можемо не обговорювати, просто щоб ви знали як інформацію. Зараз ту частину, де відбувається війна, всіх військових лікарів, добровольчі підрозділи, само-собою, ми просимо фіксувати на рівні стабілізаційних пунктів, у нас зараз їх 11 в дії плюс 4 на запасних стоять. Тобто вони готові як стабілізаційні пункти, але там немає військового підсилення через те, що там, слава Богу, немає військових дій. І

на даний момент на всіх цих стабілізаційних пунктах у нас фіксується, в тому числі фотофіксацією, вся медична допомога, котра була надана на ланці якраз домедичної допомоги. Фіксується.

Це нам дає можливість контролювати цей процес, це нам дає можливість потім... Коли врятовано життя, всі – герої. Коли загинув боєць, нам треба зрозуміти, чи все ми зробили з вами на евакуації, що могло врятувати його життя. І для того щоб нам фіксувати і мати безпосередньо всі факти, саме для цього у нас фіксується на всіх стабілізаційних пунктах все, що стосується механічних засобів кровозупинних, все, що стосується використання хімічних засобів кровозупинних, все, що стосується часу, чи є, чи немає – сота форма або наше "Колесо" – інформація. Ми фіксуємо в обов'язковому порядку, чи боєць в даному разі має працюючий венфлон, чи включене в нього венопоповнення, які фізрозчини були використані, які додаткові лікарські засоби були використані при транспортуванні, на якому виді транспорту це відбулося. Аж до того, що ми фіксуємо, в якому стані приїхав військовослужбовець – сидячи, лежачи – ми все це відзначаємо. У нас вже є за цей рік статистика, яку ми надіємося скоро представити, коли у нас Міністерство оборони і штаб АТО, який скоро навіть назву змінить, буде все ж таки об'єднаних сил, коли нам знімуть гриф секретності з цієї інформації, дозволять це, як мінімум. Для наших медичних підрозділів це надзвичайно важливо.

Тому я вам озвучила те, що для нас, скажемо, дуже необхідно, і коли у нас навіть відбуваються порушення фіксації процесу на стабілізаційних пунктах, в основному, це наші районні лікарні, які наближені до лінії фронту, або в наших госпіталях відбувається порушення фіксації домедичної допомоги, виїжджають начмеди секторів, ми розбираємося з цього приводу. Тому що для нас принципово, щоб ця система, тому що дійсно у нас є випадки, і вони, на жаль, непоодинокі, в тому числі і зараз, коли є конфліктні ситуації, коли військова ланка звинувачує стабілізаційну ланку, каже, що вони все зробили, стабілізаційна ланка, коли зафіксувала, може довести, що було не зроблено. Але, на жаль, у нас є поодинокі, але факти, коли неякісна ревізія була у пораненого, особливо дуже багато, коли пропускають напружену кровотечу, напружену гематому, коли не перевіряють стан джгута через 40 хвилин після транспортування, коли, на жаль, не розуміють, якими лікарськими засобами треба користуватися для стабілізації. Без сумніву, у нас вже є з вами "енна" кількість бригад, де є у нас анестезіологи, котрі працюють у медротах, виїжджають назустріч, і наші партнери з наших добровольчих підрозділів, серед яких є анестезіологи або вищого класу бойові медики, які вже інтубують безпосередньо в "жовтій" зоні і довозять нам військовослужбовців у такому стані. Але поки це не системно, поки ми над цим працюємо і позаяк у нас нещодавно відбулася одна із принципових змін, що у нас тепер є єдине управління Міністерства оборони медичне,

котре тепер називається Головне військово медичне управління, і воно відповідає за всю ланку, починаючи від військової медицини до вищої госпітальної ланки, то от безпосередньо вони у нас тепер відповідають за всю систему.

Все. Дуже вдячна. Передаю слово заступнику Міністра охорони здоров'я пану Олександрю Лінчевському.

ЛІНЧЕВСЬКИЙ О.В. Друзі, я дуже коротко про всілякі паперові нудні "бумажки". По-перше, дякую всім вам за роботу, бо насправді робота робиться вами. Для того, щоб ця робота робилася - якась ділянка трішки легше або спокійніше, Міністерство охорони здоров'я має зараз так званий Наказ 1422. Про що йдеться? Як Міністерство охорони здоров'я, як держава ми визнаємо на сьогодні протоколи надання допомоги, котрі вказані в додатку. А зокрема це всі протоколи, тобто всі ТССС, тобто все, про що може йтися, все, що стосується, власне, закладів охорони здоров'я, воно на сьогодні є визнаним Міністерством охорони здоров'я і не потребує жодних підтверджень, затверджень, підписів чи будь-чого. З квітня цей наказ є чинним.

Іншими словами, будь-який госпіталь, будь-яка санчастина може зараз взяти на ваш розсуд, тобто будь-який протокол з цього додатку і впровадити своїм внутрішнім наказом. Ці протоколи не треба перепогоджувати зараз з міністерством, ні з ким іще. Іншими словами, маємо госпіталь, госпіталь вирішує, що ось цей перелом, ось це поранення лікується за таким протоколом, цей протокол є у нас в додатку (там величезні додатки на тисячі протоколів насправді), цей протокол вам підходить, вам комфортно з ним працювати, він внутрішнім наказом по госпіталю затверджується, і він має повну юридичну силу.

Іншими словами, ми не чекаємо, коли якась робоча група затвердить, розробить, подумає і дочекається, цей протокол може бути впроваджений вже. Ми таким чином даємо змогу прогресивним лікарям, прогресивним госпіталям чи закладам охорони здоров'я впроваджувати нове, не чекаючи...

КОРЧИНСЬКА О.А. Тактичний рівень, домедичний.

ЛІНЧЕВСЬКИЙ О.В. Абсолютно.

Тому з закладами охорони здоров'я тут просто.

Те, що стосується госпіталю або його підрозділів, будь-яка медико-санітарна частина, тобто все, що підпадає під визначення "заклад охорони здоров'я", ці протоколи можна використовувати.

Щодо дозволу. Тобто наша задача і наша робота зараз з координаційним центром, і це Олександр після мене доповнить, задача нашого координаційного центру зробити за аналогією, тобто дозволити це використовувати на тактичному рівні, щоб Міністерство оборони, силові відомства своїм внутрішнім наказом чи постановою щоб прийняли ці протоколи, затверджені Міністерством охорони здоров'я як обов'язкові, як можливі для використання на тактичному рівні, щоб не було оцих речей, про які ми казали. Щоб, з одного боку, можна було мати повне право вчити і юридично бути захищеним, щоб вчителі були юридично захищені, інструктори юридично захищені, навчаючи ТССС, щоб військовослужбовець, який надає допомогу за цим протоколом був зі свого боку також захищеним.

І знову ж таки, логіка нашого міністерства. Ми хочемо дозволити обирати протокол вам, ми не хочемо робити вас залежними від якоїсь робочої групи, академіків, тощо, хто далекий від поля.

Так само завдяки вам, так само, як ви почали працювати за цими протоколами, власне, тактична медицина увійшла вашими руками в цю країну, ми не можемо вас цим стримувати. І наша задача зараз паперово зробити так, щоб забезпечити вам юридичний захист. У мене все.

Дякую. Я побіг працювати.

КОРЧИНСЬКА О.А. Олександр, секунду.

Денисе, у вас запитання?

СУРКОВ Д.М. *(Не чути, без мікрофону)*

ЛІНЧЕВСЬКИЙ О.В. Тлумачення протоколів є на сайті. Я Оксані залишу, ось тут є, тобто буквально в запитаннях-відповідях воно є. Такий же вигляд воно матиме на тактичному рівні, тобто ми зараз працюємо. Feedback нам буде дуже корисним і дуже важливим. Олександр залишається. Я дуже вдячний.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

За Регламентом Верховної Ради я повинна надати слово народному депутату, позаяк до нас приєдналася народний депутат Богомолець, вона ж Голова Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я.

Пані Ольго, я вам надаю слово.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Я прошу зараз надати слово наступному доповідачу. Я після нього візьму слово.

КОРЧИНСЬКА О.А. Добре. Будь ласка.

Співорганізатор нашого "круглого столу" - пан Денис Сурков. Прошу.

СУРКОВ Д.М. Доброго дня усім присутнім! Дуже приємно бачити такий великий форум. Дуже приємно бачити людей, яких я знаю особисто, людей, яких я знаю за соціальними мережами, і отака "розвіртуалізація" відбувається. І дуже сподіваюся, що цей "круглий стіл" буде "столом" таких ентузіастів, які будуть рухати цю систему далі.

Говорячи про стандартизацію надання невідкладної допомоги пораненим, це питання треба розглядати з декількох сторін. Перше – це, власне, надання допомоги. І з цього боку я хочу наголосити на тому, що нещодавно нашим вищим військово-політичним керівництвом було остаточно підписано, що країна рухається в напрямку НАТО, що країна подала заявку на надання ПДЧ і що ми отримали статус аспіранта. Тому перше питання стандартизації, воно буде стосуватися сумісності протоколів, за якими буде надаватися допомога в українському війську, з тими протоколами, які застосовуються в країнах НАТО.

Друге питання стосується того, що постійно відбувається якась ротація підрозділів, відбувається ротація медиків: хтось звільняється, хтось приходить. І не може бути такого, щоб люди надавали допомогу розрізнено або з різних протоколів, тому що йде мова про наступність надання допомоги на різних ланках, починаючи з поля бою і закінчуючи шпитальним етапом.

І третє – це таке мислення, що стосується того, воно абсолютно конкретне – це гроші. Це так само, як ми можемо воювати будь-якими видами зброї, але у нас мають бути уніфіковані патрони. І тому питання сумісності всередині українського війська з тих протоколів, з яких надається допомога, воно буде перш за все стосуватися грошей, тобто рухомого, нерухомого майна, витратних матеріалів, набору аптечок і всього такого іншого, що застосовується реально в армії.

Яке нормативне підґрунтя? Ці питання вже були висвітлені тут, тому я дуже коротенько. Перше – це Додаток 1 до Стратегічного оборонного бюлетеню, де написано, що кінця 2018 року протоколи Tactical Combat Casualty Care, Pre-Hospital Trauma Life Support вже мають бути застосовані і запроваджені.

Друге – це був Указ Президента України ще 2015 року "Про стратегію сталого розвитку України-2020", де було написано, що ми можемо

застосовувати міжнародно визнані протоколи. Одним з перших то був Наказ Міністерства охорони здоров'я України номер 612 про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги, де були вже впроваджені положення протоколу ТССС, але це стосувалося, власне, цивільної ланки. І той Наказ номер 1422, про який казав пан Лінчевський, це наказ, який вступив у силу минулого року в квітні і який каже, що настанови, що обираються для затвердження книги клінічних протоколів, мають бути розроблені національними або фаховими медичними асоціаціями і застосовуються міжнародно визнані протоколи країн Європейського Союзу станом на 1 січня 2017 року, Сполучених Штатів Америки, Канади та Австралійського Союзу.

Тому якщо ми кажемо, чи можемо ми застосовувати протоколи тактичної медицини, які впроваджені в країнах НАТО, ми можемо сказати на це абсолютно точно: "Так, ми можемо і ми маємо для того всі юридичні підґрунтя".

Наступний слайд, будь ласка. Як ми бачимо цю систему? По-перше, не існує якогось єдиного протоколу від початку до кінця. Тобто всі протоколи, вони стосуються тієї чи іншої ланки надання медичної допомоги – від зони бойових дій і закінчуючи шпитальною частиною. Зараз я не буду торкатися шпитальної частини. Зараз я буду говорити лише про дошпитальну частину, яка буде стосуватися допомоги дошпитальної, а саме домедичної допомоги. З цього приводу ми пропонуємо розглянути трирівневу, триступеневу систему надання дошпитальної допомоги в залежності від тих функціональних завдань, які ставляться перед тими чи іншими військовими. Тому що абсолютно зрозуміло, що не тільки немає сенсу, але й не потрібно навчати на один і той же рівень, наприклад, звичайного стрільця піхотного підрозділу і, наприклад, медика роти, і саме через той факт, що перед ними будуть поставлені різні завдання. Цю систему ми запровадили вже при підготовці з тактичної медицини в Національній гвардії України. Трохи пізніше буде доповідь від навчального центру військової частини 3007, місто Золочів, як вона працює. Але це стосується не тільки надання допомоги пораненим в умовах бойових дій, а так само і надання допомоги цивільному населенню. Бо ми вже бачили, що у нас були терористичні акти або спроби терористичних актів, застосування бойової зброї в умовах цивільного населення. І ми маємо бути готові до того, щоб не тільки Збройні Сили України, а й усі складові силові, які включають в себе Збройні Сили України, Службу безпеки України, Національну гвардію України, Національну поліцію України, Державну прикордонну службу України і так далі, щоб вони надавали допомогу і готувались так само по протоколах, які мають бути абсолютно сумісними і максимально уніфікованими.

Наступний слайд, будь ласка. Тому як ми це бачимо? Тобто існує на сьогоднішній день декілька стандартів відомих, які застосовуються на

дошпитальному або саме на домедичному етапі у країнах Європейського Союзу, у Сполучених Штатах Америки і в країнах НАТО. Перш за все це відомий протокол Tactical Combat Casualty Care (або TCCC), який зараз розподіляється на два. Тобто це TCCC-AC (або Protocol for All Competency) і TCCC-MP (або Protocol for Medical Personnel). Крім того, на ваш розгляд ми представляємо такі протоколи, як Bleeding Control, який є абсолютно простим уніфікованим протоколом, який викладається за підтримки American College of Surgeons Committee on Trauma, який зараз входить до обов'язкового вивчення усіх рятівників наряду з протоколом Basic Life Support, який застосовується при раптовій серцевій смерті. І також варіантом таким наближеним до поліцейських умов протоколу TCCC, є протокол TERC (Tactical Emergency Casualty Care), який також є всесвітньовідомим.

Наступний слайд, будь ласка. Декілька слів по кожному протоколу. Що таке TCCC-AC? Це дуже простий протокол, який викладається протягом одного навчального дня, якого можемо навчити абсолютно всіх військових. Як каже один мій друг, який тут присутній: "Перед тим, як спіймати велику рибу, давайте навчимося ловити маленьку. Якщо ми зловимо багато маленької рибки, то після того ми обов'язково спіймаємо й велику".

Тобто наскільки я собі бачу, на сьогоднішній день основним завданням це є навчання стовідсотково усіх військових, які відбувають у зону військових дій, простого протоколу TCCC-AC, який буде покривати 90 відсотків попереджуваних причин смерті. І він включає в себе дуже прості рекомендації. Перш за все, пов'язані з зупинкою зовнішньої кровотечі масивної, з простого відновлення прохідності дихальних шляхів, а також швидкого розпізнання тих станів загрозливих, які потребують саме вже втручання медика, і тому боєць не буде надавати допомогу на рівень вище, але він буде точно знати, коли він має покликати медика свого підрозділу,

Наступний слайд, будь ласка. TCCC-MP – відомий протокол, який був спочатку розроблений для сил спеціальних операцій армії Сполучених Штатів Америки, додав свою дуже високу ефективність. Наприклад, всім відомо, що у 75 полку рейнджерів США на сьогоднішній день смертність від попереджених причин на дошпитальному етапі дорівнює нулю. Але після багатьох років його застосування військові Сполучених Штатів Америки дійшли висновку, що то не є надскладний протокол і що йому можна навчити і медиків звичайних підрозділів, тому що фактично він складається з двох складових. Це "Стандартні оперативні процедури" і "Базові навички", які є досить простими і протягом певного часу їх можна навчити багатьох військових. І зараз цей протокол є основним протоколом для надання домедичної і першої медичної допомоги, починаючи від рівня взводу і закінчуючи рівнем Role 1, по-нашому це медичний пункт батальйону.

Наступний слайд, будь ласка. "Простий протокол", про який я казав, який зараз викладається усім цивільним, поліцейським, військовим – будь-

кому, навіть починаючи зі старших класів загальноосвітніх шкіл. Він передбачає лише декілька простих речей. Це накладання турнікету, застосування прямого тиску на рану, накладання компресійної пов'язки і збереження тепла. Складається всього з восьми годин навчання і переатестація відбувається один раз на рік.

Наступний слайд, будь ласка. "Basic Life Support". Не буду зупинятися на цьому курсі, це є відомий курс, який в Україні впроваджений. Але він є обов'язковим для застосування на домедичному й медичному рівні поки що лише у цивільних медиків. Але, наприклад, є складові силових структур, наприклад Національна гвардія України, яка забезпечує охорону правопорядку, яка забезпечує безпеку в містах цивільних, і люди мають бути навчені простим вправам надання невідкладної допомоги у цивільних випадках.

Наступний слайд, будь ласка. "Advanced Trauma Life Support" - це вже рівень медичної евакуації і рівень приймального відділення шпиталю. Це є взагалі основний протокол з травми, який був ще запроваджений в 1978 році. І в багатьох країнах Європи і Сполучених Штатах Америки він є обов'язковим для усіх працюючих ліцензованих медиків (як парамедиків, так і медичних сестер, так і лікарів). І людина, яка не склала іспит з "Advanced Trauma Life Support", не може бути допущена для праці в системі ургентної допомоги. Наступний слайд, будь ласка. А, вибачте, то був "Advance Life Support", це поширена підтримка при раптовій серцевій смерті. Там буде далі.

ТЕСС дуже подібне до "TCCC for Medical Personnel", але розглядається тактична складова поліцейська, або він застосовується в системі так званої Tactical Emergency Medical Service. Тобто це правила надання допомоги поведіння цивільних парамедиків в умовах терористичних актів, якихось вибухів і таке інше. І він покладений в основу Наказу МОЗ № 612, який є чинним зараз в Україні.

Наступний слайд. MEDEVAC – це рівень надання допомоги на етапах вже спеціалізованої медичної евакуації, і він базується на протоколах PHTLS і ATLS, про які я казав. Обов'язковою вимогою є вже наявність медичної освіти. Тобто це є протокол, який викладається вже не всім. Тобто це мають бути ліцензовані медики. В нашому випадку парамедики поки що лише заявлені, ще немає юридичного якогось підґрунтя, тобто не зрозуміло. Тобто Міністерство соціальної політики і праці, воно нібито внесло цю спеціальність в перелік спеціальностей, але, наскільки я знаю, кваліфікаційних вимог або програми навчання їх немає. Але я так передбачаю, що парамедики, скоріше за все, у нас з'являться найближчим часом, але починаючи в українських умовах з медичних сестер, фельдшерів і вже лікарів, вони можуть опанувати цей курс. І я вже казав, що ATLS – то є

обов'язковий курс для всіх медиків, які надають невідкладну допомогу при травмах у всіх шпиталях Європи і Сполучених Штатах Америки.

Наступний слайд, будь ласка. І як ми це бачимо? Ми казали про трирівневу систему, тобто саме TCCC-AC, якщо це стосується війська, TCCC-MP. Наступний – це TCCC-AC, TCCC-MP і MEDEVAC, який є продовженням TCCC-MP із доданням навичок і деяких частин протоколів PHTLS і ATLS.

Що таке трьохетапна? Тобто не можна людину відразу навчити всьому, і, з нашої точки зору, головним є перший етап – це навчання усіх без виключення службовців простим протоколом, якщо це є підрозділи, які відбувають в зону бойових дій TCCC, якщо це поліцейські підрозділи або підрозділи рятувальні, то це протокол B-Con + BLS. Під час першого етапу може вже відбуватись відбір кандидатів на навчання другого етапу.

Другий етап - поглиблене вивчення протоколу і підготовка на рівень TCCC-MP і TECC. І вже люди, які мають медичну освіту, вони можуть опанувати так само поступово або якщо вони вже мають досвід і мають підготовку, можуть відразу іти на курс MEDEVAC.

Як ми передбачаємо працювати? То це є підготовка так званих провайдерів, тобто людей, які будуть безпосередньо надавати допомогу. Але коли ми кажемо про інструкторський склад, який буде навчати всіх інших, то ми вважаємо, що дуже важливою складовою є, що інструктор має бути навчений на рівень вище, тобто якщо це є інструктор, який буде викладати TCCC-AC, він має скласти на інструкторський рівень протокол TCCC-MP. Якщо передбачається, що цей інструктор буде колись в подальшому викладати TCCC-MP, він має бути навчений на рівні MEDEVAC і звичайно, що викладачі рівню MEDEVAC, це те, що називається Academic Faculty, тобто це мають бути викладачі вищих навчальних закладів, які мають кафедри невідкладної медичної допомоги, медицини катастроф або військової медицини.

Наступний слайд, будь ласка. І напрямки – це підготовка інструкторів для підрозділів. Бо з чим ми стикаємось? Коли є якийсь підрозділ, до нього приїжджає якась інструкторська група, вона проводить навчання, це дуже добре. Але після цього тренування не проводяться на регулярній основі: за 2 місяці вже втрачається близько 15-20 відсотків навичок і наприкінці року після отриманих навчань люди вже знають лише 10-15 відсотків від протоколу.

Тому ми вважаємо, особисто ми приділяємо найбільшу увагу – це підготовка саме інструкторів, військових інструкторів для Національної гвардії, які будуть там працювати 7 днів на тиждень, 24 години на добу. І я вважаю, що такою дуже важливою частиною є відкриття нових навчальних

центрів, які будуть займатись навчанням і переатестацією інструкторів для того, щоб підтримувати достатній рівень.

І наостанок, чому саме ТС-3, тому що з всього того, що я бачив за 4 роки, це є найбільш підтримуваний стандарт з приводу оновлення, тобто навіть цивільні протоколи не оновлюються настільки часто, наскільки оновлюється ТС-3. Наприклад, комітет ТС-3 щорічно 3 червня кожного року оновлює протокол. Коли вони вважають, що є якісь там суттєві зміни, вони оновлюють його набагато частіше. Наприклад, з 2017 року цей протокол зазнав трьох істотних повністю там оновлень. І я навіть не можу сказати, бо, наприклад, протокол "BLS", він оновлюється раз на п'ять років. І ATLS – раз на п'ять років. Тобто такого протоколу з такою підтримкою, яка ґрунтується на доказовій медицині, не існує навіть в цивільній медицині.

Дякую за увагу.

КОРЧИНСЬКА О.А. Пане Денисе, дуже вдячна. Зараз ми базово з вами пройшли те, що ми з вами обговорюємо. У нас попереду ще презентація, звичайно, нашого протоколу W-68. У нас сьогодні присутній наш 205-й центр і пані Мар'яна Безугла, яка один з ініціаторів створення цього центру.

І зараз ми переходимо, слово надається Олександрю Данилюку. Вам? Так, Ольго Вадимівно, будь ласка.

Народний депутат, Голова Комітету Верховної Ради з охорони здоров'я пані Ольга Богомолець.

Будь ласка, прошу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Шановні колеги! Вітаю вас усіх і, безперечно, дякую вам за ту роботу, яку ви робите щодня. Хотіла би сказати наступне, що питання ваші професійні, ті, які обговорювались, вони дуже важливі з точки зору якості надання вами допомоги. Питання державні, яким чином вас захистити перед тими, хто може подавати на вас скаргу або давати на вас подання в суд. Поки що такі питання взагалі не виникають, бо йде війна. Чи може протокол, який затверджений вашим госпіталем чи вашим лікувальним закладом, якщо розглядаємо конкретний простий кейс? Помер пацієнт, його родичі бажають і подають в суд, для того щоб з'ясувати все ж таки, чому він помер. І наголошують на тому, що допомога була надана неправильно.

Що захистить вас і яким чином держава має подбати, щоб ви не стали підсудним у справі? Ми ж розуміємо, що можуть бути такі випадки. Навіть родичі, які були поряд з вами. Чи той протокол, який затверджений вашою лікарнею, вашим госпіталем, може вас захистити? На жаль, Ні. Відповідно до чинного українського законодавства вас може захистити або протокол,

затверджений Міністерством охорони здоров'я і юстований, інакше – ні (тобто на сьогоднішній день відповідно до тих законів, які є), або в майбутньому протокол, який буде затверджений рішенням профільної асоціації. Тобто ми йдемо до європейського переструктурування медичного світу. Вже підготовлений закон про лікарське самоврядування, і частина повноважень МОЗ по затвердженню всіх клінічних протоколів і стандартів лікування – ніде в світі, в Європі міністерства не затверджують стандарти лікування. Хто їх затверджує? Що є легітимним документом? Затвердження асоціацією профільною. Це лікарські палати, "лікарська "ізба" в Польщі, в Європі, в Німеччині, лікарське самоврядування.

Поки що закону ще немає, але він підготовлений і буде найближчим часом поданий в парламент. Відповідно до цього закону про лікарське самоврядування будуть існувати три палати: палата первинної допомоги, стоматологічної допомоги і високоспеціалізованої - всередині лікарського самоврядування. І повноваження по затвердженню протоколів будуть передані профільним спілнотам. Але це тільки одна частина, яка буде говорити про те, що якщо є подання судове на неякісне надання допомоги, спираючись на цей протокол, можна буде довести, що допомога була надана якісно.

Які існують інші механізми вашого захисту для судової практики? Говоримо виключно про захист ваших прав. Це ще один закон. Закон у світі називається "Закон доброго самаритянина".

"Закон доброго самаритянина" говорить про те, що та людина, яка уповноважена певним державним органом і має рівень освіти або перекваліфікацію для надання такої допомоги на випадок смерті того, кому ця допомога була надана, з людини знімається відповідальність, на людину не можна подати в суд. Умовно, якщо це парамедик, якщо це first responder, він має відповідний сертифікат, на нього не можна подати в суд.

Цей закон називається "Закон доброго самаритянина". Він існує в різних країнах в двох іпостасях. Одна іпостась – це окремий "Закон доброго самаритянина". В інших країнах – це зміни до закону про екстрену медицину.

І робоча група вже напрацювала напрацювання по цьому закону, і у нас в плані реформи системи охорони здоров'я заплановано цей закон подати, і ми зараз знаходимося на етапі, коли країні потрібно вирішити чи це буде один закон, тобто чи буде це окремий "Закон доброго самаритянина" чи це будуть зміни в існуючий Закон "Про екстрену медицину", де, власне, у нас є перелік тих фахів, які зобов'язані надати долікарську допомогу: це у нас пожежники, це представники служби ДСНС, які у нас є, рятувальники, поліцейські. У них в їхніх посадових інструкціях записано, що вони зобов'язані це робити. І відповідно, з них буде зняти відповідальність.

Тому у зв'язку з цим прохання, щоб всі присутні тут у залі, зараз іде переформатування цієї робочої групи по "Закону доброго самаритянина". Всі відомства залучені, тобто скрізь, де є first responder, надають зараз своїх представників у цю робочу групу, тому що, скоріш за все, що зміни, якщо ми прийдемо до внесення змін в Закон "Про екстрену медицину", потрібно буде вносити зміну в низку законів. Прохання: якщо у вас є бачення і знання в цьому напрямку, рішення ми ще не прийняли, тобто з паном Лінчевським розмовляли, ні у Міністерства охорони здоров'я, ні у нас немає рішення, як це краще зробити – чи це має бути окремий закон... Мені хотілось би, щоб це був окремий закон. Але, можливо, аргументи будуть за те, щоб вносити зміни.

Якщо у вас є бачення, є розуміння того, як це має бути, прохання у письмовій формі подати інформацію коротко, як ви вважаєте, що це мало би бути, яку форму нам далі розробляти, пану Кудрі, який сидить тут, працівник секретаріату комітету. І також написати, що ви хотіли би отримати інформацію про те, коли буде зібрання цієї першої переформатованої робочої групи, яка буде складатися з представників Міністерства охорони здоров'я, комітету, відповідно всіх інших служб, які вже отримали від нас офіційні листи-звернення з проханням надати таких представників. Тобто це єдине, що насправді, окрім протоколу, який не дає можливості звинуватити вас в неякісності надання допомоги, що не дозволить взагалі привести вас до суду – це найважливіше. І в нас стоїть завдання – максимально швидко цей закон опрацювати, дійти до згоди, яким він має бути, подати його і отримати вашу підтримку, і роботу з депутатами, які вас підтримують, для того щоб закон в сесійній залі було проголосовано.

Тому прохання, ще раз наголошую, вивчити цю ситуацію, кожний з вас, поспілкуватися з вашими колегами, надати ваші рекомендації, як би ви це бачили і зафіксувати ваше бажання отримати інформацію, коли буде робоча група. Робоча група буде напрацьовувати проект закону або зміни до Закону про екстрену медицину, або проект нового "Закону про доброго самаритянина". Якщо у вас є бажання також отримати інформацію про лікарське самоврядування, хто буде в подальшому ці протоколи затверджувати, також можемо вас до цього процесу залучити.

Я вам дякую ще раз за вашу роботу. І сподіваюся на плідну співпрацю. Сподіваюся, що, власне, це надважливий закон, який зніме величезну кількість потенційних питань і ризиків по відношенню до вас. Чим далі від нас буде уходити війна, тим більше ризиків буде по відношенню до тих, хто буде рятувати життя на дорогах, хто буде рятувати життя вже в мирний час.

Дякую вам. І бажаю успішної, плідної роботи.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Без сумніву, поза як у нас з вами поки що асоціації парамедиків не існує, і тільки йдуть перші кроки роботи по легалізації парамедиків, на жаль, стара система зараз пручається. І якраз при внесенні в кадастри, ви бачили, мабуть, що виходили фельдшери невідкладних станів, категорично протестували, відстоювали свої старі назви, не розбираючись, що таке взагалі парамедик. Тому на всяк випадок вам озвучую, що тут присутній, для мене велика честь, що моїм експертом всіх моїх законів, які я експертую і є автор, пан Денис Сурков, тут є ще мій експерт пан Гайович. Якраз з ним ми з Громадською радою Міністерства охорони здоров'я на 20 квітня, по проханню асоціації, ми зараз перенесли наш "круглий стіл", який повинен був відбутися 23 числа, ми його переносимо на 20 квітня, і ще з вами обов'язково переговоримо. Тобто ми будемо так само це обговорювати.

Зараз я надаю слово, Олександр, вибачайте, я люблю пафосні слова, герою війни Олександрю Данилюку – це наш військовий хірург, це людина, яка в оточенні в Дебальцево, оперувала кілька десятків наших військовослужбовців, врятувала їх життя, в тому числі і кінцівки. Ми довго боролися з Міністерством оборони, щоб Олександр очолив один з наших госпіталів, але він обрав команду оновленого Міністерства охорони здоров'я, і зараз вже більше року він є головним спеціалістом управління екстреної медичної допомоги та медичних катастроф МОЗ України.

Олександр, вам слово, тому що в даному разі по оборонному бюлетеню ви у нас якраз основне міністерство, яке координує нашу координаційну раду - стратегічну вже, і тому нам треба зрозуміти, тому що пані Ольга має рацію, що на даний момент для того, щоб нам вирішити наші проблеми, все ж таки наших військових медиків і парамедиків і наших технічних медиків, нам дійсно треба зареєстровані, заюстовані протоколи у вас, позаяк ще на рівні асоціацій, на рівні законів це не вирішено. Тому єдиний оцей наш механізм, яким ви можете прикрити спину всіх бойових медиків і наших військових медиків, це безпосередньо ваш протокол заюстований.

Прошу, пане Олександр.

ДАНИЛЮК О.М. Дякую, пані Оксано. Радий бачити дорогих побратимів.

Шановні колеги! Народні депутати! Для вступу хочу сказати, що в минулому році була можливість порівняти один місяць інтенсивних бойових дій в Дебальцево і один місяць інтенсивних бойових дій в Авдіївці. Це 2015 рік, лютий, в Дебальцево. І 2017 рік, лютий місяць, Авдіївка. Схожі ситуації, інтенсивні бойові дії, велика кількість поранених. То якщо в 2015 році в нас до закладів охорони здоров'я поступали пацієнти легкі і середньої важкості, важкі, але не у важкому шоковому стані, то в 2017 році до лікарні доживали

пацієнти з важкими шоками. Що це означає? Що рівень надання першої допомоги на місці події, саме взаємодопомоги, власне, робота тактичних медиків, зробила колосальний прорив у порятунку життя. Це дуже добре відображається на цифрах. Тим паче, я безпосередньо був свідком як перших, і других подій і мав змогу проаналізувати вже історії хвороби цих пацієнтів. Тому це все завдяки вам, присутнім, які тут є, безпосередньо польовим медикам або бойовим медикам. Це для початку.

Щодо стратегічного рівня. Так, у нас на основі стратегічного оборонного бюлетеню створено координаційний центр з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я, постанова 2017 року прийнята, 412, де на стратегічному рівні об'єднані на рівні віце-прем'єр-міністра, першого віце-прем'єр-міністра, віце-прем'єр-міністра, двох міністрів – охорони здоров'я і оборони та керівників усіх структурних підрозділів з питань охорони здоров'я сил оборони, це Збройні Сили, це МВС, Нацгвардія, Державна прикордонна служба, СБУ. Держспецзв'язок, Держспецтранспорт. Це є дуже потужний орган стратегічного рівня, дуже важко, звісно, він збирається, надзвичайно важко скоординувати саме віп-керівників у їхніх графіках. Тому не так часто можемо збиратися, але роботи стільки є "нарізано" для нас, що і цих засідань вже вистачило на даному етапі.

На основі роботи Координаційного центру створено 6 робочих міжвідомчих груп, в які входять по представнику або по представникам з кожних медичних підрозділів Міноборони, Міністерства охорони здоров'я, Офісу реформ Міністерства оборони, Комітету Офіс реформ та Ради волонтерів Міністерства оборони. Входять експерти по наступним напрямкам. Перше - це є перша група з питань єдиного медичного простору, це стратегічна група, дуже серйозна, важка. Тут щодо надання медичної допомоги безпосередньо військовослужбовцям в цивільних закладах охорони здоров'я, по взаєморозрахунках з цивільними закладами охорони здоров'я напрацьовуються документи.

Друге – це група з медичної підтримки операцій. Це є, власне, підтримка військових операцій, медичний супровід цих операцій, також питання ліцензування військово-медичних закладів.

Третя група – це група з питань удосконалення медичних стандартів в програмі навчання. Ми можемо мати багато і операційні надзвичайно сучасні, але без навчання, без умінь і знань використовувати те, що є в медичному забезпеченні, ми не зможемо. Тому ця група також є надзвичайно важливою в стратегічному плані.

Четверта група – це група з питань удосконалення реабілітації. Це є один з етапів медичної допомоги, реабілітація в гострому періоді і так далі.

Тобто купа проблем на цьому напрямку. Також потужна робоча група працює, і щойно закінчилось її засідання.

З питань удосконалення медичного постачання. П'ята група – це власне те, чим займаються фахівці. Це і провізори, це і постачальники сил оборони, і експерти по всім напрямкам медицини. Вже в минулому році маємо досвід, прийняли Наказ Міністерства оборони 261-й "Про затвердження порядку постачання медичного майна Збройним Силам України", де нарешті викинули купу "фуфломіцинів", на що витрачалась значна кількість коштів, викинули допотопні речі, які взагалі не знаю для чого були там потрібні, включно з гірчичниками і банками. Ну просто величезний документ, багато часу, ресурсів ми на нього витратили, але він народився, і зараз його дія поширюється на інші сили оборони.

Також щодо медичного постачання. Також в минулому році прийнятий Наказ № 6, який також юстований і регламентує переліки по медичним аптечкам, індивідуальним, по автомобільним військовим аптечкам і по наплічникам санітарів і санітарних інструкторів, це відповідно бойових медиків і парамедиків. Цей наказ теж ґрунтується на протоколах ТС-3, а також буде поширюватися на всі сили оборони. Зараз збираємо пропозиції від всіх сил оборони, для того щоб цей наказ діяв для представників як Нацгвардії, так і прикордонних військ і так далі, щоб у нас це було уніфіковано для всіх осіб, які захищають країну.

Звісно, там є проблеми по забезпеченню. По цим наказам можна ідеально написати папери, але втілювати їх потім маємо купу проблем, але над цим працюють. І завдяки небайдужій громадськості, яка це контролює, то вдається уникнути закупівель неякісних і непотребу, які не рятують життя.

І шоста група - це група з питань інформаційних технологій по типу електронного здоров'я, яка повинна також об'єднати медичну інформаційну систему сил оборони для швидкої передачі, для зменшення бюрократизації медичного забезпечення, щоб, наприклад, менше лікар писав історію хвороби, а більше займався наданням медичної допомоги.

Отже, це такі шість основних напрямків роботи, шість робочих груп Координаційного центру, напрацювання яких виноситься на Координаційний центр у вигляді доручень віце-прем'єра, спускається на виконання, на створення нормативно-правових актів сил оборони, а також Міністерства охорони здоров'я. Робота стратегічна, дуже швидких результатів вона не дає, бо повинна якісно опрацьовуватися купа матеріалів, аналізуватись, аналітичні дослідження проводитися. Тому блискавичних результатів тут не буде, це не оперативний штаб, а стратегічний, як пані Оксана зауважила, тому такий стан справ наразі щодо роботи.

Також є велике питання, дійсно, по роботі, наданні першої допомоги на полі бою та згідно Закону про домедичну допомогу, цей термін також треба

буде поміняти потихеньку, бо світ не розуміє, що таке "Premedical Care", а світ розуміє "First Aid". Тому ці терміни також треба буде уніфікувати. І, власне, надання допомоги в законі "першої допомоги", в Законі "Про екстрену допомогу", прописано для професій, які за своїм службовим обов'язком повинні її надавати, це є пожежники, рятувальники, бортпровідники, провідники і так далі. Про військовослужбовців там нічого не прописано, але, звісно, ми всі чудово знаємо, що на полі бою, на фронті допомогу, першу допомогу надають бойові медики, які не мають медичної освіти, але надають її високоякісно, і вони повинні бути захищені юридично і навчені відповідно надавати цю допомогу.

Зараз в 205 навчальному центрі, тут є його представники, я був в перших днях їх навчання і під час випуску, потужний навчальний центр, який випустив бойових медиків, власне. Рівень підготовки, сама статистика говорить за себе, що якщо прийшла одна кількість на перший день, то випустилося набагато менше, десь на 30-40 відсотків, майже половина людей тільки випустилася. Тобто рівень підготовки знань і практичних навичок в цьому центрі нас приємно здивував. І ми сподіваємося, що й надалі буде працювати і розширюватися підготовка, власне, тих людей, які, дійсно, рятують життя. Бо ми можемо підготувати багато хороших лікарів, але ми будемо без роботи, якщо на полі бою не буде саме взаємодопомоги і першої допомоги, власне, бойовими медиками, бо саме там рятується життя. Ми вже, лікарі, надаємо лікарську допомогу після того, як врятоване життя безпосередньо на полі бою та на першому етапі евакуації. Тому ще раз велика подяка і повага до кожного бойового медика, який продовжує службу і працює на благо країни.

Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Олександр, дякую. Ви вже готові бути народним депутатом, порушуєте регламент. Я прошу всіх все ж таки намагатися стисло говорити, тому що важливо, що у нас по регламенту обмежена ці зала, і тому бажано триматися 5-хвилинного регламенту, все ж таки. Тому зараз я завершую наш блок цивільної медицини.

І зараз завідувач навчально-тренувального центру "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медичних катастроф МОЗ України" Крилюк Віталій Омелянович. Дуже прошу дотримуватися регламенту.

КРИЛЮК В.О. Добре. Дякую.

Доброго дня всім. По-перше, дякую, Оксано Анатоліївно, що ви організували такий дуже важливий захід і запросили на нього. Я хочу дуже

коротеньку зробити доповідь, оскільки вже і Денис Миколайович зробив певні такі вкраплення. Я хотів би сказати, що дуже важливо впроваджувати елементи тактичної медицини в цивільну роботу швидких медичних допомог. Чому? Тому що ви знаєте, що за останні 10 років колосально зросла кількість терактів. І згідно даних, Україна входить в першу десятку, де ця кількість є.

І кожний медик цивільний зараз, так, потім буде в нас парамедик, він може опинитися в тактичній ситуації, де він може надавати ту допомогу, яка повинна стосуватися цих тем. У нас є накази і дійсно дуже хороші настанови, які стосуються світових стандартів надання ... (*нерозб.*), тому що вона будувалася на цих всіх принципах, і всі в нас є, власне кажучи, моменти. Єдине, що навіть той самий 101 наказ, який міняється зараз, він знаходиться на сайті МОЗ, там вже включені ті елементи, які стосуються надання допомоги. Там є і оклюзійна пов'язка, і джгут САТ, по типу САТ, і гемостатик, яких раніше не було. Тобто цивільна медицина рухається вперед в цьому напрямку.

Однак хочу з вами поділитися дуже неприємною статистикою. У нас є можливість два рази на рік тестувати, скажімо так, якість надання нашими медиками екстреної медичної допомоги. І цього року в місті Кременці, коли ми проводили змагання "швидких" по всій Україні і плюс парамедиків, у нас було завдання, яке стосувалося тактичної медицини, з тактичними елементами, і хотів би зазначити, що 90% всіх наших бригад провалили ці завдання. Навпаки, бригади тих самих закордонних фахівців, вони з цими завданнями впоралися. Тому що у нас зараз існує велика проблема з тим, що наші цивільні медики, які працюють зараз на "швидких", не володіють методами надання оцієї тактичної допомоги. А повинні би були володіти, тому що зважаючи на кількість оцих моментів, в яких вони можуть опинитися, це є надзвичайно важливим. Тому, якщо там буде якийсь такий момент, я хотів би, щоб це якимось чином було враховано. І воно вже враховується, бо ті нові програми, які йдуть, парамедиків, медичних техніків, вони включають в себе елементи тактичної медицини, що є надзвичайно важливим, тепер це треба тільки втілити в життя.

Я хочу зазначити, що говорилося з приводу захисту прав і виконання їх, в нас є юстований наказ з порядку надання домедичної допомоги, зараз діючий, підписаний 2014 роком, я думаю, що поки почнуть діяти товариства профільні, туди можна внести зміни, які стосувалися б і надання домедичної допомоги, потім першої медичної допомоги в умовах таких, як ви маєте на увазі, і тактичних, і всіх інших, і це вже буде такий захист, про який говорила пані Богомолець.

Я дякую. Не буду затримувати ваш час.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже вдячна.

Пане Віталію, дуже стисло. Єдине, що хочу прокоментувати, нам дуже важливо, щоб ви все ж таки контролювали все, що стосується екстреної медицини, тому що з мого особистого досвіду, це події свого часу біля Верховної Ради, і, на жаль, півроку тому знову було втрачено життя громадянина України недалеко від Міністерства оборони, коли просто стік під час ДТП від травматичної ампутації кінцівки, для нас всіх, для бойових медиків, це був шок, що таке стається в місті Києві. Коли я півтора роки тому була одна з 30 постраждалими біля Верховної Ради, і я бачила, як діють ваші "швидкі", це був просто жах. І, на жаль, відповідно і вони, і все керівництво – вони всі працюють і зараз. Навіть коли я нещодавно під час подій, мітингів перевіряла, в тому числі "швидкі" Міністерства внутрішніх справ, і нашу екстрену медицину, не сильно змінилися вони з тих пір, тільки кількість джгутів, кількість перев'язочного матеріалу, досі вони не розуміють, що таке оклюзійна пов'язка, досі її в комплекті немає, досі вони із здивуванням реагують на те, що я прошу показати їх хімічний кровозупинний засіб.

Тому я прошу, пане Олександр, і вас, тому що, на жаль, до тотальної війни ми зараз не готові категорично. І за якості кадрів, у вас вже звичайно є зірки, без сумніву, в екстреній медицині, у вас є змагання, у вас є ті, кому можна пишатись і хто може вже дійсно показати певний клас, але, на жаль, це поки поодинокі факти. Якщо стосується всієї України і того, що відбувається, і не дай Боже, почнеться війна з ворогом, котрий знаходиться у нас фактично по всьому кордону нашої країни, ми будемо мати фатальні просто втрати в зв'язку з тим, що екстрена медицина до цього не готова. Тому що для людей на фронті, вибачте, будь ласка, це нонсенс.

КРИЛЮК В.О. В мене маленька ремарка. Ми це абсолютно визнаємо і розуміємо. Я хочу сказати, що ми стараємось максимально можливо реагувати на це все, максимально оперативно щось робити.

Дивіться, 30 травня буде проходити чергова наша конференція. Ми вже запросили фахівців з Ізраїлю, з США, які будуть нам читати для наших фахівців екстреної медичної допомоги, що робити при терактах. Ми стараємось щось робити. Звичайно, є певні прогалини, але ми будемо старатись їх максимально швидко усунути.

КОРЧИНСЬКА О.А. Нам важливо, щоб ви довели до своїх працівників. Більш того, з нашого досвіду бойового, як не парадоксально, для нас людина з медичною підготовкою і людина, яка не має медичної підготовки, але підготовлена по протоколам міжнародним, для нас якраз продуктивніші на фронті по порятунку життя є не медики, але підготовлені по міжнародним

протоколам, і тому це парадоксально. Тільки тому, що ці рефлексії медичної освіти, як ви кажете, що будь-який медик готовий до надання допомоги, це категорична помилка, катастрофічна, з нашої точки зору, ваша ця фраза, тому що, на жаль, не будь-який медик готовий до надання допомоги навіть з освітою, навіть з освітою.

Тому для нас важливо. Ми намагались повернути військові кафедри у всі медичні заклади, на жаль, Президент вето наклав на це. От пан Денис роками намагається повернути, намагається впровадити все ж таки викладання базових тактичних протоколів тактичної медицини в учбових закладах і поки це не вдається, країна до цього відноситься недбало. І 4 роки війни, поки підхід до того, от як в Ізраїлі, що в даному разі вся країна, всі громадяни України повинні мати первинний рівень надання домедичної допомоги, то поки, на жаль, ми не наблизились. Але, без сумніву, ваша ситуація - це наблизити екстрену допомогу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Шановні колеги, по-перше, хочу зазначити коментар Оксани Анатоліївни про нашу спробу повернути військові кафедри в медичні вузи. Це був мій закон, який був зупинений не Президентом, а Міністерством оборони, оскільки військові кафедри в медичних вузах знаходяться в підпорядкуванні Міністерства оборони, то це саме їх була позиція, щоб в медичних вузах не було військових кафедр. Внаслідок цього Президент цей закон не підписав. Це перше.

Друге. Ще раз хочу погодитись і присутнім тут медикам сказати, що в нас в цьому році запрацював тренінговий центр для тренерів парамедиків в системі МВС. Весь цей тренінговий центр був підготовлений в системі НАТО в Румунії, яка була визначена партнером через штаб-квартиру НАТО, для Міністерства внутрішніх справ саме для рятувальників. Так от їх головною вимогою при відборі з 300 людей тих, хто поїде на тренінг, була відсутність медичної освіти. І вони вважають саме наявність медичної освіти тим, що заважає якісно працювати, коли потрібно зробити first responding або надати першу допомогу. Тому в тренінговому центрі для тренерів парамедиків в системі Міністерства внутрішніх справ ті, хто там працюють, вони не мають медичної освіти, і це власне було, знову-таки, вимогою штаб-квартири НАТО в підготовці цих тренерів.

Тому я прошу пробачення, мушу зараз іти вирішувати інші питання, які стосується вже безпосередньо наших медиків. Бажаю вам плідної роботи, ефективної. І ще раз нагадую, що всі, хто хочуть отримати інформацію, коли буде збиратися робоча група по Закону (поки що робоча назва) доброго самаритянина, прошу ваші координати, мобільні телефони, електронну пошту передати пану Кудрі, який представляє секретаріат комітету.

Ще раз вам дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Тепер ми переходимо до наших добровольчих підрозділів. Звичайно, відкривають цей блок наші одні з найперших учбових центрів, які на початку наших боїв 2014 року прийшли нам на допомогу. Це громадська організація "Захист Патріотів", Станіслав – один із моїх вчителів і готував мене до бою в Мар'їнці з батальйоном "Азов". І на той час найбільша кількість якраз підготовлених наших бійців і наших перших бойових медиків була, звичайно, заслугою "Захисту Патріотів", і перші наші аптечки цих добровольців (і "Дніпра-1", і "Шахтарська", і "Азова", і 79-ї бригади, і "Святої Марії") - це, звичайно, була громадська організація "Захист Патріотів".

Прошу, будь ласка. Їх представляє сьогодні Гаращук Олександр і Гаєвський Станіслав. Прошу.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Доброго дня, шановні пані та панове, шановна головуєча! Я трошечки змінив назву презентації, все ж таки, щоб вона була більш короткою і більш актуальною. Отже, для того, щоб ефективно надавати допомогу на всіх етапах, вона повинна відбуватися відповідно до найвищих стандартів і дійсних протоколів. Для того, щоб той, хто надає допомогу, володів цими протоколами, його хтось повинен навчити, хтось повинен перевірити ефективність навчання, хтось повинен в подальшому поновлювати і актуалізувати вміння і навички надавачів допомоги.

З початком бойових дій на всіх етапах (наступний слайд, будь ласка), це всім відомо зрештою, але трошечки наголошу, внаслідок широкого застосування артилерійських систем та систем залпового вогню реактивних, відмічалась мультисистемність ураження. Це не просто звичайна стрілецька зброя. На той час та і подекуди дотепер відмічається як відсутність єдиних протоколів, так і наступність надання медичної допомоги. На початку, зараз вже напевно, що не так, але на початку як нестача засобів, так і нестача навиків в наданні цієї медичної допомоги, широке залучення волонтерських сил та засобів і цивільних закладів поруч із військовими призводило до нестачі координації і відсутності уніфікованості цієї допомоги.

Яким чином здійснювалася підготовка зокрема мобілізованих на той час цивільних медиків, яких готували до надання допомоги в умовах бойових дій.

Наступний слайд, будь ласка. Приблизно так, і ефективність була приблизно от така.

Наступний слайд, будь ласка. І після такої підготовки що буде робити військовий медик, зіткнувшись з отаким пораненням (наступний), або таким, (наступний), з отаким, (далі) з отаким.

Досить часто це виглядало приблизно от так. Тоді, коли всі руки повинні задіяні, тоді, коли допомога повинна надаватися максимально швидко і максимально ефективно.

Тому з травня 2014 року в якості гуманітарної ініціативи Світового конгресу українців, громадської організації "Захист патріотів" почала запроваджувати постачання військових бойових підрозділів так званими першими засобами першої допомоги, аптечками. Однак, окрім того, щоб їх поставити, дуже швидко зрозуміли, що необхідно ще навчити, як ними правильно користуватися. Так з'явився курс ТССС.

Будь ласка, далі. Потім, коли побачили, що безпосередньо під вогнем начебто уже спрацьовують, побачили певні недоліки в наданні допомоги під час евакуації хворого до місця подальшого надання допомоги. Так появився курс "Медика військ спецпризначення". Трошки далі про нього розкажемо. Після того, коли під час евакуації побачили, що все уже справляється, побачили, що в приймальних відділеннях цивільних місцевих закладів, військових госпіталів починаються проблеми.

Тому в тих курсах, які ми розробили і намагалися викладати, наскрізно "червоною ниткою" проходив алгоритм MARCH, який, в принципі, більшість із вас розуміють.

Свої курси ми намагалися разом із викладанням підігнати під наступні критерії: швидкість, ефективність викладання, масовість, всеохоплюваність і доступність в найгарячіших і найбільш необхідних точках.

Про контингент всі прекрасно знають.

Мудрі книжки кажуть, що "почув і забув, побачив і запам'ятав, зробив і зрозумів" – такі слова приписують Конфуцію, а тому ми максимально широко намагалися використовувати в своєму навчанні симуляційні методики.

Наступний слайд, будь ласка.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Розкажу більше про догоспітальний етап. Ніхто не сперечається, що у нас є найсучасніші протоколи, які ми можемо використовувати, це протоколи, які видає комітет ТССС, і скориставшись цією можливістю, те, що казав пан Лінчевський, його наказом 1422 "Центр спеціальних операцій Служби безпеки України", а вже затвердив і переклав ці протоколи для використання своїми співробітниками, але окрім цього протоколу, цей протокол треба якось вчити. І от ці курси, які дають певні кваліфікації по роботі з цього протоколу, є доволі різні. Ці курси, які представив пан Сурков – один прототип. Ті курси, які нам далі будуть представляти представники 205-го навчального центру та інші прототипи, потрібно розуміти їх різницю.

Одні курси знайомлять вже навченого працівника, скажімо, курс MEDEVAC – медичного співробітника знайомить, як його навички, його компетенцію адаптувати під бойову ситуацію медичної евакуації.

Інший же курс, який викладається набагато довше, але, в принципі, дає такий же доступ до використання цього протоколу, про який буде 205 навчальний центр казати, він дає співробітнику або бійцю без медичної освіти повну кваліфікацію – від нуля до виконання всього цього протоколу. Два різних курси. За два дні неможливо навчити бійця-рятувальника для якогось специфічного підрозділу, щоб він гарно опанував навички. Ознайомитись з протоколом можна, відточити навички – ну... І різні структури, скажімо, американська армія, німецька армія, Британія – вони всі керуються протоколом ТССС, але курси, за допомогою яких вони вчать своїх співробітників використовувати протокол ТССС, вони дуже відрізняються від структури до структури. Більш детально розкаже 205 навчальний центр.

Які ми обрали курси, керуючись власним досвідом, керуючись можливістю, залучаючи іноземних експертів з Америки та Британії? Ми обрали такі курси для навчання. Курс бійця-рятувальника, який триває 24 години, також ми готуємо інструкторів по цьому курсу, після проходження цього базового курсу, плюс 40 годин, і ця людина вже отримає практичні навички викладання. І курс, який слідує за курсом бійця-рятувальника, це курс медика військ спеціального призначення, який після проходження курсу бійця-рятувальника накладається ще зверну на нього, 56 годин навичок.

І наразі ці курси, така структура, як ми провадили з 2014 року, запроваджена в Службі безпеки України. Вони як би адаптують ці курси під свої потреби. І саме такими курсами будуть навчати протокол, який вони затвердили, протокол ТССС.

Наступний слайд. І, власне, так відбувається здача іспитів, структурований клінічний іспит після закінчення курсу, проходження курсу медика військ спецпризначення. Далі, будь ласка.

Отже, станом на березень 2018 року CLS пройшли понад 28 тисяч бійців і понад 5 тисяч курсантів. І роздано понад 21 тисячу (*нерозб.*). Курс медика військ спецпризначення пройшли 416 бійців і роздано 214 спеціально укомплектованих медичних рюкзаків. Далі, будь ласка.

Для лікарів на основі американської системи ATLS було адаптовано і розроблено 6-денний курс UTLS, який наразі затверджений в якості циклу тематичного удосконалення Академією Шупика. І станом на березень 2018 року в складі нашої команди 6 українських та 5 іноземних сертифікованих інструкторів. 18 курсів проведено в 10 містах, за якими підготовлено 411 лікарів, з них 139 військових і 272 цивільних. Далі, будь ласка.

Приблизна географія наших курсантів. Далі. Отже, курс UTLS розрахований на 6 днів і 48 навчальних годин, включає 13 лекцій і 46 практичних станцій. Оптимальне співвідношення – 4 слухачі на одного інструктора. Відповідне забезпечення і фінальна симуляція разом з теоретичним тестуванням в якості структурованого іспиту. Будь ласка, наступний. Далі просто можете проклацувати.

Що би нам хотілося сказати у висновках? Здається, що за останніх 4 роки досвід волонтерських і громадських організацій в навчанні сучасним протоколам не має права бути змарнований і викинутий на смітник історії. Можливо, цей досвід потребує систематизації і уніфікування, але нам би здавалося, що подальше залучення громадських організацій, які були і продовжують існувати, до навчання як цивільних, так і військових на конкурсних засадах, мало би великий сенс і було би виходом в плані якомога швидшого охоплення і військової, і цивільної ланок в плані володіння адекватними навиками допомоги.

З іншого боку, хотілося б, безперечно, певною мірою допомагати і Збройним Силам. Шикарні, красиві, ефективні навчальні центри, на яких проходить відповідну підготовку бригада, виведена в пункт постійної дислокації, виведена на ротачію. Тоді як мобільні ефективні малі групи громадських організацій можуть продовжувати це навчання в місцях розгортання військових підрозділів в умовах бойових дій.

Дякую за увагу.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже вдячна, дуже вдячна.

Пам'ятаємо, що сьогодні дискусія. То на всяк випадок я уже тут перепитувала, чи треба антіснайперську групу викликати, позаяк я людина, котра "не вірю" і знаю класику, що снайперам треба засоби, в даному разі не тільки дуель снайперська, це більше для романів підходить, а треба боротися, в тому числі, в першу чергу мінометами.

То зараз я, звичайно, запрошую нашого легендарного командира. В свій час в 2014 році батальйон "Азов" мені не повірив, що з 18-річного підлітка жіночого роду з зеленим волоссям вийде видатний командир підрозділу "Госпітальєрів" і її побратима, і нашого побратима, всіх, Юрія Юрійовича Скребця – заступника головного лікаря лікарні Мечникова. Нагадую, тоді наш перший поранений 9 травня "азовець" пішов саме на Мечникова, і з тих пір це – один із наших самих надійних партнерів по важкопораненим в першу чергу і по всім.

А зараз я слово надаю засновнику і командирі нашого добровольчого медичного підрозділу Яні Зінкевич – уже другому "Народному Герою" в залі.

Олександр, ви у нас перший був "Народний Герой", правильно? Ви перший "Народний Герой України" у нас, вірно? Яна Зінкевич, прошу.

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Дуже рада всіх чути, бачити. Я щаслива, що вдалось якраз потрапити на цю нараду. Відповідно, дійсно, у мене достатньо все неочікувано вийшло. На етапі розгортання війни я була лише повнолітньою. Відповідно одразу після школи без відповідних медичних навичок, без ніяких знань, вмінь, в принципі, на голій ініціативі почала створювати структуру, яка розгорталася з декількох людей, зараз розвинулася до батальйону.

Відповідно певний досвід ми маємо. Але треба розуміти, що потрібно приходити до якихось спільних висновків. І зараз є відсутність співпраці між структурами, і, на жаль, ось навіть більшість людей в залі між собою знайомі, але після виходу з цього залу більшість між собою не спілкується, не контактує, не співпрацює і, в принципі, не особливо налаштована. Ну, це наша з основних проблем. Хоч ми і йдемо в одному напрямку, але при цьому контактувати між собою не особливо вміємо.

Я думаю, буде найкраще, щоб коротку статистику, інформацію надав мій заступник по виховній роботі Юрій Юрійович, це начмед лікарні Мечникова. Відповідно я просто скажу заключне слово і передам промови далі.

СКРЕБЕЦЬ Ю.Ю. Дякую.

Дорогі колеги, друзі! Дякую за честь, за можливість виступити перед вами. І заздалегідь вибачаюся за повтори, які будуть, з попередніми доповідями. Тому що, звісно, ці нагальні питання, які турбують нас, мабуть, вони в усіх однакові, хто працював на "передку".

Окрім діяльності в підрозділі польової медицини "Госпітальєри", я працюю в лікарні імені Мечникова, тому саме дуже добре усвідомлюю, наскільки вади надання допомоги на "передку" та під час евакуації або взагалі унеможлиблюють, або дуже ускладнюють процес ефективного лікування та реабілітації в подальшому. Абсолютно чітко розуміємо, що кожна ампутація, яку виконано в тиловому шпиталі або лікарні, кожний втрачений зір або слух, кожна смерть починається з "передка", з роботи парамедика, само- та взаємодопомоги. Ціна одного невірного руху тут – втрачена кінцівка або навіть життя там. З 2,5 тисяч поранених, доправлених в лікарню імені Мечникова, близько 80% пройшли через реанімаційні відділення. Враховуючи, що наш військовий шпиталь прийняв вже понад 14 тисяч поранених, Дніпро на сьогодні має найбільший в Україні досвід лікування ускладнень вогнепальної травми.

Вкрай важкі, не стабілізовані, не виведені з шоку, без венозного доступу – саме такі поранені надходили в тил у перші тижні війни. Шоковий стан медицини на "передку" був зумовлений несподіваністю та новизною ситуації. Враховуючи велику кількість добровольчих батальйонів, де часто-густо медичне забезпечення, не кажучи вже про спеціальне навчання особового складу, були взагалі відсутні, можна уявити складність ситуації, яка склалася в 2014 році. Численні гуру тактичної медицини наповнили простір YouTube. На деякі їхні витвори сьогодні просто жахливо і смішно дивитися, але 4 роки тому до них прислухалися. Ситуацію вдалося переломити, коли на повну потужність запрацювали тренінги "Захисту Патріотів", "Білі берети", проект "Медсанбат", "Такмед Дніпро", ПДМШ ім. Пирогова і скромно згадаю діяльність нашого "Госпітальєра", вибачте, кого не зазначив.

Не буду зупинятися на кількості і якості різноманітних волонтерських організацій і груп, що виконували тоді евакуацію з "передка". Всім вам добре відомі позитивні та негативні боки такої парамедицини.

Централізоване керування евакуацією, розгалужена мережа стабілізаційних пунктів, мобільних шпиталів, чітка маршрутизація потоків поранених – все це давно зроблено. І тому дуже дивно, коли наприкінці четвертого року війни доводиться стикатися з ускладненнями внаслідок геть некомпетентної першої допомоги. Медичним бригадам "Госпітальєрів" вже в цьому 2018 році довелося приймати на евакуацію щонайменше двох таких поранених. Наш комбат веде статистику, і в разі зацікавленості, думаю, що Яна може надати її і за попередні роки.

Коротко про досвід вирішення проблеми якості медичної допомоги на тактичному полі в Українській добровольчій армії. Батальйон "Госпітальєри" було засновано 6 липня 2014 року як медичну службу ДУК "Правого сектору". Зараз "Госпітальєри" – це демілітаризований медичний підрозділ Української добровольчої армії. На сьогодні ми маємо 2 тисячі 605 евакуйованих з нуля поранених бійців УДА, ДУК, інших добровольчих батальйонів, Збройних Сил, МВС тощо. Рекордною для нас є евакуація 60 поранених протягом 22 годин у жовтні 2014 року.

Наявність бригад "Госпітальєрів" не лише у місцях дислокації підрозділів УДА, надання допомоги пораненим з інших підрозділів, а також цивільним особам зумовлює необхідність налагодження адекватної взаємодії та співпраці з військовою та цивільною медициною на місцях. Окрім того, виникає гостра потреба у навчанні великої кількості власними силами кадрів для роботи "на передку".

Систематичні щомісячні, тижневі вишколи, наступний слайд, госпітальєрів тривають вже 3 роки. Тривалість навчальних часів вишколу 56 годин. 7 інструкторів задіяні, двоє з яких лікарі. Всі інструктори постійно

підвищують кваліфікацію та навички, пройшли численні курси і всі, без виключення, мають бойовий досвід.

Окрім того, з дня відкриття, тобто з 5 лютого 2017 року, інструктори батальйону ведуть цикл тактичної медицини в новому навчальному центрі Української добровольчої армії. Протягом місяці в школі рядового піхотинця рекрутам України з військових предметів викладається курс тактичної медицини на рівні бійця-рятувальника. Він розрахований на 48 годин і складається з теорії, практичних навичок, тактичних занять, в тому числі досить потужної нічної та денної симуляції. Курсанти працюють в максимально наближених до бойових умовах у засобах захисту та з бойовою зброєю. Симуляції проводяться з використанням піротехнічних засобів тощо. Жоден піхотинець в Українській добровольчій армії не потрапляє на "передок" без проходження цього місячного вишколу.

Взагалі ми вважаємо, що необхідно, щоб обов'язковою умовою перебування будь-якого бійця на "передку" було проходження, щонайменше, 24-годинного вишколу тренінгу з тактичної медицини, який містить в собі теоретичні заняття, практичні симуляції та складання іспиту.

З нетерпінням чекаємо від Стратегічного штабу централізовано погодженого та затвердженого протоколу. І всі бажаючі стати інструкторами, ті, хто мали досвід викладання тактичної медицини, в тому числі і інструктори батальйону "Госпітальєри", мають пройти коригуючий тренінг, згідно з цією програмою, отримати право продовжувати інструкторську діяльність лише після успішного складання іспиту і заліку.

Щодо недержавних організацій, які досі надавали допомогу з евакуацією, волонтерських організацій, вважаємо, що також потрібна експертна оцінка їх устаткування, стану їх транспорту, медичних кадрів, навичок, і також після такої експертної оцінки має бути наданий дозвіл на подальшу їх діяльність в зоні бойових дій.

Незважаючи на те, що навчання з тактичної медицини є в графіку навчальних центрів Збройних Сил, досвід, в тому числі мій власний, свідчить про те, що велика кількість бійців Збройних Сил, з якими доводилось спілкуватись, мають явно недостатній рівень медичної підготовки. Вони з великим подивом відкривають для себе можливості своєї аптечки навіть і висловлюють зацікавленість і вмотивованість у заняттях з ними.

Навчання, практика, іспит не можуть носити формальний характер, бо за ними життя і здоров'я бійця.

Дякую вам за увагу. Передаю слово своєму комбату з задоволенням.

ЗІНКЕВИЧ Я.В. В принципі це загальна інформація, яку ми хотіли донести до вашого відому і відповідно дійсно ми вважаємо необхідним, бо

навіть як недержавна організація, все, що ми робимо, це є на добровольчих засадах, на безоплатних засадах відповідно за фінансування різних людей, як і України, і світу. Ми розуміємо реальну потребу єдиного стандарту сертифікації, тому що навіть ті люди, які в нас працюють, в незалежності від того, скільки ми вишкোলів проходимо різних структур, незалежно від їхньої компетенції, але все рівно потрібен певний якийсь однаковий параметр для усіх. І це дійсно необхідно, тому що все рівно є великий ризик лікарської помилки, і дуже не хотілось би мати некомпетентний персонал, і потрібно просто максимально від цього ухилитися. Тому, в принципі, моя присутність тут обумовлена насамперед цим і розумінням того, що навчатися потрібно і якомога більше.

Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже вдячна.

Зараз що нам важливо розуміти щодо нашого розвитку статичної медицини на фронті? Що ми з вами пройшли етап, коли, в тому числі, рік тому Міністерство оборони намагалося підготувати нам підрозділи, які їздили по наших військових підрозділах, і вони викладали у нас тактичну медицину. На жаль, це показало себе по якості викладання на дуже низькому рівні, все, що наша військово-медична академія випускала нам, на жаль. У зв'язку з чим фактично уже доходило до курйозних випадків, коли наші шановні добровольці були просто присутні (вони думали, що це військові), присутні на цих викладаннях курсів, це було вже настільки смішно, що треба було після цього бійцям пояснювати, що в жодному разі не робіть так, як вам щойно рекомендували. Це зупинилося, тому що це було 3 команди викладачів, яких брали із Збройних Сил, готували, наша шановна медична академія, і в тому числі те, що відбувалося тоді, курси звичайні на "Десні" фактично дорівнювали нульовому знанню і набуттю навиків тактичної медицини.

Зараз ми у 2017 році повернулися знову, що у нас є випускники W 68, але їх поки дуже обмаль, тому що відбувся фактично єдиний випуск, і багато кого лишили інструктором, тому у війська пішла зараз дуже невелика кількість, котрі можуть все ж таки бути санінструкторами. Наприклад, дуже успішно себе показують 57-а бригада, випускники, а все решта – ми повернулися знову з вами до того, що ми просимо викладати відповідно "госпітальєрів" у своїй зоні відповідальності бойовій, просимо викладати АСАП.

І якраз наступний виступаючий – це наш теж народний Герой України Юлія Паєвська – командир добровольчого підрозділу "Ангели Тайри" всім відомого. Ми зараз звертаємося до нашого медичного підрозділу "Ульф". Ми звертаємося до наших добровольчих підрозділів "Білих беретів", які зараз

взяли на себе знову велику функцію у підготовці як добровольчих підрозділів, так і Збройних Сил, і дуже вдячна їм за все, що вони роблять для 54 бригади.

Тобто ми, на жаль, пройшли з вами велике коло, і коли ми вже повинні були бути на рівні, що вже у нас повинні бути санінструктори, які повинні відповідати за підготовку з тактичної медицини своїх бійців і своїх санітарів, на жаль, ми знову, пройшовши все це коло, повернулися фактично, що поки ще не вийшов W 68 – наші курси – 205-й на рівень, коли вони можуть нам продукувати мінімально від 200, а нам треба 500 інструкторів, які вони нам повинні давати. Поки вони не вийшли, ми знову стоїмо в черзі на навчання до наших добровольчих підрозділів.

От це, скажемо, коло, котре ми пройшли і надіялися, що система спрацює. І прикро, що все ж таки Міністерство оборони... Я не знаю, тут є представники все ж таки Академії військової медичної? Тут є представники? Тому що я просила, щоб пан Бадюк тут був. Прикро, що немає. Ми з цього приводу напишемо, тому що ми запрошували, тому що хотілося б, щоб вони чули, скажемо, про незадовільний рівень своєї роботи, все, що стосується військової ланки. Все, що стосується госпітальної ланки, це високий рівень.

Зараз я слово надаю командирі нашого медичного підрозділу "Ангели Тайри" Юлії Паєвській, тому що в неї потяг потім у Маріуполь, раптом вона не зможе дочекатися військового блоку, тому зараз її виступ.

Будь ласка. Юліє.

ПАЄВСЬКА Ю.Г. Раз-раз. Як чуєте? Розбираєте?

КОРЧИНСЬКА О.А. На відмінно!

ПАЄВСЬКА Ю.Г. Чудово.

Я дуже вдячна за цю можливість бути присутньою тут. Будемо вважати, що я вже розшаркалась – і далі до справи. Так?

Щодо протоколів. Я стикалась з тим, що випускники курсів офіційних Міністерства оборони більш-менш знають протоколи і це загалом задовольняє, як би, рівень. Я так розумію, що якість викладацької майстерності просто на курсах часом залишає бажати кращого. І хотіла б дуже попросити, щоб звертали увагу на те, хто викладає, бо особа інструктора, особа викладача надзвичайно важлива, особливо в таких дисциплінах, від яких залежить людське життя. Інструктори, котрі приходять на передову, мусять чітко розуміти, як проводити координацію, як підтримувати зв'язок не тільки зі своїм підрозділом, а також з сусідніми,

наприклад, як координуватися з усіма медичними, а також бойовими підрозділами, включаючи добровольчі, які присутні на театрі бойових дій. Бо, на жаль, дуже часто ми стикаємось з тим, що ми маємо пораненого і ніхто не в курсі, що взагалі щось сталося.

Тобто санінструктори підготовлені мусять чітко володіти засобами зв'язку, а також картографією, бо також неодноразово стикалися з тим, що блукали люди, не знали точку передачі, не знали, де який ВОП знаходиться. Я дуже хотіла би звернути саме на це увагу. Бо іноді вони приїжджають і не знають навіть, де захід і де схід. Це просто вже серйозна проблема.

Для підготовки санінструкторів хотіла би пропонувати і запрошувати бойових, можливо, парамедиків, можливо, медиків, які вже пройшли війну, ветеранів АТО. І за рахунок цього ми серйозно піднімемо рівень підготовки до саме того, з чим стикнуться санінструкторів на фронті. А також ми ветеранів можемо загрузити приємною і класною для них роботою.

Тактична складова евакуації, як правило, не входить в медичні протоколи. Але я кажу про якість викладання в навчальних центрах "тактична складова евакуації", тобто санінструктор, приходячи на фронт, мусить розуміти всі види зброї, які використовуються, як ними користуватися, як від них ховатися.

Також серйозна проблема, це проблема діагностики. Тобто вони знають, як накладати турнікет, як робити декомпресію, але вони не в змозі діагностувати цей стан. Це великою мірою, звичайно, досвід, але ж більше треба звертати увагу саме на діагностику.

Звичайно, і на прийом хворого. Також практично ніхто не зміг мені відповісти на питання, як робиться "сортировка". Тобто, я так розумію, що це просто під час навчань їм просто проговорюють, і все, "мелким текстом". Це дуже велика проблема, бо коли вони стикаються з "сортировкой", вони просто втрачають свідомість, буквально. А також не уявляють собі, як проводяться бойові дії взагалі. Це є базова тактика, а є тактика така трошки продвинута. Наприклад, вони не в змозі відповісти на питання, якщо буде глобальна війна, якщо ворог буде рухатися назустріч, де ви будете робити "сортировку", де буде наступний етап евакуації? Тобто люди не уявляють собі, на що вони йдуть.

Я вважаю, що це просто або недопрацювання, або, можливо, ніхто з цим не стикався.

Я прошу вибачення за це. Можливо, я влізла не в свою справу, але, як на мене, це найважливіше, що ми маємо: навчити правильно наших санінструкторів, які хлопців вивозять з поля бою. Вони знають протоколи, але вони не знають, що робити на фронті. Оце є проблема.

Дуже дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Якраз вона була тим експертом, котрого я попросила послухати, як викладають нашим військовослужбовцям, це ще до організації або тільки на рівні організації 205 центру. "Тайра" відзняла нам такі інструктажі, я вам кажу, це просто рівень, який неможливо відпускати у війська, тому що це компрометує взагалі викладання тактичної медицини.

Більш того, ми відчували жах, коли аналізували начмедів військових підрозділів. Це на рівні начмедів батальйонів, вибачте, будь ласка, випускників військово-медичної академії, коли тільки єдиний випускник 2017 року, якраз "Тайрам" поталанило, він працює з ними на позиціях Широкіно, це єдиний випускник. І це завдяки тому, що він, будучи ще курсантом, безпосередньо вчився у "Захисту Патріотів", починав у свій час, і він також готував батальйон "Святу Марію". Він зараз морський піхотинець і вже має посаду. Це таке, скажемо, співпадіння.

А от, на жаль, все, що стосується наших, тому що я відмічала і кілька разів зауважувала міністру оборони, що з тактичної медицини сортування поранених, етапування поранених, у нас, як не парадоксально, зараз випускники наших 205-х курсів, тобто це не медики або рідко в них є все ж таки медики з початковою освітою, і чотирьохмісячні курси для нас на фронті зараз набагато більшу мають цінність, ніж медики з лікарською освітою і з двома роками, вибачте, будь ласка, магістрату, тобто з вищою освітою, які приходять до нас і вони думали, що вони пішли у військову ланку. вчитись в академію. Видавати таблетки, як мені вони пояснюють, що ми думали. Це в основному, без сумніву, чийсь діти, на жаль.

Тому оця ланка ваша військова академічна по викладанню, по викладачам, це просто, вибачайте, просто обговорювати навіть важко, тому що 4 роки війни, 4 роки війни. По госпітальній ланці підготовчій ваших медиків, лікарів немає ніяких особливих претензій. Є, само собою, сильні випускники, є слабкі, є надсильні, які навіть наші професори не уявляють і кажуть, що є такий рівень ваших випускників 2017 року. Нещодавно професор Бойко був, просто вражений рівнем, директор інституту невідкладної хірургії, який робить нам вузькоспеціалізовані операції на серці і по судинній хірургії, він був вкрай вражений випускниками академії якраз госпітальної ланки, але все, що стосується військової ланки, на жаль, це те, що треба терміново змінювати, терміново змінювати, тому що таке відчуття, що ви випускаєте виключно тільки лікарів військової ланки тільки для ППД без врахування чотирьохрічного досвіду війни.

Тому зараз перепало найбільше всього представнику Головного військово-медичного управління. Писанко Віктор Вікторович. Віктор Вікторович у нас начмед 25-ї бригади 2014-2015 років, був поранений на

війні, був двічі у нас начмедом наших секторів, він був заступником начальника Дніпровського госпіталю. Зараз Віктор Вікторович у нас начальник лікувально-профілактичного управління, він же заступник начальника Головного військово-медичного управління, ще раз підкреслюю, уже єдиного, в Міністерстві оборони, Генеральному штабі.

Вікторе Вікторовичу, прошу.

ПИСАНКО В.В. Всім доброго дня, дякую за напутнє слово. Я буду коротко, щоб не займати ваш час. Єдине, що хотів наголосити, що армія є прямим відображенням суспільства. Тобто ті проблеми, які є в суспільстві, є і в нас. Тому ми не єдині, в нас спільний ворог, тому ми відкриті до співпраці.

Наступний слайд, будь ласка. Нашу роботу, вірніше, роботу мого відділу, ми почали з того, що ми провели системний аналіз. Системний аналіз полягав в тому, де ми втрачаємо наших військовослужбовців, на якому етапі. Цей етап був догоспітальний, тобто до рівня лікарсько-сестринських бригад.

Наступний слайд. Був сформований пакет медичних послуг, котрі ми вимагаємо, щоб наші військовослужбовці, наші медики надавали нашим військовослужбовцям для того, щоб ми рятували ці життя. Перше – це зупинка зовнішньої кровотечі. Наступний – спонтанний пневмоторакс. Наступний – іммобілізація, наступний – венозний доступ. Наступний. В чому заключаються ці принципи? Ми проаналізували і статистично виявили, що деяких військовослужбовців ми втрачаємо через те, що військовослужбовці просто не розуміють, що це потрібно робити. Тому ми на даному етапі працюємо над тим, щоб військовослужбовець не думав, він просто виконував. Тобто є поранення, не треба думати, треба робити венозний доступ. Є переломи на кінцівках, треба робити іммобілізацію. Є дотичне навіть поранення в проекції легневих полів, ми робимо клюзів. Все це фіксується на рівні лікарсько-сестринської бригади. Тобто всі ці дані впродовж доби ми отримуємо. Я їх продивляюсь особисто, мій відділ продивляється, ми виявляємо ті похибки, котрі у нас є.

Військовослужбовець по своїй натурі не любить працювати. Ніхто не любить працювати. Тому коли людина знає, що за нею буде контроль і коли він зробить дефект, до нього прийдуть люди, зададуть питання, тоді він починає працювати.

Наступний слайд. Навчання особового складу. Ми довго боролися з тим, як навчати наших військовослужбовців, були різні методики. Я дякую всім волонтерам, скажемо так, цивільним організаціям, котрі навчають наших військовослужбовців. В даному випадку пріоритет тільки один – це людське життя. Тому хто буде навчати моїх військовослужбовців (ми одне

суспільство), буде це волонтер, буде це військовий, для нас це не має різниці. Для нас головне, щоб військовослужбовець міг надати медичну допомогу.

Ми виявили, що 90 відсотків тих, хто поступає на етап медичної евакуації, гине на першому етапі – на етапі само та взаємодопомоги. Тому якщо людина доходить до рівня ЛСБ, ми її рятуємо.

Що ми зробили в цьому випадку? Було апробовано декілька методик. Дякуємо "Білим беретам", дуже цікава методика викладання. Частина від їхньої методики ми взяли собі. Дякую "Тайрі", котра також працювала з нами в 61-му військовому госпіталі. Дякую Ані. Були різні методики викладання, і ми найшли ту, котра, на нашу думку, підходить. На військовослужбовця перед початком навчання ми застосовуємо методи психологічного впливу. Тобто ми беремо ті поранення, тяжкі поранення, і показуємо товаришу військовослужбовцю: шановний дивись, це може бути з тобою, і надати медичну допомогу, крім тебе, ніхто не зможе. Ми застосовуємо цю методику до наших керівників. Тому, як не дивно, от, навчити військовослужбовця – це не так просто. Є військове "звено", є військовий командир, котрий на нього впливає і на котрого також треба впливати. Тому ми навчаємо таким методом. Ми використовуємо біоматеріали деякі, ті ж трахеї різних тварин, щоб військовослужбовець це попробував своїми руками.

Ми відійшли від того, що не практично і що не потрібно. Тобто от знаєте, я з 2012 року, я з самого початку війни, раніше ми навчали наших військовослужбовців і просто читали текст. Воно не цікаво, воно нікому не потрібно, воно не залишається. Тому зараз ми намагаємося від цього відходити.

Наступний слайд. MEDEVAC. Дуже цікава наша система. Чого вдалося добитися в секторі АТО Донецьк? MEDEVAC – це система, в котрій одразу є 70 рацій. Коли один із абонентів входить в мережу, відразу задіюються всі етапи медичної допомоги. Тобто це госпіталь, ЛСБП, місце поранення. Якщо ми знаємо групу крові, є потрібний спеціаліст, наприклад, судинний хірург або нейрохірург, то вони зустрічаються вже на рівні ЛСБП.

Наступний слайд. Пакет медичних послуг. Дуже вірно було сказано, що кожна медична послуга потребує відповідного оснащення. Ну, можемо дати професору рюкзак санінструктора, він буде санінструктором. Тому під кожную медичну допомогу в даному випадку закладений окремий вид медичного оснащення.

Що зробили в цьому році? Вперше ми закупили на передову м'які носилки. Це звучить досить дивно, але без м'яких носилок, припустимо, в Авдіївці військовослужбовця не винесеш. Тому це ми закупаємо. Також ми закупаємо пульсоксиметри для первинної діагностики. Ми закупаємо вакуумні ноші.

Ми проаналізували системно втрати. Тобто ті військовослужбовці, які йдуть далі, 80% мають діагноз МВТ акубаротравми. Дякую Оксані Анатоліївні, наші фахівці з Волинського клінічного госпіталю поїхали до цього професора, проаналізували, що треба для діагностики і що треба для лікування цих військовослужбовців. Четвертий рік війни, ви правильно кажете, а в нас досі немає алгоритму лікування МВТ акубаротравми. Так дійсно є. Оце з чого ми починаємо, і так ми працюємо.

Наступний слайд. Це ті укладки, котрі ми сформували. До речі, дякую "Тайрі". Пам'ятаєте, оце ми так формували ці укладки для надання первинної медичної допомоги?

Наступний слайд. Телемедицина. Некомплект військових лікарів у нас в зоні АТО катастрофічний. Це пов'язано з декількома факторами: популяризація військового лікаря і так далі. Але військових лікарів у нас не вистачає. У нас один лікар на 3 тисячі в середньому, є такі дані.

До чого ми прийшли? Я коротко опишу цей проект. На даному етапі на рівні лікарсько-фельдшерської бригади буде встановлена камера. Зараз ми формуємо пакет лікарів, професорів, котрі будуть он-лайн консультувати наших хірургів в зоні АТО. Це те, до чого ми будемо прагнути, те, що нам потрібно. За рахунок телемедицини ми зможемо подолати той некомплект і підвищити рівень надання медичної допомоги. Тому всіх бажаючих я прошу, ми можемо запросити.

Наступний слайд. Про підготовку краще за мене розкажуть мої колеги з 205 Навчального центру.

Наступний слайд. Стандартизація. Те, що проводиться в нашій військово-медичній академії. Військово-медична академія навчає людей, і ті люди, котрі попадають на фронт, їх треба вчити, тобто ніхто не приходить ідеальним. Людина, котра прийшла ідеальна і вміє все і одразу – таких немає. Я сам вчився у свій час. Просто начмеда треба навчати.

Зараз ми формуємо ці мобільні команди, котрі будуть їздити по фронту і просто спілкуватися з людьми. На даному часі нам потрібно спілкування. Начмеда треба вчити. Тобто чисто практичне завдання – взяти людину і посадити в машину, котра буде проводити евакуацію, задати питання водію: як ти будеш везти, куди ти повезеш, як ти будеш попереджувати, як ти будеш стабілізувати пацієнта, покажи свою вкладку – тобто таким чином ми будемо працювати далі.

Наступний слайд. Проблемні питання я озвучувати не буду, в принципі, вони стандартні: це фінансування, це законодавчі акти. Кожен може взяти цю доповідь і ознайомитися.

Доповідь закінчив. Дякую за увагу.

КОРЧИНСЬКА О.А. Вікторе Вікторовичу, військові люблять працювати, єдине вимагають – контролю, як і будь-які державні органи. Тому я просила б потім телефони для всіх озвучити і Олександра Данилюка, якщо ви будете йти, то краще зараз це зробіть, щоб ваш телефон всі знали, і Віктора Вікторовича обов'язково, тому що нам потрібен контакт. Ми покладаємо великі надії на наше нове військово-медичне управління, тому що на даному все ж таки я все одно буду вимагати змінення програм якраз підготовки військових лікарів військової ланки, викладачів і безпосередньо керівника цієї кафедри, тому що, на жаль, 4 роки війни – це достатній період для того, щоб вже пройти було цей шлях і випускати нам якісні кадри. На жаль, вони так за 4 роки не змінилися.

Я кажу вам, мене завжди дивує, як добровольці швидко змінюються. От в підрозділі, котрий буде у нас потім презентувати, нещодавно був важкопоранений наш доброволець, це поранення – відсутність 11 сантиметрів підпахової артерії, і звичайно, страшна крововтрата, клінічна смерть, пряме переливання крові, що на даний момент поки заборонено. І ми Міністерству охорони здоров'я уже наполягаємо на впровадженні на даний момент 8-и протоколів, із паном Денисом якраз радилися з цього приводу по гострій крововтраті, де є в тому числі при загрозі життю, щодо прямого переливання. І нас підтримує Асоціація анестезіологів. Ми дуже довго на цю тему говорили з трансфізіологами, і на їх заперечення, що ми можемо в цей момент занести безпосередньо віруси, в тому числі гепатити, ВІЧ, і це правда. Але коли стосується це життя військовослужбовця або громадянина України, у нас просто немає вибору: або він помирає, або він виживає, якщо ми робимо пряме переливання крові.

І позаяк у нас більшість протоколів, в тому числі американських, це дозволяють, то ми вибрали і зараз ці протоколи у нас повинні бути впроваджені по гострій крововтраті.

Тепер ми переходимо до нашого 205 центру. Це той проект, котрий безпосередньо ініціювала пані Мар'яна Безугла – координатор планування та реформи медичного напрямку Проектного офісу реформ Міністерства оборони України. Їй довелося піднімати, цей центр побудований фактично на тому, що у нас була медична рота в "Десні", фактично нульові знання, які вона давала нашим і медикам, і в майбутньому бойовим медикам, яких так навіть назвати не можна було, бойових медиків. Це приблизно був рівень санітарів, які там виходили, в кращому разі, з підготовки комплексної "Десни".

Єдина наша зараз проблема, що, звичайно, 4-місячні курси і перерви, котрі робляться між ними, поки нам не дають ту можливість тієї кількості інструкторів які нам потрібні зараз у військах. І плюс, звичайно, наші війська сильно жаліються на те, що графік не підлаштований під них, тому що бригади заходять і виходять, вони якраз заходять, а у них просять цей час

дати, і так страшний дефіцит яких-небудь медичних кадрів, санінструкторів. Відповідно коли вони, на жаль, по наказу повинні віддати, потім їм не повертаються їх санінструктори, позаяк в тому числі треба, звичайно, мати нових викладачів, інструкторів, і тому нам абсолютно треба обов'язково вписати в чіткий режим наших якраз заходу-виходу бригад для того, щоб поки він не попаде, максимально брати на підготовку собі бойових медиків, але, тим не менше, це вже той зразок, який нам би хотілося мати в Збройних Силах України.

І тому пані Мар'яна зараз нам презентує якраз розвиток військово-медичної підготовки в рамках трансформації медичної служби в Збройних Силах.

Прошу.

БЕЗУГЛА М.В. Дякую.

Оксано Анатоліївно, в мене пропозиція зустрічна, щоб доповідав 205 Навчальний центр, а я вже скажу потім пару слів.

КОРЧИНСЬКА О.А. Домовилися. Так, будь ласка.

Тоді у нас Бубович Андрій Вікторович, командир навчального взводу першого навчального курсу 205 Навчального центру.

БУБОВИЧ А.В. Шановна Оксано Анатоліївно! Шановні присутні! На початку російської агресії на сході України в галузі медичного забезпечення, оснащення та протоколів надання первинної домедичної допомоги Збройні Сили України користувалися надбанням минулого століття. Але про тактичну медицину чули одиниці. Велику роль у розвитку тактичної медицини відіграли волонтерські організації та добровольці. Неможливо також переоцінити вклад волонтерів у забезпеченні медиків на полі бою якісним засобами надання первинної домедичної допомоги. Багато життів врятовано завдяки допомозі небайдужих людей, що витрачали свій час, кошти та сили. Волонтери мають нашу вдячність та вдячність врятованих завдяки їх зусиллям людей. Проте наразі прийшов час системних змін та рішень для довгострокової перспективи, які зможуть не просто затулити дірку тут і зараз, а матимуть продовження у всій системі збереження життя та здоров'я захисників та захисниць України. Ця система вже впроваджується. Можливо, не так швидко, як нам того хотілося, але набагато швидше ніж могла б.

205 Навчальний центр тактичної медицини, який працює з 15 травня 2017 року, впроваджує сучасні міжнародні протоколи надання домедичної допомоги в умовах бойових дій від початку існування. Термін базової

підготовки бойового медика це рівень санітара взводу, складає 16 тижнів, і це мінімальний...

КОРЧИНСЬКА О.А. Пане Андрію, я прошу, зараз ви продовжите, все ж таки давайте впроваджувати сучасний термін – це бойовий медик. У нас з вами зараз новий штатний розпис Збройних Сил поданий, в даному разі у нас буде один стрілок санітар на підрозділ і на взвод у нас буде бойовий медик і на роті, звичайно, старший бойовий медик. Тому давайте все ж таки нашими реаліями, а то звучить якось "по-советськи".

Тобто стрілок-санітар це у нас з вами один на підрозділ, тобто на 10, а бойовий медик - це один на взвод.

БУБОВИЧ А.В. Наразі от зараз він ще поки санітар взводу, але програма вже буде перейменована найближчим часом.

Чому 16 тижнів, чому такий строк? Для порівняння: базова фахова підготовка, медична підготовка в США та Канаді займає 16 тижнів, у Великобританії – 13 тижнів, в Німеччині медичними працівниками в Збройних Силах можуть бути лише військовослужбовці, що мають освіту цивільного парамедика, і це навчання займає 2 роки. До речі, Німеччина на даний час розглядає можливість змінити стандарти підготовки бойових медиків через те, що цей курс підготовки є дуже затратним та невиправданим. Не вистачає фахівців рівня парамедик для роботи в Збройних Силах.

Навчання, яке проводить 205 Навчальний центр тактичної медицини, відбувається за міжнародними протоколами надання допомоги. Так фахова підготовка бойового медика основана на 16-тижневому курсі підготовки медичних фахівців армії США або ж "Комбат медик стандарт W-68", що включає детальне теоретичне та практичне навчання за протоколом надання допомоги пораненим ТССС-МР.

Саме робочою групою 205 Навчального центру були розроблені та впроваджуються програми підготовки: підготовка загальновійськова військовослужбовців з надання домедичної допомоги. Ця програма підготовки базується на стандарті підготовки Збройних Сил Канади (*нерозбірливо*) та поглиблений курс надання домедичної допомоги пораненим, який триває 2 тижні. Він створений на базі кваліфікаційного стандарту (*нерозбірливо*). В цьому курсі є ще інструкторська складова за армійським базовим інструкторським курсом. Дані програми базуються на міжнародному протоколі надання допомоги ТССС-АС.

Крім того, відділенням планування навчального процесу 205 Навчального центру постійно моніториться ситуація щодо оновлення

медичних протоколів у країнах НАТО та навчальний відділ постійно імплементує зміни до навчальних програм. Наприклад, у 2017 році ми отримали нову редакцію стандартизованої Угоди НАТО № 2122 щодо надання допомоги пораненим та основи гігієни для військового персоналу, стосовно навчання військовослужбовців, надання первинної домедичної допомоги. Наразі відпрацьовуються зміни, які будуть внесені до програми підготовки.

У 205 Навчальному центрі на постійній основі знаходяться представники канадської місії ЮНІФАЕР – це медичні фахівці, вони постійно спостерігають за всім навчальним процесом, дотриманням протоколів первинної домедичної допомоги та постійно надають консультації інструкторському складу.

Інструкторський склад 205 Навчального центру постійно долучається до міжнародних відряджень, де має можливість взяти участь у навчаннях та покращити свої навички з надання першої домедичної допомоги. І також це дозволяє дізнатися особливості навчання бойових медиків у інших країнах.

Велика увага під час навчання приділяється саме практичним навичками. Ми навчаємо курсантів як працювати із сучасними засобами надання першої домедичної допомоги, які використовують як Збройні Сили США та Канади, так і використовувати будь-які придатні для цього засоби. Тобто ми навчаємо виготовляти імпровізованих джгути, шини.

В чому особливості нашої навчальної програми? 262 години займає тільки навчання за протоколами ТССС. До цього ще 80 годин тактичних симуляцій. Ці тактичні симуляції максимально наближені до реальних умов. Під час цього використовуються техніка, холості набої, дими, засоби імітації поранень.

Також інструкторський склад центру постійно підтримує контакти з випускниками курсу та збирає інформацію стосовно використання ними протоколів у реальному житті. Це дозволяє більш реалістично проводити тактичні симуляції та надавати курсантам змогу відчувати всю реальність бойових дій.

Тільки вчора двоє представників 205 Навчального центру тактичної медицини повернулися з Німеччини, де наглядали за підготовкою до проведення іспиту з експерту з польової медицини. На основі здобутого досвіду планується впровадження змін в програми підготовки, що дозволить відправляти українських бойових медиків на такі міжнародні змагання.

Думаю, замість того, щоб розповідати про те, як проходить навчання в нашому 205 Навчальному центрі, краще давайте подивимося маленьке відео з наших навчань.

(Перегляд відео)

(Оплески)

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже приємно було Таню побачити в кінці. Прикро, що ми не побачили, звичайно, ваше навчання на славетній машині "Богдан" і на "Хамерах", тому що у вашому центрі вже нарешті є "Хамер", тому надихає, надихає без сумніву.

Пані Мар'яно, ви хотіли щось додати?

БЕЗУГЛА М.В. Так, саме в форматі "додати", оскільки вже представники продукції, якщо я можу виразитись, то це як продукції реформування, а саме Головне військово-медичне управління, 205-й навчальний центр вже набувають поступово спроможностей. І їх представники надали інформацію для даного "круглого столу".

Що я можу прокоментувати? Дійсно, доволі важко було проводити системні зміни, які впливали на швидкість, кількість і якість набуття спроможностей такими структурами, як перша фактично медична сержантська школа. І ми вирішили після цього зацентруватися на реформуванні управлінської структури, провівши консолідацію і було створено Головне військово-медичне управління. А на 2018 рік вже як з застосуванням спроможностей Головного військово-медичного управління буде організована трансформація навчального процесу медичного персоналу Збройних Сил уже на таких рівнях, як військово-медична академія, набуття спроможностей 205-м навчальним центром.

2017 рік був визначений як експериментальна фаза для відпрацювання програми і першого випуску. Тим не менше, другий випуск уже вдвічі більший, наступний буде ще більший. І як слушно ви зауважили відносно пауз між ротаціями, вони теж будуть скорочені. Також, уже маючи спроможності консолідованої системи командування, ми зможемо синхронізувати порядок ротації підрозділів і навчання в 205-у навчальному центрі.

Також тут присутній представник Головного військово-медичного управління ще один, а саме начальник відділу підготовки і стандартизації. Цей відділ теж в рамках реформи був створений і виокремлений і відповідає за всі рівні підготовки медичного персоналу. Так що майор Ковида, якщо у вас будуть питання, він тут присутній.

Що ще хотіла б зацентрувати. Тут виходить, певною мірою, парадокс. У нас зараз ми проводимо консолідацію медичної вертикалі. Тобто, щоб було унормоване командування, рівні надання медичної допомоги, порядок надання медичної допомоги. В той же час нам почався процес виокремлення поняття догоспітальний і госпітальний рівень. А саме, наприклад, в рамках

трансформації медичних служб бригад, що уже затверджена, не буде вузькоспеціалізованих фахівців безпосередньо в бригадах, вони будуть в рамках посилення від вищих рівнів, що дасть змогу забезпечити їхній належний рівень. В той же час це зовсім інша розмова про підготовку в рамках по типу протоколів PHTLS і т.д. і т.п. уже фахівців бригадного рівня.

Тобто нюансів багато, тим не менше, зацентували все в попередніх доповідях, так що, якщо немає питань, дозвольте закінчити.

Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую. Нам надзвичайно важлива ваша праця, пані Мар'яна, в Міністерстві оборони, у вас не так багато там "свечочей".

Тому зараз нагадую нашому шановному відділу стандартизації, що у вас є сторінка 77, на котру ви звертаєте увагу, і там чітко є, підписано Президентом, наш Стратегічний оборонний бюлетень, де ви до кінця 2018 року, ви були визначені як одне з основних силових відомств, ви повинні запровадити сучасні навчальні програми. І тут це відповідно до стандартів НАТО, і тут є конкретні протоколи, які включені, це, нагадую, TCCC, CLS, 68-W і, відповідно, звичайно, науково-доказова база щодо їх відповідності таким державам НАТО і так далі.

Ви повинні це зробити, ще раз вам нагадую, до кінця, вже це повинно. У нас не може бути таке, що коли ми вже зараз починаємо вимагати дотримання протоколів нашими бойовими медиками на полі бою і безпосередньо на евакуації, що вони навіть не уявляють собі, що це, як це зветься, про що йде мова? Хоча би такій схемі, як описав Віктор Вікторович, ви повинні вже вимагати. Оця схема повинна доведе до військ. Плюс, звичайно, наглядні матеріали. У вас так само, як у Міністерства охорони здоров'я, повинен бути на сайті той матеріал, який відноситься до тактичної медицини, тому що військові медики дуже часто, коли ми вимагаємо і кажемо, що ви в даному разі надали неповний обсяг домедичної або догоспітальної допомоги, вони нам кажуть: я перепрошую, ви від нас вимагаєте, ви нам на словах це все розповідаєте, ваші шановні добровольці нам це все впроваджують, але де ми це можемо прочитати, щоб ми знали, що дійсно наша відповідальність. Вже є? Пані Мар'яна може прочитати.

БЕЗУГЛА М.В. Мініатюрна ремарка. В квітні буде запущено сайт медичної служби Збройних Сил і в тому числі Головного медичного управління. Там будуть розміщені матеріали, тож я запрошую долучатись, вивчати і ми очікуємо на ваші відгуки. Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже вдячна.

Зараз у нас наш військовий блок якраз продовжує волонтерська служба, волонтерська рада Міністерства оборони. Павло Груленко, він же відомий як Петро Вишиванець, член Ради волонтерів Міністерства оборони. Дуже давно і багато працює над якістю аптечок і над провадженням стандартів НАТО. Дякую.

ГРУЛЕНКО П.В. Дякую. Я постараюсь не повторюватись, щоб трошки цікаво було, тому що все-таки доволі тривалий час ми говоримо. Я хотів би зазначити, що впливає таких 3 фактори. Це фактори, які впливають на порятунок життя на самих перших етапах після поранення, тобто це евакуація. Я не по порядку, а по пріоритетності, по тому, що ми досягли, а що нам ще потрібно. Навчання – найважливіше і забезпечення.

Я не буду зараз говорити про проблеми транспорту. Це зараз така тема "гаряча", відома, можливо, багато хто про неї знає.

Про навчання дуже багато вже сказано. Я хотів би зазначити, можливо, в якості поради таких кілька моментів. Давайте дивитись з кінця, з того, що ми досягли. В нас дуже красиві процеси, в нас красиві центри, я про Збройні Сили, і зокрема про Національну гвардію, величезна їм за це повага, в нас окремі групи, які навчають. Разом з тим в Збройних Силах немає єдиної системи, яка могла би точно сказати, абсолютно точно: всі військові будуть вміти надавати першу допомогу ТС-3 впродовж такого, такого і такого терміну. Немає бачення, як досягти, щоб кожен солдат знав елементарне.

Питання, чи він знає, відповідь чітка – ні. Ми проводили дослідження, дуже погана ситуація, якщо брати загалом по статистиці. Разом з тим, чи робиться робота? Так. Більше того, зараз вектор, який презентований 205 Навчальним центром, чудовий і правильний, але це вектор руху згори. Ми вже маємо і будемо мати більшу кількість дуже якісних спеціалістів, які в теорії повинні вчити нижче.

На думку Ради волонтерів вектор повинен бути комплексний: навчання згори і знизу. ТС-3 повинен бути обов'язковий, так як обов'язкова якісна аптечка. Якщо немає аптечки і немає знання ТС-3, то немає жодної гарантії, навіть натяку на можливість надання першої допомоги. Це дуже важливо розуміти. Нам потрібні ці системи в Збройних Силах. Чому Національна гвардія може, а Збройні Сили ні? От в мене таке питання стоїть дуже важливе.

І про позитив. Я дуже радий, що співорганізатором є Денис Сурков. Денис Сурков брав участь і бере участь в незалежній експертній групі, яка впродовж 2 років займається якістю засобів медичного призначення. Я радий сказати, що до цього часу разом з військовими, разом з величезною експертною групою напрацьовано все можливе для того, щоб забезпечити на

першому етапі, я маю на увазі засоби, які входять в аптечку, які входять в медичних рюкзак, максимальною якістю. Це медико-технічні вимоги, тобто критерії якості, той мінімум, нижче якого падати неможна. Це випробування. Це по методу доказової медицини, це абсолютно той шлях, яким у свій час проходило НАТО, Сполучені Штати Америки. Причому ми багато що робили з нуля і робили самі.

Приємно зазначити, що основні принципи у 2017 році Збройними Силами були реалізовані.

Тут написано "Національна гвардія". Я все-таки хотів би зазначити, що з усіх сил оборони, якщо дивитися по якості засобів, які входять в аптечку, є великі питання. В тому числі питання по турнікету "Пітон" і "Пітон-2", використовувати його неможна. Відповідно до доказової медицини, вся інформація в будь-якому можливому вигляді максимально експертної думки наявна, вам треба з цим щось робити.

Ми сподіваємося, що Збройні Сили, і взагалі далі розвиток буде до якості.

Величезна подяка Міністерству охорони здоров'я. Тільки дякуючи цій команді ми маємо всю відповідну нормативну базу, яка каже: повинно бути 2 турнікети і всі засоби, які туди входять. Це величезна робота. Про координаційний центр, річний рівень було ще презентовано, це правильний шлях. Але ми рухаємося, десь навіть випереджаємо свій час, країни НАТО йшли десятки років до цього, а десь відстаємо. Десь у нас є глобальні дірки. Так от, глобальні дірки у нас на тактичному рівні, внизу. Якщо у нас стратегія буде крута, а внизу ніхто не буде нічого вміти, ми всі програли. Ми мусимо просто це визнати. Можна гарні презентації давати, гарні відео, але програли, якщо ми не навчимо кожного солдата.

Я сподіваюся все-таки, що результати цього "круглого столу" вплинуть на прогрес у всіх питаннях.

Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Петре, я вам доручаю нашу фронтову легенду "Тайру", зараз проведете, обняти замість мене, а ми продовжимо працювати.

Зараз у нас військовий блок завершує лікар медичного пункту 198 Навчального центру Військово-морських сил Збройних Сил України пані Оксана Георгієва.

Прошу, пані Оксано.

ГЕОРГІЄВА О.В. Доброго вечора! Тема: "Застосування сучасних міжнародних протоколів в умовах надання медичної допомоги пораненим під

час бойових дій, досвід 198 Навчального центру Військово-морських сил Збройних Сил України".

Двома словами про штат медичної служби. Лікарським складом укомплектована на 20 відсотків медична служба, середнім медичним персоналом укомплектована на 80. За штатом інструкторів та викладачів за тактичною медициною немає.

В основні напрямки роботи медичного пункту включаються також індивідуальна підготовка та навчання курсантів за напрямком тактична медицина, формування вмінь та навичок по наданню домедичної допомоги пораненим в умовах бойових дій. Наступний слайд.

Основа індивідуальної підготовки військовослужбовця це базова загальна військова підготовка, яка проводиться в навчальних центрах Збройних Сил України і затверджена Генеральним штабом від 6.11.17 року за номером 27944/4. Тривалість базової загальної військової підготовки складає 23 доби з навчальних занять, тобто 194 навчальних годин і 10 з них – тактична медицина. Наступний слайд.

В навчанні застосовується уніфікований клінічний протокол з екстреної медичної допомоги, розроблений на основі адаптованої настанови з тактичної медицини "Медична допомога", це Наказ Міністерства охорони здоров'я від 21.06.16 за номером 612. Також застосовуються алгоритми ABCDN і алгоритми MARCH. Наступний слайд.

Матеріально-технічна база Навчального центру потребує вдосконалення. Триває облаштування спеціалізованого кабінету, в наявності американський манекен TRAUMA-CX. Функції манекена дозволяють відпрацювати необхідні навички надання екстреної медичної допомоги курсантам Навчального центру та використовувати їх на практиці під час подальшого проходження служби в умовах бойових дій. Далі.

Під час занять курсанти ознайомлюються з різними видами аптечок та засобами для надання медичної допомоги. Далі.

Навчаються використовувати склад аптечки, проводити огляд пораненого. Далі. Навчаються застосовувати різні види пов'язок та надання домедичної допомоги при пораненнях та травмах. Далі. Евакуюють постраждалого з поля бою та техніки. Далі - відео.

І далі. Головне завдання викладачів – у стислий термін надати максимально теоретичної інформації та відпрацювати практичні навички з надання екстреної медичної допомоги.

І далі відео нашого навчального центру - робота з манекеном.

(Перегляд відео)

ГЕОРГІЄВА О.В. Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую, пані Оксано. Хочу вам сказати чесно, чесно. На жаль, зараз безпосередньо представники "морпхів" у нас в АТО, дивовижні хлопці, які мають захоплення наше, вони стали справжніми патріотами, видатними воїнами, але по підготовці з тактичної медицини вони нічим не відрізняються від усіх військ. Це вам може засвідчити тут "Куба", яка якраз з ними на позиції, дуже багато було, це вам би засвідчила зараз "Тайра", котра зараз з ними знаходиться на позиціях, вони нічим не відрізняються, на жаль, від сухопутних військ. Поки, на жаль, рівень їх знань надзвичайно мізерний, вони так само у нас проходять підготовку додаткову наших добровольців, і тому сказати вам, а плюс до того, що як я була здивована підготовкою ваших медиків і тих, хто перевелися до вас, лікарі з Національної гвардії, то там, на жаль, окрім слів... Навіть до рівня бойового медика я б не допустила таких працівників. І відповідні втрати це довели, на жаль. І тому нам прийшлося перекомандирувувати, нам довелося переорієнтовувати всіх, направляти мені начмеда бригади туди черговий раз і це все вирішувати на місцях, тому що поки ваша розповідь одна, але по реальним ми бачимо зовсім іншим. Тобто це така сама традиційна ситуація, яка є по всіх Збройним Силам, нічим особливим вони не відрізняються.

Так що з великою повагою до вас, але, вибачайте, ми практики, ми це бачимо все там, на місцях, і опитувала особисто всі ваші підрозділи, робила вибірку, Віктор Вікторович свідок був зі мною, коли вони зайшли, він може підтвердити, тому все, що б ваші офіцери зараз не намагалися заперечити, безсенсово, тому що Віктор Вікторович керує зараз цим управлінням і все це бачив особисто, коли зайшли "морпхі".

Без сумніву, є один батальйон, котрий краще підготовлений завдяки тому, що вони були трошки в інших умовах, і вони були на міжнародних навчаннях, і відповідно їх комбат, всім відомий "Барсук" до цього ставиться абсолютно відповідально, і от тут у вас така сама ситуація по всіх Збройних Силах. Там, де командири ставляться відповідально до цього, там дуже добре налагоджена система підготовки, там постійно працюють. Де командир у принципі все одно і медицина на останньому місці, так відповідно до цього і готовий підрозділ.

Тому якщо ви хочете тільки зауважити щось дуже категорично, а не просто виправдатися і сказати, що ні, ми краще всіх, тому що це безсенсово просто.

Тоді ми переходимо до нашого блоку, до наших шановних добровольців.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Я начальник циклової комісії 198 Навчального центру по рівню загальновійськової підготовки. Тобто тактична медицина – це є одна складова саме моєї циклової комісії.

Як вам доповідала наш начальник медичної служби, всього 10 годин видається на медичну підготовку, це стандартно. Ми з Денисом, я буквально на минулому тижні був у нього на заняттях, тобто пройшов ...

КОРЧИНСЬКА О.А. Я зараз здивована, Віктор Вікторович зараз це відмітить, тому що я була автором наказу Міністра оборони ще півторарічної давнини, де ми наполягали на підготовці, прикро, що немає Ані Майбороди тут, тому що з Анею ми у свій час наполягали, вона на полігонах працювала, що це повинна бути мінімум триденна підготовка, і що ви повинні мати відповідно 24 помножити на 3, тобто 72 години підготовки курсу підготовки порятунку бійця. І тому зараз я здивована, що відбувається порушення того наказу, або мені треба показати, на підставі чого скоротилася програма підготовки до 10 годин. Я хотіла б подивитися цей наказ.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Це програма, яка розроблена начальником Генерального штабу, і вона затверджена. Тобто по цій програмі ми заложники ситуації, ми по цій програмі навчаємо особовий склад. Коли я поспілкувався з Денисом Сурковим, мені дуже сподобалися деякі моменти, і я навіть говорив йому, що я готовий внести 30 відсотків змін. Але це саме той курс, коли кожного військовослужбовця, кожного військовослужбовця, якого ми видаємо, а це рядовий склад, навчити в екстремальних ситуаціях швидко надати допомогу або отсортировать людей, которые на поле боя. То есть вот это мне понравилось и я готов такое делать. Но мы не можем выйти за рамки того времени, которое нам дает, я извиняюсь, штаб.

КОРЧИНСЬКА О.А. Вікторе Вікторовичу, що вам треба зрозуміти? Позаяк у нас ДВМУ безпосередньо під міністром оборони і тепер це Міністерство оборони, Генеральний штаб ми поважаємо, але на рівні того, що ми узгоджуємо. Не може бути такого, що наказ міністра оборони зараз спростував Генеральний штаб і звів підготовку до 10 годин. Як показала практика, за 10 годин неможливо навчити бійця рятувати своє життя. Це вже світова практика, і нам потрібно, позаяк у нас стандарти НАТО, ми рухаємося до стандартів НАТО. І у нас іншого не може бути, по-моєму.

ПИСАНКО В.В. І я хочу ще додати, бо трохи пізніше буде виступати представник Національної гвардії з учбового центру міста Золочів, це було перше, з чого ми починали, коли ми там впроваджували програму підготовки інструкторів. Це за наказом командувача Національної гвардії України була виділена достатня кількість навчальних годин для навчання з тактичної медицини. І тільки після того, як була виділена достатня кількість навчальних годин, Національна гвардія була в спроможності мати зараз те, що вона має.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Зараз наш блок між силовиками представляють наші добровольчі підрозділи, один із самих молодих наших добровольчих підрозділів медична команда "Ульф" – це керівники, на мій погляд, одного із кращих бойових підрозділів теж зараз в зоні АТО, це окрема штурмова рота, перша окрема штурмова рота. І от зараз якраз на прикладі Юлії Сідорової, відомої всім як "Куба" і Аліни Михайлової, без сумніву, їх перші роки підготовки і роботи, це госпітальєри, і вони якраз інструктора госпітальєрів, і підготовки, і перші ротації відбувалися. Але от зараз мені було показником те, що в їх зоні бойової відповідальності, але не через них, а через військових пройшов важкопоранений з тим пораненням, що я вам казала, це відсутність 11 сантиметрів підвздошної артерії, повна фактична кровотрата, критична смерть. І от мені було цікаво, що зробили військовослужбовці 25-ї бригади і як підійшли до цього добровольці, які знаходились на сусідній позиції, їх підрозділ, вони знаходились. 25-а бригада нічого не змінила, от нічого не змінила. Ну, вони дійсно нічого не могли змінити, тому що це, без сумніву, внутрішній крововилив.

Добровольці підійшли, керівники добровольчих підрозділів, абсолютно по-іншому. Юлія і Аліна знайшли вузлові турнікети, закупили їх, тут же ми знайшли прямий ефір, вийшли з Юлією просто через телефон і знайшли благодійників, які нам пішли назустріч, і уже через кілька тижнів я, народний депутат і все ж таки якийсь там заступник голови Цивільного штабу України, приїхала до них на позиції вчитися вузлових турнікетів, тому що я ніколи їх не бачила раніше, я ніколи з ними не працювала. І на зауваження медсестер сусідньої позиції шахти "Бутівки", які казали: "Ми в це не віримо, тому що це неможливо", - все було продемонстровано мені і їм були продемонстровані всі матеріали американців, яким чином вони використовували каски, що стало приводом для організації і для цих вузлових турнікетів.

І вже через кілька тижнів весь вузол навколо Авдіївки безпосередньо, так, вчилися користуватися цими вузловими турнікетами. Уже війська почали дзвонити Віктору Вікторовичу і казати, що вони теж вимагають закупівлі вузлових турнікетів. Вони ще, на жаль, тут у нас не впроваджені й

реєстрація офіційна і тому Збройні Сили України замовили поки гуманітарну допомогу в Америці.

Але просто достатньо було одному добровольчому підрозділу поставити перед собою ціль сказати: "Нас не влаштовує той рівень, що ми маємо. І якщо на сусідній позиції було таке поранення, що ми змогли б зробити, щоб все ж таки стабілізувати ситуацію і не втратити?" Слава Богу, це божественним чудом він вижив і у нас живий, але це було багато "але", щоб він вижив цей наш доброволець. І тому вони поставили собі ціль і повністю змогли. І в тому числі по новим засобам: ноші, які вони використовують – каркасних, а не тільки м'які. І тому числі і по всім, і якраз пан Денис опікає цей медичний центр і забезпечує.

І у мене вічна дискусія, що віддайте це високоспеціалізоване обладнання, котре зараз у них є в добровольчому стабілізаційному пункті, бо мені треба це в стабілізаційному пункті Авдіївки.

І оце різниця підходи Збройних Сил і добровольців, які ставлять собі тут же надзадачу, надзадачу в той час, як наша інертна система каже: "Ну, нема і нема. Значить не виживе, - умовно кажучи – у мене не було чим врятувати".

І тому от, коли нам вдасться з вами, щоб наша система працювала так, щоб Збройні Сили працювали як добровольці, ми будемо розуміти, що ми виконали свою задачу по впровадженню міжнародних протоколів надання медичної допомоги і в тому числі ініціативи, і вимог, вимог, що нам треба! Тому що добре, що Віктор Вікторович був начмедом АТО фактично 8 місяців. Але якщо б ви не були, то так само, у вас би ніхто не замовляв ноші. Всі знають, що потрібні пульсометри, всі знають, що м'які ноші і кожен раз просять всі волонтерів, а не настоюють, щоб нам купила це держава і Міністерство оборони.

Будь ласка, "Куба", Юлія Сідорова.

СІДОРОВА Ю.С. Добрий день всім! Дуже рада тут бути.

По-перше, з самого початку хотіла сказати, що насправді стосовно вузлових турнікетів. Ми з Аліною після того, як деякий час працювали в "Госпітльєрах", там навчалися в "Госпітальєрах", потрапили до Дениса Миколайовича Суркова і отримували знання у нього по протоколах ТССС-МР. Далі ми навчалися по MEDEVAC, склали там іспити і вибрали для себе такий шлях, тобто ми вирішили працювати саме за цими протоколами, ось чітко так, як нас навчав Денис Миколайович.

І тому вузлові турнікети – це була для нас запланована річ з самого початку. Тобто ми для себе запланували купити все, що нам потрібно не тільки по ТССС-МР, але ще і по MEDEVAC теж. І тому просто так сталось, що в той момент дуже терміново це все почали шукати через те, що якраз

сталось таке поранення. А на війні на другий день, на завтра чи на післязавтра нічого відкладати не можна, бо ми знаємо, що трапитись може все, що завгодно і коли завгодно і в самий несподіваний момент.

Тому стосовно протоколів це однозначно, тут ми обговорюємо з вами, наскільки необхідно їх вводити. Це звісно робити необхідно, тому що, поперше, коли люди навчені по одному стандарту, це значить, що я можу завтра опинитись десь з якимось іншим парамедиком в несподіваному для себе місці і працювати злагоджено, так ніби я цю людину знаю і працюю з нею декілька років. Це дуже важливий момент.

І ще я хотіла зауважити, що звичайно для добровольчої структури, така, як є наша структура, медична служба, нам звісно в якійсь мірі легше починати реформи якісь, тобто маленькі реформи, які ми починаємо з самих себе, і впроваджуємо це все в спільну справу. Але дуже хотілось, щоб був ентузіазм не тільки у нас, з нашого боку, бо ми насправді вже маємо все сучасне обладнання, як зауважила Оксана Анатоліївна, все сучасне обладнання, яке має бути. Ми навіть вже не говоримо там про якісь гемостатичні бинти чи щось таке, ми говоримо про апарат ШВЛ, який має всі необхідні налаштування, про капнограф, про можливість працювати на догоспітальному етапі по протоколу FAST, тобто виявляти внутрішні кровотечі. Ми це все маємо. В нас є тільки поки що один автомобіль обладнаний, але ми працюємо над тим, щоб мати другий, можливо, через деякий час і третій автомобіль, який буде обладнаний всім необхідним, те, що має американська армія, наприклад.

І коли мене питають, ну, там кажуть, що це ж там, десь там вони звісно можуть так працювати. а ми ж так не можемо. Я тоді запитую: чому не можемо, якщо ми окремі люди, які не мають ніяких вливань, грошей не маємо, просто допомагають люди, яким це небайдуже, і ми це все маємо. Чому держава, яка має значно більше можливостей, поки що нічого такого не створює? Тому якось так.

А ми, в свою чергу, з Аліною будемо працювати надалі і підвищувати якість надання медичної допомоги. Дякуємо ще раз Денису Суркову за те, що він нам допомагає, навчає і все таке інше. Передаю слово Аліні.

КОРЧИНСЬКА О.А. Прошу.

МИХАЙЛОВА А.А. Насправді дуже приємно, що нас, добровольців, не тільки нашу організацію, а всі добровольці, яких сьогодні запросили на цей захід, тому що це свідчить про те, що з добровольцями рахуються, тобто в добровольців питають якісь поради. якесь бачення. Насправді ми

співпрацюємо на фронті зі Збройними Силами і доволі тісно і переважно всі поранення, які були за 5 місяців, ми працювали зі Збройними Силами.

Ми працюємо в хорошій команді. Було створено стабілізаційний пункт, де хлопці повністю працювали у повній взаємодопомозі і взаєморозумінні. І питання в тому, що, можливо, для когось тут або, в принципі, для нашої країни здається, що ці протоколи, ці всі три, вся ця тактика, все це приладдя, яке там є для тих же реанімобілів, це ніби щось "заоблачне" і нереальне для нашої країни. А насправді будь-хто може приїхати до нас і подивитися на те, що за 5 місяців абсолютно все, чому ми навчалися на курсі ТССС-МР та MEDEVAC, воно все є в нас. І, знову ж таки, можливо нам легше тому, що ми добровольці, у нас немає "сто п'ятсот" наказів і "бумажок" зверху, проте це є реальність.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Але у нас і грошей немає.

МИХАЙЛОВА А.А. Ну так. І головним питанням є те, що досі держава чомусь економить на такому руслі як медицина і як, в принципі, рятування життів. І я впевнена, що десь там на верхах говорять: "Та навіщо ми будемо давати ці приладдя, ці апарати, вони все одно це зламають, вони не вміють цим користуватись". Для того треба навчати людей, щоб люди вміли користуватися, і вони будуть цим користуватися.

А щодо навчання бійців – то зараз у нас повністю весь склад парамедиків пройшов ТССС-МР, четверо з наших парамедиків пройшли курси MEDEVAC, все це Дениса Миколайовича, його команди. І зараз вже наші бійці проходять. Починають проходити курс ТССС-МР. Це вже 8 бійців. На наступний курс у травні буде ще четверо відправлятися. І у нас в планах те, щоб кожен боєць пройшов ці курси, тому що це нормальна практика всіх армій НАТО, де кожен боєць може бути, в разі чого, медиком у підрозділі, де немає кваліфікованого парамедика на певному етапі.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

До речі, це перший добровольчий підрозділ, де всі командири пройшли навчання. Всі командири. Я маю на увазі не тільки бійці, а от щоб саме в першу чергу почалося з командирів, щоб усі командири, я нагадую, що життя нашого відомого добровольця "Правого сектора" "Тенгіза" врятував інший командир - "Да Вінчі", він врятував йому життя, будучи повністю з "фапівською" аптечкою, передаючи його безпосередньо якраз інструктору 205 центру. Другим, хто прийняв цього важкого пораненого, нашого командира добровольців, це був "Мурат", насправді я його знаю по позивних, і це якраз "Мурат" і це якраз безпосередньо його підрозділ, це от і була весь

цей час єдина команда з нашими шановними добровольцями з підрозділу "УЛЬФ".

І, мабуть, така злагоджена робота у нас поки, на жаль, на фронті відбувається тільки в них саме з військовими, мається на увазі, і от у "Тайри", коли вдалося одну команду в евакуації, і коли дівчата, так само й хлопці, працюють на загальних просторах, коли задіяна їх машина, коли задіяні були "Богдан", "Саксон", вони працювали всі на одній техніці. І тому числі як мені було приємно, коли ситуація була, що у нас був надзвичайно важко поранений розвідник, і це при мені відбувалося, і, на жаль, одна із наших броньованих машин проскочила цей поворот і тому ми вивозили його, ми найближчі були, от Віктор Вікторович був тоді присутній. Нам доводилося мучитися в "Богдані", але коли зайшли в один реанімобіль, ну тобто не реанімобіль, а "Богдан", коли це були різні школи, коли заскочив санінструктор до розвідників, туди ж заскочив анестезіолог 25-ї бригади, "Куба", і потім в кінці приєдналася всім відома на Авдіївці координатор АСАП Весна, і от ці чотири людини зробили абсолютно чудо, тому що коли вони довели все ж таки цього військовослужбовця, у нього була кілька разів зупинка серця, інтубація і відповідно весь протокол. Лікарі Авдіївки, які приймають там поранених більше року, це одна з найкращих команд, вони всі нагороджені Орденами Богдана Хмельницького, і вони сказали, що вони такого ще не бачили, щоб в такому стані їм довели військовослужбовця і на такому, що вони просто не уявляли собі. І тому коли така робота, коли один одному підвищують рівень, добровольці і Збройні Сили допомагають один одному, діляться знаннями, передають знання, це надзвичайно важливо.

Зараз у нас з вами наші легенди підготовки наших військ і наших добровольців. Вони так само безпосередньо зараз готують бійців і медиків в тому числі військовослужбовців, це наші "Білі берети". Мені дуже приємно, що сьогодні пан Андрій з нами, тому що він у нас дуже знаний інструктор, командир на фронті.

Андрій Кухар – "Білі берети" Львів.

КУХАР А.Л. Доброго дня! Слава Україні!

ІЗ ЗАЛУ. Героям слава!

КУХАР А.Л. Мене звати Андрій Кухар, мене більшість може знати, як "Кук". Це мій бойовий побратим ...

Два слова про нас. Я постараюся вкластися в регламент, бо багато було сказано з того, що ми хотіли сказати. Наша організація створилася на Майдані після подій Революції Гідності, в якій ми брали активну участь, і створювалася вона в основному для того, щоб був готовий медичний загін,

який зможе піти туди, куди не поїде "швидка" і не має права піти цивільний лікар, на випадок повторення отакий подій. Після чого у нас почалася війна, і нам довелося переформатовуватися у те, що переформатувалися.

Організація, створена на волонтерських засадах, є неприбутковою. Починаючи з 2014 року ми проводимо навчання в зоні бойових дій, а також працюємо медиками так, якщо допустять, якщо дозволять.

Нами разом з нашими львівськими побратимами було проведено навчання 4 хвиль на Яворівському полігоні, тобто всі мобілізовані пройшли через нас, після чого ми трохи поновлювали свої знання. Проведена величезна кількість вишколів для Збройних Сил України та добровольців, кількості не знаю, бо ми не збирали ніколи статистики: якимось їхали, працювали, працювали в своє задоволення і на ентузіазмі. Як працювали, так і працюємо, грошей немає, але ми тримаємося.

Беручи до уваги рід нашої діяльності, ми часто перетинаємося з різними медиками Збройних Сил, а також добровольчих батальйонів. І з огляду на це маємо можливість бачити спроби впровадження міжнародних протоколів надання медичної допомоги в зоні бойових дій на сході України, і можемо виокремити певні, на нашу особисту думку, недоліки, які, можливо ми помиляємося, якщо так, то виправте нас.

Дивіться, перше, за що сьогодні говорилося багато, це відсутність уніфікованої подачі матеріалу. То, як воно було, так воно і є і залишається. Єдине, що хотілось би туди додати, це спроби, зокрема більше Збройних Сил "схрестити" старе з новим, тобто, от дивіться, у нас є якийсь новий джгут, а того у нас немає, а то ми замінимо тим, а тут ми поясом перетягнемо, а там щось розкриємо і наліпимо. Особисто мені воно нагадує спроби запустити "Запорожець" на ракетному паливі. Воно десь так приблизно. Воно не працює, на нашу думку.

Друге. Відсутність матеріальної бази. Вона як була відсутня, так на сьогоднішній день і є. У нас був такий на днях кричущий випадок, коли до нас подзвонили хлопці з полігону, кажуть: "Приїдьте, навчіть нас." Кажу: "Чекайте. Чекайте! Ми вам лишили 10 санінструкторів там (чи як воно тоді ще називалося), 10 людей, яких ми навчили, щоб вони вас, звичайних бійців, вчили." Кажуть: "Вони у нас є, у нас немає забезпечення." Я кажу: "Чекайте! Чекайте! Я сам був присутній, коли три рюкзаки для навчання, щоб на полігоні вчили людей, вам було передано." "Так, вони є, вони під ключем на складі. Нам їх не дають." І так само, я думаю, багато хто зі мною погодиться, оці непоодинокі випадки, коли кажеш до бійця: "Ей, чуєш, друже, та тут ноль! Тут літає, де твій джгут?" "Нам не дали, сказав комбат чи не комбат, хтось там, що ми його "провтикаємо", а він підзвітний, а за нього треба це. І от ми підемо на розвідку, нам тоді видали дві аптечки на трьох". Як було, на превеликий жаль, так сьогодні воно й лишається. Тут я мовчу за резинові

джугути і *(нерозб.)* з іржавими булавками, які на сьогоднішній день у величезній кількості трапляються в зоні проведення бойових.

Третє питання. Одне з великих стовпів, на яке ми звертаємо увагу вже не перший рік, скажемо так, це стабільне й, на превеликий жаль, прогресуюче падіння мотивації. Мотивації як серед медиків, так і серед військовослужбовців. Я не говорю, що це стовідсотково так є. Звичайно, у нас є люди, які "Ура!" - і тримаються. Але на нашу думку мотивація військових падає і падає доволі такими кричущими кроками. Небажання медиками сприйняття і праця по нових протоколах. Їм зручно працювати так, як вони працювали. Вони працювали вдома фельдшером, вони поїхали на війну, вони хочуть працювати.

Мене дуже тішить те, що сьогодні озвучили, що нарешті затвердили хоч якось у нас в Україні протоколи нормальні, це "Ура!" Я сьогодні за це вип'ю. Ні, ну чого? Я серйозно.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. *(Без мікрофону)*

КУХАР А.Л. Я вип'ю, щоб затвердили.

Незважаючи на те, що оцей підхід їхній застарілий, ти їм пояснюєш, що він не працює, "ні, нам добре, ми працювали, деди воевали". У нас є така весела історія, яку ми завжди наводимо. Я не буду казати бригада, але коли на бригаду вийшла, на місце дислокації вийшла ворожа "деєргешка", і коли були поранені, медик кинувся рюкзаком і сказав, що самі йдіть спасайте, я туди не полізу. Це коли ми говоримо за мотивацію військових медиків. Це те, що от, на нашу думку, повинна бути мотивація. Якщо він не хоче вчитися, ви його не заставляйте. Свиню до корита не запахеш. Треба їх заставити хотіти вчитися, а потім їх вчити.

Ну четверте питаннячко – це, я не хочу казати слово "відсутність", я би хотів сказати велика відсутність тактичної підготовки медиків, коли у нас "на передку" медик, яка півроку на нулі, вона не знає, що патрон з патронника можна дістати. Це для мене, це я стояв: "Як?" Нашому Владиславу тепер же стрільнути треба. Каже: "Дивися – опа!" Тобто це, ну, щось із розряду фантастики, але, на превеликий жаль, це наші сьогоднішні реалії.

П'яте. Відсутність чіткого поділу на медика загального профілю і бойового парамедика. У нас медик сидить на базі, виїжджає на виклик. Парамедик то є, то нема. Правильно сьогодні говорилося, ми цілком, всіма руками "за", є медик на базі, який там таблетки, ще щось, ще щось, відсутність парамедиків в малих групах - оце проблема. Я розумію, що їх у нас немає, і оце, що сьогодні говорилося, треба навчати. Їх нема. У нас один парамедик, там я не знаю, на 4-5 точок.

Погане, скажемо так, планування евакуації поранених. Тобто коли ми говоримо медикам, а де у вас друга точка пункту збору поранених, кажуть: "Яка друга точка? Ми возимо туди. Все – крапка." Кажу: "А як там накриють, що?" "Ой!" Планування евакуації, пан Денис не дасть мені збрехати, завжди йшло в протоколах великою жирною буквою планування евакуації. У нас воно якось не згадується.

Ну і "вишенька на торті" – це медична документація. Картка пораненого – це така ефемерна штука, яка, я не знаю, можливо, вона потрапляє кудись, я її не нахожу в аптечках бійців, не бачу, щоб її заповнювали, не стикаюся з нею. І кажу: "Ось вона." "Ой, а у нас нема."

Дякую за увагу. У мене все.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую за чесність.

Єдине, що хочу зауважити, щоб всі пам'ятали, всі, хто на фронті працюють, пам'ятали, що все, що є в аптечці, все, що є в сумці санітара, і все, що є в наплічнику у медиків, це є дефектура, це списується. У нас інвентарний номер є виключно тільки чохол, виключно. Все решта – це витратні матеріали, звичайні витратні матеріали, які просто списуються, безпосередньо заповнюються і їх потрібно регулярно поповнювати, тому що, звичайно, це ідіотизм, якщо хтось каже, що їм не видають, він просто є обурюючим. Це без сумніву.

Починаємо наш останній блок, це три виступаючих представника керівництва. Заступник начмеда або, якщо правильно назвати, начальник відділу організації медичної допомоги Управління охорони здоров'я і реабілітації Міністерства внутрішніх справ України пані Людмила Шостак. Потім наш славетний полк "Азов" і безпосередньо Національна гвардія. Сьогодні було кілька разів сказано добрі слова в бік Національної гвардії, зараз ми переконаємося.

Дякую.

ШОСТАК Л.Й. Дякую, Оксано Анатоліївно, вам за те слово, що ви нам надаєте тут сказати. Я дуже коротко, з вашого дозволу.

Війна – це завжди проблема, яка відкриває всі ота питання, які в нашому звичайному житті багато років були не вирішені, які не були гострі, які не були під нашою пильною увагою. І насправді я дуже пишаюся тим, що ви всі були на передньому краї, працювали, допомагали державі в першу чергу, допомагали людям – за це вам велика честь і хвала!

Я хочу сказати інше, що війна все-таки закінчиться і настане у нас мирний час, коли будуть працювати на забезпечення правопорядку поліцейські, Національна гвардія, будуть працювати на ліквідацію

надзвичайної ситуації рятувальники, на ліквідацію різних екстремальних ситуацій, в тому числі на великих дорожньо-транспортних пригодах. І ви знаєте, що в ДТП у нас кожного року гине близько 5 тисяч чоловік, кожного року.

Тому питання навчання саме домедичної підготовки такого контингенту, як поліцейських та рятувальників ДСНС завжди було на часі. Завжди! В будь-який період нашої історії ми завжди цим займались. Я не можу сказати, що це робилося ефективно, я не можу сказати, що всі рятувальники, а теперішня поліція дуже гарно володію навичками надання домедичної допомоги, але що ми прикладаємо до цього зусилля.

І відповідно до діючої нормативної бази, а саме: це Закону про екстрену медичну допомогу, Кодекс цивільного захисту, Закон про Національну поліцію, Закон про Національну гвардію – зобов'язує всіх із вище згаданих осіб володіти цими навичками. Відповідно у кожному з цих підрозділів існує своя нормативна база, яка зобов'язує їх проходити таку домедичну підготовку в системі службової підготовки.

До цього раніше, от раніше, коли була міліція, до цього дуже широко долучалися підрозділи екстреної медичної допомоги та медицини-катастроф на місцях – в областях. Була відповідна нормативна база, яка давала можливість їм здійснювати таке навчання, були відповідним чином визначені умови цього навчання, а саме – це було на договірних умовах за гроші. Відповідно кожне відомство формували свою навчальну базу, яка могла би задовольняти потреби поліцейських і рятувальників.

У рятувальників ця система достатньо широка, включає і навчальні заклади, і навчальні центри в кожній області, туди долучаються медичні працівники медслужби ДСНС. У нас в поліції до навчання поліцейських теж долучаються фахівці медицини, які працюють в кожній області у наших закладах охорони здоров'я. Крім того, за ініціативи, ви знаєте, як говорила пані Богомолець, за її ініціативи, за підтримки НАТО ми навчили 14 тренерів на базі "Смарт-фундейшен" в Румунії. Це фахівці-тренери, які отримали сертифікати НАТО, відповідним чином здавши всі заліки і підтвердивши ці знання цим сертифікатом. На сьогодні у нас у складі Національної академії внутрішніх справ створене Навчально-тренувальне відділення домедичної підготовки Національної академії внутрішніх справ України (НАВСУ).

В рамках цього проекту в Україну було поставлено спеціальне обладнання для тренувальних центрів, 2 комплекти цього обладнання. Один комплект ми розвернули на базі нашого центру у Віті-Поштовій, а інший – це мобільний комплект, який ми плануємо в подальшому, як буде розвиватися цей центр сформувати для того, щоб працювати у регіонах.

На сьогодні, навіть у цей момент відбувається навчання в цьому центрі. Відповідно, мені сподобалася теза, що хто учиться, не всі здають. У нас справді так само: дуже жорсткі вимоги до наших поліцейських і

рятувальників, і не всі, хто зайшли в ці курси, їх насправді здають. Отримують відповідно до Постанови Кабінету Міністрів 1115 визначеної форми сертифікат, який зобов'язує їх підвищувати кваліфікацію відповідно до документації Міністерства охорони здоров'я раз на 5 років. Хоча ми розглядаємо питання щодо того, щоб ці навчання ми їм повторювали раз на 3 роки, щоб вони більш частіше, воно забувається – ви правду кажете, все це насправді правильно.

Крім того, стоїть питання про військово-тактичну медицину. Ви ж розумієте, що у нас домедична. Ми не можемо працювати так, як військові, тому що ми не є військовими, але ми дуже зацікавлені у цих знаннях і уміннях, і ми будемо дуже підтримувати ту пропозицію, яка сьогодні звучить, щоб був якийсь такий блок, який можна долучити до нашої програми. Це має бути вже якось визначено в умовах чи факультативу, чи спеціальних підрозділів, які будуть діяти десь на спецопераціях і так далі. У нас є такі спецпідрозділи.

Крім того, ми для того, щоб мати таку інформацію про всіх, хто пройшов, хто потребує відповідної підготовки, створили свою локальну інформаційну систему. І ми тепер всіх наших учнів відслідковуємо, хто учився, коли учився, і як здав, і коли має пройти повторні курси.

От така у нас зараз побудова насправді системи навчання за медичною підготовкою в МВС. Вона тільки почалася, вона ще недосконала, вона потребує розширення. Ми працюємо в цьому напрямку, хочемо створити, зараз розпочати навчання саме тренерів з домедичної допомоги, не самих рятувальників. Ми відібрали з числа тих, хто у нас пройшов навчання, відібрали кращих, відібрали тих, хто може працювати тренерами, і на сьогодні готові започаткувати новий курс – курс для тренера.

Я думаю, що багато хто з вас знає оцього чоловіка, що біля мене сидить, він у нас виконує обов'язки начальника цього навчально-тренінгового відділення. Пан Тарас хоче долучитися до полеміки. З вашого дозволу, пані Оксано, два слова.

КОРЧИНСЬКА О.А. Так, будь ласка, пане Тарасе, тільки представтеся. Якщо питання будуть до Національної гвардії, щоб ви лишили свої координати.

ЖИЛІН Т. Я буквально 2 хвилини. Тарас Жилін – виконуючий обов'язки керівника центру цього новоствореного.

Так вийшло, що я із військової медицини пішов у цивільну парамедицину. І зараз відстоюю, можна сказати, свої такі якісь інтереси, так, саме цивільної медицини, тому що цивільна медицина, вона трішки

розширеніша, ніж тактична медицина. Там дуже багато є тем, які не викладаються в тактичній медицині. Це перше.

І по-друге. Коли тактичний медик прийде на "гражданку", так би мовити, і він буде мати перед собою задачу врятувати когось із цивільних, він буде навчений працювати в екстремальних військових умовах. І ці деякі навички, які він має, ні в якому разі не можна використовувати в цивільних умовах, що забороняють ті ж самі міжнародні протоколи. Тому на це, я вважаю, теж треба звертати дуже велику увагу, щоб той самий військовий парамедик, який прийшов на "гражданку", надав допомогу, знаючи, що він вміє, але цього не можна робити на "гражданці". Він може, знову ж таки, серйозно юридично постраждати.

КОРЧИНСЬКА О.А. Ви нам поясніть, що ви маєте на увазі, тому що ми трішки заплутались. Що ви маєте на увазі, на які заборони і обмеження ви зараз посилаєтесь? Тут важливі терміни. Парамедик – це 2-річна підготовка. Це те, що у нас з вами називається зараз "фельдшер невідкладної медицини". Так? Тому це слово "парамедик". Про що ви говорите зараз, про бойових медиків, про яких ми з вами говорили, по стандартах, котрі готують зараз бойових медиків протягом 4-х місяців? Тобто це аналог санітара бойового підрозділу США і Канади? Ви говорите зараз про медичних техніків? Ви говорите зараз про який формат? От про що? Ми зараз трішечки не зрозуміли, що ви мали на увазі, коли вони приходять у цивільну медицину, я не знаю, в екстрену медицину. Я перепрошую, чому я вас питаю, тому що я довгий час працювала з Ніною нашою зі Швеції, яка входить в команду АСАП, "Ангели Тайри", і вона один із висококласних спеціалістів у Швеції, і вона в кілька разів більше оплачується, тому що вона лікар, ну, якщо на наше, невідкладних станів або реаніматолог, а у них першим, звичайно, на допомогу приїжджає парамедик. Парамедик перший, хто приїжджає на допомогу. Уже її класу викликають, це в них категорія таких 1 на 50, екіпаж. Це відповідно у неї мінімальна підготовка 7 років, а так – 11 років підготовка у подібних їй класу. І само собою, вона в тому числі ділилася знаннями, досвідом, налагоджувала роботу в багатьох підрозділах і все решта.

Тому от визначте, будь ласка, в термінах. І чому, ви кажете, вони будуть заважати цивільній медицині, бо я не зрозуміла.

ЖИЛІН Т. Ні в якому разі вони не будуть заважати. Просто...

КОРЧИНСЬКА О.А. Що вони не зможуть виконати? Поясніть нам.

ЖИЛІН Т. Наприклад, припустимо, в цьому залі сидять хлопці, у яких немає медичної освіти. Так? Але у військових умовах вони зможуть зробити декомпресію грудної клітини. Зможуть? В цивільних умовах йому це зробити не можна буде. Такий один приклад.

КОРЧИНСЬКА О.А. Ви маєте на увазі, що по закону.

ЖИЛІН Т. Так.

КОРЧИНСЬКА О.А. По закону. Тоді ви кажіть, якщо стосовно законного поля, то в цивільних умовах, в даному разі, ви не маєте права надавати допомогу з точки зору, я не знаю цей закон, ви потім озвучите чому, але тим не менше, це порятунок життя людини і це те, що говорила, мабуть, в тому числі Богомолець, що коли ви надаєте допомогу в екстреній ситуації.

ЖИЛІН Т. Так.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. До речі, я хочу трішечки додати, це, до речі, є питання, яке я хотів підняти наприкінці нашого "круглого столу", але доведеться трішки забігти наперед. Щодо взагалі всього Стратегічного оборонного бюлетеню, то в мене особисто такі були самі питання, тому що, наприклад, є в бюлетені такий підпункт на сторінці 76 і там написано, що до кінця 2017 року Міноборони, інші складові сили оборони, МОЗ за підтримки Кабінету Міністрів мають запровадити систему підготовки парамедиків за стандартами ЕМТР, ЕМТВ і ТРС. ТРС – це є бойовий парамедик, сформовано навчально-методичне керівництво та унормовані нормативи підготовки. І наступний пункт – це є забезпечене нормативно-правове визнання стандартів ТРС, як ЕМТР у цивільній системі охорони здоров'я, спеціальність введено у державний перелік.

Тобто йдеться про те, що ще до кінця 2017 року за Стратегічним оборонним бюлетенем мала бути введена військова спеціальність парамедика, мала бути введена цивільна спеціальність парамедика до державного переліку спеціальностей і це мало бути синхронізовано Міністерством оборони і Міністерством охорони здоров'я.

Питання абсолютно правомірне, і тому я думаю, що одним з пунктів резолюції нашого "круглого столу" може стати рекомендація все ж таки виконати ці положення Стратегічного оборонного бюлетеню, тому що люди, які будуть здобувати спеціальність військового парамедика, мають, виходячи

у цивільне життя, мати змогу абсолютно спокійно іти і влаштовуватись на роботу в якості цивільних парамедиків.

ШОСТАК Л.Й. Справа в тому, що ми абсолютно не протестуємо проти того, щоб виконувати ці положення, але це стосується медицини. І у нас, ви знаєте, що у руля медицини стоїть хто? МОЗ. От тільки МОЗ нами керує. Немає питань.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Я ж тільки що сказав, що ваше зауваження абсолютно слухне і абсолютно справедливе. Я тільки що сказав, що відповідно до Стратегічного оборонного бюлетеню це питання мало бути вже узгоджене ще до кінця 2017 року. Якщо воно ще не узгоджене, то в нас зараз є час для того, щоб це виправити.

КОРЧИНСЬКА О.А. Це на всякий випадок, щоб ми з вами не помилились, ми питаємо Олександра Данилюка, представника МОЗу. Олександр, що у нас з дефініцією "парамедик", коли ви вводили, на якому це етапі, чи вам затвердив це Кабінет Міністрів?

ДАНИЛЮК О.М. Дякую.

Так, в листопаді минулого року ми ввели 4 нові посади, вони є в Державному класифікаторі професій. Це є інструктор з першої допомоги, це людина без медичної освіти. Це для того вводилось, щоб інтегрувати тих людей, які після війни повернуться в цивільне життя, які мають колосальний багаж знань, навичок і вмінь. Інструктор з першої допомоги – це інструктори без медичної освіти, які будуть навчати людей надавати першу допомогу, тобто домедичну (даний термін діючий).

Інструктори догоспітальної допомоги – це є професія медична, тобто це медик, мінімум середня освіта, молодший бакалавр, який буде вже навчати до рівня екстрених медичних техніків.

Далі іде екстрений медичний технік – спеціальність, це є працівник бригади екстреної медичної допомоги, який поступово замінить водія і буде повноцінним членом команди. Він не є медиком, але програма зараз готується, він буде навчатися, робити в команді, допомагати медикам команди, надавати екстрену медичну допомогу.

Це співставляється з силами оборони – це спеціальність бойовий медик. Люди без медичної освіти, але повинні за своїми службовими обов'язками надавати таку допомогу.

І четверта спеціальність – це є парамедик. Це медична освіта. Це є підготовка в медичних коледжах і вищих навчальних закладах протягом 3 років, з них 2 роки – це теорія, 3-й рік планується чисто практика. Це є працівники безпосередньо екстреної медичної допомоги, які з самого першого дня вчаться надавати екстрену медичну допомогу, і це є люди з медичною освітою.

От такі 4 професії введено. Зараз вносяться зміни до кваліфікаційних характеристик, маємо там певні рекомендації на перехідний період, так як ми чудово розуміємо, що за 5 років не вдасться повністю замінити систему екстреної допомоги. Там питання щодо посвідчень водія, які повинні бути в кожного, як парамедика, так, звісно, і в екстреного медичного техника. Є і ще деякі питання, але вони опрацьовуються, а ці 4 професії введені до кінця 2017 року.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Тобто бачите, що вже це робиться, і ваші...

ШОСТАК Л.Й. Мало того, ми працюємо в цьому центрі, він же знає. Я в третій групі...

СУРКОВ Д.М. Ваше хвилювання з приводу того, що люди, які отримують спеціальність бойового медика, не зможуть надавати ...

ЖИЛІН Т. Ви не зовсім так зрозуміли.

СУРКОВ Д.М. Тоді поясніть.

ЖИЛІН Т. Просто я назвав людей, які вміють надавати допомогу, парамедиками, а ви причепилися до цього слова.

СУРКОВ Д.М. Добре. Дивіться, є парамедики, є бойові медики, але пан Олександр вже нам сказав, що є вже синхронізація і парамедиків, і бойових медиків, тобто немає жодних перешкод для того, щоб люди, які отримують спеціальність бойового медика, при звільненні з лав Збройних Сил потім мали змогу не просто надавати допомогу в екстрених випадках, а навіть працювати в системі екстреної медичної допомоги. Просто зараз, я так розумію, вже останні...

ЖИЛІН Т. Але до цього їх треба буде ще довчати, тому що протоколи ТССС не дають повного обсягу допомоги в цивільних умовах.

СУРКОВ Д.М. Я до того повернуся. Ви трохи плутаєте протокол і спеціальність і програму навчання. Протокол ТССС, наприклад, в курсі навчання 68 W є лише одним з, а не єдиним, це протокол надання допомоги, а не курс навчання. І я вважаю, що ці дефініції дуже чітко мають бути розрізнені, бо зараз в цьому навіть залі лунали такі репліки там, які я розумію тепер, що виходять з того, що є деяка така, знаєте... Люди мають розуміти, що протокол – це порядок і обсяг надання допомоги. А курс навчання і спеціальність – це вже трохи інше.

ЖИЛІН Т. Обсяг програми зовсім інший. Абсолютно правильно.

СУРКОВ Д.М. І методичні рекомендації, так.

ЖИЛІН Т. Так.

СУРКОВ Д.М. Тому не треба змішувати. Тобто ми зараз кажемо про те, що протокол ТС-3 має бути впроваджений, і тут, до речі, не тільки протокол ТС-3. Якщо ви почитаете, там є ще декілька протоколів. Вони мають бути впроваджені. А от яким чином вони мають бути впроваджені, це мають вирішувати вже конкретні установи, як вони будуть у себе всередині ці протоколи впроваджувати. Якщо ми вже це питання підняли, то я вже хочу там трохи додати. Я не можу комусь щось доручати, я можу лише попросити. Як би я бачив це взагалі?

Представники у нас тут є всіх силових структур, є представник МОЗ...

КОРЧИНСЬКА О.А. Давайте закінчуйте. Нехай "Азов" виступить. А ви завершите, підведете.

Пане Тарас, нам важливо, тому що ми не знаємо, ви в військовій ланці де були у нас?

ЖИЛІН Т. 57-а бригада.

КОРЧИНСЬКА О.А. 57-а бригада.

Нам важливо, 57-а бригада, чудова була у свій час медрота, і чудово попрацювали в Торецьку, але зараз відсутність розуміння однієї мови. Мені б дуже важливо було, щоб ваш центр навчальний розмовляв з нами всіма однією мовою. Однією. Зараз ми з вами продемонстрували, коли ми один одного не розуміємо, ми використовуємо різні поняття. Ми би просили, щоб ви з нами використовували одні поняття відповідно до того, якою мовою ми вже тут розмовляємо. Так?

ЖИЛІН Т. Я прекрасно розумію вашу мову.

КОРЧИНСЬКА О.А. Я перепрошую, це в даному разі, я вам ще раз казала, протокол, пан Денис це вам пояснив, я не буду повторювати. А в плані класифікатора, без сумніву, ви можете не знати, хоча якщо ви стаєте, все ж таки, навчальним центром, ви повинні державний класифікатор знати, як все переходить і як у нас співвідноситься військова медицина і це. Тому що нагадую, що ви є сили і засоби взагалі-то оборони, тобто ви є складовою частиною цього Стратегічного оборонного бюлетеню. Ви.

ЖИЛІН Т. Так точно.

КОРЧИНСЬКА О.А. І тому ви повинні разом з Міністерством оборони і добровольцями, щоб вони навчилися, і ми одними стандартами говоримо і поняттями, тому що це важливо співвідноситься. Важливо, щоб і у вас. Тому що в даному разі, все ж таки, я вам ще раз казала, що у нас вже чудовий є досвід, і в цьому плані я в захваті від тої роботи у фронтовій лінії, в тому числі санінструкторів "Азова", і от зараз будуть виступи Національної гвардії. Але важливо, щоб ви з нами одні й ті ж критерії, одні й ті ж поняття використовували, в тому числі в назві всього цього. Тому що коли ви просто абстрактно нам кажете: ви прийшли з військової в цивільну і тому ті люди, що були на війні, не зможуть допомогти цивільним, чітке розуміння має бути, добре? Все, дякую.

Тому я зараз передаю слово санінструктору батальйону "Азов". В даному разі, це полк і у вас там батальйон, так, перший батальйон?

РОТЧУК С.В. Два батальйони.

КОРЧИНСЬКА О.А. Сергій Ротчук, молодший сержант, про досвід запровадження стандарту ТС-3 в окремому загоні якраз спецпризначення "Азов". Дякую.

РОТЧУК С.В. Дякую за увагу.

Суть мого спічу буде в тому, щоб поділитися, власне, досвідом роботи зі стандартами ТССС, щоб присутні тут люди, колеги могли врахувати наші помилки, там шишки, які ми понабивали в цьому ході і, в принципі, деякі досягнення, і зробити свою роботу в подальшому більш ефективною.

Систематичну роботу зі стандартами ТССС ми почали. Тут акцентую саме на слові "систематично". Тобто це не курс, не програма навчання – це ціла система, яка включає і підготовку, і тренування, і забезпечення, і так далі. Ми це все почали в 2016 році і наразі мова йде про стандарт ТССС ("All Combatants"), ТССС-МР ("Medical Personnel"). В тому числі враховується побажання вимоги документа, я на цьому трошки акцентую, які посилення на нього сьогодні звучало в аудиторії – це "STANAG MED STD 2122". Це було, на жаль, подано як неймовірна перемога, але це ще раз демонструє, наскільки страшна і повільна бюрократична машина не дозволяє документам нормально заходити в Збройні Сили, бо цей документ датований, на хвилинку, 16 грудня 2009 року.

Нам завдяки допомозі Дениса вдалося побудувати абсолютно замкнений цикл підготовки як особового складу, так і парамедиків підрозділу. На цьому акцентую і закликаю підрозділи, інструкторські групи до співпраці, бо нам вдалося зібрати і продовжити збирати потужну матеріальну базу. У нас є люди, які мають сертифікацію по ТССС-МР, MEDEVAC. Є анестезіологи з величезним досвідом роботи, травматологи, тобто досить таки велика команда.

І я закликаю до співпраці. І мова тут не може абсолютно іти про будь-яку там конкуренцію, "перетягивання одеял", бо той інструкторський ресурс і медичний ресурс фахівців, які є у нас в армії, він абсолютно недостатній. Тому, якщо це буде цікаво, після наради я буду в залі, можемо поговорити більш детально.

Хочу на декількох моментах зацентувати, причини саме запровадження стандарту ТССС. Перше, це чітка структура розподілення функцій і обов'язків. Тобто він називає речі своїми іменами: хто є хто, у кого яка функція. Тобто "ти боєць – ти стріляєш. Але, якщо там станеться історія, ти надаєш невідкладну допомогу і чекаєш медика підрозділу". І так далі.

Тобто стандарт ТССС дає цілісно-функціональну систему взаємодій інструктор – боєць – медик або парамедик – евакуатор – госпіталь. Тобто весь цей ланцюжок абсолютно чітко прописує етапність дій і дає досить ефективні рішення в цих ситуаціях.

Система підбору кадрів і модульна програма. Про це на самому початку казав Денис. Я на цьому акцентувати дуже не буду. І на чому

акцентую? Акцентування на необхідності підтримки і розвитку навичок отриманих.

Дуже багато мова йде про навчальні центри там, ми їх будемо всі готувати, всіх навчати. Тут звучала цифра - 260 навчальних годин, це звучить дуже круто, але питання: який результат буде через рік? Ми стикалися у своїй роботі з підрозділами, там зайшла мова про те, як ви надаєте допомогу, які у вас стандарти працюють. І сталася така ситуація, що людина орієнтується в якихось базових речах – ну, так, турнікет, трубку вставити, але дуже ускладнює ситуацію той факт, що вона рік тому, кілька місяців (цифри точно на пам'ятаю, чи то 4, десь близько того) навчалася з американськими інструкторами. Тобто, так, вона навчалася, але пройшов рік – людина не підтримувала навички і результату цього навчання немає. Тобто це абсолютно не раціональне витрачання коштів і ресурсів - без піднімання питання створювати, не знаю, якісь бази, можливості підтримки цих навичок на місцях. Тобто це в плані ротації там назад, в Золочів, чи ще кудись, я думаю, це буде дуже бюрократично складно, тому, можливо, ці речі треба обговорювати більше на місцях.

О'кей. Трішки пройдемося по цифрах, щоб показати саме досягнення. Починаючи роботу з ТССС, власне, ТССС весь базується на цифрах, аналітиці і статистиці. Власне, після цього ми теж дуже увірували в цифри і ведемо майже по будь-якому приводу статистику. Приведемо її з моменту систематичного запровадження стандартів з 2016 року на базі окремої роти, окремий підрозділ звичайної піхоти. Тобто це звичайні солдати, бійці. Всі результати, цифри, які будуть звучати, вони будуть виражатися у відсотках, це вимога системи оцінки ТССС – у відсотках.

Вхідне тестування перед початком курсу складало 59 відсотків. Це середня цифра. Тобто досить-таки посередній результат. Фінальний екзамен - 74 відсотки. І по результатах там кількох курсів в середньому 65 відсотків бійців змогли завершити курс з першого разу успішно. Ми продовжували тренування, тренування, тренування, а результати на початок 2017 року: теоретичний екзамен в середньому 90 відсотків, практичний екзамен – 87. Тобто це вже говорить про певні абсолютні успіхи. І 85 відсотків в ході зрізу знань набирають абсолютно допустимі межі в плані рівня знань.

І результати, які були от на початку року, там було проведено зріз знань по практичних навичках, застосування турнікету: в середньому оцінка 91 відсоток і 100 відсотків бійців здали екзамен в рамках допустимих меж. Із застосуванням гемостатичної марлі – 86 відсотків. Це 85 відсотків особового складу абсолютно точно знають, як виконувати ... з усіма витікаючими моментами.

Тобто це результати систематичної роботи по ТССС. Це в той час, коли ми кілька місяців тому, можливо, багато хто з вас бачив фотографії з фронту,

там де був боєць Збройних Сил України з турнікетом САТ, намотаним, затягнутим у вузлик. Тобто просто як шнурок – на затягнули, не закрутили вороток, його просто як шнурок намотали на руку. Це 4-й рік війни.

Окей. Але роботою тільки з "Азовом" це діло не закінчується, результати по спецпідрозділу поліції, не буду уточняти, це залишиться за кадром: вхідне тестування - 68 (це результати реформи, так?), теоретичний іспит після курсу – 86 відсотків, практичний іспит – 89. Там, здається, один боєць з групи тільки не здав екзамен. Ну, власне, це говорить про абсолютну доступність системи ТССС, якщо її не видумувати там і не ускладнювати, про що я зараз акцентую далі.

І також ми маємо досвід, кілька разів працювали з 36-ю бригадою морської піхоти. Теоретичний іспит у них склав 89 відсотків, практичний - 86. Це наша відповідь, як би, інструкторським групам, які вважають, що Збройних Сил України недостатньо, ну не знаю, не можуть працювати по міжнародних стандартах, і їм треба видумувати якісь "глуposti" типу "колеса" і так далі. Група була навчена з (*нерозб.*) і за три дні показала досить-таки непоганий результат. Це, власне, по протоколу All Combatants. І по МР ми, як би, навчаємо парамедиків підрозділу, і наш досвід показує, що це, як сьогодні озвучувалось, трактується на рівні взводу. Тобто кожен взвод має бійця. Він такий же самий боєць, виконує тактичну задачу, але у нього є рюкзак і він вміє ним користуватися за потреби.

Люди, які не мають медичної освіти, вони набагато краще й ефективніше схоплюють ці стандарти і по них набагато більше й ефективніше працюють. Тобто абсолютно не потрібно брати людину з медосвітою, відправляти її на бойову задачу. Це дуже неефективно.

Ну і, власне, практичний досвід, коли людина без медичної освіти, власне, після курсу ТССС-МР рятувала життя і відправляла абсолютно стабільно бійця після масивних, дуже обширних осколочних поранень, після проникаючих кульових в основу шиї, ну і досить таких неприємних травм, людина, яка не має медосвіти, після курсу МР – раз, два, три, чотири, п'ять – замотала й на евакуацію. Люди живі, проходять курс реабілітації. Це, власне, практичний і життєвий досвід.

І відреагую на кілька ваших реплік з приводу того, що ви казали, що якщо командир батальйону розуміє, нормально ставиться до особового складу, то він і тренувати буде...

КОРЧИНСЬКА О.А. Він сам пройшов в тому числі навчання.

РОТЧУК С.В. Ну, до чого я, власне, й веду.

І друга репліка з приводу того, що "Ульф" – це єдина група, де всі командири пройшли навчання з ТССС-МР. Ні...

КОРЧИНСЬКА О.А. Я сказала: "Серед добровольчих підрозділів." Але серед військових, якщо ви скажете, то в даному разі "Азов" буде перший серед військових.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. І навіть не про "Ульф", а про першу штурмову йшлося.

КОРЧИНСЬКА О.А. Так, це про першу штурмову йшлося, так.

РОТЧУК С.В. Вибачте.

Ми в ході роботи прийшли до розуміння, що командир від взводу і особливо рота, батальйон і начальник штабу – вони обов'язково проходять у нас навчання з ТССС-МР не для того, щоб там комусь ставити турнікет, накладати і так далі, скоріше за все, вони цього практично робити не будуть ніколи. Але, перше, у нього є розуміння принципів роботи стандарту, як це все працює. Це дає йому можливість організувати та контролювати тренувальний процес. А результатами як би навчання командирів (і на щастя, і на жаль) стали дуже жорсткі санкції стосовно "азовців" за нездану медицину. Тобто зараз бідолаги у нас там, хто не здає.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. І планування.

РОТЧУК С.В. От, власне, наступний пункт – це медичне планування бойової операції. Тобто людина, яка розуміє, як це все працює, їй це робити набагато легше.

І крайні пункти. У командира є два інструменти в плані надання медичної допомоги, які він має використовувати. Але йому потрібна інструкція, він має знати, як їх ефективно використати. Перше – це боєць. Він знає, що він може, звичайний боєць, що йому для цього потрібно.

І друге - парамедик підрозділу. Після курсу ТССС-МР він абсолютно чітко розуміє, які в нього інструменти є, їх можливості, їх потреби ресурсні і як їх ефективніше за все використовувати.

От, власне, отакий досвід.

Дякую за увагу.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дуже вдячні.

Якраз Андрій Білецький сьогодні теж мені підкреслював, що медицина зараз у вас фактично перед бойовою підготовкою. У вас свій центр підготовки. Правильно? І чи можливо все ж таки, щоб вашим побратимам ви могли показувати свій центр підготовки, тому що він у вас свій "азовський". Національна гвардія окремо, і от зараз ми побачили, що Міністерство внутрішніх справ має там свій центр. Чи можливо, щоб ваші колеги відвідували чи мені треба з Андрієм Білецьким переговорити?

РОТЧУК С.В. Я думаю, що в цьому немає ніяких проблем абсолютно.

КОРЧИНСЬКА О.А. Тоді я вас прошу, давайте так. Ми зараз багато виступали і не озвучували свої телефони. Я вас прошу почати першим. Ви озвучте телефон, все, що по "Азову". Якщо треба, щоб я домовилась з "Димедролом", вашим начмедом.

РОТЧУК С.В. Вже поміняли його.

КОРЧИНСЬКА О.А. Поміняли вже. Тоді скажете, хто. Ваші командири, зі мною "Редис" постійно на зв'язку знаходиться і безпосередньо ваші, скажемо, де-факто ще ваші командири.

Тому назвіть, будь ласка, ваш телефон. Я рекомендую подивитись цю базу, і цю систему налагодили, більшість санінструкторів, в тому числі, само собою, були в Естонії на навчаннях і так далі. Це хороша система і хороший рівень і вони нам в зоні АТО показують відповідний результат.

Прошу.

РОТЧУК С.В. Я диктую номер. 093 368-31-41. Мене звати Сергій, позивний "Джедай".

КОРЧИНСЬКА О.А. Андрій навіть назвав ваш позивний.

РОТЧУК С.В. Це дуже приємно. Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. "Джедай" – це, до речі, легенда "Азова", тому мені дуже приємно. Я його сьогодні побачила "воочию". Тому рекомендую все ж таки відвідати цю базу. Це варто подивитись, як там організовано і серйозний підхід іде. На жаль, у Збройних Сил ще нічого подібного немає, нічого і в тому числі підхід та відношення до підготовки.

Тепер наш з вами підготовчий центр якраз Національної гвардії. В нас є Олена Коцей – старший інструктор з тактичної медицини модуля бойового забезпечення 1-го навчального батальйону Навчального центру Національної гвардії. Я так розумію, що це ви ним безпосередньо пишастесь? Прошу.

КОЩЕЙ О.Ф. Дякую.

Тема сьогоднішньої моєї доповіді – актуальні питання в розвитку тактичної медицини в Навчальному центрі Національної гвардії України. У 2016 році в Навчальному центрі Національної гвардії було створено батальйон з підготовки інструкторів різних напрямків. Один з цих напрямків – це військово-медична підготовка, тобто тактична медицина.

Маючи можливість, я хочу подякувати групі інструкторів "Патріот", які брали безпосередньо участь в створенні цього батальйону і впровадженні тактичної медицини в Навчальному центрі.

До складу інструкторів, як тут вже звучали такі побажання, що інструктором має бути людина, яка має досвід у бойових умовах. Саме в нашому центрі до складу інструкторів входять військовослужбовці, які брали участь в антитерористичних операціях, а також вони брали участь в міжнародних навчаннях у таких державах як Польща, Італія, брали участь у науково-практичних конференціях "Тактична медицина: сучасні реалії та перспективи Державної прикордонної служби".

Будь ласка, наступний слайд. На цьому слайді ви бачите зразки сертифікатів, які отримали інструктори після проходження даних курсів. Зараз ми з вами розглянемо структуру підготовки військовослужбовців Національної гвардії України, яка виглядає таким чином.

Як ви бачите, помаранчевим прямокутничком позначений інструктор, який викладає курс МР курсантам, які в подальшому повинні отримати сертифікат і викладати курс АС уже всім військовослужбовцям Національної гвардії. Навчання майбутніх інструкторів з військово-медичної підготовки ґрунтується на рекомендаціях комітету ТССС. За основу взято протокол ТССС-МР.

Наступний слайд, будь ласка. Навчання інструкторів поділяється на два етапи. Перший етап складається з того, що 2 дні дається на викладання іспитів. Це фізпідготовка і іспити загального досвіду. 21 день проходять курсанти базової підготовки. Це саме військова інженерія, топографія,

вогнева підготовка і тактика. Після успішного закінчення базових елементів з усіх напрямків курсанти переходять до наступного рівня. Тобто 19 днів вже підготовка по спеціалізації. 2 дні дається на методичну підготовку. І заключні 2 дні – це вже іспити. Тобто даються тести і практичне відпрацювання.

Другий етап триває 46 днів. Це методична підготовка та стажування в проведенні занять. Заняття проводять курсанти-стажери за курсом ТССС-АС.

Наступний слайд. Всі матеріали, роздруківки та презентації видаються курсантам. Уся робоча документація, з якою працюють курсанти під час стажування, залишається у них.

Наступний слайд. Після закінчення курсу навчання випускник-інструктор має право проводити заняття з особовим складом за програмою бойової та спеціальної підготовки підрозділів Національної гвардії України, затвердженої наказом командуючого НГУ від 06.0317 року номер 138. Надання медичної допомоги базується на протоколі ТССС-АС.

Будь ласка, наступний слайд. Після закінчення навчання, здачі іспитів кожен курсант отримує посвідчення такого зразка, яке дає право викладати йому курс тактичної медицини за циклом ТССС-АС.

На даний час Навчальним центром Національної гвардії підготовлено 73 інструктори з тактичної медицини, які пройшли курс ТССС-МР.

З 2016 року більше 2200 військовослужбовців пройшли курс ТССС-АС в Навчальному центрі Національної гвардії України. Будь ласка, на наступних слайдах вам будуть представлені фото навчання базового рівня, підготовка поповнення по навчальному збору.

В липні 2017 року на базі Навчального центру Національної гвардії, місто Золочів, проходили збори військових капеланів. І як ви бачите, на слайдах є фото, де військові капелани також проходили курс з тактичної медицини, тобто ТССС-АС.

Наші інструктори проводять заняття не тільки на базі Навчального центру, але і за межами Навчального центру. На даних фото відображено проведення занять інструкторами в Харківській Академії Національної гвардії. Далі, наступний слайд, і київський факультет Академії Національної гвардії.

З метою впровадження єдиного стандарту надання допомоги пораненим та покращення особистого рівня за даним напрямком запроваджено навчання по 19-денній програмі курсу ТССС-МР серед медичних працівників частин Національної гвардії України. Хочу звернути увагу на те, що серед цих медичних працівників були не тільки військові медики окремих рот та батальйонів, але і брали участь медики медичних пунктів, а також і лікарі. В подальшому плануються збори діючих

інструкторів для поновлення знань та отримання інформації щодо проблем, які виникли у них під час підготовки з проведення занять, а також проводити курси з підвищення рівня кваліфікації інструкторів.

У 2016 році під час викладання курсу з тактичної медицини виникли такі проблемні питання: в нас була недостатня кількість матеріальної бази та розхідного матеріалу, тобто не вистачало в достатній мірі турнікетів, тампонади, бандажів, назофарингіальних повітроводів, внутрішньокісткового доступу. Відсутність у військових частинах матеріальної бази, яка потрібна для проведення занять, також заважала повноцінному проведенню курсу.

На сьогоднішній день стан навчально-матеріальної бази значно покращився. У нас з'явилися такі манекени для відпрацювання тампонади ран, встановлення назофарингіального повітроводу та носогортанного повітроводу, проведення декомпресії грудної клітини, відпрацювання серцево-легеневої реанімації, а також у нас є тренувальний дефібрилятор.

Існує потреба в таких засобах навчання – назофарингіальні повітроводи, вузловий турнікет, шина для фіксації тазу, засоби для внутрішньокісткового доступу.

У зв'язку з тим, що протоколи ТССС постійно оновлюються та додаються додаткові маніпуляції, потреба в оновленні засобів навчання залишається відкритою.

Дякую за увагу.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую. Якщо чесно, якщо б це все не гарантував Денис Сурков, то я би подумала, що це більше розповідь, але дуже приємно, дуже приємно.

КОЩЕЙ О.Ф. Дуже дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Якщо Національній поліції, і я пропоную вам залишити свої координати, якщо раптом 205 центру в тому числі захочеться (і нашим колегам) все ж таки побачити Золочівський центр, то я би просила, щоб ви лишили зараз координати. Це завжди варто.

КОЩЕЙ О.Ф. Мій телефон: 066 3075818. Інший: 068 4415171.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Пане Тарасе, я так розумію, що ми не дали вам домовити стосовно підготовки Національної поліції, за якими протоколами ви їх збираєтеся готувати, і коли ми будемо знати, що у нас всі працівники Національної поліції підготовлені з тактичної медицини, то якщо у вас є що додати, то ми би послушали.

Дякую.

ЖИЛІН Т. Та в принципі немає чого додавати. Я просто кажу, що поліцейського і дснсника треба вчити по більш широкій програмі, більше їм надавати знань. Не просто тактична медицина повинна бути. Зрозуміли?

КОРЧИНСЬКА О.А. Я не розумію. У мене єдине прохання, пане Тарасе...

ЖИЛІН Т. Тому що є такі поняття, як лікарські категорії.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дивіться, є загальні слова, а є чіткі назви протоколів, по яким ви збираєтеся готувати. Назвіть мені чіткий протокол, по котрому ви будете готувати поліцейських.

ЖИЛІН Т. Добре. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 346 – 48-годинна програма. Ми працюємо зараз по ній.

КОРЧИНСЬКА О.А. По 48-годинній програмі? І ви вважаєте, що ця програма краща, ніж у військових?

ЖИЛІН Т. Я не кажу, що це краща. Я кажу, що це потрібно давати тим бійцям, які працюють більш в цивільному секторі додатково.

КОРЧИНСЬКА О.А. Я дозволю з вами категорично не погодитися. І з цього приводу я зроблю звернення до Міністра Авакова, що в даному разі, позаяк вибачайте, будь ласка, ми не говоримо з вами про поліцейських, які повинні врятувати своє особисте життя або надати допомогу своєму побратиму. Нас цікавлять поліцейські по міжнародних стандартах, які можуть врятувати життя громадянина нашої країни.

ЖИЛІН Т. Я ж вам так само і сказав.

КОРЧИНСЬКА О.А. І тому, що якщо ви вважаєте, що їм достатньо в даному разі 48-годинного курсу, ми все ж таки це обговоримо і будемо мати свої пропозиції.

Дякую.

Я зараз хотіла би додати. У нас сьогодні є наші гості. Я, правда, думала, що виступить наш один із перших консультантів медсанбату, який приїжджав до нас з сектору М і працював у команді з Патріком.

А зараз хотів би кілька слів додати директор Громадської організації "Аномалія" Пластер Давід Метью. Прошу.

ПЛАСТЕР ДАВІД МЕТЬЮ. Я буду розмовляти англійською, а мій помічник буде перекладати.

Я дуже радий бути тут присутнім. Я зустрів дуже багато своїх колег, які переслідують одну і ту саму ціль. Ця ціль – рятувати життя. Всі ми до цієї мети ідемо різними шляхами, але мета, вона одна, і ціна її дуже важлива. З самого початку війни я займався підготовкою людей, тренуванням так само, як і багато з нас. Я сам був інструктором з протоколу ТС-3 для солдат американської армії. Я пам'ятаю, як це все починалося і з якими проблемами ми зіштовхувалися. І я починаю бачити також деякі помилки, які у нас уже були, і ми їх пройшли.

Генерал Паттон сказав, що гарно спланований на завтра план не такий гарний, як спонтанно накиданий сьогодні.

Вже понад 4 роки триває війна, і все більше задаю собі одне й те саме питання: скільки ще повинно людей померти? У мене немає ідеального плану, але у мене є дуже багато напрацювань, я хочу поділитися ними з людьми.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Не дуже коректно ви сказали, треба: "Я хочу працювати разом з вами, давайте працювати разом".

ПЕРЕКЛАДАЧ. Ну, поділитися з людьми, щоб разом створити якийсь план, а не вже дати готовий.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Так.

ПЛАСТЕР ДАВІД МЕТЬЮ. Ми вже бачили багато презентацій, де всюди лунало про стандарти ТС-3 в багатьох країнах, але це єдиний стандарт, прийнятий в багатьох країнах. І для того щоб його зрозуміти, не потрібно надто багато часу приділяти. Достатньо просто якісно його перекласти з англійської мови і почати робити справу. Всі ці уроки, всі ці кроки були написані кров'ю багатьох моїх товаришів з різних країн протягом багатьох років. Тому не потрібно щось нове вигадувати, воно вже проаналізовано.

У нас уже є багато людей, які це вже зробили, переклали і мають досить великий досвід у використанні цієї методології по всіх міністерствах, у всіх галузях. Україна не мала цього плану з самого початку, він прийшов спонтанно, тому у нас більш-менш є "чернетки", як його виконувати, але це вже щось.

Одна з найбільших помилок, яка одразу кидається в очі, це те, що намагаємося зробити медичний персонал відповідальний за тренування ТС-3 is level, тобто базового рівня ТС-3. У військових медиків дуже багато своїх зобов'язань і їх самих не так вже багато, щоб бути присутніми всюди і постійно. У них є уже важлива відповідність. Тому треба трошки по-іншому робити цей план, щоб отримати перемогу в цій війні. Немає у нас ще чотирьох років, щоб створити якийсь ідеальний план.

Сержанти є хребтом будь-якої армії, і чим сильніший той хребет, тим сильніша ця армія і вона здатна підтримувати себе і не падати. Якщо у вас немає таких сержантів, то знайдіть їх. Дуже багато людей ініціативних, мотивованих, які хочуть це робити. Наприклад, можна звернутися до багатьох існуючих громадських організацій і знайти там таких ветеранів з досвідом, які вже погодилися взяти частину собі цієї ноші. Вона їм буде подобатись, і, можливо, для більшості з них це буде цілком в житті. Не важливо, де вони до цього служили, у них у всіх є величезний досвід і розуміння, мотивація довести це до своїх побратимів через бойовий досвід. Організація таких тренінг-центрів, які працюють сержантами, це дуже гарний початок. Але ще треба багато чого робити.

Уже казали з "Ангелів Тайри", що потрібні люди з досвідом, і вони готові брати таких людей і провести їм навчання, щоб вони дійсно мали вагомий ефект. Ми вже провели вдалий експеримент, ми зібрали людей з "морпіхів" Міністерства оборони і навчалися на базі "Азову", це зовсім інше міністерство, але досить плідно це все відбулося. І робота Сергія, вона показала всім тим, хто не вірив, що воно може мати якийсь ефект позитивний, що навіть вдалося зруйнувати дуже багато стереотипів.

Спочатку війни я сам власними руками і своїми власними зусиллями навчав понад 5 тисяч військових українців невеличкою командою, яка вже там на місці збиралася, і це все одно дало позитивний ефект. Все, що ми тут

робимо, воно допомагає людям рятувати життя, і він рекомендує рахувати ці життя, які були врятовані, за допомогою того, що ви просто приклали зусилля, ви захотіли це зробити.

В ідеалі, коли відбувається мобілізація чи набір до армії, вже на тому етапі потрібно людям доводити важливість цих тренувань, щоб вони, коли приїжджали до своїх військових частин, у них вже було розуміння, як це все робити. Звісно, у них не буде військового досвіду, але вони будуть готові значною мірою до цього. І можливо, вони це остаточно усвідомлять, коли стане питання втрати свого друга найближчого чи побратима.

Дуже багато вже було сказано, я не хочу затримувати більше часу. Невеличка ремарка до попередньої презентації Національної гвардії. Все дуже добре, ви в правильному напрямку рухаєтесь. Єдина ремарка, що інструктор з МР-рівня не повинен бути інструктором для інших, нижчих рівнів, таких як АС (All Competents), потрібно їх розділяти. Не потрібно на одну людину такі повноваження скидати.

У них дійсно багато своїх справ, і вони досить важливі, чим відволікатися на те, що можуть робити інші люди і також успішно. Ми називаємо це "невідвратною точкою". Треба розділяти обов'язки інструктора з МР-рівня, доручити відповідальним людям, таким як сержанти, займатися АС-рівнем і самим спостерігати час від часу. Бо забраний час у інструкторів МР, він також дорого коштує для тих інструкторів. Десь робота буде недороблена, і вона може бути критичною.

Із обов'язків інструктора МР начмеду можна залишити, що він буде лише наглядовим таким перевірчим органом, і він повинен лише перевіряти час від часу знання підлеглих і поставити, можливо, свій підпис або якісь внести ремарки щодо тренувального плану, але це не та людина, яка повинна безпосередньо займатись навчанням.

Ми робили це вже багато разів і тому це досить вдала програма стандарту НАТО. Вона дійсно не складна і робили її вже багато разів, тому є на що посилатись. Вже ці стандарти є перекладені на українську мову і можна не сконцентруватись на тому, як це зробити, а просто робити і отримувати вже допомогу по суті.

Тоді давайте почнемо. Хто хоче зараз допомогти? Тому підсумовую такою фразою: досить вже сперечатись, яким повинен бути стандарт: червоним чи зеленим, просто давайте починати вже його робити, щоб не втрачати наших побратимів на "передку".

Мій телефонний номер: 068 xxx-xx-xx. Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую, Давіде. Представникам Національної поліції пропоную потім підійти до Давіда і спитати по програмах підготовки.

Ми зараз тут з Денисом обговорили, само собою, зрозуміли, як собі трактували, щоб я мала на увазі, розширена підготовка, окрім тактичної медицини, само собою, тому що там входить ще підготовка по готовності прийняти пологи і це відповідно до цих стандартів, окрім тактичної медицини.

Слово просить Вадим Шевченко. Вадим Шевченко багато років член команди Галі Алмазової "Вітерець" і представник офісу Ради волонтерів Міністерства оборони.

ШЕВЧЕНКО В.В. І асоціації медико-психологічного забезпечення Сил безпеки і оборони. Вадим Шевченко.

Я коротко хотів би три питання підняти. Перше – з чим ми стикнулись на евакуації. Є ситуація, при якій не можна забрати пораненого з "передка" і зіткнулись з таким питанням, що люди, які приходять з "цивілу", вони не дуже розуміють, що таке система евакуації. Вони не розуміють, як зробити пункт підтримання життєзабезпечення людини. Якщо іде обстріл, то жодна машина не може заїхати та забрати пораненого. Як зробити пункт там для того, щоб стабілізувати пораненого і витримати годину чи дві, три, чотири.

Друге питання, з яким ми зіткнулись. Пам'ятаєте, я до вас звертався, пані Оксано, я не пам'ятаю вже, яка бригада, 25-та, мені здається. Було питання, коли у медика на "передку", у нього така позиція, при якій не можна під'їхати машиною так, щоб вона не була розстріляна. І вона звертається до начмеда з питанням, що мені потрібні такі-то й такі-то медикаменти, але потрібні ті ж інфузійні розчини, для того щоб його можна було стабілізувати і підтримати. І коли молода начмед їй каже: "Ти не повинна робити ніякі там інфузійні, по протоколу у тебе того нема, тому ти й не маєш," – вона каже: "Тоді, коли закінчатся обстріли, я вам віддам 200-го". Людина не може чекати, стікати кров'ю і так далі. І це перше, що треба вносити, звичайно, до тих протоколів, щоб воно було прописано, що якщо така ситуація, там повинен бути, перше, пункт, де там стабілізація, і людина має право на інфузійні розчини, і все інше. То перше питання.

КОРЧИНСЬКА О.А. Пане Вадиме, дивіться, що важливо. Це має відношення до евакуації для підготовки безпосередньо і начмедів батальйону, тому що ви зараз говорите про 54-й розвідбат.

ШЕВЧЕНКО В.В. Так, 54-й.

КОРЧИНСЬКА О.А. Не про 25-й, а 54-й розвідбат. І там якраз працюють вихованці "Госпітальєрів". І це ситуація була по відношенню до вихованців "Госпітальєрів" начмеда цивільної медицини, у якої абсолютно нульова підготовка. Більше того, військові до сих пір не мають нічого з розуміння підготовки військової операції. І тому це от якраз зараз задача ГВМУ, і в тому числі начальнику Генерального штабу, поставити завдання підготовки військових операцій з медичними засобами і можливостями. Тому що зараз це не відбувається. Краща справа, звичайно, з підготовки полку "Азов", тому що у них є вже абсолютно правильне розуміння підготовки. В тому числі у нас така сама ситуація навіть в силах спецоперацій, коли вони заходять в зону бойових дій і навіть не цікавляться, де зона їх відповідальності, де вони працюють, найближчий є військовий медпункт, куди вони можуть звернутися і хтось із медиків до них вийде. І ми зараз "нахиляємо" в тому числі, вибачайте, працівників Національної гвардії, позаяк вони дуже часто очолюють у нас наші загони по силам спецоперацій, тому що вони не відповідають цьому. І коли вони заходять, потім починають шукати, коли є важкопоранений, як же його вивезти, хто його вивезе, тому що вони безпосередньо, звичайно, снайперські групи і сили спецоперацій.

Тому, пане Вадим, тут, значить, дивіться, система евакуації і система міжнародного протоколу надання допомоги... Міжнародний протокол надання допомоги – це алгоритм дій, при яких випадках, що і коли треба зробити. Зрозуміло?

ШЕВЧЕНКО В.В. Зрозуміло, так.

КОРЧИНСЬКА О.А. Тобто важливо, все ж таки, нам з вами... Тобто от чому ми зараз зібралися? Для того, щоб ви обмінялися всі координатами. Якщо у вас є що додати, закінчити? Тому що зараз я би хотіла, щоб всі залишили свої координати, щоб ви один одного, колеги, знали, могли один до одного дзвонити і, як мінімум, подивитися всі бази підготовки, запрошувати один одного, тому що зараз, без сумніву, ми стоїмо ще на етапі, коли і Збройним Силам, і добровольчим підрозділам, і Національній гвардії, і Національній поліції потрібна ще допомога.

Так, пане Вадиме.

ШЕВЧЕНКО В.В. Маленька ще така ремарка. Так, дуже рідко збираємося таким великим складом. І ще таке питання, яке виникло рік тому, коли волонтери, ну, ви знаєте, кажуть, що "добрими намірами вистелена дорога в пекло", робили такі інсинуації, що "давайте збирайте кошти, давайте збираємо якісь, купуємо ліки, і наші медики і парамедики, вони будуть

лікувати контузії безпосередньо "на передку". Я просто закликаю вас, що ніколи на такі інсинуації не підписуйтеся, ніколи не робіть цього, тому що, на жаль, дуже багато було "лайків", і я знаю, що були такі прецеденти, коли справді зібрали гроші, передали і людей з контузіями. Це не можна робити. Це те, що приводить до того, що людина в подальшому може стати просто калікою або вмерти.

Дякую.

КОРЧИНСЬКА О.А. Без сумніву, це строго заборонено. Все, що робить військова ланка – це евакуація. Її задача – евакуювати на перший госпітальний рівень. Це наші стабілізаційні пункти, які знаходяться у нас, це РЛ і наші військові госпіталі. Це їх задача. У нас заборонено зараз в АТО, в даному разі максимум, що вони можуть собі дозволити, це ОРЗ, якщо це без ускладнень. Навіть з бронхітами вони зобов'язані всіх евакуювати. Тому тут навіть про це мови не йде. Але, на жаль, в цьому плані волонтери є волонтерами, коли їм хочеться відреагувати, коли начмеду відповідного підрозділу не хочеться замовляти і добиватися в АТО або у роду військ своїх, це все відбувається, тому що через волонтерів це набагато швидше.

Тому зараз я ще раз прошу, Віктор Вікторович Писанко, людина, котра відповідає за військову ланку медичну Збройних Сил України і в тому числі за госпітальну, ваш телефон?

ПИСАНКО В.В. Пишемо: 098-xx-xx-xxx.

КОРЧИНСЬКА О.А. Записали? Тому що через Віктора Вікторовича так само координується вся зона АТО, він координує всіх начмедів зони АТО. І тому все, що відбувається по медичному забезпеченню, це їх зона відповідальності, тому що, нагадую, Закон "Про реінтеграцію Донбасу" прийнятий, тепер з 1 квітня буде керувати у нас зоною АТО Об'єднаний штаб на базі Збройних Сил України. Командувач буде зі Збройних Сил України відповідальним за все постачання, мається на увазі координацію всю по медичному, так само будуть відповідати Збройні Сили України, тобто от безпосередньо Віктор Вікторович.

Начальником ГВМУ (Головного військово-медичного управління) призначений полковник Хоменко Ігор Петрович, член-кореспондент Медичної академії, він же колишній головний хірург Міністерства оборони. Мабуть, більшість із вас його знає. Він призначений начальником ГВМУ.

Далі. Олександр Данилюк – той, хто координує все в МОЗ, всю роботу. І можете по стандартах, по проходженню, по екстреній допомозі і в тому числі в зоні АТО, це Олександр. Олександр вам називає свої координати.

ДАНИЛЮК О.М. 097-xx-xx-xxx.

КОРЧИНСЬКА О.А. Наш 205 центр щиро чекає всіх до себе з бажанням в тому числі підписати контракт і стати інструктором 205 центру відповідно. Будь ласка, ваші контакти.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. 050-xxx-xx-xx.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую.

Ще у кого є бажання залишити свої координати, озвучте, будь ласка.

Я би ще порадила вам мати телефон Юрія Юрійовича Скребця. Тому що це наші постійні партнери і лікарня імені Мечникова – це для нас одна з найцінніших лікарень. І тому, будь ласка, Юрію Юрійовичу, залиште ваші координати.

СКРЕБЕЦЬ Ю.Ю. Будь ласка, друзі. 050 xx xx xxx. Юрій Скребець.

КОРЧИНСЬКА О.А. Якщо будуть питання по МВС структурах, пані Людмила, зможете залишити координати? Якщо по МВС і о Національній гвардії. Будь ласка, прошу.

ШОСТАК Л.Й. 067 xx xx xxx.

КОРЧИНСЬКА О.А. І Національна гвардія. Центр назвав. Чи достатньо? Будь ласка.

ТРЕГУБ Д.В. Назву свій телефон, зам начальника військово-медичного управління Трегуб Денис, 067 xxx xx xx. По Нацгвардії.

КОРЧИНСЬКА О.А. Це заступник начмеда Національної гвардії.

"Білі берет", Андрію, озвучте ваш, тому що ваша допомог вам потрібна.

КУХАР А.Л. 063 xx xx xxx. Андрій.

КОРЧИНСЬКА О.А. Дякую. Заключне слово, звичайно, пан Денис Сурков і він же назве свої координати.

СУРКОВ Д.М. Я не можу вимагати нічого ні від кого, я можу тільки попросити. У мене є велике прохання, скажімо так, з метою впровадження положень Стратегічного оборонного бюлетеня конкретно щодо медичних протоколів у мене є прохання до пана Писанка і, вибачте, я не запам'ятав ще ваше прізвище, і Дмитра Васильовича. Що із того, що я почув? Тобто нам все одно потрібно якесь узгодження всього цього, бо ми повинні мати якесь підґрунтя у вигляді наказів по ГВМУ.

Тому, як я бачу це собі, що сам протокол, ми вже розібрались, що протокол і курс його викладання – це не одне і те саме. І один і той самий протокол можна викладати для бійців одних підрозділів протягом одного часу, для бійців, наприклад, так само Сил спеціальних операцій протягом іншого часу. Тобто то є вже навчальні програми і методичні рекомендації. І це не є зараз тим питанням, яке ми тут розглядаємо. Але треба це також влаштувати.

Тобто треба розділяти, який протокол буде виконуватись на якому рівні. Тобто протокол ТССС, то зрозуміло, що то є протокол для усіх. Протокол ТСС-МР, як ми це бачимо, то це іде від медика взводу. Починаючи вже від медика роти і парамедиків там будуть іти інші протоколи, які тут так само прописані, це можуть бути протоколи PHTLS, ATLS, але якщо ми говоримо про ТССС-АС і ТССС-МР, то я бачу собі це так.

Для чого я це говорю? Ми маємо разом з вами визначити конкретну кількість людей, які мають бути навчені протягом якого періоду і за яким стандартом. Тобто ми розуміємо, що в нас зараз є там у війську 250 тисяч людей. Можемо ми їх навчити протягом року? Вважаю, що ні. Це є ілюзія. Але ми маємо виходити з чого? Що в нас є кількість людей, яка обов'язково має бути навчена, і ми маємо розрахувати ту мінімально достатню кількість навчальних годин, яка має бути виділена на навчання хоча б ТССС-АС.

Я взагалі люблю все робити на калькуляторі. Виходячи з кількості навчальних годин, виходячи з кількості військових, наступне – це є співвідношення інструкторів і тих, кого навчають. За протоколом ТССС-АС це може бути не більше, ніж 1 на 10-12 людей. Потім ми маємо порахувати кількість навчальних груп. Виходячи з цього, ми рахуємо кількість інструкторів на групу і скільки навчальних груп ми можемо пропустити протягом року взагалі, маючи на увазі, що в році 365 днів. Я зараз до цього додаю ще інше. В нас може бути різна тривалість первинного курсу і курсів Refresh, і ми маємо розуміти, як часто ми маємо проводити Refresh курси: раз на 6 місяців чи раз на рік, чи раз на 3 місяці. Це треба визначитись.

Виходячи з того, ми маємо навчальне навантаження, умовно там, на Міністерство оборони. Виходячи з цього, в мене буде наступне питання, чи є в Міністерстві оборони такі навчальні потужності? Якщо є, добре, якщо немає, що можна для цього зробити? Перше – це є навчальні потужності Міністерства охорони здоров'я. Я маю на увазі коледжі і медичні виші. Наприклад, Дніпропетровський медичний коледж зараз абсолютно готовий для підготовки з тактичної медицини, починаючи з ТССС-АС, закінчуючи MEDEVAC, бо там вже є навчальні програми і працюють люди, які працюють інструкторами, в них є навчальна база, її вже досить.

Військова кафедра Дніпропетровської медичної академії може навчати, починаючи з лікарів військової ланки, я не кажу про госпітальну, але лікарі військової ланки, і так само парамедики, і так само, що стосується Нацгвардії, і я не думаю, що це буде дуже складно. Тобто треба поррахувати.

Є ще одне питання. Не можна навчити людей особливо за протоколом ТССС-МР лише на манекенах і лише на один на одному. Це треба мати договори з шпитальними базами. Люди мають бачити натуральні поранення. Я точно знаю, що американські військові, вони мають стажування у великих травматологічних центрах. Це треба тоді укладати угоди з великими клінічними базами на отаке стажування і підготовку, бо коли ми готували своїх бійців 74-го розвідувального батальйону роти глибинної розвідки, то я їм особисто організовував місячне стажування, на клінічних базах вони проходили: тиждень – травм пункт, тиждень – операційна, тиждень – анестезіологія, тиждень – реанімація. Десь щось їм давали робити, десь вони були just looking observing. Але вони бачили наявних поранених, і вони розуміли, що отут я відпрацьовував ці навички, оце отак виглядає.

Наступне. Якщо ми вже говоримо про протокол ТС-3 і говоримо про STANAG, то існує первинна форма медичної документації в НАТО, яка називається форма DD1380 (або картка пораненого). Ми маємо її прийняти, ми не можемо навіть нічого свого вигадувати, бо це є офіційна звітна форма НАТО, то є складова STANAG. Ми можемо лише зробити її переклад і все. Але якщо ми рухаємося вбік НАТО, то ми маємо її застосувати. Запровадження цієї картки допоможе нам мати кращу звітність щодо статистики поранень, і ця картка ще є підказкою. Тобто якщо хтось навіть щось забув, він може, заповнюючи цю картку, згадати, що він має зробити. Якщо він цього не зробив, він це зробить. І це буде набагато краще, ніж він цього не зробить. І виходячи з протоколів, виходячи з облікових форм, має потім вже виходити набір IFAC, набір сумки відділення і набір medical pack, тому що поки що все, що я бачу, це хтось видумав якийсь набір medical pack. Такого не буває. Ми будемо запрягати віз поперед кобили. Тобто є протокол, він має бути впроваджений, для цього мають бути сили й засоби, і витратні матеріали. І це, мені здається, дуже просто і логічно можна зробити дуже швидко.

Мій номер телефону 050 xxx xx xx, Денис Сурков.

КОРЧИНСЬКА О.А. Вікторе Вікторовичу, пане Денис нам пообіцяв з вами на стабілізаційних пунктах теж подумати стосовно професійного обладнання, щоб ми не обкрадали наші добровольчі структури.

СУРКОВ Д.М. Так. Про що я кажу? Що зараз все те, що я бачив в багатьох випадках, що навіть коли працюють волонтери з-за кордону, їм замовляють речі, які не мають жодного стосунку до надання допомоги при бойовій травмі. Тобто якщо замовляють волонтерам 12-канальний електрокардіограф, який коштує близько там 2 тисяч американських доларів, я цього не розумію. А є велика кількість української діаспори, яка готова нам допомагати. Наприклад, там французька діаспора. І у них є, коли у них розбирають там лікарняні бази, вони передають ті ж самі УЗД. До речі, якщо до Авдіївки треба рентген пересувний, то він є. Але він є у Франції, його треба...

КОРЧИНСЬКА О.А. Рентген є, УЗД немає. Рентген у нас є.

СУРКОВ Д.М. Все, зрозумів.

Я, до речі, всім кажу, що якщо комусь треба пересувний рентген Siemens працюючий в нормальному стані безкоштовно, лише треба його розмитнити в нуль і домовитись, щоб хтось його привіз, все. Рентген я вам одразу, кому треба дам. Ну, не я дам, люди надішлють.

КОРЧИНСЬКА О.А. Так, у ЗСУ ексклюзив, перші. Вікторе Вікторовичу, я на вас сподіваюся.

КОРЧИНСЬКА О.А. Стабілізаційний пункт для нас надзвичайно важливий.

Я дуже вдячна вам за витримку. Для мене це був один із найважчих "круглих столів" за 3 роки мого депутатства, тому що всі люди практики, всі люди дії, всі звикли все ж таки мало часу витратити на спілкування, але тим не менше для нас важливо, щоб ви один одного знали.

Нам важливо було нагадати вам усім, особливо офіційним структурам оборони, що у вас є бюлетень, який Президент підписав, і ви повинні впровадити міжнародні протоколи, до честі Національної гвардії, котрі

показали нам наказ, і ми його знайдемо в оригінальній формі, передамо Міністру оборони – нехай йому буде соромно, що Національна гвардія...

Хотілось би, я так розумію, що це повинно бути затверджено...

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Служба безпеки України вже теж затвердила 3 рівні: ТССС-АС і ТССС-МР. Вони затвердили це.

КОРЧИНСЬКА О.А. Де? Міністерство охорони здоров'я?

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Служба безпеки України.

КОРЧИНСЬКА О.А. Служба безпеки.

І тому, на жаль, у нас Збройні Сили України позаду зараз цієї ситуації. Хоча ви якраз там у нас № 1 структура і в тому числі по впровадженню наших протоколів по критичній крововтраті.

Всім дуже вдячна. У нас є буквально декілька хвилин на спілкування поза мікрофонами, тому що, на жаль, вже Верховна Рада закрита, і ми останні, хто буде її покидати.