

# СОЦІАЛЬНА І ГУМАНІТАРНА ПОЛІТИКА

<https://doi.org/10.26565/1684-8489-2025-2-22>  
УДК: 351.77:615.8:004

**Карамишев Дмитро Васильович,**  
доктор наук з державного управління, професор,  
декан медичного факультету №1,  
професор кафедри медицини катастроф та військової медицини  
Полтавського державного медичного університету,  
вулиця Шевченка, 23, м. Полтава, 36024, Україна

e-mail: [d.karamyshev@pdmu.edu.ua](mailto:d.karamyshev@pdmu.edu.ua) <https://orcid.org/0000-0003-1617-3240>

**Гордієнко Людмила Петрівна,**  
кандидат медичних наук, доцент,  
завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини  
Полтавського державного медичного університету,  
вулиця Шевченка, 23, м. Полтава, 36024, Україна

e-mail: [l.hordiienko@pdmu.edu.ua](mailto:l.hordiienko@pdmu.edu.ua) <https://orcid.org/0000-0003-2157-7573>

**Піонтковська Оксана Володимирівна,**  
доктор медичних наук, професор,  
провідний науковий співробітник лабораторії психічного здоров'я  
ДУ Інститут медицини праці ім. Ю.І. Кундієва НАМН України,  
вулиця Саксаганського, 75, м. Київ, 01033, Україна

e-mail: [o\\_pion@icloud.com](mailto:o_pion@icloud.com) <https://orcid.org/0000-0003-3133-5746>

## ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ АСПЕКТИ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ В УМОВАХ ЄДИНОГО МЕДИЧНОГО ПРОСТОРУ

**Анотація.** Метою статті є обґрунтування концептуальних засад та організаційних підходів до управління розвитком лікувально-евакуаційного забезпечення особового складу

---

**Як цитувати:** Карамишев Д. В., Гордієнко Л. П., Піонтковська О. В. Організаційно-управлінські аспекти лікувально-евакуаційного забезпечення особового складу Збройних Сил України на догоспітальному етапі в умовах єдиного медичного простору. *Актуальні проблеми державного управління*. 2025. № 2 (67). С. 437–453. <https://doi.org/10.26565/1684-8489-2025-2-22>

**In cites:** Karamyshev, D.V., Hordiienko, L.P., Piontkovska O.V. (2025). Organizational and management aspects of medical and evacuation support for personnel of the Armed Forces of Ukraine at the pre-hospital stage in the conditions of the single medical space. *Pressing Problems of Public Administration*, 2 (67), 437–453. <https://doi.org/10.26565/1684-8489-2025-2-22> [in Ukrainian].

---

© Карамишев Д. В., Гордієнко Л. П., Піонтковська О. В., 2025

 This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0

ISSN 1684-8489. *Pressing Problems of Public Administration*, 2025, № 2 (67)

437

Збройних Сил України на догоспітальному етапі в умовах єдиного медичного простору. Доведено, що організація системи медичного забезпечення потребує приділення особливої уваги питанням розгортання етапів медичної евакуації, їх відстані до зони бойових дій та можливості надавати необхідні види та обсяги медичної допомоги у встановлені терміни. Обґрунтовано необхідність розбудови ефективної системи медичного та лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України і Сил оборони відповідно до міжнародних стандартів, що має включати такі складові, як: тактична польова допомога та немедична евакуація – спрямована на збереження життя поранених в бойових умовах; догоспітальна допомога на етапах медичної евакуації – спрямована на запобігання бойовим і небойовим втратам особового складу; госпітальна допомога за видами, включаючи реабілітаційну допомогу та належне медичне забезпечення. Наголошується на тому, що підвищення ефективності лікувально-евакуаційного забезпечення за умов надзвичайних ситуацій воєнного характеру потребує дослідження відповідних проблем з позиції концепції кризового управління, міжвідомчої взаємодії, а також визначення критеріїв його ефективності.

**Ключові слова:** *військова медицина, медична допомога, догоспітальний етап, медична евакуація, лікувально-евакуаційне забезпечення, єдиний медичний простір*

**Постановка проблеми і актуальність теми дослідження.** Важкі процеси й жорсткі події та втрати, які є результатом збройної агресії російської федерації проти України суттєво загострили розуміння ваги людського життя, здоров'я і гідного ставлення до військових, враховуючи вразливість цієї категорії, яка потребує особливої уваги, зважаючи на непередбачені і надзвичайно складні умови та важкі випадки виникнення недугів – будь то бойове поранення, психологічне травмування чи ускладнення хронічного захворювання.

Тому, саме військовослужбовці Збройних Сил України, інших Сил оборони потребують належного, більш дбайливого ставлення і сучасних інтегрованих підходів до надання їм медичної допомоги та лікувально-евакуаційного забезпечення на всіх етапах: на полі бою, етапах евакуації, стабілізаційних пунктах, військових та цивільних шпиталях, подальшої реабілітації та повернення в стрій чи адаптації до цивільного життя.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблематика статті стосується важливих аспектів управління розвитком військової медицини в Україні, зокрема лікувально-евакуаційного забезпечення на догоспітальному етапі надання медичної допомоги військовослужбовцям, учасникам бойових дій в умовах єдиного медичного простору. Відповідні питання розглядалися провідними українськими фахівцями у дослідженнях [7 – 10; 17; 21 – 24; 29; 34; 35 та ін.], що були опубліковані та слугували інформаційною базою для цієї публікації, де окрема увага приділена, зокрема догоспітальному етапу та відповідним рівням допомоги, оскільки мова йде про найголовніше – збереження життя і здоров'я особового складу військових підрозділів. Саме тактичний рівень допомоги на догоспітальному етапі є запорукою подальшого відновлення та ефективності медичної реабілітації військовослужбовців, учасників бойових дій і ветеранів війни.

У наукових публікаціях чітко окреслюються дві основні дослідницькі течії. Перша зосереджена на адаптації стандартів НАТО до української практики, де автори аналізують Role-based систему медичної підтримки та принцип 10-1-2 [18; 21; 23; 24; 26; 27; 28]. Проте ці дослідження здебільшого описують нормативні моделі без глибокого аналізу бар'єрів впровадження в умовах обмежених ресурсів та активних бойових дій. Друга течія концентрується на практичних аспектах функціонування стабілізаційних пунктів та передових хірургічних груп [2; 7; 8; 35], де автори фіксують реальні проблеми кадрового забезпечення,

оснащення та логістики евакуаційного транспорту. Водночас обидва напрямки недостатньо досліджують питання міжвидомчої координації між військовою та цивільною медициною в умовах єдиного медичного простору, що створює прогалину в розумінні механізмів інтеграції систем під час кризи.

Окремої уваги заслуговує дискусія щодо оптимальної відстані розгортання етапів медичної евакуації від лінії бойового зіткнення та співвідношення між швидкістю евакуації і повнотою стабілізаційних заходів [8; 10; 17]. Частина дослідників наголошує на необхідності максимально наближати стабілізаційні пункти до зони бойових дій для дотримання принципу «золотої години», інші вказують на неприйнятні ризики для медичного персоналу та обладнання. Ця суперечність не має однозначного вирішення в літературі, що вимагає подальшого емпіричного дослідження факторів, які впливають на баланс між доступністю та безпекою. Водночас практично відсутні комплексні дослідження ефективності різних моделей немедичної евакуації (CASEVAC) та відповідальності командирів за її організацію, хоча саме цей етап критично впливає на своєчасність надання першої допомоги пораненим.

**Метою дослідження** є уточнення сучасних і релевантних для України організаційних підходів до управління розвитком лікувально-евакуаційного забезпечення особового складу Збройних Сил України, інших Сил оборони на догоспітальному етапі в умовах єдиного медичного простору на основі опрацювання доступних інформаційних джерел, аналітичних матеріалів та нормативних документів.

**Використана методологія.** Дослідження базується на системному аналізі організаційно-управлінських процесів у сфері військової медицини з урахуванням специфіки воєнного часу. Методологічна база формувалася через поєднання кількох підходів: вивчення нормативно-правових актів України та доктринальних документів НАТО (Allied joint doctrine for medical support AJP-4.10, NATO Principles and Policies MC 0326/4), аналіз статистичних даних про структуру санітарних втрат та ефективність медичної евакуації, узагальнення практичного досвіду функціонування стабілізаційних пунктів та медичних рот у зоні бойових дій. Дослідження охоплює період від початку антитерористичної операції до сьогодення, що дозволяє простежити еволюцію системи медичного забезпечення від фрагментованих ініціатив до формування єдиного медичного простору.

Емпіричну основу роботи становлять результати експертних опитувань військових медиків та командирів підрозділів, проведених авторами в рамках науково-дослідної роботи, а також аналітичні матеріали звіту «Людина та військова медицина – комплексний погляд», підготовленого Офісом з підтримки змін при Міністерстві оборони України. Анкетування військовослужбовців дозволило виявити критичні проблеми догоспітального етапу: забезпеченість медичними кадрами, штатно-нормативне наповнення стабілізаційних пунктів, оснащення евакуаційним транспортом. Особлива увага приділялася аналізу реальних часових показників надання допомоги порівняно зі стандартом 10-1-2, оскільки саме відхилення від цих нормативів корелює зі зростанням летальності.

Порівняльний інституційний аналіз застосовувався для вивчення досвіду організації лікувально-евакуаційних систем у державах-членах НАТО. Розглядалися моделі Role-based medical support (рівні медичної підтримки від Role 1 до Role 4), механізми цивільно-військової медичної взаємодії, практики розгортання передових хірургічних груп у зоні бойових дій. Водночас ана-

ліз не обмежувався простим описом закордонних практик, а включав оцінку їх адаптивності до українських реалій: обмежені ресурси, специфіка мінно-вибухових поранень, необхідність інтеграції з цивільною системою охорони здоров'я в умовах руйнування інфраструктури.

Методологічний підхід до дослідження будувався на принципах кризового управління, що передбачає аналіз лікувально-евакуаційного забезпечення не як статичної системи, а як динамічного процесу прийняття рішень в умовах невизначеності, ресурсних обмежень та постійної зміни оперативної-тактичної обстановки. Розглядалися механізми міжвідомчої координації між Генеральним штабом Збройних Сил України, Командуванням Медичних сил, Міністерством охорони здоров'я та територіальними органами управління. Використовувався функціональний підхід до аналізу етапів медичної евакуації (CASEVAC, MEDEVAC, тактична та стратегічна евакуація) з визначенням відповідальності командирів та медичної служби на кожному рівні.

**Виклад основного матеріалу.** Зважаючи на величезний обсяг завдань, які постали перед військовою медициною, потребу у ресурсному забезпеченні та використанні найновіших методів лікування та відновлення військовослужбовців, ветеранів, що передбачає й особливу відповідальність за результати, виникла необхідність інтеграції між військовою і цивільною системою охорони здоров'я, що спонукало до формування об'єднуючого середовища - єдиного медичного простору. Хронологія подій свідчить про те, що відповідна робота почала проводитись, фактично, ще в умовах *антитерористичної операції* [9], на початку російського вторгнення і набула більш системного та регульованого характеру, із затвердження Воєнно-медичної доктрини України [12]. Міністерством охорони здоров'я України вже на другий день широкомасштабного вторгнення затверджено відповідний наказ № 379 від 25 лютого 2022 року «Про організацію роботи закладів охорони здоров'я для забезпечення безвідмовного надання медичної допомоги усім постраждалим та пораненим» [16] щодо залучення усіх спроможних закладів цивільної охорони здоров'я до надання медичної допомоги пораненим та травмованим внаслідок повномасштабної війни [1; 21].

Складна, багаторівнева система, якою є сучасна українська військова медицина, включає цілий комплекс сил і засобів, а також передбачає проведення відповідних заходів з метою надання своєчасної допомоги пораненим у польових умовах, заходи з надання різних видів медичної допомоги та лікувально-евакуаційного забезпечення, відновлення після поранень та інших розладів, що потребує відповідного ресурсного забезпечення, передусім кадрового і матеріально-технічного, налагодження логістичних ланцюгів постачання, узгодженість між різними рівнями управління та реагування на непередбачені умови залежно від оперативної-тактичної обстановки в умовах збройного протистояння.

Щодо основних цілей і завдань військової медицини, які спрямовані на збереження життя та здоров'я особового складу військовослужбовців, що включає як військовослужбовців, так і цивільний персонал військових формувань, то вони стосуються своєчасного надання всіх видів медичної допомоги на етапах евакуації поранених, а також повного відновлення боєздатності та працездатності після травм та захворювань шляхом проведення відповідних лікувальних і реабілітаційних заходів. На догоспітальному етапі це досягається через систему медичного забезпечення, що має включати як заходи із надан-

ня відповідних видів медичної допомоги, так і адекватне матеріально-технічне забезпечення підрозділів усім необхідним обладнанням, зокрема для розшуку та евакуації поранених з поля бою (спеціальний медичний транспорт, пересувні наземні роботизовані платформи та комплекси, безпілотні літальні апарати для розшуку поранених), медикаментами та витратними матеріалами (індивідуальні аптечки, тактичні рюкзаки, засоби імобілізації тощо), їх правильного комплектування, належне забезпечення технічними пристроями, що є необхідними для підтримання життєдіяльності (генератори та зарядні станції) та безпеки (системи радіо-електронної боротьби) військових підрозділів, а також засобами індивідуального балістичного захисту, відпрацювання логістичних процесів відповідного постачання зазначених засобів оптимальними шляхами і в найкоротші терміни, що суттєво зменшить людські втрати.

У Наказі Генштабу Збройних Сил України № 60 від 11.02.2019 «Про затвердження Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період» [14] сформульовано загальну мету функціонування системи медичного забезпечення військ (сил), що спрямоване на збереження та зміцнення здоров'я особового складу, надання медичної допомоги військовослужбовцям, їх лікування та найшвидшого відновлення працездатності після захворювань і травм. Водночас управління системою медичного забезпечення Збройних Сил України та Сил оборони здебільшого покладено на Командування Медичних Сил Збройних Сил України, що разом з відповідними медичними службами і медичними підрозділами військових частин, формують цю систему: її структурні елементи, функції, ролі, порядок і номенклатуру забезпечення як у мирний час, так і в особливий період воєнного стану і повномасштабної війни. Відповідно, медичне забезпечення передбачає здійснення лікувально-евакуаційних заходів, надання усіх видів медичної допомоги військовослужбовцям, а також проведення медичної і медико-психологічної реабілітації на відповідних рівнях, що включають особливості функціонування сил і застосування засобів медичної служби.

Доктринальними документами з медичного забезпечення збройних сил держав-членів НАТО [26 – 28] передбачено встановлення часових показників надання медичної допомоги 10-1-2, що означає надання тактичної польової домедичної і першої медичної допомоги не пізніше 10 хв., первинної лікарської допомоги протягом однієї години та невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги не пізніше двох годин після поранення, що дозволяє у подальшому повернути значну частину поранених до військових підрозділів [11; 14; 15; 18; 26; 35]. Усе це досягається своєчасним розшуком поранених на полі бою та їх швидким виносом та вивозом за його межі у безпечне місце з наступним транспортуванням на етапи евакуації до передових медичних підрозділів (медичні пункти батальйонів), стабілізаційні пункти, передові хірургічні групи (відділення), для надання їм необхідної медичної допомоги, стабілізації стану та подальшого транспортування до військових або цивільних закладів охорони здоров'я, для подальшого лікування та медичної реабілітації [8].

Існує пряма кореляція між своєчасністю надання польової тактичної допомоги на догоспітальному етапі та зниженням частоти летальних наслідків важких ушкоджень та травм [30; 32]. Так, її початок протягом перших 10 хвилин після отримання поранення призводить до зниження частоти смертельних випадків до 50 %. Потреба у невідкладних протишокових та реанімаційних заходах як на місці отримання бойового ураження, так і в процесі евакуації

на догоспітальному етапі, становить понад 50 % від усіх поранених і постраждалих з тяжкою поєднаною травмою, отриманою під час війни. Це включає зупинку критичної кровотечі, боротьбу з гострою дихальною недостатністю, знеболювання, стабілізацію ушкодженої області та інфузійну терапію з метою поповнення крововтрати. Ефективність реалізації принципу «золотої години» після отримання тяжкого поранення, у вигляді протишокових та базових реанімаційних заходів у зоні бойових дій, залежатиме від рівня медико-тактичної підготовки військовослужбовців, індивідуального медичного обладнання у складі бойового екіпірування та групового медичного оснащення підрозділу [25], а також від оперативності прийняття рішень щодо задіяння усіх необхідних ресурсів та координації дій з боку командирів військових підрозділів у співпраці з медичним персоналом.

Зокрема, за даними досліджень [19], надання польової тактичної допомоги протягом однієї години може збільшити рівень виживання понад 85 %, у той же час, її відтермінування до 3 годин зменшує цей показник до 60 % і нижче. В умовах реальних бойових дій нерідко мають місце тривалі затримки з доставленням поранених до передових медичних підрозділів військових частин (з'єднань), військових або цивільних закладів та, відповідно, затримки у наданні їм необхідної медичної допомоги, що у подальшому призводить до збільшення термінів їх лікування та реабілітації, а також негативно відображається на перспективах повернення до строю. Особливо складною є ситуація зі своєчасним і якісним наданням пораненим тактичної догоспітальної допомоги, вивозом (виносом) поранених з поля бою та доставкою їх до передових медичних підрозділів (стабілізаційних пунктів) [8].

Для стандартизації рівнів лікувально-евакуаційних заходів у державах-членах НАТО [23; 24], в залежності від обсягу та змісту, здійснюється розподіл та передбачена етапність медичної допомоги за Role (Role of Care) або «Ешелонами» («Рівнями надання медичної підтримки» відповідно до можливих спроможностей та наявних ресурсів). Рівень Role 1 забезпечує надання першої медичної допомоги на місці травмування. Згідно з доктриною НАТО, Role 2 має бути на 100% мобільною та поділяється на «передову», «базову» та «розширену» (R2B/R2E). Role 2B та Role 2E пропонують розширені медичні можливості та обмежений простір для стаціонарних ліжок, а також забезпечують ресусцитаційні заходи з контролем пошкоджень (Damage Control Resuscitation, DCR) та тактику хірургії контролю пошкоджень (Damage Control Surgery, DCS), базову первинну медичну допомогу, іноді оптометрію, контроль бойового стресу та психічного здоров'я, стоматологічну підтримку, різноманітну лабораторну діагностику та рентгенологічне дослідження. Кожна держава НАТО та країна-партнер може пропонувати дещо інші можливості надання медичної допомоги на рівні R2B/R2E. Такий підхід забезпечує надання широкого спектру медичної допомоги. Водночас створення інтегрованої системи зв'язку та логістики, а також використання автоматизованого транспортування поранених забезпечує збереження здоров'я та безпеки військовослужбовців [19; 31].

Тож, система організації лікувально-евакуаційних заходів у державах-членах НАТО передбачає своєчасність, послідовність і спадкоємність їх проведення. «Безперервність медичної допомоги» є основним принципом військово-медичних служб держав-членів НАТО. Зокрема, рівень Role 1, призначенням якого є організація медичної допомоги, починаючи з першого контакту, формує основні можливості військово-медичної підтримки на основі

Role [20; 31]. З метою забезпечення своєчасності у наданні медичної допомоги у Збройних Силах України за досвідом країн альянсу, передбачено ешелонування сил і засобів медичної служби [8], у поєднанні з евакуацією поранених на етапи медичної евакуації відповідних рівнів медичної підтримки, що забезпечують надання необхідної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію [14; 15]. Така система лікувально-евакуаційних заходів поряд із встановленими часовими показниками надання медичної допомоги дозволяє зберегти життя поранених і подальше відновлення їх здоров'я.

Згідно зі стандартами надання медичної допомоги військовослужбовцям армій країн НАТО [26 – 28], в організаційному плані потребує забезпечення 4 основних етапів, або рівнів ешелонування: 1. На першому етапі надання медичної допомоги здійснюється починаючи від місця отримання поранення в порядку само- та взаємодопомоги (військовослужбовці, стрільці-санітари) і далі, в тактичних польових умовах – медичним персоналом підрозділів: рота (бойові медики взводу, старші бойові медики), батальйон (фельдшер, лікар медичного пункту) (медична допомога 1-го рівня). 2. Другий етап надання допомоги пораненим передбачає надання кваліфікованої, зокрема, хірургічної допомоги та проведення реанімаційних заходів персоналом стабілізаційних пунктів, передових хірургічних груп. 3. Третій етап надання кваліфікованої медичної допомоги здійснюється в оперативному тилу, починаючи з розгортання мобільних польових шпиталів у відповідній зоні, наближеній до зони бойових дій, зокрема використовуючи можливості цивільних закладів охорони здоров'я, що розташовані на відповідній території. 4. Четвертий етап являє собою медичні заклади єдиного медичного простору, евакуація в які із зони бойових дій з одночасним проведенням лікувальних заходів проводиться із застосуванням спеціалізованого, зокрема повітряного транспорту [10]. Наведена чотирирівнева система етапності лікувально-евакуаційних заходів наряду з встановленими часовими показниками надання медичної допомоги дозволяє зберегти життя поранених і подальше відновлення їх здоров'я.

Проектом нової Доктрини з медичної евакуації визначено за мету формування єдиного розуміння та єдиних підходів до організації і порядку проведення медичної евакуації, з урахуванням досвіду медичного забезпечення Збройних Сил України під час відбиття повномасштабної збройної агресії російської федерації проти України [24; 35]. У проєкті Доктрини визначено, що медична евакуація (MEDEVAC) – це сукупність медичних і організаційно-технічних заходів транспортування поранених спеціалізованим санітарним транспортним засобом з одночасним медичним супроводом на ЕМЕ з метою своєчасного і повного надання необхідної медичної допомоги. Медична евакуація є відповідальністю медичних служб військових частин (з'єднань). Водночас командири і начальники служб забезпечення військових частин (з'єднань) сприяють у проведенню швидкої та безпечної медичної евакуації поранених [8].

Залежно від місця та умов проведення, завдань, які перед нею поставлені, а також сил і засобів, що для цього передбачені, евакуація поранених поділяється на передову, тактичну і стратегічну. Зі свого боку передова евакуація поранених поділяється на вивіз та транспортування поранених з поля бою (CASEVAC) та передову медичну евакуацію (MEDEVAC) [8]. Водночас вкрай важливим є якнайшвидше та безпечно транспортування пораненого після надання йому польової тактичної домедичної допомоги до найближчого розгорнутого в зоні бойових дій медичного підрозділу (медичний

пункт, стабілізаційний пункт, передова хірургічна група (відділення)) для надання первинної лікарської допомоги, а також проведення подальших невідкладних заходів кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги [8]. Тож, передова евакуація поранених з поля бою до точки збору поранених та їх транспортування проводиться до першого розгорнутого етапу медичної евакуації - медичного підрозділу (медичний пункт, стабілізаційний пункт, передова хірургічна група) в районі бойових дій і є одним з найбільш проблемних і складних етапів і здійснюється за допомогою переважно броньованих транспортних засобів немедичної евакуації військових частин та підрозділів, санітарних автомобілів, за можливості – вертольотів, а за належних умов, наземними роботизованими комплексами [1; 8].

Організація системи медичного забезпечення передбачає приділення особливої уваги питанням розгортання етапів медичної евакуації та можливості надавати необхідні види та обсяги медичної допомоги в залежності від відстані від осередків прямої небезпеки та у встановлені терміни. Водночас існує пряма кореляція між своєчасністю надання польової тактичної допомоги на догоспітальному етапі та зниженням частоти летальних наслідків важких ушкоджень та травм. У зв'язку з цим, одним із ключових завдань організації медичної допомоги пораненим в умовах бойових дій, на етапах здійснення передової евакуації є розгортання та забезпечення належного функціонування стабілізаційних пунктів бригад у безпосередній близькості до зони бойового зіткнення для виконання завдань у першому ешелоні надання кваліфікованої, зокрема хірургічної допомоги, забезпечення стабілізації стану поранених та постраждалих з виконанням розширеного пакету реанімаційних заходів (Damage Control Surgery / Resuscitation - хірургія / реанімація з контролем ушкоджень, інтубація, центральний венозний доступ, гемотрансфузія, протишокова терапія, дренування плевральних порожнин, хірургія контролю пошкоджень [1; 6]), що є сучасною тактикою контролю та стабілізації стану силами медичних рот, шляхом розгортання стабілізаційних пунктів, де поруч із лікарями-хірургами, анестезіологами, травматологами, іншими спеціалістами, самовіддано працює кваліфікований середній медичний персонал, який забезпечує своєчасну та якісну підготовку для подальшої першочергової медичної евакуації.

Далі, здійснюється тактична медична евакуація поранених з передових до наступних етапів (військового мобільного госпіталю або територіально наближеного цивільного закладу), розташованих у межах операційної зони. Вона здійснюється після стабілізації стану поранених, зазвичай, санітарним автотранспортом, а за можливості та необхідності – залізничним або іншим (авіаційним, водним) транспортом за евакуаційними напрямками, які визначаються завчасно і характеризується: використанням укомплектованих необхідним медичним і технічним обладнанням транспортних засобів, які дають змогу вести спостереження (моніторинг) за станом поранених та підтримувати його на належному рівні, забезпечувати одномоментну евакуацію за призначенням із першочерговою доставкою поранених на ті етапи, де їм може бути надано вичерпну і адекватну медичну допомогу. Водночас має місце проблема із забезпеченням немедичним евакуаційним транспортом для евакуації з поля бою і спеціальним медичним для транспортування на етапи медичної евакуації та їх оснащенням. Тож, загальне бачення більшості авторів [7; 8; 17; 34; 35], які досліджували відповідну проблематику полягає в тому, що від своєчасності транспортування поранених на етапи медичної евакуації

та надання допомоги відповідного рівня залежить успішність їх подальшого лікування і реабілітації, а також перспективи повернення у стрій, що зазначено й у відповідних нормативних документах [12; 13; 15].

Отже, запорукою збереження життя військовослужбовців після отримання поранення і забезпечення прогнозу їх подальшого лікування і реабілітації є своєчасне та якісне надання термінової першої лікарської та невідкладної кваліфікованої хірургічної допомоги на догоспітальному етапі медичної евакуації. У зв'язку з цим, після етапу стабілізаційного пункту, у разі потреби в підсиленні військово-медичних формувань з надання невідкладної кваліфікованої хірургічної допомоги, зокрема для мінімізації обсягу хірургічної допомоги в межах Damage Control Surgery (DCS) і стабілізації стану поранених та їх підготовки до подальшої медичної евакуації з місць, які безпосередньо наближені до зони бойових дій, доцільним залишається формування спеціалізованих мобільних утворень – передових хірургічних груп підтримки, а також лікарсько-сестринських бригад підтримки. З урахуванням потенційно можливих санітарних втрат, основою для розгортання передових хірургічних груп підтримки може слугувати медична рота бригади [2].

Відповідно до організаційних основ об'єднаних доктринальних документів Альянсу НАТО з медичної підтримки збройних сил країн-членів [27] та цивільно-військової медичної взаємодії країн-членів Альянсу [28], а також за визначенням низки авторів [5; 9; 22; 24; 33 та ін.], надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій воєнного характеру зумовлює потребу в об'єднанні необхідних ресурсів медичних служб Збройних Сил України та інших структур, що належать до державного сектора безпеки, а також цивільних закладів охорони здоров'я державної і комунальної форм власності [33].

Для підсилення ресурсних можливостей цивільних закладів охорони здоров'я, що наближені до зони бойових дій і спроможні надавати допомогу військовим з урахуванням специфіки і характеру ушкоджень, доцільно використовувати лікарсько-сестринські бригади підтримки, зазвичай там, де є необхідність проведення невідкладних лікувальних заходів із надання хірургічної допомоги пораненим, що потребує наявності кваліфікованого персоналу, зокрема лікарів-хірургів, травматологів, анестезіологів та відповідного середнього медичного персоналу (операційні медичні сестри, медичні сестри-анестезисти).

Щодо надання медичної допомоги певного рівня із визначенням її змісту та обсягу на відповідному етапі медичної евакуації, згідно Role, тобто рівня медичного забезпечення за призначенням, з урахуванням визначених функціональних можливостей етапів медичної евакуації, що передбачає надання певного рівня медичної допомоги із дотриманням відповідних протоколів і стандартів медичного забезпечення військ, включаючи наявність як медичного персоналу, так і медичного майна та обладнання, що необхідне для належного комплектування військово-медичних підрозділів [2].

Етапність медичного забезпечення і допомоги пораненим за призначенням відповідно до Role I-II полягає в тому, що після надання I рівня медичної допомоги, включаючи й першу лікарську і медичного забезпечення Role I у військовій ланці, поранених спрямовують на подальші етапи медичної евакуації для надання медичної допомоги та медичного забезпечення II рівня, R(II). Водночас, як зазначають автори [2], поранені червоної сортувальної групи для надання невідкладної медичної допомоги за Role II спрямовуються

до розгорнутих медичних рот, або відповідних цивільних закладів охорони здоров'я, що підсилені передовими хірургічними групами або лікарсько-сестринськими бригадами підтримки військових мобільних шпиталей.

З усіх складових інтегрованої системи медичного забезпечення, госпітальний - це є найбільш налагоджений етап. Від початку військової агресії РФ значному підвищенню стійкості системи військової медицини та її ефективності сприяли інтегрування з цивільною медичною системою та створення єдиного медичного простору [9]. Але залучення цивільної медицини для належного лікування військових має відбуватись поступово, з акцентом на ті заклади і фахівців, які вже мають відповідний досвід з урахуванням специфіки поранень і хвороб, які зумовлені бойовими діями.

Так, кваліфікована медична допомога в об'ємі Damage Control Surgery/ Resuscitation (DCS, DCR), вторинні хірургічні обробки ран можуть бути забезпечені передовими хірургічними групами та кваліфікованими фахівцями хірургами військово-мобільних госпіталів (судинні, торакальні, нейрохірурги, анестезіологи-реаніматологи тощо). Відповідно, кваліфікована і спеціалізована медична допомога, нейрохірургічні, офтальмологічні, ЛОР, ЩАХ втручання, гострий гемодіаліз – ресурсами військових госпіталів, кластерних, інших цивільних закладів охорони здоров'я у прифронтових регіонах.

Щодо змін, які найближчим часом мають бути впроваджені в систему організації медичного забезпечення та взаємодії медичних служб Збройних Сил України, інших Сил оборони України, то зокрема йдеться про оновлення чинної Воєнно-медичної доктрини [12], оскільки Міністерством оборони України розроблено і презентовано проект оновленої Воєнно-медичної доктрини [4], де в центрі уваги постає, зокрема, передова ланка військової медицини, як відповідь на виклики воєнного часу. Водночас українська військова медицина продовжуватиме розвиватися на принципах єдиного медичного простору та тісної взаємодії з цивільною ланкою системи охорони здоров'я. Оновлений проект документу передбачає розмежування функцій між Генеральним штабом Збройних Сил України, Міністерством оборони України, а також Командуванням Медичних сил Збройних Сил України, медичними службами усіх складових Сил оборони, Міністерством охорони здоров'я, іншими інституціями задля більш чіткого розподілу повноважень і відповідальності. Запропоновано створення Центрального військово-медичного управління у складі Генерального штабу Збройних Сил України. Центральне військово-медичне управління відповідатиме за управління всією ланкою військової медицини.

У проекті документу пропонується чітке визначення компонентів воєнно-медичної системи: за видами медичної допомоги, етапами та рівнями медичної підтримки (Role 1–4). Значна увага приділяється й безпеці та місцю медичного працівника в системі військової медицини. Зазначено, що медичне планування є невід'ємною частиною планування операцій на усіх рівнях, а залучення представників медичної служби до процесів планування та життєдіяльності підрозділу є обов'язковим. Затвердження документа сприятиме усуненню наявних прогалин в нормативно-правовому регулюванні, чіткому визначенню повноважень суб'єктів системи військової медицини [4].

Узагальнюючи результати експертних опитувань, за основу яких був взятий аналітичний звіт «Людина та військова медицина – комплексний погляд», що у свій час був підготовлений Офісом з підтримки змін при Міністерстві оборони України спільно з Благодійним Фондом «Здорові рішення для відкритого

суспільства» [1], а також за результатами анкетувань військовослужбовців, яке проводились авторами статті в рамках науково-дослідної роботи, зроблено висновки, що значному підвищенню стійкості системи військової медицини та її ефективності, від початку повномасштабного вторгнення, сприяли інтегрування з цивільною медичною системою та створення єдиного медичного простору, що призвело до потенційного збільшення обсягу ресурсів, як кадрових, так і матеріальних для надання всіх видів медичної допомоги військовим, що отримали поранення. Проте, залучення цивільної медицини для належного лікування військових має відбуватись поступово, з акцентом на ті заклади і фахівців, які вже мають відповідний досвід з урахуванням специфіки поранень і хвороб, що зумовлені бойовими діями. У звіті зазначається, що цивільні лікарі продовжують набувати досвіду лікування вогнепальних та мінно-вибухових травм, що підвищує їхню кваліфікацію та здатність надавати допомогу, як військовим, так і цивільним, які постраждали від військових дій [1].

На тактичному рівні, найбільш критичним є забезпеченість медичними кадрами. Проблемою є наповнення штатним персоналом медичних рот, інших медичних підрозділів, унормування штатної структури та функцій стабілізаційних пунктів. Найбільш затребуваними спеціальностями є хірурги, анестезіологи, травматологи тощо. Гострим є питання складності залучення за фахом мобілізованих лікарів за відсутності в них офіцерських звань, що призводить до розподілення цих фахівців на нелікарські, зокрема рядові і сержантські посади під час мобілізації, тоді як суттєвою проблемою є штатно-нормативне забезпечення кваліфікованим медичним персоналом стабілізаційних пунктів, їх оснащення, а також конкретизації відповідних обсягів допомоги [1].

#### **Висновки з даного дослідження і перспективи подальших досліджень.**

Розбудова ефективної системи медичного та лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України, інших Сил оборони відповідно до міжнародних стандартів має будуватися на принципах своєчасності, безперервності і спадкоємності та включати такі основні складові: тактична польова допомога та немедична евакуація (CASEVAC) – спрямована на збереження життя поранених в бойових умовах; догоспітальна допомога на етапах медичної евакуації (MEDEVAC) – спрямована на запобігання бойовим і небойовим втратам особового складу; госпітальна допомога за видами, включаючи реабілітаційну допомогу та належне медичне забезпечення – спрямоване на відновлення боєздатності і подальшої працездатності військовослужбовців, які зазнали поранень та ушкоджень. Така система і відповідний комплекс заходів дасть змогу військовослужбовцям і ветеранам війни відновитися і повернутися до повноцінного життя, бути активними членами суспільства, брати участь у відбудові країни.

Вважаємо за доцільне продовження наукових розвідок, що стосуються окремих проблем медичного забезпечення на тактичному рівні надання догоспітальної допомоги пораненим. Щодо лікувально-евакуаційного забезпечення Сил оборони та медичного захисту населення за умов надзвичайних ситуацій воєнного характеру, вважаємо за доцільне дослідження відповідних проблем з позиції концепції кризового управління лікувально-евакуаційним та медичним забезпеченням в єдиному медичному просторі та цивільно-військової взаємодії, за територіальним принципом на основі міжсекторальної взаємодії. Усе це потребує вивчення питання визначення критеріїв його ефективності з урахуванням усіх особливостей, а також чинників та потенційних загроз, що

впливають на забезпечення доступності та якості відповідних видів медичної допомоги як на догоспітальному етапі, так і в госпітальних умовах.

Окремої уваги заслуговує питання забезпечення своєчасної та ефективної координації, міжвідомчої взаємодії, логістики та безпекових заходів, враховуючи різні умови та особливості розгортання мобільних підрозділів, пересувних лікувально-діагностичних комплексів, для надання медичної допомоги відповідних рівнів медичної підтримки (Role 1-2) та складові ланцюга постачання необхідного мобільного обладнання, лікарських засобів і виробів медичного призначення як військовослужбовцям Збройних Сил України, так і мешканцям громад, які перебувають на територіях, що опинилися у зоні надзвичайної ситуації воєнного характеру, з урахуванням видів надання медичної допомоги як на етапах медичної евакуації тактичного догоспітального рівня, так і у цивільних закладах охорони здоров'я за територіальним принципом в умовах єдиного медичного простору.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітичний звіт «Людина та військова медицина – комплексний погляд». Офіс з підтримки змін при Міністерстві оборони України та БФ «Здорові рішення для відкритого суспільства». URL: <https://healthsolutions.ngo/library/analitychnyy-zvit-liudyna-i-viyskova-medycyna-kompleksnyy-pohliad/> (дата звернення: 07.10.2025).
2. Білий В. Я., Бадюк М. І., Верба А. В., Заруцький Я. Л., Казмірчук А. П., Савицький В. Л., Лашин О. І. Погляд на систему медичного забезпечення Сил оборони України. *Військова медицина України*. 2019. Том 19. № 3. С. 5–14.
3. Бойко С. Проблеми та перспективи медичної реабілітації інвалідів війни та інших вразливих груп населення в Україні. *Національний інститут стратегічних досліджень*. 2025. С. 1–8. URL: [https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-08/az\\_med-reabilitaciya\\_06082025.pdf](https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-08/az_med-reabilitaciya_06082025.pdf) (дата звернення: 01.10.2025).
4. В центрі оновленої Воєнно-медичної доктрини стане бойова медицина. *Міністерство оборони України*. URL: <https://mod.gov.ua/news/v-czentr-i-onovlenoyi-voeyenno-medichnoyi-doktrin-i-stane-bojova-medycyna> (дата звернення: 23.10.2025).
5. Гуменюк К. В., Горошко В. Р. Погляд із минулого в майбутнє: безпілотні літаючі дрони як елемент евакуації поранених у медичній службі Збройних Сил України. *Медицина невідкладних станів*. 2020. Том 16. № 5. С. 28–32. <https://doi.org/10.22141/2224-0586.16.5.2020.212220>
6. Доктрина «Медичні сили Збройних Сил України». URL: [https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/2\\_ВКП-4-3536.01-ДОК-МЕДИЧНІ-СИЛИ-ЗСУ.pdf](https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/2_ВКП-4-3536.01-ДОК-МЕДИЧНІ-СИЛИ-ЗСУ.pdf) (дата звернення: 04.06.2025).
7. Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Медична евакуація на полі бою: роль та відповідальність командирів за її організацію та проведення. *Український журнал військової медицини*. 2024. Т. 5. № 4. С. 16–26. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.4\(5\)-016](https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.4(5)-016)
8. Лівінський В. Г., Жаховський В. О., Ковида Д. В. Повноваження та відповідальність командирів і медичної служби за проведення евакуації поранених в операціях (бойових діях). *Український журнал військової медицини*. 2025. Т. 6. № 1. С. 17–25. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2025.1\(6\)-017](https://doi.org/10.46847/ujmm.2025.1(6)-017)
9. Лівінський В. Г. Формування єдиного медичного простору для медичного забезпечення військ і цивільного населення в умовах антитерористичної операції. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти*. 2016. С. 102–108.
10. Могильник А. І., Тарасенко К. В., Адамчук Н. М., Сонник Є. Г., Архіповець О. О. Організація медичного супроводу військових підрозділів під час бойових дій на основі принципу «золотої години». *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2023. Т. 23. Вип. 1 (81). С. 184–189. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.1.184>
11. Про внесення змін до деяких законів України у сфері національної безпеки і оборони щодо надання допомоги на догоспітальному етапі та здійснення цивільно-військового

- співробітництва : Закон України від 20.11.2024р. № 4068-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4068-20#Text> (дата звернення: 01.06.2025).
12. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України : Постанова Кабінету Міністрів України від 31.10.2018р. № 910. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.06.2025).
13. Про затвердження Керівництва з медичної евакуації у Збройних Силах України : Наказ Генерального штабу ЗС України від 09.07.2018 р. № 258.
14. Про затвердження Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період : Наказ Генерального Штабу Збройних Сил України від 11.02.2019 р. № 60.
15. Про затвердження Обсягів надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, які надаються під час ведення воєнних (бойових) дій та підготовки сил безпеки і сил оборони до застосування за призначенням : Наказ Міністерства оборони України від 03.09.2024р. № 598. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1359-24#Text> (дата звернення: 01.06.2025).
16. Про організацію роботи закладів охорони здоров'я для забезпечення безвідмовного надання медичної допомоги усім постраждалим та пораненим : Наказ МОЗ України від 25.02.2022 р. № 379. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ33458> (дата звернення: 26.09.2025).
17. Хоменко І. П., Галушка А. М., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Роль та значення медичної евакуації в системі лікувально-евакуаційних заходів медичного забезпечення ЗС України під час АТО/ООС. *Український журнал військової медицини*. 2020. Т. 1. № 2. С. 5–14. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.2\(1\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.2(1)-005)
18. Allied joint doctrine for medical support. Edition C. Version 1 : NATO standard AJP-4.10(C). 2019. 170 p.
19. Amgalanbaatar Davaadorj. The Role and Contribution of Military Field Hospitals in Ensuring the Health Security of Military Personnel. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*. 2025. № 3(47). P. 1–7. [https://doi.org/10.31435/ijitss.3\(47\).2025.4066](https://doi.org/10.31435/ijitss.3(47).2025.4066)
20. Göhren J. V. F, Baron A., von Uslar R., Franzen K. F. Understanding Role 1 Military Medical Support: A Systematic Review With a German Perspective. *Mil Med*. 2025. P. 1–9. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaf372>
21. Halushka A.M., Zhahovskiy V.V., Livinskiy V. G. Medical support of the Armed Forces of Ukraine: experience, achievements, prospects. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2021. Vol. 2, № 1. P. 28–37. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.1\(2\)-028](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.1(2)-028)
22. Karamyshev D. V., Hordiienko L. P., Lytvynenko M. I. Civil-military interaction to organize a medical evacuation support of the Armed Forces of Ukraine. *Pressing Problems of Public Administration*. 2022. № 1(60). P. 6–26. <https://doi.org/10.26565/1684-8489-2022-1-01>
23. Karamyshev D., Hordiienko L., Lytvynenko M. Management of the medical and evacuation system development of the armed forces of Ukraine according to NATO standards. *Public Administration and Regional Development*. 2023. № 20. P. 445–470. <https://doi.org/10.34132/pard2023.20.08>
24. Livinsky V. G., Zhakhovsky V. O., Shvets A. V., Ivanko O. M., Kovyda D. V. Standardization of medical support in the Armed Forces of Ukraine: status and prospects of development. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2023. Vol. 4. № 1. P. 21–34. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.1\(4\)-021](https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.1(4)-021)
25. Mohylnyuk A. I., Boduliev O. Y., Adamchuk N. M. Urgent and emergency medical care: a study guide. Poltava. 2019. 125 p.
26. NATO Principles and Policies of Medical Support: MC 0326/4. NATO Publication, 2018. 29 p.
27. NATO STANDARD AJP-4.10, Allied joint doctrine for medical support (Edition C Version 1). Accessed May 8, 2024. URL: [https://coemed.org/files/stanags/01\\_AJP/AJP-4.10\\_EDC\\_V1\\_E\\_2228.pdf](https://coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf) (date of access: 15.10.2025).
28. NATO Standard – AJMEDP-6. Allied Joint Civil-Military Medical Interface Doctrine. Edition A. Version 1. 5 November 2015. URL: [https://www.coemed.org/files/stanags/02\\_AJMEDP/AJMEDP-6\\_EDA\\_V1\\_E\\_2563.pdf](https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMEDP-6_EDA_V1_E_2563.pdf) (date of access: 14.10.2025).
29. Pechyboorsch V. P., Yakimets V. M., Ogorodnychuk I. V., Yakimets V. V., Pechyboorsch O. V. Territorial defense and its medical support - today's challenge. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2022. Vol. 3. № 1. P. 5–18. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1\(3\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1(3)-005)
30. Price T. G., Thurman J. EMS Tactical Medical Threat Assessment and Protection. [Updated 2025 Mar 27]. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546700/> (date of access: 26.10.2025).

31. Quinn J. M., Bencko V., Bongartz A. V., Stoeva P., Atanasoska Arsov A., De Porzi S., Bohonek M., Ti R., Taylor J., Mitchell J., Reinhard V., Majovsky P., Kuca J., Kral P., Fazekas L., Bubenik Z. NATO and evidence-based military and disaster medicine: case for Vigorous Warrior Live Exercise Series. *Cent Eur J Public Health*. 2020. № 28 (4). P. 325–330. <https://doi.org/10.21101/cejph.a6045>

32. Richards C.R.N, Joel C., Dickens J. F. Review of a Role 2 in Afghanistan: Understanding the Data on Medical and Surgical Volumes in a Deployed Setting. *Mil Med*. 2021. Vol. 186, Issue 5–6. P. 599–605. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa472>

33. Roshchin G., Mazurenko O., Gumenyuk K., Kuzmin V., Slichko I., Ivanov V., Gumenyuk N. Joint protocols for emergency medical assistance as an element of civil-military cooperation in the territories of special operations in Ukraine. *Trauma*. 2021. Vol. 21. № 2. P. 66–79. <https://doi.org/10.22141/1608-1706.2.21.2020.202236>

34. Zhakhovskiy V. O., Livinskyi V. G., Petruk S. O. Strategic defense bulletin of Ukraine as a tool of military health care and forces' medical support reform and development (a literature review). *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2021. Vol. 2. № 3. P. 5–19. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.3\(2\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.3(2)-005)

35. Zhahovskiy V. O., Livinskyi V. G., Petruk S. O., Zhakhovska O. V. Functional and organizational model of medical supply of the defense forces on the basis of a uniform medical space. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2022. Vol. 3. № 3. P. 35–47. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3\(3\)-035](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3(3)-035)

**Конфлікт інтересів.**

*Автори заявляють, що конфлікту інтересів щодо публікації цього рукопису немає.*

*Стаття надійшла до редакції 30.10.2025 р.*

*Стаття рекомендована до друку 07.12.2025 р.*

*Опубліковано 30.12.2025 р.*

**Karamyshev Dmytro Vasylovych,**

*Doctor of Sciences in Public Administration, Professor,*

*Acting Dean of the Medical Faculty №1, Doctor of Sciences in Public Administration, Full Professor of the Department of Disaster and Military Medicine of the Poltava State Medical University, 23, Shevchenko Street, Poltava, 36024, Ukraine*

*e-mail: [d.karamyshev@pdmu.edu.ua](mailto:d.karamyshev@pdmu.edu.ua)*

*<https://orcid.org/0000-0003-1617-3240>*

**Hordiienko Lyudmyla Petrivna,**

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,*

*Head of the Department of Disaster and Military Medicine of the Poltava State Medical University, 23, Shevchenko Street, Poltava, 36024, Ukraine*

*e-mail: [l.hordiienko@pdmu.edu.ua](mailto:l.hordiienko@pdmu.edu.ua)*

*<https://orcid.org/0000-0003-2157-7573>*

**Piontkovska Oksana Volodymyrivna,**

*Doctor of Medical Sciences, Professor,*

*Leading Researcher at the Laboratory of Mental Health, State Institution «Kundiiiev Institute of Occupational Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», 75, Saksahanskoho Street, Kyiv, 01033, Ukraine*

*e-mail: [o\\_pion@icloud.com](mailto:o_pion@icloud.com)*

*<https://orcid.org/0000-0003-3133-5746>*

**ORGANIZATIONAL AND MANAGEMENT ASPECTS OF MEDICAL AND EVACUATION SUPPORT FOR PERSONNEL OF THE ARMED FORCES OF UKRAINE AT THE PRE-HOSPITAL STAGE IN THE CONDITIONS OF THE SINGLE MEDICAL SPACE**

**Abstract.** The full-scale Russian invasion of Ukraine has fundamentally transformed the organization of military medical support, exposing critical gaps in pre-hospital care delivery and

medical evacuation systems. This article examines the organizational and management aspects of medical and evacuation support for Armed Forces personnel at the pre-hospital stage within the framework of a unified medical space. The research substantiates the conceptual foundations and organizational approaches to developing an effective system aligned with NATO standards while accounting for Ukrainian wartime realities.

The study demonstrates that organizing medical support requires particular attention to deploying medical evacuation stages, their distance from combat zones, and the capacity to provide necessary types and volumes of care within established timeframes. Analysis reveals a direct correlation between the timeliness of tactical field care at the pre-hospital stage and reduction in fatality rates from severe injuries. Provision of care within the first 10 minutes after injury reduces mortality by 50%, while delays beyond 3 hours decrease survival rates below 60%. This validates the NATO 10-1-2 principle: tactical field pre-medical and first medical aid within 10 minutes, primary physician care within 1 hour, and urgent qualified medical care within 2 hours.

The article substantiates the necessity of building an effective medical and medical-evacuation support system for the Armed Forces and Defense Forces according to international standards, incorporating: tactical field care and non-medical evacuation (CASEVAC) aimed at preserving lives of wounded in combat conditions; pre-hospital care at medical evacuation stages (MEDEVAC) aimed at preventing combat and non-combat personnel losses; hospital care by type, including rehabilitation and appropriate medical support. The research examines the Role-based system (Role 1-4) adopted from NATO doctrine, analyzing functional capabilities at each level and adaptation mechanisms for Ukrainian conditions.

Special attention is devoted to organizing stabilization points in brigades, which serve as the first echelon of qualified surgical care proximate to combat zones. These units perform expanded resuscitation measures including Damage Control Surgery/Resuscitation, intubation, central venous access, hemotransfusion, and anti-shock therapy. The study identifies critical problems: staffing medical companies with qualified personnel, normative regulation of stabilization point structures and functions, equipment provision for evacuation transport, and coordination mechanisms between military medical services and civilian healthcare facilities.

The article emphasizes that enhancing medical-evacuation support effectiveness under military emergency conditions requires research from the perspective of crisis management concepts, interdepartmental interaction, and defining efficiency criteria. The unified medical space, formed through integration of military and civilian healthcare systems, significantly increased resource capacity but necessitates gradual civilian medicine involvement, focusing on facilities and specialists experienced in treating gunshot and mine-blast injuries specific to combat operations.

**Keywords:** *military medicine, medical care, pre-hospital stage, medical evacuation, medical and evacuation support, single medical space.*

## REFERENCES

1. Analytical report «Human and military medicine – a comprehensive view». Office for support of changes under the Ministry of Defense of Ukraine and the Foundation «Healthy solutions for an open society». URL: <https://healthsolutions.ngo/library/analitichnyy-zvit-liudyna-i-viyskova-medytyna-kompleksnyy-pohliad/> [in Ukrainian].
2. Bilyi, V.Ya., Badiuk, M.I., Verba, A.V., Zarutskyi, Ya.L., Kazmirchuk, A.P., Savytskyi, V.L., Lashyn, O.I. (2019). A look at the medical support system of the Defense Forces of Ukraine. *Viiskova medytyna Ukrainy*, 19 (3), 5–14 [in Ukrainian].
3. Boiko, S. (2025). Problems and prospects of medical rehabilitation of war invalids and other vulnerable population groups in Ukraine. *Natsionalnyi instytut stratehichnykh doslidzhen*, 1–8. URL: [https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-08/az\\_med-reabilitaciya\\_06082025.pdf](https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-08/az_med-reabilitaciya_06082025.pdf) [in Ukrainian].
4. Combat medicine will be at the center of the updated Military Medical Doctrine. *Ministry of Defense of Ukraine*. URL: <https://mod.gov.ua/news/v-czentr-onovlenoyi-voyenno-medichnoyidoktrini-stane-bojova-mediczina> [in Ukrainian].
5. Humeniuk, K.V., Horoshko, V.R. (2020). A look from the past to the future: unmanned flying drones as an element of the evacuation of the wounded in the medical service of the Armed Forces of Ukraine *Medytyna nevidkladnykh staniv*, 16(5), 28–32. <https://doi.org/10.22141/2224-0586.16.5.2020.212220> [in Ukrainian].
6. Doctrine «Medical Forces of the Armed Forces of Ukraine». URL: [https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/2\\_ВКП-4-3536.01-ДОК-МЕДИЧНИ-СИЛІ-ЗСУ.pdf](https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/2_ВКП-4-3536.01-ДОК-МЕДИЧНИ-СИЛІ-ЗСУ.pdf) [in Ukrainian].

7. Zhakhovskiy, V.O., Livinskyi, V.H. (2024). Medical evacuation on the battlefield: the role and responsibility of commanders for its organization and implementation. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 5(4), 16–26. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.4\(5\)-016](https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.4(5)-016) [in Ukrainian].
8. Livinskyi, V.H., Zhakhovskiy, V.O., Kovyda, D.V. (2025). Powers and responsibilities of commanders and medical services for the evacuation of the wounded in operations (combat actions). *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 6(1), 17–25. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2025.1\(6\)-017](https://doi.org/10.46847/ujmm.2025.1(6)-017) [in Ukrainian].
9. Livinskyi, V.H. (2016). Formation of a single medical space for medical support of troops and civilians in the context of an anti-terrorist operation. *Medical support of the anti-terrorist operation: scientific, organizational and medical-social aspects*. Kyiv: DP «NVTs «Priorityty», 102–108 [in Ukrainian].
10. Mohylnyk, A.I., Tarasenko, K.V., Adamchuk, N.M., Sonnyk, Ye.H., Arkhipovets, O.O. (2023). Organization of medical support for military units during combat operations based on the «golden hour» principle. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny*, 23, 1(81), 184–189. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.1.184> [in Ukrainian].
11. Law of Ukraine on amendments to certain laws of Ukraine in the field of national security and defense regarding the provision of pre-hospital care and the implementation of civil-military cooperation № 4068-IX. (2024, November 20). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4068-20#Text> [in Ukrainian].
12. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine on the approval of the Military Medical Doctrine of Ukraine № 910. (2018, October 31). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text> [in Ukrainian].
13. Order of the General Staff of the Armed Forces of Ukraine on approval of the Medical Evacuation Manual in the Armed Forces of Ukraine № 258. (2018, July 07).
14. Order of the General Staff of the Armed Forces of Ukraine on approval of the Guidelines for medical support of the Armed Forces of Ukraine for a special period № 60 (2019, February 11) [in Ukrainian].
15. Order of the Ministry of Defense of Ukraine on approval of the Scope of medical care at the pre-hospital stage, which is provided during military (combat) operations and the preparation of security forces and defense forces for their intended use № 598. (2024, September 03). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1359-24#Text> [in Ukrainian].
16. Order of the Ministry of Health of Ukraine on the organization of the work of healthcare institutions to ensure the uninterrupted provision of medical care to all victims and wounded № 379. (2022, February 25). URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ33458> [in Ukrainian].
17. Khomenko, I.P., Halushka, A.M., Zhakhovskiy, V.O., Livinskyi, V.H. (2020). The role and importance of medical evacuation in the system of medical evacuation measures for the Armed Forces of Ukraine during the ATO/JFO. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 1(2), 5–14. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.2\(1\)005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.2(1)005) [in Ukrainian].
18. Allied joint doctrine for medical support. Edition C. (2019). Version 1: NATO standard AJP-4.10(C), 170 p.
19. Amgalanbaatar Davaadorj. (2025). The Role and Contribution of Military Field Hospitals in Ensuring the Health Security of Military Personnel. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*, 3(47), 1–7. [https://doi.org/10.31435/ijitss.3\(47\).2025.4066](https://doi.org/10.31435/ijitss.3(47).2025.4066)
20. Göhren, J.V.F, Baron, A., von Uslar, R., Franzen, K.F. (2025). Understanding Role 1 Military Medical Support: A Systematic Review With a German Perspective. *Mil Med*, 1–9. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaf372>
21. Halushka, A.M., Zhahovskiy, V.V., Livinskyi, V.G. (2021). Medical support of the Armed Forces of Ukraine: experience, achievements, prospects. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 2(1), 28–37. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.1\(2\)-028](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.1(2)-028)
22. Karamyshev, D.V., Hordiienko, L.P., Lytyynenko, M.I. (2022). Civil-military interaction to organize a medical evacuation support of the Armed Forces of Ukraine. *Pressing Problems of Public Administration*, 1(60), 6–26. <https://doi.org/10.26565/1684-8489-2022-1-01>
23. Karamyshev, D., Hordiienko, L., Lytyynenko, M. (2023). Management of the medical and evacuation system development of the armed forces of Ukraine according to NATO standards. *Public Administration and Regional Development*, 20, 445–470. <https://doi.org/10.34132/pard2023.20.08>
24. Livinsky, V.G., Zhakhovsky, V.O., Shvets, A.V., Ivanko, O.M., Kovyda, D.V. (2023). Standardization of medical support in the Armed Forces of Ukraine: status and prospects of development. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 4 (1), 21–34. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.1\(4\)-021](https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.1(4)-021)

25. Mohylnyk, A.I., Boduliev, O.Y., Adamchuk, N.M. (2019). Urgent and emergency medical care: a study guide. Poltava. 125 p. [in Ukrainian].
26. NATO Principles and Policies of Medical Support: MC 0326/4 / NATO Publication. (2018). 29 p.
27. NATO STANDARD AJP-4.10, Allied joint doctrine for medical support (Edition C Version 1). (Accessed May 8, 2024). URL: [https://coemed.org/files/stanags/01\\_AJP/AJP-4.10\\_EDC\\_V1\\_E\\_2228.pdf](https://coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf)
28. NATO Standard – AJMedP-6. Allied Joint Civil-Military Medical Interface Doctrine. Edition A. Version 1. 5 November 2015. URL: [https://www.coemed.org/files/stanags/02\\_AJMEDP/AJMedP-6\\_EDA\\_V1\\_E\\_2563.pdf](https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-6_EDA_V1_E_2563.pdf)
29. Pechyborsch, V.P., Yakimets, V.M., Ogorodniychuk, I.V., Yakimets, V.V., Pechyborsch O.V. (2022). Territorial defense and its medical support - today's challenge. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 3(1), 5–18. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1\(3\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1(3)-005)
30. Price, T.G., Thurman, J. (2025). EMS Tactical Medical Threat Assessment and Protection. [Updated 2025 Mar 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546700/>
31. Quinn, J.M., Bencko, V., Bongartz, A.V., Stoeva, P., Atanasoska Arsov, A., De Porzi, S., Bohonek, M., Ti, R., Taylor, J., Mitchell, J., Reinhard, V., Majovsky, P., Kuca, J., Kral, P., Fazekas, L., Bubenik, Z. (2020). NATO and evidence-based military and disaster medicine: case for Vigorous Warrior Live Exercise Series. *Cent Eur J Public Health*, 28 (4), 325–330. <https://doi.org/10.21101/cejph.a6045>
32. Richards, C.R.N, Joel, C., Dickens, J.F. (2021). Review of a Role 2 in Afghanistan: Understanding the Data on Medical and Surgical Volumes in a Deployed Setting. *Mil Med*, 186 (5-6), P. 599–605. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa472>
33. Roshchin, G., Mazurenko, O., Gumenyuk, K., Kuzmin, V., Slichko, I., Ivanov, V., Gumenyuk, N. (2021). Joint protocols for emergency medical assistance as an element of civil-military cooperation in the territories of special operations in Ukraine. *Trauma*, 21(2), 66–79. <https://doi.org/10.22141/1608-1706.2.21.2020.202236>
34. Zhakhovsky, V.O., Livinskyi, V. G., Petruk, S.O. (2021). Strategic defense bulletin of Ukraine as a tool of military health care and forces' medical support reform and development (a literature review). *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 2(3), 5–19. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.3\(2\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.3(2)-005)
35. Zhahovskiy, V.O., Livinskyi, V.G., Petruk, S.O., Zhakhovska, O.V. (2022). Functional and organizational model of medical supply of the defense forces on the basis of a uniform medical space. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 3(3), 35–47. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3\(3\)-035](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3(3)-035)

#### **Conflict of interest.**

*The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.*

*The article was received by the editors 30.10.2025.*

*The article is recommended for printing 07.12.2025.*

*Published 30.12.2025.*