

Тимчасова концепція TACEVAC в зоні АТО

Оскільки військово-медична доктрина є частиною військової доктрини країни, і в цьому зв'язку необхідно мати чітке розуміння наступних умов: Чи є військова доктрина України наступальною або оборонною? Чи передбачається ведення військових операцій ЗСУ на території інших держав? Якщо «так» - то всіма родами військ, або тільки силами спеціальних операцій ГШ?

У випадку, якщо Україна веде наступальні дії на території інших держав, слід організувати повномасштабну систему мобільних госпіталів і взагалі всіх етапів надання медичної допомоги, як це нині відбувається в арміях НАТО, зокрема, США, Німеччини, Великобританії. Якщо ми опираємося тільки на оборону в кордонах України, то для нас найбільш придатною є модель Ізраїлю, коли військових госпіталів немає, всі солдати лікуються в багатопрофільних цивільних госпіталях, лікування оплачує армія, військові медики виконують функцію лікарів загальної практики на військових базах (лікування амбулаторних захворювань, не пов'язаних з бойовими травмами) і також ССРО (Casualty Collection Point Officer) у місцях збору, первинного сортування, догоспітальної невідкладної допомоги та на етапах медичної евакуації. Все інше підпадає під правило "swoop and run", тобто, "хапай і біжи". На полі бою надається домедична допомога бійцями або lifesavers (курс ТССС) з швидкою евакуацією з поля бою. Також можливий більш розширений обсяг допомоги на рівні парамедика. Вважається, що краще, ніж у лікарні солдатів не допоможеш ніде, він просто повинен туди потрапити максимально швидко і безпечно.

Що стосується TACEVAC, то на сьогоднішній день для евакуації з лінії фронту слід розглядати **три основних типи наземного транспорту**, які можна розділити в залежності від ступеня броньованого захисту, висоти профілю, швидкості пересування і прохідності.

Перший тип: низький профіль, відносно низька швидкість пересування, але дуже висока прохідність і помірний броньований захист. Кращий варіант - це МТ-ЛБ (багатоцільовий тягач легкий броньований гусеничний). Основне завдання - евакуація з прострілюваної зони. Задне завантаження. Можливо завантажувати 2 одиниці носилок з тяжко пораненими; 4-ро носилок з лежачими, але не дуже важкими пораненими; 6 сидячих легкопораних. Встановлюється баштовий кулемет 12,7 мм. Може служити аналогом ізраїльського танк-еваку. БТР-60, БТР-70 та БТР-80 не підходять через високий профіль, незручне завантаження збоку і по ступеню броньового захисту все одно поступаються танку.

Альтернативою є медичні БТР-4Е, але через їх невелику кількість не можна говорити про системний підхід. У подальшому ідеальним виглядає концепція ХБТЗ переробки Т-64 у БМП із заднім завантаженням. Це - копіяція ізраїльського важкого БТР «Намер» («Леопард») на базі радянського Т-55.

Виноска: ізраїльська концепція передбачає евакуацію з прострілюваної зони танком як найбільш важко броньованим транспортним засобом. Викидається весь БК, залишаються 6 снарядів і баштовий кулемет. В середині - офіцер-медик з набором обладнання, медикаментів, витратних матеріалів. Не застосовується в Україні, оскільки ізраїльські танки мають задне завантаження, а не нижній люк (вважають такий люк великою дурістю, оскільки зменшує виживаність екіпажу при підриві на фугасі).

Другий тип: високий профіль, висока швидкість пересування, низька прохідність, відсутність броньованого захисту. Це класичний автомобіль «швидкої допомоги», або Ambulance, він же Rettungswagen. Його переваги - можливість евакуації кількох людей, можливість надання всередині автомобіля розширеного комплексу лікувальних і

діагностичних заходів. Фактично, це ground MEDEVAC. Недоліки: відсутність захисту від куль і осколків. Спроба бронювання таких машин призводить до значного збільшення маси, чого не витримують ресори, ходова, недостатня потужність стандартних двигунів. Ступінь бронювання все одно не досягає класу МТ-ЛБ або БТР, а все інше пробивається зі стрілецької зброї калібру 7,62 мм, не кажучи вже про важке озброєння. Зниження швидкості пересування через збільшення маси машини при її бронюванні в поєднанні з високим профілем автомобіля призводять до того, що броньовані Ambulance знищуються в першу чергу. Таким чином, має сенс використовувати тільки стандартні автомобілі Ambulance (перекрашені в захисні кольори) на дорогах з хорошим покриттям для медичної евакуації поранених з точки збору (ССР, Casualty Collection Point), розташованої в безпечному місці за лінією фронту, - у найближчий багатопрофільний госпіталь.

Третій тип: низький профіль, висока прохідність, висока швидкість пересування незалежно від рельєфу місцевості, можливість легкого протиосколкового бронювання. Це - перероблені рамні джипи зразка 90-х років, з постійним повним приводом, механічною коробкою передач, посиленими дизельними атмосферними двигунами. Ідеальні в прифронтовій зоні і на передній лінії, особливо в умовах пересіченої місцевості. Бензинові двигуни гірше, оскільки при попаданні броньовано-запальних куль легко спалахують на відміну від дизелів. Потребують мінімальної переробки. Лівий ряд залишається: водій, за ним - стрілець-санітар, за медиком - вантажний відсік, в якому знаходяться обладнання, медикаменти, витратні матеріали, різні укладання. Стрілок-санітар надає допомогу пораненому і веде вогонь по лівому борту. Правий ряд повністю демонтується, встановлюються знімні носилки. Завантаження пораненого здійснюється через задні двері. При довгій базі можливо залишити переднє пасажирське сидіння за умови, що за ним помістяться носилки, щоб другий стрілець міг вести вогонь і по правому борту.

Таким чином, концепція евакуації виглядає наступним чином:

1. У госпіталь поранені доставляються наземним (Ambulance) або повітряним транспортом (вертоліт) з точки збору, розташованої в безпечній зоні за лінією фронту. Відстань залежить від дальності вражаючої дії ворожої артилерії і ЗРК. У точці збору (ССР, Casualty Collection Point) знаходиться офіцер-медик (ССРО, Casualty Collection Point Officer), який робить сортування поранених і надає допомогу в умовах мобільного міні-госпіталю. Легко поранені після надання допомоги повертаються на бойові позиції. Важко пораненим надається допомога до моменту евакуації.
2. В точку збору поранені з лінії фронту або невеликих відстаней за лінією фронту (прихав - висмикнув - утік) доставляються переобладнаними джипами (аналог американських і ізраїльських хаммерів) у супроводі парамедиків (в ідеалі) або навчених досвідчених військовослужбовців (рівень Advanced TCCC). У наших умовах - це, типу, фельдшери, яких за фактом немає.
3. Через лінії фронту із зони відсікаючого вогню нашої артилерії поранені евакуюються МТ-ЛБ / БМП або тими ж джипами під прикриттям бронетехніки (танки, БТР) у супроводі медиків відділень / взводів (навчені бійці як друга спеціалізація).
4. Із зони за лінією фронту, але не під прикриттям відсікаючого вогню артилерії, поранені евакуюються пошуковими пішими групами / ДРГ.