

# פעילות מערך הרפואה בחיל האוויר והפינוי האווירי בימי הלחימה ב"צוק איתן"

תקציר:

בימי הלחימה ב"צוק איתן" היו למערך הרפואה של חיל האוויר שני תפקידים עיקריים: שמירה על תפקוד שגרתי של בסיסי חיל האוויר ושל המערך נגד טילים וכן פינוי רפואי אווירי של הנפגעים. מאמר זה מתאר את ההיערכות, ההכנות והאימונים שלפני היציאה למערכה והסיוע הרפואי שהוגש סביב הלחימה. כמו כן יוצגו במאמר נתוני הפינוי האווירי, שעל פיהם יחידת הפינוי בהיטס פינתה יותר מ-90% מהפצועים הדחופים והיוותה חלק חשוב במניעת מוות ברי-מניעה של פצועי צה"ל. מערכה זו אופיינה בזמינות גבוהה של מסוקי פינוי, והשילוב עם פיקוד הדרום וכלל כוחות הקרקע, עם פיקוד העורף ועם הגורמים המבצעיים בחיל האוויר אפשר שימוש מיטבי בזמינות זאת. לפיכך, גם באירועים מרובי נפגעים ב"צוק איתן" לא היו מסוקי הפינוי גורם מגביל, פצועים לא נאלצו להמתין על הקרקע, ובתי החולים לא הגיעו לאי-ספיקה.

אל"מ ארז כרמון<sup>1</sup>  
סרן עידן נקדימון<sup>2</sup>  
סא"ל מיכל זילברברג<sup>2</sup>  
רס"ן מזל קציר<sup>1</sup>  
רס"ן אביעד בר<sup>2</sup>  
רס"ן יהודה צדיק<sup>1</sup>

<sup>1</sup> מפקדת קצין הרפואה החילי, חיל האוויר  
<sup>2</sup> יחידת הרפואה האווירית, חיל האוויר

מילות מפתח:  
:KEY WORDS

מערך הרפואה בחיל האוויר, פינוי אווירי, "צוק איתן"  
The Israeli Air Force medical department, Aeromedical evacuation, "Protective Edge" Operation

## הקדמה

השתתפות חיל האוויר בלחימה בתשתיות הטרור בעזה בקיץ 2014 התאפיינה במגוון פעילויות: (1) פעולות התקפיות; (2) פעולות הגנתיות באמצעות סוללות מערך ההגנה האווירית; (3) פעילות מודיעינית ותמיכה בכוחות הקרקעיים באמצעות כלי טיס מאוישים ובלתי מאוישים; (4) פינוי נפגעים באמצעות יחידת הפינוי בהיטס. מערך הרפואה בחיל האוויר מילא חלק מהותי, הן בטיפול בנפגעים ובפינוים מזירת הלחימה והן בתמיכה ברציפות התפקודית של סוללות ההגנה האווירית ושל בסיסי חיל האוויר שמהם המריאו כלי הטיס למשימותיהם במהלך 50 יממות לחימה ב"צוק איתן". מאמר זה מתאר את היערכותו ופעילותו של מערך הרפואה בחיל האוויר ואת הפינוי האווירי במערכה זו.

## ההיערכות ללחימה

היערכות מערך הרפואה בחיל האוויר ללחימה ב"צוק איתן" כללה הגברת כשירות, המבוצעת בשגרה כחלק מתוכנית העבודה הרב-שנתית של מפקדת קצין הרפואה החילי, והכנה ייחודית לקראת המהלך הקרקעי של המערכה. פעילות זו התבצעה בשילוב התוכנית "שומר אחי" של חיל הרפואה.

## מרכיבי ההכנה של כוחות הרפואה בשנים שקדמו ל"צוק איתן"

• (1) **תורה:** נכתבו והוטמעו נהלים ותכניות עבודה בחירום הייעודיים לבסיסי חיל האוויר, על מגוון מאפייניהם; (2) **ארגון:** הוחלו שינויים במבנה של גופי הרפואה בחיל האוויר, והם הוכפפו בחירום לגופים המבצעיים, ובשגרה – לגורמי כוח האדם והמנהלה; (3) **כוח אדם:** תכנון מצבת כוח האדם (רופאים, חובשים, פרמדיקים,

אחים, פסיכולוגים) בסדיר ובמילואים בהתאם לעלייה באיומים על הבסיסים; (4) **אימונים:** ניהול חילי מרכזי לשמירת כשירות הרפואה בבסיסים – הן של הכוחות הסדירים והן של כוחות המילואים. אימוני הכשרת חיילים בעזרה ראשונה מתקדמת; (5) **אמצעים:** ציוד הכוחות באמצעים משוכללים ובטכנולוגיות טיפול חדשניות, כדוגמת חוסמי עורקים מסוג CAT, אמצעים המוסטטיים ופלזמה.

• **בניין כוח משמעותי תוך כדי הלחימה, וכחלק מההכנה ללוחמה קרקעית:** (1) הושלמו פערים ותוגבר כוח האדם הרפואי ליחידות השונות; (2) הוגדל מספר האתרים לפריסת צוותי יחידת הפינוי בהיטס וכן הוגדל מספר הצוותים שבכוננות והוקצה מספר רב של מסוקים למשימת פינוי הנפגעים; (3) במסגרת תוכנית אינטגרטיבית השתתפו מאות אנשי רפואה מכוחות היבשה שהשתתפו בפעילות הקרקעית באימון מקדים בהכנת נפגע לפינוי וחבירה נכונה לצוות הפינוי האווירי. אימונים אלו התקיימו על גבי מדמה ביחידת הפינוי בהיטס או על גבי מסוק בשטח ההיערכות, ותרמו לשיתוף פעולה ולחבירה יעילה יותר; (4) במשך ימי הקרבות הוכשרו ורוענו מאות חיילים המשרתים במקצועות שאינם רפואיים, כדי לאפשר זמינות גבוהה ככל האפשר של מטפלים מיומנים סמוך לנקודת פציעה אפשרית; (5) יותר מ-1,000 חיילים הוכשרו במסגרת תוכנית המציידת את החיילים בכלים מעשיים להתמודדות עם מצבי משבר ודחק נפשיים בזמן לחימה; (6) פתיחה של מחסני הצטיידות קדמיים בבתי החולים, לקיצור שרשרת האספקה ליחידת הפינוי בהיטס, ולהשלמת ציוד ליחידות בשדה באמצעות מסוקי הפינוי.

## הפינוי הרפואי האווירי

במהלך המבצע פונו אווירית 276 נפגעים (36.4% מכלל הנפגעים) ב-125 גיחות מוסקות (תרשים 1); 82% מכלל 178 הפצועים הדחופים במבצע פונו באמצעות מסוק. מרבית הנפגעים הדחופים שפונו באמצעות כלי רכב נפצעו בגזרה הצפונית של עזה ופונו לבית החולים "ברזיל"

13.1% במספר המטופלים לעומת התקופה המקבילה בשנה הקודמת. עלייה זו נצפתה למרות השתתפות אנשי הסגל הדנטלי במשימות הנוספות בבסיסים, אשר נגזרו מהמשימות המבצעיות הנוספות. לשם המשך קיום רפואת השגרה בבסיסים, לצד הצורך לספק מענה ללחימה, הוגדלו הצוותים הרפואיים, ושעות הפעילות הורחבו, כולל בסופי שבוע. עקב שיטת ההפעלה המרכזית הייחודית של חיל האוויר והשתתפות המטה המבצעי של חיל האוויר באופן רציף ופעיל בניהול הלחימה, הוקמה בבור המבצעי של חיל האוויר מרפאה ייעודית המופעלת 24 שעות ביממה ללוחמים שהשתתפו בלחימה.

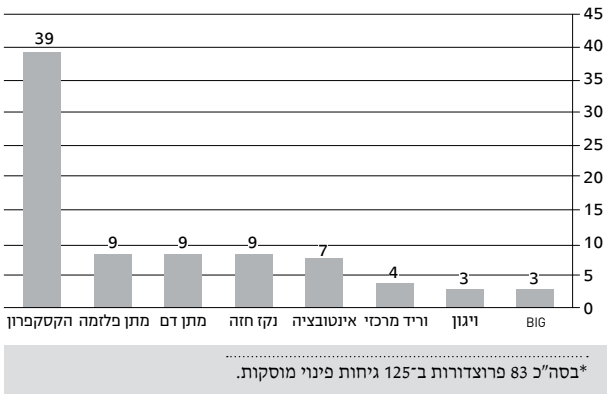
הושם דגש על מניעת תחלואה באמצעות בקרת תברואת המזון במטבחי היחידות אשר עבדו בהספק גבוה במיוחד; ואוכלוסיות הבסיסים הוגדלו באורח ניכר במשך תקופת המערכה, וכך גם העומס על המטבחים. לשם מתן מענה הולם לצרכים המבצעיים, הורחב ההיתר לבשל אוכל יום/יומיים לפני הגשתו, תוך היערכות לוגיסטית מתאימה. בטייסות פורסמו המלצות לתזונה ולניהול

**יכולת הפינוי האווירי תואמת את תפיסת "הבאת הפצוע לבית החולים, ולא הבאת בית החולים אל הפצוע", כלומר הטסת הפצועים אל מחוץ לזירת הלחימה בשלב מוקדם ככל האפשר**

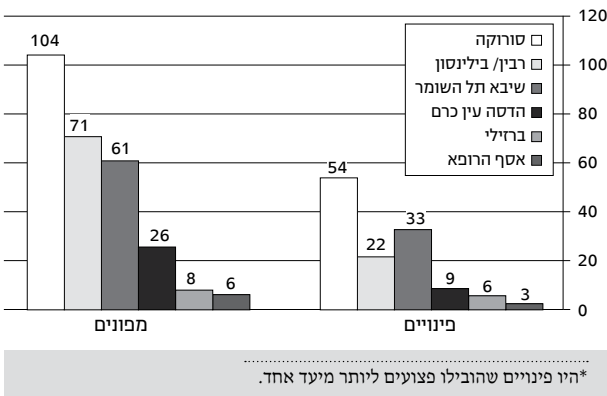
באשקלון הסמוכה. במרבית הגיחות פונו עד שני נפגעים במסוק. הטיפולים הרפואיים מצילי החיים שבוצעו במהלך טיסות הפינוי מתוארים בתרשים 2. ל-39 פצועים (15.2%) ניתן הקסקפרון לעצירת דימום. כמורכן ניתנו דם ופלזמה (9 פצועים, 3.5%), בוצעו ניקוזי חזה (9 פצועים, 3.5%) ואינטובציות (7 פצועים, 2.7%). במקרים רבים נשלף העירוי הוורידים שבוצע בשטח הפציעה טרם החבירה, לרוב בשל קושי לקבע את הצנירות על גבי עור רטוב או מלוכלך; במקרים אלו חודש העירוי במסוק.

כמתואר בתרשים 3, יעדי הפינוי נקבעו על פי שליטה מרכזית בתיאום עם פיקוד העורף ופיקוד הדרום. בכל יום העביר פיקוד העורף לחיל האוויר ולפיקוד הדרום את רשימת יעדי הפינוי שקבעה הרשות העליונה לאשפוז. השליטה בכלל משימות הפינוי האווירי בוצעה מתא השליטה במפקדת חיל האוויר, וכללה ריכוז מידע רפואי ומבצעי מהשטח ומהרפוא המוסק וקביעת יעד הפינוי של כל משימה. עם זאת, לרופא הפינוי הנמצא על המסוק ניתנה סמכות לקצר את טווח הפינוי על פי מצב הפצועים במסוק. המרכזים הרפואיים ע"ש ברזילי וסורוקה הוגדרו כיעדים לפינוי רכוב או לפינוי מוסק דחוף המחייב קיצור טווח. באמצעות יישום מדיניות זו, השימוש בבלטפורמות המוטסות היה מיטבי, ונמנעו המתנה של נפגעים לפינוי, לצד אי-ספיקה של בתי החולים, אף בימים שפוננו בהם עשרות נפגעים, כך שהטיפול שניתן לכל נפגע במרכז הטרואמה שהגיע אליו היה מיטבי. במהלך ימי המערכה לא נדרש ויסות שניוני של פצועים בין בתי החולים.

**תרשים 2:** פילוח של 83 פרוצדורות רפואיות שבוצעו במסוקים במהלך הפינויים, לפי סוג הפרוצדורה



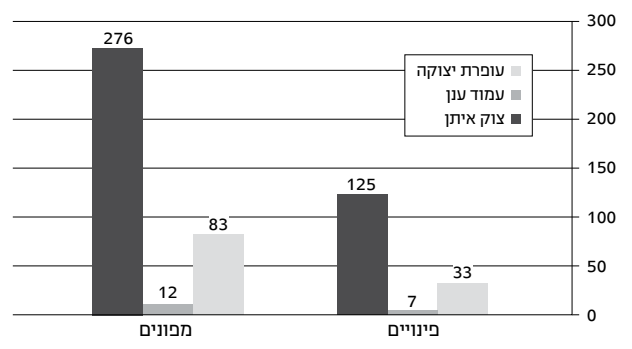
**תרשים 3:** הפינויים והמפונים ב"צוק איתן" לפי יעדי הפינוי\*



**שמירת הרציפות התפקודית ביחידות חיל האוויר**

מערך הרפואה מהווה חלק חשוב בשמירת הרציפות התפקודית בחיל האוויר. בעת לחימה, גורמי הרפואה בבסיסים ובמטה חיל האוויר עברו מתצורת הפעלה בשגרה לתצורת חירום, בדומה לשאר הגורמים המבצעיים בבסיסים. כלל גופי הרפואה בבסיסים הוכפפו למפקדי גפי הרפואה המשמעותיים, בין השאר, שילוב של קציני רפואת השיניים היחידתיים בתא הרפואה במרכז בקרת הנזקים המבצעי בבסיס. מניתוח נתוני מערכת המידע הרפואי הצה"לית (CPR) עולה כי חלה עלייה של 35.6% ו-42.4% בפניות של חיילי החובה ומשרתי הקבע, בהתאמה, למרפאות חיל האוויר בתקופת "צוק איתן", בהשוואה לתקופה המקבילה בשנה הקודמת. צוותי מרפאות השיניים טיפלו בחיילים בדגש על זמינות גבוהה לטיפול במקרי חירום דנטליים, ובייחוד כאב שיניים עז. בתחום רפואת השיניים נרשמה עלייה של

**תרשים 1:** השוואה של מספר גיחות הפינוי ומספר המפונים באמצעות מסוק ב"צוק איתן" (125 ו-276, בהתאמה) לנתונים המקבילים בשני המבצעים הקודמים ברצועת עזה



אפשרו השפעה מיידית על תהליכי העבודה במהלך הלחימה. כך לדוגמה, תוך כדי לחימה הופצה לכלל אנשי הרפואה בצה"ל איגרת טראומה של חיל הרפואה, המגבשת לקחים מידיים ומחדדת הנחיות לביצוע. גם בתכנון ארוך הטווח של מערך הרפואה בחיל האוויר ושל הפינוי בהיטס בצה"ל יובאו בחשבון נתונים ולקחים ממערכה מלחמתית זו.

## דיון

קרבות "צוק איתן" חייבו השתתפות פעילה של כלל מערך הרפואה הצבאי, לרבות מערך הרפואה של חיל האוויר, בדומה לפעילויות קודמות שהתקיימו בשנים האחרונות ברצועת עזה [1]. כמתואר לעיל, המענה הרפואי השלם יצר מעטפת שאפשרה רציפות של התפקוד ההתקפי, ההגנתי והמודיעיני של יחידות חיל האוויר השונות. ייחודיות של יחידות חיל האוויר בהקשר זה מתבטאת בעובדה שבסיסים במיקום עורפי משתתפים בלחימה באופן פעיל ואינטנסיבי, ובניגוד לעבר, חשופים גם לירי טילים. ייחודיות מערך הרפואה בחיל האוויר באה לידי ביטוי במגוון היבטים של עשייה בתחומי הרפואה: רפואת השיניים, בריאות הנפש, הפיזיולוגיה, הרפואה המונעת והרפואה התעסוקתית.

יכולת הפינוי האווירי היא בלעדית ומאפשרת פינוי הפצוע אל בית החולים העורפי, מחוץ לזירת הלחימה, מוקדם ככל האפשר – בהתאם לתפיסת "הבאת הפצוע לבית החולים, ולא הבאת בית החולים אל הפצוע" [2]. לאימונים המשותפים לחיל האוויר ולכוחות היבשה לשיפור החבירה בעת הפינוי האווירי, אימונים המבוצעים בשגרה ושבוצעו טרם המערכה ביחידת הפינוי בהיטס ובשטחי הכינוס, חשיבות רבה בשיפור איכות הכנת הפצוע לפינוי ואיכות החבירה לצוות המוסק וכן בקיצור משך שהיית המוסק על הקרקע. זאת ועוד, אימונים אלו מחזקים את הקשר בין הצוותים הקרקעיים לצוותי הפינוי ומגבירים את ההכרה ביכולות.

שיעור הנפגעים שפוננו באמצעות מסוק ב"צוק איתן", 36.4% מכלל הנפגעים ו-90% מהנפגעים הדחופים, חופף לשיעור בסבבי לחימה קודמים; לדוגמה, במלחמת לבנון השנייה 88% מהנפגעים הדחופים פונו במסוקים [3, 4], ואולם המספר המוחלט של הפצועים שפוננו במסוקים ב"צוק איתן" היה גדול פי 3 ופי 21 בהתאמה לעומת מספרם במבצע "עופרת יצוקה", שארך 22 ימי לחימה (27 בדצמבר 2008 עד 18 בינואר 2009) ו"עמוד ענן", שארך 8 ימי לחימה אווירית

## היערכות יחידת הפינוי בהיטק כללה הגדלה של מספר אתרי הפריסה ומספר הצוותים הכוננים, וכן הקצאת מספר רב של מסוקים למשימה

(14–21 בנובמבר 2012); מספר גיחות הפינוי המוסק ב"צוק איתן" היה גדול פי 4 ופי 16, בהתאמה, ממספרן ב"עופרת יצוקה" וב"עמוד ענן" [3, 5] (תרשים 1). בשונה מ"עופרת יצוקה" ומ"צוק איתן", מבצע "עמוד ענן" לא כלל לוחמה יבשתית, והפצועים נפגעו מפגיעת טילים מחוץ לרצועת עזה. לכן, אופי הפינויים במבצע זה שונה. ניתן ליחס את העלייה של פי 3–4 בפינוי האווירי ב"צוק איתן" לעומת "עופרת יצוקה" למספר ימי הלחימה הגדול יותר (50 לעומת 22 בהתאמה); ואולם עם זאת, הפעילות הענפה ב"צוק איתן" היא בעיקר תוצאה של זמינות גבוהה לפינוי אווירי שהתאפשרה בזכות היערכות יחידת הפינוי בהיטס. היערכות זאת כללה בין השאר הגדלה של מספר אתרי הפריסה ומספר הצוותים הכוננים, וכן הקצאת מספר רב של מסוקים למשימת פינוי הנפגעים.

ב-34 ימי הלחימה במלחמת לבנון השנייה (12 ביולי עד 14 באוגוסט 2006) פונו 332 נפגעים באמצעות מסוקים [6, 7]. מכלל הנפגעים אז,

## תמונה 1:

ניידת רפואת שיניים באתר סוללת כיפת ברזל, יולי 2014



\* התמונה באדיבות ד"ר נעם פרוטר.

ערוות התומכות בפעילות מבצעית ממושכת ובמניעת תחלואה הקשורה במשימות ממושכות.

גם בתחום בריאות הנפש הושם דגש על מניעת תחלואה, במבחר דרכים ושיטות, ובכלל זה קיום סדנאות בבסיסים, פעילות בקבוצות ועבודה באמצעות מפקדים. כמורכב חוזק המענה הפסיכולוגי ליחידות ההגנה האווירית וליחידת הפינוי בהיטס. מניתוח מספר הפניות לטיפול פסיכולוגי (באמצעות מערכת CPR) עולה כי מספר הטיפולים הפרטניים שניתנו בתקופת "צוק איתן" דומה לזה של התקופה המקבילה בשנה הקודמת – ירידה של 5.5%. מקרב נפגעי החרדה המשרתים בבסיסי חיל האוויר, 94% חזרו לשירות עוד בתקופת "צוק איתן", ושאר הנפגעים שבו זמן קצר לאחר מכן.

## סוללות ההגנה האווירית

לסוללות "כיפת הברזל" ניתנה התייחסות מיוחדת בשל חשיבותן האסטרטגית בהגנה על אוכלוסייה אזרחית ועל תשתיות. כמה מהסוללות הוקמו תוך כדי תקופת הלחימה, וסוללות אחרות הועתקו ממקומן בהתאם לצורך המבצעי. הקצב המהיר של הפיתוח המבצעי והפיזור הגאוגרפי של האתרים אתגרו את המענה הלוגיסטי, ובכללו המענה הרפואי. מצב זה דרש מיסוד של שירות כולל בתחומי רפואת השגרה והחירום, הרפואה המונעת, רפואת השיניים ובריאות הנפש. בוצעו פעולות בקרה של גורמי מדור רפואה מונעת וניטורי גהות וקרינה של מדור רפואה תעסוקתית, הן בעת הקמת אתרי הפריסה והן בעת תפעול הסוללות. ניידת רפואת שיניים ביקרה באתרי הפריסה של כיפת ברזל, והצוות הדנטלי טיפל בלוחמי ההגנה האווירית.

## תחקור ולמידה

חלק בלתי נפרד ממקצוע הרפואה ומהתרבות הארגונית בחיל האוויר הוא התחקור והלמידה. צוותי תחקור ולמידה הוקמו במפקדת קצין הרפואה החילי כבר בשלב ראשוני של הלחימה, והוחל בריכוז נתונים ובהפקת לקחים בשילוב נציגי ענף הרפואה המבצעית במפקדת קצין הרפואה הראשי ויחידת הפינוי בהיטס. כלל הנתונים הוזנו למערכת ניטור הפצועים המרכזית של חיל הרפואה. תוצרי התחקור והלמידה

השנייה, אז פונו אווירית 74% מהנפגעים לבית החולים רמב"ם בחיפה, ו-16% נוספים פונו לבית החולים "זיו" בצפת (השאר פונו ל"שיבא", "גליל מערבי" ו"בילינסון") [6]. בזכות הניהול המרכזי האחראי לחלוקה מיטבית של הנפגעים בין מרכזי הטיפול, בתי החולים לא הגיעו לאי-ספיקה ועלה בידם לטפל בכל הפצועים שהגיעו אליהם. אחת הראיות לחיוניות הניהול המרכזי של יעדי הפינוי היא העדר הצורך בוויסות שיוני של הפצועים במהלך "צוק איתן".

### סיכום

המאמץ הרפואי המבצעי בפינוי האווירי של הנפגעים ב"צוק איתן" שולב במאמץ לקיום רפואת שגרה לשמירת הרציפות התפקודית בבסיסים. התיאום בין המאמצים הוא חיוני לתפקוד המשולב, ונכון שיבוצע בראייה מבצעית כוללת באמצעות גורמי המטה. ביצוע תוכניות הכשרה לשיפור יכולת הפרט לטפל בעצמו ובחבריו, במתן מענה מידי בתחום בריאות הנפש, והכשרת כוחות חברים לפינוי מוסק, חשובים בימים הקודמים לעימות מלא. בדומה לסבבי לחימה קודמים, יחידת הפינוי בהיטס פינתה יותר מ-90% מהפצועים הדחופים והיותה חלק חשוב במניעת מוות בר-מניעה של פצועי צה"ל. מערכה זו אופיינה בזמינות גבוהה של מסוקי פינוי, והשילוב עם פיקוד הדרום וכלל כוחות הקרקע עם פיקוד העורף ועם הגורמים המבצעיים בחיל האוויר אפשר שימוש מיטבי בזמינות זאת. לפיכך, גם באירועים מרובי נפגעים ב"צוק איתן" לא היו מסוקי הפינוי גורם מגביל, פצועים לא נאלצו להמתין על הקרקע ובתי החולים לא הגיעו לאי-ספיקה. ●

מחבר מכותב: רס"ן ד"ר יהודה צדיק  
 דוא"ל: yehudaz@hadassah.org.il

40% פונו במסוק ישירות מאזור הלחימה, ו-9% נוספים פונו במסוק לאחר פינוי רכב לתוך שטח ישראל [8]. בשל מתאר הלחימה המורכב במלחמת לבנון השנייה, עוצמת האש והעדר צירים מאובטחים, הפינוי הקרקעי היה מסוכן ואיטי, ולפיכך מוגבל; גם הפינוי האווירי היה מסוכן, בייחוד בשעות היום, והצריך תיאומי אבטחה מרובים, ולכן הסתמכו על טיפול בשטח באמצעות מטפלים בכירים. מעניין לציין שגם בזירת לבנון עצמה ניכר שינוי בשיטת הפינויים. כך לדוגמה, בתחילת מלחמת לבנון הראשונה, ב-1982, 85% מכלל הנפגעים מקרב חיילי צה"ל פונו באמצעות מסוק [9], לעומת פחות מ-50% במלחמת לבנון השנייה [7, 8]. מספר נפגעים רב בכל מסוק יוצר מגבלה ביעילות הטיפול הניתן תוך כדי טיסה [6]. למעט מבצע "עמוד ענן", שבו בשל אופי הלחימה ומיעוט הנפגעים פונו במוצק 1.7 נפגעים בכל גיחה מוסקת – ובדומה, בפינוי נפגעים בפעילויות ביטחון שוטף ביהודה ושומרון וברצועת עזה הממוצע, 1.2 נפגעים למסוק [6] – ממוצע המפונים בכל מסוק בפעילות לחימה ממשך במגמת הירידה – מ-4.5 במלחמת לבנון השנייה [6] ל-2.5 ב"עופרת יצוקה" [3] ול-2.2 ב"צוק איתן". נראה כי בשל מתאר הלחימה ברצועת עזה, המאפשר פינוי קרקעי או אווירי, פצועים שאינם דחופים פונו קרקעית, במקום להמתין לפינוי אווירי. לעומת זאת, במלחמת לבנון השנייה מספרם הרב של הפצועים בכל גיחה הוא תוצאה של שני גורמים: הקושי בפינוי קרקעי והצורך להימנע מגיחה נוספת של מסוקים לגזרת הלחימה המאווימת [6].

השליטה המרכזית ביעדי הפינוי ב"צוק איתן" אפשרה פיזור מיטבי של הפצועים בין בתי החולים: כמוצג בתרשים 3, כשני-שלישים מהמפונים פונו לשני בתי חולים: "סורוקה" (104 פצועים, 37.7%) ו"בילינסון" (71 פצועים, 25.7%). מגמת השיפור בפיוזר הפצועים ניכרת הן ביחס למבצע "עופרת יצוקה", אז פונו 73.2% מהנפגעים לשני בתי חולים ("סורוקה" ו"שיבא") [4], והן לעומת מלחמת לבנון

### ביבליוגרפיה

<p>1. אש נ'. מבצע עופרת יצוקה. בראי הסיוע הרפואי. הרפואה הצבאית, 2009; 6(3): 93-94.</p> <p>2. גלזברג א'. שינוי גישה בפינוי מוטס של נפגעים בחיל האוויר האמריקני – מביאים את מוחמד אל הדר. הרפואה הצבאית, 2008; 5(2): 86-90.</p> <p>3. אנגלהרד י', בראל א', שפירא ש', לויטה ר', בירנבוים א'. פינוי רפואי אווירי במבצע "עופרת יצוקה" – ניתוח הפעילות בהשוואה לנתוני מלחמת לבנון</p>	<p>השנייה. הרפואה הצבאית 2009; 6(3): 111-114.</p> <p>4. Ran Y, Hadad E, Daher S, Ganor O, Yegorov Y, Katzenell U, Ash N, Hirschhorn G. <b>Triage and Air Evacuation Strategy for Mass Casualty Events: A Model Based on Combat Experience.</b> <i>Mil Med</i> 2011; 176: 647-651.</p> <p>5. רן י', חדד ע', דאהר ס', יצחק א', יגורוב י' ואח'. מאפייני הפצעות המלחמתיות של חיילי צה"ל</p>	<p>במבצע "עופרת יצוקה". הרפואה הצבאית 2009; 6(3): 95-98.</p> <p>6. לוי י', לבון א', גפסטר א', לויטה ר', גולדשטיין ל' ואח'. אפידמיולוגיה של פינוי במסוקים במהלך מלחמת לבנון השנייה. הרפואה הצבאית 2007; 4(1): 17-19.</p> <p>7. Schwartz D, Resheff A, Geflter A, Weiss A, Birenbaum E, Lavon O. <b>Aero-Medical Evacuation from the Second Israel-Lebanon War: A</b></p>	<p><b>Descriptive Study.</b> <i>Mil Med</i> 2009; 174: 551-556.</p> <p>8. פלדמן א', מיוחס מ', גלילי ר', בלומפלד א', הירשהורן ג', לוי י', כהן א'. ניתוח זמני פינוי הנפגעים מגזרת הלחימה בלבנון במלחמת לבנון השנייה. הרפואה הצבאית 2007; 4: 13-16.</p> <p>9. Noy-Man Y, Hornung S, Barbash G, Margalio S. <b>Medical Air Evacuation during The Lebanon War, 1982.</b> <i>Isr J Med Sci</i> 1984; 20: 303-304.</p>
--	---	---	---