Державна служба України з надзвичайних ситуацій

Спеціальний авіаційний загін

ЗАТВЕРДЖУЮ
Командир САЗ ОРСЦЗ ДСНС України
полковник служби цивільного захисту
Андрій ДВОРНИК
"____ " _____ 2026 року

Командир повітряного судна — інструктор
3 авіаційна ланка на вертольотах авіаційної
ескадрильї спеціального призначення на
вертольотах EC225LP, EC145, H145
Ян КОШМАН

Завідувач відділення забезпечення,
медичного супроводу та аеромедичної
евакуації медико – санітарної частини
Сергій УСТИМЕНКО

ЛЕКЦІЯ

Тема: **"Дії у надзвичайних ситуаціях: авіаційні інциденти, медичне забезпечення".**

Навчальний час: 1 година 20 хвилин.

Навчальна мета: Донесення до особового складу правил чіткого, безпечного та захищеного радіообміну під час гасіння пожеж в умовах воєнного стану та дії РЕБ

Київ 2026 р.

1. Вступ
2. Визначення термінів за Повітряним кодексом України
3. Правові підстави та межі відповідальності
4. Отримання повідомлення та організація оповіщення
5. Висування підрозділу та підготовка до роботи
6. Дії першого підрозділу після прибуття
7. Координація операції та організація подальшого пошуку
8. Збереження місця події та передача результатів
9. Медичне забезпечення польотів
10. Медичний контроль за льотним складом у період підготовки та проведення польотів
11. Медичний контроль за харчуванням
12. Медичне вивчення авіаційних подій та інцидентів
13. Медичне забезпечення пошуково-рятувальних робіт
14. Медичне сортування
15. Висновок

1. Вступ

Ефективне залучення авіації Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) до ліквідації масштабних пожеж, лісових загорянь та наслідків надзвичайних ситуацій техногенного чи природного характеру безпосередньо залежить від чіткої, безперебійної та захищеної взаємодії між наземними підрозділами та екіпажами повітряних суден (ПС). В умовах дії правового режиму воєнного стану значення оперативної координації зростає в рази через виникнення додаткових безпекових ризиків, динамічність зміни оперативної обстановки, загрози ворожих обстрілів та ймовірне застосування засобів радіоелектронної боротьби (РЕБ).

Цей Порядок визначає єдині вимоги, правила та стандарти організації і ведення радіотелефонного зв’язку (радіообміну) «повітря — земля» між авіаційними станціями (екіпажами літаків і вертольотів) ДСНС та наземними силами територіальних органів, зокрема керівниками гасіння пожеж (КГП), координаторами авіаційних робіт та персоналом тимчасових посадкових майданчиків.

2. Визначення термінів за Повітряним кодексом України

Почнемо з термінів, оскільки від них залежить правильне розуміння повідомлення про повітряне судно. Стаття 1 Повітряного кодексу України визначає авіаційну подію, аварію, катастрофу, інцидент і серйозний інцидент.

Авіаційна подія - подія, пов'язана з експлуатацією повітряного судна, яка відбувається: у разі пілотованого повітряного судна у проміжок часу між посадкою будь-якої особи на борт повітряного судна з метою здійснити політ та часом, коли всі особи, які перебували на борту, залишили повітряне судно; у разі безпілотного повітряного судна з часу, коли повітряне судно готове рушити з місця для виконання польоту, до часу його зупинки після завершення польоту та вимкнення головної силової установки, під час якої:

а) будь-яка особа отримала тілесне ушкодження зі смертельним наслідком або тілесне ушкодження внаслідок:

перебування в цьому повітряному судні; або

безпосереднього контакту з будь-якою частиною повітряного судна, у тому числі частиною, що відділилася від повітряного судна; або

безпосереднього впливу струменя газів реактивного двигуна, крім тих випадків, коли тілесні ушкодження отримані внаслідок природних причин, нанесених самому собі, або нанесених іншими особами, або коли тілесні ушкодження завдані безбілетним пасажирам, які переховуються поза зонами, до яких звичайно відкрито доступ пасажирам та членам екіпажу;

б) повітряне судно зазнає пошкодження або відбувається руйнування його конструкції, у результаті чого порушується міцність конструкції, погіршуються технічні чи льотні характеристики повітряного судна, та

звичайно потребується значний ремонт або заміна пошкодженого компонента повітряного судна, або

в) повітряне судно зникає безвісти чи опиняється в місці, де доступ до нього абсолютно неможливий;

Аварія - авіаційна подія без людських жертв, що призвела до серйозного пошкодження чи руйнування повітряного судна, тілесних ушкоджень пасажирів, членів екіпажу чи третіх осіб;

Катастрофа - авіаційна подія з людськими жертвами, що призвела до загибелі або зникнення безвісти когось із пасажирів, членів екіпажу або третіх осіб, а також у разі отримання ними тілесних ушкоджень зі смертельним наслідком під час:

а) перебування у цьому повітряному судні;

б) безпосереднього зіткнення з будь-якою частиною повітряного судна, включаючи частини, що відокремилися від цього повітряного судна;

в) безпосередньої дії струменя газів реактивного двигуна;

г) зникнення безвісти повітряного судна.

До катастроф також належать випадки загибелі когось із осіб, які перебували на борту, у процесі їх аварійної евакуації з повітряного судна.

У разі отримання тілесних ушкоджень, внаслідок яких протягом 30 діб з часу авіаційної події настала смерть, вони класифікуються як тілесні ушкодження зі смертельним наслідком;

Інцидент - подія, крім авіаційної події, що пов'язана з експлуатацією повітряного судна і впливає або може вплинути на рівень безпеки його експлуатації

Серйозний інцидент - інцидент, обставини якого вказують на те, що мала місце висока імовірність авіаційної події під час експлуатації повітряного судна

У практиці реагування ці визначення допомагають точно передавати інформацію, але не підміняють оцінки потреби в допомозі. Наземний підрозділ передає встановлені факти: де перебуває судно, що відомо про людей, які ушкодження видно, чи є пожежа й інші небезпеки. Коли повідомлення неповне, допустимо передати попередні дані із зазначенням, що вони потребують уточнення. Небезпечно робити з припущення про остаточний вид події підставу для затримки виїзду або пошуку людей.

Для цієї теми особливо важлива стаття 110 Повітряного кодексу. Вона визначає судно таким, що зазнає лиха, коли загрозу судну чи людям неможливо усунути діями екіпажу або коли втрачено зв’язок і місце судна невідоме. Судно визнається таким, що зазнало лиха, якщо воно пошкоджене настільки, що подальший безпечний політ неможливий, повністю зруйноване або здійснило

вимушену посадку за межами аеродрому. Відтак вимушена посадка поза аеродромом є самостійною підставою розглядати потребу в пошуково-рятувальній допомозі. Вона не потребує попереднього висновку наземних рятувальників про те, чи буде подію згодом названо аварією або катастрофою.

Розмежування понять має і практичний наслідок. На початку пошуку часто немає доступу до самого судна, а тому невідомий характер його пошкодження. Опис для оперативного донесення має бути конкретним: спостерігається руйнування частини корпусу, є дим, люди виходять самостійно, до інших людей немає доступу. Такі відомості допомагають організувати роботу і згодом перевірити всі обставини. Слова «аварія» чи «катастрофа», вжиті очевидцем, передають як його повідомлення, але не видають за перевірений висновок підрозділу.

3. Правові підстави та межі відповідальності

Дії наземного підрозділу спираються на чотири документи:

Повітряний кодекс встановлює поняття й загальні обов'язки у сфері пошуку та рятування;

Кодекс цивільного захисту визначає участь сил цивільного захисту та управління роботами під час надзвичайної ситуації;

Статут дій у надзвичайних ситуаціях, затверджений наказом МВС від 26 квітня 2018 року № 340, встановлює загальний порядок дій органів управління та підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту;

Наказ МВС від 16 березня 2015 року № 279 затвердив Правила авіаційного пошуку і рятування в Україні – основний спеціальний документ для нашої теми.

Потрібно розмежувати два просторові випадки виникнення авіаційних подій, тобто випадків, залежно від місця, де сталась подія. Відповідно до статті 113 Повітряного кодексу організація та проведення пошуку й рятування на аеродромі та в районі його відповідальності покладаються на експлуатанта аеродрому чи злітно-посадкового майданчика. За межами цього району діє загальна система авіаційного пошуку і рятування; організацію пошуку повітряних суден, що зазнають або зазнали лиха, Кодекс покладає на центральний орган, який реалізує державну політику у сфері цивільного захисту. Частина четверта статті 113 говорить про цілодобові координаційні центри, які організовують взаємодію сил державної та цивільної авіації. Таким чином, для наземного підрозділу ДСНС основний порядок поза районом аеродрому не змінюється залежно від відомчої належності повітряного судна.

Відповідно до наказу № 279 район відповідальності аеродрому за пошук і рятування визначений, як правило, колом радіусом десять кілометрів від його

центру. Для злітно-посадкового майданчика йдеться про територію майданчика. Формулювання «як правило» означає, що приблизна відстань не може замінити звіряння з чинними документами відповідного аеродрому та планами взаємодії. Відомості про межі необхідно уточнювати паралельно з оповіщенням і реагуванням. Питання меж відповідальності вирішує орган управління, тоді як перший розрахунок зосереджується на отриманому завданні й допомозі людям.

Частина третя статті 79 Кодексу цивільного захисту визначає, що авіаційний пошук і рятування постраждалих унаслідок аварії або катастрофи здійснюють суб’єкти забезпечення цивільного захисту за своєю компетенцією. Стаття 75 описує призначення керівника робіт із ліквідації наслідків надзвичайної ситуації, порядок тимчасового виконання його функцій та його повноваження. Статут дій у надзвичайних ситуаціях, затверджений наказом № 340 вимагає оцінити обстановку, визначити потрібні сили, зосередити зусилля на пошуку й рятуванні людей і забезпечити безпеку робіт. Він прямо відсилає до Правил за наказом № 279 у разі надзвичайної ситуації, пов’язаної з авіаційною подією.

Наказ № 279 об’єднує роботу органів управління та пошуково-рятувальних сил. Він охоплює оповіщення, аварійні стадії, визначення району пошуку, залучення сил, взаємодію наземних і авіаційних засобів, проведення рятування, донесення й завершення операції. Для підрозділу ДСНС він є спеціальним правилом, яке застосовують поряд із загальними нормами Статуту. Головне для лекції — не перенести на роботи поза аеродромним районом норматив прибуття аеродромної аварійно-рятувальної команди або повноваження експлуатанта в межах його району відповідальності.

Організація пошуку за межами району аеродрому не означає, що його служби не можуть допомагати. Якщо вони залучені до загальної операції, їхні сили виконують поставлені завдання у взаємодії з іншими учасниками. Важливо відрізняти можливість залучення від первинної відповідальності за організацію операції. Так само при невідомій належності судна наземний підрозділ не чекає з’ясування, чи є воно цивільним або державним. Цю інформацію уточнюють органи управління, зокрема для отримання відомостей про екіпаж, бортове обладнання та інших осіб, які могли бути на борту.

4. Отримання повідомлення та організація оповіщення

Стаття 112 Повітряного кодексу надає повідомленням про повітряне судно, яке зазнає або зазнало лиха, абсолютний пріоритет. Відомості можуть надійти від органу обслуговування повітряного руху, екіпажу, авіаційної служби, іншого органу управління або очевидця. Якщо інформацію отримали

орган державної влади, підприємство, установа чи організація, вони зобов’язані негайно повідомити відповідну службу порятунку. Цей принцип визначає роботу з першої хвилини: повідомлення слід прийняти, зберегти його джерело, негайно передати й продовжувати уточнювати.

Спочатку встановлюють час надходження повідомлення, особу чи службу, від якої воно отримане, та канал зворотного зв’язку. Далі – координати або останнє відоме місце судна. Якщо координат немає, фіксують назви населених пунктів, напрямок руху, дороги, лісові квартали, водойми та інші орієнтири, які назвав заявник. Важливо не змішувати приблизне місце зі встановленим: слово «ймовірно» у первинній доповіді допомагає іншим органам правильно планувати пошук. Коли кілька осіб передають різні відомості, кожне повідомлення реєструють окремо разом із джерелом та часом.

Наступна група відомостей стосується повітряного судна. За можливості встановлюють його тип, позначення, відомчу належність і приблизну кількість людей на борту. Якщо заявник бачив людей після посадки, уточнюють їхню кількість і місце. Якщо повідомляють про дим, полум’я, витік пального або небезпечний вантаж, ці відомості негайно передають керівнику підрозділу, що висувається. Відсутність повідомлення про пожежу не доводить, що її немає: обстановка може змінитися до прибуття першого розрахунку. Так само відсутність підтверджених даних про постраждалих не означає, що людей на борту не було.

Важлива і транспортна складова. Для сил, що висуваються, уточнюють під’їзди, прохідність доріг, можливість безпечного розвороту техніки та місце, де наступні підрозділи зможуть зустріти провідника. Якщо є кілька шляхів, повідомляють, який із них підтверджений, а який лише пропонується очевидцем. Під час пошуку у важкодоступній місцевості ця різниця запобігає втраті часу й роз’єднанню сил.

За наказом № 279 Головний авіаційний координаційний центр пошуку і рятування, або ГАКЦПР, забезпечує оповіщення взаємодіючих органів, визначення району пошуку, залучення пошуково-рятувальних сил і координацію відповідних органів управління. Місцеві органи ДСНС передають інформацію встановленими черговими каналами та уточнюють її в міру надходження. Якщо відомості надійшли не від органу обслуговування повітряного руху, ГАКЦПР оцінює їх і за визначених Правилами умов встановлює аварійну стадію. Перший наземний підрозділ повідомляє факти, а не самостійно присвоює таку стадію.

Правила розрізняють стадії «невизначеність», «тривога» і «лихо». На стадії невизначеності органи управління перевіряють інформацію. На стадії тривоги готують сили і засоби. На стадії лиха розпочинають пошуково-

рятувальні роботи черговими силами. Ці стадії описують порядок реагування й не збігаються з юридичними визначеннями аварії, катастрофи або інциденту. Якщо судно знайдено, але людей ще шукають, інформаційна робота також триває: кожен новий доказ місцеперебування людей передається органам управління без затримки.

Під час оповіщення потрібно стежити, щоб різні повідомлення про одну подію не розглядалися як не пов’язані між собою виклики. Одна особа може бачити посадку з дороги, інша — дим над лісом, третя — людей, які вийшли до населеного пункту. Оперативне зіставлення часу, місця й напрямку спостереження дозволяє пов’язати ці відомості та уточнити район пошуку. Водночас до перевірки не можна оголошувати всі повідомлення підтвердженими: різні спостереження можуть стосуватися різних об’єктів. Чергова служба передає кожне повідомлення із зазначенням його джерела і ступеня перевірки.

Окреме значення має облік людей. Відомості про кількість осіб на борту можуть надходити від екіпажу, експлуатанта, свідків і самих постраждалих; вони не завжди збігаються. Черговий не повинен без пояснення заміняти одне число іншим. Потрібно передавати, скільки осіб зазначено кожним джерелом, скільки виявлено на місці і чи залишаються розбіжності. Саме ці розбіжності надалі визначають, чи достатній огляд основного місця події, чи потрібне розширення пошуку.

5. Висування підрозділу та підготовка до роботи

Після направлення підрозділу керівник уточнює, до чого саме він прямує. Якщо місце події встановлене, маршрут обирають з урахуванням найшвидшого безпечного прибуття. Якщо місце невідоме, підрозділ отримує район або ділянку пошуку, орієнтири, зв’язок із координатором та порядок надання донесень. Самостійна зміна району без повідомлення органу управління може залишити невиконаним отримане завдання або спричинити дублювання роботи інших груп. Водночас нову достовірну інформацію, яка змінює пошукову обстановку, потрібно одразу доповідати.

Під час руху керівник оцінює наявні сили й засоби, місцевість, час доби та погодні умови. Статут за наказом № 340 передбачає визначення першочергових заходів і потреби в додаткових силах на основі оцінки обстановки. Якщо повідомлено про кількох постраждалих, віддалене місце чи пожежу, запит на підсилення доцільно передати завчасно в установленому порядку. Якщо ситуація після прибуття виявиться меншою, орган управління зможе уточнити залучення. Натомість затримане рішення про необхідні сили збільшує час до надання допомоги.

Ще під час висування готують засоби зв’язку й орієнтування, визначають порядок обміну короткими донесеннями. Радіозв’язок потрібний не лише для передачі результату пошуку. Він забезпечує облік місць перебування груп, своєчасну передачу змін обстановки та залучення медичних і спеціалізованих сил. Якщо технічний засіб зв’язку нестійкий, про це доповідають і уточнюють резервний канал. За Правилами № 279 під час організації пошуково-рятувальних робіт визначають основні й запасні канали зв’язку, завдання силам та заходи безпеки.

Керівник оцінює можливі небезпеки без спроб робити висновки про конструкцію судна лише за його загальним виглядом. Пошкоджене повітряне судно може мати залишки пального, електроживлення, рухомі деталі, нестійкі конструкції, балони або небезпечний вантаж. Додаткові ризики залежать від конкретного типу та обладнання. Відомості про них отримують через органи управління від фахівців відповідної авіаційної служби. Рятувальники виконують роботи в межах власної підготовки й не втручаються в незнайомі системи за відсутності необхідності врятувати людину.

Відомча належність судна впливає на те, які авіаційні органи повідомляють технічну інформацію і які засоби можуть бути залучені. Проте перші наземні дії ДСНС залишаються спільними щодо державного й цивільного судна. Це отримання та уточнення завдання, безпечне висування, розвідка, доповідь про знайдене місце і порятунок людей. Оперативний керівник дбає, щоб прибулі пізніше сили одержали точний маршрут та місце зустрічі й не створювали перешкод для доступу до постраждалих.

Якщо вже під час висування стає зрозуміло, що передана точка неточна, важливо окремо зафіксувати місце, де інформація перевірена, і місце, куди група тільки прямує. Відсутність ознак події біля одного орієнтира не є підставою оголосити загальний пошук безрезультатним. Результат перевірки конкретної точки повідомляють координатору, після чого уточнюють наступну ділянку. Такий порядок дає змогу зберегти цілісну картину пошуку, особливо коли одночасно висуваються кілька розрахунків із різних напрямків.

6. Дії першого підрозділу після прибуття

Перший підрозділ, який прибув у район події, насамперед установлює фактичне місце судна. При цьому керівник визначає, звідки можна підходити безпечніше, де розмістити техніку, який шлях залишити вільним для медичних бригад та інших сил. Підхід не визначається за наперед встановленою однаковою для всіх суден відстанню. Рішення залежить від рельєфу, пожежі, напрямку поширення диму, стану конструкції, можливого витоку речовин і

того, де знаходяться люди. За зміни обстановки місце роботи техніки й маршрути підходу переглядають.

Розвідка охоплює сам корпус і прилеглу територію. Керівник має встановити, чи є горіння і задимлення; де знаходиться пальне; чи не руйнуються частини конструкції; де перебувають люди; які шляхи дозволяють до них дістатися. Потрібно перевірити ознаки того, що люди залишили судно й відійшли від нього, або що частини судна опинилися на відстані одна від одної. У події з кількома постраждалими не можна вважати місцем пошуку лише фюзеляж. Водночас огляд території організовують так, щоб кожна група мала визначену ділянку та зв’язок.

Після виявлення місця керівник пошукової групи негайно доповідає за вимогами наказу № 279: координати; обстановку; можливий розвиток події; кількість виявлених постраждалих і загиблих за наявною інформацією; попередню потребу в силах. За можливості він також повідомляє, чи потрібний подальший пошук інших людей або елементів судна. Перша доповідь не повинна чекати, поки завершиться повний огляд. Вона дає органам управління змогу вчасно направити медичну допомогу й підсилення. У наступному донесенні попередні дані уточнюють.

Першочергове завдання – збереження життя людей. Рятувальники встановлюють доступ до постраждалих, усувають безпосередню загрозу, виносять або виводять їх у безпечне місце, надають домедичну допомогу в межах підготовки та організовують передачу медичним працівникам. Місце такої передачі потрібно вибрати з урахуванням безпечного під’їзду, відсутності диму й інших небезпечних чинників. Відомості про кожного виявленого й переданого постраждалого мають бути доступні керівнику, щоб зіставити їх із даними про людей на борту і правильно визначити потребу продовжити пошук.

Роботу організовують паралельно там, де це дозволяє склад сил. Частина особового складу допомагає людям, інші виконують необхідні заходи для безпечного доступу, локалізації пожежі або іншого небезпечного чинника й пошуку людей на прилеглій території. Якщо наявного складу недостатньо, пріоритети визначаються за безпосередньою загрозою життю. Статут за наказом № 340 передбачає добір способів рятування з урахуванням безпеки постраждалих та особового складу. Домедичну допомогу до прибуття медиків надають рятувальники, підготовлені до цього.

Зміни обстановки потребують нових рішень і нових донесень. Пожежа може поширюватися, конструкція може втрачати стійкість, з’являється підтвердження про інших людей або виявляється небезпечний вантаж. Керівник уточнює розподіл завдань, потребу в спеціалізованих силах та порядок безпечної роботи. Усі прибулі підрозділи мають отримати конкретне завдання і

знати, хто координує роботи на місці. Передаючи їм ділянку, потрібно повідомити не лише загальну картину, а й що вже перевірено, які люди виявлені та які ризики залишаються.

Для організації допомоги потрібно визначити фізично зрозумілі ділянки місця події. Одна охоплює пошкоджене судно та безпосередні небезпеки, друга може бути місцем розміщення постраждалих і роботи медиків, третя — напрямком пошуку людей поза корпусом. Межі залежать від місцевості й змінюються за рішенням керівника. Таке розмежування допомагає не допустити скупчення техніки в точці, де потрібні проходи для евакуації, та швидко направити підсилення туди, де воно принесе користь. Усі переміщення особового складу між ділянками відображають у зв’язку з керівником.

Особливої уваги потребують люди, здатні самостійно рухатися. Вони можуть виглядати неушкодженими, але їх потрібно врахувати, передати медичним працівникам для оцінки стану і, за можливості, з’ясувати, кого ще вони бачили на борту або після посадки. Отримані від них відомості не замінюють перевіреного списку осіб, однак можуть указати напрямок пошуку інших. Рятувальники фіксують джерело інформації та передають її координатору; людей не спрямовують назад у небезпечну зону для самостійного пошуку.

7. Координація операції та організація подальшого пошуку

Правила за наказом № 279 розрізняють координацію системи, координацію окремої операції та координацію пошуково-рятувальних робіт безпосередньо на місці. Координатор усієї операції відповідає за загальний план, залучення та взаємодію сил. До його призначення координацію операції в межах установлених повноважень здійснює ГАКЦПР. Координатор на місці забезпечує виконання завдань там, де працюють рятувальні сили, стежить за безпекою людей і персоналу та передає донесення. Функцію координатора на місці не слід ототожнювати з автоматичним призначенням керівником усієї операції.

Поки на місці немає підрозділу ДСНС, функції координатора робіт починає виконувати керівник пошуково-рятувального підрозділу або засобу, що прибув першим. Коли прибуває підрозділ ДСНС, його керівник бере на себе ці функції. Він установлює, які сили вже працюють, які ділянки оглянуто, де перебувають постраждалі, які загрози діють і яка допомога потрібна. З’ясування цих даних повинне відбуватися без припинення невідкладного порятунку людей. Про прийняття координації та уточнену обстановку керівник повідомляє орган управління.

Якщо судно не знайдене, пошук планують за його останнім відомим місцем, можливим напрямком руху, даними органів управління та свідченнями очевидців. Правила № 279 передбачають розподіл району на підрайони, визначення завдань пошуковим засобам, основних і запасних каналів зв’язку та графіка донесень. Кожна група повинна розуміти межі своєї ділянки, час виходу на зв’язок і спосіб передати координати знахідки. Якщо судно знайдене, але число виявлених людей не відповідає наявним даним, роботу із судном доповнюють пошуком на навколишній території.

Результати пошуку потрібно фіксувати так, щоб інший підрозділ не повторював ту саму роботу й не пропустив суміжну ділянку. Для кожної групи важливо зазначати район, час, знайдені ознаки, кількість виявлених людей і невирішені питання. Окрему знахідку, що може змінити уявлення про місцеперебування людей, одразу доповідають. Знайдений фюзеляж сам собою не доводить, що знайдені всі пасажири й члени екіпажу. Рішення про припинення пошуку відповідно до Правил належить координатору операції, який оцінює повноту обстеження і можливість виявлення людей, що залишилися живими.

Під час взаємодії наземних і авіаційних засобів координатор на місці передає через установлені канали обстановку, доступні орієнтири й фактичне положення наземних груп. Наземний керівник не задає екіпажам пошукових повітряних суден довільні завдання поза узгодженим планом. Водночас спостереження групи на землі може потребувати негайного уточнення плану: дим у новій точці, свідчення постраждалого або слід переміщення людини повідомляють координатору для перевірки та зміни завдань. Так підтримується одна картина обстановки для всіх учасників операції.

8. Збереження місця події та передача результатів

Порятунок людей має пріоритет, але після усунення безпосередньої загрози необхідно зберігати обстановку. Правила № 279 забороняють змінювати положення уламків повітряного судна та предметів біля них під час рятувальних робіт, за винятком випадків, коли це потрібно для допомоги людям, які залишилися живими. Рятувальники не відкладають необхідну допомогу заради незмінності предметів, але й не переміщують їх просто для полегшення огляду. Таке розмежування має бути зрозумілим кожній групі, яка працює поблизу судна.

Координатор на місці організовує фотографування місця події та уламків і передає опис координатору операції. Підрозділ фіксує власні дії: місце й час виявлення людей, способи доступу до них, передачу медичним працівникам, виконані заходи з локалізації небезпеки й обстежені райони. Коли необхідні

переміщення для порятунку відбулися, про них слід зберегти відомості. Обмеження доступу сторонніх людей та охорону місця організовують у взаємодії з іншими залученими службами.

Перед завершенням завдання керівник підрозділу уточнює кількість урятованих і переданих медикам, наявність людей, яких продовжують шукати, стан небезпечних чинників та перелік ділянок, що залишаються необстеженими. Під час зміни сил ці дані передають наступному керівнику без втрат і припущень. Повернення окремого підрозділу здійснюють у визначеному порядку. Воно не означає автоматичного завершення всієї операції з авіаційного пошуку і рятування.

Окремо передають відомості про сили, що продовжують роботу на місці, та їхні поточні завдання. Якщо небезпечний чинник лише локалізований, а не усунутий, це формулюють прямо. Якщо кількість осіб на борту залишається невідомою, її не підміняють числом знайдених людей. Письмові й усні донесення мають дозволити наступному керівнику відновити послідовність подій: коли отримано виклик, коли знайдено місце, коли виявлено й передано людей та коли прийнято рішення щодо зміни характеру робіт. Така точність необхідна і для належного продовження рятування, і для подальшого обліку виконаних дій.

9. Медичне забезпечення польотів

Медичне забезпечення польотів - науково обґрунтована система організаційних, лікувальних, профілактичних, фізіолого-гігієнічних, відновлювальних і реабілітаційних заходів, спрямованих на підтримання професійного здоров’я, оптимізацію функціонального стану організму та підвищення працездатності льотного складу та авіаційного персоналу в інтересах ефективного і безпечного виконання польотних завдань.

Медичне забезпечення польотів організовує начальник медико-санітарної частини та проводить його із залученням сил та засобів медичних підрозділів і закладів охорони здоров’я, які здійснюють організацію та надання медичної допомоги громадянам, що є працівниками (співробітниками, державними службовцями) органів державної авіації.

Комплекс заходів з медичного забезпечення польотів включає:

- динамічне спостереження за станом здоров’я льотного складу та переносимістю різних видів польотів з урахуванням даних медичного огляду з метою раннього виявлення захворювання та перевтоми;
- організацію та проведення медичного огляду в період попередньої підготовки;
- організацію та проведення передпольотного медичного огляду льотного складу та авіаційного персоналу;

- проведення медичного контролю режиму праці, відпочинку та харчування льотного складу;
- підготовку льотного складу з практичних питань авіаційної медицини, надання само- та взаємодопомоги, а також із самоконтролю та взаємоконтролю за станом здоров’я під час польотів;
- медичне забезпечення парашутних стрибків, фізичної підготовки та наземних тренувань;
- проведення реабілітаційно-відновлювальних заходів льотного складу;
- санітарно-освітню роботу, спрямовану на досягнення сумлінного відношення до дотримання передпольотного режиму льотним складом;
- участь у вивченні авіаційних подій та інцидентів, пов’язаних з недоліками медичного забезпечення, станом здоров’я та зниженням працездатності льотного складу.

Для успішного виконання завдань медичного забезпечення польотів необхідні:

- систематичне вивчення лікарями психофізіологічних особливостей та гігієнічних умов льотної діяльності під час виконання різних видів польотів, а також вимог, що висуваються до стану здоров’я та працездатності льотного складу;
- постійне методичне керівництво медичною службою САЗ, надання практичної допомоги в організації роботи з медичного забезпечення польотів.

Для якісного виконання завдань медичного забезпечення польотів комплекти і сумки медичного поста аеродрому, наземної пошуково-рятувальної команди, укомплектовані згідно наказу МО України від 30.09.2015 № 519"Про затвердження Правил медичного забезпечення польотів державної авіації України" та згідно наказу Державної служби України з надзвичайних ситуацій від 09 жовтня 2025 року № 1262 "Про забезпечення органів та підрозділів (формувань) цивільного захисту, закладів освіти сфери управління ДСНС лікарськими засобами, медичними виробами та медичною технікою поточного постачання".

10. **Медичний контроль за льотним складом у період підготовки та проведення польотів**

Медичний контроль у період підготовки та проведення польотів є складовою частиною системи динамічного лікарського спостереження за льотним складом. Під час здійснення медичного контролю за льотним складом начальник медичної служби повинен бути завжди принциповим та будувати свої взаємини з льотним складом на основі взаємної довіри та поваги, такту, суворого дотримання лікарської етики.

Особовий склад медичної служби доповідає начальнику медичної служби про всі випадки звернення осіб льотного складу та членів їхніх сімей за медичною допомогою та про вжиті заходи щодо їх лікування.

Передпольотний медичний контроль за льотним складом включає:

контроль за станом здоров’я та працездатністю під час підготовки до польотів;

медичний контроль за режимом праці, відпочинку та харчування;
передпольотний медичний огляд (опитування).

Метою передпольотного медичного контролю є своєчасне виявлення та усунення від польотів осіб з початковими формами захворювань чи зі зниженою працездатністю, що виникла внаслідок недостатнього сну, надмірного фізичного чи загального робочого навантаження, нервово-емоційних порушень.

Передпольотний медичний огляд проходить весь льотний склад, за винятком інженерно-технічного складу, який підлягає індивідуальному опитуванню (огляду - лише за потреби).

Перед заступанням на бойове чергування льотчики, штурмани та особи групи керівництва польотами проходять медичний огляд в обсязі передпольотного огляду.

Режим праці, відпочинку та харчування льотного складу та осіб групи керівництва польотами перед заступанням на чергування повинен бути таким, як і перед польотами.

Передпольотний медичний огляд проводить начальник медичної служби або особа, що його заміщує, разом з фельдшером (медичною сестрою) у спеціально обладнаній кімнаті Забороняється проводити опитування або зовнішній огляд на шикуванні. Перед медичним оглядом фельдшер (медична сестра) вимірює температуру тіла обстежуваних осіб, після чого в кімнаті лікаря проводиться опитування і лікарський огляд кожного окремо.

Передпольотний медичний огляд включає:

- індивідуальне опитування про самопочуття, відпочинок (сон) та харчування напередодні;
- виявлення суттєвих відхилень в емоційному стані (за зовнішнім виглядом та поведінкою);
- огляд ротоглотки, перевірку носового дихання та мовної функції;
- визначення частоти та характеристик пульсу;
- вимірювання артеріального тиску.

За потреби обсяг передпольотного медичного огляду розширяється шляхом використання додаткових методик:

- оториноларингоскопії;
- взяття проб повітря, що видихається, для індикації парів алкоголю.

У випадку оголошення бойової тривоги, необхідності термінового вильоту для надання допомоги екіпажам, що зазнали аварії, та в інших випадках, що вимагають невідкладного вильоту, коли провести передпольотний огляд у повному обсязі немає можливості, лікар обмежується опитуванням та зовнішнім оглядом осіб, а за наявності достатнього часу підрахунком їхнього пульсу.

Особи льотного складу, що мають скарги на стан здоров’я під час передпольотного медичного огляду (опитування) або порушили передпольотний режим, а також особи, у яких виявлені відхилення у стані здоров’я або зниження працездатності за іншими причинами, до польотів не

допускаються, а для більш ретельного обстеження направляються у медичний пункт.

Висновок про допуск льотного складу до польотів виносить начальник медичної служби або особа, що тимчасово виконує його обов’язки, на підставі результатів передпольотного медичного огляду.

Результати передпольотного медичного огляду та висновки про допуск до польотів фіксуються в журналі або в індивідуальній карті передпольотного, післяпольотного та міжпольотного оглядів.

Під час передпольотного медичного огляду особливу увагу звертати на:
- осіб, що мають допуск до льотної роботи, за наявності відхилень у стані здоров’я;
- екіпажі, що виконують переліт;
- льотчиків під час перенавчання на нову техніку;
- льотчиків, які нещодавно прибули;
- льотчиків, передпольотний режим яких не контролюється.

До проведення передпольотного медичного огляду залучаються медичні працівники.

Під час базування на декількох аеродромах комплекс заходів медичного забезпечення польотів організовується начальником медичної служби, а забезпечується медичним персоналом, який має допуск до медичного забезпечення польотів.

Про результати передпольотного медичного огляду начальник медичної служби доповідає командиру частини (начальнику) та керівнику польотів. У плановій таблиці польотів у графі "Примітка" навпроти прізвища особи, що підлягає усуненню від польотів, він записує: "Підлягає усуненню (звільненню) від польотів" та розписується.

Усі члени екіпажів, що перелітають, не раніше як за 2 години до вильоту проходять передпольотний(е) медичний огляд (опитування) у начальника медичної служби або в чергового лікаря з обов’язковою відміткою в листі контролю готовності до перельоту. Час та результати огляду також заносяться у журнал.

Льотний склад та авіаційний персонал повинні мати при собі довідку про проходження медичного огляду ЛЛК (медичний сертифікат).

У випадку відсутності довідки про проходження ЛЛК (медичного сертифікату) льотний склад до виконання польотів не допускається відповідно до Положення про лікарсько-льотну експертизу в державній авіації України, затвердженого наказом Міністра оборони України від 20 листопада 2017 року № 602, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2017 р. за № 1566/31434 Усі особи льотного складу, що не пройшли передпольотний медичний огляд, до польотів не допускаються незалежно від займаної ними посади та характеру наступних польотів.

Під час польотів начальник медико-санітарної частини повинен підтримувати постійний зв’язок з командиром авіаційної частини (начальником) та керівником польотів. При цьому він повинен:

- спостерігати за ходом виконання польотів та у разі необхідності через керівника польотів з’ясовувати самопочуття екіпажів, що перебувають у повітрі;
- здійснювати вибірковий контроль за самопочуттям та працездатністю льотного складу після виконання польотних завдань, а також за переносимістю різних видів польотів шляхом спостереження, опитування або огляду окремих осіб;
- доповідати командиру авіаційної частини (начальнику) та керівнику польотів про зміни стану здоров’я чи працездатності окремих осіб льотного складу для своєчасного звільнення їх від виконання наступних польотів;
- з’ясовувати причини погіршення самопочуття та зниження працездатності осіб льотного складу під час польотів для прийняття необхідних заходів;
- контролювати умови перебування льотного складу на аеродромі в період між вильотами або під час очікування вильоту (обладнання місць для міжпольотного відпочинку, наявність сховищ від погодних факторів, забезпеченість питною водою та тентами), вживати заходів щодо усунення недоліків, що були виявлені;
- проводити медичний контроль за режимом харчування льотного складу та перевіряти санітарно-гігієнічний стан місць прийому їжі;
- приймати участь у з’ясовуванні та аналізі авіаційних подій та інцидентів, що обумовлені недоліками медичного забезпечення польотів, погіршенням стану здоров’я та зниженням працездатності осіб льотного складу, доповідати командиру авіаційної частини (начальнику) та керівнику польотів свої пропозиції щодо попередження повтору таких випадків;
- перевіряти знання черговим персоналом медичного поста аеродрому своїх обов’язків та комплектність його медичного майна;
- надавати невідкладну медичну допомогу особовому складу;

Методика проведення й оцінки даних передпольотного огляду

Передпольотному медичному огляду підлягає весь льотний склад незалежно від характеру наступних польотів і займаної посади, а також група керівництва польотами.

1. Передпольотний медичний огляд включає:
- вимірювання температури тіла;
- зовнішній огляд;
- індивідуальне опитування;
- огляд слизових оболонок ротоглотки та носа, барабанної перетинки, перевірка носового дихання та мовної функції;
- дослідження пульсу;
- вимірювання артеріального тиску.

2. Вимірювання температури тіла проводить черговий лікар (фельдшер) з використанням ртутного термометра протягом 7–10 хвилин у пахвовій ділянці. Добові коливання температури тіла здорової людини не виходять за межі 35,7–36,8 °С вранці та 36,2–36,9 °С ввечері. Підвищення температури тіла до 37,0 °С і вище є показанням для відсторонення осіб льотного складу (далі – ЛС) і персоналу з УПР (від польотів (роботи за фахом).

Під час польотів за умов високих температур навколишнього середовища (вище 28,0 °С) температуру тіла потрібно вимірювати між польотами з метою попередження перегрівання організму осіб ЛС. Крім того, варто мати на увазі, що під час значного підвищення температури тіла (до 38 °С) людина може не відчувати помітного погіршення самопочуття.

3. Зовнішній огляд починається з прибуття осіб ЛС і персоналу з УПР на передпольотний медичний огляд. Потрібно оцінити загальний тон настрою до початку та під час огляду. Особлива увага звертається на:

- зачіску, одяг, поставу, ходу, колір обличчя, міміку, жести, мову (гучна, тиха, емоційно забарвлена тощо), ступінь рухливості (скутий, напружений, млявий, вільний) та поведінку;
- наявність тремору, порушення мови, нервові тіпання та нав’язливі рухи;
- наявність зміни кольору шкіри, висипів, гнійничкових процесів, кон’юнктивіту тощо.

Важливо звертати увагу на енергійність, точність і доцільність рухів або їх хаотичність; млявість чи метушливість. Оцінюючи міміку та жестикуляцію, треба відзначити їх відповідність ситуації та висловлюванням, надмірність чи скутість.

Слід фіксувати також й інші прояви, які можна спостерігати безпосередньо під час огляду: тремтіння рук, знизування плечими, стереотипні рухи, гримасування, кусання нігтів або губ, постійне перекладання предметів, сування на стільці, розхитування тощо. Ці прояви, як правило, посилюються під час наростання напруженості й тривоги, у разі появи труднощів під час виконання завдань або коли під час бесіди виникають запитання, що зачіпають афектогенні зони.

Зазначаючи загальний стан настрою (безтурботний, серйозний, тривожний, байдужий тощо), слід фіксувати його зміни залежно від успішності проведення бесіди. Особливо важливо звернути увагу на невідповідність зміни настрою під впливом зовнішніх факторів.

Спостереження за різними аспектами мовних проявів дають можливість отримати додаткову інформацію про обстежуваного.

Слід зазначити інтенсивність голосу (гучний, до крику або майже шепіт), його виразність або монотонність, особливості тембрового забарвлення (хрипкий, скрипучий, писклявий тощо). Темп мови (квапливий, плутаний або уповільнений) та його зміна протягом огляду також мають значення, як і ступінь мовної активності (від балакучості до односкладності висловів). Слід відзначити також наявність інфантильних зворотів, жаргонних виразів, іншомовних слів (їх доречність у контексті висловлювання).

Важливо зафіксувати, чи з’являються агресивні прояви, чи намагається хитрувати, виправдовується, сприймає огляд байдуже тощо.

Особи, в яких немає відхилень у психоемоційному стані чи ознак порушення передпольотного режиму під час обстеження, поводяться серйозно, вони зібрані й активні, їм цікавий процес огляду, вони радіють успіху та не втрачають самовладання.

4. Наступним етапом проведення передпольотного медичного огляду є індивідуальне опитування. Для одержання більшої інформації про осіб ЛС і персоналу з УПР, ніж та, що міститься в їх словах, потрібно одночасно спостерігати за реакціями та поведінкою, звертаючи увагу на такі прояви:
- чи охоче дає відповіді на питання;
- чи відразу дає відповіді, кількість і тривалість пауз;
- відповіді розгорнуті або стислі (так, ні, не знаю);
- мімічні реакції;
- темп, чіткість, гучність, граматичну будову мови;
- довжина, складність висловлювань, словниковий запас;
- жести, положення кінцівок, голови, тулуба;
- легкість переходу від однієї теми до іншої;
- надмірна деталізація;
- гумор;
- рівень інтелектуальної активності, рівень загального розвитку;
- наявність вегетативних розладів (тремор рук, гра вазомоторів, гіпергідроз, акроціаноз, порушення глибини та частоти дихання, серцебиття, плаксивість або неадекватне збудження).

Ефективне опитування складається з таких етапів:
- підготовки (формулювання мети);
- вступу в контакт (встановлення довірчого контакту);
- проведення опитування та реєстрації його результатів;
- завершення контакту (підбиття підсумків, подяки, побажань);
- обробки й аналізу результатів опитування.

Так, під час опитування осіб ЛС і персоналу з УПР, у першу чергу потрібно отримати дані щодо наявності скарг на стан здоров’я, самопочуття, порушення передпольотного режиму праці, відпочинку (тривалість та якість сну) і харчування (місце, час і страви, що вживались).

У разі наявності скарг на поганий сон, запаморочення, головний біль, нежить, закладеність у вухах, нездужання, слабкість, відчуття стомленості до початку польотів, диспепсичні явища, наявність болю будь-якої локалізації особи ЛС і персонал з УПР підлягають відстороненню від польотів (роботи за фахом) і направленню на додаткове обстеження. За наявності ознак порушення передпольотного режиму (недостатній відпочинок і сон, надмірне фізичне та розумове навантаження, порушення режиму харчування, вживання алкоголю напередодні тощо) особи ЛС і персонал УПР підлягають тільки відстороненню від польотів (роботи за фахом). За наявності в осіб ЛС і персоналу з УПР хворих членів сім’ї, випадків святкування (днів народження, визначних дат, державних і релігійних свят тощо), поховань близьких людей також створює несприятливі умови для передпольотного відпочинку та призводить до формування несприятливих емоційних реакцій. За таких умов доцільно відсторонити осіб ЛС і персонал з УПР від польотів (роботи за фахом) до вирішення зазначених ситуацій.

5. Огляд слизової оболонки ротоглотки здійснюється за допомогою шпателя. Спочатку оглядається м’яке піднебіння. Відзначаються забарвлення

його слизової, рухливість під час проголошення обстежуваним звуку "А". Потім оглядаються слизова оболонка задньої стінки глотки та мигдалики. Незначна гіперемія слизової оболонки ротоглотки або збільшення мигдаликів, навіть за відсутності суб'єктивних скарг, можуть призвести до ускладнень під час перепадів барометричного тиску в польоті.

6. Огляд слизової носа здійснюється за допомогою носового дзеркала. Звертається увага на забарвлення слизової носових ходів, наявність набряку, виділень, стан носової перетинки та раковин. Потім проводиться перевірка носового дихання, з цією метою обстежуваному пропонують закрити рот і дихати тільки носом, при цьому до кожного носового ходу по черзі підноситься марлева нитка або ватна пушинка і за її коливаннями оцінюється носове дихання (вільне, задовільне, різко утруднене або відсутнє). Утруднене носове дихання, як правило, супроводжується порушенням барофункції вуха й придаткових пазух носа.

7. Огляд барабанної перетинки здійснюється за допомогою вушних лійок. Звертається увага на її стан і положення, наявність гнійничкових процесів на слизовій зовнішнього слухового проходу, виділень і сіркових пробок.

8. За наявності патологічних процесів і порушення функції ЛОР-органів особи ЛС і персонал з УПР підлягають відстороненню від польотів (роботи за фахом) і направленню на додаткове обстеження.

9. Дослідження характеристик пульсу здійснюється пальпаторно на променевій артерії протягом 30–60 секунд. Визначаються його частота, ритм, наповнення та інші характеристики. Незначне збільшення частоти серцевих скорочень на передпольотному огляді може носити випадковий характер (короткочасне фізичне навантаження, паління, прийом їжі тощо). У таких випадках доцільно запропонувати відпочинок протягом 10–15 хвилин і повторно підрахувати частоту пульсу. Якщо показники під час повторного підрахунку вкладаються в межі індивідуальної фізіологічної норми, то попереднє підвищення частоти пульсу зумовлене емоційною реакцією осіб ЛС і персонал з УПР на медичний огляд. Досить часто під час дослідження пульсу зустрічається дихальна аритмія. Зазвичай вона зникає після глибокого вдиху з подальшим видихом і затримкою подиху. Дихальна аритмія є варіантом норми.

За наявності аритмії (окрім дихальної), збільшення частоти або уповільнення пульсу, що виходять за межі індивідуальної фізіологічної норми, встановленої під час проведення лікарсько-льотної експертизи (далі - ЛЛЕ), особи ЛС і персонал з УПР підлягають відстороненню від польотів (роботи за фахом) з подальшим проведенням медичного обстеження.

10. Вимірювання артеріального тиску здійснюється методом Короткова на тарованому апараті Ріва-Роччі або мембранному сфігмоманометрі. Нормальні показники систолічного тиску знаходяться у межах 100-140 мм рт. ст., а діастолічного - 50-90 мм рт. ст. Однак питання щодо допуску осіб ЛС і персонал з УПР до польотів (роботи за фахом) вирішується індивідуально з урахуванням установлених під час ЛЛЕ меж індивідуальної фізіологічної норми. З урахуванням цих меж під час проведення передпольотного медичного огляду можливі коливання артеріального тиску становлять ± 20 мм рт. ст., але

не вище 140 мм рт. ст. і не нижче 100 мм рт. ст. для систолічного тиску та не вище 90 мм рт. ст. і не нижче 50 мм рт. ст. для діастолічного.

У разі порушення зазначених нормативів особи ЛС і персоналу з УПР підлягають відстороненню від польотів (роботи за фахом) з подальшим проведенням поглибленого медичного обстеження.

11. Показаннями для відсторонення осіб ЛС і персоналу з УПР від польотів (роботи за фахом) є:

- скарги на погіршення стану здоров'я;
- порушення передпольотного режиму роботи, відпочинку і харчування;
- факт вживання алкоголю напередодні або в день польотів;
- наявність гострого або загострення хронічного захворювання;
- збільшення частоти або уповільнення пульсу, підвищення або зниження - артеріального тиску, що виходять за межі індивідуальної фізіологічної норми;
- підвищення температури тіла вище 36,9 °С;
- прийом лікарських засобів без призначення лікаря;
- порушення психоемоційного стану.

Медичний контроль під час парашутних стрибків:

Результати медичного огляду та висновки про допуск до стрибків з парашутом фіксуються в Журналі обліку результатів передпольотного, міжпольотного та післяпольотного медичних оглядів .

1) у процесі медичного забезпечення парашутних стрибків необхідно враховувати те, що у осіб, які здійснюють стрибок вперше, виникає нервово-емоційне збудження, яке проявляється в підвищеній говірливості, метушливості, прискоренні пульсу і дихання, пітливості. У деяких випадках, особливо у парашутистів-початківців, можуть відмічатися млявість, мовчазність, скутість, сонливість, блідість та інші ознаки загальмованості. У разі помірного вираження ці явища є нормальною реакцією організму на стрибок. Надмірне збудження або загальмованість є основою для тимчасового усунення від парашутних стрибків;

2) у день парашутних стрибків начальник медичної служби проводить медичний огляд осіб, запланованих для виконання стрибків (в обсязі передпольотного огляду), контролює дотримання ними режиму відпочинку і роз'яснює необхідність випорожнення кишечника і сечового міхура до початку стрибків. Після виконання стрибків авіаційний лікар повинен опитати парашутистів і переконатись у відсутності травм;

3) у день (ніч) парашутних стрибків льотний склад до польотів не допускається, за винятком осіб, які мають звання "Інструктор парашутно-десантної підготовки". При цьому треба дотримуватися тривалості стартового часу, визначеного відповідно до чинного законодавства України;

4) на період виконання стрибків зі складу медичної служби призначають чергового лікаря (фельдшера) з відповідними комплектами для надання медичної допомоги. Медичний пост розгортають на майданчику приземлення (десантування);

5) у процесі виконання тренувальних стрибків начальник медичної служби повинен контролювати дотримання таких вимог:

- час очікування стрибка повинен бути по можливості мінімальним;
стрибки необхідно здійснювати не раніше ніж через 1-1,5 години після прийому їжі;
- після закінчення стрибків необхідно надавати відпочинок, як після льотної зміни;
- кількість стрибків, які виконуються протягом дня однією особою, повинна відповідати вимогам чинного законодавства України.

11. Медичний контроль за харчуванням

Харчування льотного складу здійснюється за Нормами харчування військовослужбовців Збройних Сил та інших військових формувань, затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 29 березня 2002 року № 426.

Медичний контроль за харчуванням льотного складу включає:
- медичний контроль за повноцінністю харчового раціону і дотриманням режиму харчування, особливо в передпольотному періоді і в тривалих польотах;
- медичний контроль за якістю, умовами транспортування і зберігання продуктів; якістю і умовами приготування та прийому їжі;
- медичний контроль за комплектуванням бортових пайків і водно-харчових груп аварійних запасів;
- виявлення у льотного складу ознак недостатнього або надмірного харчування чи його невідповідності умовам льотної діяльності.

Про недоліки в харчуванні льотного складу, виявлені в процесі медичного контролю, і пропозиції щодо їх усунення доповідають командиру і старшому медичному начальнику, а також повідомляють начальника продовольчої служби.

Начальник медико-санітарної частини відповідає за медичний контроль харчування. До контролю за харчуванням він залучає особовий склад медичної служби і керує його роботою. До обов’язків начальника медико-санітарної частини входять:
- участь у складанні розкладок з урахуванням особливостей запланованих польотів;
- організація забезпечення санітарно-гігієнічного контролю за передпольотним харчуванням в льотній їдальні та на аеродромі, а також за водозабезпеченням на аеродромі, а саме:
  - санітарно-гігієнічний контроль за якістю продуктів, які надходять за льотною нормою, для бортового харчування та аварійних запасів, а також для харчування на польових аеродромах;
  - санітарно-гігієнічний контроль за станом льотної і льотно-технічної їдалень, перевезенням і зберіганням харчових продуктів, приготуванням і роздачею їжі, а також за станом здоров’я обслуговуючого персоналу;
- розробка і проведення заходів для попередження харчових отруєнь і токсикоінфекцій;

- нагляд за різноманітністю і смаковими якостями їжі, видача (за потреби) вітамінних препаратів;
- контроль за вагою готових блюд і її відповідністю встановленим нормам;
організація (за потреби) лабораторного аналізу їжі або окремих продуктів для виявлення їх повноцінності (калорійності і якісного складу) і доброякісності;
- контроль за дотриманням дозволених замін продуктів льотного пайка і якістю продуктів, які видаються при таких замінах;
- санітарно-гігієнічний контроль за якістю води, станом ємкостей та інших засобів водозабезпечення екіпажів;
- санітарно-просвітницька робота та інструктаж персоналу льотної їдальні і продовольчих складів;
- медичний контроль за організацією бортового харчування і водозабезпечення екіпажів літаків;
- медичний контроль за комплектуванням водно-харчових груп аварійних запасів в НАЗах;
- участь в організації дієтичного харчування і складанні відповідної розкладки, інструктаж персоналу їдальні, осіб льотного складу та авіаційного персоналу з питань дієтичного харчування;
- виявлення відхилень у фізичному стані та стані здоров’я льотного складу, зумовлених недоліками в організації харчування, і вживання заходів щодо їх усунення;
- санітарно-просвітницька робота з льотним складом і членами сімей стосовно питань раціонального харчування.

Харчування льотного складу повинно відповідати таким фізіолого-гігієнічним вимогам:
- добові раціони повинні включати тільки продукти, передбачені льотним пайком;
- заміна продуктів льотного пайка може проводитись у виняткових випадках з урахуванням санітарних умов або кулінарних винаходів відповідно до норм дозволених замін;
- калорійність добових раціонів повинна повністю перекривати енергетичні затрати, а поживні речовини повинні задовольняти потреби в них організму в різних кліматогеографічних зонах;
- продукти і готові страви слід підбирати з урахуванням впливу на організм несприятливих факторів польоту і особливостей функціонування шлунково-кишкового тракту в польоті;
- готова їжа повинна мати добрі смакові якості, бути досить різноманітною і безпечною в санітарно-епідеміологічному відношенні;
- режим харчування і розподіл добового харчового раціону повинні відповідати розпорядку дня і характеру польотів.

У дні польотів льотний склад повинен приймати гарячу їжу 4 рази на добу. Тривалість часу між прийомами їжі в усіх випадках, у тому числі і в польоті, не повинна перевищувати 4-5 годин. У нельотні, вихідні і святкові дні кількість прийомів їжі може бути зменшена до трьох на добу.

Начальник медико-санітарної частини повинен враховувати, що в дні польотів, особливо під час виконання найбільш важких і відповідальних завдань, передпольотний прийом їжі повинен бути за 1,5-2 години до вильоту. Виконання польотів відразу після прийому їжі не рекомендується.

Їжа, яка видається на аеродромі відповідно до встановленого режиму харчування, повинна повністю відповідати гігієнічним вимогам передпольотного харчування. Готова їжа на аеродромі може зберігатись не довше 2 годин з моменту її приготування.

Весь льотний склад повинен бути навчений правилам прийому їжі і напоїв у тривалому польоті. Необхідно роз'яснювати льотному складу недопустимість використання в польоті продуктів і напоїв, які не входять до бортового пайка.

Для харчування льотного складу на необладнаних (польових) аеродромах можуть використовуватись добові раціони з консервованих і концентрованих продуктів відповідно до спеціальної норми, визначеної керівними документами.

Їжа для льотного складу, який отримує дієтичне харчування, повинна готуватися із продуктів льотного пайка з виключенням із меню, за медичними показниками, окремих видів продуктів. При цьому слід враховувати характер льотної роботи і стан організму льотчика, щоб не допустити зниження його працездатності через недостатність харчування.

Коли забезпечення харчуванням льотного та інженерно-технічного складу через льотні та військові їдальні за специфікою виконання завдань неможливе і харчування зазначеної категорії авіаційного персоналу здійснюється за плату, то під час проведення передпольотного медичного огляду уточнюються місце і час прийому їжі та які продукти і напої вживались.

12. Медичне вивчення авіаційних подій та інцидентів

Медичне вивчення авіаційних подій та інцидентів, пов'язаних з людським і особистісним факторами, є найважливішою складовою частиною роботи начальником медико-санітарної частини із забезпечення безпеки польотів і проводиться відповідно до вимог чинного законодавства України, з метою виявлення, обліку та аналізу причин, що знизили професійну надійність льотчика (екіпажу), розробки та проведення заходів для їх профілактики.

Робота начальника медико-санітарної частини з профілактики авіаційних подій та інцидентів є частиною загальної системи попередження аварійності в авіації та передбачає тісну взаємодію з командирами, фахівцями з виховної роботи, методистами льотного навчання та іншими фахівцями, які беруть участь в організації та забезпеченні польотів.

Начальник медико-санітарної частини враховує та аналізує авіаційні події та інциденти, зумовлені:

- недоліками в медичному забезпеченні польотів;
- порушеннями в стані здоров'я, що виникли в польоті або виявлені на передпольотному медичному огляді;

- невідповідністю індивідуальних психофізіологічних якостей льотчика до складності виконуваного завдання;
- надмірною дією або недостатньою стійкістю до факторів польоту (пілотажних перевантажень, перепадів барометричного тиску, гіпоксії тощо);
- психотравмуючою дією побутових і професійних факторів, у тому числі під час виконання польоту;
- недостатньою психологічною сумісністю членів екіпажу;
- нераціональною організацією або недотриманням передпольотного режиму;
- нераціональним нормуванням льотного навантаження, що може призвести до зниження працездатності льотного складу;
- допуском до польотів осіб, які не пройшли медичного огляду;
- вживанням алкоголю напередодні або в день польотів;
- неправильним використанням або несправністю киснево-дихальної апаратури і захисного спорядження;
- санітарно-гігієнічними недоліками кабіни (попаданням шкідливих домішок у повітря кабіни, неоптимальним температурним режимом тощо);
- зміною професійних і соціальних умов діяльності, перенавчанням на інший тип літального апарата, переїздом на нове місце служби тощо.

У ході медичного вивчення причин авіаційних подій та інцидентів начальник медичної служби використовує:
- індивідуальні бесіди з льотчиком, членами його сім'ї;
- результати медичних обстежень, оглядів, спостережень і рекомендацій ЛЛК;
- відомості про професійну підготовку льотчика;
- дані засобів об'єктивного контролю і записи радіопереговорів;
- зауваження і спостереження командирів, інструкторів, членів екіпажу, групи керівництва польотами та інших фахівців;
- висновки спеціальних тренувань;
- матеріали розбору польотів та іншу необхідну інформацію.

Медичне вивчення авіаційних подій та інцидентів проводиться відповідно до Правил розслідування авіаційних подій та інцидентів в авіації Збройних Сил України, затверджених наказом Міністра оборони України від 19 травня 2010 року № 256, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 14 червня 2010 року за № 386/17681, з використанням статистичного аналітичного і експериментального методів дослідження.

Результати медичного вивчення авіаційних подій, інцидентів та пропозиції для їх попередження начальник медичної служби доповідає командуванню і старшому начальнику медичної служби. Крім цього, щокварталу старшому начальнику медичної служби подають узагальнені дані за формою, встановленою Правилами розслідування авіаційних подій та інцидентів в авіації Збройних Сил України, затвердженими наказом Міністра оборони України від 19 травня 2010 року № 256, зареєстрованими в Міністерстві юстиції України 14 червня 2010 року за № 386/17681.

Заходи начальника медико-санітарної частини з відновлення функціонального стану і працездатності льотного складу

1. Заходи медико-санітарної частини щодо відновлення ФС та працездатності направлені на нормалізацію основних психофізіологічних функцій організму осіб ЛС і персоналу з УПР. Вони реалізуються за планом бойової підготовки (підготовки за призначенням) особового складу частини (установи) під час організації та проведення польотів у спеціально облаштованих кімнатах психофізіологічного розвантаження, на базі медичних пунктів частин (установ), профілакторіїв льотного складу, центрів (відділень) реабілітації льотного складу та закладів охорони здоров'я санаторно-курортного типу. Ці заходи мають етапність проведення.

2. Перший етап відновлювальних заходів здійснюється усім особам ЛС і персоналу з УПР у період попередньої підготовки до польотів, у міжпольотний період, після льотної зміни та в нельотні дні. Час та тривалість проведення цих заходів передбачаються розпорядком дня та затверджуються командиром частини (керівником установи). Метою зазначеного етапу є профілактика погіршення ФС та зниження рівня працездатності осіб ЛС і персоналу з УПР.

У період попередньої підготовки до польотів або у нельотні дні проводяться планові заняття для розвитку навичок самоконтролю за ФС, навчання прийомам психічної саморегуляції, дихальної гімнастики, самомасажу біологічно активних точок, виконання релаксаційно-лікувальних вправ та іншим індивідуальним методам відновлення.

У міжпольотний період відновлення ФС та працездатності здійснюється у спеціально облаштованих кімнатах психофізіологічного розвантаження. Для цього використовують функціональну музику, відео- та слайд-програми, спеціальні варіанти психічної саморегуляції та самомасажу біологічно активних точок шкіри. Завдання щодо облаштування кімнати психофізіологічного розвантаження покладається на заступника командира частини по роботі з особовим складом (психолога), про що видається відповідний наказ командира частини (керівника установи).

Після льотної зміни або в день попередньої підготовки використовуються релаксаційні, адаптаційні, мобілізуючі програми. Для їх реалізації за показаннями призначають сауну, лазню, гідропроцедури, комплекси фізичних вправ та інші відновлювальні заходи.

3. Другий етап відновлювальних заходів організовується і здійснюється на базі медичного пункту частини (установи), для чого там виділяється кімната (палата) психофізіологічного відновлення.

Показанням для проведення зазначеного етапу є:

- проведення передпольотного відпочинку для осіб ЛС і персоналу з УПР, які не мають сприятливих побутових умов для відпочинку;
- передчасний розвиток ознак втоми під час виконання польотів (роботи за фахом). Зазначені особи підлягають відстороненню від польотів (роботи за фахом) і направленню до медичного пункту частини (установи) для відпочинку, обстеження та проведення комплексу відновлювальних заходів із використанням масажу, фізіотерапевтичних та інших лікувальних процедур.

4. Третій етап відновлювальних заходів організовується та проводиться в умовах профілакторіїв льотного складу.

Показанням для проведення зазначеного етапу є:
- наявність ознак перевтоми або відхилень у стані здоров'я у осіб ЛС і персоналу з УПР, що визначаються під час проведення передпольотного медичного огляду;
- наявність емоційних реакцій на психотравмуючі ситуації у осіб ЛС і персоналу з УПР;
- профілактика розвитку перевтоми та хронічної втоми або відхилень у стані здоров'я осіб ЛС і персоналу з УПР, які мають значне льотне навантаження та залучаються до несення бойового чергування; які мають ускладнення в освоєнні льотної програми, критичний вік, конституційні фактори ризику, шкідливі звички, фізичну детренованість;
- невикористання чергової відпустки протягом 12 місяців (тривалістю не менше 24 доби) особами ЛС і ГКрП (за винятком курсантів ВНЗ).

Зазначені особи підлягають направленню до профілакторіїв на відпочинок строком на 10 діб із подальшим допуском до виконання польотів (керівництва польотами) згідно з ПВП ДА.

Рішення щодо направлення осіб ЛС і персоналу з УПР до профілакторію на відпочинок приймає командир частини (керівник установи) за поданням начальника медико-санітарної частини.

В окремих випадках (особливий період, виконання спеціальних завдань, під час участі в міжнародних операціях) рішенням командира авіаційної частини (керівника ОУА ЦОВВ та ЗСУ) за клопотанням начальника медико-санітарної частини особам ЛС і персоналу з УПР може додатково надаватись профілактичний відпочинок строком на 10 діб із подальшим допуском до виконання польотів (керівництва польотами) згідно з ПВП ДА.

Під час відпочинку в профілакторії проводиться комплекс лікувально-оздоровчих і психофізіологічних заходів, а також спеціальна фізична підготовка. Критеріями ефективності відпочинку в профілакторії є відновлення ФС та рівня працездатності осіб ЛС і персоналу з УПР.

5. На четвертому етапі застосовуються реабілітаційно-відновлювальні заходи, що реалізовуються в центрах (відділеннях) реабілітації льотного складу, амбулаторно-поліклінічних умовах і закладах охорони здоров'я санаторно-курортного типу.

Показанням для проведення зазначеного етапу є:
- наявність ознак хронічної втоми з вираженими симптомами функціональних розладів у осіб ЛС і персоналу з УПР. Зазначені особи підлягають відстороненню від польотів (роботи за фахом) із подальшим направленням їх до центрів (відділень) реабілітації льотного складу на стаціонарне обстеження, лікування та проведення реабілітаційно-відновлювальних заходів;
- профілактика розвитку перевтоми та хронічної втоми або відхилень у стані здоров'я осіб ЛС і персоналу з УПР , які мають значне льотне навантаження та залучаються до несення бойового чергування; які мають ускладнення в освоєнні льотної програми, критичний вік, конституційні фактори ризику, шкідливі звички, фізичну детренованість. Зазначені особи в період чергової

відпустки підлягають направленню до закладів охорони здоров’я санаторно-курортного типу;
- відхилення (погіршення) у ФС (функціональні розлади) осіб ЛС після виконання завдань, пов’язаних з усвідомлюваним ризиком для життя. Зазначеним особам за рішенням ЛЛК надається відпустка строком до 30 діб для проведення реабілітаційно-відновлювальних заходів у центрах (відділеннях) реабілітації льотного складу, амбулаторно-поліклінічних умовах або закладах охорони здоров’я санаторно-курортного типу. Вибір місця та способу проведення реабілітаційно-відновлювальних заходів залежить від ступеня погіршення ФС, зниження рівня працездатності або відхилень у стані здоров’я.

6. Організація та проведення відновних заходів в частині (установі) покладаються на начальника медичної служби. Час і тривалість їх проведення затверджуються командиром частини (керівником установи).

13. Медичне забезпечення пошуково-рятувальних робіт

Начальник медико-санітарної частини бере участь у пошуково-рятувальних роботах, організованих командиром авіаційної частини (начальником) або за розпорядженням вищого командування, використовуючи сили і засоби медичної служби.

Сили і засоби медичної служби для участі в пошуково-рятувальних роботах визначаються залежно від кількості членів екіпажу та пасажирів, які зазнали аварії, кліматичних та географічних особливостей району приземлення, обсягу та виду медичної допомоги, що надається.

Медичне забезпечення пошуково-рятувальних робіт включає:
- організацію управління медичними силами та засобами, що беруть участь у пошуково-рятувальних роботах;
- спеціальну підготовку медичного персоналу з надання екстреної медичної допомоги потерпілим і вивчення способів їх евакуації;
- забезпечення високого ступеня готовності медичних сил та засобів, залучених до пошуково-рятувальних робіт, надання медичної допомоги і своєчасну евакуацію постраждалих до лікувальних закладів;
- контроль за комплектністю і станом укладок спеціального медичного майна;
- навчання членів льотних екіпажів правилам надання первинної допомоги в порядку само- та взаємодопомоги під час поранень, травм та інших нещасних випадків;
- навчання членів льотних екіпажів правилам виживання після вимушеного покидання літального апарата і приземлення (приводнення) в різних кліматогеографічних умовах (спільно з начальником пошуково-рятувальної служби (далі - ПРС) і парашутно-десантної служби (далі - ПДС) частини);
- роз’яснення членам льотних екіпажів особливостей впливу на організм екстремальних факторів природного середовища (високих та низьких температур повітря, високої інсоляції, кисневого голодування тощо);
- організацію взаємодії з військово-медичними та цивільними закладами

Міністерства охорони здоров’я з надання медичної допомоги та лікування постраждалих.

Лікарі, які залучаються до пошуково-рятувальних робіт, повинні володіти необхідними практичними навичками і знати:
- алгоритм надання невідкладної медичної допомоги;
- розташування закладів охорони здоров'я у районі проведення пошуково-рятувальних робіт, їх спеціалізацію, шляхи евакуації та організацію зв'язку.

Медичний персонал, який бере участь в пошуково-рятувальному забезпеченні, повинен бути екіпірований та оснащений необхідним спорядженням відповідно до кліматичних умов.

14. Медичне сортування

Медичне сортування поранених і хворих є найважливішим заходом, що забезпечує чітку організацію етапів медичної евакуації для надання медичної допомоги пораненим і хворим. Його значення особливо зростає при масовому надходженні поранених і хворих. Досвід багатьох тактико-спеціальних навчань останніх років підкреслює, що медичне сортування не повинно бути самоціллю: його завдання полягає в тому, щоб максимально швидко надати медичну допомогу максимальній кількості поранених і хворих, які її потребують.

Значення медичного сортування особливо зростає на етапах медичної евакуації в умовах застосування противником зброї масового ураження.

Зміст сортування залежить від завдань, поставлених перед окремими функціональними підрозділами та етапами медичної евакуації в цілому, а також від умов бойової та медичної обстановки. Метою медичного сортування є своєчасне проведення поранених і хворих лікувально-профілактичних заходів і їх подальша евакуація.

«Сортування» — французьке слово, що означає «сортування». Воно походить від французького дієслова «trier», що означає «сортувати».

Концепція була ініційована французьким лікарем-новатором; Домінік Жан Ларрі (1766 – 1842), який був французьким хірургом в армії Наполеона та важливим новатором у медицині бою.

Медичне сортування або сортування (фр. triage , сортування) — розподіл постраждалих і хворих (далі — потерпілі) на категорії з ознаками необхідності проведення єдиних лікувально-профілактичних та евакуаційних заходів відповідно до медичних показань, обсягу наданої медичної допомоги. на кожному етапі медичної евакуації та порядку евакуації. Медичне сортування проводиться з урахуванням необхідності застосування конкретних медичних заходів: зменшення наслідків травм (захворювань), що загрожують життю потерпілих; попередження розвитку ускладнень, зниження їх тяжкості; підготовка та евакуація.

Медичне сортування потерпілих на догоспітальному етапі та в приймальних відділеннях (відділеннях екстреної медичної допомоги) закладів охорони здоров'я (далі - приймальне відділення), у тому числі під час госпіталізації постраждалих унаслідок надзвичайної ситуації (далі - медичне сортування), є здійснюється з метою надання своєчасної медичної допомоги максимальному числу постраждалих в обсязі, що забезпечує відновлення раптової втрати життєвих функцій і сприяє збереженню здоров'я постраждалих.

Медичне сортування здійснюється за єдиними принципами щодо діагностики, лікування та прогнозування результатів лікування постраждалих.

Медичне сортування дозволяє поставити гіпердіагностику. Таким чином, стан постраждалих дітей та вагітних жінок, навіть без видимих ушкоджень, завжди оцінюється як важкий, їх евакуація та надання медичної допомоги здійснюється в першу чергу.

Основні особливості сортування:

- небезпека потерпілого для оточуючих;
- потреба потерпілого в медичних закладах;
- потреба потерпілого в евакуації.

Залежно від завдань, які вирішуються, розрізняють два види медичного сортування:

1. Евакуація і транспортування - розподіл постраждалих на три групи:

- підлягають евакуації (Куди? Яким транспортом? В якому положенні? В якому порядку?);
- потрібна допомога на місці;
- не потребують подальших медичних заходів, тобто такі, які можна звільнити.

2. Внутрішньопунктовий – розподіл постраждалих на групи для прийняття рішення про надання медичної допомоги (Де її надавати? В якому порядку? В якому обсязі?).

Виділяють три групи постраждалих:

- потребують термінової медичної допомоги;
- ті, кому медична допомога може бути затримана;
- потребують паліативної терапії.

Труднощі викликають особи, небезпечні для оточуючих. Вони підлягають санітарній обробці або тимчасовій ізоляції, а одяг і майно – дезактивації, дегазації, дезінфекції, але ці заходи не виключають їх потреби в медичному та евакуаційному забезпеченні.

Сучасна система медичного сортування (сортування) заснована на розподілі всіх постраждалих на чотири групи, кожній з яких присвоюється свій колірний код:

- Швидка допомога червона
- Невідкладна допомога жовта
- Невідкладна допомога зелена
- Морг чорний.

Ця система призначена для визначення черговості надання медичної допомоги та транспортування до лікарні за наявності великої кількості постраждалих, але обмеженої кількості медичного персоналу та транспортних засобів. Весь процес оцінки стану потерпілого займає, як правило, 60 секунд.

Після завершення оцінки стану постраждалих позначають кольором однієї з чотирьох сортувальних категорій у вигляді спеціальної кольорової бирки або кольорового наручного браслета або кольорового ліхтарика (у темний час доби), або просто кольорову стрічку.

Стан потерпілого після первинного сортування може погіршитися або покращитися, тому сортування триває протягом всієї рятувальної операції, і жертви можуть бути перекласифіковані з однієї категорії в іншу в будь-який час. В середині однієї категорії перевага віддається дітям і вагітним жінкам.

ПЕРВИНЕ МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ЗА СИСТЕМОЮ START

Зараз у світі впроваджено декілька систем сортування. Деякі з більш відомих алгоритмів включають START (просте сортування та швидке лікування), SALT (сортування, оцінка, рятувальні втручання, лікування/сортування), STM (метод сортування Сакко), сортування польотів із доглядом та SAVE (вторинна оцінка). кінцева точка жертви). Доступні обмежені дані для підтримки однієї системи над іншою. Однак важливо вибрати один і дотримуватися його алгоритму, щоб підтримувати впорядкований підхід.

також катастроф поїздів, автобусів, літаків та інших випадків з великою кількістю постраждалих.

START спирається на швидку оцінку *(займає менше однієї хвилини)* дихання, пульсу та психічного стану кожного пацієнта (разом називаються RPM), щоб віднести пацієнта до однієї з чотирьох категорій (див. нижче).

Співробітники сортування НЕ зупиняються, щоб виконати будь-що, окрім найпростішого втручання. Якщо вони спробують лікувати кожного пацієнта до завершення сортування, вони не зможуть оцінити решту пацієнтів і визначити головні пріоритети. Робота сортувальників полягає в тому, щоб класифікувати пацієнтів, щоб парамедики могли в першу чергу лікувати найхворіших пацієнтів. Сумна реальність полягає в тому, що під час катастрофи ви, ймовірно, не врятуєте всіх. Мета - врятувати якомога більше людей.

СТАРТ рятувальники, які першими прибули на місце ДТП, спочатку відокремлюють легкопоранених від інших потерпілих. Для цього просимо всіх, хто може самостійно пересуватися, відійти подалі від інших постраждалих та зібрати їх у визначене місце, де вони позначені сортувальними засобами зеленого кольору. Цей контингент отримав або незначні поранення, або їх не було. Допомога їм надається вже після надання допомоги важче постраждалим.

Далі рятувальники оглядають потерпілих, які не можуть рухатися, та визначають наявність у них дихання, кровообігу та неврологічних функцій, на підставі чого їх поділяють на три категорії: потребують невідкладної медичної допомоги, потребують невідкладної допомоги та померли.

Насамперед рятувальники встановлюють, чи дихає потерпілий. Якщо він не дихає, перевіряють прохідність дихальних шляхів і усувають перешкоди для дихання. Якщо після цього дихання потерпілого не відновлюється, вважається, що потерпілий загинув, і тіло позначається чорним кольором.

Якщо потерпілий дихає, рятувальники підраховують частоту його дихальних рухів. Якщо більше 30 за хвилину, то потерпілого відзначають червоним кольором, що потребує невідкладної допомоги, оскільки почастішання дихальних рухів є однією з ознак шоку.

Після цього рятувальники визначають у потерпілого наявність пульсу на променевій артерії. Якщо пульс не прощупується, то потерпілого позначають червоним кольором, а якщо пульс є, то проводять перевірку капілярних судин, натискаючи нігтем пальця, поки він не побіліє, а потім підраховують, через скільки секунд виділяється кров. повернеться до пальця. Якщо протягом двох секунд ніготь не рожевіє, то потерпілого позначають червоним кольором, а якщо він набуває нормального кольору раніше, то переходять до наступного тесту - неврологічних функцій.

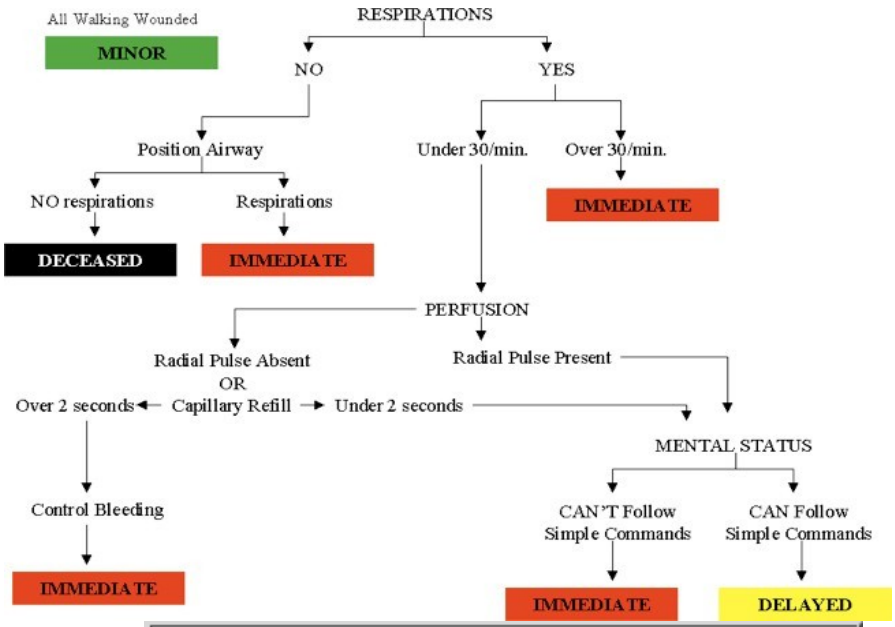
Рятувальники просять потерпілого виконати будь-яку просту дію. Якщо він адекватно реагує на їхні вказівки, він позначається жовтим кольором. Якщо потерпілий не реагує на оточуючих, його позначають червоним кольором, оскільки такий стан може бути небезпечним для життя.

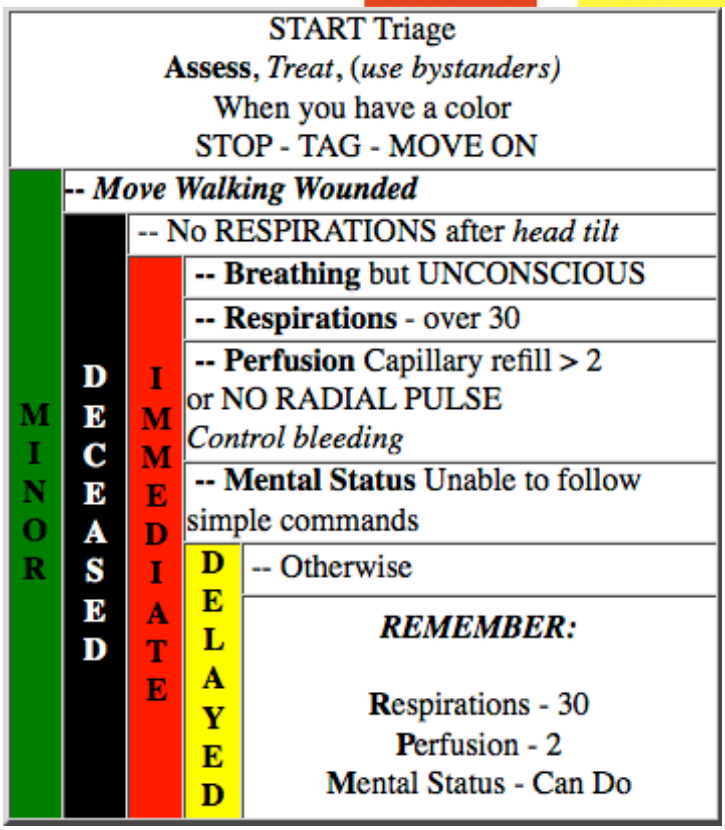
Метод СТАРТ добре зарекомендував себе серед рятувальників завдяки простоті використання, доступний навіть особам без професійної медичної підготовки.

Лікарі-професіонали, проводячи медичне сортування, як правило, використовують більш складні методи, які дозволяють позначати чорним кольором не лише померлих, а й тих, чиї поранення, за їхнім висновком, несумісні з життям.

У 1995 році на основі методу START доктор Лу Роміч з дитячої START лікарні Флориди в Маямі розробив метод медичного сортування Джемпа. для педіатричних пацієнтів, який пізніше став стандартом сортування дітей у США.

Блок-схема START



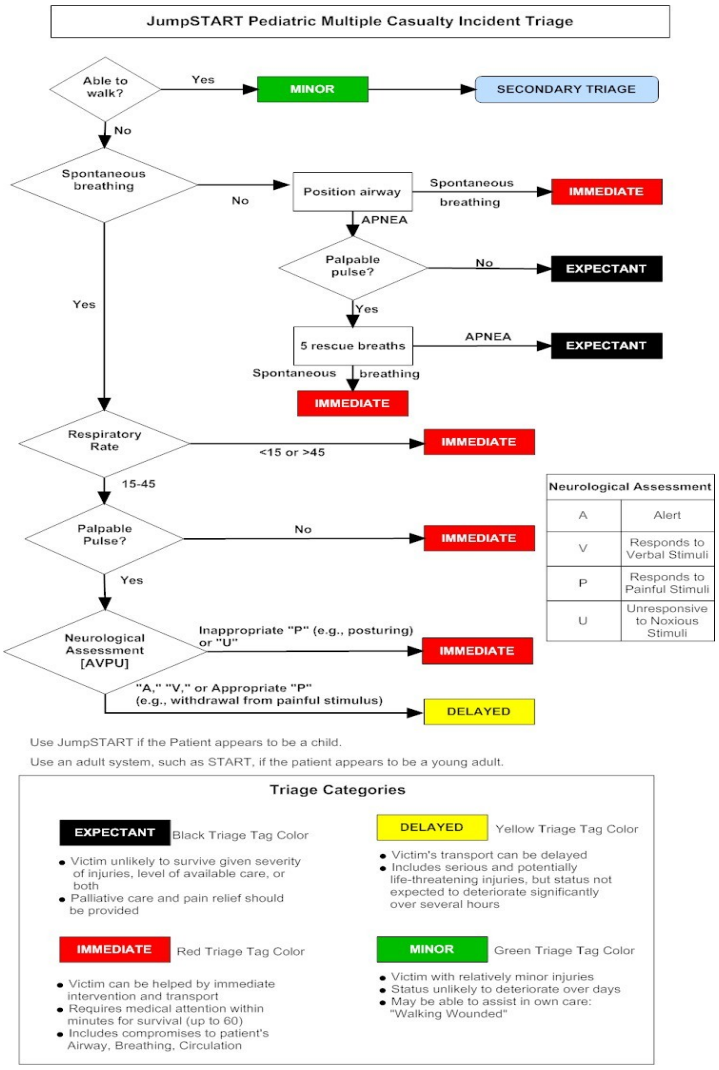


Блок-схема Jump Start

Процес сортування загалом є динамічним, оскільки призначена категорія для кожного пацієнта може змінюватися, тому повторна оцінка для визначення категорії сортування дуже важлива. Пацієнт, спочатку

класифікований як жовтий, може погіршитися, і тепер його необхідно класифікувати як червоного.

Системи сортування не ідеальні; вони залежать від внутрішніх характеристик самої системи сортування та від суб'єктивної мінливості суджень серед респондентів, які здійснюють сортування. Це проявляється в недосортуванні (призначення нижчої категорії сортування там, де вона має бути вищою), що трапляється час від часу, але переважно через пересортування (призначення вищої категорії сортування там, де вона має бути нижчою), що трапляється часто. Одне дослідження, яке оцінювало систему START, показало, що приблизно 50% пацієнтів, яким було проведено сортування, були перестартовані.



ЕТАПИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

1. Перший етап медичного сортування проводиться поблизу НС, але на безпечній відстані від факторів її впливу. На цьому етапі медичного сортування відбувається перший контакт медичного працівника, який проводить медичне сортування, з потерпілим.

1.1. При проведенні першого етапу медичного сортування визначається такий базовий обсяг медичної допомоги:

- у дорослих перевіряють наявність дихання і при необхідності відновлюють прохідність дихальних шляхів;
- визначити капілярний пульс;
- визначити стан свідомості;

у дітей до 8 років проводять 5 штучних вдихів для відновлення прохідності дихальних шляхів при відсутності дихання.

1.2. Тривалість першого етапу медичного сортування не більше 60 секунд. На першому етапі медичного сортування медичний персонал маркує потерпілого сортувальним браслетом.

2. Другий етап медичного сортування проводиться на терміново підготовленому сортувальному майданчику, під час транспортування потерпілого до закладу охорони здоров'я, у приймальних відділеннях.

2.1. При проведенні другого етапу медичного сортування визначено наступний базовий розмір медичної допомоги:

- потрійний прийом Сафара;
- ручне очищення ротової порожнини і гортані;
- очищення ротоглотки за допомогою аспіратора;
- прийом Геймліка;
- введення повітропроводу;
- ендотрахеальна інтубація;
- крикотомія (конікотомія);
- пункція перстнещитовидной зв'язки;
- трахеостомія;
- проведення штучного дихання, в тому числі з використанням мішка типу «АМБУ»;
- вдихання кисню;
- непрямий масаж серця;
- дефібриляція;
- зупинка зовнішньої кровотечі (венозної, артеріальної);
- використання протишокового одягу;
- накладення шийного коміра;
- мобілізація переломів за допомогою шин;
- фіксація потерпілого на транспортній дошці;
- накладання пов’язок;

- підшкірні ін'єкції;
- внутрішньом'язові ін'єкції;
- внутрішньовенні ін'єкції;
- внутрішньокісткова пункція (доступ) для введення інфузійних розчинів;
- катетеризація периферичних вен;
- катетеризація центральних вен;
- застосування лікарських засобів під час проведення реанімаційних заходів у дорослих;
- застосування лікарських засобів при проведенні реанімаційних заходів у дітей;
- тампонада носової порожнини при масивній кровотечі;
- введення місцевої анестезії;
- лікувальна блокада.

Основний обсяг медичного огляду:
- визначення:
- кров’яний тиск;
- пульс на центральних і периферичних артеріях;
- частота дихання;
- капілярний пульс;
- моніторинг життєво важливих показників;
- насичення крові.

На другому етапі медичного сортування на кожного потерпілого заповнюється обліково-статистична форма медичної документації No 109-2/о "Карта медичного сортування" (далі - картка медичного сортування).

У разі звернення потерпілих до закладу охорони здоров'я без попереднього медичного сортування на догоспітальному етапі керівник цього закладу організовує проведення першого та другого етапів медичного сортування відповідно до розділу VI цих Загальних вимог.

СОРТУВАННЯ КАТЕГОРІЙ І КОЛЬОРОВЕ КОДУВАННЯ

1. Під час медичного сортування потерпілих розподіляють на чотири сортувальні категорії за станом здоров'я та потребою в єдиних лікувально-евакуаційних заходах відповідно до медичних показань. Для візуалізації сортувальних категорій постраждалих під час медичного сортування використовуються відповідні кольорові коди, наведені в таблиці:

Кольорові позначення в медичному сортуванні

Категорія (відповідний колір)	Стан здоров'я потерпілого	Медичні заходи
I (червоний)	Життя під загрозою. Безпосередня загроза життю, яка може бути усунена шляхом негайного надання медичної допомоги, евакуації та подальшого лікування	Надання невідкладної медичної допомоги. Спочатку госпіталізація
II (жовтий)	Важко поранений або хворий. Стан потерпілого зі стабільними показниками життєдіяльності, що дозволяє чекати та отримати медичну допомогу вдруге	Надання медичної допомоги та госпіталізація на другому місці
III (зелений)	Легко травмуватися або хворіти. Легке ушкодження здоров'я при задовільному загальному стані потерпілого з можливістю очікування медичної допомоги більш тривалий час.	Надання допомоги в третій інстанції з подальшим (амбулаторним) лікуванням
IV (темно-фіолетовий/чорний)	Без шансів на життя. Шкода здоров'ю потерпілого, несумісна з життям	Догляд. Паліативна медична допомога з можливою евакуацією до лікувального закладу
	Труп	Ідентифікація. Оголошення про смерть

1. Визначення сортувальних категорій потерпілих здійснюється за такими критеріями:

Категорія сортування (відповідний колір)	Свідомість (за шкалою ГЛАЗГО)	Дихання (частота дихання)	Кровообіг
1	2	3	4
я (червоний)	10 або менше балів	Менше 10 або більше 30 за 1 хв.	Капілярний пульс більше 2 секунд. Периферичний пульс відсутній
1	2	3	4
II (жовтий)	14 - 11 балів	Не менше 8 і не більше 30 за 1 хвилину.	Капілярний пульс менше 2 секунд. Пульс на периферичних

			артеріях присутній
III (зелений)	Свідомість без порушень	Дихання без порушень	Кровообіг без порушень
IV (темно-фіолетовий/чорний)	Свідомість відсутня	Свідомість відсутня	Свідомість відсутня
		Дихання немає	На магістральних артеріях пульс відсутній

1. Медичне сортування проводять медичні працівники (лікарі, фельдшери, медичні сестри). Під час медичного сортування приналежність кожного потерпілого до відповідної сортувальної категорії відмічається сортувальним браслетом (перший етап медичного сортування) та заповнюється картка медичного сортування (другий етап медичного сортування).

2. Медичне сортування здійснюється безперервно протягом усього процесу надання медичної допомоги та евакуації. Сортувальна категорія потерпілого може змінитися у разі покращення або погіршення стану його здоров'я. Відповідна інформація зазначається в картці медичного сортування та замінюється сортувальний браслет відповідного кольору.

СОРТУВАЛЬНА ПЛАТФОРМА

1. Сортувальна зона розташована на найближчій, але безпечній відстані від надзвичайної ситуації та чинників її впливу.

1. Сортувальна зона розгортається на максимально рівному рельєфі або у вільному приміщенні розміром не менше 25 х 15 метрів і умовно поділяється на шість зон, що відрізняються за функціями.

1. Візуалізація сортувальних майданчиків здійснюється двома сірими полотнами для прийому постраждалих (перший етап медичного сортування) та для розміщення медичного майна та обладнання та відповідним кольором сортувальних полотнищ (червоний, жовтий, зелений, темно-фіолетовий/ чорний) для розміщення постраждалих, яким надається медична допомога за визначеною сортувальною категорією (другий етап медичного сортування).

2. Сортувальне полотно повинно бути виготовлено з вологостійкого матеріалу і мати розмір не менше 6 х 4,5 метра для можливості розміщення на ношах до 10 потерпілих.

3. Між зонами сортувального майданчика (сортувальними панелями) передбачена відстань для можливості переміщення та перенесення постраждалих на ношах. Зона сортування повинна мати два вільних шляхи для прийому та евакуації постраждалих.

4. У випадках, коли велика кількість постраждалих потребує невідкладних медичних заходів (лікування, пересортування) на дільниці, що перевищує пропускну здатність наявного сортувального майданчика, створюється медичний стаціонар, який також розташовується якомога ближче до місця події. .

ПОСЛІДОВНІСТЬ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ПІД ЧАС МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

1. Під час медичного сортування та евакуації дітям і жінкам повинна надаватися перша медична допомога в межах їх сортувальних категорій.

1. Дорослим особам, які належать до категорії червоних, медична допомога та евакуація до закладу охорони здоров'я надаються в першу чергу. У разі, коли час транспортування потерпілого до багатопрофільного стаціонару може призвести до погіршення загального стану його здоров'я, госпіталізація здійснюється до найближчого закладу охорони здоров'я, який має достатні ресурси для надання необхідного обсягу медичної допомоги або стабілізації стану здоров'я. потерпілого і підготуватися до транспортування в спеціалізований стаціонар.

1. Дорослим, які відносяться до жовтої сортувальної категорії, надається медична допомога в обсязі, визначеному підпунктом 2.1 пункту 2 розділу II цих Загальних вимог, а після постраждалих червоної сортувальної категорії проводиться евакуація. Госпіталізація здійснюється в закладі охорони здоров'я, який має достатні ресурси для надання необхідного обсягу медичної допомоги.

2. Дорослим, які відносяться до категорії зеленого сортування, медична допомога надається в третю чергу. При необхідності проводиться госпіталізація до закладів охорони здоров'я.

3. Постраждалі з пораненнями, несумісними з життям, але з ознаками життя, позначені сортувальними браслетами темно-фіолетового кольору і належать до категорії сортування темно-фіолетового/чорного кольору. Їм надається паліативна медична допомога (догляд). Евакуація проводиться в другу чергу за умови госпіталізації постраждалих червоної сортувальної категорії.

4. Тіла померлих маркуються сортувальними браслетами чорного кольору, відносяться до темно-фіолетової/чорної сортувальної категорії та направляються до моргів або патолого-анатомічних бюро/бюро судово-медичної експертизи за наявності достатньої кількості транспортних засобів та їх наявності. немає необхідності евакуювати постраждалих інших сортувальних категорій.

5. У разі підозри на небезпечне інфекційне захворювання у постраждалих проводиться медичне сортування із застосуванням протиепідемічних заходів.

6. У разі зараження постраждалих біологічними, хімічними засобами або радіаційними факторами забруднену поверхню одягу (тіла) потерпілого знезаражують спеціальні підрозділи, працівники яких одягнені у відповідний захисний одяг. Направлення постраждалих на сортувальний майданчик для медичного сортування здійснюється після знезараження постраждалих.

ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ В ПРИЙМАЛЬНИХ ВІДДІЛЕННЯХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я ПІД ЧАС МАСОВОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

1. У разі надходження великої кількості постраждалих до закладу охорони здоров'я безпосередньо з місця надзвичайної ситуації медичне сортування здійснюється в його приймальному відділенні згідно з розділами I- III цих Загальних вимог.

1. У приймальному відділенні для медичного сортування формуються сортувальні групи медичних працівників із числа штатних працівників закладу охорони здоров’я, дані яких включаються до плану дій закладу охорони здоров’я у надзвичайних ситуаціях. Склад сортувальної групи: лікар, фельдшер (медсестра), два реєстратори поранених (фельдшер, медсестра), вантажники (чотири особи).

1. За наявності великої кількості постраждалих формуються додаткові сортувальні групи з числа медичних працівників інших підрозділів закладу охорони здоров'я.

2. Медичне сортування в приймальному відділенні починається із зовнішнього огляду постраждалих і присвоєння їм кольору сортувальних браслетів, що відповідає показникам стану здоров'я. Порядок проведення медичного сортування викладено в розділах I - III цих Загальних вимог.

3. При проведенні медичного сортування в приймальному відділенні для роботи в червоній зоні сортування рекомендовано залучати не менше 2 хірургів, 2 анестезіологів-реаніматологів, 10 медичних сестер або фельдшерів та 10 фельдшерів або волонтерів.

4. До роботи на жовтій сортувальній ділянці рекомендовано залучити 2 хірургів, 2 терапевтів, 10 медсестер або фельдшерів та не менше 10 фельдшерів або волонтерів.

5. Для роботи на зеленій сортувальній ділянці рекомендується залучати 1 хірурга, 2 терапевтів, 5 медичних сестер або санітарів та не менше 5

санітарів або волонтерів. За можливості працюють спеціалісти, які можуть надати психологічну допомогу.

6. Для роботи на темно-фіолетовому/чорному сортувальному майданчику рекомендовано залучати 1 лікаря, 2 медичних сестер або санітарів та 4 санітарів або волонтерів.

7. Чисельність персоналу, який обслуговує постраждалих у зонах сортування, може змінюватися за рішенням завідуючого приймальним відділенням або медичного працівника, який виконує обов'язки керівника медичного сортування.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛ ПІД ЧАС МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

1. Для надання медичної допомоги, у тому числі медичного сортування, до місця надзвичайної ситуації направляються бригади екстреної медичної допомоги (бригади екстреної медичної допомоги) та спеціалізовані бригади територіальної служби медицини катастроф.

2. Послідовність дій під час медичного сортування потерпілих:

2.1. На місці надзвичайної ситуації медичні працівники, які залучаються до ліквідації медичних наслідків надзвичайної ситуації, починають роботу з першого етапу медичного сортування, відповідно до стандарту екстреної медичної допомоги « Медичне сортування пацієнтів різних вікових груп м. відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги» згідно з наказом МОЗ України від 3 лютого 2022 р. № 210 .

2.2. На першому етапі медичного сортування, який проводиться на сірому сортувальному полотні сортувального майданчика, потерпілим надається медична допомога з урахуванням базового обсягу медичної допомоги для цього етапу медичного сортування, передбаченого п.п. 1 розділу II цих Загальних вимог.

Після надання допомоги потерпілих розподіляють на сортувальні категорії відповідно до критеріїв, зазначених у пункті 2 розділу III цих Загальних вимог. Встановлення потерпілому сортувального розряду повинно проводитися в найкоротші терміни, але не більше 60 секунд. Після встановлення сортувального розряду потерпілому на праву руку одягають сортувальний браслет відповідного кольору.

З призначеними сортувальними браслетами пораненого виносять або направляють на сортувальний килимок, колір якого відповідає кольору сортувального браслета, що вказує на сортувальну категорію, до якої віднесено пораненого за результатами першого етапу медичного огляду. сортування. Перша черга віддається червоній категорії сортування, потім

жовтій. Постраждалі, яким віднесено зелену сортувальну категорію, направляються для самостійного переміщення на сортувальний майданчик або супроводжуються медичними працівниками. Момент прибуття/перенесення потерпілого на сортувальний майданчик сортувального майданчика є закінченням першого етапу медичного сортування.

2.3. На другому етапі медичного сортування медичні працівники (лікар, фельдшер, медична сестра) надають медичну допомогу постраждалим з урахуванням базового обсягу медичної допомоги для цього етапу, передбаченого пунктом 2 розділу II цих Загальних вимог. На цьому етапі заповнюється карта медичного сортування на кожного потерпілого, який проходив медичне сортування. Для надання медичної допомоги на сортувальних поверхах необхідно залучати досвідчений медичний персонал.

3. Роботою медичного персоналу сортувальних пунктів керує підготовлений та кваліфікований спеціаліст (далі - начальник сортувального пункту), який організовує роботу медичних працівників, володіє інформацією про мережу закладів охорони здоров'я в області. району чи міста, а також може організувати своєчасну евакуацію постраждалих, взаємодіяти зі службами порятунку, працівниками міліції, представниками інших служб. У разі першого прибуття бригади екстреної медичної допомоги до місця надзвичайної ситуації організацію та проведення медичного сортування відповідно до розділів II - V цих Загальних вимог забезпечує лікар або фельдшер бригади екстреної медичної допомоги.

4. Керівник сортувального пункту після отримання інформації про загальну кількість постраждалих у разі потреби визначає необхідність залучення додаткової кількості бригад екстреної медичної допомоги з власної зони обслуговування з розрахунку 2 бригади на 3 постраждалих, 3 команд на 5 постраждалих, 5 команд на 10 постраждалих . При 50 і більше постраждалих кількість бригад екстреної медичної допомоги повинна становити в середньому не менше 20% від кількості постраждалих.

5. Якщо очікувана кількість постраждалих перевищує кількість бригад екстреної медичної допомоги, які може виділити територіальна станція екстреної медичної допомоги для їх обслуговування, остання повідомляє про це відповідний територіальний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф для проведення залучати додаткові бригади першої черги постійної готовності (бригади швидкої медичної допомоги), а в разі необхідності – спеціалізовані бригади другої черги.

6. Після завершення медичного сортування постраждалих та їх евакуації до закладів охорони здоров'я керівник сортувального пункту готує письмову інформацію, викладену в довільній формі, яка повинна містити такі

дані:

- дата, час і місце надзвичайної ситуації;
- початок (визначається з моменту надходження першого постраждалого на сіре полотнище (перший етап медичного сортування) до кінця медичного сортування (визначається при евакуації останнього постраждалого));
- кількість постраждалих та їх розподіл за сортувальними категоріями;
- кількість медичних працівників, які були залучені до медичного сортування;
- кількість бригад екстреної медичної допомоги, які залучалися до ліквідації медичних наслідків надзвичайної ситуації.

Інформація подається керівнику закладу охорони здоров’я та голові відповідної державної адміністрації, на території якої виникла надзвичайна подія. Завідувач сортувальної дільниці разом із письмовою інформацією подає до відділу статистики закладу охорони здоров’я, де він працює, відривні елементи карток медичного сортування, кількість яких повинна збігатися з кількістю виданих карток медичного сортування.

ВИКОРИСТАННЯ СОРТУВАЛЬНИХ БРАСЛЕТІВ ДЛЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

1. Під час проведення медичного сортування використовуються сортувальні браслети п’яти кольорів, які надягають на праву руку потерпілого, а якщо це неможливо – на ліву руку. Сортувальний браслет повинен бути яскравого кольору, що відповідає категорії сортування, розміром не менше 4 см ширини та 20 см довжини, легко одягатися.

1. Існують сортувальні браслети п'яти кольорів:
- червоний - для потерпілих першої сортувальної категорії;
- жовтий - для потерпілих другої сортувальної категорії;
- зелений - для потерпілих третьої сортувальної категорії;
- темно-фіолетовий - для потерпілих четвертої сортувальної категорії;
- чорний - для потерпілих четвертої сортувальної категорії.

3. До моменту заповнення сортувальної картки сортувальний браслет є показником відповідності потерпілого конкретній сортувальній категорії. Наявність сортувального браслета є показником послідовності надання медичної допомоги постраждалим та послідовності евакуації та госпіталізації.

ПЕРЕЛІК МАЙНА СТАНЦІЙ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТОСТРОФ

Для медичного сортування

1. Кольорові тканини:

- червоний колір - 1 шт.;
- жовтий колір - 1 шт.;
- зелений колір - 1 шт.;
- темно-фіолетовий/чорний колір - 1 шт.;
сірого кольору - 2 шт.

2. Картки медичні сортувальні: не менше 125 шт.

3. Кольорові браслети:
- червоного кольору - 25 шт.;
- жовтий колір - 25 шт.;
- зелений колір - 25 шт.;
- темно-фіолетового кольору - 25 шт.;
- чорний - 25 шт.

4. Розмітка сортувального майданчика та місць стоянки санітарного транспорту (вид розмітки визначається на місці).

5. Медичний сортувальний комплект для бригади швидкої допомоги, крім основного обладнання:
- сумка санітарна - 1 шт.;
- браслети сортувальні - 50 шт. (по 10 штук червоного, жовтого, зеленого, темно-фіолетового та чорного кольорів);
- ножиці медичні з тупими кінцями – 1 шт.;
- ліхтарик з комплектом батарейок – 1 шт.;
- рукавички оглядові - 4 пари;
- кулькова ручка - 2 шт.

ВЗАЄМОДІЯ БРИГАД ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗІ СЛУЖБАМИ ПОРЯТУНКУ. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ КОЖНОГО З НИХ

Аварійно-рятувальні роботи в осередку надзвичайної ситуації техногенного або природного походження включають пошуково-рятувальні та невідкладні аварійно-відновлювальні роботи.

Пошуково-рятувальні роботи полягають у розвідці зони надзвичайної ситуації, пошуку постраждалих, припиненні дії на них факторів впливу, запобіганні повторному травмуванню, наданні невідкладної медичної допомоги та евакуації з осередку екстреної допомоги до лікувальних закладів. Ці роботи повинні проводитися рятувальниками формувань МНС у тісній взаємодії з бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Взаємодію всіх аварійно-рятувальних служб забезпечує державна автоматизована аварійно-диспетчерська служба – 112 (ДСП-112). Складовою частиною автоматизованої системи є інформаційно-диспетчерська служба «Швидка допомога – 103», яка координує свої дії та інтегрується з усіма службами екстреного реагування: міліцією, пожежними, комунальними

службами, енергопостачанням, газопостачанням тощо. обмін інформацією, аналіз ситуації, що забезпечує швидке реагування.

Завдання рятувальників МНС – надати першу медичну допомогу, а за потреби – першу.

Для цього залучаються спеціалісти без медичної освіти (працівники МВС, транспорту, рятувальники ДСНС та інші відповідно до Наказу «Про організацію навчання окремих категорій немедичних працівників навикам, забезпечення першої невідкладної медичної допомоги») проходять відповідне навчання та залучаються до надання медичної допомоги на госпітальному етапі.

Перша медична допомога - це невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування життя людини. Таких як: звільнення потерпілих з-під завалів, гасіння палаючого одягу на них, відведення їх на безпечну відстань, тобто створення умов для надання першої медичної допомоги, яка стає органічним продовженням першої допомоги та рятує життя людини. в надзвичайних ситуаціях мінімізує наслідки, негативний вплив шкоди на здоров'я.

Якщо першими на місце події прибули рятувальники МНС (співробітники МВС), вони здійснюють **вступне сортування .** Він полягає у визначенні показників життєдіяльності, які забезпечуються відповідною системою сортування, та позначенні кольорами постраждалих. В першу чергу рятувальники МНС (співробітники МВС) витягують постраждалих, які йдуть самостійно. За більшістю систем сортування такі постраждалі відносяться до легко уражених – «зелених». Надалі виявляють тих, хто вже не приходить до тями (не дихає і не пульсує), їх позначають
«жовтим». колір, інші – «червоні». З юридичних та етичних міркувань рятувальники МНС (співробітники МВС) не мають права констатувати смерть і за відсутності лікаря позначати людей чорним кольором.

Після проведення первинного сортування рятувальники МНС в першу чергу евакуюють із зони ураження «червоних», по можливості надавши їм першу (швидку) медичну допомогу, а потім «жовтих». У разі неможливості сортування евакуювати найбільшу кількість постраждалих із небезпечної зони (пункту збору поранених), де проводити первинне сортування, першу допомогу та подальшу **первинне медичне сортування** . Постраждалих слід розміщувати в цій зоні таким чином, щоб був вільний доступ як для сортування, так і для надання медичної допомоги (оскільки зона безпечна), зокрема на відстані 1,5 метраодин від одного. До прибуття медичних працівників рятувальники МНС (співробітники МВС) надають «червоним» першу медичну допомогу (швидку допомогу). У другу чергу надається жовта

допомога (перша невідкладна допомога) рятувальників МНС (співробітників МВС).

Керівник рятувальної операції повинен:

1) мати відмітний елемент у формі одягу (оптимально відмітний шолом і напис «Лідер» на спині тощо), який дозволить лікарю першої бригади швидкої медичної допомоги, що прибула на місце події, впізнати його;

1) відповідає за збереження життя та здоров'я бригад ШМД від впливу небезпечних факторів події, що спричинила масову аварію;

1) визначає небезпечну зону;

2) місце угруповання потерпілих, які можуть ходити і належать до «зелених» групи;

3) зона для проведення медичного сортування медичними працівниками;

4) зона розміщення медичного пункту - територія надання медичної допомоги, яка, як правило, є місцем групування постраждалих від "червоних" і "жовтих" групи;

5) місця зберігання тіл - потерпілих, які загинули під час рятувальних робіт, та тіл, що ускладнюють їх проведення (решта тіл загиблих залишається на місці з метою розслідування), та забезпечення відповідного нагляду за загиблими;

6) територія прибуття автомобілів швидкої медичної допомоги, що має важливе організаційне значення для безперебійного та безперешкодного руху автомобілів швидкої медичної допомоги;

7) вертолітний майданчик;

8) несе відповідальність за життя та здоров'я потерпілих, а також за можливі збитки та вторинні ушкодження, що виникли під час їх переміщення із зони ураження.

З прибуттям бригад медичної допомоги до місця ураження, в безпечну зону, куди постраждалих доставлять рятувальні служби, починається надання невідкладної медичної допомоги хворим і постраждалим медичним працівникам на догоспітальному етапі.

Надання догоспітальних видів допомоги здійснюється також під час транспортування постраждалих до спеціалізованих закладів охорони здоров'я.

Медичні та немедичні працівники, які ліквідовують наслідки надзвичайної ситуації, мають першочергове значення порятунок людського життя. Їхня співпраця має принести користь постраждалій людині.

АЛГОРИТМ РОБОТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ БРИГАД ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЯКІ ПЕРШИМИ ПРИБУЛИ ДО ОСЕРЕДКУ

МАСОВОГО УРАЖЕННЯ

Перший лікар, який прибув на місце події (або особа, більш компетентна в питаннях медичної допомоги, ніж лікарі бригади ШМД), повинен взяти на себе обов'язки координатора лікувально-рятувальних робіт і постійно взаємодіяти з рятувальниками МНС, зокрема з керівником рятувальної операції. Такому медичному працівнику доцільно поверх форми одягати жилет з написом «Координатор» . Усім стане зрозуміло, до кого звертатися з усіх організаційних та медичних питань, які виникатимуть під час рятувальної операції.

Після появи першої бригади екстреної медичної допомоги всі рятувальні служби, виконуючи свої безпосередні обов'язки в зоні надзвичайної ситуації, керуються головним принципом – створити максимально сприятливі умови для організації та надання медичної допомоги.

Ситуація 1. Поразка небезпечна (не потребує дезактивації).

Крок 1. Насамперед координатор визначає керівника рятувальної операції, дізнається у нього медико-тактичну обстановку:

- що сталося?
- скільки жертв?
- де знаходиться безпечне місце для організації зони сортування, зони медичної допомоги та транспортної зони.

Крок 2. Згодом координатор підтверджує диспетчеру наявність великої кількості випадків, наголошує на потенційній необхідності залучення додаткової кількості бригад з власної зони обслуговування з розрахунку 2 бригади на 3 постраждалих, 3 бригади на 5 постраждалих, 5 бригади на 10 постраждалих. За наявності 50 і більше постраждалих кількість команд має становити не менше 20% від середньої кількості постраждалих.

Частка постраждалих різних сортувальних груп	Кількість жертв		
	до 100 осіб	до 250 осіб	понад 1000 осіб
I (червоний), %	20	10	20
II (жовтий), %	40	20	40
III (зелений), %	20	10	20
IV (чорний), %	20	10	20

Основним принципом є бажання забезпечити одного постраждалого одним пожежним підрозділом, тому остаточна кількість бригад буде визначена під час рятувальної операції.

Якщо очікувана або фактична кількість постраждалих перевищує встановлену територіальною станцією ШМД, остання інформує про це найближчий територіальний центр ЕМД та МК для залучення додаткових груп постійної готовності першої черги обласного, а в разі необхідності , державного рівня, відповідно до плану ліквідації наслідків надзвичайної ситуації. Якість такого плану та ретельне його дотримання всіма виконавцями є основним організаційним принципом ліквідації медичних наслідків надзвичайних ситуацій.

Крок 3. З числа працівників бригади ШМД координатор визначає фельдшера для проведення медичного сортування, медичну сестру для організації медпункту та надання медичної допомоги (« червоний» та « жовтий») та водія для прийому інших бригад ШМД. У цій ситуації організаційні принципи важливіші за безпосереднє надання медичної допомоги, оскільки лише завдяки їм можна врятувати найбільшу кількість постраждалих.

Для сортування призначається фельдшер. Він носить жилетку з написом "Сортувальник" («Сортування»). Повідомляється керівник рятувальної операції про необхідність доставити всіх постраждалих до сортувальника, який виконує **первинне медичне сортування** з визначенням " червоний" , насправді " жовтий" і " чорний" жертви

Медична сестра організовує медичний пункт - пункт збору «червоних» та « жовтих» постраждалих, з допомогою водія розміщує медичне обладнання з вагона ШМД для надання невідкладної медичної допомоги та здійснює її в межах своєї компетенції. - BLS+AED в червоній групі. Медичний пункт позначається прапорцями відповідного кольору (червоного або жовтого) на древку. Клейкий матеріал доцільно розстелити на грунті відповідного кольору. У разі необхідності (зимовий період, негода) для організації медичного пункту працівниками МНС залучаються довколишні приміщення, автотранспорт (автобус) або намети.

Водій розміщує санітарний вагон у транспортній зоні, забезпечує зустріч інших санітарних вагонів, їх стоянку та направляє бригади швидкої медичної допомоги до медпункту.

Крок 4. Після завершення первинного медичного сортування координатор остаточно інформує диспетчера про характер « численної» події або « масовий» , що дасть змогу внести корективи в характер організації ліквідації медичних наслідків інциденту та підготувати лікарні до прийому постраждалих.

До прибуття інших бригад ШМД він залучає співробітників МНС, які не задіяні в рятувальній операції, для надання медичної допомоги «червоним » у межах своєї компетенції.

Організовує нагляд та догляд за постраждалими від « зелених» та «жовта» групи, оскільки з часом потерпілий, який може пересуватися самостійно, через травми чи стан здоров’я може належати до « жовтих» або " червоний" групи.

Практичний принцип надання допомоги постраждалим із « зеленої» групи полягає в групуванні їх у сидячому положенні (по можливості утеплення ковдрами, термоплівкою , підручними засобами) таким чином, щоб рятувальник (співробітник МВС) МВС або будь-яка особа, яка до цього причетна) має можливість постійно бачити їх обличчя. Слід зазначити, що постраждалі від " зелених" групи в результаті психічної напруги можуть поводитися нераціональними , а умови оцінки стану здоров’я не можуть бути однозначними під час масового заходу та не виключають внутрішніх ушкоджень. Для підтримки порядку в « зеленій» групі та уникнення скарг незамінною може бути допомога психологічної служби, працівників «Червоної». хреста" та правоохоронні органи. При догляді за « жовтими» оптимально контролювати їх життєві показники (не залучати до рятувальних робіт представника МНС, МВС, інших рятувальних служб, атестованих на надання першої медичної допомоги), групуючи їх у тепле приміщення (намет) для очікування черги для надання медичної допомоги та евакуації.

Крок 5. Після прибуття інших бригад ШМД координатор направляє їх в першу чергу до « червоних» .

За наявності двох і більше постраждалих з « червоної» групи лікар другої бригади ЦМП, а також кожної наступної проводить **вторинне медичне сортування** з метою визначення першочергового потерпілого з цієї групи для надання невідкладної медичної допомоги. Вторинне медичне сортування, за можливості, може провести координатор або інший медичний працівник першої бригади, що прибула за викликом, і направити чергову бригаду до першочергового потерпілого.

Крок 6. З моменту прибуття другої та наступних бригад координатор зобов’язаний отримати від диспетчера або працівника Центру медицини катастроф інформацію про місця госпіталізації постраждалих та передати цю форму водієві. відповідальним за транспорт, або особисто повідомити іншим командам, куди везти постраждалих з « червоної» групи.

Координатор веде постійний облік кількості постраждалих від ураження різних сортувальних груп у відповідній карті, зазначає номер їх сортувальної

картки та лікувальний заклад, до якого здійснюється евакуація, а також зміну сортування. група потерпілого.

Може виникнути ситуація, коли чергові бригади, які прибудуть, ще чекають, щоб вивести постраждалих із небезпечного вогнища ураження. У цій ситуації координатор забезпечує передачу рятувальникам МНС транспортних дощок, нашийників та інших необхідних засобів від прибулих бригад ДСНС для оптимізації надання першої медичної допомоги та їх транспортування з зони ураження. .

Після проведення відповідних медичних заходів для « червоної» групи та перед початком остаточного транспортування лікарі прибулих бригад ШМД проводять **евакуаційне сортування.** (повторне визначення показників життєдіяльності , режиму транспорту та стаціонару). Частина постраждалих в результаті якісної допомоги віднесена до « жовтої» групи, частина, незважаючи на застосування інтенсивних медичних заходів, помирає на місці події, тоді бригада залучається до надання допомоги іншій « червоній» групі .

Після евакуації " червоних" надається допомога " жовтим" а в майбутньому « зелений» .

Залежно від конструкції транспортного засобу, травм постраждалих і можливостей лікарні може вирішуватися питання про транспортування кількох потерпілих. Консиліум лікарів під керівництвом координатора дає змогу максимально раціонально визначити реальні шанси на виживання окремих постраждалих.

Ситуація 2. Поразка благополучна.

Кроки 1 і 2 ідентичні.

Крок 3. Координатор визначає пріоритетне проведення медичного сортування у вогнищі ураження (напр Скнилівська трагедія). Усім медичним працівникам бригади на території виділяється сектор, в якому вони повинні виділити « червоних» , « жовтих» і " чорні" . Члени бригади проходять зигзагоподібним маршрутом всю територію, позначаючи постраждалих відповідними сортувальними картками.

Слід пам’ятати, що в даній ситуації може виникнути проблема, пов’язана із самовільною заміною « жовтого» пораненого на « червоний» сортувальний квиток з метою пріоритетності надання медичної допомоги.

Крок 4 ідентичний. Крім того, для надання першої медичної допомоги в межах компетенції залучаються всі представники рятувальних служб (неформатовані працівники МВС).

червоні» транспортні дошки постраждалі доставлені в медпункт. Новоприбулі бригади працюють в першу чергу з уже проведеними " червоними" в медпункті та с ненароджений у безпечному ураженні.

Координатор на підставі вторинного медичного сортування може вказати « червоним» , які потребують негайної медичної допомоги в першу чергу. Якщо немає належних засобів для надання першої медичної допомоги та транспортування до медичного закладу, першочерговим є надання медичної допомоги на місці травми.

Слід зазначити, що вагони ШМД, які прибувають, повинні бути розміщені в транспортній зоні. Немає жодного виправдання для приїзду швидкої допомоги до місця надання медичної допомоги, навіть при безпечному ураженні.

Спільним для обох ситуацій є те, що вагітні жінки та діти, які зазнали впливу шкідливих факторів, мають однозначний пріоритет у наданні медичної допомоги (« червона» група) та транспортуванні через свої анатомо-фізіологічні особливості.

Неперспективні особи, які залишилися живі після надання першої медичної допомоги, не можуть вважатися померлими. У зв’язку з обмеженням спроб надання допомоги в умовах масового заходу цим людям надається вторинна медико-транспортна допомога з обов’язковою евакуацією до лікувального закладу.

З метою максимально ефективного використання сил і засобів у разі смерті постраждалих під час транспортування до лікарні слідчо-оперативна група повинна повернутися на місце події, перевести загиблих до місця зберігання тіл та приєднатися до них. рятувальні роботи.

У рятувальників МНС (співробітників МВС) і лікарів можливі випадки емоційних і психічних розладів, що вимагають негайного втручання, що полягає у відстороненні їх від заходів. Такий випадок слід розцінювати як тілесне ушкодження, що унеможливлює подальшу участь у цих заходах, не виключаючи придатності рятувальника до служби.

У разі травмування рятувальникам МНС (працівникам МВС) першочергово надавати медичну допомогу, а осіб, які працюють у захисному одязі та спорядженні, негайно виключати з рятувальних робіт.

Коли транспортування з місця події до лікарні, де потерпілому можуть надати допомогу, займає більше 30 min , необхідно використовувати повітряний вкладиш. При цьому право його виклику має лікар-координатор або керівництво служби СМД (ТЦ ЕМД та МК), на території якого стався інцидент.

Загалом усі постраждалі внаслідок подій мають бути госпіталізовані, де їх обстежать, пролікують або відпустять. Однак на практиці позбавити людину « зеленки» не вдається. або навіть " жовтий" група в загальному хорошому фізичному та психічному стані, без видимих ушкоджень, здатна вільно

пересуватися та не залишати місця події. У таких випадках особливе значення має відповідна документація, яка засвідчує рішення потерпілого учасника інциденту.

КРИТЕРІЇ ВСТУПНОГО СОРТУВАННЯ

На практиці рятувальники МНС (співробітники МВС) під час первинного сортування повинні виконувати такі дії:

1. В осередку пошкодження наголосити, що допомога прибула, будуть застосовані всі можливості для порятунку кожного потерпілого. Після цього голосно подати команду: «Всі, хто може ходити – вийти » . Створити умови для їх виходу, зустрічі та виведення в безпечну зону з подальшим зігріванням, контролем стану та психологічною підтримкою. Важливо, що рятувальники МНС (співробітники МВС) набули навичок психологічної підтримки постраждалих у надзвичайних ситуаціях, оскільки в «зеленій» групі вірогідність психічних розладів серед постраждалих є значною.

1. Наступним кроком є огляд місця ДТП та позначення потерпілих сортувальними браслетами: червоним кольором – усі, хто говорить, стогне, плаче, кашляє, а також непритомні, але з наявним диханням, що визначається. стандартним прийомом протягом 10 секунд (забезпечення прохідності, вислуховування шумів дихання біля зовнішніх дихальних шляхів потерпілого). Жовтим кольором позначені постраждалі, які не дихають після забезпечення дихальних шляхів.

1. Якщо дозволяє медико-тактична обстановка, постраждалим від червоної групи на пожежі надається перша медична допомога з наступним виведенням у безпечну зону – пункт збору поранених. Оптимальним для носіння є використання щитків, як виняток - ноші. Усім без винятку постраждалим червоної групи, по можливості, перед транспортуванням надають шийний комір і загортають у термофольгу .

2. Потерпілих жовтої групи виносять в крайньому випадку без проведення реанімаційних заходів на місці пошкодження.

Критерії первинного медичного сортування.

Критерії медичного сортування повинні включати ознаки первинного огляду (ABC D). Найпоширенішою для дорослих (від 8 років) є система СТАРТ.

Чи працює, якщо « так» - " зелений" .

Якщо ні - чи дихає, якщо " ні" - забезпечте прохідність, якщо " так" - " червоний" , якщо " ні" - " чорний" . Якщо він дихає, дізнайтеся його частоту дихання. Якщо він більше 30 і менше 10хв $^{-1}$ у дорослої людини - " червоний" . При нормальній частоті дихання оцінюють стан перфузії: капілярне наповнення

або пульс на променевій артерії. Якщо наповнення капілярів триває більше двох секунд або відсутній пульс на променевій артерії - контролювати зовнішню кровотечу (при необхідності зупинити) - пацієнт « червоний» . Якщо стан перфузії стабільний (наповнення капілярів менше двох секунд або присутній пульс на променевій артерії) – оцініть стан свідомості – попросіть виконати просте завдання. Якщо так, то пацієнт « жовтий» , якщо « ні» - « червоний» .

Так само, з невеликою поправкою, система **Jump START** ефективна для дітей віком від 1 до 8 років.

Чи працює, якщо « так» - " зелений" .

Якщо ні - чи дихає, якщо « ні» - переконайтеся в прохідності, якщо « так» - « червоний» , якщо « ні» з'ясуйте пульс на сонній артерії. Якщо він присутній, зробіть 5 реанімаційних вдихів за 15 секунд. Якщо хворий не починає дихати – « чорний» , якщо починає – « червоний» . Якщо немає дихання і пульсу - « чорний» .

Якщо він дихає, дізнайтеся його частоту дихання. Якщо воно більше 45 і менше 15 хв у дорослого або нерегулярний - « червоний» . При нормальній частоті дихання оцінюють стан перфузії: капілярне наповнення або пульс на променевій артерії. Якщо наповнення капілярів триває більше двох секунд або відсутній пульс на променевій артерії - контролювати зовнішню кровотечу (при необхідності зупинити) - пацієнт « червоний» . Якщо стан перфузії стабільний (наповнення капілярів менше двох секунд або присутній пульс на променевій артерії), оцініть стан свідомості. Враховується шкала AVPU. A при свідомості, виконує прості завдання; V – реагує на звук, наприклад, на поплескування біля вуха; P – реагує на біль (локалізує або не локалізує), U – без свідомості. Якщо пацієнт у свідомості, або реагує на звук, або локалізує біль, то він «жовтий» . Якщо хворий не локалізує біль або знаходиться без свідомості - «червоний» .

Слід зазначити, що під час медичного сортування проводити медичні заходи недоцільно, оскільки в черзі є інші невідсортовані потерпілі. Ротоглотковою трубкою можна лише забезпечити прохідність дихальних шляхів і тимчасово зупинити кровотечу доступним способом (натискання на рану, натискання на судину на відстані, джгут).

Критерії вторинного медичного сортування.

Для вторинного сортування використовуються модифіковані критерії Revised Trauma Scale (RTS), що включає суму балів за шкалою GLAZO, а також за шкалою частоти дихання та систолічного артеріального тиску.

Якщо у пацієнта в сумі 10 балів і менше - I ступінь, 11 балів - II стадія, 12 балів - III стадія.

Критерії евакуаційного сортування. Після підготовки потерпілого до евакуації проводиться повторна перевірка його стану за критеріями первинного медичного сортування з відміткою в сортувальній карті життєвих показань. Якщо після відповідної обробки потерпілий став належати до жовтої групи, його переміщують до місця концентрації потерпілих жовтої групи. Якщо він продовжує світитися червоним, його негайно евакуюють. При цьому враховуються: вид транспорту (санітарний, повсякденний), супровід (медичний персонал, родичі), місце госпіталізації. Ці питання узгоджують лікар, який безпосередньо надає медичну допомогу, та координатор.

Сортувальний квиток (додається).

дезактивації . Якщо позначка «дезактивація» обведена кружечком – ця процедура завершена, якщо ні, пацієнта необхідно знезаразити в лікувальному закладі або по дорозі до нього у встановленому місці.

Сортувальний квиток при масовому ураженні виконує роль первинної оглядової картки виїзної бригади ШМД. При множинному пошкодженні заповнюється звичайна картка виїзду, до якої додається сортувальний лист.

Сортувальна карта заповнюється перед транспортуванням постраждалого в приймальне відділення. Відзначаються лише ті колони, які встигла встановити команда ШМД.

Особливості медичного сортування при небезпечному ураженні з необхідністю знезараження постраждалих.

Сортування інтро. Особливістю проведення первинного сортування є те, що його проводять виключно рятувальники в ізолюючих захисних костюмах. При цьому можна виділити групу ходячих постраждалих, які видаляються першими. У другу чергу відводять потерпілих, які мають візуальні ознаки життєдіяльності (розмова, стогін, плач, кашель, дихання, що визначається візуально). Решта постраждалих виносяться в третю чергу.

Вступне медичне сортування. Перед дезактиваційним наметом проводиться первинне медичне сортування медичним працівником у статусі рятувальника, одягненим у відповідний захисний костюм. Метою первинного медичного сортування є виявлення постраждалих груп чорного сортування серед дітей та дорослих (не дихаючих після забезпечення прохідності дихальних шляхів) та тих, які повинні виконувати зазначені медичні рятувальні дії під час процедури дезактивації.

Первинне медичне сортування . Зберігається в безпечному місці після дезактивації постраждалих Проводиться для всіх ходячих і неходящих постраждалих. Для гуляючих постраждалих додається додатковий критерій:

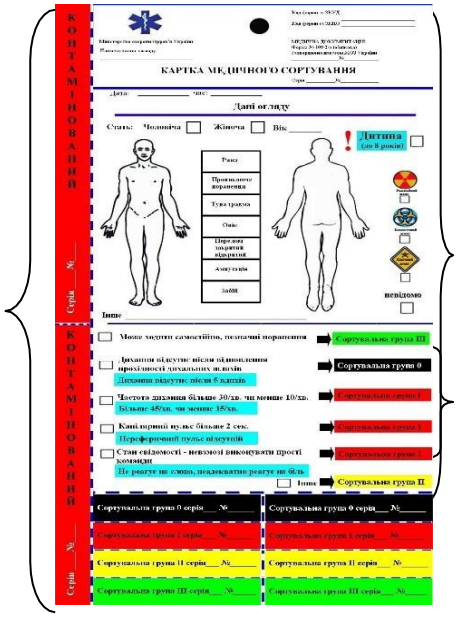
наявність специфічних ознак отруєння. Якщо так" - поранений жовтий. У тих, хто не ходить, після оцінки дихання з'ясовують наявність специфічних ознак отруєння. Якщо так" - поранений червоний.

Вторинний медичний та евакуаційний сортування відбувається в звичайному режимі.

ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ТА ЗАПОВЛЕННЯ КАРТКИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

Заповнення форми обліку медичної документації «109-2/о (медична сортувальна картка).

Картка медичного сортування призначена для збору інформації про постраждалих і хворих на період проведення Чемпіонату Європи з футболу 2012 року. Ця карта затверджена наказом МОЗ України від 18.05.2012 р. № 366 і на сьогодні використовується при виникненні надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру. Заповнюється медичним працівником бригад екстреної медичної допомоги, бригад територіальних центрів (екстреної) медичної допомоги та медицини катастроф на догоспітальному етапі, медичними працівниками приймальних відділень закладів охорони



У разі госпіталізації потерпілого (хворого) медична карта підклеюється до медичної карти стаціонарного хворого і зберігається 25 років. Картка заповнюється розбірливо на лицьовій та зворотній сторонах. Розміри картки (включаючи відриви): 12 см ширина та 24 см довжина. Карта має наскрізний отвір в середині верхньої частини, щоб її можна було закріпити на шиї або рукаві потерпілого/хворого за допомогою стрічки. Лицьова сторона картки показана на малюнку 1. Вона розрізняє основну частину (1) і знімні частини (2, 3), які зображені на малюнку 1

Мал. 1. Лицьова сторона картки (ф. 109-2/о).

У лівому верхньому кутку картки медичного сортування вноситься найменування закладу охорони здоров'я, працівники якого здійснюють медичне сортування. Праворуч під написом «Медична сортувальна картка» внести серію та номер картки, що відповідає адміністративно-територіальному устрою України (наприклад, Вінницька область – серія ВНЦ, № 02):

Автономна Республіка Крим =›› АРК
Вінницька область =›› ВНЦ
Волинська область =›› ВЛН
Дніпропетровська область =›› ДНП
Донецька область =›› ДОН
Житомирська область =›› ЗЯР
Закарпатська область =›› ЗАП
Івано-Франківська область =›› МВФ

Київ =›› КИЇВ
Київська область =›› КІО
Кіровоградська область =›› КРО
Луганська область =›› ЛУГ
Львівська область =›› Львів

Миколаївська область =›› МИК
Одеська область =›› ОДЕ
Полтавська область =›› ПЛТ
Рівненська область =›› РВН
Севастополь =›› SEV
Сумська область =›› СУМ
Тернопільська область =›› ТЕР
Харківська область =›› Харківська область

Херсонська область =›› Хр
Хмельницька область =›› Хме
Черкаська область =››ЧРК
Чернівецька область =›› CRV
Чернігівська область =›› ЧНГ

Під жирною лінією зліва у верхньому куті вказати дату і час огляду потерпілого, стать і вік. Між схематичними контурами особи міститься таблиця з переліком ушкоджень: поранення, проникаюче поранення, тупа травма, опік, відкритий, закритий перелом, ампутація, забій. Під час медичного сортування медичний працівник зазначає вид пошкодження та вказує стрілкою його локалізацію, у графі «інше» наявне пошкодження, прояви захворювання, а також дані, які можуть вплинути на обсяг медичної допомоги (алергія). до новокаїну, інші) позначені, як показано на малюнку 2 .



Мал. 2. Схематичне зображення травм на картці медичного сортування (лицьова сторона)



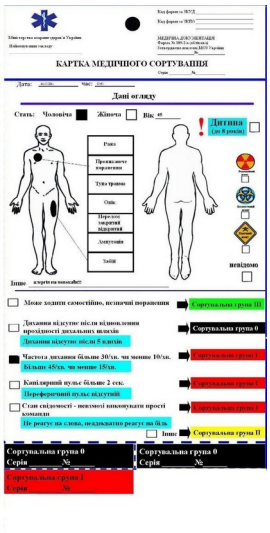
Праворуч під написом «Дитина» кольорові позначки, що відповідають радіаційним (1), біологічним (2), хімічним (3) агентам і напис «невідомо» (4). Під кожним знаком і написом «невідомо» є квадрати, де ставиться відмітка про знезараження під час медичного сортування, наприклад,

після знезараження в квадраті під знаком радіаційної речовини ставиться хрестик (див. Рис. 3). .

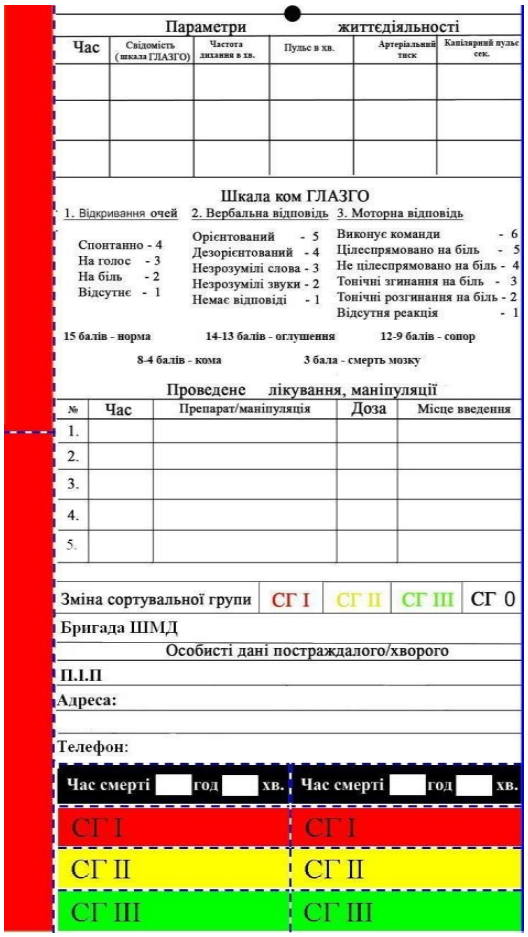
Рис. 3. Схематичне зображення позначення дії різних шкідливих факторів.

З лівого боку картки медичного сортування по всій довжині розташована відривна частина, розділена на два рівні за розміром частини. На червоному тлі великими літерами вертикально відносно всієї картки наноситься напис «ЗАРАЖЕНИЙ», серія і номер картки. Якщо забруднення не проводилося, то ця частина медичної сортувальної картки відривається повністю. У разі встановлення фахівцями спецпідрозділу факту наявності біологічних збудників, хімічних або радіоактивних речовин і проведеної санітарної обробки (дезактивації) потерпілого медичний працівник під час медичного сортування відриває нижню частина, яка залишається на сортувальній платформі, а верхня частина залишається без змін.

Під зображеними людськими силуетами вказано життєві показники потерпілого: дихання, капілярний пульс, стан свідомості. Під час медичного сортування у відповідному квадраті ставиться відмітка за категорією сортування (I, II, III, 0). Життєві показники на синьому тлі відповідають ураженим дітям віком до 8 років.



Після визначення сортувальної групи, до якої належить поранений, медичний працівник зазначає серію та номер картки медичного сортування на відповідному відривному елементі, який залишається у медичного працівника, який проводить сортування. Відривна частина повинна відповідати відомостям основної частини картки медичного сортування. Заповнена картка медичного сортування показана на малюнку 4.



Параметри життєдіяльності

Час	Свідомість (шкала ГЛАЗГО)	Частота дихання в хв.	Пульс в хв.	Артеріальний тиск	Капілярний пульс сек.

Шкала ком ГЛАЗГО

1. Відкривання очей: Спонтанно - 4; На голос - 3; На біль - 2; Відсутнє - 1
2. Вербальна відповідь: Орієнтований - 5; Дезорієнтований - 4; Незрозумілі слова - 3; Незрозумілі звуки - 2; Немає відповіді - 1
3. Моторна відповідь: Виконує команди - 6; Цілеспрямовано на біль - 5; Не цілеспрямовано на біль - 4; Тонічні згинання на біль - 3; Тонічні розгинання на біль - 2; Відсутня реакція - 1

15 балів - норма; 14-13 балів - оглушення; 12-9 балів - сопор; 8-4 балів - кома; 3 бала - смерть мозку

Проведене лікування, маніпуляції

№	Час	Препарат/маніпуляція	Доза	Місце введення
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Зміна сортувальної групи: СГ I | СГ II | СГ III | СГ 0

Бригада ШМД

Особисті дані постраждалого/хворого

П.І.П

Адреса:

Телефон:

Час смерті ____ год ____ хв.	Час смерті ____ год ____ хв.
СГ I	СГ I
СГ II	СГ II
СГ III	СГ III

Мал. 4. Заповнена картка медичного сортування.

На зворотному боці картки міститься таблиця «Параметри життєдіяльності», де вказуються: час, свідомість (шкала ГЛАЗГО – мал. 5), частота дихання за хвилину, частота серцевих скорочень за хвилину, артеріальний тиск, кап. пульс за секунди. Заповнюється медичними працівниками, які проводять другий етап медичного сортування та під час евакуації постраждалого/хворого до лікувально-профілактичного закладу.

Огляд постраждалих/хворих необхідно проводити одразу після входу в зону сортування та не рідше одного разу на 30 хвилин.

Під таблицею — шкала GLASGOW COM, а ще нижче (див. таблицю) «Проведене лікування, маніпуляції», де вказано час, назву препарату, маніпуляцію, дозу, місце введення.

Відбувається зміна сортувальних груп під час сортування («СГ I», «СГ II», «СГ III», «СГ 0”»), яка проводиться на другому етапі або на етапі евакуації, при цьому змінюється колір браслета. .

Під таблицею вказуються дані про бригаду екстреної медичної допомоги або територіальний Центр ЕМД та МК.

У графі «Персональні дані потерпілого/хворого» заповнюються: прізвище, ім’я, по батькові потерпілого/хворого; місцезнаходження, телефон.

Мал. 5. Картка медичного сортування (зворотна сторона)

Якщо потерпілий/хворий невідомий, інформація про це вноситься до графи «ПІП».

Нижня відривна частина містить кольорові поля, аналогічні лицьовій частині. Напис «час смерті, год.хв». На інших елементах є написи, що вказують на групи сортування: «SGH I»,
«SGH II», «SGH III», «SGH0

Менеджмент пацієнтів при гострих станах за алгоритмом ABCDE: базові принципи

Алгоритм **ABCDE** — це міжнародний стандарт надання допомоги пацієнтам у критичних станах. Його застосовують у лікарнях, на догоспітальному етапі та в умовах бойових дій. Цей підхід дозволяє системно, швидко та безпомилково оцінювати стан постраждалого.

Чому алгоритм потрібен кожному медику?

У критичних ситуаціях лікар стикається з величезним стресом і ризиком «застрягти» на деталях, забувши про основне. **ABCDE** дає готову структуру: що робити в першу чергу, а що відкласти на потім.

Він застосовується у:

- **невідкладній медицині** (травми, інфаркт, анафілаксія, поліорганна недостатність);
- **реанімації та інтенсивній терапії**;
- **тактичній медицині** (бойові поранення, вибухові травми);
- **щоденній практиці лікаря** при огляді важких пацієнтів у стаціонарі.

Суть алгоритму ABCDE

1. **A (Airway)** – дихальні шляхи. Спершу перевіряємо, чи може пацієнт дихати самостійно.
2. **B (Breathing)** – дихання. Аналізуємо ефективність вентиляції легень.
3. **C (Circulation)** – кровообіг. Перевіряємо роботу серця, тиск, ознаки крововтрати.
4. **D (Disability)** – неврологічний статус. Оцінюємо свідомість, реакцію зіниць, можливі ознаки інсульту чи гіпоксії.
5. **E (Exposure/Environment)** – повний огляд. Виявляємо приховані травми, попереджаємо переохолодження.

Переваги ABCDE

- Уніфікований алгоритм для будь-яких країн та спеціальностей.
- Дозволяє швидко визначити загрозу життю.
- Використовується повторно: після завершення «E» лікар знову повертається до «A», поки стан не стабілізується.
- Ефективний навіть у руках середнього медперсоналу, якщо дотримано базових протоколів.

Алгоритм **ABCDE** – це «золота нитка» невідкладної допомоги, яка дозволяє зберегти холодний розум, структурувати дії й реально рятувати життя.

Менеджмент пацієнтів при гострих станах за алгоритмом ABCDE: покроковий підхід

Покроковий підхід ABCDE допомагає не лише оцінити стан пацієнта, а й визначити правильні клінічні рішення. Це універсальна модель, яка поєднує діагностику і лікування та є основою сучасної невідкладної медицини.

Етапи алгоритму

A (Airway) – дихальні шляхи

- **Перевіряємо:** чи є звуки обструкції (стридор, хрипи), сторонні тіла, блювота, кров.
- **Методи забезпечення:** тройний прийом Сафара, повітроводи, аспірація, інтубація, конікотомія у критичних випадках.

Важливо: без забезпечених дихальних шляхів усі наступні кроки марні.

B (Breathing) – дихання

- **Оцінка:** частота, глибина дихання, SpO_2, симетрія грудної клітки, перкусія.
- **Проблеми:** напружений пневмоторакс, астма, гострий набряк легень, ТЕЛА.
- **Дії:** киснева терапія, голкова декомпресія, дренування плевральної порожнини, ШВЛ.

C (Circulation) – кровообіг

- **Перевірка:** пульс (центральний і периферичний), артеріальний тиск, колір шкіри, капілярний рефіл.
- **Типові загрози:** масивна кровотеча, гіповолемічний шок, аритмії.
- **Дії:** зупинка кровотечі (прямий тиск, турнікет, гемостатичні засоби), інфузія кристалоїдів/колоїдів, переливання крові, медикаментозна підтримка.

D (Disability) – неврологічний статус

- **Оцінка:** свідомість за AVPU або GCS, зіничний рефлекс, рівень глюкози.
- **Загрози:** гіпоглікемія, черепно-мозкова травма, інсульт.
- **Дії:** контроль глікемії, киснева підтримка, швидка нейровізуалізація (за можливості).

E (Exposure/Environment) – оголення та огляд

- **Оцінка:** оглядаємо тіло пацієнта від голови до п’ят.
- **Важливість:** виявлення прихованих ран, висипів, ознак внутрішньої кровотечі.
- **Дії:** профілактика переохолодження (ковдри, термопокривала, зігрівальні системи).

Чому ABCDE працює у світі?

- Рекомендований ВООЗ, ERC (European Resuscitation Council), ATLS (Advanced Trauma Life Support).
- Підходить для дорослих і дітей.
- Ефективний як у мирних, так і у військових умовах.
- Використовується у симуляційних тренінгах, що довели зниження смертності на догоспітальному етапі.

Послідовність «ABCDE» дозволяє рятувати життя навіть у найважчих випадках. Це універсальний інструмент для лікаря, медсестри, парамедика й військового медика.

15. Висновок

Отже, поза районом відповідальності аеродрому дії наземного підрозділу ДСНС визначають Повітряний кодекс, Кодекс цивільного захисту, Статут за наказом МВС № 340 та передусім Правила за наказом МВС № 279. Основна послідовність полягає в тому, щоб невідкладно прийняти й передати інформацію про лихо, висунутися до місця або району пошуку, оцінити небезпеку, знайти й врятувати людей, доповісти обстановку, виконувати узгоджений план і зберегти потрібні відомості про місце події. Ця послідовність є спільною для реагування на лихо з повітряним судном державної чи цивільної авіації.

Медичне забезпечення польотів є невід'ємною та критично важливою складовою безпеки авіації державної та цивільної оборони. Це не просто формальний огляд перед вильотом, а комплексна, науково обґрунтована система, яка супроводжує льотний склад на всіх етапах його професійної діяльності. Головна мета передпольотного медичного контролю — своєчасно виявити навіть мінімальні відхилення у стані здоров'я, ознаки перевтоми чи порушення режиму, щоб запобігти авіаційним інцидентам. Людина залишається головною ланкою в управлінні авіаційною технікою, і її функціональний стан є визначальним. Процедура огляду, вимоги до матеріально-технічного оснащення (згідно з наказами МО та ДСНС) та наявність чинного медичного сертифіката ЛЛК мають безкомпромісний характер. Рішення начальника медичної служби про допуск або усунення від польотів є юридично закріпленим фактом і обов'язковим для виконання командуванням. Ефективність медичного контролю тримається на високому професіоналізмі медичного персоналу, принциповості лікаря та водночас на атмосфері взаємної довіри і лікарської етики у взаєминах із льотним складом. Дотримання вимог медичного забезпечення — це запорука збереження життя екіпажів, надійності авіаційної техніки та успішного виконання польотних завдань у будь-яких умовах.

Нормативні документи та методична література:

1. Повітряний кодекс України. Стаття 1, статті 110–114.
2. Кодекс цивільного захисту України. Статті 75 і 79.
3. Наказ МВС від 26.04.2018 № 340. Статут дій у надзвичайних ситуаціях органів управління та підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту.
4. Наказ МВС від 16.03.2015 № 279. Правила авіаційного пошуку і рятування в Україні.

5. НАКАЗ МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ від 30.09.2015 № 519 «Про затвердження Правил медичного забезпечення польотів державної авіації України».

6. Методичні рекомендації державної авіації щодо особливостей медичного забезпечення польотів державної авіації України на особливий період в умовах правового режиму воєнного стану (МРДА-39/24), затвердженим наказом Міністерства оборони України від 03.04.2024 № 74.

7. Наказ МОЗ від 24.02.2024 року № 386 «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі».

Керівник заняття:
Командир повітряного судна —
інструктор 3 авіаційна ланка на
вертольотах авіаційної ескадрильї
спеціального призначення на вертольотах
EC225LP, EC145, H145 Ян КОШМАН

Завідувач відділення забезпечення,
медичного супроводу та аеромедичної
евакуації медико – санітарної частини Сергій УСТИМЕНКО