

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені В. Н. КАРАЗІНА

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ

Методичні рекомендації для підготовки до практичних занять
для здобувачів вищої медичної освіти 5-го року навчання
з дисципліни «Екстрена та невідкладна медична допомога»

Електронний ресурс

УДК 616-083.98(072)

М 42

Рецензенти:

О. І. Цівенко – доктор медичних наук, професор кафедри хірургічних хвороб медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

В. О. Пронін – кандидат медичних наук, доцент, лікар-хірург вищої категорії відділення політравми КНП «Міська клінічна лікарня швидкої невідкладної медичної допомоги імені проф. О. І. Мещанінова» ХМР.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 9 від 19 червня 2024 року)*

М 42 **Медичне** сортування : методичні рекомендації для підготовки до практичних занять для здобувачів вищої медичної освіти 5-го року навчання з дисципліни «Екстрена та невідкладна медична допомога» [Електронний ресурс] / уклад. О. Є. Олійник, М. С. Матвєєнко. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2024. – (PDF 63 с.)

Методичні рекомендації розроблені колективом викладачів кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. У даних методичних рекомендаціях викладено порядок проведення медичних евакуаційних заходів: у надзвичайних ситуаціях, у тому числі воєнного стану, на передових етапах медичної евакуації з урахуванням існуючої системи лікувально-евакуаційного забезпечення, організації лікувально-евакуаційних заходів серед населення та військовослужбовців, персоналу.

УДК 616-083.98(072)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2024

© Олійник О. Є., Матвєєнко М. С., уклад., 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	5
1. НЕОБХІДНІ БАЗОВІ ЗНАННЯ, НАВИЧКИ, ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ	7
1.1. Студент повинен знати.....	8
1.2. Студент повинен вміти.....	9
2. ВСТУП	10
3. ВИЗНАЧЕННЯ.....	10
4. ПЕРВИНЕ МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ЗА СИСТЕМОЮ START.....	12
5. ЕТАПИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ.....	17
6. ЕТАПИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ.....	18
7. СОРТУВАЛЬНА ПЛАТФОРМА.....	20
8. ПОСЛІДОВНІСТЬ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ПІД ЧАС МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ.....	21
9. ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ В ПРИЙМАЛЬНИХ ВІДДІЛЕННЯХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС МАСОВОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ.....	22
10.ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПІД ЧАС МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ.....	23
11. ВИКОРИСТАННЯ СОРТУВАЛЬНИХ БРАСЛЕТІВ ДЛЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ.....	25
12.ПЕРЕЛІК МАЙНА СТАНЦІЙ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТОСТРОФ.....	26
13.ВЗАЄМОДІЯ БРИГАД ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗІ СЛУЖБАМИ ПОРЯТУНКУ. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ КОЖНОГО З НИХ.....	27

14. АЛГОРИТМ РОБОТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ БРИГАД ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЯКІ ПЕРШИМИ ПРИБУЛИ ДО ОСЕРЕДКУ МАСОВОГО УРАЖЕННЯ.....	29
15. КРИТЕРІЇ ВСТУПНОГО СОРТУВАННЯ.....	34
16. ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ТА ЗАПОВЛЕННЯ КАРТКИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ.....	37
17. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.....	47
18. ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.....	48
19. СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ.....	54
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	61

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

СЛР - серцево-легенева реанімація
АТ - артеріальний тиск
ПІТ – палата інтенсивної терапії
ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я
ГДН - гостра дихальна недостатність
ГМ - мозок
ДСМК – Державна служба медицини катастроф
ДТП — дорожньо-транспортна пригода
ЕКГ - електрокардіограма
ЕМД - невідкладна медична допомога
МЕЗ - медичне та евакуаційне забезпечення
Лікарня є лікувально-профілактичним закладом
МВС – Міністерство внутрішніх справ
МНС – Міністерство надзвичайних ситуацій
МО – Міністерство оборони
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
НС — надзвичайна ситуація
ОГК - органи грудної клітки
ОРА - опорно-руховий апарат
ОЦК - об'єм циркулюючої крові
ОЦП - органи черевної порожнини
ПЕ - протиепідемічні (заходи)
ПТ - політравма
СГ - санітарно-гігієнічні (заходи)
СДОР - сильнодіючі отруйні речовини
СЕС - санітарно-епідеміологічна станція
СМ - спинний мозок

ТБД - трахеобронхіальне дерево

ЦНС - центральна нервова система

ЧДР - частота дихальних рухів

ЧМТ - черепно-мозкова травма

ЧСС – ЧСС

ШВЛ - штучна вентиляція легень

ІШ - індекс шоку

ШКГ - шкала коми Глазго

ШМД - невідкладна медична допомога

1. НЕОБХІДНІ БАЗОВІ ЗНАННЯ, НАВИЧКИ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

Цілі навчання: набуття студентом компетентності, знань, умінь і навичок для здійснення професійної діяльності за спеціальністю:

- визначити основні принципи організації та надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в Україні;

- оволодіти навичками діагностики невідкладних станів на місці події у складі бригади екстреної медичної допомоги (керівник, учасник) та відділення екстреної медичної допомоги багатопрофільної лікарні.

- навчитися розпізнавати невідкладні ситуації в роботі лікаря амбулаторії загальної практики

- сімейна медицина, поліклініка, лікарняне відділення;

- навчитись визначати протокол екстреної медицини, який найбільше відповідає симптомам потерпілого (пацієнта);

- надавати невідкладну медичну допомогу відповідно до встановленого протоколу

невідкладна медицина з адекватними маніпуляціями.

- оволодіти засадами організації надання екстреної та невідкладної медичної допомоги та надзвичайних ситуацій у мирний час;

- вивчити послідовність дій бригад екстреної медичної допомоги при масових травмах;

- навчитися медичному сортуванню жертв.

Передумови вивчення дисциплін (міжпредметні зв'язки). Екстрена та невідкладна медична допомога як навчальна дисципліна:

а) ґрунтується на вивченні учнями анатомії людини; гістологія, біохімія, фізіологія, патоморфологія; патофізіологія; хірургії, внутрішньої медицини, педіатрії, фармакології та інтегрується з цими дисциплінами;

б) є невід'ємною частиною всіх клінічних дисциплін і включає їх найважливіші розділи, включаючи внутрішню медицину, педіатрію, хірургію, травматологію та ортопедію, нейрохірургію, урологію, акушерство та гінекологію та інші навчальні дисципліни, що передбачає інтеграцію навчання з цими дисциплінами. та формування вміння застосовувати знання в процесі подальшої освіти та професійної діяльності;

в) дає можливість набути практичних навичок та розвинути професійні навички діагностики та надання невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії при окремих патологічних станах та в період догляду за хворими;

г) формує методологічні основи клінічного мислення.

Очікувані результати навчання.

У результаті вивчення дисципліни студенти мають:

- вміти оглядати та оглядати хворих у відділенні інтенсивної терапії з обговоренням плану та тактики їх лікування;
- продемонструвати знання етіології, патогенезу, патофізіології та інтенсивної терапії невідкладних станів;
- продемонструвати володіння навичками діагностики клінічної смерті та проведення реанімаційних заходів;
- використовувати знання з оволодіння спеціальними практичними навичками на фантомах і манекенах, практичного використання методів діагностики та інтенсивного лікування;
- продемонструвати володіння методами діагностики та допомоги при основних синдромах розладів життєво важливих функцій;
- визначати обсяги обстежень і демонструвати їх оцінку при порушенні життєво важливих функцій;
- аналізувати методи діагностики та клінічний перебіг основних синдромів, що супроводжують важкі порушення життєво важливих функцій;
- сформулювати вибір алгоритмів інтенсивної терапії при різних невідкладних станах.
- вирішувати клінічні ситуаційні задачі та тести.

Відповідно до вимог освітньо-професійної програми студенти повинні:

1.1. Студент повинен знати

- основні поняття загальної нозології: здоров'я, хвороба, патологічний процес, типовий патологічний процес, патологічна реакція, патологічний стан, етіологія, патогенез;
- різні види водно-електролітного обміну та кислотно-лужних порушень;
- основні синдроми, характерні для печінкової та ниркової недостатності;
- клінічні прояви коматозних станів різного генезу;
- різні види гострих отруєнь;
- етапи серцево-легеневої та церебральної реанімації;
- способи надання допомоги в надзвичайних ситуаціях, спричинених чинниками зовнішнього середовища;
- принципи оцінки тяжкості, спостереження та надання допомоги хворим із черепно-мозковими, торакальними та скелетними травмами;
- основні принципи патогенезу, діагностики та інтенсивної терапії травматичного, септичного, опікового шоку;

- розуміння основних принципів раціональної антибіотикопрофілактики та антибіотикотерапії;
- розуміння етіології та патогенезу критичних станів, пов'язаних з алергічними реакціями. Продемонструвати вміння надати невідкладну допомогу хворому з анафілактичним шоком;
- основні принципи клінічної фармакології препаратів, що застосовуються в терапії болю (НПЗП, наркотичні анальгетики, місцеві анестетики).

1.2. Студент повинен вміти

- продемонструвати техніку підтримання прохідності дихальних шляхів, штучної вентиляції легень та закритого масажу серця, електродефібриляції;
- оцінити тяжкість стану хворого з травмою, спланувати тактику надання допомоги хворому з поєднаною травмою;
- продемонструвати вміння планувати інфузійно-трансфузійну терапію важкохворим;
- продемонструвати техніку підтримання прохідності дихальних шляхів, штучної вентиляції легень та закритого масажу серця, електродефібриляції;
- сформулювати основні принципи корекції та інтенсивної терапії різних видів порушень водно-електролітного обміну та кислотно-основного стану;
- скласти схеми інфузійної терапії при різних порушеннях гомеостазу;
- сформулювати основні принципи інтенсивної терапії коматозних станів різного походження;
- трактувати закономірності виникнення порушень життєдіяльності організму при гострих отруєннях;
- вирішення клінічних ситуаційних задач і тестів
- діагностика невідкладних станів:
за будь-яких обставин (вдома, на вулиці, в медичному закладі тощо), в умовах дефіциту інформації та обмеженого часу, використовуючи стандартні методи обстеження та дані можливого анамнезу, знань про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних і правових норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану особи для встановлення діагнозу;
- проведення медичних евакуаційних заходів: у надзвичайних ситуаціях, у тому числі воєнного стану, на розгорнутих етапах медичної евакуації з урахуванням існуючої системи лікувально-евакуаційного забезпечення організувати проведення лікувально-евакуаційних заходів серед населення та військовослужбовців;

- визначення тактики надання невідкладної медичної допомоги: за будь-яких обставин, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних і правових норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення, заснованого на діагностиці невідкладного стану в обмежений час. використання типових схем для визначення тактики невідкладної медичної допомоги.

2. ВСТУП

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.

3. ВИЗНАЧЕННЯ

Терміни

«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.

4. 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.

Однією з найпопулярніших є система START (Simple Triage and Rapid Treatment), розроблена лікарнею Ноаг і пожежним департаментом Ньюпорт-Біч (Ньюпорт-Біч, Каліфорнія) у 1983 році. Її використовували пожежні та екстрені служби у разі випадковий землетрус або інше глобальне стихійне лихо. Проте в майбутньому це також стало стандартним методом медичного сортування при наданні допомоги постраждалим від терористичних актів, а

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.

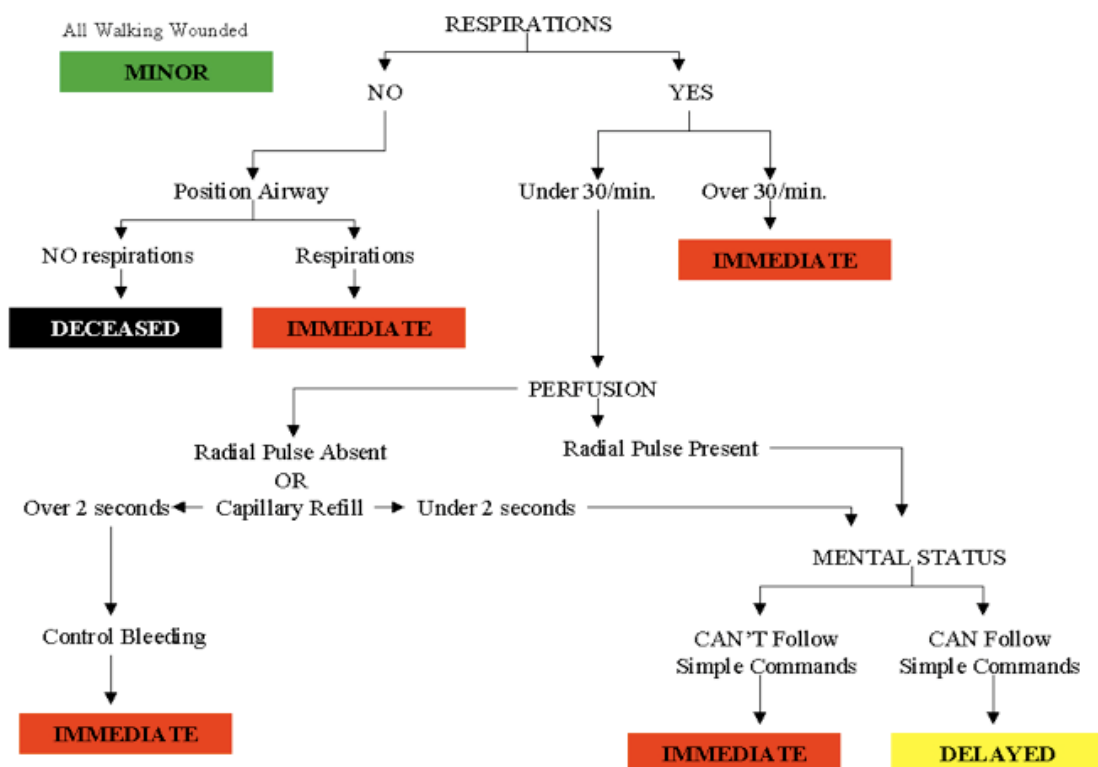
Рятувальники просять потерпілого виконати будь-яку просту дію. Якщо він адекватно реагує на їхні вказівки, він позначається жовтим кольором. Якщо потерпілий не реагує на оточуючих, його позначають червоним кольором, оскільки такий стан може бути небезпечним для життя.

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



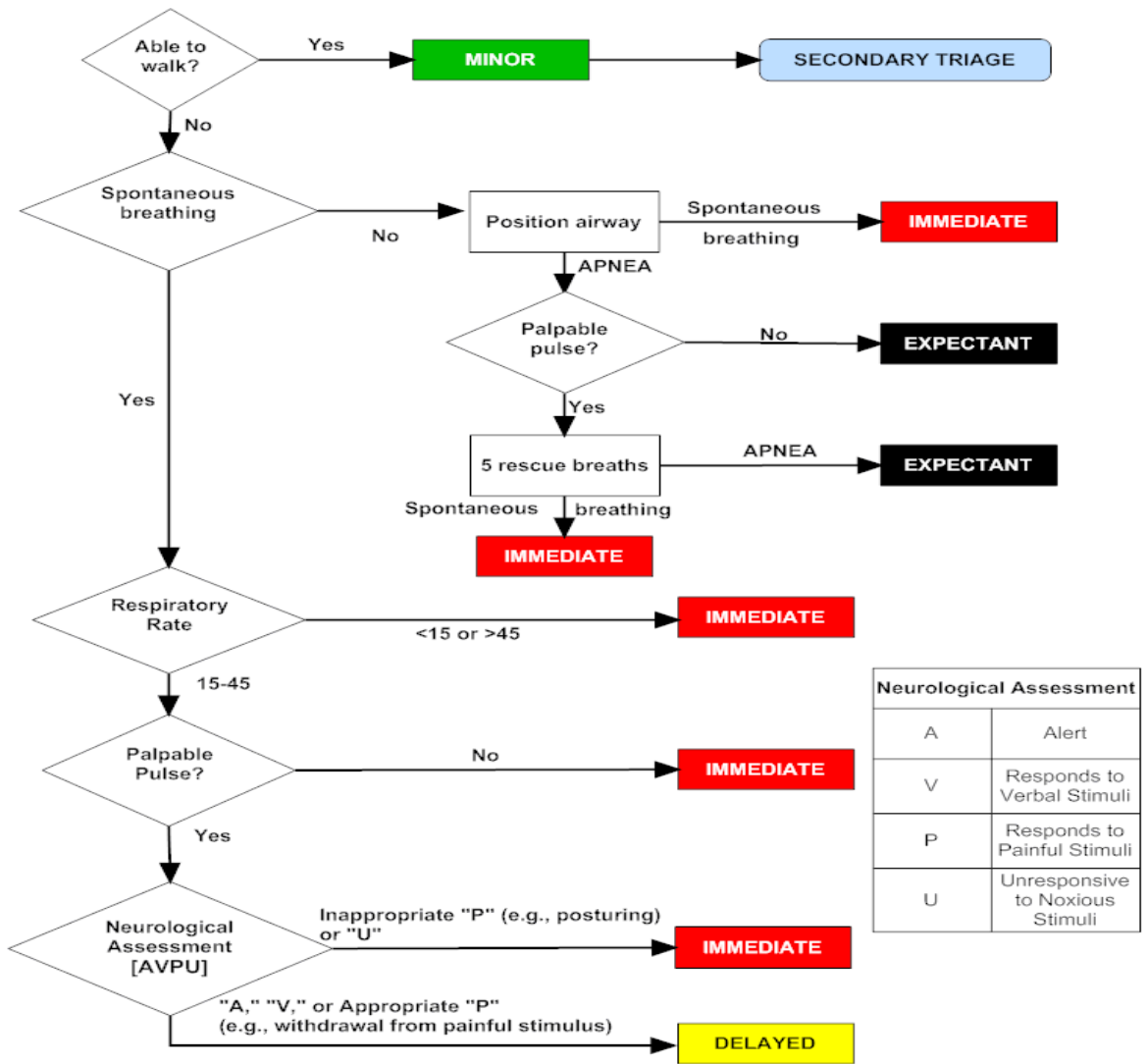
START Triage			
Assess, Treat, (use bystanders)			
When you have a color			
STOP - TAG - MOVE ON			
M I N O R	D E M O N S T R A T E	I M M E D I A T E	-- <i>Move Walking Wounded</i>
			-- No RESPIRATIONS after <i>head tilt</i>
			-- Breathing but UNCONSCIOUS
			-- Respirations - over 30
			-- Perfusion Capillary refill > 2 or NO RADIAL PULSE <i>Control bleeding</i>
			-- Mental Status Unable to follow simple commands
			-- Otherwise
		D E L A Y E D	
REMEMBER:			
Respirations - 30			
Perfusion - 2			
Mental Status - Can Do			

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.

JumpSTART Pediatric Multiple Casualty Incident Triage



Use JumpSTART if the Patient appears to be a child.

Use an adult system, such as START, if the patient appears to be a young adult.

Triage Categories	
<div style="background-color: black; color: white; padding: 2px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">EXPECTANT</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Black Triage Tag Color </div> <ul style="list-style-type: none"> Victim unlikely to survive given severity of injuries, level of available care, or both Palliative care and pain relief should be provided 	<div style="background-color: yellow; padding: 2px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">DELAYED</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Yellow Triage Tag Color </div> <ul style="list-style-type: none"> Victim's transport can be delayed Includes serious and potentially life-threatening injuries, but status not expected to deteriorate significantly over several hours
<div style="background-color: red; color: white; padding: 2px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">IMMEDIATE</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Red Triage Tag Color </div> <ul style="list-style-type: none"> Victim can be helped by immediate intervention and transport Requires medical attention within minutes for survival (up to 60) Includes compromises to patient's Airway, Breathing, Circulation 	<div style="background-color: green; color: white; padding: 2px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">MINOR</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Green Triage Tag Color </div> <ul style="list-style-type: none"> Victim with relatively minor injuries Status unlikely to deteriorate over days May be able to assist in own care: "Walking Wounded"

5. 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 перстнещитовидної 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 № 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.

6. 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

2. 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

3. 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).

4. 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.

7. СОРТУВАЛЬНА ПЛАТФОРМА

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

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

3. 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).

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

5. 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.

6. 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. .

8. 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.

2. 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.

3. 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.

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

5. 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.

6. 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.

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

8. 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.

9. 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.

2. 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).

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

4. 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.

5. 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.

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

7. 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.

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

9. 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.

15.ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ 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.

16. 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.

2. 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.

12. 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.

13. 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 метрадин 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;
- 2) відповідає за збереження життя та здоров'я бригад ШМД від впливу небезпечних факторів події, що спричинила масову аварію;
- 3) визначає небезпечну зону;
- 4) місце угруповання потерпілих, які можуть ходити і належать до «зелених» групи;
- 5) зона для проведення медичного сортування медичними працівниками;
- 6) зона розміщення медичного пункту - територія надання медичної допомоги, яка, як правило, є місцем групування постраждалих від "червоних" і "жовтих" групи;
- 7) 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;

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

9) вертолітний майданчик;

10) 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 порятунку людського життя. Їхня співпраця має принести користь постраждалій людині.

14. 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 деревку. Клейкий матеріал доцільно розстелити на ґрунті 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 МНС) МНС 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, нашійників 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 постраждали 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 унеможливорює 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.

15. 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.

2. 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.

3. 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 .

4. 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 променевої артерії. Якщо наповнення капілярів триває більше двох секунд або відсутній пульс на променевої артерії - контролювати зовнішню кровотечу (при необхідності зупинити) - пацієнт « червоний» . Якщо стан перфузії стабільний (наповнення капілярів менше двох секунд або присутній пульс на променевої 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⁻¹ 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. А 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 неходячих 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.

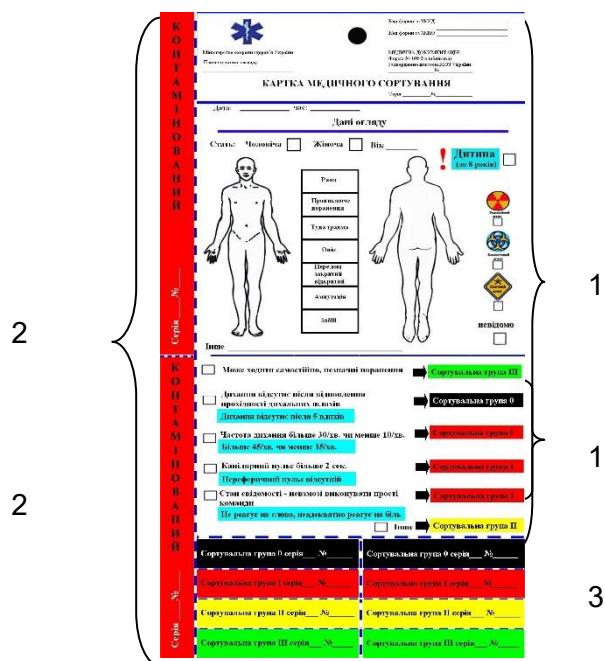
17. ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ТА ЗАПОВНЕННЯ КАРТКИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

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 здоров'я.

У разі госпіталізації потерпілого (хворого) медична картка 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. Картка має наскрізний отвір в середині верхньої частини, щоб її можна було закріпити на шії 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):

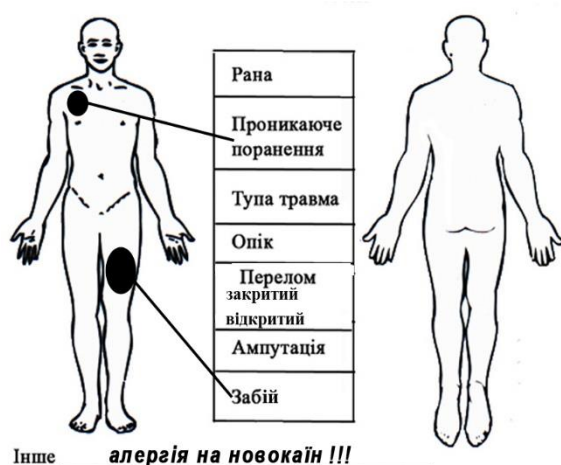
- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Автономна Республіка Крим =>> АРК | Миколаївська область =>> МИК |
| Вінницька область =>> ВНЦ | Одеська область =>> ОДЕ |
| Волинська область =>> ВЛН | Полтавська область =>> ПЛТ |
| Дніпропетровська область =>> ДНП | Рівненська область =>> РВН |
| Донецька область =>> ДОН | Севастополь =>> SEV |

Житомирська область =>> ЗЯР
Закарпатська область =>> ЗАП
Івано-Франківська область =>> МВФ

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

Сумська область =>> СУМ
Тернопільська область =>> ТЕР
Харківська область =>> Харківська
область
Херсонська область =>> Хр
Хмельницька область =>> Хме
Черкаська область =>> ЧРК
Чернівецька область =>> СРV
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 частину, 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.

Міністерство охорони здоров'я України
Найближчий заклад:

Блок форми на ЗС/Д
Блок форми на ЗСТ/О

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форми № 109/2-01 (обов'язкова)
Затверджено наказом МОЗ України № _____

КАРТКА МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

Дата: _____ Час: _____

Стать: Чоловіча Жіноча Вік: 45 _____

Дитина (до 8 років)

Рава
Проникаюче поранення
Тува травма
Опік
Перелом закритий/відкритий
Ампутація
Забій

Інше: алергія на пов'язки?

Може ходити самостійно, певначі поранення **Сортувальна група III**

Дихання відсутнє після відновлення прохідності дихальних шляхів **Сортувальна група 0**

Дихання відсутнє після 5 вдихів **Сортувальна група I**

Частота дихання більше 30/хв. чи менше 10/хв. **Сортувальна група I**

Більше 45/хв. чи менше 15/хв. **Сортувальна група I**

Капілярний пульс більше 2 сек. **Сортувальна група I**

Периферичний пульс відсутній **Сортувальна група I**

Стан свідомості - неможливо виконувати прості команди **Сортувальна група I**

Не реагує на слова, неадекватно реагує на біль **Сортувальна група II**

Інше **Сортувальна група II**

Сортувальна група 0 Серія № _____
Сортувальна група I Серія № _____
Сортувальна група 0 Серія № _____

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.

	<p>3. Частота дихання (<i>дали</i> — ЧД) менше 10 за 1 хв.</p> <p>4. Виражена дихальна недостатність або центральний ціаноз.</p> <p>5. Артеріальний тиск нижче 80 мм рт.</p> <p>6. Рейтинг за ШКГ менше 9 балів.</p> <p>7. Час наповнення капілярів ≥ 3 с, за наявності інших ознак (клінічних станів) з цієї категорії.</p> <p>8. Масивна зовнішня кровотеча, що триває.</p> <p>9. ЧСС (<i>дали</i> - ЧСС) < 50 або > 150/хв.</p> <p>10. Судоми, що тривають.</p> <p>11. Гіпоглікемія.</p> <p>12. Поєднання щонайменше двох із цих ознак:</p> <ul style="list-style-type: none"> • порушення психічного стану; • ригідність м'язів шиї; • переохолодження або лихоманка; • головний біль. <p>13. Високий ризик травмування*.</p> <p>14. Отруєння/використання або контакт з небезпечними хімічними речовинами без відповідного захисного обладнання*.</p> <p>15. Загроза втрати кінцівки*.</p> <p>16. Укус змії.</p> <p>17. Внутрішньовенне передозування (наприклад,</p>	<p>ознак (клінічних станів) з цієї категорії.</p> <p>4. Слабкий і частий пульс.</p> <p>5. Масивна крововтрата.</p> <p>6. Холодні кінцівки, блідість, мармуровість.</p> <p>7. Дихальна недостатність.</p> <p>8. Будь-які два з цих знаків:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сонливість; • запалі очі; • знижений тургор шкіри; • зневоднення. <p>9. Судоми на момент госпіталізації.</p> <p>10. Порушення свідомості (сплутаність свідомості, марення, неспокій, постійна дратівливість або сонливість) з ригідністю м'язів шиї , переохолодження або лихоманка</p> <p>11. Гіпоглікемія (якщо підтверджена).</p> <p>12. Насичення O_2 капілярної крові $\leq 90\%$.</p> <p>13. ШКГ ≤ 12 балів.</p> <p>14. Вік до семи діб і менше незалежно від життєвих показників.</p> <p>15. Вік до двох місяців за умови температури тіла ≥ 36 °C або ≥ 39 °C.</p> <p>16. Високий ризик травм*.</p> <p>17. Загроза втрати кінцівки/органу зору.</p> <p>18. Гострий біль в ячках/мошонці або пріапізм.</p> <p>19. Укус змії.</p> <p>20. Використання небезпечних хімікатів.</p>
--	---	---

*Детальний опис критеріїв наведено в додатку 1 до Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування пацієнтів різних вікових груп у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги», затвердженого наказом МОЗ від 03.02. 2022 р. № 210 (*дали* – Стандарт).

	<p>сильнодіючих речовин, наркотиків тощо), що супроводжується непритомністю та/або гіповентиляцією.</p> <p>18. Агітація або агресивна поведінка, що становить загрозу для себе та/або оточення (гострі психічні розлади).</p> <p>19. Вагітні з такими симптомами (хоча б один):</p> <ul style="list-style-type: none"> • масивна кровотеча; • сильний біль в черевній порожнині; • судоми або порушення (зміна) свідомості; • сильний головний біль; • АТ Сист. ≥ 160 мм рт.ст. ст. або АТ діаст. ≥ 110 мм рт.ст. ст.; • активні пологи; • травма 	<p>21. Вагітна (критерії подібні до дорослих).</p> <p>22. Патологічні показники життєдіяльності **.</p> <p>23. Раптова зупинка кровообігу, у тому числі під час госпіталізації такого хворого бригадою ЕМД.</p> <p>24. Встановлено діагноз, що вимагає негайного хірургічного втручання</p>
<p>Категорія 2 (помаранчевий)</p>	<p>1. Ризик порушення прохідності дихальних шляхів (стридор або слинотеча з дистресом).</p> <p>2. Будь-який набряк/набряк у роті, горлі або шиї.</p> <p>3. Блювота або постійна діарея.</p> <p>4. Недавня втрата свідомості.</p> <p>5. Гострий біль у грудній клітці, можливо серцевого характеру, або в черевній порожнині.</p>	<p>1. Сильний біль (7-10 за шкалою болю).</p> <p>2. Оцінка за ШКГ — 13 або 14 балів.</p> <p>3. Патологічні значення життєво важливих параметрів (відповідно до показників, наведених у додатку)**.</p> <p>4. Ознаки компенсованого шоку.</p> <p>5. Насичення крові $\leq 92\%$.</p> <p>6. Ризик обструкції дихальних шляхів.</p>

** Детальний опис критеріїв наведено в додатку 2 до Стандарту.

<p>6. ЕКГ з ознаками гострої ішемії (за наявності).</p> <p>7. Ознаки інсульту.</p> <p>8. Гостра вогнищева неврологічна симптоматика.</p> <p>9. Різке порушення зору.</p> <p>10. Сильний біль (за відсутності критеріїв першої категорії).</p> <p>11. Зміна психічного стану або збудження (за відсутності ознак першої категорії).</p> <p>12. Оцінка за ШКГ — 12 балів і менше.</p> <p>13. Нездатність ковтати тверду їжу або рідину.</p> <p>14. Виражена загальна слабкість.</p> <p>15. Нові висипання на шкірі, що динамічно прогресують протягом кількох годин (за відсутності критеріїв I категорії).</p> <p>16. Візуально помітна посттравматична деформація кінцівки.</p> <p>17. Відкритий перелом.</p> <p>18. Встановлено діагноз, що потребує термінового оперативного втручання.</p> <p>19. Згвалтування.</p> <p>20. Гострий біль в яєчках/мошонці або пріапізм.</p> <p>21. Вагітність (за відсутності ознак першої категорії).</p> <p>22. Підозра на сепсис, наявність фебрильної нейтропенії, гарячка з млявістю.</p>	<p>7. Будь-які набряки/пухлини в роті, горлі або шиї.</p> <p>8. Наявність свистячих аускультативних явищ за відсутності критеріїв першої категорії.</p> <p>9. Постійна блювота.</p> <p>10. Постійна діарея.</p> <p>11. Нездатність ковтати рідку або тверду їжу.</p> <p>12. Виражена блідість (за відсутності критеріїв I категорії).</p> <p>13. Зневоднення.</p> <p>14. Порушення свідомості: сплутаність свідомості, неспокій, постійна дратівливість або сонливість.</p> <p>15. Вік дитини від восьми днів до шести місяців.</p> <p>16. Порушення харчування з видимим вираженим схудненням або набряком обох нижніх кінцівок.</p> <p>17. Травма/опіки (за відсутності критеріїв I категорії).</p> <p>18. Сексуальне насильство.</p> <p>19. Встановлено діагноз, що потребує термінового оперативного втручання.</p> <p>20. Вагітність (за відсутності ознак першої категорії).</p> <p>21. Головний біль (за відсутності ознак першої категорії).</p> <p>22. Травми/стани, що вимагають моніторингу або профілактики (наприклад, укуси тварин).</p> <p>23. Нові висипання протягом годин (без критеріїв почервоніння)</p>
--	--

		<p>23. Надзвичайні стани з підвищеним ризиком: вживання отруйних речовин, укуси отруйних комах, тварин тощо.</p> <p>24. Сильний біль (оцінка за шкалою болю — 7-10)</p>	
Категорія (жовтий)	3	<p>1. Гостра гіпертонічна хвороба.</p> <p>2. Кровотеча з помірною крововтратою, яка не має ознак продовження.</p> <p>3. Помірна дихальна недостатність.</p> <p>4. Періодична блювота.</p> <p>5. Зневоднення.</p> <p>6. Стан після нападів.</p> <p>7. Підозра на сепсис при стабільному стані.</p> <p>8. Гострий біль.</p> <p>9. Травми кінцівок без деформації та ознак потенційної втрати кінцівки.</p> <p>10. Пацієнти з розладами поведінки, які можуть завдати шкоди собі або агресивні по відношенню до інших</p>	<p>1. Помірний біль (оцінка за шкалою болю — 4-6).</p> <p>2. Незначна контрольована кровотеча.</p> <p>3. Порушення показників життєдіяльності за віком**.</p> <p>4. Втрата свідомості в анамнез</p>
Категорія (синій)	4	<p>1. Незначна контрольована кровотеча.</p> <p>2. Аспірація стороннього тіла без порушення дихання.</p> <p>3. Травма грудної клітки без переломів ребер і дихальних розладів.</p> <p>4. Легкі травми голови без порушення свідомості та координації.</p> <p>5. Біль середньої інтенсивності.</p> <p>6. Періодична блювота або діарея без зневоднення.</p>	<p>1. Слабкий біль (оцінка за шкалою болю — 1-3).</p> <p>2. Хвороба триває < 48 годин</p>

		<p>7. Попадання в око рідини або стороннього тіла без порушення зору та ознак проникнення.</p> <p>8. Легкі травми кінцівок (розтягнення, прості переломи, неускладнені рани з нормальні вітальні параметри).</p> <p>9. набряк, еритема ділянок суглобів.</p> <p>10. наявність психічних розладів у пацієнта без ризику для персоналу відділення або супроводжуваних осіб</p>	
Категорія (зелений)	5	<p>1. Легкий біль без факторів ризику.</p> <p>2. Незначні симптоми захворювань.</p> <p>3. Дрібні травми, порізи.</p> <p>4. Хворі на хронічні захворювання та їх загострення без ознак попередніх категорій</p>	Медична проблема триває > 48 годин без ознак вищої категорії

Примітка . Відповідно до таблиць 2 і 3 Стандарту.

17. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Організація ЕМД в Україні.
2. Організаційна структура, основні завдання та функції центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.
- 3 . Ергономічні принципи в роботі бригади (при роботі в приміщенні, на вулиці), робота в бригаді.
4. Надання медичної допомоги при первинному огляді. Визначити подальшу тактику на місці події.
5. Завдання вторинної експертизи. Показання до повторного огляду на місці події та під час евакуації. Вторинний огляд (ABCDE) потерпілого.
6. Прохідність дихальних шляхів при травмі шийного відділу хребта.
7. Ревізія та очищення порожнини рота ручними та апаратними методами.

8. Використання альтернативних методів забезпечення режиму дихальних шляхів за допомогою ларингеальної маски, ларингеальної трубки, комбітуба.
9. Симптоми часткової та повної непрохідності дихальних шляхів стороннім тілом, методи її відновлення. Маневр Геймліха.
10. Показання та техніка конікопунктури та конікотомії.
11. Алгоритм дій бригади швидкої медичної допомоги при ДТП.
12. Загальні принципи дезінтоксикаційної терапії на догоспітальному етапі. Використання антидотів.
13. Порядок дій бригади швидкої медичної допомоги в МРП.
14. Первинне медичне сортування за системою СТАРТ.
15. Сортування браслетів і бірок.
16. Групи постійної готовності, спеціалізовані групи постійної готовності другої черги, мобільні «польові» групи, їх формування та завдання.
17. Роль відділень невідкладної допомоги багатопрофільних лікарень в оптимізації надання медичної допомоги при масовому травматизмі.

18. ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Якими кольорами позначено сортувальні категорії постраждалих?

- A. Червоний, жовтий, зелений, темно-фіолетовий, чорний
- B. Червоний, жовтий, синій, зелений, чорний
- C. Червоний, жовтий, зелений, білий, чорний
- D. Червоний, оранжевий, зелений, темно-фіолетовий, чорний
- E. Червоний, жовтий, зелений, темно-фіолетовий, оранжевий

2. За якими критеріями визначаються сортувальні категорії потерпілих?

- A. Свідомість, дихання, кровообіг
- B. Кровотечі, переломи, дихання
- C. Свідомість, кровотеча, опіки
- D. Біль, кровообіг, активні рухи
- E. Біль, дихання, пасивні рухи

3. Яка кількість балів за шкалою Glasgow у червоній категорії сортування?

- A. 10 і менше
- B. 8 і менше
- C. 12 і менше

- D. 6 і менше
- E. 14 і нижче

4. Яка кількість балів за шкалою Glasgow у жовтій категорії сортування?

- A. 14-11
- B. 13-10
- C. 12-9
- D. 11-8
- E. 9-7

5. Яка кількість балів за шкалою Glasgow у категорії зеленого сортування?

- A. 15
- B. 14-13
- C. 13-12
- D. 12-11
- E. 11-10

6. Яка частота дихання за 1 хв. у жертвах червоної категорії сортування?

- A. Менше 10 або більше 30
- B. Менше 15 або більше 45
- C. Менше 20 або більше 40
- D. Менше 5 або більше 20
- E. Менше 6 або більше 24

7. Яка частота дихання за 1 хв. у жертви жовтої категорії сортування?

- A. Не менше 8 і не більше 30
- B. Не менше 12 і не більше 20
- C. Не менше 10 і не більше 28
- D. Не менше 14 і не більше 30
- E. Не менше 13 і не більше 25

8. Яке дихання жертв категорії зеленого сортування?

- A. Без порушення
- B. Тахіпное
- C. Брадипное

- D. Задишка
- E. Куссмауль

9. Яка тривалість у секундах капілярного пульсу та характеристика периферичного пульсу у постраждалих категорії червоного сортування?

- A. Капіляр більше 2 сек., периферичний відсутній
- B. Капіляр менше 2 сек., периферичний відсутній
- C. Капіляр більше 2 сек., присутні периферичні
- D. Капіляри більше 3 с, присутні периферичні
- E. Капіляр більше 4 сек., периферичний відсутній

10. Яка тривалість капілярного пульсу та характеристика периферичного пульсу у потерпілих категорії жовтого сортування?

- A. Капіляр менше 2 с, периферичний пульс присутній
- B. Капіляр менше 2 сек., периферичний відсутній
- C. Капіляр менше 3 сек., периферичний відсутній
- D. Капіляр менше 4 с, периферичний присутній
- E. Капіляр менше 5 сек., присутні периферичні

11. На якому етапі медичного сортування жертвам надягають сортувальний браслет?

- A. До першого
- B. До другого
- C. До третього
- D. Четвертий
- E. П'ятий

12. На якому етапі медичного сортування заповнюється карта медичного сортування?

- A. До другого
- B. До першого
- C. До третього
- D. Четвертий
- E. П'ятий

13. Принаймні якого розміру має бути зона сортування?

- A. 25 *15 м
- B. 20 *15 м
- C. 25 -10 м

- D. 20 -20 м
- E. 25 *25 м

14. Принаймні якого розміру має бути сортувальна тканина?

- A. 6 *4,5 м
- B. 8 * 6,5 м
- C. 7 * 5,5 м
- D. 6*6,5м
- E. 7 * 4,5 м

15. Де проводиться перший етап медичного сортування?

- A. На сірому полотні
- B. На білому полотні
- C. На червоному полотнищі
- D. На жовтій тканині
- E. На зеленій тканині

16. На якому етапі медичного сортування потерпілим надається основний обсяг медичної допомоги?

- A. До другого
- B. До першого
- C. До третього
- D. Четвертий
- E. П'ятий

17. Яка орієнтовна кількість бригад ЕМД потрібна для трьох постраждалих?

- A. Два
- B. Три
- C. Чотири
- D. Один
- E. П'ять

18. Яка орієнтовна кількість бригад ЕМД потрібна для п'яти постраждалих?

- A. Три
- B. Два
- C. Чотири
- D. П'ять

Е. Шість

19. Яка орієнтовна кількість бригад ЕМД потрібна для десяти постраждалих?

- А. П'ять
- В. Шість
- С. Сім
- Д. Вісім
- Е. Дев'ять

20. Яка орієнтовна кількість бригад ЕМД потрібна для 50 постраждалих?

- А. Принаймні 20%
- В. Принаймні 15%
- С. Принаймні 25%
- Д. Принаймні 30%
- Е. Принаймні 40%

21. Який вид медичного сортування проводять рятувальники МНС?

- А. Вступ
- В. Первинний
- С. Попередній
- Д. Розрахунковий
- Е. Домедичне

22. Хто визначає небезпечну зону в центрі масового враження?

- А. Керівник рятувальної операції
- В. Поліція
- С. Лікар БЕМД
- Д. Представник місцевої влади
- Е. Начальник центру ЕМД та МК

23. Хто визначає зону медичного сортування на місці масової катастрофи?

- А. Керівник рятувальної операції
- В. Начальник центру ЕМД та МК
- С. Лікар БЕМД
- Д. Поліція
- Е. Представник місцевої влади

24. Хто при медичному сортуванні несе відповідальність за життя, здоров'я та вторинні ушкодження потерпілих, які виникли під час їх переміщення з зони ураження?

- A. Керівник рятувальної операції
- B. Начальник центру ЕМД та МК
- C. Лікар БЕМД
- D. Поліція
- E. Представник місцевої влади

25. Хто проводить евакуаційне сортування постраждалих при масовому ударі?

- A. Лікарі бригад ЕМД
- B. Керівник рятувальної операції
- C. Начальник центру ЕМД та МК
- D. Лікарі лікарні
- E. Сімейні лікарі

26. Що визначається в першу чергу при проведенні медичного сортування за системою СТАРТ ?

- A. Здатність ходити
- B. Свідомість
- C. Дихання
- D. Кровообіг
- E. Puls

27. Яка облікова медична форма заповнюється на кожного потерпілого від масового ураження?

- A. Медична сортувальна картка
- B. Картка медичного сортування
- C. Допомога медичного сортування
- D. Висновок медичного сортування
- E. Висновок медичного сортування

ВІДПОВІДІ: 1.А; 2.А; 3.А; 4.А; 5.А; 6.А; 7.А; 8.А; 9.А; 10.А; 11.А; 12.А; 13.А; 14.А; 15.А; 16.А; 17.А; 18.А; 19.А; 20.А; 21.А; 22.А; 23.А; 24.А; 25.А; 26.А; 27.А.

19. СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ

Завдання №1

Епіцентр землетрусу придавило уламками зруйнованої будівлі. Витягнув через 12 годин. Об'єктивно: збуджений, погано орієнтується в навколишньому. Пульс 88 ударів за хвилину, синьо-багряні плями на зовнішній поверхні стегон і гомілок. Рухи в колінних і гомілковостопних суглобах відсутні.

Завдання №2

Під час землетрусу він впав і вдарився головою. Через 2 години після поранення прийшов до тями. Скаржитися на головний біль, запаморочення. Об'єктивно: загальмованість, загальний стан середньої важкості. Пульс 64 удари в хвилину. АТ-135/90 мм рт.ст. Зіниці рівномірно звужені, реакція на світло жива. Корнеальний рефлекс збережений. Визначається згладжування лівої носогубної складки, відхилення язика вліво, ністагм.

Завдання №3

Годину тому він був поранений осколками скла. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Шкіра бліда. Пульс 80 ударів в хвилину, задовільних властивостей. Артеріальний тиск - 115/70 мм.рт.ст. На передній поверхні лівої гомілки в середній третині рана. Ліве стегно перетягували ременем. Коли ремінь послаблюється, кровотеча посилюється.

Завдання №4

Епіцентр землетрусу був поранений осколками скла. Стан важкий. Шкіра бліда. Краплі поту на обличчі. спрага позіхати. Пульс 140 ударів за хвилину, слабкий. АТ-80/55 мм рт.ст. В середній третині лівого плеча кровоточить рана. Пульсація на лівій променевої артерії не визначається. Патологічної рухливості в ділянці лівого плеча немає.

Завдання №5

В епіцентрі землетрусу він отримав гостре проникаюче поранення лівої половини грудної клітки. Об'єктивно: стан важкий, положення напівсидяче, шкіра бліда, виражений ціаноз губ, кистей. Дихання часте, утруднене. У рану засмоктується повітря. Пульс 130 ударів за хвилину, слабого наповнення і напруги. Артеріальний тиск - 70/45 мм.рт.ст.

Завдання №6

Його придушила дах будівлі в центрі землетрусу. Витягли з-під завалів. Права гомілка перебувала під бетонною балкою 4 години. Об'єктивно: шкіра бліда. Пульс 84 удари в хвилину. Артеріальний тиск - 120/65 мм.рт.ст. Помірний набряк правої гомілки, подряпини та окремі сині плями на шкірі. Пульсація периферичних артерій ослаблена.

Завдання №7

В епіцентрі стихійного лиха він отримав проникаюче поранення живота. Об'єктивно: стан важкий. Блідий, адинамічний. В рані видно петлі кишківника. Живіт напружений. Пульс 140 ударів за хвилину, слабкого наповнення і напруги. Артеріальний тиск - 80/50 мм.рт.ст.

Завдання №8

Під час землетрусу він впав із 7-метрової висоти. Об'єктивно: права нижня кінцівка ротована назовні, вкорочена, в середній третині стегна помітна кутова деформація. При пальпації виявляється болючість і патологічна рухливість в середній третині стегна. Активні рухи в кінцівці відсутні.

Завдання №9

Витягли через 4 години з-під завалів зруйнованої будівлі. Ліву руку розчавило плитою перекриття. Об'єктивно: набряк лівого передпліччя та кисті, подряпини шкіри, окремі плями синього кольору. Пульсація променевої артерії ослаблена. Пульс 82 удари в хвилину. Артеріальний тиск - 115/70 мм.рт.ст.

Завдання №10

Поранений залізним предметом у центрі стихійного лиха. Об'єктивно: блідий. Пульс 150 ударів за хвилину, слабкого наповнення і напруги. АТ-75/55 мм рт.ст. В ділянці правої сідниці рана з нерівними краями. Рана заповнена згустками і помірно кровоточить.

Завдання №11

В епіцентрі лиха він впав з 5-метрової висоти на залізну трубу. Об'єктивно: стан важкий, задишка, ціаноз губ, кистей, кровохаркання. Дихання справа в ділянці V-VI ребер позаду подряпина діаметром до 15 см. Дихання з правого боку аускультативно не вислуховується - дихання везикулярне, численні сухі та вологі хрипи. Тони серця глухі. Пульс 130 ударів за хвилину. Артеріальний тиск - 75/40 мм.рт.ст.

Завдання №12

Був поранений у ліве стегно. Об'єктивно: блідий, пульс 115 уд./хв. , АТ - 95/50 мм.рт.ст. На передній поверхні лівого стегна в середній третині рани з нерівними краями, м'які тканини набряклі. Рана забруднена землею. У глибині рани видно уламки кісток. Кровотеча помірна.

Завдання №13

В епіцентрі землетрусу зруйнована ємність з отруйною речовиною. Поранений осколком контейнера в ліву гомілку. Скарги на біль в очах, зниження зору, слизові виділення з носа, відчуття стискання в грудній клітці та дизентерію. Об'єктивно: збуджений, вкритий потом. Пульс 48 ударів за хвилину. Артеріальний тиск - 85/50 мм.рт.ст. У верхній третині лівої гомілки рвана рана розміром 3х6 см. Фібриляція м'язів в рані. Помірна кровотеча.

Завдання №14

В осередку стихії він отримав травму правого колінного суглоба. Об'єктивно: значна кровотеча. Уламки кістки в рані. Артеріальний тиск - 70/40 мм.рт.ст. Пульс 156 ударів за хвилину. Шкіра бліда. Пульсація периферичних судин не визначається.

Завдання №15

Поранений у праву половину грудної клітини. Скарги на біль у правій половині грудної клітки, утруднене дихання, виділення крові при кашлі. Об'єктивно: обличчя та губи ціанотичні. В ділянці V та VI ребер справа рана розміром 5х8 см. Під час вдиху чути звук всмоктування повітря . Кількість вдихів - 40 в хвилину. Пульс 140 ударів за хвилину. Артеріальний тиск 70/50 мм.рт.ст.

Завдання №16

Витягли з-під завалів у центрі стихійного лиха. Об'єктивно: стан важкий, блідий, загальмований. Обличчя вкрите липким потом. Пульс 150 ударів в хвилину. Артеріальний тиск - 75/40 мм.рт.ст. В ділянці правого підребер'я подряпина, капілярна кровотеча . Живіт напружений, болючий при пальпації. При перкусії в холодних місцях визначається притуплення, яке зміщується при зміні положення. Симптом Штткіна-Блумберга позитивний.

Завдання №17

В осередку землетрусу нижні кінцівки розчавило бетонним блоком. Витягли з-під завалів через 20 год. Об'єктивно: загальмований. Порушується

орієнтація в навколишньому середовищі. Пульс 90 ударів за хвилину, слабкого наповнення і напруги. Нижні кінцівки набряклі, шкіра синьо-багряна. Рухи в суглобах нижніх кінцівок відсутні. Відсутність сечовипускання.

Завдання №18

У центрі стихійного лиха його зі спини придавило балкон, що впав. Після звільнення він не міг встати. Скарги на оперізуючий біль у поперековій ділянці. Об'єктивно: пульс 96 ударів за хвилину. Артеріальний тиск - 120/65 мм.рт.ст. Відсутні активні рухи в нижніх кінцівках. Відзначається зниження тактильної і больової чутливості на нижніх кінцівках і в промежині. Остисті відростки III- I V поперекових хребців виступають, болючі при пальпації. Сечовий міхур збільшився в розмірах. Позивів до сечовипускання немає.

Завдання №19

20 хвилин тому в осередку стихії отримав поранення в праву половину грудей. Об'єктивно: стан важкий, блідий. Обличчя ціанотичне. У V міжребер'ї справа по середньоключичній лінії рана розміром 2x2 см, закрита згустком крові. Тони серця різко приглушені. Межі відносної серцевої тупості розширені. Пульс 34 удари в хвилину, слабкого наповнення і напруги. Артеріальний тиск – 53/30 мм рт.

Завдання №20

Витягли з-під завалів у самому центрі стихійного лиха. Отримав непроникаюче поранення живота. Скарги на болі в животі. Об'єктивно: стан задовільний. Пульс 52 удари в хвилину. Артеріальний тиск - 135/75 мм.рт.ст. На передній стінці живота в підчеревній ділянці справа рана 7x4 см. У рані видно м'язи. З рани невелика кровотеча. Живіт м'який, помірно болючий. Симптомів подразнення очеревини немає.

Завдання №21

В осередку стихійного лиха знищено ємність з хімічною речовиною. Потерпілий скаржить на запаморочення, шум у вухах, пульсацію у скронях, сильний біль у ділянці серця. За 10 хвилин до цього він відчув запах гіркої мигдалю. Об'єктивно: шкіра червона. Розширені зіниці, екзофтальм. Пульс 50 ударів за хвилину. Артеріальний тиск - 140/80 мм.рт.ст.

Завдання №22

У центрі стихійного лиха знаходиться знищена ємність з отруйною речовиною. Об'єктивно: стан важкий. Без свідомості. Тоніко-клонічні судоми.

Ціаноз. Зіниці різко звужені. Значне виділення слизу з носа і рота. Пульс 48 ударів за хвилину. Артеріальний тиск 90/50 мм.рт.ст. Дихання рідкісне, поверхневе.

Завдання №23

Поранений осколками скла в центрі землетрусу. Об'єктивно: стан важкий. Шкіра бліда. Краплі поту на обличчі. позіхати. спрага Пульс 150 ударів в хвилину. Артеріальний тиск 70/40 мм.рт.ст. У верхній третині лівого передпліччя рана 2x4 см. Значна кровотеча. Пульсація на променевої артерії не визначається.

Завдання №24

Витягли з-під завалів зруйнованої будівлі. Поранення лівої половини тазу. Об'єктивно: стан важкий. Блідість, адинамія. Пульс 140 ударів за хвилину. На задній поверхні крила лівої клубової кістки рана 1x1,5 см, рвана 3x4 см над лобковим симфізом. З рани виділяється кров разом із сумішшю сечі та калу. При перкусії в лівій клубовій ділянці визначається тупість. М'язи живота в нижніх відділах напружені. Симптом Штткіна-Блюмберга позитивний. Не може сечуватися.

Завдання №25

Витягли з-під завалів у самому центрі стихійного лиха. Уражена ліва гомілка. Об'єктивно: стан важкий. Блідий. адинамія. Пульс 135 ударів за хвилину, слабкого наповнення. Артеріальний тиск - 70/40 мм.рт.ст. Дистальний відділ гомілки з'єднується з проксимальним тонким шкірно-м'язовим клаптем. З рваної рани виступає уламок проксимального уламка великогомілкової кістки. Кровотеча.

Завдання №26

Витягли з-під завалів зруйнованої будівлі. Скарги на біль у правій половині таза. Об'єктивно: блідий, загальмований. Пульс 130 ударів за хвилину, слабкого наповнення. Артеріальний тиск - 70/40 мм.рт.ст. Права нижня кінцівка ротована назовні, самостійно не піднімається. При пальпації болісний у ділянці лобкової та сідничної кісток, крижово-клубового суглоба. Живіт напружений, помірно здутий, пальпується збільшений сечовий міхур. Навколо зовнішнього отвору уретри спостерігаються сліди крові.

Завдання №27

Епіцентр лиха був у зоні пожежі. Під час загоряння одягу він отримав опіки обличчя, грудної клітки та обох верхніх кінцівок. Об'єктивно: шкіра обличчя, грудей, верхніх кінцівок гіперемована. Є ділянки з тонкими світло-коричневими струпами шириною до 3 долонь і численні місця пухирів, які відшаровуються.

Завдання №28

В осередку стихійного лиха постраждала від пожежі. На передній та задній поверхнях тіла залишки одягу, що згорів. Об'єктивно: опікова рана площею 7 долонь, має мозаїчний характер: ділянки шкіри з гіперемією та пухирями чергуються з ділянками зі світло- та темно-коричневими струпами. Пульс 150 ударів в хвилину. АТ – 80/60 мм рт.

Завдання №29

Через 2 години його витягли з-під завалів в осередку стихійного лиха. За цей час ліву ногу розчавило бетонним маршем. Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкіра бліда. Пульс 82 удари в хвилину. Артеріальний тиск - 120/70 мм.рт.ст. Місцево: помірний набряк лівої гомілки, на шкірі – подряпини та окремі сині плями. Пульсація периферичних артерій ослаблена.

Завдання №30

В осередку стихійного лиха він отримав поранення в ліву руку. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Ліве плече деформоване. Рвана рана середньої третини лівого плеча, кровоточить. Пульс 120 ударів за хвилину. Артеріальний тиск - 90/70 мм.рт.ст. Блідий, загальмований.

Завдання №31

В епіцентрі землетрусу праву нижню кінцівку розчавило уламками зруйнованої будівлі. Витягнув через 12 годин. Об'єктивно: стан важкий, блідий. Пульс 130 ударів за хвилину, слабкого наповнення і напруги. Праве стегно, гомілка, стопа різко набрякли. На шкірі стегна багато подряпин, синьо-багряні плями. Пульсація периферичних судин не визначається.

Завдання №32

Під час стихійного лиха дві години тому він отримав поранення черепа. Об'єктивно: без свідомості. У лобно-скроневій ділянці справа рана 2x3 см. Видно уламки кісток. Залишки блювотних мас у ротовій порожнині. Язик опускається. Дихання утруднене. Ціаноз губ. Пульс 48 ударів за хвилину.

Артеріальний тиск - 100/60 мм.рт.ст. Ригідність м'язів потилиці. Тонус правих кінцівок нормальний, ліві спадають, як батогом.

Завдання №33

В осередку лиха поранений у праву ногу. Об'єктивно: стан задовільний. Шкіра бліда. Пульс 90 ударів в хвилину, задовільних властивостей. Артеріальний тиск - 105/65 мм.рт.ст. На передній поверхні правої гомілки в середній третині рана 2х3 см. Деформації гомілки немає. Праве стегно ременем перетягнув сам. При ослабленні стрічки з'являється значна кровотеча.

Завдання №34

Його придавило плитою. Через 2 години його витягли з-під завалів. Скаржитися на болі внизу живота, неможливість підняти ноги. Об'єктивно: блідий. Пульс 110 ударів за хвилину. Артеріальний тиск - 100/40 мм.рт.ст. Живіт м'який, болючий у нижніх відділах. Сечовий міхур збільшений. При пальпації різкий біль і крепітація в ділянці лобкової та сідничної кісток. Він не може мочитися самотійно.

Завдання №35

Поранений в осередку лиха в праву сідницю. Об'єктивно: блідий, загальмований, пульс 150 уд./хв. Артеріальний тиск - 80/60 мм.рт.ст. В ділянці правої сідниці рана 8х6 см з нерівними краями, заповнена згустками крові, помірно кровоточить.

Завдання №36

У центрі стихійного лиха 4 години тому він отримав травму черепа. Об'єктивно: стан важкий. Без свідомості. Дихання частішає, хрипке, поверхнєве. Пульс ниткоподібний, 20 ударів за хвилину. Артеріальний тиск - 60/30 мм.рт.ст. Зіниці розширені. Реакція на світло в'яла. Атонія, арефлексія. Сеча виділяється мимоволі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Основні ресурси

1. Швед М.І., Гудима А.А., Геряк С. М. та ін Екстрена медична допомога: посібник – Тернопіль: ТДМУ, 2015 – 420 с.

2. Тарасюк В. С., Матвійчук М. В. Паламар М. В., Поляруш В. В., Королева Н. Д., Подолян В. М. Малик С. Л., Кривецька Н. В. Перша медична (невідкладна) допомога з елементами тактичної медицини на догоспітальному етапі при невідкладних станах. – К.: Медицина, 2015.

3. Екстрена медична допомога : підручник / [М.І.Швед, А.А.Гудима, С.М.Геряк та ін.] ; під ред.М.І.Швед. – Тернопіль : ТДМУ, 2015. – 420 с.

4. Долікарська допомога (алгоритми, маніпуляції): Методичний посібник / В. О. Крилюк, В. Д. Юрченко, А. А. Гудима та ін. – К.: НВП «Інтерсервіс», 2014. – 84 с.

5. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії: довідковий посібник / За ред. М. Мостового; Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. - 16-те вид., доповнене і перероблене. – К. : Центр державного земельного кадастру, 2014. – 679 с.

6. Екстрена медицина: швидка та невідкладна медична допомога / І. С. Зозуля, А. В. Вершигора, В. І. Боброва та ін.; під ред.І.С.Зозулі. –К.: ВСВ «Медицина», 2012. –728 с.

7. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

8. Наказ МОЗ України від 03 лютого 2022 р. № 210 Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування пацієнтів різних вікових груп у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги» .

Додаткові ресурси

1. Військова та клінічна токсикологія. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. М. М. Козака – Київ, 2007. – 376 с.

2. Довідник з надання медичної допомоги на догоспітальному етапі (за ред. І.С. Зозулі). Київ, —Здоров'я», 2004р.

3. Жебель В.М., Шапринський В.О., Гуменюк А.Ф., Лозінський С.Є. Перша допомога при надзвичайних ситуаціях. — Вінниця: Дело, 2005.

4. Невідкладні стани в ендокринології: навч. - метод. посібник (М.В. Власенко, А.В. Паламарчук, В.С. Вернигородський та ін.) – К.: РВХ «ФЕРСЗ», 2010. – 104с.

5. Невідкладні стани в медицині / За ред. професора Малого В. П. — Вінниця, 2000.

6. Невідкладна медична допомога. Під ред. Ф. С. Глумчера, В. Ф. Москаленка К.: —Медицина|| - 2006. - 632 с.

7. Наказ МОЗ від 18.05.2012 № 366 «Загальні вимоги до проведення медичного сортування на догоспітальному етапі та в приймальних відділеннях (відділеннях екстреної медичної допомоги) закладів охорони здоров'я».

Інформаційні ресурси

1. Національна бібліотека імені В. І. Вернадського - www.nbuv.gov.ua.
2. Державна служба України з надзвичайних ситуацій - www.dsns.gov.ua.
3. МОЗ України - <http://www.moz.gov.ua>.
4. [dn_20190605_1269](#) (pdf, 99 КБ)
5. [dn_20190605_1269_dod](#) (pdf, 2 МБ)
6. https://moz.gov.ua/uploads/2/12737-dn_20190605_1269_dod.pdf
7. http://lib.sumdu.edu.ua/library/DocumentView?doc_id=717010
8. http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2015_916_MA/2015_916_YKPMDD_MA.pdf
9. <https://gmka.org/uk/pervynnyj-oglyad-ta-nadannya-dopomogy/>

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Олійник Ольга Євгенівна
Матвєєнко Марія Сергіївна

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ

Методичні рекомендації для підготовки до практичних занять
для здобувачів вищої медичної освіти 5-го року навчання
з дисципліни «Екстрена та невідкладна медична допомога»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 18.06.2024. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 4,12. Обсяг 1,376 Мб. Зам. № 169/24.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009

Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна