УДК 614.88+355.24.001.2
ББК 51.1+68.69

<https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.6.2021.283>

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ (76.15/201.15)

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ (ВІЙСЬК) ПІД ЧАС
НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ (БОЙОВИХ ДІЙ)

Установа-розробник:
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Рекомендовано до друку вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Протокол № 5 від 13 травня 2015 р.

Укладачі:
Вороненко Ю. В., академик НАМН України, доктор медичних наук, професор;
Шекера О. Г., академик НАН ВО України, доктор медичних наук, професор, полковник медичної служби;
Лурін І. А., член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор, генерал-майор медичної служби;
Вербка А. В., кандидат медичних наук, генерал-майор медичної служби;
Бадюк М. І., доктор медичних наук, професор, полковник медичної служби;
Толстанов О. К., член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор;
Рошин Г. Г., доктор медичних наук, професор;
Євтушенко В. В., кандидат наук з державного управління.

Рецензенти:
Заруцький Я. Л., начальник кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії; полковник медичної служби, доктор медичних наук, професор
Зозуля І. С., проректор з наукової роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор

Рік видання: 2015

Видавець: Заславський О.Ю.

Запропоновані методичні рекомендації мають на меті інформувати різні категорії медичних працівників Збройних Сил України та Міністерства охорони здоров'я України щодо порядку лікувально-евакуаційного забезпечення військ і населення під час бойових дій.

ЗМІСТ

	Стор
Глосарій	216
Вступ	216
1. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення військ	217
1.1. Поняття і зміст лікувально-евакуаційного забезпечення військ	217
1.2. Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи	217
1.3. Етап медичної евакуації, завдання, вимоги до розгортання та принципова схема його розгортання	219
1.4. Види та обсяг медичної допомоги	222
1.5. Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих	225
1.6. Медична евакуація. Санітарно-транспортні засоби, які використовуються для евакуації поранених і хворих	228

2. Особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення	231
2.1. Особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення під час НС	231
2.2. Особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення бойових дій під час АТО	232
2.3. Особливості оперативного розгортання медичних підрозділів частин і закладів	234
3. Додаток: Витяг з Інструкції щодо заповнення облікової форми медичної документації для цивільного населення № 109-2/о «Картка медичного сортування»	235

ГЛОСАРІЙ

Військовослужбовець — це одна з категорій трудових ресурсів, яка зобов'язана виконувати свої військові функціональні обов'язки

Військово-медична служба — спеціальна організація, яка включає медичні підрозділи, частини, заклади, об'єднання та органи управління, призначені для медичного забезпечення війська (сил) в мирний та воєнний час

Вид медичної допомоги — перелік (стандарт) лікувально-профілактичних заходів, які проводяться при пораненнях і захворюваннях особовим складом військ та медичною службою на полі бою, в осередках масових санітарних втрат та в лікувальних підрозділах, частинах, закладах. Вид медичної допомоги визначається місцем надання, підготовкою осіб, які її надають, та наявністю необхідного обладнання й оснащення

Лікувально-евакуаційне забезпечення — система заходів щодо надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування та підготовки для подальшої евакуації за призначення у воєнний час

Медична допомога (у польових умовах) — комплекс лікувально-профілактичних заходів, які здійснює військово-медична служба з метою збереження життя поранених і хворих, попередження ускладнень і швидшого відновлення здоров'я для повернення до строю

Медична допомога — діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями й патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами

Медичне забезпечення військ — система організаційних, лікувально-профілактичних (лікувально-евакуаційних), санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, які проводяться за будь-яких умов діяльності військ для підтримання високої боєздатності шляхом збереження та зміцнення здоров'я особового складу, надання військовослужбовцям медичної допомоги, їх лікування і відновлення боєздатності (працездатності) після поранень, травм чи захворювань

Надзвичайні ситуації військового характеру — пов'язані з наслідками застосування зброї масового ураження або звичайних засобів ураження, під час яких виникають повторні чинники ураження населення внаслідок руйнації атомних і гідроелектричних станцій, сховищ, у тому числі радіоактивних і токсичних речовин і відходів, нафтопродуктів, вибухівки, транспортних й інженерних комунікацій тощо

Поранений — людина (військовослужбовець), яка (-ий) зазнала (-в) відкритого пошкодження (рани) у результаті дії механічного уражального чинника, зокрема холодної або вогнепальної зброї

Сили та засоби медичної служби — сукупність особового складу, майна, техніки, підрозділів, частин і закладів медичної служби Збройних Сил, що перебувають у підпорядкуванні начальника медичної служби

Вступ

Важливою складовою Збройних сил України є військово-медична служба. Здійснюючи безперервне піклування про збереження та зміцнення здоров'я особового складу військ, участь у підтриманні постійної боєздатності особового складу, медична служба робить вагомий внесок у забезпечення бойової потужності та високої боєздатності Збройних сил України. Як би не відбувався розвиток засобів ведення збройної боротьби, роль людей (військовослужбовців) завжди залишиться вирішальною. Медична служба забезпечує найбільш повну реалізацію фізичних та психологічних можливостей особового складу військових частин, сприяючи тим самим успішній діяльності Збройних сил України. У сучасних умовах успішне вирішення

завдань, покладених на медичну службу, вимагає високого рівня професійної підготовки всього медичного складу.

Як правило, втрати під час війни виникають раптово, їхня кількість перевищує можливості місцевої об'єктової, а часто й територіальної ланки охорони здоров'я з надання постраждалим медичної допомоги в оптимальні терміни для збереження їхнього життя й попередження небезпечних ускладнень. Аналіз проблем надання допомоги під час ведення збройної боротьби вказує, що оптимізація строків надання невідкладної медичної допомоги є визначальним показником ефективності роботи військово-медичної служби, тому що від максимального скорочення часу з

моменту отримання травми до надання медичної допомоги залежить наслідок багатьох видів уражень.

Організація своєчасних і послідовно проведених заходів щодо надання адекватної медичної допомоги і лікування уражених на етапах медичної евакуації з обов'язковим транспортуванням їх з осередку бойових дій до лікувальних установ відповідно до характеру отриманого ушкодження, тобто за медичними показаннями, є одним із найважливіших елементів системи медичного забезпечення військ. Розподіл процесу лікування в районах бойових дій призводить до необхідності розробки єдиної концепції (доктрини) патогенезу, діагностики й лікування різноманітних уражень, яка є обов'язковою для всіх медичних працівників, що в поєднанні з однаковою класифікацією та медичною документацією забезпечує послідовність проведення лікувальних заходів на етапах медичної евакуації.

Автори методичних рекомендацій намагались викласти в них головні аспекти важливого розділу військової медицини — лікувально-евакуаційного забезпечення бойових дій військ з урахуванням сучасного стану військово-медичної науки та військового мистецтва.

Цілком очевидно, що тільки робота в умовах військової частини або військово-медичного закладу дасть медичним працівникам необхідний досвід, практичні навички та дозволить їм повністю оволодіти обсягом знань у межах своєї спеціальності. Однак уже зараз, в мирний час, необхідно наполегливо вивчати основи військово-медичної науки та її важливі складові: організацію медичного забезпечення військ, військово-польову хірургію, військово-польову терапію, військову епідеміологію, військову гігієну та ін. Цілеспрямоване вивчення військової медицини дозволить у більш короткі терміни набуті навички та досвід, які необхідні для виконання складних та відповідальних обов'язків лікаря як у мирний, так і у воєнний час.

1. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення військ

1.1. Поняття і зміст лікувально-евакуаційного забезпечення військ

Вирішення завдань, які стоять перед медичною службою Збройних сил України, досягається вмілою організацією і чітким здійсненням медичного забезпечення військ. Воно включає: лікувально-евакуаційне, санітарно-епідемічне забезпечення, забезпечення підрозділів, частин і закладів медичним майном та заходи медичної служби щодо захисту особового складу від зброї масового ураження.

У комплексі заходів медичного забезпечення, які здійснюються медичною службою в умовах сучасних надзвичайних ситуацій (бойових дій), найскладніша й найвідповідальніша роль належить лікувально-евакуаційному забезпеченню.

Лікувально-евакуаційне забезпечення — це розділ медичного забезпечення Збройних сил України у воєнний час і в умовах надзвичайних ситуацій мирного часу, яке являє собою систему взаємопов'язаних заходів із надання медичної допомоги пораненим і хво-

рим, їх евакуації, подальшого лікування та реабілітації. Основна його мета — збереження життя і найшвидше відновлення боєздатності й працездатності в якомога більшій кількості військовослужбовців, які вибули із строю в результаті бойового ураження або захворювання, що є в сучасних умовах надзвичайних ситуацій (бойових дій) найбільш ефективним способом поновлення масових бойових втрат особового складу військ.

1.2. Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Необхідність подальшого розвитку та удосконалення лікувально-евакуаційної системи обумовлювалась не тільки її недоліками, а й умовами медичного забезпечення військ, що змінилися в післявоєнний час. Поява на озброєнні сучасних армій засобів масового ураження, нових видів вогнепальної зброї, в'язких запальних сумішей типу напалму призводить до зміни характеру і структури санітарних втрат. При цьому особливе значення для організації лікувально-евакуаційного забезпечення має можливість одночасного виникнення осередків масових санітарних утрат. Висока швидкоплинність бойових дій і часті зміни обстановки будуть вимагати від частин і закладів медичної служби значно більшої рухомості і маневреності, ніж це було під час минулих війн.

Разом з указаними змінами умов діяльності медичної служби великий вплив на систему лікувально-евакуаційного забезпечення обумовили успіхи в розвитку медичної науки, що мали місце в післявоєнний період, особливо в таких її розділах, як медична радіологія, імунологія, анестезіологія і реаніматологія, трансфузіологія та токсикологія.

Комбінований характер більшості поранень у результаті можливого застосування нових видів зброї й труднощі у визначенні головного синдрому поранення (захворювання) підводять до висновку про необхідність залучати до надання спеціалізованої медичної допомоги й подальшого лікування поранених представників різних медичних спеціальностей. Збільшується потреба поранених у терапевтичній допомозі, оскільки значне місце серед бойових уражень займають радіаційні (променева хвороба) і ураження отруйними речовинами, які можуть часто поєднуватись із різними травмами.

Дуже перспективним для удосконалення порядку евакуації за призначенням і зокрема для усунення багатоетапності в евакуації поранених і хворих необхідно вважати широке використання авіаційного транспорту — літаків і вертольотів. Це дозволяє, крім того, розподілити потоки поранених і хворих, які підлягають евакуації до лікувальних закладів, що розгорнуті на театрі воєнних дій.

Нові умови діяльності медичної служби призвели до необхідності перебудови системи лікувально-евакуаційного забезпечення у військах на сучасному етапі розвитку військової медицини.

Лікувально-евакуаційне забезпечення військ (сил) — це складна високоорганізована система, успішне

функціонування та удосконалення якої можливе тільки на основі розвиненої матеріально-технічної бази військової та цивільної охорони здоров'я і загальних, прийнятих на воєнний час принципів організації за умови застосування єдиної методики управління їх силами та засобами, забезпечення підготовленими керівними кадрами та достатньою кількістю кваліфікованих спеціалістів.

Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення полягає у своєчасному, послідовному та спадкоємному проведенні пораненим і хворим необхідних лікувальних заходів на полі бою (в осередках масових санітарних утрат) та на етапах медичної евакуації в поєднанні з їх евакуацією до лікувальних частин і закладів, які забезпечують надання вичерпної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію.

Основу сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України становить система етапного лікування поранених і хворих з їх евакуацією за призначенням та реабілітацією.

Означена система має базуватися на таких **принципах**:

- надання медичної допомоги пораненим і хворим та початок інтенсивної терапії якомога раніше;
- ешелонування (розподіл) медичної допомоги між медичними пунктами та лікувальними закладами;
- поєднання заходів щодо надання медичної допомоги, лікування та реабілітації поранених і хворих з їх евакуацією;
- евакуація пораненого чи хворого за призначенням до того лікувального закладу, де йому може бути надана не тільки радикальна, а бажано й вичерпна медична допомога з наступним лікуванням до одужання;
- проведення інтенсивної терапії тяжкопораненим і тяжкохворим під час евакуації;
- послідовність і наступність у наданні медичної допомоги, лікуванні та реабілітації;
- спеціалізація медичної допомоги, лікування й реабілітація поранених і хворих.

Поряд із цими принципами для сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення характерні:

- широке застосування механізованих засобів для збору, вивезення з поля бою та евакуації поранених і хворих, а також залучення сил і засобів командування до участі в проведенні рятувальних робіт в осередках масових санітарних втрат;
- наближення сил і засобів медичної служби (медичних підрозділів і частин, евакуаційно-транспортних частин) до районів виникнення санітарних утрат з метою якомога швидшого надання кваліфікованим медичним складом медичної допомоги пораненим, хворим і початку інтенсивної терапії тяжкопоранених у безпосередній близькості від місця ураження;
- прагнення до вчасної, одномоментної, радикальної та вичерпної медичної допомоги з подальшим лікуванням тих поранених і хворих, що не потребують подальшої евакуації;
- повернення до строю максимальної кількості поранених і хворих з якомога нижчого етапу медичної евакуації;

— максимальне скорочення кількості етапів медичної евакуації в лікувально-евакуаційному процесі;

— маневрування видами й обсягом медичної допомоги на етапах медичної евакуації;

— поєднання лікувально-евакуаційного забезпечення із заходами щодо захисту поранених і хворих, а також сил і засобів медичної служби від зброї масового ураження;

— чітке визначення контингентів, які підлягають остаточному лікуванню на тому чи іншому етапі медичної евакуації залежно від медичних показань, оперативно-бойових і медичних обставин;

— концентрація основних засобів надання кваліфікованої медичної допомоги в корпусній ланці медичної служби, а засобів завершення кваліфікованої і надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим з їх подальшим лікуванням — у ланці оперативного командування;

— широке використання територіальних госпітальних баз для надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування та реабілітації;

ешелонування сил і засобів медичної служби та широке маневрування ними під час операції.

У сучасних умовах питання найбільш доцільної організаційної структури підрозділів, частин та закладів медичної служби, найраціональніше їх використання набуває особливої гостроти. Так, максимально можливе наближення сил та засобів медичної служби до бойових порядків військ можна досягти двома способами:

- 1) створення у військах досить потужного штатного угруповання сил та засобів медичної служби;
- 2) підсилення нижчої ланки медичної служби за рахунок вищої.

У сучасних умовах, при виникненні масових санітарних утрат і нерівномірності їх розподілу за часом та місцем (тобто в різних елементах бойових порядків та оперативної побудови військ) принципового значення набуває другий спосіб — якомога більш широкий маневр силами та засобами медичної служби, що здійснює вища ланка в інтересах нижчої. Це так званий маневр з глибини. Останній, як відомо, передбачає концентрацію достатньої кількості сил та засобів медичної служби в руках старшого начальника й централізованого їх використання в інтересах усієї підлеглої служби.

Ізольоване застосування тільки одного з указаних способів не дозволяє вирішити ті складні завдання, що стоять перед медичною службою в сучасних умовах. Оптимальне співвідношення цих двох способів, які вирішують одне й те саме завдання, але на різних рівнях керівництва, дозволить доцільно й правильно розподілити штатні сили та засоби, призначені для підсилення.

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення включає також медичну реабілітацію — комплекс лікувальних, військово-професійних і морально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення бое- та працездатності поранених і хворих.

Завдання швидшого повернення до строю уражених і хворих виключно важливе значення буде мати в

умовах ракетно-ядерної війни, коли повернення до строю поранених і хворих при масових утратах особового складу військ стане головним джерелом поповнення діючої армії. На сучасному етапі розвитку військової медицини мова йде про створення спеціальних центрів реабілітації у складі госпітальних баз, куди поряд із легкопораненими і легкохворими (первинний контингент реабілітації) буде надходити і так званий вторинний контингент реабілітації, тобто всі поранені й хворі, перспективні для повернення в стрій, які спочатку були направлені у відповідні до характеру й тяжкості їх ураження госпіталі (хірургічні, терапевтичні, неврологічні та ін.), закінчили період госпітального лікування й потребують відновлення тимчасово втрачених функцій. Наявність строго контрольованої системи реабілітації дозволить, по-перше, максимально скоротити терміни відновлення боєздатності й повернення в стрій значної кількості поранених (хворих) і, по-друге, забезпечить суттєве скорочення термінів звільнення госпітальних баз та їх використання в інтересах медичного забезпечення наступних операцій.

Успішне здійснення *лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ)* досягається:

- створенням угруповань сил і засобів медичної служби, які відповідають конкретній обстановці й тим завданням, які потрібно вирішувати; їх умілим та ефективним використанням, а також максимально можливим наближенням до районів (осередків) найбільших санітарних утрат;
- розшуком, збором і вивозом (виносом) поранених і хворих з поля бою у короткі терміни; своєчасним наданням повноцінної першої медичної та долікарської (фельдшерської) допомоги, своєчасною і дбайливою доставкою їх на етапи медичної евакуації;
- своєчасним розгортанням етапів медичної евакуації, чіткою їх роботою, що забезпечує надання пораненим і хворим медичної допомоги в установленому обсязі та в оптимальні строки;
- активним запровадженням у практику ефективних методів діагностики, надання медичної допомоги й лікування поранених та хворих;
- чітким веденням медичної документації.

У сучасній системі лікувально-евакуаційного забезпечення особливе значення має своєчасність надання медичної допомоги, наступність і послідовність лікувальних заходів, тобто дотримання єдиних методів лікування поранених і хворих та послідовне нарощування лікувальних заходів на етапах медичної евакуації. Медична допомога повинна бути надана в терміни, які будуть оптимальними для подальшого відновлення здоров'я пораненого і хворого (перша лікарська допомога — протягом 4–5 годин, кваліфікована — 8–12 годин із моменту поранення (захворювання), а при ураженнях фосфорорганічними речовинами перша лікарська допомога — протягом 2–4 годин, кваліфікована терапевтична допомога — 6–8 годин із моменту появи ознак інтоксикації).

Своєчасність медичної допомоги досягається організацією безперервного вивозу (виносу) поранених

і хворих з поля бою (осередків масового ураження), швидкою їх доставкою на етапи медичної евакуації та правильною організацією роботи останніх. Суттєве значення має також наближення етапів медичної евакуації до військ і своєчасне їх висування до районів і рубежів масових санітарних утрат.

Наступність у лікуванні поранених і хворих досягається насамперед єдиним розумінням патологічних процесів, які проходять в організмі при пораненнях і захворюваннях, єдиними методами їх профілактики та лікування. Обов'язковою умовою наступності медичної допомоги є чітке ведення медичної документації. Без цього неможливо знати, яка медична допомога вже надана на попередньому етапі евакуації та як потрібно її продовжувати.

Послідовність у лікуванні поранених і хворих полягає у збільшенні обсягу медичної допомоги та ускладненні технології її надання на наступних етапах медичної евакуації.

1.3. Етап медичної евакуації, завдання, принципова схема його розгортання

Медична допомога пораненим і хворим (окрім першої медичної і долікарської) та їх лікування здійснюються на медичних пунктах частин, у медичних ротах бригад і в лікувальних закладах, які розгортаються на шляхах евакуації від фронту в тил у певній послідовності. Медичні пункти, медичні роти й лікувальні заклади отримали узагальнюючу назву етапів медичної евакуації.

Етап медичної евакуації — це сили й засоби медичної служби (медичні пункти, медичні роти й лікувальні заклади), що розгорнуті на шляхах медичної евакуації для прийому, сортування поранених і хворих, надання їм медичної допомоги, лікування й підготовки до подальшої евакуації тих з них, хто цього потребує. Принципова схема розгортання етапу медичної евакуації подана на рис. 1.

У сучасній системі лікувально-евакуаційного забезпечення основними етапами медичної евакуації є медичний пункт окремої частини, медична рота бригади, військовий польовий пересувний госпіталь (ВППГ) медичної бригади армійського корпусу, лікувальні заклади пересувної госпітальної бази (ПГБ), лікувальні заклади територіальної госпітальної бази (ТерГБ) Міністерства охорони здоров'я України.

До числа етапів медичної евакуації може бути віднесений медичний пункт батальйону (МПБ), якщо він розгортається і працює на місці (наприклад, в обороні).

Кожному етапу медичної евакуації характерний визначений (типовий) вид медичної допомоги (медичному пункту окремої частини — перша лікарська допомога, медичній роті бригади — перша лікарська й невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги, військовому польовому пересувному госпіталю — кваліфікована медична допомога й лікувальним закладам госпітальних баз — кваліфікована й спеціалізована медична допомога).

Однак у сучасній війні часто будуть складатись умови, при яких кількість поранених і хворих, що по-

Рис. 1. Принципова схема розгортання етапу медичної евакуації

требують того чи іншого виду медичної допомоги, властивого даному етапу медичної евакуації, суттєво перевищить можливості її надання. Тому сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення і передбачає групування заходів першої лікарської і кваліфікованої медичної допомоги за терміновістю її надання й відповідні зміни обсягу допомоги. Ці зміни визначаються конкретними умовами бойової і тилової обстановки, величиною і структурою санітарних утрат, забезпеченістю підрозділів, частин і закладів медичної служби силами й засобами, які дозволяють надавати той чи інший вид медичної допомоги, можливістю сучасної доставки поранених і хворих на наступні етапи медичної евакуації тощо.

Зміна обсягу медичної допомоги в сторону скорочення на даному етапі медичної евакуації може привести до зміни на наступному етапі не тільки обсягу, а й виду медичної допомоги. Так, наприклад, у зв'язку зі скороченням обсягу медичної допомоги на медичних пунктах частин, медичних ротах бригад у військових польових пересувних госпіталях виникне необхідність надавати не тільки кваліфіковану медичну допомогу, а й першу лікарську допомогу значній кількості поранених і хворих.

Поряд зі сказаним важливо підкреслити недопустимість недостатньо обґрунтованої зміни виду, скорочення обсягу медичної допомоги, яка надається на тому чи іншому етапі медичної евакуації. Можливості кожного медичного пункту, кожного лікувального закладу повинні використовуватись максимально ефективно для надання відповідної допомоги найбільшій кількості поранених і хворих.

Усім етапам медичної евакуації властиві певні особливості в організації роботи, які залежать від їх за-

вдань і місця в загальній системі лікувально-евакуаційного забезпечення, а також від бойової, тилової та медичної обстановки. Однак у складі кожного етапу медичної евакуації, як правило, розгортається ряд типових функціональних підрозділів, які виконують наступні, загальні для кожного з них завдання: прийом, реєстрацію, медичне сортування поранених і хворих, що надходять; проведення за показаннями санітарної обробки поранених і хворих, дезінфекції, дезактивації та дегазації їх одягу та знаряддя; надання пораненим та хворим медичної допомоги; стаціонарне лікування поранених та хворих; підготовку до евакуації поранених та хворих, що підлягають лікуванню на наступних етапах; ізоляцію інфекційних хворих. Для прийому і сортування поранених і хворих призначені сортувально-евакуаційні (на медичному пункті окремої частини, у медичній роті бригади, у військовому польовому пересувному госпіталі) або приймально-сортувальні відділення (у лікувальних закладах госпітальних баз). Якщо у відповідності з установленим обсягом медичної допомоги частина поранених буде евакуйована далі в тил безпосередньо після сортування, без спрямування їх в інші функціональні підрозділи етапу медичної евакуації їх розміщують і готують до евакуації в евакуаційних наметах сортувально-евакуаційного відділення. У той же час із лікувальних закладів пересувних госпітальних баз евакуація поранених і хворих ведеться, як правило, безпосередньо з госпітальних (лікувальних) відділень.

Часткова або повна санітарна обробка поранених і хворих, часткова дегазація і дезактивація, дезінфекція їхнього одягу, а також санітарного транспорту та нош здійснюється у відділенні (на майданчику) спеціальної обробки.

Надання медичної допомоги пораненим і хворим в обсязі, властивому даному етапу медичної евакуації, здійснюється у перев'язочній медичного пункту окремої частини, операційно-перев'язочному або госпітальному відділенні медичної роти бригади, військового польового пересувного госпіталю, в операційних, перев'язочних, процедурних госпіталів ПГБ, а також у відділеннях анестезіології та реанімації (інтенсивної терапії).

Для надання медичної допомоги та госпіталізації нетранспортабельних поранених і хворих у медичних ротах бригад та військових госпіталях призначаються різні функціональні підрозділи (госпітальне відділення в медичній роті та у військовому польовому пересувному госпіталі, протишокові палати, відділення анестезіології та реанімації (інтенсивної терапії), лікувальні відділення спеціалізованих госпіталів, стоматологічні кабінети).

Для проведення клінічних, діагностичних та функціональних досліджень у госпіталях різного рівня розгортаються клінічні лабораторії, рентгенівські кабінети, палати функціональної діагностики, діагностичні палати.

Для ізоляції інфекційних хворих розгортається ізолятор, як правило, окремо для хворих із повітряно-крапельною та кишковою інфекціями.

У складі етапів медичної евакуації передбачаються підрозділи, які здійснюють керівництво над їхньою роботою та матеріально-технічне забезпечення — управління (штаб), аптека, кухня, склади тощо.

Місця розгортання етапу медичної евакуації повинні відповідати таким вимогам:

- бути достатніми за площею, щоб можна було розгорнути всі функціональні підрозділи етапу (медичний пункт окремої частини — 100 x 100 м; медр бригади — 200 x 300 м; військовий польовий пересувний госпіталь (ВППГ) — 300 x 400 м);

- розташування неподалік від основних шляхів підвозу та евакуації й наявність хороших під'їздів дороги, придатних для руху транспорту;

- знаходження на достатній відстані від об'єктів, що можуть привертати увагу противника (вогневі позиції артилерії, командні пункти, резерви військ тощо);

Дозвіл на використання захисних властивостей місцевості для захисту етапу медичної евакуації від дії зброї масового ураження;

- наявність своїх вододжерел;

- наявність благополучного санітарно-епідемічного стану.

Етапи медичної евакуації повинні бути постійно готовими до роботи в різних умовах, до швидкої зміни місця розташування, до одночасного прийому великої кількості поранених і хворих, у тому числі й безпосередньо з осередків масового ураження.

Райони, терміни розгортання й порядок переміщення військових польових пересувних госпіталів, медичного пункту окремої частини, медичної роти бригади визначаються відповідно командиром медичної бригади армійського корпусу, начальником медичної

служби частини (бригади) згідно з указівками старшого начальника медичної служби.

В умовах, які вимагають негайного переміщення військового польового пересувного госпіталю, медичного пункту частини (медичної роти бригади), безпосередні медичні начальники самостійно приймають рішення на переміщення. Про переміщення й місце розгортання військового польового пересувного госпіталю, медичного пункту частини (медичної роти бригади) начальник госпіталю, начальник медичної служби частини (бригади) терміново доповідає командирі медичної бригади армійського корпусу, командирі частини (бригади) або начальнику штабу частини (бригади), старшому начальнику медичної служби, а також повідомляє командирів і начальників медичної служби частин (підрозділів), частини (бригади).

У складі етапу медичної евакуації, де надається перша лікарська допомога (медичний пункт окремої частини), розгортаються: сортувально-евакуаційне відділення (сортувальний пост, сортувальна площадка, площадка спеціальної обробки, приймально-сортувальна та евакуаційна); перев'язочна; ізолятор; аптека; обладнується площадка для розміщення кухні, місця для транспорту й збору зброї, яка приймається від поранених і хворих.

Медичний пункт окремої частини повністю розгортається протягом 30 хв влітку і за 45 хвилин взимку.

У медичній роті (медр) бригади розгортаються такі функціональні підрозділи: сортувально-евакуаційне відділення; відділення спеціальної обробки; операційно-перев'язочне відділення; госпітальне відділення; аптека.

Окрім того, медр розгортає їдальню, склади та інші підрозділи обслуговування.

Медична рота повинна бути розгорнута й повністю готова до прийому поранених і хворих через 2 год влітку і через 3 год взимку після прибуття до місця розгортання. Причому готовність першої черги, що визначається розгортанням сортувально-евакуаційного та операційно-перев'язочного відділень, повинна забезпечуватись через 40 хв після прибуття медр на місце розгортання.

У складі етапу медичної евакуації, призначеного для надання кваліфікованої медичної допомоги (ВППГ), як правило, розгортаються: пункт управління; сортувально-евакуаційне відділення; відділення спеціальної обробки; операційно-перев'язочне (хірургічне) відділення; відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії; госпітальне (терапевтичне) відділення; відділення для легкопоранених; підрозділи забезпечення (аптека, їдальня, склади).

ВППГ повинен бути розгорнутим повністю за 2 год влітку і 3 год взимку, поблизу місця його розгортання може обладнуватись злітно-посадкова смуга (площадка) для санітарних літаків (вертольотів). Причому готовність першої черги, що визначається розгортанням сортувально-евакуаційного та операційно-перев'язочного відділень, повинна забезпечуватись через 40 хв після прибуття ВППГ на місце розгортання.

1.4. Види та обсяг медичної допомоги

Існує два основні поняття, які визначають зміст лікувально-евакуаційних заходів при наданні медичної допомоги пораненим і хворим, — вид медичної допомоги й обсяг медичної допомоги.

Вид медичної допомоги. Під видом медичної допомоги розуміють певний перелік (комплекс) лікувально-профілактичних заходів, які проводяться при пораненнях і захворюваннях особовим складом військ та медичною службою на полі бою, в осередках масових санітарних втрат і на етапах медичної евакуації.

Конкретний вид медичної допомоги визначається місцем надання, підготовкою осіб, які її надають, та наявністю необхідного обладнання й оснащення.

У процесі лікувально-евакуаційного забезпечення у військах передбачається надання таких видів медичної допомоги: перша медична допомога, долікарська (фельдшерська) допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога й спеціалізована медична допомога.

Перша медична допомога надається безпосередньо на місці поранення або в найближчому укритті самими військовослужбовцями у порядку само- і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами, санітарами, водіями-санітарами й санітарними інструкторами підрозділів, а також особовим складом підрозділів, що виділяються для рятувальних робіт в осередках масових уражень.

Долікарська (фельдшерська) допомога надається фельдшерами батальйонів на медичних пунктах батальйонів, які очолюються фельдшерами (при масових санітарних втратах і на медичному пункті частини, у медичній роті бригади).

Перша лікарська допомога надається лікарями загальної практики на медичних пунктах частин і на медичних ротах бригад, а також на медичних пунктах батальйонів (дивізійонів), які очолюють лікарі (часто у військовому польовому пересувному госпіталі при масовому надходженні поранених і хворих).

Кваліфікована медична допомога надається лікарями-хірургами й терапевтами у військових польових пересувних госпіталях (невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги в медичних ротах бригад) та деяких лікувальних закладах госпітальних баз.

Спеціалізована медична допомога й лікування надаються лікарями-спеціалістами в лікувальних закладах пересувних госпітальних баз оперативного командування та територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України.

Обсяг медичної допомоги. Обсяг медичної допомоги — це сукупність лікувально-профілактичних заходів, які здійснюються пораненим і хворим на даному етапі медичної евакуації.

Обсяг медичної допомоги й терміни лікування поранених і хворих залежать від умов бойової, тилової і медичної обстановки і встановлюються для військового польового пересувного госпіталю — начальником медичної служби армійського корпусу, для медичного пункту частини (медичної роти бригади) — старшим начальником медичної служби.

При необхідності своєчасного надання медичної допомоги великій кількості поранених і хворих, які її потребують, та при інших особливих умовах обсяг медичної допомоги може бути скорочений рішенням начальника військового польового пересувного госпіталю, начальника медичної служби полку (бригади) або начальника медичного пункту полку (бригади) з терміновою доповіддю про це командирові медичної бригади армійського корпусу, командирові полку (бригади) і старшому начальнику медичної служби.

Перша медична допомога спрямована на тимчасове усунення причин, які загрожують життю пораненого (хворого) у даний момент та попередження розвитку тяжких ускладнень. Вона включає:

- витягування постраждалих із бойових машин, тяжкодоступних місць, осередків пожеж та з-під завалів тощо;
- гасіння палаючого одягу й запалювальних сумішей, що попали на тіло;
- надівання протигазу при знаходженні на зараженій місцевості;
- тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі;
- введення антидотів ураженням отруйними речовинами;
- усунення асфіксії шляхом звільнення верхніх дихальних шляхів від слизу, крові й можливих чужорідних предметів, фіксування язика при його западанні, введення повітропроводу;
- введення знеболюючих засобів за допомогою шприц-тюбика;
- накладання асептичної пов'язки на рану або опікову поверхню, а при відкритому пневмотораксі — оклюзійної пов'язки з використанням гумової обкладинки індивідуального перев'язувального пакету;
- іммобілізацію пошкоджених ділянок із використанням табельних і підручних засобів;
- часткову санітарну обробку відкритих ділянок шкіри і дегазацію одягу, що прилягає до цих ділянок, за допомогою індивідуального протихімічного пакету;
- застосування антибіотиків, протиблювотних та інших лікарських засобів.

При наданні першої медичної допомоги в першу чергу використовуються індивідуальні засоби медичного захисту постраждалого і тільки після цього — індивідуальні засоби того, хто надає допомогу, а також засоби із сумки медичної військової чи сумки санітара. Своєчасне надання першої медичної допомоги має надзвичайно велике значення.

Долікарська (фельдшерська) допомога надається з метою боротьби із загрозливими для життя наслідками поранення (захворювання) і попередження тяжких ускладнень. Додатково до першої медичної допомоги вона включає:

- усунення асфіксії (введення повітропроводу, штучна вентиляція легень за допомогою портативних апаратів, інгаляція кисню та інше);
- контроль за правильністю й доцільністю накладання джгута, накладання джгута при кровотечі, що продовжується;

- накладання й виправлення неправильно накладених пов'язок;
- повторне введення знеболюючих засобів, антидотів за показаннями, дачу антибіотиків;
- покращання транспортної іммобілізації за допомогою табельних і підручних засобів;
- введення серцево-судинних та інших лікувальних засобів за показаннями;
- повторну часткову санітарну обробку відкритих ділянок шкіри та дегазацію одягу, що прилягає до цих ділянок шкіри;
- зігрівання поранених і хворих, дачу гарячого чаю (за виключенням поранених у живіт).

Перша лікарська допомога надається з метою усунення або зменшення наслідків поранень (захворювань), які загрожують життю поранених і хворих, попередження розвитку ускладнень або зменшення їх тяжкості, а також підготовки поранених до подальшої евакуації.

Заходи першої лікарської допомоги за терміновістю їх виконання розподіляються на дві групи:

- невідкладні заходи;
- заходи, виконання яких може бути вимушено відкладене.

Невідкладні заходи проводяться при станах, що загрожують життю поранених і хворих. Вони включають:

- зупинку зовнішньої кровотечі (введення тампону в рану з накладанням шкірних швів, прошивання судин у рані, накладання затискувача (лігатури) на судину, що кровоточить, контроль за правильністю й доцільністю накладання джгута й накладання джгута за наявності показань);
- усунення гострої дихальної недостатності (відсмоктування слизу, блювотних мас і крові з верхніх дихальних шляхів, введення повітропроводу, фіксація язика, відсічення або підшивання звисаючих клаптів м'якого піднебіння і бокових відділів глотки, штучна вентиляція легенів, інгаляція кисню, накладання оклюзійної пов'язки при відкритому пневмотораксі, інгаляція парів етилового спирту при набряку легень, пункція або торакоцентез при напруженому пневмотораксі);
- переливання крові й кровозамінників при важкому шоку та значній крововтраті;
- новокаїнові блокади й введення знеболюючих засобів при виникненні травматичного шоку;
- транспортну іммобілізацію (або її покращання) при переломах кісток і великих пошкодженнях м'яких тканин, які загрожують розвитком небезпечних для життя ускладнень;
- накладання стандартної транспортної пращеподібної шини при переломах щелеп;
- відсікання кінцівки, яка висить на клапті м'яких тканин (транспортна ампутація);
- катетеризацію або капілярну пункцію сечового міхура при затримці сечовиділення;
- часткову санітарну обробку відкритих ділянок шкіри, дегазацію пов'язок та одягу;
- зміну одягу, зараженого стійкими отруйними речовинами;

- зняття протигазу з тяжкопоранених і тяжкохворих;
- промивання очей при ураженні отруйними речовинами шкірно-наривної дії з наступним введенням у кон'юнктивальний мішок спеціальних очних мазей;
- введення за показаннями антидотів, антибіотиків, протисудомних, бронхорозширюючих, протиблювотних, серцево-судинних, десенсибілізуючих та інших засобів;
- використання антитоксичної сироватки при отруєннях бактеріальними токсинами й проведення неспецифічної профілактики при ураженні бактеріологічною (біологічною) зброєю;
- промивання шлунка за допомогою зонда при потраплянні отруйних речовин у шлунок і введення адсорбенту.

При станах, що не загрожують життю поранених і хворих, заходи першої лікарської допомоги можуть бути вимушено відкладені. До **заходів першої лікарської допомоги, які можуть бути вимушено відкладені**, належать:

- виправлення пов'язок і покращання транспортної іммобілізації;
- проведення новокаїнових блокад і введення знеболюючих засобів при пошкодженнях середньої тяжкості;
- дегазація рани при зараженні стійкими отруйними речовинами;
- ін'єкції антибіотиків і профілактика правця при відкритих травмах і опіках;
- проведення дезінтоксикаційної терапії й використання антибіотиків при радіаційних та хімічних ураженнях;
- зміна пов'язок при забрудненні рани радіоактивними речовинами;
- призначення симптоматичних медикаментозних засобів.

Повний обсяг першої лікарської допомоги включає проведення невідкладних заходів і заходів, проведення яких може бути вимушено відкладене. Надання першої лікарської допомоги в повному обсязі вимагають 40 % поранених і хворих від тієї кількості, які надходять на медичні пункти частин, у медичні роти бригад. Скорочення обсягу першої лікарської допомоги здійснюється за рахунок заходів другої групи. Надання невідкладних заходів першої лікарської допомоги вимагають 10–15 % поранених і хворих, які надходять на медичні пункти частин, у медичні роти бригад.

Кваліфікована медична допомога надається з метою усунення загрозливих для життя поранених і хворих наслідків поранень, уражень і захворювань, попередження розвитку ускладнень та підготовки тих, хто цього потребує, до подальшої евакуації. Вона розподіляється на хірургічну й терапевтичну.

За терміновістю надання заходи кваліфікованої медичної допомоги розподіляються на дві групи: невідкладні заходи і заходи, виконання яких може бути вимушено відкладене.

Невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги виконуються, як правило, з приводу поранень та

захворювань, що становлять безпосередню загрозу для життя поранених (хворих). Невиконання цих заходів на даному етапі медичної евакуації значно збільшує ймовірність смертельного наслідку або вкрай тяжких ускладнень.

Заходи кваліфікованої медичної допомоги, виконання яких може бути вимушено відкладене, спрямовані на профілактику в поранених і хворих небезпечних ускладнень, створення сприятливих умов для їх найшвидшого одужання та повернення до строю.

Невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги включають:

- усунення асфіксії та відновлення адекватного дихання;
- кінцеву зупинку внутрішньої та зовнішньої кровотечі;
- комплексну терапію гострої крововтрати, шоку, травматичного токсикозу;
- некротомію при глибоких циркулярних опіках грудей і кінцівок, які викликають розлади дихання й кровообігу;
- лікування анаеробної інфекції;
- хірургічну обробку та ушивання ран при широко відкритому пневмотораксі, що не герметизується оклюзійною пов'язкою, пораненнях серця, зовнішньому клапанному пневмотораксі;
- лапаротомію при пораненнях і закритій травмі живота з пошкодженням внутрішніх органів, при внутрішньочеревному пошкодженні сечового міхура й прямої кишки;
- декомпресійну трепанацію черепа при пораненнях і пошкодженнях, які супроводжуються стисканням головного мозку.

Заходи кваліфікованої хірургічної допомоги, виконання яких може бути вимушено відкладене, з метою їх більш чіткої та суворої регламентації розподіляються на дві підгрупи.

Перша підгрупа включає заходи, відмова від виконання яких, як правило, буде приводити до тяжких ускладнень. До заходів цієї підгрупи відносяться:

- ампутація при відривах, розчавленнях та ішемічному некрозі кінцівок;
- накладання надлобкової нориці при пошкодженні уретри і протиприродного заднього проходу при позачеревному пошкодженні прямої кишки;
- хірургічна обробка ран, заражених отруйними речовинами, а також ран зі значними руйнуваннями м'яких тканин.

Друга підгрупа включає заходи, відмова від виконання яких не виключає розвитку тяжких ускладнень, але небезпека їх виникнення може бути зменшена при застосуванні антибіотиків та інших засобів. До заходів цієї підгрупи належать:

- первинна хірургічна обробка ран (за виключенням тих, що включені до попередньої підгрупи, та ран, які не підлягають хірургічній обробці);
- некротомія при глибоких циркулярних опіках грудей і кінцівок, які не викликають розладів дихання і кровообігу;

- туалет сильно забруднених опікових поверхонь;
- накладання пластинчатих швів при клаптевих пораненнях обличчя;
- лігатурне зв'язування зубів при переломах нижньої щелепи з дефектом.

Невідкладні заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги включають:

- санітарну обробку уражених і хворих при зараженнях отруйними речовинами;
- введення антидотів і протиботулінічної сироватки;
- комплексну терапію серцево-судинної недостатності, порушень серцевого ритму;
- комплексну терапію гострої дихальної недостатності;
- дегідратаційну терапію при набряку головного мозку;
- корекцію грубих порушень кислотно-лужного стану та електролітного балансу;
- комплекс заходів при потрапленні всередину отруйних речовин та інших отруйних засобів;
- введення знеболюючих, десенсибілізуючих, протиблювотних, протисудомних і бронхолітичних засобів;
- вживання транквілізаторів та нейролептиків при гострих реактивних станах;
- призначення протисверблячих засобів при поширених іпритних дерматозах.

Заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги, виконання яких може бути вимушено відкладене, включають:

- введення (дачу) антибіотиків та сульфаніламідів з профілактичною метою;
- гемотрансфузію із заміною метою (при помірній анемізації);
- використання симптоматичних медикаментозних засобів.

У військовому польовому пересувному госпіталі заходи кваліфікованої медичної допомоги повинні надаватись, як правило, у повному обсязі. Скорочення її обсягу здійснюється за рахунок повної або часткової відмови від виконання заходів, які можуть бути вимушено відкладені. Питання про відкладання в наданні медичної допомоги необхідно вирішувати виключно індивідуально, детально оцінюючи характер поранення (захворювання), стан пораненого (хворого) у даний момент, можливість появи тяжких ускладнень. При надзвичайних умовах, вкрай небезпечній обстановці, коли затримка поранених і хворих у військовому польовому пересувному госпіталі для надання медичної допомоги неможлива або загрожує ще тяжчими наслідками, ніж її відкладання, їм можуть бути виконані тільки невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги. До останніх належать ті невідкладні заходи, відмова від виконання яких може привести до смертельного наслідку в найближчий час.

При скороченні обсягу кваліфікованої медичної допомоги у військовому польовому пересувному госпіталі обов'язково повинен проводитись комплекс лікарських заходів, який зменшив би небезпеку відстрочки в її наданні, і вживаються заходи до найшвидшої ева-

куації поранених і хворих до лікувальних закладів госпітальних баз.

Повний обсяг кваліфікованої медичної допомоги включає виконання всіх заходів кваліфікованої хірургічної та терапевтичної допомоги. Надання кваліфікованої медичної допомоги в повному обсязі вимагають 50 % поранених і хворих, які надходять до військового польового пересувного госпіталю.

При несприятливих умовах обсяг кваліфікованої медичної допомоги у військовому польовому пересувному госпіталі може скорочуватись:

а) коли надають тільки невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги, першу підгрупу заходів кваліфікованої хірургічної допомоги, виконання яких може бути вимушено відкладене, і невідкладні заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги. Потребують цієї допомоги 30–35 % поранених і хворих від тієї кількості, які надходять до військового польового пересувного госпіталю;

б) коли надаються тільки невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги й невідкладні заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги. Потребують цієї допомоги 15 % поранених і хворих від тієї кількості, яка надходить до військового польового пересувного госпіталю.

Спеціалізована медична допомога — вища форма медичної допомоги, що намаєситься вичерпний характер і надається в спеціально призначених для цієї мети лікувальних закладах (відділеннях), які мають у своєму складі відповідних фахівців (штатних або приданих) і спеціальне лікуально-діагностичне обладнання.

Спеціалізація медичної допомоги забезпечується наявністю лікувальних закладів, які мають постійно закріплену штатом спеціалізацію, а також шляхом посилення госпіталів відповідними спеціалізованими групами. У госпітальних базах передбачається надання спеціалізованої медичної допомоги таким контингентам:

- пораненим у голову, ший, хребет (нейрохірургічна, стоматологічна, офтальмологічна та оториноларингологічна медична допомога);
- пораненим у груди, живіт, таз (торако-абдомінальна та урологічна медична допомога);
- пораненим із переломами довгих трубчатих кісток і пошкодженнями великих суглобів (травматологічна допомога);
- обпеченим;
- легкопораненим і легкохворим;
- ураженим іонізуючим випромінюванням;
- ураженим отруйними речовинами;
- неврологічним хворим, контуженим та особам з психічними розладами;
- загальносоматичним хворим;
- хворим із шкірними та венеричними захворюваннями;
- інфекційним хворим;
- хворим на туберкульоз;
- жінкам при пораненнях і захворюваннях жіночих статевих органів.

1.5. Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

Медичне сортування. Основою організації лікувально-евакуаційного забезпечення є медичне сортування.

Медичне сортування поранених і хворих є найважливішим заходом, що забезпечує чітку організацію роботи етапів медичної евакуації з надання медичної допомоги пораненим і хворим. Особливо зростає її значення при масовому надходженні поранених і хворих. Досвід багатьох тактико-спеціальних навчань останніх років підкреслює, що медичне сортування не повинно бути самоціллю: його завданням є забезпечення якнайшвидшого надання медичної допомоги максимальній кількості поранених і хворих, які її потребують.

Значення медичного сортування особливо зростає при роботі етапів медичної евакуації в умовах застосування противником зброї масового ураження.

Медичне сортування — це розподіл поранених і хворих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах. Уміст цих заходів визначається відповідно до медичних показань, обсягу наданої медичної допомоги й прийнятого порядку евакуації.

Сортування поранених і хворих проводиться на кожному з етапів медичної евакуації та здійснюється в усіх його функціональних підрозділах.

Зміст сортування залежить від завдань, що покладаються на ті чи інші функціональні підрозділи та етапи медичної евакуації в цілому, а також від умов бойової та медичної обстановки.

Мета медичного сортування — забезпечити поранених та хворих своєчасним проведенням лікувально-профілактичних заходів та подальшу їх евакуацію.

Завдання медичного сортування: визначити характер поранення; встановити необхідність, черговість і місце (функціональний підрозділ) надання пораненим (хворим) медичної допомоги (лікування); визначити порядок подальшої евакуації поранених і хворих: куди евакуювати, у яку чергу, на якому транспорті, у якому положенні.

Медичне сортування, як правило, здійснюється на основі з'ясування діагнозу поранення (захворювання), його прогнозу й тому завжди має діагностичний та прогностичний характер.

Залежно від завдань, які вирішуються в процесі медичного сортування поранених і хворих, розрізняють такі його види: **внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне сортування**.

Внутрішньопунктове сортування має за мету розподілити прибулих поранених і хворих на групи для направлення їх у відповідні функціональні підрозділи даного етапу медичної евакуації та встановити черговість їх направлення в ці підрозділи.

Евакуаційно-транспортне сортування проводиться з метою розподілення поранених і хворих на групи згідно з евакуаційним призначенням, черговістю, способами та засобами подальшої їх евакуації й необхідністю в медичному супроводі.

Принципи медичного сортування й вимоги до його проведення:

- медичне сортування слід розпочинати в процесі надання першої медичної допомоги й продовжувати на всіх етапах медичної евакуації;

- медичне сортування являє собою комплексний процес, тобто внутрішньопунктове сортування обов'язково є діагностичним, але в той же час воно має бути прогностичним і передбачати прийняття евакуаційно-транспортного рішення;

- у разі потреби, якщо це можливо, постраждалих сортують на кожному етапі медичної евакуації неодноразово (при надходженні, після надання медичної допомоги, перед посадкою в транспортний засіб для евакуації) з метою вчасного виявлення змін у стані пацієнта, які можуть потребувати переведення його до іншої категорії;

- медичне сортування повинен виконувати найбільш кваліфікований медичний працівник, наявний на даному етапі медичної евакуації;

- медичний персонал, який виконує сортування поранених і хворих, керується єдиною класифікацією хвороб і травм та єдиними вимогами до методики сортування;

- результати медичного сортування обов'язково фіксуються спеціальними позначеннями поранених і хворих, а також відповідними записами в їхніх медичних документах;

- медичне сортування здійснюється в інтересах більшості постраждалих і спрямовується на надання першочергової допомоги пораненим, що перебувають у критичному стані, та перспективним пацієнтам, які мають більше шансів повернутися до строю.

У результаті медичного сортування на етапах медичної евакуації повинні бути виділені такі основні групи поранених і хворих:

- небезпечні для оточуючих (інфекційні хворі, заражені отруйними речовинами, бактеріальними засобами, які мають забруднення шкірних покривів та обмундирування радіоактивними речовинами з потужністю доз опромінення, що перевищують безпечні, які знаходяться у стані різкого психомоторного збудження та ін.), а тому підлягають спеціальній обробці або ізоляції;

- ті, що потребують надання медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації;

- ті, що підлягають подальшій евакуації без надання їм медичної допомоги;

- ті, що отримали ураження, несумісні з життям, і потребують тільки догляду (агонуючі);

- ті, що підлягають поверненню у свої підрозділи (частина з них — після отримання відповідної медичної допомоги та короткочасного відпочинку).

Поранені, які повинні бути повернені до строю, проходять медичне сортування при знятій пов'язці.

Проведення медичного сортування є відповідальним моментом, від якого залежить своєчасність надання медичної допомоги постраждалим, виконання необхідного виду та обсягу медичної допомоги. Тому

для проведення медичного сортування повинні залучатися висококваліфіковані фахівці.

Для проведення медичного сортування найбільш доцільним є створення сортувальних бригад. Їх кількість та склад визначаються в кожному конкретному випадку залежно від величини і структури санітарних втрат та складу медичних сил та засобів.

Сортувальні бригади для ходячих уражених формуються в складі лікаря, медичної сестри (фельдшер), реєстратора.

Для носилочних уражених до складу сортувальних бригад входять лікар, медична сестра (фельдшер), два реєстратори, ланка носильників.

Розрахунок потреби сортувальних бригад можна проводити за формулою:

$$P_{\text{сбр}} = (K \times t) / T,$$

де $P_{\text{сбр}}$ — потреба в сортувальних бригадах, K — кількість уражених, які надійдуть за добу, t — час, який витрачається на сортування одного ураженого, T — тривалість роботи сортувальної бригади (12 год).

Після прибуття до лікувального закладу в першу чергу спочатку проводиться вибіркове сортування уражених шляхом поверхневого огляду для виявлення небезпечних для оточуючих та тих, що потребують медичної допомоги. При цьому на первинний огляд лікар витрачає до 40 с на кожного постраждалого, для чого використовується відповідний алгоритм первинного огляду.

Алгоритм первинного огляду за методикою АВВС (повітряні шляхи, функція дихання, кровоносні судини, серцево-судинна система, органи почуттів) включає:

- ревізію та механічну очистку ротової порожнини, фіксацію голови та язика для забезпечення найбільшої прохідності дихальних шляхів;

- оцінку характеру та частоти дихальних рухів (поверхневе, затруднене, флотуюче) для вирішення питання щодо проведення реанімаційних заходів (дихання рот у рот, непрямий масаж серця);

- визначення цілісності кровоносних судин і одночасну зупинку зовнішньої кровотечі, у першу чергу артеріальної;

- оцінку стану серцево-судинної системи за пульсом: відсутність пульсу на променевих артеріях свідчить про те, що артеріальний тиск нижчий ніж 80 мм рт.ст., а на ліктьовій — менший ніж 60 мм рт.ст. Відсутність пульсу свідчить про необхідність надання невідкладної медичної допомоги;

- оцінку стану органів чуття, перш за все органів зору (розплющення очей самостійно чи за командою словом або на больове подразнення);

- оцінку мовленнєвої реакції (говорить, говорить тяжко, не говорить);

- оцінку свідомості: орієнтується в просторі, рухові реакції (за командою згинає чи розгинає кінцівки).

Після вибіркового методу медичного сортування медичний персонал переходить до послідовного (кон-

веєрного) огляду уражених за діагностичними алгоритмами:

- локалізація ураження (голова, груди, живіт, таз, кінцівки, хребет);

- характер ураження: механічна травма — локальна, численні травми, сполучена, наявність кровотечі, переломів кісток, довготривалого стиснення тканин, опікова травма, отруєння сильнодіючими отруйними речовинами (СДОР), радіаційне ураження тощо;

- основне ураження, що найбільш загрожує в даний момент життю потерпілого.

Результати медичного сортування фіксуються сортувальними марками, на основі яких санітари-носії реалізують сортувальне рішення лікаря, та відмітками в медичних документах (первинна медична картка, евакуаційний конверт, відомості про евакуйованого — евакуаційний паспорт).

Медична картка первинного обліку уражених із відривними сигнальними смугами. Наявність відривних сигнальних смуг на медичній картці не лише сприяє успішній реалізації результатів сортування на даному етапі, але й забезпечує інформування наступного етапу медичної евакуації, оскільки визначає уражених, на яких слід звернути увагу. Цим досягається наступність у сортуванні між етапами.

Сортувальні марки прикріплюють до одягу або до носилок ураженого. Марки вказують, куди і в яку чергу повинні бути направлені постраждалі. Наявність марки червоного кольору вказує на необхідність надання невідкладної допомоги в операційній або протишоковій палаті, синього кольору — у перев'язочній тощо. Цифри на марці (1, 2) свідчать про чергу надання медичної допомоги або евакуації. Марки виготовляють з цупкого картону.

Евакуаційний паспорт відображає відомості щодо профілю ураження в постраждалого, що знаходиться в транспорті, їх кількість, а також засіб транспортування та термін відправлення/прибуття транспорту.

Історія хвороби заповнюється в лікувальному закладі. Медична картка первинного обліку та історія хвороби є основними документами результатів медичного сортування, надання допомоги та лікування, сортувальні марки та евакуаційний паспорт належать до допоміжної документації.

Для зручності медичного сортування постраждалих та їх подальшої евакуації в лікарню з найменшим перегрупуванням по транспортних засобах доцільно вже в евакуаційних приміщеннях етапу групувати постраждалих згідно з локалізацією й характером ураження. Це дає можливість забезпечити наступне завантаження автотранспорту, залізничних вагонів та інших засобів однорідними групами постраждалих.

Медичне сортування можна проводити як на догоспітальному, так і на госпітальному етапі.

На догоспітальному етапі в процесі медичного сортування виділяють такі групи уражених:

- постраждалі, що потребують медичної допомоги в першу чергу — уражені з тяжкими пошкодженнями, що супроводжуються зростаючими розладами життє-

воважливих функцій. До цієї групи відносяться: тяжкоуражені з прогресуючими небезпечними для життя ураженнями, отруєннями СДОР, бактеріальними ураженнями з загрозою втрати однієї чи кількох функцій головних життєзабезпечуючих систем. Для усунення порушень необхідне термінове проведення лікувально-профілактичних заходів та надання їм відповідного обсягу медичної допомоги. Уражені цієї групи потребують допомоги за невідкладними (життєвими) показаннями;

- тимчасово нетранспортабельні, евакуація яких можлива лише після стабілізації гемодинамічних показників, зовнішнього дихання й тільки санітарним транспортом у супроводі медичного працівника;

- постраждалі з тяжкими та середньої тяжкості ураженнями, що безпосередньо не загрожують життю. Їм медична допомога надається в другу чергу чи може бути відкладеною до надходження до лікувального закладу (що не виключає можливості розвинення тяжких ускладнень). Евакуація повинна здійснюватися бригадами швидкої допомоги в першу чергу;

- уражені середньої тяжкості з помірними функціональними розладами чи без них. Прогноз сприятливий. Розвиток шкідливих ускладнень малоімовірний (за умов застосування антибіотиків та інших медикаментів за показаннями). Евакуація здійснюється попутним транспортом у другу чергу;

- легкоуражені з абсолютно сприятливим прогнозом для життя та для відновлення працездатності. Потребують амбулаторно-поліклінічного лікування. Евакуюються самостійно;

- постраждалі з тяжкими, несумісними для життя ураженнями та агонізуючі. Потребують симптоматичного лікування й проведення знеболювання. Евакуації не підлягають. В окремих випадках евакуюються в другу чергу.

За інших однакових умов перевага в черговості медичного сортування та надання медичної допомоги віддається дітям та вагітним жінкам.

У лікувальних закладах першого етапу медичної евакуації проводиться внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне медичне сортування, а на другому етапі — переважно внутрішньопунктове. Медичне сортування в лікувальних закладах має діагностичний та прогностичний характер. Для проведення сортування залучаються найбільш кваліфіковані лікарі. Так само, як і на догоспітальному етапі, створюються сортувальні бригади в складі лікаря, двох медичних сестер, санітарів-носієв. Результати медичного сортування реєструються в медичних документах. Медичне сортування проводиться на сортувальному майданчику або в приміщенні приймально-сортувального відділення (в холодну пору року). На цьому етапі в першу чергу необхідно виділяти уражених, які небезпечні для оточуючих:

- із зараженням тіла чи одягу СДОР, токсичними та радіоактивними речовинами. Їх направляють для повної санітарної обробки до санпропускника;

- із психічними розладами та інфекційні хворі. Їх направляють відповідно до психоневрологічного та інфекційного ізолятора (лікарні).

Усі інші уражені розподіляються на чотири групи відповідно до діагнозу, стану, можливості виникнення подальших ускладнень та інших показників.

До першої групи відносяться постраждалі з ураженнями, несумісними з життям. Вони знаходяться в термінальному стані або агонізують. В основному такі постраждалі потребують заходів, що полегшують їх стан, але щодо них необхідно проявляти особливу обережність, оскільки не завжди можливо правильно визначити тяжкість стану. Ці потерпілі потребують лікування в реанімаційному відділенні (палатах) або в палатах інтенсивної терапії.

До другої групи входять потерпілі з тяжкими ураженнями, що супроводжуються прогресуючими розладами життєвих функцій, для усунення яких потрібне термінове вживання лікувально-профілактичних заходів. Таким постраждалим необхідно надавати медичну допомогу, у тому числі проводити оперативні втручання, за життєвими показаннями. Як правило, вони є тимчасово нетранспортабельними й медична допомога надається їм у повному обсязі, у першу чергу в тих лікувальних закладах, куди вони надійшли.

Третя група — постраждалі з тяжкими та середньої тяжкості ураженнями з незначними функціональними розладами або без них, без безпосередньої загрози для життя і відносно сприятливим прогнозом для життя, відновлення здоров'я та працездатності. Медична допомога їм може бути відкладеною й надаватися в другу чергу. Відкладання медичної допомоги не виключає можливості тяжких ускладнень, тому необхідно прагнути надати медичну допомогу цій групі постраждалих якомога швидше в повному обсязі.

Четверта група — постраждалі з легкими та середнього ступеня тяжкості ураженнями. Залежно від стану їх можна направляти після надання медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічне лікування. Медична евакуація їх не здійснюється, прогноз для відновлення здоров'я та працездатності сприятливий.

Розподіл на евакуаційні групи за станом тяжкості має відносний характер і залежить від багатьох факторів, у тому числі від кваліфікації лікарів, які проводять медичне сортування, кількості одночасного надходження уражених на етап медичної евакуації, часу з моменту ураження, обсягу та якості раніше наданої допомоги, характеру ураження та інших. Крім провідних ознак, за якими визначається ступінь тяжкості стану уражених, необхідно враховувати, що при окремих ураженнях з часом стан постраждалого може значно погіршитись. Особливо це може бути при комбінованих ураженнях, при яких існує інкубаційний період (механічні травми, опіки, ускладнені ураженням СДОР, радіоактивними речовинами, збудниками інфекційних хвороб). Тому в кожному окремому випадку необхідно визначити, який фактор є провідним, а який другорядним та який вплив на стан постраждалого вони матимуть із часом.

Завершенням медичного сортування є реалізація заходів щодо медичної евакуації.

1.6. Медична евакуація. Санітарно-транспортні засоби, які використовуються для евакуації поранених і хворих

Органічною складовою частиною лікувально-евакуаційного забезпечення, нерозривно пов'язаною з процесом надання медичної допомоги пораненим і хворим та їх лікуванням, є медична евакуація.

Медична евакуація — це сукупність заходів щодо транспортування поранених і хворих на етапи медичної евакуації з метою своєчасного й повного надання їм медичної допомоги ц лікування. Крім того, медична евакуація забезпечує звільнення етапів медичної евакуації від поранених і хворих, створюючи умови для їх переміщення відповідно до бойової та медичної обстановки.

Шлях, по якому здійснюється транспортування поранених і хворих у тил, має назву «шлях медичної евакуації». Як правило, шляхи медичної евакуації повинні відповідати шляхам підвозу військам різних матеріальних засобів. Це дозволяє використовувати для евакуації поранених та хворих дороги, які обслуговуються інженерними військами та комендантською службою, а також зворотні рейси транспорту загального призначення, що доставляють у війська боєприпаси, продукти харчування та інші матеріально-технічні засоби.

Сукупність шляхів медичної евакуації, розгорнутих на них медичних підрозділів, частин і закладів, задіяних санітарно-транспортних засобів, що забезпечують певне, як правило, велике угруповання військ, отримало назву евакуаційного напрямку.

Евакуаційний напрямок, як правило, створюється у відповідності з системою комунікацій армійського корпусу й оперативного командування.

Принципові вимоги до проведення *медичної евакуації*:

- медична евакуація є складовою частиною лікувально-евакуаційного забезпечення військ, оскільки вона передбачає не лише транспортування поранених до лікувального закладу, а й надання їм необхідної медичної допомоги в дорозі;

- медична евакуація, як вид діяльності командування та медичної служби на театрі воєнних дій, за своєю важливістю поступається лише пріоритету виконання бойових (оперативних) завдань;

- медична евакуація здійснюється відповідно до евакуаційної політики, встановленої для даного театру воєнних дій;

- евакуаційна політика — це директиви або рішення командування, що встановлюють контингенти поранених і хворих, які підлягають евакуації з одного етапу до іншого залежно від їхнього стану та характеру поранення (захворювання) і визначених для кожного етапу термінів лікування, а також організацію евакуації цих контингентів з урахуванням оперативної й медичної обстановки та наявності відповідних евакуаційно-транспортних засобів і персоналу медичного супроводу;

- евакуаційну політику в збройних силах встановлює міністр оборони України за поданням директора Військово-медичного департаменту МО України, узго-

дженим начальником Генерального штабу Збройних сил України і з урахуванням рекомендацій командування військ на театрі воєнних дій; вона є ключем до визначення співвідношення медичних можливостей, наявних у кожному ешелоні, і засобів медичної евакуації в інтересах забезпечення оптимального лікування поранених і хворих;

- медична евакуація тісно пов'язана з медичним сортуванням, яке розподіляє поранених і хворих на категорії залежно від того, у який лікувальний заклад, яким видом транспорту, у якому положенні і як швидко має бути евакуйований кожен поранений чи хворий;

- у сучасних війнах різко зросла роль аеромедичної евакуації як найбільш швидкого засобу транспортування поранених і хворих у лікувальні заклади з використанням спеціально обладнаних вертольотів і літаків у супроводі медичного персоналу;

- аеромедична евакуація висуває високі вимоги до технічного стану й спеціального оснащення транспортних засобів, професійного відбору льотного складу, кваліфікації та практичного досвіду медичних груп супроводу;

- збільшення обсягу й дальності аеромедичної евакуації підвищує вимоги до проведення медичного сортування; воно не повинно обмежуватися розподілом поранених (хворих) за тяжкістю ураження, терміновістю надання медичної допомоги й відповідно евакуації, але покликане також визначити характер медичної допомоги й догляду, яких поранені й хворі потребуватимуть на борту літака, і вплив самого польоту на стан їхнього здоров'я;

- головним видом медичної евакуації є спосіб «на себе», при якому відповідальність за евакуацію поранених і хворих з етапів медичної евакуації нижчої ланки покладається на командування вищої ланки медичної служби;

- керування медичною евакуацією здійснюється з використанням системи координації та комп'ютерного моніторингу за вчасним і безпечним просуванням поранених з одного етапу (ешелону) в інший.

Для евакуації поранених і хворих застосовуються різні санітарно-транспортні засоби. У всіх випадках для евакуації поранених і хворих належить використовувати доступні в конкретній обстановці найбільш швидкохідні засоби медичної евакуації. Найбільш складною є евакуація поранених із поля бою, яка здійснюється за допомогою різних транспортних засобів та шляхом ручного виносу. Виніс поранених здійснюється особовим складом підрозділів збору й евакуації, а також військовослужбовцями, які виділяються для цієї мети розпорядженням командирів частин і підрозділів. Для вивозу поранених з поля бою використовуються санітарні транспортери, а також бронетранспортери й бойові машини піхоти, що значно полегшує організацію евакуації під вогнем противника.

Подальша евакуація поранених і хворих здійснюється на автомобільному санітарному транспорті, який в даний час є основним засобом медичної евакуації від військових підрозділів до госпітальної бази. Разом

із цим у сучасних умовах збільшуються можливості з використання легких санітарних літаків і вертольотів, що не потребують великих злітно-посадочних смуг, для евакуації поранених і хворих, починаючи з медр мбр.

Суміщення шляхів медичної евакуації із шляхами підвозу дозволяє використовувати зворотні рейси транспорту підвозу (автомобільного й авіаційного) для евакуації поранених і хворих. Використання зворотних рейсів транспорту підвозу для медичної евакуації обумовлюється неможливістю в ряді випадків забезпечити евакуацію всіх поранених і хворих тільки санітарним транспортом. Однак автомобільний транспорт загального призначення повинен залучатись переважно для евакуації легкопоранених і легкохворих. На відміну від цього авіаційний транспорт може використовуватись для евакуації всіх категорій поранених і хворих.

Використання зворотних рейсів транспорту загального призначення підвозу з метою медичної евакуації організаційно забезпечується розміщенням етапів медичної евакуації поблизу шляхів підвозу й евакуації та завчасним плануванням його використання.

Транспорт загального призначення при його використанні для евакуації поранених і хворих потребує додаткового оснащення (встановлення на автомобілі й літаки спеціального обладнання для закріплення носів, улаштування сидінь, настилів, обладнання кузовів автомобілів тентами, спорядження засобами захисту від холоду тощо).

Поранені та хворі, які евакууються санітарним транспортом або транспортом загального призначення, супроводжуються медичним персоналом, особливо в тих випадках, коли евакуація здійснюється на великій відстані. Медичний персонал, який супроводжує поранених і хворих, здійснює нагляд за їхнім станом і, у випадку необхідності, надає медичну допомогу.

Евакуація поранених і хворих із підрозділів на медичний пункт окремої частини (медичну роту бригади) здійснюється його штатними й приданими санітарними транспортними засобами, а також виділеними для цієї мети спеціально обладнаними транспортними засобами загального призначення. При необхідності для евакуації поранених і хворих розпорядженням командирів бойових підрозділів і частин виділяється особовий склад, додаткові транспортні засоби, а якщо цього вимагають обставини, то і бойові машини.

В окремих випадках легкопоранені та легкохворі можуть направлятись на медичний пункт частини (медичну роту бригади) організованими командами пішки.

Евакуація поранених і хворих із підрозділів бригади у військовий польовий пересувний госпіталь здійснюється штатними санітарно-транспортними засобами медичної роти бригади і приданим старшим начальником медичної служби санітарним транспортом, а також спеціально обладнаними транспортними засобами загального призначення (транспорт підвозу боєприпасів, речового майна, продуктів харчування й ін.). Санітарні транспортні засоби використовуються в першу чергу для евакуації тяжкопоранених і тяжкохворих.

Інфекційні хворі з медичних підрозділів і частин евакууються санітарними транспортними засобами окремо від поранених та інших хворих.

Транспортні засоби загального призначення для евакуації поранених і хворих виділяються розпорядженням заступника командира бригади по тилу за доповіддю начальника медичної служби бригади й обладнуються для перевезення поранених і хворих табельними та підручними засобами.

На шляхах евакуації поранених і хворих встановлюються спеціальні шляхопоказники, які повинні бути добре видимі вдень і вночі.

Водії санітарного автомобільного транспорту повинні знати й володіти навичками перенесення, завантаження, розвантаження поранених і хворих, надання їм першої медичної допомоги та догляду за ними на шляхах транспортування.

Водії автомобілів та супроводжуючий медичний персонал повинні добре знати маршрут (шляхи) евакуації, розташування медичних пунктів, медичних рот, військових польових пересувних госпіталів, лікувальних закладів госпітальних баз.

Для охорони транспортних засобів із пораненими та хворими в необхідних випадках розпорядженням командира бригади (підрозділу) виділяється особовий склад.

Передача (перевантаження) поранених і хворих з одного транспортного засобу на інший, а також вивантаження на етапах медичної евакуації здійснюються без зняття їх із нош. Санітарні транспортні засоби укомплектовуються ношами з обмінного фонду.

У військовому польовому пересувному госпіталі на кожний транспортний засіб (автомашину, вертоліт, літак), що здійснює евакуацію поранених і хворих, у трьох екземплярах складається евакуаційна відомість (один екземпляр з розписом начальника колони, супроводжуючого або водія транспортного засобу залишається у військовому польовому пересувному госпіталі, другий — передається в лікувальний заклад, у який евакуйовано поранених і хворих, третій — з підписом начальника закладу, який прийняв поранених і хворих, залишається на транспортному засобі для складання звіту).

Евакуація поранених і хворих організовується старшим начальником медичної служби й здійснюється підпорядкованими йому транспортними засобами. Наприклад, начальник медичної служби АК направляє санітарний транспорт медичної бригади корпусу на медичні роти бригад для евакуації поранених і хворих до військового польового пересувного госпіталю. Такий порядок евакуації отримав найменування «евакуація на себе». Не виключена, однак, можливість і навіть необхідність евакуації в тил своїми транспортними засобами, тобто «від себе». Існує також можливість евакуації поранених і хворих за принципами: «евакуація на сусіда», «евакуація за собою», «евакуація через себе». Перевага евакуації «на себе» перед іншими порядками її організації полягає в тому, що старший начальник медичної служби, який направляє транспорт уперед, має можливість використовувати його більш ефектив-

но відповідно до обстановки, а також краще ним маневрувати.

Удосконалення вражаючих засобів та значне використання ручних реактивних установок класу «земля — повітря» вимагає особливих заходів безпеки при використанні санітарних вертольотів.

Характеристика транспортних засобів, які використовуються для евакуації поранених і хворих, подана у табл. 1.

Залізничний і водний транспорт використовуються головним чином для евакуації з театру військових дій у тил країни.

Залізничний санітарний транспорт: військовий санітарний потяг — загальний вміст при нормальному завантаженні — 470 чол., при щільному завантаженні — 524 чол.

Повітряний санітарний транспорт:

— літаки — АН-2, які входять до окремих транспортних санітарних авіаційних ескадрилій оперативного командування (вміст — 6 поранених на ношах або 10 сидічих);

— вертоліт МІ-8 (вміст — 8 поранених на ношах або 12 сидічих).

Розраховування на швидку евакуацію поранених авіасанітарним транспортом прямо з передових етапів у спеціалізовані лікувальні заклади можливе тільки в умовах локальної війни при пануванні в повітряному просторі та при значній економічній потужності держави. Під час великої війни або слабкому економічному потенціалі держави орієнтуватися на значні можливості аеромедичної евакуації не слід.

Водний транспорт використовують для евакуації в комунікаційній зоні оперативного командування і переважно у внутрішньому тиловому районі. У військовому й корпусному тилових районах водний транспорт має допоміжне значення й може використовуватись для переправи поранених і хворих через водні перешкоди за допомогою човнів, баркасів, барж, теплоходів, катерів.

При розрахунках необхідності в транспортних засобах вважається, що середня швидкість їх пересування не повинна перевищувати 30–40 км/год, навіть хорошими шляхами. За добу санітарний автомобіль може, з урахуванням навантаження та розвантаження, санітарної обробки, пройти шлях від 200 до 300 км. Для транспорту загального призначення повторні рейси не враховуються, а ведеться тільки врахування машино-рейсів. Розрахунок потреби санітарного транспорту проводиться за формулою:

$$T_c = KC / PE,$$

де T_c — потреба в санітарних (транспортних) автомобілях, K — коефіцієнт потреби в евакуації на санітарному транспорті (0,5–0,6), C — санітарні втрати, P — можлива кількість рейсів за добу, E — евакумісткість одного автомобіля.

Розрахунок транспорту загального призначення можна здійснити за формулою:

$$T_m = (1 - K) \cdot C / E.$$

Таблиця 1. Транспортні засоби, які використовуються для евакуації поранених і хворих

Назва транспорту	Уміст (поранених і хворих)			
	Комбінована форма			Тільки сидячи
	Лежачи	Сидячи	Разом	
Транспортер колісний ЛУАЗ-967М	2	1	3	5
Транспортер малогабаритний гусеничний броньований ГТ-МУ	4	1	5	10
Транспортер гусеничний снігоболотохідний ГТ-СМ	4	2	6	10
Санітарна автомашина УАЗ-3962	4	1	5	7
Санітарний автобус АС-66	9	4	13	18
Вантажний автомобіль ГАЗ-66, обладнаний уніфікованим санітарним обладнанням	6	5	11	20
Вантажний автомобіль ЗІЛ-130, обладнаний уніфікованим санітарним обладнанням	8	7	15	25
Сучасні іноземні транспортні засоби	Розрахунки проводяться згідно з їхніми технічними характеристиками			

2. Особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення

2.1. Особливості організації і проведення лікувально-евакуаційного забезпечення при ліквідації наслідків застосування противником засобів масового ураження

В основі роботи медичної служби при усуненні наслідків використання противником зброї масового ураження лежать загальні принципи організації лікувально-евакуаційного забезпечення. У той же час у цих умовах використовуються також інші форми й методи роботи. Перш за все на організацію лікувально-евакуаційного забезпечення буде мати вплив характер санітарних втрат. Використання противником ядерної, хімічної зброї та деяких видів бактеріальних засобів (токсинів), а також порушення об'єктів атомної та хімічної промисловості будуть зумовлювати одночасне виникнення на порівняно обмеженій території масових санітарних втрат — осередків масових уражень.

Під осередком масового ураження мають на увазі територію з людьми, тваринами, транспортом і різним майном, що знаходиться на ній, яка була піддана безпосередньому впливу засобів ураження, здатних викликати практично одночасно масові втрати особового складу військ.

Медична служба в умовах використання противником зброї масового ураження організовує й здійснює в обмежені терміни лікувально-евакуаційне забезпечення як безпосередньо в осередках масового ураження, так і за їх межами. Дії на місцевості, зараженій отруйними речовинами, радіоактивними речовинами, бактеріальними засобами, викличуть необхідність роботи медичних працівників в індивідуальних засобах захисту і потребуватимуть проведення на етапах медичної евакуації санітарної обробки уражених, дезактивації, дегазації та дезінфекції їхнього одягу й спорядження.

Лікувально-евакуаційне забезпечення в осередках масових санітарних втрат здійснюється одночасно з відновленням порушеного управління та боєздатнос-

ті частин у комплексі з іншими заходами з усунення наслідків використання противником зброї масового ураження. Воно проводиться частинами (підрозділами), які зазнали впливу вражаючих факторів зброї масового ураження, а також загонами ліквідації наслідків використання противником зброї масового ураження. До складу зазначеного загону, який призначається наказом командира бригади (частини), включаються медичні пункти батальйонів, а з медичного пункту окремої частини — підрозділи збору та евакуації з відповідним медичним майном.

Важливою умовою ефективної діяльності медичної служби при застосуванні противником засобів масового ураження є прогнозування місця, часу та масштабів його застосування противником. У зв'язку з цим необхідна своєчасна інформація медичної служби про виникнення осередків масового ураження, а також створення постійного резерву сил і засобів, визначення загального порядку його використання й підтримка всіх сил і засобів медичної служби в постійній готовності до проведення заходів із ліквідації наслідків застосування противником зброї масового ураження.

Перша медична допомога ураженим і хворим в осередках ядерного й хімічного ураження надається у порядку само- і взаємодопомоги медичним складом частин, що підпали під дію засобів масового ураження, а також особовим складом загонів ліквідації наслідків застосування противником засобів масового ураження. Санітарні інструктори й фельдшери безпосередньо керують заходами з надання першої медичної допомоги, надають її найбільш тяжкоураженим.

Постраждалих з осередка масових санітарних втрат потрібно вивозити (виносити) на незаражені ділянки місцевості в найкоротші терміни з дотриманням необхідних заходів захисту.

Після надання пораненим і хворим першої медичної допомоги вони евакуюються на медичний пункт частини (медичну роту бригади) та у військовий польовий пересувний госпіталь. У разі неможливості

швидкої евакуації поранених і хворих, які знаходяться на місцевості з високим рівнем радіації або зараженої отруйними речовинами, вони спочатку вивозяться (виносяться) за межі цієї місцевості, де й очікують подальшої евакуації.

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення в осередках ядерного, хімічного й бактеріологічного ураження визначається характером уражаючої дії цих видів зброї та умовами роботи в осередках.

Найважливішими умовами діяльності медичної служби при застосуванні противником засобів масового ураження є характер бойової обстановки й, у першу чергу, наявність чи відсутність загрози виходу противника в район осередку масового ураження. За наявності такої загрози основним завданням буде негайна евакуація уражених із цього району. Обсяг медичної допомоги на етапах медичної евакуації за таких умов скорочується. За відсутності загрози виходу противника в район осередку ураження і сприятливій радіаційній, хімічній та бактеріологічній обстановці сили й засоби медичної служби можуть бути наближені безпосередньо до осередку ураження й забезпечувати надання медичної допомоги в більш широкому обсязі.

В осередках ядерного ураження характер санітарних втрат визначається видом і потужністю ядерних вибухів. Так, при використанні ядерних боєприпасів надмалого й малого калібрів будуть виникати переважно радіаційні ураження, а середніх і великих калібрів – травматичні й опікові ураження в поєднанні з радіаційними.

Ведення рятівних робіт суттєво ускладнюється через радіоактивне зараження місцевості, значні завали тощо. За військовослужбовцями, які зазнали впливу вражаючих факторів ядерного вибуху, але зберегли боєздатність і не потребують направлення на лікування, медична служба організовує нагляд.

При використанні противником хімічної зброї виникають осередки ураження, які залежно від її фізико-хімічних властивостей, рельєфу місцевості та погодних умов можуть бути стійкими або нестійкими.

При організації лікувально-евакуаційного забезпечення в осередках санітарних втрат від хімічної зброї необхідно враховувати такі особливості:

- одномоментне (при використанні противником швидкодіючих отруйних речовин) або тривале (отруйні речовини сповільненої дії) формування санітарних втрат в осередку;
- можливість виникнення при певних умовах комбінованих уражень особового складу;
- можливість вторинних уражень потерпілих, а також медичного персоналу в результаті десорбції отруйних речовин із зараженого одягу або спорядження евакуйованих уражених;
- необхідність надання медичної допомоги за невідкладними показаннями великій кількості уражених у дуже короткі терміни.

Проведення лікувально-евакуаційного забезпечення в осередках бактеріологічного ураження залежить від характеристики вражаючої дії використаних засобів.

Важливим завданням медичної допомоги є організація бактеріологічної розвідки й швидке визначення виду бактеріального засобу.

Відразу ж після встановлення факту використання бактеріальних засобів проводиться екстрена неспецифічна профілактика особового складу. Після ідентифікації виду збудника організовується специфічна профілактика серед особового складу з проведенням, якщо треба, запобіжних щеплень.

При необхідності режиму обсервації або карантину медична служба здійснює нагляд за особовим складом з метою виявлення хворих і підозрілих на інфекційні захворювання, їх своєчасної ізоляції та госпіталізації.

2.2. Особливості організації сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення

2.2.1. Рівні (ешелони) медичного забезпечення

Рівень (ешелон) медичного забезпечення (етап медичної евакуації в старій термінології) — це сили й засоби медичної служби (медичні підрозділи, частини й заклади), що розгорнуті для прийому, медичного сортування, надання певного стандартизованого виду медичної допомоги, лікування поранених і хворих, підготовки до подальшої евакуації; проведення санітарних і протиепідемічних заходів; заходів забезпечення медичним майном; здійснення медичного захисту військ.

Виділяють чотири основні рівні (ешелони) медичного забезпечення.

Перший рівень. Медичний пункт батальйону (іншої окремої частини), укомплектований лікарем загальної практики, гарантує перший рівень медичного забезпечення. Для нього характерна наявність мінімальної кількості ліжок для проведення невідкладних заходів із стабілізації стану постраждалих. Є можливості для проведення основних лабораторних тестів та надання первинної допомоги при виникненні бойового стресу. Для першого рівня (ешелону) можуть бути впроваджені стандарти надання первинної лікувально-профілактичної допомоги, що прийняті в мирний час.

Другий рівень. Медична рота бригади (іншої окремої частини), військовий мобільний госпіталь, що укомплектовані лікарями — фахівцями загального профілю, гарантують формування другого рівня (ешелону) медичного забезпечення. Другий рівень забезпечує проведення загальних хірургічних утручань, у тому числі невідкладних із метою збереження життя та кінцівок, інтенсивної терапії, стоматологічної допомоги, польових лабораторних досліджень, переливання крові, захист поранених і хворих від зброї масового ураження. Додатковими завданнями можуть бути проведення, якщо треба, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, лікування бойового стресу. Можливості закладів медичного забезпечення другого рівня можуть відрізнятися залежно від призначення; тут можуть бути впроваджені стандарти надання як первинної, так і вторинної лікувально-профілактичної допомоги, прийняті в мирний час.

Третій рівень. Медичні заклади третього рівня (ешелону) володіють можливостями другого рівня,

які розширені хірургічною допомогою, інтенсивною терапією і післяопераційним доглядом, терапевтичною, стоматологічною, сестринською допомогою та більш досконалою діагностичною базою. Окрім ліжок для тяжко хворих, функціональні підрозділи третього рівня мають достатні умови для остаточного лікування тих пацієнтів, які, відповідно до евакуаційної політики, з цього рівня повертаються до строю. Медичні підрозділи посиленого третього рівня володіють однією або більше з можливостей: спеціалізована хірургічна допомога (нейрохірургічна, щелепно-лицьова, допомога постраждалим з опіками тощо), застосування складних діагностичних заходів (комп'ютерна томографія, ФГДС, артроскопія, лабораторні дослідження), військово-лікарська експертиза тощо. Для третього рівня можуть бути впровадженими стандарти надання як вторинної, так і третинної лікувально-профілактичної допомоги, що прийняті в мирний час.

Функцію військово-медичних частин і закладів третього рівня можуть виконувати стаціонарні, відповідно оснащені й розгорнуті в мирний час, військові госпіталі (базові, центральні).

Четвертий рівень. Медичні заклади четвертого рівня забезпечують вичерпну медичну допомогу тим пацієнтам, для яких термін необхідного лікування більший, ніж термін, визначений евакуаційною політикою або для лікування яких наявні ресурси третього рівня недостатні. До функціональних обов'язків четвертого рівня зазвичай входить проведення заходів високоспеціалізованої хірургічної та терапевтичної допомоги, реконструкції та реабілітації. Для четвертого рівня характерне впровадження стандартів лікувально-профілактичної допомоги, що прийняті в мирний час. Функцію медичних закладів четвертого рівня, у єдиному медичному просторі, можуть виконувати стаціонарні, відповідно оснащені й розгорнуті в мирний час військові госпіталі (ГМКЦ ГВКГ, ВМКЦ регіонів) та лікувальні заклади ТерГБ МОЗ України.

Мінімальні наявні ресурси нижчого рівня (ешелону) обов'язково властиві військово-медичним частинам і закладам більш високого рівня. Рівень надання допомоги в медичному закладі не може бути зменшеним нижче від мінімальних можливостей, які визначені його числовою характеристикою (наприклад, не існує рівня два з позначкою мінус).

Мінімальні наявні ресурси можуть бути збільшеними шляхом надання посилених можливостей; їх наявність позначається позначкою плюс (наприклад, рівень два з позначкою плюс).

2.2.2. Сучасна схема лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України під час АТО

Сьогодні сучасна схема лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України виглядає таким чином: РТГр (домедична допомога) — БТГр (перша лікарська допомога) — ВМГ/ЦРЛ (кваліфікована медична допомога) — ВГ/ВМКЦ (спеціалізована медична допомога).

Зростання бойової ефективності сучасних засобів озброєної боротьби, особливо високоточних боеприпасів, дає можливість здійснювати нанесення потужних і раптових руйнівних вогневих ударів на велику глибину — сотні кілометрів, без висування й повного розгортання основних угруповань військ. Тому на сьогодні бойові дії ведуться переважно ротними й батальйонними тактичними групами (РТГр та БТГр).

Постраждалих доставлятимуть до медичного пост роти (МПР), в основному методом виносу за рахунок позаштатних санітарів-носієльників взводів. З урахуванням можливих санітарних втрат на рівні РТГр санітарним інструктором роти завчасно призначаються 2–3 ланки позаштатних санітарів-носієльників.

На рівні РТГр, як і за класичною схемою ЛЕЗ, організовується МПР або пост санітарного транспорту, поблизу РТГр. Організацію медичного забезпечення в РТГр покладено на санітарного інструктора, у функціональному підпорядкуванні якого перебувають стрільці-санітари взводів. На рівні БТГр медичне забезпечення організовує начальник медичного пункту батальйону (МПБ).

Відповідно до рекомендацій Доктрини з медичного забезпечення НАТО, даних багатьох наукових досліджень, перша лікарська допомога пораненому має бути наданою протягом однієї години з моменту поранення — правило золоті години.

Із урахуванням часу, затраченого на евакуацію пораненого з поля бою до МПР, для забезпечення принципу своєчасності надання медичної допомоги очевидним є те, що на МПБ необхідна присутність лікаря.

Одночасно, урахуовуючи особливі умови, неоднорідність виникнення санітарних втрат у ротах, а також їх розташування на місцевості, є необхідним забезпечити МПБ броньованими медичними машинами.

З наведеного вище видно, щогодини на МПБ надходитимуть поранені й хворі, з яких 50 % потребуватимуть виконання заходів першої лікарської допомоги.

Урахуовуючи можливий час, що може затратитися на надання першої лікарської допомоги одному пораненому (до 20 хв), один лікар не в змозі надати протягом 1 год допомогу пораненим, які її потребуватимуть. Тому в сучасних умовах МПБ БТГр та базових таборів додатково посилюється медичним відділенням (мобільним) із медичної роти бригади. Організаційно-штатна структура медичного відділення (мобільного) медичної роти бригади складається з лікаря, фельдшера, медичних сестер, санітарів та водіїв-санітарів. Дані інновації сприяють якісній організації першої лікарської допомоги на рівні МПБ.

Тому на сучасні медичні роти бригади покладено функції з організації посилення МПБ, забезпечення проведення евакуації «через себе», а також надання амбулаторного та стаціонарного лікування до 5 діб. Відповідно до наведеного організаційно до медичної роти бригади входять 3 мобільних медичних відділень, 1 стаціонарне медичне відділення та інші підрозділи.

Наведена організаційно-штатна структура медичної роти бригади уже впроваджена в зоні ведення АТО, що дозволило зменшити часові показники надання медичної допомоги пораненим.

Місце та обсяги надання кваліфікованої чи спеціалізованої медичної допомоги залежали від тактичних, метеорологічних та інших чинників. У цілому, після надання невідкладних заходів першої лікарської допомоги близько 30 % поранених були евакуйовані з зони ведення збройного конфлікту бойовими вертольотами безпосередньо до ВГ або ВМКЦ. Проте переважна більшість поранених (72 %) з місць збройних протистоянь (блокпости, супровід колон, базові табори тощо) автомобільним медичним транспортом доставлялись до ЦРЛ або ВМГ, де їм надають кваліфіковану медичну допомогу. У подальшому поранених евакуюють на етап спеціалізованої медичної допомоги до стаціонарних ВГ, ВМКЦ, ГВМКЦ або лікувальних закладів охорони здоров'я.

2.3. Особливості оперативного розгортання медичних підрозділів частин і закладів

У бойових умовах потік санітарних втрат зазвичай слідує від закладів нижчого рівня (1) до закладів вищого рівня (4). Цей загальний організаційний принцип поєднується з іншим — ураховуючи медичну й оперативну обстановку, намагаються якомога швидше транспортувати постраждалого безпосередньо до того лікувального закладу, де йому буде надана вичерпна допомога й проведене остаточне лікування. Іншими словами, з метою підвищення ефективності лікувально-евакуаційного забезпечення один чи більше рівнів при необхідності можуть бути обійдені.

Мобільні медичні підрозділи й частини

Мобільними медичними підрозділами і частинами ЗС України є такі, що відповідають першому й другому рівням медичного забезпечення. Функціональні можливості, технологічне оснащення таких медичних підрозділів і частин повинні відповідати величині й структурі прогнозованих санітарних втрат військ. Мобільність польових лікувальних закладів не може бути нижчою від такої бойових частин. Посилення наявних функціональних можливостей проводиться через створення резерву мобільних військових госпіталів другого рівня. Мобільні військові госпіталі, в свою чергу, можуть посилюватись лікарськими (лікарсько-сестринськими) бригадами за рахунок незалучених стаціонарних військово-медичних частин і закладів.

Мобільність медичних підрозділів ЗС України має відповідати мобільності військ, що забезпечуються. Засоби для медичної евакуації поранених повинні мати таку ж рухливість, як і бойові транспортні засоби військ.

Для забезпечення необхідної здатності до пересування медичних підрозділів та частин використовується стандартне медичне та немедичне майно, що розташовується в палатках (контейнерах), мобільних лікувально-діагностичних комплексах та адаптоване до роботи в польових умовах, а також відповідні транспортні засоби.

При розгортанні медичних підрозділів та частин у польових умовах ураховуються можливості місцевої медичної інфраструктури, незалежно від її підпорядкування та форм власності. ■

Додаток

Затверджено
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
18 травня 2012 року № 366

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
05 червня 2012 р.
за № 884/21196

Витяг з інструкції
щодо заповнення облікової форми медичної документації
для цивільного населення № 109-2/о «Картка медичного сортування»

I. Загальні положення

1. Облікова форма медичної документації № 109-2/о «Картка медичного сортування» (далі – картка медичного сортування) є медичним обліковим документом, призначеним для збору інформації про постраждалих і хворих унаслідок надзвичайних ситуацій (далі – постраждали) при проведенні медичного сортування. На основі зібраної інформації постраждалих поділяють за категоріями, кожній з яких відповідає певний колір, і відносять до певної сортувальної групи відповідно до визначених критеріїв.

2. Картка медичного сортування заповнюється на догоспітальному етапі медичними працівниками бригад швидкої медичної допомоги, бригад територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичними працівниками в приймальних відділеннях (відділеннях невідкладної медичної допомоги) закладів охорони здоров'я.

3. При госпіталізації постраждалого до закладу охорони здоров'я картка медичного сортування підклеюється до медичної карти стаціонарного хворого. У випадку, коли постраждалий не потребує госпіталізації у заклад охорони здоров'я, картка медичного сортування підклеюється до відповідної облікової документації станції швидкої медичної допомоги.

4. Картка медичного сортування містить інформацію для заповнення на лицьовому та зворотному боках. Картку медичного сортування потрібно заповнювати чітким і розбірливим почерком без помилок та виправлень.

5. Розміри картки медичного сортування (разом з відривними частинами) становлять: ширина – 12 см, довжина – 24 см. Зверху посередині наявний наскрізний отвір, передбачений для стрічки довжиною не менше 80 см, за допомогою якої картка медичного сортування буде одягатися на шию постраждалого або за-

кріплюватися на одязі. Картка медичного сортування друкується на цупкому папері у кольоровому вигляді.

II. Порядок заповнення

На лицьовому боці картки медичного сортування виділяють основну частину (1) та відривні частини (2, 3), як наведено на рис. 1.

Картка медичного сортування (Форма № 109-2/о) складається з основної частини (1) та двох відривних частин (2 та 3).

Основна частина (1):

- Знак швидкої медичної допомоги України.
- Міністерство охорони здоров'я України.
- Медична документація.
- Форма № 109-2/о (облікова).
- Затверджено наказом МОЗ України.
- Серія №, №.
- Дата: __, час: __.
- Дані огляду:
- Стать: чоловіча ☐ жіноча ☐ Вік: __.
- Дізнання (до 8 років) ☐.
- Рана ☐ Проколоче поранення ☐ Туля травма ☐ Опік ☐ Перелом: закритий ☐ відкритий ☐ Ампутація ☐ Зайб ☐ Інше ☐.
- Сортувальна категорія IV (Серія №, №).
- Сортувальна категорія I (Серія №, №).
- Сортувальна категорія II (Серія №, №).
- Сортувальна категорія III (Серія №, №).

Відривна частина (2):

- Можє ходити самостійно, незначні поранення → Сортувальна категорія III.
- Дихання відсутнє після відновлення прохідності дихальних шляхів → Сортувальна категорія IV.
- Дихання відсутнє після 5 хв. → Сортувальна категорія IV.
- Частота дихання більше 30/хв. чи менше 10/хв. → Сортувальна категорія IV.
- Більше 45/хв. чи менше 15/хв. → Сортувальна категорія IV.
- Капілярний пульс більше 2 сек. → Сортувальна категорія IV.
- Периферійний пульс відсутній → Сортувальна категорія IV.
- Стан свідомості - неможі виконувати прості команди → Сортувальна категорія IV.
- Не реагує на слова, неадекватно реагує на біль → Сортувальна категорія IV.
- Інше ☐ → Сортувальна категорія IV.

Відривна частина (3):

- Сортувальна категорія IV (Серія №, №).
- Сортувальна категорія I (Серія №, №).
- Сортувальна категорія II (Серія №, №).
- Сортувальна категорія III (Серія №, №).

1. У лівому верхньому куті картки медичного сортування вписується найменування закладу охорони здоров'я, працівники якого проводять медичне сортування.
2. Праворуч, під написом «Картка медичного сортування», вписують серію картки медичного сортування відповідно до адміністративно-територіального устрою за такою схемою:

Автономна Республіка Крим	=>>	АРК
Вінницька область	=>>	ВНЦ
Волинська область	=>>	ВЛН
Дніпропетровська область	=>>	ДНП
Донецька область	=>>	ДОН
Житомирська область	=>>	ЖИТ
Закарпатська область	=>>	ЗАК
Запорізька область	=>>	ЗАП
Івано-Франківська область	=>>	ІФР
Київ	=>>	КИВ
Київська область	=>>	КИО
Кіровоградська область	=>>	КРО
Луганська область	=>>	ЛУГ
Львівська область	=>>	ЛВВ
Миколаївська область	=>>	МИК
Одеська область	=>>	ОДЕ
Полтавська область	=>>	ПЛТ
Рівненська область	=>>	РВН
Севастополь	=>>	СЕВ
Сумська область	=>>	СУМ
Тернопільська область	=>>	ТЕР
Харківська область	=>>	ХАР
Херсонська область	=>>	ХРС
Хмельницька область	=>>	ХМЕ
Черкаська область	=>>	ЧРК
Чернівецька область	=>>	ЧРВ
Чернігівська область	=>>	ЧНГ

- Номер картки медичного сортування є порядковим номером, що проставляється під час виготовлення.
3. На лицьовому боці картки медичного сортування у лівому верхньому куті зазначають дату та час огляду постраждалого.

4. У блоці «Дані огляду» у лівому верхньому куті зазначаються стать та вік постраждалого. У випадку, коли вік постраждалого — до 8 років, медичний працівник, який проводить медичне сортування, ставить відмітку у квадраті навпроти напису «Дитина».
5. Нижче зображені схематичні обриси людини, між ними міститься таблиця з переліком ушкоджень: рана, проникаюче поранення, тупа травма, опік, перелом закритий, відкритий, ампутація, забій. При заповненні цієї ділянки медичний працівник, який проводить медичне сортування, зазначає тип пошкодження із запропонованого в таблиці переліку та стрілкою вказує на схематичних обрисах людини місце його локалізації. Під схематичним зображенням людини розміщений напис «Інше». У цій графі вказуються наявні пошкодження, симптоми чи прояви хвороби, наявні у постраждалого, а також дані, що можуть вплинути на обсяг надання медичної допомоги, наприклад, вагітна, алергія та інше, як показано на схемі:

6. Праворуч від схематичного зображення людини та нижче напису «Дитина» розміщені кольорові позначки, які відповідають забруднювальним агентам радіаційного, бактеріологічного, хімічного характеру, та напис «невідомо». Нижче кожного знака та напису «невідомо» розміщені квадрати, куди після проведення деконтамінації постраждалого медичний працівник, який проводить медичне сортування, ставить відповідну позначку: