



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

24 лютого 2022 року

Київ

№ 368

Про затвердження Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі»

Відповідно до статті 14¹ Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», частини сьомої статті 3 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», абзацу п'ятнадцятого підпункту 10 пункту 4, пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90), пункту 3.4 Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, та з метою удосконалення надання екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі,

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі», що додається.



2. Державному підприємству «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (Бабенко М.М.) забезпечити внесення Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі» до Реєстру медико-технологічних документів.

3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Микичак І.В.

Міністр



Віктор ЛЯШКО



ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

**СТАНДАРТ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
«МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ПРИ МАСОВОМУ НАДХОДЖЕННІ
ПОСТРАЖДАЛИХ НА РАННЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ»**

Загальна частина

Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі».

Розробники:

Олександра Машкевич	генеральний директор Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України;
Данилюк Олександр	керівник експертної групи екстреної та первинної медичної допомоги Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України, заступник голови робочої групи;
Ніколаєв Олександр	державний експерт експертної групи екстреної та первинної медичної допомоги Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України
Потупалова Тетяна	Державний експерт експертної групи з питань високотехнологічної медичної допомоги Директорату високотехнологічної медичної допомоги та інновацій Міністерства охорони здоров'я України
Гудима Арсен	доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського;
Крилюк Віталій	д.м.н., завідувач відділом підготовки інструкторів державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»;
Сурков Денис	д.м.н., доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини Дніпровського державного медичного університету, завідувач відділенням анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених комунального підприємства «Дніпропетровська обласна дитяча лікарня» Дніпропетровської обласної ради;

Цимбалюк Галина	к.м.н., доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, керівник центру стимуляційного навчання Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, лікар з медицини невідкладних станів вищої категорії;
Яременко Андрій	державний експерт експертної групи екстреної та первинної медичної допомоги Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України;
Хочай Павло	державний експерт експертної групи екстреної та первинної медичної допомоги Директорату медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України;
Мороз Євген	Директор державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»

Дата оновлення: 2025 рік

Список умовних позначень та скорочень

МСП	медичне сортування постраждалих
ВЕМД	відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги
НС	надзвичайна ситуація
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я

Обґрунтування.

Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі (далі – МСП) у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги (далі – ВЕМД) є загальноприйнятим стандартом надання допомоги при надзвичайних ситуаціях (далі – НС) в міжнародній практиці. Розробка та подальше впровадження МСП є важливою складовою системи екстреної медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі, що сприятиме наданню медичної допомоги більшій кількості пацієнтів/постраждалих за умов обмежених ресурсів в закладі охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

МСП є дієвим інструментом, дотримання принципів якого дасть змогу швидко та якісно здійснити початкову оцінку стану постраждалих, що госпіталізуються або самостійно звертаються у ВЕМД, максимально коректно розподілити їх за спорідненими клініко-нозологічними групами та визначити подальший маршрут постраждалого у ЗОЗ.

Як показав аналіз наукових джерел та світової практики наявність такого стандарту є особливо важливим за умов обмеженої наявності ресурсів в ЗОЗ для надання повноцінної та необхідної медичної допомоги всім госпіталізованим постраждалим у випадку масових надходжень постраждалих у ВЕМД.

Основою медичного сортування є єдині і послідовні принципи діагностики, лікування та прогнозів результатів лікування. МСП є ключовим елементом забезпечення своєчасного надання медичної допомоги і збереження життя максимальної кількості постраждалих.

МСП є одним з основних принципів медицини катастроф, заснованому на необхідності надання медичної допомоги в максимально короткі терміни максимально можливій кількості постраждалих. Цей принцип відрізняється від стандартів надання допомоги одному постраждалому у звичайних ситуаціях, коли сил та засобів достатньо. Слід зазначити, що при НС існує диспропорція між кількістю постраждалих, тяжкістю їх травм та наявними медичними силами і засобами. Фактично за таких умов, одночасне та повноцінне надання медичної допомоги всім постраждалим неможливо.

Слід розрізняти масовий та численний випадок при НС. Масовий випадок – наявність такої кількості постраждалих при якому неможливо повноцінно надати необхідну медичну допомогу враховуючи наявні медичні сили та засоби ЗОЗ кожному постраждалому. Численний випадок – наявність такої кількості постраждалих при якому можливе одночасне надання їм

відповідної медичної допомоги, враховуючи наявні медичні сили та засоби ЗОЗ. В кожному ЗОЗ повинен бути план реагування на НС та чітке розуміння максимальної кількості постраждалих, яким одночасно може бути надано медичну допомогу якій максимальній кількості постраждалим одночасно може бути надана медична допомога.

МСП проводиться на основі максимально швидкого встановлення наявних травм/невідкладних станів у постраждалих та прогнозу щодо збереження життя. МСП є чітким, безперервним, повторюваним і спадкоємним процесом. Слід зазначити, що сортувальні категорії можуть змінюватися швидко і не є статичними. Саме тому безперервність МСП заснована на обов'язковості її проведення на всіх етапах надання медичної допомоги, починаючи з допомоги на місці події місця події і закінчуючи ВЕМД та лікувальними спеціалізованими відділеннями ЗОЗ.

Цілі стандарту:

1. Створити дієвий алгоритм медичного сортування постраждалих, які надходять до ВЕМД, що сприятиме швидкому визначенню тяжкості їх стану та розподілу на споріднені сортувальні групи.

2. Розробити дієвий інструмент таким чином, щоб він включав основні клінічні елементи, такі як стан притомності, дихальної та серцево-судинної систем наявність та частота дихання, стан перфузії послідовний та комплексний аналіз яких давав би можливість швидко та максимально точно визначити тяжкість стану постраждалих та розподіл їх на сортувальні групи.

3. Впровадити науково-обґрунтований підхід до МСП, який забезпечує прийняття максимально точних клінічних рішень, щодо об'єму надання медичної та подальше коректне визначення маршруту пацієнта у ЗОЗ.

4. Впровадити Національний стандарт МСП, який гарантує, що постраждалі отримуватимуть медичну допомогу в обсязі, максимально можливому в умовах наявних сил та засобів на основі універсальних підходів та однакового об'єму, незалежно від того, в яке ВЕМД вони будуть госпіталізовані.

5. На основі МСП розробити та запровадити критерії якості надання ЕМД постраждалим у ВЕМД різних вікових груп у випадках масового надходження постраждалих або у випадках проведення сортування за умови дефіциту сил та засобів.

Алгоритм медичного сортування.

Для забезпечення прозорості та універсальності рекомендується формально структурована система МСП у ВЕМД у випадках масового

надходження постраждалих або у випадках проведення сортування за умови дефіциту сил та засобів. У країнах з ефективною системою екстреної медичної допомоги процеси МСП при НС, найчастіше використовуються, 4-рівневий підхід, що забезпечує розподіл постраждалих залежно від тяжкості їх стану, ґрунтуючись на визначенні таких показників як: рівень притомності свідомості, наявність та характеристики дихання, стан перфузії. Для визначення пріоритетності та об'єму надання медичної допомоги постраждалим використовуються рівні тяжкості стану та, як правило, передбачається використання кількісної шкали оцінювання з присвоєнням постраждалим певної сортувальної категорії – від категорії сортування 1 (найбільш критичний стан) до категорії сортування 4 (найменш критичний стан). Додатково кожній з сортувальних груп присвоюється кольорове маркування (див. таблиця 1).

Таблиця 1

**Розподіл постраждалих на окремі сортувальні групи у відділенні
(невідкладної) екстреної медичної допомоги**

Категорія/колір	Загальний опис тяжкості стан/Об'єм лікування
Категорія I (чорний)	Постраждалі, які мають сумнівний прогноз щодо успішності лікування, з огляду на важкість/характер травми/невідкладного стану та за умови дефіциту сил та засобів для надання медичної допомоги в повному обсязі. Можливе забезпечення знеболенням
Категорія II (червоний)	Постраждалі, що знаходяться в критичному стані та потребують негайного виконання заходів/маніпуляцій, що рятують життя. Можливий обсяг надання медичної допомоги включає зупинку зовнішньої масивної кровотечі, відновлення та забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів, забезпечення функції дихання, забезпечення функції кровообігу.

Категорія III (жовтий)	Постраждали, надання допомоги яким може бути відкладено на декілька годин без загрози для життя.
Категорія VI (зелений)	Постраждали, стан яких стабільний, надання допомоги може бути відкладено на тривалий час без загрози для життя.

Алгоритм сортування передбачає послідовне визначення стану притомності, наявності та частоти дихання та стану перфузії. За результатами отриманих на кожному з етапів даних відповідного показника постраждалих може бути віднесений до конкретної сортувальної категорії. Рішення щодо категорії сортування визначають об'єм надання медичної допомоги; це визначення пріоритетів дає можливість надати допомогу максимальній кількості постраждалих. Алгоритми проведення МСП у випадках масового надходження постраждалих або у випадках проведення сортування за умови дефіциту сил та засобів. у дорослих та дітей наведено у додатках (див. Додаток 1 та Додаток 2 відповідно).

Клінічні рішення, що приймаються відповідальними за МСП лікарями, парамедиками, фельдшерами, медичними сестрами/братами вимагають значного психологічного та інтелектуального напруження. Здатність до ефективного клінічного мислення та прийняття рішень при проведенні МСП має вирішальне значення, а якість та точність цих рішень є головними для надання необхідного об'єму медичної допомоги. Саме тому первинне МСП повинен проводити найбільш досвідчений працівник ВЕМД після проходження відповідного навчання.

Пацієнтів кожної сортувальної групи розміщують у окремій зоні ВЕМД. Ресурси ВЕМД повинні розподілятися наступним чином:

постраждалим I категорії надається необхідна медична допомога після пацієнтів/постраждалих II та III категорії;

постраждалі II категорії мають найвищий пріоритет, наявні ресурси ЗОЗ повинні бути першочергово спрямовані на надання медичної допомоги цій групі;

постраждалим III категорії надається медична допомога в необхідному об'ємі після надання допомоги пацієнтам/постраждалим II категорії;

постраждалим IV категорії надається медична допомога в останню чергу.

Цілі МСП наступні:

1. швидко виявляти постраждалих відповідної сортувальної категорії;
2. забезпечити мінімально необхідний об'єм лікування постраждалих у порядку пріоритетності надання медичної допомоги, залежно від сортувальної категорії;
3. вчасно розпочинати відповідні екстрені медичні втручання;
4. поліпшити результати лікування та безпеку пацієнтів у ВЕМД у випадках масового їх надходження або у випадках проведення сортування за умови дефіциту сил та засобів;
5. проводити за потреби повторне сортування в кожній з сортувальних груп, зважати на можливість динамічної зміни сортувальної категорії;
6. розміщувати пацієнтів/постраждалих у відповідній зоні ВЕМД;
7. раціонально використовувати ресурси наявні у ВЕМД/ЗОЗ.

Обов'язкові критерії якості

1. Початкові ознаки, які використовуються для прийняття рішення щодо послідовності, обсягу та терміновості надання допомоги в системі МСП, є комбінацією таких компонентів: інформації, отриманої від бригади ЕМД про сортувальну групу до якої був віднесений постраждалий на догоспітальному етапі (за наявності), оцінки об'єктивного стану постраждалого за показниками: стан притомності, наявність та частота дихання, стан перфузії.

2. Оцінка стану пацієнта/постраждалого має тривати не більше 30 секунд. Протягом цього часу необхідно отримати достатню кількість інформації для визначення сортувальної групи відповідно до алгоритмів, що додаються.

Документація обстеження в ході сортування в системі МСП повинна містити наступну інформацію:

- 1) дата та час оцінки;
- 2) ППП або ідентифікатор медичного працівника який проводить МСП;
- 3) сортувальна група пацієнта/постраждалого на догоспітальному етапі (якщо визначалась);
- 4) відповідні результати обстеження: рівень притомності, наявність дихання та його характеристики частота дихання, капілярне наповнення і/або пульс на периферії.

5) призначена початкова сортувальна категорія;

3. До функцій медичного працівника, що здійснює сортування також входять:

- 1) налагодження першого контакту з постраждалим та особами супроводу з дотриманням правил медичної етики та деонтології;

- 2) інформування постраждалого, осіб супроводу про необхідність повідомляти персонал про появу нових скарг/ будь-які зміни стану;
- 3) спрямування постраждалого до відповідної зони ВЕМД залежно від сортувальної категорії;
- 4) надання пацієнту екстреної медичної допомоги (наприклад, застосування методів тимчасової зупинки кровотечі тощо).

Перелік літературних джерел

1. Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) (2013) *Guidelines for Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments*, Melbourne: Australasian College for Emergency Medicine. Available from <http://www.acem.org.au/media/policies> (Accessed 15 July 2013).
2. Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) (2016) *Guidelines for Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments*, Melbourne: Australasian College for Emergency Medicine. Available from <https://acem.org.au/getmedia> (Accessed 16 July 2016).
3. The National Emergency Medicine Programme presents the Irish Children's Triage System (ICTS). 2016.
4. Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit. COVID-19 adaptation. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/2019-nCoV/SARI_toolkit/2020.1). CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.
5. Crouse HL, Torres F, Vaides H, Walsh MT, Ishigami EM, Cruz AT et al. Impact of an emergency triage assessment and treatment (ETAT)-based triage process in the paediatric emergency department of a Guatemalan public hospital. *Paediatr Int Child Health*. 2016;36(3):219 – 24.
6. WHO. Updated guideline: paediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK350528/>, accessed 26 June 2019).

**Генеральний директор
Директорату медичних послуг**



Олександра МАШКЕВИЧ



