

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ

НАКАЗ

30.09.2015

м. Київ

№ 519

**Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
22 жовтня 2015 р. за № 1287/27732**

Про затвердження Правил медичного забезпечення польотів державної авіації України

Відповідно до частини другої статті 7, частини другої статті 45 Повітряного кодексу України, з метою врегулювання питань медичного забезпечення діяльності державної авіації України

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Правила медичного забезпечення польотів державної авіації України, що додаються.
2. Виключити пункт 7 розділу III Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України, затвердженого наказом Міністра оборони України від 14 серпня 2008 року № 402, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17 листопада 2008 року за № 1109/15800 (зі змінами).
3. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Міністерства оборони України від 18 грудня 2013 року № 870 "Про затвердження Положення з медичного забезпечення польотів державної авіації України", зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13 січня 2014 року за № 40/24817.
4. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

<http://yurist-online.org/>

**Міністр оборони України
генерал-полковник**

С. Т. Полторак

ПОГОДЖЕНО:

Міністр внутрішніх справ України

А. Б. Аваков

Міністр охорони здоров'я України

О. Квіташвілі

**Голова Державної
прикордонної служби України
генерал-полковник**

В. О. Назаренко

**Виконуючий обов'язки Голови Державної
служби України з надзвичайних ситуацій**

О. Авер'янов

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства оборони України
30 вересня 2015 року N 519

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
22 жовтня 2015 р. за N 1287/27732

ПРАВИЛА
медичного забезпечення польотів державної авіації

України

<http://yurist-online.org/>

I. Загальні положення

1. Ці Правила розроблені відповідно до Повітряного кодексу України, Основ законодавства України про охорону здоров'я та Правил виконання польотів державної авіації України, затверджених наказом Міністерства оборони України від 05 січня 2015 року N 2, зареєстрованих у Міністерстві юстиції України 26 січня 2015 року за N 82/26527 (далі - ПВП ДА).

2. Ці Правила регламентують питання медичного забезпечення польотів державної авіації України (далі - медичне забезпечення польотів) в міжкомісійний період з метою забезпечення безпеки польотів (далі - БзП) із медичних питань на всіх етапах організації та проведення польотів державної авіації (далі - ДА) України.

3. У цих Правилах терміни вживаються в таких значеннях:

комісійний період - період від початку визначення лікарсько-льотною експертизою ступеня придатності за станом здоров'я, фізичним розвитком і психофізіологічними якостями до льотної роботи (роботи за фахом) до винесення постанови лікарсько-льотною комісією про ступінь придатності до льотної роботи (роботи за фахом);

медичне забезпечення польотів державної авіації України - окремий вид медичного забезпечення, що є системою заходів щодо підтримки професійного здоров'я, оптимізації функціонального стану організму і підвищення працездатності осіб льотної складу, групи керівництва польотами та інженерно-технічного складу, які забезпечують підготовку авіаційної техніки до польотів, з метою ефективного та безпечного виконання ними завдань за призначенням;

міжкомісійний період - період від винесення постанови лікарсько-льотної комісії про придатність за станом здоров'я до льотної роботи (роботи за фахом) до початку наступного визначення лікарсько-льотною експертизою ступеня придатності до льотної роботи (роботи за фахом);

частина (установа) - суб'єкт авіаційної діяльності, який має у своєму складі авіаційний персонал.

Інші терміни, що використовуються у цих Правилах, вживаються в значеннях, наведених у Повітряному кодексі України, ПВП ДА та інших нормативно-правових актах України з питань діяльності в галузі авіації.

4. За організацію та постійне методичне керівництво щодо медичного забезпечення польотів відповідають відповідні керівники медичних служб органів управління авіації центральних органів виконавчої влади та Збройних Сил України (далі - медична служба ОУА ЦОВВ та ЗСУ).

5. Система медичного забезпечення польотів включає комплекс організаційних, лікувально-профілактичних, фізіолого-гігієнічних і реабілітаційно-відновлювальних заходів.

6. Завданнями медичного забезпечення польотів є:

організація та проведення лікувально-профілактичних і оздоровчих заходів, спрямованих на збереження здоров'я та підтримання високого рівня працездатності осіб льотної складу (далі - ЛС), групи керівництва польотами (далі - ГКрП) та інженерно-технічного складу, що забезпечують підготовку авіаційної техніки до польотів (далі - ІТС);

організація та проведення динамічного медичного спостереження за станом здоров'я, психофізіологічними функціями осіб ЛС та ГКрП;

організація та проведення реабілітаційно-відновлювальних заходів осіб ЛС та ГКрП;

організація та проведення лікарсько-льотної експертизи (далі - ЛЛЕ) з метою визначення ступеня придатності за станом здоров'я, фізичним розвитком і психофізіологічними якостями осіб ЛС та ГКрП до льотної роботи (роботи за фахом);

організація та проведення медичного контролю за особами ЛС, ГКрП та ІТС у період підготовки та проведення польотів;

організація та проведення медичного контролю за режимом праці, відпочинку та харчування осіб ЛС, ГКрП та ІТС;

організація та проведення медичного контролю під час фізичної підготовки осіб ЛС та ГКрП;

участь у виборі зростівок та припасовуванні захисного спорядження осіб ЛС, контроль за його санітарно-гігієнічним станом;

організація та проведення спеціальних тренувань осіб ЛС щодо грамотної експлуатації захисного спорядження та засобів захисту від дії факторів польоту;

організація та проведення медичного контролю під час тренажерної підготовки осіб ЛС на авіаційних тренажерах;

теоретична та практична підготовка осіб ЛС, ГКрП та ІТС з питань авіаційної та космічної медицини, надання домедичної допомоги;

організація та проведення медичного контролю осіб ЛС під час проведення стрибків з парашутом;

участь в організації та проведенні пошуково-рятувальних робіт;

вивчення і аналіз авіаційних подій та інцидентів, що пов'язані з недоліками медичного забезпечення польотів, погіршенням стану здоров'я і функціонального стану осіб ЛС, ГКрП та ІТС;

організація та проведення санітарно-освітньої роботи щодо ведення здорового способу життя особами ЛС, ГКрП та ІТС.

7. Ефективність виконання заходів щодо медичного забезпечення польотів досягається за рахунок застосування принципів безперервності, послідовності, спадкоємності та індивідуальності. Для цього робота медичної служби в суб'єктах авіаційної діяльності ДА України (далі - САД) здійснюється протягом комісійного та міжкомісійного періодів.

8. Протягом комісійного періоду штатними та/або позаштатними лікарсько-льотними комісіями (далі - ЛЛК) здійснюються заходи ЛЛЕ щодо визначення ступеня придатності за станом здоров'я, фізичним розвитком і психофізіологічними якостями осіб ЛС та ГКрП до льотної роботи (роботи за фахом). Правила організації та зміст ЛЛЕ визначаються відповідними чинними нормативними документами ДА України.

9. Протягом міжкомісійного періоду організація та проведення роботи щодо виконання заходів медичного забезпечення польотів здійснюються начальником медичної служби частини (установи) (прирівняної до нього посадовою особою лікарської спеціальності, яка має фахову підготовку з авіаційної та космічної медицини) та у якого на медичному забезпеченні є авіаційний персонал ДА (далі - начальник медичної служби), із залученням сил та засобів медичної служби частини (установи).

10. Ці Правила є обов'язковими для виконання всіма САД.

II. Робота начальника медичної служби протягом міжкомісійного періоду

1. Динамічне медичне спостереження за особами льотного складу і групи керівництва польотами

1. Динамічне медичне спостереження за особами ЛС і ГКрП є складовою системи медичного забезпечення польотів та проводиться протягом усього періоду їх льотної роботи (роботи за фахом).

2. Комплекс заходів щодо динамічного медичного спостереження за особами ЛС і ГКрП включає:

раннє виявлення змін у стані здоров'я та працездатності осіб ЛС і ГКрП, встановлення зв'язку цих змін з умовами професійної діяльності для своєчасного проведення необхідних лікувально-профілактичних заходів;

виявлення і вивчення факторів, що негативно впливають на стан здоров'я та працездатність осіб ЛС і ГКрП, для своєчасного проведення заходів щодо їх усунення;

дослідження професійно важливих психофізіологічних якостей осіб ЛС і ГКрП, виявлення особливостей їх змін залежно від умов професійної діяльності та якості виконання польотних завдань (роботи за фахом) для своєчасного застосування заходів психофізіологічного забезпечення;

вивчення перенесення особами ЛС різних видів польотів із метою надання допомоги командуванню (керівництву) у встановленні індивідуальних норм льотного навантаження та визначенні тривалості перерв між польотами;

визначення раціонального режиму праці, відпочинку та харчування осіб ЛС та ГКрП залежно від стану їх здоров'я та рівня працездатності.

3. Необхідні відомості щодо стану здоров'я осіб ЛС та ГКрП, реакції їх організму на льотну роботу, психофізіологічного стану та фізичної підготовленості начальник медичної служби отримує під час:

вивчення медичної та службової документації;

вивчення результатів звернень за медичною допомогою, обстеження та консультацій у закладах охорони здоров'я;

медичних оглядів;

медичного контролю в період підготовки та виконання польотів;

спостережень за виконанням льотної роботи (роботи за фахом);

участі в післяпольотних розборах;

медичного контролю за фізичною підготовкою;

проведення спеціальних випробувань і тренувань;

особистого спілкування з особами ЛС та ГКрП та членами їх сімей.

4. Результати своєї роботи протягом міжкомісійного періоду начальник медичної служби відображає у відповідних робочих документах планування та оперативного обліку заходів із медичного забезпечення польотів згідно з Формами робочої документації начальника медичної служби (додаток 1).

5. Для правильної оцінки функціонального стану (далі - ФС) організму осіб ЛС і ГКрП начальник медичної служби під час проведення медичних оглядів вивчає індивідуальні нормальні коливання основних показників стану здоров'я, психофізіологічних функцій та фізичної підготовленості кожної особи ЛС і ГКрП.

6. Основною формою реалізації динамічного медичного спостереження за особами ЛС і ГКрП є проведення обов'язкових періодичних (чергових) і позачергових медичних оглядів.

7. До періодичних (чергових) медичних оглядів належать:

щомісячні медичні огляди;

квартальні медичні огляди;

поглиблені медичні огляди.

Щомісячний медичний огляд проводиться щомісяця після чергового (позачергового) освідчення ЛЛК, крім третього, шостого та дев'ятого місяців.

Квартальний медичний огляд проводиться через три та дев'ять місяців після чергового (позачергового) освідчення ЛЛК.

Поглиблений медичний огляд проводиться через шість місяців після чергового (позачергового) освідчення ЛЛК.

8. Дата проведення періодичних (чергових) медичних оглядів визначається відповідно до дати винесення постанови ЛЛК щодо ступеня придатності осіб ЛС і ГКрП до льотної роботи (роботи за фахом). Коли дата проведення медичного огляду припадає на святкові чи вихідні дні, він проводиться на один день раніше чи пізніше визначеного строку.

9. Щомісячний та кварталний медичні огляди осіб ЛС і ГКрП організуються та проводяться начальником медичної служби.

<http://yurist-online.org/>

10. Поглиблений медичний огляд осіб ЛС і ГКрП організовується та проводиться начальником медичної служби за участю терапевта, невропатолога, стоматолога, а також інших лікарів за профілем наявного захворювання у осіб, що оглядаються (хірурга, отоларинголога, офтальмолога тощо). Перед проведенням поглибленого медичного огляду всім особам ЛС і ГКрП проводяться клінічні аналізи крові, сечі, записується електрокардіографічне дослідження в умовах спокою та після фізичного навантаження.

11. Особам ЛС і ГКрП, які за результатами чергового (позачергового) освідчення ЛЛК не мають відхилень у стані здоров'я, тобто мають діагноз "здоровий", проводяться тільки кварталні та поглиблений медичні огляди за планом, що затверджується командиром частини (керівником установи).

12. Особам ЛС і ГКрП, які за результатами чергового (позачергового) освідчення ЛЛК мають відхилення у стані здоров'я та потребують систематичного лікарського нагляду, допущені до льотної роботи (роботи за фахом) за індивідуальною оцінкою ступеня придатності, є обмежено придатними до льотної роботи (роботи за фахом), відстають у навчально-бойовій підготовці, проводяться щомісячні, кварталні та поглиблений медичні огляди за планом, що затверджується командиром частини (керівником установи).

13. Усім особам ЛС і ГКрП надводних кораблів, що мають злітно-посадкову палубу, на час довготривалого походу (тривалістю понад 30 діб) проводяться щомісячні, кварталні та поглиблені медичні огляди залежно від тривалості походу.

14. Усім особам ЛС і ГКрП, які вперше прибули до частини (установи) для подальшого проходження служби (роботи за фахом) або після перенавчання на нову авіаційну техніку, протягом перших трьох місяців проводяться щомісячні медичні огляди за планом, що затверджується командиром частини (керівником установи).

15. У виняткових випадках, коли з об'єктивних причин у встановлені строки чергова ЛЛЕ не була проведена, начальник медичної служби за дозволом відповідних старших медичних начальників медичної служби ОУА ЦОВВ та ЗСУ проводить поглиблений медичний огляд, за результатами якого приймає рішення щодо допуску осіб ЛС і ГКрП до польотів (роботи за фахом) на строк до двох місяців згідно з крайньою постановою ЛЛК.

16. Результати проведення періодичних (чергових) медичних оглядів осіб ЛС і ГКрП заносяться до відповідних розділів Медичної книжки льотної складу (далі - Медична книжка) (додаток 2).

17. Під час проведення щомісячних і кварталних медичних оглядів осіб ЛС і ГКрП до відповідних розділів Медичної книжки заносяться:

дані антропометричних вимірювань і досліджень ФС серцево-судинної системи;

результати медичного огляду начальником медичної служби.

У записі щодо результатів медичних оглядів осіб ЛС і ГКрП начальник медичної служби вказує:

дату (число, місяць, рік) проведення медичного огляду;

наявність чи відсутність скарг;

оцінку загального самопочуття;

оцінку переносимості польотів (для осіб ЛС);

наявність чи відсутність захворювань протягом місяця (кварталу), що минув (якщо хворів, вказується діагноз, де і скільки часу лікувався, тривалість відсторонення від польотів чи керівництва польотами);

випадки відсторонення осіб ЛС (ГКрП) від польотів (керівництва польотами) за медичними показаннями;

коротко об'єктивні дані обстеження (огляду, перкусії, пальпації, аускультації) органів і систем (шкіри і видимих слизових, лімфатичних вузлів, органів дихальної, серцево-судинної, травної, нервової, сечостатевої, кістково-м'язової систем, психоемоційної сфери) з обов'язковим зазначенням показників ФС зорового та слухового аналізаторів;

за наявності захворювання висновок щодо динаміки його перебігу;

діагноз;

висновок щодо допуску до польотів (роботи за фахом).

Результати проведення медичного огляду завіряються підписом начальника медичної служби із зазначенням військового звання (для військовослужбовців), ініціалів та прізвища.

18. Під час проведення поглибленого медичного огляду осіб ЛС і ГКрП до відповідних розділів Медичної книжки заносяться:

дані антропометричних вимірювань і досліджень ФС серцево-судинної системи;

<http://yurist-online.org/>

результати клінічних досліджень крові та сечі;

результати електрокардіографічних досліджень в умовах спокою та після фізичного навантаження;

результати медичного огляду лікарями-спеціалістами;

висновок начальника медичної служби щодо допуску до польотів (керівництву польотами).

У записі щодо результатів медичних оглядів осіб ЛС і ГКрП лікар-спеціаліст вказує:

дату (число, місяць, рік) огляду лікарем-спеціалістом;

наявність чи відсутність скарг;

оцінку загального самопочуття;

наявність чи відсутність захворювань за фахом підготовки лікаря-спеціаліста протягом півріччя, що минуло (якщо хворів, вказується діагноз, де і скільки часу лікувався, тривалість відсторонення від польотів (керівництва польотами));

соматичний статус за фахом підготовки лікаря-спеціаліста - об'єктивні дані обстеження (огляду, перкусії, пальпації, аускультації) органів і систем;

за наявності захворювання висновок щодо динаміки його перебігу;

діагноз;

підпис лікаря-спеціаліста із зазначенням військового звання (для військовослужбовців), ініціалів та прізвища;

особисту печатку лікаря.

Після записів лікарів-спеціалістів начальник медичної служби робить запис про висновок щодо допуску осіб ЛС і ГКрП до польотів (керівництва польотами) за результатами проведення поглибленого медичного огляду.

У записі начальник медичної служби вказує:

дату (число, місяць, рік) проведення поглибленого медичного огляду;

наявність чи відсутність скарг;

оцінку загального самопочуття;

оцінку переносимості польотів;

випадки відсторонення осіб ЛС (ГКрП) від польотів (керівництва польотами) за медичними показаннями;

наявність чи відсутність захворювань протягом півріччя, що минуло (якщо хворів, вказується діагноз, де і скільки часу лікувався, тривалість відсторонення від польотів (керівництва польотами));

коротку оцінку соматичного статусу за результатами огляду осіб ЛС і ГКрП лікарями-спеціалістами з обов'язковим зазначенням показників ФС зорового та слухового аналізаторів;

за наявності захворювання висновок щодо динаміки його перебігу;

діагноз;

висновок щодо допуску до польотів (роботи за фахом).

Результати проведення поглибленого медичного огляду завіряються підписом начальника медичної служби із зазначенням військового звання (для військовослужбовців), ініціалів та прізвища.

19. Під час запису висновку начальника медичної служби за результатами проведення періодичних (чергових) медичних оглядів ЛС і ГКрП, якщо діагноз складається з декількох нозологічних форм, дозволяється замість їх перерахування робити посилання на крайню постанову ЛЛК.

20. До позачергових медичних оглядів належать:

медичні огляди після прибуття до частини (установи);

медичні огляди після відпустки;

медичні огляди після перенесеного захворювання;

медичні огляди після відряджень;

медичні огляди напередодні стрибків з парашутом;

медичні огляди після виконання стрибків з парашутом.

21. Результати проведення позачергових медичних оглядів осіб ЛС і ГКрП заносяться до відповідних розділів Медичної книжки (додаток 2).

22. Усі особи ЛС і ГКрП, які вперше прибули до частини (установи) для подальшого проходження військової служби (роботи за фахом) або у довгострокові відрядження (строком більше 3 місяців), проходять медичний огляд після прибуття до частини (установи). Цей медичний огляд організовується та проводиться начальником медичної служби тієї частини (установи), до якої прибули особи ЛС або ГКрП.

Під час проведення медичного огляду осіб ЛС і ГКрП після прибуття до частини (установи) до відповідних розділів Медичної книжки заносяться:

дані антропометричних вимірювань і досліджень ФС серцево-судинної системи;

результати медичного огляду начальником медичної служби.

У записі щодо результатів медичного огляду осіб ЛС (ГКрП) після прибуття до частини (установи) начальник медичної служби вказує:

дату (число, місяць, рік) проведення медичного огляду;

наявність чи відсутність скарг;

оцінку загального самопочуття;

дані вивчення особових справ, книжок осіб ЛС (ГКрП) та медичної документації щодо стану здоров'я, перенесених травм чи захворювань, переносимості польотів (для осіб ЛС), випадків відсторонення осіб ЛС (ГКрП) від польотів (роботи за фахом) за медичними показаннями тощо;

коротко об'єктивні дані обстеження (огляду, перкусії, пальпації, аускультації) органів і систем (шкіри і видимих слизових, лімфатичних вузлів, органів дихальної, серцево-судинної, травної, нервової, сечостатевої, кістково-м'язової систем, психоемоційної сфери) з обов'язковим зазначенням показників ФС зорового та слухового аналізаторів;

за наявності захворювання висновок щодо динаміки його перебігу;

діагноз;

висновок щодо допуску до польотів (роботи за фахом).

Результати проведення медичного огляду після прибуття до частини (установи) завіряються підписом начальника медичної служби із зазначенням військового звання (для військовослужбовців), ініціалів та прізвища.

23. У перший день після повернення з чергової відпустки всі особи ЛС і ГКрП проходять медичний огляд після відпустки, що організовується та проводиться начальником медичної служби.

Під час проведення медичного огляду осіб ЛС і ГКрП після відпустки до відповідних розділів Медичної книжки заносяться:

дані антропометричних вимірювань і досліджень ФС серцево-судинної системи;

результати медичного огляду начальником медичної служби.

У записі щодо результатів медичних оглядів осіб ЛС і ГКрП після відпустки начальник медичної служби вказує:

дату (число, місяць, рік) проведення медичного огляду;

наявність чи відсутність скарг;

оцінку загального самопочуття;

дані щодо місця проведення відпустки (санаторій, профілакторій, будинок відпочинку, у домашніх умовах). Якщо відпустка проводилась у закладі охорони здоров'я, то вказується його найменування;

тривалість перебування у відпустці;

результати проведення відпустки (за оцінкою ФС організму);

наявність чи відсутність захворювань і травм протягом відпустки (якщо особи ЛС і ГКрП протягом відпустки перенесли захворювання чи травму, то надають відповідну довідку із закладу охорони здоров'я за місцем лікування);

коротко об'єктивні дані обстеження (огляду, перкусії, пальпації, аускультатії) органів і систем (шкіри і видимих слизових, лімфатичних вузлів, органів дихальної, серцево-судинної, травної, нервової, сечостатевої, кістково-м'язової систем, психоемоційної сфери) з обов'язковим зазначенням показників ФС зорового та слухового аналізаторів;

за наявності захворювання висновок щодо динаміки його перебігу;

діагноз;

висновок щодо допуску до польотів (роботи за фахом).

Результати проведення медичного огляду після відпустки завіряються підписом начальника медичної служби із зазначенням військового звання (для військовослужбовців), ініціалів та прізвища.

24. Після перенесеного захворювання та закінчення відпустки за станом здоров'я усі особи ЛС і ГКрП проходять медичний огляд після перенесеного захворювання, що організовується та проводиться начальником медичної служби.

Орієнтовні строки допуску осіб ЛС (ГКрП) до польотів (роботи за фахом) після перенесених захворювань та травм визначаються відповідно до чинного законодавства.

Під час проведення медичного огляду осіб ЛС і ГКрП після перенесеного захворювання до відповідних розділів Медичної книжки заносяться:

дані антропометричних вимірювань і досліджень ФС серцево-судинної системи;

<http://yurist-online.org/>

результати медичного огляду начальником медичної служби.

У записі щодо результатів медичних оглядів осіб ЛС і ГКрП після перенесеного захворювання начальник медичної служби вказує:

дату (число, місяць, рік) проведення медичного огляду;

дані щодо умов проведення лікування (стаціонарних чи амбулаторних). Якщо лікування проводилося в стаціонарних умовах, вказується назва закладу охорони здоров'я;

тривалість лікування;

діагноз, за яким проводилось лікування;

дані щодо результатів проведеного лікування;

наявність чи відсутність скарг на момент обстеження;

оцінку загального самопочуття;

коротко об'єктивні дані обстеження (огляду, перкусії, пальпації, аускультації) органів і систем (шкіри і видимих слизових, лімфатичних вузлів, органів дихальної, серцево-судинної, травної, нервової, сечостатевої, кістково-м'язової систем, психоемоційної сфери) з обов'язковим зазначенням показників ФС зорового та слухового аналізаторів;

діагноз;

висновок щодо допуску до польотів (керівництва польотами).

Результати проведення медичного огляду після перенесеного захворювання завіряються підписом начальника медичної служби із зазначенням військового звання (для військовослужбовців), ініціалів та прізвища.

25. Після відряджень, тривалість яких перевищує 30 діб від дати проведення крайнього періодичного (чергового) медичного огляду, усі особи ЛС і ГКрП проходять медичний огляд, що організовується та проводиться начальником медичної служби.

Під час проведення медичного огляду осіб ЛС і ГКрП після відряджень до відповідних розділів Медичної книжки заносяться:

дані антропометричних вимірювань і досліджень ФС серцево-судинної системи;

результати медичного огляду начальником медичної служби.

У записі щодо результатів медичних оглядів осіб ЛС і ГКрП після відряджень начальник медичної служби вказує:

дату (число, місяць, рік) проведення медичного огляду;

наявність чи відсутність скарг;

оцінку загального самопочуття;

назву частини (установи), до якої були відряджені особи ЛС (ГКрП);

тривалість перебування у відрядженні;

дані щодо участі в польотах під час відрядження, якщо такі мали місце, із зазначенням нальоту, наявності чи відсутності помилок, інцидентів і авіаційних подій тощо;

власну оцінку переносимості польотів (для осіб ЛС);

наявність чи відсутність захворювань і травм за час відрядження (якщо хворів, вказується діагноз, де і скільки часу лікувався, тривалість відсторонення від польотів (керівництва польотами));

випадки відсторонення від польотів (роботи за фахом) за медичними показаннями;

коротко об'єктивні дані обстеження (огляду, перкусії, пальпації, аускультатії) органів і систем (шкіри і видимих слизових, лімфатичних вузлів, органів дихальної, серцево-судинної, травної, нервової, сечостатевої, кістково-м'язової систем, психоемоційної сфери) із зазначенням показників ФС зорового та слухового аналізаторів;

за наявності захворювання висновок щодо динаміки його перебігу;

<http://yurist-online.org/>

діагноз;

висновок щодо допуску до польотів (керівництва польотами).

Результати проведення медичного огляду після відряджень завіряються підписом начальника медичної служби із зазначенням військового звання (для військовослужбовців), ініціалів та прізвища.

26. Напередодні стрибків з парашутом усі особи ЛС проходять медичний огляд, що організовується та проводиться начальником медичної служби, щодо допуску до виконання стрибків з парашутом.

У записі до відповідних розділів Медичної книжки щодо результатів медичних оглядів напередодні стрибків з парашутом начальник медичної служби вказує:

дату (число, місяць, рік) проведення медичного огляду;

наявність чи відсутність скарг;

оцінку загального самопочуття;

основні показники ФС організму (частоти пульсу та артеріального тиску);

стан опорно-рухового апарату;

оцінку нервово-психічного стану;

діагноз;

висновок щодо допуску до стрибків з парашутом.

Результати медичних оглядів напередодні стрибків з парашутом завіряються підписом начальника медичної служби із зазначенням військового звання (для військовослужбовців), ініціалів та прізвища.

27. Після проведення стрибків з парашутом усі особи ЛС проходять медичний огляд, що організовує та проводить начальник медичної служби.

У записі до відповідних розділів Медичної книжки щодо результатів медичних оглядів після виконання стрибків з парашутом начальник медичної служби вказує:

дату (число, місяць, рік) проведення медичного огляду;

кількість виконаних стрибків з парашутом;

наявність чи відсутність скарг;

оцінку загального самопочуття;

оцінку дій під час стрибків з парашутом;

наявність чи відсутність травм після стрибків з парашутом;

основні показники ФС організму (частоти пульсу та артеріального тиску) після стрибків з парашутом;

стан опорно-рухового апарату;

оцінку нервово-психічного стану;

оцінку переносимості стрибків з парашутом.

Результати медичного огляду після виконання стрибків з парашутом завіряються підписом начальника медичної служби із зазначенням військового звання (для військовослужбовців), ініціалів та прізвища.

28. У разі відсутності можливості вчасно провести (періодичний) черговий медичний огляд через відрядження, відпустку чи хворобу дозволяється поєднане проведення періодичного (чергового) та позачергового медичних оглядів після прибуття осіб ЛС і ГКрП до частини (установи).

29. Під час динамічного медичного спостереження за особами ЛС і ГКрП необхідно пам'ятати, що відсутність змін у стані здоров'я під час попереднього, навіть порівняно недавнього обстеження, не може бути приводом для проведення поверхневого та неповного медичного огляду. У кожному випадку дуже важливим є точне виконання рекомендованих методик обстеження та функціональних досліджень. Довільне або неточне їх виконання робить неможливим порівняння отриманих результатів із даними наступних досліджень, узагальнення матеріалів та оцінку стану здоров'я осіб ЛС і ГКрП в динаміці.

2. Медичний контроль за особами льотного складу, групи керівництва польотами та інженерно-технічного складу під час організації та проведення польотів

1. Медичний контроль під час організації та проведення польотів - складова системи медичного забезпечення польотів, що включає комплекс заходів, які проводяться з прийняття командиром частини (керівником установи) рішення на виконання польотів і до їх закінчення.

2. Організація та проведення медичного контролю під час виконання польотів покладається на начальника медичної служби.

За умови базування авіаційної частини на декількох аеродромах медичний контроль під час виконання польотів організовується начальником медичної служби, а забезпечується медичним персоналом, який має відповідну фахову підготовку з авіаційної та космічної медицини, а також допуск до медичного забезпечення польотів.

3. Медичний контроль під час організації та проведення польотів здійснюється поетапно відповідно до ПВП ДА, поділяючи підготовку до польотів на загальну, попередню і передпольотну.

4. Загальна підготовка до польотів проводиться в кінці кожного місяця протягом одного-двох днів. Під час загальної підготовки до польотів начальник медичної служби:

здійснює планування роботи медичної служби на наступний місяць з урахуванням особливостей та умов виконання доведених завдань льотної підготовки;

проводить заняття з особами ЛС, ГКрП та ІТС з питань авіаційної та космічної медицини відповідно до змісту запланованих польотів.

5. Попередня підготовка до польотів проводиться до кожного льотного дня (зміни) або двох льотних днів (змін) поспіль. Тривалість цієї підготовки визначає командир частини (керівник установи) відповідно до ПВП ДА. Під час попередньої підготовки до польотів начальник медичної служби:

виявляє осіб ЛС, ГКрП та ІТС, які за станом здоров'я не можуть бути заплановані на польоти, керівництво польотами або обслуговування авіаційної техніки, та доповідає про це командир частини (керівнику установи);

бере участь у складанні раціонального розпорядку дня під час попередньої підготовки до польотів та продовж льотного дня (зміни);

відповідно до умов та характеру запланованих польотів визначає комплекс заходів щодо їх медичного забезпечення, розраховує необхідні для цього сили та засоби, ставить завдання особовому складу медичної служби, який залучається до медичного забезпечення польотів;

під час складання планової таблиці польотів визначає відповідність запланованого льотного навантаження стану здоров'я та фізичній витривалості осіб ЛС;

здійснює систематичний нагляд за особами ЛС, ГКрП та ІТС, проводить опитування або медичний огляд тих осіб, у яких під час такого нагляду виявлено відхилення в поведінці чи зовнішньому вигляді;

визначає осіб ЛС, які під час виконання польотів підлягають міжпольотному та післяпольотному медичному огляду;

перевіряє відповідність меню-розкладки характеру запланованих польотів, контролює режим та якість харчування;

перевіряє наявність необхідних санітарно-гігієнічних умов для харчування і відпочинку осіб ЛС, ГКрП та ІТС на аеродромі, вживає заходів щодо усунення виявлених недоліків;

здійснює медичний контроль за дотриманням ЛС, ГКрП та ІТС передпольотного режиму відпочинку, вживає заходів щодо приведення його у відповідність до вимог ПВП ДА;

періодично проводить індивідуальні чи групові бесіди з особами ЛС і ГКрП щодо фізіолого-гігієнічних особливостей запланованих польотів;

перевіряє наявність на повітряному судні (далі - ПС) бортового пайка та його якість;

перевіряє комплектність аптечок на ПС, наявність засобів домедичної допомоги в аварійному запасі, вживає заходів щодо їх поповнення;

здійснює контроль за якістю припасовування захисного спорядження та його санітарно-гігієнічним станом;

перевіряє санітарно-гігієнічний стан засобів зарядки ПС рідким медичним киснем, відповідність встановленим вимогам його паспорта та органолептичних властивостей;

перевіряє комплектність і стан майна медичного поста аеродрому (далі - МПА), медичного майна рятувальної парашутно-десантної групи (далі - РПДГ) та наземної пошуково-рятувальної групи (далі - НПРГ) згідно з Описом медичного майна комплектів і сумок медичного поста аеродрому, наземної пошуково-рятувальної групи, рятувальної парашутно-десантної групи (додаток 3).

6. Передпольотна підготовка до польотів проводиться на аеродромі безпосередньо перед польотами. Тривалість передпольотної підготовки до польотів визначає командир частини (керівник установи). За організацію та проведення заходів медичного контролю під час передпольотної підготовки до польотів відповідає начальник медичної служби. Він визначає на кожну льотну зміну чергового лікаря (фельдшера), який має відповідну фахову підготовку з авіаційної та космічної медицини і допущений до медичного забезпечення польотів (далі - черговий лікар).

До початку польотів начальник медичної служби (черговий лікар):

перевіряє якість медичного кисню, призначеного для зарядки бортових кисневих систем ПС;

перевіряє оснащення та готовність МПА до роботи, готовність санітарного транспорту і медичних засобів забезпечення польотів;

проводить передпольотний медичний огляд осіб ЛС і ГКрП;

уточнює дані щодо осіб ЛС, які підлягають міжпольотному та післяпольотному медичному огляду;

доповідає командирі частини (керівнику установи) (старшому льотної зміни) про результати передпольотного медичного огляду та готовність медичної служби до медичного забезпечення польотів.

7. Перевірка якості медичного кисню, призначеного для зарядки бортових кисневих систем ПС, здійснюється відповідно до Методики перевірки якості медичного кисню, призначеного для зарядки бортових кисневих систем повітряних суден (додаток 4).

8. МПА є позаштатним підрозділом і формується за рахунок сил і засобів медичного пункту авіаційної частини. Роботу МПА під час польотів (стрибків з парашутом, перельотів) організовує начальник медичної служби, а за готовність МПА до роботи за призначенням відповідає начальник медичного пункту авіаційної частини. До складу МПА входить лікар (фельдшер), який призначається зі складу

медичного персоналу авіаційної частини. МПА оснащується санітарним автомобілем та комплектом медичного і санітарно-господарського майна.

9. Під час передпольотної підготовки до польотів начальник медичної служби організовує передпольотний медичний огляд (опитування) з метою:

своєчасного виявлення та усунення від польотів, керівництва польотами і забезпечення польотів осіб із початковими формами захворювань чи зі зниженим рівнем працездатності;

уточнення даних щодо осіб ЛС, які підлягають міжпольотному та післяпольотному медичному огляду.

Для цього він враховує такі дані:

стан здоров'я в минулому та на цей час, постанову та рекомендації крайньої ЛЛК для кожної особи ЛС і ГКрП;

інформацію про вживання лікарських засобів та Орієнтовні строки відсторонення від польотів осіб льотного складу і групи керівництва польотами, що вживали лікарські засоби (додаток 5);

індивідуальні фонові фізіологічні показники осіб ЛС і ГКрП;

рівень льотної підготовленості осіб ЛС;

рівень працездатності та переносимості різних видів польотів ЛС, характер психофізіологічних реакцій на той чи інший вид польоту або наземного тренування;

рівень фізичної підготовленості осіб ЛС та ступінь їх фізичного розвитку;

побутові умови та звички, що негативно впливають на працездатність і психоемоційний стан.

10. Передпольотний медичний огляд проходять:

ЛС, ГКрП - в обов'язку передпольотного медичного огляду;

ІТС - в обсязі індивідуального опитування (за потреби - в обсязі передпольотного медичного огляду).

11. Перед заступанням на бойове чергування особи ЛС і ГКрП проходять медичний огляд в обсязі передпольотного медичного огляду, а ІТС - в обсязі індивідуального опитування (за потреби - в обсязі передпольотного медичного огляду).

12. Особи ЛС, ГКрП і ІТС, направлені до частини (установи) для тимчасового виконання польотів, керівництва польотами або обслуговування авіаційної техніки, з метою дотримання передпольотного режиму прибувають завчасно та забезпечуються умовами для тимчасового проживання (відпочинку) і харчування відповідно до визначених норм.

13. Передпольотний медичний огляд проводиться кожній особі ЛС і ГКрП (за потреби - ІТС) окремо в приміщенні передпольотного медичного огляду, спеціально обладнаному згідно з Переліком обладнання приміщення передпольотного медичного огляду (додаток 6).

14. Передпольотний медичний огляд проводиться відповідно до Методики проведення передпольотного медичного огляду (додаток 7).

Допускається проведення більш поглибленого обстеження з використанням різноманітних доступних під час передпольотного медичного огляду методів інструментальних досліджень, у тому числі проби для виявлення алкоголю в повітрі, що видихається.

15. Під час передпольотного медичного огляду начальник медичної служби (черговий лікар) особливу увагу звертає на:

осіб ЛС і ГКрП, які мають допуск до льотної роботи (роботи за фахом), за індивідуальною оцінкою у стані здоров'я;

осіб ЛС, які перенавчаються на нову техніку;

осіб ЛС, які нещодавно прибули до частини (установи);

екіпажі, які здійснюють переліт.

16. У випадку оголошення бойової тривоги, необхідності термінового вильоту для надання допомоги екіпажам, що зазнали аварії (катастрофи), та в інших випадках, що вимагають невідкладного вильоту, коли провести передпольотний медичний огляд у повному обсязі немає можливості, начальнику медичної служби (черговому лікарю) дозволяється обмежитись опитуванням та зовнішнім оглядом осіб ЛС і ГКрП, а за наявності достатнього часу для дослідження пульсу - підрахунком його частоти.

Забороняється проводити опитування або зовнішній огляд ЛС і ГКрП на шиківанні.

<http://yurist-online.org/>

17. Особи ЛС, ГКрП та ІТС, що мають скарги на стан здоров'я під час передпольотного медичного огляду (опитування) або порушили передпольотний режим, а також особи, в яких виявлені відхилення в стані здоров'я або зниження рівня працездатності за іншими причинами, до польотів (роботи за фахом) не допускаються. Після закінчення передпольотного медичного огляду (опитування) такі особи направляються до медичного пункту частини (установи) для більш ретельного обстеження, а за потреби - до закладу охорони здоров'я для стаціонарного обстеження та лікування.

18. Висновок про допуск осіб ЛС, ГКрП та ІТС до польотів (роботи за фахом) начальник медичної служби (черговий лікар) вносить на підставі результатів передпольотного медичного огляду з урахуванням даних періодичних медичних оглядів, постанови ЛЛК, переносимості льотного навантаження в попередні льотні дні (зміни).

Результати передпольотного медичного огляду та висновки про допуск до польотів фіксуються в Журналі обліку результатів передпольотного, міжпольотного та післяпольотного медичних оглядів (форма 13 додатка 1), або в Індивідуальній картці обліку результатів передпольотного, міжпольотного та післяпольотного медичних оглядів (форма 14 додатка 1).

19. Про результати передпольотного медичного огляду начальник медичної служби (черговий лікар) доповідає командирі частини (керівнику установи), керівнику польотів (начальнику медичної служби). У разі усунення (звільнення) від польотів у плановій таблиці польотів у графі "Примітка" навпроти прізвища особи, що підлягає усуненню від польотів, він записує: "Підлягає усуненню (звільненню) від польотів" та ставить свій підпис.

20. Усі члени екіпажів ПС, які здійснюють переліт, не раніше ніж за 2 години до вильоту проходять передпольотний медичний огляд у начальника медичної служби (чергового лікаря). У листі контролю робиться відмітка щодо готовності до перельоту. Час та результати передпольотного медичного огляду фіксуються в Журналі обліку результатів передпольотного медичного огляду екіпажів, які здійснюють переліт (форма 15 додатка 1).

У кожного члена екіпажу ПС, який здійснює переліт або виконує польоти в іншій авіаційній частині, має бути при собі довідка встановленої форми щодо проходження ЛЛК. Особи ЛС, які не мають такої довідки, до виконання польотів (перельотів) не допускаються.

21. Усі особи ЛС, ГКрП та ІТС, які не пройшли передпольотний медичний огляд (опитування), незалежно від займаної ними посади та характеру польотних завдань до польотів не допускаються.

22. Під час проведення польотів начальник медичної служби (черговий лікар):

підтримує постійний зв'язок із командиром частини (керівником установи) та керівником польотів;

<http://yurist-online.org/>

спостерігає за станом виконання польотів та за потреби через керівника польотів з'ясовує самопочуття осіб ЛС, які перебувають у повітрі;

здійснює вибірковий контроль за самопочуттям та рівнем працездатності осіб ЛС після виконання польотних завдань, а також за перенесенням різних видів польотів шляхом спостереження, опитування або проведення міжпольотного та післяпольотного медичного огляду визначених осіб ЛС;

з'ясовує причини погіршення самопочуття та зниження рівня працездатності осіб ЛС і ГКрП під час польотів (керівництва польотами) для вжиття необхідних заходів;

доповідає командирю частини (керівнику установи) та керівнику польотів про зміни стану здоров'я чи рівня працездатності окремих осіб ЛС і ГКрП для своєчасного відсторонення їх від виконання наступних польотів (керівництва польотами);

контролює дотримання особами ЛС і ГКрП режиму відпочинку та стартового часу;

контролює умови перебування осіб ЛС на аеродромі в період між вильотами або під час очікування вильоту (обладнання місць для міжпольотного відпочинку, наявність сховищ від несприятливих погодних факторів, забезпеченість питною водою тощо), вживає заходів щодо усунення виявлених недоліків;

проводить медичний контроль за режимом харчування осіб ЛС, ГКрП та ІТС, перевіряє санітарно-гігієнічний стан місць прийому їжі;

бере участь у з'ясуванні та аналізі авіаційних подій та інцидентів, що обумовлені недоліками медичного забезпечення польотів, погіршенням стану здоров'я та зниженням рівня працездатності осіб ЛС і ГКрП, доповідає командирю частини (керівнику установи) та керівнику польотів свої пропозиції щодо попередження повторення таких випадків;

перевіряє готовність чергового лікаря (фельдшера) МПА до виконання завдань за призначенням;

надає (за потреби) медичну допомогу особовому складу на аеродромі, а також членам екіпажів ПС під час вимушених посадок і вимушених покидань ПС;

організовує (за потреби) евакуацію хворих та потерпілих у заклади охорони здоров'я.

23. Начальник медичної служби (черговий лікар) під час медичного контролю за льотним складом під час виконання польотів особливу увагу звертає на осіб ЛС, які:

мають допуск до льотної роботи за індивідуальною оцінкою стану здоров'я;

мають стаж льотної роботи менше двох років (далі - молодий ЛС);

приступили до льотної роботи після значної перерви;

нещодавно прибули в частину (установу);

відстають у льотній підготовці.

При цьому начальник медичної служби використовує також дані спостережень керівника польотів та командирів авіаційних підрозділів за якістю виконання польотних завдань і самопочуттям окремих осіб ЛС.

24. Під час виконання польотів начальник медичної служби (черговий лікар) проводить міжпольотний та післяпольотний медичні огляди осіб ЛС. В окремих випадках можуть бути оглянуті особи ГКрП.

На міжпольотному (післяпольотному) медичному огляді, крім індивідуального опитування про самопочуття, зовнішнього огляду, спостереження за поведінкою та дослідження пульсу, в окремих випадках за рішенням начальника медичної служби (чергового лікаря) вимірюється артеріальний тиск (особам із порушенням судинного тону), проводиться огляд слизових оболонок ротоглотки та носа, барабанної перетинки, перевірка носового дихання та мовної функції (за наявності хронічних захворюваннях ЛОР-органів), перевіряється наявність ознак психоемоційної неврівноваженості та проводяться інші дослідження.

25. Міжпольотному та післяпольотному медичним оглядам підлягають особи ЛС, які:

практично перенавчаються та освоюють нову авіаційну техніку (а також протягом 30 календарних днів після практичного перенавчання);

приступили до виконання польотів після стаціонарного чи амбулаторного лікування (протягом перших 7 календарних днів);

нещодавно прибули до частини (установи) (протягом 30 календарних днів льотної роботи);

цікавлять лікаря з точки зору індивідуального перенесення ними польотів;

виконують польоти з надводних кораблів, що мають злітно-посадкову палубу (протягом перших 14 календарних днів адаптації до умов плавання).

Інші особи ЛС міжпольотному (післяпольотному) медичному огляду підлягають періодично за рішенням начальника медичної служби, але не рідше одного разу на шість місяців.

26. Залежно від мети огляду та для отримання порівняльних даних міжпольотний (післяпольотний) медичний огляд проводиться:

для оцінки самопочуття та рівня працездатності після виконання польотних завдань, а також перенесення різних видів польотів - не пізніше 25 - 30 хвилин після посадки, коли найбільш помітне нервово-емоційне збудження, пов'язане з польотом;

для виявлення ознак розвитку втоми - через 30 - 40 хвилин після посадки, оскільки до цього часу ці ознаки маскуються нервово-емоційним збудженням.

27. Дані міжпольотного огляду порівнюються з результатами передпольотного медичного огляду для вирішення питання про допуск осіб ЛС до наступних польотів. Якщо на міжпольотному огляді з'ясувалось, що особам ЛС тимчасово протипоказано продовжувати польоти, начальник медичної служби (черговий лікар) негайно доповідає про це керівнику польотів, робить відмітку в плановій таблиці відповідно до пункту 19 цієї глави та доповідає командирі частини (старшому льотної зміни).

Результати міжпольотного (післяпольотного) медичного огляду начальник медичної служби використовує для визначення обсягу реабілітаційно-відновлювальних заходів.

28. Начальник медичної служби (черговий лікар) бере участь у попередньому розборі польотів для з'ясування та уточнення:

якості виконання польотних завдань і переносимості різних видів польотів окремими особами ЛС;

наявності випадків погіршення самопочуття та зниження рівня працездатності в польоті, що не були виявлені до закінчення польотів, а також причин та умов їх виникнення;

недоліків організації польотів та їх медичного забезпечення, що могли негативно вплинути на працездатність осіб ЛС.

29. Начальник медичної служби (черговий лікар) після закінчення польотів доповідає командирю частини (керівнику установи) та своєму безпосередньому медичному начальнику про результати медичного контролю за особами ЛС, ГКрП та ІТС під час виконання польотів, а також недоліки в організації праці, відпочинку та харчування на аеродромі.

3. Медичний контроль за фізичною підготовкою

1. Фізична підготовка сприяє підвищенню витривалості організму та його стійкості до дії несприятливих факторів польоту, а також удосконаленню льотних якостей (швидкості і точності рухових реакцій, координації рухів, обачності, уваги, просторового орієнтування, нервово-емоційної витривалості тощо). Методично правильно та регулярно проведені заняття з фізичної підготовки зміцнюють здоров'я, поліпшують фізичний розвиток і знижують вірогідність появи остеохондрозу, ішемічної хвороби серця, вегето-судинної дистонії, ожиріння та інших захворювань.

2. Під час організації медичного контролю за фізичною підготовкою осіб ЛС та ГКрП необхідно враховувати такі особливості їх діяльності:

спеціальна фізична підготовка екіпажів високоманеврених ПС, що виконують фігури складного і вищого пілотажу, спрямовується на підвищення стійкості до пілотажних перевантажень шляхом тренування статичної фізичної витривалості м'язів ніг, спини, черевного пресу, шиї, від яких залежить ефективно та правильно виконання захисних протиперевантажувальних прийомів;

спеціальна фізична підготовка для екіпажів транспортних ПС в першу чергу спрямовується на підвищення стійкості організму до тривалих статичних напружень м'язів тулуба і таза, а також на вироблення навичок виконання комплексів фізичних вправ у кабіні ПС, що сприяє підтриманню ФС і працездатності за умов монотонного характеру праці під час тривалих польотів;

спеціальна фізична підготовка для екіпажів вертольотів спрямовується на підвищення статичної витривалості м'язів-згиначів ніг, глибоких м'язів спини, шиї, живота, від рівня натренованості яких залежить зниження несприятливого впливу вібрації на організм;

спеціальна фізична підготовка для ГКрП спрямовується на підвищення стійкості організму до тривалих статичних напружень м'язів тулуба і таза, а також на вироблення навичок виконання комплексів фізичних вправ під час керування польотами, що сприяє підтриманню ФС і працездатності за умов монотонного характеру праці.

3. Заняття з фізичної підготовки організовує начальник з фізичної підготовки і спорту частини (установи) (або особа, визначена командиром частини (керівником установи)). Заняття з виконанням спеціальних вправ для ЛС проводяться в дні загальної і попередньої підготовок до польотів, носять тренувальний характер і за формою є комплексними. На заняттях передбачається виконання різних фізичних вправ спеціальної спрямованості з використанням тренажерів.

4. Під час здійснення медичного контролю за фізичною підготовкою осіб ЛС та ГКрП начальник медичної служби:
бере участь у розподілі осіб за групами фізичної підготовки з урахуванням віку та стану здоров'я;
бере участь у плануванні фізичної підготовки з урахуванням психофізіологічних особливостей професійної діяльності;
спостерігає за зміною фізичного стану та інтенсивністю проведення занять;
організовує контроль за санітарно-гігієнічним станом спортивних споруд, умовами проведення фізичної підготовки;
бере участь у розробці та проведенні заходів щодо профілактики спортивного травматизму;
проводить санітарно-просвітницьку роботу з питань фізичної підготовки і спорту.

5. Начальник медичної служби спільно з начальником фізичної підготовки і спорту частини (установи) розробляють індивідуальні програми фізичного тренування для осіб ЛС і ГКрП, які мають відхилення в стані здоров'я, недостатню стійкість до факторів польоту (роботи за фахом) та недостатній фізичний розвиток або зайву вагу.

6. Інтенсивність занять із фізичної підготовки залежить від рівня професійного навантаження. За умов низького рівня професійного навантаження доцільно збільшувати інтенсивність занять із фізичної підготовки, під час яких частота серцевих скорочень у кінці мікроциклів вправ повинна становити 130 - 150 ударів за хвилину. За умов високого рівня професійного навантаження заняття повинні носити характер активного відпочинку, що є ефективним засобом відновлення працездатності. Частота серцевих скорочень під час таких занять не повинна перевищувати 110 - 130 ударів за хвилину.

4. Медичний контроль під час стрибків з парашутом

1. За організацію та проведення заходів медичного контролю під час стрибків з парашутом відповідає начальник медичної служби.

2. Напередодні проведення стрибків з парашутом начальник медичної служби проводить медичний огляд щодо допуску осіб ЛС до цих стрибків (в обсязі, передбаченому пунктом 26 глави 1 цього розділу), а після їх завершення - медичні огляди за результатами їх проведення (в обсязі, передбаченому пунктом 27 глави 1 цього розділу).

3. У день (ніч) проведення стрибків з парашутом начальник медичної служби проводить медичний огляд осіб ЛС в обсязі передпольотного медичного огляду.

Результати медичного огляду та висновки про допуск до стрибків з парашутом фіксуються в Журналі обліку результатів передпольотного, міжпольотного та післяпольотного медичних оглядів (форма 13 додатка 1) або в Індивідуальній картці обліку результатів передпольотного, міжпольотного та післяпольотного медичних оглядів (форма 14 додатка 1).

4. Начальник медичної служби контролює дотримання особами ЛС режиму відпочинку і роз'яснює необхідність випорожнення кишечника та сечового міхура до початку стрибків, а після кожного стрибка проводить опитування та зовнішній огляд з метою виявлення травм і несприятливих реакцій.

5. Здійснюючи заходи медичного контролю під час стрибків з парашутом, необхідно враховувати, що серед осіб, які здійснюють стрибок уперше, виникає нервово-емоційне збудження, яке проявляється підвищеною говірливістю, метушливістю, прискоренням частоти пульсу і дихання, пітливістю. У деяких випадках, особливо у парашутистів-початківців, можуть відзначатися млявість, мовчазність, скутість, сонливість, блідість та інші ознаки загальмованості. У разі помірного вираження зазначені явища є нормальною реакцією організму на стрибок. Надмірне збудження або загальмованість є підставою для тимчасового відсторонення осіб ЛС від стрибків з парашутом.

6. У день (ніч) проведення стрибків з парашутом особи ЛС до польотів не допускаються.

7. На період виконання стрибків з парашутом на майданчику приземлення (десантування) розгортається медичний пост, зі складу медичної служби призначається черговий лікар (фельдшер) з відповідними комплектами для надання медичної допомоги згідно з описом медичного майна.

8. Здійснюючи заходи медичного контролю під час стрибків з парашутом, начальник медичної служби бере участь у забезпеченні виконання таких умов:

час очікування стрибка за можливості повинен бути мінімальним;

стрибки здійснюються не раніше ніж через 1 - 1,5 години після прийому їжі;

після закінчення стрибків з парашутом надається відпочинок, рівноцінний за тривалістю післяпольотному;

кількість стрибків, що виконуються протягом доби однією особою, повинна відповідати вимогам чинного законодавства України.

9. Під час стрибків з парашутом зі значної висоти (особливо в зимовий період) начальник медичної служби (черговий лікар) з метою профілактики обмороження контролює забезпеченість осіб ЛС захисним спорядженням від температурного впливу та його стан.

5. Медичний контроль під час тренувань на авіаційних тренажерах

1. За організацію та проведення заходів медичного контролю під час тренувань на авіаційних тренажерах відповідає начальник медичної служби.

2. Медичний контроль під час проведення тренувань на авіаційних тренажерах направлений на оцінку рівня підготовленості осіб ЛС до виконання польотних завдань з урахуванням ступеня та динаміки нервово-емоційного напруження під час виконання вправ.

3. У першу чергу медичному контролю під час тренувань на авіаційних тренажерах підлягають такі категорії осіб ЛС:

молодий ЛС, який нещодавно прибув до частини (установи) або відпрацьовує на тренажерах нові для них вправи;

особи ЛС, які приступають до відпрацювання найбільш складних видів польотів;

особи ЛС, які тривалий час не літали;

особи ЛС, які відстають у льотній підготовці або перенавчанні на нові типи ПС і допускають грубі помилки під час виконання польотів.

4. Основними завданнями медичного контролю під час проведення тренувань осіб ЛС на авіаційних тренажерах є:

вивчення індивідуальних особливостей поведінки осіб ЛС під час виконання різних польотних завдань (елементів польоту) та в особливих ситуаціях (випадках);

визначення рівня та динаміки нервово-емоційного напруження під час тренувань за показниками частоти пульсу, хвилинного об'єму і частоти дихання, показників психофізіологічних функцій;

надання інструктору результатів аналізу поведінкових реакцій і показників нервово-емоційного напруження для напрацювання спільного висновку щодо рівня професійної готовності осіб ЛС до польоту або до окремого його етапу;

навчання осіб ЛС прийомам самоконтролю та саморегуляції під час виконання польотного завдання.

Дані щодо ФС, отримані в процесі тренажерної підготовки, враховуються під час організації лікувально-профілактичних і реабілітаційно-відновлювальних заходів.

5. Для оцінки результатів психофізіологічного обстеження осіб ЛС під час проведення тренувань на авіаційних тренажерах враховується, що:

високий рівень і нестабільність нервово-емоційного напруження за умов низької якості виконання вправ свідчить про низький рівень підготовленості осіб ЛС;

високий рівень нервово-емоційного напруження, навіть за умов високої якості виконання вправ, вказує на недостатнє закріплення відпрацьованих навичок і необхідність продовження тренувань;

стабілізація під час повторних тренувань нервово-емоційного напруження на визначеному індивідуальному рівні за умов високої якості виконання вправ свідчить про достатній рівень тренуваності осіб ЛС;

низький рівень нервово-емоційного напруження в поєднанні з незадовільною якістю виконання вправ може спостерігатись у випадку відсутності заінтересованості та формального ставлення осіб ЛС до тренувань на авіаційних тренажерах;

погіршення якості виконання вправ порівняно зі звичайним польотом, а також повільне (більше 3 хвилин) відновлення після тренування початкового рівня показників нервово-емоційного напруження можуть свідчити про розвиток невротизації або хворобливого стану осіб ЛС;

стабільно високий рівень нервово-емоційного напруження протягом декількох тренувань за умов доброї якості виконання вправ може вказувати на погіршення ФС і зниження резервних можливостей організму осіб ЛС.

6. Начальник медичної служби веде облік даних, отриманих під час тренувань осіб ЛС на авіаційних тренажерах, щокварталу доповідає про їх результати командирі частини (керівнику установи) та старшому медичному начальнику.

6. Медичний контроль за організацією харчування

1. Харчування осіб ЛС і ГКрП здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 29 березня 2002 року N 426 "Про норми харчування військовослужбовців Збройних Сил, інших військових формувань та Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації, осіб рядового, начальницького складу органів і підрозділів цивільного захисту" (із змінами).

2. Медичний контроль за харчуванням осіб ЛС і ГКрП включає:

<http://yurist-online.org/>

контроль за повноцінністю харчового раціону та дотриманням режиму передпольотного харчування, харчування в період проведення польотів (перельотів), бортового харчування та харчування на аеродромі;

контроль за якістю й умовами транспортування, зберігання продуктів, приготування та прийому їжі;

контроль за комплектуванням бортових пайків і водно-харчових груп аварійних запасів;

виявлення серед осіб ЛС (ГКрП) ознак недостатнього або надмірного харчування або його невідповідності умовам льотної діяльності (роботи за фахом).

3. Організація і види харчування осіб ЛС та особливості харчування осіб ЛС з надлишковою масою тіла забезпечуються відповідно до Особливостей організації різних видів харчування осіб льотного складу (додаток 8).

4. Харчування осіб ЛС і ГКрП організовується в льотній їдальні та (або) у визначеному місці на аеродромі.

5. За організацію медичного контролю за харчуванням осіб ЛС і ГКрП відповідає начальник медичної служби. До реалізації заходів з контролю за харчуванням він залучає особовий склад медичної служби і керує його роботою.

6. Начальник медичної служби щодо медичного контролю за харчуванням осіб ЛС і ГКрП:

бере участь у складанні меню-розкладок з урахуванням особливостей запланованих польотів;

організовує та здійснює санітарно-гігієнічний контроль за передпольотним харчуванням у льотній їдальні та у визначеному місці на аеродромі, а також за водозабезпеченням на аеродромі;

організовує та здійснює санітарно-гігієнічний контроль за якістю продуктів, що надходять за льотною нормою для бортового харчування та аварійних запасів, а також для харчування на польових аеродромах;

організовує та здійснює санітарно-гігієнічний контроль за станом льотної та льотно-технічної їдалень, перевезенням і зберіганням харчових продуктів, приготуванням і роздачею їжі, а також за станом здоров'я персоналу, який обслуговує їдальні;

розроблює та здійснює заходи щодо попередження харчових отруєнь і токсикоінфекцій;

проводить нагляд за різноманітністю та смаковими якостями їжі, видачею (за потреби) вітамінних препаратів;

контролює вагу готових блюд і її відповідність встановленим нормам;

організовує (за потреби) лабораторний аналіз їжі або окремих продуктів для виявлення їх повноцінності (калорійності) і доброякісності;

контролює дотримання дозволених заміन продуктів льотного пайка та якість продуктів, що видаються в разі таких замін;

здійснює санітарно-гігієнічний контроль за якістю води, станом ємностей та інших засобів водозабезпечення екіпажів ПС;

проводить санітарно-просвітницьку роботу та інструктаж персоналу їдалень і продовольчих складів;

проводить медичний контроль за організацією бортового харчування і водозабезпечення екіпажів ПС;

проводить медичний контроль за комплектуванням водно-харчових груп аварійних запасів;

бере участь в організації дієтичного харчування та складанні відповідного меню-розкладки, інструктажу персоналу їдалень та осіб ЛС і ГКрП з питань дієтичного харчування;

виявляє відхилення у ФС та стані здоров'я осіб ЛС і ГКрП, зумовлених недоліками в організації харчування, вживає заходів щодо їх усунення;

проводить санітарно-просвітницьку роботу з особами ЛС і ГКрП і членами їх сімей стосовно питань раціонального харчування.

7. Про недоліки щодо харчування осіб ЛС і ГКрП, виявлені в процесі медичного контролю, і пропозиції щодо їх усунення начальник медичної служби доповідає командир (керівнику) цієї частини (установи) та старшому медичному начальнику, а також доводить до відома начальника продовольчої служби.

8. Харчування осіб ЛС повинне відповідати таким фізіолого-гігієнічним вимогам:

добові раціони повинні включати тільки ті продукти, які передбачені льотним пайком;

заміна продуктів льотного пайка може проводитись у виняткових випадках, з урахуванням санітарних умов відповідно до норм дозволених замін;

калорійність добових раціонів повинна повністю перекривати енергетичні затрати, а поживні речовини повинні задовольняти потреби в них організму осіб ЛС за різних умов;

продукти та готові страви слід підбирати з урахуванням впливу на організм осіб ЛС несприятливих факторів польоту й особливостей функціонування шлунково-кишкового тракту в польоті;

готова їжа повинна мати добрі смакові якості, бути досить різноманітною та безпечною в санітарно-епідеміологічному відношенні;

режим харчування та розподіл добового харчового раціону повинні відповідати розпорядку дня і характеру запланованих польотів;

їжа для осіб ЛС, які отримують дієтичне харчування, повинна готуватися із продуктів льотного пайка з виключенням із меню (за медичними показаннями) окремих видів продуктів. При цьому слід враховувати характер льотної роботи та стан організму осіб ЛС, щоб не допустити зниження рівня його працездатності через недостатність харчування.

9. У дні польотів особи ЛС і ГКрП приймають гарячу їжу 4 рази на добу. Тривалість часу між прийомами їжі в усіх випадках, у тому числі і в польоті, не повинна перевищувати 4 - 5 годин. У нельотні, вихідні та святкові дні кількість прийомів їжі може бути зменшено до трьох разів на добу.

10. У дні польотів прийом їжі відбувається за 1,5 - 2 години до початку польоту. Виконання польотів відразу після прийому їжі не рекомендується. Виконання польоту особами ЛС натщесерце не допускається.

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

12. Усі особи ЛС мають бути навчені правилам прийому їжі та напоїв під час тривалих польотів. Необхідно роз'яснювати недопустимість використання в польоті продуктів і напоїв, що не входять до бортового пайка.

13. Для харчування осіб ЛС та ГКрП на необладнаних (польових) аеродромах можуть використовуватись добові раціони з консервованих і концентрованих продуктів відповідно до чинного законодавства.

7. Медичний контроль за захисним спорядженням та польотним обмундируванням осіб льотного складу

1. Медичний контроль за захисним спорядженням і польотним обмундируванням осіб ЛС полягає в проведенні начальником медичної служби таких заходів:

участь у підборі розмірів і припасуванні захисного спорядження та польотного обмундирування;

проведення занять з медичних питань щодо використання захисного спорядження та польотного обмундирування;

участь у перевірці знань і навичок виконання правил експлуатації захисного спорядження та польотного обмундирування;

надання допомоги командуванню (керівництву) і особам ЛС у найбільш раціональній комплектації захисного спорядження та польотного обмундирування;

здійснення медичного контролю відповідності захисного спорядження та польотного обмундирування умовам польоту;

періодичні перевірки гігієнічного стану й умов зберігання захисного спорядження та польотного обмундирування;

вивчення досвіду експлуатації захисного спорядження та польотного обмундирування, розробка на цій основі рекомендацій стосовно його раціонального використання.

Вибір комплекту польотного обмундирування здійснюється відповідно до Зразків типових комплектів польотного обмундирування (додаток 9).

2. Захисне спорядження та польотне обмундирування осіб ЛС призначені для:

захисту від дії несприятливих факторів польоту та зовнішнього середовища в різних кліматогеографічних районах;

створення разом з іншими бортовими та наземними засобами забезпечення життєдіяльності необхідних умов для виконання екіпажами ЛС своїх функціональних обов'язків на всіх етапах діяльності в повітрі та на землі;

порятунку в аварійних ситуаціях під час вимушеного покидання ЛС;

виживання під час автономного перебування в безлюдній місцевості.

3. Залежно від призначення захисне спорядження та польотне обмундирування осіб ЛС поділяється на:

висотне (кисневі маски (далі - КМ), висотні компенсуючі костюми (далі - ВКК), герметичні шоломи (далі - ГШ));

протиперевантажувальне (протиперевантажувальні костюми (далі - ППК), протиперевантажувальні пристрої, що вбудовані в ВКК);

водозахисне (морські рятувальні комплекти (далі - МРК), військово-морські рятувальні комплекти (далі - ВМРК), плавальні паси, жилети);

для захисту від травмування (захисні шоломи (далі - ЗШ), бронежилети);

для захисту від температурного впливу (сезонний польотний одяг, взуття, рукавиці, головні убори, вентилязоване спорядження).

4. Ефективність використання захисного спорядження та польотного обмундирування залежить від знання особами ЛС його можливостей, особливостей дії фізичних факторів польоту, правильного вибору зросту та розміру усіх предметів, раціонального їх поєднання, якісного індивідуального припасування та дотримання усіх правил експлуатації.

5. Медичний контроль за гігієнічним станом захисного спорядження та польотного обмундирування здійснюється відповідно до чинного законодавства України.

8. Заходи медичної служби щодо профілактики авіаційних подій та інцидентів

1. Профілактика авіаційних подій та інцидентів є складовою частиною загальної системи попередження аварійності та передбачає тісну взаємодію всіх посадових осіб, які беруть участь в організації та забезпеченні польотів ДА України.

2. Одним з найбільш дієвих способів профілактики авіаційних подій та інцидентів є вивчення їх медичних складових (далі - медичне вивчення), облік та аналіз причин, пов'язаних з недоліками медичного забезпечення польотів, погіршенням стану здоров'я та ФС осіб ЛС, ГКрП та ІТС, із подальшою розробкою та проведенням відповідних медичних заходів щодо забезпечення безпеки польотів ДА.

3. За проведення заходів щодо профілактики авіаційних подій та інцидентів, медичне вивчення, облік та аналіз причин їх виникнення, розробки та проведення відповідних медичних заходів забезпечення безпеки польотів відповідає начальник медичної служби.

4. Начальник медичної служби здійснює вивчення, облік та аналіз авіаційних подій та інцидентів, що зумовлені:

недоліками медичного забезпечення польотів;

порушеннями стану здоров'я, що виникли під час польотів або під час передпольотного медичного огляду;

невідповідністю індивідуальних професійно важливих психофізіологічних якостей осіб ЛС складності польотного завдання;

надмірною дією або недостатньою стійкістю до факторів польоту (пілотажних перевантажень, перепадів барометричного тиску, гіпоксії тощо);

психотравмуючою дією побутових і професійних факторів, у тому числі під час виконання польоту;

недостатньою психологічною сумісністю членів екіпажу ПС;

нераціональною організацією або недотриманням передпольотного режиму;

нераціональним нормуванням льотного навантаження, що може призвести до зниження рівня працездатності осіб ЛС;

допуском до польотів осіб ЛС, які не пройшли відповідних медичних оглядів;

вживанням алкоголю напередодні або в день польотів;

неправильним використанням або несправністю киснево-дихальної апаратури та захисного спорядження;

санітарно-гігієнічним станом кабіни ПС (попаданням шкідливих домішок у повітря, неоптимальним температурним режимом тощо);

зміною професійно та соціально зумовлених умов діяльності, перенавчанням на інший тип ПС, переїздом на нове місце служби тощо.

5. Під час вивчення причин авіаційних подій та інцидентів начальник медичної служби використовує:

результати розслідування авіаційних подій та інцидентів;

індивідуальні бесіди з особами ЛС, ГКрП та ІТС, членами їх сім'ї;

результати медичних обстежень, оглядів, спостережень і рекомендацій ЛЛК;

відомості щодо професійної підготовки осіб ЛС, ГКрП та ІТС;

дані засобів об'єктивного контролю та записи радіопереговорів;

зауваження та спостереження командирів, інструкторів, членів екіпажу ПС, осіб ГКрП та інших фахівців;

висновки за результатами спеціальних тренувань;

матеріали розбору польотів та іншу інформацію, необхідну для повноти вивчення причин авіаційних подій та інцидентів.

6. Вивчення, облік та аналіз причин авіаційних подій і інцидентів проводяться з використанням статистичного, аналітичного та експериментального методів дослідження.

7. Статистичний метод дозволяє провести добірку випадків авіаційних подій та інцидентів, виявити осіб, які підлягають додатковому огляду або обстеженню, здійснити аналіз характерних помилкових дій, їх загальні причини й обставини виникнення за визначений період часу та категоріями осіб ЛС, ГКрП та ІТС, за змістом помилок, етапами польоту та за іншими ознаками, що сприяють виявленню зазначених причин.

8. Аналітичний метод передбачає детальне дослідження обставин і можливого причинного зв'язку конкретного інциденту чи авіаційної події зі складовими людського фактора.

Для цього вивчають:

матеріали розслідування авіаційної події чи інциденту;

умови, за яких стався конкретний випадок (характер польотного завдання, етап, режим, метеорологічні умови польоту, кількість і темп виконаних операцій тощо);

відомості щодо професійної підготовки осіб ЛС (стаж льотної роботи, клас, наліт загальний і на даному типі ПС, перерви в польотах тощо);

результати медичного спостереження й оглядів, результати психофізіологічного обстеження;

характер прояву індивідуальних психофізіологічних якостей в конкретній ситуації;

величину та тривалість дії факторів польоту;

особливості взаємодії осіб ЛС з органами управління та засобами відображення інформації, з особами ГКрП і членами екіпажу ПС;

справність засобів індивідуального захисту та життєзабезпечення;

психологічний клімат у сім'ї, військовому колективі напередодні та в день польотів.

9. Експериментальні методи потребують відповідної методичної підготовки та оснащення. Завданням начальника медичної служби є визначення випадків, що підлягають експериментальному дослідженню, яке проводиться разом із відповідними фахівцями закладів ДА України.

10. За результатами проведених досліджень розробляються та здійснюються цілеспрямовані заходи щодо профілактики авіаційних подій та інцидентів. Залежно від причин їх виникнення профілактичні заходи поділяються на загальні та індивідуальні.

11. Загальні профілактичні заходи передбачають:

розробку та подання командирів частини (керівнику установи) пропозицій для усунення недоліків в організації та забезпеченні польотів, передпольотного режиму, психологічного клімату в підрозділах (екіпажах ПС);

проведення занять з особами ЛС, ГКрП та ІТС щодо вивчення психофізіологічних механізмів і заходів профілактики характерних авіаційних подій та інцидентів залежно від особливостей запланованих польотів та умов діяльності на конкретному типі ПС;

проведення занять на тренажері для відпрацювання дій в особливих випадках (ситуаціях) польоту;

навчання осіб ЛС навичкам використання захисних прийомів і виконання вправ, що підвищують стійкість до несприятливого впливу факторів польоту.

12. Індивідуальні профілактичні заходи включають:

<http://yurist-online.org/>

обстеження, лікування, надання профілактичного відпочинку або тимчасове відсторонення від польотів (роботи за фахом) осіб ЛС, ГКрП та ІТС;

подання пропозицій щодо нормування льотного навантаження, регламентації режиму праці та відпочинку;

додатковий контроль за динамікою ФС осіб ЛС і ГКрП, які мають професійні негаразди;

проведення тренажерної та фізичної підготовки з метою формування необхідних психофізіологічних якостей;

проведення індивідуальних бесід з особами ЛС і ГКрП, членами їх сімей.

13. Про результати вивчення, обліку та аналізу авіаційних подій і інцидентів, пропозиції щодо їх попередження начальник медичної служби доповідає командир (керівнику) цієї частини (установи) та старшому медичному начальнику.

9. Заходи медичної служби щодо відновлення функціонального стану та працездатності

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

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

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

У міжпольотний період відновлення ФС та працездатності здійснюється у спеціально облаштованих кімнатах психофізіологічного розвантаження. Для цього використовують функціональну музику, відео- та слайд-програми, спеціальні варіанти психічної саморегуляції та

<http://yurist-online.org/>

самомасажу біологічно активних точок шкіри. Завдання щодо облаштування кімнати психофізіологічного розвантаження покладається на заступника командира частини по роботі з особовим складом (психолога), про що видається відповідний наказ командира частини (керівника установи).

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

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

Показанням для проведення зазначеного етапу є:

проведення передпольотного відпочинку для осіб ЛС і ГКрП, які не мають сприятливих побутових умов для відпочинку;

передчасний розвиток ознак втоми під час виконання польотів (роботи за фахом). Зазначені особи підлягають відстороненню від польотів (роботи за фахом) і направленню до медичного пункту частини (установи) для відпочинку, обстеження та проведення комплексу відновлювальних заходів із використанням масажу, фізіотерапевтичних та інших лікувальних процедур.

Відновлення функціонального стану і працездатності ЛС і ГКрП проводиться відповідно до Методів відновлення функціонального стану і працездатності льотної частини (додаток 10).

4. Третій етап відновлювальних заходів організовується та проводиться в умовах профілакторіїв льотної частини.

Показанням для проведення зазначеного етапу є:

наявність ознак перевтоми або відхилень у стані здоров'я у осіб ЛС і ГКрП, що визначаються під час проведення передпольотного медичного огляду;

наявність емоційних реакцій на психотравмуючі ситуації у осіб ЛС і ГКрП;

профілактика розвитку перевтоми та хронічної втоми або відхилень у стані здоров'я осіб ЛС і ГКрП, які мають значне льотне навантаження та залучаються до несення бойового чергування; які мають ускладнення в освоєнні льотної програми, критичний вік, конституційні фактори ризику, шкідливі звички, фізичну детренованість;

невикористання чергової відпустки протягом 12 місяців (тривалістю не менше 24 доби) особами ЛС і ГКрП (за винятком курсантів ВНЗ).

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

Рішення щодо направлення осіб ЛС і ГКрП до профілакторію на відпочинок приймає командир частини (керівник установи) за поданням начальника медичної служби.

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

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

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

Показанням для проведення зазначеного етапу є:

наявність ознак хронічної втоми з вираженими симптомами функціональних розладів у осіб ЛС і ГКрП. Зазначені особи підлягають відстороненню від польотів (роботи за фахом) із подальшим направленням їх до центрів (відділень) реабілітації льотного складу на стаціонарне обстеження, лікування та проведення реабілітаційно-відновлювальних заходів;

профілактика розвитку перевтоми та хронічної втоми або відхилень у стані здоров'я осіб ЛС і ГКрП, які мають значне льотне навантаження та залучаються до несення бойового чергування; які мають ускладнення в освоєнні льотної програми, критичний вік, конституційні фактори ризику, шкідливі звички, фізичну детренованість. Зазначені особи в період чергової відпустки підлягають направленню до закладів охорони здоров'я санаторно-курортного типу;

відхилення (погіршення) у ФС (функціональні розлади) осіб ЛС після виконання завдань, пов'язаних з усвідомлюваним ризиком для життя. Зазначеним особам за рішенням ЛЛК надається відпустка строком до 30 діб для проведення реабілітаційно-відновлювальних заходів у центрах (відділеннях) реабілітації льотного складу, амбулаторно-поліклінічних умовах або закладах охорони здоров'я санаторно-курортного

типу. Вибір місця та способу проведення реабілітаційно-відновлювальних заходів залежить від ступеня погіршення ФС, зниження рівня працездатності або відхилень у стані здоров'я.

Визначення, діагностика та профілактика зазначених ФС здійснюються відповідно до Загальної характеристики втоми, перевтоми та хронічної втоми осіб льотної складу та методики діагностики і профілактики цих функціональних станів (додаток 11).

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

7. Санітарно-гігієнічні заходи із забезпечення працездатності осіб ЛС, ГКрП та ІТС вживаються згідно з Рекомендаціями щодо санітарно-гігієнічних заходів медичної служби із забезпечення працездатності осіб льотної складу, групи керівництва польотами та інженерно-технічного складу (додаток 12).

10. Медичне забезпечення пошуково-рятувальних робіт

1. За медичне забезпечення пошуково-рятувальних робіт відповідає начальник медичної служби, який використовує для цього сили та засоби медичної служби частини (установи) залежно від:

кількості членів екіпажу та пасажирів, які зазнали аварії (катастрофи);

кліматичних та географічних особливостей району приземлення (приводнення);

обсягу та виду медичної допомоги, що надається.

2. Медичне забезпечення пошуково-рятувальних робіт включає:

організацію управління силами та засобами медичної служби, що беруть участь у пошуково-рятувальних роботах;

спеціальну підготовку медичного персоналу з надання медичної допомоги потерпілим і вивчення способів їх евакуації;

забезпечення високого ступеня готовності сил та засобів медичної служби, залучених до пошуково-рятувальних робіт, до надання медичної допомоги і своєчасної евакуації постраждалих до закладів охорони здоров'я;

контроль за комплектністю та станом укладок спеціального медичного майна;

навчання членів екіпажів ПС правилам надання домедичної допомоги в разі поранень, травм та інших нещасних випадків;

навчання членів екіпажів правилам надання першої домедичної допомоги (само- та взаємодопомоги) після вимушеного покидання ПС і приземлення (приводнення), а також правилам виживання в різних кліматичних і географічних зонах (спільно з начальником пошуково-рятувальної і парашутно-десантної служби частини (установи));

роз'яснення членам екіпажів ПС особливостей впливу на організм екстремальних факторів природного середовища (високих та низьких температур повітря, високої інсоляції, кисневого голодування тощо);

організацію взаємодії з закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та лікування постраждалих.

3. Для ефективності пошуково-рятувальних робіт у начальника медичної служби мають бути:

схема-кроки аеродрому (вертодрому);

схема руху по аеродрому людей та спеціальної техніки;

карта структури повітряного простору району аеродрому;

карта дислокації закладів охорони здоров'я та шляхів проїзду до них у межах відповідальності аеродрому та порядок взаємодії з ними;

схема розташування аварійних виходів на ПС і порядок їх відкриття;

інші документи та довідкові дані, необхідні для виконання пошуково-рятувальних робіт.

4. Медичний персонал (лікарі, фельдшери), що залучається до пошуково-рятувальних робіт, повинен володіти необхідними практичними навичками та знати:

алгоритм надання медичної допомоги;

розташування закладів охорони здоров'я в районі проведення пошуково-рятувальних робіт, їх спеціалізацію, шляхи евакуації та організацію зв'язку.

5. У період передпольотної підготовки начальник медичної служби контролює відповідність польотного обмундирування ЛС кліматичним і погодним умовам району виконання польоту і характеру польотного завдання.

6. Медичний персонал, що бере участь у пошуково-рятувальному забезпеченні, екіпірується та оснащується необхідним спорядженням відповідно до кліматичних умов.

III. Медичне забезпечення різних видів польотів

1. Особливості медичного забезпечення під час виконання висотних польотів

1. Висотними польотами вважаються польоти, що здійснюються на висоті 4000 метрів над рівнем моря і вище.

2. До умов, що визначають особливості медичного забезпечення висотних польотів, належить негативний вплив на організм осіб ЛС висотних факторів:

зниження барометричного (атмосферного) тиску;

перепади барометричного (атмосферного) тиску;

зниження парціального тиску кисню;

зниження температури оточуючого середовища.

3. З метою захисту від негативного впливу висотних факторів польоту на організм осіб ЛС (розвитку хворобливих станів, порушення працездатності та небезпечних для здоров'я станів (гіпоксії, висотної хвороби, висотних декомпресійних розладів, парогазової емфіземи)) використовуються такі засоби:

герметичні кабіни;

киснево-дихальна апаратура та спорядження для дихання без надлишкового тиску;

киснево-дихальна апаратура та спорядження для дихання під надлишковим тиском;

ВКК, МРК, ВМРК, парашутні кисневі прилади та кисневі системи катапультних крісел (використовуються епізодично під час розгерметизації кабіни на висоті понад 10000 метрів, відмови бортової киснево-дихальної апаратури та покидання ПС).

4. Заходи, що проводяться начальником медичної служби під час медичного забезпечення висотних польотів:

участь у підборі розмірів і припасуванні захисного спорядження та польотного обмундирування;

проведення занять щодо психофізіологічних особливостей виконання висотних польотів і заходів захисту від несприятливої дії висотних факторів;

навчання осіб ЛС правилам використання висотних засобів життєзабезпечення;

контроль за відповідністю комплекту висотного спорядження запланованим польотам;

контроль за гігієнічним станом та умовами зберігання висотного спорядження;

вивчення ступеня перенесення особами ЛС висотних факторів польоту шляхом проведення індивідуальних бесід, міжпольотних і післяпольотних медичних оглядів, аналізу даних за результатами проведення барокамерних підйомів і навчання диханню та мовленню під надмірним тиском, а також бесід з командирами підрозділів, льотчиками-інструкторами, керівниками польотів і участі в розборі польотів;

участь у розборах авіаційних подій та інцидентів, пов'язаних з дією факторів висотного польоту, спільно з особами ЛС.

2. Особливості медичного забезпечення польотів із дією пілотажних перевантажень

1. Польоти з маневруванням, на перехоплення цілі та повітряний бій, пов'язані з виникненням пілотажних перевантажень, що за певних умов (збільшення тривалості перевантаження з одночасним наростанням його величини, зниження рівня загального фізичного розвитку, розвитку ознак втоми та перевтоми, порушення режиму праці, відпочинку та харчування, високої нервово-емоційної напруженості та дефіциту часу для прийняття рішень та виконання дій з управління ПС, необхідності оптимального розподілу та переключення уваги в польоті) можуть викликати:

<http://yurist-online.org/>

ускладнення виконання дій щодо управління ПС через збільшення відчуття важкості та больових відчуттів в організмі;

утруднення візуального спостереження за пілотажними приладами та позакабінним простором через появу сірої, чорної або червоної пелени;

втрату свідомості через короткочасне порушення мозкового кровообігу тощо.

2. Під час медичного забезпечення польотів з пілотажними перевантаженнями начальник медичної служби проводить комплекс профілактичних заходів, здійснює специфічну та спеціальну медичну підготовку, застосовує фізичні та фізіологічні засоби і способи протиперевантажувального захисту.

3. Профілактичні заходи спрямовані на попередження впливу несприятливих факторів професійного середовища на стійкість осіб ЛС до пілотажних перевантажень. Для реалізації зазначених заходів начальник медичної служби здійснює:

контроль за режимом праці, відпочинку та харчування осіб ЛС;

спеціальну фізичну підготовку та загартування організму осіб ЛС;

профілактичні заходи щодо перегрівання осіб ЛС;

профілактичні заходи щодо розвитку втоми, перевтоми та хронічної втоми осіб ЛС;

контроль за ФС і станом здоров'я осіб ЛС під час польотів із перевантаженнями 7 і більше одиниць на перед-, між- і післяпольотних медичних оглядах;

систематичне лікування хронічних захворювань осіб ЛС;

заходи неспецифічного підвищення стійкості осіб ЛС до перевантажень шляхом адаптації до гіпоксії;

заходи щодо виключення випадків вживання особами ЛС фармакологічних засобів та алкоголю;

заходи щодо підвищення рівня льотної підготовленості осіб ЛС;

контроль за тренажерною підготовкою осіб ЛС.

Застосування зазначених заходів може призводити до підвищення стійкості осіб ЛС до пілотажних перевантажень на 1 - 2,5 одиниць.

4. Спеціальна медична підготовка - комплекс заходів, спрямованих на теоретичне та практичне ознайомлення осіб ЛС з особливостями змін стану їх здоров'я та функціональних можливостей під час польотів із пілотажними перевантаженнями. Для реалізації зазначених заходів начальник медичної служби проводить:

ознайомлення осіб ЛС з особливостями функціонування їх організму під час пілотажних перевантажень, а також значенням різноманітних факторів професійної діяльності щодо збереження високого рівня стійкості до пілотажних перевантажень;

теоретичне та практичне навчання щодо будови, особливостей і грамотної експлуатації спорядження та засобів протиперевантажувального захисту, а також ефективного використання захисних протиперевантажувальних прийомів;

психофізіологічну підготовку щодо особливостей діяльності під час польотів із пілотажними перевантаженнями та використання методів протиперевантажувального захисту.

5. Специфічна підготовка є найбільш ефективним способом підвищення стійкості осіб ЛС до пілотажних перевантажень. Реалізація зазначених заходів здійснюється шляхом систематичних тренувань на центрифuzі та раціональної пілотажної підготовки.

Систематичні тренування на центрифuzі підвищують стійкість осіб ЛС до пілотажних перевантажень на 2 - 4 одиниці та дозволяють моделювати складні профілі маневрування ПС, виробити різноманітні рухові якості, необхідні особам ЛС у польоті, ознайомити їх з дією та ефективністю різних протиперевантажувальних пристроїв, точно визначити індивідуальні рівні стійкості до перевантажень і планувати на основі отриманих даних льотне навантаження, своєчасно та цілеспрямовано здійснювати відповідні профілактичні заходи, аналізувати причини недостатньо якісного виконання польотних завдань або авіаційних подій. Тренування на центрифuzі є дієвою складовою психофізіологічної підготовки осіб ЛС до польотів на сучасних високоманеврових ПС.

Раціональна пілотажна підготовка полягає в поступовому збільшенні величини індивідуального перенесення пілотажного перевантаження за умов суворого нормування рівня професійного навантаження як для попередження виникнення кумулятивних ефектів (у разі надмірного рівня пілотажної підготовки), так і для досягнення тренувального ефекту та збереження досягнутого рівня стійкості (у разі недостатнього рівня пілотажної підготовки).

6. До фізичних засобів і заходів протиперевантажувального захисту належить використання протиперевантажувального спорядження, дихання киснем (повітряною сумішшю) під надмірним тиском, нахилу спинки крісла льотчика та імерсійних систем.

Для реалізації зазначених заходів начальник медичної служби здійснює медичний контроль за використанням, вибором розмірів і припасуванням відповідно до запланованих польотів протиперевантажувального спорядження (дозволяє підвищити стійкість до пілотажних перевантажень на 1,5 - 2 одиниці), правильністю дихання киснем або газовою сумішшю під надмірним тиском (дозволяє підвищити стійкість до пілотажних перевантажень на 1 одиницю) і вмінням приймати правильну позу в кріслі льотчика під час пілотажних перевантажень.

7. Під час виконання польотів на пілотаж ефективним є застосування фізіологічних прийомів одночасного напруження м'язів ніг і живота та дихальних прийомів М-1 і Л-1, що сприяє ефективному використанню фізіологічних можливостей організму осіб ЛС шляхом стимуляції існуючих, а також створення та тренування нових пристосувальних механізмів.

Дихальні прийоми М-1 і Л-1 є модифікацією проби Вальсальві. Застосування прийомів М-1 і Л-1 сприяє підвищенню стійкості до дії перевантажень на 2 - 4 одиниці, але в результаті таких дихальних навантажень дуже швидко настає фізична втома. Тому прийоми М-1 і Л-1 слід використовувати лише у випадку появи зорових розладів, коли інші методи протиперевантажувального захисту є недостатньо ефективними.

8. Комбіноване застосування заходів протиперевантажувального захисту дозволяє підвищити стійкість осіб ЛС до дії пілотажних перевантажень у 2 - 2,5 рази.

9. Для оцінки стійкості осіб ЛС до пілотажних перевантажень начальник медичної служби використовує дані об'єктивної реєстрації величини та тривалості перевантажень, яких зазнають особи ЛС під час виконання польотів на пілотаж і відпрацюванні завдань бойового застосування. Крім того, під час організації медичного забезпечення польотів на перехоплення та повітряний бій слід враховувати умови їх виконання (час доби, метеорологічні умови, висоту та тривалість польоту, очікувану інтенсивність маневрування тощо).

Про результати вивчення перенесення пілотажних перевантажень особами ЛС начальник медичної служби доповідає командирі частини (установи).

10. У випадку зниження стійкості осіб ЛС до пілотажних перевантажень вони тимчасово відсторонюються від польотів з метою з'ясування та усунення причин, що призвели до цього, а у разі потреби такі особи направляються на стаціонарне обстеження.

3. Особливості медичного забезпечення польотів, що виконуються на малих і гранично малих висотах

1. Виконання польотів на малих і гранично малих висотах характеризується ускладненням діяльності осіб ЛС зі сприйняття польотної інформації, проведення орієнтування на місцевості та застосування бортових засобів ураження через виражений прояв таких факторів:

знакоперемінних перевантажень, пов'язаних зі збільшенням турбулентності атмосфери поблизу земної поверхні, особливо під час огинання рельєфу місцевості, що сприяє розвитку ознак втоми в польоті;

оптокінетичних подразників, зумовлених переміщенням із великою швидкістю в полі зору осіб ЛС наземних орієнтирів, у результаті чого можуть виникати різного роду ілюзорні відчуття;

нервово-емоційної напруженості, пов'язаної з польотами поблизу землі, відсутністю повної інформації про ціль і перешкоди, дефіцитом часу для прийняття рішень про маневр, погіршенням здійснення радіообміну, необхідністю приймати самостійне рішення щодо виконання бойової задачі через обмежені можливості засобів зв'язку, похибкою у визначенні висоти тощо.

2. Під час організації медичного забезпечення польотів, що виконуються на малих і гранично малих висотах, начальник медичної служби:

проводить теоретичну та практичну підготовку осіб ЛС щодо психофізіологічних закономірностей реакцій організму на освоєння та виконання польотів на малих і гранично малих висотах (надмірний прояв передстартових реакцій, відносно тривалий час відновлювального періоду, що становить від 15 до 24 годин, високий рівень психофізіологічної напруженості під час перерв між польотами понад 30 - 40 діб);

проводить теоретичну та практичну підготовку осіб ЛС щодо особливостей розподілу уваги під час виконання польотів на малих і гранично малих висотах (під час ручного управління близько 90 % загального часу витрачається на огляд позакабінного простору; рухи ручкою управління ПС характеризуються суттєвим зменшенням амплітуди і збільшенням частоти);

проводить теоретичну та практичну підготовку осіб ЛС щодо можливих шляхів і способів підвищення стійкості організму до дії знакоперемінних перевантажень і оптокінетичних подразників (фізичні тренування на батуті, лопінгу, обертальних гойдалках, виконання гімнастичних вправ, плавання, короткочасна фіксація погляду на приладовій панелі за появи ілюзорних відчуттів);

звертає увагу осіб ЛС на можливість виникнення помилок під час зорового визначення висоти польоту і необхідність її контролю за показаннями приладів;

бере участь в організації та проведенні систематичних занять особами ЛС спортивними іграми (волейболом з одночасним використанням двох м'ячів), що сприяють формуванню стійкої сенсомоторної координації;

оцінює рівень індивідуальної витривалості осіб ЛС під час польотів на малих і гранично малих висотах, динаміку передпольотних і післяпольотних реакцій, строки відновлювального періоду;

здійснює медичний контроль за тривалістю та якістю передпольотного і післяпольотного відпочинку осіб ЛС з урахуванням рівня льотного навантаження та характеру польотного завдання;

проводить за медичними показаннями реабілітаційно-відновлювальні заходи для профілактики розвитку перевтоми та хронічної втоми;

надає рекомендації щодо планування виконання найбільш складних польотних завдань на другий виліт, продовж якого відзначається формування найбільш оптимального рівня працездатності.

4. Особливості медичного забезпечення тривалих польотів

1. Виконання тривалих польотів поєднано з подоланням членами екіпажів ПС ряду незручностей та психоемоційних ускладнень, зумовлених:

розвитком гіподинамії та монотонії, що призводить до зниження загальної активності організму, притуплення пильності осіб ЛС та контролю за параметрами польоту;

ускладненням прийому їжі та випорожнень у висотному польоті через використання кисневої маски та захисного спорядження;

існуванням дискомфортних умов через тривале використання засобів індивідуального життєзабезпечення та порятунку;

розвитком високого фізичного навантаження за умов тривалого збереження вимушеної робочої пози в кріслі льотчика;

розвитком високого психоемоційного навантаження, що пов'язане з необхідністю пілотування, бойовим застосуванням і дозаправкою ПС паливом у повітрі на фоні зростання стомлення (втоми).

2. З метою підвищення ефективності медичного забезпечення тривалих польотів начальник медичної служби:

здійснює теоретичну та практичну підготовку осіб ЛС щодо психофізіологічних особливостей і гігієнічних умов їх діяльності в тривалому польоті, звертаючи особливу увагу на можливі порушення контролю за параметрами польоту і управлінням ПС за умов розвитку монотонії, зниження слуху під впливом шуму працюючих двигунів, розвитку ознак втоми через 5 і більше годин польоту, погіршення працездатності органу зору в нічному польоті, появи сухості в роті та больових відчуттів у ділянці обличчя під час використання киснево-дихальної апаратури;

оцінює індивідуальну стійкість осіб ЛС до тривалих польотів через розвиток гіподинамії та необхідність тривалого збереження вимушеної пози;

здійснює медичний контроль за фізичною підготовкою осіб ЛС, систематичним виконанням комплексів фізичних вправ, що зміцнюють статичну витривалість м'язів спини у таких осіб;

здійснює медичний контроль за правильністю вибору зростівок, якістю припасування захисного спорядження, що унеможливають надлишковий тиск на тіло, утруднення дихання та місцеві порушення кровообігу;

здійснює медичний контроль за навчанням диханню під надмірним тиском і правилами експлуатації киснево-дихальної апаратури;

здійснює теоретичну та практичну підготовку осіб ЛС щодо періодичного виконання фізичних вправ під час польотів тривалістю понад 5 годин, а також використання бортових електроміостимуляторів для зняття ознак втоми, покращення периферійного кровообігу, збереження працездатності в польоті;

здійснює медичний контроль за організацією бортового харчування осіб ЛС, бере участь у складанні варіантів бортового пайка;

здійснює медичний контроль за укомплектованістю ПС термосами, аптечками та пристроями для випорожнень;

здійснює теоретичну та практичну підготовку осіб ЛС щодо надання домедичної допомоги з використанням засобів бортових аптечок, аварійних запасів і підручних засобів;

здійснює медичний контроль за дотриманням регламентованого режиму праці та відпочинку осіб ЛС.

5. Особливості медичного забезпечення під час виконання польотів у складних метеорологічних умовах

1. Психофізіологічні особливості польотів у складних метеорологічних умовах (далі - СМУ):

зміна способу визначення положення ПС у просторі, що обумовлено переходом від орієнтування за наземними орієнтирами до орієнтації за показаннями приладів;

ускладнення розумової діяльності, що пов'язано зі сприйняттям, переробкою й уявною трансформацією інформації приладів у зоровий образ щодо положення ПС у просторі;

виникнення зорових і вестибулярних ілюзій, що викликані дією факторів повітряного середовища та польоту.

2. Психофізіологічні особливості заходження на посадку в умовах посадкового мінімуму:

велика завантаженість процесу управління для точного витримування ПС на посадковій траєкторії;

жорсткий дефіцит часу для прийняття рішення щодо посадки;

очікування виходу із хмар, що відволікає увагу від приладів для пошуку позакабінних орієнтирів;

висока нервово-емоційна напруженість, що потребує від льотчика додаткового резерву витривалості для забезпечення на останній ділянці польоту високої продуктивності діяльності;

багатоступінчастість (розтягнення в часі) переходу від польоту за приладами до візуального, поперемінний контроль приладової інформації та зовнішньої обстановки;

просторова орієнтація на двох рівнях регуляції дій - розумовому або другосигнальному (за приладами) і перцептивному або першосигнальному (за зовнішніми наявними ознаками);

залежність змісту та ефективності дій осіб ЛС від складності метеоумов і ступеня автоматизації управління ПС.

3. У процесі організації та проведення психофізіологічної підготовки осіб ЛС до польотів у СМУ начальник медичної служби:

роз'яснює фізіологічні основи та особливості просторової орієнтації, причини виникнення ілюзій просторового положення, найпростіші заходи подолання ілюзій (енергійні рухи головою, зміна пози, напруження м'язів, тимчасове переключення уваги на інше завдання, радіообмін із керівником польотів);

проводить контроль за раціональною організацією фізичної підготовки, спрямованої на тренування вестибулярного апарату, вміло поєднуючи пасивну (гойдалки, колесо обертання) й активну (вправи на батуті, спеціальних знаряддях, заняття акробатикою, плавання кролем, спортивні ігри) форми тренувань;

виховує серед осіб ЛС спокійне ставлення до ілюзій, довіру до показань приладів і до системи автоматичного управління заходом ПС на посадку.

4. Під час проведення медичного контролю за станом здоров'я та допуском осіб ЛС до польотів у СМУ начальник медичної служби:

виявляє осіб, в яких у польоті з'являються ілюзії, з'ясовує характер і причини їх виникнення (перевтома, порушення режиму, перерва в польотах, технічні недоліки обладнання кабіни), вживає заходів щодо їх усунення;

у випадку стійкого та систематичного виникнення серед осіб ЛС ілюзій, не пов'язаних з особливостями системи індикації та умовами польоту, направляє їх до закладу охорони здоров'я для стаціонарного обстеження;

надає рекомендації особам із підвищеною збудливістю вестибулярного апарату щодо виконання комплексу спеціальних фізичних вправ, які підвищують статокінетичну стійкість організму.

6. Особливості медичного забезпечення під час виконання польотів уночі

1. Польоти вночі виконуються в умовах низького природного освітлення, що перешкоджає просторовій орієнтації, знижує гостроту зору (до 0,3 - 0,05), збільшує поріг контрастної чутливості (до 10 - 15 %). Частково втрачається функція світлового розрізнення позакабінних об'єктів, зменшується поріг світлової чутливості (на 10 і більше порядків), внаслідок чого створюються умови для засліплення через різність світлового режиму на аеродромі та в кабіні ПС.

2. Супутніми факторами, що знижують рівень світлової чутливості зорового аналізатора, що призводять до виникнення ілюзій під час нічних польотів, є:

виникнення ознак перевтоми та надмірне фізичне навантаження перед польотами;

розлад функцій вестибулярного апарату;

порушення передпольотного режиму харчування, переповнення шлунка, кишечника, сечового міхура;

прийом алкоголю напередодні або в день польотів;

нестача в їжі вітамінів А, С і групи В.

3. Особи ЛС, які виконують польоти вночі, повинні мати уяву про психофізіологічні особливості діяльності під час зниженого природного освітлення позакабінного простору. У зв'язку з цим під час теоретичної підготовки начальник медичної служби:

<http://yurist-online.org/>

роз'яснює особам ЛС фізіологічні механізми нічного зору (зниження гостроти зору та контрастної чутливості, порушення функції кольорового розпізнавання та оцінки просторового положення позакабінних об'єктів, значення швидкості адаптації до темряви, залежність нічного зору від яскравості та кольору освітлення кабіни ПС);

знайомить осіб ЛС з факторами, що знижують нічний зір і сприяють виникненню зорових і вестибулярних ілюзій (втома, гіпоксія тощо);

вказує на можливі причини виникнення ілюзій під час польоту (неправильний світловий режим у кабіні, відбиття зірок від водної поверхні, що можуть призвести до виникнення ілюзій перевернутого польоту, неузгоджене сприйняття окремих вогнів світлотехнічного обладнання аеродрому та інших джерел світла, що викликають ілюзорне відчуття їх самостійного руху в полі зору льотчика);

знайомить з прийомами, що дозволяють попередити зниження нічного зору, у тому числі під час раптової дії яскравих джерел світла (перехід на політ за приладами, створення максимальної освітленості шкал приладів і яскравості індикаторів, що самостійно освітлюються, застосування світлофільтрів, нахили голови або прикривання очей долонею, перехід на візуальний політ тільки за умови відновлення початкового рівня нічного зору);

звертає увагу осіб ЛС на необхідність точного виконання правил експлуатації киснево-дихальної апаратури та захисного спорядження в польоті.

4. Начальник медичної служби при медичному забезпеченні польотів уночі:

контролює стан нічного зору осіб ЛС шляхом опитування, спостереження за їх поведінкою та роботою на землі в умовах зниженої освітленості, а також за допомогою спеціальних приладів (адаптометра, нітоскопа) у разі наявності їх в частині (установі);

за потреби залучає лікарів-спеціалістів для інструментального обстеження нічного зору осіб ЛС.

Зниження нічного зору (час темної адаптації більше 60 секунд, гострота зору нижче 0,3 за освітленості адаптивного поля 0,008 лк) є підставою для тимчасового відсторонення осіб ЛС від польотів уночі з подальшим додатковим їх обстеженням для з'ясування й усунення причин цього порушення.

5. Для забезпечення оптимального світлового режиму в період виконання польотів вночі начальник медичної служби контролює виконання таких вимог:

у приміщеннях перебування та відпочинку осіб ЛС безпосередньо перед польотами і між ними не повинно бути відкритих джерел яскравого світла (всі освітлювальні прилади обладнюються світлонепроникаючими ковпаками, що направляють світло тільки на робочі місця);

за можливості приміщення доцільно освітлювати червоним світлом, що сприяє збереженню часу темної адаптації. Для роботи з мапою, читання та виконання інших зорових операцій на столах передбачається місцеве освітлення білим світлом, що забезпечує освітленість біля 30 - 40 лк. Освітлення стін та підлоги забезпечується в межах 5 - 15 лк;

яскраві джерела світла на аеродромі розміщуються таким чином, щоб їх прямі промені не потрапляли в поле зору осіб ЛС;

для попередження осліплення осіб ЛС автомашини, що рухаються аеродромом, обладнуються фарами зі спеціальними захисними пристроями, які унеможливають попадання прямого світла в очі осіб ЛС на стоянках, руліжних доріжках і злітно-посадкових смугах (далі - ЗПС).

7. Особливості медичного забезпечення польотів у військових навчальних закладах, що здійснюють підготовку осіб льотного складу

1. У процесі організації медичного забезпечення польотів у військових навчальних закладах, що здійснюють підготовку осіб ЛС (далі - ВНЗ), враховується:

висока інтенсивність і різноманітність видів польотів (ознайомлювальні, вивізні, контрольні та самостійні польоти курсантів (слухачів) на навчальних і бойових літаках, польоти інструкторів), значне льотне навантаження інструкторського складу;

складність і новизна льотної діяльності для курсантів (слухачів) та постійна стурбованість льотчиків-інструкторів результатами польотів, що виконуються курсантами (слухачами). Така ситуація викликає високе емоційне напруження;

необхідність оволодіння великим обсягом навчального матеріалу під час теоретичної та льотної підготовки курсантів (слухачів), високі вимоги до їх здоров'я та фізичного розвитку;

співпадання строків навчання курсантів (слухачів) у ВНЗ з періодом завершення їх фізичного розвитку, коли порушення режиму праці, відпочинку та харчування, а також нераціональна методика фізичної підготовки можуть несприятливо вплинути на формування організму, призвести до зниження витривалості та опору до захворювань;

можливість розвитку перетомі, хронічної втоми та функціональних розладів нервової системи в окремих курсантів (слухачів) через ускладнення в засвоєнні програми льотного навчання.

2. Медичне спостереження за курсантами (слухачами) в перші місяці їх перебування у ВНЗ проводиться особливо пильно з метою найбільш раннього виявлення відхилень у стані здоров'я, що не були виявлені під час відбору та здатні перешкоджати льотному навчанню. У першу чергу звертається увага на перенесені черепно-мозкові травми, схильність до непритомних станів, на функціональну неповноцінність серцево-судинної системи, підвищену вестибулярно-вегетативну чутливість, хронічні захворювання та прояви нервово-психічної неврівноваженості.

3. Вивчення стану здоров'я курсантів (слухачів) здійснюється під час ознайомлення з медичною та службовою документацією, проведення бесід і щоденного спостереження за ними в побуті, на заняттях і під час навчальних польотів, а також під час медичних оглядів (перед- і післяпольотних, кварталних) і чергових освідчень ЛЛК. Лікар-психофізіолог спільно з лікарями-фахівцями лабораторії авіаційної медицини (далі - ЛАМ) ВНЗ у разі потреби організовує і проводить експериментально-психофізіологічне обстеження окремих курсантів (слухачів) для встановлення причин неуспішності, передумов до авіаційних подій та інцидентів, а також з метою клініко-діагностичних досліджень.

4. Курсантів (слухачів), в яких у процесі медичного спостереження виявлені стійкі відхилення в стані здоров'я, направляють на стаціонарне обстеження та позачергове освідчення для вирішення питань стосовно придатності їх до льотного навчання. Кожен випадок постанови про непридатність до льотного навчання за станом здоров'я вивчається медичною службою ВНЗ, а за потреби і лікарями-фахівцями ЛАМ, з метою виявлення причин захворювання та умов, що сприяли його розвитку, для наступної розробки відповідних профілактичних заходів. За курсантами (слухачами), які мають відхилення в стані здоров'я, що не перешкоджають льотному навчанню, організовується динамічне медичне спостереження із залученням лікарів-фахівців ЛАМ та медичної служби ВНЗ.

5. Лікар-психофізіолог спільно з начальником медичної служби ВНЗ та лікарями-фахівцями ЛАМ веде спостереження за курсантами (слухачами) впродовж всього періоду навчання, підтримуючи постійний контакт з інструкторами-льотчиками та посадовими особами, які здійснюють навчання і виховання курсантів (слухачів). Результати динамічного нагляду за фізичним розвитком, станом здоров'я та психофізіологічними особливостями кожного курсанта (слухача) аналізуються і враховуються в процесі льотного навчання.

6. Начальник медичної служби ВНЗ і лікар-психофізіолог беруть участь у засіданні ради ВНЗ під час розгляду питань відрахування курсантів (слухачів) за льотну неуспішність і доповідають матеріали, що характеризують психофізіологічні особливості та стан їх здоров'я. Перед поданням на засідання ради ВНЗ курсанти (слухачі) повторно проходять психофізіологічне обстеження.

7. З метою обстеження здоров'я курсантів (слухачів) і забезпечення умов для успішного оволодіння програмою навчально-льотної підготовки начальник медичної служби:

бере участь у розробці розпорядку дня;

здійснює санітарно-гігієнічний контроль за розміщенням курсантів (слухачів), місцями для занять;

бере участь у розробці планових спортивних заходів і проводить медичний контроль за курсантами (слухачами) в процесі занять з фізичної підготовки і спорту, направлених на розвиток професійно важливих фізичних і психофізіологічних якостей;

проводить наземні тренування вестибулярного апарату особам з підвищеною вестибулярно-вегетативною чутливістю.

8. Начальник медичної служби ВНЗ і лікар-психофізіолог проводять з курсантами (слухачами) планові заняття та бесіди з авіаційної медицини і психофізіологічної підготовки. При цьому курсантів (слухачів) знайомлять з психофізіологічними особливостями льотної діяльності та способами захисту від несприятливих факторів польоту, вимогами, що пред'являє льотна професія до здоров'я та фізичного розвитку людини, правилами дотримання передпольотного режиму праці, відпочинку та харчування для збереження високого рівня працездатності в польоті, методами психофізіологічної підготовки до різних видів польотів, критеріями визначення готовності до польоту тощо.

9. Начальник медичної служби ВНЗ здійснює передпольотний медичний контроль за курсантами (слухачами) та льотчиками, особливо ретельний - за курсантами (слухачами), які заплановані для виконання самостійних польотів. Під час допуску до польотів враховує дотримання курсантами (слухачами) передпольотного режиму праці, відпочинку та харчування, у тому числі несення нарядів, що можуть виявитися причиною неповноцінного відпочинку.

10. Медичний контроль за особами ЛС ВНЗ та курсантами (слухачами) є основною ланкою системи медичного забезпечення польотів. При цьому вирішуються такі основні завдання:

раннє виявлення змін у стані здоров'я та зниження рівня працездатності курсантів (слухачів) і осіб ЛС, проведення необхідних лікувально-профілактичних заходів;

встановлення зв'язку виявлених змін із професійною діяльністю осіб ЛС, успішністю оволодіння курсантами (слухачами) програмами льотної підготовки та відрахуванням за низьку льотну успішність та медичну невідповідність;

виявлення та вивчення факторів, що негативно впливають на стан здоров'я, рівень працездатності курсантів (слухачів) і осіб ЛС, виконання заходів щодо їх усунення;

вивчення психофізіологічних особливостей курсантів (слухачів) з метою розробки рекомендацій щодо індивідуального підходу до льотного навчання, а також для вирішення окремих питань ЛЛЕ;

вивчення переносимості різноманітних видів польотів та оцінка наслідків льотного навантаження, визначення раціонального режиму праці, відпочинку тощо.

11. Для правильної оцінки змін ФС організму курсантів (слухачів) та осіб ЛС ВНЗ начальник медичної служби ВНЗ вивчає індивідуальні норми коливань основних показників фізіологічних та психофізіологічних функцій кожного курсанта (слухача) та льотчика, що встановлюються під час освідчення ЛЛК та медичного контролю в міжкомісійний період.

12. Медичний контроль за курсантами (слухачами) здійснює начальник медичної служби ВНЗ із залученням сил і засобів медичної служби. При цьому особлива увага звертається на виявлення курсантів (слухачів) із відхиленнями в стані здоров'я, емоційно-вольовій сфері або зі зниженим рівнем працездатності, серед яких можуть виникнути ускладнення в засвоєнні льотної програми.

13. Під особливим контролем у начальника медичної служби ВНЗ знаходиться аеродром, де базується навчальна авіація, а саме:

санітарно-гігієнічні умови розташування курсантів (слухачів), льотчиків-інструкторів та авіаційного персоналу;

санітарно-гігієнічний стан об'єктів харчування;

організація харчування та водопостачання особового складу;

умови побуту та можливість дотримання передпольотного режиму;

епідеміологічний стан району базування аеродрому, де базується навчальна авіація;

організація медичної допомоги та евакуації хворих та потерпілих в найближчий заклад охорони здоров'я.

8. Особливості медичного забезпечення польотів осіб льотного складу протягом першого року служби після закінчення військового навчального закладу

1. У процесі організації медичного забезпечення польотів осіб ЛС протягом першого року служби після закінчення ВНЗ необхідно враховувати особливості їх професійного становлення в цей період, що характеризується надмірними інтелектуальними та фізичними навантаженнями. Така ситуація зумовлена:

формуванням нових та закріпленням старих професійних навичок;

широким колом нових професійних обов'язків;

процесом соціально-психологічної адаптації в новому колективі;

особливостями побуту та процесом адаптації до нових кліматичних і географічних умов.

2. Медичне забезпечення польотів осіб ЛС протягом першого року служби після закінчення ВНЗ включає підготовчий та основний етапи.

3. На підготовчому етапі начальник медичної служби знайомиться з льотною та медичною документаціями. При цьому він звертає увагу на такі дані:

наявність та повноту оформлення медичної документації;

загальний рівень професійної підготовки (наліт годин);

успішність засвоєння програм теоретичної та льотної підготовки у ВНЗ;

ступінь перенесення польотів;

стан здоров'я, кількість звернень за медичною допомогою, перенесення навантажувальних проб та інших видів тренувань, строки проходження ЛЛК;

сімейний стан, шкідливі звички, регулярність занять фізичною підготовкою та спортом;

індивідуальні психофізіологічні особливості.

4. Після прибуття осіб ЛС до частини (установи) начальник медичної служби проводить медичний огляд, результати якого заносить до Медичної книжки. Під час бесіди з особами ЛС додатково уточнюється інформація щодо закритих черепно-мозкових травм, схильності до запаморочень, підвищеної вестибулярно-вегетативної чутливості та хронічних захворювань.

5. До початку польотів у період теоретичної підготовки начальник медичної служби:

ознайомлює осіб ЛС першого року служби з кліматичними і географічними особливостями та епідеміологічною обстановкою району базування частини (установи);

проводить заняття з психофізіологічної підготовки та питань авіаційної медицини;

бере участь у виборі зростівок захисного спорядження та їх припасуванні;

перевіряє комплектність льотного обмундирування.

6. На основному етапі медичного забезпечення польотів осіб ЛС першого року служби оцінюються їх ФС та рівень працездатності. Проводяться перед-, між- та післяпольотні медичні огляди, за результатами яких визначається ступінь перенесення польотів та величина льотного навантаження, з урахуванням особливостей індивідуальної реакції їх організму. Крім показників артеріального тиску та пульсу, до уваги беруться самопочуття, емоційний стан (збудження, загальмованість) та вегетативні прояви (гіпергідроз, блідість чи гіперемія шкіри, тремор пальців, витривалість у позі Ромберга, симптоми захитування).

7. Міжпольотні та післяпольотні медичні огляди осіб ЛС першого року служби проводяться протягом першого місяця (далі - за потреби, але не рідше ніж один раз на місяць протягом першого року льотної роботи в частині (установі)).

8. Під час підготовки та виконання польотів виявляються особи ЛС, які відстають у навчально-бойовій підготовці. Начальник медичної служби спільно з льотчиками-інструкторами встановлюють найбільш характерні помилкові дії, що допускають молоді льотчики під час пілотажу та експлуатації авіаційної техніки, виявляють взаємозв'язок з індивідуально-психологічними особливостями та розробляють рекомендації для подолання тимчасових труднощів у засвоєнні програми підготовки. За потреби проводиться психофізіологічне обстеження.

9. Начальник медичної служби звертає особливу увагу на умови розміщення молодих льотчиків, дотримання ними режиму праці, відпочинку та харчування перед польотами та в процесі їх виконання, а також відпрацювання правильних навичок використання захисного спорядження.

9. Особливості медичного забезпечення бойового чергування

<http://yurist-online.org/>

1. Діяльність осіб ЛС, які несуть бойове чергування, характеризується такими умовами:

необхідністю регулярного несення бойових чергувань у стані високої оперативної готовності протягом тривалого часу;

високою ймовірністю порушення біологічних ритмів у разі частого несення бойових чергувань вдень та вночі;

необхідністю постійного підтримання бойової готовності на високому рівні;

підвищеною відповідальністю за виконання польотного завдання;

непередбачуваністю умов майбутнього польоту;

поєднанням бойових чергувань з льотною підготовкою;

необхідністю виконання польотів у будь-яких метеорологічних умовах, а також над водною поверхнею.

2. Під час несення бойових чергувань на осіб ЛС впливає комплекс несприятливих факторів:

одноманітність діяльності в режимі очікування;

монотонність роботи;

низька рухова активність;

багатогадинне перебування в льотному обмундируванні;

стресові ситуації, що виникають періодично у зв'язку із сигналами про виліт;

порушення звичного режиму життєдіяльності (сну, відпочинку тощо).

3. Вищезгадані несприятливі фактори створюють умови для розвитку ознак перевтоми та знижують рівень працездатності осіб ЛС на бойовому чергуванні, що може негативно впливати на ефективність виконання польотного завдання.

4. Збереження високого рівня працездатності осіб ЛС на бойовому чергуванні досягається:

суворим дотриманням режиму праці, відпочинку та харчування перед заступанням на чергування;

створенням комфортних умов у приміщенні для чергування;

періодичним інформуванням засобами радіозв'язку щодо погодних умов, повітряної обстановки, переглядом телевізійних передач, проведенням простих спортивних ігор та інших заходів, що дозволять перебороти стан монотонії.

5. Під час організації медичного забезпечення бойових чергувань осіб ЛС начальник медичної служби:

бере участь в плануванні, здійснює контроль за кількістю та режимом бойових чергувань, своєчасно доповідає командирю частини (керівнику установи) про порушення встановлених нормативів;

діє згідно з вимогами нормативних документів щодо бойового чергування;

вивчає рівень працездатності в процесі бойових чергувань для внесення пропозицій щодо збереження її на високому рівні;

контролює санітарно-гігієнічні та побутові умови на бойовому чергуванні;

виявляє осіб з ознаками перевтоми та призначає їм необхідні лікувально-оздоровчі заходи;

проводить заняття з психофізіологічних особливостей несення бойових чергувань.

6. Під час медичного забезпечення діяльності осіб ЛС, пов'язаного з несенням бойових чергувань, начальник медичної служби також:

проводить медичний огляд перед заступанням на бойове чергування осіб ЛС та ГКрП в обсязі передпольотного;

контролює організацію нічного харчування з метою недопущення перерв між прийомами їжі більше 4 - 5 годин;

роз'яснює особам ЛС особливості зниження рівня працездатності вночі та ознайомлює із засобами підтримання його на високому рівні.

7. Начальник медичної служби звертає особливу увагу на:

<http://yurist-online.org/>

профілактику розвитку серед осіб ЛС явищ десинхронізації та перевтоми під час значних професійних навантажень (виконання складних польотів, несення бойового чергування);

раціональне поєднання льотної підготовки та бойових чергувань, що забезпечують підтримання льотних навичок та ФС осіб ЛС на належному рівні;

розвиток серед осіб ЛС психологічної готовності до дій в екстремальних умовах та здатність швидкого самостійного прийняття рішень у разі нестачі вихідної інформації;

навчання осіб ЛС навичкам виживання після приземлення (приводнення).

8. З метою профілактики розвитку втоми серед осіб ЛС, які несуть бойове чергування, начальник медичної служби використовує рекомендовані реабілітаційно-відновлювальні процедури (сауну, електротранквілізацію, масаж, вітамінні коктейлі тощо).

10. Особливості медичного забезпечення групових польотів

1. Груповим вважається політ, що виконується за єдиним завданням або планом на встановлених інтервалах і дистанціях між ПС.

2. Під час медичного забезпечення групових польотів начальник медичної служби:

знайомить осіб ЛС з психофізіологічними особливостями виконання групових польотів;

знайомить осіб ЛС з прийомами тренування окоміру на землі та під час польотів, а також зі способами контролю параметрів бойового порядку (строю);

рекомендує веденим особам ЛС формувати навички візуальної оцінки просторового положення веденого ПС шляхом зорових фіксацій, що не перевищують однієї секунди;

вивчає позаслужбові взаємовідносини осіб ЛС та рекомендує командирю частини (керівнику установи) враховувати психологічну сумісність під час формування груп;

у разі помилок, що повторюються, під час дотримання параметрів бойового порядку (строю) проводить оцінку стану зорового аналізатора у ведених осіб ЛС.

11. Особливості медичного забезпечення польотів під час перенавчання та засвоєння нових видів бойового застосування (завдань за призначенням)

1. У період організації медичного забезпечення польотів під час перенавчання та засвоєння нових видів бойового застосування (завдань за призначенням) начальник медичної служби враховує:

можливе збільшення кількості робочих операцій, зміну структури та темпу діяльності, підвищення вимог до точності та часових параметрів керуючих дій, обумовлених конструктивними та експлуатаційними характеристиками нових ПС, їх високою маневреністю, широким діапазоном швидкостей та висот польоту;

наявність принципово нових пілотажних і навігаційних систем, режимів керування, систем озброєння (бойового застосування), обладнання ПС;

розвиток виражених передстартових реакцій у процесі перенавчання та освоєння нових засобів бойового (за призначенням) застосування;

високий рівень напруженості основних психофізіологічних систем організму осіб ЛС у польоті внаслідок недостатньо сформованих і закріплених навичок керування та пілотування ПС, а також впливу несприятливих факторів польоту;

відносно повільне відновлення ФС та рівня працездатності осіб ЛС після польотів.

2. У період підготовки до перенавчання начальник медичної служби повинен вивчити та врахувати під час проведення медичних заходів:

конструктивні відмінності систем життєзабезпечення, захисного спорядження, засобів рятування, способів відкривання ліхтаря кабіни та блокування катапультного крісла ПС, що освоюється, на відміну від того, що експлуатувався раніше;

фізіолого-гігієнічні особливості робочого місця осіб ЛС, а також правила експлуатації засобів захисту під час впливу факторів польоту;

основні тактико-технічні показники нового типу ПС, особливості світлотехнічних характеристик, кругового огляду, систем керування, індикації (сигналізації), а також відмінностей у компонованні приладового обладнання;

психофізіологічні особливості діяльності осіб ЛС на новому типі ПС та фактори, що впливають на ефективність його освоєння;

зміни психофізіологічних функцій осіб ЛС, що мали місце у польотах на раніше освоєних типах ПС, перед польотами, під час польотів та в різні інтервали часу між польотами на новому освоєному типі ПС, а також особливості тривалості відновлювального періоду після льотного навантаження різної інтенсивності;

норми льотного навантаження для різних категорій осіб ЛС у процесі освоєння ПС залежно від його новизни, складності та умов польотів;

можливість використання засобів об'єктивної реєстрації показників діяльності осіб ЛС у польоті для оцінки ФС та рівня сформованості льотних навичок;

наявність засобів захисту та методи збереження рівня працездатності під час впливу несприятливих факторів польоту (особливо значних і тривалих перевантажень з високим градієнтом наростання кутових та коріюлісових прискорень), а також особливості самоконтролю за психофізіологічним станом, вірогідність виникнення небезпечних станів та шляхи їх попередження.

3. У процесі підготовки до перенавчання начальник медичної служби:

бере участь у відборі осіб ЛС для перенавчання, основними критеріями яких є стан їх здоров'я, спрямованість на льотну роботу, мотивація та переносимість польотів на раніше освоєному ПС, результати висотних випробувань та тренувань дихання під надлишковим тиском. Особлива увага звертається на осіб віком 35 років і старше. Особи, які перенесли травми, ті, що мають вегето-судинні розлади, хронічні захворювання, а також ті, кого допустили до льотної роботи за індивідуальною оцінкою або з деякими обмеженнями, направляються на стаціонарне обстеження (лікування) та позачергове освідчення;

надає медичні рекомендації стосовно комплектування льотних екіпажів (на багатомісних ПС) з урахуванням індивідуальних особливостей та психофізіологічної сумісності на підставі результатів динамічного медичного спостереження, даних вивчення міжособистісних стосунків та типологічних особливостей;

надає рекомендації щодо перенавчання в першу чергу найбільш підготовлених, здорових та емоційно стійких осіб ЛС, оскільки успішне освоєння ними нового типу ПС сприятиме створенню в інших льотчиків позитивної установки на перенавчання;

за потреби здійснює припасування захисного спорядження, навчає диханню та мовленню під надлишковим тиском;

знайомить осіб ЛС з психофізіологічними особливостями діяльності під час польотів на новому типі ПС, способами захисту організму від несприятливої дії факторів польоту, необхідністю дотримання режиму праці, відпочинку та харчування.

4. У процесі виконання польотів за програмою перенавчання та освоєння бойового (за призначенням) застосування начальник медичної служби:

систематично проводить міжпольотний та післяпольотний медичний контроль за ФС і рівнем працездатності осіб ЛС, звертаючи увагу на спрямованість, ступінь прояву та динаміку нервово-емоційної напруженості під час повторних польотів;

здійснює аналіз результатів медичних оглядів під час польотів на новому типі ПС та порівнює їх із даними, отриманими раніше під час польотів на попередньому типі ПС;

виявляє початкові форми захворювань, втоми, порушення передпольотного режиму праці, відпочинку та харчування, вживає заходів щодо їх усунення та доповідає командирі частини (керівнику установи) пропозиції з регламентації льотного навантаження, враховуючи індивідуальне перенесення польотів;

вивчає психофізіологічні особливості діяльності осіб ЛС на новому типі ПС та під час тренувань на тренажері, виявляє фактори, що зменшують ефективність формування та закріплення нових льотних навичок;

бере участь в аналізі помилкових дій та інцидентів на новому типі ПС, зумовлених станом здоров'я, зниженням рівня працездатності та психофізіологічними особливостями діяльності осіб ЛС;

організовує та проводить медичний огляд ЛС через три місяці з початку польотів за програмою практичного перенавчання з метою запобігання кумуляції несприятливих функціональних змін та розвитку патологічних процесів;

бере участь у плануванні та контролі за проведенням занять із загальної та спеціальної фізичної підготовки осіб ЛС, за організацією спортивних ігор, що сприяють підвищенню стійкості до дії фізичних факторів польоту, витривалості та працездатності людини, у результаті яких значно зменшуються несприятливі зміни психофізіологічних функцій, що формуються в процесі освоєння нової техніки.

12. Особливості медичного забезпечення льотно-тактичних навчань

1. Медичне забезпечення льотно-тактичних навчань (далі - ЛТН) включає чотири періоди:

підготовка до ЛТН;

організація та забезпечення перельоту (перебазування) на місце навчань та в зворотному напрямку;

<http://yurist-online.org/>

забезпечення польотів безпосередньо в районі ЛТН;

проведення заходів після завершення ЛТН.

2. Начальник медичної служби під час підготовки до ЛТН (після постановки командиром завдань на ЛТН):

складає план медичного забезпечення ЛТН та залежно від поставлених завдань визначає необхідні сили та засоби медичної служби;

готує майно та медичний персонал, що відбуває в складі ешелону (наземного чи повітряного), для розгортання медичного пункту на період навчань у польових умовах та МПА;

перевіряє медичні укладки, якими буде оснащена передова команда, для прийому та організації медичного забезпечення частини (установи) до прибуття основних сил;

визначає осіб ЛС, які не можуть брати участь у ЛТН за медичними показаннями, і доповідає про це командиру частини (керівнику установи);

отримує відомості від старшого медичного начальника та органів охорони здоров'я про епідеміологічну обстановку та санітарно-гігієнічний стан району навчань, наявність військових та цивільних закладів охорони здоров'я;

за необхідності робить щеплення особовому складу з урахуванням епідеміологічної обстановки району ЛТН, ознайомлює (шляхом лекцій та бесід) з його особливостями та заходами профілактики конкретних захворювань, вказує на дотримання правил особистої гігієни та харчування, а також у разі необхідності вимагає видачі особовому складу фляг;

визначає разом із начальником групи обслуговування висотного спорядження необхідне захисне спорядження та перевіряє його стан.

3. У період організації та забезпечення перельоту в район ЛТН та у зворотному напрямку начальник медичної служби враховує вимоги цих Правил, що стосуються медичного контролю за особами ЛС у період підготовки та виконання польотів, а також забезпечення екіпажів, які здійснюють переліт (норми нальоту, стартовий час, кількість посадок тощо).

4. Після прибуття на місце дислокації частини (установи) на період ЛТН начальник медичної служби:

здійснює медичний контроль місць розміщення особового складу, умов передпольотного відпочинку осіб ЛС, організації харчування та водопостачання;

встановлює зв'язок із закладами охорони здоров'я району навчань з метою визначення обсягу медичної допомоги та етапів евакуації поранених і хворих;

уточнює епідеміологічну обстановку та структуру захворювань серед місцевого населення, стан водних джерел;

уточнює план ЛТН (кількість льотних днів), ознайомлюється з плановою таблицею;

готує сили та засоби медичної служби для забезпечення польотів;

розгортає медичний пункт для прийому та надання медичної допомоги особовому складу;

визначає місце проведення передпольотного медичного огляду осіб ЛС залежно від розміщення та місця, де особи ЛС одягають захисне спорядження;

здійснює медичний контроль щодо дотримання передпольотного режиму, умов приготування їжі, санітарно-гігієнічного стану місць прийому їжі та зберігання продуктів у польових умовах, проводить за потреби додаткову вітамінізацію особового складу, доповідає командирі частини (керівнику установи) про виявлені недоліки та пропозиції щодо їх усунення.

5. Після завершення ЛТН і повернення на місце постійного базування начальник медичної служби проводить з усім особовим складом медичної служби детальний розбір медичного забезпечення навчань з урахуванням недоліків та визначає заходи щодо їх недопущення в майбутньому. Крім того, для прискореної реадаптації осіб авіаційного персоналу подає командирі частини (керівнику установи) рекомендації для раціональної організації праці та відпочинку з використанням профілакторіїв і за можливості інших заходів відновлювальної медицини.

13. Особливості медичного забезпечення під час виконання польотів над водною поверхнею та на надводних кораблях, що мають злітно-посадкову палубу

1. Під час виконання польотів над водною поверхнею та на надводних кораблях, що мають злітно-посадкову палубу (далі - НКЗПП), на осіб ЛС діють фактори, що:

пов'язані з умовами виконання польотів екіпажами ПС над водною поверхнею (висока операційна завантаженість, обумовлена складністю просторової орієнтації та вирішенням навігаційних задач; дискомфорт під час тривалого використання протягом льотної зміни МРК і ВМРК; значне шумове навантаження, що значно погіршує сприйняття бортовими штурманами-операторами "корисних" звукових сигналів під час гідроакустичного пошуку підводних човнів);

ускладнюють умови автономного існування під час вимушеного покидання ПС над водною поверхнею (хитавиця, холодна вода);

пов'язані з перебуванням на НКЗПП (висока температура та підвищена вологість оточуючого повітря, що сприяють розвитку гіпотонічного стану та перегріванню організму під час виконання польотів у низьких широтах; сенсорна деривація, що призводить до виникнення несприятливих психічних станів в умовах тривалої морської подорожі; морська хитавиця, що викликає захитування під час проходження штормових зон; різкі перепади температури навколишнього повітря під час переходів осіб ЛС в період льотної зміни з каюти на палубу НКЗПП і назад; шуми та вібрації, що викликані працюючими агрегатами НКЗПП; ударні перевантаження в напрямку "голова-таз" під час виконання посадок без вирівнювання на аерофінішері ЗПС НКЗПП).

2. Начальник медичної служби сприяє формуванню серед осіб ЛС таких психофізіологічних якостей:

високої фізичної витривалості під час впливу на організм комплексу факторів польоту та середовища, що обумовлені особливостями льотної роботи та базування на НКЗПП. Для розвитку необхідних фізичних якостей серед осіб ЛС, які здійснюють посадку з використанням аерофінішера, служить комплекс фізичних вправ, що розвивають мускулатуру м'язів-розгиначів спини, перешкоджають наростанню статико-динамічних порушень у хребті та стабілізують його функцію. Крім того, обов'язковим видом спорту для таких осіб ЛС є плавання з проведенням занять в басейні 1 - 2 рази на тиждень по 30 - 40 хвилин;

високої емоційної стійкості до умов виконання польотних завдань над водною поверхнею;

твердої волі та здібності долати моральні, психологічні, фізичні та професійні труднощі, що виникають у результаті довготривалих походів;

здібності активної мобілізації уваги, вольової напруги, оперативного мислення, пам'яті, швидкого сприйняття польотної інформації під час виконання посадок на палубу НКЗПП або зближення з ПС інших країн під час польотів над нейтральними водами.

3. Під час виконання польотів над водною поверхнею та на НКЗПП начальник медичної служби:

на етапі планування польотів переконується у відповідності поставлених задач фізичному розвитку, стану здоров'я, психологічному настрою, рівню перенесення факторів польоту та середовища, готовності осіб ЛС до використання захисного спорядження та засобів порятунку;

на етапі попередньої підготовки до польотів доводить до осіб ЛС відомості щодо факторів і умов діяльності, з якими будуть зустрічатися члени екіпажу ПС в процесі виконання конкретного польотного завдання, і вказує шляхи подолання їх несприятливого впливу (дотримання встановлених режимів роботи в польоті на гранично малій висоті над водною поверхнею, використання захисного спорядження і засобів рятування, характерні особливості ілюзорних відчуттів під час польоту вночі над водною поверхнею, посадки на палубу НКЗПП та заходів

щодо їх попередження, уявне програвання найбільш складних елементів посадки на палубу НКЗПП на фоні автогенної релаксації, тренування з розпізнавання корисних звукових сигналів на спеціальному тренажері перед польотом на пошук підводних човнів);

вибірково проводить опитування осіб ЛС з метою перевірки знання ними правил використання кисневого обладнання, особливо під час експлуатації МРК та ВМРК у період очікування та виконання польоту, прийняття підготовчого положення для зменшення ступеня несприятливої дії ударних перевантажень у напрямку "голова-таз" у момент виконання посадки з використанням аерофінішера, особливостей використання засобів корекції ФС організму для профілактики втоми і захитування під час виконання завдань на гідролітаках;

на етапі проведення льотної зміни контролює ФС і рівень працездатності осіб ЛС, що цікавлять лікаря з точки зору індивідуального перенесення ними польотів, особливо під час виконання нових вправ, зльотів, посадок та операторської роботи на гідролітаках;

на міжпольотних та післяпольотних медичних оглядах звертає увагу на стан функції слухового аналізатора штурманів-операторів, що виконують завдання пошуку підводних човнів, а також осіб ЛС, які здійснюють повторні посадки на аерофінішер;

після закінчення льотної зміни за медичними показаннями проводить особам ЛС комплекс відновлювальних заходів;

на розборі польотів здійснює аналіз помилкових дій осіб ЛС, використовує дані цього аналізу під час оцінювання перенесення льотного навантаження, доповідає свої зауваження про недоліки, що виникли під час організації медичного забезпечення льотної зміни.

4. З урахуванням особливостей організації походів НКЗПП на бойову службу (у тривалий похід) за участю авіаційного підрозділу, який базується на наземному аеродромі, медичне забезпечення корабельної авіації поділяється на три періоди - підготовчий, основний і післяпохідний.

5. Протягом підготовчого періоду (до перебазування осіб ЛС на НКЗПП) начальник медичної служби:

організовує проведення ЛЛЕ особам ЛС, у яких строк дії постанови ЛЛК закінчується в період виконання завдань за призначенням;

організовує медичний огляд (в обсязі поглибленого) особам ЛС, у яких строк дії постанови ЛЛК не закінчується в період виконання завдань за призначенням, з метою виявлення осіб із протипоказаннями до льотної роботи в умовах корабельного базування і клімату району виконання завдань;

доповідає про результати освідчення і поглибленого огляду командиру частини (керівнику установи) та старшому медичному начальнику;

ознайомлює осіб ЛС з психофізіологічними особливостями польотів і побуту в поході, а також із заходами, що сприяють розвитку стійкості організму до факторів корабельного середовища і збереженню високого рівня працездатності тривалий час;

навчає осіб ЛС методам надання домедичної допомоги на водній поверхні;

ознайомлює начальника медичної служби корабля зі станом здоров'я та психофізіологічними особливостями осіб ЛС, призначеного для участі в поході.

6. В основний період медичне забезпечення польотів на НКЗПП здійснює начальник медичної служби корабля, який:

здійснює медичний контроль за розміщенням осіб ЛС на кораблі з урахуванням фізіолого-гігієнічних умов корабельних приміщень і особливостей льотної праці;

перевіряє строки медичного огляду ЛЛК у Медичних книжках осіб ЛС, які прибули на корабель;

вивчає за Медичними книжками стан здоров'я та психофізіологічні особливості осіб ЛС, призначених для участі в поході.

7. Під час походу начальник медичної служби корабля:

здійснює медичний контроль за станом здоров'я осіб ЛС;

здійснює медичне забезпечення польотів, а також медичний контроль за особами ЛС, які несуть бойове чергування;

вивчає умови проживання та особливості діяльності осіб ЛС, їх психофізіологічні реакції на комплексний вплив факторів польоту та проживання в корабельному середовищі;

виявляє фактори, що негативно впливають на стан здоров'я осіб ЛС, і вживає заходів для попередження захворювань;

здійснює медичний контроль за фізичною підготовкою осіб ЛС в умовах розміщення на кораблі для підтримання доброї фізичної тренуваності;

організовує медичний пост на катері (шлюпці) на час проведення польотів, призначає чергового лікаря (фельдшера) з комплектом медичного майна для надання медичної допомоги.

8. У післяпохідний період начальник медичної служби корабля узагальнює отримані в поході матеріали, заносить до Медичних книжок осіб ЛС результати своїх спостережень і передає їх начальнику медичної служби.

9. Начальник медичної служби після повернення осіб ЛС з походу:

вивчає матеріали спостереження за особами ЛС у період походу (стан здоров'я, захворюваність, якість льотної діяльності, витривалість до умов плавання тощо);

проводить поглиблений медичний огляд осіб ЛС, що прибули з походу, і подає пропозиції щодо організації післяпоходного відпочинку та відновлювальних заходів (чергова відпустка, відпочинок у профілакторії, санаторно-курортне лікування тощо);

доповідає командирю частини (керівнику установи) та старшому медичному начальнику свої пропозиції щодо організації післяпоходного відпочинку.

14. Особливості медичного забезпечення екіпажів, які здійснюють переліт

1. Особи ЛС, які залучаються до здійснення перельоту (перегонки), зустрічаються з низкою несприятливих факторів, що можуть чинити негативний вплив, а саме:

великий обсяг льотного та загального навантаження;

примусова зміна режиму праці, відпочинку та харчування;

незвичні кліматичні умови; порушення звичайного біоритму.

2. Особи ЛС, які залучаються до перельоту (перегонки), повинні мати в запасі не менше одного місяця до чергового освідчення ЛЛК та довідку про її проходження з фоновими даними показників пульсу та артеріального тиску.

3. Організація медичного забезпечення перельотів здійснюється на всіх етапах їх підготовки і виконання та покладається на начальника медичної служби аеродрому посадки (базування). При цьому він:

здійснює медичний контроль за організацією режиму передпольотного відпочинку;

здійснює медичний контроль за умовами розміщення (температурний режим, затемнення на вікнах, захист від шуму) осіб ЛС, особливо тих, які здійснюють переліт із контрастних кліматичних і географічних зон;

надає рекомендації особам ЛС щодо організації режиму праці, відпочинку та харчування з урахуванням місцевих кліматичних і географічних умов, контролює їх виконання;

здійснює медичний контроль за забезпеченням осіб ЛС харчуванням;

здійснює медичний контроль за комплектністю та станом захисного спорядження і польотного обмундирування;

організовує своєчасне надання медичної допомоги потерпілим (хворим) та за потреби їх евакуацію до закладів охорони здоров'я;

проводить лікувально-профілактичні та санітарно-гігієнічні заходи.

4. Передпольотний медичний контроль екіпажів, які здійснюють переліт, проводиться не раніше ніж за 2 години до польоту. При цьому звертається особлива увага на осіб ЛС, які прибули з контрастних кліматичних і географічних зон, на осіб старших вікових груп та осіб, які мають захворювання органів шлунково-кишкового тракту, нервової та серцево-судинної систем. Час та результати огляду заносяться в журнал обліку.

5. Під час підготовки до перельотів з урахуванням найбільш характерних факторів очікуваного району перельоту необхідно завчасно рекомендувати особам ЛС дотримуватися вимог, що сприяють збереженню здоров'я та працездатності.

6. Для прискорення реадаптації осіб ЛС після перельоту (до 10 діб) посилюється медичний контроль за загальним станом та рівнем працездатності, а також проводиться комплекс заходів, що спрямовані на підвищення та мобілізацію фізіологічних резервів організму (раціональний режим праці та відпочинку, додаткова вітамінізація, за можливості електротранквілізація ЦНС, електростимуляція нервово-м'язового апарату, сауна).

15. Особливості медичного забезпечення польотів, що виконуються в умовах холодного та жаркого клімату

1. Польоти в крайніх кліматичних і географічних зонах можуть несприятливо позначитися на ФС та рівні працездатності осіб ЛС, що вимагає проведення комплексу організаційних та профілактичних заходів, особливо серед осіб, які не пройшли повної акліматизації до умов природного середовища, що змінилися.

2. З метою збереження здоров'я та працездатності осіб ЛС начальник медичної служби контролює:

своєчасне та ефективно проведення заходів для захисту осіб ЛС від дії несприятливих факторів зовнішнього середовища, особливо низьких температур повітря для попередження переохолодження та обмороження;

організацію праці та відпочинку осіб ЛС з урахуванням сезонних кліматичних і географічних факторів, місцевих умов та завдань бойової підготовки (підготовки за призначенням);

організацію харчування осіб ЛС з урахуванням енергозатрат та необхідності запобігання гіповітамінозу;

укомплектованість бортових та особистих аварійних запасів засобами захисту від холоду, медикаментами та продовольством.

3. Для попередження несприятливого впливу на осіб ЛС холодного клімату начальник медичної служби:

навчає осіб ЛС правилам надання домедичної допомоги під час обмороження та переохолодження організму, а також діям для збереження життя та здоров'я у випадку вимушеної посадки чи покидання ПС;

ознайомлює осіб ЛС зі способами попередження сніжної офтальмії в сонячні дні за наявності снігового покриття;

проводить санітарно-гігієнічний контроль за температурним режимом у житлових та службових приміщеннях (стаціонарних та польових);

стежить, щоб на аеродромі були вітрозахисні пристрої, укриття від холоду (сховища), приміщення для обігріву;

здійснює медичний контроль за фізичною підготовкою осіб ЛС та рекомендує заходи для загартування організму залежно від сезонних умов та місцевих можливостей (лижні прогулянки, спортивні ігри, водні процедури).

4. З метою створення умов для нормального сну під час полярного дня необхідно затемнювати вікна приміщень та не допускати зайвого шуму, що особливо важливо для екіпажів, які здійснили переліт та прибули з районів середніх широт зі звичною зміною дня і ночі або районів, часовий пояс яких відрізняється від місця посадки на 4 години та більше.

5. Начальник медичної служби постійно контролює харчування осіб ЛС і у випадку нестачі свіжих овочів та фруктів проводить профілактичну вітамінізацію харчового раціону. Для раннього виявлення початкових ознак гіповітамінозу періодично обстежуються окремі

групи осіб ЛС, проводиться лабораторне дослідження їжі на вміст у ній вітамінів. Видача вітамінних препаратів поєднується за можливості з профілактичним ультрафіолетовим опроміненням кварцовими лампами.

6. Начальник медичної служби організовує медичний контроль за місцями забору води (льоду та снігу) для пиття, її транспортуванням та знезаражуванням. Під час використання води з талого снігу та льоду контролюється склад мінеральних солей у харчовому раціоні та за потреби проводиться штучна мінералізація води кухонною сіллю.

7. Під час медичного забезпечення польотів в умовах жаркого клімату враховуються:

можливість порушення серед осіб ЛС водно-сольового обміну та виникнення перегрівання організму, що знижує його стійкість до різних факторів польоту;

можливість зниження рівня працездатності осіб ЛС у початковий період акліматизації та реакліматизації;

зниження маси тіла, фізичної витривалості, порушення сну, погіршення апетиту, підвищена втомлюваність, пригнічення секреторної та евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту;

необхідність проведення заходів для захисту осіб ЛС від інтенсивної сонячної радіації та високих температур.

8. У процесі медичного забезпечення польотів в умовах жаркого клімату начальник медичної служби:

завчасно виявляє осіб ЛС з ознаками перегрівання організму, вживає заходів щодо відсторонення їх від польотів та проводить заходи щодо нормалізації теплового стану;

контролює виконання профілактичних заходів, спрямованих на попередження перегрівання осіб ЛС;

проводить роботу щодо попередження захворювань, зумовлених різкими перепадами температури протягом доби та запиленістю повітря на аеродромах пустельних районів;

бере участь у плануванні льотного навантаження з урахуванням ступеня адаптації до жаркого клімату, індивідуального перенесення високої температури, теплового стану та рівня працездатності осіб ЛС;

здійснює медичний контроль за організацією міжпольотного відпочинку та наявністю умов для попередження перегрівання осіб ЛС;

бере участь у плануванні занять з фізичної підготовки та рекомендує проводити їх у прохолодний час доби з подальшим прийомом освіжаючого душу;

роз'яснює особам ЛС необхідність суворого дотримання правил експлуатації висотного та протиперевантажувального спорядження;

здійснює медичний контроль за організацією харчування осіб ЛС з урахуванням стану теплового обміну організму, підвищеної потреби у вітамінах, зниженого апетиту;

здійснює медичний контроль за організацією забезпечення осіб ЛС на аеродромі та в приміщеннях для занять охолодженою водою, а також за її якістю та умовами зберігання. Вживання води повинно бути достатнім для втамування спраги (3 - 5 літрів на людину). Рекомендується частий прийом води у невеликих кількостях (100 - 150 грамів) та сольових розчинів для пероральної регідратації. В харчовому раціоні збільшується кількість кухонної солі (за умов втрати маси тіла особами ЛС більше 4 кілограмів за 8-годинну зміну).

9. До заходів щодо запобігання чи пом'якшення несприятливої дії факторів жаркого клімату, які контролює начальник медичної служби, належать:

захист осіб ЛС від впливу інтенсивної інсоляції під час перебування на аеродромі шляхом обладнання тентів і накриттів;

обмеження нальоту та тривалості льотної зміни до 5 годин за температури повітря вище 30° С;

організація раціонального розпорядку дня з урахуванням місцевих умов та конкретних завдань бойової підготовки (завдань за призначенням): проведення польотів за температури повітря у затінку вище 25° С планувати переважно на ранкові та вечірні години;

створення оптимального температурного режиму в приміщеннях, де працюють і відпочивають особи ЛС, обладнання їх кондиціонерами та вентиляторами;

обладнання на аеродромі та в місцях відпочинку осіб ЛС достатньої кількості стаціонарних та пересувних душових установок;

вентиляція підкостюмного простору охолодженим повітрям наземних кондиціонерів під час чергування осіб ЛС у кабіні ПС;

перевезення осіб ЛС у добре вентилятованих автомобілях.

10. Під час проведення передпольотного, міжпольотного та післяпольотного медичного контролю за особами ЛС в умовах жаркого клімату особлива увага звертається на осіб:

недостатньо акліматизованих (вперше прибулих до частини (установи) та тих, що повернулися з відпустки, проведеної в районах із помірним або холодним кліматом);

із відхиленнями в стані здоров'я, що негативно впливають на перенесення високої температури повітря;

які приступили до льотної роботи після значної перерви;

які відстають у льотній підготовці.

11. Особи ЛС, в яких виявлено перегрівання, що супроводжується зниженням рівня працездатності, підлягають тимчасовому відстороненню від польотів із негайним вжиттям заходів для нормалізації теплового стану (водні процедури, відпочинок у добре вентильованих чи обладнаних кондиціонерами приміщеннях тощо). Строк відсторонення від польотів може складати від кількох годин до кількох днів.

Особи ЛС, в яких перегрівання викликало гострі судинні порушення у вигляді втрати свідомості чи колапсу, підлягають госпіталізації.

IV. Особливості медичного забезпечення під час виконання польотів на різних типах повітряних суден

1. Особливості медичного забезпечення під час виконання польотів на високоманеврених повітряних суднах

1. Відмінною рисою професійної діяльності осіб ЛС, які виконують польоти на високоманеврених ПС, у тому числі надзвукових, є виконання польотних завдань в умовах впливу на організм високого рівня пілотажних навантажень, лінійних та кутових прискорень, різких змін барометричного тиску, підвищених психоемоційних навантажень та труднощів у реалізації керувальних дій, пов'язаних з експлуатацією захисного обладнання. Найбільш жорсткі умови для льотчика виникають під час повітряного бою, атак наземних та повітряних цілей, виконання складних видів маневру, а також під час виходу з-під удару засобів ураження противника особливо у складі груп ПС.

2. Під час медичного забезпечення польотів на високоманеврених ПС начальник медичної служби:

вивчає індивідуальну переносимість особами ЛС польотів з великими перевантаженнями на всіх етапах їх освоєння;

проводить тренування осіб ЛС на тренажерах з метою відпрацювання захисних м'язових і дихальних протиперевантажувальних прийомів;

проводить спеціальну фізичну підготовку осіб ЛС, спрямовану на підвищення стійкості організму до дії великих перевантажень;

контролює правильність підбору ростовок висотного та протиперевантажувального спорядження, умови його зберігання і експлуатації;

проводить комплекс організаційних заходів щодо оптимізації режиму праці, відпочинку та харчування осіб ЛС під час виконання маневрених польотів;

максимально використовує наявні відновлювальні заходи з метою нормалізації ФС осіб ЛС у післяпольотному періоді.

3. Під час підготовки до польотів на високоманеврених ПС начальник медичної служби:

уточнює наявність польотних завдань, пов'язаних з впливом пілотажних перевантажень. На підставі даних динамічного медичного спостереження за станом здоров'я, фізичною та психоемоційною витривалістю осіб ЛС прогнозує ступінь перенесення пілотажних перевантажень з урахуванням тривалості перерви між польотами на пілотаж, контролює вміння осіб ЛС користуватися протиперевантажувальними засобами;

контролює дотримання передпольотного режиму та нормування льотного навантаження особами ЛС, які систематично здійснюють польоти з великими пілотажними навантаженнями, особливо у віці старше 35 років і тих, що мають відхилення в стані здоров'я та не мають задовільних житлово-побутових умов.

4. Під час виконання польотів на високоманеврених ПС шляхом вибіркового опитування начальник медичної служби перевіряє:

знання особами ЛС правил експлуатації протиперевантажувальних пристроїв та висотного спорядження особливо тими, що виконують найбільш складні польотні завдання та вперше освоюють нові види вправ і нові типи спорядження;

знання стосовно самооцінки переносимості пілотажних перевантажень за змінами ФС;

вміння користуватися захисними протиперевантажувальними прийомами, що базуються на перерозподілі м'язових зусиль і дотриманні ритму дихання.

5. З метою вивчення перенесення особами ЛС польотів начальник медичної служби:

<http://yurist-online.org/>

проводить міжпольотний та післяпольотний медичні огляди, звертаючи особливу увагу на осіб, які виконували польоти зі значними (понад 7 одиниць) перевантаженнями, а також тих, що виконували польотні завдання з дозаправкою ПС у повітрі, польоти на гранично малих висотах з огинанням рельєфу місцевості, використовуючи при цьому засоби об'єктивного контролю та бесіди з командирами та самими льотчиками;

після закінчення польотної зміни, за підсумками результатів міжпольотних та післяпольотних медичних оглядів залежно від наявності ознак зниження ФС і стану нервово-емоційної сфери диференційовано призначає комплекс реабілітаційно-відновлювальних заходів, спрямованих на нормалізацію функцій організму та відновлення рівня працездатності;

на розборі польотів додатково уточнює перенесення особами ЛС пілотажних перевантажень та результативність виконання польотних завдань, порівнюючи дані власних спостережень за працездатністю з оцінкою керівника польотів;

бере участь у розробці рекомендацій, що сприяють забезпеченню високої ефективності та безпеки польотів у наступні льотні зміни;

заносить до Медичної книжки матеріали спостережень за станом здоров'я, фізичною витривалістю та індивідуальним перенесенням великих перенавантажень.

2. Особливості медичного забезпечення під час виконання польотів на транспортних повітряних суднах

1. Польоти на транспортних ПС характеризуються високою напругою фізичних і фізіологічних можливостей, а також психофізіологічних функцій осіб ЛС. Це обумовлено станом середовища, що постійно змінюється та в якому проходить бойова діяльність (завдання за призначенням) зазначеного контингенту. Така ситуація потребує від начальника медичної служби проведення комплексу профілактичних заходів щодо зміцнення здоров'я і збереження рівня працездатності осіб ЛС.

2. На осіб ЛС транспортних ПС впливають такі фактори та умови професійної діяльності:

різкі зміни кліматичних і географічних умов під час трансширотних і трансконтинентальних перельотів;

виражений десинхроноз, що виникає під час трансмеридіальних перельотів, з подоланням декількох часових поясів;

соціально-психологічні фактори (значна тривалість стартового часу, особливості режиму праці, відпочинку та харчування, тривале очікування польоту, особливо на аеродромах проміжних посадок, відсутність комфортних побутових умов), що пов'язані з виконанням польотних завдань у відриві від аеродромів постійного базування.

3. У процесі підготовки та виконання польотних завдань екіпажами транспортних ПС начальнику медичної служби необхідно:

під час планування польотів оцінювати відповідність льотного навантаження психофізіологічним можливостям, а для осіб ЛС, які виконують польоти з посадкою на інші аеродроми, враховувати запас часу до чергової ЛЛК і контролювати наявність у них довідки про проходження ЛЛК за встановленою формою;

під час постановки завдання на польоти довести до осіб ЛС, які відбувають з аеродрому постійного базування, порядок виконання відновлювальних заходів і використання відповідних засобів;

під час передпольотного медичного контролю оцінювати стан здоров'я членів екіпажу ПС з подальшою доповіддю командирів частини (керівників установи);

під час виконання планових польотів із базового аеродрому оцінювати індивідуальне перенесення польотів особами ЛС за результатами післяпольотних оглядів, розмов із командирами і членами екіпажів, звертаючи особливу увагу на осіб старше 40 років або осіб, які мають захворювання шлунково-кишкового тракту, нервової і серцево-судинної систем;

після повернення із завдання (відрядження) виявляти осіб ЛС, які мають ознаки втоми, перевтоми, хронічної втоми та десинхронозу. За потреби проводити їм реабілітаційно-відновлювальні заходи.

3. Особливості медичного забезпечення під час виконання польотів на вертольотах

1. Польоти на вертольотах пов'язані з впливом на членів екіпажів ПС таких факторів:

високого рівня шумів та вібрацій, що спотворюють сприйняття неінструментальної інформації. Це ускладнює пілотування вертольота як літального апарата з низькою стійкістю та керованістю;

оптокінетичних дій, що виникають під час обертання лопатей несучого гвинта. Це може призвести до явищ захитування та виникнення ілюзорних відчуттів;

інтенсивних механічних переміщень тіла осіб ЛС у вертикальній площині (під час набору швидкості та управління боковим переміщенням вертольота), що ускладнюють просторову орієнтацію з використанням лінії обр'ю;

аеродинамічних факторів, що призводять до активізації зорово-моторної координації (особливо під час пілотування на гранично малій висоті). Це може призвести до підвищення нервово-емоційної напруги осіб ЛС під час вирішення завдань бойового застосування (завдань за призначенням);

температурних факторів, що можуть призвести до переохолодження або перегрівання організму членів екіпажу, залежно від пори року та географічної широти зони польотів.

2. З метою підвищення психофізіологічних можливостей членів екіпажів під час пілотування вертольотів ЛС необхідно виконувати на заняттях із фізичної підготовки спеціальні вправи, направлені на підвищення вестибулярної стійкості.

3. Під час підготовки та виконання польотів на вертольотах начальнику медичної служби необхідно:

враховувати характер польотного завдання (проведення візуальної розвідки, ураження наземних цілей, висадка повітряного десанту, проведення рятувальних заходів);

оцінювати психофізіологічну готовність екіпажу щодо виконання бойового (за призначенням) завдання в умовах надмірних зовнішніх перешкод (зенітний і ракетний вогонь, радіо- і світлові перешкоди, бовтанка);

у процесі планування польотів контролювати відповідність запланованого льотного навантаження стану здоров'я та фізичній витривалості осіб ЛС;

вибірково шляхом опитування з'ясувати знання особами ЛС необхідності дотримання режиму передпольотного відпочинку та харчування, заходів попередження кисневого голодування в польоті, уміння застосовувати засоби боротьби з ілюзорними відчуттями та різкими перепадами освітленості під час нічного польоту, особливостей використання захисного спорядження;

під час виконання польотів за даними міжпольотних медичних оглядів оцінювати динаміку працездатності осіб ЛС особливо під час вильотів на гранично малій висоті, під час виконання посадки в СМУ;

у післяпольотному періоді за результатами медичного контролю призначати комплекс реабілітаційно-відновлювальних заходів, спрямованих на нормалізацію зору після нічних польотів, корекцію ФС після тривалого впливу шуму та вібрації;

брати участь у розборі польотів, використовувати дані щодо якості виконання найбільш складних і характерних польотних завдань з метою вивчення перенесення польотів екіпажами.

**Начальник Управління регулювання
діяльності державної авіації України**

М. Б. Кушнірук

ФОРМИ

робочої документації начальника медичної служби

Додаток 1
до Правил медичного забезпечення польотів державної авіації
України
(пункт 4 глави 1 розділу II)

До робочих документів начальника медичної служби щодо планування та оперативного обліку заходів з медичного забезпечення польотів належать:

План роботи медичної служби на рік (форма 1);

План роботи медичної служби на місяць (форма 2);

Доповідь командира частини (керівнику установи) про стан медичного забезпечення за місяць (форма 3);

Оперативний план динамічного медичного спостереження за особами льотного складу, групи керівництва польотами (форма 4);

План лікувально-профілактичних заходів частини (установи) (форма 5);

Список осіб льотного складу, групи керівництва польотами, які направлені на стаціонарне обстеження та лікування (форма 6);

Список осіб льотного складу, які направлені до профілакторію (форма 7);

Картка обліку путівок у санаторії та будинки відпочинку (форма 8);

Картка обліку занять з авіаційної медицини та військово-медичної підготовки (форма 9);

Картка обліку занять з членами сімей осіб льотного складу (форма 10);

Картка обліку санітарно-освітніх заходів (форма 11);

Список осіб льотного складу, яких відсторонено від польотів за результатами передпольотного (міжпольотного) медичного огляду (форма 12);

Журнал обліку результатів передпольотного, міжпольотного та післяпольотного медичних оглядів (форма 13);

Індивідуальна карта обліку результатів передпольотного, міжпольотного та післяпольотного медичних оглядів (форма 14);

Журнал обліку результатів передпольотного медичного огляду екіпажів, які здійснюють переліт (форма 15).

Форма 1

ЗАТВЕРДЖУЮ

Командир частини (керівник установи) _____

(військове звання, підпис, ініціали, прізвище)

М. П. " ____ " _____ 20__ р.

ПЛАН
роботи медичної служби _____

на 20__ рік

<http://yurist-online.org/>

N з/п	Заходи	Термін проведення	Відповідальний виконавець	Хто залучається	Відмітка про виконання
1	2	3	4	5	6

Начальник медичної служби _____

(військове звання)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

"__" _____ 20__ р.

Цей План включає такі розділи:

Примітка.

I. Заходи щодо медичного забезпечення польотів.

II. Заходи щодо бойової (за призначенням) та спеціальної підготовки медичної служби.

III. Лікувально-профілактичні заходи.

IV. Санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи.

V. Заходи щодо медичного постачання.

VI. Заходи щодо спеціальної та військово-медичної підготовки.

VII. Санітарно-освітні заходи.

VIII. Облік і звітність.

Розділ медичного забезпечення польотів повинен включати заходи щодо підготовки та виконання лікарсько-льотної експертизи, динамічного медичного спостереження, медичного контролю в період підготовки та виконання польотів, вибору та припасування захисного спорядження, вивчення індивідуальних особливостей осіб льотної складу, групи керівництва польотами під час тренажерної підготовки, медичного забезпечення навчань, фізичної підготовки, проведення комплексу реабілітаційних заходів, психофізіологічної підготовки та підготовки з питань авіаційної медицини.

ОУА ЦОВВ та ЗСУ дозволяється змінювати розділи (додавати) з урахуванням особливостей (специфіки) своєї діяльності.

Форма 2

ЗАТВЕРДЖУЮ

Командир частини (керівник установи) _____

(військове звання, підпис, ініціали, прізвище)

М. П. "___" _____ 20__ р.

ПЛАН

роботи медичної служби _____

<http://yurist-online.org/>

на _____ місяць

N з/п	Заходи	Термін проведення	Відповідальний виконавець	Хто залучається	Відмітка про виконання
1	2	3	4	5	6

Начальник медичної служби _____

(військове звання)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

"__" _____ 20__ р.

Примітка. Цей План повторює розділи плану на рік, розкриває їх зміст на конкретний місяць і відображає особливості залежно від умов, місця проведення, часу. У ньому вказує конкретні особи, які відповідають за проведення тих або інших заходів.

Форма 3

ДОПОВІДЬ
командиру частини (керівнику установи) про стан медичного забезпечення

за _____ 20__ р.
(місяць)

1. Аналіз захворюваності, госпіталізації, працевтрат особового складу (в абсолютних числах).

Склад	Захворюваність		Госпіталізовано	Працевтрати (кількість)	
	кількість звернень	амбулаторне лікування		випадків	днів
Військовослужбовці строкової служби					
Офіцери, у т. ч.:					
льотний склад та група керівництва польотами					
наземний склад					

Військовослужбовці за контрактом, у т. ч.:					
льотний склад та група керівництва польотами					
наземний склад					
ВСЬОГО					

2. Стан медичного забезпечення польотів. Санітарно-гігієнічний стан об'єктів. Причини виявлених недоліків і рекомендації щодо їх усунення.

Начальник медичної служби _____

(військове звання)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

"__" _____ 20__ р.

ЗАТВЕРДЖУЮ
Командир частини (керівник установи) _____

(військове звання, підпис, ініціали, прізвище)

М. П. "___" _____ 20__ р.

ОПЕРАТИВНИЙ ПЛАН
динамічного медичного спостереження за особами льотного складу, групи керівництва польотами
на 20__ рік

N з/п	Військове звання, прізвище, ім'я та по батькові	Дата народження	Коли і якою лікарсько-льотною комісією обстежено	Діагноз, постанова лікарсько-льотної комісії	Виконання заходів												Дата					
																	чергової відпустки		профілактичної відпустки	випробування в барокамері	тренування дихання та мовлення під надмірним тиском кисню	
					I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	20__ р.	20__ р.				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	

Начальник медичної служби _____

(військове звання)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

Примітка. У верхньому трикутнику ставиться дата запланованого заходу, який забарвлюється відповідним кольором: стаціонарна лікарсько-льотна комісія - червоним, амбулаторна лікарсько-льотна комісія - синім, поглиблений медичний огляд - зеленим, кварталний - коричневим і місячний - жовтим. У нижньому трикутнику проставляється дата фактичного виконання заходу, який забарвлюється аналогічним кольором.

Форма 5

ЗАТВЕРДЖУЮ

Командир частини (керівник установи) _____

_____ (військове звання, підпис, ініціали, прізвище)

М. П. "___" _____ 20__р.

ПЛАН

лікувально-профілактичних заходів у частині (установі) _____

на 20__ рік

N з/п	Військове звання, прізвище, ім'я та по батькові	Дата народження	Діагноз, з якого року	Рекомендовані заходи	Строки виконання												Примітка	
					I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Начальник медичної служби _____

(військове звання)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

Примітка. Цей План складається окремо для осіб льотного складу, групи керівництва польотами, інженерно-технічного складу, інших офіцерів і прапорщиків, а також солдатів і старшин.

Форма 6

Облік осіб льотного складу, групи керівництва польотами, які направлені на стаціонарне обстеження та лікування

				Дата	Працевтрати		
--	--	--	--	------	-------------	--	--

№ з/п	Військове звання, прізвище, ім'я та по батькові	Найменування закладу охорони здоров'я	Діагноз під час направлення	направлення	повернення		Діагноз після повернення	Постанова лікарсько-льотної комісії
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Форма 7

Облік осіб льотного складу, які направлені до профілакторію

№ з/п	Дата надходження, звідки отримана, номер накладної	У зв'язку з чим направлений	Категорія особового складу	Період перебування	Усього днів	Примітка
1	2	3	4	5	6	7

Форма 8

Картка обліку путівок у санаторії та будинки відпочинку

N з/п	Дата надходження, звідки отримана, номер накладної	Найменування санаторію, будинку відпочинку	Термін путівки	N путівки		Дата видачі путівки	Кому видана путівка (військове звання, прізвище, ім'я, по батькові, номер частини або найменування установи)	Підстава для видачі путівки (діагноз санаторно-відбіркової комісії або лікарсько-льотної комісії)	Розписка про отримання
				для офіцерів	для членів сімей				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Форма 9

Картка обліку занять з авіаційної медицини та військово-медичної підготовки

N з/п	Підрозділ	Назва теми	Кількість годин	Кількість слухачів	Хто проводив
1	2	3	4	5	6

--	--	--	--	--	--

Форма 10

Картка обліку занять з членами сімей осіб льотного складу

N з/п	Назва теми	Кількість годин	Кількість слухачів	Хто проводив
1	2	3	4	5

Форма 11

Картка обліку санітарно-освітніх заходів

N з/п	Підрозділ	Назва теми	Кількість годин	Кількість слухачів	Хто проводив
1	2	3	4	5	6

--	--	--	--	--	--

Форма 12

Облік осіб льотного складу, яких відсторонено від польотів за результатами передпольотного (міжпольотного) медичного огляду

N з/п	Дата відсторонення від польотів	Військове звання, прізвище, ім'я та по батькові	Діагноз	Заходи, що проведені лікарем (надана допомога, направлення в заклад охорони здоров'я, консультація)	Дата видужання	Дата допуску до польотів	Працевтрати	Примітка
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Форма 13

**ЖУРНАЛ
обліку результатів передпольотного, міжпольотного та післяпольотного медичних оглядів**

N з/п	Дата огляду	Військове звання, прізвище, ім'я та по батькові	Скарги, сон	Стан верхніх дихальних шляхів	Температура тіла	Пульс	Артеріальний тиск	Виявлені відхилення у стані здоров'я або порушення передпольотного режиму	Інформація щодо стану мого здоров'я надана мною в повному обсязі (підпис оглянутого)	Заключення щодо допуску до польотів
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Примітка. Цей Журнал для екіпажів багатомісних повітряних суден.

Форма 14

**ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА
обліку результатів передпольотного, міжпольотного та післяпольотного медичних оглядів**

Військове звання _____

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата народження _____

Діагноз: _____

Фонові показники: пульс _____, артеріальний тиск _____

N з/п	Дата огляду	Скарги, сон	Стан верхніх дихальних шляхів	Температура тіла	Пульс	Артеріальний тиск	Виявлені відхилення у стані здоров'я або порушення передпольотного режиму	Інформація щодо стану мого здоров'я надана мною в повному обсязі (підпис оглянутого)	Висновок щодо допуску до польотів
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Примітка. Ця Індивідуальна карта для льотчиків одномісних повітряних суден.

ЖУРНАЛ
обліку результатів передпольотного медичного огляду екіпажів, які здійснюють переліт

N з/п	Дата огляду	Номер частини (назва установи)	Військове звання, прізвище, ім'я та по батькові	Дата лікарсько-льотної комісії	Скарги, сон	Стан верхніх дихальних шляхів	Температура тіла	Пульс	Артеріальний тиск	Виявлені відхилення у стані здоров'я або порушення передпольотного режиму	Інформація щодо стану мого здоров'я надана мною в повному обсязі (підпис оглянутого)	Висновок щодо допуску до польотів
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Додаток 2
до Правил медичного забезпечення польотів державної авіації
України
(пункт 16 глави 1 розділу II)

МЕДИЧНА КНИЖКА ЛЬОТНОГО СКЛАДУ

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

" ___ " _____ 20__ року.

1. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ

Фото 3,5 × 4,5 см



Прізвище: _____

Ім'я: _____

По батькові: _____

Дата народження: _____

(число, місяць, рік)

Військове звання: _____ Клас

Спеціальність: _____ На льотній роботі з _____

року

Освіта:

(найменування навчального закладу та рік його закінчення)

Номер частини (найменування установи): _____

Служба (робота) у _____ з _____ року

(найменування центрального органу виконавчої влади)

Призваний на військову службу _____
(вказати, ким і коли призваний на військову службу)

Сімейний стан, склад сім'ї: _____
(одружений чи ні, якщо одружений - вказати ім'я та по батькові дружини, дітей та інших членів сім'ї, дату їх народження)

Місце проживання: _____

Номери телефонів: домашнього _____, службового _____, мобільного _____

Відповідно до підпунктів 2, 6 пункту 2 статті 7 Закону України "Про захист персональних даних" даю згоду на обробку моїх персональних даних

(особистий підпис, прізвище, ім'я, по батькові)

2. ЗАГАЛЬНИЙ АНАМНЕЗ

Спадковість: _____

Перенесені захворювання (вказати, які та в якому році): _____

Перенесені травми (вказати, які та в якому році): _____

Перерви в льотній роботі, відпустки за хворобою (вказати їх тривалість і причину): _____

Алкоголь (вказати частоту вживання, кількість і перенесення): _____

Паління (вказати, палить чи ні, кількість цигарок у день): _____

Наявність авіаційних подій (коротка характеристика, дата, обставини, причини, наслідки, отримані ушкодження):

3. РОЗПИСКА АВІАЦІЙНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРО НАДАННЯ ДОСТОВІРНИХ АНАМНЕСТИЧНИХ ДАНИХ

"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року
"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року

4. УМОВИ СЛУЖБИ І ПОБУТУ

Дата	"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року
------	----------------------	----------------------

Характер режиму праці: середня тривалість робочого дня, частота та тривалість роботи (чергувань) уночі		
Сон: тривалість, якість		
Чергова відпустка (де і коли проводив). Результат відпочинку		
Харчування (вдома, в їдальні): регулярність, частота, дієтичне харчування		
Характеристика житлово-побутових умов		

5. ЗАПОБІЖНІ ЩЕПЛЕННЯ

Дата	Назва вакцини та номер її серії	Доза	Реакція

6. СТАН ЗУБІВ І ПОРОЖНИНИ РОТА

Дата огляду	1. Дані огляду										Підпис
	слизова			ясна				зубні відкладення			
	норма	катаральний стоматит	виразковий стоматит	норма	кровоточивість	катаральний пародонтит	виразковий пародонтит	відсутні	надясневі	підясневі	

	лімфоцитів, %				
	моноцитів, %				
	еозинофілів, %				
2. Загальний аналіз сечі					
Питома вага					
Реакція					
Цукор					
Білок					
Еритроцити					
Лейкоцити					
Підпис:					
М. П.					

8. РЕЗУЛЬТАТИ ІНШИХ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

<http://yurist-online.org/>

Дата	"__" "__" 20__	"__" "__" 20__	"__" "__" 20__	"__" "__" 20__
	року	року	року	року
1. Дослідження калу				
Кал на яйця гельмінтів				
Кал на цисти лямблій				
2. Біохімічний аналіз крові				
Трансамінази крові, од/л	АЛТ			
	АСТ			
Білірубін крові, мкмоль/л	загальний			
	прямий			
	непрямий			
Цукор крові, ммоль/л				
Сечовина крові, ммоль/л				
Креатинін крові, мкмоль/л				

Загальний білок крові, г/л				
3. Інші лабораторні дослідження				
Підпис:				
М. П.				

9. РЕЗУЛЬТАТИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

" __ " _____ 20__ року	" __ " _____ 20__ року
" __ " _____ 20__ року	" __ " _____ 20__ року

--	--

10. РЕЗУЛЬТАТИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ІНШИХ ОРГАНІВ

"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року
"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року

11. РЕЗУЛЬТАТИ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ

"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року

"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року

12. РЕЗУЛЬТАТИ ІНШИХ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року
"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року

13. ДАНІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

<http://yurist-online.org/>

Дата		"__" ____ 20__	"__" ____ 20__	"__" ____ 20__	"__" ____ 20__
		року	року	року	року
Зріст, см					
Маса тіла, кг					
Довжина ноги					
Окружність грудей, см	спокійно				
	під час вдиху				
	під час видиху				
Окружність живота					
Динамометрія руки	правої				
	лівої				
Станова сила					
Спірометрія					
Дефекти фізичного розвитку					

Будова тіла				
-------------	--	--	--	--

14. РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Дата	"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року
Скарги і анамнез		
Кістково-суглобовий апарат		
Стан шкіри		
Черевний прес (пахові кільця, наявність кили)		
Органи черевної порожнини		
Сечостатева система, пряма кишка		
Периферичні судини		
Діагноз		

Експертний висновок та лікувально-профілактичні рекомендації		
Підпис:		
М. П.		

15. ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Дата	" __ " _____ 20__ року			" __ " _____ 20__ року		
	у спокої	після 15 присідань (за 30 секунд)	через 3 хвилини	у спокої	після 15 присідань (за 30 секунд)	через 3 хвилини
Показники						
Пульс (частота за 1 хвилину, ритм та ступінь наповнення)						
Артеріальний тиск (мм рт. ст.)						
Інші функціональні проби						

16. РЕЗУЛЬТАТИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

<http://yurist-online.org/>

Дата	"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року
Скарги й анамнез		
Шкіра та видимі слизові		
Лімфатична система		
Ендокринна система		
Серцево-судинна система		
Система органів дихання		
Система органів травлення		
Діагноз		
Експертний висновок та лікувально-профілактичні рекомендації		
Підпис:		
М. П.		

17. РЕЗУЛЬТАТИ НЕВРОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Дата	"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року
Скарги й анамнез		
Зіниці		
Черепно-мозкові нерви		
Рефлекторна сфера		
Рухова сфера		
Чутлива сфера		
Вегетативна нервова система		
Діагноз		
Експертний висновок та лікувально-профілактичні рекомендації		
Підпис:		
М. П.		

18. РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХІАТРИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Дата	"__" _____ 20__ р.	"__" _____ 20__ р.
Скарги й анамнез		
Свідомість		
Увага		
Пам'ять		
Мислення		
Інтелект		
Емоційно-вольова сфера		
Діагноз		
Експертний висновок та лікувально-профілактичні рекомендації		

Підпис:		
М. П.		

19. РЕЗУЛЬТАТИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Дата	"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року	
Скарги й анамнез			
Гострота зору	без корекції	Ос. d Ос. s	Ос. d Ос. s
	з корекцією	Ос. d Ос. s	Ос. d Ос. s
Рефракція скіаскопічна	Ос. d Ос. s	Ос. d Ос. s	
Середовище	Ос. d Ос. s	Ос. d Ос. s	
Очне дно	Ос. d Ос. s	Ос. d Ос. s	
Відчуття кольору за _____			
Нічний зір			

Поле зору	Об'єкт 5, 10, 20	Ос. d		
		Ос. s		
Найближча точка конвергенції				
Найближча точка ясного зору			Ос. d Ос. s	Ос. d Ос. s
Зіниці			Ос. d Ос. s	Ос. d Ос. s
Реакція зіниць				
Повіки				
Кон'юнктиви				
Слізні шляхи				
Додаткові обстеження				
Діагноз				
Експертний висновок та лікувально-профілактичні рекомендації				
Підпис:				

М. П.		
-------	--	--

20. РЕЗУЛЬТАТИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Дата	"___" _____ 20__ року		"___" _____ 20__ року	
Скарги й анамнез				
ЛОР-ендоскопія				
Обстеження ЛОР-функцій:	сторона		сторона	
	права	ліва	права	ліва
носове дихання				
нюх	1, 2, 3 ст.	1, 2, 3 ст.	1, 2, 3 ст.	1, 2, 3 ст.
барофункція	1, 2, 3 ст.	1, 2, 3 ст.	1, 2, 3 ст.	1, 2, 3 ст.
шепітна мова				
Вестибулометрія (за наявності ВР 1 - 3	3, 2, 1, 0 - ЗД - 0, 1, 2, 3		3, 2, 1, 0 - ЗД - 0, 1, 2, 3	

ст., описати суб'єктивні й об'єктивні дані)	3, 2, 1, 0 - ЗД - 0, 1, 2, 3	3, 2, 1, 0 - ЗД - 0, 1, 2, 3
Додаткові обстеження		
Діагноз		
Експертний висновок та лікувально-профілактичні рекомендації		
Підпис:		
М. П.		

21. РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ ІНШИМИ ЛІКАРЯМИ-СПЕЦІАЛІСТАМИ

Дата	"__" _____ 20__ року	"__" _____ 20__ року
Скарги й анамнез		

Діагноз:		
Експертний висновок та лікувально-профілактичні рекомендації		
Підпис:		
М. П.		

22. ПОСТАНОВА ЛІКАРСЬКО-ЛЬОТНОЇ КОМІСІЇ

"___" _____ 20__ року	"___" _____ 20__ року
Під час огляду лікарсько-льотною комісією	Під час огляду лікарсько-льотною комісією
_____	_____
Визнаний за ст. _____ гр. _____	Визнаний за ст. _____ гр. _____

наказу _____ від " ____ " _____ року N _____	наказу _____ від " ____ " _____ року N _____
Діагноз: _____	Діагноз: _____
Лікувально-профілактичні вказівки _____	Лікувально-профілактичні вказівки _____
Голова комісії: _____ (військове звання, підпис, ініціали, прізвище)	Голова комісії: _____ (військове звання, підпис, ініціали, прізвище)
М. П.	М. П.
Секретар комісії: _____ (військове звання, підпис, ініціали, прізвище)	Секретар комісії: _____ (військове звання, підпис, ініціали, прізвище)

23. ВИКОНАННЯ ВКАЗІВОК ЛІКАРСЬКО-ЛЬОТНОЇ КОМІСІЇ

Дата	Рекомендації лікарсько-льотної комісії та відмітки про їх виконання
------	---

--	--

24. ДАНІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ВИМІРЮВАНЬ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПІД ЧАС МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ

Дата													
Маса тіла, кг													
Спірометрія													
Динамометрія руки:	правої												
	лівої												
Пульс	у спокої												
	після 15 присідань												

	через 3 хвилини												
Артеріальний тиск	у спокої												
	після 15 присідань												
	через 3 хвилини												

25. ДАНІ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ, ВИВЧЕННЯ РЕАКЦІЇ ОРГАНІЗМУ НА ЛЬОТНУ РОБОТУ ТА МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ФІЗИЧНОЮ ПІДГОТОВКОЮ

Дата	Дані медичних оглядів, вивчення реакції організму на льотну роботу та медичного спостереження за фізичною підготовкою

26. ДАНІ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ПІД ЧАС ДОПУСКУ ТА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ НАВЧАЛЬНО-ТРЕНУВАЛЬНИХ ПАРАШУТНИХ СТРИБКІВ І НАЗЕМНИХ КАТАПУЛЬТУВАНЬ

Дата	Дані медичних оглядів під час допуску та за результатами стрибків з парашутом

27. РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ ВИСОТНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У БАРОКАМЕРІ (НА ЛІТАКУ) ТА СПЕЦІАЛЬНИХ ВИПРОБУВАНЬ

Дата	Результати проведення висотних досліджень у барокамері (на літаку) та спеціальних випробувань

28. ДАНІ РОЗМІРІВ (РОСТОВОК) СПЕЦІАЛЬНОГО СПОРЯДЖЕННЯ

Дата	Дані розмірів (ростовок) спеціального спорядження
------	---

--	--

29. ДЛЯ ДОДАТКОВИХ ЗАПИСІВ

Дата	Додаткові записи

30. ПОЯСНЕННЯ ДО ВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ КНИЖКИ ЛЬОТНОГО СКЛАДУ

Медична книжка льотного складу (далі - Медична книжка) є основним документом, що відображає стан здоров'я та динаміку захворювань осіб льотного складу (далі - ЛС), групи керівництва польотами (далі - ГКрП) та іншого авіаційного персоналу (за потреби), перенесення ними різних видів польотів (керівництва польотами), фізичного навантаження та результатів спеціальних видів тренувань і досліджень. Зазначений документ ведеться начальником медичної служби частини, установи чи закладу (особою, що його заміщає) протягом усього періоду професійної діяльності осіб ЛС і ГКрП.

Вперше Медична книжка заводиться через три місяці після зарахування курсантів до ВНЗ з підготовки осіб ЛС і ГКрП.

Зберігаються Медичні книжки в кабінеті начальника медичної служби частини, установи чи закладу (особи, що його заміщає) на медичному пункті в шафі під замком, окремо від інших документів і матеріалів. Вкладка до Медичної книжки прошивається, нумерується та зберігається разом із Медичною книжкою в спеціальному конверті, що підшитий (приклеєний) до третьої сторінки обкладинки основної книжки, а в розділі 29. "Для додаткових записів" Медичної книжки робиться відмітка про кількість заведених вкладок.

У разі заповнення усіх розділів "стара" Медична книжка не знищується та в архів не здається, а підшивається (підклеюється) до знову заведеної знизу. Більше двох книжок не підшивається (не підклеюється).

У разі переведення осіб ЛС і ГКрП з однієї частини (установи, закладу) до іншої, направлення на курси з бойової підготовки (підготовки за призначенням), на навчання до ВНЗ Медичні книжки пересилаються разом із особовою справою.

При звільненні осіб ЛС і ГКрП з військової служби (роботи) Медична книжка разом із особовою справою направляється до військкомату за місцем проживання.

У разі направлення осіб ЛС і ГКрП до лікувальних установ на лікування або консультацію, у санаторії чи будинки відпочинку Медична книжка на руки не видається, а лише вкладка до Медичної книжки.

У разі направлення осіб ЛС і ГКрП на стаціонарну ЛЛЕ чи медичний огляд Медична книжка зі вкладкою, направленням, льотною та медичною характеристиками видаються лише в опечатаному вигляді або пересилаються службовою поштою.

За умов відрядження осіб ЛС і ГКрП для проходження військової служби за межами України Медична книжка передається до місця призначення фельд'єгерським зв'язком.

Записи в Медичній книжці робляться розбірливим почерком, синім або фіолетовим чорнилом. Виправлення в Медичній книжці та підчищення не дозволяються. У разі потреби внесення виправлень "старий" запис закреслюється, а над ним записується нове формулювання із зазначенням слів: "Виправленому вірити" і скріплюється підписом начальника медичної служби, установи чи закладу (особи, що його заміщає) та гербовою печаткою.

**ВКЛАДКА
ДО МЕДИЧНОЇ КНИЖКИ ЛЬОТНОГО СКЛАДУ**

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

" ____ " _____ 20__ року.

ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ

Прізвище: _____

Ім'я: _____

По батькові: _____

Дата народження: _____
(число, місяць, рік)

Військове звання: _____

Номер частини (найменування установи): _____

Служба (робота) у _____ з _____ року
(найменування центрального органу виконавчої влади)

Призваний на військову службу _____
(вказати ким і коли призваний на військову службу)

Група крові та резус-фактор _____

Місце проживання: _____

Номери телефонів домашнього: _____, службового: _____, мобільного: _____

Дата	Звернення за медичною допомогою, діагноз, призначення лікування, епікриз

Додаток 3
до Правил медичного забезпечення польотів державної авіації
України
(пункт 5 глави 2 розділу II)

ОПИС
медичного майна комплектів і сумок медичного поста аеродрому, наземної пошуково-рятувальної групи, рятувальної парашутно-десантної групи

N з/п	Назва предмета	Одиниці вимірювання	Комплекти		Сумки	
			МПА	НПРГ	МПА	РПДГ
I. Сильнодіючі лікарські засоби						
1	Буторфанолу тартрат 2 % розчин для ін'єкцій по 1 мл	ампула	5	-	5	5
2	Адреналіну гідрохлориду 0,1 % розчин для ін'єкцій по 1 мл	ампула	6	-	-	-
3	Аміназину 2,5 % розчин для ін'єкцій по 1 мл	ампула	10	-	-	-
II. Отруйні лікарські засоби						
1	Дігоксин 0,025 % розчин для ін'єкцій по 1 мл	ампула	10	-	-	-
III. Загальні лікарські засоби						
1	Аміаку 10 % розчин в ампулах по 1 мл в обгортці	ампула	10	5	5	5
2	Анальгіну 50 % розчин для ін'єкцій по 2 мл	ампула	10	10	5	5
3	Корвалтаб таблетки N 20	упаковка	1	1	1	1
4	Глюкози 40 % розчин для ін'єкцій по 20 мл	ампула	5	-	-	-

5	Дібазолу 1 % розчин для ін'єкцій по 1 мл	ампула	5	-	-	-
6	Димедролу 1 % розчин для ін'єкцій по 1 мл	ампула	10	-	-	-
7	Йоду 5 % спиртовий розчин в ампулах по 1 мл в обгортці	ампула	10	10	5	5
8	Йоду 5 % спиртовий розчин	кілограм	0,1	-	0,1	-
9	Аміодарон 150 мг по 3 мл	ампула	10	5	5	5
10	Кордіамін для ін'єкцій по 2 мл	ампула	10	5	5	5
11	Кофеїну-бензоат натрію 20 % розчин для ін'єкцій по 1 мл	ампула	10	5	5	5
12	Мезатону 1 % розчин для ін'єкцій по 1 мл	ампула	10	-	-	-
13	Натрію гідрокарбонат	кілограм	-	-	0,1	0,1
14	Нітрогліцерин 0,0005 таблетки N 40	упаковка	1	1	1	1
15	Новокаїну 0,5 % розчин для ін'єкцій по 5 мл	ампула	10	10	-	10
16	Новокаїну 2 % розчин для ін'єкцій по 5 мл	ампула	10	-	-	-
17	Дротаверину гідрохлорид 2 % розчин для ін'єкцій по 2 мл	ампула	5	-	3	3

18	Спирт етиловий	кілограм	0,5	0,5	0,1	0,5
19	Еуфіліну 2 % розчин для ін'єкцій по 5 мл	ампула	3	2	-	-
20	Натрію хлориду 0,9 % ізотонічний розчин для ін'єкцій по 400 мл у пляшках	літр	1,2	-	-	-
21	Глюкози 5 % розчин для ін'єкцій 400 мл у пляшках	літр	1,2	-	-	-
22	Бензилпеніциліну натрієва (калієва) сіль для ін'єкцій 500000 одиниць	флакон	4	4	-	4
IV. Перев'язувальні засоби і матеріали для шиття, лейкопластирі						
1	Бинт марлевий медичний стерильний, розмір 7 м x 14 см	штука	15	5	3	3
2	Бинт марлевий медичний стерильний, розмір 5 м x 10 см	штука	10	10	5	5
3	Вата медична компресна	кілограм	0,1	-	-	-
4	Вата медична гігроскопічна в пачках по 100 г (стерильна)	кілограм	0,2	0,1	0,1	0,1
5	Косинка медична (перев'язувальна)	штука	3	1	1	1
6	Лейкопластир, розмір 5 м x 5 см	штука	1	1	1	1

7	Пакет перев'язувальний медичний індивідуальний стерильний ППІ	штука	10	3	3	3
8	Пов'язка медична велика стерильна	штука	4	4	1	4
9	Пов'язка медична мала стерильна	штука	2	6	1	6
10	Серветки марлеві медичні стерильні, розмір 16 x 14 см, у пачці 20 штук (малі)	пачка	2	-	-	-
11	Шовк хірургічний стерильний в ампулах, довжина нитки 1,25 м, калібр 4	ампула	2	-	-	-
12	Шовк хірургічний стерильний в ампулах, довжина нитки 1,25 м, калібр 6	ампула	2	-	-	-
V. Лікарські предмети, апарати і хірургічні інструменти						
1	Джгут кровоспинний гумовий	штука	3	2	1	2
2	Затискач кровоспинний зубчатий прямий N 1 (довжина 160 мм) з нарізкою	штука	2	3	1	3
3	Голкотримач загальнохірургічний легований довжиною 160 мм	штука	1	-	-	-
4	Гачок трахеотомічний гострий довжиною 145 мм	штука	2	-	-	-

5	Гачок хірургічний гострий двозубий	штука	2	-	-	-
6	Ножиці для розрізування пов'язок з гудзиком горизонтально-вигнуті довжиною 185 мм	штука	1	-	-	-
7	Ножиці з одним гострим кінцем прямі довжиною 140 мм	штука	-	1	1	1
8	Пінцет пластинчастий анатомічний загального призначення довжиною 150 мм	штука	1	-	-	-
9	Прилад манометричний мембранний ПММ	штука	1	-	1	1
10	Роторозширювач трахеотомічний	штука	1	-	-	-
11	Роторозширювач з кремальєрою великий	штука	2	1	1	1
12	Скальпель гострокінцевий середній	штука	1	1	1	1
13	Стетофонендоскоп зі змінними головками	штука	1	1	1	1
14	Таз ниркоподібний емальований	штука	1	-	-	-
15	Термометр медичний	штука	1	1	2	1
16	Трубка трахеотомічна пластмасова N 3 діаметром 10,3 мм	штука	1	-	-	-

17	Трубка трахеотомічна пластмасова N 3 діаметром 11,3 мм	штука	1	-	-	-
18	Язикотримач для дорослих	штука	1	-	1	1
19	Система для переливання крові разового використання	штука	6	-	-	-
20	Шприц разового використання ємністю:					
	2 мл	штука	5	5	5	5
	5 мл	штука	5	5	5	5
	10 мл	штука	5	5	3	3
	20 мл	штука	5	-	-	-
VI. Апарати, прилади та приладдя для травматології і механотерапії						
1	Шина транспортна для нижніх кінцівок Дітерікса (модернізована)	штука	2	-	-	-
2	Щит для перевезення хворих із пошкодженнями хребта	штука	1	-	-	-
3	Комплект шин пневматичних (тільки для комплектування укладок авіаційних бригад, полків, окремих ескадрилій)	штука	1	1	-	-

VII. Апарати і прилади для загальної анестезії та інтенсивної терапії						
1	Апарат штучної вентиляції легенів ДП-9,02	штука	1	1	-	-
2	Трубка для дихання ТД-1,02	комплект	1	1	1	1
3	Дефібрилятор портативний	штука	1	-	-	-
VIII. Санітарно-господарче майно інвентарне						
1	Ноші санітарні	штука	2	-	-	-
2	Ліхтар електричний кишеньковий	штука	1	1	1	1
3	Халат медичний	штука	1	1	1	1
IX. Медичні предмети витратні						
1	Шпильки безпечні	штука	10	5	5	5
2	Голки хірургічні вигнуті на 4/8 облягання з круглим вістря 4А2-0,4 x 25	штука	2	-	-	-
3	Голки хірургічні вигнуті на 4/8 облягання з круглим вістря 4А2-0,4 x 18	штука	1	-	-	-

4	Катетер уретральний циліндричний гумовий N 16	штука	1	1	-	-
5	Клейонка підкладна гумовотканинна	штука	1	-	-	-
6	Піпетка очна з футляром	штука	2	-	-	-
7	Пов'язка головна до шин (праща) підборіддя	штука	1	-	-	-
8	Шина нижньої щелепи (підборіддя)	штука	1	-	-	-
9	Шина дротяна (драбинчаста) для ніг	штука	4	2	-	-
10	Шина дротяна (драбинчаста) для рук	штука	4	2	-	-
X. Тара						
1	Ящик укладальний медичний N 2	штука	1	1	-	-

СПЕЦІАЛЬНЕ ОБЛАДНАННЯ МПА

N з/п	Назва предмета	Одиниці вимірювання	Кількість
1	Ноші	штука	Відповідно до кількості членів

			екіпажу повітряного судна
2	Щит для перевезення осіб із пошкодженнями хребта	штука	1
3	Комплект постільної білизни (у чохлі):		
	матрац ватний	штука	1
	ковдра	штука	1
	простирадло	штука	2
	подушка перова	штука	1
	наволочка	штука	1
	чохол	штука	1
4	Система кисневого забезпечення під час транспортування на 2 - 4 пункти	штука	1
5	Термос ємністю 10 л з квартою для пиття	штука	1
6	Ліхтар "летюча миша" або електричний акумуляторний	штука	1
7	Вогнегасник	штука	1

8	Лямка спеціальна Щ-4	штука	2
9	Чека запобіжна катапульта (відповідно до типу крісел, що застосовуються на конкретному повітряному судні)	штука	Відповідно до кількості членів екіпажу повітряного судна

Примітки:

1. Форма опису медичного майна:

N з/п	Найменування предмета	Строк зберігання в роках	Одиниці вимірювання	Кількість	Рік виготовлення, дата та номер аналізу	Примітка
1	2	3	4	5	6	7

2. Під час формування укладок кількість і склад медичного майна в разі потреби (за погодженням із начальником медичної служби центральних органів виконавчої влади державної авіації України та видів Збройних Сил України за підпорядкованістю) доповнюється за рахунок запасів поточного постачання відповідно до обсягу вирішуваних завдань.

3. У разі відсутності будь-яких препаратів дозволяється їх заміна на аналоги за дією.

4. Комплектність майна перевіряється не рідше одного разу на 10 днів. Під час перевірки проводиться повторна стерилізація інструментарію та майна.

Облік комплектності та повторної стерилізації ведеться в журналі за формою:

ЖУРНАЛ
обліку кількості та якісного стану медичного майна медичного поста аеродрому

Дата	Виявлені недоліки та зауваження	Прізвище перевіряючого, його підпис	Відмітка про усунення недоліків та зауважень	Дата стерилізації інструментарію та перевірки майна, підпис відповідальної особи
1	2	3	4	5

Додаток 4
до Правил медичного забезпечення польотів державної авіації
України
(пункт 7 глави 2 розділу II)

МЕТОДИКА
перевірки якості медичного кисню, призначеного для зарядки бортових кисневих систем повітряних суден

1. Начальник медичної служби перед проведенням польотів проводить перевірку наданої документації (паспорта) на медичний кисень, гігієнічного стану засобів заправлення киснем та органолептичну оцінку його якості.

2. Ця перевірка включає перевірку документів, що підтверджують якість газу (паспорта), чистоту шлангів і штуцерів засобів заправлення, наявність спецодягу (білих халатів), спирту для обробки штуцерів і заправного шланга.

3. Паспорт, що визначає якість медичного кисню, містить такі відомості:

найменування підприємства-виробника та його товарний знак;

номер партії;

дату виготовлення;

масу рідкого кисню;

результати фізико-хімічного аналізу.

4. Медичний кисень, що призначений для дихання у висотному польоті, містить чистого кисню не менше 99,5 %. Він не повинен мати запах, містити ацетилен, масла, окис вуглецю, газоподібні кислоти та луги, вологу та механічні домішки.

Газоподібний кисень, що отримується шляхом електролізу води, для медичних цілей не застосовується.

5. Органолептична оцінка якості кисню проводиться в такий спосіб: водієві автомобільної кисневозарядної станції пропонується увімкнути подачу кисню з незначним тиском і направити кисневий шланг убік від людей і вогнебезпечних поверхонь на чисте дзеркало, що розміщується таким чином, щоб відбитий від дзеркала кисень потрапляв на обличчя перевіряючого. При цьому одночасно визначаються запах (контроль відсутності запаху) і вологість кисню (контроль відсутності вологи).

Після цього струмінь кисню направляють на чорну тканину (контроль відсутності світлих домішок), а потім - на білу тканину (контроль відсутності темних домішок).

Після проведення перевірки начальник медичної служби робить відмітку в паспорті про дозвіл на використання кисню для заправлення систем повітряного судна.

Додаток 5
до Правил медичного забезпечення польотів державної авіації
України
(пункт 9 глави 2 розділу II)

ОРІЄНТОВНІ СТРОКИ
відсторонення від польотів осіб льотного складу і групи керівництва польотами, що вживали лікарські засоби

Препарати	Тривалість усунення від польотів, годин
Наркотичні засоби (наркоз)	72
М'язові релаксанти	24
Снодійні	12 - 24
Седативні та нейролептичні:	
броміди	8 - 12
похідні фенотіазину	24 - 48
інші заспокійливі	4 - 6
Анальгетики групи опію	24
Похідні піразолону	6 - 12

Алкоголь	Не менше 24
Антигістамінні препарати	8 - 24
Серцеві та спазмолітичні	12 - 24
Діуретики	24
Локально анестезуючі	4 - 6
Блювотні та відхаркувальні	6 - 12
Проносні	18 - 24
Жовчогінні	24
Гормональні	72
Сульфаніламід:	
ті, що погано всмоктуються	24 - 72
продлонгової дії	До 7 діб
Антибіотики:	

звичайної дії	12 - 48
тривалої дії (біцилін)	Строк дії +24
Інші протимікробні та хіміотерапевтичні	24
Вакцини і сироватки	Не менше 24
Протигельмінтні (дифезіл)	12 - 24
Кисень під час дегельмінтизації	96
Рентгенконтрастні речовини	24

- Примітки:**
- Ці строки відсторонення від польотів збільшуються за умов підвищеної індивідуальної чутливості до медикаментозних засобів, про що слід зазначати у медичній книжці льотного складу.
 - Строк придатності препарату визначається за аркушем-вкладкою до нього.

Додаток 6
до Правил медичного забезпечення польотів державної авіації
України
(пункт 13 глави 2 розділу II)

ПЕРЕЛІК
обладнання приміщення передпольотного медичного огляду

N з/п	Назва	Кількість, штук
1	Апарат Рота для рівномірного освітлення таблиць	1
2	Таблиця Сівцева для визначення гостроти зору	1
3	Набір вушних воронок (N 1 - 4)	1
4	Дзеркало носове для дорослих з довжиною губок 35 мм	1
5	Манометр вушний простий (отоманометр)	1
6	Рефлектор лобний (Сімановського)	1
7	Шпатель медичний	10
8	Секундомір	1
9	Прилад для вимірювання артеріального тиску	1
10	Фонендоскоп	1

11	Термометр медичний	10
12	Молоток неврологічний для дослідження сухожильних рефлексів	1
13	Прилад для визначення алкоголю в повітрі, що видихається	1
14	Лампа настільна	1

Примітки:

1. Приміщення передпольотного медичного огляду розташовується на аеродромі і складається із двох кімнат. Перша з них призначена для очікування й обладнується вішаками для одягу, необхідною кількістю стільців, крісел або диванів, столиками для газет, журналів, брошур, медичної літератури. Друга кімната призначена безпосередньо для проведення передпольотного медичного огляду. Кімната обладнується столом для лікаря, стільцями, кушеткою, умивальником, настільною лампою, графіном із чистою питною водою, медичною шафою для зберігання медичного майна та медикаментів, необхідних для проведення огляду та надання невідкладної медичної допомоги.
2. Під час проведення передпольотного медичного огляду особам льотного складу та групи керівництва польотами вимірюється температура тіла в кімнаті очікування. За відсутності такої кімнати вимірювання температури тіла проводиться в коридорі або в іншому опалюваному приміщенні.
3. Приміщення передпольотного медичного огляду обладнується пристроєм зв'язку з керівником польотів і гучномовцем для прослуховування радіообміну екіпажів повітряних судів.
4. Поєднувати приміщення передпольотного медичного огляду з будь-якими іншими приміщеннями немедичної спрямованості заборонено.

Додаток 7
до Правил медичного забезпечення польотів державної авіації
України
(пункт 14 глави 2 розділу II)

МЕТОДИКА

проведення передпольотного медичного огляду

1. Передпольотний медичний огляд включає:

вимірювання температури тіла;

зовнішній огляд;

індивідуальне опитування;

огляд слизових оболонок ротоглотки та носа, барабанної перетинки, перевірка носового дихання та мовної функції;

дослідження пульсу;

вимірювання артеріального тиску.

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

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

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

зачіску, одяг, поставу, ходу, колір обличчя, міміку, жести, мову (гучна, тиха, емоційно забарвлена тощо), ступінь рухливості (скутий, напружений, млявий, вільний) та поведінку;

наявність тремору, порушення мови, нервові тіпання та нав'язливі рухи;

наявність зміни кольору шкіри, висипів, гнійничкових процесів, кон'юнктивіту тощо.

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

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

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

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

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

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

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

4. Наступним етапом проведення передпольотного медичного огляду є індивідуальне опитування. Для одержання більшої інформації про осіб ЛС і ГКрП, ніж та, що міститься в їх словах, потрібно одночасно спостерігати за реакціями та поведінкою, звертаючи увагу на такі прояви:

<http://yurist-online.org/>

чи охоче дає відповіді на питання;

чи відразу дає відповіді, кількість і тривалість пауз;

відповіді розгорнуті або стислі (так, ні, не знаю);

мімічні реакції;

темп, чіткість, гучність, граматичну будову мови;

довжина, складність висловлювань, словниковий запас;

жести, положення кінцівок, голови, тулуба;

легкість переходу від однієї теми до іншої;

надмірна деталізація;

гумор;

рівень інтелектуальної активності, рівень загального розвитку;

наявність вегетативних розладів (тремор рук, гра вазомоторів, гіпергідроз, акроціаноз, порушення глибини та частоти дихання, серцебиття, плаксивість або неадекватне збудження).

Ефективне опитування складається з таких етапів:

підготовки (формулювання мети);

вступу в контакт (встановлення довірчого контакту);

проведення опитування та реєстрації його результатів;

завершення контакту (підбиття підсумків, подяки, побажань);

обробки й аналізу результатів опитування.

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

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

5. Огляд слизової оболонки ротоглотки здійснюється за допомогою шпателя. Спочатку оглядається м'яке піднебіння. Відзначаються забарвлення його слизової, рухливість під час проголошення обстежуваним звуку "А". Потім оглядаються слизова оболонка задньої стінки глотки та мигдалики. Незначна гіперемія слизової оболонки ротоглотки або збільшення мигдаликів, навіть за відсутності суб'єктивних скарг, можуть призвести до ускладнень під час перепадів барометричного тиску в польоті.

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

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

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

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

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

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

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

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

скарги на погіршення стану здоров'я;

порушення передпольотного режиму роботи, відпочинку і харчування;

факт вживання алкоголю напередодні або в день польотів;

наявність гострого або загострення хронічного захворювання;

збільшення частоти або уповільнення пульсу, підвищення або зниження артеріального тиску, що виходять за межі індивідуальної фізіологічної норми;

підвищення температури тіла вище 36,9° С;

прийом лікарських засобів без призначення лікаря;

порушення психоемоційного стану.

Перераховані показання для відсторонення осіб ЛС і ГКрП від польотів (роботи за фахом) є абсолютними.

Додаток 8
до Правил медичного забезпечення польотів державної авіації
України
(пункт 3 глави 6 розділу II)

ОСОБЛИВОСТІ

організації різних видів харчування осіб льотного складу

I. Загальні положення

1. Застосовуються три основних види харчування осіб льотного складу (далі - ЛС):

повсякденне (передпольотне) харчування в наземних умовах;

бортове харчування під час тривалих польотів, що включає бортове водозабезпечення;

харчування та водозабезпечення в аварійних умовах.

2. У комплексі заходів щодо підготовки осіб ЛС до польотів особливе значення надається організації раціонального харчування.

II. Повсякденне харчування в наземних умовах

<http://yurist-online.org/>

1. Повсякденне харчування - це всі прийоми їжі протягом 24 годин до початку польотів та в процесі проведення польотів (особливо безпосередньо перед польотом).

Повсякденне харчування організовує продовольча служба на базі стаціонарної льотної їдальні. Безпосередньо перед польотами їжа може прийматися в їдальні та (або) на аеродромі (у спеціально визначених місцях). У льотній їдальні організовуються, як правило, основні прийоми їжі: сніданок, обід, вечеря, а на аеродромі - другі сніданки або вечері і за необхідності основні прийоми їжі.

Повсякденне (передпольотне) харчування є важливим засобом підвищення працездатності осіб ЛС у польоті та збереження його здоров'я.

2. Передпольотний сніданок (обід, вечеря) особи ЛС приймають в льотній їдальні за 1,5 - 2 години до вильоту. З метою недопущення висотного метеоризму в передпольотний раціон заборонено включати продукти, що сприяють підвищеному газоутворенню в кишечнику (боби, горох, квасоля, чечевиця, ячмінна та вівсяна крупи, кукурудза, редька, ріпа, гарбуз тощо).

Продукти рослинного походження, багаті на клітковину, вводяться в передпольотний раціон у суворо нормованих кількостях: не більше 200 грамів житнього хліба (вчорашньої випічки), не більше 100 грамів капусти, не більше 550 грамів картоплі, не більше 250 грамів інших овочів. Овочі повинні проходити термічну обробку. Не рекомендується перед польотом пити квас та холодну некип'ячену воду у великій кількості.

У добовому передпольотному раціоні не дозволяється робити заміну продуктів, що може спричинити збільшення вмісту в добовому пайку круп, житнього хліба, овочів. З метою зменшення газоутворення в кишечнику рекомендується використовувати в передпольотному харчуванні кисле молоко, кефір, ацидофілін, цибулю, часник, кріп, та інші продукти, що пригнічують газоутворюючу флору кишечника. Особливо доцільним є прийом цих продуктів на вечерю напередодні польотів.

Полівітамінні препарати, що входять до складу льотного пайка, приймаються під час передпольотного прийому їжі.

У передпольотний раціон включаються продукти, що легко перетравлюються та засвоюються і мають невеликий об'єм.

У передпольотне меню заборонено включати багаті жиром продукти для попередження можливих диспепсичних розладів.

Для збереження високого рівня працездатності під час льотної зміни безпосередньо на аеродромі через 4 години після передпольотного прийому їжі додатково видається другий сніданок (друга вечеря) з калорійністю близько 700 кілокалорій, що вміщує переважно поживні речовини, які легко перетравлюються та засвоюються, вуглеводи, жири та білки. До другого сніданку рекомендується включати білий хліб, цукор, сир, яйця, ковбасу, кисле молоко, шоколад, гарячий чай та каву.

3. Розподіл добового раціону за прийомами їжі для чотириразового харчування наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл добового раціону за прийомами їжі для чотириразового харчування (у відсотках від загальної калорійності льотного пайка)

Приєм їжі	Денні польоти		Нічні польоти
	з 15 до 17 години	з 8 до 9 години та з 14 до 15 години	
Перший сніданок	10 - 15	20 - 25	20 - 25
Другий сніданок	25 - 20	15 - 10	-
Обід	35 - 40	35 - 40	40 - 35
Перша вечеря	30 - 25	30 - 25	25 - 30
Друга вечеря	-	-	15 - 10

4. Другий сніданок (друга вечеря) видаються на аеродромі у перерві між польотами.

5. За умов жаркого клімату, коли мають місце високі показники температури повітря вдень, калорійність їжі, що приймається в найбільш спекотні години та збігається з інтенсивним льотним навантаженням, не повинна перевищувати 20 - 35 % загальної добової калорійності. Під час вечері у кінці робочого дня її можна збільшити до 36 - 40 %.

У разі триразового режиму харчування на сніданок повинно припадати близько 30 %, на обід - 50 %, на вечерю - 20 % загальної добової калорійності раціону.

6. З метою забезпечення раціонального харчування, запобігання харчовим отруєнням та токсикоінфекціям під час базування на аеродромах, не обладнаних стаціонарними харчоблоками, начальник медичної служби посилює контроль за санітарно-гігієнічним станом польових кухонь-їдалень, якістю продуктів та води, умовами їх зберігання, приготування та прийому їжі, а також за станом здоров'я персоналу польової кухні-їдальні.

7. У разі відсутності можливості приготування їжі з продуктів льотного пайка використовуються консервовані та концентровані продукти, що мають харчову цінність, аналогічну льотному пайку. У цих випадках передбачається триразове харчування. Добові раціони продуктів на заміну льотного пайка комплектуються відповідними підрозділами частин (установ) за рахунок продуктів, що надходять на поточне постачання, у суворій відповідності до встановлених норм. Раціони у вигляді сухих пайків комплектуються з розрахунку на дві, три або чотири особи. Заявку на необхідну кількість добових раціонів до відповідних підрозділів подає штаб (управління) частини (установи).

8. У разі відсутності польових кухонь-їдалень на аеродром доставляються армійські казанки (каструлі), ложки, виделки та ножі для відкривання консервів.

Для розігріву їжі доставляється сухе паливо з розрахунку 100 грамів на одну особу льотного складу на добу. Питна вода та вода для приготування їжі постачається тільки з перевірених джерел та відповідає встановленим вимогам.

9. Якщо харчування осіб ЛС здійснюється в пунктах громадського харчування, начальник медичної служби під час проведення передпольотного медичного огляду уточнює час прийому їжі та які продукти споживались.

III. Бортове харчування під час тривалих польотів, що включає бортове водозабезпечення

1. Бортові пайки комплектують у льотній їдальні спеціально призначені та проінструктовані особи. Продукти бортового пайка на один прийом їжі після зовнішнього огляду укладаються в пакети з плівки окремо на кожного члена екіпажу повітряного судна (далі - ПС). Укладка продуктів в один пакет на двох осіб і більше не дозволяється. У бортових пайках забороняється використовувати черствий хліб, прострочені

або забруднені продукти, а також негерметичні та сильно деформовані банки з м'ясними, м'ясо-рослинними консервами та соками, банки з ознаками бомбажу.

З метою забезпечення різноманітним харчуванням членів екіпажів ПС під час польотів тривалістю 8 годин і більше дозволяється проводити заміну окремих продуктів згідно з варіантами бортових пайків, що регламентуються керівними документами.

У льотній їдальні готують також гарячий чай і каву, розливають їх в індивідуальні або групові термоси та видають екіпажу в політ.

2. Бортові сумки з пайками та термоси доставляють на аеродром до вказаного в заявці часу і здають під розписку члену екіпажу ПС, який відповідає за організацію харчування в польоті. На ПС бортові пайки розміщують у призначених для цього місцях.

3. У польотах на значних висотах, коли надлишковий тиск у герметичній кабіні ПС не нижчий від барометричного тиску на висоті 5000 метрів, перед прийомом їжі та води екіпаж ПС повинен увімкнути безперервну подачу кисню та послабити кріплення кисневої маски праворуч. Після цього лівою рукою маска відокремлюється від обличчя, а правою рукою до рота підноситься їжа чи кухоль із чаєм (водою, соком). Після закінчення прийому їжі маска повертається на місце, підтягується до обличчя та вимикається безперервна подача кисню.

4. Під час польотів на значних висотах, коли надлишковий тиск у герметичній кабіні ПС дорівнює фактичному барометричному тиску на висоті 5000 метрів або нижчий від нього, екіпаж ПС приймає їжу та п'є виключно в кисневій масці (герметичному шоломі), що має клапан для харчування. У такі польоти видається спеціальний бортовий пайок (висотний), що складається з консервованих пюреподібних та рідких продуктів, упакованих в алюмінієві туби. Перед вживанням їжі з туби необхідно відкрутити ковпачок, зірвати захисну фольгу на горловині туби та накрутити на неї мундштук з парафінованого картону чи органічного скла. Після цього, тримаючи підготовлену вищезгаданим способом тубу, правою рукою ввести мундштук через клапан у масці до рота. Для запобігання забрудненню маски та підмаскового простору не треба сильно натискувати на тубу пальцями.

Після польоту маска та дихальні клапани очищуються від залишків їжі, а сама маска - перевіряється на герметичність.

5. За особою, яка приймає їжу чи п'є, спостерігає один з членів екіпажу ПС для того, щоб у випадку необхідності надати допомогу. Під час раптової розгерметизації кабіни необхідно негайно припинити прийом їжі, повернути маску на місце та відновити герметичність її прилягання до обличчя.

IV. Харчування та водозабезпечення в аварійних умовах

1. З метою збереження та підтримки працездатності на рівні, необхідному для виживання після аварійного приземлення (приводнення) в безлюдній місцевості, екіпажі ПС забезпечуються аварійними запасами. До складу цих запасів, крім засобів сигналізації та зв'язку, предметів першої необхідності та аптечки, включаються аварійні запаси їжі та води (водно-харчова група).

2. Медичний контроль за харчуванням і водозабезпеченням в аварійних умовах включає:

санітарно-гігієнічний контроль за якістю харчових продуктів і води, призначених для комплектування аварійних запасів;

контроль за правильним комплектуванням харчових груп аварійних запасів;

контроль за своєчасним поповненням аварійних запасів їжі та води.

3. Аварійні запаси їжі та води комплектуються згідно з чинним законодавством.

Санітарно-гігієнічний контроль за якісним станом харчових продуктів і води, що використовуються для комплектування аварійних запасів, здійснює начальник медичної служби, який під час комплектування перевіряє строки придатності продуктів, ознаки їх псування, цілісність упаковки, відсутність бомбажу.

Освіження продуктів, що входять до наборів аварійних запасів, проводиться після закінчення строків зберігання за планами командира частини (керівника установи), а також у разі встановлення повної або часткової неможливості використання продуктів.

V. Особливості організації харчування під час польоту за тривою

1. У разі неможливості забезпечення осіб ЛС гарячою їжею в період підготовки до польоту за тривою харчування організовується за рахунок спеціального набору продуктів.

2. Політ екіпажів натщесерце не допускається.

3. Комплекти наборів продуктів зберігаються у двох місцях: на продовольчому складі частини (установи) та в спеціальному приміщенні на аеродромі. Набори повинні бути готові до видачі в будь-який час доби.

4. Контроль за продуктами, що входять у комплект, здійснюється згідно з санітарно-гігієнічними вимогами (зовнішній вигляд, строк зберігання, цілість упаковки, відсутність бомбажу тощо).

VI. Особливості харчування осіб льотного складу з надлишковою масою тіла

1. В умовах частин (установ) виявлення осіб ЛС з надлишковою масою тіла здійснюється шляхом систематичного їх зважування, вимірювання окружності живота, товщини шкірної складки. Зміна цих показників об'єктивно відображає кількісну характеристику харчування.

Під час експертної оцінки маси, фізичного розвитку осіб ЛС використовується таблиця максимальної нормальної ваги чоловіків відповідно до нормативних документів, що регламентують питання льотно-лікарської експертизи.

2. Для осіб ЛС з тенденцією до систематичного збільшення маси тіла, коли вона тільки перевищує норму, але не досягає максимальної величини, основним завданням є стабілізація маси тіла. Для цього зменшується калорійність їжі, що вживається, та посилюється фізична активність (додатково до фізичної підготовки зайняття спортом, туризмом, здійснення тривалі прогулянки пішки тощо), організовується дієтичне харчування.

Підставою для організації дієтичного харчування є наказ командира частини (керівника установи), виданий на підставі рекомендації лікаря-терапевта під час проходження льотчиком чергової лікарсько-льотної комісії. Начальник медичної служби спільно з начальником продовольчої служби та кухарем-інструктором складає спеціальне меню-розкладку та затверджує його в командира частини (керівника установи).

3. У першу чергу зменшується добове вживання продуктів льотного пайка, що мають високу калорійність і містять переважно вуглеводи та жири: хліба пшеничного на 200 грамів, цукру на 50 грамів, масла вершкового на 40 грамів, шоколаду на 15 грамів. Калорійність добового раціону сягає при цьому 3845 кілокалорій на добу.

Якщо протягом тижня вага не стабілізувалась, із льотного пайка додатково виключається 100 грамів житнього хліба, 40 грамів макаронів, 25 грамів копчених м'ясних продуктів. Це дозволить зменшити калорійність добового раціону до 3480 кілокалорій.

Якщо протягом 7 - 10 днів не настало стійкої стабілізації ваги, у добовому раціоні зменшується вживання цукру ще на 20 грамів, хліба житнього на 100 грамів, масла вершкового на 10 грамів, рису (чи інших круп) на 30 грамів. Калорійність добового раціону зменшується приблизно до 2970 кілокалорій на добу.

4. Для контролю за динамікою зміни маси тіла проводяться зважування натщесерце не рідше ніж 1 - 2 рази на тиждень.

Заходи щодо зменшення маси тіла серед осіб ЛС з надлишковою масою тіла проводяться під постійним наглядом лікаря.

VII. Заходи медичної служби в разі виявлення атерогенних змін ліпідного обміну

1. У виникненні атерогенних змін ліпідного обміну найважливіша роль належить жировій та вуглеводній складовим раціону харчування (співвідношення між поліненасиченими та насиченими жирними кислотами, простими і складними вуглеводами та кількістю вжитого з їжею холестерину). Приведення у відповідність співвідношень між основними харчовими речовинами та їх компонентами за умови адекватності фактичного харчування енерговитратам людини сприяє нормалізації атерогенних змін ліпідного обміну.

У разі виявлення атерогенних змін ліпідного обміну призначається дієтичне харчування.

2. Дієтичне харчування призначає начальник медичної служби. Показаннями до призначення такого харчування є:

підвищений вміст у плазмі крові одного чи декількох показників ліпідного обміну: холестерину, тригліцеридів, β -ліпопротеїдів, пре- β -ліпопротеїдів;

знижений вміст у плазмі крові α -ліпопротеїдів;

надлишкова маса та ожиріння;

коефіцієнт атерогенності.

3. Під час приготування страв і відпрацювання меню-розкладки враховується часткова заміна одних продуктів іншими. Рекомендуються такі заміни: 50 грамів пшеничного хліба з борошна I гатунку на 38 грамів борошна пшеничного I гатунку; 10 грамів рису на 10 грамів макаронних виробів; 10 грамів вершкового масла на 15 грамів олії; 15 грамів сметани на 100 грамів молока; 20 грамів молока згущеного з цукром на 100 грамів молока; 1/2 яйця на 40 грамів сиру; 50 грамів цукру на 165 грамів свіжих фруктів; 25 грамів картоплі на 5 грамів картопляного крохмалю; 100 грамів хліба житнього на 20 грамів свіжих фруктів; 100 грамів пшеничного хліба на 40 грамів свіжих фруктів. Особам з максимальним ступенем ризику розвитку атеросклерозу (коефіцієнт атерогенності вище 6,5 одиниць) та ожирінням показане постійне дієтичне харчування.

4. Особам з вираженими атерогенними змінами ліпідного обміну та надлишковою масою тіла рекомендовано періодично (тривалістю 1 місяць і не менше 4-х разів на рік) користуватися дієтичним харчуванням та приймати полівітаміни.

5. За відсутності у начальника медичної служби інформації щодо показників, зазначених у пункті 2 цього розділу, дієтичне харчування призначається усім особам ЛС 2 рази на рік тривалістю 1 місяць: у весняно-літній період і у період напруженої бойової підготовки (підготовки за призначенням).

Додаток 9
до Правил медичного забезпечення польотів державної авіації
України
(пункт 1 глави 7 розділу II)

ЗРАЗКИ

ТИПОВИХ КОМПЛЕКТІВ ПОЛЬОТНОГО ОБМУНДИРУВАННЯ

N з/п	Назва комплекту та рекомендований діапазон температур його використання	Склад комплекту	Рівень теплоізоляції в умовних одиницях (КЛО)
1	Літній (20° С і вище)	Куртка та штани літні, труси та майка (білизна шовкова), черевики полегшені, шкарпетки бавовняні, шлемофон літній, рукавички шевретові	0,7 - 1,0
2	Літній утеплений (10 - 20° С)	Куртка та штани літні, куртка шевретова, труси та майка (білизна шовкова), черевики полегшені, шкарпетки бавовняні, шлемофон літній, рукавички шевретові	1,0 - 1,5
3	Демісезонний полегшений (5 - 15° С)	Куртка та штани літні, куртка шевретова з підстібкою, труси та майка (білизна шовкова), черевики полегшені, шкарпетки вовняні, шлемофон літній, рукавички шевретові	1,3 - 1,8
4	Демісезонний (5 - 0° С)	Куртка та штани літні, куртка демісезонна, білизна вовняна, черевики польотні, шкарпетки вовняні, шлемофон літній, рукавички шевретові	1,8 - 2,3

5	Демісезонний утеплений (0 - -5° С)	Куртка літня, куртка шевретова, штани демісезонні, білизна вовняна, черевики польотні, шкарпетки вовняні, шкарпетки бавовняні, шлемофон зимовий, рукавички хутряні	2,3 - 2,8
6	Зимовий полегшений (-5 - -15° С)	Куртка літня, куртка хутрова, штани демісезонні, білизна вовняна, черевики польотні, шкарпетки бавовняні, светр вовняний, шкарпетки хутрові, шлемофон зимовий, рукавички хутряні	2,8 - 3,3
7	Зимовий (-10 - -20° С)	Куртка літня, куртка хутрова, штани хутрові, білизна вовняна, светр вовняний, унти хутряні, шкарпетки бавовняні, шкарпетки вовняні, шлемофон зимовий, рукавички хутряні	3,0 - 3,5
8	Зимовий утеплений (-20° С і нижче)	Куртка шевретова, куртка хутряна, штани хутряні, білизна вовняна, светр вовняний, унти хутряні, шкарпетки бавовняні, шкарпетки хутряні, рукавички хутряні	3,5 - 4,0

Примітки:

1. КЛЮ - умовна одиниця теплоізоляції одягу. Забезпечує комфортні умови теплообміну для сидячої людини, яка знаходиться в стані спокою, за температури повітря 21° С, відносної вологості не вище 50 % і швидкості руху повітря 0,1 м/с. Такою теплоізоляцією володіє повсякденний одяг офіцера (кітель, штани, сорочка, майка, труси).

2. Вказані комплекти розраховані на перебування в них людини, що виконує фізичну роботу на відкритому повітрі зі швидкістю його руху 5 м/с і більше протягом 2 годин. За потреби більш тривалого перебування в цих умовах або в разі перебування людини в стані спокою слід застосовувати комплект з більш високим рівнем теплоізоляції.

Під час незначного вітру зі швидкістю його руху 2 - 3 м/с або виконання інтенсивної фізичної роботи повинен використовуватись комплект із меншою теплоізоляцією.

Висотний компенсуючий костюм (далі - ВКК) підвищує теплоізоляцію польотного обмундирування на 0,5 КЛО. Під час використання в поєднанні з демісезонним або зимовим комплектом може бути виключений один із таких елементів, як підстібка до куртки шевретової, светр або куртка літня.

Морський рятувальний комплект (далі - МРК), військово-морський рятувальний комплект (далі - ВМРК) без ВКК мають теплоізоляцію 2,4 - 2,5 КЛО, а з ВКК - 2,9 - 3,0 КЛО. МРК (ВМРК) як ізолюючий засіб суттєво впливає на теплообмін людини за усім діапазоном температур оточуючого середовища (знижає виділення поту з поверхні шкіри й одягу). Тому для збереження теплоізоляційних якостей спорядження в зимовий час і недопущення перегрівання організму в літній час потрібна вентиляція підкостюмного простору МРК (ВМРК) у наземних умовах.

За відсутності засобів вентиляції час перебування в МРК (ВМРК) у наземних умовах не повинен перевищувати 15 - 20 хвилин.

Додаток 10
до Правил медичного забезпечення польотів державної авіації
України
(пункт 7 глави 9 розділу II)

МЕТОДИ

відновлення функціонального стану і працездатності льотного складу

Професійна діяльність льотного складу супроводжується значними нервовими навантаженнями, інколи проходить на фоні більш або менш вираженої втоми, що потребує значного часу для нормалізації функцій організму після польотів. З метою швидкого відновлення функціонального стану і підвищення працездатності членів льотних екіпажів використовується комплекс заходів і засобів психологічного та фізіологічного впливу. Коротка характеристика цих заходів і засобів, а також порядок їх використання наведено нижче.

1. Контрастний температурний вплив

Контрастний температурний вплив (сауна) є одним із фізіотерапевтичних заходів, під час якого сухе тепло з наступним охолодженням і релаксацією здійснює комплексну відновлювальну дію на організм. Сауна призначена для відновлення психофізіологічного стану організму після фізичних і психічних навантажень, зняття надмірної нервово-емоційної напруги, прискорення адаптації до умов жаркого клімату. Основними показаннями для її призначення є перевтома, астеничний стан і порушення сну. Перебування в сауні дозується індивідуально. Допуск до лазневої процедури здійснює лікар на підставі результатів медичного контролю. Перед тим, як зайти в парильне приміщення,

необхідно прийняти теплий душ (35 - 38° С) протягом 3 - 4 хвилин, але не мочити голову і не митись з милом. Температура повітря в сауні повинна бути в межах 70 - 90° С за вологості 10 - 15 %.

Під час прийому сауни проводиться 2 - 3 відвідування парильного приміщення протягом 8 - 10 хвилин (до появи помітного потовиділення і почервоніння шкіри). Між відвідуваннями влаштовується перерва 3 - 5 хвилин, яка використовується для відпочинку, масажу або загартовування організму (прийом прохолодного душу, купання в басейні тощо). Сауна завершується в душовій з миттям тіла милом і подальшим відпочинком у положенні лежачи або сидячи протягом 40 - 60 хвилин. Користуватися сауною рекомендується не частіше одного - двох разів на тиждень.

Про її позитивну дію на організм свідчать міцний сон, хороший апетит, покращення самопочуття і підвищення працездатності, негативна дія проявляється безсонням, млявістю, головним болем.

Абсолютними протипоказаннями для прийому сауни є гострі стадії всіх хвороб або загострення хронічних захворювань, які супроводжуються підвищенням температури тіла, а також гіпотонічним і гіпертонічним станом будь-якого генезу, відносними протипоказаннями - надмірні фізіологічні та психічні навантаження, що викликають перевтому. У разі передозування часу прийому сауни можливі запаморочення та тепловий удар.

2. Електротранквілізація центральної нервової системи

Метод призначений для дії на центральну нервову систему (далі - ЦНС) імпульсними струмами (за допомогою приладу "ЛЕНАР") для досягнення ефекту електротранквілізації. При цьому в лобних долях головного мозку створюються ділянки депресії, що сприяє зменшенню збудження емоційних зон гіпоталамуса і зниженню надходження нервових імпульсів із периферії. Метод застосовується для прискореного відновлення зміненого функціонального стану та працездатності, профілактики надмірного нервово-психічного напруження, явищ десинхронізації і вегето-судинної нестійкості.

Під час проведення електротранквілізації ЦНС льотчик перебуває в лежачому стані на спині або в положенні сидячи. На 15 - 20-шарові марлеві пов'язки (4 x 4 см), попередньо зволожені водою або 4 % розчином соди, накладають електроди: на ділянці чола - роздвоєний катод; під соскоподібними відростками - роздвоєний анод. Електроди не повинні безпосередньо торкатись шкіри.

Перед початком сеансу всі регулятори приладу "ЛЕНАР" встановлюють у крайнє ліве положення, потім у режимі перемінної скважності виставляється частота проходження імпульсів 1000 Гц тривалістю 0,2 мс. Після вмикання приладу в мережу поступово збільшується вихідна напруга струму до появи поколювання або тепла в місцях встановлення електродів. Величина сили струму в ланцюгу пацієнта в межах 0,3 - 1,0 мА залежно від функціонального стану і індивідуальної вразливості до електричного струму. Тривалість сеансу 30 - 60 хвилин. Після

закінчення процедури вихідна напруга плавно зменшується, регулятори частоти і тривалості імпульсів переводяться в крайні ліві положення. Прилад вимикається.

Про ефективність методу електротранквілізації роблять висновок при підвищенні настрою, покращенні самопочуття, появі свіжості, бадьорості, нормалізації частоти пульсу і артеріального тиску.

Протипоказаннями є запальовальні, травматичні і органічні порушення ЦНС, психічні захворювання, пошкодження органів зору та підвищена індивідуальна чутливість до електричного струму.

3. Електростимуляція нервово-м'язового апарату

Метод призначений для профілактики м'язового дискомфорту, зняття напруження та підвищення загальної працездатності льотного складу і ґрунтується на загальнофізіологічних принципах дії на нервово-м'язовий апарат слабого електричного струму, що зумовлює природне скорочення м'язів. Застосовується серійний малогабаритний двоканальний електростимулятор індивідуального користування "Міоритм-021", обладнаний автономним живленням. Форма імпульсів струму асиметрична, біполярна з нульовою постійною складовою. Тривалість циклу "збудження - розслаблення" 2,4 та 8 секунд відповідно, девіація частоти від 24 ± 10 до 120 ± 10 Гц, амплітуда вихідного сигналу від 0 до 100 ± 10 мА. Маса апарату - 400 грамів, розміри - 152 x 115 x 35 мм.

Основними показаннями для використання методу електростимуляції є м'язовий дискомфорт, нервово-психічна напруженість, сонливість та втома. Пари електродів, попередньо зволожені водою, накладають на поперек, сідничну ділянку, стегна або гомілки, фіксують еластичними стрічками і з'єднують за допомогою провідників із приладом. Електроди щільно прилягають до тіла, міжелектродна ділянка розміром не менше 2 см повинна бути сухою.

Перед сеансом перевіряють роботу приладу, для чого виводять у крайнє ліве положення регулятори амплітуди, вмикають живлення, контролюючи при цьому загоряння індикатора живлення. Після цього встановлюють переривчастий режим електростимуляції і необхідну величину сигналу за допомогою регулятора амплітуди.

Використовуються два варіанти електростимуляції нервово-м'язового апарату льотчика: активуючий та релаксуючий. При активуючому, що проводиться на фоні перевтоми, призначають 10 - 15-хвилинні сеанси електростимуляції з тривалістю циклу "збудження - розслаблення" 2 секунди в надпороговому режимі (відчутне скорочення м'язів). Релаксуючий варіант призначений для зняття напруги і передбачає 1 - 3-годинні сеанси електростимуляції в підпороговому режимі (на рівні вібромасажу м'язів) з тривалістю циклу "збудження - розслаблення" 8 секунд.

4. Масаж біологічно активних точок шкіри підошовних поверхонь стоп

Метод масажу біологічно активних точок шкіри призначений для прискореного відновлення зміненого функціонального стану і працездатності, профілактики надмірної нервово-психічної напруги і вегето-судинної нестійкості. З цією метою використовується тренажер-масажер "Колібрі" (бігова доріжка). Заняття проводяться у двох режимах:

режим імітації бігу з одночасним масажем ступні: людина, опираючись обома руками на поручень, здійснює біг на місці;

режим масажу в різних положеннях тіла (наприклад, сидячи на стільці, стоячи на біговій доріжці); в положенні стоячи масаж виконується простим скочуванням "під гірку" або поперечним ковзанням ступнів ніг без відриву носків і п'яток (вперед - назад).

Оволодівши запропонованими способами занять на тренажері, можна використовувати інші комбінації рухів і видів масажу, постійно збільшуючи навантаження.

Для занять на тренажері рекомендується використовувати взуття з тонкою гладкою підошвою. Крім того, для запобігання великих навантажень на стопу масажні рухи виконуються в положенні сидячи на стільці.

Додаток 11
до Правил медичного забезпечення
польотів державної авіації України
(пункт 5 глави 9 розділу II)

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА

втоми, перевтоми та хронічної втоми осіб льотного складу та методика діагностики і профілактики цих функціональних станів

I. Загальна характеристика втоми, перевтоми та хронічної втоми

Серед усіх професійно значущих функціональних станів осіб льотного складу (далі - ЛС) особливе місце займають такі стани як втома, перевтома та хронічна втома, оскільки їх діагностика та профілактика є головними завданнями в роботі начальника медичної служби щодо збереження життя та здоров'я зазначеного контингенту, забезпечення безпеки польотів авіації.

Причинами розвитку зазначених станів серед осіб ЛС є внутрішні (генетично детерміновані) та зовнішні чинники. До останніх належать:

- інтенсивність (напруженість), складність і тривалість професійного навантаження в процесі виконання польотів, бойових чергувань, наземної підготовки тощо;
- негативний вплив незвичних умов професійної діяльності;
- порушення організації (режиму) праці та відпочинку;
- негативний вплив захворювань, шкідливих звичок;
- негативний вплив соціально зумовлених факторів (соціально-професійних, соціально-побутових, соціально-економічних).

1. Втома

Інтенсивна, складна чи тривала робота, до якої належить праця льотчиків, завжди призводить до розвитку втоми, що є наслідком недостатності процесів відновлення та неможливості заповнення фізіологічних витрат, викликаних роботою на тлі несприятливих умов професійної діяльності. Повне відновлення, як правило, повинне відбуватися після закінчення роботи та подальшого регламентованого відпочинку. Тому можна вважати, що зрушення, викликані розвитком втоми, зворотні.

На жаль, навіть у сучасних нормативних документах і науковій літературі відсутній повний перелік і загальноприйняті визначення термінів, пов'язаних з втомою. Саме тому для більш чіткого розуміння суті проблеми доцільно уточнити деякі з них.

Втома - це сукупність тимчасових змін у фізіологічному та психологічному стані людини, що розвиваються в результаті напруженої чи тривалої діяльності і призводять до погіршення кількісних і якісних показників роботи, зниження функціональних резервів організму, розладу координації фізіологічних функцій, що підвищують фізіологічну вартість роботи.

Стомленість - це суб'єктивне, емоційно забарвлене відчуття втоми, що відображає сукупність змін фізичних, біохімічних і психофізіологічних функцій, що виникають під час тривалої чи інтенсивної роботи. Таке відчуття викликає бажання або припинити, або знизити робоче навантаження, що є необхідним психологічним механізмом для попередження перевантажень, викликаних роботою. Інтенсивність стомленості не завжди жорстко корелює зі ступенем розвитку втоми. На її прояв частіше за все впливає емоційний настрій, мотивація та вольові зусилля, що визначаються значимістю цієї роботи та відчуттям відповідальності за досягнення заданого результату.

Стомлюваність - це властивість організму в цілому чи окремих його частин піддаватись розвитку втоми. Вона залежить від ступеня адаптації людини до визначеного виду діяльності, його фізіологічних резервів, тренуваності, фізичного та психофізіологічного стану, рівнів мотивації та нервово-емоційної напруги, наявності професійних навичок і умінь.

Стомлення - це стан усього організму чи окремих його частин, що відповідає визначеному рівню розвитку втоми.

Втома буває загальною та локальною. Її розвиток є наслідком тимчасового зниження працездатності організму в цілому (загальна втома) або окремих його систем і органів (локальна втома). Однак оскільки організм - це єдине ціле, межі між цими різновидами втоми умовні і нечіткі. Крім того, вид трудової діяльності відбивається на характері розвитку втоми, тому функціональні зміни спочатку локалізуються переважно в ланках, що несуть найбільше навантаження в забезпеченні діяльності людини.

Залежно від виду роботи, яка виконується, можна розрізнити втому розумову, фізичну, емоційну тощо, розходження між якими визначається співвідношенням глибини функціональних змін у різних аналізаторах, фізіологічних системах, відділах центральної нервової системи тощо. В авіації втома осіб льотного складу зазвичай носить змішаний характер.

Втома, що розвивається в процесі льотної діяльності, - нормальний фізіологічний пристосувальний феномен, на основі якого формуються й удосконалюються робочі навички, фізіологічна та біохімічна адаптація організму тощо. Поява такої захисної реакції пов'язана з необхідністю захисту функціональних систем організму від глибоких негативних зрушень і водночас забезпечує можливість швидкого відпочинку для подальшого продовження роботи. За межами цього стану розвиваються граничні (перевтома та хронічна втома) та патологічні (невроз) стани, що надзвичайно шкідливі для організму льотчиків.

Втома є складним динамічним процесом, що проходить ряд етапів свого розвитку.

Початковий етап розвитку втоми характеризується цілком адекватною системною відповіддю організму, що обумовлює реалізацію обраної стратегії діяльності. Як результат - продуктивність діяльності залишається без змін, хоча її фізіологічна та психологічна "вартість" поступово зростає.

Наступний основний етап розвитку втоми формується на тлі видимого погіршення діяльності, що характеризується появою різного роду помилок. Особливістю цього етапу є стрибкоподібний характер змін психофізіологічних функцій, що забезпечують діяльність. Фізіологічні ефекти супроводжуються трансформацією психічних процесів (мотиваційної та емоційної сфери) і зміною професійних поведінкових реакцій. Локальне стомлення переходить у системне.

Особливістю кінцевого етапу розвитку втоми є повне виснаження всіх наявних функціональних резервів регуляції організму. Цей етап характеризується неухильним лавиноподібним погіршенням його функціонування, що свідчить про розпад системи забезпечення професійної діяльності. У цьому випадку спостерігається припинення діяльності.

На сьогоднішній день діагностика розвитку втоми здійснюється на основі суб'єктивних і об'єктивних її ознак.

До суб'єктивних ознак розвитку втоми належить розвиток у кінці робочого дня (льотної зміни) стомленості, оскільки в основі будь-якого суб'єктивного переживання обов'язково лежать об'єктивні процеси в організмі людини (фізичні, біохімічні, психофізіологічні тощо). Існує навіть думка, що втома - це особливий, своєрідно пережитий психологічний стан, який характеризується:

відчуттям слабкості, сонливості, розбитості, важкості в голові та кінцівках, в'ялості (людина відчуває, що не в силах підтримувати необхідну інтенсивність роботи, навіть коли продуктивність праці ще не падає);

розладом уваги;

порушенням психомоторної сфери, що позначається уповільненням і хаотичністю рухів;

погіршенням пам'яті та мислення;

ослабленням волі тощо.

Зазвичай перші ознаки стомленості проявляються через 30 - 40 хвилин після завершення польоту, оскільки під час польоту вони маскуються нервово-емоційним напруженням.

До об'єктивних ознак розвитку втоми належать:

зниження в кінці робочого дня (льотної зміни) рівня працездатності;

посилення вегетативної складової робочих навичок, їх регрес;

порушення координації рухів;

уповільнення психічних процесів і психомоторних реакцій;

<http://yurist-online.org/>

повна або часткова втрата автоматичності дій;

утруднюється ведення радіопереговорів: з'являються дефекти мовлення, викривлення та уповільнення команд і доповідей;

виникнення ілюзій і порушення просторової орієнтації під час польотів у складних метеорологічних умовах;

розвиток нервово-емоційної напруженості;

невірна оцінка часових інтервалів на фоні нав'язаного темпу роботи в умовах відносного дефіциту часу;

виникнення гіпнотичних фаз і функціональних блоків під час тривалих та/або нічних польотів;

лабільність пульсу та артеріального тиску тощо.

2. Перевтома

Перевтома - це сукупність стійких несприятливих для здоров'я функціональних порушень в організмі людини, які виникають внаслідок інтенсивної, тривалої (дні, тижні) діяльності та характеризуються різким зменшенням функціональних резервів організму, що не зникають за час відпочинку між добовими та тижневими періодами роботи. Таким чином, перевтома - це граничний стан, що розвивається під час накопичення несприятливих зрушень функціонального стану, коли відновлювальні процеси недостатні для повної нормалізації функцій організму та його працездатності.

Ознаками розвитку перевтоми осіб ЛС є наявність ознак втоми на початку робочого дня (льотної зміни), які в подальшому проявляються у більш вираженій формі. Крім того, відзначаються виражені ознаки порушення сну (важкість засипання та пробудження, поверхневий і неспокійний сон), дратівливість, зниження або відсутність апетиту, запаморочення. Спостерігаються порушення пам'яті, збільшення кількості помилок під час виконання завдань, розлади емоційної сфери. Зазначені прояви носять мало специфічний характер. Їх важко відрізнити від доклінічних проявів багатьох захворювань. Нерідко під час огляду авіаційні лікарі діагностують такі функціональні порушення, як астеновегетативний синдром і вегето-судинна дистонія.

Відновлення функціонального стану організму можливе за умов відсторонення осіб ЛС від польотів і тривалого (протягом до 10 діб) відпочинку з використанням заходів і засобів медико-психофізіологічної корекції та реабілітації в умовах профілакторію ЛС.

3. Хронічна втома

Хронічна втома - це сукупність стабільних морфофункціональних змін, які повільно накопичуються за тривалий проміжок часу (тижні, місяці, роки) в результаті професійної діяльності людини та характеризуються поступовим виснаженням функціональних резервів, наявністю стійких системних та неспецифічних за своєю природою психічних і фізіологічних порушень її організму. По суті хронічна втома є граничним з патологією та неврозами функціональним станом, що виникає в результаті багаторазового впливу інтенсивного професійного навантаження та характеризується наявністю суб'єктивних і об'єктивних ознак втоми до початку роботи (польотів), вираженого напруження фізіологічних систем, а також значного зниження рівня працездатності, яке виходить за межі професійно допустимого.

Причинами розвитку хронічної втоми є перевищення нормативів професійного навантаження та інтенсивне професійне навантаження протягом тривалого часу на тлі особливостей професійної діяльності осіб ЛС.

Сприяють розвитку хронічної втоми відсутність умов для повноцінного регламентованого відпочинку, невідповідність умов професійної діяльності можливостям льотчика, наявність захворювань тощо.

Хронічна втома характеризується наявністю виражених ознак стомленості на початку та протягом робочого дня (льотної зміни), підвищеною дратівливістю, втратою інтересу до льотної роботи та оточуючого середовища, втратою апетиту та зменшенням маси тіла, зниженням стійкості організму до інфекційних захворювань. Під час клінічного обстеження часто виявляються оральні феномени (центральный парез м'язів, відхилення язика при висовуванні вправо), підвищення рефлексів на кінцівках (більше справа), зниження черевних рефлексів (більше справа), зниження тактильної чутливості, нестійкість у позі Ромберга, посилення пітливості, більш стійкий дермографізм. Під час психофізіологічного обстеження визначається зниження показників психофізіологічних функцій, яке виходить за межі професійно допустимого, діагностуються виражені астеновегетативний синдром і вегето-судинна дистонія тощо.

Оскільки хронічна втома є передпатологічним станом, то вона потребує лікування осіб ЛС та проведення комплексу реабілітаційних заходів в умовах спеціалізованих лікувально-профілактичних і реабілітаційних закладів охорони здоров'я.

II. Діагностика

Для діагностики втоми (перевтоми, хронічної втоми) використовуються методи оцінки її суб'єктивних і об'єктивних ознак.

Серед методів оцінки суб'єктивних ознак втоми найбільше поширення одержали методи спостереження, спілкування, суб'єктивного шкалювання та різноманітні опитувальники.

Однак необхідно враховувати, що суб'єктивна оцінка наявності втоми істотно залежить від мотивації, зацікавленості у роботі, що виконується, а також від таких зовнішніх факторів, як рівень домагань і ступінь відповідальності під час виконання польотних завдань. Крім

<http://yurist-online.org/>

того, означені оцінки пов'язані зі складністю виконуваної діяльності, тому оцінка втоми виключно за результатами суб'єктивного звіту може не цілком відбивати дійсний стан справ. Для одержання повної характеристики розвитку втоми суб'єктивну оцінку необхідно доповнювати результатами, отриманими під час використання об'єктивних психофізіологічних методик.

До методів оцінки об'єктивних ознак втоми слід віднести методи визначення змін працездатності або характеру виконання роботи та змін у різних органах і системах організму людини.

Для оцінки рівня працездатності використовуються спеціальні тести з виконанням контрольних завдань: розумові (коректурні таблиці тощо) і м'язові (визначення статичної витривалості тощо).

Для оцінки рівня змін у різних органах і системах організму людини використовуються фізіологічні (електроенцефалографія, електрокардіографія тощо), психофізіологічні (визначення часу психомоторної реакції, критичної частоти мерехтінь тощо) та лабораторні (визначення гормонального дзеркала в рідких середовищах організму) методи дослідження.

Приклад диференційної оцінки показників розвитку втоми, перевтоми та хронічної втоми на основі суб'єктивних і об'єктивних їх ознак наведено у таблиці.

Комплексні оцінки показників розвитку втоми, перевтоми та хронічної втоми

Показники	Втома	Перевтома	Хронічна втома
Причини виникнення	Тривале та інтенсивне льотне навантаження, нічні польоти, польоти в складних метеорологічних умовах	Багатократний вплив тривалого та інтенсивного льотного навантаження, нічних польотів, польотів в складних метеорологічних умовах	Багатократний вплив тривалого та інтенсивного льотного навантаження на фоні зміненого стану організму
Ефективність і	Знижуються в кінці	Суттєво знижуються	Різко знижуються

якість льотної діяльності	робочого дня (льотної зміни)	протягом робочого дня (льотної зміни), супроводжуються втратою автоматичності та регресом льотних навичок	протягом робочого дня (льотної зміни) аж до припинення виконання польотного завдання
Професійна активність	Незначно погіршується в кінці робочого дня	Суттєво погіршується протягом робочого дня (льотної зміни)	Різко погіршується протягом робочого дня (льотної зміни)
Ставлення до польотів	Нормальне	Зниження зацікавленості, відчуття невпевненості	Втрата зацікавленості, байдужість, зниження обачності та пильності в польоті
Самопочуття	Стомленість після польотів, відчуття в'ялості, розбитості	Постійна стомленість протягом польотів, загальна слабкість	Постійна стомленість без навантаження, апатія, дратівливість, втрата апетиту, біль в ділянці серця
Сон	Не порушений	Утруднене засипання і пробудження, переривчастий сон	Безсоння вночі та сонливість вдень
Функціональні зміни	Зниження показників функціонального стану в кінці	Виражене зниження показників функціонального стану	Різке зниження показників функціонального стану

	робочого дня (льотної зміни) (психофізіологічних, клінічних)	протягом робочого дня (льотної зміни) (психофізіологічних, клінічних тощо)	протягом польоту, робочого дня (льотної зміни), виражене протягом тижня, місяця
Заходи щодо відновлення функціонального стану	Регламентований післяпольотний відпочинок	Тривалий відпочинок до 10 днів	Лікування та медична реабілітація

III. Профілактика

Попередження виникнення втоми (перевтоми та хронічної втоми) серед осіб ЛС є одним з основних завдань діяльності начальника медичної служби щодо медичного забезпечення польотів державної авіації. Основні заходи профілактики зазначених станів:

удосконалення медичного та психофізіологічного відбору на льотну роботу та раціональний розподіл осіб ЛС: застосування сучасних методів і способів оцінки та прогнозування стану здоров'я і психофізіологічного стану для підвищення ефективності добору в льотні професії та призначення на відповідні посади осіб, які за своїми професійно важливими якостями відповідають вимогам професії;

оптимізація умов професійної діяльності осіб ЛС: забезпечення дотримання режиму праці, відпочинку та харчування, оптимізація робочого місця льотчика, правильний розподіл функціональних обов'язків, формування нормального психологічного клімату в колективі та сім'ї, забезпечення регулярних занять із фізичної та тренажерної підготовки, нормування та диференціювання професійного навантаження;

динамічний контроль за станом здоров'я та психофізіологічним станом осіб ЛС: моніторинг показників стану здоров'я та психофізіологічних функцій під час чергових і позачергових медичних оглядів, своєчасне виявлення осіб з початковими стадіями захворювань і погіршенням психофізіологічних функцій, проведення своєчасних заходів корекції та лікування;

оптимізація функціонального складу осіб ЛС: застосування під час тривалих польотів природних стимуляторів (чаю, кави, шоколаду), оволодіння методикою аутогенного тренування, використання фізичних засобів управління функціональним станом (сауна, лазня контрастний душ, масаж, загартовування), вітамінізація харчового раціону та прийом полівітамінних препаратів перед польотом;

своєчасне направлення осіб ЛС на відпочинок у профілакторії.

Важливе значення для профілактики розвитку втоми (перевтоми та хронічної втоми) серед осіб ЛС має правильний вибір тактики прийняття рішення начальником медичної служби.

Зокрема, за умов виявлення ознак втоми начальник медичної служби ставить перед командуванням (керівництвом) питання щодо звільнення осіб ЛС від подальшого виконання польотів.

За умови виявлення ознак перевтоми начальник медичної служби ставить перед командуванням (керівництвом) питання щодо відсторонення осіб ЛС не тільки від польотів, а й від виконання службових обов'язків з подальшим направленням їх у профілакторій ЛС для активного відпочинку.

За умови виявлення ознак хронічної втоми з вираженими симптомами функціональних розладів начальник медичної служби ставить перед командуванням (керівництвом) питання щодо відсторонення осіб ЛС від польотів та виконання службових обов'язків з подальшим направленням їх на стаціонарне обстеження, лікування та проведення заходів медичної реабілітації в лікувально-профілактичних та реабілітаційних закладах охорони здоров'я.

Додаток 12
до Правил медичного забезпечення
польотів державної авіації України
(пункт 7 глави 9 розділу II)

РЕКОМЕНДАЦІЇ
щодо санітарно-гігієнічних заходів медичної служби із забезпечення працездатності осіб льотного складу, групи керівництва польотами та інженерно-технічного складу

I. Загальні положення

<http://yurist-online.org/>

Санітарно-гігієнічні заходи щодо забезпечення працездатності авіаційного персоналу проводяться відповідно до Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", інших нормативних актів, санітарних норм та правил.

Санітарно-гігієнічні заходи медичного спрямування виконуються медичною службою частин (установ) та державною санітарно-епідемічною службою центральних органів виконавчої влади та Збройних Сил України і поділяються на первинні та кваліфіковані.

Первинні заходи виконуються медичною службою частин (установ) та включають в себе контроль за виконанням гігієнічних норм і санітарних правил, проведення заходів, спрямованих на оздоровлення умов праці осіб льотного складу, групи керівництва польотами та інженерно-технічного складу.

Кваліфіковані заходи здійснюються санітарно-епідемічною службою центральних органів виконавчої влади та Збройних Сил України і включають у себе проведення лабораторних та інструментальних досліджень з метою визначення впливу умов праці на стан здоров'я осіб льотного складу, групи керівництва польотами та інженерно-технічного складу.

У цьому додатку наведено дії факторів навколишнього середовища, що впливають на працездатність осіб льотного складу, групи керівництва польотами та інженерно-технічного складу під час виконання польотів та обслуговування авіаційної техніки.

II. Санітарно-гігієнічні умови діяльності льотного складу

1. Шум

Під час впливу звуку або шуму на слухову систему виникає підвищення порогів слуху. Якщо в найближчі хвилини після закінчення цього впливу порогові слуху відновлюються до вихідного рівня, то таке явище розглядається як компенсаторно-приспосувальна реакція. Тривалий вплив шуму особливо великої інтенсивності впливає практично на всі системи організму.

Існують певні відмінності під час дії на організм людини високочастотних і низькочастотних шумів. Тривала дія високочастотного шуму викликає запаморочення, головний біль, біль в ділянці серця, дратівливість, підвищену стомлюваність, тремор пальців рук, гіпергідроз. Судинні зміни полягають в уповільненні тканинного кровотоку, зміні тонусу центральної артерії сітківки ока, спазмі капілярів, уповільненні внутрішньошлуночкової провідності. Вплив низькочастотного шуму проявляється у зниженні величини умовного рефлексу, подовженні його "прихованого" періоду, зниженні рухливості нервових процесів у корі головного мозку.

Профілактика професійного зниження слуху в осіб льотного складу включає:

- 1) інженерно-технічні заходи, спрямовані на усунення шуму або зниження його рівня на робочих місцях;
- 2) дотримання режиму праці та відпочинку - "захист часом";
- 3) використання засобів, що знижують шкідливу дію шуму на слух (вітаміни, полівітамінні препарати тощо).

У разі виявлення навіть найбільш ранніх ознак зниження слуху поряд із загальними гігієнічними заходами рекомендується профілактичне лікування за допомогою лікарських засобів, що поліпшують кровопостачання мозку, вітамінних препаратів та біостимуляторів (вітаміни А, Е, В, В₆, В₁₅, алое).

Інженерно-технічні заходи. Розрізняють індивідуальні та колективні засоби. До найбільш простих і економічних засобів належать індивідуальні протишуми:

вкладиші, що перекривають зовнішній слуховий прохід;

наушники, що закривають вушну раковину;

шоломи, що закривають вушну раковину і частину голови;

шумозахисне спорядження.

Протишумові вкладиші і наушники забезпечують захист від шумів інтенсивністю до 110 дБ (послаблюють шум на частоті 1000 Гц на 20 - 25 дБ). Наушники і протишумові шоломи забезпечують захист від шумів інтенсивністю до 110 - 125 дБ (послаблюють шум на частоті 1000 Гц не менше 30 - 35 дБ).

2. Вібрація

Вібрації в польоті спричиняють несприятливу дію на організм людини, викликаючи передчасний розвиток втоми. Під час тривалих польотів під впливом вібрацій у поєднанні з іншими несприятливими факторами порушується діяльність центральної нервової системи (далі - ЦНС). Під час дії на організм слабкої вібрації характерне початкове підвищення нервової збудливості з подальшим переважанням гальмівних процесів. Знижуються функціональні можливості аналізаторів (оптичного, звукового, вестибулярного тощо), з'являються соматичні та вегетативні розлади у вигляді змін серцевої діяльності, дихання, появи болю і неприємних відчуттів з боку внутрішніх органів. Все це може

привести до втрати працездатності в польоті. Крім цього, низькочастотна загальна вібрація може викликати симптомокомплекс заколисування за рахунок дії на вестибулярний аналізатор.

До індивідуальних засобів захисту льотного складу від впливу вібрації належать спеціальні вібропоглинаючі пристрої (амортизуючі системи, гумові, поролонові й інші вібропоглинаючі матеріали).

Також необхідний контроль за тим, щоб льотні екіпажі не перевищували встановлених норм загального нальоту за зміну, місяць, рік. Необхідно унеможливити (послаблювати) чинники, які посилюють шкідливу дію вібрацій (стомлення, шум, холод, гіпоксія).

Для підвищення стійкості організму до вібрації льотному складу слід виконувати комплекси фізичних вправ, за яких тренується паравертебральна і черевна мускулатура (найбільш ефективними вправами є вправи зі штангою і гантелями), проводити вітамінопрофілактику, після польотів проводити 5 - 10-хвилинні гідропроцедури при температурі води 38,5° С і самомасаж верхніх і нижніх кінцівок, перед сном прийняти душ. Систематичне проведення цих процедур покращує периферичний кровообіг, підвищує функціональний стан нервової системи.

З метою попередження розвитку вібраційної хвороби велике значення мають динамічне лікарське спостереження за льотним складом, кваліфіковані періодичні медичні огляди, які дозволяють виявити ранні ознаки розвитку захворювання і провести необхідні лікувально-профілактичні заходи.

3. Хімічні сполуки і їх суміші, що зустрічаються в повітрі кабін повітряних суден

В атмосфері кабін повітряних суден виявляється великий спектр хімічних сполук, які утворюються в результаті згоряння палива (вихлопні гази), термоокислювального розкладання мастил, рідин і неметалевих конструкційних матеріалів, а також під час ведення стрільби (порохові гази). Складні парогазоаерозольні композиції можуть утворюватися також у результаті горіння бензинів і гасу, що використовуються в авіаційних двигунах різного призначення. Слід зазначити, що для екіпажу ПС, що мають герметичні кабіни вентиляційного типу, вихлопні гази не мають гігієнічного значення, а для екіпажів ПС, не обладнаних подібними кабінами, їх негативна дія може бути суттєвою.

Вихлопні гази - це складна суміш, що складається з окису вуглецю, окислів азоту, вуглекислоти, альдегідів, кетонів, органічних кислот і перекисів, вуглеводнів, часток незгорілого палива. Співвідношення компонентів цієї газової суміші може змінюватися залежно від виду двигуна, умов його роботи і від регулювання, вироблення моторесурсу і характеру палива, що в свою чергу визначає характер їх токсичної дії на організм.

Токсичність і механізм дії вихлопних газів визначаються вмістом в їх складі окису вуглецю та оксидів азоту. Гостре отруєння вихлопними газами має своєрідні прояви, часто не схожі на отруєння окремими компонентами газової суміші. Клінічна картина отруєння значною мірою залежить від складу вихлопних газів, співвідношення основних компонентів, концентрації і часу впливу. Отруєння супроводжується проявами ознак інтоксикації окисом вуглецю або оксидами азоту. При невеликих їх концентраціях спостерігаються головний біль, нудота, блювання, запаморочення, явища збудження, при високих концентраціях відразу виникають втрата свідомості, ослаблення і зупинка дихання.

Хронічне отруєння розвивається при тривалій дії малих концентрацій цих газів, що не викликають гострого отруєння. Особливістю хронічних отруєнь є те, що вони розвиваються непомітно, поступово і їх значно важче розпізнати. Початкові ознаки хронічного отруєння проявляються в тому, що постраждалі починають скаржитись на швидку стомлюваність, періодичний головний біль, дратівливість, запаморочення, нудоту, неприємні відчуття в області серця, порушення сну, почастишання дихання. Відзначаються блідість або синюшність шкіри, зниження артеріального тиску та підвищення венозного тиску, порушення проникності кровоносних капілярів, з'являються набряки нижніх кінцівок. В окремих випадках спостерігаються збільшення і болючість печінки. Часто відзначаються вегетативні розлади - тремтіння пальців рук, пітливість.

Порохові гази утворюються під час ведення стрільби з різного виду озброєння і складаються з окису вуглецю, окислів азоту, ціаністих сполук, сірководню, азоту та метану.

Клінічна картина отруєння схожа з отруєнням вихлопними газами і залежить від складу порохових газів, співвідношення основних компонентів (окису вуглецю, нітратних газів і вуглекислоти), концентрації і часу впливу. Важке отруєння пороховими газами призводить до швидкої втрати свідомості. М'язи при цьому напружені, дихання слабке, пульс слабого наповнення і напруження, шкіра бліда або злегка синюшного забарвлення. У разі отруєння середньої тяжкості з'являються різкий головний біль, збудження. Потерпілий часто відчуває відчуття страху. Дихання частішає, іноді відзначається блювота.

На токсичну дію суміші цих газів робить істотний вплив присутність в їх складі вуглекислого газу, який, порушуючи дихання, збільшує об'єм легеневої вентиляції і посилює ступінь ураження. Великі концентрації вуглекислого газу викликають загальне збудження, що нагадує сп'яніння ("порохове сп'яніння"), яке переходить потім у наркотичний стан.

4. Електромагнітне випромінювання

В авіації досить широко використовують радіонуклідні джерела іонізуючого випромінювання як у самій авіаційній техніці (радіоізотопні сигналізатори обледеніння, датчики рівня системи каналізації, агрегати запалювання газотурбінних двигунів), так і під час її ремонту (контрольні джерела іонізуючого випромінювання, гамма-дефектоскопи тощо).

Заходи захисту спрямовані на забезпечення оптимальних варіантів розташування об'єктів, що генерують поля, і об'єктів, що виявляються в зоні впливу, організацію праці та відпочинку персоналу з метою зниження до мінімуму часу перебування в умовах впливу, попередження можливості попадання в зони з інтенсивністю, що перевищує граничнодопустимий рівень, тобто здійснити "захист часом".

III. Санітарно-гігієнічні умови діяльності осіб групи керівництва польотами

На якість роботи і функціональний стан осіб групи керівництва польотами впливають електромагнітне випромінювання, дії зовнішнього середовища та внутрішнього мікроклімату (освітлення, температурні фактори тощо). З метою зменшення несприятливого впливу необхідно проводити контроль на робочих місцях ГКрП за:

наявністю шторок (сонцезахисних плівок) на вікнах для захисту від сторонніх джерел світла та прямих сонячних променів;

застосуванням захисних екранів для попередження впливу електромагнітного випромінювання;

наявністю кондиціонерів і обігрівачів для підтримки комфортної температури в межах 18 - 20° С.

IV. Санітарно-гігієнічні умови діяльності фахівців інженерно-технічного складу

Фахівці інженерно-авіаційної служби, які виконують свої функціональні обов'язки в умовах аеродрому, піддаються впливу ряду несприятливих для організму людини факторів, пов'язаних з експлуатацією повітряних суден і технічних засобів забезпечення польотів.

На якість роботи і функціональний стан інженерно-технічного складу впливають кліматичні і метеорологічні умови праці, шум і вібрація, СВЧ-випромінювання, продукти термічного розкладання авіаційного палива і мастил. Найбільш несприятливий вплив на фахівців інженерно-технічного складу має шум від потужних двигунів ПС (авіаційний шум). Вплив шуму протягом льотної зміни в більшості випадків призводить до підвищення порогів слуху, зниження яких до норми відбувається через 24 - 36 годин.

Для зменшення несприятливого впливу авіаційного шуму на організм фахівців інженерно-технічного складу застосовуються індивідуальні засоби захисту (літні та зимові шумозахисні шоломи).

Серед інших факторів, що негативно впливають на здоров'я інженерно-технічного складу, слід зазначити електромагнітне випромінювання (ЕМВ), що випромінюються з наземних (стаціонарних, рухливих) і бортових радіолокаційних засобів (РЛС). Водночас на стоянках повітряних суден щільність потоку енергії від наземних РЛС не перевищує 60 мкВт/см², що дозволяє працювати протягом усієї льотної зміни без обмеження.

Можливість несприятливого впливу ЕМВ на інженерно-технічний склад може мати місце під час роботи з бортовими РЛС тільки в разі порушення правил техніки безпеки.

Також у зв'язку з необхідністю виконання своїх професійних завдань інженерами і техніками під відкритим небом незалежно від пори року важливим заходом є їх захист від несприятливого впливу кліматичних факторів у районі розташування аеродрому. З цією метою використовуються спеціально розроблені комплекти зимового та літнього одягу (хутряні куртки, демісезонні і літні костюми, спеціальне взуття).

Негативними факторами праці інженерно-технічного складу також є нерівномірність робочого навантаження: чергування відносно спокійних і дуже напружених періодів.

Зазначені психофізіологічні і гігієнічні умови діяльності осіб інженерно-технічного складу призводять до розвитку у них стомлення. Початкові ознаки втоми у інженерів і техніків з'являються вже через 7 - 8 годин роботи, через 11 - 12 годин у них помітно знижуються резервні можливості організму і розвивається виражене стомлення.

Основними заходами з охорони здоров'я спеціалістів інженерно-технічного складу слід вважати поліпшення організації їх праці, дотримання режимів відпочинку, використання наявного на постачанні обмундирування та захисного спорядження. Рекомендовано проведення комплексів функціональної реабілітації (сауна, електротранквілізація ЦНС, контрастні температурні впливи, масаж тощо).