

Организация лечебно- эвакуационного обеспечения населения в ЧС

Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения

Своевременное оказание медицинской помощи населению, пострадавшему в результате катастроф, стихийных бедствий и аварий – одна из актуальных задач, стоящих перед Всероссийской службой медицины катастроф. Решение стоящих перед ВСМК задач достигается умелой организацией и четким выполнением комплекса мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения в ЧС и включает проведение следующих мероприятий:

- организация и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий;
- медицинское обеспечение непораженного населения в районах ЧС;
- санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия;
- организация обеспечения медицинским имуществом и санитарной техникой медицинских учреждений и формирований;
- медицинское обеспечение контингента, привлекаемого для ведения спасательных, аварийных и восстановительных работ;
- судебно-медицинская экспертиза погибших и судебно-медицинское освидетельствование пострадавших.

Лечебно-эвакуационное обеспечение в ЧС является одним из основных и наиболее трудоемких видов деятельности ВСМК при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, направленные на сохранение жизни пораженным (больным), быстрое восстановление их здоровья и работоспособности.

Лечебно-эвакуационное обеспечение населения в ЧС – это комплекс медицинских, организационных и технических мероприятий по розыску пораженных (больных), их сбору, доставке (транспортировке) до медицинских формирований (подразделений) и учреждений, оказанию необходимой медицинской помощи, лечению и реабилитации.

При возникновении ЧС на организацию оказания медицинской помощи и лечение пораженных определяющее влияние оказывают следующие факторы:

- возникновение в короткое время (практически одновременно) на ограниченной территории значительного количества пораженных;
- нуждаемость большинства пораженных в медицинской помощи, которая для многих из них является необходимой для сохранения жизни и должна быть оказана в самое ближайшее время после поражения на месте, где оно получено, или вблизи от него;
- нуждаемость значительной части пораженных в специализированной медицинской помощи и стационарном лечении, при этом для многих пораженных эта помощь также носит неотложный характер и должна быть оказана в кратчайшие сроки;
- невозможность оказания полноценной медицинской помощи всем нуждающимся пораженным в зоне (районе) ЧС или вблизи нее;
- необходимость эвакуации пораженных из зоны (района) ЧС до ЛПУ, где им может быть оказана исчерпывающая медицинская помощь и осуществлено лечение;

– необходимость специальной подготовки пораженных к эвакуации до этих учреждений и оказания медицинской помощи в ходе эвакуации (в целях максимального снижения отрицательного воздействия транспортировки на состояние пораженных).

В этих условиях вместо системы оказания медицинской помощи пораженным, действующей в повседневных условиях (система лечения на месте), возникает необходимость применения системы этапного лечения с эвакуацией по назначению.

В мире приняты две основные системы лечебно-эвакуационного обеспечения: **французская и англо-саксонская.**

Французская система – это эвакуация по назначению. Согласно этой системе первая помощь оказывается в очаге поражения. Мероприятия направлены на поддержание жизни пораженных. Осуществляется эвакуация в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Англо-саксонская система – это лечение на месте. Это система подразумевает оказание первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи с элементами специализированной. Госпиталь развертывается прямо в очаге. После оперативного вмешательства осуществляется эвакуация в ЛПУ.

В Российской Федерации используется смешанная система лечебно-эвакуационного обеспечения, удачно сочетающая оба принципа.

Принципы системы лечебно-эвакуационного обеспечения

Современная система лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных базируется на ряде основных принципов:

- 1. Расчленение или эшелонирование медицинской помощи.** Этот принцип подразумевает, что единый лечебный процесс, т.е. все медицинские мероприятия, в которых нуждается конкретный пораженный или больной и которые при системе лечения на месте выполняются в одном учреждении, расчленяются на ряд комплексов (видов медицинской помощи.). Сначала они выполняются на месте, где получено поражение, затем в медицинских формированиях и учреждениях по мере продвижения пораженного к месту его окончательного лечения.
- 2. Своевременность оказания медицинской помощи.** Этот принцип заключается в оказании каждого вида медицинской помощи в установленные для него сроки. Это достигается надлежащей организацией розыска, выноса, вывоза пострадавших из очага ЧС, их быстрой доставкой на этапы медицинской эвакуации и правильной организацией работы последних. Особое значение приобретают медицинская сортировка, а также приближение этапов медицинской эвакуации к районам массовых санитарных потерь.

4. Последовательность оказания медицинской помощи. Это последовательное наращивание лечебных мероприятий на этапах медицинской эвакуации по мере эвакуации раненых, больных и пораженных от места катастрофы до ЛПУ, где им будет оказана исчерпывающая помощь.

5. Преемственность в оказании медицинской помощи. Этот принцип заключается в продолжении начатого метода лечения и достигается прежде всего единым пониманием патологических процессов, происходящих в организме человека при поражениях и заболеваниях, и едиными методами профилактики и лечения поражений, а также наличием четкой медицинской документации (первичная медицинская карточка, история болезни). Использование принципов последовательности и преемственности в оказании медицинской помощи позволяет исключить ненужное дублирование лечебных мероприятий.

6. Специализация медицинской помощи. Это наиболее характерная черта современной системы этапного лечения с эвакуацией по назначению. Ее сущность состоит в том, что определенным группам раненых и больных в специализированных ЛПУ высококвалифицированными специалистами узкого профиля оказывается такая медицинская помощь, которая соответствует характеру поражения и является исчерпывающей.

Основы организации лечебно-эвакуационного обеспечения

На организацию и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС будут оказывать влияние следующие **факторы обстановки**:

- размеры очага поражения и вид катастрофы;
- количество пораженных и характер поражений;
- степень выхода из строя сил и средств здравоохранения в зоне ЧС;
- уровень развития медицинской науки;
- состояние материально-технического оснащения сил средств медицины катастроф;
- наличие или отсутствие на местности в зоне ЧС, опасных для человека поражающих факторов (радиоактивных веществ, аварийно-опасных химических веществ, бактериологических средств, очагов пожаров и др.).

Организация медицинской помощи пораженным тесно связана с условиями деятельности СМК в очагах поражения, периодами организации аварийно-спасательных работ и условно подразделяются на три фазы.

Фаза изоляции длится с момента возникновения ЧС до начала организованного проведения спасательных работ. На этой фазе особую роль приобретает первая помощь, оказываемая преимущественно в виде само- и взаимопомощи.

Фаза спасения продолжается от начала аварийно-спасательных работ до завершения эвакуации пострадавших за пределы очага поражения.

В очаг поражения прибывают аварийно-спасательные формирования для проведения поисково-спасательных, горноспасательных и др. работ, а также бригады скорой медицинской помощи, врачебно-сестринские бригады, бригады экстренной доврачебной помощи для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (из расположенных вблизи очага ЛПУ).

Работа медицинских работников в первую очередь направлена на проведение мероприятий по оказанию неотложной медицинской помощи по жизненным показаниями и подготовку пораженных к эвакуации в ЛПУ.

Организация этих мероприятий возлагается на оперативные группы территориальных центров медицины катастроф.

Персонал оперативной группы обязан:

- иметь информацию о масштабе ЧС и ее характере, количестве пострадавших и преимущественном виде поражений;
- информировать руководящие органы здравоохранения;
- подобрать место для развертывания пункта экстренной медицинской помощи;
- организовать первичную медицинскую сортировку пораженных, оказание им медицинской помощи и подготовку к эвакуации.

Фаза спасения может продолжаться от нескольких часов до 5-6 суток.

Фаза восстановления с медицинской точки зрения характеризуется проведением планового лечения и реабилитацией пораженных до окончательного исхода.

Сущность системы этапного лечения состоит в своевременном, последовательном оказании медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации в сочетании с транспортировкой пораженных до лечебного учреждения, где может быть оказана адекватная медицинская помощь в соответствии с имеющимся поражением и осуществлено полноценное лечение и реабилитация.

В настоящее время принята двухэтапная система лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС, включающая догоспитальный и госпитальные этапы.

Догоспитальный этап осуществляется с участием медицинского персонала объекта, местного лечебно-профилактического учреждения здравоохранения, мобильных формирований. В очаге поражения или вблизи от него осуществляют оказание первой, первичной доврачебной и первичной врачебной медико-санитарной помощи по жизненным показаниям, проводят медицинскую и эвакуационно-транспортную сортировку. Предпочтительна эвакуация пострадавших по назначению, т.е. в те лечебные учреждения, где будет осуществляться их лечение до окончательного выздоровления.

Госпитальный этап реализуется с помощью лечебно-профилактических учреждений ведомственного, территориального, регионального здравоохранения и специализированных лечебных учреждений службы медицины катастроф, которые обеспечивают оказание полного объема первичной и специализированной, в том числе высокотехнологичной медико-санитарной помощи пострадавшим, их лечение и реабилитацию.

Для успешного выполнения мероприятий по медицинскому обеспечению населения в ЧС необходимо:

- четкое и непрерывное управление силами и средствами здравоохранения, принимающими участие в ликвидации последствий катастрофы;
- непрерывное всестороннее материально-техническое обеспечение всех проводимых мероприятий;
- постоянное взаимодействие с администрацией, другими службами и ведомствами, обеспечивающими спасательные и восстановительные работы, а также своевременное достоверное информационное обеспечение как органов управления, так и населения.

Для эффективного осуществления лечебно-эвакуационного обеспечения населения в районах ЧС необходимо придерживаться конкретной **доктрины медицины катастроф**:

- единое понимание задач службы медицины катастроф;
- единое понимание происхождения и развития разных патологических процессов и их проявлений;
- единые взгляды на принципы и методы лечения и профилактики поражений;
- ранняя первичная хирургическая обработка раны – надежный метод предупреждения и развития инфекции в ране и др.

Виды и объем медицинской помощи

Одним из принципов лечебно-эвакуационного обеспечения в системе этапного лечения является расчленение медицинской помощи на отдельные виды.

Вид медицинской помощи – это официально установленный перечень лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых в порядке само- и взаимопомощи, а также осуществляемых медицинским персоналом, имеющим соответствующую подготовку, необходимое оснащение, в определенных условиях.

В мирное время оказание первой помощи регламентируется приказом Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

Первая помощь – вид медицинской помощи, включающий комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых непосредственно на месте поражения или вблизи него в порядке само- и взаимопомощи, а также участниками аварийно-спасательных работ, в т.ч. и медицинскими работниками, с использованием табельных и подручных средств.

Ее цель – спасение жизни пораженных, а также предупреждение или уменьшение тяжелых последствий поражения.

Оптимальный срок оказания первой помощи-первые 30 мин. с момента поражения, а при остановке дыхания это время сокращается до 5-10 мин.

Отсутствие первой помощи в течении 1 часа после поражения увеличивается количество летальных исходов среди пораженных с тяжелыми повреждениями на 30 %, до 3 часов – на 60 % и до 6 часов – на 90 %.

Перечень мероприятий по оказанию первой помощи

1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:
 - определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
 - определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
 - устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
 - прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
 - оценка количества пострадавших;
 - извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;
 - перемещение пострадавшего.
2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.
3. Определение наличия сознания у пострадавшего.
4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:
 - запрокидывание головы с подъёмом подбородка;
 - выдвигание нижней челюсти;
 - определение дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
 - определения кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.

5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:

- давление руками на грудину пострадавшего;
- искусственное дыхание «рот ко рту», «рот к носу» с использованием устройства для искусственного дыхания.

6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

- придание устойчивого бокового положения;
- запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- выдвижение нижней челюсти.

7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:

- обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
- пальцевое прижатие;
- наложение жгута;
- максимальное сгибание конечности в составе;
- прямое давление на рану;
- наложение давящей повязки.

8. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью , и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний:

- осмотр головы;
- осмотр шеи;
- осмотр груди;
- осмотр спины;
- осмотр живота и таза;
- осмотр конечностей;
- наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
- проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, автоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения);
- фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения);
- прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);
- местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;
- термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.

10. Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.

11. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другими специальными службами, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиях и форме оказания такой помощи.

К видам медицинской помощи относятся:

- Первичная медико-санитарная помощь;
- Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- Паллиативная медицинская помощь.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- Амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- В дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- Стационарно (в условиях обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формы оказания медицинской помощи:

- *Экстренная*- медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- *Неотложная*- медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угроз жизни пациента;
- *Плановая*- медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождаемых угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозе его жизни и здоровью.

Положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам оказания такой помощи устанавливается уполномоченных ФОИВ.

Первичная медико-санитарная помощь является основной системы оказания медицинской помощи и включает мероприятия по профилактике, диагностике лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, а также наблюдение за течением беременности.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

В целях оказания гражданами первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождаемых угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь- вид медицинской помощи, мероприятия которой дополняют первую помощь. Оказывается фельдшером или медицинской сестрой в очаге (зоне) поражения с использованием табельных средств медицинского имущества.

Первая доврачебная медико-санитарная помощь включает (по показаниям):

- искусственную вентиляцию легких с помощью введения S-образной трубки-воздуховода или аппарата типа «АМБУ»;
- надевание противогаза (ватно-марлевой повязки, респиратора) на пораженного при нахождении его на загрязненной (зараженной) местности;
- вливание инфузионных средств;
- введение обезболивающих и сердечно-сосудистых препаратов;
- введение и прием внутрь антибиотиков, противовоспалительных, седативных, противосудорожных и противорвотных препаратов;
- прием сорбентов, антидотов и т.п.;
- контроль правильности наложения жгутов, повязок и шин и при необходимости их исправление и дополнение с использованием табельных средств;
- наложение асептических и окклюзионных повязок.

Медицинский персонал, оказывающий первичную доврачебную медико-санитарную помощь, кроме того, осуществляет контроль правильности оказания первой помощи.

Оптимальный срок оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи – не позднее 1 часа после поражения.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь- вид медицинской помощи, включающий комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами, как правило, на догоспитальном этапе медицинской эвакуации. Ее оказывают врачи бригад скорой медицинской помощи, врачебно-сестринских бригад и врачи общего профиля на соответствующем этапе медицинской эвакуации (пункте медицинской помощи, развертываемом в амбулаторно-поликлиническом учреждении, здравпункте объекта или другом ближайшем лечебно профилактическом учреждении).

Оптимальные сроки оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи по неотложным показаниям – 3 часа, в полном объеме-6 часов.

К неотложным мероприятиям первичной врачебной медико-санитарной помощи относятся:

- устранение асфиксии (отсасывание слизи, рвотных масс и крови из верхних дыхательных путей; введение воздуховода; прошивание и фиксация языка; отсечение или подшивание свисающих лоскутов мягкого неба и боковых отделов глотки; трахеостомия по показаниям; искусственная вентиляция легких; наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе; пункция плевральной полости или торакоцентез при напряженном пневмотораксе);
- остановка наружного кровотечения (прошивание сосуда в ране или наложение зажима на кровоточащий сосуд, контроль правильности и целесообразности наложения жгута или наложение жгута при наличии показаний);

- проведение противошоковых мероприятий (переливание кровезаменителей при значительной кровопотере, проведение новокаиновых блокад, введение обезболивающих и сердечно-сосудистых средств);
- отсечение конечности, висящей на лоскуте мягких тканей;
- катетеризация или капиллярная пункция мочевого пузыря с эвакуацией мочи при задержке мочевыделения;
- проведение мероприятий, направленных на устранение десорбции химических веществ с одежды и позволяющих снять противогаз с пораженных, поступающих из очага химического поражения;
- введение антидотов, применение противосудорожных, бронхорасширяющих и противорвотных средств;
- дегазация раны при загрязнении ее стойкими химическими веществами;
- промывание желудка при помощи зонда в случае попадания химических и радиоактивных веществ в желудок;
- применение антитоксической сыворотки при отравлении бактериальными токсинами и неспецифическая профилактика инфекционных заболеваний.

К мероприятиям, которые могут быть отсрочены, относятся:

- устранение недостатков первой и первичной доврачебной медико-санитарной помощи (исправление повязок, улучшение транспортной иммобилизации);
- смена повязки при загрязнении раны радиоактивными веществами;
- проведение новокаиновых блокад при повреждениях средней тяжести;
- инъекции антибиотиков и серопротекторика столбняка при открытых травмах и ожогах;
- назначение различных симптоматических средств при состояниях, не представляющих угрозы для жизни пораженного.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь - вид медицинской помощи, включающий комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами широкого профиля: хирургами, терапевтами (соответственно первичная специализированная хирургическая и первичная специализированная терапевтическая медико-санитарная помощь) в медицинских формированиях и учреждениях.

Мероприятия первичной специализированной медико-санитарной помощи разделяются на неотложные мероприятия и мероприятия, которые при неблагоприятной обстановке могут быть отсрочены.

Основной перечень неотложных мероприятий включает:

- устранение асфиксии и восстановление адекватного дыхания;
- окончательную остановку наружного кровотечения;
- комплексную терапию острой кровопотери, шока, травматического токсикоза;
- «лампасные» разрезы при глубоких циркулярных ожогах груди и конечностей, вызывающих расстройство дыхания и кровообращения;
- профилактику и лечение анаэробной инфекции;
- хирургическую обработку и ушивание ран при открытом пневмотораксе;
- оперативные вмешательства при ранениях сердца и клапанном пневмотораксе;
- введение антидотов и противоботулинической сыворотки;
- комплексную терапию при острой сердечно-сосудистой недостаточности, нарушениях сердечного ритма, острой дыхательной недостаточности, коматозных состояниях;
- дегидратационную терапию при отеке головного мозга;
- коррекцию грубых нарушений кислотно-щелочного состояния и электролитного баланса;
- комплекс мероприятий при попадании внутрь АОХВ;
- введение обезболивающих десенсибилизирующих, противосудорожных, противорвотных и бронхолитических средств;
- применение транквилизаторов и нейролептиков при острых реактивных состояниях.

Оптимальный срок оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи – первые 8-12 часов после поражения, однако отсроченные мероприятия первой очереди (оптимальный срок оказания до 24 часов с момента поражения), отсроченные мероприятия второй очереди (оптимальный срок оказания до 36 часов с момента поражения).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь - завершающая форма медицинской помощи, носит исчерпывающий характер. Ее оказывают врачи-специалисты узкого профиля (нейрохирургии, отоларингологи, офтальмологи и др.), имеющие специальное лечебно-диагностическое оснащение в специализированных лечебных учреждениях. Профилизация лечебных учреждений может проводиться путем придания им бригад специализированной медицинской помощи с соответствующим медицинским оснащением. Оптимальный срок оказания специализированной медицинской помощи – 24-48 часа с момента поражения. Различают хирургическую и терапевтическую специализированную медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

В зависимости от вида и масштаба ЧС, количества пораженных и характера поражений у них наличия сил и средств, состояния территориального и ведомственного здравоохранения, удаления от района ЧС лечебных учреждений госпитального типа, способных выполнять полный специализированной помощи их возможностей, могут быть приняты различные варианты оказания медицинской помощи пораженным при ЧС, а именно:

- оказание пораженным до их эвакуации в лечебные учреждения госпитального типа только первой и первичной доврачебной медико-санитарной помощи;
- оказание пораженным до их эвакуации в лечебные учреждения госпитального типа, кроме первой или первичной доврачебной медико-санитарной помощи, и первичной врачебной медико-санитарной помощи;
- оказание пораженным до их эвакуации в лечебные учреждения госпитального типа, кроме первой, первичной доврачебной, первичной врачебной медико-санитарной помощи - неотложных мероприятий, первичной специализированной медико-санитарной помощи.

До эвакуации пораженных в лечебные учреждения госпитального типа во всех случаях им должны быть выполнены мероприятия по устранению угрожающих жизни состояний на текущий момент, предупреждению различных тяжелых осложнений и обеспечению транспортировки без существенного ухудшения их состояния.

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает применение новых сложных и/или уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым уполномоченным ФОИВ.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая гражданам медицинскими организациями государственной и муниципальной системы здравоохранения, бесплатная.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или отложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

На территории РФ в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствуют возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, в послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате ЧС и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация включает:

- санитарно-эвакуационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом;
- санитарную эвакуационную, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Федеральные государственные учреждения вправе осуществлять медицинскую эвакуацию в порядке и на условиях, установленных уполномоченных ФОИВ. Перечень указанных федеральных государственных учреждений утверждается уполномоченным ФОИВ.

Выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи оказывается медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи.

Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, обязательным для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а так же на основе стандартов медицинской помощи.

Порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным ФОИВ.

Организация работы этапов медицинской эвакуации при ликвидации медицинских последствий ЧС

Современная система лечебно-эвакуационных мероприятий предусматривает развертывание этапов медицинской эвакуации всеми медицинскими формированиями и ЛПУ независимо от их ведомственной принадлежности.

Под **этапом медицинской эвакуации** понимают медицинские формирования и учреждения, развернутые на путях эвакуации пораженных (больных) и обеспечивающие их прием, медицинскую сортировку, оказание регламентируемой медицинской помощи, лечение и подготовку (при необходимости) к дальнейшей эвакуации.

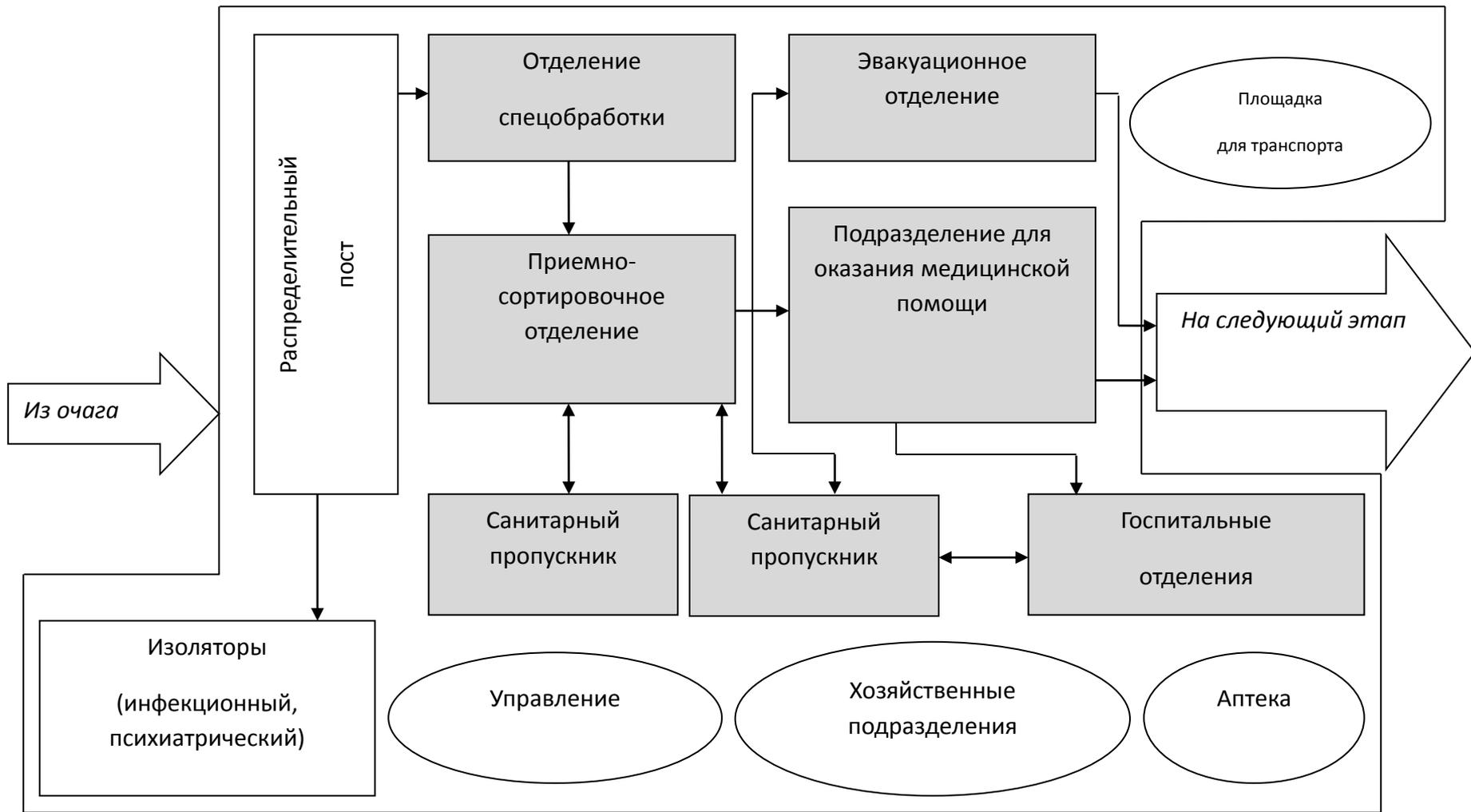
Этапы медицинской эвакуации в системе ВСМК:

- формирование и учреждение службы медицины катастроф;
- медицинские формирования и лечебные учреждения Минздрава России;
- формирования и учреждения медицинской службы Минобороны России, медицинской службы МВД России, медицинской службы Гражданской обороны и других министерств и ведомств, развернутые на путях эвакуации пораженных из района ЧС для их массового приема, медицинской сортировки, оказания медицинской помощи, подготовки к эвакуации и лечения.

Каждый этап медицинской эвакуации осуществляет определенные лечебно-профилактические мероприятия, которые в совокупности составляют объем медицинской помощи, свойственный данному этапу. В основе организации этапов медицинской эвакуации лежат общие принципы, согласно которым в составе этапа медицинской эвакуации развертывают функциональные подразделения, обеспечивающие выполнение следующих основных задач:

- прием, регистрацию и медицинскую сортировку пораженных (больных), прибывающих на данный этап медицинской эвакуации, – **приемно-сортировочное отделение;**
- санитарную обработку пораженных, дезактивацию, дегазацию и дезинфекцию их обмундирования и снаряжения – **отделение (площадки) специальной обработки;**
- оказание пораженным (больным) медицинской помощи – **перевязочная, операционно-перевязочное отделение, процедурная, противошоковая, палаты интенсивной терапии;**
- госпитализацию и лечение пораженных (больных) – **госпитальное отделение;**
- размещение пораженных и больных, подлежащих дальнейшей эвакуации, – **эвакуационное отделение;**
- размещение инфекционных больных лиц с психическими нарушениями – **изолятор.**

Принципиальная схема развертывания этапа медицинской эвакуации



В состав этапа медицинской эвакуации также входят управление, аптека, лаборатория, хозяйственные подразделения.

Этапом медицинской эвакуации, предназначенным для оказания первичной врачебной медико-санитарной медицинской помощи, могут быть:

- пункты медицинской помощи (ПМП), развернутые врачебно-сестринскими бригадами;
- уцелевшие (полностью или частично) поликлиники, амбулатории, участковые больницы в очаге поражения;
- медицинские пункты медицинской службы Минобороны России, МВД, войск Гражданской обороны и др.

Специализированная, в том числе высокотехнологическая медицинская помощь осуществляются на последующих этапах медицинской эвакуации, которыми могут быть:

- госпитали службы медицины катастроф, многопрофильные, профилированные, специализированные больницы, клинические центры Минздрава России, медицинские силы Минобороны России (медицинские отряды специального назначения, медико-санитарные батальоны, госпитали и др.);
- медицинские учреждения МВД России, ФСБ России, войск и медицинской службы Гражданской обороны и др.

Медицинская сортировка пораженных в ЧС

Важнейшим организационным мероприятием, обеспечивающим четкую организацию оказания пораженным медицинской помощи и их эвакуации, является медицинская сортировка. Особое значение медицинская сортировка имеет при одномоментном поступлении на этапы медицинской эвакуации значительного числа пораженных. В этих условиях только правильно проводимая сортировка может обеспечить высокую эффективность работы, своевременность оказания медицинской помощи пораженным, четкую медицинскую эвакуацию.

Медицинская сортировка – это распределение пораженных на группы с учетом нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями и видом медицинской помощи, которая может быть оказана на данном этапе медицинской эвакуации в конкретных условиях обстановки.

Цель сортировки и ее основное назначение состоят в обеспечении оказания пораженным своевременной медицинской помощи в оптимальном объеме, разумном использовании имеющихся сил и средств, проведении рациональной эвакуации.

Требования к медицинской сортировке:

1. Непрерывность сортировки заключается в том, что она должна начинаться непосредственно на пунктах сбора пораженных (на месте поражения) и далее проводится на всех этапах медицинской эвакуации и во всех функциональных подразделениях, через которые проходят пораженные.

Сортировочные группы, в которые включаются пострадавшие, могут меняться, однако каждый пострадавший, вплоть до его эвакуации на другой этап, постоянно находится в той или иной сортировочной группе.

1. Преемственность состоит в том, что медицинская сортировка проводится на всех этапах медицинской эвакуации, начиная с момента оказания первой помощи на месте катастрофы и заканчивая лечением и реабилитацией пораженных в ЛПУ.

На каждом этапе медицинской эвакуации сортировка проводится с учетом профиля и возможностей последующего учреждения (этапа медицинской эвакуации), куда направляется пораженный.

1. Конкретность медицинской сортировки заключается в том, что с малейшим изменением условий работы на любом этапе медицинской эвакуации или ЛПУ в целом изменяется и сортировка.
2. Повторяемость состоит в переоценке тяжести поражения на каждом последующем этапе медицинской эвакуации.

На каждом этапе (ЛПУ) сортировка осуществляется, исходя из установленного объема медицинской помощи и принятого порядка медицинской эвакуации. Она может проводиться и до установления диагноза поражения или заболевания на основе определения сортировочных признаков, которыми в зависимости от ее задач могут быть, например, способность пораженного к самостоятельному передвижению, загрязнение химическими или радиоактивными веществами.

Критерии медицинской сортировки. Медицинская сортировка пораженных (больных) проводится по трем критериям (сортировочным признакам).

1. Опасность для окружающих (нуждаемость в изоляции и санитарной обработке).

Согласно этому критерию пораженных распределяют на группы:

- нуждающиеся в специальной (санитарной) обработке (частичной или полной);
- подлежащих временной изоляции (в инфекционном или психоневрологическом изоляторе);
- не нуждающихся в специальной (санитарной) обработке.

1. Нуждаемость в медицинской помощи, определение места и очередности ее оказания. Согласно этому критерию пораженных разделяют на группы:

- нуждающихся в неотложной медицинской помощи (в первую или во вторую очередь);
- не нуждающихся в медицинской помощи на данном этапе (помощь может быть отсрочена) или нуждающихся в медицинской помощи, которая не может быть оказана в сложившихся условиях;
- с травмой, несовместимой с жизнью, нуждающихся в симптоматической помощи, облегчающей страдания.

3. Целесообразность и возможность дальнейшей эвакуации. Исходя из этого признака пораженных распределяют по группам:

- подлежащих эвакуации за пределы очага (зоны поражения, в другие территориальные, региональные ЛПУ или центры страны с учетом эвакуационного предназначения, очередности, способа эвакуации (лежа, сидя), вида транспорта;
- подлежащих оставлению в данном ЛПУ (по тяжести состояния) временно или до окончательного исхода;
- подлежащих возвращению по месту жительства (расселению) или кратковременной задержки на медицинском этапе для медицинского наблюдения.

Виды медицинской сортировки. В зависимости от решаемых задач выделяют два вида медицинской сортировки: внутрипунктовую и эвакуационно-транспортную.

Внутрипунктовая сортировка проводится с целью распределения пораженных (больных) по группам (в зависимости от степени их опасности для окружающих, характера и тяжести поражения) для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации и установления очередности в эти подразделения.

Эвакуационно-транспортную сортировку проводят с целью распределения пораженных (больных) на однородные группы в соответствии с эвакуационным назначением очередностью, способами и средствами их эвакуации.

Решение этих вопросов в процессе сортировки осуществляют на основании диагноза, прогноза и состояния пораженного. Особое внимание уделяется выявлению пострадавших, опасных для окружающих и нуждающихся в неотложной медицинской помощи. В условиях массового поступления пораженных на этапах медицинской эвакуации и сокращения объема оказываемой им медицинской помощи внутрипунктовая и эвакуационно-транспортная сортировка большинства пораженных должна осуществляться одновременно в интересах максимальной экономии сил и средств.

Группы пораженных (больных). На этапах медицинской эвакуации, где оказывается первичная врачебная медико-санитарная помощь, пораженные (больные) распределяются на следующие группы:

1. опасные для окружающих (загрязненные радиоактивными или отравляющими веществами), нуждающиеся в специальной обработке, а также лица, нуждающиеся в изоляции в изоляторах для больных с желудочно-кишечными или инфекционными заболеваниями (респираторными), и лица с острыми психическими расстройствами;
2. нуждающиеся в оказании неотложной помощи на данном этапе медицинской эвакуации (этих пораженных направляют в соответствующие лечебные подразделения);

3. подлежащие дальнейшей эвакуации (хирургическая помощь оказывается на следующем этапе);
4. легкопораженные (после осмотра и оказания помощи могут быть отпущены для продолжения лечения в амбулаторных условиях);
5. пораженные с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями (агонирующие). Эвакуации такие пострадавшие не подлежат, им проводится симптоматическая терапия, направленная на облегчение страданий.

Результаты медицинской сортировки фиксируются в первичной медицинской карточке (сопроводительном листе для пораженного в ЧС), истории болезни, а также с помощью сортировочных марок.

Сортировочные марки прикрепляют к одежде пораженного на видном месте булавками или специальными зажимами. Обозначения на марках служат основанием для направления пораженного в то или иное функциональное подразделение данного этапа медицинской эвакуации и определение очередности его доставки. После выполнения обозначенного маркой мероприятия она заменяется на другую. Последнюю марку забирают при погрузке пораженного в транспортное средство для его эвакуации.

Порядок медицинской сортировки. Для проведения медицинской сортировки на каждом этапе медицинской эвакуации необходимо:

1. выделить самостоятельные функциональные подразделения с помещениями достаточной емкости для отдельного размещения пораженных (носиловых и ходячих) и обеспечения удобных подходов к пораженным;
2. организовать вспомогательные функциональные подразделения для сортировки – распределительные посты, сортировочные площадки и т.п.
3. выделить необходимое количество медицинского персонала для работы в этих отделениях, создать сортировочные бригады и оснащать их необходимыми простейшими средствами диагностики и оказания медицинской помощи в процессе сортировки (термометр, шпатели, шприцы, ножницы, перевязочный материал для исправления повязок и иммобилизации, антибиотики, сердечные и дыхательные analeптики), а также обеспечивать средствами освещения;
4. обязательно фиксировать результаты сортировки (первичная медицинская карточка, сортировочные марки, сопроводительный лист для пораженного в ЧС) в момент ее проведения.

Поступившие на тот или иной этап медицинской эвакуации пораженные обычно сортируются на сортировочном (распределительном) посту или в момент выгрузки из транспортных средств перед приемно-сортировочным отделением (сортировочной площадкой) функционального подразделения. На сортировочном посту медицинская сестра (фельдшер) выявляет пораженных, нуждающихся в специальной (санитарной) обработке и подлежащих направлению в изоляторы.

С сортировочного поста автомобили с тяжелопораженными следуют к приемно-сортировочной (сортировочной площадке, предназначенной для больных, нуждающихся в переноске на носилках. Здесь в момент разгрузки медицинская сестра (фельдшер) выявляет пораженных, нуждающихся в первоочередной помощи (с наружным кровотечением, асфиксией, судорогами, находящихся в состоянии шока, рожениц, детей и др.). После осмотра врачом они направляются в соответствующее функциональное подразделение. Остальных прибывших пораженных размещают рядами на сортировочной площадке или в приемно-сортировочных подразделениях.

Для проведения медицинской сортировки формируют врачебно-сестринскую сортировочную бригаду.

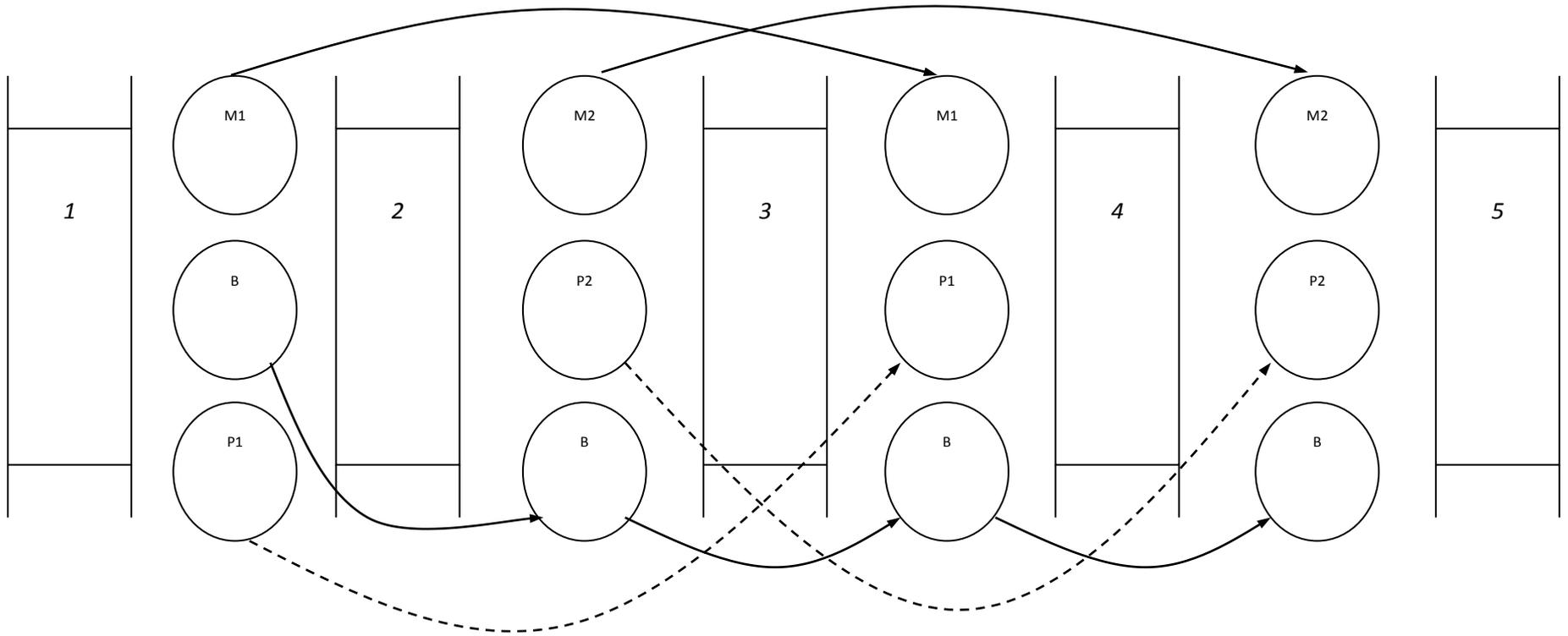
Оптимальный состав сортировочной бригады для носилочных пораженных: врач, две медсестры, два регистратора и звено носильщиков. Состав бригады для ходячих пораженных: врач, медсестра и регистратор.

В состав сортировочных бригад входят опытные врачи соответствующих специальностей, способные быстро оценить состояние пострадавшего по простейшим клиническим признакам (оценка степени нарушения сознания, дыхания, изменения пульса, реакции зрачков, констатацию наличия и локализации переломов и кровотечений) поставить диагноз, определить прогноз, установить характер необходимой медицинской помощи и порядок эвакуации.

После выборочной сортировки сортировочная бригада переходит к последовательному («конвейерному») осмотру пораженных.

Врач на основании опроса и осмотра пораженного принимает сортировочное решение, диктует регистратору необходимые данные для записи в сопроводительном листе (для пораженного в ЧС) и журнале учета пораженных (больных), дает указания медицинской сестре (фельдшеру) о выполнении необходимых медицинских мероприятий и обозначении сортировочного заключения сортировочной маркой. Затем врач с другим фельдшером (медицинской сестрой) и регистратором переходят к другому пораженному. Оставшаяся около пораженного медицинская сестра выполняет медицинские назначения, а регистратор заносит паспортные данные в сопроводительный лист и журнал учета пораженных (больных).

Схема осмотра пораженных на этапе медицинской эвакуации



- в – Врач
- м – Медицинская сестра (фельдшер)
- р – Регистратор

Приняв сортировочное решение по второму пораженному, врач с медицинской сестрой и регистратором, которые оставались у первого пораженного, переходят к третьему. Звено санитаров-носильщиков в соответствии с сортировочной маркой переносит пораженных в обозначенное функциональное подразделение этапа.

При проведении сортировки указанным методом одна сортировочная бригада может за час работы рассортировать 30-40 пораженных на носилках (с оказанием неотложной помощи), тратя в среднем 1,5-2,0 мин. На одного пораженного.

Для сортировки легкопораженных (ходячих) оборудуется специальное место. Легкопораженные в порядке очереди (под наблюдением младшего медицинского персонала) подходят к врачу, который проводит сортировку, диктует регистратору необходимые данные для записи диагноза и мероприятий оказанной медицинской помощи в сопроводительном листе и журнале учета пораженных (больных), дает указания медицинской сестре о необходимых медицинских мероприятиях и обозначении принятого решения (по сортировке, оказанию медицинской помощи и т.д.).

При сортировке в приемно-сортировочном отделении объем диагностических процедур должен ограничиваться лишь выявлением сортировочных признаков, необходимых для обоснованного сортировочного заключения. Проводить подробное системное обследование пораженного (больного) в этом отделении не нужно.

Медицинская эвакуация пораженных в чрезвычайных ситуациях

Составной частью лечебно-эвакуационного обеспечения, неразрывно связанного с процессом оказания медицинской помощи пострадавшим (больным) и их лечением, является **медицинская эвакуация**.

Под медицинской эвакуацией понимают вынос (вывоз) пораженных (больных) из очага ЧС и транспортировку до этапов медицинской эвакуации или в лечебные учреждения с целью своевременного оказания пораженным (больным) необходимой медицинской помощи и проведения эффективного лечения и реабилитации.

Медицинская эвакуация начинается с выноса (вывоза) пораженных из очага, района (зоны) ЧС и завершается их доставкой в лечебные учреждения, оказывающие полный объем медицинской помощи и обеспечивающие окончательное лечение.

Общие требования к медицинской эвакуации:

1. медицинская эвакуация должна осуществляться на основе медицинской сортировки и в соответствии с эвакуационным заключением;
2. медицинская эвакуация должна быть кратковременной, обеспечивающей скорейшую доставку пораженных в ЛПУ по назначению;
3. медицинская эвакуация должна быть максимально щадящей.

Эвакуация с медицинской точки зрения – это вынужденное мероприятие, способствующее быстрейшему восстановлению здоровья пораженных и максимального сокращения количества неблагоприятных исходов. Поэтому эвакуация должна быть кратковременной, щадящей и обеспеченной в медицинском отношении.

Кроме указанной цели медицинская эвакуация обеспечивает освобождение этапов медицинской эвакуации от пораженных для приема вновь поступающих раненых и больных.

Основным принципом медицинской эвакуации является принцип «**эвакуация на себя**» (машинами скорой медицинской помощи, транспортом ЛПУ и т.д.). В отдельных случаях осуществляется «**эвакуация от себя**» (транспортом пострадавшего объекта, спасательных отрядов и др.)

Основным правилом при транспортировке пораженных на носилках является несменяемость носилок, что достигается восполнением их количества из обменного фонда.

Путь медицинской эвакуации – это маршрут, по которому осуществляется вынос (вывоз) и транспортировка пораженных из очага поражения до этапов медицинской эвакуации. Совокупность путей эвакуации, развернутых на них этапов медицинской эвакуации и действующих эвакуационно-транспортных средств называется **эвакуационным направлением**.

В настоящее время различают два вида медицинской эвакуации: **по направлению** и **по назначению**.

По направлению эвакуация начинается в общем потоке с места оказания первой помощи и заканчивается на первом этапе медицинской эвакуации, откуда пораженных направляют **по назначению** в ЛПУ второго этапа в соответствии с видом поражения.

На эвакуационном направлении или на путях медицинской эвакуации пораженных из очага поражения (места сбора пораженных) выставляется **медицинский распределительный пост**, который является нештатными органами управления медицинской эвакуацией. Он предназначен для четкой организации эвакуации пораженных в лечебные учреждения с учетом равномерной загрузки и наличия в них профилированных отделений, соответствующих ведущему поражению эвакуируемых данным транспортом.

Подготовка транспортных средств к эвакуации включает наряду с общими работами по подготовке к использованию комплекса мероприятий по монтажу специального оборудования для установки носилок и другого имущества, добавления в кузов автомобиля балласта, смягчающего тряскость, укрытие грузовых автомобилей тентами, обеспечение транспорта подстилочным материалом, одеялами, светом, емкостями для воды, а при необходимости – отоплением.

Подготовка пораженных к эвакуации. Нетранспортабельность

Любая транспортировка неблагоприятно влияет на состояние здоровья тяжелопораженных и течение патологического процесса.

По эвакуационному признаку всех пораженных разделяют, как правило, на следующие группы:

1. подлежащие эвакуации;
2. подлежащие оставлению на данном этапе медицинской эвакуации временно или до окончательного исхода (по тяжести состояния);
3. подлежащие возвращению по месту жительства для амбулаторно-поликлинического наблюдения участкового врача и лечения.

После неотложных оперативных вмешательств пораженные, как правило, на какой-то период становятся временно нетранспортабельными. Сроки нетранспортабельности зависят от характера травмы, сложности операции и вида транспортного средства.

Наиболее распространенным, хотя и недостаточно безопасным видом транспорта является автомобиль. Тяжелопораженных, нуждающихся в более щадящих условиях транспортировки, размещают на носилках в передних секциях и не выше второго яруса. Пораженные с транспортными шинами и гипсовыми повязками, размещаются на верхних ярусах салона.

Головной конец носилок должен быть обращен в сторону кабины и приподнят на 10-15 см. выше ножного, чтобы уменьшить продольное смещение пораженных в ходе движения транспорта.

При эвакуации пораженных автомобильным транспортом необходимо выдерживать следующие сроки после оказания специализированной хирургической помощи:

- пораженные с огнестрельными переломами конечностей – на 2-3-и сутки после операции;
- пораженные с ранениями в грудь после торакотомии, ушивания пневмоторакса или торакоцентеза – на 2-4 сутки;
- пораженные с ранениями в голову – через 21-28 суток после операции.

Если для эвакуации используется авиационный транспорт, то 75-90 % пораженных могут быть эвакуированы в 1-2-е сутки.

Противопоказанием к эвакуации пораженных авиационным транспортом относятся:

- продолжающееся внутреннее или неостановленное наружное кровотечение;
- невосполненная тяжелая кровопотеря;
- выраженные нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы, требующие интенсивной терапии;
- шок второй и третьей степени;
- недренированный закрытый или клапанный пневмоторакс;
- выраженный парез кишечника после лапаротомии;
- септический шок;
- жировая эмболия.

При эвакуации пораженных в состоянии психического возбуждения принимаются меры, исключающие возможность их падения с транспортного средства (фиксация к носилкам лямками, введение седативных препаратов и т.д.).

Основной массе тяжелопораженных АОХВ потребуется лечение в непосредственной близости от зоны ЧС до их выведения из нетранспортабельного состояния с последующей эвакуацией в ближайшие ЛПУ, способные оказать исчерпывающую медицинскую помощь и провести полноценное лечение.

Эвакуация больных из ООИ, как правило, не проводится или резко ограничена. В случае выполнения требований противоэпидемиологического режима с целью недопущения рассеивания инфекции на путях эвакуации предусматривается: выделение специальных путей эвакуации; безостановочное движение через населенные пункты; наличие средств дезинфекции в автотранспорте и сбора выделений у больных; сопровождение транспорта медицинским персоналом; организация санитарно-транспортного контрольного пункта при выезде из очагов и др.

Нетранспортабельность – это состояние пораженного, обусловленное самим пораженным или перенесенным медицинским вмешательством, не позволяющее провести эвакуацию в связи с возможностью возникновения тяжелых осложнений (вплоть до смертельного исхода), вызванных условиями транспортировки.

К группе нетранспортабельных относят тех пораженных, которые нуждаются в дальнейшей эвакуации на последующий этап, по не способности перенести ее по тяжести состояния здоровья. В эту группу не включают лиц, имеющих несовместимые с жизнью повреждения.

Нетранспортабельных пораженных на этапе оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи не выделяют. Правильно выполненные мероприятия первичной врачебной медико-санитарной помощи по жизненным показаниям лицам, не имеющим не совместимых травм с жизнью, обеспечивают подготовку пораженных к дальнейшей эвакуации.

Нетранспортабельные пораженные подлежат временной госпитализации с целью проведения интенсивной терапии.

В случае смерти пострадавшего в пути следования юридическую ответственность несет врачебный состав, давший разрешение на эвакуацию.

Сопроводительный лист (для пораженного в ЧС) и все личные документы должны находиться при каждом эвакуируемом.

Загрузка транспорта по возможности однопрофильными по характеру (хирургической, терапевтической и т.д.) и локализации поражения пострадавшими облегчает эвакуацию не только по направлению, но и по назначению, сокращая до минимума межбольничные перевозки.

Особенности организации оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях

Опыт ликвидации медико-санитарных последствий ЧС свидетельствует, что среди всех потерь дети могут составлять 12-25 %.

Оказание медицинской помощи детям должно осуществляться с учетом анатомо-физиологических особенностей детского организма, обуславливающих отличия в клинических проявлениях и течении посттравматического заболевания по сравнению с взрослыми. При одинаковой степени тяжести поражения дети имеют преимущество перед взрослыми при получении медицинской помощи как в очаге поражения, так и за его пределами.

При организации первой помощи необходимо учитывать, что у детей исключается элемент само- и взаимопомощи.

Учитывая слабое развитие мускулатуры, детям до трех лет для временной остановки наружного кровотечения из дистальных отделов конечностей в большинстве случаев достаточно наложить на поврежденную конечность давящую повязку (не прибегая к кровоостанавливающему жгуту или закрутке).

При проведении детям закрытого массажа сердца необходимо рассчитывать силу и частоту нажатий на нижний отдел грудины, чтобы не вызвать дополнительную травму грудной клетки пораженного.

Вынос и вывоз детей и очага должен осуществляться в первую очередь и производиться в сопровождении родственников, легкопораженных взрослых, личного состава спасательных формирований и т.п. При организации лечебно-эвакуационного обеспечения следует предусмотреть усиление этапов медицинской эвакуации, на которых квалифицированная и специализированная медпомощь оказывается специализированными педиатрическими бригадами.