

Тактика оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

Организация защиты населения от чрезвычайных ситуаций

Авария - чрезвычайное событие техногенного характера, происшедшее по конструктивным, производственным, технологическим или эксплуатационным причинам, либо из-за случайных внешних воздействий, и заключающееся в повреждении, выходе из строя, разрушении технических устройств или сооружений. **Производственная или транспортная катастрофа** - крупная авария, повлекшая за собой человеческие жертвы, значительный материальный ущерб и другие тяжелые последствия.

Опасное природное явление - стихийное событие природного происхождения, которое по своей интенсивности, масштабу распространения и продолжительности может вызвать отрицательные последствия для жизнедеятельности людей, экономики и природной среды.

Стихийное бедствие - катастрофическое природное явление (или процесс), которое может вызвать многочисленные человеческие жертвы, значительный материальный ущерб и другие тяжелые последствия.

Экологическое бедствие (экологическая катастрофа) - чрезвычайное событие особо крупных масштабов, вызванное изменением (под воздействием антропогенных факторов) состояния суши, атмосферы, гидросферы и биосферы и отрицательно повлиявшее на здоровье людей, их духовную сферу, среду обитания, экономику или генофонд. Экологические бедствия часто сопровождаются необратимыми изменениями природной среды.

Если брать всю совокупность возможных чрезвычайных ситуаций, то их целесообразно первоначально разделить на **конфликтные и бесконфликтные** (см. рис. 1). К конфликтным прежде всего могут быть отнесены военные столкновения, экономические кризисы, экстремистская политическая борьба, социальные взрывы, национальные и религиозные конфликты, противостояние разведок, терроризм, разгул уголовной преступности, широкомасштабная коррупция и др.

Важной является классификация, построенная по масштабу распространения чрезвычайных событий. При этом следует иметь в виду, что учитываются не только размеры территории, подвергнувшейся воздействию ЧС, но и возможные ее косвенные последствия. Это, скажем, тяжелые нарушения организационных, экономических, социальных и других существенных связей, действующих на значительных расстояниях. Кроме того, принимается во внимание тяжесть последствий, которая и при небольшой, площади ЧС порой может быть огромной и трагичной.

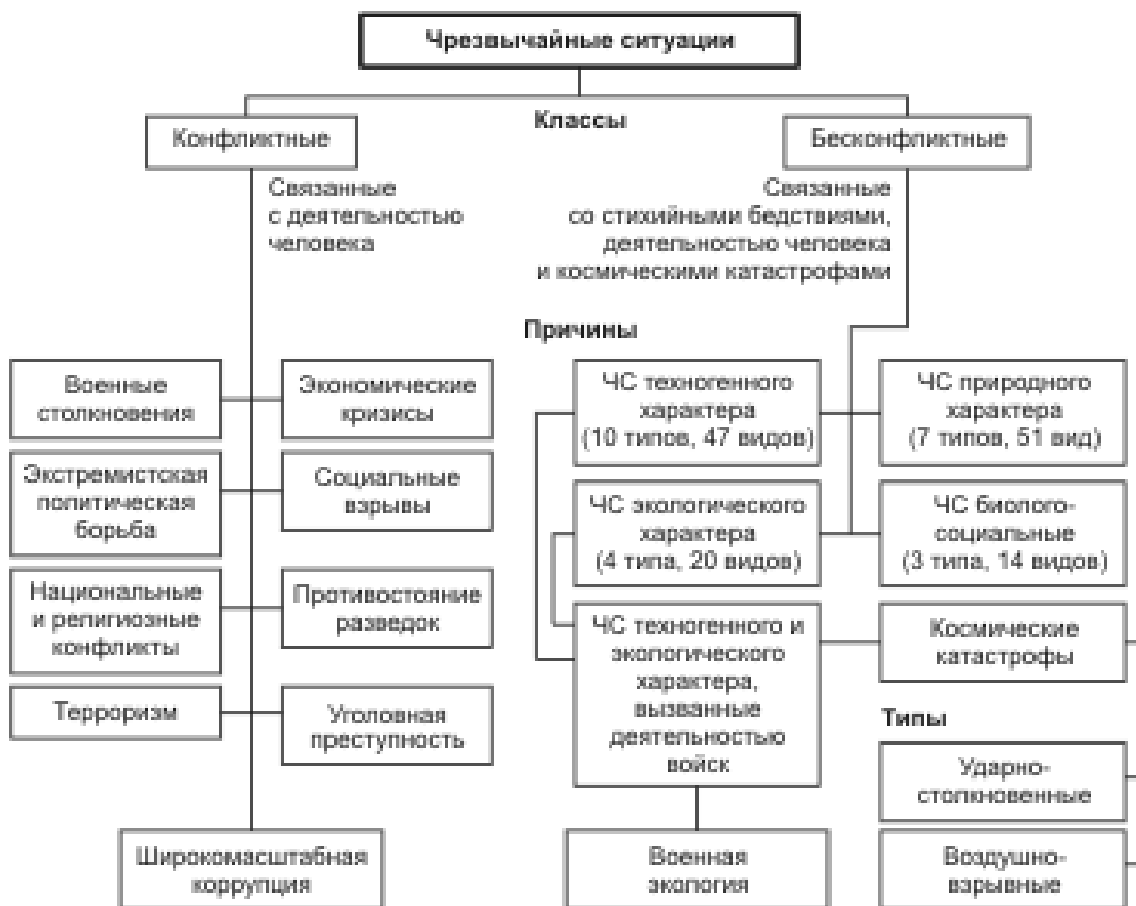


Рисунок 1. Классификация чрезвычайных ситуаций по сфере возникновения.

Классификация чрезвычайных ситуаций

Чрезвычайные ситуации классифицируются в зависимости от количества людей, пострадавших в этих ситуациях, людей, у которых оказались, нарушены условия жизнедеятельности, размера материального ущерба, а также границы зон распространения поражающих Факторов чрезвычайных, ситуаций.

Так вот, по масштабу распространения и тяжести последствий ЧС подразделяются на локальные, объектовые, местные, территориальные, региональные, федеральные и трансграничные (глобальные) (таб. 1).

К локальной (частной) относится ЧС, в результате которой пострадало не более 10 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности не более 100 человек, либо материальный ущерб. Составляет не более 1 тыс. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения чрезвычайной ситуации и зона чрезвычайной ситуации не выходит территориально и организационно за пределы рабочего места или участка, малого отрезка дороги, усадьбы, квартиры. **Объектовые** ограничиваются пределами производственного или иного объекта и могут быть ликвидированы его силами и ресурсами (в том числе силами специализированных формирований).

К местной - относится чрезвычайная ситуация, в результате которой пострадало свыше 10, но не более 50 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 100, но не более 300 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 1 тыс., но не более 5 тыс. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения чрезвычайной ситуации и зона чрезвычайной ситуации не выходит за пределы населенного пункта, города, района, области, края, республики и устраняются их силами, средствами и другими ресурсами.

Вид ЧС

Число пострадавших	
Число людей с нарушенными условиями жизнедеятельности	
Материальный ущерб в тысячах минимальных зарплат	
Зона ЧС	
Локальная	
<10	
< 100	
< 1	
Не выходит за пределы территории объекта	
Местная	
10-50	
100-300	
1-5	
Не выходит за пределы населенного пункта, города, района	
Территориальная	
50-500	
300-500	
5 - 500	
Не выходит за пределы субъекта РФ	
Региональная	
50-500	
500-1000	
500 - 5000	
Охватывает территорию двух субъектов РФ	
Федеральная	
>500	
> 1000	
> 5000	
Выходит за пределы более чем двух субъектов РФ	
Трансграничная	
Поражающие факторы выходят за пределы РФ либо ЧС, которая произошла за рубежом, захватывает территорию РФ	

Таблица 2. Классификация по масштабу возникновения

К территориальной относится чрезвычайная ситуация, в результате которой пострадало свыше 50, но не более 500 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 300, но не более 500 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 5 тыс., но не более 0,5 млн. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения чрезвычайной ситуации и зона чрезвычайной ситуации не выходит за пределы субъекта РФ.

К региональной относится чрезвычайная ситуация, в результате которой пострадало свыше 50, но не более 500 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 500, но не более 1000 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 0.5 млн., но не более 5 млн. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения чрезвычайной ситуации и зона ЧС распространяется на несколько областей (краев, республик) или экономических районов. Для ликвидации их последствий нужны объединенные усилия этих территорий, а также участие федеральных сил, средств и ресурсов.

К федеральной (национальной) относится чрезвычайная ситуация в результате которой пострадало свыше 500 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 1000 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 5 млн. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения чрезвычайной ситуации и зона чрезвычайной ситуации охватывает обширную

территорию страны, но не выходит за ее границы. Здесь задействуются силы, средства и ресурсы всего государства. Часто прибегают и к иностранной помощи.

К трансграничной (глобальной) относится чрезвычайная ситуация, поражающие факторы которой выходят за пределы Российской Федерации, либо чрезвычайная ситуация, которая произошла за рубежом и затрагивает территорию Российской Федерации. Их последствия устраняются силами и средствами как пострадавших государств, так и международного сообщества.

Каждому виду чрезвычайных ситуаций свойственна своя скорость распространения опасности, являющаяся важной составляющей интенсивности протекания чрезвычайного события и характеризующая степень внезапности воздействия поражающих факторов. С этой точки зрения такие события можно подразделить на **внезапные** (взрывы, транспортные аварии, землетрясения и т.д.), **с быстро** (пожары, выброс газообразных АХОВ гидродинамические аварии с образованием волн прорыва, сель и др.), **умеренно** (выброс радиоактивных веществ, аварии на коммунальных системах, извержения вулканов, половодья и пр.) и **медленно распространяющейся опасностью** (аварии на очистных сооружениях, засухи, эпидемии, экологические отклонения и т.п.).

К ликвидации чрезвычайных ситуаций могут привлекаться Вооруженные Силы Российской Федерации, войска гражданской обороны РФ, другие войска и воинские формирования в соответствии с законодательством РФ. Ликвидация чрезвычайной ситуации считается завершенной по окончании проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ.

Все чрезвычайные ситуации (антропогенного, техногенного и природного происхождения (характера)) могут быть классифицированы по значительному количеству признаков, описывающих эти явления с различных характерных сторон их природы и свойств. Каждая ЧС имеет свою физическую сущность, свои, только ей присущие причины возникновения, движущие силы развития, свои особенности воздействия на человека и окружающую среду.

Естественные, или природные катастрофы (не зависящие от деятельности человека)

Метеорологические

Тектонические и теллурические

Топологические

Космические

Бури, ураганы, смерчи, морозы, снегопады, жара, засухи

Землетрясения, цунами, извержение вулканов, пожары

Наводнения, сели, оползни, снежные обвалы

Метеориты, прочие космические катастрофы

Искусственные катастрофы (вызываемые деятельностью человека)

Технологические

Социальные

Специфические

Транспортные

Производственные

Авиационные и космические, железно-дорожные, автодорожные, на флоте

Механические, термические, химические, радиационные, бактериологические

Терроризм, общественные беспорядки, голод, алкоголизм, наркомания

Война, эпидемия

С медицинской точки зрения, под **чрезвычайной ситуацией** понимают обстановку, сложившуюся в результате катастрофы, при которой число пораженных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, превосходит возможности ее своевременного оказания силами и средствами местного здравоохранения, и требуется как привлечение медицинской помощи извне, так и существенное изменение форм и методов повседневной работы медицинских учреждений и персонала.

Принципы организации и задачи службы медицины катастроф.

Служба медицины катастроф МЗ РФ (СМК) - неотъемлемая составная часть здравоохранения со своим руководством, органами управления, силами, средствами, формами и методами работы, обеспечивающими своевременное оказание медико-санитарной помощи населению в чрезвычайных ситуациях.

1990 г. - создание службы экстренной медицинской помощи (СЭМП)

1994г. - СЭМП преобразована во Всероссийскую службу медицины катастроф (ВСМК) в составе Минздрава РФ. Оказание помощи пострадавшим при чрезвычайной ситуации. Служба медицины катастроф носит государственный (является государственной службой) и приоритетный (ей оказываются и предоставляются максимально благоприятные условия для работы и оказывается всяческое содействие) характер.

Служба медицины катастроф организуется по территориально-производственному и региональному принципам и является универсальной (предназначена для оказания всех видов экстренной медицинской помощи населению при ЧС мирного и военного времени).

В основе деятельности СМК РФ лежат принципы:

1. СМК носит государственный и приоритетный характер. Ее государственный характер обеспечивается постановлениями Правительства, указами Президента, приказами МЗ. Приоритетный характер СМК обеспечивается предоставлением ей максимально благоприятных условий для оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП).
2. СМК организуется по территориально- производственному и региональному принципу и представлена трехуровневой структурой: федеральной, региональной и территориальной.
3. Управление и организация СМК обеспечиваются разумным сочетанием централизованного и децентрализованного управления.
4. Двухэтапная система организации ЭМП.

5. Медицинская сортировка как один из основополагающих принципов своевременного оказания ЭМП в ЧС.
6. Эшелонирование и маневр силами и средствами ЭМП.
7. Взаимодействие СМК с мед. силами других министерств и ведомств, службами РСЧС.
8. Своевременность, непрерывность и эффективность оказания ЭМП.
9. Принцип единоначалия при ликвидации медицинских последствий ЧС, т. е. единолично в пределах своей компетенции принимать решение в соответствии с предложениями подчиненных.
10. Принцип универсальности.
11. Разумная достаточность сил и средств СМК и экономическая целесообразность.
12. Материальная заинтересованность и правовая ответственность, юридическая и социальная защищенность специалистов службы.
13. Подготовка населения, а также лиц с профессиями повышенного риска к действиям и оказанию первой медицинской помощи в ЧС.

Задачи службы медицины катастроф:

1. проведение мероприятий, направленных на предупреждение, локализацию и ликвидацию медико-санитарных последствий возможных катастроф
2. организация, подготовка и поддержание в высокой степени готовности
3. органов управления, учреждений, формирований и личного состава службы к работе по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС
4. своевременное оказание медицинской помощи, эвакуация и лечение пораженных, восстановление их здоровья с целью быстреего возвращения их к нормальному образу жизни, максимального снижения инвалидности и летальности
5. проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на профилактику и снижение психоневрологического и эмоционального воздействия катастрофы на население и быстреешую его реабилитацию
6. обеспечение санитарного благополучия населения в районах катастроф, предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний среди населения в зонах катастроф и прилегающих территориях
7. сохранение здоровья личного состава службы в период ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, оказание медицинской помощи персоналу спасательных подразделений
8. проведение судебно-медицинской экспертизы погибших, судебно-медицинского освидетельствования пораженных с целью определения степени тяжести поражения и прогнозирования трудоспособности.

Решение задач, стоящих перед СМК, может быть обеспечено проведением следующих мероприятий:

- создание, оснащение, подготовка и поддержание в высокой степени готовности сил и средств службы, разработка и внедрение в практику здравоохранения теоретических, методических и организационных основ медицинского обеспечения населения в ЧС
- накопление, хранение, освежение, учет и контроль медицинского имущества, необходимого для работы формирований и учреждений службы в ЧС
- подготовка медицинского состава к работе в ЧС и обучение всего населения оказанию первой медицинской помощи и правилам адекватного поведения при различных катастрофах
- оперативное управление силами СМК, маневр ими, взаимодействие.

Основные формирования Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК), уровни в масштабе РФ

Для успешной реализации задач, стоящих перед СМК, используются имеющиеся и дополнительно созданные на базе действующих учреждений здравоохранения силы СМК. К ним относятся формирования, учреждения, органы управления и руководства.

Формирования СМК МЗ РФ:

1. **БСМП** - бригады скорой медицинской помощи. (линейные и специализированные), предназначены для оказания ЭМП в районе бедствия на догоспитальном этапе
2. **БЭМП** - бригады экстренной медицинской помощи - (врачебно-сестринские и доврачебные); их основное назначение - усиление службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в районе катастрофы
3. **МО** - медицинские отряды (МО), состоящие из бригад ЭМП; служат для оказания неотложной первой врачебной помощи на догоспитальном этапе
4. специализированные медицинские бригады постоянной готовности (СМБПГ) и бригады экстренной специализированной медицинской помощи (БЭСМП); входят в состав центров медицины катастроф и предназначены для усиления ЛПУ, оказывающих квалифицированную и специализированную медицинскую помощь
5. **АВМГ** - автономные выездные медицинские госпитали; предназначены для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в очагах катастроф или в непосредственной близости их.

С целью максимально оперативного выдвижения к месту катастрофы ряд территориальных служб медицины катастроф в своем составе дополнительно развертывают:

1. оперативные группы управления (ОГУ)
2. санитарную авиацию (СА)
3. подвижные комплексы медицины катастроф (ПКМК) на базе автомобильного шасси
4. аэромобильные лечебно-эвакуационные комплексы (АЛЭК) на базе вертолета Ми-17МВ.

Для проведения в районах широкомасштабных катастроф санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий на базе ГЦСЭН *создаются подвижные формирования:*

- санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО)
- санитарно-эпидемиологические бригады (СЭБ)
- противоэпидемиологические бригады (ПЭБ)
- специализированные противоэпидемиологические бригады (СПЭБ)
- группы эпидемиологической разведки (ГЭР).

Учреждения службы МК:

- Всероссийский центр МК "Защита" и его клинические базы
- региональные центры МК (Новосибирск, Хабаровск, Москва, Чита, Екатеринбург, Казань, Ростов, Санкт-Петербург, Красноярск, Самара)
- территориальные центры МК (краевые, областные, городские)
- межрайонные (зональные) центры МК
- клиники региональных (территориальных) центров МК

- территориальные ЛПУ здравоохранения (согласно плана на ЧС)
- базы, склады спецмедснабжения
- учебные заведения по подготовке медицинских работников (первичной и последипломной) по медицине катастроф.

Органы руководства и управления службой МК:

- МЗ РФ (отдел МК)
- территориальные органы управления (отделения МК) территорий РФ
- межведомственные координационные комиссии
- штабы Всероссийской службы МК
- штабы медицинской службы гражданской защиты.

Начальником Всероссийской СМК является министр здравоохранения РФ.

Служба медицины катастроф создается на федеральном, региональном, территориальном, местном и объектовом (на объектах экономики) уровнях.

Международный опыт ликвидации последствий крупномасштабных катастроф убедительно показал, что значительная часть пораженных погибает вследствие не своевременности оказания медицинской помощи, хотя полученная травма была и не смертельной. Это указывает на актуальность сокращения сроков проведения спасательных работ в зоне бедствия и улучшения качества оказания медицинской помощи в сжатые сроки. Так, оказание первой медицинской помощи в первые 30 минут с момента поражения, даже при отсрочке других видов помощи, снижает вероятность летального исхода в 3 раза.

В развитии катастрофы выделяют 3 периода (фазы):

изоляции;
спасении;
восстановления.

В период изоляции, который длится от нескольких минут до нескольких часов, медицинская помощь оказывается в порядке само- и взаимопомощи, т.е. самими пострадавшими, а также лицами, оказавшимися в очаге катастроф, в том числе и медицинскими работниками, оказавшимися в момент происшествия в зоне бедствия.

В этот период активно ведутся:

- розыск пораженных, их извлечения из труднодоступных мест (завалов, горящих сооружений, поврежденной техники и др.),
- оказание им первой медицинской помощи по жизненным показаниям,
- вынос из зараженной зоны в безопасное место,
- проведение частичной санитарной обработки.

Эти и другие мероприятия по спасению жизни пострадавших проводятся силами сохранивших дееспособность лиц с использованием индивидуальных средств медицинской защиты (перевязочные пакеты, индивидуальные и коллективные аптечки), медикаментами и другим медицинским имуществом, сохранившимся у медработников, а при их отсутствии - подручными средствами.

После оказания первой медицинской помощи пострадавших целесообразно сосредотачивать в безопасных местах вблизи транспортных коммуникаций для последующей эвакуации из очага.

С момента прибытия в очаг катастрофы сил немедленного реагирования, в состав которых входят спасательные формирования, пожарные команды, бригады скорой медицинской помощи, санитарные дружины и отряды санитарных дружин МСГО,

ведомственная аварийно-спасательная служба, подразделения милиции, а также воинские подразделения, начинается второй период - период спасения.

Указанными силами продолжается розыск и сбор пострадавших с целью скорейшего оказания им первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи. Последняя, как правило, оказывается в местах сосредоточения (выноса) пострадавших, где могут развертываться силами службы медицины катастроф или медицинской службы Гражданской обороны временные пункты сбора пораженных (ВПСП). Отсюда пострадавшие подлежат отправке в ближайшие лечебные учреждения для дальнейшего лечения на втором этапе медицинской эвакуации *в периоде восстановления.*

Средние медицинские работники, являясь непосредственными участниками ликвидации последствий катастроф, обязаны на высоком профессиональном уровне оказать первую медицинскую и доврачебную помощь пострадавшим, как в очаге катастрофы, так и в ходе медицинской эвакуации.

Система лечебно-эвакуационного обеспечения населения и оказания медицинской помощи в ЧС

В понятие *“медико-тактическая характеристика района чрезвычайной ситуации”* входят такие признаки, как характер потерь (величина и структура поражения), степень выхода из строя местных сил и средств здравоохранения, наличие или отсутствие заражения местности в районе чрезвычайной ситуации, размер очага.

Защита населения, персонала, больных лечебно-профилактических учреждений от поражающих факторов *катастроф осуществляется путем проведения комплекса мероприятий, включающего три основных способа защиты:*

- 1) укрытие людей в защитных сооружениях;
- 2) эвакуация и рассредоточение;
- 3) обеспечение населения индивидуальными средствами защиты.

В нашей стране проводятся следующие мероприятия по защите населения.

1. Организованы непрерывный лабораторный контроль и наблюдения за радиоактивными, химическими и бактериологическими заражениями объектов внешней среды. Это государственный контроль, который осуществляется санитарно-эпидемиологическим надзором.
2. Организовано своевременное оповещение населения о возникновении катастроф, аварий, стихийных и иных бедствий. Осуществляется по линии Гражданской обороны и по линии МЧС.
3. Организовано укрытие рабочих и служащих потенциально опасных объектов в защитных сооружениях. Планируются строительство в угрожаемый период защитных сооружений для населения и выдача средств индивидуальной и медицинской защиты.
4. Разработаны режимы поведения людей на зараженной местности с целью их защиты. НИИ разработали режимы поведения на загазованной территории, на радиоактивных территориях. Эти режимы должны знать директора предприятий (например, АЭС, ГЭС).
5. Спланирована эвакуация населения из городов и населенных пунктов в загородную зону в случаях чрезвычайных ситуаций.
6. Спланированы специальные профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия в зоне чрезвычайных ситуаций.

7. Организовано обучение населения способам защиты и действиям в чрезвычайных ситуациях.

Для спасения жизни пострадавших при авариях и катастрофах чрезвычайно важное значение имеет своевременное оказание медицинской помощи.

Основными видами поражений людей (структура санитарных потерь) в чрезвычайных ситуациях являются:

травмы,
термические ожоги,
радиационные поражения,
острые химические отравления,
психоэмоциональные расстройства,
массовые инфекционные поражения,
переохлаждения,
перегревания,
комбинированные поражения (механотермические, радиационно-термические, радиационно-механические и др.),
несчастные случаи (утопления, солнечный, тепловой удар, укусы змей, бытовые отравления).

Все названные виды поражений могут быть условно разделены на два профиля — хирургический и терапевтический.

К наиболее распространенным поражениям **хирургического профиля** относятся механические травмы, синдром длительного сдавления, переломы костей, наружные кровотечения, ожоги.

К наиболее часто встречающимся повреждениям **терапевтического профиля** следует отнести радиационные поражения, острые отравления АХОВ при авариях на химических предприятиях, психоэмоциональные расстройства, массовые инфекционные заболевания, а также обострения хронических заболеваний и т.п. Мероприятия первой медицинской помощи направлены на спасение жизни пораженных, в связи с чем, безусловно, необходимо максимально полное и тщательное их выполнение сразу же после получения повреждений. Эту помощь должен оказать первый, кто находится в данный момент рядом с пораженным.

При организации спасательных работ и оказании помощи детям необходимо учитывать многие факторы. В экстремальной ситуации у детей отсутствует такой вид медицинской помощи, как самопомощь и взаимопомощь. Поэтому спасатели, медицинские работники должны оказывать первую медицинскую помощь, прежде всего детям, т.е. при одинаковой степени тяжести поражения дети имеют преимущество перед взрослыми при оказании первой медицинской помощи как в очаге (зоне) поражения, так и на этапах медицинской эвакуации. Вынос (вывоз) детей с мест поражения и их эвакуацию желательно проводить в сопровождении родственников (знакомых), взрослых людей. Детей в возрасте до 5 лет из очага поражения обязательно выносить на руках, если это позволяют состояние пострадавшего ребенка, характер и локализация повреждений. Маленькие дети необычайно чувствительны и сразу почувствуют вашу неискренность. Завоюйте доверие пострадавшего ребенка, поговорите сначала с тем, кому он верит, по возможности с родителем. Если родитель слушает вас и верит вам, это доверие передастся и ребенку. Важно, чтобы ребенок понимал, что происходит и что вы намерены делать. Объясните ему это как можно проще и не перегружайте голову

ненужной информацией. Не забирайте ребенка от отца, матери или того, кому он доверяет. В химических очагах аварии или катастрофы все пораженные дети независимо от тяжести поражения должны рассматриваться как носилочные, обязательно следует учитывать их психоэмоциональные особенности.

Система лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях включает совокупность научно-обоснованных принципов организационно-практических мероприятий по оказанию пораженному населению медицинской помощи и лечению, связанных с его эвакуацией за пределы зоны (очага) катастрофы, и предназначенных для этого сил и средств службы медицины катастроф.

На организацию системы ЛЭО влияют следующие основные **условия**:

вид катастрофы,

размеры очага поражения,

количество пораженных,

характер патологии,

степень выхода из строя сил и средств здравоохранения в зоне катастрофы,

состояние материально-технического оснащения СМК и уровень подготовки кадров,

наличие на местности опасных поражающих факторов (РВ, АХОВ, пожаров) и др.

Общим принципом лечебно-эвакуационного обеспечения в условиях ЧС является в основном двухэтапная система оказания медицинской помощи и лечения пораженных с их эвакуацией по назначению.

Медицинские формирования и лечебные учреждения, развернутые на путях эвакуации пораженных их зоны (района) катастрофы и предназначенные для массового приема, медицинской сортировки, оказания медицинской помощи пораженным, подготовки их к эвакуации и лечения получили наименование "**ЭТАПА МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ**".

Первым этапом медицинской эвакуации, предназначенным преимущественно для оказания первой медицинской и первой врачебной помощи, являются сохранившиеся в зоне ЧС лечебные учреждения, пункты сбора пораженных, развернутые бригадами скорой помощи и врачебно-сестринскими бригадами, прибывшими в зону ЧС из близ расположенных лечебных учреждений.

Вторым этапом медицинской эвакуации являются существующие и функционирующие вне зоны ЧС, а также дополнительно развернутые лечебные учреждения, предназначенные для оказания исчерпывающих видов медицинской помощи квалифицированной и специализированной и для лечения пораженных до окончательного исхода.

Каждому этапу медицинской эвакуации устанавливается определенный объем медицинской помощи (перечень лечебно-профилактических мероприятий).

Основными видами помощи в очаге или на его границе является 1-я медицинская, доврачебная и 1-я врачебная помощь. В зависимости от обстановки здесь же некоторым категориям пораженных могут выполняться элементы квалифицированной медицинской помощи. На 2-м этапе медицинской эвакуации обеспечивается оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи в полном объеме, лечение до окончательного исхода и реабилитации.

Таким образом, **в системе ЛЭО имеются следующие виды медицинской помощи**:

первая медицинская помощь,

доврачебная помощь,

первая врачебная помощь,

квалифицированная медицинская помощь,

специализированная медицинская помощь.

Характерной особенностью оказания медицинской помощи пораженным является расчленение, рассредоточение (эшелонирование) ее оказания во времени и на местности по мере эвакуации пораженных из очага катастрофы в стационарные лечебные учреждения. Степень расчленения (эшелонирования) медицинской помощи различна в зависимости от медицинской обстановки в зоне катастрофы. Исходя из нее может изменяться и объем медицинской помощи - расширяться или суживаться. Однако всегда должны быть проведены мероприятия, направленные на спасение жизни пораженного и снижение (предупреждение) развития опасных осложнений.

Каждый этап медицинской эвакуации имеет свои особенности в организации работы. Однако в его составе необходимо создавать условия для приема, размещения и мед. сортировки пораженных, помещения для оказания мед. помощи, временной изоляции, сан. обработки, временной или окончательной госпитализации, ожидания эвакуации и подразделения обслуживания. Для оказания 1-й медицинской и доврачебной помощи на месте, где получена травма или вблизи от него, а также отдельных мероприятий 1-й врачебной помощи, не требуется развертывания на местности функциональных отделений.

Необходимость в организации 1-го этапа медицинской эвакуации обусловлена тем, что расстояние между районом бедствия и стационарными лечебными учреждениями может быть значительным. Определенная часть пораженных не выдержит длительную эвакуацию непосредственно из очага катастрофы после оказания им только 1-й медицинской помощи, полученной в очаге или на его границе.

В службе экстренной медицинской помощи в ЧС объективно выявляются два направления в системе оказания мед. помощи пораженным и их лечения в экстремальных условиях:

- когда оказание мед. помощи пораженным в полном объеме, возможно обеспечить силами объектового и местного территориального здравоохранения
- когда для ликвидации мед. последствий крупной катастрофы необходимо выдвигать подвижные силы и средства из других районов и регионов.

В связи с тем, что при двухэтапной системе ЛЭО населения в ЧС мед. помощь расчленяется, к ее оказанию предъявляются следующие два основных требования: преемственность в последовательно проводимых лечебно-профилактических мероприятиях и своевременность их выполнения.

Преемственность в оказании мед. помощи и лечении обеспечивается:

наличием единства понимания происхождения и развития патологического процесса, а также единых, заранее регламентированных и обязательных для мед. персонала принципов оказания мед. помощи и лечения

наличием четкой документации, сопровождающей пораженного. Такой документацией являются: первичная медицинская карточка ГО (на военное время) и первичная медицинская карта пораженного (пострадавшего) в чрезвычайной ситуации (на мирное время), талон на госпитализацию, история болезни. Первичная медкарточка ГО (первичная медкарта пораженного в ЧС) оформляется на всех пораженных при оказании им 1-й врачебной помощи, если они подлежат дальнейшей эвакуации, а при их задержке для лечения свыше одних суток - используется как история болезни (или вкладывается в последнюю).

При эвакуации пораженного эти документы следуют с ним.

Своевременность в оказании мед. помощи достигается хорошей организацией розыска, выноса и вывоза (эвакуации) пораженных из очага на этапы мед. эвакуации, максимальным приближением 1-го этапа к районам возникновения

потерь, правильной организацией работы и правильной организацией медицинской сортировки.

Виды медицинской помощи.

первая медицинская помощь,
доврачебная помощь,
первая врачебная помощь,
квалифицированная медицинская помощь,
специализированная медицинская помощь.

Как вид медицинской помощи - **ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ** имеет целью предотвратить дальнейшее воздействие на пострадавшего поражающего фактора, предупредить развитие тяжелых осложнений и тем самым сохранить жизнь пораженному. Она является эффективной тогда, когда оказывается немедленно, или как можно раньше с момента поражения.

Первая медицинская помощь-это комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых на месте получения повреждения преимущественно в порядке само и взаимопомощи, а также участниками спасательных работ, с использованием табельных и подручных средств с целью устранения продолжающегося воздействия поражающего фактора, спасения жизни пострадавшим, снижения и предупреждения развития тяжелых осложнений.

Оптимальный срок-до 30 минут после получения травмы.1-я мед. помощь пораженным оказывается посиндромно, исходя из характера, тяжести и локализации повреждений.

Организация экстренной медицинской помощи пораженным тесно связана с фазностью развития процессов в районе бедствия. Так, *в период фазы изоляции, длящейся от нескольких минут до нескольких часов*, 1-я медицинская помощь может оказываться только самими пострадавшими в порядке само- и взаимопомощи. И здесь большое значение имеет обученность населения, умение использовать для оказания помощи подручные средства. И только прибывающие в очаг спасательные формирования начинают использовать табельное имущество для оказания 1-й медицинской помощи.

Объем первой мед. помощи:

1. при катастрофах с преобладанием механических (динамических) поражающих факторов:

- извлечение пострадавших из-под завалов (перед тем как высвободить конечность от сдавления, на ее основание накладывается жгут, который снимают только после того, как будет произведено тугое бинтование конечности от периферии до жгута), вывод ослепленных из очага тушение горячей одежды или попавших на тело горящих смесей.
- борьба с асфиксией путем освобождения дыхательных путей от слизи, крови и возможных инородных тел. При западании языка, рвоте, обильном носовом кровотечении пострадавшего укладывают на бок; при западании языка его прокалывают булавкой, которую фиксируют со стороны наружной дужки бинтом к шее или подбородку. Искусственная вентиляция легких методом "рот-в-рот" или "рот-в-нос", а также с помощью S-образной трубки.
- придание физиологически выгодного положения пострадавшему
- закрытый массаж сердца
- временная остановка кровотечения всеми доступными средствами: давящая повязка, пальцевое прижатие, жгут и т.д.

- иммобилизация поврежденной области простейшими средствами
- наложение асептической повязки на рану и ожоговую поверхность
- введение с помощью шприц - тубика обезболивающего средства или антидота
- дача водно-солевого (1/2 ч.л. соды и соли на 1 л жидкости) или тонизирующих горячих напитков (чай, кофе, алкоголь) - при отсутствии рвоты и данных за травму органов брюшной полости
- предупреждение переохлаждения или перегревания
- щадящий ранний вынос (вывоз) пострадавших из очага и сосредоточение их в обозначенных укрытиях
- подготовка и контроль за эвакуацией пострадавших в ближайший медицинский пункт или в места погрузки пораженных на транспорт

2. в очагах с преобладанием термической травмы в дополнение к перечисленным мероприятиям проводят:

- тушение горячей одежды
- укутывание пострадавшего чистой простыней

3. при катастрофах с выходом в окружающую среду АХОВ дополнительно:

- защита органов дыхания, глаз и кожных покровов от непосредственного воздействия на них АХОВ
- частичная санитарная обработка открытых частей тела (проточная вода, 2% содовый раствор и др.) и при возможности дегазация прилегающей к ним одежды
- дача сорбентов при пероральных отравлениях, молока, обильное питье, промывание желудка "ресторанным" способом
- скорейший вынос пораженного из зоны отравления

4. при авариях с выбросом радиоактивных веществ:

йодная профилактика и использование по возможности населением радиопротекторов

частичная дезактивация одежды и обуви

оказание первой медицинской помощи населению в перечисленном объеме при его эвакуации из зон радиоактивного заражения

5. при массовых инфекционных заболеваниях в очагах бактериологического (биологического) заражения:

использование подручных и (или) табельных средств индивидуальной защиты

активное выявление и изоляция температуращих больных, подозрительных на инфекционное заболевание

применение средств экстренной профилактики

проведение частичной или полной сан. обработки.

Медицинская помощь включает в себя первую медицинскую помощь, оказываемую пострадавшим непосредственно в очаге поражения, первую врачебную — вне зон заражения (ионизирующего излучения) и специализированную (квалифицированную) — в загородной зоне или в сохранившихся лечебных учреждениях пригородной зоны. В организации первой медицинской помощи различают две фазы:

1) оказание само- и взаимопомощи сразу же после возникновения стихийного бедствия, аварии, возникновения очага поражения, когда еще не прибыли силы здравоохранения и спасательные подразделения;

2) оказание первой медицинской помощи прибывшими личным составом спасательных подразделений и медицинскими формированиями одновременно с организацией само- и взаимопомощи.

Возможности организации **само- и взаимопомощи** в первой фазе возникновения чрезвычайных ситуаций в очагах поражения ограничиваются в связи с непредсказуемостью обстановки, опасностью передвижения по очагу, отсутствием

средств для оказания помощи, морально-психологическим состоянием людей, находящихся в очаге. В связи с этим в экстремальных условиях само- и взаимопомощь может проводиться только в безопасных местах. При достаточном уровне подготовленности населения преимущество само- и взаимопомощи очевидно, так как она может быть оказана в первые минуты после поражения.

Оказавшись в завале, следует осмотреться, не терять самообладания и надежды на спасение, спокойно и осторожно попытаться освободить придавленную часть тела. При неосторожных движениях может произойти дообрушение конструкций (грунта), что также может осложнить ситуацию.

Во второй фазе, когда прибывают спасатели, **первая медицинская помощь** организуется в первую очередь пораженным, находящимся в доступных местах среди завалов, разрушенных зданий и сооружений, а далее и тем, которые извлекаются из завалов. Содержание первой медицинской помощи пострадавшему населению зависит от характера стихийного бедствия, аварии, вида очага и структуры поражения населения. При землетрясениях, оползнях, если они сопровождаются сильными разрушениями, в основном наблюдаются травмы, в большинстве случаев происходит сдавление мягких тканей (травматический токсикоз), могут быть ожоги, асфиксия, психические расстройства. При наводнениях у пострадавших наблюдается асфиксия, ознобление, в последующем может развиваться воспаление легких. При воздействии на организм человека ОВ и АХОВ возникает весьма разнообразная симптоматика поражений в зависимости от токсических свойств ОВ и АХОВ, продолжительности скрытого периода, тяжести поражения. В очагах комбинированного поражения возможны одновременно различные повреждения в различных сочетаниях: травмы, ожоги, острая лучевая болезнь и др.

В объем первой медицинской помощи входят:

- 1) наложение антисептических повязок на раны и ожоговые поверхности;
- 2) временная остановка кровотечения с применением подручных и табельных средств;
- 3) иммобилизация при переломах костей и при обширных повреждениях мягких тканей (размозжение) с применением подручных средств и табельных шин;
- 4) проведение простейших противошоковых мероприятий, равномерное согревание до исчезновения озноба, введение морфина, кордиамина, кофеина и т.д.;
- 5) сердечно-легочная реанимация;
- 6) частичная дезактивация, частичная санитарная обработка и др.

Обязанности оказывающего первую медицинскую помощь:

- 1) быстро оценить ситуацию и выработать соответствующую тактику;
- 2) определить, насколько возможно, травму или причину болезни;
- 3) оказать первую, соответствующую ситуации медицинскую помощь, которая была бы наиболее важна и разумна в данный момент;
- 4) оставаться с пострадавшим до передачи его специалисту;
- 5) рассказать о случившемся и оказать дальнейшую помощь в случае необходимости.

Каждый пострадавший должен чувствовать себя защищенным и находящимся в надежных руках. Вы можете создать благоприятную атмосферу уверенности и спокойствия, если будете:

- 1) контролировать себя и создающуюся ситуацию;
- 2) действовать спокойно и логично;
- 3) оставаться осторожным, но твердым, говорить с потерпевшим мягко, но по существу.

При осмотре и лечении:

- 1) говорите с пострадавшим;
- 2) объясните, что вы собираетесь делать;
- 3) старайтесь отвечать на вопросы честно, чтобы изгнать опасения пострадавшего, если вы не знаете, как ответить, так и скажите;
- 4) продолжайте одобрять пострадавшего, даже если ваша помощь исчерпана, — узнайте о том, кому вы можете сообщить о несчастном случае; спросите, нуждается ли потерпевший в том, чтобы вы сделали что-то за него, например забрали детей из школы;
- 5) не оставляйте того, кто может в любой момент умереть, продолжайте говорить с ним и держите его руки в своих, не давайте ему чувствовать себя одиноким.

Оказание первой медицинской помощи может быть опасным для вас. Всегда следите за своей личной безопасностью. Не рискуйте, желая героически спасти кого-то в опасной ситуации. Оказывающие первую медицинскую помощь могут подвергаться опасности заражения от пострадавшего серьезной инфекцией. Работа, связанная с оказанием первой медицинской помощи, иногда бывает грязной, крайне неприятной, и у вас могут возникнуть опасения, что вы не сможете работать в подобной ситуации. На самом деле такие страхи, как правило, беспочвенны и большинство людей справляется с этим успешно. Оказав первую помощь и передав пострадавшего другому человеку, приведите свои чувства в порядок, так как, оказывая неотложную помощь, вы действуете в стрессовой ситуации, а это может позже сказаться на вас. Вы можете чувствовать себя подавленным, особенно если помогали незнакомому человеку и не узнаете о последствиях ваших усилий.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ - комплекс медицинских манипуляций, осуществляемых медицинским персоналом (медсестра, фельдшер) с использованием табельных медицинских средств. Она направлена на спасение жизни пораженных и предупреждение развития осложнений. Оптимальный срок оказания доврачебной помощи - 1 час после травмы.

В дополнение к мероприятиям 1-й медицинской помощи, объем доврачебной помощи включает:

- введение воздуховода, ИВЛ с помощью аппарата типа "Амбу"
- надевание противогаза (ватно-марлевой повязки, респиратора) на пораженного при нахождении его на зараженной местности
- контроль сердечно-сосудистой деятельности (измерение АД, характера пульса) и функции органов дыхания (частота и глубина дыхания) у пораженного
- вливание инфузионных средств
- введение обезболивающих и сердечно-сосудистых препаратов
- введение и дача внутрь антибиотиков, противовоспалительных препаратов
- введение и дача седативных, противосудорожных и противорвотных препаратов
- дача сорбентов, антидотов и т.п.
- контроль правильности наложения жгутов, повязок, шин, при необходимости - их исправление и дополнение табельными медицинскими средствами
- наложение асептических и окклюзионных повязок.

ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами на первом (догоспитальном) этапе медицинской эвакуации с целью устранения последствий поражения, непосредственно угрожающих жизни пораженного, предупреждения развития в дальнейшем инфекционных осложнений в ране и подготовке пострадавших к эвакуации.

Должна быть оказана в первые 4-6 часов с момента поражения.

Первая врачебная помощь по неотложным жизненным показаниям потребуется в среднем 25% от всех санитарных потерь.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ-комплекс хирургических и терапевтических мероприятий, выполняемых врачами соответствующего профиля подготовки в стационарах лечебных учреждений и направленных на устранение последствий поражения, в первую очередь угрожающих жизни, предупреждение возможных осложнений и борьбу с развившимися, а также обеспечение планового лечения пораженных до окончательного исхода и создание условий для восстановления нарушенных функций органов и систем. Она должна быть оказана как можно раньше, но не позднее 2 суток.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ -комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами в специализированных лечебных учреждениях (отделениях) с использованием специальной аппаратуры и оборудования с целью максимального восстановления утраченных функций органов и систем, лечение пострадавших до окончательного исхода, включая реабилитацию. Должна быть оказана по возможности в ранние сроки, но не позднее 3-х суток.

Медицинская сортировка.

МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА-метод распределения пострадавших на группы по принципу нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в зависимости от медицинских показаний и конкретных условий обстановки. Она проводится, начиная с момента оказания первой медицинской помощи на месте (в зоне) ЧС и в догоспитальный период за пределами зоны поражения, а также при поступлении пораженных в лечебно-профилактические учреждения для получения ими полного объема медицинской помощи и лечения до конечного исхода. Медицинская сортировка проводится на основе диагноза и прогноза. Она определяет объем и вид медицинской помощи.

Медицинская сортировка является конкретным, непрерывным (категории экстренности могут быстро меняться), повторяющимся и преемственным процессом при оказании пострадавшим всех видов медицинской помощи. Проводится на основе диагноза и прогноза. Она определяет объем и вид медицинской помощи.

В очаге поражения, на месте, где получена травма, выполняются простейшие элементы медицинской сортировки в интересах оказания 1-й мед. помощи. По мере прибытия в район бедствия медицинского персонала (бригад скорой медицинской помощи, врачебно-сестринских бригад, бригад экстренной медицинской помощи) сортировка продолжается, конкретизируется и углубляется.

Конкретная группировка пораженных в процессе медицинской сортировки изменяется в зависимости от вида и объема оказываемой медицинской помощи. Объем же мед. помощи в свою очередь определяется не только медицинскими показаниями и квалификацией медицинского персонала, но, главным образом, условиями обстановки.

В зависимости от задач, решаемых в процессе сортировки, принято выделять два вида мед. сортировки:

внутрипунктовая: распределение пораженных по подразделениям данного этапа медицинской эвакуации (т.е. где, в какую очередь и в каком объеме будет оказываться помощь на данном этапе)

эвакуационно-транспортная: распределение по эвакуационному назначению, средствам, способам и очередности дальнейшей эвакуации (т.е. в какую очередь, каким транспортом, в каком положении и куда).

В основе сортировки по-прежнему сохраняют свою действенность **три основных Пироговских сортировочных признака:**

1. опасность для окружающих
2. лечебный
3. эвакуационный

Опасность для окружающих определяет степень нуждаемости пострадавших в санитарной или специальной обработке, изоляции.

В зависимости от этого пострадавших распределяют на группы:

нуждающиеся в специальной (санитарной) обработке (частичной или полной) подлежащие временной изоляции
не нуждающиеся в специальной (санитарной) обработке.

Лечебный признак - степень нуждаемости пострадавших в медицинской помощи, очередности и месте (лечебное подразделение) ее оказания.

По степени нуждаемости в медицинской помощи выделяют пораженных:

нуждающихся в неотложной медицинской помощи
не нуждающихся в медицинской помощи на данном этапе (помощь может быть отсрочена)
пораженных в терминальных состояниях, нуждающихся в симптоматической помощи, с травмой, несовместимой с жизнью.

Эвакуационный признак - необходимость, очередность эвакуации, вид транспорта и положение пострадавшего на транспорте, эвакуационное назначение. ***Исходя из этого признака пораженных распределяют на группы:***

подлежащие эвакуации в другие территориальные, региональные лечебные учреждения или центра страны с учетом эвакуационного предназначения, очередности, способа эвакуации (лежа или сидя), вида транспорта

подлежащие оставлению в данном лечебном учреждении (по тяжести состояния) временно или до окончательного исхода

подлежащие возвращению по месту жительства (расселения) населения для амбулаторно-поликлинического лечения или медицинского наблюдения.

Для успешного проведения медицинской сортировки необходимо создавать надлежащие условия на этапах медицинской эвакуации. Необходимо выделять необходимое количество медицинского состава, создавая из него сортировочные бригады, обеспеченные соответствующими приборами, аппаратами, средствами фиксации результатов сортировки и др.

Медицинский персонал любого уровня подготовки и профессиональной компетенции вначале должен осуществить выборочную сортировку: выявить пораженных опасных для окружающих. Затем путем беглого обзора пораженных выявить наиболее нуждающихся в медицинской помощи (наличие наружного кровотечения, асфиксии, судорожного состояния, рожениц, детей и др.).

Приоритет остается за нуждающимися в неотложной медицинской помощи.

После выборочного метода сортировки ***сортировочная бригада переходит к последовательному осмотру пораженных:***

Бригада одновременно осматривает двух пораженных: у одного находится врач, медсестра и регистратор, а у 2-го фельдшер (медсестра и регистратор).

Врач, приняв сортировочное решение по 1-му пораженному, переходит ко 2-му и получает о нем информацию от фельдшера. Приняв решение, переходит к 3-му пораженному, получая информацию от медсестры.

Фельдшер в это время осматривает 4-го пораженного и т. д.

Звено носильщиков реализует решение врача в соответствии с сортировочной маркой. При таком "конвейерном" методе работы одна сортировочная бригада может за час рассортировать до 30-40 носилочных пораженных травматологического профиля или пораженных АХОВ (с оказанием неотложной помощи).

В процессе сортировки всех пострадавших на основании оценки их общего состояния, характера повреждений и возникших осложнений с учетом прогноза делят **на 5 сортировочных групп**:

I сортировочная группа: пострадавшие с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальном состоянии (атональном), которые нуждаются только в симптоматическом лечении. Прогноз неблагоприятен.

II сортировочная группа: пострадавшие с тяжелыми повреждениями, сопровождающимися быстро нарастающими опасными для жизни расстройствами основных жизненно важных функций организма, для устранения которых необходимы срочные лечебно-профилактические мероприятия. Прогноз может быть благоприятен, если им своевременно будет оказана медицинская помощь. Больные этой группы нуждаются в помощи по неотложным жизненным показаниям.

III сортировочная группа: пострадавшие с тяжелыми и средней тяжести повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы для жизни, помощь которым оказывается во 2-ю очередь или она может быть отсрочена до их поступления на следующий этап медицинской эвакуации

IV сортировочная группа: пострадавшие с повреждениями средней тяжести с нерезко выраженными функциональными расстройствами или они отсутствуют

V сортировочная группа: пострадавшие с легкими повреждениями, нуждающиеся в амбулаторном лечении.

Медицинская эвакуация.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭВАКУАЦИЯ - это система мероприятий по удалению из зоны катастрофы пораженных, нуждающихся в медицинской помощи и лечении за ее пределами. Она начинается с организованного выноса, вывода и вывоза, пострадавших из зоны катастрофы, где обеспечивается оказание им первой медицинской помощи и завершается с доставкой их в лечебные учреждения второго этапа медицинской эвакуации, обеспечивающего оказание полного объема медицинской помощи и окончательное лечение. Быстрая доставка пораженных на первый и конечные этапы медицинской эвакуации является одним из главных средств достижения своевременности в оказании медицинской помощи и объединении рассредоточенных на местности и во времени лечебно-эвакуационных мероприятий в одно целое.

Конечная цель эвакуации - госпитализация пострадавшего соответствующего профиля в лечебно-профилактическое учреждение, где пострадавшему будет оказан полный объем медицинской помощи и окончательное лечение (эвакуация по назначению).

Эвакуация осуществляется по принципу "на себя" (машины скорой медпомощи лечебно-профилактических учреждений, центров экстренной медицинской помощи и др.) и **"от себя"** (транспортом пострадавшего объекта, спасательными отрядами и др.).

Общим правилом при транспортировке пораженных на носилках является несменяемость носилок, а их ЗАМЕНА ИЗ ОБМЕННОГО ФОНДА.

Загрузка транспорта по возможности однопрофильными по характеру (хирургический, терапевтический и др. профиль) и локализации поражения значительно облегчает эвакуацию не только по направлению, но и по назначению, сокращая до минимума межбольничные перевозки.

При эвакуации пораженных в состоянии психического возбуждения принимаются меры, исключающие возможность их падения с транспорта (фиксация к носилкам лямками, введение седативных лекарственных средств, наблюдение за ними легкопораженных, а иногда - выделение сопровождающих).

Эвакуация пораженных из очагов АХОВ организуется в соответствии с общими принципами, хотя и имеет некоторые особенности. Например, в основной массе тяжело пораженных АХОВ потребуется лечение в непосредственной близости от зоны бедствия до их выведения из нетранспортабельного состояния с последующей эвакуацией в ближайшее ЛПУ 2-го этапа медицинской эвакуации, отдавая приоритет эвакуотранспортной сортировке.

Эвакуация больных из очагов особо опасных инфекционных заболеваний, как правило, не производится или резко ограничена. В случае необходимости ее осуществления должно быть обеспечено выполнение требований противоэпидемического режима с целью недопущения рассеивания инфекции на путях эвакуации:

выделение специальных путей эвакуации;

безостановочное движение через населенные пункты, по улицам городов;

наличие средств дезинфекции в автотранспорте и сбора выделений у больных;

сопровождение транспорта медперсоналом;

организация санитарно-контрольных пунктов при выезде из очагов и др.

Обеспечение пострадавших в зоне ЧС медицинской помощью.

Медицина катастроф - отрасль медицины, представляющая собой систему научных знаний и сферу практической деятельности, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья населения при авариях, катастрофах, стихийных бедствиях и эпидемиях; предупреждение и лечение поражений (заболеваний), возникших при ЧС; сохранение и восстановление здоровья участников ликвидации ЧС.

Экстренная медицинская помощь - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, осуществляемых в ЧС для сохранения жизни пораженных (больных), предупреждения осложнений и быстрейшего восстановления их здоровья.

Используется двухэтапная система оказания медицинской помощи пострадавшим: 1-й этап - догоспитальный - на границе очага поражения и в процессе эвакуационно - транспортного обеспечения; 2-й этап - госпитальный.

При оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС используют все виды медицинской помощи: первая медицинская помощь, доврачебная помощь, первая врачебная помощь, квалифицированная и специализированная.

Медико-санитарные последствия ЧС - комплексная характеристика ЧС, включающая содержание, объем и организацию медико-санитарного обеспечения, а также данные по величине и структуре безвозвратных и санитарных потерь, нуждаемости в различных видах медицинской помощи, санитарно-эпидемиологической обстановке, нарушениям деятельности медицинских учреждений и жизнеобеспечения населения в зоне ЧС и прилегающих районах, экономическому ущербу.

Безвозвратные потери - люди, погибшие или пропавшие без вести при возникновении ЧС.

Санитарные потери - пострадавшие и заболевшие в результате ЧС.

Ситуационно - обусловленные потери - “опосредованные жертвы ЧС”- люди, перенесшие в результате ЧС тяжелую психическую травму, с обострением хронических заболеваний, преждевременными родами и др.

СМК должна обеспечивать устойчивую оперативную реакцию системы здравоохранения на кризисные и ЧС различного типа и масштаба для своевременного удовлетворения внезапно возникшей и превышающей повседневную потребность в экстренной медико-санитарной помощи при рациональном использовании медицинских сил и средств.

Система здравоохранения СМК должна устойчиво оперативно реагировать на кризисные и ЧС различного типа и масштаба, когда потребность в экстренной медико-санитарной помощи превышает повседневную, рационально используя медицинские силы и средства.

Первый этап - экстренное медико-санитарное обеспечение пострадавших в зоне ЧС.

Бригада СМП, прибывшая на место происшествия первой (до оперативной группы ВЦМК), организует медицинское обеспечение пострадавших. С момента прибытия оперативной группы ВЦМК все бригады СМП и другие медицинские силы, работающие в зоне ЧС, переходят в её оперативное подчинение.

Первый этап экстренной медицинской помощи (согласно Концепции организации медицинского обеспечения в ЧС, 1996) делится на 2 части:

1. *Проведение в очаге ЧС разведки и поисково-спасательных работ*, обозначение и оцепление очага, извлечение пострадавших, оказание первой медицинской помощи (персоналом поисково-спасательных отрядов и в порядке оказания само- и взаимопомощи), вынос пострадавших за пределы очага на временные пункты сбора (ВПС);

Исполнители: персонал поисково-спасательных и аварийно-спасательных отрядов и служб; личный состав частей и формирований ГО.

Персональную ответственность несут председатель территориальной комиссии по ЧС, начальник территориального (регионального) штаба ГО и ЧС.

На границе очага бедствия (оцепления) развертываются временные пункты сбора пострадавших и сортировочные площадки.

2. *Вне очага ЧС (как правило, на временных пунктах сбора): медицинский персонал производит медицинскую сортировку*, оказывает первую медицинскую и первую врачебную помощь с элементами квалифицированной и специализированной (по жизненным показаниям), направленную на поддержание жизненных функций; изоляционно-обсервационные мероприятия; эвакуационно - транспортное обеспечение по назначению; проведение санитарно-гигиенических и

противоэпидемических мероприятий; эвакуация трупов. Исполнители: бригады СМК (фельдшерские и врачебные общего типа, бригады интенсивной терапии и специализированные бригады, эвакуационные бригады); бригады ВЦМК; врачебно-сестринские бригады; бригады Центра Госсанэпиднадзора; судебно-медицинская бригада; ведомственные медицинские силы. Персональную ответственность несут Начальник СМК и его рабочий орган ЦМК. Действия в зоне ЧС согласовывают с оперативным штабом ЧС.

Второй этап - стационарное медико-санитарное обеспечение пострадавших в ЧС:

В стационарах СМК:

объем экстренной медико-санитарной помощи: медицинская сортировка; прием и санитарная обработка; квалифицированная и специализированная медицинская помощь, реабилитация, экспертиза;

медицинские силы стационарного этапа: персонал лечебно-профилактического учреждения, принимающего массовый поток

В целом, в нашей стране к настоящему времени завершена организация государственной службы, эффективно обеспечивающей полноценное экстренное медико-санитарное обслуживание населения в ЧС.