

ЗАНЯТИЕ № 1: ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.

Вопрос 1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.

Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК) – это функциональная подсистема единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС).

ВСМК функционально объединяет:

- а) службу медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ;
- б) службу медицины катастроф Министерства обороны РФ;
- в) силы и средства Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС),
- г) силы и средства Министерства внутренних дел РФ,
- д) силы и средства Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор),
- е) силы и средства других федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, Российской академии медицинских наук и других организаций, в полномочия которых входит решение вопросов в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и решение проблем медицины катастроф.

Руководство ВСМК осуществляет Министр здравоохранения РФ.

ВСМК руководствуется в своей деятельности

- Конституцией Российской Федерации,
- Федеральным законом от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера»,
- Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
- другими федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, а также иными нормативными правовыми актами.

Основными задачами ВСМК являются:

1. прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;
2. создание резервов медицинского имущества;
3. обучение граждан способам оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях;
4. организация ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, в том числе организация и оказание медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию;
5. ликвидация эпидемических очагов;
6. организация взаимодействия с экстренными оперативными службами для оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях
7. информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах.

Вопрос 2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.

ВСМК организована на пяти уровнях:

- **федеральном** – полномочия распространяются на всю территорию РФ,
- **межрегиональном** - в пределах территории федерального округа,

- **региональном (территориальном)** - в пределах территории субъекта Российской Федерации,
- **муниципальном (местном)** - в пределах территории муниципального образования – сельских районов, городов областного подчинения, городских районов,
- **объектовом** – в пределах конкретной организации, учреждения, предприятия и т.п.

На каждом уровне служба имеет:

- **руководство** (руководитель службы, координационный орган),
- **органы управления** (органы повседневного управления, дежурно-диспетчерские),
- **формирования и учреждения (силы и средства).**

На каждом уровне на базе медицинских, судебно-экспертных, образовательных и научных организаций, а также организаций Роспотребнадзора из числа работников этих организаций создаются нештатные формирования (госпитали, отряды, бригады, группы), которые при возникновении чрезвычайных ситуаций поступают в оперативное подчинение органов управления Службы соответствующего уровня. Обеспечение готовности этих формирований к действиям в чрезвычайных ситуациях возлагается на руководителей соответствующих организаций.

При недостаточности сил и средств на муниципальном и (или) региональном уровнях для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации на соответствующей территории могут быть привлечены силы и средства федеральных органов исполнительной власти.

По решению руководителя Службы для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации с учетом ее масштаба, степени потенциальной опасности, медико-санитарных последствий могут привлекаться все находящиеся в зоне чрезвычайной ситуации силы и средства Службы независимо от их уровня.

Руководитель Службы вправе принимать решение о медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.

Для соответствующих органов управления, сил и средств Службы может устанавливаться один из следующих режимов функционирования:

- а) режим повседневной деятельности - при отсутствии угрозы возникновения чрезвычайной ситуации;
- б) режим повышенной готовности - при угрозе возникновения чрезвычайной ситуации;
- в) режим чрезвычайной ситуации - при возникновении и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации.

Вопрос 3. Организация ВСМК на федеральном и межрегиональном уровнях.

Федеральный уровень ВСМК включает:

- Координационный орган - комиссия по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности (КЧС) Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России (ВЦМК «Защита») с входящими в него штатными формированиями и учреждениями. ВЦМК "Защита" является головным научно-практическим учреждением и органом повседневного управления ВСМК и службы медицины катастроф Минздрава России.
- Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) со специализированными формированиями и учреждениями.
- Федеральное медико-биологическое агентство;
- Всеармейский центр медицины катастроф и медицинские формирования и учреждения центрального подчинения Минобороны России;
- Учреждения и формирования центрального подчинения МЧС, МВД России, ОАО «РЖД», других министерств и ведомств, предназначенных для участия в ликвидации

медико-санитарных последствий ЧС.

- Нештатные формирования, клинические и научные базы Минздрава России, других министерств и ведомств.

Межрегиональный уровень ВСМК представлен:

- органами повседневного управления - межрегиональными центрами медицины катастроф (РЦМК), функции которых осуществляют территориальные центры медицины катастроф в гг. Екатеринбурге, Нальчике, Нижний Новгород, Новосибирске, Ростове-на-Дону, Санкт-Петербурге и Хабаровске, а также в Москве - Всероссийским центром медицины катастроф "Защита" с входящими в них штатными и нештатными формированиями и учреждениями в семи федеральных округах: Северо-Западном, Центральном, Южном, Приволжском, Уральском, Сибирском, Дальневосточном;
- межрегиональными центрами Роспотребнадзора с входящими в них формированиями;
- формированиями на межрегиональном уровне МЧС, Минобороны, МВД России и ОАО «РЖД», других министерств и ведомств, предназначенными для участия в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, а также клиническими и научными базами.

Вопрос 4. Организация ВСМК на региональном, муниципальном и объектовом уровнях.

Региональный (территориальный) уровень ВСМК представлен:

- координационными органами - комиссиями по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности (КЧС) органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации;
- постоянно действующими органами управления - органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;
- органами повседневного управления - территориальными центрами медицины катастроф (ТЦМК) с входящими в них штатными и нештатными формированиями;
- центрами Роспотребнадзора территориального уровня с входящими в них формированиями;
- формированиями МЧС, Минобороны, МВД России и ОАО «РЖД», других ведомств, расположенными на данной территории и предназначенными для участия в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- клиническими базами, предназначенными для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и оказания экстренной и консультативной медицинской помощи населению.

Муниципальный (местный) уровень ВСМК включает:

- координационные органы - комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности (КЧС) органов местного самоуправления;
- станции скорой медицинской помощи, выполняющие функции органов управления службы медицины катастроф, с входящими в них формированиями;
- центры Роспотребнадзора в городах и районах, формирующие санитарно-эпидемиологические бригады и группы эпидемиологической разведки;
- формирования постоянной готовности военно-медицинских учреждений, формирования органов МВД России, ОАО «РЖД»;
- лечебно-профилактические учреждения, предназначенные для медико-санитарного обеспечения в ЧС.

Объектовый уровень ВСМК представлен:

- координационным органом - комиссией по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности (КЧС) организации;
- постоянно действующим органом управления - структурным подразделением организации, в том числе должностными лицами организации, в полномочия которых входит решение вопросов в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и решение проблем медицины катастроф;
- органом повседневного управления - дежурно-диспетчерской службой организации;
- силами и средствами организации, предназначенными и выделяемыми (привлекаемыми) для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

Вопрос 5. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ. Формирования и учреждения службы.

СМК Минздрава России является основой ВСМК и организационно-функциональной отраслью системы здравоохранения РФ.

Начальником СМК Минздрава России является Министр здравоохранения РФ.

Начальником Службы на межрегиональном уровне является представитель Министра здравоохранения в федеральном округе, на региональном и муниципальном уровнях - руководители органов управления здравоохранением соответствующих органов исполнительной власти, а на объектовом - руководители учреждений здравоохранения.

Повседневными органами управления Службы являются центры медицины катастроф (ВЦМК «Защита», РЦМК, ТЦМК), которые одновременно выполняют функции штабов службы.

Формирования службы медицины катастроф Минздрава России: полевые госпитали, мобильные медицинские отряды, бригады (специализированной медицинской помощи, врачебные, врачебно-сестринские, фельдшерские).

Формирования организуются на всех уровнях и могут быть штатными и нештатными.

Штатными являются формирования, постоянно финансируемые за счет средств, выделяемых службе медицины катастроф данного уровня.

Нештатные формирования создаются на базе медицинских образовательных, научно-исследовательских, лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений за счет их персонала. Финансируются за счет средств этих учреждений. Обеспечение их готовности возлагается на руководителя объекта. При возникновении чрезвычайных ситуаций эти формирования поступают в оперативное подчинение органов управления службы медицины катастроф соответствующего уровня.

К формированиям относятся:

1. Полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) ВЦМК «Защита»,
2. Бригады специализированной медицинской помощи (БСМП),
3. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи,
4. Врачебно-сестринские бригады,
5. Фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи,
6. Бригады доврачебной помощи.

Учреждения службы медицины катастроф представлены:

- Федеральным государственным бюджетным учреждением «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»,
- Государственными учреждениями особого типа «Территориальными центрами медицины катастроф» субъектов Российской Федерации,
- лечебными учреждениями (больницы, клиники), выделяемыми на федеральном, регио-

нальном и муниципальном уровнях по плану-заданию соответствующего органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, резерв профильных коек для приема и оказания медицинской помощи пострадавшим при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Данные учреждения выполняют свои задачи в местах постоянной дислокации и в период ликвидации последствий ЧС подчиняются соответствующему руководителю службы медицины катастроф.

Вопрос 6. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя

Полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) - это мобильное многопрофильное лечебно-диагностическое формирование ВЦМК «Защита».

ПМГ предназначен для выдвижения в зону ЧС, приема пораженных; их сортировки, оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи пораженным, подготовки их к эвакуации, временной госпитализации нетранспортабельных, а также амбулаторной помощи населению.

При полном развертывании госпиталь может за сутки принять до 250 пораженных. Для госпитализации нетранспортабельных пораженных госпиталь может развернуть до 150 коек. Госпиталь в полевых условиях размещается в пневмокаркасных модулях, а в населенных пунктах - в зданиях местных лечебных учреждений или приспособленных помещениях, выделенных для этих целей местной администрацией в районе ЧС (школы, клубы, спортивные залы и др.).

Организационно-штатная структура госпиталя состоит из двух частей - штатной (постоянной) и нештатной (переменной).

Постоянная часть ПМГ включает:

- управление;
- лечебно-диагностические подразделения (приемно-диагностическое, хирургическое, педиатрическое, реанимационно-анестезиологическое, госпитально-эвакуационное, лабораторное, переливания и заготовки крови, поликлиническое, медицинской статистики);
- бригаду экстренного реагирования (БЭР);
- подразделения обеспечения автономной работы госпиталя (аптека, отделение материально-технического обеспечения и инженерно-технический отдел).

Переменная часть ПМГ используется в соответствии с характером ЧС и преобладанием среди пораженных той или иной патологии и, как правило, включает бригады специализированной медицинской помощи (БрСМП) хирургического, травматологического, нейрохирургического, ожогового, офтальмологического, анестезиолого-реанимационного, терапевтического, педиатрического, радиологического, токсикологического и других профилей. Бригады формируются из высококвалифицированных специалистов базовых лечебных учреждений Минздрава России, ФМБА России, РАМН, предназначенных и привлекаемых для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Перечень, количество, состав БрСМП, привлекаемых для работы в составе ПМГ, зависят в основном от таких факторов, как вид ЧС, массовость поступления и структура входящего потока пораженных (больных), объем оказываемой медицинской помощи и др.

Госпиталь может выдвигаться в зону ЧС различными видами транспорта полностью или частично. В зависимости от характера ЧС госпиталь комплектуется бригадами различного профиля и развертывается как хирургический, токсикологический, радиологический, терапевтический, педиатрический, туберкулезный или многопрофильный.

В составе ПМГ, как правило, развертываются следующие отделения:

- приемно-диагностическое отделение предназначено для приема, размещения, регистрации поступающих пораженных (больных), проведения медицинской сортировки, организации и проведения (при необходимости) специальной санитарной обработки, оказания первичной медико-санитарной помощи легкопораженным и по неотложным показа-

ниям тем, кому она не была оказана ранее, доставки пораженных в другие функциональные подразделения госпиталя, подготовки и организации медицинской эвакуации пораженных в стационарные ЛПУ;

- хирургическое отделение совместно с реанимационно-анестезиологическим отделением развертывает операционно-перевязочное и реанимационное отделения, предназначены для оказания хирургической помощи и проведения анестезиолого-реанимационных и противошоковых мероприятий пораженным (больным);

- госпитально-эвакуационное отделение предназначено для развертывания госпитального отделения и лечения послеоперационных и других нетранспортабельных пораженных (больных) до наступления состояния транспортабельности, а также обеспечения медицинского сопровождения при эвакуации пораженных (больных).

Все пораженные (больные) после оказания им необходимого объема медицинской помощи и временной госпитализации по нетранспортабельности подлежат эвакуации в стационарные ЛПУ для продолжения лечения.

Вопрос 7. Характеристика медицинских бригад.

Бригады специализированной медицинской помощи могут быть штатными или нештатными. Они предназначены для специализации или усиления лечебно-профилактических учреждений, участвующих в ликвидации последствий ЧС, медицинской эвакуации пораженных в специализированные медицинские учреждения.

Бригады формируются органами управления здравоохранением на базе республиканских, областных (краевых), городских, многопрофильных и специализированных больниц, центральных районных больниц, больниц скорой медицинской помощи, клиник медицинских ВУЗов, научно-исследовательских институтов и специализированных центров медицинского профиля и комплектуются из высококвалифицированных специалистов на добровольной основе.

В соответствии с Типовым положением о бригадах специализированной медицинской помощи СМК имеется 21 тип бригад. Наиболее часто привлекаются для работы при ликвидации ЧС хирургические, травматологические, нейрохирургические, ожоговые, детские хирургические, акушерско-гинекологические, трансфузиологические, токсикотерапевтические, психиатрические и инфекционные БрСМП.

К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся **врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.**

Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи создаются на базе станций, подстанций, отделений скорой медицинской помощи.

Врачебно-сестринские бригады являются нештатными мобильными формированиями и создаются на базе городских, центральных районных, участковых больниц, а также поликлинических учреждений.

Основными задачами бригад являются: медицинская сортировка пораженных, оказание первой врачебной помощи в установленном объеме и эвакуация пораженных из очага (зоны) ЧС.

За 6 часов работы в ЧС бригада может оказать помощь 50 пораженным.

Основными формированиями, предназначенными для оказания доврачебной помощи и эвакуации пораженных из очага, являются **бригады доврачебной помощи** (создаются на базе ЛПУ) и **фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи.** За 6 ч работы в ЧС бригада может оказать помощь 50 пораженным.

Вопрос 7. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.

Медико-санитарное обеспечение спасательных операций в чрезвычайных ситуациях (ЧС) представляет собой комплекс мероприятий по сохранению жизни и здоровья населения и спасателей:

- лечебно-эвакуационные мероприятия (лечебно-эвакуационное обеспечение),
- санитарно-противоэпидемические мероприятия,
- меры медицинской защиты населения и личного состава, участвующего в ликвидации ЧС,
- снабжение медицинским имуществом.

Формы и методы медико-санитарного обеспечения в основном определяются конкретными условиями оперативной и медико-тактической обстановки, характером и особенностями поражающих факторов источника ЧС.

На организацию оказания медицинской помощи и лечение пораженных в условиях чрезвычайных ситуаций влияют следующие факторы:

- возникновение в короткое время или одномоментно 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 него;
- нуждаемость значительной части пораженных в специализированной медицинской помощи и стационарном лечении; при этом для многих пораженных эта помощь носит неотложный характер и должна быть оказана в кратчайшие сроки;
- отсутствие возможности оказать всем нуждающимся пораженным полноценную медицинскую помощь в зоне (районе) чрезвычайной ситуации или вблизи нее;
- необходимость эвакуации пораженных из зоны (района) чрезвычайной ситуации до лечебных учреждений, где им может быть оказана исчерпывающая медицинская помощь и осуществлено лечение;
- необходимость специальной подготовки пораженных к медицинской эвакуации до этих лечебных учреждений и оказания медицинской помощи в ходе эвакуации (в целях максимального снижения отрицательного воздействия транспортировки на состояние пораженных и компенсации в какой-то мере более поздних сроков оказания исчерпывающей медицинской помощи).

Лечебно-эвакуационное обеспечение (ЛЭО) является важной частью системы медицинского обеспечения в чрезвычайных ситуациях и *представляет собой комплекс последовательно проводимых, преемственных мероприятий по оказанию медицинской помощи населению в очагах поражения и на этапах медицинской эвакуации в сочетании с их транспортировкой в лечебные учреждения для последующего лечения и реабилитации.*

Отечественный и зарубежный опыт свидетельствует, что в зонах крупномасштабных ЧС и военных конфликтов, как правило, отмечается разрушение лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических учреждений, уничтожение запасов медицинского имущества и выход из строя медицинского персонала.

Вследствие этого, на пострадавшей территории нередко отсутствует возможность для своевременного оказания пострадавшим необходимого объема экстренной медицинской помощи и лечения до окончательных исходов. Из-за возникающего дефицита кадровых и материальных ресурсов местного здравоохранения возникает острое противоречие между одномоментным появлением массовых санитарных потерь и отсутствием возможностей здравоохранения по оказанию всем пострадавшим полноценной медицинской помощи. Как наиболее драматический вариант в районе бедствия возникает ситуация, когда пострадавшим помощь оказывать негде, некому и нечем.

Единственный выход из данной критической ситуации - это ввод в зону ЧС заранее подготовленных мобильных спасательных формирований для оказания экстренной медицинской помощи на месте и эвакуация пострадавших в лечебные учреждения, развернутые в безопасных районах.

Вместе с тем, расстояние между очагом массового поражения и такими больницами может достигать нескольких десятков, а иногда и сотен километров. Поэтому возникает необходимость в оказании пораженным до эвакуации и в процессе ее проведения медицинской помощи в объеме, обеспечивающем транспортабельность при поражениях, сопровождающихся шоком, кровотечением, асфиксией и др.

Для решения этой задачи в условиях ЧС мирного времени и в очагах поражения военного времени организуется лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения.

В основе организации ЛЭО лежит разделение единого процесса оказания медицинской помощи пораженному населению на ее отдельные виды, которые последовательно оказываются пострадавшим на различных этапах медицинской эвакуации.

При организации ЛЭО руководствуются следующими основными принципами:

- а) максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь, маневр ее силами и средствами, объемом медицинской помощи;
- б) предоставление приоритета проведению неотложных мероприятий медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;
- в) единое понимание патогенеза различных форм поражений и принципов хирургической и терапевтической работы на всех этапах медицинской эвакуации;
- г) преемственность и последовательность в оказании медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;
- д) необходимость ведения краткой и четкой медицинской документации, фиксирующей время, место, вид поражения и перечень выполненных на этапе медицинских мероприятий.

В системе лечебно-эвакуационного обеспечения последовательное и преемственное оказание медицинской помощи осуществляется на основе ***системы этапного лечения с медицинской эвакуацией пораженных по назначению.***

Вопрос 8. Понятие об этапе медицинской эвакуации.

Под ***этапом медицинской эвакуации*** понимают медицинские формирования и учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема, медицинской сортировки пораженных, оказания им соответствующего вида медицинской помощи и лечения, а также подготовки при необходимости к дальнейшей эвакуации.

В настоящее время принята двухэтапная система лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных в ЧС.

Первым этапом медицинской эвакуации являются формирования службы медицины катастроф (врачебные бригады скорой медицинской помощи, врачебно-сестринские бригады СМК, мобильные медицинские отряды, медицинские отряды специального назначения Министерства обороны РФ), а также сохранившиеся в очаге лечебные учреждения. На данном этапе проводится комплекс мероприятий первой врачебной помощи, направленных на устранение последствий поражения, угрожающих жизни пострадавшего, на предупреждение развития осложнений и подготовку к дальнейшей эвакуации.

Этапы медицинской эвакуации, оказывающие первую врачебную и квалифицированную помощь в действующей двухэтапной системе лечебно-эвакуационного обеспечения, являются "промежуточными" (догоспитальными). Большинство поступивших на них пораженных после получения необходимой медицинской помощи эвакуируются на второй этап (госпитальный) оказания квалифицированной и специализированной помощи.

Вторым этапом медицинской эвакуации служат существующие и дополнительно развернутые вне зоны ЧС лечебно-профилактические учреждения, лечебные учреждения соседних регионов, предназначенные для оказания исчерпывающих видов медицинской помощи - квалифицированной и специализированной, а также для лечения пораженных до окончательных исходов.

Каждый этап медицинской эвакуации имеет свои особенности в организации работы, зависящие от места данного этапа в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения, а также от вида чрезвычайной ситуации и медико-санитарной обстановки. В составе этапа медицинской эвакуации обычно развертываются функциональные подразделения, обеспечивающие выполнение следующих основных задач:

- прием, регистрацию и медицинскую сортировку пострадавших, прибывающих на данный этап медицинской эвакуации, – приемно-сортировочное отделение;
- санитарную обработку пострадавших, дезактивацию, дегазацию и дезинфекцию их одежды и снаряжения (при необходимости) – отделение (площадка) специальной обработки;
- оказание пострадавшим медицинской помощи – перевязочная, операционно-перевязочное отделение, процедурная и т.п.;
- госпитализацию и лечение пострадавших – госпитальное отделение;
- размещение пострадавших, подлежащих дальнейшей медицинской эвакуации, – эвакуационное отделение;
- размещение инфекционных больных – изолятор.

В состав каждого этапа медицинской эвакуации также входят: управление, аптека, лаборатория, подразделения обеспечения.

Вопрос 9. Понятие о виде и объеме медицинской помощи

Вид медицинской помощи это совокупность лечебно-профилактических мероприятий, установленная для проведения на определенном этапе медицинской эвакуации.

Современная система лечебно-эвакуационного обеспечения населения в зонах ЧС и очагах поражения военного времени предусматривает оказание следующих видов медицинской помощи пораженным: первой помощи, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Каждый вид медицинской помощи пораженным в ЧС оказывается специально подготовленным персоналом, в указанном месте, в установленные сроки и в определенном объеме.

Объемом медицинской помощи называется совокупность лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых в рамках определенного вида медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации в зависимости от обстановки.

В зависимости от общей и медико-тактической обстановки объем медицинской помощи может быть полным, сокращенным или расширенным.

Объем оказываемой медицинской помощи является полным, когда выполняются все мероприятия, установленные для конкретного вида медицинской помощи. При сокращенном объеме проводятся только неотложные мероприятия, невыполнение которых грозит пораженному (больному) гибелью или большой вероятностью возникновения тяжелых осложнений.

Решение о сокращении или расширении объема медицинской помощи в зависимости от величины санитарных потерь, наличия сил и средств медицинской службы принимает соответствующий руководитель здравоохранения или начальник медицинского формирования, ведущего спасательные работы в зоне ЧС.

«Расширение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

1. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших;
2. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств.

«Сокращение» объёма того или иного вида медицинской помощи возможно:

1. при потерях персонала или имущества этапа медицинской эвакуации,
2. при поступлении большого количества пострадавших,
3. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению,
4. при возможном нападении или воздействии современных видов вооружения на этап медицинской эвакуации.

Вопрос 10. Первая и доврачебная помощь.

Первая помощь (ПП) представляет собой комплекс простейших мероприятий, выполняемых на месте поражения в порядке само- и взаимопомощи, а также личным составом спасательных формирований с использованием табельных и подручных средств.

Целью ПП является устранение или ослабление действия поражающего фактора на организм человека, спасение жизни пораженным, предупреждение развития опасных для их жизни осложнений, обеспечение эвакуации в лечебное учреждение.

Особенностью первой помощи является острая необходимость ее оказания в первые минуты после травмы на месте обнаружения пострадавшего. Промедление здесь смерти подобно, так как даже нескольких минут бывает достаточно, чтобы человек погиб от артериального кровотечения, механической асфиксии или от отравления опасными химическими веществами.

В этих условиях резко возрастает роль спасателей, первыми прибывающих в зону ЧС. Опыт показал, что именно от сроков оказания первой помощи, уровня специальной подготовки и технической оснащённости спасательных формирований в значительной степени зависит число спасённых людей среди пострадавших, имеющих шансы на выживание.

Отмечено, что существует прямая зависимость количества смертельных исходов у пораженных от своевременности оказания им первой помощи. Опыт свидетельствует, что если первая помощь при тяжелых механических повреждениях была оказана через 1 час после получения травмы, то погибает 30% пораженных, если через 3 часа — 60%. В случае отсрочки оказания первой помощи на время более 6 часов погибает 90% пораженных.

Оптимальным сроком оказания первой помощи принято считать 20-30 мин с момента поражения. При остановке дыхания и прекращении сердечной деятельности это время сокращается до 5 мин.

Доврачебную помощь (ДВП) оказывает средний медицинский персонал (фельдшер скорой медицинской помощи и бригады доврачебной помощи службы медицины катастроф, а также средний медицинский персонал спасательных формирований и сохранившихся в очаге лечебных учреждений). ДВП представляет собой комплекс медицинских мероприятий, направленных на поддержание жизненно важных функций организма, предупреждения осложнений и подготовку пораженного к эвакуации.

Потребность в оказании ДВП возникает при асфиксии, острой сердечно-сосудистой недостаточности, шоке, других тяжелых синдромах, не устраняемых средствами и способами первой медицинской помощи.

Доврачебная помощь включает в себя проведение следующих мероприятий:

- вливание инфузионных растворов,
- введение симптоматических сердечно-сосудистых препаратов,
- исправление ранее наложенных повязок и транспортных шин,
- использование аппаратуры искусственной вентиляции легких,
- повторное введение антидотов по показаниям и др.

Оптимальным сроком оказания доврачебной помощи принято считать 1 – 2 часа с момента поражения.

Вопрос 11. Первая врачебная, квалифицированная, специализированная медицинская помощь.

Первая врачебная помощь (ПВП) — это комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами общей практики, врачебными бригадами скорой медицинской помощи и медицинских отрядов в зонах ЧС или в непосредственной близости от них на первом этапе медицинской эвакуации.

Целью ПВП является устранение последствий поражения, непосредственно угрожающих жизни пораженного, предупреждение возможных осложнений и подготовка пораженного к эвакуации в лечебное учреждение.

По срочности оказания мероприятия первой врачебной помощи разделяются на неотложные и те, которые могут быть отсрочены. К группе неотложных мероприятий ПВП относятся:

- устранение асфиксии путем отсасывания слизи, введения воздуховода, выполнения трахеостомии, устранение открытого пневмоторакса путем наложения окклюзионной повязки, пункция или дренирование плевральной полости при напряженном пневмотораксе;
- устранение острой дыхательной недостаточности путем искусственной вентиляции легких;
- остановка наружного кровотечения путем прошивания или перевязки сосуда в ране, наложением кровоостанавливающего зажима или тугой тампонадой раны;
- отсечение сегментов конечностей, висящих на кожном лоскуте при их неполных отрывах;
- проведение противошоковых мероприятий путем восполнения кровопотери переливанием кровезаменителей, введения анальгетиков и сердечно-сосудистых средств, выполнения новокаиновых блокад,
- катетеризация мочевого пузыря при задержке мочи или капиллярная пункция мочевого пузыря при повреждении уретры;
- введение антидотов, противорвотных, бронхорасширяющих и противосудорожных средств.

К группе мероприятий первой врачебной помощи, которые могут быть отсрочены, относятся:

- введение столбнячного анатоксина и антибиотиков;
- выполнение новокаиновых блокад при травмах конечностей без признаков шока;

Оптимальное время оказания первой врачебной помощи 4-5 часов.

При полном объеме первой врачебной помощи проводятся лечебно-профилактические мероприятия, входящие в обе указанные группы. При сокращенном объеме первой врачебной помощи выполняются только неотложные мероприятия.

Квалифицированная медицинская помощь представляет собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых квалифицированными врачами (хирургами и терапевтами) в лечебных учреждениях с целью сохранения жизни пораженным, устранения последствий поражения, предупреждения развития осложнений и борьбы с уже развившимися осложнениями. Мероприятия квалифицированной медицинской помощи также разделяются на две группы:

- 1) неотложные мероприятия;
- 2) мероприятия, выполнение которых может быть отложено.

Оптимальные сроки оказания квалифицированной медицинской помощи - 6 - 12 часов после поражения.

Специализированная медицинская помощь (СМП) — это комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами, с использованием специального оборудования и оснащения в соответствии с характером и

профилем поражения. Это высший вид медицинской помощи, которая носит исчерпывающий характер. Она должна быть оказана по возможности в ранние сроки, но не позднее суток после получения травмы.

Специализированная медицинская помощь пораженному населению оказывается в лечебных учреждениях, постоянно находящихся или дополнительно развернутых в безопасных районах (в загородной зоне), где осуществляется лечение пораженных до окончательных исходов и проведение реабилитационных мероприятий. СМП может быть оказана также врачами-специалистами полевых (подвижных) госпиталей, развернутых в непосредственной близости от очагов поражения, а также врачами-специалистами бригад специализированной медицинской помощи.

Вопрос 12. Понятие о медицинской сортировке.

Важным элементом системы лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных является медицинская сортировка. Необходимость проведения медицинской сортировки в зонах ЧС диктуется невозможностью оказания медицинской помощи одновременно всем нуждающимся в ней при массовом поступлении пострадавших на этапы медицинской эвакуации в условиях острой нехватки медицинских сил и средств, характерной для начального периода ведения спасательных операций.

Медицинская сортировка представляет собой распределение пораженных на группы по признакам нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, установленным объемом помощи на данном этапе медицинской эвакуации и принятым порядком эвакуации.

Цель сортировки и ее основное назначение состоят в том, чтобы обеспечить оказание пораженным своевременной медицинской помощи в оптимальном объеме, разумно использовать имеющиеся силы и средства и провести рациональную эвакуацию.

Медицинская сортировка проводится в очаге поражения и на каждом этапе медицинской эвакуации при оказании всех видов медицинской помощи. Для ведения медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации необходимо привлекать наиболее опытных, специально подготовленных врачей и средних медицинских работников, способных, не снимая повязок и не прибегая к сложным исследованиям, в сжатые сроки установить диагноз и определить прогноз каждого пациента. Основным способом медицинской сортировки должен быть обучен также личный состав спасательных формирований, предназначенный для розыска пострадавших и оказания им первой медицинской помощи в очаге поражения.

В основу медицинской сортировки положены разработанные выдающимся русским хирургом Н.И. Пироговым сортировочные признаки:

1. опасность пораженного для окружающих,
2. лечебный признак,
3. эвакуационный признаки.

В зависимости от степени **опасности для окружающих** при сортировке пораженных выделяют следующие группы:

1. нуждающиеся в изоляции – инфекционные больные и имеющие психические расстройства (реактивные состояния);
2. нуждающиеся в частичной или полной санитарной обработке - зараженные стойкими ОВ, АОХВ, а также РВ до уровней превышающих предельно допустимые;
3. пораженные, не представляющие опасности для окружающих (не нуждающиеся в санитарной обработке и в изоляции).

При проведении медицинской сортировки **по лечебному признаку** пораженных распределяют на следующие группы:

1. нуждающиеся в неотложной медицинской помощи на данном этапе;

2. не нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе или помощь может быть отсрочена;
3. пораженные с травмой, несовместимой с жизнью, нуждающихся в симптоматической помощи, облегчающей страдания.

По *эвакуационному признаку* пораженных распределяют на группы:

1. нуждающихся в эвакуации на следующий этап;
2. остающихся на данном этапе временно или до окончательного исхода;
3. подлежащих возвращению к месту жительства на амбулаторное лечение.

Различают внутripунктовую и эвакуационно-транспортную сортировку.

Внутрипунктовая сортировка пораженных проводится на этапах медицинской эвакуации с целью распределения их по функциональным подразделениям данного этапа и определения характера и очередности оказания им медицинской помощи в зависимости от опасности для окружающих и нуждаемости в оказании медицинской помощи.

Эвакуационно-транспортная сортировка проводится с целью распределения пораженных на группы в зависимости от очередности эвакуации, в какое лечебное учреждение надлежит эвакуировать пострадавшего, вида транспорта и положения, в котором необходимо эвакуировать пораженного (сидя или лежа), нуждаемости в медицинском наблюдении в пути следования.

В состав сортировочных бригад выделяют наиболее опытных врачей, способных быстро оценить состояние пострадавших, определить диагноз (ведущее поражение) и прогноз, не снимая повязки и не применяя трудоемкие методы исследования, установить характер необходимой медицинской помощи и порядок эвакуации.

Оптимальный состав сортировочной бригады для носилочных: врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков. Для ходячих пострадавших сортировочная бригада создается в составе врача, медицинской сестры и регистратора.

Последовательность практического проведения медицинской сортировки: медицинская сестра, фельдшер, врач вначале выявляют пораженных, опасных для окружающих. Затем первоначальным быстрым осмотром (опросом) выявляют пострадавших, нуждающихся в экстренной медицинской помощи. Приоритет остается за детьми и беременными женщинами. После этого медицинский персонал переходит к последовательному осмотру пострадавших, стремясь по возможности быстро распределить их по функциональным подразделениям данного этапа медицинской эвакуации.

Вопрос 13. Понятие о медицинской эвакуации.

В чрезвычайных ситуациях, сопровождающихся массовыми санитарными потерями, условия для оказания одномоментной исчерпывающей медицинской помощи в очагах поражения практически отсутствуют, а перемещение к району очага большого количества крупных лечебных учреждений извне практически нереально. В связи с этим наиболее рациональным вариантом оказания медицинской помощи и полноценного лечения пораженных является транспортировка пострадавших в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), расположенные на непострадавшей территории.

Медицинская эвакуация представляет собой систему мероприятий, обеспечивающих организованный вынос, вывод и транспортировку пострадавших из очага поражения в лечебные учреждения, а также их медицинское обслуживание в пути следования.

Цели медицинской эвакуации:

- быстрейшая доставка пораженных в лечебные учреждения соответствующего профиля для оказания им полноценной медицинской помощи и лечения до окончательных исходов;
- своевременное высвобождение этапов медицинской эвакуации и возможность их повторного использования.

Медицинская эвакуация пострадавших осуществляется санитарным автомобильным, авиационным, водным транспортом, оснащенным специальным медицинским оборудованием.

В случаях, когда по условиям обстановки медицинская эвакуация санитарным транспортом невозможна, допускается эвакуация пострадавших и больных на транспорте общего назначения.

Различают следующие виды медицинской эвакуации:

«на себя» - способ организации медицинской эвакуации, при котором вышестоящее звено медицинской службы высылает санитарный транспорт к подчиненным этапам эвакуации;

«от себя» — эвакуация пораженным своим транспортом на этапы медицинской эвакуации вышестоящего звена;

«по назначению» - направление пораженных непосредственно в специализированные лечебные учреждения соответствующего профиля, где им может быть оказана исчерпывающая медицинская помощь, лечение и реабилитация.

«по направлению» - пораженные следуют общим потоком через все этапы, развернутые на пути эвакуации.

Маршрут, по которому осуществляется вынос (вывоз) и транспортировка пораженных из очага поражения до этапов медицинской эвакуации, называется **путем медицинской эвакуации**, а расстояние от пункта отправки пораженного до места назначения принято считать **плечом медицинской эвакуации**.

Совокупность путей медицинской эвакуации из очага поражения с действующими на этих путях этапах медицинской эвакуации и санитарно-транспортными средствами называется **эвакуационным направлением**.

При массовой эвакуации пораженных транспортом большой емкости в местах погрузки (выгрузки) пораженных за счет формирований службы медицины катастроф или местных ЛПУ развертываются эвакуационные приемники, где сосредотачиваются пораженные, подлежащие медицинской эвакуации, оказывается медицинская помощь, проводится погрузка (выгрузка) в транспортные средства.