



Актуальные вопросы медицины катастроф

Крупнейшие чрезвычайные ситуации в России в конце 80-х годов

1988г. – железнодорожная катастрофа в Бологом;

1988г. – взрывы на железных дорогах в г.Арзамасе, г.Свердловске (погибло **124чел.**, получили поражения более **1 700чел.**);

1988г. – землетрясение в Армении (погибло **25000чел**, санитарные потери – **31 000чел.**);

1989г. – взрыв конденсата под г.Уфа (погибло **339чел.**, получили поражения **871чел.**);

1989г. – г.Алма-Ата – погибли 32чел., получили поражения **163чел.**)

1986г. – трагедия в Чернобыле.

В России в октябре 1932 г. для защиты населения на случай войны была создана местная противовоздушная оборона (МПВО), в составе которой одной из ведущих явилась медико-санитарная служба. **В июле 1961 г. МПВО была реорганизована** в гражданскую оборону (ГО), а медико-санитарная служба – в медицинскую службу гражданской обороны (МСГО).

Однако опыт ликвидации последствий ЧС показал, **что система здравоохранения, а также МСГО, нацеленная на работу в условиях возникновения очагов массовых санитарных потерь среди мирного населения в военное время, оказались не в состоянии в условиях ЧС мирного времени своевременно и качественно выполнить необходимый комплекс мероприятий медико-санитарного обеспечения.** Возникла необходимость, с одной стороны, в научной разработке этой проблемы, а с другой – в создании в стране специальной службы, способной успешно решать задачи медико-санитарного обеспечения населения в ЧС.

По мнению большинства зарубежных авторов «массовое поступление пострадавших ставит **врача**, привыкшего работать в условиях мирного времени в максимально индивидуализированной медицине, в чрезвычайно **трудное положение**. Он впервые сталкивается с тем, что оказание помощи легкораненому должно быть **отложено** ради сохранения сил и времени для спасения жизни тем, кому это возможно; с тем, что **бессмысленно** заниматься попытками спасти жизнь пострадавшим, чьи шансы на выживание чрезвычайно низки; с тем, что у медицины катастроф свои (с этической точки зрения, может быть, и жестокие) законы, **требующие быстрого и хладнокровного принятия решений**, определённого упрощения и схематизации, а главное – определения основных приоритетов в деятельности. Отдельная судьба уходит на второй план, пропуская вперёд стремление с помощью имеющихся сил и средств оказать помощь тем, **кто**

**«Катастрофа сначала пугает и шокирует,
затем сбивает с толку и вносит путаницу во все,
что нужно делать и с чего начинать»**

J.F.Waeckerle (Ann.Emerg.Med., 1983, vol.12, p. 651)



J.F. Waeckerle
983, v. 12, p. 651)



ТРАНСВААЛЬ ПАРК, ФЕВРАЛЬ 2004



БЕСЛАН, СЕНТЯБРЬ 2004

«Итак, нужна новая универсальная государственная система – медицина катастроф, способная обеспечить быструю и эффективную помощь населению при любых видах массовых поражений – стихийных бедствиях, технологических и транспортных авариях».

В.Д.Федоров, Г.А.Рябов, Б.Д.Комаров

Медицина катастроф

Медицина катастроф – Раздел медицины, служащий для научной разработки и реализации проблем прогнозирования и планирования ликвидации медико-санитарных последствий аварий, катастроф и стихийных бедствий.

Определение Питера Сафара –

«Катастрофы, являющие собой крайнюю степень конфликта между природой и человеком, ведут к тяжелым последствиям, как моральным, так и материальным. Все это требует, особенно от медиков, большого напряжения сил, ибо в очаге бедствия возникает резкое несоответствие между числом нуждающихся в медицинской помощи и возможностями по ее оказанию».

Определение Российской военно-медицинской академии –

«Под катастрофой в медицинском смысле обычно понимается внезапное, быстрое, чрезвычайно опасное для здоровья и жизни людей событие.

К основным медицинским последствиям катастроф относятся

- появление значительного количества пострадавших,
- возникновение нарушений психики у людей в зоне поражения,
- материальные и людские потери в различных его звеньях.

В результате возникает несоответствие между острой потребностью в медицинской помощи и возможностями имеющихся сил и средств медицинской службы по ее оказанию.»

Основные задачи службы

1. Обеспечение готовности органов управления, системы связи и оповещения формирований и учреждений Службы в ЧС
2. Обеспечение постоянной готовности и эффективной работы подразделений экстренной и консультативной медицинской помощи населению (санитарной авиации)
3. Прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф
4. Разработка, внедрение и совершенствование методов и средств оказания экстренной и консультативной медицинской помощи населению
5. Разработка методических основ и участие в подготовке населения и спасателей к оказанию первой медицинской помощи при ЧС
6. Создание и рациональное использование резервов медицинского, санитарного и специального имущества, оснащение и обеспечение им формирований и учреждений служб для ликвидации ЧС и т.д.

Основные принципы СМК

1. Служба медицины катастроф носит государственный и приоритетный характер.
2. Российская служба МК организуется по территориально-производственному и региональному принципу.
3. Управление и организация СМК обеспечиваются разумным сочетанием сильного централизованного управления ЭМП с децентрализованным управлением ликвидацией медико-санитарных последствий ЧС.
4. Двухэтапная система организации экстренной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Основные принципы СМК

5. Медицинская сортировка как один из основных принципов своевременного оказания ЭМП населению в чрезвычайных ситуациях.
6. Эшелонирование и маневр силами и средствами службы медицины катастроф.
7. Принцип взаимодействия с медицинскими силами заинтересованных министерств и ведомств всех уровней.
8. Своевременность, непрерывность и эффективность оказания экстренной медицинской помощи.
9. Принцип единоначалия при ликвидации медицинских последствий ЧС.

Основные принципы СМК

10. Универсальность службы медицины катастроф.
11. Разумная достаточность сил и средств службы МК 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 медицин-ской помощи в чрезвычайных ситуациях.

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» (ВЦМК «Защита») — это головное научно-практическое государственное учреждение Минздрава России по проблемам службы медицины катастроф. Создан в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 420 от 03.05.94 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами» на базе Специализированного центра экстренной медицинской помощи «Защита» Минздрава России.

Приказ от 27 октября 2000 г. № 380 «Об утверждении положения о службе медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации»

3.5. На местном уровне Служба представлена:
3.5.1. Центрами медицины катастроф местного
уровня (где они создаются) или станциями
(подстанциями) скорой помощи,
выполняющими функции органа управления
службы медицины катастроф с входящими в
них формированиями.

Структура ВЦМК «Защита»

ВЦМК «Защита» Минздрава России и соц.развития

Основные подразделения ВЦМК «Защита»

клиника медицины катастроф с полевым многопрофильным госпиталем (ПМГ)

филиалы ВЦМК
(в 7 федеральных округах)

Штаб

институт проблем
медицины катастроф
и дополнительного профессионального образования специалистов ВЦМК

центр медицинской экспертизы и реабилитации

научно-исследовательский отдел медико-технических проблем экстремальной

отдел организации медицинской помощи при радиационных авариях

отдел медицинского снабжения (склад резерва Минздрава России для ЧС)

УРОВНИ ВСМК

- Федеральный уровень
- Межрегиональный уровень
- Территориальный уровень
(региональный или областной)
- Муниципальный уровень (местный)
- Объектовый уровень

Филиалы ВЦМК «Защита»

На региональном уровне Служба представлена филиалами ВЦМК «Защита» в федеральных округах:

- Центральный – г.Москва
- Северо-Западный – г.Санкт-Петербург
- Приволжский – г.Нижний Новгород
- Уральский – г.Екатеринбург
- Сибирский – г.Новосибирск
- Дальневосточный – г.Хабаровск
- Северо-Кавказский – г.Ростов-на-Дону.

ЦЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ - предупреждение возникновения и развития ЧС, снижение размеров ущерба и потерь от ЧС, ликвидация медицинских последствий ЧС.

Служба представлена:

1) **Федеральный уровень** - ВЦМК «Защита» - государственное многопрофильное головное учреждение службы МК МЗРФ особого типа, выполняющее функции органа управления.

2) **Межрегиональный уровень** - представлены региональными центрами МК. Это силы и средства здравоохранения, предназначенные для оказания экстренной медицинской помощи населению в ЧС на территории нескольких субъектов РФ

(областей, краёв, республик, автономных округов).

3) **Территориальный уровень** - ТЦМК с входящими в них формированиями и учреждениями. Он непосредственно подчинен руководителю территориального звена здравоохранения, а функционально – региональному центру МК.

4) **Местный уровень** - центрами МК местного уровня (где они созданы) или станциями и отделениями СМП с назначением ответственного лица за данный раздел работы.

5) **Объектовый уровень** – должностными лицами по медико-санитарному обеспечению объекта в ЧС.

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ТЦМК СО



ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ

Группа врачей-методистов
Группа специалистов АСУ



ОТДЕЛ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

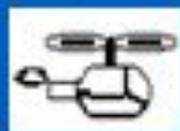
- Техническая служба
- Гараж санитарного и специального транспорта
- Группа связи
- Отдел материально-технического обеспечения

ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСКИЙ ОТДЕЛ



ОТДЕЛ ЛыЭКМП (САНАВИЛИЦИЯ)

- бригада экстренного реагирования
- Специализированные бригады постоянной готовности
- Группа медицинского обеспечения
- Склад резерва медикаментов и оперативных запасов мед.помощества
- Психофизиологическая лаборатория
- Трассовая служба
- Филиалы ТЦМК СО



ОТДЕЛ ОРГАНИЗАЦИИ СМП ОБЛАСТИ

Врачи-эксперты

Группа анализа и медицинской статистики



УЧЕБНЫЙ ОТДЕЛ

Группа врачей-преподавателей

Учебные аудитории

оснащенные демонстрационным и тренажерным оборудованием

Медико-тактическая характеристика Свердловской области

Техногенная структура Свердловской области представлена машиностроением, металлургией, горной, химической, атомной и лесной промышленностью.

Основными видами опасностей на территории нашей области являются: радиационная, химическая, пожаро- и взрывоопасность.

6 особо радиационно-опасных производств и 108 радиационно-опасных объектов вместе со 166 химически опасными объектами создают предпосылки к возникновению радиационных и химических чрезвычайных ситуаций. В городе Снежинск находится РФЯЦ-ВНИИ технической физики, а в городе Озерск – ФГУП «Производственное объединение «Маяк», являющиеся одними из основных подразделений ядерного оружейного комплекса России.

В области имеется международный аэропорт, развитая сеть транспортных магистралей, газопроводы республиканского значения, создающие реальную опасность возникновения техногенных катастроф.

Состав сил службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Свердловской области

Бригады скорой медицинской помощи	473
Врачебно-сестринские бригады	486
Бригады специализированной медицинской помощи	88
Токсико-терапевтические бригады	34
Радиационно-сортировочные бригады	14
Группы эпидемиологической разведки	68
Санитарно-эпидемиологические отряды	1
Санитарно-эпидемиологические группы	54

ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ

Обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой:

- Человеческие жертвы.
- Ущерб здоровью людей или окружающей природной среде.
- Значительные материальные потери.
- Нарушение условий жизнедеятельности.

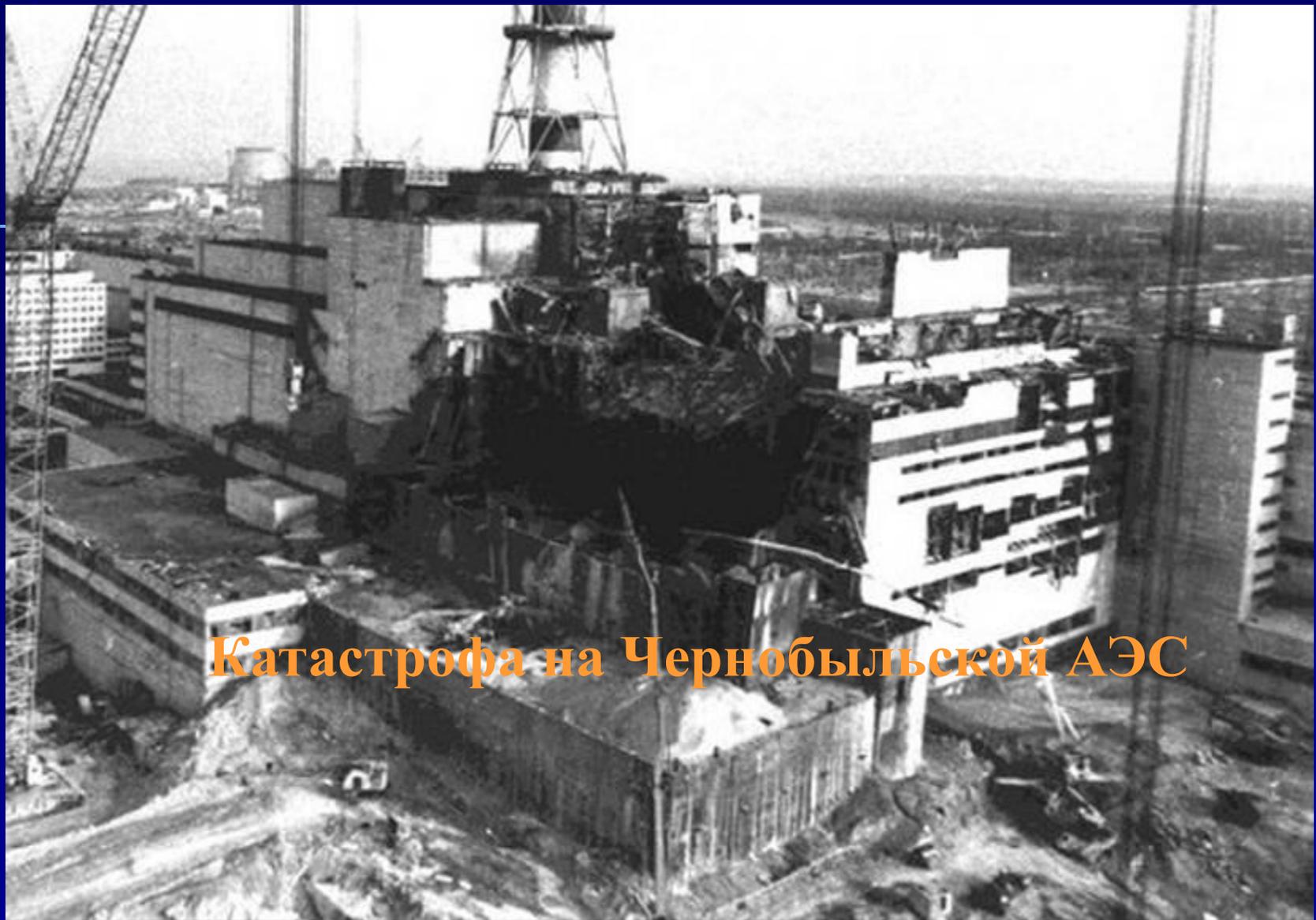
**ПРИКАЗ МЗ РФ от 23.04.2002 г. № 134
«об утверждении инструкции по
заполнению учетных форм службы
медицины катастроф»**

- Приложение №5

- 1. Техногенные ЧС.
- 2. Природные ЧС.
- 3. Биолого-социальные ЧС.
- 4. Социальные (социогенные) ЧС.

Количественная характеристика потерь при некоторых катастрофах

Перечень катастроф	Дата	Кол-во раненных	Кол-во погибших
I. Техногенные ЧС.			
г. Чернобыль - Украина	1986г.	150.000	145
г. Ульяновск (теплоход Суворов)	1983г.	81	175
г. Арзамас (взрывы на ж.д.)	1988г.	840	91
г. Свердловск ст. Сортировочная (взрыв на ж.д.)	1988г.	731	4
г. Бологое (крушение поездов)	1988г.	152	29
Башкирия (крушение поездов)	1989г.	871	339
г. Душанбе (взрыв цистерны с газом)	1990г.	163	32
г. Кушва Свердловская область (ДТП)	1996г.	43	1
пос. Косья Свердловская область (пожар)	1997г.	18	16
пос. Лосиный Свердловская область (пожар и взрыв на складе инженерных боеприпасов)	1998г.	17	14
г. Пермь (пожар в клубе «Хромая лошадь»)	1.12.2009	78	156
Среднегодовые потери на шоссейных дорогах России	-	350.000- 450.000	~ 50.000



Катастрофа на Чернобыльской АЭС

Дорожно-транспортное происшествие (ДТП)- событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы, либо причинен иной материальный ущерб.



СТАНДАРТ КАТАСТРОФЫ (ООН) – очагом массового поражения следует считать территорию или местность, где появилось одновременно не менее или более 10 пораженных или заболевших, нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

Под данный стандарт подходят 65,7% событий на транспорте, причем 18% этих событий приходится на автомобильный транспорт.

Авиационный – 23,3%; водный – 15,1%, железнодорожный – 9,4%.

Количественная характеристика потерь при некоторых катастрофах

Перечень катастроф	Дата	Кол-во раненных	Кол-во погибших
II. Природные ЧС.			
Мессина - Италия (землетрясение)	1908г.		83.000
г.Йокогама - Япония(землетрясение)	1923г.	~ 1.000.000	140.000
г. Ашхабад - СССР (землетрясение)	1948г.		> 30.000
г. Мехико - Мексика (землетрясение)	1958г.	> 13.000	10.000
г. Снопле - Югославия (землетрясение)	1963г.		2.000
Перу (землетрясение)	1970г.	> 600.000	40.000
г. Спитак, Ленинакан, Кировакан - Армения (землетрясение)	1988г.	32.500	40.000
г. Серов Свердловская обл. (наводнение)	1993г.	1583	20

На огромной территории нашей страны возможны:

- *Землетрясения;*
- *Цунами;*
- *Наводнения;*
- *Лесные и торфяные пожары;*
- *Ураганы, бури, смерчи;*
- *Сели (водогрязевые потоки) и оползни;*
- *Снежные лавины и заносы;*
- *Грозы и др.*



- Природного характера



Спитак (Армения)



Наводнения.

В РФ основными причинами наводнений, на них приходится до 80% всех наводнений, являются:

- *Период весеннего снеготаяния;*
- *Ледоходы на реках;*
- *Выпадение обильных ливневых и дождевых осадков;*
- *Крушение плотин и дамб.*



Смерч в районе Сочи









Количественная характеристика потерь при некоторых катастрофах

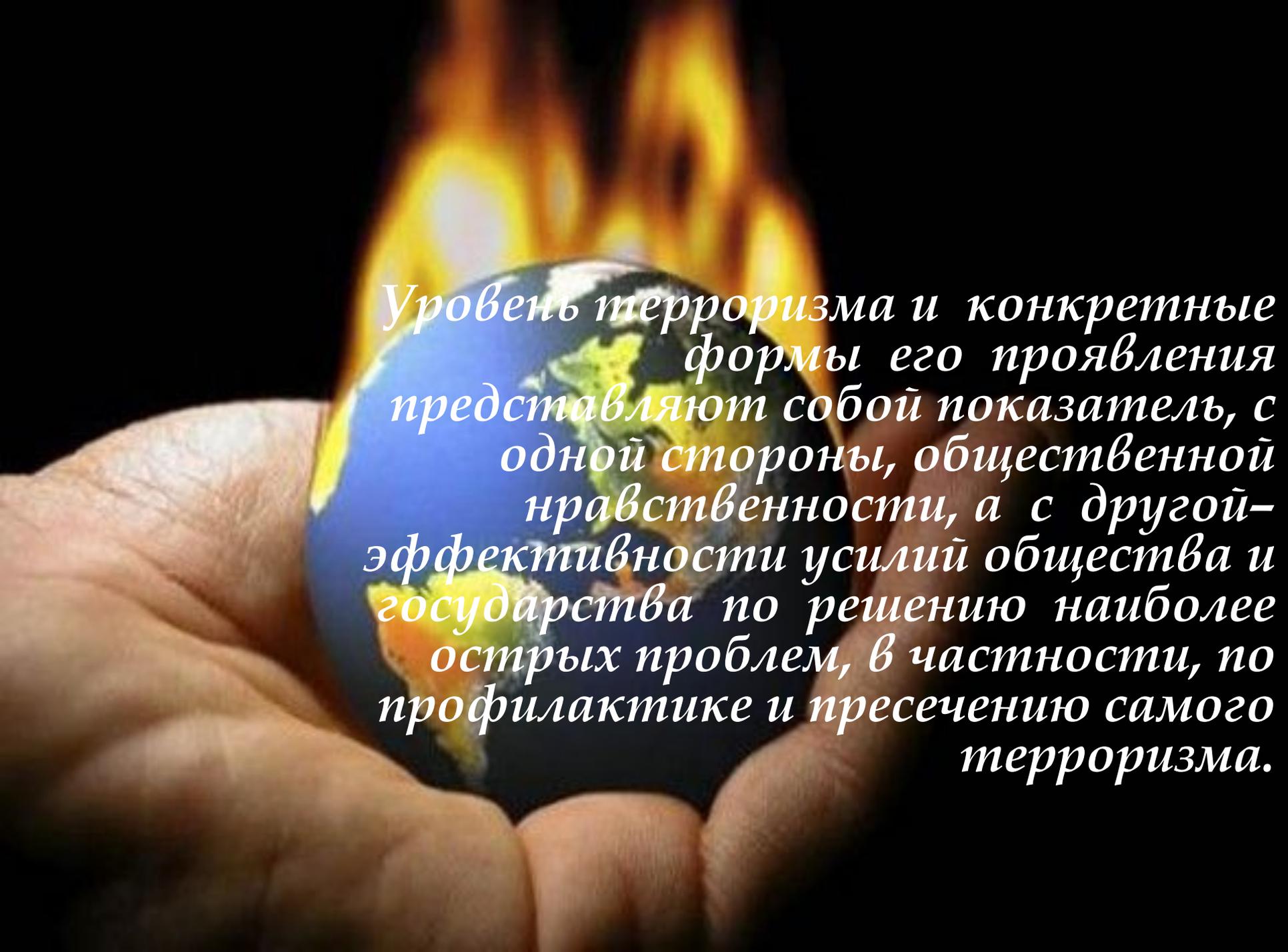
Перечень катастроф	Дата	Кол-во раненных	Кол-во погибших
III. Биолого-социальные ЧС.			
г.В.Пышма (вспышка лигнелеза)	2007	107	3
Российская Федерация (свиной грипп)	2009	30319	16
IV Социальные ЧС.			
Вторая мировая война (Великая отечественная война)	1941-1945г.г.	~ 60.000.000	27.000.000
Война в Афганистане	за 9 лет	36.000	15.000
Душанбе (экстремизм)	1990г.	1400	21
Война в Чеченской Республике	1994-1996	>250000	>55000
г. Москва (захват заложников в «Норд-Ост»)	23.10.2003	593	118
г. Беслан (захват заложников в школе №1)	1-3.09.2004	>700	334
Взрыв пассажирского поезда «Невский экспресс»	17.11.2009	96	30

Эпидемия холеры на Гаити



Эпидемия чумы в Самарской области в 18 веке



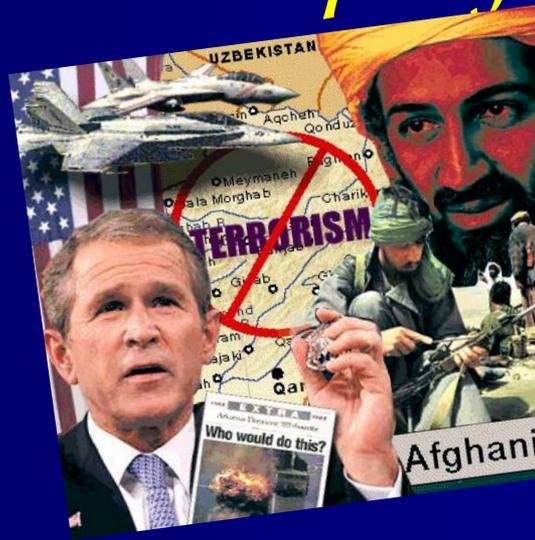


Уровень терроризма и конкретные формы его проявления представляют собой показатель, с одной стороны, общественной нравственности, а с другой — эффективности усилий общества и государства по решению наиболее острых проблем, в частности, по профилактике и пресечению самого терроризма.



Мировая статистика за 2000-2006 гг.

- С 2000 по 2006 год общее количество совершенных терактов составило 14 934.
- Средний показатель совершенных терактов на страну
- - 133,3



Приказ МЗ Свердловской области от 20 августа 2010 г. № 801-п

«О предоставлении донесений о техногенных, природных, биолого-социальных, социальных чрезвычайных ситуациях и иных ситуациях, нарушающих деятельность учреждений здравоохранения или представляющих опасность для здоровья людей»

КРИТЕРИИ ИСТОЧНИКОВ чрезвычайных ситуаций

1. **Техногенные** – число погибших 2 человека и более. Число госпитализированных 4 человека и более;
2. **Природные** - число погибших 2 человека и более. Число госпитализированных 4 человека и более;
3. **Биолого-социальные** – практически о каждом случае (особо опасные инфекции, другие – приложение №2);
4. **Социальные** – число погибших 5 человек и более, число госпитализированных 10 человек и более.

Правительство РФ
Постановление
от 21 Мая 2007 г.

№ 304

О КЛАССИФИКАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО И ТЕХНОГЕННОГО ХАРАКТЕРА"

Во исполнение Федерального закона "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера" Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Установить, что чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера подразделяются на:

КЛАССИФИКАЦИЯ ЧС -

По источнику чрезвычайной ситуации

техногенные
природные
биолого-социальные
социальные

По масштабу

локальные
межрегиональные
федеральные
трансграничные (глобальные)

По количеству жертв и по материальным
потерям

По масштабу распространения и тяжести последствий ЧС подразделяются на следующие виды:

- **локальные (частные)**- ЧС не выходящие за пределы рабочего места или участка, малого отрезка дороги, усадьбы, квартиры. Пример: сгорел частный дом, ДТП.
- **объектовые** - ограничиваются пределами производственного объекта и могут ликвидированы его силами и ресурсами. Пример: взрыв на заводе.
- **местные** – ЧС в пределах населенного пункта, города, района, области, края, устраняются силами, средствами и другими ресурсами данной территории. Пример: наводнение в Серове с прорывом дамбы в 1993г., взрыв на Сортировке, работало 60 бригад СМП, 1998г.- взрыв боеприпасов в п. Лосинка.
- **региональные** - распространяются на несколько областей (краёв, республик). Для ликвидации их последствий нужны объединённые усилия этих территорий, а также участие Федеральных сил, средств и ресурсов. Засуха в центральных районах , за сутки более 100 пожаров, 2,5 тыс людей эвакуировано.
- **национальные** – охватывают обширные территории страны, но не выходят за её границы. Пример: это проблема туберкулёза, сахарного диабета.
- **глобальные** – ЧС выходящие за пределы страны. Пример: ВИЧ-инфекция

Классификация ЧС

Чрезвычайные ситуации	Количество пострадавших людей	Размер материального ущерба	Зона ЧС
Локальные	Не более 10 чел.	Не более 100 тыс.рублей	Не выходит за пределы территории объекта
Муниципальные	Не более 50 чел.	Не более 5 млн. рублей	Не выходит за пределы территории одного поселения или внутригородской территории города или ЧС не может быть отнесена к ЧС локального характера
Межмуниципальные	Не более 50 чел.	Не более 5 млн. рублей	Территория двух и более поселений, внутригородских территорий города или межселенную территорию
Региональные	Свыше 50 чел., но не более 500 чел.	Свыше 5 млн., но не более 500 млн. рублей	Не выходит за пределы территории одного субъекта РФ
Межрегиональные	Свыше 50 чел., но не более 500чел	Свыше 5 млн., но не более 500 млн. рублей	Затрагивает территорию двух и более субъектов РФ
Федеральные	Свыше 500 чел.	Свыше 500 млн. рублей	Федерация

Классификация ЧС природного и техногенного характера

Чрезвычайные ситуации	Количество пострадавших людей	Размер материального ущерба	Зона ЧС
Локальные	Не более 10 чел.	Не более 100 тыс.рублей	Не выходит за пределы территории объекта
Муниципальные	Не более 50 чел.	Не более 5 млн. рублей	Не выходит за пределы территории одного поселения или внутригородской территории города федерального значения или ЧС не может быть отнесена к ЧС локального характера
Межмуниципальные	Не более 50 чел	Не более 5 млн.	Территория двух и более поселений, внутригородских территорий города федерального значения или межселенную территорию
Региональные	Свыше 50 человек, но не более 500 чел	Свыше 5 млн., но не более 500 млн. рублей	Не выходит за пределы территории одного субъекта РФ
Межрегиональные	Свыше 50 чел, но не более 500	Свыше 5 млн., но не более 500 млн. рублей	Затрагивает территорию двух и более субъектов РФ
Федеральные	Свыше 500 чел.	Свыше 500 млн. рублей	

Классификация ЧС природного и техногенного характера

Чрезвычайные ситуации	Количество пострадавших людей	Нарушение условий жизнедеятельности	Размер материального ущерба, мин. размера оплаты труда на день ЧС	Границы поражения
Локальные	Не более 10 чел.	Не более 100 чел.	Не более 1000 мин. разм.	Выходят за пределы территории объекта производственного или социального назначения
Местные	от 10 до 50 чел.	от 100 до 300 чел.	от 1 тыс. до 5 тыс.	Не выходит за пределы населенного пункта, города, района
Территориальные	от 50 до 500 чел.	от 300 до 500 чел.	от 5 тыс. до 0,5 млн.	Не выходит за пределы субъекта Российской Федерации
Региональные	от 50 до 500	от 500 до 1000 чел.	от 0,5 млн. до 5 млн.	Охватывает территорию двух субъектов РФ
Федеральные	свыше 500 чел.	свыше 1000 чел.	свыше 5 млн.	Более чем двух субъектов РФ
Трансграничные				Выходящая за пределы РФ либо происшедшая за рубежом, но затрагивающая территорию РФ

Приказ МЗ и СР РФ от 17 мая 2010 г. № 353н «О первой помощи»

перечень мероприятий:

1. Оценка обстановки (с определением угрозы для собственной жизни, угрозы для пострадавших и окружающих с оценкой количества пострадавших).
2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь по закону или специальному правилу.
3. Определение признаков жизни (с определением наличия сознания, дыхания, пульса на сонных артериях).
4. Извлечение пострадавшего из транспортного средства и его перемещение.
5. Восстановлен и поддержка проходимости верхних дыхательных путей.
6. Проведение сердечно-легочной реанимации.

**Приказ МЗ и СР РФ от 04 мая 2012 г. № 477н
«Об утверждении перечня состояний, при
которых оказывается первая помощь, и
перечня мероприятий по оказанию первой
помощи»**

Приложение №1

к приказу МЗ и СР РФ от 04.05.12г.

перечень состояний, при которых оказывается первая помощь

1. Отсутствие сознания
2. Остановка дыхания и кровообращения
3. Наружное кровотечение
4. Инородные тела верхних дыхательных путей
5. Травмы различных областей тела
6. Ожоги, эффекты воздействия высокой температуры, теплового излучения
7. Отморожения и другие эффекты воздействия низких температур
8. Отравления

перечень мероприятий:

7. Остановка кровотечения и наложение повязок.
8. Проведение опроса больного на наличие признаков сердечного приступа.
9. Проведение осмотра больного/пострадавшего в результате несчастных случаев, травм, отравлений и других состояний и заболеваний, угрожающих их жизни и здоровью.
10. Герметизация раны при ранении грудной клетки.
11. Фиксация шейного отдела позвоночника.
12. Проведение иммобилизации (фиксации конечностей).
13. Местное охлаждение.
14. Термоизоляция при холодовой травме.
15. Придание оптимального положения.

приложение №2
к приказу МЗ и СР РФ от 04.05.12г. №477н

Перечень мероприятий, при которых оказывается первая помощь:

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

- 1) давление руками на грудину пострадавшего;
- 2) искусственное дыхание "Рот ко рту";
- 3) искусственное дыхание "Рот к носу";
- 4) искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания.

6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

- 1) придание устойчивого бокового положения;
- 2) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- 3) выдвижение нижней челюсти.

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

- 1) обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
- 2) пальцевое прижатие артерии;
- 3) наложение жгута;
- 4) максимальное сгибание конечности в суставе;
- 5) прямое давление на рану;
- 6) наложение давящей повязки.

приложение №2
к приказу МЗ и СР РФ от 04.05.12г. №477н

Перечень мероприятий, при которых оказывается первая помощь:

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

Предупреждение ЧС – это комплекс мероприятий, проводимых заблаговременно и направленных на максимально возможное уменьшение риска возникновения ЧС, а также на сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь в случае их возникновения.

Чрезвычайное событие

Ликвидация ЧС – это аварийно-спасательные и другие неотложные работы, проводимые при возникновении ЧС и направленные на спасение жизни и сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь, а также на локализацию зон ЧС, прекращение действия характерных для них опасных факторов.

Временные понятия в МК :

1. Фаза изоляции — время с момента возникновения катастрофы до начала проведения спасательных работ.

2. Фаза спасения — время от начала спасательных работ до организованного завершения спасательных работ.

3. Фаза восстановления — с медицинской точки зрения характеризуется проведением реабилитации пораженных до окончательного исхода.

Основные медицинские последствия чрезвычайных ситуаций

-  Появление значительного числа пострадавших.
-  Дезорганизация системы управления местным здравоохранением.
-  Возникновение нарушений психики у людей в зоне поражения.

В результате возникает резкое несоответствие между острой потребностью в медицинской помощи и возможностями имеющихся сил и средств медицинской службы по ее оказанию.

Режимы деятельности медицины катастроф

1. Режим повседневной деятельности;
2. Режим повышенной готовности;
3. Режим чрезвычайной ситуации.

Неблагоприятные факторы работы в ЧС:

1. Неясность обстановки.
2. Нехватка персонала.
3. Недостаточный опыт работы руководства и клиницистов в данных условиях.
4. Высокая психологическая нагрузка.
5. Острая нехватка мат.тех.средств.
6. Проблемность взаимодействия с немедицинскими формированиями и медицинскими формированиями других министерств и ведомств.
7. Проблемность связи.

Двухэтапная концепция (доктрина) оказания экстренной медицинской помощи в ЧС

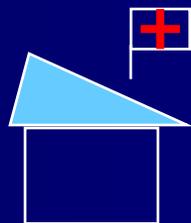
Догоспитальный этап

Госпитальный этап

**ОЧАГ
ЧС**



**Первая
помощь**



**Доврачебная и первая
врачебная помощь**



**Квалифицированная
помощь**



ПСО



**Специализированная
помощь**

ЛЭО в ЧС

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1-я медицинская	Доврачебная	1 врачебная	Квалифицированная	Специализированная
0-30 мин.	до 1 часа	4-6 час	8-12 ч.	
само- и взаимопомощь - спасательные подразделения -СД		Ближайшие ЛПУ ОЭСМП Мобильный госпиталь ЛПУ других ведомств	Специализированные профильные и многопрофильные ЛПУ	
БСМП БЭМП		ОПМ		
Догоспитальный этап			Госпитальный этап	



Виды медицинской помощи в ЧС:

- 1. Первая помощь при ЧС** – комплекс медицинских мероприятий, выполняемых на месте поражения преимущественно в порядке само- и взаимопомощи, а также участниками аварийно-спасательных работ с использованием подручных и табельных средств.
- 2. Доврачебная медицинская помощь при чрезвычайной ситуации** – дополняет мероприятия первой медицинской помощи; оказывается, как правило, средним медицинским персоналом.
- 3. Первая врачебная помощь при ЧС** – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемый врачами и направленный на устранение непосредственно угрожающих жизни последствий поражений, на предупреждение развития ранних осложнений и подготовку пораженного, в случае необходимости, к эвакуации.
- 4. Квалифицированная медицинская помощь при ЧС** – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых квалифицированными врачами (хирургами, терапевтами и другими специалистами) в лечебных учреждениях, с целью устранения последствий поражений, прежде всего угрожающих жизни, предупреждения развития и лечения осложнений.
- 5. Специализированная медицинская помощь при ЧС** – высшая форма медицинской помощи, включающая комплекс лечебных мероприятий, оказываемый врачами-специалистами в специализированных лечебных учреждениях (отделениях), имеющих специальное лечебно-диагностическое оснащение и оборудование.

Постановление Федерального Правительства № 195 от 28.02.96г.

Положение № 3

«Безопасность медицинских работников»:

«Розыск пораженных, их извлечение из-под завалов, из очагов пожаров, вынос (вывоз) с местности (участка, объекта), зараженной радиоактивными и сильнодействующими ядовитыми веществами, оказание первой медицинской помощи на месте поражения выполняются аварийно-спасательными формированиями единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций».

Последовательность действий:

- Оценка ситуации,
с принятием мер личной безопасности
- Определение приоритетности в оказании помощи
- Оказание медицинской помощи
- Подготовка к эвакуации, включая приоритетность
в эвакуации и сама эвакуация

Состав сил службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Свердловской области

Бригады скорой медицинской помощи	473
Врачебно-сестринские бригады	486
Бригады специализированной медицинской помощи	88
Токсико-терапевтические бригады	34
Радиационно-сортировочные бригады	14
Группы эпидемиологической разведки	68
Санитарно-эпидемиологические отряды	1
Санитарно-эпидемиологические группы	54

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, один из важнейших методов организации ЭМП пострадавшим при массовом поступлении их в лечебные учреждения.



Впервые принципы ЛЭМ научно обосновал и применил на практике великий русский хирург Пирогов Н. И. Особое значение в понимании сущности ЛЭМ имеют 3 положения из 20 его «основных начал... полевой хирургии»: 1, 3, 8-е.

Положение первое – «Война – это травматическая ЭПИДЕМИЯ». «Как при больших эпидемиях всегда недостаток врачей, так и во время больших войн всегда в них недостаток... Недостаток в руках на перевязочных пунктах и в полевых лазаретах бывал так велик, что на 100 и более тяжелораненых приходилось по одному ординатору».

Положение третье – «Не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны».

Положение восьмое – «Хорошо организованная сортировка раненых на перевязочных пунктах и военно-временных госпиталей есть главное средство для оказания правильной помощи и к предупреждению беспомощности и вредной по своим последствиям неурядицы».

Н.И. Пирогов

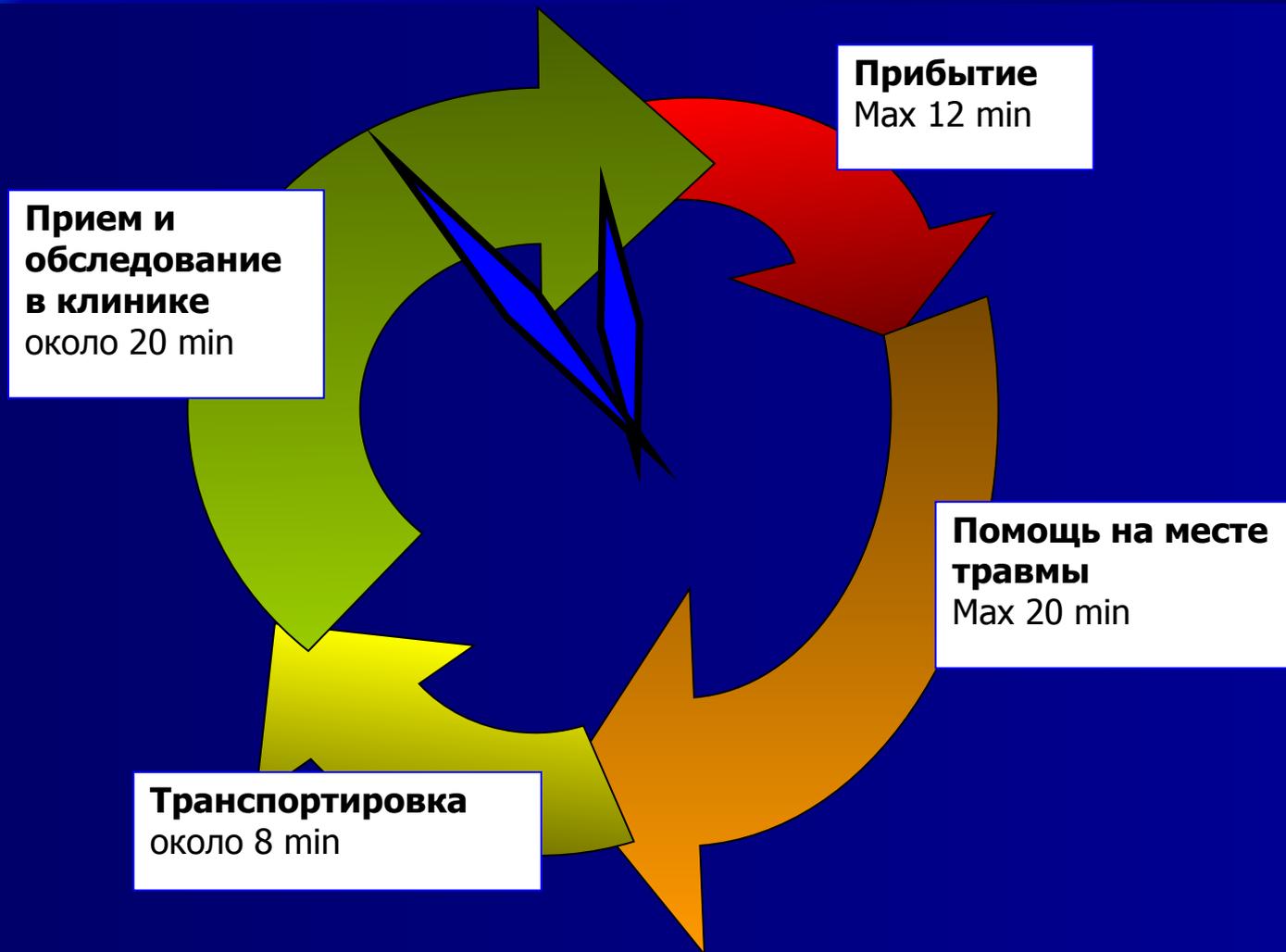
«Я первый ввел сортировку раненных на Севастопольских перевязочных пунктах и уничтожил господствующий там хаос».

Каждый час отсрочки при спасении и оказании первой помощи (помните выражение **«золотой час»**) приводит к **20 смертям на каждые 1000 пострадавших.**

Представьте себе медицинского работника (фельдшера, медсестру, врача) или парамедика (сотрудника МЧС, УВД, спасателя), когда перед ним десятки окровавленных стонущих людей, нуждающихся в неотложной помощи. Основной вопрос, стоящий перед ним - кому первому оказывать помощь и в каком объеме? **А время уходит и можно потратить драгоценные минуты на оказание помощи тому, кто может еще подождать, а те, кто действительно нуждается в спасении – погибнут.** И средств оказания помощи (аптечки, инструменты, оборудование) мало, не хватит на всех. А спасать надо. **Только опыт и знания, да еще тренировки и надежный помощник – на них надежда.**

В сущности, проблема недостатка сил, средств и времени в очаге катастрофы возникает всегда, если число пострадавших больше чем спасающих. Единственное правильное решение: **провести сортировку пострадавших** - распределить их на группы по срочности нуждаемости в медицинской помощи и эвакуации.

Помнить о правиле «золотого часа» при оказании первой помощи пострадавшим



Принципы сортировки.

Медицинская сортировка должна быть **непрерывной, преемственной и конкретной.**

Непрерывность сортировки заключается в том, что она должна начинаться непосредственно на пунктах сбора пострадавших и проводиться на всех этапах МЭ и во всех функциональных подразделениях, через которые проходят пострадавшие

• **Преемственность** состоит в том, что на данном этапе МЭ сортировка проводится с учётом следующего этапа, на котором сортировка не должна повторяться, а должна быть более квалифицированной и дифференцированной.

Конкретность состоит в том, что в каждый момент выделение сортировочных групп пострадавших должно соответствовать условиям работы этапа МЭ в данный момент и обеспечивать успешное решение задач в сложившейся обстановке.

Сортировочные признаки

- ❑ **Опасность пострадавших для окружающих:**
 - ✓ опасные для окружающих;
 - ✓ неопасные для окружающих.
- ❑ **Лечебный признак:**
 - ✓ нуждающиеся в экстренной медицинской помощи на данном этапе;
 - ✓ не нуждающиеся в экстренной медицинской помощи на данном этапе.
- ❑ **Эвакуационный признак:**
 - ✓ подлежат эвакуации в первую очередь;
 - ✓ подлежат эвакуации во вторую очередь.
- ✓ **По ситуации:** ускоренная и полная

Виды медицинской сортировки

- **Внутрипунктовая сортировка** – распределение пострадавших на группы в зависимости от нуждаемости в лечебно-профилактических мероприятиях на данном этапе МЭ, по месту и очередности их выполнения.
- **Эвакуационно - транспортная сортировка** – распределение по эвакуационному назначению, средствам, способам и очередности дальнейшей эвакуации.

- 1) Опасность для окружающих определяет степень нуждаемости пострадавших в санитарной или специальной обработке, в изоляции (инф. б-е или с временно нарушенной психикой)
- 2) По степени нуждаемости в медицинской помощи выделяют пораженных:
 - - пораженные, которые погибнут, даже если им сейчас начать оказывать медицинскую помощь -1 сор.гр.-20%
 - - пораженные, которые погибнут, если им сейчас не начать немедленно оказывать мед. помощь – 2 сорт. гр. -50%
 - - пораженные, которые не погибнут, если мед. помощь будет отсрочена - 3 сорт. гр. 20%
 - - легкопораженные, мед. помощь будет оказана позднее в последнюю очередь – 4-5 сорт. гр. 10%

Существует **ускоренная** сортировка когда много пострадавших. В этом случае используется два вида марок: белого и красного цвета. Красная марка крепится на пострадавшего, который нуждается в экстренной медицинской помощи на данном этапе и не оказание им первой медицинской помощи приведёт к тяжёлым последствиям. Марка белого цвета крепится к пострадавшим помощь которым может быть отсрочена на данном этапе и переносится на другой этап.

НЕМЕЦКИЙ ОПЫТ МАРКИРОВКИ ДВУМЯ СОРТИРОВОЧНЫМИ ЛЕНТАМИ



Сортировочные группы (Инструкция МЗ СССР от 12. 08.86):

I Сортировочная группа – пострадавшие с крайне тяжёлыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальном (агональном) состоянии. Нуждаются только в симптоматическом лечении. Не подлежат эвакуации. Прогноз неблагоприятный.-20%

II Сортировочная группа - пострадавшие с тяжёлыми повреждениями, нарастающими, опасными для жизни расстройствами основных функций организма, для устранения которых срочно необходимо принятие лечебно-профилактических мер. Прогноз благоприятный при условии оказания медицинской помощи. Нуждаются в помощи по неотложным жизненным показаниям.- 50%

III Сортировочная группа - пострадавшие с тяжёлыми и средней тяжести повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы для жизни. Медицинская помощь во вторую очередь или отсрочена до следующего этапа эвакуации.20%

IV Сортировочная группа - пострадавшие с повреждениями средней тяжести с не резко выраженными функциональными расстройствами или без таковых. Прогноз благоприятный. Направляются на следующий этап эвакуации без оказания медицинской помощи.-10% + следующая сортировочная группа

V Сортировочная группа - пострадавшие с легкими повреждениями, не нуждающиеся в оказании помощи на данном этапе. Направляются на амбулаторное лечение.



Гиппократ: " Медицина...к тем, которые уже побеждены болезнью, не протягивает своей руки"

Маркировка. Теория и практика

«В первую очередь выявляют тех, у кого своевременная медицинская помощь способна преодолеть недуг, а также тех, кого уже нельзя спасти в силу получения повреждений, несовместимых с жизнью, и смерть у которых в ближайшие дни неизбежна»

Е.И. Смирнов «Война и военная медицина»

По общепринятой практике ССМП, состояние пострадавшего на месте происшествия оценивают по методике, принятой местной травматологической службой. Если травма отвечает критериям тяжелой, пострадавшего направляют в ближайшее травматологическое отделение. Если пострадавших несколько - сортировку проводят так же, однако более тяжелых пострадавших направляют в стационар в первую очередь.

При ЧС с большим числом пострадавших ситуация резко меняется. В условиях перегруженности СМП и травматологической службы, не способной справиться с огромным притоком пострадавших, преимущество отдается не самым тяжело пострадавшим, кому медицинская помощь нужнее всего, **а тем, кому она нужнее и прогностически более эффективна, у кого выше шансы на выживание.**

Преимственность в оказании медпомощи может быть обеспечена при условии, что на каждом последующем этапе медицинской эвакуации будет известно, какая медпомощь и когда была оказана пораженному и больному на предшествующем этапе. Это достигается четкой **медицинской документацией и маркировкой.**

СОРТИРОВОЧНЫЕ МАРКИ:

Средство закрепления результата медицинской сортировки, позволяющее выполнять сортировочное заключение в отсутствие лица, проводшего сортировку.

«Основные понятия и определения медицины катастроф»
Словарь ВЦМК «Защита», Москва 1997

Изготавливаются из плотного картона, пластмассы, металла; имеют различную форму (круг, прямоугольник, треугольник, овал и др.), отверстие для толстой нитки, позволяющей прикрепить марку к одежде пораженного или носилкам (!?), и сокращенное название сортировочного заключения.

Размеры 5×5 см, 5×3 см.

«Основные понятия и определения медицины катастроф»
Словарь ВЦМК «Защита», Москва 1997, стр. 148

Маркировка времен военных действий на о. ПЁРЛ-ХАРБОР

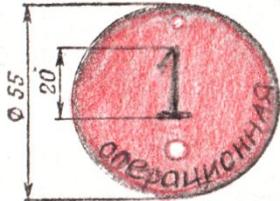


СОРТИРОВОЧНЫЕ БИРКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РАБОТЕ ОТДЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО БАТАЛЬОНА ДЕВИЗИИ

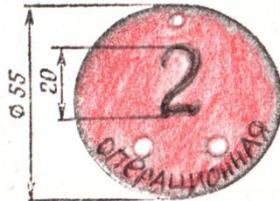


ПРИЛОЖЕНИЕ 2

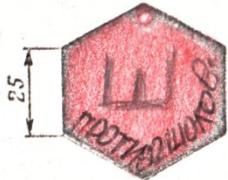
ОБРАЗЦЫ СОРТИРОВОЧНЫХ МАРОК НА ОПМ



Направить в операционную в первую очередь /



Направить в операционную во вторую очередь



Направить в противошоковую палату (отделение)



Направить в перевязочную в первую очередь



Направить в перевязочную во вторую очередь

СОРТИРОВОЧНЫЕ БИРКИ В РАБОТЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Руководство по медицинской
службе гражданской обороны,
Москва 1983, издательство
«Медицина» под руководством А.И.
Бурназяка, стр. 135

Первичная медицинская карта ВСРФ

КОРЕШОК ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТОЧКИ

«___» час _____ мин. _____ 19___ г.

в/звание _____ в/часть _____

фамилия _____ имя _____ отчество _____

Удостоверение личности, жетон № _____

Ранен, заболел «___» час «___» мин _____ 19___ г.

Эвакуирован самолетом, сангрузавто (подчеркнуть)

куда эвакуирован



нужное обвести

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Подчеркнуть	Доза (вписать)
Введено: антибиотик	
сыворотка ПСС, ПГС	
анатоксин (какой)	
антидот (какой)	
обезболивающее средство	
Произведено: переливание	
крови, кровезаменителей,	
иммобилизация, перевязка,	
наложен жгут, санобработка	

Вид санитарных потерь (обвести)



ИЗЛУЧЕНИЕ

Диагноз _____

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Первичная медицинская карточка

Форма 100

Выдана: _____
наименование мед. пункта (учреждения), или их штамп.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

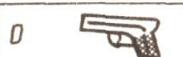
«___» час. «___» мин. _____ 19___ г.

в/звание _____ в/часть _____

фамилия _____ имя _____ отчество _____

Удостоверение личности, жетон № _____

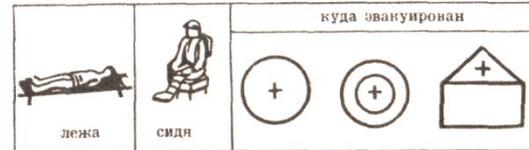
Ранен, заболел «___» час «___» мин _____ 19___ г.



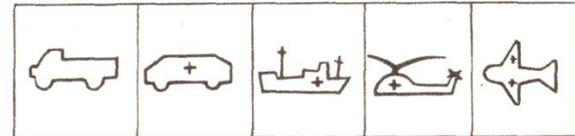
Диагноз: _____

Подчеркнуть	Доза (вписать)
Введено: антибиотик	
Сыворотка ПСС, ПГС	
анатоксин (какой)	
антидот (какой)	
обезболивающее средство	
Произведено: переливание	
крови, кровезаменителей	
иммобилизация, перевязка.	

Жгут наложен «___» час. «___» мин.
Санитарная обработка (подчеркнуть) полная, частичная, не проводилась
Эвакуировать (нужное обвести)



Очередность эвакуации: I II III



врач: _____
(подпись разборчиво)

РАДИАЦИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА

ПЕРВИЧНАЯ МЕД.КАРТА МЧС

Корешок первичной медицинской карточки ГО

« » час _____ мин _____ 19 ____ г.

пол М Ж Возраст _____

фамилия имя отчество _____
 Домашний адрес _____
 ранен, заболел « » час _____ мин _____ 19 ____ г.

Эвакуирован(а)	куда эвакуирован
Авто, Ж/д, Авиа, Речн. (морск) подчеркнуть	Указать профиль больницы  нужное обвести

Медицинская помощь

подчеркнуть	доза (вписать)	СОСП
Введено: антибиотик		Я 
Сыворотка ПСС, ПГС		Х 
анатоксин (какой)		Бак 
антидот (какой)		СДЯВ
обезболивающее средство		Отм 
Произведено: переливание крови, кровезаменителей, иммобилизация, перевязки, наложение жгута, санобработка		Б  И 

Вид санитарных потерь (обвести)

диагноз _____

врач _____

Неотложная помощь

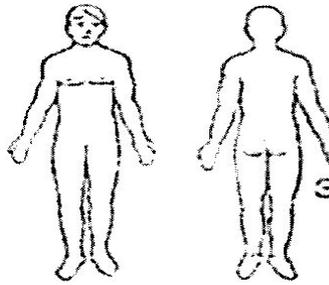
М Первичная медицинская карточка ГО
 Возраст Ж Форма I
 выдана _____ МС ГО

наименование медпункта (учреждения) или их штамп _____
 « » « » _____ Медицинская помощь

фамилия имя отчество _____
 Домашний адрес _____
 ранен, заболел час _____ мин _____ 19 ____ г.

подчеркнуть	Доза (вписать)
Введено: антибиотик	
Сыворотка ПСС, ПГС	
анатоксин (какой)	
антидот (какой)	
обезболивающее средство	
Произведено: переливание крови, кровезаменителей, иммобилизация, перевязки	

Локализацию обвести



подчеркнуть мягкие ткани, кости, сосуды, полостные раны, ожоги

СОСП

Я 
Х 
Бак 
СДЯВ
Отм 
Б 
И 

Изоляция

Диагноз _____

Жгут наложен .. " час .. " мин

Санитарная обработка (подчеркнуть) полная, частичная, не проводилась

Эвакуировать (нужное обвести)

куда эвакуирован
Указать профиль больницы 

очередность эвакуации I II III

				
---	---	---	---	---

врач _____ подпись разборчиво

радиационное поражение

Санитарная обработка

ПЕРВИЧНАЯ МЕД.КАРТА ПО ГО

КОРЕШОК ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТОЧКИ

час. " " 19 г.

фамилия

имя

отчество

В/звание _____

В/часть _____

Жетон № _____ Удост. личн. _____

Служебн. кн. № _____

Поражен в " " час св

19 г.

Характер поражения (подчеркнуть):

- Ранение
- Закрытое повреждение
- Ожог
- Поражение ОВ
- Радиационное поражение
- Поражение бактериологическим оружием
- Обморожение
- Болезнь

Диагноз: _____

Оказанная помощь:

Перевязка, остановка наружного кровотечения

иммобилизация

Другие мероприятия _____

(подчеркнуть, вписать)

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТОЧКА

Выдана: _____ " час. " " 19 г.
наименование медицинского пункта (учреждения)

фамилия

имя

отчество

в/звание _____ в/часть _____

Удостоверение личности, служебная книжка, жетон (подчеркнуть) № _____

Дата и час поражения (заболевания) " " час. " "

Диагноз: _____
характер поражения (заболевания, вид оружия, локализация повреждения)

Оказанная медицинская помощь

_____	ед.
антибиотик, какой _____	ед.
_____	см ³
сыворотка, какая _____	см ³
_____	см ³
анатоксин, какой _____	см ³
_____	см ³
антидот, какой _____	

Жгут наложен

" " час.

Эвакуировать
(подчеркнуть)

лежа, сидя

Санитарная обработка (подчеркнуть): полная, частичная, не проводилась

Врач

(подпись разборчиво)

Радиационное поражение (нужное подчеркнуть).
Внешнее облучение в дозе: первой, второй, третьей, не определялось;
установлено: индивидуальным дозиметром, коллективной дозиметрией, по анамнезу.

В П И Т Ъ В Л О С И М

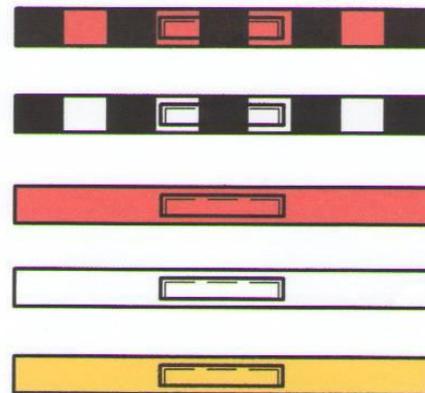
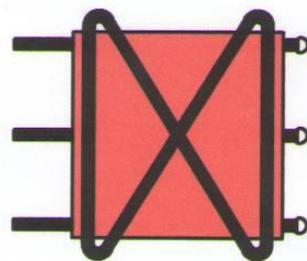
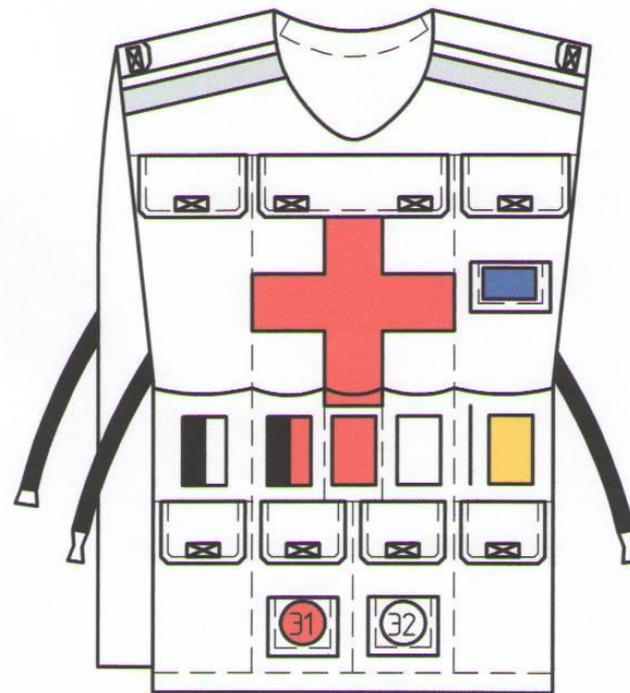
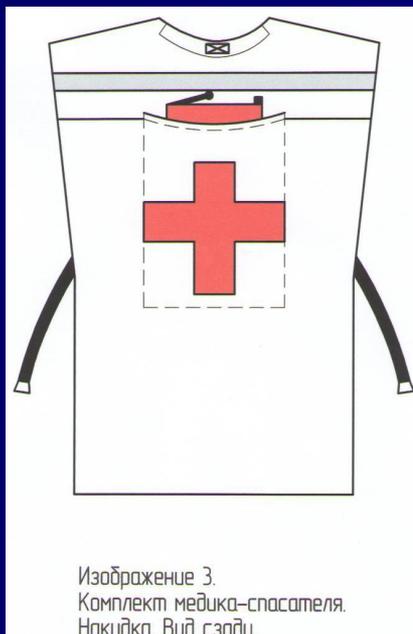
САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА

Сортировочная марка, используемая в работе скорой медицинской помощи



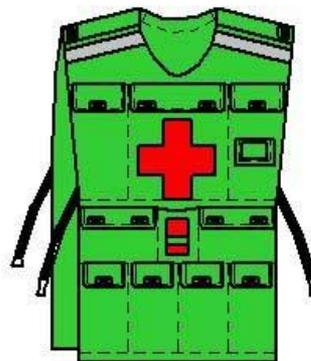
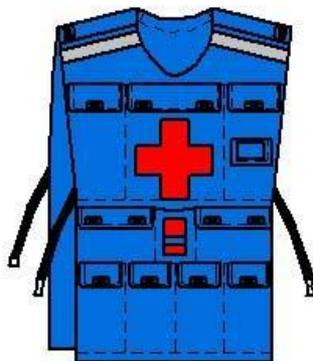
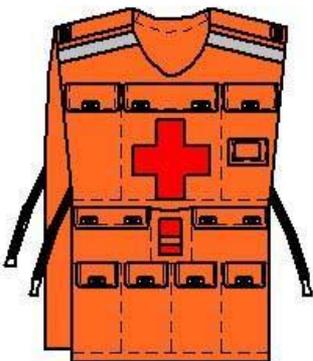
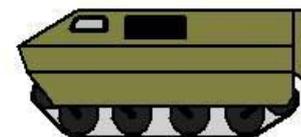
Решение о выдаче патента
на полезную модель

Заявка №
2007137433/22(040943)
Дата выдачи заявки
10.10.2007 г.



Изображение 1.
Комплект медика-спасателя, содержащий
накидку, коврик-носилки, маркировочные ленты.
Общий вид.

КОМПЛЕКТ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ (КПП), РАЗРАБОТАННЫЙ НА БАЗЕ КОМПЛЕКТА МЕДИКА-СПАСАТЕЛЯ (КМС)

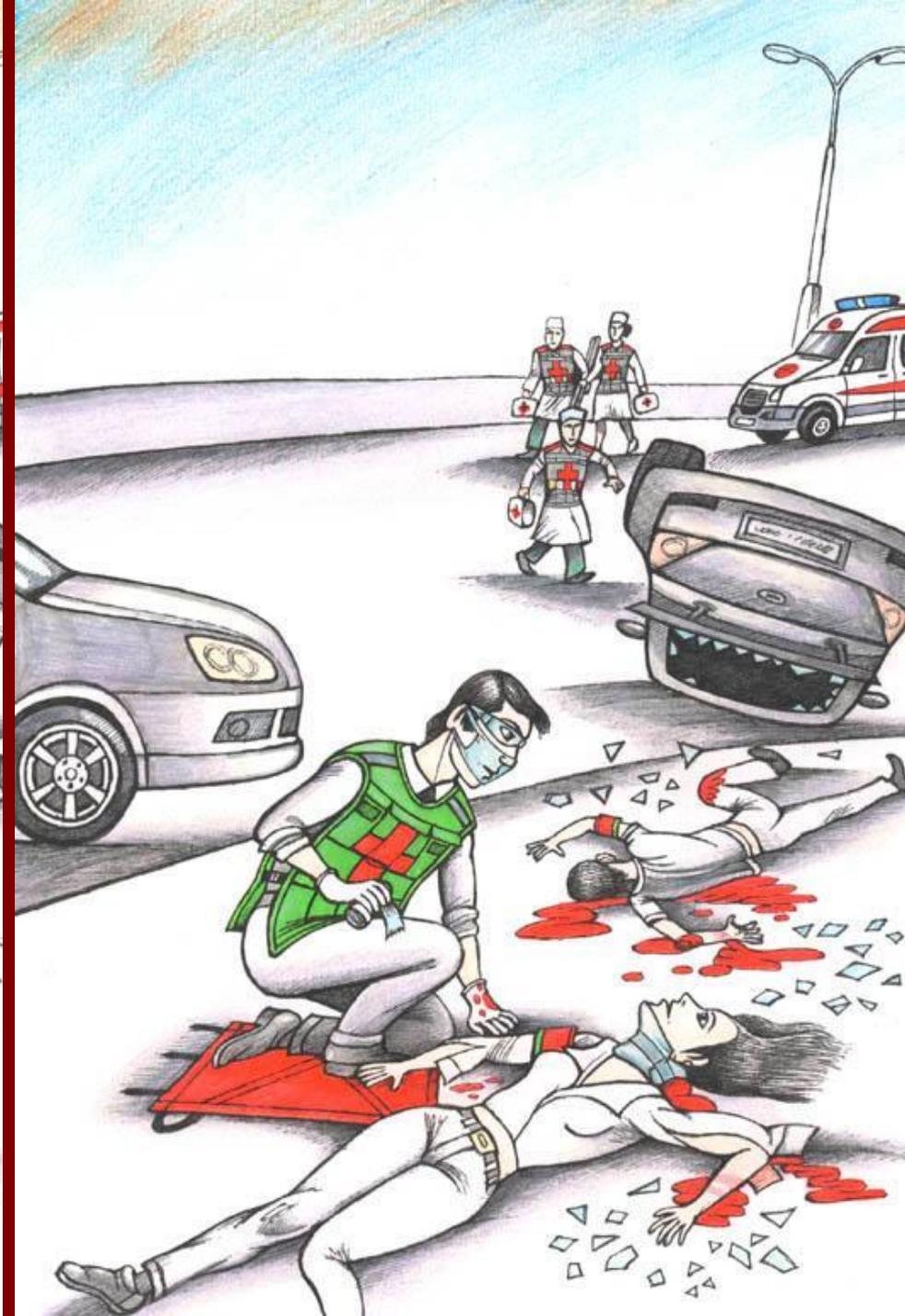


КОМПЛЕКТ ДЛЯ ПОЖАРНЫХ СПАСАТЕЛЕЙ

КОМПЛЕКТ ДЛЯ ГАИ – ГИБДД

КОМПЛЕКТ ДЛЯ ВСЕХ ВОДИТЕЛЕЙ

КОМПЛЕКТ ДЛЯ СПЕЦКОНТИНГЕНТОВ



**Выдержка из монографии
«Служба экстренной медицинской помощи в
условиях крупного города»
под редакцией В.М. Рябочкина, Р.А.
Камчатного**

**«Линейная бригада СМП, первой
прибывшая в зону бедствия, начинает
проводить медицинскую сортировку
пострадавших, включающую одновременное
оказание им медицинской помощи в объеме
программы «Спасение жизни», поддержания
функций органов жизнеобеспечения.»**

Проблемы догоспитального периода

недостаток сил
и средств

дефицит знаний
и навыков

дефицит
времени



гидра
хаоса

вопросы
взаимодействия и
преемственности

Типичные ошибки в догоспитальный период

отсутствие оценки
места происшествия

непроведение или
неправильное проведение
медицинской сортировки

несоблюдение мер
личной безопасности

неоказание необходимого
объема медицинской
помощи

несоблюдение
очередности
эвакуации

небрежное
ведение
документации

Сбой в алгоритме
последовательных действий бригад



Наиболее частые ошибки ТСУ

1. Пренебрежение личной безопасностью.
2. Несогласованность во взаимодействии с другими службами.
3. Отсутствие навыков проведения медицинской сортировки.
4. Несоблюдение алгоритма оказания экстренной медицинской помощи.
5. Небрежное ведение медицинской документации
6. Невнимание к пострадавшим с психоэмоциональными реакциями.
7. Отсутствие навыков по оказанию первой медицинской помощи у водителей СМП.

«Золотые правила» для бригады СМП, первой прибывшей к месту ЧС

- 1. Единоначалие!**
- 2. Собственная безопасность превыше всего!**
- 3. Дислокация «ближе к очагу, но дальше от опасности»!**
- 4. Доклад диспетчеру краток, но информативен!**
- 5. Вы должны руководить спасением!**
- 6. Распоряжения подчиненным - четкие и конкретные!**
- 7. Сортировать, а не лечить!**
- 8. Спасать, а не лечить!**
- 9. Быть на месте ЧС до прибытия старшего руководства!**
- 10. Действуйте смело, но без суеты!**

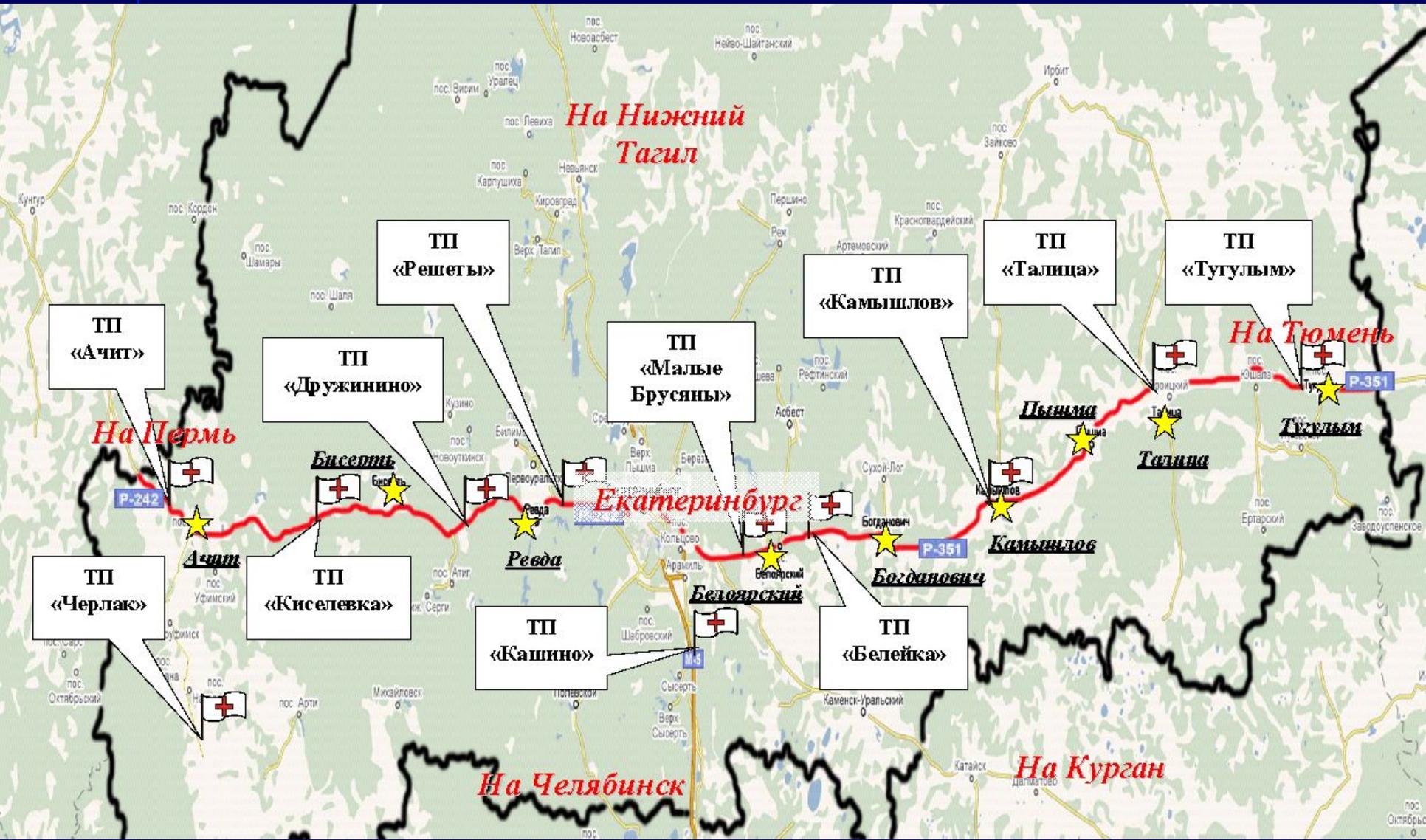
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПРИЛОЖЕНИЕ №3

3.1. Фельдшерская бригада СМП включает в свой состав двух фельдшеров, санитаря и водителя. Фельдшер может выполнять функции водителя и иметь подготовку по программе «**первоначальная подготовка спасателя**», водитель может выполнять функции санитаря и иметь подготовку по программе «**первоначальная подготовка спасателя**».

Схема расположения трассовых пунктов



Благодарю за внимание!

