

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Военная кафедра

М.Н. КАМБАЛОВ
М.Т. ТОРТЕВ

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОРАЖЁННЫМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
ВИДАХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Пособие для студентов всех факультетов

Гомель 2007

УДК 614.8.086:515

ББК 68.7

К 18

Рецензент: заместитель начальника управления здравоохранения Гомельского областного исполнительного комитета
С.С. Громыко

Камбалов М.Н., Тортев М.Т.

К 18 Особенности организации оказания экстренной медицинской помощи поражённым при различных видах чрезвычайных ситуаций: Пособие для студентов всех факультетов / М.Н. Камбалов, М.Т. Тортев — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет». 2007. — 16с.

ISBN

Пособие предназначено для изучения студентами всех факультетов. В процессе изучения темы будут даны основные понятия о системе организации экстренной медицинской помощи и работе медицинских формирований в районах различных стихийных бедствий и катастроф, особенности оказания экстренной медицинской помощи детям. Изучение вопросов данной темы необходимо для воспитания всесторонне образованного и тактически грамотного врача, и особенно актуально в практическом плане при возникновении чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 25.04.2007 года, протокол № 3.

ISBN

УДК 614.8.086:515

ББК.68.7

© Камбалов М.Н., Тортев М.Т., 2007
© Оформление. УО «Гомельский
государственный медицинский
университет», 2007

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ЭМП) ПОРАЖЁННЫМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ (ЧС)

1. Особенности организации и оказания медицинской помощи при различных стихийных бедствиях.
2. Особенности организации и оказания медицинской помощи при катастрофах.
3. Особенности организации и оказания ЭМП в очагах поражения сильнодействующими отравляющими веществами (СДЯВ).
4. Особенности организации и оказания ЭМП при авариях на радиационно-опасных объектах (РОО).
5. Особенности организации и оказания ЭМП детям.

Введение

Возросшее количество и тяжесть природных и технических катастроф представляют значительную проблему для органов здравоохранения, т.к. они сопровождаются непредвиденным массовым поражением значительного количества людей, что выходит за рамки возможностей медицинской службы.

В связи с этим прогнозирование, предупреждение и ликвидация последствий стихийных бедствий и других катастроф — проблемы, актуальность которых для всего мирового сообщества постоянно растет.

Главная задача в борьбе со стихийными бедствиями и катастрофами — это предотвращение или сведение к минимуму людских потерь, числа пострадавших и уменьшение их страданий.

Существует несколько основных направлений борьбы с последствиями катастроф:

- сведение к минимуму числа пострадавших, если бедствие нельзя предотвратить, т.е. проведение защитных мероприятий, включая и медицинскую защиту;
 - спасение жертв катастрофы;
 - своевременное обеспечение первой медицинской помощи;
 - оказание раненым последующих видов медицинской помощи с эвакуацией в медицинские учреждения и оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи;
- создание пострадавшим нормальных условий для жизнедеятельности.

При скоротечных ЧС (ураганах, смерчах, взрывах) возможность оказания медицинской помощи представляется только после окончания действия поражающих факторов, а при длительно текущих ЧС (пожарах, наводнениях, эпидемиях) медицинская помощь организуется непосредствен-

но в момент действия поражающих факторов.

Неотложная медицинская помощь особенно необходима в течение первых 6–24 часов после катастрофы. Лечение пострадавших при стихийных бедствиях и др. катастрофах может проводиться как на месте, или в близлежащих лечебных учреждениях, так и в лечебно-профилактических учреждениях, находящихся на удалении от места катастрофы.

Особенности организации и оказания экстренной медицинской помощи при различных видах стихийных бедствий

Оказание медицинской помощи в различных чрезвычайных ситуациях природного характера имеет свои особенности. Наиболее распространёнными стихийными бедствиями, имеющими место на территории европейской части континента, являются наводнения и пожары.

Наводнение — временное затопление водой значительной части суши, прилегающей к реке, озеру или водохранилищу.

Тактика деятельности здравоохранения имеет свои особенности. В этом случае имеет значение тот факт, что большое количество людей оказывается без крова, питьевой воды и продуктов питания, подвергается воздействию холода, ветра и др. метеорологических факторов, нервно-психическому перенапряжению.

Величина и структура потерь будут изменяться в зависимости от плотности населения в зоне затопления, своевременности оповещения, расстояния населенного пункта от места наводнения и расстояния медицинских учреждений, температуры воды и окружающего воздуха, времени суток и других особенностей.

Большое значение в ликвидации последствий наводнения играет санитарно-эпидемиологическое состояние зоны бедствия, где могут разрушаться системы водоснабжения, канализации, сливных коммуникаций и т.д. Все это, а также скопление людей на ограниченной территории при значительном ухудшении их бытовых условий, будет способствовать возникновению и распространению инфекционных заболеваний.

Первая медицинская помощь пострадавшим при наводнении включает, прежде всего, согревание, ИВЛ, непрямой массаж сердца, наложение повязок при травмах, транспортную иммобилизацию при переломах, введение обезболивающих средств.

Первая врачебная помощь включает простейшие мероприятия, направленные на поддержание жизненных функций организма: введение сердечных и успокаивающих средств, ингаляция O_2 , при переломах транспортная иммобилизация, согревание, введение обезболивающих средств и др.

В лечебных учреждениях для них готовятся палаты в основном терапевтического профиля, устанавливается необходимое оборудование, соз-

дается запас определенных медицинских средств.

Для организации санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в зонах затопления направляются санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО) и бригады экстренной санитарно-профилактической помощи, которые создаются на базе центров гигиены и эпидемиологии (ЦГ и Э).

Пожары — стихийное распространение огня, вышедшего из-под контроля человека. Часто влекут за собой гибель людей, вызывают ожоги и травмы, отравления угарным газом (СО), оказывают на население психотравмирующее действие и наносят большой материальный ущерб.

Организация медицинской помощи имеет ряд особенностей:

- тщательный розыск пострадавших на задымленной территории и внутри горящих помещений (осуществляют пожарные и спасательные подразделения);

- оказание первой медицинской помощи и экстренная эвакуация их из задымленной зоны;

- максимальное приближение и оказание первой врачебной помощи;

- необходимость оказания медицинской помощи большому числу обожженных, а также пострадавшим с отравлениями СО.

Это потребует усиления лечебных учреждений ожоговыми бригадами и дополнительного обеспечения их необходимыми лекарственными средствами, аппаратурой и оборудованием.

Особенности организации и оказания экстренной медицинской помощи при катастрофах

Дорожно-транспортные происшествия: значительная часть пострадавших погибает от несвоевременного оказания медицинской помощи, хотя травмы в ряде случаев не являются смертельными по тяжести. По данным ВОЗ, 20 из 100 погибших могли быть спасены, если бы медицинская помощь была оказана им своевременно.

В результате ДТП наиболее часто встречаются: черепно-мозговые травмы, ранения грудной клетки и живота, переломы длинных трубчатых костей конечностей, обширные раны мягких тканей. Раны обычно рваные, глубокие, часто загрязненные землей.

Первая медицинская помощь — основа спасения жизни людей до прибытия медицинских работников. Она оказывается работниками ГАИ, прохожими, водителями, а также в порядке само- и взаимопомощи.

Доврачебная и первая врачебная помощь оказывается бригадами скорой медицинской помощи на месте аварии и в пути следования в лечебное учреждение.

В лечебном учреждении оказывается неотложная квалифицированная

помощь, а специализированная медицинская помощь оказывается в условиях специализированных лечебных учреждений (отделений).

Железнодорожные катастрофы сопровождаются поражением большого количества людей. Пострадавших может быть до 50% от общего числа пассажиров.

Большинство из них получают механические травмы — до 90%, термические — до 20%. Высокий удельный вес комбинированных поражений — до 60%.

До прибытия бригад скорой медицинской помощи пострадавшие оказывают помощь в виде само- и взаимопомощи.

Прибывшие на место катастрофы бригады скорой медицинской помощи и экстренной медицинской помощи оказывают пострадавшим доврачебную и первую врачебную медицинскую помощь, а также проводят их сортировку с учетом тяжести состояния.

Бригада скорой медицинской помощи, прибывшая первой в зону бедствия, до прибытия ответственного медицинского работника или старшего медицинского начальника является старшей, отвечает и руководит медицинской сортировкой, определяет очередность оказания медицинской помощи пораженным и подготовку их к транспортировке, остается на месте происшествия до полного окончания спасательных работ.

Эвакуация осуществляется в лечебные учреждения санитарным транспортом обязательно в сопровождении медицинского работника. При этом необходимо учитывать равномерное распределение пострадавших по лечебным учреждениям (обязанность диспетчера).

Особенности оказания экстренной медицинской помощи в очагах поражения СДЯВ

Основной особенностью аварий на химически опасных объектах (ХОО) является быстрое формирование облака, зараженного ядовитыми веществами и распространяющегося на окружающую территорию, главным образом по направлению ветра. При этом образуется зона химического заражения (ЗХЗ) и могут возникнуть очаги химического поражения (ОХП). В результате чего могут пострадать как персонал аварийных объектов, так и население, проживающее по соседству с ними.

Оказание помощи в очаге начинается с организации спасательных работ. Кроме того, быстро проводится локализация и ликвидация очага химического поражения. Эти мероприятия осуществляются силами и средствами, в соответствии с заблаговременно разработанным планом ликвидации аварии. Ввод сил в очаг осуществляется с наветренной стороны.

Первой в очаг входит группа газоспасателей объекта. Основной задачей их является локализация выброса (вылива) СДЯВ, оказание первой медицинской помощи и вынос (вывод) пораженных на пункт сбора пораженных

(ПСП). При наличии на ХОО противопожарной службы, команда пожаротушения должна поставить отсекающую водяную завесу на пути распространения облака зараженного воздуха. В случае отсутствия противопожарной службы на объекте, эти мероприятия проводятся силами специализированных отрядов военизированной пожарной охраны МЧС. Они также принимают участие в выводе (выносе) пораженных СДЯВ из опасной зоны и оказании первой медицинской помощи. Силами службы охраны общественного порядка (милиции) перекрываются все входы и выходы на объекте, регулируется движение транспорта с целью исключения попадания в очаг поражения СДЯВ другого населения, поддерживается порядок в районе аварии.

Лечебно-эвакуационное обеспечение пострадавшего населения в условиях заражения СДЯВ строится по двухэтапной системе: очаг — лечебное учреждение.

Непосредственно в очагах поражения СДЯВ оказание медпомощи рабочим и служащим объекта осуществляется в порядке само- и взаимопомощи и силами личного состава спасательных и медицинских формирований (санитарный пост, санитарная дружина) химически опасного объекта, а также медперсоналом пострадавших объектов. Спасательные и медицинские формирования работают в средствах индивидуальной защиты (СИЗ). При наличии специальных СИЗ в розыске пораженных и оказании первой медпомощи могут привлекаться санитарные дружины других объектов.

Общее руководство работами по розыску пораженных и оказанию первой медпомощи в очаге на территории предприятия возлагается на медработников соответствующих объектов (здравпунктов, поликлиник, других лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), координирующих свои действия с администрацией, другими службами объекта и командирами невоенизированных формирований.

Организация оказания медпомощи населению, пораженному СДЯВ, возлагается на местные органы здравоохранения и осуществляется в установленном порядке с заблаговременно разработанными планами.

Оказание первой медицинской помощи в первые полчаса с момента поражения, даже при отсрочке оказания первой врачебной помощи до одних суток, снижает вероятность летального исхода в 3 раза. Задержка ее на те же полчаса увеличивает частоту осложнений на 15 %.

Объем первой медицинской помощи в очаге СДЯВ заключается в проведении частичной санитарной обработки (удаление и обезвреживание стойких капельно-жидких веществ, попавших на кожу и слизистые), надевании индивидуальных средств защиты органов дыхания (противогаз) или использовании подручных средств (ватно-марлевая повязка, влажные носовой платок или другая ткань, и немедленной эвакуации (быстрый вывоз, вывод или вынос) пострадавших из очага поражения, проведении простейших приемов реанимации по показаниям.

Эвакуация поражённых из очага поражения за пределы зоны заражения рассматривается как важнейший элемент первой медицинской помощи. Эвакуация поражённых СДЯВ из очага поражения производится всеми видами транспорта по указанию милиции или органов ГО.

Оказание помощи в очаге начинается с организации спасательных работ. Временная эвакуация населения предусматривает вывоз (вывод) пострадавших из района химического заражения с целью исключения или снижения степени поражения.

Получив сигнал (информацию) об аварии на объекте со СДЯВ и наличии пострадавших, диспетчер станции скорой медицинской помощи направляет одну бригаду скорой помощи для проведения медицинской разведки. Перед выездом личный состав бригады одевает СИЗ (изолирующие противогазы и защитные костюмы типа Л-1). Одновременно диспетчер скорой помощи информирует об аварии главного врача города (района) и других должностных лиц по его указанию или по схеме сбора штаба службы медицины катастроф или штаба медицинской службы гражданской обороны.

Медицинская разведка проводится по получении информации об аварии и до завершения выявления всех пострадавших. Задачи, решаемые при проведении медицинской разведки в очаге:

- выяснение вида и границ зоны заражения;
- установление количества и мест нахождения пострадавших и их тяжести;
- определение потребности в медицинских силах для оказания помощи;
- оказание медицинской помощи при единичных потерях;
- информирование о медицинской обстановке через диспетчера станции скорой помощи руководителей органов здравоохранения города (района), при необходимости вызова резервных бригад;
- организация медицинской помощи при отсутствии ответственного медицинского работника и до прибытия старших медицинских начальников.

В соответствии с результатами медицинской разведки для оказания экстренной медицинской помощи используется максимально возможное число бригад скорой медицинской помощи.

В случае массовых санитарных потерь для оказания медицинской помощи дополнительно могут привлекаться бригады экстренной медицинской помощи (врачебно-сестринские, специализированные), которые создаются на базе ЛПУ (поликлиники, участковые, районные, городские больницы).

При крупных катастрофах просто необходимы мобильные, хорошо оснащенные медицинские формирования, обладающие высокой готовностью, способные немедленно приступить к оказанию помощи пострадавшим в очаге поражения. С этой целью создаются медицинские отряды

(МО), в организации которых должны быть заложены модульный принцип и возможность автономной работы. Личный состав отряда постоянно работает в ЛПУ и имеет высокую профессиональную подготовку. Организационно-штатная структура МО, табели оснащения, программа подготовки должны быть научно обоснованы и проверены на специальных учениях.

Основной объем медицинской помощи (доврачебной, первой врачебной) оказывается на пунктах сбора пораженных (ПСП), которые создаются на пути эвакуации пострадавших из очага, вблизи границы зоны заражения, в незараженном районе, с наветренной стороны. Места ПСП определяют ответственные лица администрации и медицинские работники ХОО. При их отсутствии — врач первой, прибывшей в зону бедствия, бригады скорой медицинской помощи.

Места сбора пораженных организуются силами врачебно-сестринских бригад ближайших ЛПУ, бригад скорой медицинской помощи и санитарных дружин. ПСП может располагаться на открытом участке местности и представляет собой площадку, где осуществляется прием, медицинская сортировка пораженных, оказание медицинской помощи и подготовка их к эвакуации в лечебные учреждения. Это возможно при благоприятной погоде. В случае неблагоприятной (дождливой, холодной) погоды ПСП располагается в общественных зданиях (школах, домах культуры, детских садах, столовой, кинотеатрах и т.д.).

Бригада скорой медицинской помощи, прибывшая первой в зону бедствия, до прибытия ответственного медицинского работника или старшего медицинского начальника является старшей, отвечает и руководит медицинской сортировкой на ПСП, определяет очередность оказания медицинской помощи пораженным и подготовку их к транспортировке, остается на месте происшествия до полного окончания спасательных работ.

Объем первой врачебной помощи включает в себя проведение мероприятий по прекращению поступления токсичных веществ в организм пострадавшего, антидотной терапии, комплексное использование средств патогенетической и симптоматической терапии, профилактику осложнений. В зависимости от конкретной обстановки объем помощи может быть сокращен или расширен при условии наличия врачей-специалистов, соответствующего оснащения вплоть до применения элементов специализированной помощи.

В процессе сортировки прежде всего выявляются пострадавшие, нуждающиеся в неотложной первой врачебной помощи, и те, которые могут быть эвакуированы без таковой. Для эвакуации используется в основном санитарный транспорт, но при его нехватке допускается задействовать другие транспортные средства (общественный и личный).

В первую очередь в лечебные учреждения эвакуируются тяжелопораженные в сопровождении медицинского персонала. Затем — поражённые

средней степени тяжести, которые могут ехать в транспорте сидя. И уже после них — легкопоражённые.

Эвакуация пострадавших осуществляется с ПСП в ближайшие лечебные учреждения (отделения) терапевтического профиля с одновременным их перепрофилированием в токсико-терапевтические больницы (отделения). Для перепрофилирования производится экстренная выписка из больницы (отделения) максимально возможного числа больных. Больных, которых по состоянию здоровья нельзя выписать, переводят в другие стационары (отделения). Медицинский персонал в нерабочее время срочно вызывается на рабочее место по заранее отработанным схемам и готовится к приему и оказанию медицинской помощи пострадавшим.

В лечебных учреждениях предусматриваются отделения санитарной обработки людей, специальной обработки одежды и обуви и дегазации транспорта и санитарно-хозяйственного имущества.

Медицинский персонал этих отделений и приемного отделения, из-за возможной десорбции СДЯВ с одежды пораженных, работает в индивидуальных средствах защиты органов дыхания – табельных (противогаз) или простейших средствах (ватно-марлевые повязки). Для увеличения защитного эффекта, ватно-марлевые повязки смачиваются нейтрализующими растворами (растворами лимонной, уксусной кислоты или гидрокарбоната натрия 3%-ными) в зависимости от вида СДЯВ. Всем пострадавшим проводится в приемном отделении полная санитарная обработка, а их одежда, для исключения десорбции СДЯВ, помещается в полиэтиленовые мешки и в последующем проводится ее дегазация. В связи с этим в приемных отделениях всех ЛПУ, на случай приема пострадавших из очага поражения СДЯВ, должны быть в наличии табельные или простейшие средства защиты органов дыхания, навески лимонной кислоты и пищевой соды, а также полиэтиленовые мешки.

Специализированная медицинская помощь организуется в тех лечебных учреждениях, куда они были направлены. Как правило, дальнейшей эвакуации пострадавшие не подлежат. Они лечатся до выздоровления, там же решается вопрос о реабилитации.

Такие учреждения усиливаются необходимым количеством токсикотерапевтических бригад (токсикологов) и других специалистов, исходя из расчета: одна бригада за 12 часов работы оказывает специализированную медицинскую помощь 20–25 пораженным.

В ЛПУ на такие случаи нужно иметь резерв медикаментов, кислорода и другого имущества.

Пораженные удушающими СДЯВ считаются носилочными больными и в течение суток должны находиться под наблюдением. После чего легкопораженные, при отсутствии клинических признаков отравления выписываются из стационара, а средней и тяжелой степени тяжести подлежат 2–3 не-

дельной госпитализации.

Госпитализация и лечение пострадавших проводится под непосредственным контролем главных терапевтов и токсикологов городов и районов.

В крупных городах большую роль по оказанию медицинской помощи и лечению пораженных СДЯВ играют центры по лечению острых отравлений.

При отсутствии необходимой коечной сети развертываются временные стационары. В этих целях планом, утвержденным местным исполкомом, предусматривается использование школ и других общественных зданий с обеспечением их трудовыми и материально-техническими ресурсами. Организуется питание, транспортное обеспечение и коммунально-бытовое обслуживание пострадавших.

При возникновении крупномасштабных очагов поражения СДЯВ руководство управления охраны здоровья области обеспечивает и координирует приведение в готовность и выделение сил здравоохранения от соседних городов и районов, а также, при необходимости, из республиканских медицинских учреждений по специальному плану.

Особенности оказания экстренной медицинской помощи при авариях на РОО и в очаге ядерного поражения.

Радиационные поражения — одно из наиболее частых и тяжелых последствий аварий на атомных электростанциях и других РОО. Радиоактивные вещества выпадают на больших площадях и длительное время могут создавать опасность для людей и животных.

Радиационные аварии характеризуются:

- внезапностью самого явления;
- потерей контроля над источником излучения;
- возможным образованием очагов радиоактивного загрязнения или дополнительным облучением людей в дозах превышающих установленные нормативы (более 0,25 Гр).

Основные мероприятия при организации медицинской помощи поражённым включают:

- проведение мероприятий противорадиационной защиты;
- оказание в максимально короткие сроки первой медицинской помощи пострадавшим;
- организация эвакуации поражённых из загрязненной зоны;
- проведение санитарной обработки поражённых и дезактивация их одежды и обуви;
- максимальное приближение к месту аварии формирований медицины катастроф, в которых оказывается первая врачебная помощь;
- организация специализированной медицинской помощи с использо-

ванием существующих лечебно-профилактических учреждений органов здравоохранения и других ведомств;

- последующее динамическое медицинское наблюдение в отдаленные сроки после радиационной аварии;
- проведение общих и специфических лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий;
- рациональное трудоустройство на основе экспертного заключения.

Обеспечение всех видов медицинской помощи пораженным ионизирующим излучением проводится личным составом медицинских формирований и лечебных учреждений двухэтапной системы ЛЭО, службы медицины катастроф.

На этапах медицинской эвакуации предусматривается оказание пораженным всех видов медицинской помощи: первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной помощи. Их выполнение осуществляется по времени и на местности рассредоточено. Реализация всех видов медицинской помощи соответствует понятию полного объема медицинской помощи пораженным. Этими видами медицинской помощи ограничивается лечение пораженных ионизирующим излучением до окончательного исхода. Поэтому объем медицинской помощи из-за массовости потоков пораженных в целом не может быть изменен. Он должен быть достаточным для восстановления трудоспособности у пораженных в оптимальные сроки. Однако допускается перераспределение объема лечебной работы между этапами медицинской эвакуации. В частности, в формированиях первого этапа медицинской эвакуации при их перегрузке вследствие массового поступления пораженных возможно ограничение лечебных мероприятий до такого объема, который способен обеспечить лишь транспортировку пораженных в лечебные учреждения.

К формированиям службы медицины катастроф относят: бригады скорой медицинской помощи (линейные и специализированные), медицинские отряды ЛПУ, бригады экстренной медицинской помощи (врачебно-сестринские и специализированные), специализированные медицинские бригады постоянной готовности, а также санитарные дружины (СД) субъектов хозяйствования. Медицинские формирования предназначаются для работы в первое время непосредственно в очагах ядерных взрывов или вблизи них, а затем — в лечебных учреждениях. Каждое из формирований выполняет установленный для него перечень лечебно-профилактических мероприятий. После выполнения своих задач в районе очага взрыва формирования возвращаются в свои учреждения.

Медицинская помощь пострадавшим при радиационных авариях на РОО и в очаге ядерного поражения оказывается:

- в период изоляции (до начала спасательных работ) первая медицинская помощь оказывается самими пострадавшими в порядке само- и взаи-

помощи, доврачебная и первая врачебная помощь оказывается в сохранившихся лечебно-профилактических учреждениях (больницах, поликлиниках) персоналом этих учреждений;

- в период спасения первая медицинская помощь оказывается спасателями и личным составом санитарных дружин;

- доврачебная и первая врачебная помощь оказывается во временных медицинских пунктах, которые развертывают бригады скорой медицинской помощи (линейные — фельдшерские и врачебные, специализированные), а также в медицинских отрядах, создающихся на базе ЛПУ и прибывающих в район ЧС;

- в период восстановления (после эвакуации в ЛПУ) оказывается квалифицированная и специализированная медицинская помощь до окончательного исхода.

Особенности организации экстренной медицинской помощи детям

При авариях, катастрофах и стихийных бедствиях среди пострадавших до 20-30% могут составлять дети.

При организации медицинской помощи детям в ЧС должны учитываться особенности детского организма. В первую очередь следует указать на диффузную и генерализованную реакцию нервной системы у детей на различные раздражения. Даже после сравнительно небольших стрессовых воздействий у ребенка может развиться бурная реакция с гипертермическим и судорожным синдромами, резким изменением дыхания и другими нарушениями.

Необходимо также учитывать особенности сердечно-сосудистой и дыхательной системы детского организма. Так, частота пульса у новорожденных составляет 120–140, а в 10-летнем возрасте — 75–85 ударов в минуту. У детей относительно более широкие артерии. Отношение их просвета к просвету вен почти вдвое больше, чем у взрослых. Нормальное артериальное давление у детей отличается от такового у взрослых: у детей до года оно составляет 90/55 мм рт. ст., в 3 года — 100/60, а в 10-летнем возрасте — 105/75 мм рт. ст. У новорожденного частота дыхательных движений составляет 40–45 в минуту.

Очень чувствительны дети, особенно младшего возраста, к потере крови даже в незначительных количествах. Так, потеря 50 мл крови у новорожденного ребенка приравнивается к потере 600–1000 мл крови у взрослого человека.

В детском возрасте повышена склонность к отекам слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

Высокой эластичностью и гибкостью отличается у детей костная система. Это связано с хорошим развитием надкостницы и с относительно

низким количеством минеральных веществ в костях.

У детей младшего возраста более интенсивно работают почки из-за того, что у них повышен обмен воды, поэтому существует опасность гипергидратации или обезвоживания.

При планировании и организации медицинской помощи детям в ЧС обязательно должны учитываться вышеуказанные особенности детского организма.

При организации первой медицинской помощи в экстремальных ситуациях у детей исключается такой элемент, как самопомощь, и в большинстве случаев — взаимопомощь. Поэтому экстренная медицинская помощь детям, как в очагах поражения, так и на этапах медицинской эвакуации оказывается в первую очередь. Своевременное оказание первой медицинской помощи пострадавшим детям может быть достигнуто при быстром вводе в очаг катастрофы специальных спасательных и медицинских формирований, а также силами не пострадавшего взрослого населения, находящегося в очаге.

Вопросы защиты детей приобретают особенно большую актуальность в зонах радиоактивного и химического заражения. В этих очагах одновременно с применением индивидуальных средств защиты должны использоваться все имеющиеся возможности для укрытия детей в коллективных средствах защиты, в том числе от неблагоприятных климатических факторов.

Независимо от тяжести поражения в химических очагах все пораженные дети должны рассматриваться как носилочные. В первую очередь помощь должна оказываться наиболее тяжело пораженным и детям грудного возраста.

У детей, заболевших инфекционными заболеваниями, довольно быстро развиваются дыхательный и гипертермический синдромы, нарушается деятельность дыхательной, сердечно-сосудистой и выделительной систем, появляется рвота, дисфункция пищеварения, нарушается обмен веществ.

Основная роль в организации медицинского обеспечения детского населения, пострадавшего при катастрофах, принадлежит станциям (подстанциям) скорой медицинской помощи, их специализированным (педиатрическим) и линейным бригадам, а также врачебно-сестринским и другим бригадам экстренной медицинской помощи.

Как следует из вышеизложенного, организация медицинской помощи детям в ЧС является довольно сложным делом. От своевременных и правильных действий спасательных медицинских работников зависит спасение жизни большинства пострадавших детей и успех их дальнейшего лечения.

СПИСОКЛИТЕРАТУРЫ:

основная –

1. *Борчук, Н.И.* Медицина экстремальных ситуаций : учебное пособие / Н.И.Борчук; –Мн.: Выш. шк , 1998.–240 с.–ISBN 985–06–0344–5.
2. *Войт, В.П.* Медицина катастроф и гражданская оборона : учебное пособие / В.П. Войт, И.Я. Жогальский, Н.А.Фролов ; Белорус.гос.мед. ун–т.– Минск: БГМУ, 2001.–145с.
3. *Отрощенко, И.М.* Медицина катастроф : учебное пособие / И.М. Отрощенко, М.Т. Тортев ; Гомельский гос. мед.ин–т.–Гомель: ГГМИ, 2003 –274с.

дополнительная –

1. *Бова, А.А.* Военная токсикология и токсикология экстремальных ситуаций : учебник / А.А.Бова, С.С.Горохов ;–Белорус. гос.мед. ун–т –Минск: БГМУ, 2005 – 700с.–ISBN 985–462–317–3.
2. Военно–полевая хирургия : учебное пособие / С.А. Жидков [и др.] ; –Белорус. гос.мед. ун–т.– Минск: БГМУ, 2001 – 308с.– ISBN 985–462–030–1.
3. *Дубицкий, А.Е.* Медицина катастроф: учебное пособие / А.Е. Дубицкий, И.А. Семёнов, Л.П. Чепкий ;–Киев: «Здоров'я», 1993.– 464с.– ISBN 5–311–00–774–5.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

| | |
|---|----|
| Введение..... | 3 |
| 1. Особенности организации и оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) при различных стихийных бедствиях ... | 4 |
| 2. Особенности организации и оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) при катастрофах..... | 5 |
| 3. Особенности организации и оказания ЭМП в очагах поражения сильнодействующими отравляющими веществами (СДЯВ) | 6 |
| 4. Особенности организации и оказания ЭМП при авариях на радиационно-опасных объектах (РОО)..... | 11 |
| 5. Особенности организации и оказания ЭМП детям | 13 |
| Список литературы | 15 |