

М. Н. Камбалов

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ**

Жизнь пострадавших нередко зависит от того, какая им будет оказана помощь в первые минуты после дорожно-транспортного происшествия (ДТП). По мнению японских специалистов, если пострадавший находится в состоянии клинической смерти более 3 мин, вероятность того, что жизнь удастся спасти, составляет 75%. При увеличении этого промежутка до 5 мин вероятность уменьшается до 25%, при превышении 10 мин человека спасти не удастся [1].

В СНГ из-за несвоевременного оказания медицинской помощи при ДТП погибают 23% пострадавших. По данным Московского городского научно-исследовательского института скорой помощи имени Склифосовского примерно у 17% ДТП причиной смерти были кровотечения, асфиксия и другие состояния, требовавшие немедленной доврачебной медицинской помощи, которая им не была вовремя оказана. Установлено также, что из числа всех, получивших тяжелые травмы при ДТП, 60% погибает на месте и 8% при эвакуации в лечебные учреждения [1].

1. Медицинская помощь на месте происшествия включает:

– оказание само- и взаимопомощи лицами, оказавшимися на месте происшествия (водители автомашин и других транспортных средств, работники ГАИ, работники дорожных предприятий);

– оказание медицинской помощи пострадавшим медицинскими работниками, бригадой скорой медицинской помощи, фельдшерами фельдшерско-акушерских пунктов, врачами сельских участковых больниц и амбулаторий (в составе бригад постоянной готовности больниц-формирователей).

Объем и характер помощи пострадавшим на месте катастрофы зависит от уровня подготовки лиц, оказывающих эту помощь (т. е. лиц, не имеющих медицинского образования, и медицинских работников).

Вместе с тем для всех является обязательным проведение следующих мероприятий:

– бережное извлечение и вынос из автомобиля или кювета пострадавшего;
– тушение горячей одежды и т. п.;
– перенос его в безопасное место сбора пострадавших;
– защита от неблагоприятных метеорологических условий (холод, жара и пр.);
– наложение стерильной повязки на рану, иммобилизация переломов подручными средствами или специальными шинами;

– проведение мероприятий по устранению причин, угрожающих жизни пострадавшего (остановка наружного кровотечения давящей повязкой, а при значительных кровотечениях – наложение жгута);

– при нарушении дыхания и остановке сердечной деятельности очищение воздухоносных путей от их закупорки кровью, рвотными массами и др., проведение искусственного дыхания;

– принятие мер к транспортировке пострадавших попутным транспортом до ближайшего лечебного учреждения, если нет условий для вызова скорой помощи или состояние больного не терпит отлагательств в госпитализации (шоковое состояние, острая кровопотеря и т. д.); при этом должны быть созданы условия для щадящей перевозки пострадавшего на имеющемся автотранспорте (подстилка, накрытие пострадавшего, удобное, по возможности, его положение и т. п.).

Медицинскими работниками на первом этапе проводятся пострадавшим в ДТП, кроме указанных, следующие мероприятия:

- предупредить западение языка;
- при остановке сердечной деятельности произвести непрямой массаж сердца, с одновременным проведением искусственного дыхания;
- для поддержания сердечной деятельности, восстановления дыхания и снятия болевого синдрома сделать инъекции соответствующих лекарственных препаратов;
- при комбинированных травмах (травма и ожог) провести необходимые мероприятия по защите пораженных (от ожогов) частей тела путем наложения противоожоговых повязок, или стерильных повязок.

2. Оказание медицинской помощи пострадавшим в пути следования, при транспортировке в лечебное учреждение

При решении вопроса о транспортировке необходимо учитывать:

- состояние пострадавшего, тяжесть и характер полученных травм;
- вид транспортных средств, их пригодность для эвакуации пострадавших;
- расстояние до лечебного учреждения, куда транспортируется пострадавший;
- возможность оказания необходимых реанимационных мероприятий во время транспортировки [2].

Объем медицинской помощи, оказываемой пострадавшему в пути следования в лечебное учреждение, определяется состоянием пострадавшего и направлен в основном на поддержание сердечной и дыхательной функций, проведение противошоковых мероприятий. Объем и уровень оказываемой медицинской помощи пострадавшим в пути связан с тем, какими средствами транспортируется пострадавший (попутным транспортом, транспортом ГАИ, спасателей МЧС, бригадой скорой медицинской помощи).

Если пострадавший транспортируется санитарным автотранспортом с наличием врача или фельдшера, то в пути следования должен проводиться весь комплекс мероприятий по мониторингу, восстановлению или поддержанию жизненно важных функций организма (переливание кровезаменителей – при острой кровопотере и резком снижении артериального давления, дача кислорода, медикаментозная терапия, применение искусственного дыхания при помощи портативного аппарата, в необходимых случаях выполнение реанимационных мероприятий в объеме «BLS+ACLC» и других мероприятий) [3].

Врач или фельдшер санитарной машины должен четко определить маршрут движения, исходя из главного принципа, – доставка больного по назначению, т. е. в то медицинское учреждение, где ему может быть оказана медицинская помощь в максимальном объеме.

3. Оказание медицинской помощи в лечебном учреждении (ТЦЭМП) [4]

Пострадавшие должны быть доставлены в лечебные учреждения, в которых им может быть обеспечено оказание квалифицированной медицинской помощи в полном объеме. Объем и характер медицинской помощи на II этапе оказывается в соответствии с видом травм, состоянием пострадавшего и возможностями лечебного учреждения, в которое доставлен пострадавший. В случае, если не представляется возможным обеспечить пострадавшему медицинскую помощь в необходимом объеме, следует либо вызвать специализированную бригаду постоянной готовности соответствующего профиля, либо, если позволяет состояние пострадавшего, направить его в специализированное лечебное учреждение: отделение многопрофильной больницы, специализированный центр, как, например, при тяжелых ожогах. При направлении пострадавших в другое лечебное учреждение главным требованием является выведение их из шокового состояния, восполнение потерь крови и тщательная иммобилизация переломов костей. Объем помощи пострадавшему в специализированном учреждении (ТЦЭМП) оказывается в зависимости

от состояния пострадавшего. На всех этапах оказания медицинской помощи пострадавшим должна тщательно вестись медицинская документация с указанием характера и объема медицинской помощи, оказываемой пострадавшему на данном этапе и мероприятия, проведенные на предыдущем этапе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробей, О.А. Дорожно-транспортный травматизм как медико-социальная проблема, организация оказания скорой медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП / О.А.Воробей, О.А.Шаранова // 100 лет службы «Скорой медицинской помощи» в г. Минске: Материалы конференции – Минск, 2011 г. – С. 123-128.
2. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4.01.2020 г. № 2 «О вопросах организации деятельности службы скорой медицинской помощи» // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 12.02.2020, 8/35075. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22035075&p1=1&p5=0>. – Дата доступа: 10.05.2023.
3. Постановление Совета Министров Республики Беларусь 23 августа 2021 г. № 99 «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях» – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://bymed.top/docs/by-regulatory/protocols/icu-1812> – Дата доступа: 10.05.2023.
4. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7.12.2021 г. № 128 «Об отраслевой подсистеме Государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» // ГУ «Республиканский центр организации медицинского реагирования». – Режим доступа: <https://rcomr.by/Home/Docs> – Дата доступа: 10.02.2024.

УДК 614.872.2; 614.872.3

И. Р. Кленков, С. Р. Паленый, А. С. Речков, Я. А. Наумова

**Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение
высшего образования
«Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, 194044,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация**

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ВОДОЛАЗОВ ПРИ ДЕКОМПРЕССИОННОМ ГАЗООБРАЗОВАНИИ

Введение

Водолазный труд относится к деятельности с высоким риском нарушения здоровья. При ведении боевых действий вероятность заболеваемости водолаза многократно увеличивается. Это обусловлено тем, что приходится нарушать требования безопасности, например, всплывать с нарушением режима декомпрессии для сохранения жизни водолаза. При этом, на месте спуска часто отсутствует возможность провести аппаратную диагностику, в частности ультразвуковую локацию декомпрессионного венозного газообразования. В связи с этим поиск дополнительных диагностических признаков острой декомпрессионной болезни, коррелирующих с уровнем венозной газовой эмболии, является актуальным.

Декомпрессионная болезнь является актуальной проблемой для водолазов, так как ее заболеваемость составляет 2–3% случаев от общего количества человеко-спусков [1, 2]. Особенности функционирования сердечно-сосудистой системы в организме водолазов может являться достаточно важным критерием для определения устойчивости водолазов к декомпрессионному газообразованию, и тем самым производить как профилактику декомпрессионной болезни, так и ее своевременную диагностику.

В своей работе Dugrenot E. et al. (2022) описали опыты на экспериментальных животных, при проведении которых наблюдалась тенденция к снижению диастолического