

**Лекция**            **Тема 2.4 часть 2 «Организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения при ликвидации последствий нападения противника»**

**Вопрос 4 Медицинская сортировка. Ее виды и организация в медицинских отрядах**

**Сл. 3**

**Виды медицинской сортировки**

**Сл. 4**

**Сортировка** представляет собой распределение раненых и больных на группы по признаку нуждаемости в определенных однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями и объемом медицинской помощи, которая может быть оказана на данном этапе медицинской эвакуации в конкретных условиях обстановки.

Медицинская сортировка раненых и больных является важнейшим мероприятием, обеспечивающим четкую организацию работы этапов медицинской эвакуации по оказанию медицинской помощи. Особенно возрастает ее роль при массовом поступлении пораженных. Цель её – обеспечить быстрое оказание медицинской помощи максимальному числу нуждающихся в ней раненых и больных.

К медицинской сортировке пострадавших в ЧС необходимо предъявлять следующие три принципиально важных требования. Она должна быть непрерывной, преемственной и конкретной.

**Сл. 5**

**Непрерывность медицинской сортировки** заключается в том, что она начинается непосредственно на пунктах сбора пострадавших (на месте поражения, если перед лицом, оказывающим экстренную медицинскую помощь, находятся несколько пострадавших) и далее производится на всех этапах медицинской эвакуации и во всех их функциональных подразделениях, через которые проходят пострадавшие.

**Преемственность медицинской сортировки** состоит в том, что на данном этапе медицинской эвакуации сортировка проводится с учетом следующей медицинской организации (этапа медицинской эвакуации), куда направляется пострадавший, где медицинская сортировка не должна повторяться, а должна быть более квалифицированной и дифференцированной. Это положение подтверждается опытом практической работы службы медицины катастроф при ликвидации медико-санитарных последствий различных ЧС.

**Конкретность медицинской сортировки** означает, что в каждый конкретный момент распределение пострадавших на группы должно соответствовать условиям работы этапа медицинской эвакуации в данный момент и обеспечивать успешное решение задач в сложившейся обстановке.

Это означает, что медицинская сортировка «вообще» не существует. Есть сортировка пострадавших и больных на конкретном этапе медицинской эвакуации, работающем в определенных условиях (при данном количестве и составе поступающих пострадавших и больных, при оказании данного объема медицинской помощи, которая в свою очередь в значительной степени зависит от наличия соответствующих медицинских кадров, возможности госпитализации на месте, условий медицинской эвакуации и др.).

## Сл. 6

Медицинская сортировка осуществляется на основе определения диагноза ранения или заболевания и его прогноза, поэтому носит диагностический и прогностический характер. В ее проведении должны участвовать наиболее опытные врачи. Медицинскую сортировку целесообразно проводить сортировочными бригадами в составе врача, двух медицинских сестер (фельдшеров), двух регистраторов. К сортировочной бригаде придается, как правило, звено санитаров-носильщиков. Одна сортировочная бригада может в течение часа работы провести сортировку 15-20 пораженных.

## Сл. 7

По способам организации (проведения) медицинской сортировки ее можно разделить на:

А) Планомерную (метод переката) – это классическая медицинская сортировка по методике «переката». Врач, переходя от первого пораженного ко второму, третьему и так далее, оценивает их состояние, определяет медицинские назначения и сортировочное предназначение для каждого пораженного. Первая пара – медицинская сестра (фельдшер) и регистратор заполняют документы и выполняют врачебные назначения сначала у первого пораженного, затем переходят к третьему, пятому и т.д., то есть к каждому нечетному пораженному. Вторая пара – медицинская сестра (фельдшер) и регистратор заполняют документы и выполняют врачебные назначения сначала у второго пораженного, затем переходят к четвертому, шестому и т.д., то есть к каждому четному пораженному.

Результаты сортировки обозначают специальными сортировочными марками и отметками в медицинских документах, сопровождающих раненого (первичная медицинская карточка – форма 100), эвакуационный конверт, ведомость на эвакуированных раненых и больных).

Б) Транзиторную (транспортную) – при поступлении большого числа раненых и пораженных из очагов массовых санитарных потерь и при какой-либо угрозе ЭМЭ. Она проводится непосредственно на эвакуационном

транспорте, врач поднимается на борт автомобиля, отбирает раненых нуждающихся в неотложной помощи на данном этапе, которых сгружают с автомобилей и оставляют на ЭМЭ. А остальных раненых транзитом отправляют на следующие ЭМЭ.

В) Выборочную – это начальный этап сортировки по стандартной методике «переката», когда сортировочная бригада в первую очередь выделяет и работает с наиболее тяжелыми ранеными на сортировочной площадке, нуждающимися в неотложных мероприятиях медицинской помощи.

## **Сл. 8**

**В зависимости от решаемых задач различают два вида медицинской сортировки: внутрипунктовую и эвакуационно-транспортную.**

**Внутрипунктовая сортировка** - проводится с целью распределения раненых и больных на группы для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации и установления очередности их направления в эти подразделения.

**Эвакуационно-транспортная сортировка** - представляет собой распределение раненых и больных на группы для направления на последующие ЭМЭ в соответствии с эвакуационным назначением, очередностью, способами и средствами дальнейшей эвакуации.

Внутрипунктовая и эвакуационно-транспортная сортировки часто осуществляются одновременно, т.е. наряду с выделением потока раненых и больных, нуждающихся в определенной медицинской помощи на данном этапе, определяются эвакуационное назначение, очередность, способ и средства эвакуации раненых и больных, не нуждающихся в оказании медицинской помощи на данном этапе. Оказание помощи на этапе заканчивается проведением эвакуационно-транспортной сортировки.

## **Сл. 9**

### **Медицинская сортировка в зоне чрезвычайной ситуации**

До прибытия старшего врача в очаге поражения осуществляется простейшая медицинская сортировка силами спасательных отрядов с выделением соответствующих групп пораженных.

Далее, по мере пребывания в очаг врачебно-сестринских бригад старшим является медицинский работник скорой медицинской помощи или бригады медицины катастроф, первым прибывший к очагу ЧС.

В зоне ЧС (пункт сбора пострадавших, место происшествия) медицинскую сортировку пострадавших организует и выполняет медицинский работник – врач выездной бригады скорой медицинской помощи или бригады экстренного реагирования территориального центра медицины катастроф, авиамедицинской бригады (прибывшей первой на место происшествия).

Медицинская сортировка пострадавших при ЧС, выполняемая вне этапа медицинской эвакуации - в очаге (или вблизи) чрезвычайной ситуации осуществляется, в основном, исходя из двух ведущих признаков, на основании которых пострадавшие распределяются на сортировочные группы.

Первый, - исходя из нуждаемости в медицинской помощи, месте и очередности её оказания:

- нуждающиеся в скорой медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме;
- нуждающиеся в медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара медицинской организации;
- нуждающиеся в амбулаторном лечении (по месту жительства).

Второй, - исходя из целесообразности медицинской эвакуации, вида транспортных средств, очередности и способа транспортировки:

- нуждающиеся в медицинской эвакуации на этап медицинской эвакуации (мобильный медицинский отряд, подвижный госпиталь, ПГ, лечебно-профилактическую медицинскую организацию, каким транспортом, в какую очередь – первую или вторую, лежа или сидя);
- не нуждающиеся в медицинской эвакуации, подлежащие направлению для амбулаторного лечения (по месту жительства).

## Сл. 10

### Алгоритм проведения первичной медицинской сортировки

При проведении медицинской сортировки производят разделение всех пострадавших на четыре сортировочные группы, которые были выделены еще Н.И. Пироговым.

## Сл. 11

Сортировочные группы обозначаются разными цветами.

I. **"Агонирующие"** (обозначается черным цветом) — сюда относятся умирающие пострадавшие с травматическими повреждениями и (или) отравлениями, не совместимыми с жизнью (тяжелые повреждения головы с разрывом головного мозга, несовместимые с жизнью ожоги и т.д.) и агонирующие. Они нуждаются только в симптоматической терапии. Прогноз неблагоприятен для жизни. Эвакуации не подлежат. К этой же группе относят и умерших. Количество пострадавших этой группы, в зависимости от очага поражения, может достигать 20 %.

II. **"Неотложная помощь"** (красный цвет) — тяжелые повреждения и отравления, представляющие угрозу для жизни, т.е. пострадавшие с быстро нарастающими опасными для жизни расстройствами основных жизненно важных функций организма (шок), для устранения которых необходимы срочные лечебно-профилактические мероприятия. Временно нетранспорта-

бельны. Прогноз может быть благоприятен, если им своевременно будет оказана медицинская помощь. Больные этой группы нуждаются в помощи по неотложным жизненным показаниям. Эвакуация в первую очередь, после оказания необходимой медицинской помощи. Транспорт медицинский. Положение лежа. Состав - до 20%.

III. **"Срочная помощь"** (желтый цвет) — повреждения и отравления средней тяжести, т.е. не представляющие непосредственной угрозы для жизни. Возможно развитие опасных для жизни осложнений. Прогноз относительно благоприятный для жизни. Помощь оказывается во 2-ю очередь, или может быть отсрочена до поступления на следующий этап медицинской эвакуации. Сюда также относятся пострадавшие в удовлетворительном состоянии, которым показана медицинская помощь во 2-ю очередь. Прогноз благоприятный для жизни. Эвакуация во вторую очередь. Транспорт медицинский. Состав до 20%.

IV. **"Несрочная помощь"** (зеленый цвет) — легко пораженные, т.е. пострадавшие с легкими повреждениями, нуждающиеся в амбулаторно-поликлиническом лечении. Прогноз благоприятный для жизни и трудоспособности. Эвакуируются самостоятельно или транспортом общего назначения. Состав - около 40%.

## Сл. 12

### **Медицинская сортировка на этапе медицинской эвакуации – мобильном медицинском отряде (ММО, ПГ)**

На этапах медицинской эвакуации, какими являются развернутые и функционирующие формирования службы медицины катастроф (ММО, ПГ), пострадавших (больных) целесообразно распределять на следующие типовые группы.

#### ***Исходя из нуждаемости в специальной обработке и изоляции:***

- нуждающиеся в специальной обработке: частичной, полной (в первую или во вторую очередь);
- нуждающиеся в изоляции в изоляторах для больных с желудочно-кишечными или респираторными инфекционными заболеваниями, острыми психическими расстройствами;
- не нуждающиеся в специальной обработке и в изоляции.

#### ***Исходя из нуждаемости в медицинской помощи с определением места и очередности ее оказания:***

- нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации - пострадавшие (больные) этой группы сразу распределяются по месту и очередности ее оказания: операционная (в первую или во вторую очередь), перевязочная (в первую или во вторую очередь), противошоковая и т. д.;
- не нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации или нуждающиеся в медицинской помощи, но

она в сложившихся условиях не может быть оказана;

- имеющие не совместимые с жизнью поражения.

Следует отметить, что сортировочное заключение в отношении пострадавших, которые выделены в группу имеющих поражения, не совместимые с жизнью, подлежит обязательному уточнению в процессе наблюдения и лечения.

### С л. 13

***Исходя из возможности и целесообразности дальнейшей эвакуации, вида транспортных средств, очередности и способа транспортировки:***

- подлежащие дальнейшей эвакуации в лечебные медицинские организации - пострадавшие (больные) этой группы распределяются по: эвакуационному назначению (определяется в какое лечебное учреждение надлежит эвакуировать пострадавшие), очередности эвакуации (в первую или во вторую очередь), виду транспортных средств (авиационный, автомобильный санитарный и т.д.), способу транспортирования (лежа, сидя), месту в транспортном средстве (на первом, втором ярусе) и нуждаемости в медицинском наблюдении в пути следования;
- подлежащие направлению в соответствующие отделения данного этапа медицинской эвакуации (до окончательного исхода или временно в связи с тяжестью состояния - нетранспортабельностью);

На всех этапах медицинской эвакуации пострадавшим (больным), которым в сложившихся условиях на данном этапе медицинской эвакуации нет возможности выполнить мероприятия оказываемого вида медицинской помощи, должна быть оказана медицинская помощь, обеспечивающая возможность медицинской эвакуации до следующего этапа медицинской эвакуации.

### Сл. 14

В результате сортировки на ЭМЭ должны быть выделены основные группы пораженных:

1. Представляющие опасность для окружающих (инфекционные больные, больные находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения, зараженные БС, имеющие загрязнение кожных покровов и обмундирования ОВ и РВ с мощностью дозы измерения, превышающие допустимые), а, следовательно, подлежащие санитарной обработке или изоляции.
2. В дальнейшем, из изолятора, больные идут на эвакуацию, а из отделения специальной обработки в сортировочно-эвакуационное отделение. Не представляющие опасность идут с распределительного поста в сортировочно-эвакуационное отделение.
3. Нуждающиеся в оказании медицинской помощи на данном этапе; идут из сортировочно-эвакуационного отделения в отделение оказания медицинской помощи, затем на эвакуацию или в госпитальное отделение,

после которого возможна или эвакуация или возвращение в воинскую часть;

4. Подлежащие дальнейшей эвакуации и не нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе; идут из сортировочно-эвакуационного отделения на эвакуацию;
5. Получившие повреждения, несовместимые с жизнью и нуждающиеся только в уходе (агонирующие);
6. Подлежащие возвращению на производство (после соответствующей медицинской помощи и кратковременного отдыха).

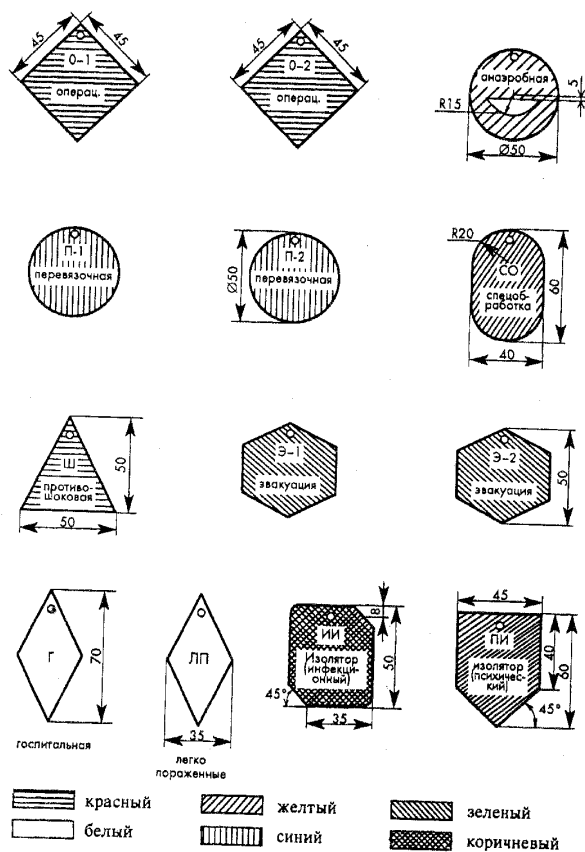
Данная группа выделяется условно, место для таких больных выбирается отдельно и в дальнейшем они, несмотря на ранения, будут эвакуированы на последующий ЭМЭ. Во всех случаях мы должны сохранить гуманное отношение к раненым и принимать все меры к сохранению жизни возможно большему количеству раненых.

## **Сл. 15**

### **Организация работы сортировочной бригады. Порядок проведения сортировки**

К сортировочной бригаде придается, как правило, звено санитаров-носильщиков. Одна сортировочная бригада может в течение часа работы провести сортировку 15-20 пораженных.

Рис. 4



## Сортировочные марки

Результаты медицинской сортировки фиксируются с помощью сортировочных марок, а также записью в первичную медицинскую карточку (Ф.100). Сортировочные марки крепятся к одежде пострадавшего на видном месте булавками или специальными зажимами. Обозначение на марке служит основанием для направления пораженного в то или иное функциональное подразделение и определения очередности доставки.

## Вопрос 5 Организация и проведение эвакуации раненых и больных

**Медицинская эвакуация**, являясь составной частью лечебно-эвакуационных мероприятий, непрерывно связана с оказанием медицинской помощи пораженным и их лечением. С медицинской точки зрения эвакуация является вынужденным мероприятием вследствие невозможности организовать полноценное лечение раненых и больных в очаге поражения. В результате единый процесс оказания медицинской помощи и лечения расчленяется, приобретая лечебно-эвакуационный характер.



Таблица 1

## Современные транспортные средства и их возможности для эвакуации.

Вид транспортного средства	Эваковместимость		Максим. скорость	Запас хода (дальность)
	на носилках/дополн. сидя	только сидя		
Автомобильный транспорт				
Санитарный автомобиль УАЗ-451	4 / 1	7	95	530
Санитарный автомобиль АС-66	9 / 4	15	85	525
Автобус ПАЗ-39051	15 / 3	15	80	400
Автобус ЛАЗ-695	18 / 7	23	75	425
Грузовой автомобиль ГАЗ-66	6 / 5	20	90	
Грузовой автомобиль ЗИЛ-130	8 / 7	25	90	
Авиационный транспорт				
Самолет АН-2	6 / 1	12	220	1200
Самолет АН-26	24 / 3	38	430	2240
Самолет АН-12	60 / 12	91	600	3200
Самолет ИЛ-76	72 / 35	141	800	5600
Вертолет МИ-8	12 / -	24		

**Медицинская эвакуация** – совокупность мероприятий по доставке раненых и больных из района возникновения санитарных потерь в лечебные учреждения для своевременного и полного оказания им медицинской помощи и лечения.

Кроме того, другой целью медицинской эвакуации является высвобождение этапов медицинской эвакуации, создавая условия для их перемещения в соответствии со складывающейся обстановкой.

**Принципы медицинской эвакуации:**

- необходимо подготавливать раненых к эвакуации;
- эвакуация тяжелораненых осуществляется в сопровождении медицинского работника;
- при эвакуации продолжается оказание медицинской помощи;
- предельно возможная быстрота эвакуации;
- необходимо проводить эвакуацию инфекционных больных отдельным потоком;
- «прямая эвакуация» (только на вышестоящий ЭМЭ);
- «щадящая эвакуация».

Эвакуация раненых и больных из нижестоящих подразделений и ЭМЭ организуется соответствующими вышестоящими ЭМЭ и осуществляется подчиненными им транспортными средствами. Такой порядок эвакуации называется «эвакуацией на себя» – это основной способ эвакуации во время боевых действий. В отдельных случаях ЭМЭ может производить эвакуацию раненых и больных на вышестоящие ЭМЭ своими транспортными средствами, т.е. «эвакуация от себя». Этот способ эвакуации может применяться при

незначительных санитарных потерях на этом этапе, а также когда этапу медицинской эвакуации необходимо срочно менять дислокацию (напр. возможное заражение места дислокации ЭМЭ отравляющими веществами и т.д.).

В зависимости от условий обстановки для эвакуации пораженных используется специальный, приспособленный и неприспособленный автомобильный, железнодорожный, водный и авиационный транспорт, выделенный для этого начальниками ГО объектов, районов, субъектов.

Автотранспорт является основным средством эвакуации пораженных в современной войне. Из-за недостатков специального автотранспорта здравоохранения используется транспорт, приспособленный для эвакуации пораженных (оборудованный универсальным санитарным приспособлением для установки носилок УСП-Г, добавление в кузов автомобиля балласта, смягчающего тряску, укрытие кузовов тентами, обеспечение транспорта подстилочным материалом, одеялами и др.). Наиболее удобными для эвакуации пораженных являются автобусы, оснащенные типовым санитарным оборудованием для установки носилок (ТСО). На каждый автобус предусматривается одна санитарная дружинница. Подготовка автомобилей к эвакуации пораженных и проведение работ по их обеззараживанию возложена на автотранспортную службу.

В ГОЗ различают два вида медицинской эвакуации: по направлению и по назначению. По направлению эвакуация начинается в общем потоке с места оказания первой помощи и заканчивается в головной больнице, откуда пораженных направляют по назначению в профилированную больницу и многопрофильную больницу в соответствии с видом поражения, т.е. начиная с этапа квалифицированной медицинской помощи, эвакуация раненых и больных ведется по назначению – непосредственно в специализированные лечебные учреждения. При медицинской эвакуации пораженных железнодорожным, водным или воздушным транспортом соответственно на вокзалах, в портах и на аэродромах развертываются эвакуационные приемники для временного размещения пораженных до прибытия транспортных средств.

Подготовка пораженных к эвакуации включает комплекс мероприятий, направленных на восстановление и стабилизацию жизненно важных функций, создание поврежденным органам и тканям условий, исключающих возможность развития осложнений в процессе эвакуации. Они сводятся к интенсивной терапии раненых и лечению поврежденных органов и тканей до уровня, безопасного для эвакуации. В значительной мере эти мероприятия определяются характером, тяжестью и локализацией ранения.

При оценке показаний к эвакуации следует ориентироваться на общее состояние пораженных и на состояние поврежденных органов и тканей.

Противопоказаниями к медицинской эвакуации являются:

1. Подозрение на непрекращающееся внутреннее кровотечение.
2. Наружное кровотечение, не устраненное окончательным способом.
3. Состояние после оперативных вмешательств.
4. Не восполненная кровопотеря.

5. Шоковое состояние различной этиологии (травма, ожог и т.д.).
6. Анаэробная инфекция, столбняк.
7. Сердечно-сосудистая недостаточность, требующая интенсивной терапии.
8. Недренированный, закрытый или напряженный пневмоторакс.
9. Синдром нарастающего или неустраненного сдавления головного мозга, спинного мозга. Продолжающаяся ликворея. Острый абсцесс мозга.
10. Судорожный синдром, некупированное психомоторное возбуждение.
11. Явление жировой эмболии.
12. Тяжелое проявление инфекционных осложнений, травм, ранений с явлениями выраженной интоксикации и декомпенсации деятельности сердечно-сосудистой системы.
13. Крайне тяжелое состояние из-за повреждений, несовместимых с жизнью.
14. Бронхоспазм, отек легких.
15. Гипертонический криз.

Особое место при оценке показаний к эвакуации отводится пораженным в голову с повреждением головного мозга. Срок нетранспортабельности таких пораженных – 21 день. Следует помнить, что пораженные с повреждением головного мозга без операции переносят эвакуацию лучше, чем после операции. Таких пораженных не следует задерживать на этапе, где не оказывается специализированная медицинская помощь для проведения диагностических мероприятий и дегидратационной терапии. Нарушение сознания и очаговая неврологическая симптоматика не являются противопоказанием к эвакуации.

При подготовке пораженных с повреждением головного мозга к эвакуации выполняются следующие мероприятия:

- восстановление самостоятельного внешнего дыхания вплоть до интубации трахеи либо трахеостомии;
- остановка наружного кровотечения из покровных тканей лица и головы;
- возмещение ОЦК до стабилизации систолического АД на цифрах выше 100 мм рт. ст. и нормализации показателей красной крови до цифр: эритроциты – до  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – до 100 г/л, гематокрит – до 0,32-0,34 л/л;

У остальных пораженных безопасная эвакуация возможна при следующих показателях общего состояния:

- состояние сознания: ясное либо оглушение (сохранен речевой контакт);
- внешнее дыхание: самостоятельное, ритмичное, частота – менее 20 экскурсий в минуту;
- гемодинамика: систолическое АД – стабильное на уровне, превышающем 100 мм рт.ст.; частота пульса – стабильная, менее 100 ударов в минуту, отсутствие нарушений ритма;
- температура тела – менее  $39^{\circ}C$ ;

- показатели красной крови: эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 100 г/л, гематокрит – 0,32-0,34 л/л.

В зависимости от состояния поврежденных органов и тканей, эвакуация автомобильным транспортом возможна:

- при ранении головы с повреждением головного мозга срок нетранспортабельности составляет 21 день. Следует помнить, что пораженные с повреждением головного мозга без операции переносят эвакуацию лучше, чем после операции. Таких пораженных не следует задерживать на этапе, где не оказывается специализированная медицинская помощь для проведения диагностических мероприятий и дегидратационной терапии;
- при ранениях груди: на 9-11-е сутки после дренирования плевральной полости либо торакотомии, до развития гнойно-инфекционных осложнений; дренажи перед эвакуацией удаляются либо используются специальные пакеты-сборники; при других повреждениях срок эвакуации определяется общим состоянием и может быть сокращен;
- при ранениях живота: не ранее 5-7-х суток после лапаротомии с целью предупреждения эвентрации органов;
- при ранениях конечностей с повреждением магистральных сосудов и временным их протезированием: эвакуация осуществляется в срочном порядке с учетом общего состояния раненых, поскольку средний срок функционирования временных протезов составляет 6-12 час;
- при ранениях позвоночника и спинного мозга показания к эвакуации оцениваются по общему состоянию; в среднем она возможна на 2-е сутки; перед эвакуацией обязательна постоянная катетеризация мочевого пузыря; эвакуация осуществляется на щите;
- при ранениях таза показания к эвакуации оцениваются по общему состоянию; в среднем она осуществляется на 3-4-е сутки до развития гнойно-инфекционных осложнений; дренажные трубки не удаляются; при переломах костей таза иммобилизация осуществляется путем связывания нижних конечностей и сгибания их в коленных суставах до  $120-140^\circ$ ;
- при ранениях конечностей показания к эвакуации оцениваются по общему состоянию; в среднем она осуществляется на 2-е сутки (после ампутаций – на 2-3-и сутки); иммобилизация осуществляется табельными шинами, укрепленными гипсовыми кольцами.
- при поражении отравляющими веществами со средней степенью тяжести и тяжелой формой через 2-3 суток при хороших показателях деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

При эвакуации авиационным транспортом показания к ней расширяются, сроки временной нетранспортабельности пораженных сокращаются до 2 суток. Это обусловлено комфортными условиями эвакуации, относительно коротким временем эвакуации, но, самое главное, наличием медицинского сопровождения. Поэтому авиатранспортом могут быть эвакуированы пора-

женные с субкомпенсированным общим состоянием, с функционирующими дренажными системами.

При оценке показаний к эвакуации авиационным транспортом необходимо учитывать длительность и способ доставки пораженных до самолета и от самолета, длительность ожидания вылета самолета. В таких ситуациях следует выделять силы и средства для оказания медицинской помощи пораженным на этих этапах, вплоть до восстановления внешнего дыхания, ИВЛ, инфузионной терапии.

Кроме проведения комплекса специальных подготовительных мероприятий, необходимо при подготовке больных к эвакуации провести ряд организационно-медицинских моментов: собрать все имеющиеся документы (результаты исследований, историю болезни, карточку Ф-100) и положить в эвакуационный конверт, который поместить под голову пораженного в кармашек для подушки; помыть больного, накормить, напоить, переодеть в чистую одежду; провести очистительную клизму; осуществить уход за дренажами, катетерами, трубками, которые есть на теле больного; сделать обезболивающие и другие средства, необходимые пораженному.

Наиболее сложной для осуществления в организационном и техническом отношении является эвакуация пораженных в медицинский отряд (сохранившиеся лечебные учреждения) через завалы, очаги пожаров и т.д. При невозможности выдвигения транспорта к очагам санитарных потерь организуется вынос пораженным на носилках до места возможной погрузки на транспорт.

С объектов поражения мед. эвакуацию организует начальник объекта (командир спасательного отряда) своими силами и средствами, выделяя для этого автотранспорт и носильщиков из спасательных отрядов, а непосредственно эвакуацией руководит начальник ГОЗ объекта. Также мед. эвакуация осуществляется транспортом медицинского отряда (на себя).

Эвакуация из медицинского отряда (сохранившихся лечебных учреждений) осуществляется автосанитарными отрядами (автосанитарными колоннами), специально оборудованными для этих целей транспортной службой, автотранспортом общего назначения, железнодорожным, водным транспортом по заявкам начальника ГОЗ и в соответствии с планом ГО.

Для эвакуации пораженных из медицинских отрядов автотранспортом вблизи эвакуационной площадки организуется погрузочная площадка, позволяющая разместить под погрузку одновременно несколько автомобилей. Для погрузки пораженных оборудуются трапы-сходни, сделанные заранее и используемые в качестве дополнительных бортов автомобилей.

При посадке в автомобильный транспорт сначала заходят легкопораженные, а потом заносят тяжело пораженных, чтобы разгрузка происходила в обратной последовательности

Эвакуация носилочных пораженных осуществляется только на санитарном транспорте и лежа. Легкопораженных, не способных самостоятельно передвигаться, можно эвакуировать на транспорте общего назначения сидя. Ходячие раненые могут эвакуироваться пешком или на транспорте общего

назначения. Легкопораженных и ходячих возможно эвакуировать без сопровождающего медработника.

При массовой эвакуации железнодорожным транспортом из МО со станций или водным с пристаней по планам ГО оборудуются эвакоприемники с грунтовыми подъездными путями к ним и простейшими приспособлениями для обеспечения погрузки (сходни, мостки, щитки и т.д.). Для временного размещения пораженных используют размещенные поблизости уцелевшие здания, приспособленные инженерной службой.

Для создания более благоприятных условий для эвакуации необходимо стремиться к загрузке транспортных средств уже на первом этапе по возможности однопрофильными пораженными как по локализации, так и по характеру и тяжести поражения.

Эвакуация пораженных из очага химического поражения имеет некоторые особенности. Основной массе пораженных отравляющими веществами потребуется лечение в непосредственной близости от очагов поражения до их выведения из нетранспортабельного состояния.

Эвакуация пораженных из очага бактериологического поражения, как правило, не производится.

**После окончания изучения материалов лекции ответить на вопросы по ссылке**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSehrGIJMZNmoOa3DvyABz902f1hF370I3xt1r\\_1Y7nRgvABRQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSehrGIJMZNmoOa3DvyABz902f1hF370I3xt1r_1Y7nRgvABRQ/viewform)