

# Изучение организации современных технологий для медицины катастроф

*Джайынакбаев Н.Т., Рябцев И.А., Вдовцев А., Базарбаев С.  
КРМУ*

На обширной территории Казахстана распространен почти весь комплекс природных и техногенных бедствий, которые стали явлениями распространёнными и частыми, а их медико-санитарные последствия – более тяжелыми.

В Республике Казахстан с её разнообразными климатическими условиями имеют место различные природные катаклизмы. Угрозе разрушительных землетрясений подвержен юг, юго-восток Казахстана и город Алматы. В сейсмоопасных зонах республики расположено 27 городов, более 400 населённых пунктов, размещено более 40% промышленного потенциала республики, проживает 6 млн. человек. Ежегодный прямой ущерб от чрезвычайных ситуаций в республике в среднем исчисляется суммой от 3,5 до 4,5 млрд. тенге (при отсутствии глобальных стихийных бедствий). По экспертным оценкам, косвенный ущерб в этом случае оценивается суммой около 15-20 млрд. тенге и ущерб от гибели людей и лечения пострадавших – около 3 млрд. тенге. В общей сумме это может составлять до 25 млрд. тенге ежегодно [1].

Подобная ситуация характерна и для социальных потрясений – военных конфликтов, войн и эпидемий. В начале XXI века проблема чрезвычайных ситуаций приобрела ещё большую актуальность в связи с тем, что к природным и техногенным причинам возникновения ЧС присоединился фактор прямого насилия, угрожающий отдельным регионам, категориям населения и обществу в целом – террористические акты, локальные вооруженные конфликты. Примером тому служит серия террористических актов на территории США, России, имеющие место локальные вооружённые конфликты на Ближнем Востоке, Афганистане, Чечне, Сирии.

Таким образом, на всей территории Республики Казахстан высока вероятность развития разнообразных чрезвычайных ситуаций, как по масштабам, так по фактам риска. В период стабилизации макроэкономических процессов, формирования новых общественных отношений в стране вопросы предупреждения и ликвидации возможных последствий природных и техногенных катастроф приобретают особую социально-политическую значимость. При этом медико-санитарные последствия при крупных техногенных катастрофах и стихийных бедствиях по количеству и тяжести часто оказываются близкими к потерям на войне.

В противодействие чрезвычайным угрозам вовлекаются значительные людские, материально-технические, финансовые организационные ресурсы страны. Всё это делает объективно необходимым изучать и разрабатывать эффективную систему предупреждения, ликвидации и минимизации медико-демографических последствий ЧС, т.е. то, что составляет основу деятельности медицины катастроф [2-4].

В течение короткого времени в Республике Казахстан создана Служба экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, разработаны нормативно-

правовые основы функционирования Службы при возникновении ЧС.

Однако по-прежнему остаются нерешенными проблемы организационного, финансового, кадрового, медико-технологического и материально технического обеспечения, определения предстоящих объемов, видов и структуры экстренной медицинской помощи. До сих пор не определены роль и значение межсекторального сотрудничества между отдельными службами ЧС, не разработаны вопросы повышения квалификационных требований к работникам, участвующим в ликвидации последствий ЧС, в том числе спасателям и специалистам службы медицины катастроф, подготовки населения к его активному участию в ликвидации и уменьшении последствий ЧС.

## Цель работы

Совершенствование структурно-функциональной модели управления в различных режимах деятельности при чрезвычайных ситуациях в Республике Казахстан.

Содержание и организация работы формирований службы медицины катастроф при возникновении ЧС зависят от многих факторов и прежде всего от характера ЧС, обстановки в зоне ЧС, количества, состава, сроков и темпа поступления пораженных, опыта медицинского персонала, возможностей медицинских формирований и их оснащения, метеорологических условий [5-15].

Формирования службы медицины катастроф - врачебные бригады скорой медицинской помощи, врачебно-сестринские и другие бригады в зону ЧС направляются вместе с аварийно-спасательными формированиями ГСЧС с целью оказания пораженным в очаге ЧС первой медицинской, доврачебной и первой врачебной медицинской помощи.

В зону ЧС могут выдвигаться также полевые подвижные формирования службы медицины катастроф госпитального типа - госпитали, подвижные медицинские группы, медицинские отряды, которые вместе с полностью или частично уцелевшими больничными организациями, а также больницами, развернутыми в соответствии с планом медицинского обеспечения ликвидации ЧС в общей системе лечебно-эвакуационных мероприятий, оказывают первую врачебную, квалифицированную медицинскую помощь, а при необходимости и соответствующем усилении - и элементы специализированной медицинской помощи.

Лечебные учреждения должны иметь соответствующий фонд для развертывания в полевых условиях (госпитали, отряды), а также могут обеспечивать прием массового потока пораженных на месте постоянного расположения. Условия и объем работы врачебных бригад и лечебных учреждений в этих условиях различны.

Врачебно-сестринские бригады, прибывшие в зону ЧС, как правило, должны работать на пунктах сбора пораженных. Учитывая, что далеко не все мероприятия

первой врачебной помощи можно выполнять под открытым небом, следует стремиться развернуть в ближайших сохранившихся зданиях (укрытиях) пункты медицинской помощи (ПМП).

Решение о создании таких пунктов и определении их состава принимает руководитель ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Однако и врачи бригад, первыми прибывшие в зону ЧС, должны проявить инициативу в организации таких пунктов. Оптимальный вариант развертывания ПМП и организации его работы в ЧС может быть следующим.

В составе ПМП следует оборудовать сортировочный пост, сортировочную площадку, развернуть приемно-сортировочную, перевязочную, эвакуационную, изолятор, оборудовать площадку для легкопораженных, а при необходимости - и площадку частичной специальной обработки. Для развертывания основных подразделений ПМП целесообразно использовать мобильные медицинские комплексы. Транспорт, доставивший пораженных (больных) на ПМП, останавливается перед сортировочным постом. Медицинская сестра, работающая здесь, дает команду, чтобы пораженные (больные), сохранившие способность к передвижению (ходячие), вышли из транспортного средства.

В процессе медицинской сортировки пораженным и больным оказывается медицинская помощь: по показаниям вводятся сердечные и дыхательные analeптики, обезболивающие средства, антибиотики и противостолбнячная сыворотка; при необходимости накладывают жгут и осуществляют контроль за раннее наложенным жгутом; исправляют или вновь накладывают повязки, устраняют недостатки транспортной иммобилизации; проводят мероприятия по борьбе с асфиксией и др. На всех пораженных и больных в ПМП заполняют первичную медицинскую карту.

При организации работы на сортировочной площадке и в приемно-сортировочной следует учитывать следующие обстоятельства. Очевидно, что возможности проведения медицинской сортировки на сортировочном посту весьма ограничены. Вследствие этого некоторые принятые там заключения будут необходимо уточнять в приемно-сортировочной. В частности, нельзя исключать поступления сюда инфекционных больных.

Таким образом, наиболее частыми пособиями, проводимыми на сортировочной площадке и в приемно-сортировочной, являются инъекции профилактических и лекарственных средств.