

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЙСТВИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖБ ПРИ ЧС

СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

- это централизованная государственная служба функционально объединяющая медицинские **силы и средства**, участвующие в ликвидации медико - санитарных последствий чрезвычайных ситуаций

Органы управления и руководства службой МК России

- Министерство здравоохранения во главе с начальником ВСМК, которым является *министр здравоохранения России*.
- Министерства, департаменты, комитеты, управления, отделы здравоохранения территорий субъектов России (отделения медицины катастроф).

- Межведомственные (Всероссийская и территориальные) комиссии

- Штабы Всероссийской службы медицины катастроф.

- Штабы медицинской службы гражданской обороны.

- Штабы медицинских служб гражданской защиты.

УЧРЕЖДЕНИЯ СЛУЖБЫ МК РОССИИ

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» и его клинические базы.

Десять региональных центров МК:

Западно - Сибирский (г. Новосибирск),
Дальневосточный (г. Хабаровск),
Московский (Москва), Забайкальский (г. Чита),
Уральский (г. Екатеринбург), Поволжский (г. Казань),
Северо- Кавказский (г. Ростов- на- Дону),
Северо- Западный (г. Санкт- Петербург),
Восточно- Сибирский (г. Красноярск) и
Приволжский (г. Самара).

*Республиканские, краевые, областные и городские
территориальные центры МК*

Межрайонные центры медицины катастроф

- филиалы территориальных центров.

Клиники территориальных центров МК.

Территориальные лечебно -

*профилактические учреждения здравоохранения
согласно плану на случай возникновения ЧС.*

*Базы и склады специального медицинского
снабжения.*

*Учебные учреждения по первичной и
постдипломной подготовке медицинских работников
(врачей, фельдшеров, медицинских сестер) по
медицине катастроф.*

Учреждения службы МК снабжены средствами проведения медицинской разведки, транспортом, средствами связи и индивидуальной защиты.

Территориальная служба медицины

катастроф располагает *подвижными формированиями* для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе

(бригады экстренной медицинской помощи, медицинские отряды) и

бригадами врачей специалистов - нейрохирургические, ожоговые, травматологические, токсико – терапевтические, детские.

Доставка формирований в район катастроф осуществляется силами Гражданской авиации,

Формирования службы МК России

- *Бригады скорой медицинской помощи для оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе в очаге катастрофы;*
- *Врачебно-сестринские и доврачебные бригады, созданные на базе лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения для усиления службы скорой помощи на догоспитальном этапе в очаге катастрофы;*

городских и районных больниц для оказания первой врачебной помощи на догоспитальном этапе;

- *специализированные медицинские бригады постоянной готовности* и
- бригады экстренной специализированной помощи, входящие в состав центров МК для усиления медицинских учреждений, обеспечивающих оказание квалифицированной и специализированной помощи пораженным;
- автономные выездные медицинские госпитали, создаваемые на базе региональных центров МК

Основные принципы деятельности службы медицины катастроф

1. Принцип государственности и приоритетности.

Обеспечивается постановлениями правительства России и другими нормативными актами Государства; приоритетностью Концепции спасения и защиты населения.

Государством гарантированы спасение и защита населения:

- проведение поисково - спасательных работ в очаге катастрофы,
- оказание первой помощи пораженным, вынос их на пункты сбора силами быстрого реагирования,
- ведение разведки, оцепление очага;
- развертывание временных пунктов сбора с обеспечением их обогревом, питьевой водой и подготовка путей эвакуации;
- организация забора крови от доноров и др.

2. Территориальный и региональный принцип.

Обеспечивает выделение федеральной, региональной и территориальной службы МК.

- На всех уровнях учитываются *местные возможности лечебных учреждений,*
- *Прогнозы общей и медицинской обстановки,*
- Сейсмо - и геологические данные и другие факторы, влияющие на возможность ликвидации медицинских последствий ЧС.

3. Принцип сочетания централизованного и децентрализованного управления службой МК

Централизация управления обеспечивается информационно-управляющей автоматизированной системой ВЦМК «Защита», взаимосвязанной с единым диспетчерским центром МЧС России.

Она обеспечивает передачу управленческих решений и информации на все уровни, принимающие участие в спасении и организации экстренной медицинской помощи.

Децентрализация управления предусматривает принятия решений комиссиями по ЧС на местах, руководствуясь сложившейся конкретной обстановкой

4. Принцип двухэтапности оказания экстренной медицинской помощи

Т

На первом этапе проводятся поисково-спасательные работы, розыск, извлечение пораженных и пострадавших, *оказание им первой медицинской помощи*, как правило, немедицинским персоналом.

На временном пункте сбора (в развернутом медицинском отряде) проводится *медицинская сортировка* и оказание *первой врачебной помощи* по жизненным показаниям с организацией эвакуации по назначению на второй этап.

На втором этапе в медучреждениях, вне очага катастрофы *оказывается квалифицированная и специализированной врачебной помощь*

5. Принцип обязательного проведения медицинской сортировки пораженным

Медицинская сортировка является одним из важнейших принципов, обеспечивающих *наиболее эффективное оказание помощи при массовом поступлении пораженных* и дефиците медицинских сил.

Используется опыт проведения медицинской сортировки в условиях *военного времени* и практики *военно-полевой хирургии*.

6. Принцип эшелонирования и маневрирования силами и средствами МК.

Включает комплекс организационных мероприятий по распределению задач между различными уровнями служб в целом по стране, и обеспечивает адекватное реагирование на возникновение любых масштабов медицинских потерь при ЧС в любом регионе.

Эшелонирование предполагает распределение сил и средств по всем звеньям территориальной, региональной и Всероссийской служб медицины катастроф.

Маневрирование – это создание группировки, имеющихся на различных уровнях сил и средств, для ликвидации медицинских последствий ЧС.

7. Принцип взаимодействия

предусматривает разработанную систему взаимодействия между службой медицины катастроф и силами заинтересованных министерств и ведомств всех уровней – МО России, МВД России, Государственным комитетом санитарно - эпидемиологического надзора, органами медицинского снабжения, «Фармация» и пр.

8. Принцип универсальности

Служба медицины катастроф предназначена для оказания всех видов медицинской помощи, прогнозирования, предупреждения и ликвидации медико-санитарных последствий любых ЧС мирного и военного времени.

9. Принцип своевременности, непрерывности и эффективности оказания помощи

направлен на спасение жизни и сохранение здоровья максимально возможному количеству пораженных, сокращению инвалидизации и летальности от полученных травм.

предусматривает оптимальные сроки проведения спасательных работ и оказания медицинской помощи,

постоянную готовность службы МК, ее мобильность, надежность системы связи и оповещения,

высокий профессионализм медицинских работников.

10. Принцип заблаговременной подготовки населения к действиям и оказанию медицинской помощи

**Сердечно-легочная реанимация – способ
поддержания жизнеспособности головного
мозга!**

**Основная задача сердечно-легочной
реанимации:**

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ (МОЗГ,
СЕРДЦЕ)**

**Сердечно-легочная реанимация – способ
поддержания жизнеспособности головного
мозга!**

**Основная задача сердечно-легочной
реанимации:**

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ (МОЗГ,
СЕРДЦЕ)**

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

нет ответной реакции

позвать на помощь

обеспечить проходимость дыхательных путей

отсутствует нормальное дыхание

вызвать реанимационную бригаду

30 компрессий грудной клетки

2 вдоха (по 1 сек)

30 компрессий грудной клетки

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники



1. Убедитесь, что пострадавший цел.
2. Проверьте пострадавшего на ответную реакцию (легко потрясите за плечи и спросите «С вами все в порядке?»)

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

3.а есть ответная
реакция



Оставьте его в той же позе в которой вы его нашли.

Постарайтесь оценить, что с ним произошло и окажите помощь, если есть такая необходимость. Продолжайте наблюдение за пострадавшим.

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

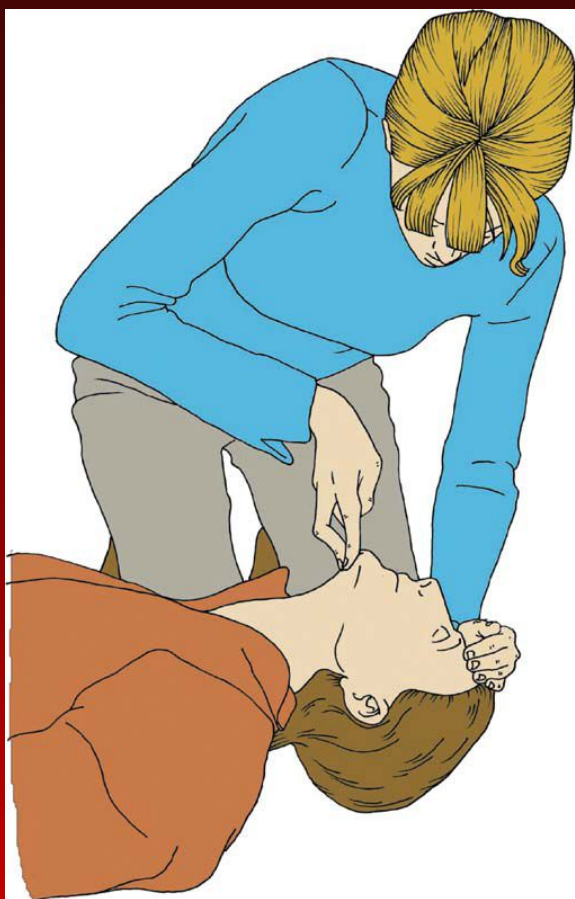
3.b нет ответной
реакции



Позовите на
помощь!!!

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

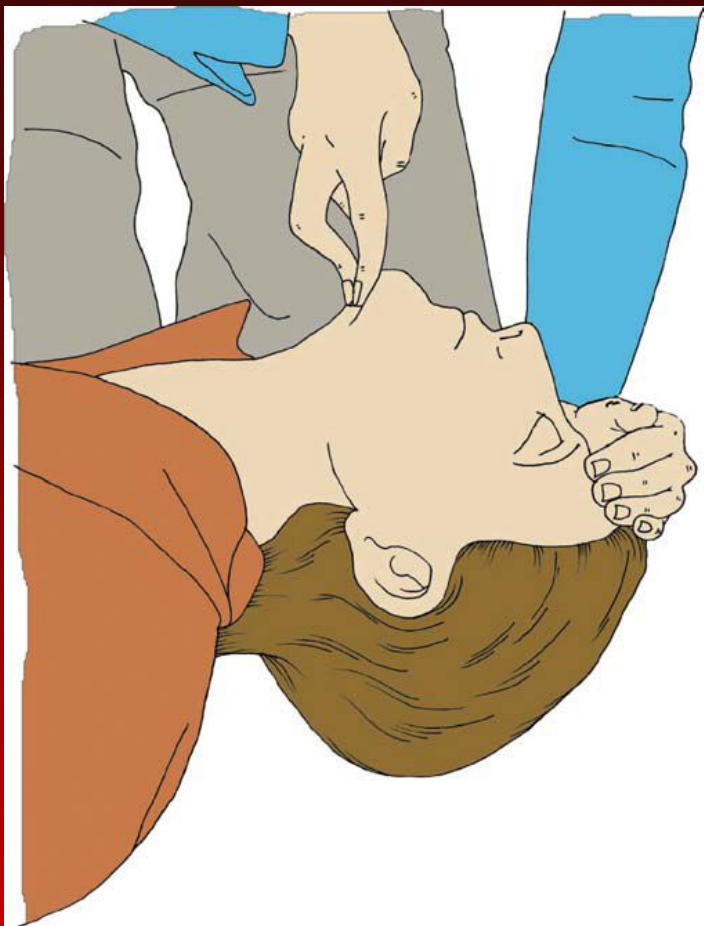
3.б нет ответной
реакции



Поверните пострадавшего
на спину.
Обеспечьте проходимость
дыхательных путей
запрокинув голову и
подняв челюсть.

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

3.б нет ответной
реакции



Положите вашу руку на лоб
и аккуратно запрокиньте
голову.

Поднимите пальцами
нижнюю челюсть.

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

нет ответной реакции



4. Обеспечивая проходимость дыхательных путей постарайтесь оценить наличие нормального дыхания в течении 10 секунд. (Экскурия грудной клетки, дыхательные шумы, поток воздуха (щека, глаз)).

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

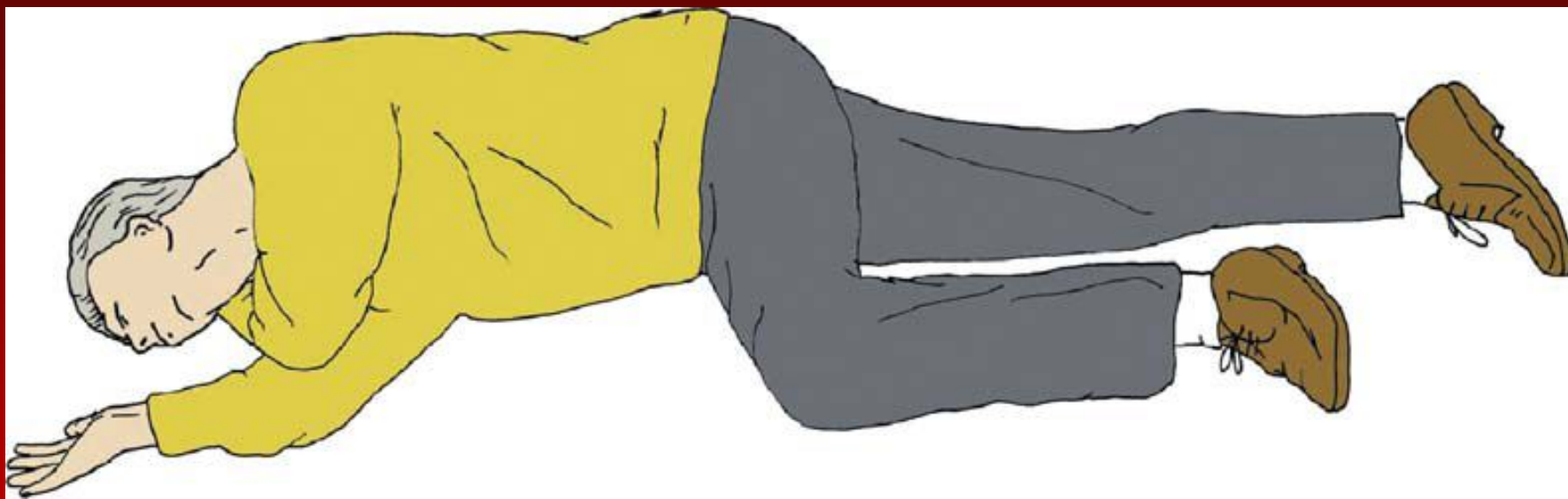
5.b нет нормального дыхания

При оценке пульса на сонных артериях допускается много ошибок, по этой причине на улице она не производится. Отсутствие дыхания или агональное дыхание приравнивается к признаку, указывающему на остановку сердца.

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

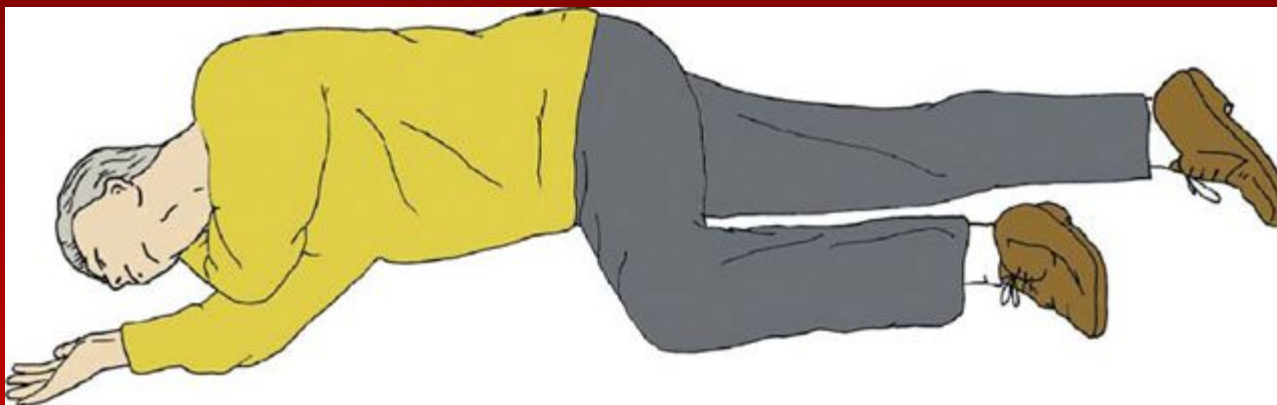
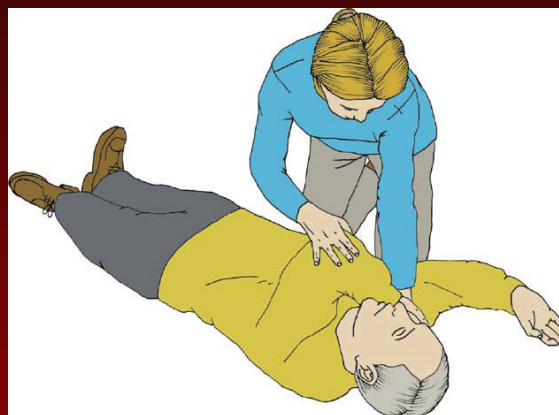
5.а есть нормальное
дыхание

Положите пациента в восстановительную
ПОЗИЦИЮ.



Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

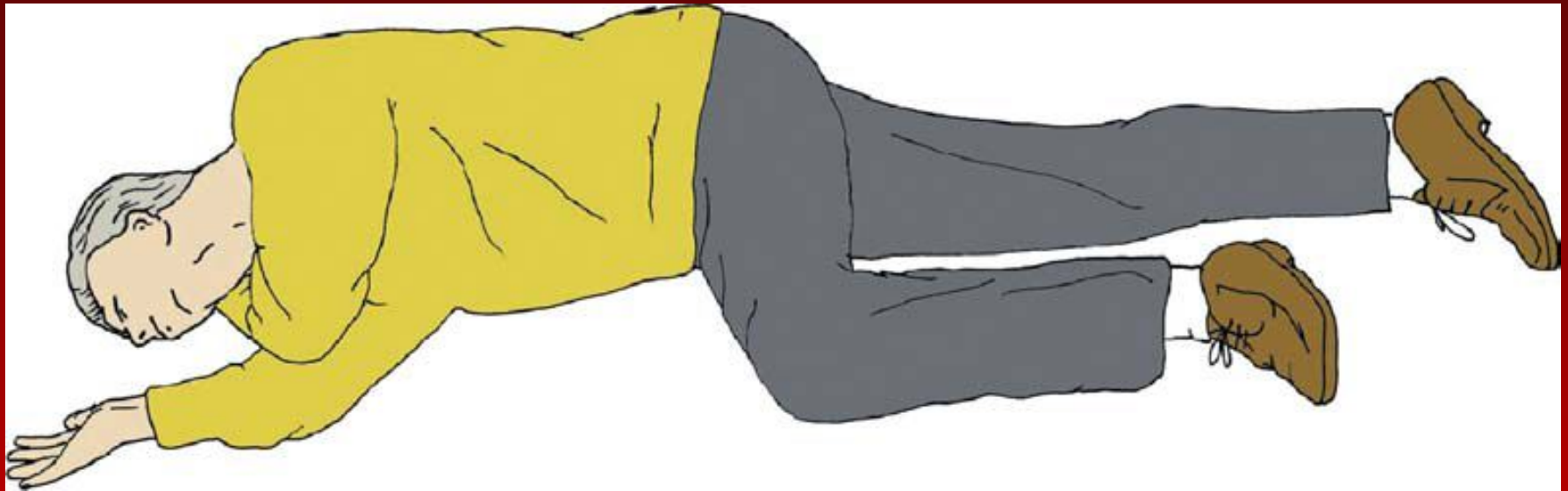
перевод пострадавшего в
восстановительную позицию



Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

5.а есть нормальное
дыхание

Пошлите, сходите/позвоните за помощью.
Продолжайте контролировать дыхание.



Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

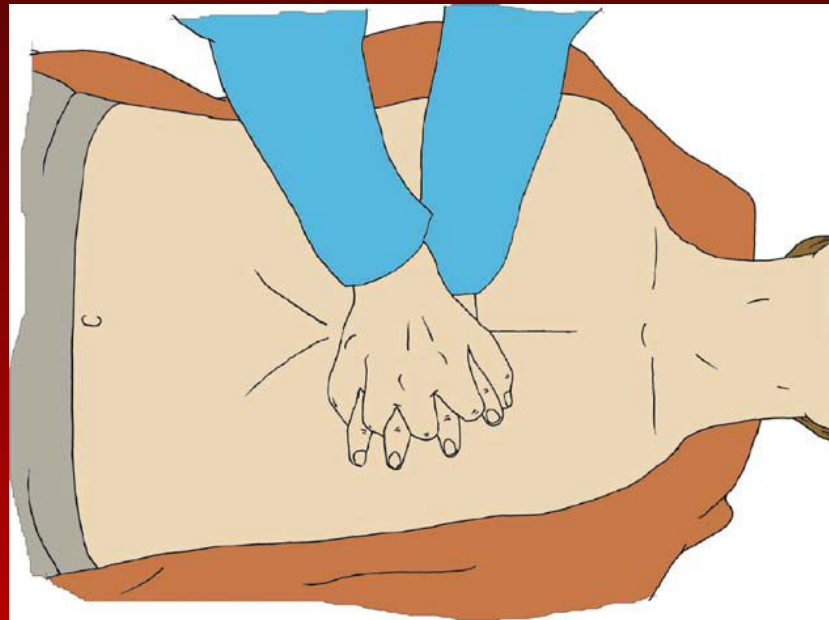
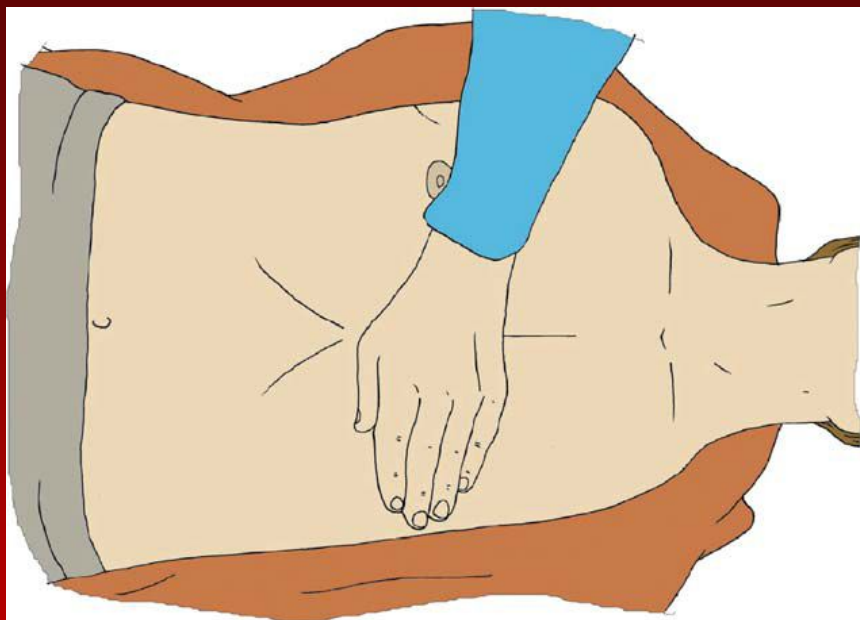
5.b нет нормального дыхания

**Пошлите кого-нибудь за помощью.
Если вы один оставьте
пострадавшего, вызовите помощь и
только после этого возвращайтесь к
проведению СЛР.**

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

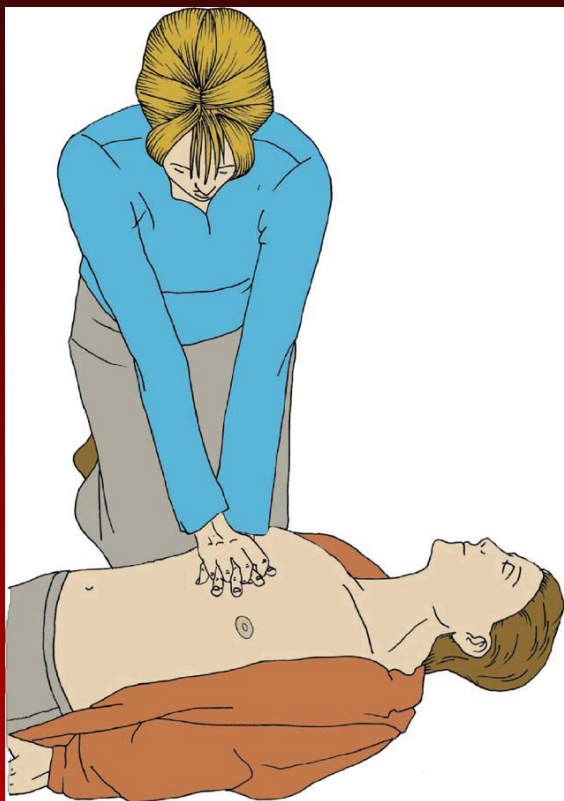
5.b нет нормального дыхания

Для экономии времени руки размещаем на
середине грудной клетки.

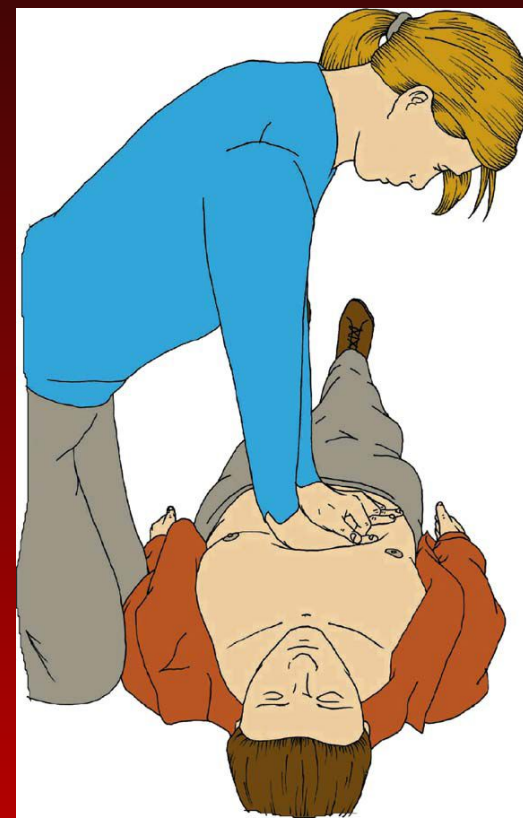


Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

5.b нет нормального дыхания



- При проведении массажа сердца:
- руки от тела не отрываем;
 - сдавление производим на 4-5 см.;
 - частота 100 в мин;
 - время компрессии = времени декомпрессии;
 - при декомпрессии не наваливаемся на грудную клетку, но сохраняем контакт с ней.



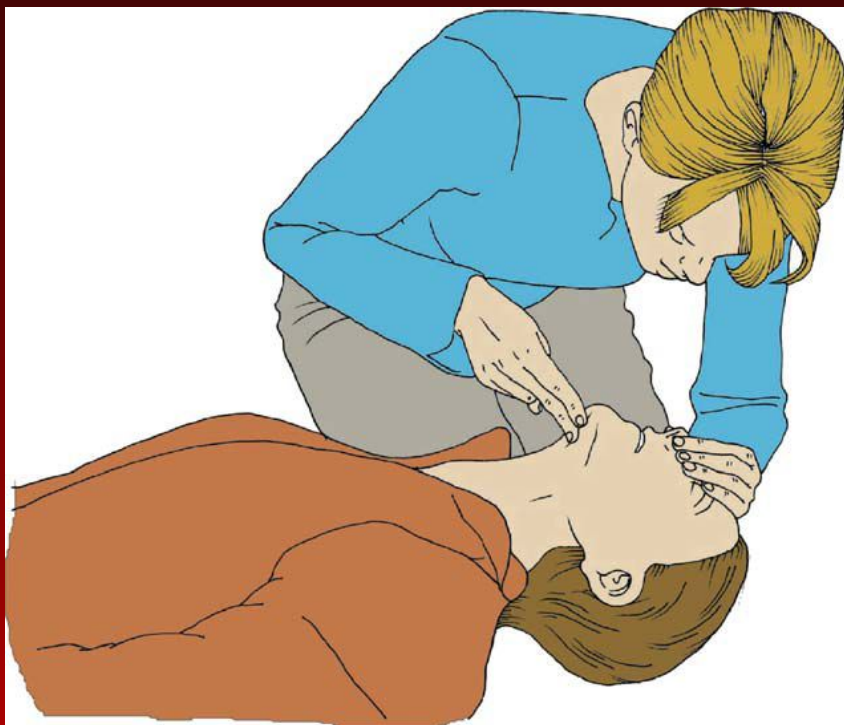
Реальное количество компрессий в течение

**1 мин СЛР при их частоте ~100/мин
не превышает**

60-64

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

б.а сочетание компрессий и дыхания



После 30 компрессий обеспечьте проходимость дыхательных путей. Зажмите большим и указательным пальцами нос. Откройте рот пострадавшего, но при этом удерживайте челюсть в поднятом состоянии.

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

б.а сочетание компрессий и дыхания



Сделайте нормальный вдох, после чего плотно прижмите ваши губы ко рту пострадавшего и сделайте спокойный выдох, наблюдая за экскурсией грудной клетки. Время выдоха 1 сек. Удерживая голову и челюсть в исходном положении позвольте воздуху выйти из легких пострадавшего, наблюдая за экскурсией грудной клетки.

Особенности базовой реанимации взрослых вне клиники

**Универсальное соотношение 30
компрессий к 2 искусственным
вдохам, длительность которых
сокращена с 1,5-2 секунд до 1
секунды. Это должно снизить
вероятность гипервентиляции и
уменьшить число перерывов при
выполнении непрямого массажа
сердца.**

Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

6.b изолированная компрессия

Если реаниматор не готов к осуществлению дыхания изо рта в рот, то допускается проведение только компрессий грудной клетки.

***Лучше
сочетание компрессий
и
дыхания изо рта в рот
«поцелуй жизни».***

Kiss of life - поцелуй жизни



Kiss of life - поцелуй жизни



Kiss of life - поцелуй жизни



Ключ жизни (“Life-key”)



Использование «ключа жизни»



Алгоритм базовой реанимация взрослых вне клиники

7 СЛР продолжается до

- появление квалифицированной медицинской помощи
- восстановление самостоятельного дыхания у пострадавшего
- усталость реаниматора.

Особенности базовой реанимации взрослых вне клиники

**При наличии двух реаниматоров
смена происходит каждые 2 минуты с
минимальной задержкой.**

**Дыхание осуществляется с частотой
10 в мин вне зависимости от
компрессий грудной клетки.**

Особенности базовой реанимации взрослых вне клиники

**При утоплении в первую очередь
после обеспечения проходимости
дыхательных путей делают 5 вдохов,
затем 1 цикл СЛР и только потом
зовут на помощь.**

Алгоритм при обструкции верхних дыхательных путей



Спасибо за внимание!