

Медицинская сортировка

В соответствии с концепцией медицины катастроф, основанной на единстве принципов и критериев, организации и проведения комплекса лечебно-эвакуационных мероприятий (ЛЭМ) при катастрофах, предлагается унифицированная доктрина медицинской сортировки (МС) на этапах медицинской эвакуации (ЭМЭ). Концептуально, медицинское обеспечение населения Республики Беларусь, пострадавшее при чрезвычайных ситуациях (ЧС), независимо от типа и вида катастрофы, основывается на единых принципах всех структурных подразделений службы медицины катастроф (СМК):

- Единая доктрина медицинской помощи и лечения в ЧС, начиная с очага поражения и заканчивая специализированными отделениями клиник.
- Двухэтапная система лечебно-эвакуационных мероприятий.
- Внедрения лечебно-эвакуационного обеспечения в систему организации всех видов спасательных работ.
- Дифференцированной стратегии оказания медицинской помощи, с учетом конкретной катастрофы, ее медико-социальными и экономическими последствиями.
- Единой координационной системы управления спасательными и медицинскими мероприятиями.

Доктрина медицины катастроф - медицинская сортировка, основанная на необходимости оказания медицинской помощи в максимально короткие сроки, возможно большему количеству пострадавших, имеющих шанс выжить. Этот принцип отличается от установки на оказание помощи единичным пораженным, с которой чаще всего и сталкивается гражданская медицина. При всегда имеющейся при катастрофах диспропорции между количеством пораженных, тяжестью повреждений и количеством сил, и средств медицинской службы территориального обслуживания населения, одновременное оказание медицинской помощи всем пострадавшим практически нереально. При стихийном бедствии или катастрофе, с массовым количеством пораженных, крайне трудно принять правильное решение, определяющее приоритетные мероприятия.

Для повышения эффективности лечебно-эвакуационных мероприятий необходимо определить:

- кому следует оказать помощь немедленно, для спасения жизни,
- кто может быть эвакуирован в ближайшую клинику при условии, что последняя не пострадала при ЧС,
- кого направить в специализированный центр для дальнейшей оценки тяжести состояния и лечения,
- выявить контингент, нуждающийся в амбулаторно-поликлиническом обслуживании.

Невозможность лечения всех, нуждающихся в медицинской помощи, из-за недостатка персонала, ресурсов и возможностей для приема пострадавших, приводит к созданию системы разделения

пораженных на различные группы, в зависимости от тяжести состояния. Это так называемая "сортировка", разработанная военной медициной.

Великий русский хирург Н.И. Пирогов впервые внедрил в военно-полевую хирургию и обосновал принцип сортировки раненых. Определил работу "складочного места" - прототип сортировочного пункта. Указал важное обстоятельство: "Без распорядительности и правильной администрации, нет пользы от большого числа лекарей, а если их к тому же мало, то большая часть раненых останется вовсе без помощи".

Описывая безотрадную картину переполненных ранеными перевязочных пунктов в Севастополе, Н.И. Пирогов писал: "Если врач в этих случаях не предположит себе главной целью прежде действовать административно, а потом уже врачебно, то он совсем растеряется и ни голова его, ни руки не окажут помощи". Гениально простой принцип пироговский сортировки применяется практически во всех армиях мира. Сохраняет полностью свое значение не только в особый период, но и применяется в мирное время при катастрофах и ЧС, с одномоментным массовым поступлением пострадавших в лечебные учреждения.

ОСОБЕННОСТИ КАТАСТРОФ

Опираясь на опыт сортировки применяемой в ВС, следует учесть особенности катастроф мирного времени:

1. Огромное разнообразие различных поражений. При ведении боевых крупномасштабных действий и локальных военных конфликтах, главным образом наблюдаются определенные типы ранений и травм, тогда как катастрофы приводят к широкому спектру поражений: ожоги, интоксикации, поражения связанные с нахождением под обрушившимися конструкциями зданий, взрывами, утоплением, большим количеством сочетанных и комбинированных повреждений.
2. Наличие особой группы населения, не имеющей никаких соматических повреждений но, тем не менее, считающейся пострадавшей. Это лица с посттравматическими стрессовыми расстройствами, психологи-

ческими травмами, потерявшие близких, родственников, друзей, собственность. Данному контингенту необходимо, кроме экстренной психологической и психиатрической помощи, предоставление жилья и средств к существованию.

Врач, проводящий сортировку, должен оценить комбинацию физиологических и анатомических функций, механизм поражения, сопутствующие заболевания, возможность скрытых повреждений, а затем, используя клиническую и экспертную оценку, сделать правильное заключение. Учитывая наличие при катастрофах паники, хаоса, полной неразберихи и суеты, вся система сортировки, для достижения наибольшего успеха, должна быть простой, ясной и преемственной на всех этапах медицинской эвакуации. Сортировка должна стать тем орудием, с помощью которого ситуация, кажущаяся неуправляемой и непреодолимой, сможет адекватно контролироваться. Она должна быть динамическим процессом, выполняемым на всех уровнях системы оказания медицинской помощи.

СОРТИРОВОЧНЫЕ ГРУППЫ

Существует всем известное, предложенное Н.И. Пироговым, деление пораженных на четыре группы:

I. "Агонирующие" - для выделения умирающих пострадавших, с травматическими повреждениями и (или) отравлениями, не совместимыми с жизнью. При одномоментном возникновении массовых потерь среди населения, либо в короткие сроки времени, при недостатке медицинских сил и средств, оказать своевременно всем пораженным помощь невозможно. Н. И. Пирогов писал: "Тут сначала выделяются отчаянные и безнадежные случаи... и тот час переходят к раненым, подающим надежду на излечение, на коих сосредоточивают все внимание".

Крайне тяжелая степень поражения, наблюдается при крупных катастрофах у лиц со столь серьезными повреждениями, что для них практически нет шансов на выживание. Это та категория, о которой в своих трудах упоминал еще Гиппократ: " Медицина...к тем, которые уже побеждены болезнью, не протягивает своей руки".

II. "Неотложная помощь", подразумевает немедленное оказание помощи, при абсолютно неотложных состояниях. Наблюдаются у наиболее тяжело пораженных, чья жизнь находится под угрозой. Медицинская помощь оказывается на месте катастрофы с тем, чтобы создать для них условия способствующие выживанию.

III. "Срочная помощь", когда помощь может быть отсрочена в течение ограниченного периода времени и не приведет к летальному исходу. Это относительно неотложные состояния характерные для тяжело пораженных, но в меньшей степени, чем предыдущая категория. Для жизни нет непосредственной угрозы, помощь оказывают для стабилизации состояния с целью:

- подготовки к последующей эвакуации,
- исключения ухудшения состояния,
- облегчения транспортировки.

IV. "Несрочная помощь" означающая, что помощь может быть отсрочена, пока она оказывается пострадавшим других категорий.

ПРОБЛЕМЫ СОРТИРОВКИ

Сортировка порождает ряд проблем, одна из которых, хорошо известна медицинскому персоналу и лицам, участвующим в спасательных операциях. Проблема этическая. При катастрофах сортировка, не зависимо от места проведения, создает альтернативы выбора и лечения на основании категоризации пострадавших. Такой подход может находиться в противоречии с повседневной практикой оказания неотложной медицинской помощи, при которой одному тяжело пораженному, а порой и безнадежному, оказывают необходимую помощь в течение продолжительного времени. Моральная ответственность врача, руководящего сортировкой, огромна, и поэтому решение о переводе в 1 группу должно приниматься только коллегиально, бригадой наиболее опытных врачей.

Традиционно медицинский персонал испытывает трудности в категоризации пораженных из первой группы в связи с тем, что при обычной работе привлекаются все доступные методы современной медицины и приняты все необходимые меры для спасения их жизни. При катастрофах, когда ресурсы ограничены, могут быть приняты решения, по которым большое количество медикаментов направляется ограниченному контингенту имеющих реальный шанс

выживания, а некоторые пораженные получают только паллиативную помощь при несовместимых с жизнью поражениях.

При массовых поражениях продление жизни данного контингента медицинскими средствами, ведет к излишним потерям медицинских сил и ресурсов в ущерб менее пострадавшим, у которых есть шанс на выживание. Непосредственный опыт проведения сортировки имеет незначительное количество врачей, и какой бы метод не использовался в полевых условиях, либо в приемном отделении, он должен быть знаком персоналу больницы, куда поступают пораженные, а принципы сортировки должны четко соблюдаться, так как пораженные получают помощь по определенной системе.

Таким образом, сортировка представляет собой один из основных принципов медицины катастроф. В чрезвычайных ситуациях всегда имеет место несоответствие между потребностью в медицинской помощи и возможностью ее оказания. МС является одним из средств достижения своевременности в оказании медицинской помощи пострадавшим.

Сущность сортировки состоит в распределении пострадавших на группы по принципу нуждаемости в однотипных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях, в зависимости от медицинских показаний и конкретных условий обстановки.

Цель сортировки - ускорение и своевременное оказание всем пострадавшим экстренной медицинской помощи (ЭМП) и обеспечение им дальнейшей, рациональной эвакуации.

Она проводится в догоспитальный период, начиная с момента оказания первой медицинской помощи на месте ЧС, за пределами зоны поражения, а также при поступлении пораженных в лечебно-профилактические учреждения, для получения ими полного объема медицинской помощи и лечения до конечного исхода.

Сортировка проводится на основе экстренного установления диагноза поражения и прогноза для жизни пострадавшего на данном ЭМЭ. Является конкретным, непрерывным, повторяющимся и преемственным процессом при оказании пострадавшим всех видов медицинской помощи. Базируется на единой концепции диагностики и лечения поражений от факторов ЧС, при всех экстремальных ситуациях и катастрофах.

Категории экстренности могут меняться быстро и неожиданно, для сопровождающего (принимающего) медицинского персонала, в связи с утяжелением состояния пораженных при эвакуации.

Непрерывность МС основана на обязательности ее проведения на всех ЭМЭ, начиная с очага поражения и заканчивая приемными и лечебными специализированными отделениями клиник.

Повторяемость состоит в переоценке тяжести поражения на каждом последующем ЭМЭ.

Преемственность метода в том, что сортировка проводится, учитывая объем и предназначение последующего этапа оказания медицинской помощи. Будь то лечебное отделение в клинике, или ЛПУ вышестоящего уровня.

Конкретность состоит в том, что сортировка проводится для каждого конкретного пораженного индивидуально с учетом имеющейся у него патологии.

Сортировка определяет объем и вид медицинской помощи.

В очаге поражения, на месте, где получена травма, выполняются простейшие элементы медицинской сортировки в интересах оказания первой медицинской помощи. По мере прибытия в район бедствия медицинского персонала (бригад скорой медицинской помощи, врачебно-сестринских бригад, бригад экстренной медицинской помощи) сортировка продолжается, конкретизируется и углубляется.

Каждая группировка пораженных в процессе медицинской сортировки изменяется в зависимости от вида и объема оказываемой медицинской помощи. Объем же медицинской помощи в свою очередь определяется не только медицинскими показаниями и квалификацией медицинского персонала, но, главным образом, условиями обстановки.

ВИДЫ СОРТИРОВКИ

В зависимости от задач, решаемых в процессе сортировки, принято выделять два вида медицинской сортировки:

* **внутрипунктовая:** распределение пораженных по подразделениям данного этапа медицинской эвакуации в составе групп. В зависимости от характера и тяжести поражения определяют их лечебно-диагностическое предназначение и очередность в оказании МП (т.е. где, в какую очередь и в каком объеме будет оказываться помощь на данном этапе),

* **эвакуационно-транспортная:** распределение по эвакуационному назначению, в зависимости от характера поражения средствами, способам и очередности дальнейшей эвакуации (т.е. в какую очередь, каким видом транспорта, в каком положении при транспортировке на транспорте и куда).

В основе сортировки по-прежнему сохраняют свою действенность три основных Пироговских сортировочных признака:

1. Опасность для окружающих.
2. Лечебный признак.
3. Эвакуационный признак.

Опасность для окружающих определяет степень нуждаемости пострадавших в санитарной или специальной обработке, изоляции \СДЯВ, РВ, бактериальные агенты, расстройства психики. В зависимости от этого пострадавших распределяют на группы: - подлежащих специальной (санитарной) обработке (частичной или полной) и подлежащие временной изоляции - не подлежащие специальной (санитарной) обработке и изоляции.

Лечебный признак - степень нуждаемости пострадавших в медицинской помощи, очередности и месте (лечебное подразделение) ее оказания. По степени нуждаемости в медицинской помощи выделяют группы:

- пораженных в терминальных состояниях с травмой, несовместимой с жизнью, нуждающихся в симптоматической помощи (агонирующие).

-Нуждающихся в экстренной медицинской помощи в первую очередь, (по жизненным показаниям).

- Нуждающихся в ЭМП во вторую очередь, (помощь может быть отсрочена).
- Нуждающихся в амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (легкопораженные).

Ведущие признаки для постановки диагноза при сортировке:

степень угрозы для жизни пораженного в момент сортировки,

сроки возможного развития в последующем неблагоприятных осложнений и исходов, Ведущие признаки для постановки диагноза при сортировке:

срочность вмешательства на последующем ЭМЭ квалифицированных врачей, специалистов и использование сложных методов лечения,

необходимость создания условий изоляции.

Эвакуационный признак - необходимость, очередность эвакуации, вид транспорта и положение пострадавшего на транспорте, эвакуационное назначение. Исходя из этого признака пораженных распределяют на группы:

- подлежащие эвакуации за пределы очага ЧС в другие территориальные, региональные лечебные учреждения или центры страны, с учетом эвакуационного предназначения, необходимости, очередности, способа эвакуации (лежа или сидя), вида транспорта и положения на транспорте.
- подлежащие оставлению в данном лечебном учреждении (по тяжести состояния нетранспортабельные) временно или до окончательного исхода,
- подлежащие возвращению по месту жительства (расселения) населения для амбулаторно-поликлинического лечения или медицинского наблюдения на данном ЭМЭ.

Эвакуационные принципы медицинской сортировки:

"На себя" - этап медицинской помощи всеми ресурсами эвакуирует пострадавших из очага поражения, или из перегруженного лечебного учреждения.

"От себя" - эвакуация пострадавших в другие больницы, для освобождения коечного фонда. То же в отношении транспортабельных больных находящихся на лечении, при перепрофилизации клиники.

Виды эвакуации: по направлению и по назначению.

Основной вид эвакуации на догоспитальном этапе - эвакуация по направлению,

на госпитальном этапе - по назначению.