

Медицинская сортировка.

Методика проведения.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Общие требования

Сортировочно-эвакуационные отделения

Состав сортировочных бригад

Методы проведения сортировки

Методика осмотра

Сортировочные группы

Сортировка на догоспитальном этапе

Сортировка на госпитальном этапе

Заключение

Общие требования

Катастрофическая ситуация - это не время для апробации новой системы.

Один из методов совершенствования и упрочения навыков сортировки, когда она не проводится ежедневно, состоит в выделении специального "дня сортировки". Каждому пораженному присваивается соответствующая сортировочная категория. Другой вариант заключается в регулярном проведении сортировки при ситуациях с поступлением 5 и более пораженных. Часто сортировка не проводится по причинам незнания методики ее проведения или вследствие имеющейся возможности немедленной эвакуации пострадавших, из-за близости расположения медицинских учреждений и легкости транспортировки.

Во избежание возможной перегрузки больницы, принимающей пораженных, необходимо как можно раньше обеспечить контроль за ситуацией в очаге поражения и постоянно поддерживать его для ускорения процесса сортировки. В самые ранние сроки должна быть определена центральная сортировочная зона, расположенная как можно ближе к очагу катастрофы, но свободная от опасного воздействия поражающих факторов ЧС. Пункт сбора пострадавших целесообразно развернуть на границе очага поражения, учитывая вопросы защиты медицинского персонала, должен быть адекватный доступ и удобный выезд. При крупномасштабных катастрофах могут потребоваться несколько пунктов сортировки, при этом необходимы грамотные действия координатора. При освобождении пораженных из-под завалов обрушившихся конструкций, что требует длительных усилий, необходимо, по возможности стабилизировать их состояние на всем протяжении процесса извлечения, а затем уже повторно оценить состояние на сортировочной площадке.

Хотя эвакуация пораженного очень важна, приоритетными являются простейшие методы реанимации, Первичная сортировка должна проводиться быстро и прерываться только в случаях требующих неотложных мероприятий (освобождение дыхательных путей, остановка кровотечения или в случае необходимости первичного определения категории пораженного). На этом этапе для специалиста по сортировке, важно удержаться от желания уделить особое внимание какому-то одному пораженному. После первичной сортировки пострадавшие направляются на центральную площадку, для продолжения сортировки и периодической переоценкой тяжести состояния. Здесь же при необходимости происходит перераспределение их по категориям.

В зависимости от характера очага поражения и условий обстановки, учитывая возможности здравоохранения, могут существенно меняться формы и методы организации оказания МП и лечения пострадавших, объем оказываемой помощи как на догоспитальном этапе, так и в лечебных учреждениях.

Сортировочно-эвакуационные отделения

Опыт прошлых ЧС показал, что для успешного проведения сортировки необходимо создавать надлежащие условия на этапах медицинской эвакуации путем развертывания самостоятельных функциональных подразделений, с достаточной емкостью помещений для размещения пострадавших рядами на носилках или станках Павловского, с хорошими проходами между рядов и достаточным подходом к носилкам. Так называемые Пироговские ряды.

Приемно-сортировочные или сортировочно-эвакуационные отделения (площадки) оборудуются:

диагностическими перевязочными, с достаточной емкостью помещений для отдельного размещения сортировочных групп пораженных.

Вспомогательными органами сортировки (РП - распределительный пост, МРП-медицинский распределительный пункт).

Выделением необходимого количества медицинского персонала для работы в данных отделениях и созданием сортировочных бригад.

Использованием цветных сортировочных марок и первичных медицинских карточек с отрывными сигнальными полосами.

Сортировочные бригады создаются в первую очередь за счет персонала приемно-сортировочного отделения с привлечением, при необходимости наиболее подготовленных специалистов из других отделений.

Состав сортировочных бригад

Приемно-сортировочные отделения (площадки) в каждом ЛПУ, с необходимой площадью для разделения потока на носилочных и ходячих пораженных. Необходимо выделять нужное количество медицинского состава, создавая из него сортировочные бригады, в составе:

врач-1, медицинские сестры-2, регистраторы-2 \сортировка носилочных\

врач-1, медицинская сестра-1, регистратор-1 \сортировка ходячих\.

Бригады должны быть обеспечены соответствующими приборами, аппаратами, средствами фиксации результатов сортировки, т.е. необходимым минимумом.

В состав сортировочных бригад целесообразно выделять наиболее опытных врачей-клиницистов соответствующих специальностей, способных быстро оценить состояние пораженного, установить диагностическое его предназначение, определить прогноз, очередность и характер необходимой медицинской помощи. Учитывая лимит временного фактора, на 1 этапе эвакуации рекомендуемое время работы с 1 пораженным составляет от 15 до 40 секунд.

Это определено максимальным сокращением времени пребывания в пункте сбора пораженных. На втором этапе, в приемно-сортировочном отделении больницы, временные нормативы увеличиваются до 2-5 минут. Возможность 1 сортировочной бригады 20-25 пораженных в час. При массовом поступлении в приемное отделение пораженных, целесообразно на сортировку потока временно направлять резервные сортировочные бригады, из состава врачей оперативно-перевязочного и госпитального отделений, не занятых в их развертывании, т.к. этот персонал является наиболее квалифицированным в вопросах диагностики и прогнозирования.

Методы проведения сортировки

Медицинский персонал любого уровня подготовки и профессиональной компетенции, вначале должен осуществить выборочную сортировку и выявить пораженных опасных для окружающих. Затем путем беглого обзора пораженных выявить наиболее нуждающихся в медицинской помощи часто безотлагательной и экстренной по жизненным показаниям (наличие наружного кровотечения, асфиксии, шока, судорожного состояния, рожениц, детей и др.) Эти пациенты подлежат направлению в профильные отделения.

Остальной поток разделяют на ходячих и носилочных, который направляются в соответствующие помещения приемно-сортировочного отделения (площадки). Это является более целесообразным и позволяет избежать дезорганизации в работе, постоянно имеющей место при массовом поступлении пораженных.

Приоритет остается за пораженными, нуждающимися в неотложной медицинской помощи. После выборочного метода сортировки сортировочная бригада переходит к последовательному (конвейерному) осмотру пораженных, для превентивной подготовке к осмотру врачом каждого из поступивших.

Методика осмотра пораженных

Бригада одновременно осматривает двух носилочных: у одного находится врач, медсестра и регистратор, а у 2-го - фельдшер (медсестра и регистратор). Врач, приняв сортировочное решение по 1-му пораженному, переходит ко 2-му и получает о нем информацию от фельдшера. Приняв решение, переходит к 3-му пораженному, получая информацию от медсестры. Фельдшер в это время осматривает 4-го пораженного и т. д. Звено носильщиков реализует решение врача в соответствии с сортировочной маркой.

При таком "конвейерном" методе работы одна сортировочная бригада может за час рассортировать до 30-40 носилочных пораженных травматологического профиля или пораженных СДЯВ (с оказанием неотложной помощи). Сортировка проводится, не снимая повязок и не применяя трудоемких методов исследования, на основе данных внешнего осмотра, опроса пораженных и ознакомления с медицинской документацией при ее наличии.

Учитывая волнообразный характер доставки пораженных машинами СМП в приемное отделение, слаженная работа сортировочных бригад позволяет быстро и эффективно освободить " Пироговские ряды " для вновь прибывающих.

Сортировочные группы

В процессе сортировки всех пострадавших на основании оценки их общего состояния, характера повреждений и возникших осложнений с учетом прогноза делят на 4 сортировочных группы:

I сортировочная группа:

Пострадавшие с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальном состоянии (агонирующие), которые нуждаются только в симптоматической терапии. Прогноз неблагоприятен для жизни. Эвакуации не подлежат. К этой же группе относят и умерших. Количество пострадавших, в зависимости от очага поражения, может достигать до 20 %.

II сортировочная группа:

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 нетранспортабельные. Прогноз может быть благоприятен, если им своевременно будет оказана медицинская помощь. Больные этой группы нуждаются в помощи по неотложным жизненным показаниям. Эвакуация в 1 очередь, после оказания необходимой ЭМП. Транспорт медицинский. Положение лежа. Состав до 20%.

III сортировочная группа:

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, а так же пострадавшие в удовлетворительном состоянии, которым показана медицинская помощь во 2 очередь. Прогноз благоприятный для жизни. Эвакуация во вторую очередь. Транспорт медицинский. Состав до 20%.

IV сортировочная группа:

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%.

Использование большего количества категорий, вероятно, может увеличить точность при выявлении тех, кто нуждается в наиболее срочной помощи, но в то же время это значительно усложнит систему сортировки.

Сортировка на догоспитальном этапе

Сортировка, возможно, наиболее важная задача, решаемая медициной катастроф в очаге ЧС. Поэтому целесообразно ее проводить персоналом с соответствующим опытом. Данную роль

традиционно выполняют наиболее опытные хирурги. При развитии системы ЭМП, работающий в ней врачебный персонал должен занимать ведущее положение при выполнении специалистов по сортировке. На территориях, где система неотложной медицинской помощи менее развита, целесообразно высылать бригады врачей из местных больниц для выполнения сортировки и первичных реанимационных мероприятий (БСМП постоянной готовности). Для повышения эффективности этим бригадам необходимо пройти соответствующее обучение, чтобы каждый точно знал и свои обязанности, и свое место в бригаде, постоянно сохраняя приобретенные навыки.

При ликвидации последствий катастроф первая бригада СМП, прибывшая в очаг (к границе очага) ЧС, должна исполнять обязанности по медицинской сортировке до тех пор, пока врача бригады СМП не заменит более опытный специалист, если в этом будет необходимость.

В очаге поражения осуществляется простейшая медицинская сортировка силами СМП и спасательных отрядов с выделением соответствующих групп пораженных.

В 1 очередь нуждаются в помощи и выносе из очага пострадавшие дети и беременные женщины, являющиеся приоритетным контингентом.

Затем пораженные с наружным и внутренним кровотечением, в состоянии шока, асфиксии, судорогами, в бессознательном состоянии, с проникающими ранениями полости груди и живота, находящихся под воздействием поражающих факторов утяжеляющих поражение (горящая одежда, наличие СДЯВ, РВ на открытых частях тела).

Анализ работы ликвидации последствий ЧС показал, что летальный исход наступил у 2.6% пострадавших, вследствие не остановленного кровотечения из дистальных отделов конечностей, где наложение жгута могло дать положительный эффект. Своевременность оказания ЭМП имеет значение и в тех случаях, когда даже отсутствует непосредственная угроза для жизни пораженного. Так при оказании 1 МП до 3 часов с момента ранения частота осложнений увеличивалась до 15%, а после 3 часов на 70%.

Как только вопросы первичной сортировки и маркировки пострадавших решены, возникает необходимость распределения медицинского транспорта, в зависимости от потребностей. Необходимо предусмотреть тип транспортного средства и все имеющиеся территориальные ресурсы. Врач по сортировке должен знать месторасположение и расстояние до местных больниц, а так же возможности отделений неотложной помощи и расположение специализированных центров (травматологические, токсикологические, ожоговые). Более чем актуально распределить пораженных в лечебных учреждениях.

Сортировка на госпитальном этапе

ПРИЕМНО-СОРТИРОВОЧНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ

Выделяют 5 потоков:

нуждающихся в санитарной обработке и подлежащих направлению на площадку ЧСО, или ПСО.

инфекционных больных и пациентов с психомоторным возбуждением, подлежат направлению в соответствующие изоляторы

поток направляется в приемно-сортировочное отделение \площадку\ с выделением носилочных и ходячих пораженных

поток направляется в эвакуационную

поток агонирующие и умершие.

Выделение групп пораженных по лечебному признаку:

I группа агонирующие. Пораженные, с крайне тяжелыми ранениями и отравлениями несовместимыми с жизнью. Нуждающиеся в уходе и симптоматической терапии облегчающей страдания.

Прогноз неблагоприятный для жизни.

Эвакуации не подлежат. К данной группе относятся и умершие.

II группа Тяжелые, с нарастающими расстройствами витальных функций. ЭМП - по жизненным показаниям в операционной, противошоковой или перевязочной. Наружное или внутреннее кровотечение, жгут, открытый или клапанный пневмоторакс, асфиксия, неполная травматическая ампутация конечностей выраженная клиника травматического токсикоза, выраженный болевой синдром. Прогноз без оказания неотложной помощи сомнителен. Эвакуация щадящим медицинским транспортом, после оказания ЭМП.

III группа средняя степень тяжести подлежащие лечению в госпитальных отделениях. Поражения сопровождаются выраженными расстройствами витальных функций, но не представляют угрозу для жизни. ЭМП оказывается во 2 очередь, или может быть отсрочена на определенное время.

Прогноз относительно благоприятный.

Эвакуация медицинским транспортом во 2 очередь.

При поступлении пораженных из ХОО количество нуждающихся в госпитализации будет 40-60%, а нуждающихся в реанимационных мероприятиях составит 10-12%.

IV группа легкопораженные с не резко выраженными функциональными нарушениями, нуждаются в амбулаторно-поликлиническом лечении.

Прогноз благоприятный для жизни и трудоспособности.

Эвакуация транспортом общего назначения во 2 очередь.

Для оформления результатов сортировки используют:

Первичную медицинскую карточку \преимственность сортировки на ЭМЭ\

История болезни, заполняемая в ЛПУ

Сортировочные марки с указаниями, куда и в какую очередь направить пораженного,

прикрепляются к одежде или носилкам.

При отсутствии сортировочных марок или большом потоке пораженных, можно использовать метод цветовой маркировки применяемой в военной медицине (Афганистан, Корея, Пирл-

Харбор). Цветными маркерами обозначения наносятся на коже лобной области пострадавших, как наиболее видимой части тела.

Заключение

Медицинская сортировка является одним из важнейших организационных методов, направленного на более успешное осуществление двухэтапной системы лечения населения в условиях ЧС. Правильно организованная сортировка способствует наиболее рациональному использованию сил и средств медицинской службы по своевременному и более полному оказанию пострадавшим всех видов медицинской помощи их лечения и эвакуации. В настоящее время еще не выработано единого механизма, с помощью которого можно точно и безошибочно распределить пораженных по категориям. Каждое направление медицины пытается выбрать свой метод, примерно отвечающий критериям снижения летальности при массовом поступлении пораженных.

Нельзя жестко придерживаться во всех ситуациях, какой то одной системы сортировки, каждая из них может быть дополнена успешными разнообразными приемами, взятыми из других систем. Здесь кардинальную роль играют клиническая оценка, подготовка и опыт персонала. Подготовка и планирование мероприятий на случай катастроф очень важно для успешной борьбы с их последствиями. Для этого медицинский персонал должен постоянно совершенствовать свои знания, умения и навыки. Иметь необходимую подготовку.

Все медицинские учреждения, отвечающие за медицинское обеспечение при ликвидации последствий катастроф, должны проводить соответствующую подготовку персонала, учения в плановом порядке и постоянно совершенствоваться в данном плане, чтобы весь персонал знал обязанности врача по сортировке, ее концепцию, а также был информирован об имеющемся имуществе и ресурсах. В масштабе интеграции Содружества Независимых Государств, для борьбы с катастрофами и оказания медицинской помощи пораженным, идеально было бы использовать стандартизированный международный подход, известный всем организациям и специалистам службы медицины катастроф.