Таблица. Критерии очередности медицинской эвакуации пострадавших травматологического профиля из зоны чрезвычайной ситуации (по результатам медицинской сортировки)

Основные виды травм у пострадавших в ЧС	Степень тяжести	Очередность, направление и вид эвакуации	Объем помощи в зоне ЧС и при мед. эвакуации
Множественная скелетная и сочетанная травма. Комбинированная травма. Открытые переломы длинных костей конечностей (Q-A-3 ст.). Нестабильные переломы тазовых костей. Осложненные переломы любых локализаций. Синдром длительного сдавления.	Тяжелая степень	1 очередь, травмоцентр 1 уровня, специализированное (травматологическое) отделение (отдел), авиационным санитарным транспортом, оснащенным ММВ	Скорая медицинская помощь в экстренной форме, скорая специализированная медицинская помощь в экстренной форме
Изолированная травма конечностей, закрытые переломы длинных костей конечностей, переломы мелких костей, открытые переломы (Q-A-1-2 ст.).	Средняя степень	2 очередь, травмоцентр 2-3 уровня, наземным, водным транспортом	Скорая медицинская помощь в экстренной форме
Ушибы, поверхностные раны, переломы ребер	Легкая степень	3 очередь, размещение в пункте временного размещения до эвакуации, эвакуации автомобильным транспортом	Первая помощь, экстренная психологическая помощь, скорая медицинская помощь в экстренной форме

Обоснованные нами критерии очередности медицинской эвакуации пострадавших травматологического профиля из зоны чрезвычайной ситуации по результатам медицинской сортировки, учитывающие вид травмы, степень тяжести пострадавшего, определяющие очередность, направление и вид эвакуации, объем помощи в зоне чрезвычайной ситуации и при медицинской эвакуации, являются новыми и предназначены для использования врачем-травматологом (хирургом) мобильной специализированной медицинской бригады МЧС России в зоне чрезвычайной ситуации с большим числом пострадавших травматологического профиля для их медицинской сортировки.

Гуменюк С.А., Федотов С.А., Потапов В.И., Теряев В.Г., Милова М.П., Брендэ Н.Л.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА СЛУЖБЕ БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Природные бедствия в нашей стране и за её пределами, техногенные катастрофы, связанные прежде всего с недостатками и ошибками при возведении, а потом при эксплуатации этих объектов, наносят невосполнимый экономический ущерб, изменяют экологическую обстановку и среду обитания, приводят к потери человеческих жизней.

Высокие темпы урбанизации, концентрация населения с увеличением площадей городов (как, например происшедшее в г. Москве) неизбежно сопровождается скоплением на

их территории крупных промышленных объектов, мощных производственно-технических комплексов, спортивных и культурных сооружений, религиозных строений.

Достижения научно-технического прогресса, давая средства для решения социальных и материальных проблем, в то же время приносят в мир опасности для здоровья и жизни людей при возникновении чрезвычайных ситуаций (ЧС).

В этой связи одним из важнейших вопросов продолжает оставаться безопасность жизнедеятельности человека.

Такую возможность обеспечивает, прежде всего, в общегосударственном масштабе предварительная готовность к подобным ситуациям.

В этом отношении служба экстренной медицинской помощи (СЭМП) Департамента здравоохранения города Москвы, созданная в 1991 году, является одной из приоритетных функциональных подсистем Московской городской системы, предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (МГСЧС).

Она объединяет все имеющиеся в Москве организации, которые могут внести вклад в дело предупреждения ЧС, в защиту населения, материальных и культурных ценностей, окружающей среды при возникновении аварий, катастроф, стихийных бедствий, эпидемий.

Накопленный Службой опыт работы указывает на постоянную высокую готовность к возможным ЧС, дальнейшее повышение режима работы при возникшей конкретной чрезвычайной ситуации при различном числе пострадавших. Высокая вероятность возникновения различных видов ЧС, участившихся террористических актов подтверждают это.

Выполнение такого объема работы возможно при проведении анализа нормативной, распорядительной и методической документации по оценке работы службы медицины катастроф (СМК) в различных режимах функционирования.

Принятие правильного и обоснованного решения, принимаемого в условиях ЧС и позволяющего эффективно действовать, требует проведения оценки готовности СМК к действиям при возникновении ЧС.

Объективная оценка готовности СМК к работе в ЧС представляет сложную задачу. Разработка и внедрение в практику критериев оценки качества подготовки к работе в ЧС являются условиями совершенствования деятельности СМК. Следовательно, объективная оценка готовности органов управления, формирований и учреждений СМК к работе в ЧС должна исходить из того, насколько она учитывает целевые функции, специфику решаемых ими задач.

Решая поставленные задачи, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы» разработала усовершенствованную методику контроля за уровнем предварительной готовности подразделений службы к действиям в ЧС.

С целью дифференцированной оценки результатов проведенных проверок была отрботана специальная карта проверяющего (АКТ ПРОВЕРКИ), в которой определены контролируемые параметры, характеристика недостатков и оценка баллов по результатам проверки.

По результатам контрольных проверок 49 медицинских организаций (МО), входящих в территориальную СМК города Москвы, создан массив наблюдений состояния готовности МО в 2017 году.

В ходе выполнения данной работы, для обработки статистических данных, характеризующих состояние готовности медицинских организаций (МО) службы медицины катастроф к переводу на чрезвычайный режим работы при массовом поступлении пострадавших или заболевших создана, автоматизированная информационная система «Готовность МО ТСМК к ЧС» («Готовность медицинских организаций территориальной службы медицины катастроф к ЧС»),

«Готовность МО ТСМК к ЧС» обеспечивает:

− формирование и ведение баз данных по показателям деятельности МО СМК в условиях ЧС;

− формирование отчетных и статистических данных о готовности МО СМК к действиям в ЧС;

− оперативный анализ деятельности МО ТСМК в условиях ЧС.

Обобщенные результаты проверок дали возможность внести новые предложения по повышению уровня предварительной готовности СМК к работе при возникновении ЧС, что является продолжением работы СМК над поддержанием постоянной готовности к ЧС, в соответствии с постановлением правительства России от 26.08.2013 г. №734 «Об утверждении положения о Всероссийской службе медицины катастроф» является поддержание постоянной высокой готовности к ЧС СМК.

АИС «Готовность МО ТСМК к ЧС» позволяет выявить наиболее часто встречающиеся нарушения, определять их истинную причину, оценить в динамике в заданных временных параметрах, а также контролировать устранения выявленных нарушений.

Гуркин Б.Е., Щигарев Н.Б., Киселев С.Г., Стеблин Д.И.,
Газимагомедов Р. Ю., Гуркин М. Б.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА НОВОЧЕРКАССКА

Городская больница скорой медицинской помощи г. Новочеркасска,
Ростовская область, Россия

Сложные переломы диафиза бедренной кости в современной ортопедической практике в РФ, как и во всем мире занимают особое и требуют очень серьезного отношения. По мнению профессоров Н. В. Корнилова и Э. Г. Грязнухина под сложными переломами подразумеваются многооскольчатые, нестабильные, сегментарные переломы (2016).

Сложность лечения данных переломов обусловлена следующими факторами:

- тяжелым общим состоянием больных, что является относительным противопоказанием к выполнению полноценного остеосинтеза;
- сложностью достижения полноценной стабильной фиксации отломков;
- высокой степенью повреждения мягких тканей, нарушением питания костных отломков в результате воздействия травмы (часто - механизмом высокой энергии), а также выраженным повторным нарушением питания при попытке внутреннего остеосинтеза.

Методы и тактика лечения данных переломов отличаются в различных странах и даже клиниках. После изучения доступной нам российской и западной литературы современная концепция лечения данных переломов по нашему мнению такова:

- при наличии закрытых переломов наиболее часто применяют интрамедуллярный остеосинтез современными гвоздями со статическими и динамическими блокирующими винтами UFN (unrimale femoral nail), не требующими обработки костного канала и обеспечивающими полноценную стабильную фиксацию;
- реже применяют накостный остеосинтез пластинами типа LCP (locking compression plate) или PC-Fix для атравматической установки по принципу биологического остеосинтеза.

Цель исследования: Изучить опыт оперативного лечения закрытых диафизарных переломов бедренной кости по материалам травматологического отделения МБУЗ ГБСМП г. Новочеркасска.

Материалы и методы: Мы располагаем наблюдениями 154 больных за 2013-2017 гг.

По механизму травмы: ДТП - 69 больных, кататравма - 49 пациентов, падения с высоты собственного роста - 22 пострадавших, патологические переломы - 15 человек.

По половому признаку: мужчины - 93 человека, женщины - 61.