

МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА

<http://prezentacija.biz/>

Основные принципы

Сортировочно-эвакуационные отделения и бригады

Методы проведения сортировки

Методика осмотра пораженных

Сортировочные группы

Сортировка на догоспитальном этапе

Сортировка на госпитальном этапе

- **Сортировка медицинская (триаж)**

распределение пораженных и больных при их массовом поступлении в результате ЧС в зависимости **от характера и тяжести** поражения (заболевания) на **группы** нуждающихся **в однородных** лечебно-профилактических или эвакуационных мероприятиях с определением очередности и места оказания помощи каждой группе и/или очередности и способа эвакуации

- Впервые теоретически обосновал учение и методику медицинской сортировки и претворил их в практику **Н. И. Пирогов.**
- Приехав в **1854** г. в осажденный Севастополь, он начал свою деятельность не с хирургической помощи, а с наведения порядка на перевязочных пунктах и в первую очередь с **проведения медицинской сортировки.**



Основные Пироговские сортировочные признаки:



- 1. опасность пострадавшего для окружающих
- 2. нуждаемость пострадавшего в лечебных мероприятиях
- 3. нуждаемость пострадавшего в эвакуации

- Сортировка должна проводиться непрерывно, преемственно и конкретно.

- К организации и проведению триажа должен быть привлечен наиболее **ОПЫТНЫЙ** из имеющихся в данный момент медицинских специалистов





- Цель сортировки: обеспечить своевременное оказание медицинской помощи максимальному числу пострадавших в оптимальном объеме при их массовом поступлении
- Состояние пострадавших **детей и беременных** женщин без видимых повреждений всегда оценивается как **тяжёлое**, оказание помощи и эвакуация - **в первую очередь**.

- В самые ранние сроки должна быть определена центральная сортировочная зона (пункт сбора пострадавших), 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, которые не пересекаются.



- При крупномасштабных катастрофах могут потребоваться несколько пунктов сортировки, при этом необходимы грамотные действия координатора

- На этапах медицинской эвакуации осуществляются два основных вида сортировки:
- Внутрипунктовая
- Эвакуационно-транспортная



Сортировочно-эвакуационные отделения



- Для успешного проведения сортировки на этапах медицинской эвакуации необходимо развернуть самостоятельные функциональные подразделения с достаточной емкостью помещений для размещения пострадавших рядами на носилках или станках Павловского - так называемые Пироговские ряды.

- В сортировочно-эвакуационном пункте происходит разделение потока пострадавших на ходячих и носилочных, распределение их по группам с присвоением цветных бирок и заполнением минимальной медицинской документации



Состав сортировочных бригад

Сортировка носилочных

Врач /фельдшер-1
медицинские сестры-2
регистраторы-2

Сортировка ходячих

Врач/фельдшер-1
медицинская сестра-1
регистратор-1

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

- В состав сортировочных бригад целесообразно выделять **наиболее опытных** врачей/фельдшеров, способных быстро оценить состояние пораженного, 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**



**На въезде в стационар медицинский пост
проводит первичную сортировку
пребывающих:**

- профильных
- непрофильных
- амбулаторных

**Пораженные,
непрофильные для данного ЛПУ,
не снимаются с машины,
а эвакуируются дальше по назначению.**



Транспорт с
амбулаторными
больными направляется в
поликлинику.

Въезды в стационар и в
поликлинику должны
быть раздельные.

С ними не должен
пересекаться маршрут
выезда транспорта из
больничного городка

- На 2 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 операционно-перевязочного и реанимационного отделений, не занятых в их развертывании, так как этот персонал является наиболее квалифицированным в вопросах диагностики и прогнозирования.

Методы проведения сортировки

- Медицинский персонал 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 артериального 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.





- 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/2-ая 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 фельдшера/медсестры.
- Фельдшер в это время осматривает 4-го пораженного и т. д.
- Звено носильщиков реализует решение врача в соответствии с сортировочной биркой.

- При таком "конвейерном" методе работы одна сортировочная бригада может за 1 час рассортировать до 30-40 носилочных пораженных травматологического профиля или пораженных АХОВ (с оказанием неотложной помощи).



- Сортировка проводится, не снимая повязок и не применяя трудоемких методов исследования на основе данных **расспроса, осмотра, пальпации, исследования Рs** и ознакомления с медицинской документацией при ее наличии



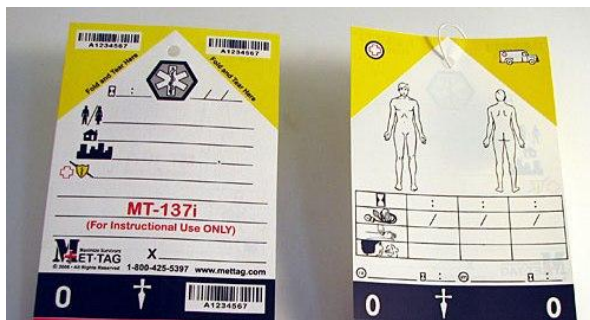


- Учитывая волнообразный характер доставки пораженных машинами СМП в приемное отделение, слаженная работа сортировочных бригад позволяет быстро и эффективно освободить " Пироговские ряды " для вновь прибывающих

Сортировочные группы

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

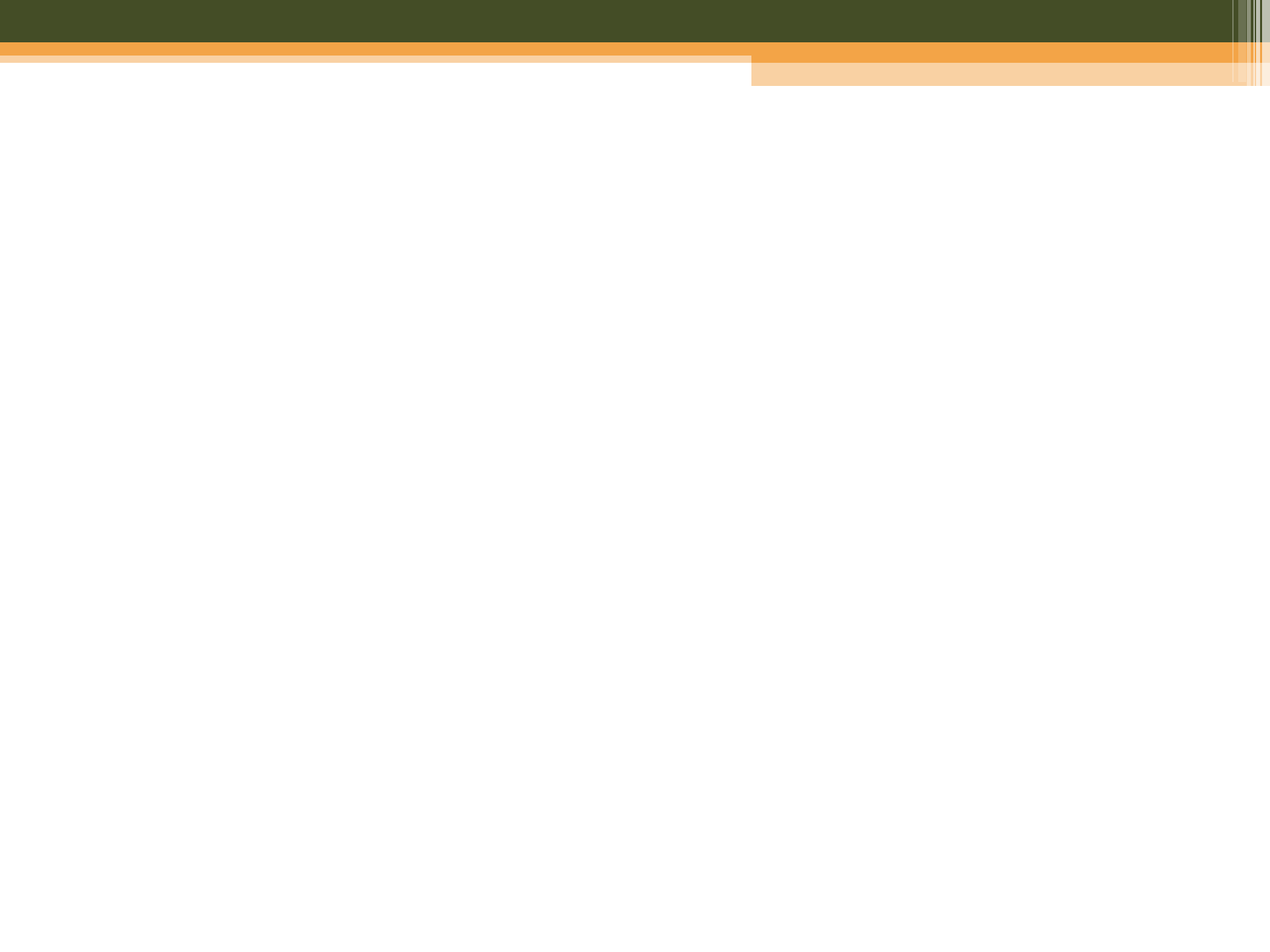


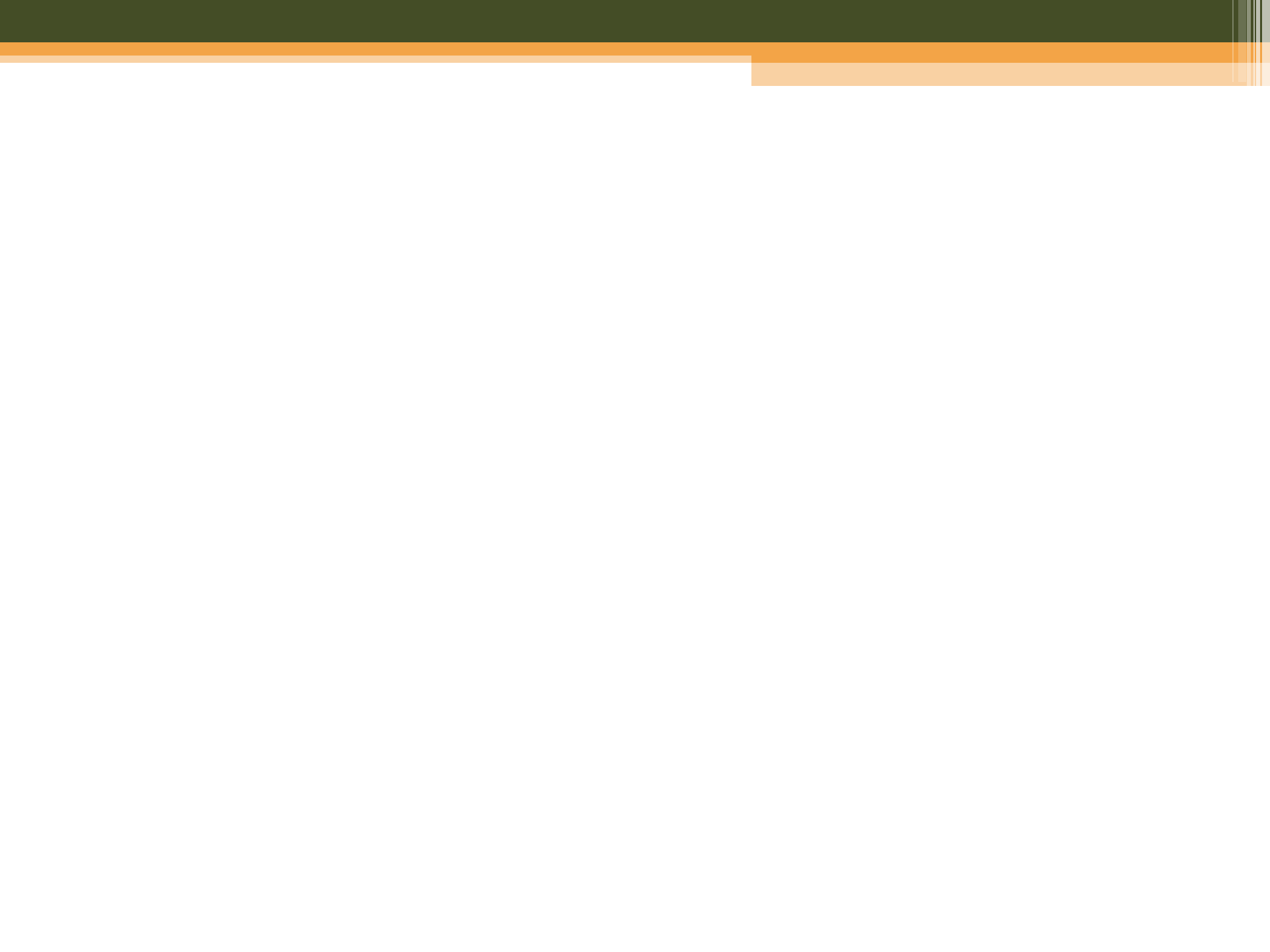


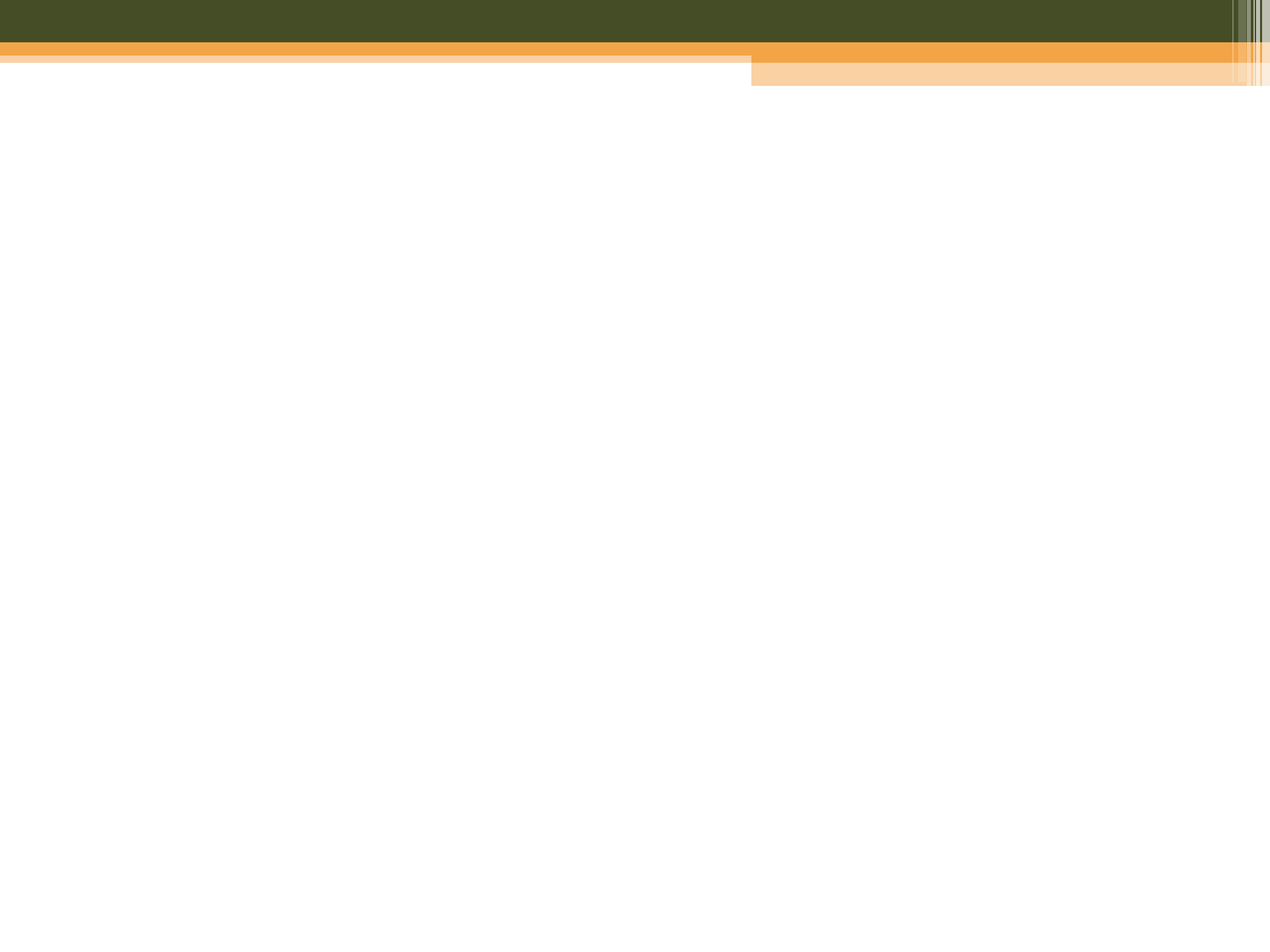
- **I сортировочная группа - чёрная:**

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 20 %.







Сортировка на догоспитальном этапе

- При ликвидации ЧС первая бригада СМП, прибывшая на границу очага, 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, находящимися под воздействием поражающих факторов, утяжеляющих поражение (горящая одежда, наличие СДЯВ, РВ на открытых частях тела).



- Как только вопросы первичной сортировки и маркировки пострадавших решены, возникает необходимость распределения медицинского транспорта, в зависимости от потребностей.



- Врач по сортировке должен знать месторасположение и расстояние до местных больниц, возможности отделений неотложной помощи и расположение специализированных центров

Сортировка на госпитальном этапе

Приемно-сортировочное отделение

- **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 шока, выраженный болевой синдром.
- Прогноз без оказания неотложной помощи сомнителен.
- Эвакуация щадящим медицинским транспортом, после оказания ЭМП.



Пораженных с
политравмой
перекладывают
только один раз!

Если больной поступает на щите, из оснащения
СМП, АСФ и других — щит не извлекается а
возвращается службе из обменного фонда.

Все щиты должны иметь отметку о
принадлежности.

- **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.



- **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.



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



Для оформления результатов сортировки используют:

- Первичную медицинскую карточку
- История болезни, заполняемая в ЛПУ
- Сортировочные марки с указаниями, куда и в какую очередь направить пораженного, прикрепляются к одежде или носилкам.

