

# Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера

# Учебные вопросы

1. Особенности медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий землетрясений. Синдром длительного сдавления.
2. Особенности медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий наводнений.
3. Особенности медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий пожаров.

# Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций

- совокупность мероприятий, выполняемых ВСМК при ликвидации последствий чрезвычайной ситуаций.

# Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций

Включает:

- лечебно-эвакуационное обеспечение;
- санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение;
- медицинскую защиту населения и участников ликвидации последствий ЧС;
- снабжение медицинским имуществом.

# Комплексная характеристика ЧС включает данные, касающиеся:

- величины и структуры санитарных потерь ;
- нуждаемости пораженных в различных видах медицинской помощи;
- условий проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в зоне ЧС;
- санитарно-эпидемиологической обстановки, сложившейся при ЧС;

# Комплексная характеристика ЧС включает данные, касающиеся:

- выхода из строя или нарушения деятельности расположенных в зоне ЧС учреждений здравоохранения;
- нарушения систем жизнеобеспечения населения в зоне ЧС и прилегающих к ней районах.

# Ликвидация последствий чрезвычайной ситуации

Проводится в очаге, зоне, районе чрезвычайной ситуации с целью:

- сохранения жизни пораженных (больных);
- быстрого восстановления их здоровья;
- снижения неблагоприятного влияния на здоровье населения условий (факторов), возникших при чрезвычайной ситуации;

# Ликвидация последствий чрезвычайной ситуации

- предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней;
- сохранения здоровья и работоспособности личного состава, участвующего в ликвидации чрезвычайной ситуации.

# Природные ЧС

**Опасное природное явление** - стихийное событие природного происхождения, которое по своей интенсивности, масштабу и продолжительности может вызвать негативные последствия для жизнедеятельности людей, экономики и природной среды.

**Стихийное бедствие** — это катастрофическое природное явление которое может вызвать многочисленные жертвы, значительный материальный ущерб и другие тяжелые последствия.



# Классификация природных ЧС

- **Геофизические** (землетрясения, извержения вулканов, цунами).
- **Геологические** (сели, оползни, снежные лавины, обвалы).
- **Метеорологические** (бури, ураганы, шквалы, смерчи, сильный мороз, ливень и т.п.).
- **Морские гидрологические** (циклоны, тайфуны, обледенение судов; отрыв прибрежных льдов и т.д.).
- **Гидрологические** (наводнения, аварии на гидродинамически опасных объектах).
- **Природные пожары** (лесные, степные, торфяные).
- **Космические** (метеориты, астероиды, излучение)

Ежегодно в мире насчитывается около 250 тысяч жертв природных катастроф

- 40% случаев причиной являются наводнения;
- 20% - тропические циклоны;
- 15% - землетрясения;
- 5% - засухи.

За последние 10 лет отмечается рост числа стихийных бедствий:

частота засух увеличились в 8 раз;

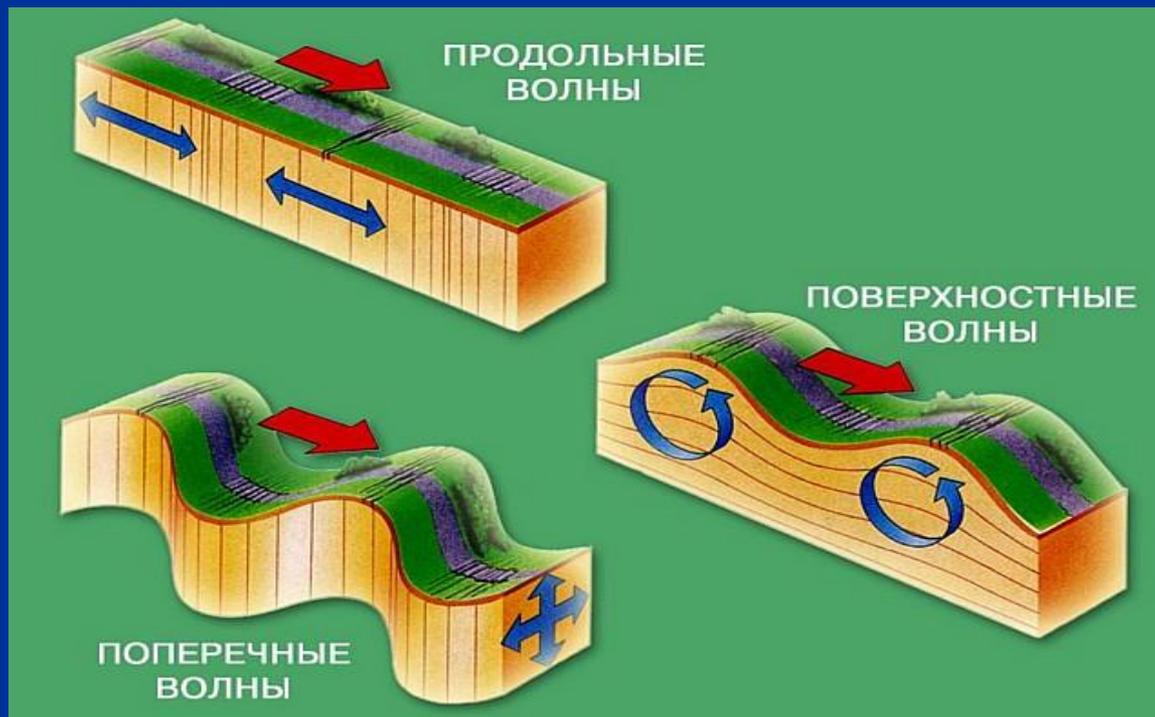
природных пожаров и вулканической деятельности – в 3 раза;

наводнений и эпидемий – в 2 раза.

# Особенности медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий землетрясений



**Землетрясения** — это подземные толчки и колебания земной поверхности, возникающие в результате внезапных смещений и разрывов в земной коре и передающиеся на большие расстояния в виде упругих колебаний (сейсмических волн)



По тяжести последствий землетрясения занимают ведущее место среди природных стихийных бедствий.

*Ежегодно:*

- происходит около 100 тыс. землетрясений*
- из них люди ощущают около 10 тыс.*
- около 100 имеют катастрофический характер*

# Медико-санитарные последствия землетрясений

## Одномоментные, массовые санитарные и безвозвратные потери.

Величина санитарных потерь зависит от:

- силы и площади землетрясения,
- плотности населения в районе землетрясения,
- степени разрушения зданий,
- времени суток,
- внезапности землетрясения.

В структуре поражений – преобладают травматические повреждения

## Комбинированный характер поражений

- механическая травма
- термическая травма (ожог кожи, ВДП, общее перегревание, общее переохлаждение)
- взрывная травма
- отравление продуктами горения

# Большое число пострадавших будут находиться под завалами

Погибнет  
тяжелопораженных:

в первые 6 часов – 40%

в первые сутки – 60%

в течение 3-х суток – 100%



До 30 % пострадавших будут иметь синдром длительного сдавления

Возможно разрушение емкостей с аварийно-опасными химическими веществами, аварии на радиационно-опасных объектах.



Фукусима, Япония, март 2011 г.

# В результате землетрясения возникают различные острые психические расстройства.

Острые реактивные состояния отмечаются у 50% населения:

- 20% - реакция длится до 3 часов,
- 70% - реакция длится до 5 суток
- 5% - реакция длится до нескольких месяцев



# Возникновение различных инфекционных заболеваний

## Причины:

- Резкое ухудшение условий жизни и быта
- Снижение резистентности организма
- Стресс
- Ухудшение питание
- Разрушение канализации
- Недостаток питьевой воды
- Разложение трупов людей и животных
- Переохлаждение



Гаити, 2010 г.  
Эпидемия холеры (умерло около 5 тыс. чел.)

# Выход из строя лечебно-профилактических учреждений

При землетрясении в Армении (1988 г.):

- полностью было разрушено 250 медицинских учреждений,
- из 36 больниц полностью разрушено 24 и частично 8;
- в аварийном состоянии находилось 97 поликлиник.

Потери медицинского персонала - около 70%.

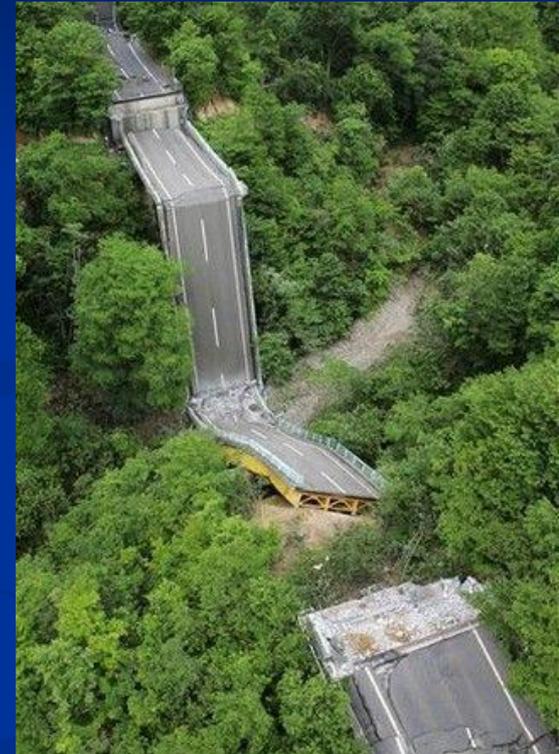
# Выход из строя спасателей

Связано с психическим перенапряжением и стрессом



## Осложняют организацию медицинской помощи в очаге землетрясения:

1. Разрушение большинства зданий.
2. Возможность повторных землетрясений.
3. Повреждение водопроводов, канализационных систем, отключение электроэнергии.
4. Нарушение транспортных путей.



# Организация оказания медицинской помощи пострадавшим при землетрясениях

*Аварийно-спасательные работы при ликвидации последствий землетрясений включают:*

- поиск пострадавших (находящихся на поверхности, живых пострадавших во всех внутренних пустотах и доступных пространствах);
- деблокирование пострадавших из завалов;
- оказание пострадавшим первой помощи;
- эвакуацию пострадавших в пункты сбора, пункты медицинской помощи;
- эвакуацию населения из опасных мест в безопасные районы.

# Первая помощь в очаге землетрясения (оказывается спасателями МЧС и населением в порядке само- и взаимопомощи) включает мероприятия:

- восстановление проходимости дыхательных путей;
- искусственное дыхание, непрямой массаж сердца;
- временная остановка кровотечения;
- иммобилизация при переломах, сдавлении конечностей, травме позвоночника;
- наложение жгута выше места сдавления конечности (только при признаках её нежизнеспособности!);
- наложение асептических повязок на рану, ожог, отморожение;
- обезболивание;
- согревание при переохлаждении.



- После оказания первой помощи пострадавшие доставляются силами и средствами спасательных формирований на ***пункты сбора.***
- На пунктах сбора пострадавшим оказывается доврачебная и первая врачебная помощь (врачебными и фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи, врачебно-сестринскими бригадами и бригадами доврачебной помощи).

## *При землетрясениях 7 баллов и выше:*

- Разрушение (частичное или полное) ЛПУ в зоне землетрясения.
- Возникнет необходимость выдвигения формирований службы медицины катастроф территориального, регионального и федерального уровней и их развертывания в зоне землетрясения.
- Необходимость эвакуации пострадавших в лечебные учреждения, расположенные на значительном удалении от зоны землетрясения.

Силы и средства, предназначенные для оказания **первой  
врачебной, квалифицированной помощи** при крупных землетрясениях в зоне ЧС (догоспитальный этап медицинской эвакуации)

- Учреждения здравоохранения, уцелевшие в очаге поражения или расположенные в непосредственной близости от очага поражения;
- Полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) службы медицины катастроф;
- Медицинские отряды специального назначения и госпитали Минобороны России;
- Медицинские учреждения МЧС, МЧС, МВД;
- Бригады специализированной медицинской помощи.

# Основными задачами этих учреждений

## являются:

- медицинская сортировка, прием и размещение поступающих пострадавших;
- при необходимости - санитарная обработка пострадавших и пораженных;
- выполнение оперативных вмешательств в полном или сокращенном (по жизненным показаниям) объеме в зависимости от обстановки;
- оказание реанимационной помощи;
- госпитализация пострадавших до проведения дальнейшей медицинской эвакуации, лечение временно нетранспортабельных пострадавших;
- симптоматическое лечение пострадавших, получивших травмы, несовместимые с жизнью;
- подготовка к эвакуации в специализированные профильные лечебные учреждения.

# Медицинская сортировка на этапе квалифицированной медицинской помощи (в 1 очередь):

## ■ нуждающиеся в оказании неотложной помощи

- нарушение сознания,
- асфиксия,
- признаки наружного или внутреннего кровотечения,
- наложенный жгут,
- эквентрация органов живота,
- травматический или ожоговый шок,
- острая дыхательная недостаточность).

Направляются в соответствующие функциональные подразделения – операционную, перевязочную для тяжело раненых, отделение анестезиологии-реанимации.

## Медицинская сортировка на этапе квалифицированной медицинской помощи (во 2 очередь – конвейерный способ):

- Пострадавшие с признаками анаэробной инфекции направляются в анаэробную палату.
- Пострадавших, не нуждающихся в хирургической помощи, эвакуируют по назначению. Перед эвакуацией им оказывают необходимую медицинскую помощь.
- Пострадавшим с легкими повреждениями оказывают медицинскую помощь на амбулаторном приеме.

# Мероприятия неотложной квалифицированной хирургической помощи:

- При травмах головы и шеи, сопровождающихся асфиксией (трахеостомия) либо наружным кровотечением (остановка наружного кровотечения);
- При травмах груди, сопровождающихся тампонадой сердца, продолжающимся внутриплевральным кровотечением, большим гемотораксом, напряженным пневмотораксом, открытым пневмотораксом;
- При травмах живота, сопровождающихся продолжающимся внутрибрюшным кровотечением, эвентрацией органов, выраженными признаками перитонита;
- При травмах таза, сопровождающихся наружным или внутритазовым кровотечением;
- При травмах конечностей, сопровождающихся наружным кровотечением из магистральных сосудов, разрушением и отрывом сегментов конечностей;

# Полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ)





разворачивается  
за 2 часа



30 травматологических  
операций в сутки

способен принять до 300  
пострадавших и  
заболевших в сутки



30  
ПОЛОСТНЫХ  
ОПЕРАЦИЙ В  
СУТКИ



Всех пострадавших, нуждающихся в стационарном лечении, после оказания им необходимой медицинской помощи эвакуируют на следующий, **окончательный этап лечения в специализированные ЛПУ** (нейрохирургия, ортопедия и травматология, комбустиология, педиатрия, офтальмология, нефрология и др.) наземным и авиационным видами транспорта.



Синдром длительного сдавления.  
Этиология, патогенез, клиника,  
медицинская помощь.

**Синдром длительного сдавления (СДС) - длительное сдавление тканей, приводящее к прекращению кровотока и ишемии.**

Наиболее часто СДС возникает в результате попадания пострадавших под завалы (стихийные бедствия, землетрясения, технологические катастрофы, аварии при подземных и строительных работах).

- 60 % всех случаев СДС — нижние конечности;
- 20 % — верхние конечности;
- 20% - туловище.

# Терминология

- «синдром длительного сдавления»
- «краш-синдром»,
- «синдром длительного раздавливания»,
- «миоренальный синдром»,
- «миоглобинурийный нефроз»,
- «синдром освобождения»,
- «травматический токсикоз».

# Разновидности синдрома

## Синдром позиционного сдавления -

вызываемый длительным нахождением пострадавшего в вынужденном неподвижном положении:

- бессознательное состояние (черепно-мозговая травма, алкогольная интоксикация и др.),
- длительное пребывание в тесном замкнутом пространстве (сидение на корточках).

Турникетный шок – при длительном (свыше 4 ч) нахождении жгута на конечности .

# Синдром позиционного сдавления



# Патогенез синдрома длительного сдавления

1. Боль
2. Ишемия тканей
3. Токсемия (эндотоксикоз) - «залповый» выброс накопившихся в тканях за время компрессии токсических продуктов.

# Периоды синдрома

## 1. Период компрессии

## 2. Период декомпрессии

- I стадия (ранняя) эндогенной интоксикации - длится 1—2 сут;
- II стадия (промежуточная) острой почечной недостаточности - длится с 3 - 4 сут. до 3 – 5 нед;
- III стадия реконвалесценции.

# Период компрессии

наибольшее патогенетическое значение имеет  
нейрорефлекторный механизм





**Окклюзия**  
кровеносных сосудов  
(спастическая,  
механическая)

**Травма нервных  
стволов**

**Ишемия**

4-6 часов

**Некроз**

**Анаэробный гликолиз**

**Переокисление липидов**

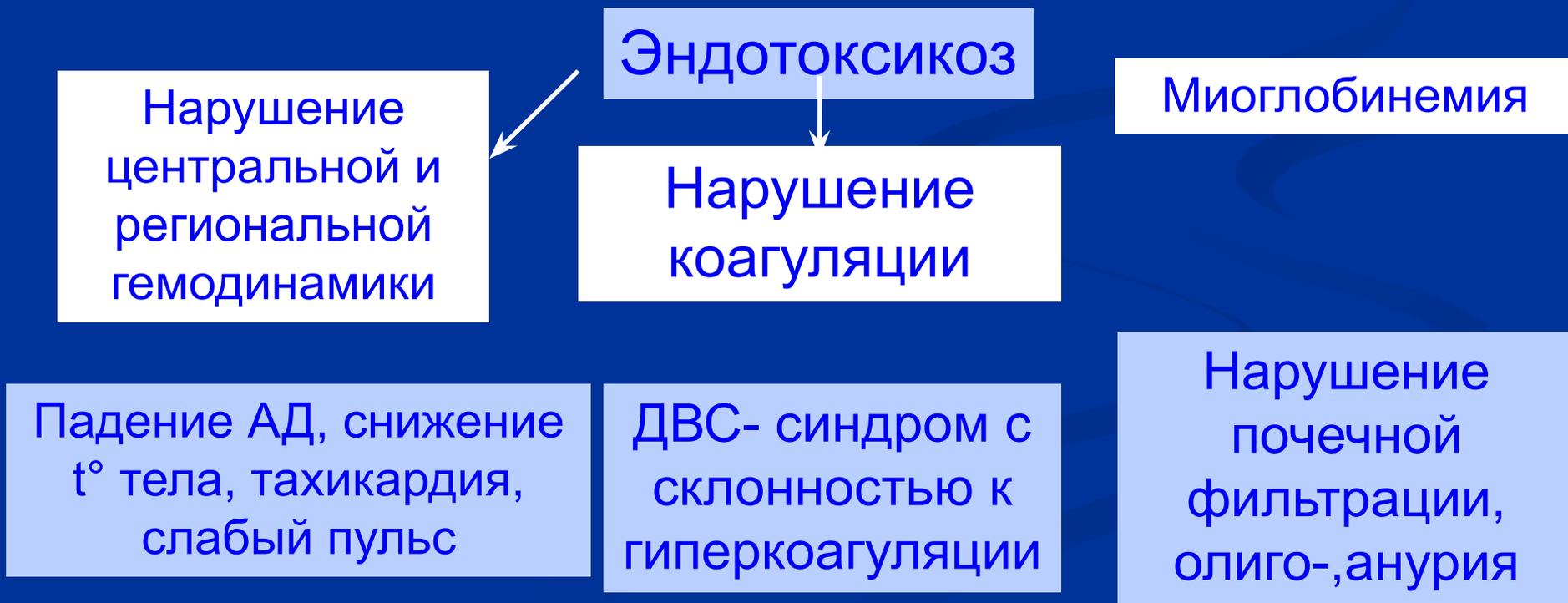
**Накопление токсических продуктов  
миолиза: миоглобин, креатинин, ионы  
K, Ca, лизосомальные ферменты.**

06.21.2007 20:57



# Период декомпрессии

Связан с моментом восстановления кровообращения в сдавленном сегменте и развитием **ТОКСЕМИИ (ЭНДОТОКСИКОЗА)** - «залповый» выброс накопившихся в тканях за время компрессии токсических продуктов.



# Клинические проявления синдрома длительного сдавления

## Период компрессии

(действие токсических факторов еще не проявляется)

Клиническая картина обусловлена проявлениями **«компрессионного шока»** с типичными нарушениями, присущими травматическому шоку:

- **стадия возбуждения (эректильная)** более выраженная и продолжительная, чем при травматическом шоке, что объясняется влиянием психоэмоционального стресса.
- **стадия торможения (торпидная).**

Бледность, цианотичность, отечность кожи и тканей  
подвергшихся сдавлению



# Период декомпрессии

## *I стадия (ранняя) эндогенной интоксикации*

- боли в поврежденной конечности,
- конечность увеличивается в объеме, приобретает деревянистую плотность (нарастает отек),
- ограничение подвижности конечности,
- нарастает общая слабость, появляются головокружение, тошнота,
- падение артериального давления, тахикардия,
- снижается диурез, моча приобретает красную окраску.
- сгущение крови, гиперкоагуляция.

**Возможен смертельный исход в 1-2 сутки на фоне выраженных гемодинамических расстройств.**

Эндогенная интоксикация тем сильнее выражена, чем больше масса ишемизированных тканей и чем больше время их ишемии.



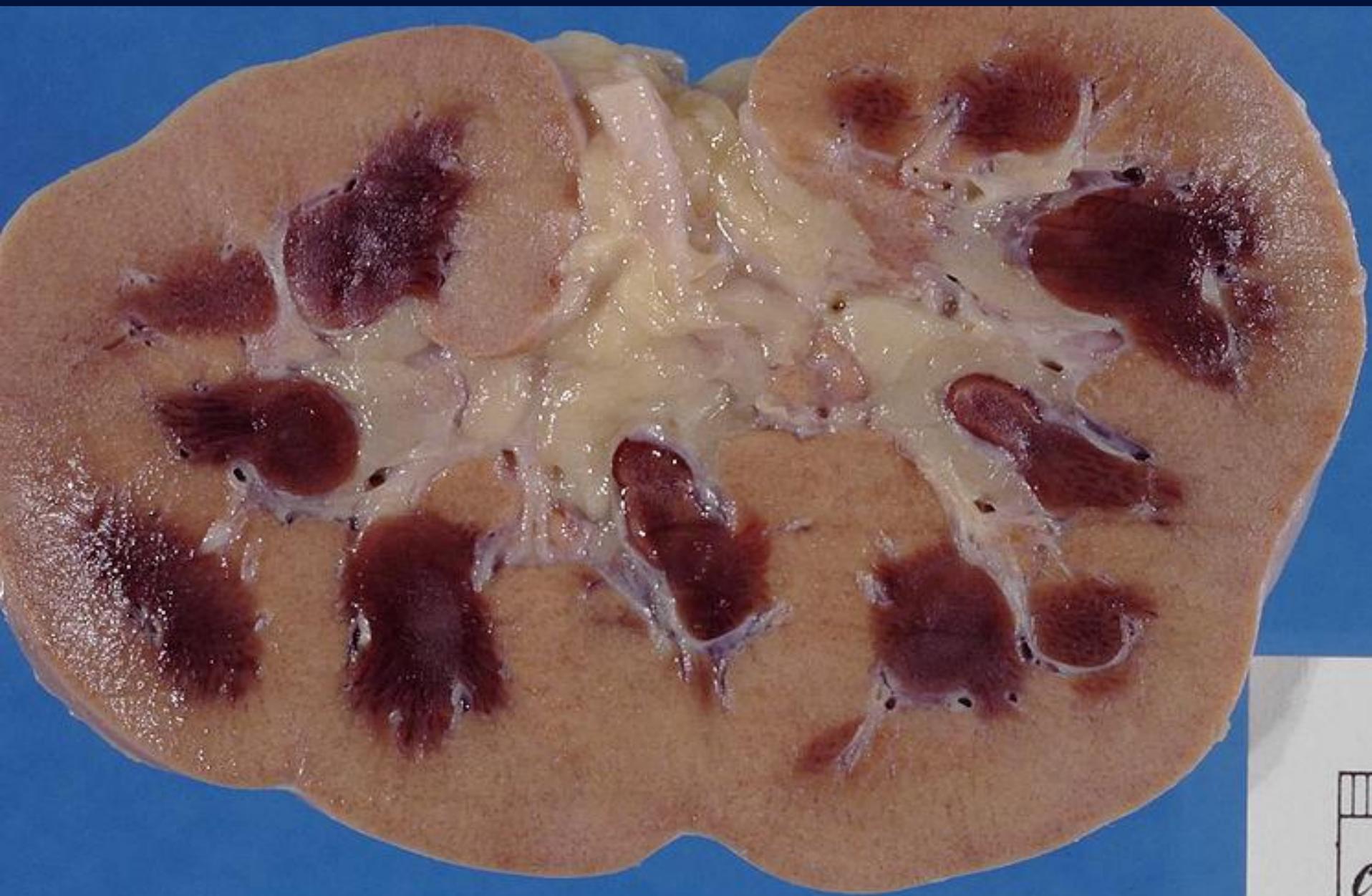
# Период декомпрессии

## *II стадия (промежуточная) острой почечной недостаточности*

- олигурия, анурия.
- уремический синдром с тяжелой гиперазотемией (повышение уровня мочевины и креатинина).
- гиперкалиемия.
- метаболический ацидоз.
- иктеричность кожных покровов.

Промежуточная стадия является критической для жизни пострадавшего: летальность при ней достигает 35-40%, причем основной причиной смерти является острая почечная недостаточность.

# Очаги некроза в паренхиме почек при острой почечной недостаточности



# Период декомпрессии

## *II стадия (промежуточная) острой почечной недостаточности*

- Продолжает нарастать отек конечности, на коже появляются кровоизлияния.
- Из образовавшихся ран выбухают омертвевшие мышцы, имеющие вид вареного мяса.
- Присоединяется гнойная, а иногда и анаэробная инфекция.
- На фоне эндогенной интоксикации развивается полиорганная патология.
- Гемодинамические показатели нестабильны.
- Нарушения ритма и проводимости сердца.

Прогрессирует полиорганная  
недостаточность

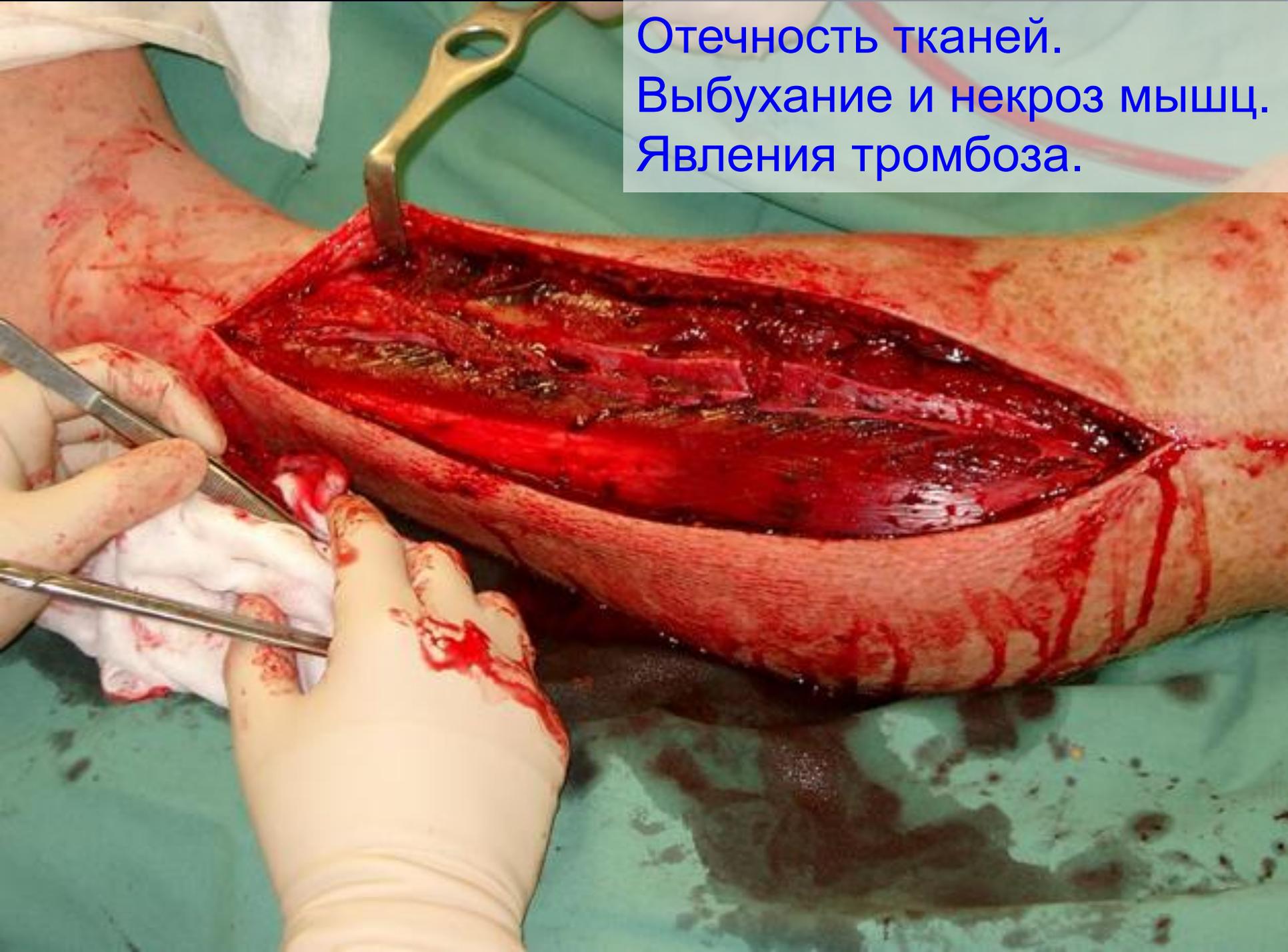


# Период декомпрессии

## *II стадия (промежуточная) острой почечной недостаточности*

- Нарастает тромбогеморрагический синдром с тенденцией к гиперкоагуляции и развитием ДВС-синдрома.
- Нарастает острая почечная недостаточность, олигоанурия (ниже 50 мл в час), моча становится темно-бурого цвета (миоглобинурия).
- Легочная недостаточность на фоне интерстициального отека легких.
- Расстройства нервной деятельности: апатия, гиперрефлексия, судорожные припадки.
- В желудке и кишечнике могут появляться острые язвы, отмечается парез кишечника.

Отечность тканей.  
Выбухание и некроз мышц.  
Явления тромбоза.



# Период декомпрессии

## *III стадия реконвалесценции*

- начинается с восстановления диуреза, затем развивается полиурия.
- постепенно восстанавливается гомеостаз (внутренняя среда организма).
- признаки функциональной недостаточности органов и систем могут сохраняться в течение нескольких лет.
- функцию конечности полностью восстановить практически никогда не удастся.
- требуется длительное лечение с последующей реабилитацией.

# Различают 4 степени тяжести СДС:

- легкую,
- среднюю,
- тяжелую,
- крайне тяжелую.

## Тяжесть СДС зависит от:

- площади сдавления (объема пораженной мышечной массы,
- времени сдавления (чтобы развились клинические симптомы СДС, время компрессии должно составить не менее 3,5—4 ч.),
- наличию сопутствующих механических повреждений (переломы костей, обширные раны мягких тканей, травмы внутренних органов).

## Степени тяжести СДС

- **Легкой степени** СДС развивается при компрессии небольшого по площади сегмента конечности (голень, предплечье, плечо) в течение 3 - 4 ч.
- **Средняя степень** тяжести развивается при компрессии 1-2 конечностей в течение 4 ч.

## Степени тяжести СДС

- **Тяжелая степень** развивается при компрессии 1 - 2 конечностей в течение от 4 до 7 ч.
- **Крайне тяжелая** степень синдрома развивается при компрессии обеих нижних конечностей в течение 8 ч и более.

# Оказание помощи пострадавшим с СДС

## Первая и доврачебная помощь

- весь комплекс **противошоковых мероприятий** должен быть проведен как можно раньше (введение анальгетиков, сосудосуживающих и кардиотонических средств).
- жгут при СДС накладывается **только при явных признаках нежизнеспособности конечности.**
- В отсутствие врача конечность считают жизнеспособной, и жгут накладывают лишь с целью остановки наружного артериального кровотечения.

# Оказание помощи пострадавшим с СДС

## Первая и доврачебная помощь

- После освобождения конечности производят ее **тугое бинтование** мягким (а лучше эластичным) бинтом, начиная от кончиков пальцев и заканчивая паховой областью на нижней конечности и подмышечной областью на верхней конечности.
- При наличии ран или ссадин перед тугим бинтованием накладывают асептическую повязку.
- В теплое время года всю конечность охлаждают (повышает устойчивость тканей к гипоксии, препятствует быстрому поступлению токсинов в общее кровяное русло).
- Транспортная иммобилизация (даже при отсутствии переломов костей).
- В процессе транспортировки проводят **инфузии солевых растворов**.

# Оказание помощи пострадавшим с СДС

## Первая врачебная помощь

- При первом осмотре пострадавшего врачом должна быть определена степень ишемии конечности. При явных признаках ее нежизнеспособности и определении показаний к последующей ампутации проксимальнее зоны сдавления должен быть наложен кровоостанавливающий жгут.
- **Если сохранены хотя бы пассивные движения в суставах конечности, наложение жгута при СДС противопоказано!**
- Проведение протившоковой терапии.
- Выполнение новокаиновых блокад (футлярная или циркулярная на конечностях).
- Двусторонняя паранефральная блокада, способствующая улучшению почечного кровотока .

# Оказание помощи пострадавшим с СДС

## Первая врачебная помощь

- Продолжить **охлаждение** конечности.
- Серопротекция столбняка.
- Антибиотикотерапия.
- Щелочное питье.
- Проведение инфузионной терапии (глюкозо-новокаиновая смесь, реополиглюкин, гепарин).
- Для транспортной иммобилизации целесообразно использовать пневматические шины (выполняют функцию тугй бинтовой повязки).

# Оказание помощи пострадавшим с СДС

## Квалифицированная медицинская помощь

- Ампутация конечности по жизненным показаниям (не снимая жгута!).
- Для снятия напряженного отека, способствующего усилению ишемии и развитию вторичных некрозов, выполняют продольную фасциотомию по типу лампасных разрезов.
- Продолжают проведение **локальной гипотермии, эластичного бинтования** неоперированных конечностей, **иммобилизации, общей обезболивающей и антибиотикотерапии.**
- Комплексная противошоковая терапия.
- Инфузионная терапия , форсированный диурез.
- Для контроля диуреза устанавливают постоянный мочевого катетер.

# Особенности медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий наводнений

**Наводнение** - временное значительное затопление местности водой в результате подъема ее уровня в реке, озере или на море, а также образование временных водотоков, которое причиняет материальный ущерб, создает угрозу или приводит к гибели людей и ЖИВОТНЫХ.



# Поражающие факторы наводнения

- быстрый подъем воды и резкое увеличение скорости течения, приводящие к **утоплению**;
- низкая температура воды, пребывание в которой может приводить к заболеваниям и гибели от **переохлаждения**;
- **механические травмы** вследствие присутствия в воде различных травмирующих предметов;
- нарушение санитарно-гигиенического режима;



## Людские потери зависят от:

- плотности населения, проживающего в зоне затопления,
- своевременности оповещения,
- расстояния населенного пункта от места начала наводнения,
- времени суток,
- скорости движения и высоты волны прорыва,
- температуры воды и окружающего воздуха.

# Медицинская помощь пострадавшим при наводнениях включает:

- первую помощь;
- доврачебную и первую врачебную помощь;
- специализированную помощь.



# Первая помощь оказывается на месте поражения командами спасателей

- розыск пострадавших, извлечение их из воды, полузатопленных домов, деревьев и т.п.;
- обеспечить проходимость дыхательных путей;
- при признаках клинической смерти начать немедленно реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких, закрытый массаж сердца);
- при наличии травмы следует остановить кровотечение и обеспечить иммобилизацию;
- защитить пораженного от переохлаждения.



Для оказания пострадавшим *доврачебной и первой медицинской помощи* развертываются **временные медицинские пункты (ВМП)** за счет сил и средств ЛПУ зон подтопления и территориальных центров медицины катастроф (ТЦМК).

- Штат временного медицинского пункта – 1 врач, 2 средних медицинских работника и 2 санитаря на смену.
- Основная задача ВМП - выведение пораженных из угрожающего жизни состояния, проведение реанимационных мероприятий, подготовка к дальнейшей эвакуации.



# Особенности оказания помощи при попадании людей в снежные лавины



# Особенности оказания помощи при попадании людей в снежные лавины

- при попадании людей под снежные лавины следует помнить о том, что человек, будучи засыпанным лавинным снегом, может оставаться в живых только несколько часов, причем шанс на выживание тем выше, чем тоньше слой снега над ним.

# Особенности оказания помощи при попадании людей в снежные лавины

- среди людей, находившихся в лавине не более 1 ч, могут выжить до 50%, через 3 ч вероятность остаться в живых не превышает 10%. Поэтому работы по спасению людей, попавших в лавину, должны начинаться еще до прибытия спасательного отряда.

# Особенности оказания помощи при попадании людей в снежные лавины

- при обнаружении засыпанного прежде всего освобождают голову, очищают от снега рот, нос, уши; далее осторожно (учитывая возможность наличия переломов) извлекают его из-под снега, переносят в защищенное от ветра место, укутывают в сухую одежду, дают горячее питье, а при отсутствии признаков жизни — приступают к искусственной вентиляции легких и другим реанимационным мероприятиям.

# Особенности оказания помощи при попадании людей в сели



# Особенности оказания помощи при попадании людей в сели

- Продолжительность периода спасения людей, погребенных селевым потоком в транспорте или под обломками зданий, не превышает обычно нескольких десятков минут; отрезанных сильной метелью или сошедшими лавинами на горной дороге — нескольких часов. Поэтому важно своевременное прибытие на место бедствия спасательных групп, обеспеченных поисковым снаряжением и средствами оказания первой помощи.

# Особенности медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий пожаров

# Природные пожары

- Лесные и торфяные пожары возникают ежегодно в весенне-летний и осенний периоды в лесах и на торфяниках (подземные), при засушливой и жаркой погоде возможно самовозгорание.

# Природные пожары



# Природные пожары

Основные поражающие факторы :

- тепловое излучение пожаров;
- психологическое воздействие;
- действие ядовитых веществ, образующихся в результате горения.

# Ликвидация медико-санитарных последствий пожаров

- В ходе проведения лечебно-эвакуационных мероприятий основное внимание обращается на прекращение действия термического фактора, а именно на тушение воспламенившейся одежды и вынос пораженного из опасной зоны. Пораженные с ожогами лица и временным ослеплением из-за отека век нуждаются в сопровождении при выходе из очага.

# Ликвидация медико-санитарных последствий пожаров

- Особое внимание уделяется пораженным с нарушением сознания, расстройством дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Вне зоны действия пожаров (задымление, огонь) проводится сердечно-легочная реанимация, вводятся анальгетики, сердечные и дыхательные analeптики.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**