

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И КАТАСТРОФАХ

Прогрессивное развитие научно-технической революции привело к тому, что частота возникновения ситуаций, опасных для жизни людей, не снизилась, а повысилась. Как реакция на повышение риска для жизни, в международных сообществах (ООН, ВОЗ и др.) стали разрабатываться системы медико-санитарной и медико-экологической защиты населения от стихийных бедствий и техногенных катастроф.

В начале любой катастрофы возможности для оказания медицинской помощи ограничены и требуется привлечение дополнительных сил и средств из непострадавших районов или из государственных резервов. Для этого необходима заблаговременная подготовка соответствующих медицинских кадров, способных работать в экстремальных условиях при массовом поступлении пораженных.

Чрезвычайно важное значение службы медицины катастроф (МК) заключается в разработке и планировании системы медицинской защиты населения и лечебно-профилактических учреждений от поражающих факторов, наиболее вероятных в регионе возникновения чрезвычайной ситуации (ЧС).

Для ликвидации последствий подобных ЧС, когда повышена значимость своевременного оказания необходимой медицинской помощи, проведения первоочередных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, возрастает роль службы медицины катастроф как организатора и исполнителя мероприятий по оказанию всех видов медицинской помощи и необходимых санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Лица, принимающие участие в оказании ПМП, должны в деталях знать перечень организационных и медицинских мероприятий, которые необходимо выполнять на догоспитальном этапе, т. е. в полевых условиях.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК) - это звено единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, объединяющая:

- Службы медицины катастроф Минздрава, Минобороны;
- Силы и средства МЧС, МВД, Роспотребнадзора, Минтранса;
- Силы и средства других органов исполнительной власти всех уровней и организаций,

предназначенных для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Основные задачи ВСМК:

- прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;
- создание резерва медицинского имущества;
- организация ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, в том числе организация и оказание медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию;

- ликвидация эпидемических очагов;
- обучение оказанию медицинской помощи гражданам в чрезвычайных ситуациях;
- информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах.

Для успешной реализации задач, стоящих перед ВСМК, используются имеющиеся и дополнительно созданные на базе действующих учреждений здравоохранения силы службы медицины катастроф (СМК).

Учреждения службы медицины катастроф (МК):

- Всероссийский центр МК "Защита" и его клинические базы;
- региональные центры МК (Новосибирск, Хабаровск, Москва, Чита, Екатеринбург, Казань, Ростов, Санкт-Петербург, Красноярск, Самара);
- территориальные центры МК (краевые, областные, городские) * межрайонные (зональные) центры МК;
- клиники региональных (территориальных) центров МК;
- территориальные ЛПУ здравоохранения (согласно плана на ЧС);
- базы, склады спецмедснабжения;
- учебные заведения по подготовке медицинских работников (первичной и последиplomной) по медицине катастроф.

Органы руководства и управления службой медицины катастроф (МК):

- МЗ РФ (отдел медицины катастроф (МК));
- территориальные органы управления (отделения МК) территорий РФ;
- межведомственные координационные комиссии;
- штабы Всероссийской службы МК;
- штабы медицинской службы гражданской защиты.

Начальником Всероссийской СМК является министр здравоохранения РФ. Служба медицины катастроф создается на федеральном, региональном, территориальном, местном и объектовом (на объектах экономики) уровнях.

Формирования службой медицины катастроф (МК):

- БСМП - бригады скорой медицинской помощи. (линейные и специализированные), предназначены для оказания первой врачебной помощи и доврачебной помощи в районе бедствия на догоспитальном этапе;
- БЭМП - бригады экстренной медицинской помощи - (врачебно-сестринские и доврачебные); их основное назначение - усиление службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в районе катастрофы;
- МО - медицинские отряды, состоящие из бригад экстренной медицинской помощи; служат для оказания неотложной первой врачебной помощи на догоспитальном этапе;
- СМБПГ - специализированные медицинские бригады постоянной готовности и БЭСМП - бригады экстренной специализированной медицинской помощи; входят в состав центров медицины катастроф и предназначены для усиления ЛПУ, оказывающих квалифицированную и специализированную медицинскую помощь;

- АВМГ - автономные выездные медицинские госпитали; предназначены для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в очагах катастроф или в непосредственной близости их.

С целью максимально оперативного выдвижения к месту катастрофы ряд территориальных служб медицины катастроф в своем составе **дополнительно развертывают:**

- оперативные группы управления (ОГУ);
- санитарную авиацию (СА);
- подвижные комплексы медицины катастроф (ПКМК) на базе автомобильного шасси;
- аэромобильные лечебно-эвакуационные комплексы (АЛЭК) на базе вертолета Ми-17МВ.

Для проведения в районах широкомасштабных катастроф санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий на базе ГЦСЭН создаются **подвижные формирования:**

- санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО);
- санитарно-эпидемиологические бригады (СЭБ);
- противоэпидемиологические бригады (ПЭБ);
- специализированные противоэпидемиологические бригады (СПЭБ);
- группы эпидемиологической разведки (ГЭР).

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО - ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Характеристика чрезвычайных ситуаций (ЧС)

Чрезвычайная ситуация (ЧС) – обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушения условий жизнедеятельности людей.

В каждом конкретном случае ЧС обуславливается оперативной обстановкой.

Уровни чрезвычайных ситуаций:

- локальный - пострадало не более 10 человек;
- территориальный - пострадало свыше 10, но не более 50 человек;
- региональный - пострадало свыше 50, но не более 500 человек;
- федеральный - пострадало свыше 500 человек.

Периоды (фазы) чрезвычайных ситуаций:

- изоляции;
- спасения;
- восстановления.

Период изоляции длится от нескольких минут до нескольких часов, медицинская помощь оказывается в порядке само - и взаимопомощи, в том числе и медицинскими работниками, оказавшимися в момент происшествия в зоне бедствия.

В этот период активно ведут розыск пораженных, их извлечения из труднодоступных мест (завалов, горящих сооружений, поврежденной техники и др.); оказание им первой медицинской помощи по жизненным показаниям; вынос из зараженной зоны в безопасное место; проведение частичной санитарной обработки с использованием индивидуальных средств медицинской защиты (перевязочные пакеты, индивидуальные и коллективные аптечки), медикаментами и другим медицинским имуществом, сохранившимся у медработников, а при их отсутствии - подручными средствами. После оказания первой медицинской помощи пострадавших целесообразно сосредотачивать в безопасных местах вблизи транспортных коммуникаций для последующей эвакуации из очага.

Период спасения начинается с момента прибытия в очаг катастрофы сил немедленного реагирования, в состав которых входят спасательные формирования, пожарные команды, бригады скорой медицинской помощи, санитарные дружины и отряды санитарных дружин МСГО, ведомственная аварийно-спасательная служба, подразделения милиции, а также воинские подразделения.

Продолжается розыск и сбор пострадавших с целью скорейшего оказания им первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи. Последняя, как правило, оказывается в местах сосредоточения (выноса) пострадавших, где могут развертываться силами службы медицины катастроф или медицинской службы Гражданской обороны временные пункты сбора пораженных (ВПСП). В зоне ЧС с особо опасными инфекциями проведение спасательных работ затруднено.

Период восстановления начинается после отправки в ближайшие лечебные учреждения для дальнейшего лечения.

Международный опыт ликвидации последствий крупномасштабных катастроф показал, что значительная часть пораженных погибает вследствие не своевременности оказания медицинской помощи. Оказание первой медицинской помощи в первые 30 минут с момента поражения, даже при отсрочке других видов помощи, снижает вероятность летального исхода в 3 раза.

Система лечебно-эвакуационного обеспечения

Лечебно-эвакуационное обеспечение (ЛЭО) – это комплекс последовательно проводимых, преемственных мероприятий по оказанию медицинской помощи населению в очагах поражения и на этапах медицинской эвакуации в сочетании с их транспортировкой в лечебные учреждения. Основной принцип оказания медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации - последовательность.

Этап медицинской эвакуации - это медицинские формирования и лечебные учреждения, развернутые и работающие на путях эвакуации и предназначенные для приема, медицинской сортировки пораженных, оказания им медицинской помощи и подготовки (при необходимости) к дальнейшей эвакуации.

Первым этапом медицинской эвакуации, предназначенным преимущественно для оказания первой медицинской и первой врачебной помощи, являются сохранившиеся в зоне ЧС лечебные учреждения, пункты сбора пораженных, развернутые бригадами скорой помощи и врачебно-сестринскими бригадами, прибывшими в зону ЧС из близ расположенных лечебных учреждений.

Вторым этапом медицинской эвакуации являются существующие и функционирующие вне зоны ЧС, а также дополнительно развернутые лечебные учреждения,

предназначенные для оказания исчерпывающих видов медицинской помощи квалифицированной и специализированной и для лечения пораженных до окончательного исхода (Рис. 1).

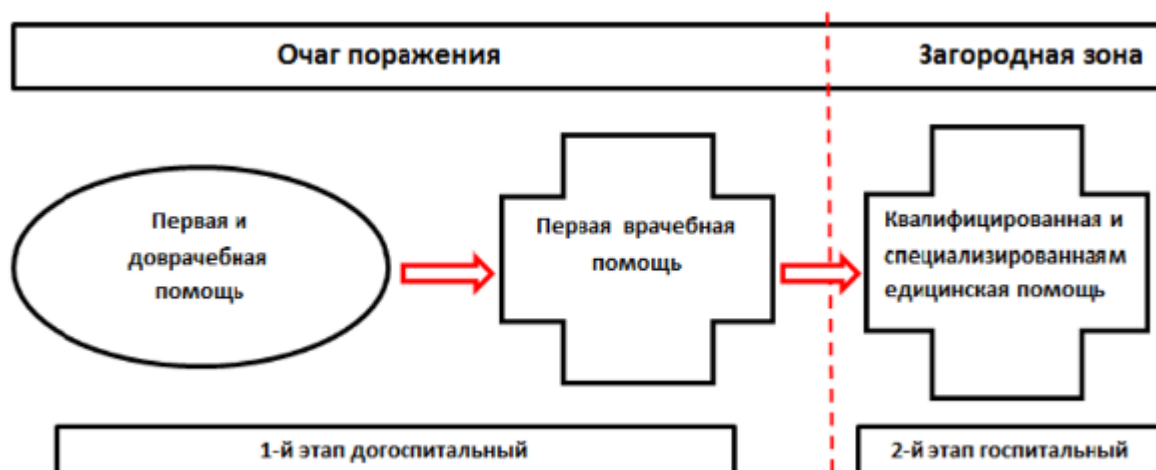


Рис.1 Принципиальная схема этапа медицинской эвакуации

Каждый этап медицинской эвакуации имеет свои особенности в организации работы. Однако в его составе необходимо создавать условия для приема, размещения и медицинской сортировки пораженных, помещения для оказания мед. помощи, временной изоляции, сан. обработки, временной или окончательной госпитализации, ожидания эвакуации и подразделения обслуживания. Для оказания 1-й медицинской и доврачебной помощи на месте, где получена травма или вблизи от него, а также отдельных мероприятий 1-й врачебной помощи, не требуется развертывания на местности функциональных отделений. Необходимость в организации 1-го этапа медицинской эвакуации обусловлена тем, что расстояние между районом бедствия и стационарными лечебными учреждениями может быть значительным. Определенная часть пораженных не выдержит длительную эвакуацию непосредственно из очага катастрофы после оказания им только 1-й медицинской помощи, полученной в очаге или на его границе (Рис. 2).



Рис.2 Схема медицинской эвакуации

Виды медицинской помощи

В системе ЛЭО имеются следующие виды медицинской помощи:

- первая помощь;
- доврачебная помощь;
- первая врачебная помощь;
- квалифицированная медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ - это комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых на месте получения повреждения преимущественно в порядке само и взаимопомощи, а также участниками спасательных работ, с использованием табельных и подручных средств.

Цель - устранения продолжающегося воздействия поражающего фактора, спасения жизни пострадавшим, снижения и предупреждения развития тяжелых осложнений.

Оптимальный срок оказания - до 30 минут после получения травмы.

Мероприятия первой помощи:

1. наложение антисептических повязок на раны и ожоговые поверхности;
2. временная остановка кровотечения с применением подручных и табельных средств;
3. иммобилизация при переломах костей и при обширных повреждениях мягких тканей (размозжение) с применением подручных средств и табельных шин;
4. проведение простейших противошоковых мероприятий, равномерное согревание до исчезновения озноба, введение морфина, кордиамина, кофеина и т.д.;
5. сердечно-легочная реанимация;
6. частичная дезактивация, частичная санитарная обработка и др..

Содержание первой медицинской помощи пострадавшему населению зависит от характера стихийного бедствия, аварии, вида очага и структуры поражения населения.

При землетрясениях, оползнях, если они сопровождаются сильными разрушениями, в основном наблюдаются травмы, в большинстве случаев происходит сдавление мягких тканей (травматический токсикоз), могут быть ожоги, асфиксия, психические расстройства.

При наводнениях у пострадавших наблюдается асфиксия, ознобление, в последующем может развиваться воспаление легких.

При воздействии на организм человека ОБ и АХОВ возникает весьма разнообразная симптоматика поражений в зависимости от токсических свойств ОБ и АХОВ, продолжительности скрытого периода, тяжести поражения.

В очагах комбинированного поражения возможны одновременно различные повреждения в различных сочетаниях: травмы, ожоги, острая лучевая болезнь и др.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ - комплекс медицинских манипуляций, которые дополняют первую помощь. Оказывается в очаге ЧС медицинскими сестрами или фельдшерами медицинских учреждений и формирований ВСМК.

Цель – устранение и предупреждение расстройств (кровотечение, асфиксия, шок, судорожный синдром и др.) угрожающих жизни пораженных и подготовка их к эвакуации.

Оптимальный срок оказания – до 1-2 часов после травмы.

Мероприятия доврачебной помощи включает:

1. введение воздуховода, ИВЛ с помощью аппарата типа "Амбу";
2. надевание противогаза (ватно-марлевой повязки, респиратора) на пораженного при нахождении его на зараженной местности;
3. контроль за сердечно-сосудистой деятельности (измерение АД, характера пульса) и функции органов дыхания (частота и глубина дыхания);
4. вливание инфузионных средств;
5. введение обезболивающих и сердечно-сосудистых препаратов;
6. введение и дача внутрь антибиотиков, противовоспалительных препаратов;
7. введение и дача седативных, противосудорожных и противорвотных препаратов;
8. дача сорбентов, антидотов и т.п.;
9. контроль правильности наложения жгутов, повязок, шин, при необходимости - их исправление и дополнение табельными медицинскими средствами;
10. наложение асептических и окклюзионных повязок.

ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами общей практики (врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи, врачебно-сестринские бригады, мобильные медицинские отряды в зоне ЧС).

Оптимальный срок оказания – 4-5 часов после получения травмы.

Мероприятия первой врачебной помощи:

1. неотложные мероприятия;
2. мероприятия, которые могут быть вынужденно отсрочены или оказаны на следующем этапе медицинской эвакуации.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых квалифицированными врачами – хирургами и терапевтами в медицинских формированиях и учреждениях.

Оптимальный срок оказания - первые 8-12 часов после получения травмы.

Мероприятия квалифицированной медицинской помощи:

1. неотложные мероприятия;
2. мероприятия, которые могут быть вынужденно отсрочены или оказаны на следующем этапе медицинской эвакуации.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами в специализированных лечебных учреждениях (отделениях) с использованием специальной аппаратуры и оборудования. Оптимальный срок оказания специализированной медицинской помощи – не позднее суток после получения травмы.

Медицинская сортировка

Медицинская сортировка – распределение пораженных на группы по признакам нуждаемости в определенных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях.

Цель сортировки:

Обеспечение своевременного оказания медицинской помощи, разумное использование имеющихся сил и средств, рациональная эвакуация.

Виды медицинской сортировки:

- **внутрипунктовая:** распределение пораженных на группы для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации с учетом очередности;
- **эвакуационно-транспортная:** распределение на группы в зависимости от направления эвакуации, очередности, вида транспорта и положения, в котором необходимо эвакуировать пораженного (сидя или лежа).

Сортировочные признаки:

1. Опасность для окружающих определяет степень нуждаемости пострадавших в санитарной или специальной обработке, изоляции:

- нуждающиеся в специальной (санитарной) обработке (частичной или полной);
- подлежащие временной изоляции;
- не нуждающиеся в специальной (санитарной) обработке.

2. Лечебный - степень нуждаемости пострадавших в медицинской помощи, очередности и месте (лечебное подразделение) ее оказания:

- нуждающихся в неотложной медицинской помощи;
- не нуждающихся в медицинской помощи на данном этапе (помощь может быть отсрочена);
- пораженных в терминальных состояниях, нуждающихся в симптоматической помощи, с травмой, несовместимой с жизнью.

3. Эвакуационный - необходимость, очередность эвакуации, вид транспорта (Рис. 3) и положение пострадавшего на транспорте, эвакуационное назначение:

- подлежащие эвакуации в другие территориальные, региональные лечебные учреждения или центра страны с учетом эвакуационного предназначения, очередности, способа эвакуации (лежа или сидя), вида транспорта;
- подлежащие оставлению в данном лечебном учреждении (по тяжести состояния) временно или до окончательного исхода;
- подлежащие возвращению по месту жительства (расселения) населения для амбулаторно-поликлинического лечения или медицинского наблюдения.

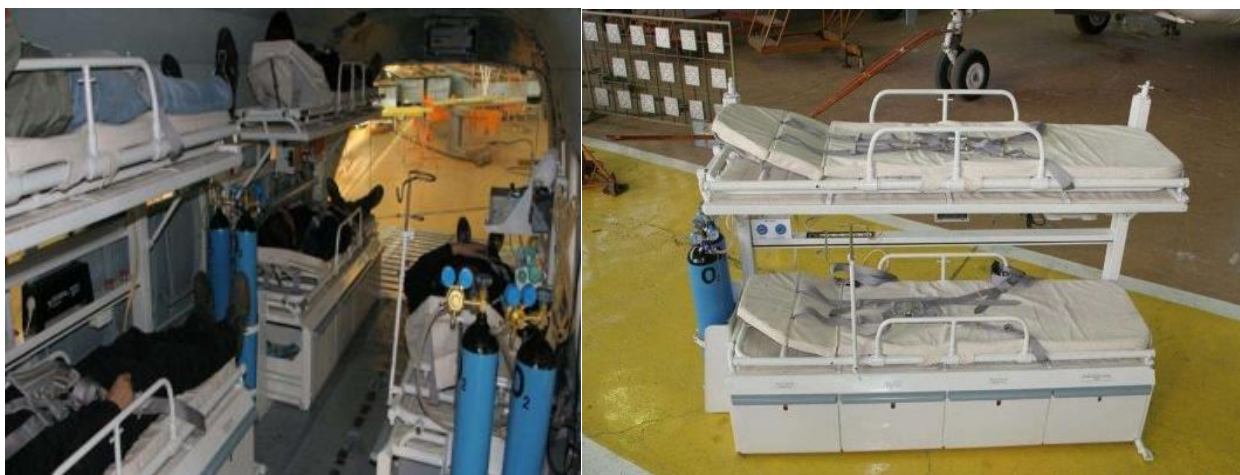


Рис. 3 Модуль медицинский вертолетный

Для успешного проведения медицинской сортировки необходимо создавать надлежащие условия на этапах медицинской эвакуации. Необходимо выделять необходимое количество медицинского состава, создавая из него сортировочные бригады, обеспеченные соответствующими приборами, аппаратами, средствами фиксации результатов сортировки и др.

Состав сортировочной бригады:

Для тяжелопораженных (носилочных)	Для легкопораженных (ходячих)
• врач • 2 медсестры или фельдшера • 2 регистратора • Звено носильщиков	• врач • медсестра • 1 регистратор

Организация внутрипунктовой медицинской сортировки

Бригада одновременно осматривает двух пораженных: 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. (Рис. 4).

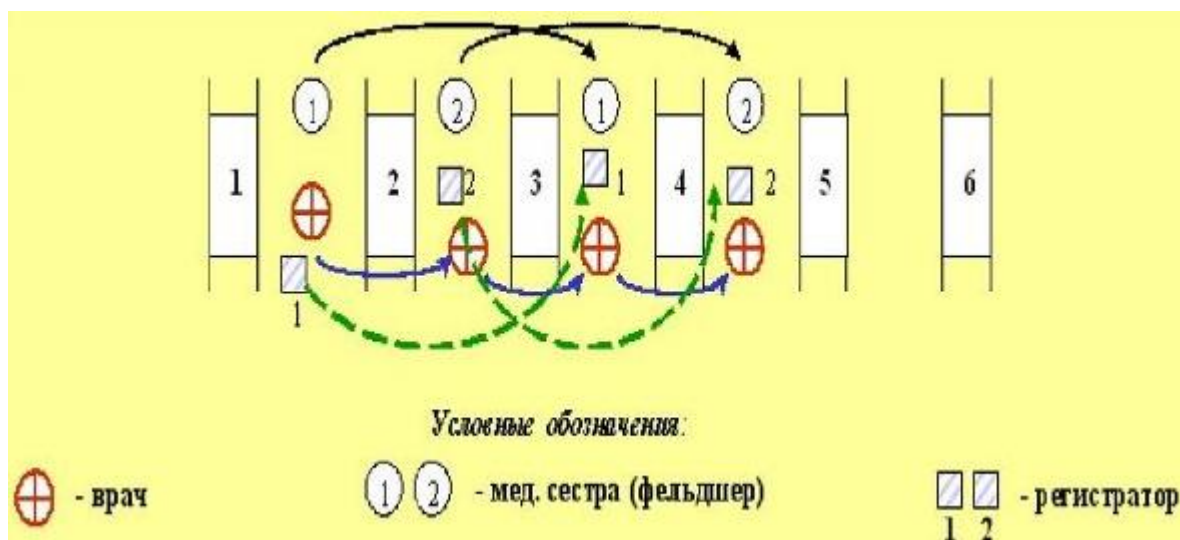


Рис. 4 Организация внутриспунктовой медицинской сортировки

Звено носильщиков реализует решение врача в соответствии с сортировочной маркой (Рис.5).

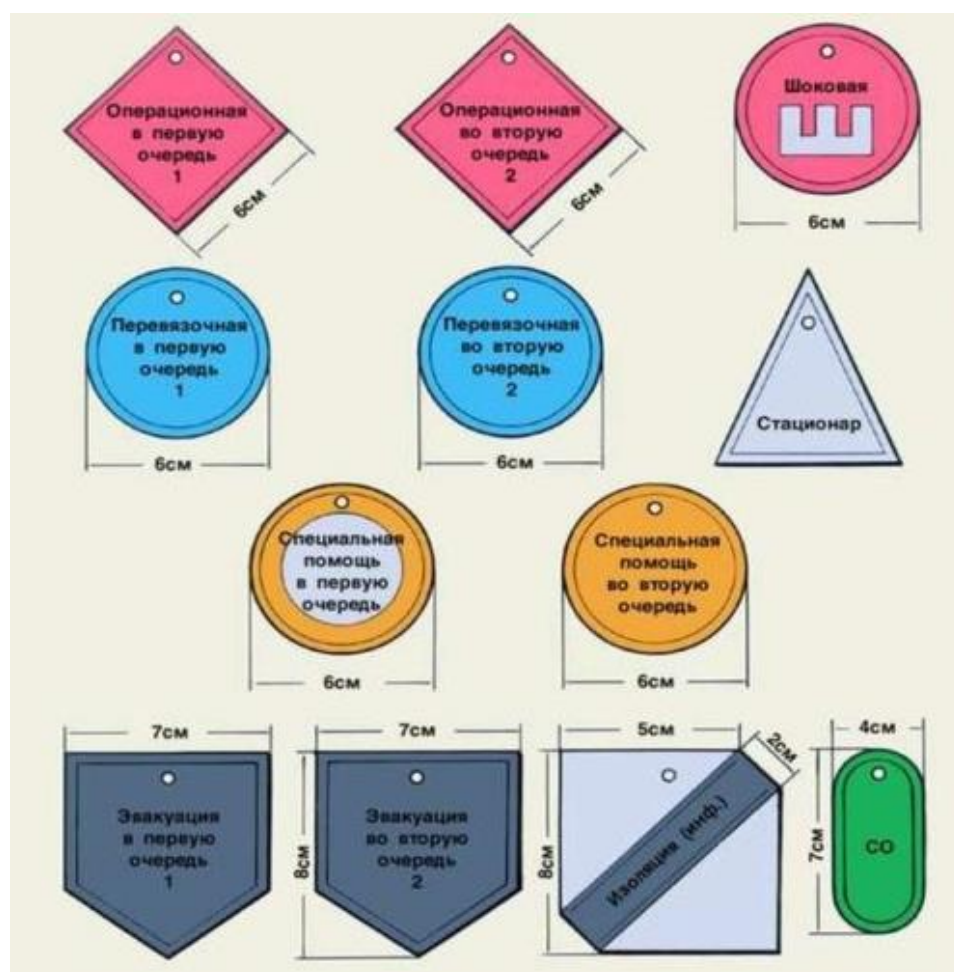


Рис. 5 Сортировочные марки

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

Сортировочные группы:

В процессе сортировки всех пострадавших на основании оценки их общего состояния, характера повреждений и возникших осложнений с учетом прогноза делят на 5 сортировочных групп:

I сортировочная группа: пораженные с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальных состояниях. Прогноз неблагоприятный. Пораженные этой группы нуждаются в симптоматическом лечении. Эвакуации не подлежат.

II сортировочная группа: пораженные с тяжелыми повреждениями, сопровождающимися нарастающими расстройствами жизненных функций. К этой группе относятся: тяжело пораженные с быстро нарастающими опасными для жизни осложнениями травмы, радиационного поражения, пораженные ОВ, БС с угрозой потери функции одной или нескольких основных жизнеобеспечивающих систем. Для устранения нарушений необходимо срочное проведение лечебно-профилактических мероприятий. Прогноз может быть благоприятным при условии оказания им соответствующего объема

медицинской помощи. Пораженные этой сортировочной группы нуждаются в помощи по неотложным жизненным показаниям (в том числе в проведении срочных оперативных вмешательств). Временно нетранспортабельны, эвакуация возможна только после стабилизации гемодинамических показателей, дыхания.

III сортировочная группа: пораженные с тяжелыми и средней тяжести повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы для жизни. Прогноз для жизни и восстановления трудоспособности относительно благоприятный. Медицинская помощь оказывается во вторую очередь или может быть отсрочена до поступления в ББ (однако не исключается возможность развития тяжелых осложнений). Эвакуация в первую очередь.

IV сортировочная группа: пострадавшие с повреждениями средней тяжести с нерезко выраженными функциональными расстройствами или они отсутствуют. Медицинская помощь может потребоваться при подготовке к эвакуации. Развитие опасных осложнений маловероятно (при условии применения антибиотиков и других препаратов по показаниям). Прогноз восстановления трудоспособности, как правило, благоприятный при относительно коротком сроке госпитального лечения и пребывания в БЛП. Эвакуация во вторую очередь (при нехватке транспортных средств).

V сортировочная группа: легкопораженные с абсолютно благоприятным прогнозом для жизни и для восстановления трудоспособности. Нуждаются в амбулаторно-поликлиническом лечении по месту расселения (жительства) населения. Эвакуация во вторую очередь (см. Приложения 1-4).

Медицинская эвакуация

Медицинская эвакуация – организованный вынос (вывоз) и транспортировка пораженных из очага ЧС в лечебные учреждения, а также медицинское обслуживание в пути

Цель: госпитализация пострадавшего соответствующего профиля в лечебно-профилактическое учреждение, где пострадавшему будет оказан полный объем медицинской помощи и окончательное лечение (эвакуация по назначению).

Эвакуация осуществляется по принципу:

- "на себя" (машины скорой медпомощи лечебно- профилактических учреждений, центров экстренной медицинской помощи и др.);
- "от себя" (транспортом пострадавшего объекта, спасательными отрядами и др.) (Рис.6).



Рис. 6 Эвакуация из Беслана

Общим правилом при транспортировке пораженных на носилках является несменяемость носилок, а их замена из обменного фонда. Загрузка транспорта по возможности однопрофильными по характеру (хирургический, терапевтический и др. профиль) и локализации поражения значительно облегчает эвакуацию не только по направлению, но и по назначению, сокращая до минимума межбольничные перевозки.

При эвакуации пораженных в состоянии психического возбуждения принимаются меры, исключающие возможность их падения с транспорта (фиксация к носилкам лямками, введение седативных лекарственных средств, наблюдение за ними легкопораженных, а иногда - выделение сопровождающих).

Эвакуация пораженных из очагов АХОВ организуется в соответствии с общими принципами, хотя и имеет некоторые особенности.

Эвакуация больных из очагов особо опасных инфекционных заболеваний, как правило, не производится или резко ограничена.

Система здравоохранения СМК должна устойчиво оперативно реагировать на кризисные и ЧС различного типа и масштаба, когда потребность в экстренной медико-санитарной помощи превышает повседневную, рационально используя медицинские силы и средства.

Медицинская сортировка пострадавших с механической травмой

Клинические данные	Оказание помощи	Эвакуация
I сортировочная группа		
<i>Повреждения черепа и головного мозга</i> Тяжелый ушиб головного мозга или тяжелая рана черепа с обширным разрушением вещества мозга и выраженным нарушением жизненных функций. Пострадавшие находятся в глубокой (запредельной) коме. Реакция на болевое раздражение отсутствует. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Дыхание нарушено по центральному типу (типа Чейна-Стокса, Биота, Куссмауля). Сухожильные, глоточные рефлексy отсутствуют. Судороги или общая мышечная атония.	Симптоматическое лечение.	Эвакуации не подлежит
<i>Повреждения груди</i> Закрытая травма или ранение груди с множественными двусторонними переломами ребер, выраженной деформацией грудной клетки, с двусторонним открытым или напряженным пневмотораксом или с большим гемотораксом. Цианоз кожных покровов, видимых слизистых оболочек. Холодный пот. Пульс не определяется или не сосчитывается. АД ниже 60 мм рт. ст. или не определяется. Дыхание с участием вспомогательных мышц. Сердечные тоны глухие.	Симптоматическое лечение.	Эвакуации не подл
<i>Повреждения живота</i> Открытая или закрытая травма живота с повреждением внутренних органов, часто с обширными разрушениями брюшной стенки и эквентрацией поврежденных органов. Клиника продолжающегося массивного кровотечения или перитонита в терминальной фазе. Сознание часто нарушено. Пульс более 130 уд./мин; может не сосчитываться. АД ниже 60 мм рт. ст. или не определяется. Цианоз. Дыхание с участием вспомогательных мышц. Сочетанные проникающие ранения трех и более полостей с повреждениями внутренних органов.	Симптоматическое лечение.	Эвакуации не подлежит ежит
<i>Повреждения костей конечностей, суставов и позвоночника</i> Сдавление обеих нижних конечностей на всем протяжении в течение более 7 ч. Сдавление (при завалах) туловища или области спины, таза, нижних конечностей в течение более 10-12 ч. Множественные открытые переломы длинных трубчатых костей, сопровождающиеся тяжелым травматическим шоком. Повреждения шейного отдела позвоночника с синдромом полного нарушения проводимости спинного мозга у пострадавших, находящихся в состоянии шока III ст.	Симптоматическое лечение.	Эвакуации не подлежит

<i>Повреждения таза и тазовых органов</i> Обширная закрытая травма или ранение таза с тяжелыми повреждениями тазовых органов. Видимая на глаз деформация таза. Массивное внутреннее или наружное кровотечение. Шок III ст.; пульс 140-160 уд./мин, АД ниже 70-60 мм рт. ст.; нарушения ритма дыхания.	Симптоматическое лечение.	Эвакуации не подлежит
Основные нарушения жизненных функций Гипотензия со снижением АД ниже 70 мм рт. ст. (или неопределяемое давление) — при повреждении 2 или 3 областей с подозрением на внутреннее кровотечение, при невозможности проведения операции для остановки кровотечения. Гипотензия со снижением АД ниже 70 мм рт. ст. на протяжении более 5—6 ч, при повреждении не менее двух областей. Отсутствие реакции на артерио-венозную трансфузию после остановки кровотечения и кажущегося восполнения кровопотери. Углубление коматозного состояния, нарушения зрения, глазных рефлексов у пострадавших с травмой черепа. Развитие терминальных состояний. Внезапная остановка сердца, прекращение дыхания в течение более 5-6 мин.		
II сортировочная группа		
<i>Повреждения черепа и головного мозга</i> Закрытая или открытая черепно-мозговая травма с нарастающим сдавлением головного мозга. Нарушения сознания, жизненных функций. Общее состояние тяжелое. Речевой контакт, как правило затруднен. Возможны нарушения проходимости верхних дыхательных путей. Признаки сдавления головного мозга: брадикардия, напряжение пульса, анизокория, гемипарез. Нарушения ритма и частоты дыхания. Истечение крови и ликвора из черепно-мозговой раны, из ушей, носа. Возможны судороги, психомоторное возбуждение. При травматическом шоке – слабый, частый пульс, возможна аритмия, снижение АД.	Оказания соответствующей помощи в: 1.противошоковой палате (с шоком); 2.перевязочной (повязки, трахеотомия); 3.приемно-сортировочном отделении (устранению непроходимости дыхательных путей, седативные, противосудорожные препараты)	Эвакуация в первую очередь лежачем положении
<i>Челюстно-лицевые повреждения</i> Обширные дефекты мягких тканей лица, отрывы подбородка, губ, щек и др., множественные открытые и закрытые переломы костей лицевого скелета со значительным смещением фрагментов. Изменение контуров лица. Нарушение прикуса. Состояние тяжелое, часто шок II—III ст. Возможно затруднение дыхания из-за нарушений проходимости дыхательных путей. Обильное кровотечение из раны.	Оказания соответствующей помощи в: 1.противошоковой палате (с шоком); 2.приемно-сортировочном отделении (обезболивающие, ликвидация нарушений проходимости верхних дыхательных путей, иммобилизация стандартной шиной или пращевидной повязкой); 3.перевязочной (остановка кровотечения, трахеотомия)	Эвакуация в первую очередь полусидячем положении.
<i>Повреждения органов зрения</i> Прободное ранение глазного яблока, контузия, разрушение глазного яблока. Ранение глазницы с повреждением костей, обширные разрывы, отрывы век. Кровоизлияние под конъюнктиву, в полость глазного яблока. Деформация зрачка. Ранение роговицы или склеры. Снижение тонуса глазного яблока. Выпадение в рану внутренних оболочек. Возможно полное разрушение глазного яблока.	Оказания соответствующей помощи в: 1.приемно-сортировочном отделении (обезболивающие наложение бинокулярной повязки)	Эвакуация в первую очередь лежачем положении.

Кровотечение из глазницы.		
<i>Повреждения ЛОР-органов</i> Закрытая травма или ранение ЛОР-органов с нарушениями дыхания и кровотечением. Общее состояние тяжелое или средней тяжести. Явление стеноза или обтурации верхних дыхательных путей. Асфиксия. Цианоз кожных покровов, слизистых оболочек; участие в дыхании вспомогательных мышц. Обильное кровотечение из носа, ушей, глотки или из сигмовидного синуса.	Оказания соответствующей помощи в: 1.противошоковой палате (с шоком); 2.перевязочной (остановка кровотечения, трахеотомия); 3.приемно-сортировочном отделении (обезболивающие, лечение отека верхних дыхательных путей)	Эвакуация в первую очередь в положении сидя
<i>Повреждения груди</i> Закрытая травма или ранение груди с множественными переломами ребер, грудины, повреждением легких с открытым или напряженным пневмотораксом, большим гемотораксом. Ушибы (ранения) сердца. Общее состояние тяжелое. Частота дыхания более уд./мин. Цианоз. Участие в дыхании вспомогательных мышц. Пульс 100—300 уд./мин. АД не ниже мм рт. ст. Кровохарканье. Флотирующий фрагмент грудной клетки. Рана грудной клетки с подсасыванием воздуха, при дыхании перкуторно определяется большой гемоторакс или гемопневмоторакс. Возможны обширная подкожная эмфизема, петехиальные кровоизлияния на кожных покровах груди, лица, шеи; кровоизлияния под конъюнктиву.	Оказания соответствующей помощи в: 1.противошоковой палате (с шоком); 2.перевязочной или операционной (остановка кровотечения, новокаиновые блокады, борьба с подкожной эмфиземой, пневмотораксом)	Эвакуация в первую очередь в полусидячем положении
<i>Повреждения живота</i> Закрытая травма или ранение живота с явными признаками повреждения органов брюшной полости, внутреннего кровотечения или перитонита. Общее состояние тяжелое. Бледность кожи и слизистых. Частый пульс (100 — 130 уд./мин), АД не ниже 60 мм рт. ст. Язык обложенный, сухой. Болезненность при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины. Притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости. Возможно выпадение внутренних органов через рану брюшной стенки; кровотечение из раны.	Оказания соответствующей помощи в: 1.противошоковой палате (с признаками внутреннего кровотечения); 2.приемно-сортировочном отделении (обезболивающие, смена повязки, эвакуация желудочного содержимого гибким зондом)	Эвакуация в первую очередь в лежачем положении.
<i>Повреждения конечностей и позвоночника</i> Отрыв сегмента конечности. Открытые или закрытые переломы с повреждением магистрального кровеносного сосуда. Сдавление одной или двух конечностей при завалах в течение 6—7 ч. Повреждение позвоночника с симптомами нарушения проводимости спинного мозга, сопровождающееся шоком. Раны, осложненные анаэробной инфекцией. Общее состояние тяжелое. АД не выше мм рт. ст. Кожные покровы, видимые слизистые бледные. У некоторых пострадавших наложен кровоостанавливающий жгут. Признаки нарушения кровоснабжения конечности при синдроме длительного сдавления. У пострадавших с повреждением позвоночника — явления паралича. При анаэробной инфекции — резкий отек конечности, наличие на коже пятен	Оказания соответствующей помощи в: 1.противошоковой палате (с шоком, с массивной кровопотерей, с синдромом длительного сдавления конечностей); 2.приемно-сортировочном отделении (с повреждениями позвоночника и с переполненным мочевым пузырем - катетеризация или надлобковая пункция, исправление или замена наложенных ранее шин); 3.перевязочной (с наложенным жгутом)	Эвакуация в первую очередь в положении лежа; с повреждением позвоночника - на шите или жестких носилках; с анаэробной

бронзового цвета, распирающие боли в конечности, специфический запах из раны. Олигурия или анурия.		инфекцией эвакуируются отдельно.
<i>Повреждения таза и тазовых органов</i> Закрытая травма или ранение таза с повреждением уретры, мочевого пузыря, прямой кишки, внутренних половых органов у женщин. Ранение наружных половых органов. Закрытая травма или ранение таза без повреждения внутренних органов, сопровождающееся шоком. Состояние тяжелое. Часто развивается травматический шок. При внутрибрюшинном повреждении мочевого пузыря наличие свободной жидкости в брюшной полости. При внебрюшинном повреждении отмечаются истечение мочи через рану или задержка мочеиспускания, частые болезненные позывы, гематурия, признаки мочевого инфильтрации клетчатки – боли внизу живота, болезненность при пальцевом ректальном исследовании, пастозность тканей промежности, внутренних поверхностей бедер, над лобком. При внутрибрюшинных повреждениях прямой кишки – клиника перитонита. Кровотечение из ран наружных половых органов. Кровотечение из влагалища у женщин.	Оказания соответствующей помощи в: 1.противошоковой палате (с шоком); 2.приемно-сортировочном отделении (при задержке мочеиспускания и переполненным мочевым пузырем - катетеризация или надлобковая пункция); 3.перевязочной (при кровотечении из ран таза или половых органов)	Эвакуация в первую очередь в лежачем положении на щите или на твердых носилках с валиком под коленными ямками.
При комбинированном поражении общее состояние пострадавших II сортировочной группы быстро утяжеляется. АД резко снижается, шок нарастает, сознание утрачивается (переход в первую группу); выраженная первичная реакция на облучение сопровождается неукротимой рвотой, резким обезвоживанием. Основные нарушения жизненных функций ОДН вследствие повреждения аппарата внешнего дыхания при множественных переломах ребер, развитие гемопневмоторакса. ОДН при травмах черепа (без нарушений витальных функций), сочетающихся с травмами грудной полости, или костей скелета, или большой кровопотерей. Гипотензия со снижением АД ниже 70 мм. рт. ст. при повреждениях двух или трех областей, требующих проведения обширных полостных оперативных вмешательств (для коррекции функций поврежденных органов). Возможно кровотечение, которое нельзя остановить без оперативных вмешательств. Остановка сердца на операционном столе в течение 5-6 мин.		
III сортировочная группа		
<i>Повреждения черепа и головного мозга</i> Закрытая или открытая черепно-мозговая травма с явлениями ушиба или сотрясения головного мозга, нарушения витальных функций и признаков нарастающего сдавления мозга. Общее состояние средней тяжести. Речевой контакт возможен. Могут быть психомоторные возбуждение, умеренная брадикардия, анизокория. Очаговая симптоматика не нарастает.	При наличие психомоторного возбуждения перед эвакуацией вводят седативные препараты.	Эвакуация во вторую очередь, в положении лежа.
<i>Челюстно-лицевые повреждения</i> Закрытые повреждения при ранениях лица без обширных дефектов мягких тканей	В приемно-сортировочном отделении при необходимости производится исправление	Эвакуация во вторую

при отсутствии продолжающегося кровотечения и без нарушения проходимости верхних дыхательных путей. Общее состояние удовлетворительное или средней тяжести. Нарушения гемодинамики нет. Может быть обильное истечение слюны. При повреждениях нижний челюсти и языка – затруднение речи.	повязки, иммобилизация. При отсутствии иммобилизации – наложение стандартных шин или пращевидной повязки. Введение обезболивающих.	очередь в положении сидя.
<i>Повреждения глаз</i> Ранения придатков глаза. Ранения глазного яблока без явных признаков проникающих повреждений. Общее состояние удовлетворительное. Кровотечений из глазницы, нарушение гемодинамики нет	В приемно-сортировочном отделении при необходимости исправление повязки. Обезболивание.	. Эвакуация во вторую очередь в положении сидя.
<i>Повреждения ЛОР-органов</i> Закрытая травма и ранения ЛОР-органов без кровотечений и нарушения дыхания. Общее состояние средней тяжести или удовлетворительное. Нарушений гемодинамики нет. Часто нарушение слуха в различной степени.	В приемно-сортировочном отделении вводятся обезболивающие. При необходимости исправляется повязка.	Эвакуация во вторую очередь в положении сидя.
<i>Повреждения груди</i> Закрытая травма или проникающее ранение груди с односторонним множественным переломом рёбер. Общее состояние средней тяжести. Умеренный цианоз. Болезненность при дыхании одышка, частота дыхания до 28 в мин. Пульс не чаще 80 в мин. АД 100-80 мм.рт.ст. закрытый пневмоторакс, средний или малый гемоторакс.	В приемно-сортировочном отделении проводится введение обезболивающих. При необходимости - исправление повязки. Для производства новокаиновых блокад пострадавшие направляются в перевязочную.	Эвакуация во вторую очередь в полусидячем положении.
<i>Повреждения живота</i> Закрытая травма живота или ранение живота без явных признаков повреждения внутренних органов. Общее состояние средней тяжести. Нарушений гемодинамики нет. Возможно умеренное кровотечение из раны брюшной стенки, образование гематомы передней брюшной стенки.	В приемно-сортировочном отделении при необходимости исправление повязки.	Эвакуация во вторую очередь в положении лёжа.
<i>Повреждение конечностей и позвоночника</i> Множественные переломы костей скелета в сочетании с травмами одной или двух областей, но без признаков тяжелых повреждений внутренних органов или разрушения больших мышечных массивов. Открытые переломы длинных трубчатых костей без повреждения магистральных сосудов. Вывихи крупных суставов. Повреждения позвоночника без симптомов нарушения проводимости спинного мозга. Обширные раны мягких тканей конечностей. Сдавление конечности в течение до 4-6 часов. Общее состояние удовлетворительное. Нарушение гемодинамики отсутствуют или незначительны: пульс 80-100 в мин., АД не снижено. При сдавлении конечности могут отмечаются жажда, олигурия, моча цвета мясных помоев, отеки конечности	Для производства новокаиновых блокад направляются в перевязочную. При перегрузке этапа в приемно-сортировочном отделении производится введение обезболивающих, исправление повязок и транспортной иммобилизации.	Эвакуацией во вторую очередь. При повреждениях позвоночника - в положении лежа на щите или твердых носилках. При повреждениях верхних

		конечностей - в положении сидя.
Повреждения таза и тазовых органов Закрытая травма или ранение таза без повреждения тазовых органов, не сопровождающиеся шоком, но со значительными нарушениями опорной функции тазового кольца. Общее состояние средней тяжести. Гемодинамические нарушения отсутствуют или незначительны. Боли в области таза. Возможна видимая деформация таза.	В приемно-сортировочном отделении производится введение обезболивающих, исправление повязок и транспортной иммобилизации	Эвакуация во вторую очередь лежа на твердых носилках или щите.
При комбинированном поражении общее состояние пострадавших III сортировочной группы может прогрессивно ухудшаться. Особого внимания требуют пораженные с ожогами кожных покровов площадью 15-20% (глубоких до 10%). Состояние существенно ухудшается при наличии ожоговой травмы дыхательных путей. В комбинации с радиационным поражением в дозе более 2 Гр отмечается утяжеление пострадавших с механической травмой и ожогом. Пораженных с легкой травмой и ожогом при радиационном поражении в дозе до 4 Гр эвакуируют в больницу для легко пораженных, при облучении в дозах более 4 Гр – в больницу терапевтического профиля. Основные нарушения жизненных функций Гипотензия (АД 80-90 мм.рт.ст.) до и после окончательной остановки кровотечения у пострадавших с травмами одной или двух областей, главным образом с повреждением костей скелета без обширных нарушений мягких тканей, или изолированных разрушений паренхиматозных органов (печени, селезенки, почек) ОДН вследствие гемопневмоторакса. Неадекватное дыхание после оперативных вмешательств по жизненным показаниям у пострадавших без обширных повреждений внутренних органов. Внезапная остановка сердца на операционном столе (при отсутствии неустраняемых повреждений) в течение до 3-5 мин.		
IV сортировочная группа		
Закрытая или открытая непроникающая черепно-мозговая травма с явлениями сотрясения головного мозга. Закрытая травма груди с переломами до 3-х ребер. Непроникающие ранения грудной стенки. Ранения и ушибы брюшной стенки. Переломы дужек и отростков позвонков. Открытые и закрытые переломы костей кисти, стопы, ключицы, лопатка. Раны мягких тканей конечности средней величины. Закрытые переломы или ранения костей таза без нарушения непрерывности тазового кольца и без повреждения тазовых органов. Общее состояние пораженных удовлетворительное. Гемодинамических и дыхательных расстройств нет.	В помощи в подавляющем большинстве не нуждаются. Некоторые пораженные будут нуждаются только в приеме обезболивающих средств и в исправлении повязок. При незначительной загрузке перевязочной - во вторую очередь для производства новокаиновых блокад, исправление повязок. В приемно-сортировочном отделении - вводят обезболивающие, при задержке мочеиспускания производят катетеризацию или надлобковую пункцию мочевого пузыря.	Эвакуация во вторую очередь в положении сидя. При черепно-мозговой травме - лежа на щите; при переломах таза – лежа на щите или твердых носилках с валиком под

		коленями.
V сортировочная группа		
.Легкопораженные с абсолютно благоприятным прогнозом	Пострадавшие в первой врачебной помощи не нуждаются	Эвакуация во вторую очередь

Приложение №2

Медицинская сортировка пострадавших при термическом поражении

Клинические данные	Оказание помощи	Эвакуация
I сортировочная группа		
<i>Ожог более 60% поверхности тела. Глубокий ожог более 40%.</i> Сопровождаются шоком III степени. Ожоги дыхательных путей отягощают течение ожоговой болезни, приравниваются к ожогу 10-15% поверхности тела. Размеры повреждения определяют по правилу девятки или ладони При комбинированном лучевом и других поражениях состояния пострадавших резко утяжеляются. Развивается поражения, несовместимые с жизнью – кишечная, церебральная форма лучевой болезни и др.	Проводится симптоматическая терапия на месте.	Эвакуации не подлежит
II сортировочная группа		
<i>Обширные ожоги, занимающие 20-60% поверхности тела. Глубокие ожоги 10-40%.</i> Ожоги груди и конечностей. Ожоговый шок. Ожоговый струп, стягивающий ткани. Ожог дыхательных путей. Комбинированное радиационное поражение средней степени, поражение ОВ существенно утяжеляет состояние пострадавших. Возможен переход в первую сортировочную группу.	Проводится симптоматическая терапия на месте.	Пострадавшие нетранспортабельны.
III сортировочная группа		
При ограниченном ожоге тела может развиваться шок I, II степени. Шок протекает относительно нетяжело, поддается лечению.	Противошоковая терапия в порядке подготовки к эвакуации.	Эвакуация в первую очередь на сантранспорте
IV сортировочная группа		

Ожоги легкой степени до 10% кожных покровов.	В первой медицинской помощи не нуждаются.	Эвакуация во вторую очередь.
V сортировочная группа		
Легкопораженные с абсолютно благоприятным прогнозом.	В первой медицинской помощи не нуждаются.	Эвакуация во вторую очередь.

Приложение №3

Медицинская сортировка пострадавших при поражении АОХВ, ОВ

Клинические данные	Оказание помощи	Эвакуация
I сортировочная группа		
Глубокие нарушения сознания. Кома. Клонико-тонические судороги. Выраженный бронхоспазм, ринорея, гиперсаливация. Миоз. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Острая дыхательная недостаточность при отсутствии эффекта от проведенных неотложных мероприятий первой медицинской помощи, отяжелевшие из II сортировочной группы Смерть наступает в течение до 10-15 ч. после поражения.	Симптоматическая терапия.	Эвакуации не подлежит.
II сортировочная группа		
Поражение СДЯВ, ОВ с острой сердечно сосудистой недостаточностью. Острая дыхательная недостаточность Бронхоспастический синдром, судорожный синдром. Раны, зараженные СДЯВ, ОВ. Сознание отсутствует. Кома. Выраженное психомоторное возбуждение. Бронхорея. Цианоз. Профузное потоотделение. Миоз. Резкий болевой синдром при попадании ОВ в желудок. Парез или паралич дыхания. Острое реактивное состояние.	Неотложные мероприятия первой медицинской помощи	Нетранспортабельны.
III сортировочная группа		
При поражении СДЯВ, ОВ средней тяжести выявляются признаки интоксикации, которые могут быть устранены при оказании первой медицинской помощи. Возбуждение, головная боль, головокружение, потливость. Дыхание затрудненное; бронхоспазмы, бронхорея. Миоз, нарушения зрения, аккомодации..	Первая медицинская помощь	Эвакуация в первую очередь на санитарном

		транспорте.
IV сортировочная группа		
Общее состояние пораженных удовлетворительное. Легкие проявления интоксикации: при поражении ФОВ – чувство сдавливания за грудиной, головная боль, миоз; при поражении ипритом – эритематозные, ограниченные везикулезные дерматиты, конъюнктивиты, ринофарингиты.	Медицинская помощь	Эвакуации во вторую очередь.
V сортировочная группа		
Легкопораженные с абсолютно благоприятным прогнозом.	В первой врачебной помощи не нуждаются.	Эвакуация во вторую очередь или амбулаторно – поликлиническое наблюдение по месту жительства.

Приложение №4

Медицинская сортировка пострадавших при особо опасных инфекционных заболеваниях, при поражении бактериологическим (биологическим) оружием.

Клинические данные	Оказание помощи	Эвакуация
I сортировочная группа		
Острая сердечно – сосудистая недостаточность, ОДН, не купирующиеся лекарственными средствами и кислородом. Сочетание симптомов сепсиса и резких гемодинамических, дыхательных нарушений. Температура тела 39 – 40 градусов, озноб. Спутанность сознания, дезориентация. Тахикардия; пульс нитевидный до 120 – 130 ударов в минуту. АД вначале повышено, затем резко падает (диастолическое АД остается повышенным). Нарастающий цианоз, акроцианоз, тахипноэ. Прогрессирующая гипоксия. Нередко развивается картина «шокового легкого». У части больных преобладает поражение печени и почек. В терминальной стадии развивается гиперкапния. Дыхание Чейн – Стокса. Возникает спутанность, потеря сознания; усиливается беспокойство, возбуждение. Это свидетельствует о тяжести	Симптоматическая терапия.	Эвакуации не подлежит.

состояния больного и о плохом прогнозе.		
II сортировочная группа		
Прогрессирующий токсико – инфекционный шок. Нарушения функций ЦНС; развитие ОДН, отек головного мозга; острая почечная и печеночная недостаточность. Характерными ранними симптомами служат нарушения сознания от легкой спутанности до комы. Синдром нарастающей внутричерепной гипертензии: головная боль, тошнота, рвота, психомоторное возбуждение или депрессия, судороги. Окуломоторные кризы с расширением зрачка, анизокорией, фиксацией взора с «плавающими» движениями глазных яблок. Брадикардия. Повышение АД. Дыхание поверхностное, редкое.	Лечение токсико – инфекционного шока и отека головного мозга в	Нетранспортабельны.
III сортировочная группа		
Неспецифические признаки поражения бактериологическим (биологическим) оружием. Слабость, разбитость, головная боль, тошнота, рвота. Отсутствие аппетита. Нарушение сна. Повышенная температура тела. Патогномоничные признаки: опистотонус при столбняке; водобоязнь при бешенстве и др. Болезнь начинается внезапно, без продромального периода, с выраженного озноба и повышения температуры тела до 39 – 40 градусов. Мучительная головная боль, часто сопровождающаяся тошнотой и рвотой; мышечные боли, чувство разбитости; нередко страх. При тяжелом течении болезни отмечаются цианотичность, заостренность черт лица, выражение отрицания, ужаса. Токсический синдром из –за поражения сердечно – сосудистой и нервной системы, выражен в различной степени. Пульс до 120 – 130 ударов в минуту, слабого наполнения, аритмия. Тоны сердца глухие. АД резко снижено, в тяжелых случаях до 40 – 30 мм. рт. ст. Цианоз. Одышка. Бессонница; развивается возбуждение, бред, галлюцинации. Живот болезненный; селезенка, нередко и печень увеличены. Возможны запоры и поносы.		Эвакуация в лечебное (лечебно – диагностическое) учреждение, при необходимости – в инфекционную больницу загородной зоны.
IV сортировочная группа		
Сознание сохранено. Головная боль, нарушения сна. Тошнота, рвота, боли в животе, мышечные боли. Повышенная раздражительность, иногда агрессивность. Живот болезнен при пальпации. Печень увеличена, селезенка несколько увеличена.		Эвакуация в лечебное (лечебно – диагностическое) учреждение, при необходимости

		и — в инфекционную больницу загородной зоны.
V сортировочная группа		
Легкопораженные с абсолютно благоприятным прогнозом.	В первой врачебной помощи не нуждаются.	Эвакуация во вторую очередь.