

## ПРИАЭРОДРОМНЫЙ ЭВАКУАЦИОННЫЙ ПРИЕМНИК: ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

442-й Военный клинический госпиталь Минобороны России  
(Россия, Санкт-Петербург, Суворовский пр., д. 63)

**Актуальность.** Одной из важных задач при оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим в очаге массовых санитарных потерь является медицинская сортировка с целью определения очередности оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации.

**Цель** – отработка вопросов взаимодействия медицинской службы Вооруженных сил России, Службы медицины катастроф и Службы скорой медицинской помощи.

**Методология.** В программу 16-го Всероссийского конгресса «Скорая медицинская помощь-2017» в качестве учебно-демонстрационного мероприятия было включено тактико-специальное учение по развертыванию приаэродромного эвакуационного приемника. По замыслу учения в приграничном районе Ленинградской области в результате действий диверсионных террористических групп возникло несколько очагов массовых санитарных потерь.

**Результаты и их анализ.** Для реализации поставленных задач был развернут эвакуационный приемник с пропускной способностью до 200 раненых и больных в сутки, с эвакуационной емкостью – 32 носилочных раненых, временем развертывания – 4 ч. В ходе учений в дополнение к стандартным исследованиям пострадавшим были выполнены неинвазивные скрининговые исследования, направленные на активную диагностику внутричерепных гематом (портативным инфракрасным сканером), напряженного пневмоторакса, гемоперикарда, внутриплеврального и внутрибрюшного кровотечения (портативным аппаратом ультразвукового исследования в режиме FAST-протокола), острой кровопотери (портативным лабораторным анализатором). С целью определения очередности медицинской эвакуации пострадавших использовали усовершенствованную шкалу Revised Trauma Score (RTS) с удобным программным обеспечением для мобильных устройств Android (смартфон, планшет). В условиях массового поступления пострадавших, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, и дефицита специализированного санитарного транспорта транспортировку пострадавших из эвакуационного пункта осуществляли по принципу веерной эвакуации в специализированные медицинские организации, подведомственные Минобороны, Минздраву и субъектам России.

**Заключение.** Целесообразность развертывания приаэродромного эвакуационного приемника при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций определялась возможным несоответствием эвакуационной емкости рейсов воздушного транспорта, санитарных автомобилей, необходимостью создания условий для временного размещения пострадавших (в том числе изоляции) и оказания им экстренной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** чрезвычайная ситуация, санитарные потери, пострадавший, санитарно-авиационная эвакуация, приаэродромный эвакуационный приемник, Служба медицины катастроф, скорая медицинская помощь.

В связи с актуальностью вопросов оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в очагах массовых санитарных потерь, в том числе при террористических актах, стихийных бедствиях и техногенных катастрофах, по решению главного внештатного специалиста Минздрава России по скорой медицинской помощи академика Российской академии наук С.Ф. Багненко

в программу 16-го Всероссийского конгресса (научно-практической конференции) «Скорая медицинская помощь-2017» в качестве учебно-демонстрационного мероприятия было включено тактико-специальное учение по развертыванию приаэродромного эвакуационного приемника.

Цель учения – отработка вопросов взаимодействия медицинской службы Вооруженных

✉ Мурсалов Аким Усман-оглы – канд. мед. наук, нач. филиала № 1, 442-й Воен. клинич. госпиталь Минобороны России (Россия, 196602, Санкт-Петербург, г. Пушкин, ул. Радищева, д. 26), e-mail: mursalovakim@mail.ru;

Миннуллин Руслан Ильдарович – канд. мед. наук, нач. отд-ния скорой мед. помощи, 442-й Воен. клинич. госпиталь Минобороны России, гл. внештат. специалист по скорой мед. помощи Западного воен. округа (Россия, 191124, Санкт-Петербург, Суворовский пр., д. 63), e-mail: minn83@mail.ru;

Махновский Андрей Иванович – гл. хирург, 442-й Воен. клинич. госпиталь Минобороны России, гл. внештат. хирург Западного воен. округа (Россия, 191124, Санкт-Петербург, Суворовский пр., д. 63), e-mail: andreymakhnovsky@mail.ru

сил России, Службы медицины катастроф и Службы скорой медицинской помощи.

По замыслу учения в приграничном районе Ленинградской области в результате действий диверсионных террористических групп возникло несколько очагов массовых санитарных потерь. Оперативным штабом по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) были приняты решения:

– о санитарно-авиационной эвакуации пострадавших в медицинские организации Санкт-Петербурга авиационным транспортом Западного военного округа в сопровождении бригад отделения скорой медицинской помощи 442-го Военного клинического госпиталя Минобороны России;

– о развертывании приаэродромного эвакуационного приемника на военном аэродроме г. Пушкин силами филиала № 1 442-го Военного клинического госпиталя Минобороны России.

Для реализации поставленных задач в ходе учений были отработаны вопросы:

1) медицинской сортировки пострадавших с использованием усовершенствованной прогностической шкалы Revised Trauma Score (RTS);

2) санитарно-авиационной эвакуации пострадавших из зоны ЧС на вертолетах Ми-8 с использованием штатных медицинских модулей и инновационного портативного медицинского оборудования;

3) развертывания и организации работы приаэродромного эвакуационного приемника на базе пневмокаркасных сооружений;

4) организации взаимодействия формирований Службы медицины катастроф Минобороны России со Службой медицины катастроф и Службой скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга и Ленинградской области.



**Рис. 1.** Оказание экстренной медицинской помощи в гнезде сбора пострадавших специализированной бригадой скорой медицинской помощи.

### **Оказание медицинской помощи и оценка транспортабельности пострадавших в очаге санитарных потерь**

Одной из важнейших задач при оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим в очаге массовых санитарных потерь является медицинская сортировка с целью определения очередности оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации. Медицинская сортировка проводилась после выноса пострадавших из очага поражения в место (гнездо) сбора [4]. К этому моменту большинству пострадавших уже была оказана первая помощь в порядке само- и взаимопомощи, а также специалистами спасательных отрядов. Скорая медицинская помощь пострадавшим в зоне ЧС оказывалась в объеме врачебных или доврачебных мероприятий. Объем помощи сокращается или расширяется в зависимости от соотношения количества пострадавших количеству бригад скорой медицинской помощи, уровня их квалификации и оснащения [2, 5].

Руководство работой прибывающих бригад скорой медицинской помощи и организацию первичной сортировки пострадавших на границе очага берет на себя старший врач-специалист бригады, прибывшей на место ЧС первой (рис. 1). При прибытии к месту ЧС специалистов регионального Центра медицины катастроф руководство по организации оказания медицинской помощи пострадавшим переходит к ним [3].

В ходе учений с целью качественной медицинской сортировки раненых в дополнение к стандартным были выполнены неинвазивные скрининговые исследования, направленные на активную диагностику внутричереп-



**Рис. 2.** Транспортировка пострадавшего в вертолет, оборудованный медицинским модулем вертолетным.

ных гематом (портативным инфракрасным сканером), напряженного пневмоторакса, гемоперикарда, внутривентрального и внутрибрюшного кровотечения (портативным аппаратом ультразвукового исследования в режиме FAST-протокола), острой кровопотери (портативным лабораторным анализатором).

С целью определения очередности медицинской эвакуации пострадавших использовали усовершенствованную шкалу Revised Trauma Score (RTS) с удобным программным обеспечением для мобильных устройств Android (смартфон, планшет).

При тяжести состояния по шкале RTS от 4 до 8 баллов пострадавшие подлежали медицинской эвакуации в первую очередь («красный поток»), от 9 до 11 баллов – во вторую очередь («желтый поток»), 12 баллов и более – в третью очередь («зеленый поток»). При тяжести состояния менее 4 баллов в условиях массовых санитарных потерь пострадавшие считаются агонирующими и не подлежат первоочередной медицинской эвакуации («черный поток»).

В ходе медицинской сортировки фельдшер бригады закреплял на пострадавших соответствующие цветные бирки. Регистрационные медицинские документы на пострадавших оформлялись непосредственно в очаге санитарных потерь.

### **Организация санитарно-авиационной эвакуации пациентов с использованием штатных медицинских модулей**

После проведения медицинской сортировки и определения очередности медицинской эвакуации пострадавших с тяжестью состояния по шкале RTS от 4 до 8 баллов эвакуировали в первую очередь на вертолете, оснащенном медицинским модулем вертолетным, в сопровождении специализированной (реанимационной) бригады скорой медицинской помощи 442-го Военного клинического госпиталя Минобороны России (рис. 2).

Модуль медицинский вертолетный (ММВ) сертифицирован для санитарно-авиационной эвакуации пациентов в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, рассчитан для транспортировки 2 раненых [2]. Модуль оснащен:

- 2 дыхательными аппаратами Pulmonetic LTV-1200;
- 2 многофункциональными мониторами-дефибрилляторами CorPulse;
- 2 шприцевыми дозаторами;
- 2 10-литровыми кислородными баллонами;
- дополнительной аккумуляторной батареей.

Связь специалистов бригады с вышестоящим медицинским начальником осуществлялась по каналам связи, имеющимся у пилотов.

В полете пострадавшему проводили интенсивную терапию, направленную на поддержание жизненно важных функций организма, выполняли неинвазивное обследование с целью уточнения диагноза и передачи полученных данных на этап специализированной медицинской помощи [5].

### **Развертывание и организация работы приаэродромного эвакуационного приемника**

Приаэродромный эвакуационный приемник был развернут силами Пушкинского военного госпиталя (филиал № 1 442-го Военного клинического госпиталя Минобороны России), дислоцированного в 3 км от военного аэродрома г. Пушкин. К работе в составе приаэродромного эвакуационного приемника были привлечены:

1) бригада специализированной медицинской помощи (реанимационная) отделения скорой медицинской помощи 442-го Военного клинического госпиталя Минобороны России;

2) 3 врачебно-сестринские бригады от филиалов 442-го Военного клинического госпиталя Минобороны России;

3) санитарно-карантинное отделение от 985-го Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны России;

4) специализированная бригада скорой медицинской помощи (реанимационная) от станции скорой медицинской помощи № 4 Санкт-Петербурга (г. Пушкин).

Основные характеристики развернутого эвакуационного приемника: пропускная способность – до 200 раненых и пострадавших в сутки, эвакуационная вместимость – 32 носилочных раненых, время развертывания – 4 ч [6].

Принципиальная схема развертывания эвакуационного приемника на аэродроме показана на рис. 3. В составе эвакуационного приемника были развернуты: приемно-сортировочная палатка с сортировочной площадкой, эвакуационная палатка, перевязочная (рис. 4, 5). К работе в составе эвакуационного приемника привлечены: 10 врачей, 10 человек среднего медицинского персонала, 6 санитаров-носильщиков, 7 санитаров-водителей, 6 санитарных автомобилей (класса «С» – 2, класса «В» – 2, класса «А» – 2). Эвакуационная вместимость 1 машино-рейса санитарных автомоби-

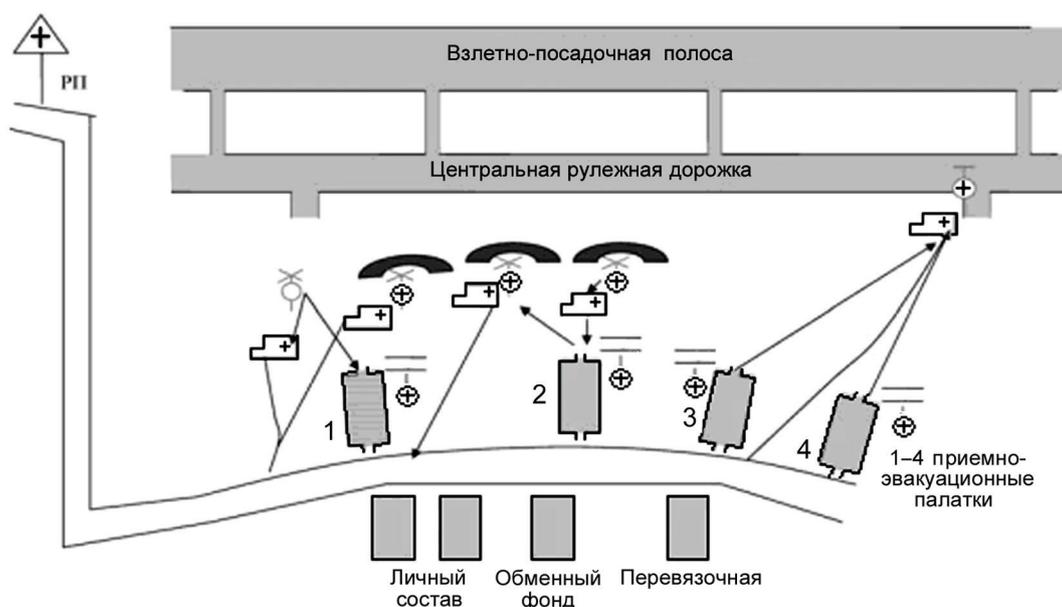


Рис. 3. Принципиальная схема развертывания эвакуоприемника на аэродроме.

лей – 6 носилочных раненых. Среднее время 1 машино-рейса составило 30 мин [4].

### Прием пострадавших в приаэродромном эвакуационном приемнике

Опыт эвакуации авиационным транспортом в региональных и локальных войнах большого числа раненых и больных показывает, что эффективность лечебно-эвакуационных мероприятий значительно повышается, когда на аэродромах развертываются силы и средства, предназначенные для быстрой и щадящей выгрузки (погрузки) раненых и больных, оказания им медицинской помощи, организации кратковременного размещения, ухода, питания до погрузки на транспорт или отправки в медицинские организации [1].

Основная работа по медицинской сортировке пострадавших в эвакуационном приемнике проводилась в приемно-сортировочной и эвакуационной палатках. Всех пострадавших осматривал врач сортировочной бригады, при необходимости пострадавшим выполняли экстренные медицинские вмешательства, направленные на устранение жизнеугрожающих состояний.

Медицинскую сортировку проводила сортировочная бригада в составе врача и медицинской сестры-регистратора. Вторая медицинская сестра осуществляла врачебные назначения и уход за пострадавшими.

При хороших погодных условиях регистрация и медицинская сортировка проводятся на открытой сортировочной площадке, при неблагоприятных погодных условиях – в сорти-



Рис. 4. Приемно-эвакуационные палатки, развернутые вдоль рулежной дорожки аэродрома.



Рис. 5. Внутреннее пространство приемно-сортировочной палатки, рассчитанной на прием 16 носилочных раненых.

ровочной палатке. Данная приемно-сортировочная палатка рассчитана для временного размещения 16 пострадавших (см. рис. 5) [2].

### **Организация взаимодействия медицинской службы Вооруженных сил России со Службой медицины катастроф и Службой скорой медицинской помощи**

В условиях массового поступления пострадавших, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, и дефицита специализированного санитарного транспорта, транспортировку пострадавших из эвакуоприемника осуществляли по принципу веерной эвакуации в специализированные медицинские организации, подведомственные Минобороны, Минздраву и субъектам России. В этих условиях появляются предпосылки для организации межведомственного взаимодействия на региональном уровне.

На данном этапе бригады скорой медицинской помощи Службы медицины катастроф эвакуировали пострадавших из приаэродромного эвакуационного приемника или непосредственно с борта воздушного судна (рис. 6) на этап специализированной медицинской помощи.

Организация взаимодействия медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации со Службой медицины катастроф и Службой скорой медицинской помощи позволяла более эффективно решать задачи по оказанию медицинской помощи пострадавшим при ЧС в очагах массовых санитарных потерь (рис. 7).



**Рис. 6.** Передача пострадавшего с борта воздушного судна бригаде скорой медицинской помощи Службы медицины катастроф.



**Рис. 7.** Бригады скорой медицинской помощи 4-й станции скорой медицинской помощи (г. Пушкин) и отделения скорой медицинской помощи 442-го Военного клинического госпиталя.

### **Выводы**

1. Использование усовершенствованной шкалы RTS позволяет объективизировать критерии медицинской сортировки пострадавших в очагах массовых санитарных потерь.
2. Применение портативных медицинских изделий (аппарат ультразвуковой диагностики, инфрасканер, лабораторный анализатор) позволяет осуществлять диагностику жизнеугрожающих состояний пострадавших непосредственно в очаге массовых санитарных потерь.
3. Целесообразность развертывания приаэродромного эвакуационного приемника при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций определяется следующими факторами:
  - возможным несоответствием эвакуовместимости рейсов воздушного транспорта и санитарных автомобилей;
  - необходимостью создания условий для временного размещения пострадавших (в том числе изоляции) и оказания им экстренной медицинской помощи.
4. Межведомственное взаимодействие медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации, Службы медицины катастроф и Службы скорой медицинской помощи необходимо для эффективного решения задач по ликвидации медико-санитарных последствий различных чрезвычайных ситуаций.

### **Литература**

1. Вислов А.В. Основные направления развития санитарно-авиационной эвакуации в Вооруженных силах Российской Федерации // Санитарная авиация России и медицинская эвакуация: материалы межвед. науч.-практ. конф. Тверь : Триада, 2013. С. 18–21.

2. Вислов А.В., Лизогуб И.Н., Бобров Ю.М. [и др.]. Организация медицинской эвакуации раненых и больных авиационным транспортом (по итогам исследовательского тактико-специального медицинского учения) // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2014. № 3 (47). С. 191–196.

3. Гармаш О.А., Банин И.Н., Попов В.П. [и др.]. Организация оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации: метод. рекомендации. М. : ВЦМК «Защита», 2015. 174 с.

4. Корнюшко И.Г., Яковлев С.В. Избранные вопросы организации медицинского обеспечения вооруженных сил зарубежных государств : учеб. пособие. М. : ГИУВ МО РФ, 2012. 261 с.

5. Фисун А.Я., Власов А.Ю., Сушильников С.И., Булатов М.Р. Совершенствование системы лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках с использованием мобильных специализированных подразделений // Воен.-мед. журн. 2013. Т. 334, № 7. С. 4–8.

6. Шелепов А.М., Бобров Ю.М., Русецкий С.В. Вопросы организации работы приаэродромного эвакуационного приемника стационарной госпитальной базы // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2010. № 5 (33). С. 124–127.

7. FM 8-10-6. Medical evacuation in a theater of operations. Tactics, techniques, and procedures / Headquarters, Department of the Army. Washington, DC. 2000, 499 p.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи. Поступила 30.04.2019 г.

**Для цитирования.** Мурсалов А.У., Миннуллин Р.И., Махновский А.И. Приаэродромный эвакуационный приемник: опыт взаимодействия медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации, Службы медицины катастроф и Службы скорой медицинской помощи // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2019. № 2. С. 39–45. DOI 10.25016/2541-7487-2019-0-2-39-45

### **Airfield evacuation center: experience of the interaction between the medical service of the Armed Forces of the Russian Federation, the Disaster Medicine Service and the Ambulance Service**

**Mursalov A.U., Minnullin R.I., Makhnovskii A.I.**

442nd Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of Russia  
(63, Suvorovskiy Ave., St. Petersburg, 191124, Russia)

✉ Akim Usman-ogly Mursalov – PhD Med. Sci., Head of Branch N 1, 442nd Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of Russia (26, Radishcheva Str., Pushkin city, St. Petersburg, 196602, Russia), e-mail: mursalovakim@mail.ru;  
Ruslan Il'darovich Minnullin – PhD Med. Sci., head of emergency department, 442nd Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of Russia (63, Suvorovskiy Ave., St. Petersburg, 191124, Russia), e-mail: minn83@mail.ru;  
Andrei Ivanovich Makhnovskii – chief surgeon, 442nd Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of Russia (63, Suvorovskiy Ave., St. Petersburg, 191124, Russia), e-mail: andreymakhnovsky@mail.ru

#### **Abstract**

**Relevance.** One of the important tasks in the provision of emergency medical care to victims of the mass-casualty incident is a medical triage in order to determine the priority of medical care and the priority of medical evacuation.

**Intention.** To work out issues of interaction between the medical service of the Armed Forces of Russia, the Disaster Medicine Service and the Ambulance Service.

**Methodology.** The program of the 16th All-Russian Congress “Ambulance 2017”, tactical and special exercises on the deployment of airfield evacuation center were included as a training and demonstration event. According to the plan of the exercise, several mass-casualty areas resulted from terrorist attacks along the border of the Leningrad Region.

**Results and discussion.** To accomplish the tasks, an evacuation center was deployed with a capacity of up to 200 wounded and sick per day, evacuation capability of 32 stretcher wounded, and 4 h deployment time. During the exercise, non-invasive screening studies to proactively diagnose intracranial hematomas (portable infrared scanner), tension pneumothorax, hemopericardium, intrapleural and intra-abdominal bleeding (portable US device using FAST protocol), acute blood loss (portable laboratory analyzer) were performed in addition to standard examinations. To determine the priority of medical evacuation of victims, an improved Revised Trauma Score (RTS) scale with user-friendly software for Android mobile devices (smartphone, tablet) was used. In case of mass-casualty event and a shortage of specialized sanitary transport, those who needed urgent specialized medical care were transferred from an evacuation center via radial evacuation to specialized medical organizations subordinated to the Ministry of Defense, the Ministry of Health and the subjects of Russia.

**Conclusion.** The feasibility of deploying an airfield evacuation center to eliminate the health effects of emergencies was determined by potential discrepancy between evacuation capacities of air transport and ambulances, on one hand, and the need to temporarily accommodate (including isolation) and provide emergency health care to victims.

**Keywords:** emergency situation, sanitary losses, casualty, medical air evacuation, airfield evacuation center, Disaster Medicine Service, Ambulance Service.

#### References

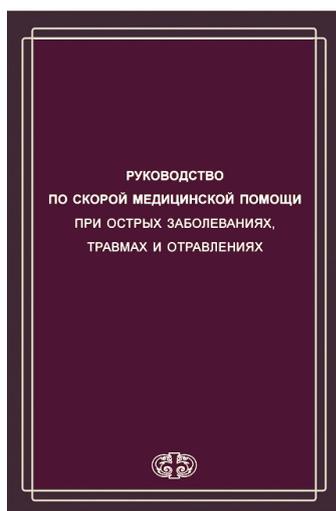
1. Vislov A.V. Osnovnye napravleniya razvitiya sanitarno-aviatsionnoi evakuatsii v Vooruzhennykh silakh Rossiiskoi Federatsii [The main directions of development of sanitary-aviation evacuation in the Armed Forces of the Russian Federation]. *Sanitarnaya aviatsiya Rossii i meditsinskaya evakuatsiya* [Russian sanitary aviation and medical evacuation]: Scientific. Conf. Proceedings. Tver'. 2013. Pp. 18–21. (In Russ.)
2. Vislov A.V., Lizogub I.N., Bobrov Yu.M. [et al.]. Organizatsiya meditsinskoj evakuatsii ranenyykh i bol'nykh aviatsionnym transportom (po itogam issledovatel'skogo taktiko-spetsial'nogo meditsinskogo ucheniya [Organization of medical evacuation of wounded and sick by air transport (according to results of research of special tactical medical trainings)]. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of Russian Military Medical Academy]. 2014. N 3. Pp. 191–196. (In Russ.)
3. Garmash O.A., Banin I.N., Popov V.P. [et al.]. Organizatsiya okazaniya ekstremnoi konsul'tativnoi meditsinskoj pomoshchi i provedeniya meditsinskoj evakuatsii [The organization of the provision of emergency advisory medical care and medical evacuation]. Moskva. 2015. 174 p. (In Russ.)
4. Korniyushko I.G., Yakovlev S.V. Izbrannye voprosy organizatsii meditsinskogo obespecheniya vooruzhennykh sil zarubezhnykh gosudarstv [Selected issues of the organization of medical support of the armed forces of foreign countries]. Moskva. 2012. 261 p. (In Russ.)
5. Fisun A.Ya., Vlasov A.Yu., Sushilnikov S.I., Bulatov M.R. Sovershenstvovanie sistemy lechebno-evakuatsionnykh meropriyatii v voiskakh s ispol'zovaniem mobil'nykh spetsializirovannykh podrazdelenii [Improvement of the system of medico-evacuational interventions in the troops with the help of mobile specialized elements]. *Voенно-meditsinskii zhurnal* [Military medical journal]. 2013. Vol. 334, N 7. Pp. 4–8. (In Russ.)
6. Shelepov A.M., Bobrov Yu.M., Rusetskii S.V. Voprosy organizatsii raboty pri aerodromnogo evakuatsionnogo priemnika stacionarnoi gospi'tal'noi bazy [Issues of work organization near aerfield evacuation center of inpatient hospital base]. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of Russian Military medical Academy]. 2010. N 5. Pp. 124–127. (In Russ.)
7. FM 8-10-6. Medical evacuation in a theater of operations. Tactics, techniques, and procedures / Headquarters, Department of the Army. Washington, DC, 2000. 499 p. (In Russ.)

Received 30.04.2019

**For citing:** Mursalov A.U., Minnullin R.I., Makhnovskii A.I. Prieerodromnyi evakuatsionnyi priemnik: opyt vzaimodeistviya meditsinskoj sluzhby Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii, Sluzhby meditsiny katastrof i Sluzhby skoroi meditsinskoj pomoshchi. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh*. 2019. N 2. Pp. 39–45. (In Russ.)

Mursalov A.U., Minnullin R.I., Makhnovskii A.I. Airfield evacuation center: experience of the interaction between the medical service of the Armed Forces of the Russian Federation, Disaster Medicine Service and the Ambulance Service. *Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations*. 2019. N 2. Pp. 39–45. DOI 10.25016/2541-7487-2019-0-2-39-45

### Вышло в свет руководство



Руководство по скорой медицинской помощи при острых заболеваниях, травмах и отравлениях / под ред. Д.Н. Вербового, С.Ф. Багненко, В.В. Бояринцева, В.Г. Пасько. М. : СПб. : Фолиант, 2019. 228 с.

ISBN 978-5-93929-292-4.

Содержатся алгоритмы оказания помощи при внезапном ухудшении состояния пациента. В их основу положен принцип преемственности от первой помощи до специализированной медицинской помощи.

Рассмотрены вопросы организации скорой медицинской помощи в России, основные мероприятия первой помощи, методика сердечно-легочной реанимации. Приведены мероприятия скорой медицинской помощи при острых заболеваниях органов кровообращения, дыхания, почек и др. Изложены основные аспекты неотложной помощи при наиболее распространенных травмах – сотрясении, ушибе и сдавлении головного мозга, травматическом и ожоговом шоке, переломах и т.д. Содержится подробная характеристика мероприятий скорой медицинской помощи при острых отравлениях различными токсикантами, включая лекарственные препараты, алкоголь и его суррогаты, продукты горения, аварийно-опасные химические вещества, яды животных, растений и грибов, отравляющие и радиоактивные вещества.

В приложениях к руководству приведены шкала комы Глазго для взрослых и детей, показания и схемы применения антидотов, а также торговые наименования лекарственных средств, использующихся в практике скорой медицинской помощи.

В список рекомендуемой литературы вошли действующие законодательные и нормативно-правовые документы, учебники, руководства, указания и клинические рекомендации по различным аспектам оказания неотложной помощи при острых заболеваниях, травмах и отравлениях. Издание предназначено для врачей всех специальностей, среднего медицинского персонала и лиц, прошедших обучение по программе оказания первой помощи.