**Терроризм глазам медиков**

**Тезисы научно-практического семинара**

Слово **«террор**» произошло от латинского **«terror» - страх, ужас** и стало употребляться в современном значении в конце 18 века для обозначения репрессивной политики, проводившейся якобинцами в период Великой французской революции.

Терроризм как способ достижения политических и других целей насильственными средствами существует с момента зарождения человеческой цивилизации и по сути дела является постоянным спутником человечества.

Впоследствии приобрел универсальное значение и используется для обозначения мотивированного насилия с различными целями.

Одна из наиболее ранних террористических группировок - **иудейская секта сикариев (кинжальщиков),**  действовавшая в Иудее в I веке н.э. Члены секты практиковали убийства представителей еврейской знати, выступавших за мир с римлянами. Они обвиняли их в отступничестве от религии. В качестве оружия сикарии использовали кинжал или короткий меч - **«сику».** Это были экстремистски настроенные националисты, возглавлявшие движение социального протеста. Являлись прообразом современных радикальных террористических организаций. Сыграли важную роль в поражении Иудейского восстания 66- 71 г.г. и были уничтожены с его разгромом.

**Терроризм в средние века.**

Классическим примером террористической организации средних веков является секта хашашинов **(курителей гашиша**) или, в европейском произношении, **«ассасины».** В течение полутора столетий ассасины, опираясь на контролируемый район, который профессионалы антитеррора назвали бы «серой зоной», лишили покоя правящие династии на обширном пространстве от Средиземного моря до Персидского залива. Движимые неясной до конца религиозной мотивацией, практически неуловимые, и от этого еще более устрашающие члены секты (с позиции сегодняшнего дня – боевики), убили за период своей деятельности сотни халифов и султанов, военачальников и представителей официального духовенства. Они посеяли ужас во дворцах правителей, существенно дестабилизировав политическую ситуацию на обширном геополитическом пространстве Востока. Были уничтожены монголо-татарами в середине 12 века.

В более позднее время жестокий террор поводился **якобинцами** в период Великой французской революции.

В Росси о терроризме стали говорить, начиная со второй половины 19 века, когда часть населения приняла на вооружение террор как средство борьбы за социальную справедливость.

«Первооткрывателями» эпох европейского политического терроризма стали **народовольцы.**

После Второй мировой войны левый терроризм становится ведущим в Латинской Америке, Италии («Красные бригады», ФРГ (фракция «Красной армии»). Параллельно с левым «политическим терроризмом» развивается этнический терроризм (ирландские боевики, бакские сепаратисты).

Религиозный терроризм: многочисленные организации в мусульманском мире – Алжире, Ливане, Палестине, Иране, Афганистане набирает силу в 80-90 х годах прошлого века. Аль-Каида, исламский джихад, Талибан, ХАМАС. В настоящее время боевики Исламского государства.

В 20 веке мотивы террора существенно изменились. Так, если народовольцы представляли террор как средство самопожертвования на благо общества, то для итальянских «Красных бригад» он уже служил способом и средство самоутверждения.

У современного терроризма цель одна: захват власти и ни о каком «благе общества» здесь говорить не приходится.

**Медицина катастроф – область медицины, задачей которой является организация оказания медицинской помощи (вплоть до специализированной) пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, в том числе при террористических актах**

Служба медицины катастроф Минздрава РФ входит в состав и является основой **Всероссийской службы медицины катастроф.**

Служба медицины катастроф Минздрава РФ представлена **пятью структурно-функциональными уровнями:**

Федеральный

Межрегиональный

Региональный

Муниципальный

Объектовый

Основная тяжесть в проведении этих мероприятий ложится на **специалистов объектового и муниципального уровней.**

При совершении теракта в район бедствия, как правило, в первую очередь прибывают **дежурные бригады ближайших станций (отделений) скорой медицинской помощи.**  При недостаточном их количестве привлекаются дежурные бригады СКМ соседних станций.

При необходимости задействуются **бригады экстренного реагирования (БЭР), врачебно-сестринские бригады, бригады специализированной медицинской помощи (БСМП).**

**При значительном количестве пораженных или недостаточной мощности лечебного организации** после оказания медицинской помощи, пораженные по жизненным показаниям эвакуируются в более мощные специализированные **организации (могут подключаться формирования регионального, межрегионального, а также федерального уровней),** где им оказывается медицинская помощь в полном объеме, проводится лечение и реабилитация до окончательного исхода.

**При этом максимально используются возможности отделений экстренной и консультативной помощи.**

**Оперативное руководство ликвидации медико-санитарных последствий террористического акта на федеральном уровне возложено на ВЦМК «Защита».**

Там находится в постоянной готовности к убытию в зону теракта полевой **многопрофильный госпиталь (ПМГ), БСМП и консультанты.**

При полном развертывании госпиталь может за одни сутки принять

**до 250 пораженных**. Госпиталь может выдвигаться в зону чрезвычайной ситуации **полностью или частично**; в зависимости от характера чрезвычайной ситуации развертывается как хирургический, токсикологический, терапевтический, радиологический, педиатрический, туберкулезный или многопрофильный.

Кроме того, ВЦМК «Защита» организует **создание резерва госпитальных коек в клиниках и больницах федерального уровня, а также содержит резерв медикаментов и медицинского имущества,**  которые при необходимости используются для усиления здравоохранения субъекта Российской Федерации, где совершен террористический акт.

**Общие людские потери**

**Безвозвратные потери: погибшие на месте, умершие до поступления на этап медицинской эвакуации, пропавшие без вести.**

Согласно данным статистики, подавляющими причинами гибели пораженных при терактах являются:

- тяжелая механическая травма

- шок

- кровотечение

- нарушение функции внешнего дыхания

При этом в **течение первого часа** погибает до **40% пораженных,**

**Через 3 часа до 60%**

В случае задержки помощи на **6 часов погибает до 95 % тяжелопораженных.**

**Санитарные потери при крупных терактах носят массовый характер, поэтому** основные мероприятия доврачебной помощи должны быть направлены **на спасение жизни и предупреждения развития тяжелых осложнений.** Оптимальный срок оказания доврачебной помощи – **до 30 минут после получения травмы**. Важность фактора времени подчеркивается тем, что среди лиц, получивших доврачебную помощь в течение первых 30 минут после травмы, осложнения **возникают в 2 раза** реже, чем у лиц, которым она была оказана позже.

По данным ВОЗ каждый 20-й из 100 погибших в результате несчастных случаев в мирное время могли быть спасены, если бы доврачебная помощь им была оказана на месте происшествия.

**Особенности оказания медицинской помощи при терактах с применением взрывчатых веществ**

- одномоментное возникновения в большом количестве пораженных, требующих оказания экстренной мед помощи

- множественные ранения различных областей тела.

- среди пораженных различные группы населения (дети, женщины, мужчины)

- для оказания мед. помощи необходимо участие различных медицинских специалистов с использованием специальных мед. приборов и аппаратуры

- для оказания экстренной медицинской помощи и лечения пораженные направляются в лечебные учреждения различного профиля

**Медицинская помощь оказывается без различий по каким бы то ни было соображениям, кроме медицинских.**

Этот принцип означает недопустимость различий в обращении, обусловленных такими факторами, как раса, политические взгляды, вероисповедание, национальность, социальное или имущественное положение или какими-либо иными сходными критериями.

**Своевременность оказания медицинской помощи** достигается четкой организацией розыска, выноса или вывоза пораженных из зоны теракта, правильной организации работы медицинского персонала и четкой **медицинской сортировкой.**

При одномоментном возникновении значительного количества санитарных потерь при **терактах именно медицинская сортировка является очень важным элементом в работе медицинского персонала.**

Основы ее разработаны выдающимся русским хирургом **Н.И. Пироговым.**  Он впервые внедрил в военно-полевую хирургию и обосновал принцип сортировки раненых. Определил работу «складочного места» - прототип сортировочного пункта. Указал важное обстоятельство: **«Без распорядительности и правильной администрации, нет пользы от большого числа лекарей, а если их к тому же мало, то большая часть раненых останется вовсе без помощи».** Впервые в широких масштабах медицинская сортировка была применена в период Крымской войны 1853 – 1856 гг. Было доказано ее особое значение при одномоментном поступлении на этапы медицинской эвакуации значительного числа пораженных.

 В основе сортировки по-прежнему сохраняют свою действенность **три основных Пироговских сортировочных признака:**

1. Опасность для окружающих.

2. Лечебный признак.

3. Эвакуационный признак.

**1. По опасности для окружающих**

**2. По лечебному признаку (то есть по тяжести состояния) различают 5 сортировочных групп.**

**I сортировочная группа -** пострадавшие **с крайне тяжелыми**, не совместимыми с жизнью повреждениями или отравлениями, а также находящиеся **в терминальном (агональном)** состоянии. Пострадавшие этой группы нуждаются только в симптоматическом лечении. Прогноз для жизни неблагоприятен. Эвакуации не подлежат.

**II сортировочная группа -** пострадавшие **с тяжелыми повреждениями и отравлениями,** с быстро нарастающими опасными для жизни расстройствами основных функций организма, для устранения которых необходимы срочные лечебно-профилактические мероприятия. Пострадавшие данной группы нуждаются в помощи **по неотложным жизненным показаниям.**  Временно нетранспортабельны.

**III сортировочная группа -** пострадавшие с тяжелыми и **средней тяжести повреждениями и отравлениями**, не представляющими непосредственной угрозы для жизни. Медицинская помощь им оказывается **во вторую очередь** или может быть отсрочена до поступления на следующий этап медицинской эвакуации. Эвакуация во вторую очередь.

**IV сортировочная группа** - пострадавшие с повреждениями **средней тяжести** с нерезко выраженными функциональными расстройствами, но нуждающиеся в последующем **стационарном лечении.**  Направляются на следующий этап эвакуации **без оказания медицинской помощи.** Эвакуация во вторую очередь

**V сортировочная группа -** пострадавшие **с легкими повреждениями,** **не нуждающиеся в оказании помощи на данном этапе.**  Направляются **на амбулаторное лечение.** Эвакуируются самостоятельно или транспортом общего назначения.

Подход к пораженным в условиях ЧС, в том числе и при терактах отличается от принятого в обычных условиях, на что указывал еще Н.И. Пирогов. **При тяжелых поражениях спасают тех, кого реально можно спасти.**

Времени медицинского персонала, медикаментов, растворов, мест в санитарном транспорте, отданных практически безнадежным пораженным, может не хватить остальным. Тогда погибнут все – и те, кому тщетно пытались сохранить жизнь, и те, кто умер, так и не дождавшись помощи.

**К какой сортировочной группе отнесете данного пострадавшего?**

 **( на первичный осмотр пораженного отводится не более 15-40 секунд)**

**Определите последовательность Ваших действий**

**3. Медицинская эвакуация** пораженных производится **воздушным, водным, железнодорожным, автомобильным и другими видами транспорта.**

Условия эвакуации не должны усугублять состояния пораженных и обеспечивать возможность оказания необходимой медицинской помощи пораженным в пути.

В последнее время при медицинской эвакуации из зоны ЧС максимально широко стала использоваться **авиация (вертолеты, самолеты).** В том случае, если для эвакуации используется авиационный транспорт, то **75-90% пораженных (раненых) могут быть эвакуированы в 1-2 сутки после проведенной операции.**

**Тяжелый грузовой самолет ИЛ-76** может одним рейсом эвакуировать более 100 носилочных пораженных. Этим же рейсом можно доставить в район катастрофы 3 санитарных автомобиля или 50 тонн медицинского груза.

**Реанимационно-анестезиологические бригады** сопровождения могут во время транспортировки на авиационном транспорте осуществлять не только интенсивную терапию, но и проводить лечебный наркоз с высокочастотной вентиляцией легких.

Кроме того, в течение первого часа после теракта не менее **70%, а то и**

**80 %** будут иметь **невротические и психические реакции разной степени выраженности, возникающие как среди пострадавших от действия террористов, так и у их родственников.**

При отсутствии психологической помощи (со стороны любого лица, имеющего хотя бы минимально необходимую подготовку) в этот период возможно действия пострадавших, которые могут нарушить планы по оказанию медицинской помощи.

Кроме того необходимо **заботиться о психологическом здоровье медицинского персонала.** С этой целью необходима заблаговременная психологическая подготовка медицинского персонала формирований СМК, стационарных и амбулаторных ЛПО к возможным стрессовым ситуациям, с которыми они могут встретиться в экстремальных условиях.

Как правило, при ранении отмечается различной интенсивности кровотечение. Поэтому, оказывая первую помощь, **следует остановить кровотечение**.

 При **артериальном кровотечении** кровь **яркая, алая**, выплескивается пульсирующей или фонтанирующей струей.

* В случае сильного кровотечения на **кисти или предплечье** необходимо максимально согнуть локтевой сустав;
* при кровотечении **на стопе и голени** — согнуть ногу в коленном суставе.
* При артериальном кровотечении **на бедре** — наложить жгут (закрутку) на ногу ниже паха; **на плече** — жгут чуть ниже плечевого сустава.

При **венозном кровотечении** кровь истекает равномерной струей **темного цвета.** Для ее остановки **достаточно максимально поднять конечность и наложить давящую повязку с максимальным давлением в области раны.**

**Раны**

При оказании первой помощи в случаях ранения **категорически нельзя** промывать рану, извлекать любые инородные тела и класть в рану вату, смоченную йодом.

Кожу вокруг раны **(от краев к периферии)** обработать спиртом и 5% настойкой йода, бензином. Волосы вокруг раны выстригают ножницами.

Наложить сухую асептическую повязку.

При **проникающих ранениях грудной клетки,**  необходимо зафиксировать инородный предмет между двумя скатками бинта и прикрепить его лейкопластырем или скотчем к коже.

**Извлекать из раны инородные предметы на месте происшествия запрещается!**

**Ранения живота**

При **проникающих ранениях живота** с выпадением петель кишечника выпавшие части закрывают защитной стерильной повязкой (в летнее время выпавшие внутренности для предохранения от высыхания покрывают влажными, смоченными стерильным раствором салфетками, а затем поверх них накладывают повязку). **Салфетки постоянно должны поддерживаться во влажном состоянии!**

**Выпавшие петли кишечника не вправлять!**

**Пневмоторакс**

**Помощь** пострадавшим с ранениями грудной клетки при наличии **пневмоторакса** заключается в наложении повязки на рану. Повязка должна быть герметизирующей **(окклюзионной).** Для этого можно использовать **прорезиненную оболочку** **пакета перевязочного индивидуального,** которую внутренней (стерильной) стороной накладывают непосредственно на рану **(1)**, либо заклеивают рану **липким пластырем** **(2)**. Поверх накладывают циркулярную повязку, используя подушечки и бинт перевязочного пакета.

При обширных дефектах герметизирующая часть повязки должна быть больших размеров и **выступать за края раны не менее, чем на 10 см**. Вначале на рану укладывают слой стерильной марли, затем полиэтиленовый пакет или клеенку и фиксируют сверху ватно-марлевой повязкой **(3).**

**Не поддаваться панике!!!**

В любой чрезвычайной ситуации жизненно необходимо в кратчайшие сроки овладеть собой и четко представить, какие действия в данный момент следует предпринять.

Примените приемы внутреннего аутотренинга.

* Максимально расслабьте все мышцы тела;
* Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов.
* Подумайте, что бы Вы посоветовали ы делать другому, оказавшемуся на вашем месте;
* Посмотрите на себя как бы со стороны.

Помните о том, что выживание в катастрофе – вопрос не одного лишь везения. Чтобы увеличить свои шансы остаться в живых и оказать помощь другим пострадавшим, надо задумываться о своих действиях в чрезвычайной ситуации до того, как вы в ней окажитесь. Смоделируйте ваше поведение в той или иной экстремальной обстановке – это поможет в будущем быстрее справиться с паникой и приступить к своему спасению. Берегите себя.

**И в любой ситуации оставайтесь Человеком!!!**