



БРОЙ
10/2015

SOS112

специализирано издание за пожарна безопасност и защита на населението



ОТЛИЧЕНИ ПРОЕКТИ ПО ТРАНСГРАНИЧНОТО СЪТРУДНИЧЕСТВО

Европейски проекти

Програми за трансгранично сътрудничество ▼



Широко техническо обновление в ГДПБЗН-МВР ▼



Мащабна демонстрация на пловдивските пожарникари

Нормативна уредба

Ред за оценяване на продукти за пожарогасене

Проект EU MODEX 2015-2016

Среща в град Арад, Румъния

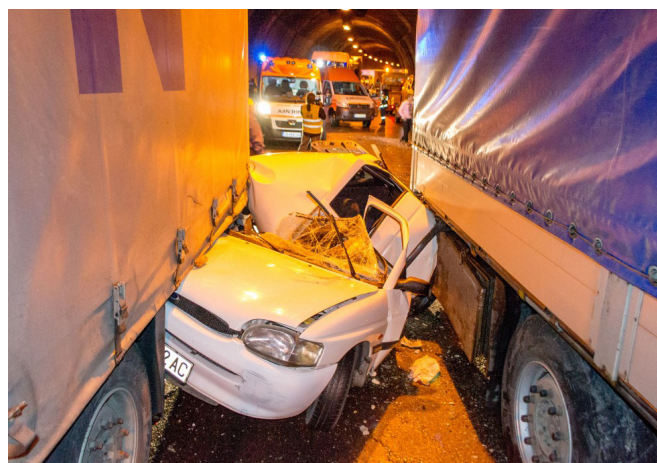
МПО „Млад огнеборец“

Турнир за купа „Юлиан Манзаров“ ▼



Инцидент

Тежка верижна катастрофа в тунел Витиня на Автомагистрала „Хемус“ ▼



По програма на НАТО

Международен курс за обучение в Монтана

Изследване

Пожарна опасност на фасади от горими топлоизолационни материали

SOS 112 Специализирано издание за пожарна безопасност и защита на населението

Основано през декември 1894;
Бр. 10/ 2015 г. (873)
Година двадесет и втора
ISSN 1314-8044

Банкова сметка:

IBAN: BG50BNBG9661 3100 1561 01

БНБ - Централно управление

ГДПБЗН - МВР

BIC: BNBG BGSD

Редакционна колегия

Ръкописи не се връщат

Графика:

Рей Дизайн

Броят е приключен на:

02.11.2015 г.

АДРЕС: 1309 - СОФИЯ, УЛ. "ПИРОТСКА" 171 А, ГДПБЗН -1 ЕТАЖ, ТЕЛЕФОН: 9821132, E-MAIL: spisanie_sos112@abv.bg

Програми за трансгранично сътрудничество

На специална церемония Министерството на регионалното развитие и благоустройство отличи 15 от най-добрите проекти, реализирани с европейско финансиране по програмите за трансгранично сътрудничество.



ГД „Пожарна безопасност и защита на населението“ получи специални грамоти за осъществяването на проектите „Съвместно управление на риска в трансграничния регион на река Дунав“ и „Трансгранично сътрудничество срещу промишлени аварии“.

Първият проект е финансиран по програмата за трансгранично сътрудничество с Румъния, а вторият – с Турция по Инструмента за предприсъединителна помощ 2007-2013 г. Гл. комисар Николай Николов получи отличията от зам.-министъра на регионалното развитие и

благоустройство Деница Николова. Той благодари за ползотворното сътрудничество между Главната дирекция и МРРБ. По думите му е създадената добра практика, която ще бъде продължена и в новия програмен период.

ГД „Пожарна безопасност и защита на населението“ взе участие като партньор в изпълнението на стратегически проект „Съвместно управление на риска в трансграничния регион на река Дунав“, финансиран по Програма за трансгранично сътрудничество „Румъния – България 2007-2013 г.“.

В рамките на проекта бяха доставени 9 пожарни автомобили и HAZMAT лаборатория. Разработени бяха общ речник на оперативните термини със специализирана терминология на български, румънски и английски език, стандартни оперативни процедури за съвместни действия, както и планове за действие при различни видове бедствия в трансграничния регион. В рамките на проекта българските и румънски пожарникари участваха в съвместни щабни и полево учения.

Проектът „Трансгранично сътрудничество срещу промишлени аварии“ (CBCAID) е реализиран по Програмата за трансгранично сътрудничество България – Турция по Инструмента за предприсъединителна помощ 2007-2013 г. По проекта са доставени два аварийно-спасителни автомобила, оборудвани с пълен комплект защитни предпазни средства и екипировка, осигуряваща действията на пожарникарите в критични ситуации при технологични аварии. Проведени са обучения на българските и турските екипи, както и съвместни учения на територията на двете страни.

Широко техническо обновление в ГДПБЗН-МВР

Успяхме да модернизираме и подновим автопарка на пожарните служби в 86-те най-големи български общини, каза директорът на ГД „Пожарна безопасност и защита на населението“ гл. комисар Николай Николов по време на финалната пресконференция по проект „Модернизация на структурните звена на НСПБЗН-МВР в Столичния агломерационен ареал и агломерационните ареали на шестте най-големи града – Пловдив, Варна, Бургас, Плевен, Русе и Стара Загора“.



Според него българската пожарна вече разполага с най-доброто от специализираната техника и оборудване, които се предлагат на европейския пазар. Гл. комисар Николай Николов допълни, че по проекта са доставени общо 192 пожарни автомобили, лек среден и тежък клас, 1230 въздушни дихателни апарата, 31 модерни автомеханични стълби и други технически съоръжения. Той очаква

с реализирането на проекта разходите на ГДПБЗН за горива да намалее с 23 %, което в абсолютна сума е около 1.5 млн. лева.

Със закупуването на новата техника над 5 млн. български граждани вече могат да разчитат на по-бързи и по-адекватни действия на пожарникарите, каза комисар Тошко Бързилов, началник на Националния оперативен център към Главна ди-

рекция „Пожарна безопасност и защита на населението“. Колегите и хората видяха възможностите на съвременното ни оборудване при последните акции на автомагистрала „Хемус“, подчерта още той.

Гл. комисар Николай Николов благодари на Министерството на регионалното развитие и благоустройство и на управляващия орган на ОП „Регионално развитие“ за подкрепата, която са оказали на ГД „Пожарна безопасност и защита на населението“ при реализирането на този проект. Направихме важна крачка в правилната посока и се надявам, че ще съумеем да надградим започнатото, допълни той.

* * *

Проектът „Модернизация на структурните звена на НСПБЗН-МВР в Столичния агломерационен ареал и агломерационните ареали на шестте най-големи града – Пловдив, Варна, Бургас, Плевен, Русе и Стара Загора“ стартира в

края на 2008 г. и целта му бе да бъдат закупени 42 пожарни автомобили за седемте най-големи български града. Впоследствие проектът бе трансформиран и в резултат на реализацията му беше закупена и доставена пожарна техника и оборудване за 86-те най-големи български общини. Стойността на новата техника е за близо 50 млн. евро, 85% от които осигурени по ОП „Регионално развитие“. Целите на проекта са осигуряване на по-висока степен на пожарна безопасност и надеждна защита на над 5 млн. души и тяхното имущество при инциденти в градските агломерационни ареали и ограничаване разрастването и бързото ликвидиране на пожари чрез обновяване и модернизиране на наличния машинен парк и опазване на околната среда и намаляване на вредните емисии на парникови газове



отделяни от пожарните автомобили.

По проекта последователно бяха доставени 192 пожарни автомобили за гасене на пожари с вода и пяна лек, среден и тежък клас, 1230 въздушни дишателни апарата, 27 командни автомобили, 31 автостълби с въртяща се платформа

30 м и 42 м, 6 автомобили за спасителни дейности – тежък тип, 2412 комплекта лични предпазни средства (топлозащитни облекла, каски, колани, ръкавици и ботуши), 205 комплекта теплоотразяващи облекла, 48 костюма за химическа защита и друго оборудване.

Мащабна демонстрация на пловдивските пожарникари

На площад Централен в града пловдивските пожарникари проведоха практическа демонстрация на спасителни действия по тренировачния сценарий, които бяха наблюдавани от зам.-министър Красимир Ципов, директора на ГД „Пожарна безопасност и защита на населението“ гл. комисар Николай Николов, директора на ОДМ-ВР-Пловдив Христо Разсолков,

други официални гости и много граждани.

Пловдивските огнеборци показаха възможностите на новата техника за оборудване, закупени с европейски средства, с която вече разполага пожарната служба в областния град. При игровия сценарий те последователно спасиха пострадали хора при пътна катастрофа, погасиха сериозен пожар и ева-

куираха пострадал от покрива на висока сграда.

В началото на мащабната демонстрация пловдивските пожарникари показаха техниката, с която работят при възникване на сериозно пътно-транспортно произшествие. При пристигането си на мястото на игровото произшествие екипите заварват катастрофирало и преобърнато по таван превозно сред-



ство. Минути бяха необходими на служителите на Главна дирекция „Пожарна безопасност и спасяване“ да разрежат колата и да освободят ранените водач и пътник.

Статистиката сочи, че от началото на годината пловдивската пожарна служба е реагирала на над 160 сигнала за тежки катастрофи, при които са спасени над 150 души.

В рамките на непрекъснато усложняващия се днес сценарий на тренировъчната ситуация, в пожарната служба бе получен сигнал за сериозен пожар в района пред Централната поща в града. Незабавно на мястото на инцидента пристигнаха екипи, които последователно построиха гасителна линия и извършиха пenna атака над пламъците. Непосредствено след погасяването на пожара на тел. 112 бе съобщено за пореден инцидент – при пожар във висока сграда има пострадал, който се нуждае от помощ. Човекът беше спасен благодарение на новата автомеханична стълба, с която е оборудвана пловдивската пожарна служба. Огнеборците оказаха и първа помощ на пострадалия.

Проектът „Модернизация на структурните звена на НСПБ-ЗН-МВР в Столичния агломерационен ареал и агломерационните ареали на шестте най-големи града – Пловдив, Варна, Бургас, Плевен, Русе и Стара Загора“ стартира в края на 2008 г. и целта му бе да бъдат закупени 42 пожарни автомобили за седемте най-големи български града. В следствие проектът бе трансформиран и в резултат на реализацията му беше закупена и доставена пожарна техника и оборудване за 86-те най-големи български общини. Стойността на новата тех-

ника е за близо 50 млн. евро, 85% от които осигурени по ОП „Регионално развитие“. Целите на проекта са осигуряване на по-висока степен на пожарната безопасност и надеждна защита на над 5 млн. души и тяхното имущество при инциденти в градските агломерационни ареали и ограничаване разрастването и бързото ликвидиране на пожари чрез обновяване и модернизиране на наличния машинен парк и опазване на околната среда и намаляване на вредните емисии на парникови газове отделяни от пожарните автомобили.



Международен курс за обучение в Монтана

Пети международен курс по програмата за „Ядрена, химическа, биологична и радиационна защита“ на НАТО се проведе в Центъра за професионална квалификация на Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“ – МВР в град Монтана, в периода от 5 до 9 октомври 2015 г.

Обучението е предназначено за преподаватели и инструктори на първореагиращите (пожарникари и спасители) при ядрени, химически, биологични и радиационни инциденти. Тази година участниците бяха 21 души от 12 държави – Азербайджан, Армения, Афганистан, България, Грузия, Гърция, Ирак, Испания, Йордания, Македония, Сърбия и Швеция.

Курсът бе открит от г-н Рагнар Бо – председател на групата по „Гражданска защита на НАТО“. Целта на обучението беше подобряване оперативната съвместимост и сътрудничеството на първореагиращите екипи



на международно ниво при химически, биологични, ядрени и радиационни инциденти. Лектори и инструктори в курса

бяха специалисти, работещи в сферата на ядрената, химическата и биологична защита от Норвегия, Швеция и Обединено кралство Великобритания, а от българска страна от Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“ – МВР и Военна академия „Георги Сава Раковски“.

Освен в Центъра в град Монтана, където подобни курсове се провеждат от 2009 г., Групата по Гражданска защита на НАТО организира такива обучения в Германия, Казахстан, Литва, Финландия и Чехия.



Турнир за купа „Юлиян Манзаров“

- **Участваха 13 отбора от страната**
- **Първенци са състезателите от СОУ „Д-р Петър Берон“ – Свиленград**

Турнирът по пожароприложен спорт на МПО „Млад огнеборец“ за Преходната купа „Юлиян Манзаров“ се проведе на 17 и 18 октомври в Ловеч. Той бе осъществен по проект на Българската федерация за пожароприложен спорт като част от националния спортен календар. Съорганизатори на състезанието са ГДПБЗН-МВР, община Ловеч, РДПБЗН-Ловеч, Националният дворец на децата, РИО-МОН и Фондация „Ангели от Лим“.

Официални гости на проявата бяха зам.-областният управител г-н Георги Терзийски, зам.-кметът на община Ловеч г-н Пламен Петров, зам.-директорът на ГДПБЗН старши комисар Асен Игнатов, представители на РИО-МОН, директорът на РДПБЗН Ловеч комисар Владимир Кацарски, председателят на фондация „Ангели от Лим“ г-н Георги Манзаров, директори на училища и др.

В състезанието участваха 13 отбора от областите Благоевград, Бургас, Велико Търново, Видин, Враца, Ловеч, Разград, Русе, Търговище, Хасково и Шумен.

Домакините бяха създали отлични условия за настаняване на участниците, реализирането на програмата и провеждане на надпреварата в съответствие с Международния правилник на СТИФ за младежки състезания по пожароприложен спорт.



Тържественото откриване започна в 9 часа на 18 октомври. Под звуците на националния химн бе издигнато национално-

дисциплина „Бойно разгръщане на състезателна пътека“. Най-добрият отбор, спечелил първо място в дисциплината бе отборът на СОУ „Д-р Петър Берон“ – Свиленград. На второ място се класираха младите огнеборци от ОУ „Христо Ботев“ от Бургас, а на трето от СОУ „Цанко Церковски“ от Велико Търново. В състезателна дисциплина „400 м щафетно бягане с препятствия“ на първо място се класира МПО „Млад огнеборец“ при ОУ „Никола Икономов“ от гр. Разград. Второто място в дисциплината спечели отборът



то знаме на Република България от домакините. Знаменосците на представителното знаме на МПО бяха от отряда на СОУ „Д-р Петър Берон“, гр. Свиленград. Отборите демонстрираха добра подготовка в състезателна

от ОУ „Св. Св. Кирил и Методий“ от Ловеч. За третото се пребори отборът на СОУ „Никола Вапцаров“ от Хаджидимово.

В комплексното класиране: първенците от СОУ „Д-р Петър Берон“ от Свиленград (при общ



результат 1052,88 точки); представителите на област Бургас от ОУ „Христо Ботев“ – сребърни медалисти (с общ резултат 1040,41 точки) и бронзови медалисти – младите огнеборци от ОУ „Н. Й. Вапцаров“ от Попово (с постижение 1034,25 точки).

Съдийството и на двете дисциплини се ръководеше от сертифицирания международен съдия с опит в 3 международни прояви и над 10 национални състезания у нас Явор Абад-

жиев, което бе гаранция за реалното оценяване и оправдаване усилията на всички участници. Проявата протече без инциденти и в стегнат ред на регистрация, стартове и моментално отчитане на резултатите. На ритуала за тържествено закриване на състезанията,

който се проведе от 12.30 ч. бяха връчени награди на победителите и на най-добре представилите се отбори. На заелите от първо до трето място в комплексното класиране и на първенците по дисциплини бяха връчени медали, плакети и грамоти за участие.

КОМПЛЕКСНО КЛАСИРАНЕ

Място	Регион	Училище	Бойно	Щафета	Общо
1	Хасково	СОУ „Д-р Петър Берон“	956,26	96,62	1052,88
2	Бургас	ОУ „Христо Ботев“	942,1	98,31	1040,41
3	Търговище	ОУ „Н. Й. Вапцаров“ – гр. Попово	936,15	98,1	1034,25
4	В. Търново	СОУ „Цанко Церковски“	937,56	93,4	1030,96
5	Разград	ОУ „Никола Икономов“	925,66	104,1	1029,76
6	Благоевград – гр. Хаджидимово	СОУ „Никола Вапцаров“	925,14	99,77	1024,91
7	Ловеч	ОУ „Св. Св. Кирил и Методий“	923,15	100,31	1023,46
8	Враца	СОУ „Отец Паисий“	931,72	91,39	1023,11
9	Ловеч – гр. Троян	ОУ „Иван Хаджийски“	912,67	93,87	1006,54
10	Шумен	IX-то ОУ „Панайот Волов“	914,85	84,06	998,91
11	Русе	СОУ „Панайот Волов“ – гр. Бяла	919,2	78,05	997,25
12	Видин	ПГ „Проф. Асен Златаров“	880,76	98,63	979,39
13	Благоевград – гр. Гоце Делчев	I-во ОУ „Св. Св. Кирил и Методий“	766,95	65,47	832,42

Срещата в град Арад, Румъния

В град Арад, Румъния беше проведена планираща среща, посветена на предстоящото в края на октомври в района на общината първо от предвидените по проекта три полеви учения.

В учението е планирано да вземат участие Модул за изпомпване с голям капацитет (НСП) от България, Модул за изпомпване с голям капацитет (НСП) от Австрия и Модул за спасяване по вода с лодки (FRUB) от Чехия, както и Екип за оказване на техническа помощ и подкрепа (TAST) от Германия и Координационен екип от експерти на Европейската гражданска защита (EUCPT).

Срещата протече съгласно предварително изпратения дневен ред и започна с кратка информация от представителя на Европейската комисия г-н Пекка Тиайнен, свързана с утвърдените за периода 2015-2016 г. учения за модулите за



гражданска на ЕС и на предвидените учения през следващия

програмен период 2016-2017 г. Представителят на водещия партньор в консорциума – Фондация Национален център за управление при бедствия CN-APELL, Румъния, г-н Марсел Лукачу представи извършените до момента дейности по проекта и по подготовката на полево учение в района на община Арад, Румъния.

Главният ръководещ на полево учение – г-н Пер Андерс Бертин направи кратък преглед на времевата рамка на учението и очакваните задачи пред участниците в него.

Главният инструктор на поле-



вото учение – г-н Алън Пелю запозна участниците в срещата със своя екип от инструктори и помощник-инструктори, които ще работят с участващите в полевото учение модули и задачите, които този екип ще изпълнява.

Г-н Влад Петре от Главния инспекторат за извънредни ситуации на Румъния представи

разработеното ръководство за провеждане на учението и най-важните елементи от разработения сценарий.

Ръководителят на екипа оценители г-н Йенс Поул Мадсен запозна участниците в срещата с оценителския екип и методологията за извършване на оценка и представяне на оценителските доклади.

Организирано бе посещение за запознаване с местата, на които е предвидено да се проведе практическото учение, като бяха представени основните идеи за задачите, които могат да бъдат поставени пред отделните модули и дискутирани техните възможности да се справят със тези задачи.

Турнир

Огнеборци от пет страни мерят сили във Варна

От 30 септември до 2 октомври Варна беше домакин на Втория клубен турнир по противопожарен спорт за купа „Одесос“. Състезанието с международно участие е организирано от Регионалната дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“ и Спортния клуб по противопожарен спорт в града. Участие в турнира взеха състезатели от 16 отбора, сред които са гости от Чехия, Румъния, Украйна и Турция.

Турнирът беше открит тържествено на 30 септември в 16:30 часа на стадион „Локомотив“. По-рано същия ден започнаха първите състезания с началните фази на надпреварата за мъже и жени в дисциплината „Изкачване с щурмова стълба“. Полуфиналните и финални серии се проведоха след церемонията по официалното откриване на турнира.



На 1 октомври преди обяд започнаха състезанията в дисциплината „100-метрова пътека с препятствия“, а от 16 до 16:45 часа се проведоха полуфиналните и финални серии. Надпреварата в дисциплината „Пожарна щафета 4'100 метра“ за жени и мъже започнаха в 17 часа и приключиха до 19 часа.

В последния ден на Втория международен клубен турнир по

пожароприложен спорт за купа „Одесос“, състезателите премериха сили в дисциплината „Бойно разгръщане от мотопомпа“.

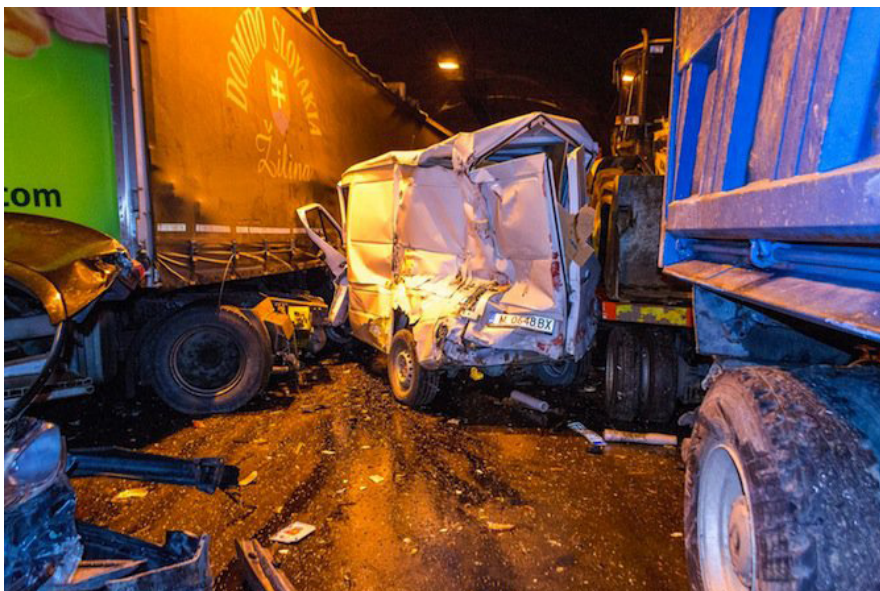
На 2 октомври, в 13:30 часа беше тържественото награждаване на отборите и закриването на турнира.

Topnovini.bg

Тежка верижна катастрофа в тунел Витиня на Автомагистрала „Хемус“

Небивала по мащабите си верижна катастрофа наниза една в друга 42 леки коли, камиони и бусове в тунела „Витиня“ и парализира движението през целия ден на 8 октомври по магистрала „Хемус“.

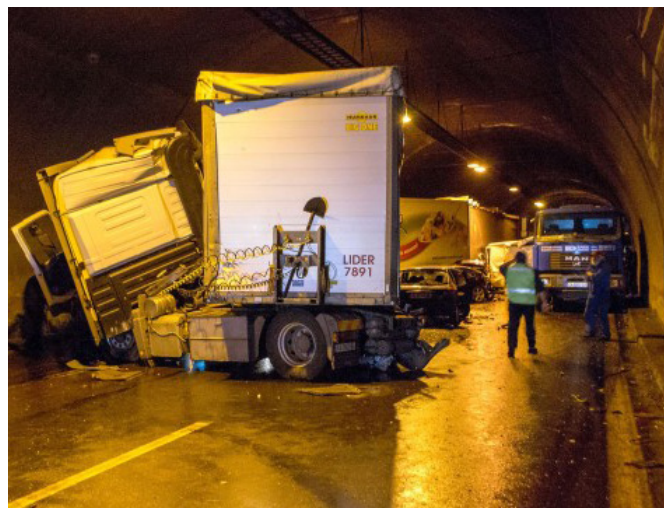
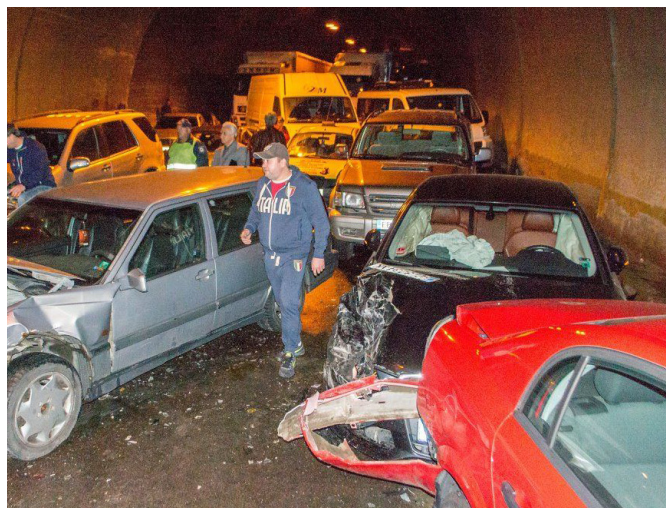
Видели какво ли не пътни полицаи, пожарникари и спасители споделят, че досега не са били свидетели и участници в подобен инцидент. Загинали са трима – жена на 35 години, 60-годишен мъж, както и шофьор на ТИР, 14 са откараните с различни травми в софийските „Пирогов“, „Света Анна“, „Софиямед“. Следствието ще каже своята дума за причините, но още отсега може да се посочат поне две от тях – несъобразена със сезонна скорост и разлято на пътно платно гориво. Един ТИР се е хлъзнал и завъртял в тунела, в него се е врязал друг камион.



В започналата пързалка всяка следваща кола се е забивала в предната.

Мокрият асфалт, разлятото гориво и традиционната тук сезонна мъгла са допълнили картината. Истински късмет е било, че тежките камиони са били в началото на мелето, ина-

че жертвите и пострадалите са щели да бъдат много повече. Два ТИР-а буквално са смазали помежду си лек „Форд“, автовоз е „влязъл“ под един от камионите, а шофьорът му едва е бил измъкнат с тежка травма, но жив. В адът на тунела линейките едва си пробивали път до постра-



далите, а линейка от Велико Търново с органи за трансплантация трябвало да бъде ескортирана за да стигне до софийска болница.

Верижната катастрофа блокира движението в двете посоки на магистралата. През целия ден леките коли бяха отклонявани по обходен маршрут по стария

път към Ботевград. Тирове обаче бяха спирани на място и образуваха 5-километрова колона в посока към Варна.

Нормативна уредба

Ред за оценяване на продукти за пожарогасене

В „Държавен вестник“, бр. 62 от 14 август 2015 г. е публикувана Наредба № 8121з-906 от 30 юли 2015 г. за изискванията към продуктите за пожарогасене, редът за оценяване и удостоверяване на съответствието им с тези изисквания, задълженията на производителите, вносителите и дистрибуторите на продукти за пожарогасене и за реда за осъществяване на контрол.

С § 3 от преходните и заключителните ù разпоредби се отменя Наредба № Из-1543 от 2012 г. за разрешителната и контролна дейност на продуктите за пожарогасене по отношение на тяхната гасителна ефективност (Обн. ДВ, бр. 59 от 2012 г., изм. и доп., бр. 6 от 2013 г. и бр. 36 от 2014 г.).

С новата наредба се определят:

- изискванията към продуктите за пожарогасене;
- редът за оценяване на съответствието на продуктите за пожарогасене с изискванията към тях и начините за удостоверяване на съответствието им с тези изисквания;
- задълженията на производителите, вносителите и дистрибуторите на продукти за пожарогасене;
- редът за осъществяване на контролна дейност на продуктите за пожарогасене.

Оценяването на съответствието на продуктите за пожарогасене по смисъла на наредбата се осъществява от ГДПБЗН-МВР. При тази дейност, директорът на ГДПБЗН-МВР издава удостоверения за съответствие на продуктите за пожарогасене с техническите изисквания, съгласно глава втора от наредбата. Продуктите за пожарогасене, за които са издадени удостоверения ще бъдат включвани в публичен регистър, съгласно чл. 29 от наредбата.

Не подлежат на издаване на удостоверения продуктите за пожарогасене, за които има издаден сертификат от сертифициращ орган, удостоверяващ, че общите технически изисквания на наредбата са спазени и е въведен изискващия се фабричен производствен контрол или система за управление на качеството. Преди предоставяне на пазара на такива продукти, производителят или неговият упълномощен представител следва да подаде писмено или устно уведомление до директора на ГДПБЗН-МВР, като приложи сертификата за съответствие на продукта, документите по чл. 12, ал. 1, т. 5 от Наредбата и инструкции за употреба, изготвени на български език. При съответствие с изискванията на наредбата, продуктите ще бъдат включвани в списъка по чл. 30 от наредбата.

Сроковете на валидност на удостоверенията и сертификатите за съответствие на продуктите за пожарогасене ще бъдат посочени съответно в регистъра по чл. 29 и в списъка по чл. 30 от наредбата, публикувани на интернет страницата на ГДПБЗН-МВР, на адрес http://www.nspbzn.mvr.bg/Sprav_informacia/Registri/default.htm

В § 4 от преходните и заключителни разпоредби е регламентирано, че наредбата влиза в сила в деня на обнародването ѝ в „Държавен вестник“, с изключение на чл. 20 - 28, които влизат в сила от 01.01.2016 г. По този начин е въведен преходен период, през който производителите на продукти за пожарогасене да могат да удостоверят съответствието на произведените от тях продукти с изискванията на наредбата. След този период, производителите, вносителите и дистрибуторите на продукти за пожарогасене ще бъдат длъжни да пускат на пазара единствено продуктите, за които има издадени удостоверения от ГДПБЗН-МВР или които са включени в списъка по чл. 30 от наредбата. Продуктите за пожарогасене, за които са издадени удостоверения от ГДПБЗН-МВР ще бъдат предоставяни на пазара с нанесена маркировка по чл. 25, придружени с декларации по чл. 22 и инструкции за употреба, изготвени на български език.

Продуктите за пожарогасене, включени в списъка по чл. 30 от наредбата, ще бъдат предоставяни на пазара с нанесена маркировка по чл. 25, придружени с декларация по чл. 22 и инструкция за употреба, изготвени на български език.

В приложения към наредбата са дадени образци на удостоверение за съответствие на продукт за пожарогасене, както и на декларацията, придружаваща продукта за пожарогасене, която ще се издава от производителя и ще удостоверява съответствието на конкретния продукт (партида) с изискванията на глава втора от наредбата.

В тази връзка, производителите или техните упълномощени представители могат да подават искания и уведомления до директора на ГДПБЗН-МВР. Подробна информация за процедурата по удостоверяване на съответствието, както и списък с необходимите документи за това може да се намери на сайта на ГДПБЗН-МВР на интернет адрес :

http://www.nspbzn.mvr.bg/Za_NSPBZN/Structura/GDPBZN/NPIPBN/Ekspertizi/napravlenie+OS.htm

Гл. инсп. инж. Йордан Йорданов – нач. сектор „Техническо оценяване на продукти“
в отдел „Център за изследвания и експертизи“ при дирекция КИПК към ГДПБЗН-МВР

Благодарност

До Г-н Николай Николов
Директор на ГДПБЗН

Уважаеми Г-н Директор,

Както знаете, понастоящем Унгария се бори със сериозен миграционен поток. С цел осигуряване на временен подслон на мигрантите, на 11 септември 2015 г. страната ни поиска помощ от страните-членки на Европейския съюз посредством Механизма за гражданска защита. България незабавно и великодушно предложи своята помощ.

Ето защо, позволете ми да изразя най-дълбоката си благодарност за вашата щедра и навременна помощ, която има огромен принос за справяне с настоящата ситуация.

Искрено Ваш,

Генерал-майор д-р Тибор Толар,
Генерален директор на Генерална дирекция
за управления при бедствия при МВР на Унгария

Пожарна опасност на фасади от горими топлоизолационни материали

В съвременното строителство все повече внимание се обръща на екологичната и енергийната ефективност на сградите, на комфорта на обитателите, свързан с осигуряване на подходящите температура, влажност, ниво на шума, а също така и на обезпечеността на сградата срещу пожар.

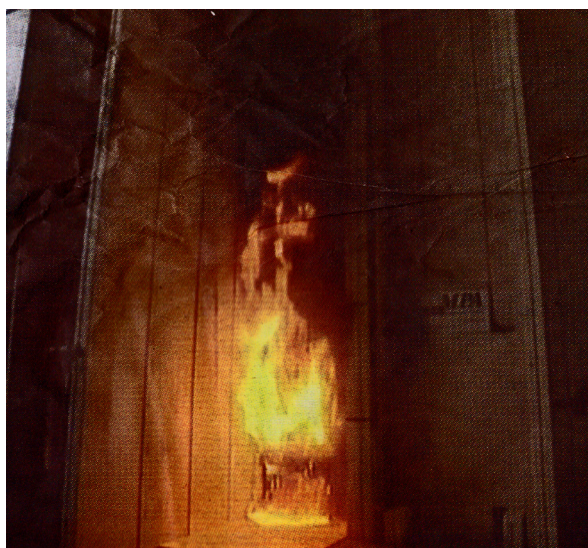
Сега това е актуално и важно за едно- и многофамилните жилищни сгради (блокове) предвид на предстоящото саниране, финансирано по европейски програми.

Нормативна уредба у нас

За периода от 1987 до 4.06.2010 г. у нас бяха валидни изискванията на НАРЕДБА №2 за противопожарните строително-технически норми [1]. В чл. 10, ал. 3 се допускаше полагането на горими топлоизолации за производствени, обществени и жилищни сгради, ако са плътно положени по негорима основа и са разделени през 30 кв. м с негорими ивици с широчина най-малко 0,2 м.

За периода от 4.06.2010 г. досега са валидни изискванията на НАРЕДБА № 1з-1971 от 29.10.2009 г. за строително-технически правила и норми за осигуряване на безопасност при пожар [2]. В тази наредба са въведени нови понятия в сравнение с предишната наредба [1], а именно: клас по функционална пожарна опасност (КФПО); огнеустойчивост – вместо пожароустойчивост, клас по реакция на огън (КРО) – вместо горимост, и т.н.

В таблица 7.1 от наредбата [2] са дадени КРО на компонентите на системи за топлоизолация на външни повърхности на строежи с височина до 28 м от КФПО Ф1-Ф4, допустимите площи и вида на противопожарните ивици (ППИ), а в таблица 7.2 – компонентите на системи за топлоизолация на производствените сгради от КФПО Ф5.



а – огневи тест за 3-4 мин



б – огневи тест за 8 мин

Фиг.1 Симулация на пожар в жилище и поведението на топлоизолационна система по фасадата на сгради при огневи тест

В строителната практика у нас се използват предимно 2 вида топлоизолационни материали: негорими с КРО А1 – минерална вата или Multipor (свързлек клетъчен бетон с плътност 100–115 кг/м³) и горими (полистирол с КРО Е-Ф).

За най-често използвания вариант – полистирол с КРО Е-Ф и външен слой от циментово лепило (замазка) и мрежа от минерални влакна с КРО А2 – за сгради от I до IV степен на огнеустойчивост, се изисква направа на ППИ (с дебелина 0,5 м от негорими материали с КРО мин. А2) за разделяне на фасадите на допустими площи до 1000 кв. м.

За сгради до 2 етажа от клас на ФПО Ф1-Ф4 и застроена площ до 200 м², каквито са сградите от V степен на огнеустойчивост, съгласно табл. 4 от наредбата няма изисквания към вида на топлоизолацията.

Действащата нормативна уредба има следните недостатъци:

- Не е указано как да бъдат направени (разположени) ППИ – например при жилищните блокове до 9 етажа е възможно да се поставят по 1 вертикална ивица на късите страни на сградата и изискването за допустими площи до 1000 м² е изпълнено, но това по никакъв начин няма да повлияе на разпространението на огъня по дългите фасади при възникнал битов пожар в апартамент.

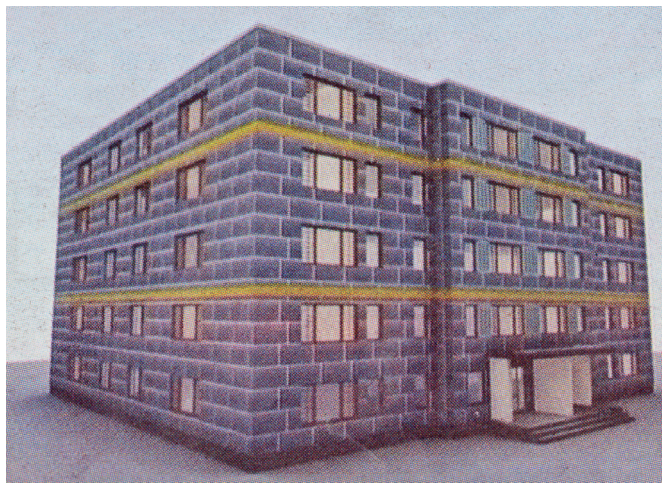
Няма конкретно изискване, свързано с дебелината на горимата топлоизолация. Очаква се в бъдеще топлоизолациите у нас да се използват с дебелини до 20 см, а в някои случаи и повече. Направата на ППИ от материали с КРО В с широчина 1 м не е за предпочитане, тъй като, от една страна, в тази група влизат широка гама материали по отношение на поведението им към огъня, което изисква прецизиране на индексите – дим (s) и капещи частици (d), а от друга – не са евтини.

Пожарна опасност на фасади, изградени от полистирол

Поради ниската себестойност и широко приложение в света се очаква и у нас за топлоизолация на сгради да се използва масово полистирол с дебелини до 20 см. Какъв риск крие това?

Полистиролът като органичен продукт, получен на база нефтопродукти, е силно запалим материал, който лесно се възпламенява при наличие на огнеизточник. Незащитеният полистирол се класифицира от КРО Е-Ф, което означава продукт със значителен принос към неконтролируемо горене.

По поръчка на немската телевизия NDR се е провел пожарен тест в лаборатория за изпитване на строителни материали в Брауншвайг, Германия. Теплоизолационната система е изготвена по стандартен начин в реални размери – от топлоизолационни плочи стиропор с дебелина 16 см, защитени с армираща мрежа, мазилка и боя – без наличие на ППИ от минерална вата над прозоречния корниз.



Фиг.2 Монтаж на ППИ на прозорците и на непрекъснати ППИ на всеки 2-ри етаж

Топлинното натоварване е симулирано с мощност близка до тази при средно случващите се битови пожари в жилища и апартаменти.

Полученият резултат от проведените тестове: На 3-4 минути след началото на опита фасадата над корнизата вече гори и отделя обилно количество дим и капещи горящи частици полистирол, които се наблюдават долу на пода при изпитанието – фиг. 1а. След 8-ата минута опитът излиза от контрол, създава се ситуация огънят да се пренесе през фасадата до покривната конструкция, помещението се изпълва с гъст отровен дим и екипът на пожарната служба от Брауншвайг, която присъства на опита, е трябвало да загаси пожара, като използва лични предпазни средства – изолиращи противогази, ръкавици, защитно облекло – фиг. 1б.

Подобно беше положението при пожара в мола на бул. „Ал. Стамболийски“ (29.10.2012 г.), когато за 3 – 4 мин огънят бързо се разпространи по цялата окачената фасада. От анализа на станалите пожари в Германия при наличие на полистирол по фасадите на жилищни сгради – Берлин (2005 г.), Делменхорст (2011 г.) Франкфурт на Майн (2012 г.) или вътре в обема на сградата – международното летище в Дюселдорф 1994 г., могат да се направят следните изводи:

- Полистиролът е силно пожароопасен материал. Веднъж започне ли да гори, образува капки горяща маса, която се стича и се пръска на голямо разстояние. Интензивността на разпространение на огъня по фасадата нараства значително.

- Горенето на фасади, топлоизолирани със стиропор, е съпроводено с отделяне на голямо количество топлина и отровен дим.

Тук е мястото да направим едно приблизително сравнение – ако при един и същ битов пожар в жилищна сграда с достатъчна мощност имаме 2 фасади, едната защитена с негорим материал, а другата – с полистирол, то при негоримата огънят ще се пренесе на горния етаж след 15 мин, а при фасадата с полистирол – за 8 мин, и то на много по-голяма площ и с по-голяма интензивност като горене.

Ето защо в случай на възникнал пожар в сграда не трябва да се допуска огънят да излезе на фасадата, топлоизолирана със стиропор или други подобни на него материали.

За да не се стигне у нас до подобни случаи, е необходимо следното:

- Да се приеме инструкция от компетентните органи, с която да се конкретизират указанията на Наредба [2] по отношение на техническите решения за разделяне на сградата чрез ППИ. Например (вж. на фиг. 2) в многофамилните жилищни сгради в Германия се поставят негорими ивици над прозорците или през два етажа в сгради от 7 до 22 м.

- Възможни са и други технически решения, например обръщане на прозорците с негорими материали и изготвяне на негорими противопожарни ивици около тях с дебелина 0,2 м и др.

Доц. д-р инж. Иван Тодоров

ЛИТЕРАТУРА:

1. НАРЕДБА №2 за противопожарните строително-технически норми, ИК „Блестящ факел“, С., 2005
2. НАРЕДБА № 13-1971 за строително-технически правила и норми за осигуряване на безопасност при пожар. Обн. ДВ, бр. 96 от 04.12.2009 г., в сила от 04.06.2010 г.; попр., бр. 17 от 02.03.2010 г.; изм. с РЕШЕНИЕ №13641 на ВАС от 15.11.2010 г. по а.д. №9105/2010 г. – ДВ, бр. 101 от 28.12.2010 г.; изм. и доп., бр. 75 от 27.08.2013 г., изм. и доп. ДВ, бр. 69 от 19 август 2014 г., изм. и доп. ДВ, бр. 89 от 28 август 2014 г. ИК „Итус“, С., 2014.

Доболнична травма-система

I. Определения

Спешната медицинска помощ се определя като доболнично лечение на остро заболели или травмирани пациенти на мястото на инцидента и по време на транспорта на пациента до болницата за дефинитивно лечение. Това лечение включва [Wilson]:

- Алармиране на болничния персонал за пристигащия спешен пациент;
- Доклад до лекарите от медицинския контрол за състоянието на пациента;
- Лечение под лекарски радиоконтрол, на мястото на инцидента и по време на транспорта до болницата;
- Осигуряване на проходими въздушни пътища;
- Сърдечен мониторинг;
- Интравенозно и перорално медикаментозно лечение;
- Имобилизация на травмираните, евентуално с костни фрактури крайници преди преместване на пациента;
- Осигуряване на психологическа подкрепа.

ЦСМП трябва да работи в тясна връзка със спешното отделение на приемащата болница, за да осигури приемственост на лечението от момента на травматичния инцидент до извеждането на стабилизирания пациент от спешното отделение.

Що се отнася конкретно до лечението на травма-пациенти, те са обект на т.нар. травма-система, която е инкорпорирана и най-важна част на регионалната спешна медицинска система.

Принципите на съвременното доболнично лечение при тежка травма водят началото си от концепциите, развити по време на военните конфликти. Доболничният персонал трябва да открива специфичните увреди и да знае механизмите, които ги причиняват. Това осигурява коректен триаж към подходящ травма-център – фиг. 1. Травма-центърът трябва да отговаря на изискванията за бърз прием на пациенти от санитарен хеликоптер фиг. 2.



Фиг.1 Прием на пациенти в травма-център

Всички травма-системи са регионализирани, подобно системите на полицията, пожарната, гражданска защита и съдебната система. Това осигурява добра колаборация за ликвидиране на последствията в случай на травма-инцидент в даден административно-географски регион.



Фиг.2 Травма-център с площадка за прием на спешни пациенти на SMURD [7]

Регионалната травма-система се базира на ресурсите за спешна медицинска помощ в доболничните и болничните лечебни заведения. Тя се определя като система, която организира и координира усилията на медицинските, съдебните, пожарните (фиг. 3) и правителствени агенции в определена географска област, за осигуряване на най-добро лечение за всички травма-пациенти, като е интегрирана в местната система на здравеопазване (Model Trauma Care System Plan, 1992, Rockville). Гореспоменатият медицински контрол като основен елемент на травма-системите трябва да бъде наситен, точен и постоянен. На мястото на инцидента спешният медицински екип провежда начална диагностика и лечение. Управлението на тези дейности става по предварително утвърдени протоколи (индиректно медицинско насочване) или от лекар чрез средствата за комуникация (директно медицинско насочване).



Фиг.3 Комбинирани спасителни екипи от пожарникари спасители и пожарникари парамедици [7]

Целта на допълнителния етап е да се сведат до минимум последиците от травмата чрез сигурен и бърз транспорт на пострадалия. Пациентът трябва да бъде доставен в подходящо оборудван травма-център, акредитиран и утвърден от регионалната травма-комисия, с добре подготвен за лечение на такива травми персонал. Линейките подминават онези здравни заведения, които не са одобрени за лечение на травма-пациенти, дори да се намират по-близо до мястото на инцидента.

Основни постулати на допълнителното лечение са следните:

- Допълнителният етап е първи етап на травма-системата.
- На мястото на инцидента се провежда оптимално лечение в кратък срок.
- Дефинитивно лечение на тежката травма се извършва само в болница с операционен блок и централна реанимация.
- Спасяването на критичните травма-пациенти зависи от времето за пристигане до мястото на инцидента – правило на „десетте платинени минути“. Определящи фактори за намаляване на времеви интервал са: местоположението на линейките в града, възможности за въздушен транспорт, инциденти в трудно достъпни места.

II. Организация

Организационните принципи на допълнителната травма-система включват: изнасяне (освобождение) на пострадалия; подходяща сортировка; животоспасяващо лечение (на мястото на инцидента и по време на транспорта); медицинско насочване (чрез диспечерска дейност и нормативно утвърдени протоколи – сортировъчни, транспортни и лечебни); медицинска документация (състояние на пациента и лечебни дейности); регистрация (архивиране на информацията) и системно подобряване на лечението (чрез промени в клиничните алгоритми и обучение на персонала).

1. Диспечерска дейност

I. Процедура на диспечерските центрове

A. Всички регионални спасителни системи използват единен телефонен номер (в България – 112). Персоналът, приемащ обажданията, трябва да получи следната информация:

1. Естество на спешния случай;
2. Местонахождение на инцидента;
3. Телефонен номер за обратно позвъняване;
4. Брой на пациентите;
5. Тежест на заболяването/нараняването;
6. Име на обаждания се.

Спешната информация незабавно се предава на медицинския диспечер на ЦСМП.

2. Персонал

а) състав на екипите,

б) обучение – степени по EMS на град Стаунтон, щата Вашингтон:

Level	Designation
First Responder	A
EMT-Basic	B
EMT-Shock Trauma Technician	C
EMT-Enhanced	J
EMT-Cardiac Technician	D
EMT-Intermediate	I
EMT-Paramedic	E

EMT – A (Ambulance) – стандартен 110-часов курс;

умения – CPR, шиниране и превръзки, извличане, спешно израждане, поставяне на антишокови панталони, обдишване с орален или назален въздуховод и АМБУ.

EMT – I (Intermediate) – завършил е курс за **EMT – A** и има допълнително обучение 150-200 часа по лечение на шока, диагностика на пациента, физиология и допълнителни умения за обдишване. Умения – метод на избор за обдишване е езофагеален обтуратор (combitube), интравенозни вливания, използване на NO₂ и O₂ при продължително освобождаване на пациента или транспортни затруднения.

EMT – P (Paramedic) – има уменията на **EMT – I**, като може да извършва ендотрахеална интубация. Използва голям брой медикаменти като – епинефрин, допамин, инсулин, бикарбонати, глюкоза, нолуксон, морфин, диазепам, фуросемид, райски газ.

3. Финансиране – по държавен и дарителски път. В Държавата Израел финансирането на спешните медицински служби се дължи основно на дарения.

III. Медицински контрол

Спешната медицинска система е толкова добра, колкото е добър медицинският контрол.

Медицинският контрол включва три фази:

- A. Предварителна (проспективна) фаза – обучение на персонала и развитие на лечебни протоколи.
- B. Междинна фаза – когато екипът е на мястото на инцидента от лекар в основната болница или от друго място.
- B. Ретроспективна фаза – оценяват се докладите и дали е осигурена подходяща болнично насъщяване.

IV. Санитарен транспорт

A. Наземен санитарен транспорт

I. Линейки

1. Стандартна линейка

- екип: лекар + шофьор (в САЩ 2 парамедици; единия от тях шофьор)

- лечебни възможности: BTLS

- транспортен капацитет: 2 носилки (или 1 носилка + 3 седящи места)

2. Реанимационна линейка

- екип: лекар + фелдшер (мед. сестра или парамедик – пожарник) + шофьор (мед. техник или парамедик) фиг. 4.

- лечебни възможности: ATLS

- транспортен капацитет: 1 носилка + 1 седящо място

3. Линейка за инвалиди

II. Транспортно средство за масов инцидент

Съдържа скитове за ресусцитация, медицинско оборудване, оборудване за евакуация, средства за комуникация и контрол.

III. Санитарен автобус – с лежащи места (носилки) и седящи места.



Фиг.4 Парамедик – пожарник за оказване на първа помощ до пристигане на санитарен автомобил за транспорт до болнично заведение от типа „Травма-център“.

Б. Санитарен авиотранспорт

1. Въртолетен транспорт

Военните в САЩ за първи път широкомащабно използват хеликоптерен транспорт при сериозно наранени и травмирани пациенти по време на корейския конфликт. Във вьетнамската война с хеликоптери директно от бойното поле са транспортирани пострадали до полевите болници. Успехът, отбелязан от военните медици с въздушния медицински транспорт е пренесен като модел в гражданските медицински служби и особено в доболничното лечение на травми.

Аеромедицинските служби са високо значими компоненти на много здравни системи и функционират като връзка за достъп до спешните медицински служби в критична ситуация, но въпреки това тяхното истинско клинично и финансово въздействие не е напълно разбрано. Това е така, защото хеликоптери и самолети при обслужването на пациенти биват използвани в два аспекта.

Първият е при използването на въздушен транспорт на пациенти от мястото на произшествието до съответния медицински травма-център (медицинско заведение). Вторият е при междуболничния трансфер на пациенти.

Винаги трябва да се имат предвид и различията при: транспорт в градски условия; от селски райони към големите центрове; от труднодостъпни и недостъпни за наземен транспорт райони, както и при междуболничното прехвърляне на пациенти.

В проучванията си редица автори дават детайлна оценка за използването на въздушния транспорт, но техните становища не са еднозначни.

Процедура за транспортиране с хеликоптер

От една страна с въздушния медицински транспорт се спасяват пациенти, които при наземна евакуация биха загинали. От друга страна обаче честотата на инцидентите с тези въртолетни, включително с фатален край, е 3-5 пъти по-висока от тази при други операции.

Трябва да се имат предвид две групи критерии. Първата е насочена към безопасността на пилота на хеликоптера, медицинския екип, наземния персонал, пациента и очевидците. Втората определя оперативните принципи кога да се поиска хеликоптер за пациенти с травми.

А. Критерии за безопасност (няма да се използва хеликоптер).

1. Лошо време.
2. Електрически проводници в близост до зоната за приземяване.
3. Дървета, табели, стълбове или други пречки непосредствено в зоната за приземяване.
4. Големи събирания на граждани в района на инцидента.

Б. Критерии за действие (ще се използва хеликоптер).

1. Ако наземен транспорт до приемащия травма-център отнема повече от 20 минути (30 минути за пациентите с висок индекс).
2. Ако липсва наземен транспорт и не се очаква да го има в един разумен срок.
3. Ако хеликоптерът е необходим, за да се достигне до пациента или е необходим да транспортира пациента навън от недостъпен участък.
4. Ако времето за изнасяне (спасяване) е повече от 20 минути.

Всяко отклонение от установените протоколи за транспортиране на травма-пациенти трябва да се документира и обясни в оперативния доклад.

V. Комуникации

При спешната медицинска помощ комуникациите означават много повече от обикновена радиотрансмисия. Способността за разговор с хората е важна функция на доболничните екипи. Тяхното умение за контакт със свидетелите на инцидента дава възможност за получаване на информация, чрез която по-добре си изпълняват задълженията. От друга страна ефективната оценка на състоянието на пациента зависи много от добре снетата анамнеза и внимателното изслушване. Персоналното общуване е сред най-важните неща за спечелване доверието на пациента. То е основен подход при хора със стресови реакции, емоционални и психологични спешни състояния.

Способността за комуникация с другите е много важна при взаимодействие с останалия персонал на спешната система. В ежедневната дейност на линейките се провеждат разговори с диспечера, другите членове на спешния екип, спасителните екипи, спешните екипи в мястото на инцидента и дежурния персонал на спешното болнично отделение. Необходимо е да се разговаря спокойно и разбираемо, като се използва точна терминология, позволяваща ефективна устна комуникация.

Друго основно умение е изслушването на останалите членове на екипа, което печели тяхното доверие при лечебния процес.

Спешната радиокомуникационна система има следните елементи:

- Базова диспечерска станция
- Радиостанция в санитарния автомобил
- Комуникационен център на спешното болнично отделение
- Резервни телефонни линии

Чрез тези компоненти спешните доболнични екипи могат да обменят информация с диспечера и спешното болнично отделение.

Тази система може да бъде разширена по много начини:

- Преносими радиостанции за комуникация между медицинските специалисти в мястото на инцидента и подаване на информация към диспечера, когато са извън линейката.
- Ретранслираща радиостанция в линейката за двустранна радиовръзка между базовата диспечерска и преносимите радиостанции.
- Биотелеметрия – използва се за изпращане на ЕКГ от мястото на инцидента до спешното болнично отделение.
- Техническо оборудване за свързване на радиокомуникационната и телефонната системи.

Правилата за радиокомуникация от линейката ограничават нейното използване само за служебни нужди.

Заключителни доклади

Докладите биват устни и писмени.

Устен доклад е радиосъобщението от мястото на инцидента или по време на транспорта до спешното болнично отделение. След пристигането в здравното заведение се прави директен устен доклад пред персонала на спешното звено. Този доклад трябва да бъде кратък, но точен и пълен и да бъде представен със спокоен професионален тон. Информацията от този устен рапорт става част от досието на пациента.

Писмените доклади също са много важни – те имат и юридическа стойност. Ето защо трябва да се

попълват ясно и точно. Трябва да се документира всичко – наблюдаваното в зоната на инцидента, заобикалящата среда и какво са казали свидетелите. Ако механизма на травмата не е ясен или нещо не съвпада и може да се предположи криминално деяние, се сезира полицията. Колкото и незначителен да изглежда даден детайл в момента, той може да се окаже много важен седмици и даже месеци след травматичния инцидент, когато от него са заинтересувани застрахователни или други агенции.

Писмените доклади биват:

- Формулярите за отразяване на диагностично-лечебния процес.
- Формуляри, отразяващи консултациите (напр. неврологични).
- Маршрутен лист на линейката.
- Формуляр за технически преглед на линейките.
- Форма за отказ от лечение.

В много системи се комбинират повечето от тези формуляри, така че един доклад да включи цялата необходима информация.

Писменият доклад трябва да отразява:

- Дата и час на всеки отделен курс.
- Дали повикването е било спешно.
- Кой е разпоредил изпълнението на курса.
- Кой е изпълнил курса.
- Времето извън базата.
- Място на инцидента и времето на пристигане.
- Данни от клиничния преглед на пациента.
- Проведено лечение.
- Промените в състоянието на пациента.
- Времето на напускане зоната на инцидента.
- Дестинацията и времето на пристигане в болницата.
- Времето на завръщане в базата.

VI. Доболнично лечение

А. Концепция

Философия на диагностично-лечебния травма протокол

За тежко пострадали пациенти оцеляването е в пряка зависимост от времето за действие. Директната връзка между времето на дефинитивна (хирургична) намеса и оцеляването на пациентите с травма за пръв път е описана от д-р Р. Адамс Коули, създател на прочутото шок-травма звено в Балтимор, Мериленд. Той установил, че когато сериозно пострадали пациенти успеят да достигнат до операционна зала в рамките на един час, то тогава успеваемостта е най-голяма (приблизително 85 %). Той определя това време като „**първия златен час**“.

Времето на златният час започва да тече в момента на нараняването на пациента, а не от времето на пристигането на мястото на инцидента. В доболничната помощ вие нямате златен час, а по-скоро **платинени 10 минути**, в които да определите живите пациенти, да вземете решение за третиране и да започнете извозване на пациентите към подходящите болнични заведения. Това означава, че всяко действие има животоспасяващ характер. Не трябва да се предприемат действия, които увеличават времето за престой в мястото на инцидента и не са животоспасяващи. Ако прегледът е непоследователен, неизбежно ще се пропусне нещо. Работата в екип е много важна, тъй като действията се извършват едновременно и се пести време. Често животът на пациента зависи от детайлите. Не всички подробности излизат наяве веднага.

Спешният медицински екип трябва:

- Да поддържа линейката в готовност.
- Да знае най-краткия маршрут.
- Да разпознава опасностите в зоната и механизмите на травмата.
- Да знае кога да потърси помощ.

- Да знае кога да приближи пациента и кога да го изнесе настрани.
- Да е запознат с апаратурата и да я поддържа работеща.
- Да знае най-подходящите болници и пътя до тях.

По принцип доболничните екипи извършват лечението съгласно принципите на BTLS и ATLS.

Basic Life Support (BLS) – основно ниво, което включва неинвазивно спешно лечение, предназначено да оптимизира шансовете на пациента да оживее в спешна ситуация.

Advanced Life Support (ALS) е специализираното ниво на доболнично и вътреболнично спешно лечение. То включва основни животоспасяващи действия като кардиопулмонална ресусцитация, обикновено и телеметрична ЕКГ, сърдечна дефибрилация, употреба на антиаритмични медикаменти, инфузионна терапия, временно използване на медицински апарати, лечение на травмите и други разрешени техники и процедури.

Б. Процедура на мястото на инцидента.

След пристигането си спешните екипи правят оглед на мястото на инцидента и активират критериите за тревога („травма-сигнал“), а именно: точкова оценка на травмите, безопасно влизане в зоната, тежест и брой на пациентите, необходимост от изнасяне (освобождение) и от допълнителна помощ. При масова травма пациентите се сортират, възможно най-бързо се уведомава регионалната диспечерска служба и първоначално приемащата болница. Диспечерите трябва незабавно да предадат информацията на дежурния от по-висока инстанция, използвайки „травма-сигнал“. Данните за всеки пациент се представят по утвърдена форма (деветте линии).

Дейности в зоната на инцидента

- I. Преценка на инцидента
Scene Size-Up
- II. Доболничен травма-алгоритъм
 1. Първичен травма-преглед
BTLS Primary Survey
 - а. Начална диагностика
Initial Assessment
 - б. Бърз/Фокусиран преглед
Rapid Trauma Survey
Focused Exam
 2. Подробен травма-преглед
Detailed Exam
 3. Текуща преоценка
Ongoing Exam

А. Преценка на инцидента се състои от следните елементи:

1. Оглед за необходимост от изолация от телесни течности.
2. Безопасност на мястото на инцидента.
3. Първоначален триаж (общ брой на пострадалите).
4. Основно оборудване / допълнителни ресурси при необходимост на мястото на произшествието.
5. Механизъм на травмата.

На мястото на произшествието прегледът започва с някои действия още преди да доближите пациента. Ситуацията на мястото на инцидента може да е доста стресираща и пропускането на предварителния оглед може да доведе до застрашаване живота както на медика, така и на пациента. Бъдете в готовност да промените плана си в зависимост от своя собствен оглед на мястото на инцидента.

Безопасност на мястото на инцидента

Задължително оборудване / допълнителни ресурси при необходимост на мястото на инцидента

При възможност носете цялото основно оборудване на мястото на инцидента. Това спестява време за връщане до линейката. Не забравяйте да сменяте ръкавиците си при всеки нов пациент. Следното оборудване е винаги необходима при пациенти с травма:

1. Персонално защитно облекло на спешните доболнични екипи:
 - Топли дрехи
 - Добре видима отражателна жилетка
 - Каска или твърда шапка със защитен визьор
 - Непроницаеми за вода и нефтени продукти обувки
 - Гумени ръкавици
 - Защитни очила
 - Антифони
2. Гръбначна шина и обездвижваща яка.
3. Подходяща по размер гръбначно-мозъчна обездвижваща яка/шина
4. Кислородна маска и АМБУ
5. Травма-чанта (превързочни материали, апарат за кръвно, стетоскоп)

В случай на нужда от специална екипировка за изваждане на пациента, повече линейки или персонал, обадете се веднага. Много по-малка ще е възможността да го сторите когато започнете грижата за пациентите.

Механизъм на травмата

След като вече сте се уверили в безопасността на мястото и сте доближили пациента, започнете преглед, за да установите механизма на травмата. Механизмът може да е очевиден, но може да изисква и разпитване на пациента или на очевидци на инцидента. Пренасянето на енергията подлежи на законите на физиката – ето защо травмите се проявяват в прогнозираните модели. Знанието и оценяването на механизма на травмата ви позволява да поддържате високо ниво на допускане при търсене на травмата. Пропуснати или прескочени травми могат да се окажат катастрофални, особено в случаите, когато те се проявят след като компенсаторните механизми са изтощени. Запомнете, че пациентите, които са въввлечени в събитие с висока енергия, са с висок риск от сериозни травми. **При високоенергиен механизъм, въпреки наличието на нормални жизнени показатели и липса на видими анатомични травми при началната диагностика, 5-15% от пациентите по-късно се проявят със сериозни травми при повторния преглед.** Ето защо инцидент с високо ниво на енергия предполага освобождаването на голямо количество неконтролирана енергия и вие трябва да третирате пациента като травмиран, поне докато нямате доказателства за обратното. Важно е да се осведомите дали механизмът е общ (катастрофа, падане от височина и т.н.) или е фокусиран (коремна рана, удар с чук по глава и т.н.). Общият механизъм изисква бърз травма-преглед, докато фокусираният механизъм може да изисква по-ограничен преглед на засегнатите зони или системи.

Факторите, на които трябва да се обърне внимание са посока и скорост на удара, размера на пациента, и знаците за отделената енергия (напр. основните поражения по автомобила). Има силна връзка между сериозността на нараняването и промените в скоростта на автомобила, което се измерва чрез пораженията върху автомобила. Важно е да вземете под внимание следните два въпроса:

1. Какво се е случило?
2. Как се е наранил пациента?

Механизмът на нараняването представлява важен елемент на триажа и дава информация, която трябва да се предаде на лекаря от спешното отделение, на болницата или на травма-хирурга. Сериозността на повредата на автомобила също представлява нефизиологичен елемент на триажа.

Двигателните (механични) травми са основен виновник за основната част от смъртността при травми в САЩ. Тази глава ще обърне внимание на основните механизми на механичните травми и ще наблегне на потенциалните травми, които може да са съпътстващи. Важно е да се развие бдителност по отношение механизма на травмата и по този начин с голяма вероятност да се предположат скритите травми. Винаги предполагайте, че има потенциална травма, докато тя не се докаже или отхвърли в болнични условия.

Има два основни механизма на механичната травма – притъпена травма и пенетрираща травма. Пациентите могат да имат по едно и също време и от двата типа.

Основни механизми при двигателна травма

1. Закрита травма

- Рязко намаляване на скоростта (колизии)
- Рязко вертикално намаляване на скоростта (падане)
- Пренасяне на енергия от притъпени инструменти (бейзболна бухалка)

2. Пенетрираща травма

- Снаряди, гранати
- Ножове
- Падане върху фиксирани предмети

Б. Доболничен травма-алгоритъм

Видове прегледи за ранна диагностика

А. Първичният травма-преглед (BTLS Primary Survey) отговоря на основните концепции (правила) за изследване на пациенти според Министерството на транспорта на САЩ. Той е комбинация от: **начална диагностика (Initial Assessment)** и **бърз травма-преглед (или фокусиран преглед – върху ограничена област на тялото)**.

Началната диагностика – Initial Assessment представлява много кратък преглед за нивото на съзнание и основните жизнени показатели, за да се определи приоритета на пациента и дали има животозастрашаващи увреди.

Бързият травма-преглед – Rapid Trauma Survey има за цел да открие всички животозастрашаващи травми и да определи необходимостта от незабавен транспорт.

Б. Подробния травма-преглед – Detailed exam (Secondary Survey) се различава от бързия по това, че дава оценка не само на животозастрашаващите, но и на всички други увреди.

В. Текуща преоценка – Ongoing Exam – извършва се по време на транспорта към болнично заведение.

Фиг.7 Сравнителна таблица

СКАЛА ЗА КОМА ГЛАЗГОУ (GCS)	РЕВИЗИРАНА ТОЧКОВА ОЦЕНКА ПРИ ТРАВМИ (RTS)
1. ОТВАРЯНЕ НА ОЧИТЕ	1. ЧЕСТОТА НА ДИШАНЕ
Спонтанно – 4	10-24 - резултат : 4
Реагиране на глас – 3	25-35 - резултат : 3
Реагиране на болка – 2	> 35 - резултат : 2
Не отваря очите – 1	1-9 - резултат : 1
	0 - резултат : 0
2. ВЕРБАЛЕН ОТГОВОР	2. СИСТОЛИЧНО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ
Отговаря ориентирано - 5	> 89 мм живачен стълб - резултат : 4
Отговаря объркано - 4	70-89 - резултат : 3
Отговаря с неподходящи думи - 3	50-69 - резултат : 2
Отговаря неразбрано - 2	1-49 - резултат : 1
Не дава отговор - 1	0 - резултат : 0
3. ОТГОВОР С ДВИЖЕНИЯ	3. СКАЛА ЗА КОМА “ГЛАЗГОУ”
Подчинява се на командите - 6	13-15 резултат : 4
Локализира (болка) - 5	9-12 резултат : 3
Дръпва се при болка - 4	6-8 резултат : 2
Флексия (превиване) - 3	4-5 резултат : 1
Екстензия (разтягане) - 2	0-3 резултат : 0

(Продължава в следващия брой)



Тежка верижна катастрофа в тунела Витиня

