Реферат

Организация и объем первой медицинской и доврачебной помощи в ЧС мирного и военного времени

**План**

Виды медицинской помощи

Первая медицинская помощь в ЧС мирного и военного времени

Доврачебная помощь в ЧС мирного и военного времени

Медицинская сортировка на догоспитальном этапе

**Виды медицинской помощи**

Основными видами помощи пораженным в очаге или на его границе является 1-я медицинская, доврачебная и 1-я врачебная помощь.

Для оказания 1-й медицинской и доврачебной помощи на месте, где получена травма или вблизи от него, а также отдельных мероприятий 1-й врачебной помощи, не требуется развертывания на местности функциональных отделений.

В связи с тем, что при двухэтапной системе ЛЭО населения в ЧС мед. помощь расчленяется, к ее оказанию предъявляются следующие два основных требования: преемственность в последовательно проводимых лечебно-профилактических мероприятиях и своевременность их выполнения.

Своевременность в оказании мед. помощи достигается хорошей организацией розыска, выноса и вывоза (эвакуации) пораженных из очага на этапы мед. эвакуации, максимальным приближением 1-го этапа к районам возникновения потерь, правильной организацией работы и правильной организацией медицинской сортировки.

Вид медицинской помощи - это определенный перечень лечебно–профилактических мероприятий, проводимых при поражениях (ранениях, заболеваниях) населением в порядке само– и взаимопомощи, санитарными дружинницами, личным составом спасательных формирований, личным составом МС ОМ ГО в очагах поражения и на этапах медицинской эвакуации. Вид медицинской помощи определяется местом ее оказания, подготовкой лиц, ее оказывающих, и наличием необходимого оснащения.

В настоящее время предусматриваются следующие виды медицинской помощи: первая медицинская помощь, доврачебная помощь, первая врачебная помощь, квалифицированная медицинская помощь, специализированная медицинская помощь.

**Первая медицинская помощь**

Как вид медицинской помощи - ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ имеет целью предотвратить дальнейшее воздействие на пострадавшего поражающего фактора, предупредить развитие тяжелых осложнений и тем самым сохранить жизнь пораженному. Она является эффективной тогда, когда оказывается немедленно, или как можно раньше (в первые полчаса, а при химических поражениях – в первые 10 мин) с момента поражения.

По данным ВОЗ, каждые 20 из 100 погибших в результате несчастного случая в мирное время могли быть спасены, если бы медицинская помощь была им оказана на месте происшествия. Из числа погибших в зоне смерча в г. Иваново (1984 г.) 16% должны были бы жить, если бы своевременно и качественно оказали им первую медицинскую помощь при кровотечении, переломах костей и асфиксии. С увеличением срока оказания 1-й медицинской помощи быстро возрастает и частота осложнений у пораженных.

Первая медицинская помощь - это комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых на месте получения повреждения преимущественно в порядке само- и взаимопомощи, а также участниками спасательных работ, с использованием табельных (в военное время используются в первую очередь медицинские средства индивидуальной защиты, имеющиеся у всего населения – Индивидуальный противохимический пакет - ИПП–11, Аптечка индивидуальная – АИ-2, АИ-4, Пакет перевязочный индивидуальный) и подручных средств с целью устранения продолжающегося воздействия поражающего фактора, спасения жизни пострадавшим, снижения и предупреждения развития тяжелых осложнений.

Оптимальный срок ее оказания - до 30 минут после получения травмы. 1-я мед. помощь пораженным оказывается посиндромно, исходя из характера, тяжести и локализации повреждений.

В организации первой медицинской помощи различают два периода: первый – оказание само- и взаимопомощи сразу после возникновения очага поражения, когда еще не прибыли силы здравоохранения и спасательные формирования, и второй - оказание первой медицинской помощи прибывшими медицинскими формированиями и личным составом спасательных формирований одновременно с организацией само- и взаимопомощи. При оказании первой медицинской помощи необходимо иметь табельные, а при их отсутствии использовать подручные средства оказания первой медицинской помощи. Перечень этих средств, потребность в них определяются в зависимости от характера и масштаба катастрофы. В любом случае необходимо иметь перевязочный материал, антисептические средства для обработки кожи вокруг раны, кровоостанавливающие жгуты, шины или подручные иммобилизирующие средства, набор необходимых медикаментов, емкости с питьевой водой, носилки.

В зависимости от обстановки на догоспитальном этапе в зоне катастроф первая медицинская помощь обеспечивается пораженным в порядке само- и взаимопомощи, а также спасателями, пожарными, младшим и средним медицинским персоналом, входящим в состав бригад экстренной доврачебной медицинской помощи, врачебно-сестринских бригад, и врачебным составом бригад скорой медицинской помощи. При отсутствии заражения местности эти виды медицинской помощи выполняются в местах сбора пораженных, во временных медицинских пунктах вблизи очага поражения. При наличии зоны заражения РВ, ОВ, АХОВ, БС все мероприятия, связанные с оказанием первой медицинской помощи, кроме тех, что угрожают непосредственно жизни пораженного, выполняются за ее пределами.

Медицинскими формированиями, оказывающими первую помощь на догоспитальном этапе, могут быть бригады экстренной доврачебной медицинской помощи, врачебно-сестринские и фельдшерские, врачебные бригады скорой медицинской помощи, медицинские отряды.

Бригады экстренной доврачебной медицинской помощи (БЭДМП) являются подвижными медицинскими формированиями здравоохранения, предназначенными для оказания доврачебной помощи, медицинской сортировки и подготовки к эвакуации пораженных в ЧС мирного и военного времени. Они создаются в мирное время на базе городских, центральных, районных и участковых больниц, а также поликлинических учреждений и здравпунктов. В состав бригады входит 2 медицинские сестры, санитар, водитель-санитар. В очагах катастроф руководство деятельностью бригад осуществляет руководитель работ по медицинскому обеспечению населения в ЧС. Продолжительность рабочей смены бригады – 6 часов, за этот период она оказывает доврачебную медицинскую помощь 50 пораженным. Оснащены БЭДМП медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом согласно табелю. Укомплектование бригады специальным транспортом производится учреждением-формирователем или решением местных органов власти. Ответственность за поддержание бригады в постоянной готовности к работе в ЧС мирного и военного времени возлагается на главного врача учреждения-формирователя. В ЧС мирного и военного времени на БЭДМП возлагается: оказание экстренной доврачебной помощи пораженным в очаге; участие в сортировке, медицинской эвакуации из очага поражения.

Врачебно-сестринские бригады (БЭМП) имеют в своем составе врача, 3 медицинские сестры, санитара и водителя-санитара, являются подвижными медицинскими формированиями, предназначенными для оказания доврачебной и первой врачебной медицинской помощи, медицинской сортировки и подготовки к эвакуации пораженных из очага. Формирователями их являются те же учреждения, что и бригад доврачебной медицинской помощи. Укомплектование медицинским имуществом осуществляется учреждениями-формирователями согласно табелю. Имущество, готовое к работе, хранится в учреждении-формирователе в укладках. Укомплектование транспортом и водителями производится распоряжением руководителя учреждения или решением местного органа власти. За 6 часов работы бригады обеспечивают оказание первой врачебной, доврачебной медицинской помощи 50 пораженным.

Перечень мероприятий первой медицинской помощи:

при катастрофах с преобладанием механических (динамических) поражающих факторов:

извлечение пострадавших из-под завалов (перед тем как высвободить конечность от сдавления, на ее основание накладывается жгут, который снимают только после того, как будет произведено тугое бинтование конечности от периферии до жгута ), вывод ослепленных из очага, тушение горящей одежды или попавших на тело горящих смесей,

борьба с асфиксией путем освобождения дыхательных путей от слизи, крови и возможных инородных тел. При западании языка, рвоте, обильном носовом кровотечении пострадавшего укладывают на бок; при западении языка его прокалывают булавкой, которую фиксируют бинтом к шее или подбородку. Искусственная вентиляция легких методом "рот-в-рот" или "рот-в-нос", а также с помощью S-образной трубки,

придание физиологически выгодного положения пострадавшему;

закрытый массаж сердца;

временная остановка кровотечения всеми доступными средствами: давящая повязка, пальцевое прижатие, наложение жгута и т. д.;

иммобилизация поврежденной области простейшими средствами;

наложение асептической повязки на рану и ожоговую поверхность;

введение с помощью шприц-тюбика обезболивающего средства или антидота;

дача водно-солевого (1/2 ч. л. соды и соли на 1 л жидкости) или тонизирующих горячих напитков (чай, кофе, алкоголь) - при отсутствии рвоты и данных за травму органов брюшной полости;

предупреждение переохлаждения или перегревания;

щадящий ранний вынос (вывоз) пострадавших из очага и сосредоточение их в обозначенных укрытиях;

подготовка и контроль за эвакуацией пострадавших в ближайший медицинский пункт или в места погрузки пораженных на транспорт.

В очагах с преобладанием термической травмы в дополнение к перечисленным мероприятиям проводят:

тушение горящей одежды;

укутывание пострадавшего чистой простыней.

При катастрофах с выходом в окружающую среду АХОВ - дополнительно:

надевание противогаза (ватно-марлевой повязки, респиратора) на пораженного при нахождении его на зараженной местности;

защита органов дыхания, глаз и кожных покровов от непосредственного воздействия на них АХОВ (частичная санитарная обработка открытых частей тела проточной водой, 2% содовым раствором и др.) и при возможности дегазация прилегающей к ним одежды;

дача сорбентов при пероральных отравлениях, молока, обильное питье, промывание желудка "ресторанным" способом;

скорейший вынос пораженного из зоны заражения.

При авариях с выбросом радиоактивных веществ:

иодная профилактика и использование по возможности населением радиопротекторов;

частичная дезактивация одежды и обуви;

оказание первой медицинской помощи населению в перечисленном объеме при его эвакуации из зон радиоактивного заражения;

При массовых инфекционных заболеваниях в очагах бактериологического (биологического) заражения:

использование подручных и (или) табельных средств индивидуальной защиты;

активное выявление и изоляция температурящих больных, подозрительных на инфекционное заболевание;

применение средств экстренной профилактики;

проведение частичной или полной сан. обработки.

**Доврачебная медицинская помощь**

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ - комплекс медицинских манипуляций, осуществляемых медицинским персоналом (медсестра, фельдшер) с использованием табельных медицинских средств. Она направлена на спасение жизни пораженных и предупреждение развития осложнений. Оптимальный срок оказания доврачебной помощи - 1 час (не более 2 часов) после травмы.

В дополнение к мероприятиям 1-й медицинской помощи, доврачебная помощь включает:

введение воздуховода, ИВЛ с помощью аппарата типа "Амбу";

контроль сердечно-сосудистой деятельности (измерение АД, характера пульса) и функции органов дыхания (частота и глубина дыхания) у пораженного;

вливание инфузионных средств;

введение обезболивающих и сердечно-сосудистых препаратов;

введение и дача внутрь антибиотиков, противовоспалительных препаратов;

введение и дача седативных, противосудорожных и противорвотных препаратов;

дача сорбентов, антидотов и т. п.;

контроль правильности наложения жгутов, повязок, шин, при необходимости - их исправление и дополнение табельными медицинскими средствами;

наложение асептических и окклюзионных повязок.

Ведущими причинами летальности в 1 и 2 сутки являются тяжелая механическая травма, шок, кровотечение и нарушение функции органов дыхания, причем 30% из этих пораженных погибает в течение 1-го часа, 60% - через 3 часа и, если помощь задерживается на 6 часов, то погибает уже 90% тяжелопораженных. Среди умерших около 10% получали травмы, несовместимые с жизнью, и смерть была неизбежной, независимо от того как скоро была оказана им медицинская помощь.

Следует помнить, что при прочих равных условиях приоритет в очередности оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе и эвакуации принадлежит беременным женщинам и детям.

**Медицинская сортировка на догоспитальном этапе**

Первая медицинская помощь оказывается непосредственно в местах сбора (сосредоточения) в зоне поражения. При наличии заражения пораженных выводят, выносят за пределы зараженных участков и оказывают помощь в местах сбора за пределами очага. При оказании первой медицинской помощи выделяются следующие сортировочные группы пораженных:

1. Нуждающиеся в данном виде помощи в первую очередь: наличие горящей одежды, наружного артериального кровотечения, шока, острой сердечной и дыхательной недостаточности, асфиксии, судорог, потери сознания, обширных ожогов более 20% поверхности тела, ожогов лица и дыхательных путей, травматической ампутации конечности, открытого перелома бедра, выпавших петель кишечника, открытого пневмоторакса, резкого изменения цвета лица и кожи, сильной одышки, др.

2. Те пострадавшие, помощь которым может быть оказана во вторую очередь (отсрочена на ближайшее время): тлеющая одежда, наличие АХОВ на открытых частях тела, окиси углерода в окружающей атмосфере, нахождение частей тела под конструкцией разрушенного здания, с открытыми и закрытыми переломами костей без проявлений шока, повреждениями мягких тканей, ожогами менее 20% поверхности тела, травмами черепа. Задержка в оказании им помощи может утяжелить состояние, но не создает непосредственную угрозу жизни.

3. Все остальные пораженные.

4. Нуждающиеся в выносе или вывозе в ближайший пункт медицинской помощи или ЛПУ (в первую или вторую очередь).

5. Легкопораженные (ходячие), которые следуют из зоны бедствия самостоятельно или с посторонней помощью.

**Организация оказания первой медицинской и доврачебной медицинской помощи в ЧС**

Основное место в организации и оказании медицинской помощи населению в ЧС принадлежит территориальным ЛПУ. Они являются базой, как для создания подвижных мобильных формирований службы, так и оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи пораженным в ЧС. При широкомасштабных ЧС с одномоментным возникновением большого числа пораженных медицинская помощь им вынужденно расчленяется во времени и на местности, т.е., с течением времени и в процессе эвакуации происходит последовательное наращивание медицинских мероприятий в различных по возможностям и предназначению медицинских пунктах. Пораженным, нуждающимся в стационарной помощи, оказывается первая медицинская, доврачебная и первая врачебная помощь на догоспитальном этапе.

Первая медицинская помощь является эффективной тогда, когда оказывается немедленно, или как можно раньше с момента поражения, а, следовательно, может и должна быть обеспечена населением, оказавшимся в очаге катастрофы в порядке само- и взаимопомощи. При организации первой медицинской помощи особое внимание необходимо обратить на своевременность ее оказания при поражениях, вызвавших потерю сознания, асфиксию, кровопотерю, шок, прекращение (или уменьшение) воздействия поражающего фактора (пламя, АХОВ, РВ, др.), быстрое извлечение пострадавших из-под завалов. В связи с этим, важную роль приобретает специальная медико-санитарная подготовка не только определенных профессиональных групп рабочих и служащих (водители, сотрудники МВД, спасатели, др.) приемам и методам оказания первой медицинской помощи в ЧС, но и всего населения страны.

В период фазы изоляции первая медицинская помощь оказывается, как правило, людьми, не имеющими медицинского образования с использованием подручных средств. Для расширения возможностей по медицинскому обеспечению населения в этот период в очаги массовых потерь могут направляться силы, созданные по линии гражданской обороны (санитарные дружины, др.) с соответствующим табельным медицинским имуществом для оказания пораженным первой медицинской помощи. За один час работы санитарная дружина может оказать первую медицинскую помощь 50 пораженным.

Основная роль в организации и оказании неотложной медицинской помощи в очаге массовых санитарных потерь принадлежит бригадам скорой медицинской помощи (линейными и специализированным), постоянная готовность которых может сократить длительность фазы изоляции до минимума. Их назначением является: проведение медицинской разведки, медицинская сортировка пораженных, организация и оказание неотложной помощи, информация органов управления о медико-социальных последствиях ЧС. Кроме того, в район ЧС для расширения и усиления возможностей скорой медицинской помощи направляются дополнительно создаваемые в здравоохранении бригады экстренной медицинской помощи (фельдшерские, врачебно-сестринские). Медицинский персонал со средним медицинским образованием, входящий в указанные формирования службы, в ЧС обеспечивает организацию первой медицинской помощи и оказывает пораженным помощь в объеме доврачебной. Этот вид медицинской помощи в значительной мере расширяет возможности первой медицинской помощи за счет включения в проведение медицинских манипуляций подготовленных работников и применения ими медицинских приборов, аппаратов, перевязочных материалов и медикаментозных средств. В соответствии с характером и профилем поражения медицинский персонал, имеющий среднее медицинское образование, проводит следующие диагностические и лечебные мероприятия доврачебной помощи:

измерение артериального давления, подсчет частоты сердечных сокращений и дыханий;

дача или введение антибиотиков, противовоспалительных средств, бактерийных препаратов с целью профилактики развития раневой инфекции;

введение или дача антидотов;

дача противорвотных и седативных препаратов, радиопротекторов, сорбентов, др.;

введение обезболивающих, противосудорожных и сердечных препаратов;

проверка правильности наложения повязок, шин, жгутов и в случае необходимости их дополнение или исправление;

ИВЛ с помощью ручных аппаратов искусственного дыхания.

Для работы в очагах массовых санитарных потерь на станциях (подстанциях) скорой медицинской помощи создаются комплекты медицинского имущества. Аналогичное оснащение должно храниться в лечебно-профилактических учреждениях, являющихся формирователями фельдшерских и врачебно-сестринских бригад, которыми они обеспечиваются при направлении в очаг ЧС.

**Организация первой медицинской помощи в очагах массового поражения**

Организация первой медицинской помощи в очаге ядерного поражения:

Первая медицинская помощь оказывается населением в порядке само– и взаимопомощи, санитарными дружинницами, личным составом формирований ГО и МС ОМ ГО в возможно короткие сроки. Силы медицинской службы вводятся в очаг поражения совместно с формированиями общего назначения и служб ОМ ГО в единой группировке сил ГО для совместного проведения АСДНР. Эти работы (если позволяет радиационная обстановка) должны вестись одновременно на территории всего очага, круглосуточно и непрерывно до их завершения. При постановке задач начальник МС ОМ ГО объекта должен указать:

территорию, на которой должна работать каждая СД;

порядок подчинения СД на указанном участке работы (общее руководство, как правило, возлагается на командира спасательного формирования);

продолжительность работы СД;

место и пути выноса пораженных (место погрузки на транспорт);

сигналы оповещения и способы защиты на случай повторного нападения противника;

порядок ведения дозиметрического контроля и максимально допустимую дозу облучения.

После постановки задачи всем звеньям санитарные дружинницы приступают к розыску пораженных и оказанию им первой медицинской помощи сначала вне завалов, пожаров, а по мере тушения пожаров, вскрытия убежищ, разборки завалов, проводимых другими формированиями ГО, и на остальной территории. Оказание первой медицинской помощи пораженным должно осуществляться на месте их обнаружения.

В перечень мероприятий первой медицинской помощи в очаге ядерного поражения входят:

временная остановка кровотечения;

тушение горящей или тлеющей одежды;

наложение первичных повязок при ожогах и ранениях;

иммобилизация конечностей при переломах и обширных повреждениях мягких тканей;

введение обезболивающих средств;

восстановление проходимости верхних дыхательных путей;

применение противорвотных и др. средств из АИ;

искусственная вентиляция легких;

непрямой массаж сердца.

Очередность оказания помощи при комбинированных поражениях определяется в каждом отдельном случае в зависимости от вида и тяжести поражений. После оказания первой медицинской помощи пораженных выносят к местам погрузки на транспорт. В тех случаях, когда ОПМ располагается близко от объекта ведения спасательных работ, пораженных выносят на носилках, а ходячие выходят к ОПМ самостоятельно. Если ОПМ расположен далеко от объекта ведения АСДНР, то эвакуация пораженных в ОПМ осуществляется транспортом объектовых формирований, прибывших на объект («от себя»), и транспортом ОПМ («на себя»).

**Особенности организации первой медицинской помощи в очаге химического поражения**

Современные ОВ характеризуются способностью вызывать поражение людей в короткие сроки после их применения, что определяет сжатые сроки оказания медицинской помощи на большой территории при обязательном использовании формированиями, работающими в ОХП, средств индивидуальной защиты кожи и органов дыхания. В случае применения ФОВ санитарные дружинницы перед надеванием противогаза должны профилактически принять 1 – 2 таблетки антидота против ФОВ из АИ. Перед вводом в очаг личный состав СД должен знать:

вид примененного ОВ;

участок работы и порядок работы;

с какими формированиями и по каким вопросам они взаимодействуют в очаге;

время работы;

где организуются пункты погрузки пораженных на транспорт;

место выхода из очага и проведения полной санитарной обработки.

Основные мероприятия первой медицинской помощи:

введение антидотов;

частичная санитарная обработка лица, обработка противогаза (при наличии капель ОВ);

частичная обработка рук, шеи и др. открытых участков тела;

вынос (вывоз) пораженного из очага поражения;

проведение ИВЛ (кроме пораженных ОВ удушающего действия).

После оказания первой медицинской помощи принимаются меры к быстрейшей эвакуации пораженных из очага. В городах для эвакуации пораженных из ОХП, кроме автомобильного транспорта, можно использовать весь имеющийся городской транспорт. Из очага пораженных доставляют в ОПМ, лечебные учреждения здравоохранения, расположенные за пределами очага на расстоянии 1 – 2 км от его внешней границы с наветренной стороны, где им оказывают первую врачебную помощь.

**Особенности работы в очаге бактериологического (биологического) поражения**

Весь участок работы ОПМ разбивается на врачебные участки (по числу врачей). В зависимости от количества обслуживаемого населения врачу передают в подчинение СД. Сандружинницы проводят ежедневно (2 раза в день) подворные обходы с целью активного выявления больных путем опроса и термометрии, выдают средства экстренной профилактики, проводят простейшую санитарно-просветительную работу. В случае выявления инфекционного больного на дом вызывается врач, который решает вопрос о необходимости изоляции и госпитализации. В случае необходимости госпитализации врач организует эвакуацию больного в инфекционную больницу, проведение заключительной дезинфекции квартирного очага; берет под наблюдение лиц, находившихся в контакте с инфекционным больным.

**Особенности организации медицинской помощи в очаге комбинированного поражения**

При организации медицинской помощи пораженным в ОКП учитываются виды примененного оружия и возможный характер поражений.

При применении противником ядерного и химического оружия основные усилия необходимо направить на оказание медицинской помощи пораженным ОВ. ОПМ развертывается за пределами очага на расстоянии 2 км от него с наветренной стороны.

При применении противником ядерного и бактериологического оружия работа СД должна строиться так же, как при возникновении очага ядерного поражения. В ОПМ наряду с мероприятиями первой врачебной помощи пораженным ЯО проводится экстренная неспецифическая профилактика. Пораженных направляют в инфекционные больницы.