ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ РАНЕНЫМ

В ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВУЮ ОБЛАСТЬ

НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Реферат

**План**

1. Этапы медицинской эвакуации.

2. Первая медицинская помощь.

3. Доврачебная помощь.

4. Первая врачебная помощь.

5. Квалифицированная медицинская помощь.

6. Специализированная медицинская помощь и последующее лечение.

7. Военно-врачебная экспертиза при ранениях в челюстно-лицевую область.

**1. Этапы медицинской эвакуации**

Этапное лечение с эвакуацией по назначению - медицинское обеспечение раненых в челюстно-лицевую область, которое осуществляется в системе лечебных и эвакуационных мероприятий, и предусматривает осуществление принципа единства процесса лечения и эвакуации.

Этапы медицинской эвакуации - медицинские пункты и лечебные учреждения, располагающиеся на различном расстоянии от поля боя и друг от друга, которые последовательно проходят раненые при эвакуации с поля боя или из очага массовых санитарных потерь.

Объем медицинской помощи данного этапа - совокупность лечебных и эвакуационных мероприятий, которые могут быть выполнены на том или ином этапе медицинской эвакуации. Объем помощи не является постоянным и может изменяться в зависимости от условий боевой и медицинской обстановки. При возникновении массовых санитарных потерь и значительной перегрузке этапов медицинской эвакуации объем медицинской помощи будет сокращаться. При благоприятных условиях объем медицинской помощи может быть расширен.

Эффективность оказания медицинской помощи зависит от следующих факторов:

* соблюдение принципа преемственности лечебных и эвакуационных мероприятий;
* единое понимание патологии боевой травмы;
* единые принципы оказания медицинской помощи и лечения;
* хорошо налаженная медицинская документация.

В медицинских документах должны быть отражены:

* локализация и вид ранения или повреждения;
* характер лечебных мероприятий, выполненных на том или ином этапе;
* ориентировочный срок лечения раненого и его дальнейшее эвакуационное предназначение.

В современной системе этапного лечения с эвакуацией по назначению предусматривается оказание следующих видов медицинской помощи.

* 1. Первая медицинская помощь оказывается на поле боя или в очаге массовых санитарных потерь.
  2. Доврачебная помощь оказывается на медицинском пункте батальона (МПБ).
  3. Первая врачебная помощь оказывается на медицинском пункте полка (МПП) или бригады.
  4. Квалифицированная помощь оказывается в отдельном медицинском батальоне бригады (ОМедБ) и отдельной медицинской роте (ОМедР).
  5. Специализированная медицинская помощь оказывается в специализированных госпиталях госпитальной базы.

Последовательность оказания перечисленных видов медицинской помощи может соблюдаться не всегда. Она будет полностью зависеть от условий боевой и медицинской обстановки, а также наличия средств эвакуации.

**2. Первая медицинская помощь**

Первую медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают на поле боя или в очаге массовых санитарных потерь санитары и санитарные инструкторы. В ряде случаев она может быть оказана самим раненым (самопомощь).

Очень важно, чтобы личный состав не только знал особенности ранений и повреждений челюстно-лицевой области, но и умел, при необходимости, правильно оказать эффективную первую медицинскую помощь.

Мероприятия первой медицинской помощи:

1. Предупреждение и борьба с развившейся асфиксией;

При дислокационной асфиксии - прокалывание языка булавкой, имеющейся в индивидуальном перевязочном пакете. Язык следует подтянуть до уровня сохранившихся передних зубов и в таком положении зафиксировать его бинтом к одежде.

При обтурационной асфиксии, развивающейся чаще всего в результате закупорки верхних дыхательных путей сгустками крови и инородными телами, следует пальцами и марлей очистить полость рта и глотки.

При клапанной асфиксии (при этом виде асфиксии, как правило, отмечается затруднение или отсутствие вдоха) необходимо осмотреть полость рта и, обнаружив клапан, фиксировать его с помощью булавки к окружающим тканям.

При всех остальных видах асфиксий, в том числе после фиксации языка булавкой, раненому следует придать положение на боку с повернутой в сторону ранения головой.

1. Временная остановка кровотечения:

Остановку кровотечения из ран челюстно-лицевой области осуществляют наложением давящей повязки. При сильных артериальных кровотечениях, наблюдающихся чаще всего при ранениях наружной или общей сонной артерий, наиболее эффективный метод - прижатие общей сонной артерии к поперечному отростку шестого шейного позвонка.

1. Иммобилизация при переломах челюстей. Используется пращевидная повязка.
2. Наложение первичной повязки на рану;
3. Введение обезболивающих средств из шприц-тюбика, имеющегося в индивидуальной аптечке;
4. Прием таблетированных антибиотиков;
5. Надевание противогаза при нахождении на зараженной местности;
6. Вывод (вынос) раненых с поля боя или из очага поражения.

**3. Доврачебная помощь**

Доврачебная помощь оказывается фельдшером или санитарным инструктором и преследует те же цели, что и первая медицинская помощь, однако возможности фельдшера по оказанию помощи значительно шире.

Доврачебная помощь включает в себя следующие мероприятия:

* борьбу с асфиксией;
* временную остановку кровотечения;
* контроль и исправление (при необходимости) ранее наложенных повязок;
* введение сердечных и обезболивающих средств, прием  
  внутрь антибиотиков;
* прием внутрь или подкожное введение противорвотных средств (по показаниям);
* обогрев раненых, находящихся в шоковом состоянии;
* утоление жажды;
* подготовку к эвакуации.

Характер и объем медицинской помощи при асфиксии и кровотечении такой же, как и при оказании первой медицинской помощи. Замену повязки производят лишь в тех случаях, когда она полностью не соответствует своему назначению (продолжается кровотечение, обнажена рана). В остальных случаях производят лишь осмотр повязки либо подбинтовывание (сбившиеся повязки, промокшие кровью и слюной). Утоление жажды осуществляют с помощью кусочка бинта, один конец которого помещают во флягу, а другой - на корень языка раненого с тем, чтобы вода постепенно по марле поступала в рот раненого.

**4. Первая врачебная помощь**

Первая врачебная помощь раненным в челюстно-лицевую область оказывается на медицинском пункте полка (МПП), бригады при непосредственном участии врача-стоматолога МПП бригады и включает в себя проведение следующих мероприятий:

* устранение асфиксии всех видов;
* остановку кровотечения;
* осуществление транспортной иммобилизации при переломах челюстей и лоскутных рваных ранах мягких тканей лица;
* исправление неправильно наложенных и сильно промокших повязок;
* введение антибиотиков, сердечных и обезболивающих средств;
* проведение новокаиновых блокад при огнестрельных переломах челюстей;
* проведение противошоковых мероприятий;
* введение столбнячного анатоксина при открытых повреждениях челюстно-лицевой области (0,5 мл);
* купирование первичной лучевой реакции (при комбинированных радиационных поражениях);
* утоление жажды;
* заполнение первичной медицинской карточки;
* подготовку к эвакуации.

При неэффективности использования для предупреждения дислокационной асфиксии булавки, прошивают язык. Объем помощи при обтурационной асфиксии таков же, как и на предыдущих этапах медицинской эвакуации. При клапанной асфиксии производят либо фиксацию лоскутов швами к прилежащим тканям, либо отсекают при их нежизнеспособности. Первичную хирургическую обработку раны не проводят.

При необходимости проводят следующие операции:

* трахеостомия;
* перевязка сосудов в ране.

Транспортную иммобилизацию осуществляют с помощью стандартной транспортной повязки, которая состоит из стандартной опорной шапки и стандартной подбородочной пращи Д. А. Энтина.

На всех раненых заполняются первичные медицинские карточки, в которых отмечаются паспортные данные, сведения о характере и локализации ранения или повреждения, сведения об объеме медицинской помощи, а также указываются вид и способ эвакуации.

Оказание первой врачебной помощи раненым с повреждениями лица и челюстей в условиях применения противником отравляющих веществ и других видов оружия, массового поражения осуществляется в соответствии с требованиями, изложенными в Указаниях по военно-полевой хирургии и терапии.

**5. Квалифицированная медицинская помощь**

Квалифицированная медицинская помощь раненным в челюстно-лицевую область оказывается в отдельном медицинском батальоне бригады (ОМедБ) или отдельной медицинской роте (ОМедР) врачом-стоматологом и включает выполнение следующих мероприятий:

* устранение асфиксии;
* окончательную остановку кровотечения;
* предупреждение и борьбу с травматическим шоком;
* медицинскую сортировку;
* хирургическую обработку ран лица и челюстей и лечение легкораненых (срок лечения до 10 суток);
* хирургическую обработку рвано-лоскутных и сильно загрязненных землей ран лица и ожогов лица;
* временное закрепление отломков челюстей (транспортная иммобилизация);
* кормление раненых;
* подготовку к дальнейшей эвакуации.

В зависимости от условий боевой и медицинской обстановки объем и характер медицинской помощи на этом этапе медицинской эвакуации может существенно меняться. При благоприятных условиях и поступлении небольшого числа раненых объем медицинской помощи может быть полным. При массовом поступлении раненых объем медицинской помощи может быть сокращен за счет исключения мероприятий, отсрочка в проведении которых не влечет за собой развития тяжелых осложнений, и включать лишь мероприятия, направленные на устранение нарушений, угрожающих жизни раненого.

Квалифицированная медицинская хирургическая помощь при ранениях и повреждениях челюстно-лицевой области включает в себя три группы мероприятий.

1-я группа - неотложные хирургические мероприятия (вмешательства по жизненным показаниям):

* операции, предпринимаемые для устранения асфиксии или выраженных нарушений внешнего дыхания;
* операции, основной целью которых является остановка кровотечения;
* комплексная терапия шока и острой анемии.

2-я группа - хирургические мероприятия, выполнение которых может быть отсрочено только при особой необходимости:

* первичная хирургическая обработка зараженных ран при значительных разрушениях мягких и костных тканей лица, при явном загрязнении ран землей;
* первичная хирургическая обработка зараженных термических ожогов лица, сильно загрязненных землей.

3-я группа - мероприятия, отсрочка которых необязательно ведет к развитию тяжелых осложнений:

* первичная хирургическая обработка легкораненых, сроки лечения которых не превышают 10 суток;
* временное закрепление отломков челюстей при нарушении внешнего дыхания.

При оказании полного объема квалифицированной медицинской помощи врач-стоматолог должен осматривать каждого раненого, имеющего повреждения челюстно-лицевой области, независимо от его общего состояния, с обязательным снятием повязки. Это необходимо делать потому, что на данном этапе раненый должен получить дальнейшее эвакуационное предназначение, должны быть определены вид и способ дальнейшей эвакуации.

При массовом поступлении раненых и вынужденном сокращении объема квалифицированной медицинской помощи до мероприятий первой группы (по жизненным показаниям) диагноз устанавливают без снятия повязки.

При асфиксии на данном этапе помощь оказывают в полном объеме. Лечение шока и борьба с выраженной анемией производятся в соответствии с требованиями военно-полевой хирургии.

При продолжающемся или возникшем на данном этапе кровотечении производят его остановку всеми известными способами, вплоть до перевязки наружной или общей сонной артерий.

При переломах челюстей со смещением отломков, при которых имеют место нарушения внешнего дыхания, показано временное закрепление отломков челюстей с помощью лигатурного связывания зубов бронзо-алюминиевой проволокой.

Всем раненым вводят антибиотики, столбнячный анатоксин, если это не было сделано ранее.

Группы раненых, подлежащих дальнейшей эвакуации.

Эвакуация раненых в челюстно-лицевую область после оказания квалифицированной медицинской помощи, уточнения характера, локализации и тяжести ранения осуществляется следующим образом:

Первая группа - раненые с ведущими повреждениями челюстно-лицевой области. К этой группе относятся все раненые, имеющие изолированные ранения мягких и костных тканей челюстно-лицевой области. Из числа раненых этой группы имеющие легкие ранения лица и челюстей подлежат эвакуации в госпитали для лечения легкораненых. Остальные, имеющие ранения лица и челюстей средней и тяжелой степени, подлежат эвакуации в челюстно-лицевые отделения специализированных госпиталей для лечения раненных в голову, шею и позвоночник.

Вторая группа - пораженные, у которых ранения и повреждения челюстно-лицевой области сочетаются с более тяжелыми, ведущими ранениями (поражениями) других областей тела, ожогами и лучевой болезнью.

В зависимости от характера и локализации ведущего ранения (поражения) пострадавшие этой группы подлежат эвакуации в специализированные госпитали для раненых в голову, шею и в позвоночник, травматологические, общехирургические, многопрофиль-ные и терапевтические госпитали.

Не подлежат дальнейшей эвакуации по легкости ранения раненые:

* имеющие поверхностные изолированные повреждения мягких тканей;
* переломы и вывихи отдельных зубов.

Эти раненые после оказания им необходимой помощи подлежат возвращению в часть либо временно госпитализируются (до 10 суток).

**6. Специализированная медицинская помощь и последующее**

**лечение**

Специализированную медицинскую помощь пораженным с ранениями и повреждениями челюстно-лицевой области оказывают:

* в челюстно-лицевых отделениях специализированных госпиталей для раненных в голову, шею и позвоночник;
* в госпиталях для лечения легкораненых;
* в челюстно-лицевых отделениях других госпиталей, в которых раненые с повреждениями челюстно-лицевой области находятся на лечении по ведущему ранению.

Челюстно-лицевое отделение специализированного госпиталя для раненых в голову, шею и позвоночник разворачивается на базе одного из медицинских отделений военно-полевого хирургического госпиталя в составе операционной, предоперационной и стационара. Развертывается оно, как правило, в палатках или приспособленных зданиях и подвалах.

Особенности развертывания стационара челюстно-лицевого отделения:

* размещение раненых на кроватях головными концами к проходу, что облегчает наблюдение и уход за ними;
* оборудование в палатках мест для ирригации полости рта.

Лечебные мероприятия в отделениях специализированных госпиталей:

* исчерпывающая помощь при кровотечении, асфиксии и шоке;
* хирургическая обработка ран мягких и костных тканей;
* лечебная иммобилизация при переломах челюстей;
* профилактика и лечение осложнений;
* проведение несложных пластических и реконструктивно - восстановительных операций;
* обеспечение нуждающихся зубными и сложными челюстно-лицевыми протезами;
* питание и специальный уход за ранеными.

Сортировку челюстно-лицевых раненых, поступающих в специализированный госпиталь, производит хирург, поэтому знание особенностей ранений челюстно-лицевой области для него крайне необходимо. Среди челюстно-лицевых раненых он должен выделить следующие группы:

* 1. Раненые с продолжающимся кровотечением и в состоянии асфиксии, которых сразу направляют в операционную челюстно-лицевого отделения, сюда же направляют раненых, нуждающихся в хирургической обработке в первую очередь.
  2. Раненые в состоянии шока и с признаками выраженной кровопотери направляются в палатку интенсивной терапии, где анестезиологами будет проведена соответствующая терапия.
  3. Раненые, которые в данный момент не нуждаются в хирургической помощи, направляются в стационар челюстно-лицевого отделения.

**7. Военно-врачебная экспертиза при ранениях в челюстно-лицевую**

**область**

Организация работы осуществляется в соответствии с Приказом Министерства Обороны Республики Беларусь №461 от 4.10. 1998 года « О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в вооруженных силах Республики Беларусь»:

Задачи, решаемые военно-врачебной экспертизой;

* определение пригодности к военной службе;
* определение причинной связи заболевания, ранения, травмы или увечья военнослужащего с условиями прохождения военной службы.

Врачебно-экспертное заключение о наличии или отсутствии такой связи служит основанием для решения вопроса о пенсионном обеспечении при увольнении военнослужащего из Вооруженных Сил по болезни.

Выполнением указанных задач и занимаются штатные и нештатные органы военно-врачебной экспертизы.

Штатные органы военно – врачебной экспертизы: Центральная военно-врачебная комиссия, гарнизонные и госпитальные военно-врачебные комиссии.

Горнизонная военно-врачебная комиссия назначается приказом начальника гарнизона с разрешения начальника медицинской службы Главного штаба Вооруженных Сил Республики Беларусь. В состав комиссии входят не менее трех врачей. К участию в работе гарнизонной ВВК могут привлекаться по назначению начальника медицинской службы гарнизона и другие врачи-специалисты, а решением начальника гарнизона - представитель части, в которой проходит службу свидетельствуемый.

Комиссия освидетельствует:

* военнослужащих гарнизона, членов их семей;
* военнослужащих, находящихся в гарнизоне в отпуске по болезни;
* лиц, поступающих в военно-учебные заведения;
* рабочих и служащих Вооруженных Сил.

Гарнизонная ВВК осуществляет также контроль за состоянием лечебно-профилактической работы в частях гарнизона.

Госпитальная военно-врачебная комиссия организовывается при военном госпитале (лазарете, военном санатории) ежегодным приказом начальника госпиталя (лазарета, военного санатория). Председателем госпитальной ВВК назначается заместитель начальника госпиталя по медицинской части.

Кроме врачебно-экспертной работы, на госпитальную ВВК возлагаются контроль за состоянием лечебно-диагностической, профилактической и экспертной работы в обслуживаемых частях, а также оказание практической помощи военным комиссариатам и органам здравоохранения в лечебно-оздоровительной работе среди призывников и медицинском освидетельствовании призываемых на военную службу.

Медицинское освидетельствование военнослужащих частей ВДВ осуществляется военно-врачебной комиссией соединения Воздушно-десантных войск.

Временно-действующие военно-врачебные комиссии создаются для освидетельствования лиц, поступающих в военно-учебные заведения, прибывающего пополнения при распределении его по учебным соединениям, частям и подразделениям, а также для медицинского отбора и очередного освидетельствования военнослужащих, рабочих и служащих ВС, поступающих на работу и работающих в особых условиях.

Временные ВВК решают вопрос лишь о годности военнослужащих к обучению и работе по соответствующим военным специальностям, к службе в особых условиях. Решение о годности свидетельствуемых к военной службе, о нуждаемости в отпуске по болезни принимает госпитальная ВВК после их стационарного обследования и лечения. С выполнением возложенных на них задач временные ВВК прекращают свои функции.

Воинские части не имеют экспертных органов. Однако врачи части должны знать основные положения действующих приказов и указаний по военно-врачебной экспертизе, порядок медицинского освидетельствования молодых воинов. Врачи части участвуют также в отборе и направляют на освидетельствование военнослужащих, назначенных на работу с источниками ионизирующих излучений, компонентами ракетных топлив, генераторами электромагнитных излучений сверхвысокой частоты и другими вредными факторами военного труда.

Временная нетрудоспособность военнослужащих. При заболевании военнослужащего врач части дает заключение о нуждаемости его в полном или частичном освобождении от служебных обязанностей на срок до трех суток. В случае необходимости аналогичное заключение может быть вынесено повторно, но в общей сложности не более чем на 6 сут. Солдаты и сержанты срочной службы, нуждающиеся в освобождении от занятий и работ на больший срок, направляются на гарнизонную (госпитальную) военно-врачебную комиссию, которая может вынести постановление о предоставлении им отдыха при воинской части на срок до 15 сут. Повторным решением ВВК отдых может быть продлен, однако общая продолжительность его не должна превышать 30 сут. В отношении офицеров, прапорщиков и военнослужащих сверхсрочной службы ВВК может принять решение о нуждаемости в освобождении от выполнения служебных обязанностей на срок до 10 дней и в последующем при необходимости продлить освобождение до 30 сут.

В случаях, когда необходимо решить вопрос о предоставлении отпуска по болезни, о годности к военной службе, к службе в специальных частях, к обучению в военно-учебном заведении, военнослужащих также направляют на гарнизонную (госпитальную) ВВК. Начальник медицинской службы части обязан при этом обеспечить тщательную подготовку лиц, направляемых на освидетельствование. С этой целью он организует их всестороннее медицинское обследование с проведением необходимых рентгенологических, лабораторных и функциональных исследований, консультаций врачей-специалистов.

Начальник медицинской службы части принимает активное участие в реализации постановлений военно-врачебных комиссий.