Реферат на тему:

**«ОТДЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ БАТАЛЬОН »**

**1. ВСТУПЛЕНИЕ**

Отдельный медицинский батальон соединения (именуемого в дальнейшем дивизией) является одним из этапов медицинской эвакуации в войсковом тыловом районе, на котором оказывается квалифицированная медицинская помощь и начинается эвакуация по назначению. Впервые в штат дивизии ОМедБ был включен в 1935 г. Опыт работы в боевых условиях был получен во время событий на р.Халкин-Гол и Советско-финской войны. Значителен вклад отдельного медицинского батальона в дело оказания медицинской помощи раненым и больным в годы Великой Отечественной войны, снискавший ему славу «войсковой операционной».

• *Если рассматривать ОМедБ* в историческом аспекте, то перед нами хорошо Вам известный по книгам, кинофильмам - медико-санитарный батальон или мед.сан.бат., как его раньше называли.

• *Если рассматривать ОМедБ* с позиции его места в системе лечебно-эвакуационных мероприятий, то это следующий за МПП этап медицинской эвакуации.

• *Если рассматривать ОМедБ с* позиции Вашего должностного предназначения, то это - место будущей службы многих из Вас в случае возникновения такой необходимости.

**2. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ СОЕДИНЕНИЯ (бригады)**

Приступая к рассмотрению данного вопроса необходимо пояснить правомерность его наличия в данной лекции, ибо тема-то вроде и не предусматривает его изучения, но дело в том, что отдельный медицинский батальон, являясь отдельной медицинской частью, организационно входит как в состав дивизии, так и в состав ее медицинской службы. Какие же задачи решает медицинская служба дивизии? Задачи эти нам в какой-то степени уже известны, - ибо их можно свести к организации медицинского обеспечения частей и подразделений дивизии, а медицинское обеспечение, как мы знаем, представлено *комплексом мероприятий:*

лечебно-эвакуационных;

санитарно-гигиенических и противоэпидемических;

по медицинской защите личного состава частей и медицинских

подразделений от ОМП;

по медицинской разведке;

по снабжению медицинским имуществом;

по управлению медицинской службой.

Надо отметить, что показанные задачи, направленные на медицинское обеспечение частей и подразделений не являются характерной чертой только военной медицины, ибо с уверенностью можно сказать, что любое лечебное гражданское учреждение решая вопросы медицинского обслуживания населения практически идет аналогичным путем с незначительными изменениями сугубо военной терминологии.

*Чем представлена медицинская служба дивизии.*

Организационно медицинская служба дивизии, во главе которой стоит начальник медицинской службы дивизии, представлена:

- отдельным медицинским батальоном

- медицинскими службами полков

- врачами, фельдшерами отдельных подразделений

- санитарно-эпидемиологической лабораторией (СЭЛ).

Медицинская служба полка, в свою очередь, *представлена:* начальником медицинской службы полка медицинским пунктом полка (медицинской ротой) медицинскими пунктами батальонов (медицинскими взводами) сан. инструкторами отдельных подразделений.

Учитывая, что каждый батальон состоит из трех рот, а рота - из трех взводов, -то необходимо пояснить, что медицинская служба полка представлена и в этих подразделениях:

- в роте - санитарным инструктором;

- во взводе - санитаром-стрелком.

Не будет лишним напомнить о подчиненности, которая носит у нас двойственный характер. По всем вопросам, кроме специальных мы подчиняемся тем командирам, в чьих подразделениях, частях служим, а по специальным (медицинским) - стоящему выше медицинскому начальнику.

**3. ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА, ОСНАЩЕНИЕ ОМЕДБ**

Рассматривая задачи ОМедБ дивизии необходимо подчеркнуть два качественно различных направления при их решении.

*Одно из направлений включает задачи, выполняемые ОМедБ как отдельной медицинской частью.*

Образно эти задачи можно представить как «внешние», ибо выполняются за пределами ОМедБ в местах дислокации частей и подразделений дивизии и направлены на *их медицинское обеспечение.* И это дает нам возможность отметить, что задачи ОМедБ, как отдельной медицинской части, во многом совпадают с задачами медицинской службы дивизии и включают:

1. Лечебно-эвакуационные мероприятия, а именно:

• участие в сборе раненых , больных, их вынос, вывоз с поля боя до МПБ;

• эвакуация раненых, больных до МОП;

• эвакуация раненых, больных «на себя», т.е. в ОМедБ или ОМО;

• оказание раненым и больным 1-й врачебной и квалифицированной медицинской помощи (за счет действий медицинского взвода за пределами ОМедБ).

2. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия

3. Мероприятия по медицинской защите л/с частей и медицинских подразделений от ОМП.

4. Медицинскую разведку.

5. Снабжение медицинским имуществом.

6. Управление медицинской службой.

С комплексом мероприятий, входящих в состав медицинского обеспечения мы впервые познакомились при рассмотрении медицинской службы полка и для себя определили, что задачи, решаемые на различных уровнях, в принципе-то одинаковы по направленности, - меняется лишь размах, масштаб их.

Поэтому детально на этих задачах, за исключением лечебно-эвакуационных мероприятий, мы и не останавливаемся. Забегая вперед, справедливости ради надо отметить, что из перечисленных здесь мероприятий такие как «санитарно-гигиенические и противоэпидемические», «по медицинской защите войск и подразделений от ОМП», «медицинская разведка» - будут выполняться частично, что связано с выводом из состава ОМедБ санитарно-противоэпидемического взвода, и в основном, в интересах ОМедБ.

Другое, качественно отличное направление.

Включает *задачи, выполняемые ОМедБ как этапом медицинской эвакуации.* Образно эти задачи можно представить как «внутренние», ибо выполняются в месте развертывания ОМедБ и включают:

• прием, регистрацию, медицинскую сортировку ;

• санитарную обработку, размещение, питание;

• оказание квалифицированной медицинской помощи и первой врачебной;

• лечение раненых и больных со сроком выздоровления 5-10 суток;

• временную госпитализацию нетранспортабельных (состояние не транспортабельности возникает из-за проведенных сложных оперативных вмешательств);

• временную изоляцию инфекционных больных;

• подготовку раненых и больных к дальнейшей эвакуации.

Даже беглого взгляда на эти задачи вполне достаточно чтобы сделать вывод о сходстве их с таковыми, решаемыми гражданскими лечебными учреждениями. Отличие будут заключаться только в виде оказываемой помощи и сроке лечения, которые зависят от вида лечебных учреждений.

*Организационно-штатная структура* ОМедБ *представлена таким образом:*

*•* возглавляет ОМедБ - командир батальона (врач-организатор);

• управление - включает ряд заместителей;

• мед. взвод - два хирурга, терапевт, анестезиолог;

• эвакуационный взвод

• взвод материального обеспечения

*•* возглавляет - командир роты (врач-хирург, причем ведущий);

• приемно-сортировочный взвод - 2 хирурга;

• операционно - перевязочный взвод - 5 хирургов;

• отделение анестезиологии и реанимации - 2 анестезиолога;

• госпитальный взвод - 2 терапевта;

• стоматологический кабинет - врач-стоматолог.

Всего по штату: 157 человек.

Врачебного состава: 18 человек.

Хирургов: 10 человек.

Завершая рассмотрение организационно-штатной структуры ОМедБ хотелось бы отметить соответствие выполняемых задач организации, а именно - задачи ОМедБ, как отдельной медицинской части вьшолняются подразделениями, которые не входят в состав медицинской роты, а задачи ОМедБ, как этапа медицинской эвакуации выполняются медицинской ротой при развертывании. *Оснащение ОМедБ* целесообразно рассматривать по группам:

• палаточный фонд;

• транспортные средства;

• комплекты;

• приборы, аппараты;

• некомплектное имущество; *Палаточный фонд:*

3 вида палаток

• УСТ-56-7ед.

• УСБ-56 - 12 ед.,

• лагерные -12 ед., *Транспортные средства*

*•* санитарные автомобили типа УАЗ-452-А -12 ед.

• (8 ед. - эвакуационное отдел.,4 ед. - эвакуационный взвод).

• санитарные транспортеры -10 ед. (эвак. взвод)

• спец. автомобили - АП-2, ДДА, АВЦ.

• грузовые авто. - более 10 ед.

*Комплекты:* комплектное оснащение ОМедБ довольно-таки разнообразное.

Мы остановимся только на комплектах специального назначения: Б-1, Б-2, Б-3, Б-4,

БГ, БК-1 БК-2, ПЧО.

*Приборы, аппараты:* ДП-5В,МПХР, БИ-1(2), КИ-4, ДП-10, НАРКОН, «Лада», «Фаза» и др.

*Некомплектное имущество:* операционные, перевязочные столы, скамьи, стойки унифицированные, флаконодержатели и др.

Рассмотренные организация, штат, оснащение ОмедБ позволяют оказывать квалифицированную медицинскую помощь 250-300 раненым и больным в сутки.

**4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАЗВЕРТЫВАНИЯ ОМЕДБ. ОБЪЕМ И СОДЕРЖАНИЕ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ОМедБ развертывается на местности с учетом требований предъявляемых к развертыванию любого *этапа медицинской эвакуации:*

*•* вблизи путей подвоза и эвакуации (в интересах раненых, доставляемых общевойсковым транспортом)

• вблизи водоисточника (из-за необходимости проведения специальной обработки)

• с учетом маскирующих и защитных свойств местности (защита от ударной волны)

• не развертывать вблизи важных, с точки зрения противника объектов (командные пункты, РЛС, пусковые установки и т.д.)

• не развертывать вблизи одиночно стоящих высоких деревьев, колоколен (ориентиры для пристрелки обычных систем вооружений)

Площадка, требуемая для развертывания не менее 300x400 метров. Время на развертывание - 2 часа летом;

- 3 часа зимой; ОМедБ может развертываться по одному из трех вариантов:

• палаточный вариант (в полевых условиях)

• в строениях (подвалы, бомбоубежища, уцелевшие здания)

• комбинированный вариант, иногда часть ОМедБ развертывается в палатках, а др. часть в строениях.

В составе ОМедБ развертываются следующие функциональные отделения:

• Сортировочно-эвакуационное, включающее:

1. сортировочный пост

2. сортировочную площадку

3. сортировочные палатки:

• для раненых тяжело и средней степени тяжести

• больных

• легкораненых

4. эвакуационные палатки:

• для раненых тяжело и средней степени тяжести

• больных

• легко раненых

5. перевязочную для легкораненых, которая развертывается здесь чисто территориально, за счет ОПО

• Отделение специальной обработки включает: площадку специальной обработки палатки для санитарной обработки, состоящие из раздевальни, моечной, одевальни.

• Операционно-перевязочное отделение (с отделением анестезиологии и реанимации):

1 перевязочная с предперевязочной для раненых тяжело и средней степени тяжести.

2 операционная с предоперационной

3 перевязочная для легкораненых, которая, хотя и находится в СЭО, но под управлением ОПО.

4 противошоковая для раненых.

5 противошоковая для обожженных.

• Госпитальное отделение:

1. палата интенсивной терапии или для нетранспортабельных больных

2. палаты для симптоматического лечения

3. помещения для команды выздоравливающих (на 50 человек)

4. анаэробная

5. клиническая лаборатория

6. изоляторы на 2 инфекции - кишечную и воздушно-капельную

7. психоприемник

Каждое отделение развертывается соответствующим подразделением, за исключением отделения специальной обработки, которое развертывается приемно-сортировочным взводом параллельно с сортировочно-эвакуационным отделением.

*В ОМедБ раненым и больным оказывается* квалифицированная медицинская (первая врачебная) помощь. Оказывается врачами в установленные сроки (8-12 часов с момента ранения) с целью устранения или ослабления последствий ранений (заболевания), предупреждения развития осложнений или уменьшения их тяжести, а также подготовки нуждающихся в дальнейшей эвакуации.

Квалифицированная медицинская помощь подразделяется на квалифицированную *хирургическую* и квалифицированную *терапевтическую.*

По срочности оказания мероприятия квалифицированной хирургической помощи делятся на две группы:

*Неотложные мероприятия* квалифицированной хирургической помощи, которые выполняются, как правило, по поводу последствий ранений (поражений) и заболеваний, представляющих непосредственную угрозу жизни раненых (больных). Наиболее характерными мероприятиями являются:

• окончательная остановка наружного и внутреннего кровотечения

• лапаротомия при ранениях и закрытой травме живота

• декомпрессионная трепанация черепа при ранениях и повреждениях сопровождающихся сдавлением головного мозга и др.

*Мероприятия квалифицированной хирургической помощи, выполнение которых может быть отсрочено.* Они подразделяются на подгруппы в свою очередь:

/ *подгруппа включает* мероприятия, отсрочка выполнения которых, как правило, будет приводить к тяжелым осложнениям. Например:

• ампутации при отрывах, разрушениях и ишемическом некрозе конечностей

• наложение надлобкового свища при повреждениях уретры и противоестественного заднего прохода при внебрюшинном повреждении прямой кишки и др.

// *подгруппа включает* мероприятия, отсрочка выполнения которых не исключает развития тяжелых осложнений, но опасность их возникновения может быть уменьшена применением антибиотиков и других средств. Например:

• первичная хирургическая обработка ран

• некротомия при глубоких циркулярных ожогах груди и конечностей не вызывающих расстройства дыхания и кровообращения

• лигатурное связывание зубов при переломах нижней челюсти и др. Мероприятия квалифицированной терапевтической помощи делятся на: *Неотложные мероприятия, которые включают:*

*•* введение антидотов и противоботулинической сыворотки

• комплексную терапию острой дыхательной недостаточности

• дегидратациошгую терапию при отеке головного мозга и др. *Мероприятия, выполнение которых, может быть отсрочено.*

Например:

• введение (дачу) антибиотиков и сульфаниламидов с профилактической целью

• гемотрансфузию с заместительной целью

• применение симптоматических медикаментозных средств.

При выполнении всех групп мероприятий квалифицированной медицинской помощи - мы говорим о *полном объеме* квалифицированной хирургической или квалифицированной терапевтической помощи. При выполнении неотложных мероприятий и мероприятий, выполнение которых может быть отсрочено (I подгруппы) квалифицированной хирургической помощи - мы говорим о *сокращенном объеме* помощи. При выполнении неотложных мероприятий - мы говорим о *неотложных мероприятиях* квалифицированной хирургической или терапевтической помощи. Объем медицинской помощи для ОМедБ устанавливает вышестоящий начальник медицинской службы, в зависимости от условий боевой или медицинской обстановки. Чаще всего к сокращению объема медицинской помощи прибегают при массовом поступлении раненых и больных, превышающем возможности ОМедБ, угрозе выхода противника к району его развертывания, значительных потерях в медицинском составе и имуществе, необходимости перемещения в полном составе в новый район. Сокращение объема медицинской помощи является мероприятием вынужденным.

При первой же возможности объем помощи должен быть восстановлен до полного.

**5. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ОМЕДБ**

Организацию работы ОМедБ целесообразно рассматривать по отделениям. Задающим тон работе ОМедБ является *сортировочно-эвакуационное отделение,* именно это отделение предопределяет функции остальных. Свою работу сортировочно-эвакуационное отделение начинает на *сортировочном посту.* Его оснащение, оборудование, порядок работы аналогичны таковому медицинского пункта полка, а вот работа санитарного инструктора - дозиметриста по сортировке раненых, больных, пораженных представлена несколько иначе. Все прибывшие подразделяются на четыре потока:

• нуждающиеся в полной санитарной обработке;

• подлежащие частичной санитарной обработке;

• подлежащие изоляции;

• не нуждающиеся в санитарной обработке, изоляции.

Нуждающиеся в полной санитарной обработке, подлежащие частичной санитарной обработке направляются в отделение специальной обработки. Подлежащие изоляции - в изоляторы для инфекционных больных и психоизолятор.

Не нуждающиеся в санитарной обработке и изоляции подразделяются на *носилочных* и *ходячих* и направляются на сортировочную площадку. Носилочные на транспорте следуют к сортировочным для раненых тяжело- и средней степени тяжести, ходячие под командой старшего следуют к сортировочной для легкораненых. Работу по сортировке санитарный инструктор - дозиметрист проводит на основе наружного осмотра, информации, полученной от водителя или сопровождающего, первичных медицинских карточек, показаний приборов ДП-5В, МПХР. В период, когда поступления раненых на СП нет, он осуществляет наблюдение за наземной, воздушной обстановкой, периодически определяет уровни радиации, наличие отравляющих веществ.

Далее в работу включается *сортировочная площадка,* где осуществляется *медицинская сортировка.* Здесь работа строится по бригадному принципу. Действуют две сортировочные бригады в составе:

• врач-хирург;

• медицинская сестра или фельдшер;

• регистратор;

• два санитара-носильщика.

Осуществляя медицинскую сортировку, врач сортировочной бригады, в результате опроса, осмотра (не снимая повязки), знакомства с документацией, ставит диагноз, который лежит в основе решения по данному раненому и последний может быть отнесен к одной из следующих групп:

• нуждающиеся в оказании медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации ( направляются в те или иные подразделения);

• не нуждающиеся в оказании медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации (направляются в эвакуационные) ;

• имеющие несовместимые с жизнью ранения (поражения, заболевания).

Принятое решение закрепляется сортировочной маркой, которая определяет, куда направить раненого, в какую очередь оказывать помощь или эвакуировать. Надо отметить, что медицинская сортировка здесь не заканчивается, она будет дополняться в других подразделениях, уточняться. Сортировочные марки позволяют обеспечить преемственность между врачом и санитарами - носильщиками. Медсестра или фельдшер выполняют назначения врача, регистратор - осуществляет регистрацию.

При проведении медицинской сортировки на сортировочной площадке неминуемо возникают проблемы. И в первую очередь - это необходимость ускорения медицинской сортировки, т.к. при значительном поступлении раненых, они могут, ожидая своей очереди, погибнуть, если это тяжелораненые, или отяжелеть, если это категория раненых средней степени тяжести. Для реализации своего намерения, можно увеличить число сортировочных бригад, но это далеко не всегда реально, поэтому целесообразно увеличить (удвоить) число помощников в сортировочной бригаде, что позволяет быстрее переходить от одного раненого к другому не дожидаясь своих помощников, занятых выполнением рекомендаций врача, а использовать второй состав. Есть и другой путь, позволяющий наиболее сложную категорию раненых направлять сразу в соответствующие подразделения для оказания медицинской помощи. Для этого необходимо присутствовать при разгрузке раненых и своевременно их выделять по внешним проявлениям (шок, кровотечение и т.д.). Это далеко не все пути выхода из сложившейся ситуации. Работа над ними продолжается и по сей день.

Приведенная сортировка характерна для категории носилочных, под которыми мы понимаем раненых тяжело- и средней степени тяжести, хотя это и не всегда является правилом, т.к. есть исключения.

Ходячие, подвергаясь медицинской сортировке, подразделяются на группы:

• подлежащие дальнейшей эвакуации в госпиталь для легкораненых (ВПГЛР).;

• подлежащие возвращению в часть;

• подлежащие лечению в команде выздоравливающих (5-10 суток);

• непрофильные (имеющие тяжелые ранения, но способные передвигаться), которые должны быть рассортированы как и носилочные.

Лица, направленные с СП в отделение специальной обработки, после проведения санитарной обработки направляются на сортировочную площадку, где сортируются как «носилочные» и «ходячие». Кстати, говоря о сортировочной площадке и неоднократно упоминая сортировочные палатки, необходимо подчеркнуть, что функции, выполняемые ими, одинаковы. При хороших погодных условиях работа ведется на сортировочной площадке, при неблагоприятных - в сортировочных палатках.

Операционно-перевязочное отделение является одним из основных отделений, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь. Работа в отделении построена на основе хирургических бригад, причем состав бригад может быть одно врачебный или включать двух врачей-хирургов, что определяется сложностью оказываемой помощи.

Учитывая это, можно ориентировочно предложить следующий расклад сил операционно-перевязочного отделения:

• операционная - 2 бригады 2-х врачебного состава, - здесь выполняются сложные оперативные вмешательства (25-30 операций за рабочий день);

• перевязочная для раненых тяжело- и средней степени тяжести - 2 бригады одно врачебного состава, - здесь выполняются вмешательства типа первичной хирургической обработки ран (14-16 сложных опер, пособий и 28-30 средней сложности);

• перевязочная для легкораненых - 1 бригада одно врачебного состава, - здесь выполняются мероприятия 1-й врачебной помощи (до 40 пособий).

Таким образом, в работе задействовано 5 хирургических бригад, общая численность -7 хирургов. В работе принимают участие 5 штатных хирургов ОПО, а также командир медицинской роты и врач стоматолог. Рабочий день хирурга определен 16 часами.

Отделение анестезиологии и реанимации функционально тесно связано с операционно-перевязочным отделением. Работа здесь также организована по бригадному принципу, только бригады анестезиологические - их две. Кроме врачей анестезиологов в бригадах работают операционные медицинские сестры, санитары. Одна бригада работает в противошоковой для раненых, другая - для обожженных. Противошоковые палаты рассчитаны на 20 коек каждая. Задачи данного отделения сводятся к проведению:

• комплекса противошоковых мероприятий;

• мероприятий по выведению раненых из шока;

• реанимационных мероприятий;

• анестезиологических мероприятий (наркоз).

Госпитальное отделение также относится к числу ведущих отделений, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь. Отделением выполняются следующие задачи:

• временная госпитализация нетранспортабельных раненых и больных, их лечение;

• оказание квалифицированной терапевтической помощи раненым и больным, нуждающимся в ней;

• подготовка раненых и больных к эвакуации;

• временная изоляция инфекционных больных, лиц с реактивными состояниями;

• лечение легкораненых и больных со сроком выздоровления 5-10 суток;

• проведение клинических анализов;

• оказание помощи раненым с анаэробной инфекцией.

Работа в госпитальном отделении строится на основе терапевтических бригад. Емкость отделения - 30 коек, на всех госпитализированных ведутся истории болезни. Раненые с анаэробной инфекцией квалифицированную медицинскую помощь получают в анаэробной за счет хирургов операционно-перевязочного отделения, а вот уход, наблюдение осуществляет персонал госпитального отделения.

Подведя итог работы отделений ОМедБ, необходимо подчеркнуть, что они функционируют как единый механизм, чему в немалой степени способствует общее руководство (командир роты), функционально обоснованная схема развертывания.

**6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Изложенные здесь вопросы должны создать у нас представление о ОМедБ, как отдельной медицинской части, способной выполнять задачи в районе ведения боевых действий и в то же время выполнять задачи, свойственные лечебным учреждениям, сохранять при этом высокую мобильность, находиться в постоянной готовности оказания своевременной квалифицированной медицинской помощи.