**Медицина катастроф**

Каждый врач – организатор процесса при катастрофе.

**Связь со службами:**

1.Где (адрес,ориентиры), направление движения;

2.Что произошло?

3.Когда произошло событие?

4.Кто,сколько тяжелых;

5.Почему произошло событие- причина.

При вызове служб представиться, уточнить, что Вы врач (медработник).

Далее решаете вопросы для себя!

1.Основной поражающий фактор

2.Все ли пораженные на месте или в шоке разбежались?

3.Оцениваете погодные условия

4.Оцениваете влияние погодных условий на поражающий фактор

5.Структура сан. потерь (дети, старики, беременные женщины)

6.Где сосредоточена основная масса пораженных

7.Характеристика территории и подъездных путей

8.Мощность близлежащих больниц

9.Борьба с обезвоживанием – нужны люди, умеющие делать в/в инъекции

10.Легко пострадавшие должны поить тяжелых и помогать Вам

11.Проводится медицинская сортировка по однообразию мед. помощи, эвакуации, очередности и т.д.

**Мед. помощь в очаге:**

1.Только жизнеспасающие мероприятия (неотлож. по жизненным показаниям)

2.Если нет организатора – берите на себя

3.Вопрос личной безопасности для Вас и других помощников.(пожарную машину поставить поперек дороги, чтобы защитить Вас и пострадавших)

4. «Скорая помощь» не ближе 10 метров от места проишествия

5. Сообщить следующий сеанс связи, чтобы не отвлекали Вас от работы

6.Все указания подчиненным на « раз-два» и доложить

7.При прибытии службы спасения перейти под подчинение руководителя службы, уход только с его разрешения

8.Записать № машины, Ф.И.О. пострадавших, кол-во эвакуированных и место назначения.

**Какие ошибки?**

1.Отсутствие взаимодействия со спасательными службами

2.Длительность раб. спасателей (до 6 часов)

3.Психологическая помощь спасателям не оказ-ся (в отведенном месте)

4. Недостаточная освещенность места катастрофы в темное время

5.Движение машины должно быть вне очага оцепления

6.Использование легкой обуви без задников

7.Нет бейсиков на спецодежде

8.Покидание места катастрофы без разрешения руководителя.

**Мед. сортировка**

1.Угрожают или нет Вам пострадавшие

2. В какой помощи и в какую очередь нуждаются пострадавшие

3.В какую очередь в эвакуации нуждаются пострадавшие

1гр.-красный цвет –по жизненным показаниям в 1 очередь(ост..нар. кровотеч., проходимость дых. путей, придание стабильного бокового положения)

2гр. –желтый цвет- неоказание помощи приведет к утяжелению состояния,но может быть отсрочена до 1 часа.

3гр.-зеленый цвет-неоказание помощи не приведет к гибели и ухудшению здоровья.

4гр. –черный цвет – погибшие, агонизирующие, без сознания, не совместимые с жизнью ранения, без пульса.

При осмотре голову не трогаем: смотрим кровотечения из носа, ушей, проходимость дых. путей. Если пострадавший в сознании –пусть говорит ,по характеру речи можно судить о гемо –пневмотораксе(открытый →закрыть, закрытый→не трогаем, напряженный→открыть).Повязка окклюзионная, не забинтовывается наглухо, а +.(крестом)

Из живота, грудной клетки посторонние предметы не удалять.

Вокруг выпавших петель кишечника→валик, чтоб они не омертвели и влажная повязка; таз→ нажали с двух сторон, если боли→ стянуть шарфом или другими материалом.

Спина→ если нет подозрений на ранение и травму→ не переворачивать.

АД не измеряем.

Если пульс на лучевой есть→АДсист.=90мм рт. столба

Переломы конечностей зафиксировать до скорой помощи→ потом зашинировать.

Психологическая помощь пострадавшему, говорите с ним, подбадриваете его, объясните, если он не нуждается в неотложной помощи, представьтесь ему и скажите что, «Я Вас не забуду».

***Пока не будет точно известно о количестве пострадавших и погибших – информацию не давать.***

Для родственников выделяются помещение и человек, который ими будет заниматься.

Организовать сортировку до попадания пострадавших в больницу.

Выделить сотрудника по идентификации пострадавших (ФИО, пол, возраст, приметы, одежда).Выделить бестолкового сотрудника по связям с общественностью.

В случае химического очага поражения медики работают на границе зоны химического заражения, а спасатели в очаге.

**Ожоги щелочью- глубокие, возможно разъедание лежащих в глубине кровеносных сосудов и →кровотечение.**

При >10% поверхностных-х ожогов →ожоговый шок и соотв. лечение.

**Повязка на ожоговой ране должна быть насквозь мокрая.**

**В 1 час 20мл. жидкости на 1 кг веса. При травматическом шоке в первое время** →в/венно **струйно жидкость.**

Жгут 1 час в любое время года. Давящая повязка – валик прижимают пальцами, останавливая кровотечение, потом бинтуют этот валик, освобождая пальцы.

 **Базовая сердечно-легочная реанимация.**

1.Компрессия

2.Восстановление дыхательных путей

 Показания:

 Отсутствие сознания

За 10 сек.-- Отсутствие или неправ. дыхание

 Отсутствие пульса на сонной артерии

Точка приложения компрессии посреди 2х ключиц , положение рук →замок → руки вертикально.

Глубина. компрессии не <5 см, частота не < 100 в мин.

В первые 5 мин. компрессия без вдувания так же эффективна, как и с вдуванием.

Дыхательную трубку использовать можно.

За первые 30 компрессий, мы должны решить, есть ли смысл продолжать.

Легочно-сердечная реанимация по тем же признакам, что и показания. Продолжительность легочно-серд. реанимации 30 мин.

Критерии эффективности – появляется сознание

 - появляется нормальное дыхание

Когда можно не делать- агресс. дом. животное

 -агресс. пораж. факторы

В очаге катастроф легочно-сердечная реанимация →2-3 мин., если нет эффективности, останавливают.