|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждениедетский сад № 11муниципального образования город Горячий Ключ |  |  |

Согласовано Утверждаю:

С профсоюзным комитетом Заведующий МБДОУ д/с № 11

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Л.Н. Руденко

 \_\_\_\_\_\_\_\_А.Н. Солодовникова

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

Введена в действие «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Приказ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНСТРУКЦИЯ

# Организация первой медицинской и доврачебной помощи в чрезвычайных ситуациях

# ГО-14

При своевременном оказании пострадавшим первой медицинской и доврачебной помощи число неоправданных безвозвратных потерь значительно снижается. Об этом свидетельствует также опыт организации и оказания медицинской помощи при катастрофах, в том числе и социально-политических, произошедших за последние 4 года в России и ближнем зарубежье.

Основными причинами смерти пострадавших в очаге катастрофы или стихийного бедствия являются, прежде всего, тяжелая механическая травма, шок, кровотечение и нарушение функций органов дыхания, причем значительная часть из этих пораженных (до 30%) погибает в течение первого часа, 60% — через 3 часа и, гели помощь задерживается на 6 часов, то погибает уже 90% тяжелопораженных.

Организация экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС тесно связана с разностью развития процессов в районе бедствия. Так, в период фазы изоляции, длящейся от нескольких минут до нескольких часов, первая медицинская помощь может оказываться только самими пострадавшими в порядке само- и взаимопомощи. В этот период само- и взаимопомощь не носит организованного характера, она оказывается стихийно по мере возможности, подготовленности населения и его обеспеченности средствами оказания помощи. Исходя из этого становится очевидным, что первостепенное значение для эффективной ликвидации медико-санитарных последствий ЧС имеет подготовка населения страны к адекватному поведению и оказанию первой медицинской помощи при катастрофах.

Использование пострадавшим населением при оказании первой медицинской помощи табельных медицинских средств, как правило, исключается. Следовательно, население надо обучать оказанию первой медицинской помощи подручными средствами. С прибытием в очаг катастрофы спасательных и медицинских сил, используя данные разведки, определяются основные направления сосредоточения усилий по оказанию первой медицинской и доврачебной помощи. Только прибывающие в очаг ЧС аварийно-спасательные формирования начинают оказание первой медицинской помощи с использованием табельных средств спасения пострадавших.

Состав и численность медицинских сил определяется характером и масштабами очага катастрофы, предполагаемыми санитарными потерями. Во всех случаях медицинские формирования и учреждения работают в очаге катастрофы в тесном взаимодействии с другими формированиями: поисково-спасательными, аварийно-техническими, противопожарными и др.

Одни из них разбирают завалы, тушат пожары, обеспечивая доступ к пораженным, а после оказания первой медицинской помощи выносят их к площадкам погрузки на транспорт, другие — проводят обеззараживание территории, санитарную обработку пораженных и т. д.

Таким образом, первая медицинская помощь — это комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых на месте поражения или вблизи от него (в очаге) в порядке само- и взаимопомощи, личным составом аварийно-спасательных формирований с использованием подручных и (или) табельных медицинских средств с целью устранения дальнейшего воздействия поражающего фактора, спасения жизни пострадавшим, снижения и предупреждения развития тяжелых осложнений.

Оптимальным сроком оказания первой медицинской помощи является 30 минут после получения травмы. Вместе с тем, при некоторых состояниях (остановка дыхания, профузное наружное кровотечение) это время значительно сокращается.

Конкретные мероприятия первой медицинской помощи зависят от поражающих факторов, действующих при катастрофе, и полученных людьми повреждений. Так, при катастрофах с преобладанием механических (динамических) поражающих факторов производят:

— извлечение пострадавших из-под завалов разрушенных убежищ, укрытий;

— восстановление проходимости верхних дыхательных путей (удаление из полости рта инородных предметов — выбитых зубов, сгустков крови, комков земли и др.), искусственную вентиляцию легких методом «изо рта в рот» или «изо рта в нос» и др.;

— придание физиологически выгодного положения пораженному;

— временную остановку наружного кровотечения всеми доступными методами (давящей повязкой, пальцевым прижатием сосуда на протяжении, наложением жгута и т. п.);

— непрямой, закрытый массаж сердца;

— наложение повязок на раневые и ожоговые поверхности; иммобилизацию конечностей при переломах, обширных ожогах и размозжениях мягких тканей;

—фиксацию туловища к доске или щиту при травмах позвоночника;

—дачу обильного теплого питья (при отсутствии рвоты и данных за травму органов брюшной полости) с добавлением 1/2 ч. л. соды и соли на 1 литр жидкости, алкоголя;

—согревание пострадавшего.

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

—тушение горящей одежды;

—укутывание пострадавшего чистой простыней.

При катастрофах с выбросом в окружающую среду сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ) в порядке первой медицинской помощи осуществляется:

—защита органов дыхания, зрения и кожи от непосредственного воздействия на них СДЯВ, путем применения средств индивидуальной защиты, ватно-марлевых повязок, укрыванием лица влажной марлей, платком, полотенцем и т. д.;

—скорейший вынос пораженного из зоны отравления;

—при попадании СДЯВ в желудок — обильное питье с целью промывания желудка «ресторанным» способом, дача молока, адсорбентов;

—частичная санитарная обработка открытых частей тела проточной водой с мылом, 2% раствором соды;

—частичная дегазация одежды и обуви.

При авариях на атомных реакторах в районе бедствия кроме того выполняются:

—йодная профилактика;

—прием радиопротекторов;

—частичная дезактивация одежды и обуви;

—эвакуация населения с мест заражения и оказание им в ходе эвакуации первой медицинской помощи.

При массовых инфекционных заболеваниях в очагах бактериологического (биологического) заражения первая медицинская помощь включает:

—использование подручных и (или) табельных средств индивидуальной защиты;

—активное выявление и изоляцию температурящих больных, подозрительных на инфекционное заболевание;

—применение средств экстренной профилактики;

—проведение частичной или полной санитарной обработки.

При массовых вспышках пищевых отравлений, инфекционных заболеваний, авариях на атомных реакторах и других катастрофах величина потерь зависит от своевременного оповещения населения о случившемся. При этом широко используются средства массовой информации.

Из вышеперечисленного можно заключить, что первая медицинская помощь пораженным оказывается посиндромно, исходя из характера, тяжести и локализации повреждений.

По мере прибытия в зону катастроф медицинских сил и средств, объем экстренной медицинской помощи расширяется. Перечень планируемых медицинских манипуляций зависит от уровня квалификации персонала медицинских формирований, прибывающих в зону катастрофы, их оснащенности медикаментами, портативной лечебно-диагностической аппаратурой и другим медицинским имуществом. При этом объем медицинской помощи пораженным может быть расширен до доврачебной, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи.

Доврачебная помощь — комплекс медицинских манипуляций, осуществляемых медицинским персоналом (медицинская сестра, фельдшер) с использованием табельных медицинских средств. Она направлена на спасение жизни пораженному и предупреждение развития осложнений.

В дополнение к мероприятиям, проводимым в порядке первой медицинской помощи, объем доврачебной помощи по показаниям включает:

— введение S-образной трубки — воздуховода, искусственную вентиляцию легких с помощью аппарата типа «АМБУ»;

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

— контроль сердечно-сосудистой деятельности (измерение АД, подсчет числа сердечных сокращений, определение напряжения и наполнения пульса) и функции органов дыхания (частота и глубина дыхания) у пораженного;

— вливание инфузионных сред;

— введение обезболивающих и сердечно-сосудистых препаратов;

— введение и дачу внутрь антибиотиков, противовоспалительных препаратов;

— введение и дачу седативных, противосудорожных и противорвотных средств;

— дачу сорбентов, антидотов и т. п.;

— контроль правильности наложения жгутов, повязок, шин и, при необходимости, их исправление и дополнение с использованием табельных медицинских средств;

— наложение асептических и окклюзионных повязок.

Оптимальный срок оказания доврачебной помощи — 1 час после травмы.

Первая медицинская и доврачебная помощь пораженным может оказываться вне развернутых (приспособленных) медицинских пунктов.

Таким образом, приведенный выше перечень мероприятий (объем помощи) может изменяться в сторону расширения или уменьшения в зависимости от тех конкретных условий, которые возникают при различных катастрофах. Непременным остается одно: каждому специалисту нужно всегда стремиться оказать экстренную медицинскую помощь как можно раньше, более полно и наибольшему числу пострадавших. Именно это и будет определять в конечном итоге эффективность работы Службы медицины катастроф