

Проект

Организация медицинской службы в Первую Мировую войну

Выполнили
Ученики 8а класса лицея №214
Кнутарева Александра
Кузнецова Полина
Орлова Софья
Леострин Никита
Цыбин Илья
Костелов Илья
Руководитель Минкова Ольга Юрьевна

Военно-полевая хирургия

- Военно-полевая хирургия - раздел хирургии, включающий организацию хирургической помощи и организацию лечения раненых и пораженных на войне. Отличается от хирургии мирного времени массовостью хирургической работы.

Н.И. Пирогов



- Отечественный хирург и анатом Н.И. Пирогов назвал войну травматической эпидемией.
- Вклад Н.И. Пирогова в военно-полевую хирургию огромен и признан во всем мире. Он выявил основные особенности военно-полевой хирургии по сравнению с хирургией мирного времени.
- 16 октября 1846 г. - знаменательная дата не только в истории хирургии, но и в истории человечества. В этот день впервые была произведена большая хирургическая операция под полным эфирным наркозом. Осуществились мечты и чаяния, еще накануне казавшиеся несбыточными, - достигнуто полное обезболивание, расслаблены мышцы, исчезли рефлексy... Больной погрузился в глубокий сон с потерей чувствительности.

Оборудование

- Все оборудование должно быть возимым, поэтому все оборудование стандартизировано и описано. Оно заключено в санитарные сумки и сумки фельдшера, ящики и укладки, в большие сундуки. Основные комплекты - это: сумка санинструктора, ящик - полевой фельдшерский, ВП1 и ВП2 - малая и большая перевязочная, Г8 - большая операционная, которая используется на этапах квалифицированной и специализированной помощи. В состав входят инструменты для всех операций. Также имеется комплект Б1 - мешок, в котором имеется стерильный перевязочный материал в виде индивидуальных перевязочных пакетов, Б2 - мешок с транспортными шинами для иммобилизации 25 раненых. В мешок входят шина Крамера, шина Дитерихса, шина праща Энтина.

Хирургическая работа

- В проведении массовой хирургической работы на войне используется определённый объём помощи. Объём помощи зависит от 2 факторов:
- От боевой обстановки и от применяемого оружия.
- От медико-тактической обстановки.

Медицинская эвакуация

- Н.А Опель предложил этапное лечение, т.е. эвакуацию и одновременное лечение.
- Этап медицинской эвакуации- это силы и средства медицинской службы, расположенные на пути движения раненого с поля боя в тыл для оказания помощи.

Объемы помощи

- Объем помощи - это сумма хирургических мероприятий, к выполнению которых предназначен и подготовлен данный этап. Различают 2 объёма помощи:
 - Полный, когда делается все что положено.
 - Сокращённый, когда, например, поступает очень много раненых и приходится отказываться от некоторых манипуляций с тем чтобы обслужить всех.
 - Минимальный, такой объем, который приходится использовать, если использовано оружие массового поражения. В этих условиях оказывают помощь по жизненным показаниям.

Виды помощи

- Первая медицинская помощь, оказывается на поле боя
- Доврачебная медицинская помощь оказывается на медицинском пункте батальоне(МПБ).
- Первая врачебная помощь оказывается на медицинском пункте полка(МПП).

Врачебная помощь

- В МПБ работает фельдшер, он оказывает помощь сразу.
Наложение жгута производится на 3 часа, так как после этого срока могут развиваться некрозы.

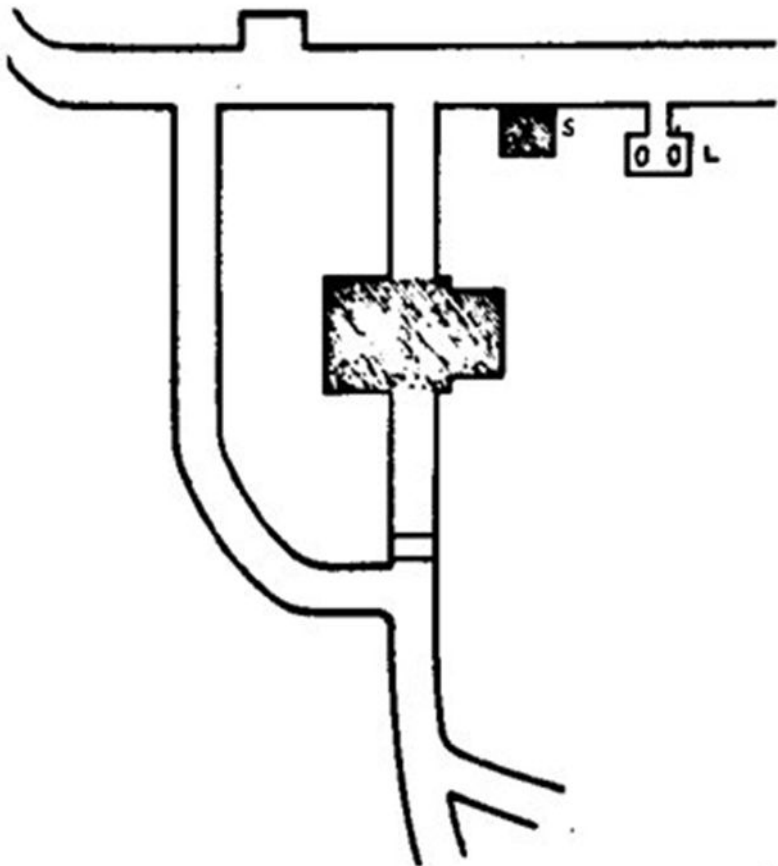
- В МПП работает врач, который может выполнять хирургические манипуляции.
- Первая врачебная помощь может оказываться с элементами квалифицированной помощи, если есть соответствующие врачи.

Медицинские службы

- Медицинские службы должны были обеспечить удовлетворительные санитарно-гигиенические условия жизни военнослужащих:
- Оперативную медицинскую помощь и раненых и больных.
- Организацию и снабжение медицинских учреждений.

- Недостаточное количество бактериологических лабораторий и санитарно - гигиенических отрядов сказывалось на эффективности ранней диагностики инфекционных болезней.

Схема перевязочного пункта, к которому доставлялись раненые



- Большое внимание в этой войне уделялось доставке раненых в госпитали. Поэтому разрабатывались схемы выноса раненых с поля боя.
- Схема пункта первой помощи (большой прямоугольник), находящегося в траншеях в 200 метрах от линии обороны.
- Раненые доставляются в пункт по ответвленной траншее и выводятся к следующему . перевязочному пункту по траншее, идущей вглубь . Маленький прямоугольник S – блиндаж для санитаров с носилками, прямоугольник L- туалет.

- 97% солдат, пострадавших в газовой атаке имели возможность выжить при оперативной эвакуации. Доставленные в госпиталь с большой задержкой имели большую потерю крови.

Подготовка войск и медицинской службы

- Подготовка войск и медицинской службы к Первой Мировой войне проводилась по заранее разработанному мобилизационному плану, учитывая опыт Русско-Японской войны.

- Так на 15 июля 1910 года медицинская служба имела задание сформировать 189 подвижных полевых госпиталей (ППГ) и 426 полевых запасных госпиталей (ПЗГ).
- Для эвакуации раненых и больных мобилизационным планом на 1913 год предусматривалось формировать 16 полевых, 23 тыловых, 3 внутренних и 6 резервных эвакуационных комиссий.
- В том числе в военном округе Европейской России планировалось сформировать 8 полевых, 12 тыловых и 3 внутренних эвакуационных комиссий.

План Верховного главнокомандующего

- В 1914 году был разработан план Верховного главнокомандующего, который предусматривал формирование для действующей армии 12 типов медицинских учреждений.

- Медицинской службе предписывалось сформировать 198 полевых подвижных госпиталей и 444 полевых запасных госпиталей на 210 коек каждый.
- В ходе военных действий вносились существенные изменения, корректировки развёртывания госпиталей и их численности.

Эвакуационные пункты

- Для эвакуации раненых и больных формировались головные, тыловые распределители и окружные эвакуационные пункты.

Состав врачей

- Некомплект врачебного состава в русской армии составлял 27%. Имевшийся врачебный корпус использовался весьма не рационально: там, где нужда была в хирургах, оказывались в избытке акушеры, психиатры, санитарные врачи.

- Впервые был поставлен вопрос об обязанности службы для женщин - врачей. Обеспеченность русской армии средним медицинским персоналом была несколько лучше. Некомплект специалистов этой категории не превышал 10-12%.

Союз обществ

- Существенную роль в войне сыграла созданный в 1867 году Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Создание данных организаций явилось результатом проявления сочувствия к жертвам войн и стремление оказать им возможную помощь.



Сестры милосердия



- Есть в русском языке одно очень теплое слово, еще недавно несправедливо забытое – милосердие. Образ женщины в сознании многих неразрывно связан с этим понятием. Сестры милосердия... Белые голубки... Так называли женщин, посвящавших себя очень тяжелому, но прекрасному делу – служению в те минуты, когда к человеку приходит беда – болезнь.

Открытие лазарета в Зимнем Дворце



- После начала Первой Мировой войны начался процесс создания частных лазаретов. В 1915 году в императорской семье вызрело решение открыть лазарет в главной императорской резиденции - Зимнем Дворце. Предлагалось открыть крупный лазарет для « низших чинов» на 1000 мест.

- Под лазаретные палаты отводились все парадные залы, кроме Георгиевского. Торжественное открытие лазарета состоялось 10 октября 1915 года. Главным врачом лазарета назначили А. В. Рутковского.

Н.Н. Петров



- Однако фактически внутреннюю жизнь лазарета определял его заместитель – главный хирург профессор Н.Н. Петров, один из основателей отечественной онкологии.

- Дворцовый лазарет проработал два года. После штурма Зимнего Дворца 27 октября 1917 года раненых начали отправлять в другие госпитали. Лазарет расформировали 28 октября 1917 года.

Вывод

- Деятельность Российского красного Креста и других организаций в период Первой Мировой Войны зависела прежде всего от прогрессивных и передовых людей того времени: врачей, сестер милосердия и других работников, честно и самоотверженно трудившихся на благородном поприще оказания помощи миллионам жертв войны.