**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ МИРНОГО ВРЕМЕНИ**

Чрезвычайная ситуация (ЧС**)** – это обстановка на определенной территории или объекте, сложившаяся в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, стихийного или иного бедствия, эпидемии, эпизотии, применения современных средств поражения, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей и (или) окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

Авария - опасное техногенное происшествие, создающее на объекте, определенной территории угрозу жизни и здоровью людей, приводящее к разрушению зданий, сооружений, оборудования, транспортных средств и нарушению производственного или транспортного процесса, а также наносящее серьезный ущерб окружающей среде.

*Стихийные бедствия* – это опасные природные явления или процессы геофизического, геологического, гидрологического, атмосферного и другого происхождения такого масштаба, который вызывает катастрофические ситуации, характеризующиеся внезапным нарушением жизнедеятельности населения, разрушением и уничтожением материальных ценностей, поражением или гибелью людей. Стихийные бедствия могут служить причиной различных аварий и катастроф.

По виду (характеру) источника ЧС подразделяются на: искусственные (антроогенные – вызываемые деятельностью человека) и естественные (природные катастрофы).

Классификация антопогенных катастроф:

Транспортные – авиа, космические, железнодорожные, автодорожные, речного и морского транспорта.

Производственные – механические, химические, радиационные, бактериологические.

Специфические – эпидемии, войны.

Социальные – голод, терроризм, общественные беспорядки, алкоголизм, наркомания, токсикомания.

Классификация природных катастроф (стихийные бедствия), предложенная Всемирной организацией здравоохранения в зависимости от происхождения:

-метеорологические – бури (ураганы, смерчи, цыклоны, бураны), морозы, необычайная жара, засухи;

-теллурические и тектонические – извержения вулканов, землетрясения;-топологические – наводнения, сели, оползни, снежные обвалы;

Медико-санитарные последствия ЧС – это комплексная характеристика ЧС, определяющая содержание, объем и организацию медико-санитарного обеспечения. Характеристика ЧС должна отражать следующую информацию: величину и характер возникших санитарных потерь; нуждаемость пораженных в различных видах медицинской помощи; условия проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в зоне ЧС; санитарно-гигиеническую и санитарно-эпидемиологическую обстановку, сложившуюся в результате ЧС; выход из строя или нарушение деятельности лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических учреждений и учреждений снабжения медицинским имуществом; а также нарушение жизнедеятельности населения в зоне ЧС и прилегающих к ней районах и тд.

космические – метеориты, прочие космические катастрофы; Поражающие факторы источников ЧС могут вызывать различные поражения людей. Неблагоприятное влияние поражающих факторов ЧС на человека и окружающую среду зависит от интенсивности и от продолжительности их воздействия (мгновенно или растянуто во времени). При этом вероятны сочетанные, множественные и комбинированные поражения. Поражения различных анатомических областей (например, груди и живота), вызванные одним и тем же травмирующим агентом (пуля, осколки и др.), называют сочетанными. А поражения одной анатомической области в нескольких местах (например, переломы бедренной кости в двух местах) – множественными. Поражения двумя и более травмирующими агентами (например, механическая сила и ионизирующее излучение) относят к комбинированным

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЗАДАЧИ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ «ЕДИНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

Основными задачами РСЧС являются:

• разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС; • проведение мероприятий, направленных на предупреждение ЧС и повышение устойчивости функционирования организаций, а также объектов социального назначения в ЧС; • создание и обеспечение готовности к действиям органов управления, сил и средств, предназначенных и выделяемых для предупреждения и ликвидации ЧС; • сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС;• подготовка населения к действиям в ЧС; • прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС; • создание резервов финансовых и материальных ресурсов для ликвидации ЧС; • осуществление государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий от ЧС; • ликвидация ЧС; • осуществление мероприятий по социальной защите населения, пострадавшего от ЧС, проведение гуманитарных акций; • реализация прав и обязанностей населения в области защиты от ЧС, а также лиц, непосредственно участвующих в их ликвидации;

В основе построения и функционирования РСЧС лежат следующие принципы:

--защите от ЧС подлежит все население РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории РФ, а также территория, объекты экономики и материальные и культурные ценности РФ;

--организация и проведение мероприятий по предупреждению и ликвидации ЧС является обязательной функцией федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, а также предприятий, учреждений и организаций независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности;

--заблаговременное и дифференцированное планирование мероприятий по защите населения и территорий от ЧС и их непрерывное осуществление как в мирное, так и в военное время с учетом разумной достаточности их объемов и сроков реализации;

--согласованность и комплексность подхода к проведению мероприятий по защите населения и территорий от ЧС и по гражданской обороне (ГО);

--соответствие организационной структуры РСЧС государственному устройству РФ и решаемых задач.

РСЧС состоит из территориальных и функциональных подсистем и имеет четыре уровня управления: федеральный, территориальный, местный, объектовый.

**Медико – психологическая защита населения и спасателей в ЧС.**

Две группы условий, оказывающих травмирующие воздействия на психику людей в зоне ЧС. Первая группа – это условия связаны с наличием физической угрозы для жизни и здоровья человека. Среди них взрывы, пожары, обрушения конструкций зданий и сооружений, радиоактивное загрязнение, заражение внешней среды химически опасными веществами, токсические продукты горения и др. Психические нарушения, возникающие в результате их воздействия, наблюдаются в основном на фоне физиологических (медицинских) нарушений, к которым относятся травмы, ожоги, радиационные и химических поражении, болевой и травматический шок.Вторая группа - связана в первую очередь с негативной информацией. Причинами некоторых психических нарушений являются отсутствие достоверной информации о масштабах ЧС и ее последствий о степени угрозы жизни и здоровью людей, не знание ими порядка действий в ЧС, переживание за судьбы родных и близких, изменение образа жизни, чувства бессилия перед обстоятельствами и неопределенностью будущего.

Мероприятия по ослаблению психологической напряженности среди населения включают:

- организацию информирования людей об обстановке в зоне ЧС, о характере и объеме проводимых аварийно - спасательных работ, о мерах по оказанию само – и взаимопомощи, о местах расположения медицинских эвакуационных пунктов;- организацию медицинской сортировки пострадавших, изоляцию лиц, находящихся в тяжелом состоянии, оказание первой медицинской и психотерапевтической помощи, эвакуацию лиц, нуждающихся в госпитализации; - обеспечение населения средствами индивидуальной защиты, необходимы препаратами, а также разъяснение правил их применения;

При оказании помощи лицам перенесшим психическую травму в результате ЧС следует знать и применять ряд основных принципов.  *Безотлагательность* – помощь пострадавшему должна быть оказана в кратчайшее сроки, чем больше времени пройдет с момента его травмирования, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств с появлением необратимых изменений в организме. Наиболее эффективна помощь, оказываемая по горячим следам, в первые минуты и часы после получения человеком травмы.*Приближенность* – помощь необходимо оказывать как можно ближе к месту события. С лицом перенесшим стрессовую ситуацию надо обращаться как с нормальным человеком, чье состояние психологически понятно и объяснено пережитым событием. Важно поддерживать в пострадавшем уверенность в скором его возвращении к обычному состоянию, в том, что он вновь будет выполнять свою работу в полном объеме. Медико-психоогическия защита населения при ЧС представляет собой важный участок работы, позволяяющий значительно снизить количество людских потерь от поражающих факторов, при квалифицированной работе специалистов.

**ПОДГОТОВКА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ К РАБОТЕ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

В больницах приказом начальника ГО объекта (главврача) создается орган управления – штаб ГО объекта. Состав штаба определяется в зависимости от структуры больницы ее возможностей и решаемых задач в ЧС. В его состав включается основные руководящие работники, которым определяются функциональные обязанности в соответствии с характером выполняемой ими повседневной работы. Для обеспечения плановой, целенаправленной подготовки больницы к работе в ЧС, ее руководству выдается план - задание. В нем кратко излагается возможная (прогнозируемая) обстановка в границах административной территории при возникновении ЧС. Это необходимо для того, чтобы персонал больницы мог сделать соответствующие выводы и использовать их при планировании мероприятий. В задании определяется, какие медицинские формирования и в какие сроки должны быть готовы к рабое в ЧС, порядок их обеспечения медицинским имуществом, транспортом. С учетом профиля больницы и возможностей ей предписывается какие пораженные и в каком количестве необходимо будет принять при ЧС, срок готовности к приему и время, в течение которого необходимо проводить прием, порядок дальнейшей эвакуации пораженных. Эти данные необходимы, чтобы персонал мог наиболее рационально спланировать экстренную выписку больных, находящихся на лечении, перепрофилировать лечебные отделения, развернуть на базе приемного приемно–сортировочное отделение, подготовить другие отделения, учитывая возможный профиль поступления пораженных в ЧС.Получив задание, начальник штаба готовит проект приказа по лечебному учреждению, в соответствии с которым к работе привлекают весь состав штаба и персонал отделений, участвующих в ликвидации ЧС.

Работа штаба организуется в зависимости от режимов функционирования больницы.

В режиме повседневной деятельности штаб разрабатывает план защиты от поражения радиоактивными, ядовитыми веществами и биологическими средствами, организационные вопросы оказания медицинской помощи при прогнозируемых ЧС. В соответствии с возможными задачами проводит подготовку (обучение) личного состава, формирований и санитарно – просветительскую работу, организует мероприятия по подготовке больницы к устойчивой работе в условиях ЧС.

При угрозе возникновения Ч.С. (режим повышенной готовности) осуществляются следующие мероприятия:

- оповещение и сбор персонала больницы;- введение круглосуточного дежурства руководящего состава; - установление постоянного наблюдения, уточнения порядка работы постов наблюдения, выдача персоналу СИЗ, приборов радиационной и химической разведки;- подготовки больницы к приему пораженных;

- проверка готовности органов управления и врачебно – сестринских бригад к оказанию медицинской помощи пораженным в районе бедствия и медицинскому обслуживанию населения в местах его проживания;- повышение защиты больницы от поражающих факторов;- проверка готовности больницы к эвакуации в безопасное место; - закладка медицинского имущества в убежище города и объектов народного хозяйства, в стационары для нетранспортабельных;- уточнение знаний медицинским персоналом особенностью патологии поражения возможными факторами ожидаемой ЧС.

При возникновении ЧС. (режим чрезвычайной ситуации) осуществляются следующие мероприятия:

- о ЧС и о проводимых мероприятиях информируется вышестоящий начальник;- осуществляется сбор и оповещение сотрудников;- организуется медицинская разведка;- в район бедствия выдвигаются силы и средства больницы;-продолжается освобождение коечного фонда от легкобольных и дополнительное развертывание больничных коек;-выдаются средства индивидуальной защиты, проводится (по показаниям) экстренная профилактика, вакцинация и др. - организуется (при необходимости) эвакуация в безопасное место персонала и больных, ценного имущества и документов больницы;- организуется оказание медицинской и других видов помощи пораженным сотрудникам и больным объекта здравоохранения;

- обеспечивается поддерживание общественного порядка, наблюдение за окружающей средой;

- поддерживается взаимодействие с другими службами, местными органами здравоохранения, штабами по делам ГОЧС;- проводится обеззараживание территории района бедствия, экспертиза воды, продовольствия и другие мероприятия.Для выполнения основных задач больницы в соответствии с реально имеющимся возможностями и с учетом прогнозируемой обстановки, в которой она может оказаться при возникновении наиболее вероятных ЧС планируется проведение мероприятий при угрозе возникновения ЧСнепосредственно в границах территории больницы (при пожарах, взрывах, затоплениях, террористических актах и др) на других близко расположенных к больнице объектах, транспортных магистралях.

Содержанием основных мероприятий при ЧС в ЛПУ являются:

- приведение в готовность в установленные сроки органа управления – штаба ГОЧС больницы; - приведение в готовность медицинских формирований в установленные сроки, их использование в соответствии с предназначением и учетом обстановки;- приведение в готовность объектовых формирований общего назначения (спасательных, пожаротушения, радиационного и химического наблюдения и др.) предназначенных для защиты больных и персонала, ведения спасательных работ на территории больницы; определения порядка их использования; - выделение медицинского персонала и медицинского имущества в целях медико – санитарного обеспечения населения при его эвакуации из города и возможно опасных зон, в местах его расселения, а также при его размещении в защищенных сооружениях;- доукомплектование больницы медицинским, санитарно – хозяйственным, специальным имуществом, транспортом.;- приведение в готовность защитных сооружений (в том числе стационаров для нетранспортабельных больных); - эвакуация больницы из города (если она предусмотрена) и развертывание загородной зоне; -прием пораженных (больных) при возникновении ЧС, оказание квалифицированной медицинской помощи и лечение;- организация управления учета и отчетности.Больница руководствуясь заданием, планирует выполнение тех мероприятий из числа перечисленных, которые обеспечивают решение задач при возникновении Ч.С

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

***Лечебно – эвакуационное обеспечение*** – это комплекс организованных, медицинских, технических и других мероприятий по розыску пораженных, их сбору, вынесу (выводу) из очага поражения, оказанию соответствующего вида медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации в сочетании с их эвакуацией до места окончательного лечения

систему оказания медицинской помощи – систему этапного лечения с эвакуацией пораженных по назначению**.** Сущность этой системы состоит в своевременном, последовательном и приемственном оказании помощи в очаге поражения и на этапах медицинской эвакуации, в сочетании с транспортировкой пораженных до лечебного учреждения, где обеспечивается исчерпывающая медицинская помощь и полноценное лечение.В зависимости от задач в процессе медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации различают два вида медицинской сортировки: внутри пунктовую и эвакуационно – транспортную.Медицинская сортировка ведется на основе определения диагноза поражения и его прогноза, поэтому всегда носят диагностический и прогностический характер. Для фиксирования результатов медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации применяются цветные фигурные сортировочные марки и делаются записи первичной медицинской карте.В основе сортировки сохраняется три основных сортировочных признака: опасность для окружающих; лечебный; эвакуационный.*Опасность для окружающих* определяет степень пораженных в санитарной обработке, изоляции. В зависимости от этого пораженных распределяют на группы.

- нуждающихся в специальной (санитарной) обработке (частичной или полной);- подлежащих временной изоляции (в инфекционном или психоневрологическом изоляторе);

- не нуждающихся в специальной обработке.

*Лечебный признак* - по степени нуждаемости в медицинской помощи выделяет пораженных:- нуждающихся в неотложной медицинской помощи;- не нуждающихся в медицинской помощи (помощь может быть отсрочена);- пораженный с травмой, не совместимой с жизнью, нуждающийся в симптоматической помощи, облегчающей страдание.

Эвакуационный признак – необходимость очередной эвакуации, вид транспорта и положенного пораженного на транспорте. Исходя из этого признака, пораженных распределяют по группам:- подлежащих эвакуации за пределы очага в другие территориальные лечебные учреждения с учетом эвакуационного предназначения, очередность эвакуации, способа эвакуации (лежа, сидя), вид транспорта;

- подлежащих госпитализации в данном лечебном учреждении (по тяжести состояния, не транспортабельности) временно или до окончательного исхода;

- подлежащих возвращению по месту жительства или кратковременной задержке на медицинском этапе для медицинского наблюдения.

Все больные, находящиеся на лечении в данном лечебном учреждении, по эвакуационному предназначению распределяется **на 3 основные группы:** - больные, не нуждающиеся в дальнейшем продолжении стационарного лечения и подлежащие выписке (около 50%); они после выписки самостоятельно следуют до места жительства.- транспортабельные больные, которые по состоянию здоровья не могут быть выписаны из больницы, эвакуируются вместе с эти учреждением (около 45%).- нетранспортабельные больные, которые не способны без ущерба для здоровья перенести эвакуацию (около 5%). Эта группа больных должна быть оставлена в городе и укрыта в специально оборудованном убежище лечебного учреждения (лечебном стационаре для нетранспортабельных больных).

Особенности организации оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях.

Оказание медицинской помощи детям должно осуществляться с учетом *анатомо-физиологических особенностей детского организма.*У детей относительно более широкие артерии (отношение их просвета к просвету вен почти вдвое больше чем у взрослых), в результате чего кровопотеря происходит быстрее, а дети тяжело переносят даже незначительную кровопотерю. Так, у новорожденного ребенка потеря 50 мл крови приравнивается к потере крови у взрослого до 600 – 1000 мл. АД отличается от такого же у взрослых. В возрасте до 1 года оно равно 90/55, три года – 100/60, в 10 лет 105/70 мм рт. ст. Характерно для детского организма – способность длительно поддерживать нормальный уровень артериального давления в условиях выраженной гиповолемии, достигающей 35 – 40% дефицита циркулирующей крови. Срыв компенсорных механизмов проявляется резким (под час необратимой) снижением сердечно – сосудистой деятельности. Органы дыхания у детей отличаются ранимостью ткани, относительной узостью воздухоносных путей, слизистая оболочка которых богата лимфатическими и кровеносными сосудами. В связи с этим быстро возникающий отек слизистой приводит к нарушению проходимости дыхательных путей.Костная система у детей отличается высокой эластичностью и гибкостью, что связано с меньшим количеством минеральных солей в костях и хорошо развитой надкостницей. Эта анатомическая особенность, с одной стороны, снижает частоту переломов костей у детей, а с другой, приводит к типичным для детского возраста повреждениям скелета (надлома, перелома по типу «зеленной ветки», надкостные переломы и др.)При организации первой медицинской помощи необходимо учитывать, что у детей исключается элемент само- и взаимопомощи, поэтому особое внимание должно быть обращено на своевременность высвобождения пораженных детей из под обломков зданий, разрушенных укрытий, тушения горящей (тлеющей) одежды и устранения других поражающих факторов. При воздействии одинаковой степени тяжести поражающего фактора дети имеют преимущество перед взрослыми при получении медицинской помощи как в очаге поражения, так за его пределами.Для временной остановки наружного кровотечения из отделов конечностей в большинстве случаев, учитывая слабое развитие мускулатуры детям до 3 лет на поврежденную конечность достаточно положить давящую повязку без применения кровоостанавливающего жгута.При проведении детям закрытого массажа сердца необходимо рассчитывать силу нажатий на нижний отдел грудины, что б не вызвать дополнительную травму грудной клетке у пораженного, а так же частоту нажатий.В местах погрузки пораженных на транспорт используется все возможности для укрытия детей от неблагоприятных климатических и погодных условий. Транспортировка детей из очага осуществляется в первую очередь.Детей до 5 лет выносят из очага на руках, доставляя их к месту оказания первой врачебной помощи.Первая медицинская помощь пораженным детям, как и взрослым оказывается по неотложным (жизненным) показаниям: борьба с асфиксией кровотечением, шоком. При эвакуации пораженных детей, по возможности, используются щадящие виды транспорта в сопровождении медицинского персонала. Квалифицированную и специализированную медицинскую помощь детям пострадавшим в Ч.С., следует оказывают в детских лечебно профилактических учреждениях, в детских отделениях больниц. При отсутствии такой возможности в лечебных учреждениях для взрослого населения профилируются для детей до 20% коечной емкости.

**МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ТЕХНОГЕННОГО (АНТРОПОГЕННОГО) ХАРАКТЕРА**

Ликвидация медико-санитарных последствий ЧС включает комплекс проводимых лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по устранению непосредственной опасности для жизни и здоровья людей, созданию благоприятных условий для успешного их последующего лечения и реабилитации, а также по восстановлению жизнеобеспечения населения. Выполнение этих мероприятий является приоритетной задачей медицины катастроф.

Классификация антопогенных катастроф:

Транспортные – авиа, космические, железнодорожные, автодорожные, речного и морского транспорта.Производственные–механические,химические,радиационные,бактериологические.Специфические – эпидемии, войныСоциальные – голод, терроризм, общественные беспорядки, алкоголизм, наркомания, токсикомания.

*Организация медицинской помощи при термических поражениях в чрезвычайных ситуациях*

Термический ожог - это повреждение живых тканей, вызванное действием тепловых агентов. При этом, прежде всего, страдает кожный покров, реже - слизистые и подлежащие ткани. В мирное время наиболее часты (80-90%) термические ожоги, возникающие от действия пламени, горячей воды, пара, нагретых газов, раска­ленного или расплавленного металла, шлака или битума. В зави­симости от способа воздействия агента поражения могут быть дистанционными или контактными. Глубина термического ожога зависит от температуры, продолжительности действия, физических характеристик поражающего агента, а также толщины кожи на разных участках тела и состояния одежды. При перегревании тканей наступают необратимые изменения (коагуляция) белков, инактивируются клеточные ферменты, нарушаются обменные процессы. От массы тканей, подвергшихся некрозу, зависит тече­ние местного раневого процесса и тяжесть общих нарушений. Поражающее действие температурного агента начинается с мо­мента его соприкосновения с покровами тела и продолжается до завершения химических реакций в тканях, в результате чего нас­тупает их омертвение. Тяжесть травмы в значительной мере за­висит от степени агрессивности и времени воздействия агента.

В такой ситуации первостепенное значение приобретают вопросы организации неотложной меди­цинской помощи обожженным. Неотложную медицинскую помощь обожженным в ЧС схематически можно представить следующим образом: *первая медицинская и доврачебная помощь на месте получения травмы; первая врачебная помощь перед эвакуа­цией и в процессе транспортировки; квалифицированная ме­дицинская помощь в условиях неспециализированного стацио­нара; специализированная медицинская помощь в ожоговых отделениях и центрах.*За основу концепции принята доктрина этапности оказываемой медицинской помощи. В нашей стране создана четырехэтапная система оказания медицинской помощи обожженным:I этап - на месте происшествия;II этап - в хирургическом отделении общего профиля;

III этап - в ожоговом отделении многопрофильного лечебно-профилакти-ческого учреждения;IV этап - в ожоговом центре.Первостепенное значение в лечебно-эвакуационном обеспечении тяжелообожженных имеет прогностическая медицинская сорти­ровка, позволяющая правильно определить дальнейшую тактику лечения. При сортировке обожженных большое значение при­дается использованию шкал оценки поражения, которые бази­руются на критериях, позволяющих достаточно быстро оценить состояние, а также определить возможный исход.Строгое соблюдениеправила, согласно которому транспорти­ровка обожженных должна осуществляться до ближайшей боль­ницы, где необходимо провести весь комплекс противошоковой и ифузионной терапии, вплоть до выведения пораженного из шока, значительно улучшает прогноз, а иногда и спасает жизнь обож­женному.*Транспортировка обожженных в первые 72 ч после получения травмы из одного медицинского учреждения в другое противо­показана и**недопустим****а*** *из-за опасности отягощения ожогового шока и трудностей по осуществлению во время эвакуации необходимого объема реанимационной помощи.* может быть повышена использованием в период подготовки к эвакуации спе­циальных быстродействующих комплексов лекарственных препа­ратов, координирующих компенсаторные реакции и повышающих адаптивные резервы организма. К ним следует отнести такие препараты как мефексамид, даларгин, цитохром. В процессе транспортировки практическое применение должен найти комплекс препаратов АЭП (аэрон, этимизол, пирацетам).Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий химических аварий. Причинами ЧС химического характера могут быть: хлор, аммиак, серная кислота, соляная кислота, азотная кислота, окись углерода, сероводород, синильная кислота, сернистый ангидрит, формальдегид, метиловый спирт и др.

*По клиническим признакам интоксикации и механизму действия АОХВ различают***:**

-вещества преимущественно удушающего действия (хлор, фосген, хлорпикрин, хлорид серы, фтор и его соединения и др.);-вещества преимущественно общеядовитогодействия (оксид углерода, цианиды, анилин, гидразин и др.);-вещества обладающие удушающим и общеядовитым действием (сероводород, диоксид серы, азотная кислота и др.);-вещества нервно-паралитическогодействия (фосфор органические соединения);-вещества обладающие удушающим и нейротропным действием (аммиак);

-метаболические яды (диоксин, сероуглерод и др.); Для оценки химической обстановки для СМК необходимо иметь следующие сведения: -время пребывания в загрязненной зоне, -вид средств индивидуальной защиты и степень их использования, -способы дегазации и степень ее эффективности,

-проведенные первоочередные лечебные мероприятия. После оценки обстановки решается вопрос о необходимости эвакуации населения.

Основным принципом организации медицинской помощи при массовом поражении АОХВ является лечебно-эвакуационное обеспечение пораженных по системе: очаг поражения - лечебное учреждение.

При ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, связанных с химическими авариями, используются все находящиеся в зоне ЧС лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические, противоэпидемические и аптечные учреждения независимо от их ведомственной принадлежности.

Первая медицинская помощь пораженным АОХВ имеет исключительно важное значение и оказывается по возможности в самое короткое время и в порядке само – и взаимопомощи, а также личным составом спасательных формирований, персоналом санитарных дружин и медицинских формирований, вводимых в очаг. В близи границы загрязнения в незагрязненном районе организуется место сбора пораженных, где силами врачебно-сестринских бригад, бригад скорой медицинской помощи, бригад доврачебной помощи и других формирований оказывается медицинская помощь.В ЧС с выбросом в окружающую среду АОХВ в порядке первой медицинской помощи осуществляются -защита органов дыхания, зрения и кожи от непосредственного воздействия на них АОХВ путем применения средств индивидуальной защиты, ватно-марлевых повязок, укрывания лица влажной марлей, платком, полотенцем и т.д-введение антидота; -скорейший вынос пораженного из зоны загрязнения; -при попадании АОХВ в желудок - обильное питье с целью промывания желудка беззондовым способом, прием молока, адсорбентов; -частичная санитарная обработка открытых частей тела (обмывание проточной водой с мылом, 2% р-ром пищевой соды); -частичная специальная обработка одежды, обуви, средств защиты и т.п.;

**Медико-санитарное обеспечение при чрезвычайных ситуациях транспортного, дорожно-транспортного характера.**

Транспортный травматизм стал серьезной социальной и медицинской проблемой для большинства развитых стран современного мира. Миллионы раненых и погибших, высокий процент инвалидности, астрономические показатели материальных потерь - все это является причиной особой озабоченности мирового сообщества. По железным дорогам перевозятся миллионы тонн различных химически опасных, взрывоопасных и легковоспламеняющихся грузов, контейнеры с радиоактивными веществами. При нарушении необходимых требований эксплуатации и обслуживания железнодорожного транспорта возможны ЧС со значительными человеческими жертвами, огромным материальным и экологическим ущербом. Особенно механические травмы при столкновении и сходах подвижного состава являются преимущественно ушибленные раны, повреждения конечностей и закрытые черепно-мозговые травмы (до 50%). Эти особенности железнодорожных травм наиболее часто приходятся при крупномасштабных катастрофах. При оказании медицинской помощи пораженным в железнодорожных катастрофах необходимо учитывать, особенности очага поражения. Врачебно-санитарная служба на железных дорогах разработала классификацию ЧС по медицинским и экологическим последствиям. Согласно этой классификации они подразделяются по виду подвижного состава на катастрофы с пассажирским, с грузовым, и одновременно с пассажирским и грузовым поездами. По техническим последствиям они классифицируются на крушения, аварии, особые случаи брака в работе. По характеру поражений людей при ЧС на железной дороге катастрофы делят на: с механическими, ожоговыми травмами, с отравлениями, радиационными поражениями, загрязнением окружающей среды, а также с комбинированными поражениями и загрязнением окружающей среды. В большинстве случаев ЧС происходят ночью или рано утром, то есть в то время, когда отмечается наивысшая степень утомления машинистов на фоне монотонности их деятельности, на длинных перегонах, где скорости движения поездов достигают своего максимума. Авиационные происшествияХарактеристика ЧС взрыво- и пожароопасного характера зависит от ее вида и масштаба, особенностей предприятия и обстоятельства, при которых она произошла. Как правило, наиболее опасными последствиями крупных аварий являются взрывы и пожары, в результате которых разрушаются или повреждаются производственные или жилые здания, техника и оборудование, гибнут и получают различные поражения люди. Объекты, на которых производятся, хранятся, транспортируются взрывоопасные продукты, называются взрыво- и пожароопасными объектами. К ним относятся также железнодорожный и трубопроводный транспорт.Принципы оказания медицинской помощи пораженным на месте любой катастрофы и во время их транспортировки едины. В период изоляции, когда пострадавшие в зоне ЧС предоставлены сами себе, основной принцип их поведения – оказание само- и взаимопомощи. Продолжительность периода изоляции определяется сроками прибытия спасательных и медицинских сил извне и может составлять от нескольких минут до нескольких часов. Основная роль в организации помощи в зоне катастрофы принадлежит местным органам власти и ближайшим ЛПУ, фельдшерско-акушерским пунктам, которые осуществляют доврачебную, первую врачебную и, по возможности, остальные виды медицинской помощи Для этого создается система быстрого реагирования при ДТП, спасения пострадавших и оказания им высокопрофессиональной экстренной медицинской помощи на месте происшествия и в стационаре. В частности, в Алтайском крае для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на основных магистралях созданы специальные бригады скорой помощи, осначенные скоротным автотранспортом. Подготовленная бригада, способная оказать большой обьем врачебной помощи при достаточно оснащенном автомобиле, и это позволяет исключить использование для медицинской эвакуации такой дорогостоющей техники как верталет.

**Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах и локальных вооруженных конфликтах**

Исходя из существующей системы медико-санитарного обеспечения в ЧС, оказание медицинской помощи населению при террористических актах организуется следующим образом.

На местном и территориальном уровнях в зону террористического акта первоначально направляются дежурные бригады ближайших станций (отделений) скорой медицинской помощи. При недостаточном их количестве привлекаются дежурные бригады скорой медицинской помощи соседних станций (отделений). При необходимости задействуются резервные бригады скорой медицинской помощи, оперативные бригады центра и другие формирования службы медицины катастроф.

Для оказания помощи населению с психическими и психосоматическими расстройствами в зону террористического акта направляются бригады психиатрического профиля. Вместе с органом оперативного управления в зону террористического акта для организации работы медицинских сил убывает оперативная группа террористического центра медицины катастроф.После оказания первой медицинской и доврачебной помощи пораженные срочно эвакуируются в ближайшие лечебные учреждения, где им оказывается первая врачебная, квалифицированная, а по возможности – и специализированная мед. помощь.Пораженные с наиболее тяжелыми сложными ранениями (заболеваниями), в транспортабельном состоянии, могут эвакуироваться, главным образом авиационным транспортом, в федеральные клиники и больницы. На федеральном уровне при ВЦМК находятся в постоянной готовности к убытию в зону террористического акта полевой многопрофильный госпиталь, БСМП и консультанты. Кроме того, ВЦМК организует создание резерва госпитальных коек различного профиля в клиниках и больницах федерального уровня, а также содержит резерв медикаментов и медицинского имущества, которое при необходимости используется для усиления здравоохранения субъекта РФ, где совершен террористический актЛокальный вооруженныйконфликт - военные акции и другие вооруженные столкновения незначительного масштаба на ограниченной территории.

**МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА (СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ)**

Природные катастрофы (стихийные бедствия) – это катастрофические ситуации, возникающие в результате действия природных сил, приводящие,Всемирная организация здравоохранения предлагает следующую классификацию природных катастроф (стихийных бедствий) по их происхождению:

-метеорологические – бури (ураганы, смерчи, цыклоны, бураны), морозы, необычайная жара, засухи;

-теллурические и тектонические – извержения вулканов, землетрясения;

топологические – наводнения, сели, оползни, снежные обвалы;-космические – метеориты, прочие космические катастрофы

Землетрясение В организации лечебно – эвакуационных мероприятиях при ликвидации медико – санитарных последствий большинство разрушительных землетрясений в нашей стране применяется система этапного лечения с эвакуацией пораженных по назначению в специализированные (профилированный) лечебные учреждения, способные обеспечить пострадавшим исчерпывающую медицинскую помощь и лечение.Первая медицинская помощь пораженным в очаге землетрясения оказывается в рамках само- и взаимопомощи, а также личным составом спасательных формирований.

Лечебно - эвакуационные мероприятия организуются и выполняются силами и средствами объектовых, местных и территориальных уровней ВСМК.Для оказания пораженным при землетрясении первой врачебной, квалифицированной и специализированной врачебной помощи используются все врачебно – профилактические учреждения, находящиеся на административной территории, на которой возникло землетрясениеФормирования службы медицины катастроф территориального или ведомственного здравоохранения развертываются в зоне землетрясения и они оказывают пораженным первую врачебную и выполняют некоторые мероприятия квалифицированной медицинской помощи. При планировании и выполнении лечебно-эвакуационных мероприятий при ликвидации медико-санитарных последствий землетрясений интенсивностью 5 или 6 баллов следует учитывать следующие положения:-большинство жителей данного населенного пункта от землетрясения не пострадает и сможет принимать участие в спасательных работах;-при землетрясении в 5 баллов немногочисленные пострадавшие, как правило, не будут нуждаться в трудоемких мероприятиях первой врачебной, квалифицированной медицинской помощи и в госпитализации -при землетрясении 6 баллов за медицинской помощью могут обратиться примерно 1,5% жителей населенного пункта. При 6-бальном землетрясении может возникнуть необходимость в организации и выполнении ряда дополнительных лечебно- эвакуационных мероприятий за счет сил средств службы медицины катастроф территориального уровня, а именно:-оказание части пострадавшим первой медицинской помощи на месте поражения и их эвакуация в ближайшие медицинские учреждения; -оказание пораженным (в соответствии с обстановкой) первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи;

-развертывание дополнительных госпитальных коек соответствующего профиля в имеющихся стационарных учреждениях; -организация управления эвакуацией пораженных от мест поражения до стационарных лечебных учрежденийПри 7-бальном землетрясении могут обращаться, по сравнению с землетрясением в 6 баллов, в 4-7 раз больше, а при 8-бальном в 9-10 раз больше пораженны При землетресени в 7-8 баллов от 13 до 23 % людей может находиться под завалами. В этой связи возникает необходимость в одномоментном оказании медицинской помощи большому числу пораженных. Для решения этой задачи будет необходимо привлечь к выполнению лечебно-эвакуационных мероприятий значительных сил и средств территориального, а иногда и федерального уровня.

Принципы оказания медицинской помощи при наводнении, при попадании людей под снежные лавины**.**

Медицинская помощь населению, пострадавшему при катастрофическом наводнении, организуется, как на затопляемой, так и на прилегающей к ней территории. Она включает в себя проведении мероприятий по извлечению пострадавших из воды, их доставку на специальное плавающее средство или на берег, проведения комплекса противошоковых и реанимационных мероприятий (искусственная вентиляция легких, массаж сердца и т.д.)На берегу организуются временные пункты сбора пораженных и временные медицинские пункты. Основным содержанием работы временных медицинских пунктов в этих условиях будет выведение пораженных из угрожающего жизни состоянии, проведение простейших реанимационных мероприятий. Очевидно, что персонал временных медицинских пунктов должен быть обучен методам реанимации и интенсивной терапии.Среди лиц, пострадавших от наводнения, подавляющее большинство будут составлять пораженные терапевтические профиля, поскольку наиболее частым последствием пребывания людей на воде (особенно в холодное время года) является развитие пневмонии.Лесные пожары

Медико - санитарное обеспечение в ЧС природного характера

• прекратить действие поражающего фактора (пламя, газ, вода, электрический ток, сдавливание обломками зданий и т.д.); • придать пораженному горизонтальное положение, по возможности не перемещая его до иммобилизации; • убедиться в сохранении дыхания, пульса на сонных артериях. Если имеются признаки клинической смерти, то следует немедленно начать реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких, закрытый массаж сердца и т.д.); • при наличии судорог необходимо вложить между зубами прокладку; • при наличии травмы следует остановить кровотечение и обеспечить иммобилизацию; • защитить пораженного от перегревания или переохлаждения; •если, несмотря на принятые меры, пораженный находится в бессознательном состоянии, то следует внимательно его осмотреть, установить повреждения, выполнить необходимые лечебные процедуры; •перед эвакуацией пораженного на транспортном средстве необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей и транспортную иммобилизацию.

**ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Принципы организации санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий по предупреждению ЧС:**-**Построение системы в соответствии с РСМК;-Государств характер и постоянная готовность службы;-Единый подход к организации санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий;-Дифференцированный подход к организации деятельности службы;-Соответствие содержание и объема мероприятий цели и задачам конкретной ситуации;-Участие всех служб в организации ликвидации ЧС;-Создание в территориальных центрах необходимых отделов, секторов, групп или специалистов по контролю и координации действий в ЧС-Организация взаимодействия с др. службами и органами власти;Общие приоритетные задачи санитарно-противоэпидемиологической службы при ЧС:-Оценка воды;-Безопасность продуктов питания;-Уничтожение отходов;-Контроль за грызунами;-Разведка;-Санитарная очистка очагов ЧС;-Санитарно- просветительская работа для предотвращения паники;-Связь с другими службами и организациями;

**МЕДИЦИНСКОЕ СНАБЖЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЙ И УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Медицинское снабжение- это система научных знаний и практических действий, обеспечивающих своевременное и полное обеспечение потребности СМК в мед. имуществе.Медицинское имущество, его классификация и характеристика Для обеспечения выполнения мероприятий по планированию, нормированию снабжения, хранению, транспортированию, учёту мед имущество классифицируется: по предназначению,учётным, товароведческим и фармакологическим признакам,физико-химическим свойствам, по устойчивости к внешним воздействиям,конструктивным особенностям и др. признакам.

По функциональному предназначению изделия делятся на:- инструменты, - приборы, - аппараты- оборудование.По учетным принципам: -Инвентарное МИ.-Расходное МИ.Инвентарное МИ классифицируется по категориям годности1-я категория – новое, не бывшее в эксплуатации,

2-я категория – бывшее или находящееся в эксплуатации, годное к использованию по предназначению и подлежащее текущему ремонту,3-я категория – подлежащее среднему ремонту,4-я категория – подлежащее капитальному ремонту,5-я категория – непригодное к использованию, а ремонт нецелесообразен или невозможен, подлежит списанию.Для инвентарного имущества устанавливаются сроки периодического технического обслуживания, до среднего и капитального ремонта, а также срок эксплуатации.В военное время различают 3 категории годности:-- 1 годное;-- 2 подлежащее ремонту; 3 негодное

Расходное МИ – имущество, расходуемое полностью или приходящее в негодное состояние при применении или кратковременном использовании. Для него устанавливаются основные и дополнительные сроки годности.МИ, предусмотренное штатами и табелями к ним, называется табельным. Все имущество, предназначенное для формирований и учреждений МС ГО, принято делить на: медицинское, санитарно-хозяйственное испециальное.К медицинскому имуществу относятся: медикаменты, кровь и кровеза­менители, биологические препараты, медицинские аппараты и приборы, пе­ревязочные материалы, дезинфицирующие средства и дезинфекционная аппаратура, хирургические инструменты, оборудование специализирован­ных отделений, лабораторное и аптечное имущество.

К санитарно-хозяйственному имуществу относятся: нательное и постельное белье, хозяйственная и больничная мебель, производственное и кухонное оборудование, инвентарь, столовая и чайная посуда, одежда, обувь и др.К специальному имуществу относятся: средства индивидуальной защи­ты органов дыхания и кожных покровов, дозиметрическая аппаратура, при­боры химической, бактериологической разведки и питание к ним, техничес­кие средства связи и оповещения, медицинские средства индивидуальной защиты, электроосветительные средства, съемное оборудование для транс­портных средств, типовое санитарное оборудование - ТСО, универсальное санитарное приспособление для грузовых автомобилей - УСП-Г и др.Основными принципами мед. снабжения являются:

Организация мед снабжения должна соответствовать задачам и структуре СМКЗапасы мед имущества должны обеспечить высокую готовность СМК.Основными задачами мед. снабжения СМК являются:

-прогнозирование потребности в мед. имуществе в ЧС-создание, содержание и целенаправленное использование резерва мед имущества при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС-организация бесперебойного обеспечения мед имуществом формирований и учреждений СМК и населения в ЧС

Снабжение мед имуществом СМК организуют Органы мед снабжения.К ним относятся: отделы мед снабжения Центров медицины катастроф, аптеки и склады. На них возлагаются следующие задачи:-определение потребности в мед имуществе, его заготовки учёт и хранение -содержание запасов и резервов мед имущества готовых к использованию- организация снабжения мед имуществом в режиме повседневной деятельности Заготовка мед имущества для нужд СМК осуществляется централизованно и децентрализовано.Централизованно приобретается мед имущество через муниципальные и федеральные органы управления фармацевтической деятельности. Децентрализовано - на предприятиях и в организациях снабжения различных форм собственности

**Организация мед снабжения в режиме ЧС:**

При ликвидации медико- санитарных последствий ЧС перед службой МК стоит задача в сложных условиях планомерно и в полном объёме обеспечить мед имуществом работу всех учреждений и формирований. С этой целью проводятся следующие мероприятия: -уточнение в потребности в мед имуществе для укомплектования формирований и учреждений СМК, -изьятие (разбронирование) мед имущества из резерва для использования в зоне ЧС,-предоставление заявок в соответствующие органы исполнительной власти на дополнительное мед. имущество недостающее для полной ликвидации последствий ЧС, контроль за его поступлением, -учёт мед имущества направленного и поступившего в зону ЧСПри автономной работе лечебного учреждения (госпиталя) в зоне ЧС обеспечение его лекарственными средствами осуществляют штатные аптеки. Учет медицинского имущества ведется в целях своевремен­ной информации соответствующих должностных лиц и органов управления медицинской службы достоверными сведениями о его наличии, движении и качественном его состоянии, необходи­мыми для планирования и организации медицинского снабже­ния войск, контроля за правильностью расходования и исполь­зования имущества, подготовки исходных данных для состав­ления отчетных документов, предусмотренных табелями срочных донесений. Учет медицинского имущества, как в мирное, так и в воен­ное время ведется в соответствии с существующими правилами и рекомендациями Особенности учета особо ядовитых, ядовитых и наркотиче­ских лекарственных средств, а также имущества неприкосно­венного запаса и учета 2-й группы определяются специальными инструкциями и директивами.По медицинскому имуществу ведется оперативный учет (на основании донесений и отчетов) и учет по первичным учетным документам (документальный). Оперативный учет является ос­новным видом учета для органов управления медицинской службы. В воинских частях, на кораблях и на медицинских складах учет ведется только по первичным учетным докумен­там. При переходе учреждений (формирований) службы медицины катастроф на работу в режиме повышенной готовности уточняется укомплектованность резервов медицинским имуществом В режиме повышенной готовности прогнозируется потреб­ность в медицинском имуществе и уточняется наличие жизнен­но важных лекарственных средств в лечебно-профилактических и аптечных учреждениях в зоне возможной чрезвычайной ситу­ации и прилегающих к ней территориях или регионе.Устанав­ливается потребность в транспортных средствах для доставки медицинского имущества и рабочей силы для выполнения погру­зочно-разгрузочных работ. В зависимости от характера и масштаба чрезвычайной ситуации уточняется количество медицинского имущества, под­лежащего вывозу в район катастрофы.

Для первого рейса подготавливается имущество, необходимое для начала работы по оказанию медицинской помощи. Осуществляется доукомплектование недостаю­щим и дополнительно необходимым медицинским имуществом, в том числе пополнение комплектов. Медицинское имущество выдается медицинским формиро­ваниям по накладным. Получение и проверка упакованного имущества - по маркировке на упаковке и упаковоч­ным листам. Медицинское имущество должно быть подготовлено таким образом, чтобы обеспечивалась его транспортабель­ность, полная сохранность при погрузочно-разгрузочных рабо­тах и в пути следования. До начала погрузки медицинского имущества руководитель работ обязан проинструктировать всех участников погрузочных работ о характере и свойствах груза, рекомендуемых приемах и правилах подъема, переноски, опускания и укладки груза, а также о мерах личной безопасности

**ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ**

Краткая история развития ВСМК.Принято считать, что медицина катастроф, как новое научно-практическое направление медицины и здравоохранения выделилась в 70-х годах ХХ столетия. В 1971г. Генеральной ассамблеей ООН организован Исполнительный комитет ВОЗ по оказании помощи при стихийных бедствиях. В его составе постоянно функционирует сектор здравоохранения в ЧС. И оперативная группа по стихийным и другим бедствиям. Постоянные комитеты по оказанию чрезвычайной помощи имеются во всех региональных бюро ВОЗ. В 1975г. в Женеве организовано Международной общество медицины катастроф (МОМК) в которой были приняты около 30 государств. Общество предназначалось для координации и обеспечения усилий по научной разработке проблем медицины катастроф международного масштаб, научных исследований по направлениям: неотложной медицинской помощи пострадавшим и их лечению в условиях массовых поражения, разработки учебных программ по медицине катастроф. Важно отметить, что МОМК готовит и проводит все свои мероприятия совместно с Международной организацией гражданской обороны (МОГО), штаб квартира которой с 1968 г. находится в Женеве. В Сан-Марино организован научно-исследовательский центр по медицине катастроф*ВСМК* - отрасль медицины, представляющая собой систему научных знаний и сферу практической деятельности по спасению жизни и сохранению здоровья населения при авариях, катастрофах, стихийных бедствиях и эпидемиях, предупреждению и лечению пораженных при ЧС, сохранению и восстановлению здоровья участников ликвидации ЧС.*Основными задачами ВСМК являются*:организация и осуществление медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий ЧС в том числе в локальных вооруженных конфликтах и террористических актахсоздание, подготовка, обеспечение готовности и совершенствование органов управления, формирование органов управления, формирований и учреждений службы к действиям в ЧС создание и рациональное использование резервов медицинского имущества, финансовых и материально-технических ресурсов, обеспечение экстренных поставок лекарственных средств при ликвидации последствий ЧС;подготовка и повышение квалификации специалистов ВСМК, их аттестация; разработка методических основ обучения и участие населения и спасателей в подготовке к оказанию первой медицинской помощи в ЧС;научно-исследовательская работа и международное сотрудничество в области медицины катастроф.Кроме того, ВСМК принимает участие в выявлении источников ЧС, которые могут быть причинами неблагоприятных медико-санитарных последствий, и в организации постоянного медико-санитарного контроля за ними; проведение комплекса мероприятий по недопущению или уменьшению тяжести возможных ЧС; осуществлении государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий в ЧС; разработке и осуществлении условий для реализации гражданами своих прав и обязанностей в области защиты от ЧС.*ВСМК организованна на принятых в нашей стране принципах:-*Государственный и приоритетный характер.-Территориально-производственный принцип построения.-Централизация и децентрализация управления.-Плановый характер работы предусматривает заблаговременную подготовку сил и средств ВСМК, прогнозирование взаимодействия с другими службами, специальную подготовку и повышение квалификации личного состава службы.-Принцип универсализма предполагает создание формирований и учреждений готовых к работе в любых ЧС без существенной их реорганизации.-Принцип основного функционального предназначения сил и средств ВСМК означает, что формирование службы и приданные ей средства могут быть использованы для решения соответствующих задач и имеют определенное функциональное предназначение для оказания доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи.-Оказание помощи пострадавшим в ЧС организуется на основе системы этапного лечения пораженных и их эвакуации по назначению.-Принцип материальной заинтересованности и ответственности личного состава формирований и учреждений службы, задействованных для оказания медицинской пострадавшим от ЧС.-Мобильность, оперативность и постоянная готовность формирований и учреждений к работе в ЧС достигается наличием подвижных медицинских формирований, находящихся в постоянной готовности и способных работать автономно в экстремальных ситуациях. -Юридическая и социальная защищенность медицинских и других специалистов службы.*Штатные структурные формирования ВСМК организованы на* федеральном, региональном, территориальном, местном и объектовом уровнях

**Краевого центра медицины катастроф**

Основная цель деятельности КЦМК– сохранение жизни и здоровья максимальному числу пострадавших в ЧС, обеспечение доступности и качества скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи населению края Основные задачи КЦМК:Управление медицинскими силами и средствами края при ЧС.Поддержание постоянной готовности сил и средств Службы к действиям в ЧС.

Оказание экстренной квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Создание, хранение, рациональное использование резерва медикаментов и медицинского имущества для ликвидации медицинский последствий ЧС. Прогнозирование медико-санитарных последствий возможных ЧС.Планирование комплекса мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.Подготовка органов управления, медицинских сил и средств к работе в условиях ЧС.Организация взаимодействия со всеми участниками ликвидации последствий ЧС.Подготовка населения по вопросам оказания первой помощи пострадавшим. В КЦМК работают высококвалифицированные специалисты -3 доктора медицинских наук, 16 кандидатов медицинских наук, 90% врачей КЦМК имеют высшую и первую квалификационную категории.Личный состав КЦМК обучен и готов к действиям по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций природного, техногенного, биолого-социального и социального характера. Бригады КЦМК оснащены санитарным транспортом, портативным медицинским оборудованием, укладками для оказания экстренной и специализированной медицинской помощи, средствами связи – сотовая, пейджинговая, радиосвязь. Оперативно- диспетчерская служба КЦМК оснащена современными системами оповещения («Дозор») телефонной, факсимильной, электронной, сотовой, радиосвязью.

**штатными и не штатными Формирования службы медицины катастроф**

Штатными являются формирования, постоянно финансируемые за счет средств выделяемых службе медицины катастроф данного уровня. На базе медицинских образовательных, научно-исследовательских, лечебно-профилактических учреждений за счет их персонала на всех уровнях службы медицины катастроф создаются нештатные формирования (отряды, бригады, группы). На базе медицинских образовательных, научно-исследовательских, лечебно-профилактических учреждений за счет их персонала на всех уровнях службы медицины катастроф создаются нештатные формирования (отряды, бригады, группы).Бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) могут быть штатными или нештатными. Они являются мобильными формированиями службы медицины катастроф всех уровней и предназначены для специализации или усиления ЛПУ, участвующих в ликвидации последствий ЧС. Основными задачами БСМП являются: медицинская сортировка пораженных нуждающихся в специализированной помощи и лечение нетранспортабельных пораженных; подготовка пораженных к эвакуации в специализированные ЛПУ. Бригады формируются органами управления здравоохранения на базе республиканских, областных (краевых), городских многопрофильных и специализированных больниц, клиник медицинских Вузов, специализированных центров медицинского профиля и комплектуются из высококвалифицированных специалистов на добровольной основе.*К штатным формированиям службы* медицины катастроф предназначенном для оказания пораженным первой врачебной помощи относятся врачебные выездные бригады. Врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи создаются на базе станций, подстанций, отделениями скорой медицинской помощи. Основными задачами бригады являются: медицинская сортировка пораженных; оказание первой врачебной помощи в установленном объеме и эвакуация пораженных из очага ЧС**.** Состав бригады: руководитель – врач, 2 фельдшера (либо фельдшер и медицинская сестра - анестезистка), санитар и водитель – всего 4 чел. На оснащении бригада имеет специальные укладки. За 6 ч. работы в ЧС бригада может оказать помощь 50 пораженным.

Врачебно-сестринские бригадыявляются не штатными мобильными формированиями службы медицины катастроф, предназначенными для оказания первой врачебной помощи, организации и подготовки к эвакуации пораженных из очага. Они создаются на базе городских, районных, участковых больниц, а также поликлинических учреждений и здравпунктов. Состав бригады: врач, старшая медицинская сестра, 2 медицинских сестры, санитар, водитель-санитар – всего 6 чел. Укомплектование медицинским имуществом врачебно- сестренских бригад осуществляется учреждениями- формирователями согласно табелю. За 6 ч. работы бригада обеспечивает оказание врачебной помощи 50 пораженным.*Бригады до врачебной помощи* создаются и укомплектовываются согласно табелю, на базе городских, центральных, районных и участковых больниц, а также поликлинических учреждений и используются для работы в очагах ЧС. Состав бригады: руководитель – фельдшер (медицинская сестра), 1-2 медицинские сестры, водитель-санитар – всего 3-4 чел. За 6 ч. работы бригада может оказать помощь 50 пораженным.*Фельдшерские выездные бригады* скорой медицинской помощи создаются на базе станций (подстанций, отделений) скорой медицинской помощи. Состав бригады: 2 фельдшера (один из них руководитель), санитар и водитель-санитар – всего 4 чел. На оснащении бригада имеет укладку укомплектованную согласно табелю. За 6 ч. работы бригада может оказать помощь 50 пораженным.

В соответствии с положениями, принятыми РСЧС, ВСМК организует свою работу в соответствии с тремя режимами функционирования: повседневной деятельности, повышенной готовности и чрезвычайной ситуации.

**Задачи и организационная структура санитарно-эпидемической службы в условиях работы в ЧС.**

*Санитарно-эпидемиологические отряды* формируются центрами Госсанэпиднадзора в субъектах РФ, также за счет функционального объединения радиологической, санитарно-гигиенической и эпидемиологической бригад быстрого реагирования. Основными задачами СПЭБ являются:участие в организации и проведении комплекса экстренных противоэпидемиологических мероприятий участие в организации комплекса **п**рофилактических противоэпидемиологических мероприятий в зонах ЧС;участие в организации и проведении комплекса экстренных противоэпидемиологических мероприятий при активизации природных очагов инфекционных заболеваний;диагностика заболеваний неясной этиологии и индикация возбудителей инфекционных болезней бактериальной природы на объектах окружающей среды.

**зараженных территорий**, **инфицированных районов и эпидемических очагов.**

*Зараженная территория* – это местность, водоисточники, города, населенные пункты и отдельные объекты, подвергшиеся при катастрофах загрязнению биологическими агентами, химическими и другими веществами в количествах, представляющих опасность для людей и животных, находящихся на данной территории.*Инфицированный район* - резкое ухудшение сан-эпид. обстановки в районе ЧС с циркуляцией возбудителей инфекционных заболеваний, в т.ч. иногда общих для человека и животных,*Эпидемический очаг* **-** территория, на которой в определенных границах времени и пространства произошли заболевания людей инфекционными болезнями, возникшие за короткий срок и принявшие массовый характер с угрозой дальнейшего распространения инфекции в эпидемию.Эпидемический очаг районе ЧС имеет следующие характерные особенности: \* массовое заражение людей и формирование множественных очагов за счет активизации механизмов передачи возбудителей инфекции в районе ЧС; \* длительность действия эпид. очага (особенно природно-очаговых инфекций) за счет факторов заражающего действия невыясненных источников; \* сокращение инкубационного периода в результате постоянного контакта с невыясненными источниками инфекции, снижения резистентности и большой инфицирующей дозой возбудителей; \* отсутствие защиты населения и пораженных от контакта с заразными больными в связи с несвоевременной изоляцией инфекционных больных; \* наличие различных клинических форм инфекционных болезней и несвоевременность диагностики.несколько форм состояний:*БЛАГОПОЛУЧНОЕ СОСТОЯНИЕ:*1. наличие инфекционных заболеваний среди людей (за исключением заболеваний чумой, холерой, желтой лихорадкой или заболеваний, необычных для данной местности), не связанных друг с другом и появившихся на протяжении срока, превышающего инкубационный период данного заболевания;2. состояние эпизоотической (энзоотической) обстановки, которое не представляет опасности для населения и формирований спасателей;3.отсутствие условий для широкого распространения инфекционных заболеваний (удовлетворительное санитарное состояние территорий, объектов водоснабжения, коммунальная благоустроенность, качественное проведение всего комплекса противоэпидемических мероприятий;4. в соседних районах среди населения отсутствуют массовые инфекционные заболевания, а имеющиеся единичные заболевания не представляют в существующих условиях непосредственной опасности для населения.*НЕУСТОЙЧИВОЕ СОСТОЯНИЕ:*1. возникновение отдельных, не регистрировавшихся ранее инфекционных заболеваний, незначительное повышение спорадического уровня инфекционной заболеваемости или возникновение отдельных групповых заболеваний без тенденции к дальнейшему распространению при удовлетворительном санитарном состоянии территории, объектов питания и водоснабжения, коммунальной благоустроенности и качественном проведении всего комплекса мероприятий по противоэпидемическому обеспечению;2. отсутствие инфекционной заболеваемости, за исключением спорадической, при наличии эпизоотических (энзоотических) очагов зоонозных инфекций, могущих представлять угрозу для пострадавшего населения и подразделений спасателей и неудовлетворительном санитарном состоянии территории, объектов водоснабжения, коммунальной неблагоустроенности, низком качестве проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;3. наличие очагов инфекционных заболеваний без выраженного развития эпидемии;

4. расположение районов ЧС в непосредственной близости от очага опасных инфекционных заболеваний.

*НЕБЛАГОПОЛУЧНОЕ СОСТОЯНИЕ:*1. появление групповых опасных инфекционных заболеваний в зоне бедствия или на соседних территориях очагов чумы, холеры, желтой лихорадки, геморрагических лихорадок (Ласса, Марбург, Эбола) при наличии условий для их дальнейшего распространения (неудовлетворительное санитарное состояние территории, объектов водоснабжения, коммунальная неблагоустроенность и низкое качество проведения всего комплекса мероприятий по противоэпидемическому обеспечению);2. возникновение единичных заболеваний особо опасными инфекциями (чума, холера, лихорадки Ласса, Эбола и др.).*ЧРЕЗВЫЧАЙНОЕ СОСТОЯНИЕ:*1. нарастание числа опасных инфекционных заболеваний среди пострадавшего населения в короткий срок;2. групповые заболевания особо опасными инфекциями;3. активизация природных очагов чумы, туляремии и появление заболеваний ими среди людей.

*ТРИ ПЕРИОДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА:*

*1*-До ЧС (составление планов, обучение специалистов, взаимодействие с другими службами медицины катастров)**2**-Период ЧС (оценка обстановки, разведка, связь со штабом, орг-метод работа по локализации очага, предложения по работе ЛПУ, мероприятия по обеззараживанию территорий, противоэпид. мероприятий, экспертиза воды и продуктов, экстренная профилактика, выявление заболевших, захоронение животных, захоронение трупов, санпросвет работа среди населения, координация с другими службами);

**3**-Период после ЧС (сбор информации, анализ, проведение санитарных противоэпидемических мероприятий, санэпид. надзор, ликвидация последствий, организация помощи подчиненным, оценка качества противоэпид. мероприятий).

Экзаменационные вопросы по ГО

1. ГО, её организационная структура, роль и место в общей системе национальной безопасности России. Степени готовности ГО.

Гражданская оборона – это система общегосударственных оборонных мероприятий, осуществляемых в мирное и в военное время, в целях защиты населения, материальных ценностей, объектов народного хозяйства и сельскохозяйственного производства от ядерного, химического и бактериологического оружия, а также проведение спасательных и неотложных аварийно-восстановительных работ (СНАВР) в очагах массового поражения.

Перед ГО стоят задачи:

1. Обязательное всеобщее обучение населения способам защиты от оружия массового поражения;

2. Заблаговременная подготовка средств индивидуальной и коллективной защиты;

3. Повышение устойчивости работы объектов народного хозяйства в условиях военного времени;

4. Защита продовольствия, воды и фуража от РВ, ОВ и БС;

5. Своевременное оповещение населения об угрозе нападения противника;

6. Создание и подготовка сил ГО (формирований, команд, групп, звеньев и т. д.);

7. Организация и проведение СНАВР.

Выполнение всех поставленных перед ГО задач направлено на выполнение главной цели – защите населения страны и промышленного потенциала страны от оружия массового поражения.

Организована Гражданская оборона по территориально-производственному принципу. До начала 90-х годов ГО входила в структуру Министерства обороны, и ее начальником был заместитель министра обороны СССР. Сейчас ГО выведена из подчинения министерства обороны. Начальником ГО РФ является председатель правительства, на административных территориях (края, области, автономные республики) начальниками ГО являются главы администраций (губернаторы, председатели правительства автономных республик). В городах ГО возглавляют главы администраций городов (мэры), в городских и сельских районах – главы администраций района. Таким образом, каждый глава администраций любой территории подчиняется по ГО вышестоящему руководителю, Так осуществляется территориальный принцип.

Производственный принцип заключается в том, что любая организация (завод, ВУЗ, школа, фабрика, больница, фермерское хозяйство и т.д.) представляет собой объект гражданской обороны, и руководитель объекта несет ответственность за состояние гражданской обороны своего объекта. Подчиняется начальник ГО объекта непосредственному территориальному начальнику ГО. Таким образом, в военное время не придется перестраивать структуру управления – она остается неизменной. Это намного облегчит решение задач по ГО в военное время.

Оперативными органами управления в системе ГО являются штабы ГО. Они есть при каждом начальнике ГО, будь то территориальный начальник ГО или объектовый. В обязанности штаба ГО входит постоянная работа по созданию сил ГО, по совершенствованию оповещения населения, по разработке планов защитных мероприятий, по обучению населения мерам защиты от оружия массового поражения, по контролю за выполнением приказов и распоряжений вышестоящих штабов и начальников ГО. В военное время штабы ГО организуют защиту населения и проведение спасательных и неотложных аварийно-восстановительных работ в очагах массового поражения.

На базе различных министерств и ведомств, гражданская оборона создает следующие службы: Связи; Медицинскую; Охраны общественного порядка; Противопожарную; Энергетики; Транспортную; Инженерную; Коммунально-техническую; Продовольственного и вещевого снабжения; Материально-технического снабжения; Техническую; Противорадиационной и противохимической защиты Службу защиты сельскохозяйственных растений и сельскохозяйственных животных.В зависимости от местных условий могут быть созданы и другие службы. На объектах народного хозяйства создаются штабы ГО и службы, в зависимости от специфики объекта. Формирования ГО на объекте создаются по производному принципу (цехам, отделам, участкам) в каждой рабочей смене. В формирования гражданской обороны включают мужчин от 16 до 60 лет, женщин от 16 до 55 лет, как правило, невоеннообязанных.

Степени готовности гражданской обороны:

\*Повседневная готовность ГО;

\*Первоочередные мероприятия ГО первой группы;

\*Первоочередные мероприятия ГО второй группы;

\*Общая готовность ГО.

Для того чтобы ГО могла выполнить поставленные перед ней задачи в военное время, необходима систематическая подготовленная работа, проводимая в мирное время.

В этих целях проводится ряд мероприятий:

1. Строительство защитных сооружений;

2. Накопление средств индивидуальной защиты;

3. Планирование защитных мероприятий;

4. Создание запасов различного вида имущества, для оснащения сил ГО;

5. Создание формирований и поддержание их в высокой степени готовности и т. д.

Приведение ГО в готовность той или иной степени может осуществляться либо последовательно, либо, в зависимости от складывающейся обстановки, сразу в высшей степени готовности, с обязательным проведением мероприятий, предусмотренных предшествующими степенями готовности.

Для своевременного наращивания сил ГО и подготовки их к выполнению задач в особых случаях решением президента РФ часть органов управления ГО может приводиться в высшие степени готовности заблаговременно. При планомерном переводе системы ГО с мирного на военное положение, с получением распоряжения о проведении первоочередных мероприятий ГО первой группы, в формированиях ГО и на всех объектах объявляется сбор руководящего состава.

Начальник ГО (объекта или территориальные) доводят до подчиненных обстановку, ставят задачу работникам своего штаба, в штабах организуется круглосуточное дежурство, уточняются планы деятельности на дальнейшие периоды, приводятся в готовность к приему людей защитные сооружения, идет подготовка к выдаче средств индивидуальной защиты и другие мероприятия.

В период первоочередных мероприятий ГО второй группы, весь руководящий состав страны переводится на круглосуточную работу, приводится в готовность система связи, уточняются планы выезда на запасные загородные пункты управления (ЗЗПУ), объявляются места сбора личного состава формирований.

ЗЗПУ создаются заблаговременно, оборудуются вне зоны возможных разрушений категорированных городов и объектов особой важности, а так же вне зоны возможного катастрофического затопления.

Личный состав формирований ГО в этот период получает табельное имущество и приборы, ИСЗ, доукомплектовывает личный состав, организуется обучение личного состава, не прошедшего подготовку по ГО. Все защитные сооружения приводятся в готовность. Каждая служба ГО работает по своему плану.

При введении «общей готовности ГО» начинается эвакуация из крупных городов в загородную зону, и проводится большой объем работы по обеспечению этого мероприятия всеми службами ГО. Этот период вводится при непосредственной угрозе нападения противника.

2. Медицинская служба ГО. Задачи и организационно-штатная структура. Подготовка специалистов.

Медицинская служба гражданской обороны (МСГО) – это система органов управления, учреждений и формирований, предназначенных для организации и проведения всего комплекса мероприятий медицинского обеспечения, направленных на сохранение жизни и здоровья населения, а также своевременное оказание медицинской помощи пораженным и больным, их лечение, с целью возвращения к трудовой деятельности, снижения инвалидности и смертности в условиях военного времени.

На МСГО возлагаются основные задачи:

1.прогнозирование и оценка возможных медико-санитарных последствий применения противником современных средств поражения;

2.планирование, организация и проведение мероприятий по медицинскому обеспечению населения в военное время;

3.подготовка органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения к работе в условиях военного времени;

4.создание и подготовка сил и средств службы к выполнению задач при проведении мероприятий гражданской обороны;

5.организация снабжения учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом;

6.подготовка специалистов по вопросам медицинского обеспечения на селения в военное время;

7.участие в подготовке населения и личного состава гражданских организаций гражданской обороны (санитарных дружин) по вопросам оказания первой медицинской помощи пораженным;

8.медицинское обеспечение населения при проведении эвакуационных мероприятий;

9.организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

10.организация и проведение медицинских мероприятий по первоочередному жизнеобеспечению населения, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий;

11.медицинский контроль за захоронением трупов в очагах массовых потерь населения в военное время.

Основными принципами организации МС ГО являются:

1) МС ГО организуется на базе существующих органов и учреждений здравоохранения;

2) в МС ГО создаются формирования, способные работать в любом очаге поражения, что дает возможность осуществлять широкий маневр формированиями для работы в очагах без существенной перестройки (принцип универсализма подготовки);

3) каждое формирование и учреждение предназначается для выполнения определенного, свойственного им перечня мероприятий или функций в системе МС ГО

4)оказания медицинской помощи, лечения пораженных, проведения противоэпидемических мероприятий и т. п. (принцип функционального предназначения);

5) для оказания первой медицинской помощи пораженным и больным привлекается само население путем создания санитарных постов и санитарных дружин, и обучения всего населения приемам и способам оказания само- и взаимопомощи.

МС ГО создается по территориально-производственному принципу и имеет четыре уровня:

\*федеральный — включает силы и средства МС ГО на территории всей РФ;

\*территориальный — включает силы и средства МС ГО на территории субъекта РФ (области, края, республики в составе РФ);

\*местный — включает силы и средства МС ГО на территории города, городского или сельского района;

\*объектовый — представлен силами и средствами МС ГО организаций (объектов экономики).

На каждом уровне в состав медицинской службы гражданской обороны входят: руководство, органы управления,

учреждения, формирования (гражданские организации гражданской обороны).

Принципиальная схема организации МС ГО.

К руководству относятся начальники МСГО. Начальником медицинской службы гражданской обороны РФ является первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации.Начальниками МС ГО субъектов Российской Федерации, городов, городских районов являются соответствующие руководители органов управления здравоохранением субъектов, краев в составе Российской Федерации, городов, городских районов. Начальниками МС ГО сельских округов главные врачи Центральных районных больниц.

Органами управления МСГО являются штатные органы управления здравоохранением и штабы медицинской службы гражданской обороны субъектов РФ, городов, городских районов и сельских округов. Штабы МС ГО создаются при соответствующих начальниках МС ГО для оперативного руководства силами и средствами службы.

Состав штаба медицинской службы гражданской обороны определяется приказом соответствующего руководителя органа управления здравоохранением. Начальником штаба назначается заместитель руководителя органа управления здравоохранением. Заместителем начальника штаба МС ГО является начальник отдела, сектора органа управления здравоохранением. Членами штаба МС ГО являются: руководители структурных подразделений соответствующего органа управления здравоохранением главный государственный санитарный врач административной территории; главные медицинские специалисты: главный врач станции переливания крови; директор территориального центра медицины катастроф (на федеральном уровне директор Всероссийского центра медицины катастроф “Защита” является заместителем начальника штаба МС ГО); представители комитетов Российского общества Красного Креста; представители других государственных, общественных и частных организаций, привлекаемых к медицинскому обеспечению населения в военное время.

Штаб МС ГО субъекта Российской Федерации имеет городской и загородный пункты управления, а также дублера. Как правило, дублером является штаб МС ГО одного из сельских районов.

Для решения неотложных задач по организации управления силами и средствами службы в особый период заблаговременно создаются оперативные группы из числа сотрудников аппарата управления здравоохранением и центра медицины катастроф. Включение в состав штабов МС ГО руководителей и специалистов территориальных центров медицины катастроф позволяет еще на этапе планирования определить задачи и место органов управления, сил и средств службы медицины катастроф в системе медицинского обеспечения населения в военное время.

Организационное построение МС ГО находится в постоянном развитии с учетом изменения военной доктрины РФ и военных угроз безопасности нашего государства, экономического состояния России, военно-политической обстановки в стране и мире, совершенствования медицинской науки и практики, стратегии и тактики гражданской обороны и других факторов.

Формирования МСГО предназначаются для ведения медицинской и биологической разведки оказания медицинской помощи пораженным, проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, а также для ухода за пораженными и могут действовать в составе группировки сил ГО как самостоятельно (ОПМ, ИПГ, ППГ, СЭО и др.), так и в составе формирований ГО общего назначения или служб (СД).В зависимости от подчиненности формирования МС ГО подразделяются на объектовые и территориальные.

К объектовым медицинским формированиям относятся санитарные посты и санитарные дружины.

К территориальным формированиям относятся: медицинские отряды подвижные госпитали, бригады специализированной медицинской помощи, санитарно-эпидемиологические отряды, санитарно-эпидемиологические бригады, специализированные противоэпидемические бригады, группы эпидемиологической разведки.

Подготовка специалистов идёт на базе ведущих кафедр медицинских институтов, клиник институтов усовершенствования врачей, специализированных профильных отделений клинических городских, областных, краевых и республиканских больниц.

3. Медико-тактическая характеристика поражающих факторов современных видов оружия. Ядерное оружие.

Ядерным оружием называются боеприпасы (бомбы, снаряды, боевые головки ракет и др.), поражающее действие которых основано на использовании внутриядерной энергии, высвобождающейся при взрывных ядерных реакциях (деления, синтеза или того и другого одновременно). Оно является самым мощным из всех известных средств поражения. Для его доставки к целям используются ракеты, авиация и другие средства. Мощность ядерного взрыва измеряется тротиловым эквивалентом. Тротиловым эквивалентом называют массу обычного взрывчатого вещества (тротила), энергия взрыва которого равна энергии взрыва данного ядерного боеприпаса. Тротиловый эквивалент измеряется в тоннах, килотоннах (кт) и мегатоннах (Мт). По мощности ядерные боеприпасы условно подразделяют на сверхмалые (мощность взрыва до 1 кт), малые (мощность взрыва 15 кт), средние (мощность взрыва 15—100 кт), крупные (мощность взрыва 100 кт), сверхкрупные (мощность взрыва свыше 500 кт).

Ядерные взрывы могут быть произведены в воздухе, на поверхности земли (воды), под землей (водой).

К поражающим факторам ядерного взрыва относятся: ударная волна, световое излучение, ионизирующее излучение (проникающая радиация), радиоактивное заражение местности и электромагнитный импульс.

Ударная волна представляет собой область резкого сжатия воздуха, распространяющегося во все стороны от центра взрыва со сверхзвуковой скоростью. Источником возникновения ударной волны является высокое давление в центре взрыва. Основными параметрами, определяющими поражающее действие ударной волны, являются: избыточное давление и скоростной напор воздуха. Поражающее действие ударной волны определяется избыточным давлением, т. е. разностью между нормальным атмосферным давлением и максимальным давлением во фронте ударной волны. Оно измеряется в килопаскалях (кПа) или килограммах силы на 1 см в квадрате (кгс/см в квадрате). 1 кПа = 0,01 Кгс/см в квадрате. Ударная волна может действовать на людей непосредственно за счет избыточного давления, скоростного напора и косвенно-вторичными снарядами (разрушенные конструкции зданий и сооружений, летящие обломки). Воздействуя на людей, ударная волна вызывает травмы различной тяжести:

легкие поражения возникают при избыточном давлении 20—40 кПа. Они характеризуются контузией, ушибами, вывихами;

поражения средней тяжести возникают при избыточном давлении 40—60 кПа (контузии, повреждения органов слуха, кровотечения из ушей и носа, переломы и вывихи);

тяжелые поражения возникают при избыточном давлении 60—100 кПа (множественные травмы, переломы, ранения внутренних органов и др.);

крайне тяжелые поражения наблюдаются при избыточном давлении более 100 кПа. Такие поражения могут приводить к смертельному исходу.

Ударная волна, разрушая сооружения, способна проникать внутрь убежищ укрытий. Для защиты от нее убежища снабжают волногасительными устройствами. От воздействия ударной волны на значительном удалении от эпицентра взрыва используется и рельеф местности.

Световое излучение ядерного взрыва представляет собой поток лучистой энергии, включающей ультрафиолетовое, инфракрасное и видимое излучение. Действие светового излучения в зависимости от мощности ядерного взрыва может длиться несколько секунд. Наибольшим поражающим действием обладает инфракрасное излучение. Основным параметром, характеризующим световое излучение, является световой им пульс, т. е. количество световой энергии, падающей на 1 см в квадрате или 1 м в квадрате поверхности, расположенной перпендикулярно направлению распространения светового излучения за время свечения. Световой импульс измеряется в калориях на 1 см в квадрате (кал/см в квадрате) или килоджоулях на 1 м в квадрате. Величина светового импульса зависит от мощности и вида взрыва: Чем больше мощность взрыва, тем выше величина светового импульса. Имеет значение и вид взрыва. При наземном взрыве он выражен меньше, чем при воздушном. Величина светового импульса уменьшается пропорционально квадрату расстояния от центра взрыва. Радиус поражения световым импульсом приобретает максимальное значение при воздушном ядерном взрыве. Световое излучение действует на людей, вызывая ожоги открытых участков кожи и поражение глаз (первичное воздействие). Ожоги у людей возможны также пламенем пожаров, возникающих от воздействия светового излучения (вторичное воздействие). В зависимости от величины светового импульса различают четыре степени ожога: ожог 1 степени вызывает световой импульс величиной до 200 кдж/м , II степени — 200—400 кдж/м, III степени — 400—600 кдж/м, IУ степени — более 600 кДж/м. Поражение глаз световым излучением может проявляться временным ослеплением, ожогами глазного дна, роговицы и век. От воздействия светового излучения предохраняют защитные и другие сооружения, создающие тень.

Ионизирующее излучение (проникающая радиация) — поток гамма-лучей и нейтронов из зоны ядерного взрыва. За единицу измерения излучения (экспозиционной дозы) принят кулон на 1 кг (Кл/кг) в единицах СИ. В практике в качестве единицы экспозиционной дозы излучения часто пользуются внесистемной единицей рентген (Р). Поглощенная доза, т. е. доза ионизирующих излучений, поглощенная тканями организма, измеряется в радах (Рд) или Греях (Гр) в единицах СИ. 100 рад приблизительно равен 1 Гр. При облучении ионизирующим излучением возникает лучевая болезнь. Лучевая болезнь 1 (легкой) степени развивается при общей дозе однократного облучения 1—2 Гр (100—200 Рд). Скрытый период ее длительный, достигает 4 недели и более. Нерезко выражены симптомы периода разгара болезни. Лучевая болезнь 2 степени (средней тяжести) возникает при общей дозе облучения 2—4 Гр (200—400 Рд). Реакция на облучение обычно выражена н продолжается 1—2 сут. Скрытый период достигает 2-3 нед. Период выраженных клинических проявлений развивается нерезко. Восстановление нарушенных функций организма затягивается на 2 мес. Лучевая болезнь III (тяжелой) степени возникает при общей дозе облучения 4—6 Гр (400—600 Рд). Начальный период обычно характеризуется выраженной симптоматикой. Резко нарушена деятельность центральной нервной системы, рвота возникает повторно и иногда приобретает характер неукротимой. Скрытый период чаще все продолжается 7—10 дней. Течение заболевания в период разгара (длится 2—3 нед.) отличается значительной тяжестью. Резко нарушен гемопоэз. Выражен геморрагический синдром. Более отчетливо выявляются симптомы, свидетельствующие о поражении центральной нервной системы. В случае благоприятного исхода исчезновение симптомов болезни происходит постепенно, выздоровление весьма замедленно (3—5 мес.).Лучевая болезнь IV (крайне тяжелой) степени возникает при облучении 6 Гр (600 Р) и более. Она характеризуется ранним бурным появлением в первые минуты и часы тяжелой первичной реакции, сопровождающейся не укротимой рвотой, адинамией, коллапсом. Начальный период болезни без четкой границы переходит в период разгара, отличающийся чертами септического характера, быстрым угнетением кроветворения (аплазия костного мозга, панцитопения), ранним возникновением геморрагий и инфекционных осложнений (в первые дни).

При увеличении мощности ядерного боеприпаса значительно увеличиваются радиусы воздействия ударной волны и светового излучения, тогда как радиус действия ионизирующего излучения увеличивается незначительно.

От радиоактивного заражения надежно защищают убежища и противорадиационные укрытия. Ослабление ионизирующего излучения осуществляется различными материалами, используемыми в качестве защиты (бетон, грунт, дерево). Они характеризуются слоем половинного ослабления, т. е. слоем, который уменьшает интенсивность воздействия излучения на человека в 2 раза.

Радиоактивное заражение местности, воды и воздуха возникает в результате выпадения радиоактивных веществ из облака наземного ядерного взрыва. Основой их являются продукты деления ядер атомов, вступивших в реакцию, непрореагировавшая часть ядерного заряда, а также наведенная радиоактивность химических элементов оболочки боеприпасов и в грунте земли.

Степень заражения местности радиоактивными веществами характеризуется мощностью дозы ионизирующего излучения и измеряется в амперах на 1 кг (А/кг) в единицах СИ или в рентгенах в час (Р/ч). Мощность дозы показывает дозу облучения, которую может получить человек в единицу времени (час) на зараженной местности. Местность считается зараженной, если мощность дозы ионизирующего излучения составляет 0,5 Р/ч и более.

С течением времени мощность дозы ионизирующего излучения постепенно снижается и доходит до безопасных для человека значений. Поражающее действие радиоактивных веществ (РВ) на людей обусловлено двумя факторами: внешним воздействием гамма-излучения и бета-частицами (при попадании их на кожу или внутрь организма). Ведущим радиационным фактором поражения является внешнее гамма-облучение, приводящее к развитию острой формы лучевой болезни. При высокой плотности загрязнения кожи радиоактивными веществами могут возникать радиационные ожоги. Поражения людей могут возникать также в случае попадания РВ в желудочно-кишечный тракт с пищей и водой или в легкие с вдыхаемым загрязненным воздухом. При этом РВ, всасываясь в кровь, разносятся током крови по органам и тканям, Степень чувствительности различных тканей к облучению неодинакова. Если рассматривать ткани органов в порядке уменьшения их чувствительности к действию излучения, то получим следующую последовательность: лимфатическая ткань, лимфатические узлы, селезенка, вилочковая железа, костный мозг, половые клетки. В зависимости от этой чувствительности определяются критические органы или ткани. Критический орган или ткань—часть тела или все тело, облучение которого в данных условиях причиняет наибольший ущерб здоровью данного лица или его потомства. В зависимости от чувствительности к радиационному поражению критические органы разделяют на 3 группы. К первой группе относятся гонады и красный костный мозг; ко второй группе — щитовидная железа, печень, селезенка, почки, легкие, мышцы; к третьей группе — кожный покров, костная ткань.

Электромагнитный импульс обусловливает возникновение электрических и магнитных полей в результате воздействия гамма-излучения ядерного взрыва на атомы объектов окружающей среды и образования потока электронов и положительно заряженных ионов. Степень поражения электромагнитным импульсом зависит от мощности и вида взрыва. Наиболее выражены поражения от электромагнитного импульса при высотных (внеатмосферных) взрывах ядерных боеприпасов, когда площадь поражения может составлять тысячи квадратных километров. Воздействие электромагнитного импульса может привести к сгоранию чувствительных электронных и электрических элементов, имеющих большие антенны, повреждению полупроводниковых, вакуумных приборов, конденсаторов, а также к серьезным нарушениям работы цифровых и контрольных устройств. Таким образом, воздействие электромагнитного импульса может привести к нарушению работы аппаратов связи, электронно-вычислительной техники и т. п., что в условиях войны отрицательно скажется на работе штабов и других органов управления ГО. Электромагнитный им пульс не имеет выраженного поражающего действия на людей.

Очагом ядерного поражения (ОЯП) называется территория, в пределах которой в результате воздействия поражающих факторов ядерного взрыва произошли массовые поражения людей, сельскохозяйственных животных, разрушения или повреждения здании и сооружении. Внешней границей ОЯП считается условная линия на местности, где избыточное давление во фронте ударной волны составляет 10 кПа. Размеры очага зависят от мощности примененного боеприпаса, вида взрыва, характера настройки, рельефа местности и др. Условно ОЯП делят на четыре зоны: полных, сильных, средних и слабых раз рушений.

4. Медико-тактическая характеристика поражающих факторов современных видов оружия. Химическое и бактериологическое оружие.

Химическим оружием противника называют боевые средства, поражающее действие которых основано на использовании отравляющих веществ (ОВ). Для их применения используются химические ракеты, бомбы, снаряды, выливные авиационные приборы, генераторы аэрозолей, с помощью которых все эти вещества доставляются к цели и распыляются в атмосфере и на местности. ОВ и ядохимикаты могут вызывать поражения людей и животных, заражать местность, водоисточники, продовольствие и фураж, вызывать гибель растительности и сельскохозяйственных культур. Классификация ОВ проводится по различным признакам. В настоящее время приняты следующие виды классификаций ОВ.

1. По ведущему клиническому симптому поражения (клиническая, токсикологическая классификация ОВ) различают 6 групп ОВ: нервно-паралитического действия (зарин, зоман), кожно-нарывного действия (иприт, люизит), общеядовитого действия (синильная кислота, хлорциан), удушающего действия (фосген, дифосген), психогенного действия (Ви-газы), раздражающего действия (адамсит, хлорпикрин, хлор ацетофен).

2. По способности сохранять токсические свойства на местности и склонности к гидролизу (тактическая классификация) различают 2 группы ОВ: нестойкие (синильная кислота, хлорциан, фосген, дифосген), обладающие высокой летучестью и заражающие местность на весьма короткое время, и стойкие (иприт, зоман), медленно испаряющиеся на местности и заражающие на более длительные сроки (часы, дни, недели и даже месяцы).

3. По конечному эффекту поражения: ОВ смертельного действия (зарин, зоман, синильная кислота, иприт и др.); временно выводящие людей из нормального состояния (психогенные ОВ).

4. По времени действия: быстродействующие, действие которых проявляется через короткое время (Ух); замедленного действия (спустя часы и более). Типичными представителями таких ОВ являются азотистые и сернистые иприты, фосген, дифосген.

В результате применения химического оружия образуется зона химического заражения, в пределах которой возникает очаг химического поражения. Зона химического заражения ОВ включает территорию, подвергшуюся непосредственному воздействию химического оружия противника, и территорию, над которой распространилось облако, зараженное ОВ в поражающих концентрациях.

Очагом химического поражения (ОХП) называется территория, в пределах которой в результате воздействия химического оружия произошли массовые поражения людей, сельскохозяйственных животных и растений.

Размер и характер ОХП зависит не только от вида ОВ, но и способов боевого применения, метеорологических условий, рельефа местности, состояния растительного покрова и характера застройки населенных пунктов.

Основой организации первой медицинской помощи таким пораженным является быстрейшая их эвакуация из зоны заражения. Формирования должны работать в противогазах. Размеры потерь и их структура зависят от свойства ОВ и способа их применения. Особенно большие потери возможны в условиях массированного применения воздушным способом быстродействующих высокотоксичных ОВ. Важным фактором, определяющим людские потери, является уровень защиты от ОВ. Размеры и структура людских потерь зависит также от метеорологических условий.

Спасательные работы в очаге химического поражения включают химическую и медицинскую разведку, оказание первой медицинской помощи пораженным и их эвакуацию из очага, дегазацию дорог и проходов, транспорта, техники, одежды и обуви, санитарную обработку.

Бактериологическим (биологическим) оружием называются патогенные микроорганизмы и вырабатываемые ими токсины, а также средства их доставки, предназначенные для поражения людей, сельскохозяйственных животных и посевов. Особенностями этого вида оружия являются:

\*высокая потенциальная эффективность, т. е. способность поражать людей или животных ничтожно малыми дозами;

\*наличие скрытого (инкубационного) периода, специфического для каждого инфекционного заболевания;

\*контагиозность — способность инфекционных болезней передаваться от больного здоровому;

\*продолжительность действия, обусловленная способностью некоторых (спорообразующих) микроорганизмов длительное время сохраняться в окружающей среде (споры сибирской язвы, столбняка, газовой гангрены).

Споры сибирской язвы могут сохраняться в почве в течение многих лет. После лиофильного высушивания микроорганизмы оказываются менее чувствительными к воздействию неблагоприятных физических и химических факторов. Весьма длительное время некоторые патогенные микроорганизмы могут сохранять жизнеспособность в организме переносчиков. Трудность обнаружения обусловлена отсутствием приборов. Если для качественного и количественного определения РВ и ОВ в окружающей среде существуют приборы радиационной и химической разведки, то аналогичных приборов для своевременного обнаружения бактериальных средств (БС) и установления вида возбудителей пока не существует, для этого необходимо провести забор проб, доставить эти пробы в лабораторию и осуществить их исследование. Исследование проб классическими методами занимает значительное время, требует специального оборудования и подготовленного персонала. Разработанные к настоящему времени экспресс-методы (например, метод люминесцентной микроскопии) дают лишь ориентировочный ответ, который можно получить только через 2—6 ч от начала исследования;

Избирательность (целенаправленность) действия связана с наличием большого количества возбудителей инфекционных заболеваний, опасных для человека, животных и растений, и возможностью осуществлять их выбор. Сильное психологическое воздействие, которое будет выражаться, по мнению американских авторов, в появлении паники даже при применении неопасных для людей возбудителей;

Относительная дешевизна производства бактериологического (биологического) оружия по сравнению с производством химического и особенно ядерного оружия. Кроме того, к характерным особенностям этого вида оружия следует отнести: большое разнообразие биологических агентов, возможность применения одновременно возбудителей нескольких инфекций; использование неспецифических переносчиков; выведение штаммов возбудителей инфекционных болезней, устойчивых к современным средствам профилактики и лечения, и видов переносчиков, устойчивых к средствам дезинсекции.

По эпидемической опасности бактериальные и вирусные агенты делятся на три группы: возбудители высоко-контагиозных, мало-контагиозных и не контагиозных заболеваний. От того, к какой группе относится примененный возбудитель, зависят эпидемиологические особенности очага поражения, характер противоэпидемических мероприятий, порядок размещения инфицированного населения. Вид примененного возбудителя определяет общую систему карантинных или обсервационных мероприятий и сроки их отмены.

Наиболее вероятно применение агрессором в военной обстановке возбудителей контагиозных или высоко-контагиозных инфекционных болезней с целью вызвать эпидемии.

Развитие эпидемического процесса в естественных условиях возможно лишь при наличии одновременно трех факторов: 1) источника инфекции; 2) механизма передачи; З) восприимчивого населения.

Знание этих закономерностей позволяет наметить способы борьбы с эпидемиями. Среди них важное место занимают дезинфекция, дезинсекция, дератизация, санитарная обработка с целью уничтожения возбудителей и их переносчиков; мероприятия по защите продовольствия и воды от заражения БС; соблюдение правил личной и общественной гигиены, а также использование индивидуальных средств защиты с целью прекращения возможности заражения (реализация механизма передачи); проведение экстренной неспецифической и специфической профилактики для усиления невосприимчивости населения к примененному противником возбудителю.

Следует учитывать, что противник может применять бактериологическое (биологическое) оружие, используя разные способы распространения, что будет затруднять противоэпидемические мероприятия. Выделяются следующие способы применение этого вида оружия: распыление бактериальных аэрозолей; использованием инфицированных переносчиков (насекомых и др.); диверсионным.

Наиболее опасным является аэрозольный способ применения бактериологического (биологического) оружия (возможно применение многих видов возбудителей, которые в обычных условиях этим способом не распространяются; можно вызвать одномоментные массовые заболевания людей с тяжелым течением болезни). Осевшие микроорганизмы будут заражать почву, водоисточники, технику, сооружения, продукты питания и другие предметы, которые могут явиться дополнительным источником инфицирования людей. Применение устойчивых возбудителей может способствовать образованию вторичных аэрозольных очагов поражения и привести к вторичным вспышкам инфекционных заболеваний. В условиях аэрозольного распространения патогенных микроорганизмов особенность развития эпидемического процесса характерна не только одномоментностью инфицирования огромного количества населения, но и появлением большого количества населения, заболевшего после прошествия минимального срока инкубационного периода (1-2 сут.), что приведет к высокому темпу развития эпидемического процесса.

Очагом бактериологического (биологического) поражения (ОБП) называется территория с населенными пунктами и объектами народного хозяйства, в пределах которой в результате воздействия бактериологического (биологического) оружия противника возникли массовые поражения людей, сельскохозяйственных животных, растений.. Особую эпидемическую значимость имеют города, населенные пункты, отдельно стоящие объекты народного хозяйства, т. е. та территория, где живут и работают люди. Остальная территория не имеет большого эпидемиологического значения она ограждается знаками и оставляется на самообеззараживание.

При применении зараженных переносчиков границы - очага не будут четкими, заболеваемость нарастает медленно. При возникновении ОБП МС ГО должна строить свою работу с учетом складывающейся обстановки. Методика оценки обстановки в ОБП предусматривает учет следующих факторов: вид примененного возбудителя и способ его применения, своевременность обнаружения, площадь зоны заражения и площадь территории возможного распространения инфекционных заболеваний, метеорологические условия, время года, количество и плотность населения, характер и плотность застройки населенных пунктов, обеспеченность населения индивидуальными и коллективными средствами защиты и своевременность их использования, численность иммунизированного населения, обеспеченность средствами неспецифической и специфической профилактики и лечения.

5.Структура санитарных потерь. Методика определения возможной величины и структуры.

Классификация потерь населения в очагах поражения в военное время.

Потери населения, возникающие в результате применения возможным противником средств вооруженной борьбы, подразделяются на общие, санитарные и безвозвратные. Общие потери — это совокупные потери среди населения в очаге поражения. Они суммарно состоят из санитарных и безвозвратных потерь. Санитарные потери — это пораженные, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, потерявшие трудоспособность не менее чем на сутки и поступившие на этапы медицинской эвакуации. Безвозвратные потери — это погибшие на месте до оказания медицинской помощи или пропавшие без вести.

При применении современных видов оружия у населения возможно возникновение изолированных, множественных, сочетанных и комбинированных поражений.

Изолированное поражение возникает при получении одиночного повреждения человека одним поражающим агентом. При одномоментном поражении одной анатомической области несколькими ранящими агентами одного вида травмирующего фактора (например, осколками), возникают множественные поражения.

К сочетанным поражениям относят одномоментные повреждения нескольких анатомических областей человеческого тела одним травмирующим агентом. При воздействии на человека различных поражающих факторов возникают комбинированные поражения (например, ранение и лучевое поражение).

Наибольшее значение для организации медицинского обеспечения населения в очагах поражения военного времени имеют величина и структура санитарных потерь. Под структурой санитарных потерь понимается процентное отношение различных категорий пораженных к общему числу санитарных потерь среди населения.

В целях планирования лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных санитарные потери подразделяются по степени тяжести на легкие, средние и тяжелые.

Учитывая возможность применения вероятным противником в войнах широкого арсенала средств вооруженной борьбы против гражданского населения, штабам МС ГО следует учитывать в своих планах возможность возникновения на территории России очагов поражения с массовыми санитарными потерями, которые будут характеризоваться сложной и разнообразной структурой с преобладанием тяжелых и комбинированных форм поражения. Следует отметить, что прогноз возможных санитарных потерь среди населения в очагах поражения, осуществляемый в мирное время, безусловно, носит приблизительный характер. Однако он позволяет соответствующему начальнику медицинской службы ГО и его штабу определять ориентировочную потребность в силах и средствах, разрабатывать и принимать предварительное решение на создание группировки медицинских сил, предназначенной для организации медицинского обеспечения населения в очаге поражения. В дальнейшем, в случае применения противником определенного вида оружия на данной территории, предварительные расчетные данные по медицинской обстановке уточняются за счет информации, полученной от подчиненных и взаимодействующих органов управления, а также в результате разведки очага поражения. Наибольшее значение имеет уточнение величины санитарных потерь, их структуры, дислокации и степени доступности пораженных для оказания им медицинской помощи. На основе этих данных в решение начальника медицинской службы вносятся соответствующие коррективы.

Исходными данными для прогноза потерь населения в очагах поражения являются: вид, мощность, способ и масштабы применения оружия, численность и плотность проживания населения на данной территории, характер жилой и промышленной застройки в очаге поражения, своевременность и полнота проведения превентивных мероприятий ГО, наличие и степень использования населением коллективных и индивидуальных средств защиты.

6.Организация защиты населения в военное время. Основные принципы, способы и мероприятия. Характеристика защитных сооружений (убежища, укрытия, простейшие укрытия).

Основными принципами защиты являются:

-заблаговременность подготовки и осуществление защитных мероприятий ГО по всей территории страны;

-дифференцированный подход к определению характера, объема и сроков проведения этих мероприятий;

-комплексность проведения мероприятий ГО для наиболее надежной защиты населения и обеспечения устойчивой работы народного хозяйства.

Заблаговременная подготовка включает: накопление фонда защитных сооружений типа убежищ в мирное время и обеспечение их готовности к постоянной эксплуатации; надежную подготовку и своевременное проведение эвакуации населения и рассредоточения рабочих и служащих; накопление средств индивидуальной защиты, что имеет решающее значение для защиты населения от оружия массового поражения.

Дифференцированный подход выражается в том, что характер и объем защитных мероприятий устанавливается в зависимости от политического, экономического и оборонного значения городов и объектов народного хозяйства, а также от местных условий.

Комплексность ГО заключается в эффективном применении способов и средств защиты от оружия массового поражения, согласованном осуществлении их со всеми мероприятиями по выполнению основных задач ГО.

В мирное время среди мероприятий по защите населения от оружия массового поражения особое значение приобретают:

а) создание надежной системы оповещения;

б) накопление фонда защитных сооружений;

в) планирование и проведение эвакуационных мероприятий комбинированным способом, подготовка загородной зоны для приема и размещения эвакуированного населения;

г) обеспечение населения средствами индивидуальной защиты;

д) всеобщее обязательное обучение населения способам защиты от оружия массового поражения;

е) обеспечение защиты продовольствия, воды от заражения РВ, ОВ, БС;

ж) организация радиационного, химического и бактериологического наблюдения, разведки и лабораторного контроля;

з) проведение режимных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Организация постоянного радиационного и химического наблюдения, разведки и лабораторного контроля является необходимым условием для последующего своевременного оповещения населения.

При объявлении угрозы нападения населением должны осуществляться следующие действия:

1. До объявления эвакуации и рассредоточения по месту жительства и работы обеспечить светомаскировочный режим;

2. Иметь постоянно включенными средства массовой информации города, района (радиотрансляцию, телевидение, радиоточки и т. п.);

3. Начать подготовку к эвакуации (рассредоточению) в загородную зону;

4. Уточнить места расположения укрытий (убежищ) на случай внезапного нападения противника, а в сельской местности приступить к оборудованию противорадиационных укрытий;

5. Получить и привести в готовность к использованию средства индивидуальной защиты, в том числе и медицинские средства защиты;

6. Продолжать производственную деятельность.

При объявлении распоряжения на эвакуацию и рассредоточение:

1. Завершить производственную деятельность (по соответствующему распоряжению администрации предприятия); в дальнейшем действовать согласно указаниям органов ГО объекта;

2. Следовать на прикрепленный к данному объекту (предприятию, учреждению) сборный эвакуационный пункт для последующего выезда (выхода) из города в загородную зону и др.

В военное время работа службы сосредоточивается на ликвидацию медицинских последствий нападения противника (проведение лечебно-эвакуационных мероприятий и т. п.).

В случае возникновения зон заражения штабами ГО вводятся определенные режимы работы объектов и защиты населения. В возникающих после применения противником ядерного, химического и бактериологического оружия зонах радиоактивного, химического и бактериологического заражения могут возникать потери, как среди населения, так и среди личного состава формирований, которые находятся или выполняют определенные задачи в этих зонах.

В целях максимального снижения потерь в зонах радиоактивного заражения должны соблюдаться определенные режимы радиационной защиты и правила поведения людей. Главным критерием определения предполагаемого режима радиационной защиты является обеспечение таких условий пребывания или деятельности людей, при которых доза облучения, полученная ими за все время необходимого или вынужденного пребывания в этой зоне, не превышала бы допустимую. Зная исходный уровень радиации на местности, скорость спада этого уровня, степень защиты людей и допустимую дозу облучения, можно дать рекомендации в отношении того времени, в течение которого люди могут находиться в той или иной зоне радиоактивного заражения. Во всяком случае, при пребывании людей по какой-либо причине в зоне радиоактивного заражения они должны пользоваться средствами индивидуальной защиты кожи и органов дыхания. Перед входом в зону необходимо использовать и радиозащитные средства из индивидуальной аптечки АИ-2; на открытой местности, зараженной РВ, запрещается принимать пищу, пить воду, курить, делать продолжительные остановки, привалы и т. п.

После выхода из зоны заражения необходимо провести частичную, а по возможности полную санитарную обработку, а также частичную или полную дезактивацию (дегазацию), одежды и обуви и средств индивидуальной защиты с последующим дозиметрическим контролем. Проведение этих мероприятий позволит значительно снизить количество радиационных поражений.

Санитарной обработкой называется удаление РВ, обеззараживание ОВ и БС с открытых участков тела и слизистых оболочек глаз, носа и рта, а также используемых средств индивидуальной защиты.

В зависимости от обстановки, наличия времени и средств санитарная обработка проводится частично или в полном объеме и соответственно подразделяется на частичную или полную.

При частичной санитарной обработке смываются или обеззараживаются РВ, ОВ и БС с открытых поверхностей тела (лица, шеи, кистей рук) содержимым индивидуального противохимического пакета либо водой. Частичную санитарную обработку начинают проводить уже в очаге поражения: она должна проходить как можно быстрее, что повышает ее эффективность. Частичная санитарная обработка, проводимая после 8—12 ч контакта кожи с РВ, считается практически неэффективной. При попадании на кожные покровы людей капельно-жидких ОВ она осуществляется немедленно, желательно в первые 5 мин, после чего она малоэффективна.

Полная санитарная обработка (обмывание всего тела под душем) проводится не позднее чем через 3—5 ч с момента заражения в специально организуемых обмывочных пунктах, которые в свою очередь могут быть стационарными или подвижными.

Одежда заменяется в том случае, если после ее об работки степень заражения остается выше нормы.

В связи с этим, в частности, люди, оказавшиеся в зоне химического заражения, по сигналу оповещения ХТ должны: немедленно укрыться в защитных сооружениях или надеть средства индивидуальной защиты — противогаз и средства защиты кожи, если необходимо использовать антидот; при первой возможности провести частичную санитарную обработку, в дальнейшем постараться выйти с зараженной территории. За пределами зоны проходят полную санитарную обработку дегазацией одежды, обуви и средств индивидуальной защиты. При нахождении на местности, зараженной ОВ, запрещается снимать средства индивидуальной защиты, принимать пищу, пить воду, курить, задерживаться на зараженной территории.

В зонах бактериологического (биологического) заражения в дополнение к правилам поведения людей в очаге химического поражения следует отметить необходимость прохождения полной санитарной обработки и дезинфекции одежды и обуви.

Укрытие в защитных сооружениях

Убежищами называются защитные сооружения, которые предназначаются для защиты людей в военное время, укрываемых от воздействия оружия массового поражения. Кроме того, убежища, находящиеся в зонах

возможного возникновения массовых пожаров и очагов радиации, обеспечивают также защиту людей от высоких температур, отравления продуктами горения и поражения ионизирующим излучием.

По эффективности защиты от воздействия ударной волны ядерного взрыва (защитным свойствам) убежища подразделяются на классы. Убежища различаются так же по: условиям возведения; вместимости; месту расположения.

По условиям возведения убежища могут быть заблаговременно возводимые в мирное время, а также быстро возводимые, строительство которых осуществляется в период угрозы нападения противника. Для их строительства широко используются сборные элементы промышленных и других зданий и сооружений, специально изготовленные для этой цели сборные конструкции, а также промышленное и упрощенное внутреннее оборудование.

По вместимости убежища условно можно разделить на сооружения малой (600 человек), средней (от 600 до 2000 человек) и большой (более 2000 человек) вместимости.

По месту расположения убежища бывают встроенные и отдельно стоящие. К встроенным относятся убежища, размещаемые под зданиями и сооружениями, к отдельно стоящим— построенные на свободных от застройки участках, вне наземных зданий и сооружений. В качестве защитных сооружений будут также использовать метрополитен, переходные тоннели, горные выработки.

Убежища состоят из основных и вспомогательных помещений. К основным относятся: помещения для укрываемых (отсеки), пункты управления, медицинские пункты, а в убежищах лечебных учреждений — операционно-перевязочные, предоперационно-стерилизационные помещения; к вспомогательным — фильтровентиляционные помещения (камеры), санитарные узлы, защищенные дизельные электростанции, электрощитовые, помещения для хранения продовольствия, баллонная, тамбур-шлюз, тамбур.

Высота помещений убежищ должна соответствовать требованиям использования их в мирное время, но не превышать 3—5 м. При высоте помещений от 2,25 до 2,9 м устанавливаются двухъярусные нары, а при высоте 2,9 м и более — трехъярусные. Нижние места для сидения предусматриваются размером 0,45х0,45 м. Места для лежания—0,55х1,8 м на 1 человека. Количество мест для сидения при наличии двух ярусов составляет 80%, трех ярусов—70%. Вместимость убежища определяют исходя из нормы 0,5 м2 в отсеке на 1 человека при двухъярусном расположении и 0,4 м2 при трехъярусном; общий объем воздуха на 1 человека — не менее 1,5 м3.

В помещениях убежища должны предусматриваться системы воздухоснабжения, канализации, энергоснабжения, отопления, водоснабжения, связи и оповещения, защиты воздухозаборных устройств.

Важнейшими факторами, определяющими санитарно-гигиенические условия в убежищах, являются площадь и объем помещения, температурно-влажностные параметры и газовый состав воздуха (табл. 9).

Воздухоснабжение убежищ наружным воздухом обеспечивается в основном по двум режимам: режиму чистой вентиляции (режим 1) и режиму фильтровентиляции (режим II). В местах, где возможна загазованность вредными веществами и продуктами горения, предусматривается режим регенерации внутреннего воздуха (ре жим III) и создание подпора В убежище должна быть обеспечена подача воздуха из расчета не менее 2 м3/ч на 1 укрываемого (режим фильтровентиляции).

Электроснабжение убежищ должно осуществляться от городской сети. При отсутствии этой возможности в них предусматриваются защищенные дизель-электростанции, особенно в убежищах для нетранспортабельных больных. Пользоваться свечами и керосиновыми фонарями не рекомендуется. Системы водоснабжения и канализации убежищ оборудуются, как правило, на базе существующих городских или объектовых водопроводных и канализационных сетей; на случай разрушения их в убежище должны создаваться аварийные запасы воды из расчета 3 л на 1 человека в сутки, а также приемники фекальных вод, работающие независимо от состояния внешней канализационной сети. Убежища должны иметь телефонную связь с пунктом управления предприятия и громкоговорители, подключенные к городской и местной радиотрансляционным сетям.

Противорадиационными укрытиями (ПРУ) называются защитные сооружения, обеспечивающие защиту укрывающихся в них людей от поражающего воздействия ионизирующего излучения при радиоактивном заражении местности, светового излучения и частично ударной волны. В зависимости от величины коэффициента защиты, места расположения и назначения ПРУ подразделяют на группы. ПРУ должны строиться по народнохозяйственным планам в мирное время, однако в случае необходимости при угрозе нападения противника могут строиться быстровозводимые ПРУ из материалов и конструкций, применяемых в промышленности, жилищном и гражданском строительстве, а также других местных материалов. Нормы площади пола основных помещений ПРУ на 1 укрываемого в основном такие же, как и в убежищах. Для размещения и отдыха укрывающихся в ПРУ в зависимости от высоты помещений предусматривается установка трехъярусных, двухъярусных и одноярусных нар. В ПРУ предусматривается естественная вентиляция или вентиляция с механическим побуждением. Естественная вентиляция предусматривается в ПРУ, оборудуемых в цокольных и первых этажах зданий, а также в ПРУ, размещаемых в подвалах, вместимость которых не более 50 человек. В ПРУ, размещаемых в подвальных этажах зданий и при вместимости более 50 человек, следует предусматривать вентиляцию. В ПРУ для учреждений здравоохранения должна быть обеспечена вентиляция с механическим побуждением независимо от их вместимости. Нормы подачи воздуха в ПРУ, расположенных в подвальных и цокольных помещениях, принимаются такие же, как для убежищ, имеющих режим чистой вентиляции. Отопление ПРУ предусматривается от общей отопительной системы или печное; водоснабжение — от водопроводной сети. При отсутствии водопровода предусматриваются места для размещения переносных бачков для питьевой воды из расчета 2 л воды на 1 укрываемого в сутки. Требования к санузлам в основном те же, что и к санузлам убежищ. Освещение в ПРУ следует предусматривать от внешней электросети, а аварийное — от аккумуляторов, велогенераторов и др. В ПРУ должен быть установлен телефон при условии размещения в нем руководства предприятия (учреждения), в других устанавливаются только репродукторы, подключенные к городской или местной радиотрансляционной сети. Под ПРУ можно приспособить подвалы зданий, подполья домов, отдельно стоящие погреба, овощехранилища, подземные горные выработки и другие естественные полости. Защитные свойства ПРУ определяются коэффициентом защиты (КЗ) и избыточным давлением, которое оно выдерживает. Чем больше КЗ, тем надежнее укрытие. Если, например, подвал под одноэтажным деревянным зданием имеет КЗ, равный 20—30, то его можно значительно увеличить, насыпав и уплотнив грунт на пол первого этажа, заделав оконные проемы, при необходимости подсыпав к стенам подвала землю и др.

Простейшие укрытия — сооружения, обеспечивающие защиту укрываемых от светового излучения, а так же снижающие воздействия ионизирующего излучения и ударной волны ядерного взрыва. К ним относятся щели, траншеи, а также подвалы и другие заглубленные быстро возводимые защитные сооружения.

Щель — глубокая узкая траншея. Ее ширина внизу — 0,8 м, вверху — 1,1 м, глубина — до 2 м. Чтобы избежать одновременного поражения людей, длина прямых участков щелей не должна превышать 15 м. Щели должны быть расположенных под углом 90-1200 друг к другу. Вместимость щелей 10—50 человек.

7.Средства индивидуальной защиты. Медицинские средства защиты.

Средства индивидуальной защиты принято подразделять на:

а) средства защиты органов дыхания;

б) средства защиты кожи;

в) медицинские средства.

К средствам защиты органов дыхания относятся противогазы, респираторы и простейшие средства, изготовляемые самим населением.

Противогазы.Современные противогазы обладают достаточно высокими защитными свойствами и эксплуатационными показателями, обеспечивающими защиту органов дыхания и глаз человека от воздействия ОВ (паров, тумана, газа, дыма, капельно-жидких ОВ), РВ, находящихся в воздухе, а также от патогенных микроорганизмов и токсинов, находящихся в аэрозольном состоянии.

Противогазы бывают изолирующими и фильтрующими. Наиболее широкое применение находят фильтрующие противогазы (общевойсковые, гражданские, детские); устройство их основано на принципе очистки зараженного воздуха во внутренних слоях фильтрующе-поглощающей коробки, в которой помещены уголь (катализатор) и противоаэрозольный (противодымный) фильтр.

Защита органов дыхания человека от оксида углерода, не задерживаемого защитными слоями фильтрующе-поглощающей коробки, обеспечивается использованием специального (гопкалитового) патрона, который вставляют (привинчивают) между соединительной трубкой (лицевой частью) противогаза и фильтрующе-поглощающей коробкой. В настоящее время в системе ГО страны для взрослого населения могут быть использованы фильтрующие противогазы ГП-5, ГП-5м и ГП-7; для защиты детей — фильтрующие противогазы ДП-6м (детский противогаз, тип шестой, малый), ДП-6 (детский противогаз, тип шестой), ПДФ-7 (противогаз детский фильтрующий, тип

седьмой), ПДФ-Д (противогаз детский фильтрующий, дошкольный) и ПДФ-Ш (противогаз детский фильтрующий, школьный). Кроме того, для защиты детей в возрасте до 1 года имеется КЗД-6 (камера защитная детская, тип шестой). К нетабельным противогазам относятся промышленные противогазы, в особенности применяемые на химических предприятиях. Коробки этих противогазов специализированы, шихта может содержать различные поглотители или поглотитель и аэрозольный фильтр. Фильтрующий противогаз состоит из фильтрующе-поглощающей коробки и лицевой части. В комплект противогаза, кроме того, входят сумка для противогаза и коробка с незапотевающими пленками или специальный «карандаш», используемый для предохранения стекол очковых узлов лицевой части противогаза от запотевания.

Детские противогазы в своем устройстве имеют некоторые конструктивные особенности. Противогазы ДП-6М предназначены для детей младшего возраста (старше полутора лет). Они комплектуются облегченными фильтрующе-поглощающими коробками типа ДП-6М и в качестве лицевой части — масками МД-1 (маска детская, тип первый) четырех ростов (1, 2, 3 и 4-го): Противогазы ДП-6 предназначены для детей старшего возраста, они комплектуются фильтрующе-поглощающими коробками большего размера и в качестве лицевой части—масками МД-1 одного 5-го роста. Противогазы ПДФ-7 предназначены для детей младшего и старшего возраста; они комплектуются фильтрующе-поглощающими коробками типа ГП-5 (как противогаз ГП-5 для взрослых) и в качестве лицевой части масками МД-1 всех пяти ростов. Противогазы ПДФ-Д предназначены для детей от 1,5 до 7 лет. Они комплектуются фильтрующе-поглощающими коробками типа ГП-5 и в качестве лицевой части — масками МД-3 (маска детская, тип третий) четырех ростов (1,2,3 и 4-го).Противогазы ПДФ-Ш предназначены для детей от 7 до 17 лет; они комплектуются фильтрующе-поглощающими коробками типа ГП-5 и в качестве лицевой части - масками МД-3 двух ростов (3-го и 4-го) или шлемами-масками четырех ростов (0, 1, 2 и 3-го). Изолирующие противогазы (типа ИП-4, ИП-46) или кислородные изолирующие приборы (КИП-5, КИП-7, КИП-8) полностью изолируют органы дыхания человека от наружного воздуха; дыхание происходит за счет высвобождающегося из регенеративного патрона или подаваемого из кислородного баллона кислорода. Эти противогазы и приборы используются для работы, если в воздухе отмечаются: высокие концентрации ОВ, когда возможен опасный «проскок» ОВ и фильтрующий противогаз не обеспечивает надлежащей защиты; недостаток содержания кислорода; высокие концентрации оксида углерода.

По принципу обеспечения кислородом изолирующие противогазы и приборы подразделяют на две группы: с химически связанным и со сжатым кислородом. К противогазам первой группы относятся ИП-4, ИП—46, ИП-46м; к противогазам второй группы относят изолирующие приборы КИП-5, КИП-7, КИП-8.

Респираторы. Для защиты органов дыхания от аэрозолей (пыли) РВ, БС, ядовитых дымов служат респираторы: для взрослых — Р-2, для детей — Р-2д. Респиратор Р-2 представляет собой фильтрующую полумаску, обеспечивающую возможность многократного использования и пребывания в нем до 12 ч.

Респиратор Р-2д является модификацией для детей, имеет меньшие размеры, обеспечивает непрерывное пользование ими в течение 4 ч.

Простейшие средства защиты органов дыхания. Эти средства могут быть использованы населением как респираторы. Они просты по своему устройству и поэтому рекомендуются в качестве массового средства защиты, изготавливаемого самим населением. К таким средствам относятся противопыльные тканевые маски ПТМ-1 и, ватно-марлевые повязки. Каждый человек должен иметь их по месту жительства и работы.

Маска ПТМ-1 состоит из двух основных частей— корпуса и крепления. Корпус сделан, из 2—4 слоев ткани. В нем вырезаны смотровые отверстия с вставленными в них стеклами или прозрачной пленкой. На голове маска крепится полосой ткани, пришитой к боковым краям корпуса. Плотное прилегание маски к голове обеспечивается при помощи резинки в верхнем шве и завязок в нижнем шве крепления, а также поперечной резинки, пришитой к верхним углам корпуса маски. Воздух очищается всей поверхностью маски в процессе его прохождения через ткань при вдохе.

Ватно-марлевые повязки изготовляют из куска марли размером 100х50 см. На середину куска марли настилают слой ваты размером 30х20 см и толщиной 2 см, свободные края марли загибают на вату, а концы разрезают посередине для завязок. Нижние концы завязываются на темени, а верхние—на затылке. Ватно-марлевая повязка должна плотно закрывать рот и нос. Она пригодна для разового использования. При отсутствии указанных средств используют полотенца, шарфы, платки и др. Средства защиты кожи предназначаются для предохранения открытых участков кожи, одежды, снаряжения и обуви от попадания на них капельно-жидких ОВ, возбудителей инфекционных заболеваний, радиоактивной пыли, а также частично от воздействия светового излучения. Они подразделяются на табельные (ОЗК, Л-1) и подручные (предметы бытовой одежды). По принципу действия табельные средства подразделяются на фильтрующие (воздухопроницаемые) и изолирующие (воздухонепроницаемые). Защитная одежда из фильтрующих материалов предназначается для постоянного или периодического ношения. Основу этой одежды составляет хлопчатобумажное обмундирование, обработанное специальным химическим составом. По своим санитарно-гигиеническим свойствам оно пригодно для повседневного ношения. К фильтрующим средствам защиты кожи относится комплект фильтрующей одежды ЗФО-58; он состоит из хлопчатобумажного комбинезона специального покроя, пропитанного раствором специальной пасты — химическими веществами, задерживающими пары ОВ (адсорбционного типа) или нейтрализующими их (хемосорбционного типа), а также мужского нательного белья (рубахи и кальсон), хлопчатобумажного подшлемника и двух пар портянок (одна из которых пропитана тем же составом, что и комбинезон). Нательное белье, подшлемник и непропитанная пара портянок используются для того, чтобы не допустить потертостей комбинезоном кожных покровов и раздражения их от пропиточного состава.

Изолирующие средства защиты кожи, изготовленные из воздухонепроницаемых материалов, могут быть герметичные (костюмы, комбинезоны, закрывающие все тело человека и защищающие от капель и паров ОВ) и частично или полностью негерметичные (плащи, накидки, фартуки и др.), которые в основном защищают от капельно-жидких ОВ: комплект ОЗК, легкий защитный костюм (Л-1), защитный комбинезон или костюм.

Комплект ОЗК, в который входят плащ, защитные чулки и перчатки, как правило, используется с импрегнированным обмундированием (одеждой) и бельем.

Изолирующие средства защиты кожи предназначаются для личного состава формирований ГО. Они применяются при работе в зонах заражения в условиях высокой концентрации ОВ, а также при выполнении дегазационных, дезактивационных и дезинфекционных работ.

Для защиты от радиоактивной пыли население может приспособить и обычную одежду. Чтобы обеспечить ее герметичность, нужно иметь дополнительные приспособления: нагрудники, капюшон, боковые застежки брюк. Для защиты от РВ можно также использовать подручные средства защиты кожи (предметы личной, бытовой, спортивной, производственной и другой одежды и обуви с дополнительными средствами герметизации).

Пребывание в изолирующей защитной одежде является далеко не безразличным для человека, так как особенно в жаркое время года нарушаются теплоотдача и теплообмен, что в свою очередь приводит к резкому перегреванию организма. В результате этого отмечаются нарушения дыхания и сердечной деятельности, в тяжелых случаях может возникнуть тепловой удар. По этой причине работа и пребывание людей в изолирующей защитной одежде ограничена по времени. Сроки возможного пребывания людей в изолирующих средствах защиты кожи в зависимости от температуры воздуха.

Медицинские средства индивидуальной защиты (МСИЗ) предназначены для профилактики и оказания медицинской помощи населению, пострадавшему от оружия массового поражения. С их помощью можно спасти

жизнь, предупредить или значительно уменьшить степень развития поражений у людей, повысить устойчивость организма человека к воздействию некоторых поражающих факторов (ионизирующих излучений, ОВ и БС). К ним относятся радиопротекторы, антидоты и противобактериальные средства, средства частичной санитарной обработки.

Радиопротекторы— вещества, снижающие степень воздействия ионизирующих излучений, среди которых наибольшее распространение в настоящее время получил цистамин, используемый в таблетках. Их целесообразно принимать за 30—40 мин до облучения (перед вводом формирований ГО в зону радиоактивного заражения, при подаче сигнала «Радиационная опасность»). В качестве довольно эффективных медицинских средств защиты от РВ, попавших в организм, могут, быть использованы комплексоны, адсорбенты, которые препятствуют всасыванию РВ в кровь и способствуют быстрейшему выведению их из организма, йодистый калий.

Антидоты (противоядия) — вещества, предупреждающие или ослабляющие действие ОВ. Универсальных антидотов не существует. Имеются антидоты ОВ нервнопаралитического действия (ФОВ), синильной кислоты и других цианидов, люизита и ОВ раздражающего действия. Антидотами ФОВ являются афин, тарен, атропин и др.; антидотами цианида — амилнитрит, пропилнитрит; антидотом люизита и других мышьяксодержащих веществ — унитиол.

Противобактериальные средства подразделяются на средства неспецифической и специфической профилактики. К средствам неспецифической профилактики относятся антибиотики и интерфероны, а к средствам специфической профилактики — сыворотки, вакцины, анатоксины, бактериофаги.

Некоторые из указанных средств вложены в аптечку индивидуальную (АИ-2).

К табельным МСИЗ относятся аптечка индивидуальная (АИ-2), индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8) и индивидуальный перевязочный пакет.

Аптечка индивидуальная (АИ-2) . В состав аптечки входит комплекс препаратов (медикаментов), предотвращающих или снижающих воздействие на организм человека ионизирующих излучений, ОВ, БС, профилактики шока. Она представляет собой футляр из пластика оранжевого цвета, в который вложены пластмассовые шприц-тюбик и пеналы с препаратами.

Индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8) . Используется для частичной санитарной обработки открытых участков кожи и прилегающей к ним одежды при попадании на них капельно-жидких или туманообразных ОВ, РВ, бактериальных аэрозолей. Этот пакет содержит флакон с полидегазирующей жидкостью, способной обезвреживать ОВ, и 4 ватно-марлевые салфетки.

Индивидуальные перевязочные пакеты. Используются для перевязки ран, ожогов, а также остановки некоторых видов кровотечений.

8.Эвакуация населения. Организация медицинского и медико-психологического обеспечения.

Эвакуация — комплекс мероприятий по организованному вывозу или выводу из крупных городов и других населенных пунктов рабочих и служащих объектов народного хозяйства, переносящих свою деятельность в загородную зону или прекращающих ее на военное время, нетрудоспособного и незанятого в производстве населения, а также населения, проживающего в зонах катастрофического затопления. Эвакуированное население постоянно проживает в загородной зоне до особого распоряжения.

Загородная зона — территория за пределами зон возможных разрушений, установленных для крупных городов и важных объектов, расположенных вне этих городов до границы области (края). В ней размещается группировка сил ГО, эвакуированное и рассредоточиваемое население.

Зона возможных разрушений — условная зона вокруг крупного города, на территории которой в результате нападения противника могут возникать разрушения зданий и сооружений и потери среди населения. Границы зоны возможных разрушений устанавливаются в зависимости от значения города и численности его населения. Подготовкой загородной зоны занимаются в мирное время.

В основу планирования всех мероприятий по рассредоточению и эвакуации населения положен производственно-территориальный принцип. Районы размещения рассредоточиваемых и эвакуируемых устанавливаете начальник ГО области (края), республики. Районы рассредоточения располагаются непосредственно за зоной возможных разрушений и предназначены для размещения рабочих и служащих тех объектов народного хозяйства, которые не прекращают своей производственной деятельности в военное время. Как правило, районы рассредоточения должны находиться на таком удалении от города, чтобы суммарное время, которое будут затрачивать рабочие и служащие в пути для поездки на объект и обратно, не превышало 4 ч. Районы рассредоточения должны располагаться вблизи железнодорожных станций, а также автомобильно-дорожных магистралей. Районы для размещения рассредоточиваемого населения назначаются ближе к городу, чем районы загородной зоны, предназначаемые для размещения эвакуируемого населения. Это связано с тем, что 1-й эшелон создаваемой в загородной зоне группировки сил ГО, который первым обязан выдвинуться в очаг поражения для проведения СНАВР, включает различные формирования из числа отдыхающих смен, создаваемых на тех объектах, которые будут продолжать свою производственную деятельность в городе в военное время. Места для эвакуируемого населения располагаются, как правило, за районами рассредоточения и предназначены для размещения неработающего населения, а также рабочих и служащих тех объектов народного хозяйства, производственная деятельность которых на военное время прекращается либо переносится в загородную зону (сельскую местность). Из групп населения, подлежащих вывозу (выводу) в более отдаленные районы загородной зоны, т. е. эвакуации, как правило, будет создан 2-й эшелон группировки сил ГО, создаваемой в интересах данного города.

Рассредоточение и эвакуация населения проводятся при угрозе нападения противника и только по специальному решению. В обстановке угрозы нападения противника особенно важное значение имеют сроки эвакуации людей за пределы зон возможных разрушении, т. е. за пределы воздействия основных поражающих факторов ядерного взрыва. При проведении частичной эвакуации предусматривается вывоз из крупных городов части населения, не занятого в производстве и сфере обслуживания. Как правило, частичной эвакуации подлежат организованные детские коллективы (школы-интернаты, детские дома и т. п.) и часть формирований. Основным способом эвакуации является комбинированный способ.

Комбинированный способ эвакуации заключается в сочетании массового вывода населения из городов пешим порядком с вывозом его всеми видами имеющегося транспорта, не занятого воинскими и особо важными народнохозяйственными перевозками, по эвакуационным графикам. Он имеет ряд преимуществ по сравнению с вывозом всего населения транспортными средствами, так как при этом обеспечивается проведение эвакуационных мероприятий с использованием всех возможных маршрутов и достижение основной массой населения безопасной зоны в сравнительно короткие сроки. Эвакуация населения комбинированным способом осуществляется по территориально-производственному принципу. Это значит, что выведение в загородную зону рабочих и служащих, членов их семей, студентов вузов, учащихся специальных заведений и ПТУ организуется через предприятия, учреждения и учебные заведения. Остальное население эвакуируется, как правило, через ДЭЗ по месту жительства. Транспортом обязательно вывозится население, которое может передвигаться пешим порядком (престарелые, инвалиды, больные, беременные женщины, женщины с детьми до 10-летнего возраста, медицинский персонал вместе с нетрудоспособными членами их семей). Проведение эвакуационных мероприятий возлагается на специально создаваемые эвакуационные органы, руководителей предприятий, учреждений, учебных заведений.

Организация медицинского обеспечения эвакуации.

К эвакуационным органам относятся:

эвакуационные комиссии;

сборные эвакуационные пункты (СЭП);

приемные эвакуационные комиссии;

приемные эвакуационные пункты (ПЭП);

администрация пунктов посадки (ПП), пунктов высадки (ПВ), промежуточных пунктов эвакуации (ППЭ).

На эвакуационные комиссии возлагаются следующие задачи:

учет населения, подлежащего к рассредоточению и эвакуации пешим порядком и вывозу всеми видами транспорта;

определение порядка (последовательности) проведения рассредоточения и эвакуации;

организация материально-технического, медицинского, транспортного и других видов обеспечения;

подготовка маршрутов эвакуации пешим порядком и видов транспорта;

организация связи и взаимодействия с эвакуационной приемной комиссией сельских районов по вопросам приема, размещения, трудоустройства, материального и медицинского обеспечения.

Распоряжение в начале рассредоточения и эвакуации немедленно доводится до начальников ГО городов, районов и объектов народного хозяйства.

Получив извещение о начале рассредоточения и эвакуации, граждане должны немедленно подготовить все самое необходимое: одежду, в том числе и теплую, обувь, белье, постельные принадлежности, продукты питания на 2—3 дня, медикаменты, индивидуальные средства защиты, уложив все это в рюкзак или чемодан; общая масса должна быть не более 50 кг;

документы (паспорт, военный билет, диплом об образовании, трудовую книжку, свидетельство о рождении детей и др.), деньги;

детям дошкольного возраста вложить в карман записку или пришить к воротнику белый лоскут с указанием фамилии, имени, отчества, места жительства и конечного пункта эвакуации.

Сборные эвакуационные пункты предназначаются для сбора и регистрации рассредоточиваемого и эвакуируемого населения, формирования пеших колонн, отправки населения на станции (пункты) посадки на транспортные средства.

СЭП желательно развертывать вблизи станции (пунктов) посадки, а при комбинированном способе проведения эвакуации - как можно ближе к окраине города, в районах конечных остановок городского транспорта, в местах, обеспечивающих условия сбора и отправки населения в загородную зону, сокращение времени и расстояния перехода при движении пешим порядком.

В задачи СЭП входит:

оповещение населения различными способами о начале рассредоточения и эвакуации;

сбор населения и информация его о складывающейся обстановке;

регистрация и учет эвакуируемых;

контроль за подготовкой транспортных средств;

организация посадки на транспорт, формирование пеших колонн и отправка в пункты назначения;

укрытие эвакуируемого населения по сигналу «Воздушная тревога»;

представление сведений в эвакуационную комиссию района о ходе эвакуации.

В сельской местности (в сельских районах, сельсоветах, колхозах, совхозах) проведение мероприятий по приему и размещению рассредоточиваемых и эвакуируемых возлагается на приемные эвакуационные комиссии, в состав которых включаются ответственные работники организаций и служб, связанных с приемом, размещением и обеспечением прибывающего населения. Для непосредственного приема рассредоточиваемых и эвакуируемых создаются и развертываются приемные эвакуационные пункты, как правило, вблизи станций (пунктов) высадки. На ПЭП организуют встречу прибывших людей, их учет и отправку в конечные пункты размещения транспортом сельского района или пешим порядком. При проведении эвакуации пешим порядком на маршрутах движения пеших колонн организуются промежуточные пункты эвакуации. Они выполняют одновременно две задачи: прием и отправку эвакуируемых, поэтому штатный состав их зависит от числа прибывающих и убывающих через него людей.

Вывод населения пешим порядком целесообразно планировать и осуществлять по заранее разведанным и обозначенным маршрутам и колонным путям вне дорог, а в отдельных случаях по обочинам основных дорог. Вывод населения пешим порядком следует планировать, как правило, за пределы зон возможных разрушений. При этом население, районы размещения которого в загородной зоне находятся ближе к городу, следует направлять пешим порядком непосредственно в отведенные ему постоянные места. Между пешими колоннами устанавливается дистанция до 500 м. Движение колонны планируется со средней скоростью не более 3—4 км/ч. Через каждые 1 – 1,5 ч движения предусматриваются малые привалы на 15—20 мин. В начале второй половины пешего перехода предусматривается большой привал продолжительностью 1,5 - 2 ч. Пеший переход заканчивается с приходом колонны на ППЭ.

9. Понятие о лечебно-эвакуационных мероприятиях. Этапы медицинской эвакуации: определение, задачи и схема развёртывания МО.

Лечебно-эвакуационные мероприятия - совокупность мероприятий по оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных в сочетании с их эвакуацией (удаление из зоны боевых действий, из очагов массовых потерь).

В основу лечебно-эвакуационных мероприятий в МСГО положена система 2-х этапного лечения пораженных с эвакуацией по назначению. Сущность этой системы заключается в проведении последовательных и преемственных лечебно-профилактических мероприятий на этапах медицинской эвакуации с вывозом пораженных и больных в лечебные учреждения загородной зоны.

Принципы лечебно-эвакуационных мероприятий:

1. Своевременность в оказании медицинской помощи достигается:

- максимальным приближением сил и средств МСГО с очагу массовых санитарных потерь;

-чёткой организацией розыска пораженных и оказанием им первой медицинской помощи на месте поражения,;

-быстрейшим выносом и вывозом пораженных из очага, а также эвакуацией из первых этапов медицинской эвакуации в лечебные учреждения загородной зоны. С использованием всех транспортных средств. С целью оказания завершающих видов медицинской помощи, лечения и реабилитации.

2. Преемственность в оказании помощи и лечении пораженных достигается:

- соблюдением всеми медицинскими работниками положений медицинской доктрины (единых взглядов на этиологию, патогенез, клинику и лечение поражений военного времени);

- четком заполненеии медицинской документации, в которой отражается время, место, вид поражения и выполненные медицинские мероприятия.

3. Последовательность в проведении лечебно-эвакуационных мероприятий обеспечивается:

эффективной медицинской сортировкой, основанной на использовании современной аппаратуры и техники, позволяющей с минимальными затратами объективно и достоверно определить характер, объем и очередность лечебно-эвакуационных мероприятий (особенно при массовых санитарных потерях).

Этап медицинской эвакуации, определение, задачи и схема развертывания.

1. Под этапом медицинской эвакуации понимают силы и средства медицинской службы (МСГО, сохранившиеся учреждения здравоохранения, медицинские формирования войск ГО и др.) развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема, медицинской сортировки пораженных, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации.

В качестве первых этапов медицинской эвакуации (в 2-х этапной системе ЛЭМ) могут быть медицинские отряды МСГО (ОМП), сохранившиеся на границе очага массовых людских потерь, учреждения здравоохранения, медицинские подразделения (части) войск ГО и др.

Первые этапы медицинской эвакуации предназначены для оказания первой врачебной помощи, неотложных мероприятий квалифицированной помощи и подготовки пострадавших к эвакуации на вторые этапы.

Вторыми этапами медицинской эвакуации служат лечебные учреждения (головные, профилированные, многопрофильные и другие больницы - ББ) МСГО развернутые по ходу ЛЭН.

На вторых этапах завершается оказание квалифицированной медицинской помощи, оказывается специализированная, лечение и реабилитация.

2. На этапах медицинской эвакуации, независимо от особенностей, развертываются и оборудуются идентичные по предназначению функциональные подразделения:

для приема пострадавших, их регистрации, сортировки и размещения;

для санитарной обработки;

для временной изоляции;

для оказания различных видов помощи (хирургия, терапия и др.);

для временной и окончательной госпитализации;

подразделения обеспечения и обслуживания.

На каждом этапе медицинской эвакуации оказывается определенный вид и объем медицинской помощи.

С учетом этого, этапы медицинской эвакуации укомплектовываются медицинским составом (в т.ч. врачами определенной квалификации) и медицинским имуществом.

Для развертывания этапов медицинской эвакуации выбираются места (районы) с учетом:

характера боевых действий

организации обеспечения;

радиационной и химической обстановки;

защитных свойств местности;

наличия источников доброкачественной воды.

этап медицинской эвакуации располагаться вблизи путей подвоза и эвакуации;

этап медицинской эвакуации находиться на местности с хорошими маскирующими и защитными свойствами от оружия массового поражения;

этап медицинской эвакуации располагаться вдали от объектов привлекающих внимание артиллерии и авиации противника

этап медицинской эвакуации в стороне от вероятного направления главного удара против недоступным (малодоступным) для танков;местность в районе размещения этапа медицинской эвакуации не должна быть заражена ОВ, БС, уровень радиоактивного заражения не должен превышать 0,5 р/час.

10.Виды медицинской помощи.

Вид медицинской помощи это совокупность лечебно-профилактических мероприятий установленная для проведения на определенном этапе медицинской эвакуации.

В настоящее время в системе лечебно-эвакуационных мероприятий предусматриваются следующие виды медицинской помощи:

\*первая помощь;

\*доврачебная (фельдшерская) помощь;

\*первая врачебная помощь;

\*квалифицированная медицинская помощь;

\*специализированная медицинская помощь;

\*медицинская реабилитация.

Первая помощь оказывается (не позднее 15-20 мин. с момента ранения) непосредственно на месте, где получено ранение или наступило заболевание, в порядке самопомощи, взаимопомощи, санитарными дружинниками, персоналом медицинских постов. При этом используют содержимое аптечки индивидуальной, пакета перевязочного индивидуального стерильного (ППИ), индивидуального противохимического пакета (ИПП), положенных каждому военнослужащему. Применяют имущество сумки санитарного дружинника. Цель первой помощи устранение явлений угрожающих жизни раненого (больного) и предупреждение опасных осложнений.

Доврачебная (фельдшерская) помощь оказывается фельдшером медицинского пункта через 1-2 часа после ранения, заболевания, а при массовых санитарных потерях и в медицинском отряде первой помощи с целью предупреждения угрожающих жизни расстройств. Для оказания доврачебной помощи используется табельное оснащение медицинского поста.

Первая врачебная помощь оказывается (не позднее 4-6 часов с момента ранения, поражения) врачом общей практики в отряде первой помощи, с целью устранения последствий поражения (заболевания) угрожающих жизни раненых и больных, предупреждение развития осложнений (шок, раневая инфекция), подготовки раненых и больных к дальнейшей эвакуации. Для оказания первой врачебной помощи используется табельное оснащение отряде первой помощи.

Квалифицированная медицинская помощь оказывается врачами-хирургами (квалифицированная хирургическая помощь) и терапевтами (квалифицированная терапевтическая помощь) в многопрофильных лечебных учреждениях города или больничной базы не позднее 6-12 часов с момента ранения, поражения. Она имеет своей целью устранение угрожающих жизни последствий ранений и заболеваний.

Специализированная медицинская помощь представляет собой высшую форму медицинской помощи, носит исчерпывающий характер. Оказывается она соответствующими специалистами, имеющими необходимое оснащение, в специально предназначенных для этой цели лечебных учреждениях больничной базы не позднее суток после получения ранения или заболевания. Эти лечебные учреждения называются профилированными больницами.

11.Медицинская сортировка поражённых (определение, цель, виды, сортировочные группы, организация работы сортировочных бригад).

Медицинская сортировка — это распределение пораженных (больных) на группы, исходя из нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в зависимости от медицинских показаний и конкретных условий обстановки. Она является одним из важнейших методов организации оказания медицинской помощи пораженным (больным) при массовом их поступлении и позволяет наиболее эффективно использовать имеющиеся на этапе медицинской эвакуации силы и средства для успешного выполнения лечебно-эвакуационных мероприятий.

Цель сортировки - обеспечить пораженным своевременное оказание медицинской помощи в оптимальном объеме и рациональную эвакуацию.

Своевременно оказанная помощь — это помощь, которая спасает жизнь пострадавшему и предупреждает развитие опасных осложнений.

Медицинская сортировка характеризуется:

\*конкретностью,

\*преемственностью,

\*непрерывностью.

Элементы медицинской сортировки должны начинаться непосредственно в пунктах сбора пораженных, проводится на этапе медицинской эвакуации и осуществляться во всех его функциональных подразделениях. Ее содержание зависит от задач, возлагаемых на то или иное функциональное подразделение и этап медицинской эвакуации в целом, а так же от условий обстановки.

Виды сортировки. В зависимости от задач, решаемых в процессе медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации, различают два ее вида: внутрипунктовую и эвакуационно-транспортную.

Внутрипунктовая сортировка проводится с целью распределения пораженных по группам, в зависимости от степени их опасности для окружающих, характера и тяжести поражения, для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации и установления очередности их направления в эти подразделения.

Эвакуацаонно-транспортная сортировка проводится с целью распределения пораженных на однородные группы в соответствии с направлением, очередностью, способам и средствам их эвакуации.

Медицинская сортировка ведется на основе определения диагноза поражения или заболевания и его прогноза. Для фиксирования результатов медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации при меняются цветные фигурные сортировочные марки и делаются записи в первичной медицинской карточке и в других медицинских документах.

Основные сортировочные признаки.

В основе сортировки по-прежнему сохраняют свою действенность три основных Пироговских сортировочных признака:

\*опасность для окружающих;

\*лечебный;

\*эвакуационный.

Опасность для окружающих определяет степень нуждаемости пораженных в санитарной или специальной обработке, в изоляции. В зависимости от этого пораженных распределяют на группы:

\*нуждающихся в специальной (санитарной) обработке (частичной или полной);

\*подлежащих временной изоляции (в инфекционном или психоневрологическом изоляторе);

\*не нуждающихся в специальной (санитарной обработке).

Лечебный признак — степень нуждаемости пострадавших в медицинской помощи, очередности и месте (лечебное подразделение) ее оказания. По степени нуждаемости в медицинской помощи в соответствующих подразделениях этапа эвакуации выделяют пораженных:

\*нуждающихся в неотложной медицинской помощи;

\*не нуждающихся в медицинской помощи (помощь может быть отсрочена);

\*пораженных с травмой, несовместимой с жизнью, нуждающихся в симптоматической помощи, облегчающей страдания.

Эвакуационный признак - необходимость, очередность эвакуации, вид транспорта и положение пораженного на транспорте. Исходя из этого признака пораженных распределяют по группам:

\*подлежащих эвакуации за пределы очага с учетом эвакуационного предназначения, очередности, способа эвакуации (лежа, сидя), вида транспорта;

\*подлежащих оставлению в данном лечебном учреждении (по тяжести состояния, нетранспортабельные) временно или до окончательного исхода;

\*подлежащих возвращению по месту жительства (расселению) или кратковременной задержке на медицинском этапе для медицинского наблюдения.

Особое внимание уделяется выявлению пострадавших, опасных для окружающих и нуждающихся в неотложной медицинской помощи. Оптимальный состав сортировочной бригады для носилочных пораженных: врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков. Для ходячих пораженных (больных) сортировочная бригада создается в составе врача, медицинской сестры и регистратора.

Последовательность практического проведения медицинской сортировки: медицинская сестра, фельдшер, врач вначале выявляют пораженных (больных), опасных для окружающих. Затем путем беглого обзора выявляют пораженных, нуждающихся в медицинской помощи по неотложным показаниям (наличие наружного кровотечения, асфиксии, судорожного состояния, рожениц). Приоритет остается за детьми и роженицами. После этого медицинский персонал переходит к последовательному («конвейерному») осмотру пораженных (больных), стремясь по возможности быстро распределить (рассредоточить) их по функциональным подразделениям данного этапа медицинской эвакуации. Сортировочная бригада одновременно осматривает двух пораженных (больных): у одного из них находится врач, медсестра и регистратор, а у другого фельдшер (медицинская сестра) и регистратор. Врач, приняв сортировочное решение по первому пораженному, переходит ко второму, получает от фельдшера (медицинской сестры) медицинскую карту с описанием состояния пораженного, при необходимости дополняет ее сведениями личного обследования. Приняв сортировочное решение по второму пораженному, врач переходит к третьему. Фельдшер с регистратором в это время осматривают четвертого пораженного, заполняют медицинскую документацию. Звено носильщиков реализует решение врача в соответствии с сортировочной маркой, быстро рассредоточивая пораженных по функциональным подразделениям этапа медицинской эвакуации.

12.Формирования МСГО, работающие в очагах поражения (ОПМ, ОПВП) и порядок их подготовки к выполнению задач по медико-санитарному обеспечению пострадавшего населения.

Отряд первой медицинской помощи (ОПМ) является подвижным формированием медицинской службы гражданской обороны, он вводится в очаг массовых потерь для организации оказания первой медицинской и первой врачебной помощи пораженным и подготовки их к эвакуации в больницы загородной зоны.

При ведении спасательных работ в очагах массового поражения на отряд возлагаются следующие основные задачи:

прием, регистрация, временное размещение и питание поступающих пораженных и больных;

проведение дозиметрического контроля (при работе на незараженной территории);

проведение частичной санитарной обработки и дезактивации (дегазации, дезинфекции) одежды и обуви пораженных (при загрязнении выше безопасных уровней);

медицинская сортировка пораженных;

оказание первой врачебной помощи;

временная изоляция пораженных с инфекционными заболеваниями и с острыми психическими расстройствами;

временная госпитализация нетранспортабельных пораженных;

подготовка и организация эвакуации пораженных в загородную зону;

руководство работой санитарных дружин по оказанию пораженным первой медицинской помощи,

снабжение санитарных дружин медицинским имуществом;

ведение первичного медицинского учета и отчетности.

Организация отряда. Отряд первой медицинской помощи формируется органами здравоохранения (по штатам, утверждаемым Министерством здравоохранения) на базе лечебно-профилактических учреждений городов и районов сельской местности (больниц, поликлиник, родильных домов, диспансеров, санаториев и др.).

Ответственность за организацию и качество подготовки личного состава отряда возлагается на руководителя лечебно-профилактического учреждения, на базе которого формируется отряд.

Отряд первой медицинской помощи состоит из управления и восьми отделений: приемно-сортировочного; операционно-перевязочного; госпитального; эвакуационного; медицинского снабжения; лабораторного; частичной санитарной обработки и дезактивации одежды и обуви; хозяйственного.

Численный состав ОПМ по типовому штату— 144 человека. Отряд считается готовым к работе, если в нем состоит врачей не менее 5, среднего медицинского персонала —22 и санитаров (дружинниц) —47 человек, а так же имеется имущество на одни сутки работы. Порядок подготовки отряда к работе в мирное время.

Начальник отряда назначается главным врачом ЛПУ. Комплектование отряда личным составом проводится, как правило, на базе одного лечебно-профилактического учреждения. В виде исключения для комплектования отряда может быть привлечена часть медицинского персонала из другого лечебного учреждения. Личный состав отряда назначается и перемещается приказами по лечебно-профилактическому учреждению, на базе которого формируется отряд. Комплектование отряда штатными санитарными дружинами осуществляется на основании решения местного органа власти. Первый экземпляр списка личного состава хранится вместе с паспортом отряда в учреждении, формировавшем его, а второй экземпляр — у начальника отряда. Подготовка личного состава отряда проводится по программам, утвержденным Министерством здравоохранения. Начальник отряда и начальники отделений организуют обучение личного состава для работы в очагах массового поражения. В целях обучения личного состава отряд, не менее двух раз в год, проводит тренировочные занятия с развертыванием всех отделений. На тренировочные занятия и учения в обязательном порядке привлекаются и санитарные дружины, входящие в отряд.

Организация оповещения личного состава отряда для явки на сборный пункт возлагается на начальника отряда. В учреждении, формирующем отряд, должен быть список домашних адресов всего личного состава отряда и отработана система оповещения и вызова сотрудников по тревоге. В схему оповещения, помимо личного состава отряда, включаются командиры санитарных дружин, входящих в отряд. Обеспечение отряда медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом производится органами здравоохранения в установленном Министерством здравоохранения порядке согласно имеющемуся табелю оснащения. Автомобильный транспорт с водителями, предусмотренными штатным расписанием, выделяется и закрепляется за отрядом местными органами власти.

В целях повышения качества медицинского обслуживания, увеличения пропускной способности и лучшего управления, личный состав распределяется по врачебным и сестринским бригадам. Последние комплектуются из медицинских сестер и санитарных дружинниц. Количество врачебных бригад соответствует количеству врачей в отряде, исключая начальника отряда, а сестринских бригад — количеству персонала. Врачебная бригада состоит из одного врача, двух медицинских сестер, двух санитарок и медицинского регистратора (в хирургической бригаде — трех медицинских сестер). Сестринская бригада состоит из медицинской сестры и одного звена санитарных дружинниц. При необходимости в состав бригад могут включаться медицинские работники из числа легкопораженных.

13.Силы МСГО, предназначенные для оказания квалифицированной и снециализированной медицинской помощи.

Больничная база МС ГО (ББ МС ГО) — совокупность лечебных учреждений, развертываемых МС ГО субъекта РФ в загородной зоне на основании планового задания МЗ РФ для оказания квалифицированной (специализированной) медицинской помощи пораженным и последующим лечением их до окончательных исходов. ББ МС ГО является вторым этапом в системе ЛЭО пораженных (раненых).

В состав ББ МС ГО входят следующие лечебные учреждения: головные (ГБ), многопрофильные (МПБ) и профилированные больницы (ПБ).

На УББ возлагаются следующие задачи:

­ организация развертывания ББ МС ГО в сроки, соответствующие нормативным требованиям и директивным указаниям;

­ организация управления деятельностью лечебных учреждений ББ МС ГО в период ее функционирования;

­ внедрение единых методов диагностики и лечения пораженных на основе современных достижений медицинской науки и практики;

­ организация равномерного и рационального распределения пораженных, поступающих в лечебные учреждения ББ МС ГО;

­ организация эвакуации пораженных с 1­го на 2­й этап ЛЭО с использованием санитарно­транспортных формирований МС ГО;

­ организация приема и медицинской сортировки раненых, пораженных в лечебных учреждениях, оказание им квалифицированной, специализированной медицинской помощи, проведение последующего исчерпывающего лечения;

­ контроль за организацией обеспечения лечебных учреждений медицинским и санитарно­хозяйственным имуществом, а также питанием больных.

Медицинское обеспечение пораженного населения осуществляется по лечебно­эвакуационным направлениям (ЛЭН), определенным для каждого категорированного города .В составе УББ имеются управленцы, отвечающие за организацию эвакуации и помощи населению на конкретных ЛЭН. Непосредственное руководство учреждениями МС ГО в границах ЛЭН осуществляется главным врачом головной больницы, развертываемой на базе одной из центральных районных больниц (ЦРБ). Головная больница (ГБ) определяется заблаговременно начальником МС ГО субъекта РФ и является не только руководящим медицинским учреждением, но и осуществляет медицинскую сортировку пораженных, распределение их по лечебным учреждениям соответствующего ЛЭН, осуществляет оказание неотложной квалифицированной, специализированной медицинской помощи тяжело пораженным и стационарное лечение нетранспортабельных. ГБ является многопрофильным лечебным учреждением.

На каждом ЛЭН развертываются МПБ и ПБ хирургического, травматологического, терапевтического, психоневрологического, инфекционного и др. профилей. На ЛЭН может быть развернуто несколько больниц одного профиля. Количество больниц МС ГО на ЛЭН будет определяться конкретной оперативно­тактической обстановкой и возможностями МС ГО, прежде всего наличием медицинских кадров и помещений для развертывания больниц. Планирование развертывания количества коек того или иного профиля в лечебных учреждениях на каждом ЛЭН осуществляется на основе прогноза, характера, величины и структуры санитарных потерь в очагах поражения. Следует предусматривать развертывание в лечебных учреждениях до 20% коек детского профиля. Медицинская помощь детям носит приоритетный характер. Планирование профилизации коечной сети отражается в соответствующих Планах медицинского обеспечения. Однако при поражении ОВ, АХОВ или БС возникает потребность в большем количестве терапевтических или инфекционных коек в лечебных учреждениях ББ МС ГО. В этих случаях может возникнуть необходимость в перепрофилизации коечной емкости, что предусматривается планами медицинского обеспечения.

На территории ЛЭН развертывается медицинский распределительный пункт (МРП), а также, при необходимости, вспомогательные распределительные посты (ВРП).

МРП является оперативно­учетной единицей УББ, развертывается головной больницей на развилках магистральных автомобильных дорог ЛЭН, ведущих в различные сельские районы данного ЛЭН. При развертывании МРП использует имеющиеся здания, а при их отсутствии устанавливает палатку или автобус. В состав МРП входят: врач, медицинская сестра, регистратор, выделяемые из штата соответствующей головной больницы МС ГО.

Задачами МРП являются:

­ распределение потоков пораженных с целью равномерной и рациональной загрузки больниц сельских районов данного ЛЭН, при этом учитывается профиль поражений, указанных в эвакуационном паспорте, заполненном на ОПМ (медицинской роте) и выданном водителю каждого автобуса АСО, осуществляющего медицинскую эвакуацию;

­ нанесение на карту обстановки по загрузке лечебных учреждений соответствующего ЛЭН;

­ регулярная информация главного врача ГБ и управленца УББ о ходе заполнения лечебных учреждений сельских районов;

­ поддержание постоянной и устойчивой связи с главным врачом ГБ и управленцами УББ на данное ЛЭН, которые осуществляют непосредственное руководство деятельностью МРП на территории своего ЛЭН.

ВРП развертываются ЦРБ на автомобильном маршруте при въезде в каждый сельский район. В состав ВРП входят медицинская сестра и представитель службы охраны общественного порядка. ВРП регулирует движение автотранспорта с пораженными, направляемыми в данный район.

14. Основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия проводимые в очагах применения оружия массового поражения.

Одной из основных задач МС ГО является предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний среди населения, обеспечение санитарного благополучия населения и устранение неблагоприятных санитарных последствий применения противником оружия массового поражения.

В случае применения противником бактериологического оружия возникнет очаг бактериологического поражения (ОБП). Для его локализации и ликвидации потребуется привлечение большого количества сил и средств, и не только медицинской, но и других служб ГО. Локализация и ликвидация очага бактериологического заражения – это комплекс санитарно-гигиенических, противоэпидемических, лечебно-профилактических, режимно-ограничительных мероприятий, осуществляемых гражданской обороной, с привлечением МС ГО и других служб ГО, промышленных объектов, учреждений и населения.

Коплекс мероприятий по локализзации и ликвидации ОБП состоит:

Оповещение населения. После получения данных общей разведки или сообщения о вероятном применении противником БО подается сигнал «Химическая тревога», по которому все население должно немедленно использовать индивидуальные и коллективные средства защиты, принять все меры к предупреждению поражения.

Проведение бактериологической разведки. Сразу же после получения данных общей разведки о вероятном бактериологическом нападении организуется и проводится бактериологическая разведка, которая предполагает решение следующих задач:

-эпидемиологическое обследованием предполагаемого района заражения;

-постоянное наблюдение за воздухом и местностью для обнаружения внешних (прямых и косвенных) признаков, показывающих на возможность применения противником БО (появление тумана после взрыва боеприпаса, появление большого количества насекомых или грызунов и т.д.);

-индикация (неспецифическая) БО, направленная на обнаружение характерных факторов, свидетельствующих о применении этих средств, а также определение вида использованных рецептур;

-установление границ бактериального заражения;

-забор проб воздуха, воды, почвы, отлов подозрительных насекомых, сбор трупов грызунов с последующей доставкой их в лаборатории СЭО или СПЭБ для проведения специфической индикации (идентификации) БО.

Индикация БС осуществляется экспрессными (ускоренными) и классическими методами исследования. На основании исследования доставленных проб определяется вид примененного возбудителя и уточняются границы очага заражения. Определяющее значение имеет индикация бактериальных средств, использованных противником, которая позволит сразу же целенаправленно организовать работу по локализации и ликвидации ОБП. Вариантов может быть множество. Например, при использовании противником ботулинического токсина изоляционно-ограничительные мероприятия не потребуются. При использовании возбудителей сибирской язвы, устойчивость которой во внешней среде до нескольких десятков лет, необходимо проведение работ по обеззараживанию территории, санитарной обработки населения, дезинфекции одежды и т.д. При использовании других различных баксредств проводится различный объем защитных мероприятий. Работа в бакочаге начинается с проведения бактериологической разведки с целью индикации баксредств. Бактериологическую разведку осуществляют формирования МС ГО (группы эпидемиологической разведки - ГЭР), разведывательные подразделения медицинской службы МО РФ и всех ведомственных служб. Неспецифическую индикацию баксредств в воздухе проводят прибором, показывающим процент белковых тел в воздухе. При повышении обычных показателей возникает подозрение на присутствие бакаэрозоля в воздушной среде. ГЭР в этом случае производят в стерильную посуду забор проб воздуха, берутся мазки с поверхности зданий, различных предметов, смывы с листьев растений и т.д. с указанием места взятия пробы и времени. Для этого на каждую пробу заполняется стандартный сопроводительный лист. Если обнаружены остатки снарядов, контейнеров, трупы грызунов вблизи разрывов снарядов и рядом с контейнерами, то весь материал в соответствующий таре и с сопроводительным листком на каждый предмет отправляется также в лаборатории СЭО и СПЭБ. Пробы пищевых продуктов и фуража отбираются в случае прямого подозрения на их преднамеренное заражение в том же порядке. Во всех остальных случаях отбор проб пищевых продуктов и питьевой воды проводится для экспертизы и дачи заключения по их дальнейшему использованию. Личный состав ГЭР работает в противогазах и защитной одежде. Переносчиков (клещи, грызуны) собирают с помощью пинцета и марлевого сачка (летающих), клещей на местности собирают с помощью волокуши или платка. Волокуша – это кусок ткани 1-1,5м., к одному концу прикрепляется палка, к концам которой привязана веревка. Волокушу тянут за веревку и через каждые 10-20 шагов осматривают материю. Обнаруженных клещей собирают в мешочки или пробирку. Блох в жилых помещениях собирают на листы липкой бумаги или в кюветы, наполненные водой и расставленные в разных углах помещения, блох вылавливают также на животных, специально впускаемых в помещение (морские свинки, кошки). Комаров и мух отлавливают сачком, при помещении их в пробирку нужно каждого комара от другого отделить ватой.

Форма сопроводительного листа (записки) для направления в лабораторию:

1. Куда и кому направлена проба.

2. Название материала (пробы).

3. Место взятия пробы.

4. Время взятия пробы (месяц, число, часы, сутки).

5. Основание для отбора проб (общие внешние признаки, результаты неспецифической индикации, появление больных и т.д.).

6. Цель исследования.

7. Фамилия, производившего забор пробы. Подпись.

Некоторые пробы целесообразно пересылать в лабораторию в изотермических контейнерах. Наружная часть флаконов, банок, пробирок обрабатывается дезинфицирующим раствором. Как только установлен факт применения противником БС, органы управления ГО и МС ГО принимают совместное решение о проведении изоляционных противоэпидемических мероприятий.

Проведение полной санитарной обработки населения. Для этой цели используются все имеющиеся средства коммунально-технической службы: ДДА, бани, санитарные пропускники, души и т.д.

Проведение неспецифической и специфической профилактики. Экстренная неспецифическая профилактика до определения вида возбудителя проводится МС ГО антибиотиками широкого спектра действия.

Активное выявление больных осуществляется:

Обеззараживание (дезинфекция) квартирных очагов, территории, зданий, одежды.

Проведение дезинсекции и дератизации.

Обеззараживание продуктов питания и воды.

Санитарно-просветительная работа.

Организация санитарной экспертизы продовольствия и питьевой воды.

Задачи и организационная структура санитарно-гигиенических и противоэпидемических формирований.

Основным формированием, предназначенным для работы в бактериологических очагах является санитарно-эпидемиологический отряд (СЭО), который формируется на базе городских, областных (краевых) и республиканских центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также на базе институтов эпидемиологии, микробиологии и гигиены. Задача СЭО – организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при возникновении очага поражения, а также в районах расселения и эвакуации населения. В составе СЭО имеются: управление; санитарно-эпидемиологическое отделение; лабораторное отделение; дезинфекционное отделение. В составе лабораторного отделения три лаборатории: бактериологическая, санитарно-химическая и радиологическая. СЭО придаются 1-2 санитарные дружины, ДДА, лабораторное оборудование для исследования проб воздуха, воды, продуктов на заражение РВ, ОВ и БС.

Санитарно-эпидемиологические бригады (СЭБ) - эпидемиологические, санитарно-гигиенические (токсикологические), радиологические - создаются центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора и предназначаются для организации и проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в соответствующих их профилю очагах.

Специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ) создаются на базе специализированных противоэпидемических учреждений (противочумные институты, станции, крупные инфекционные больницы). Задача СПЭБ – проведение эпидемиологической разведки, лабораторных бактериологических исследований и участие в организации и проведении всего комплекса противоэпидемических мероприятий. СПЭБ предназначены для работы в очагах особо опасных инфекций (ООИ). В состав СПЭБ входят врачи – специалисты по ООИ (инфекционисты, эпидемиологи, вирусологи, микологи и др.) и выделяется специальное оснащение (дезинфекционная техника, лабораторное оборудование и др.). Штатным расписанием в составе данного формирования предусмотрено 30 чел., в том числе 10 врачей и 11 помощников эпидемиолога и санитарного врача.

Группа эпидемиологической разведки (ГЭР) формируется на тех же базах, что и СЭО и СПЭБ и или входит в их состав. Задача – проведение эпидемиологического обследования инфекционных очагов, эпидемиологической разведки и забор проб из внешней среды и доставка их в лаборатории СЭО и СПЭБ. Группа эпидемиологической разведки состоит из 3 чел., в том числе командира - врача-эпидемиолога, помощника эпидемиолога-фельдшера (лаборанта) и шофера-санитара, Оснащается она укладками для отбора проб и противочумными костюмами за счет формирователя. Группа в состоянии в течение 1 ч обследовать территорию в 2 км2 с отбором 8 проб с объектов внешней среды.

15.Понятие о карангтине и обсервации?

К изоляционным мероприятиям относятся карантин и обсервация. Основная цель проведения карантинных (обсервационных) мероприятий – локализовать очаг, не допустить вынос инфекции за пределы очага и ликвидировать заболеваемость в нем. Карантин – это строгий изоляционный режим, представляющий собой систему мероприятий включающих режимные, административно-хозяйственные, противоэпидемические, санитарные и лечебно-профилактические меры, направленные на локализацию и ликвидацию очага бактериологического заражения. При объявлении карантина вводятся вооруженное оцепление территории ОБП силами службы охраны общественного порядка совместно с воинскими подразделениями. На основных маршрутах автомобильных дорог, на железнодорожных станциях, в портах, аэропортах развертываются контрольно-пропускные пункты (КПП), а при них санитарно-карантинные пункты (СКП). КПП создаются администрацией территории, СКП – органами здравоохранения. До специфической индикации БС (48 часов) движение за зону карантина и внутри зоны запрещено. После получения данных лабораторных исследований по установлению возбудителя, карантин может быть усилен (вводится второе оцепление при обнаружении возбудителя особо опасных инфекций), оставлен в прежнем виде или замещен на режим обсервации (менее строгий изоляционный режим). Допускается ввод на территорию очага формирований ГО (в том числе формирований МСГО) через СКП, где проводится проверка документов о проведенной вакцинации. За зону карантина разрешается вывоз техники, оборудования, сырья, товаров и продовольствия при наличии документов об их обеззараживании и безвредности. Обсервацией называется комплекс ограничительных мероприятий и усиленного медицинского наблюдения, направленный на предупреждение распространения инфекционных заболеваний. Режим обсервации допускает организованный вывоз (вывод) здоровых контингентов, имеющих документ о прохождении обсервации, т.е. пребывании в лечебном учреждении на срок инкубационного периода и соответствующем лабораторном обследовании, подтверждающем, что данный человек здоров и не является бактерионосителем. В особых случаях разрешается выезд людей и из зоны карантина при наличии документов о прохождении обсервации. В зоне карантина ограничивается перемещение людей и транспорта без специальных пропусков, прекращаются занятия в учебных заведениях, закрываются детские учреждения, запрещаются любые массовые мероприятия, закрываются рынки. Специальные формирования служб ГО организуют обеспечение населения продуктами, предметами первой необходимости, питьевой водой, организуют перевозки работающих смен предприятий и т.д.

Население в зоне карантина обязано:

- иметь при себе индивидуальные средства защиты органов дыхания (респираторы, маски);

- пройти полную санитарную обработку с обеззараживанием одежды;

- провести дезинфекцию квартиры;

- строго выполнять правила личной гигиены;

- немедленно сообщать в медицинские учреждения (участковая поликлиника) о появлении в семье, квартире заболевших лиц и соблюдать меры предосторожности с ними;

- неукоснительно соблюдать установленный в городе порядок.

Медицина катастроф

1. Общая характеристика чрезвычайных ситуаций мирного времени: определение основных понятий и классификация чрезвычайных ситуаций, медико-санитарные последствия?

Ответ: Чрезвычайная ситуация (ЧС) – это обстановка на определенной территории или объекте, сложившаяся в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, стихийного или иного бедствия, эпидемии, эпизотии, применения современных средств поражения, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей и (или) окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

Авария - опасное техногенное происшествие, создающее на объекте, определенной территории угрозу жизни и здоровью людей, приводящее к разрушению зданий, сооружений, оборудования, транспортных средств и нарушению производственного или транспортного процесса, а также наносящее серьезный ущерб окружающей среде.

Стихийные бедствия – это опасные природные явления или процессы геофизического, геологического, гидрологического, атмосферного и другого происхождения такого масштаба, который вызывает катастрофические ситуации, характеризующиеся внезапным нарушением жизнедеятельности населения, разрушением и уничтожением материальных ценностей, поражением или гибелью людей. Стихийные бедствия могут служить причиной различных аварий и катастроф.

По виду (характеру) источника ЧС подразделяются на: искусственные (антроогенные – вызываемые деятельностью человека) и естественные (природные катастрофы).

Классификация антропогенных катастроф:

Транспортные – авиа, космические, железнодорожные, автодорожные, речного и морского транспорта.

Производственные – механические, химические, радиационные, бактериологические.

Специфические – эпидемии, войны.

Социальные – голод, терроризм, общественные беспорядки, алкоголизм, наркомания, токсикомания.

Классификация природных катастроф (стихийные бедствия), предложенная Всемирной организацией здравоохранения в зависимости от происхождения:

-метеорологические – бури (ураганы, смерчи, циклоны, бураны), морозы, необычайная жара, засухи;

-теллурические и тектонические – извержения вулканов, землетрясения;

-топологические – наводнения, сели, оползни, снежные обвалы;

-космические – метеориты, прочие космические катастрофы;

Поражающие факторы источников ЧС – это факторы механического, термического, радиационного, химического, биологического, психоэмоционального характера, являющиеся причинами ЧС и приводящие к поражению людей, животных, окружающей природной среды.

Поражающие факторы источников ЧС могут вызывать различные поражения людей. Неблагоприятное влияние поражающих факторов ЧС на человека и окружающую среду зависит от интенсивности и от продолжительности их воздействия (мгновенно или растянуто во времени). При этом вероятны сочетанные, множественные и комбинированные поражения. Поражения различных анатомических областей (например, груди и живота), вызванные одним и тем же травмирующим агентом (пуля, осколки и др.), называют сочетанными. А поражения одной анатомической области в нескольких местах (например, переломы бедренной кости в двух местах) – множественными. Поражения двумя и более травмирующими агентами (например, механическая сила и ионизирующее излучение) относят к комбинированным.

Предупреждение ЧС – это комплекс мероприятий, проводимых заблаговременно и направленных на максимально возможное уменьшение риска возникновения ЧС, также сохранения здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей среде, материальных потерь в случае их возникновения.

Ликвидация ЧС - это аварийно-спасательные и другие неотложные работы, проводимые при возникновении ЧС и направленные на спасение жизни и сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь, а также на локализацию зон ЧС, прекращение действия характерных для них опасных факторов.

Медико-санитарные последствия ЧС – это комплексная характеристика ЧС, определяющая содержание, объем и организацию медико-санитарного обеспечения. Характеристика ЧС должна отражать следующую информацию: величину и характер возникших санитарных потерь; нуждаемость пораженных в различных видах медицинской помощи; условия проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в зоне ЧС; санитарно-гигиеническую и санитарно-эпидемиологическую обстановку, сложившуюся в результате ЧС; выход из строя или нарушение деятельности лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических учреждений и учреждений снабжения медицинским имуществом; а также нарушение жизнедеятельности населения в зоне ЧС и прилегающих к ней районах и т д.

Пораженный в ЧС (при оценке последствий ЧС применяется также понятие «пострадавший») – это человек, у которого в результате непосредственного или опосредованного воздействия на него поражающих факторов источника ЧС возникали нарушения здоровья.

Общие людские потери, возникшие в ЧС, подразделяются на безвозвратные и санитарные. Безвозвратные потери – люди, погибшие в момент возникновения ЧС, умершие до поступления на первый этап медицинской эвакуации (в медицинское учреждение) и пропавшие без вести. Санитарные потери – пораженные (оставшиеся в живых) и заболевшие при возникновении ЧС или в результате ЧС.

Структура санитарных потерь – это распределение пораженных (больных): по степени тяжести поражений (заболеваний) – крайне тяжелые, тяжелые, средней степени тяжести, легкие; по характеру и локализации поражений (заболеваний).

2. Определение, задачи и основные принципы построения и функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС)?

Ответ: Для предупреждения ЧС, обеспечения безопасности жизнедеятельности населения и уменьшения ущерба народному хозяйству, а в случае их возникновения – для ликвидации последствий на основании Постановления Правительства РФ в стране создана Единая государственная система предупреждения и ликвидации ЧС (РСЧС). РСЧС объединяет органы управления, силы и средства федеральных органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, организаций, в полномочия которых входит решение вопросов по защите населения и территорий от ЧС.

Основными задачами РСЧС являются:

• разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС;

• проведение мероприятий, направленных на предупреждение ЧС и повышение устойчивости функционирования организаций, а также объектов социального назначения в ЧС;

• создание и обеспечение готовности к действиям органов управления, сил и средств, предназначенных и выделяемых для предупреждения и ликвидации ЧС;

• сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС;

• подготовка населения к действиям в ЧС;

• прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС;

• создание резервов финансовых и материальных ресурсов для ликвидации ЧС;

• осуществление государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий от ЧС;

• ликвидация ЧС;

• осуществление мероприятий по социальной защите населения, пострадавшего от ЧС, проведение гуманитарных акций;

• реализация прав и обязанностей населения в области защиты от ЧС, а также лиц, непосредственно участвующих в их ликвидации;

• международное сотрудничество в области защиты населения и территорий от ЧС.

В основе построения и функционирования РСЧС лежат следующие принципы:

-защите от ЧС подлежит все население РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории РФ, а также территория, объекты экономики и материальные и культурные ценности РФ;

-организация и проведение мероприятий по предупреждению и ликвидации ЧС является обязательной функцией федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, а также предприятий, учреждений и организаций независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности;

-заблаговременное и дифференцированное планирование мероприятий по защите населения и территорий от ЧС и их непрерывное осуществление как в мирное, так и в военное время с учетом разумной достаточности их объемов и сроков реализации;

-согласованность и комплексность подхода к проведению мероприятий по защите населения и территорий от ЧС и по гражданской обороне (ГО);

-соответствие организационной структуры РСЧС государственному устройству РФ и решаемых задач.

В мирное время органы управления, силы и средства РСЧС участвуют в подготовке государства к ведению гражданской обороны по следующим основным направлениям:

-обучение населения способам защиты от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;

-разработка и осуществление мер, направленных на сохранение объектов, необходимых для устойчивого функционирования экономики и выживания населения в военное время;

-создание и поддержание готовности фонда защитных сооружений и средств индивидуальной защиты;

-заблаговременная подготовка к эвакуационным мероприятиям, а также подготовка районов эвакуации населения;

-совершенствование систем оповещения населения;

-планирование мероприятий ГО;

-обеспечение готовности сил и средств к ведению ГО, создание и содержание в целях ГО запасов материально-технических, продовольственных, медицинских и иных средств.

3. Силы и средства ликвидации ЧС МЧС России?

Ответ: Занимает особое место в ликвидации ЧС и включает:

-Центр управления в кризисных ситуациях (Москва);

-Государственный центральный аэромобильный спасательный отряд (Жуковский),

-поисково-спасательная служба (ПСС),

-Центр специального назначения (Москва);

-авиацию МЧС России;

-сводные мобильные отряды соединений и войсковых частей войск ГО РФ.

Государственный центральный аэромобильный спасательный отряд (Центроспас) является основным подразделением экстренного реагирования на ЧС, предназначенным для оперативного выполнения первоочередных поисково-спасательных работ как в России, так и за рубежом. Отряд располагает разнообразной специальной техникой и оборудованием. На его оснащении имеются малогабаритные спасательные вертолеты, позволяющие оперативно добираться в труднодоступные районы и эвакуировать оттуда пораженных и больных в места базирования «большой» авиации для дальнейшей их отправки на стационарное лечение. В составе отряда имеется свой госпиталь – аэромобильный, оперативно доставляемый в районы ЧС и развертываемый там для нуждающихся в немедленной помощи.

В Центроспасе организовано круглосуточное дежурство спасателей и необходимых специалистов, что обеспечивает постоянную готовность отряда, его авиационных и автомобильных средств к экстренному выдвижению в район ЧС практически в любой точке РФ. Время готовности к вылету подразделений Центроспаса не превышает 30 мин. с момента оповещения. Отряд эффективно реагирует на ЧС самого различного характера.

Поисково-спасательная служба (ПСС) объединяет несколько десятков региональных ПСС и поисково-спасательные отряды общей численностью около 2 тыс. чел. ПСС предназначена для проведения поисково-спасательных работ в ЧС; оказание пораженным первой медицинской помощи и их эвакуации в лечебные учреждения; проведение профилактических мероприятий, направленных на снижение или устранение опасности для жизни и здоровья граждан.

ПСС и отряды оснащены современным оборудованием: высокоэффективный гидровалический спасательный инструмент, легко режущий стальную арматуру; пневмодомкраты, способные поднимать железобетонные плиты весом до 20-50 т; акустические приборы для поиска живых людей в завалах и радиолокационные – для поиска в снежных лавинах и другое оснащение. Создана и развивается кинологическая служба МЧС России.

Формирования ПСС способны в сроки от 15 мин. до 2 ч. после получения сигнала о ЧС выдвинуться в район бедствия и немедленно приступить к работе. Центр специального назначения (далее Центр) создан и предназначен для работы в особых условиях, когда ЧС отличается особой спецификой, а их ликвидация связана с работой в труднодоступной местности, в условиях, сопряженных с повышенным риском для жизни спасателей, необходимостью выполнения пиротехнических работ и т.д. Бывает этому риску добавляется опасность, связанная с криминальными элементами, устремляющимися к месту ЧС с целью поживиться на чужом горе.

В состав Центра входят подразделения: горноспасательных работ, аварийно-спасательных водолазных работ, специальных работ (подрывных и пиротехнических); десантников-спасателей; медико-спасательные; спасение и эвакуация населения; сопровождения грузов; радиационной, химической и биологической разведки.

За время существования Центра его личный состав принимал участие в десятках гуманитарных операциях на территории РФ, стран СНГ и дальнего зарубежья, обеспечивал безопасность спасателей МЧС России при работе в районах ЧС и в горячих точках, участвовал в локализации разнообразных ЧС природного и техногенного характера.

Авиация МЧС России является одной из важнейших составляющих сил РСЧС, решающим образом влияющих на мобильность и эффективность действий ее структур при возникновении ЧС.

В настоящее время авиация МЧС России располагает разнообразной по своим возможностям и предназначению авиационной техникой: транспортные самолеты ИЛ-76 ТД и АН-74П; пассажирский самолет ИЛ-62М, оснащенный специальной связью; командный пункт управления на базе ЯК-42; различные модификации легких, средних и тяжелых вертолетов.

При возникновении ЧС в зависимости от их характера и масштабов защиты населения может осуществляться по следующим основным направлениям:

-локализация ЧС в целях снижения воздействия поражающих факторов ее источника;

-ограничение (запрет) доступа в зону ЧС;

-рассредоточение и (или) эвакуация из зоны ЧС;

-укрытие в защитные сооружения;

-обеспечение средствами индивидуальной защиты;

-медицинское обеспечение и другие виды первоочередного жизнеобеспечения.

Ликвидация последствий ЧС осуществляется силами и средствами организаций, органов местного самоуправления, органов исполнительной власти субъектов РФ, на территории которых возникла ЧС. При недостаточности сил и средств для ликвидации последствий ЧС привлекаются вышестоящие силы и средства МЧС России.

На все министерства и ведомства, привлекаемые к работе в системе РСЧС, возлагаются определенные задачи.

Основными задачами Минздрава являются:

-обеспечение функционирования и развития службы медицины катастроф Минздрава России, службы надзора за санитарно-эпидемиологической обстановкой и поддержание их в состоянии готовности;

-организация разработки научно-методических основ подготовки ВСМК и ее работы при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, организация взаимодействия входящих в нее сил и средств, а также подготовка, усовершенствование и аттестация специалистов ВСМК;

-разработка, внедрение и совершенствование методов и средств оказания медицинской помощи и лечения пораженных (больных) с учетом характера ЧС;

-организация и координация работ по оказанию медицинской помощи пораженных в зонах ЧС;

-координация работ по эвакуации пораженных их очага ЧС;

-обеспечение экстренных поставок лекарственных средств для ликвидации ЧС;

-участие в организации и осуществлении оперативного контроля измерений радиоактивного и химического загрязнения в зонах ЧС;

-наблюдение, оценка и прогнозирование санитарно-эпидемиологической обстановки на территории РФ;

-участие в организации и выполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятиях в зонах ЧС силами ведомственных формирований постоянной готовности;

-создание резервов медицинского имущества, лекарственных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических средств, рациональное их размещение и поддержание в готовности;

-разработка методических основ обучения и подготовки населения к оказанию первой медицинской помощи в ЧС.

Таким образом, в общей системе РСЧС на Минздрав России возложены головные функции в решении вопросов организации медико-санитарного обеспечения населения в ЧС.

4. Всероссийской службы медицины катастроф, краткая история развития, задачи и основные принципы организации?

Ответ: ВСМК - функциональная подсистема единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС функционально объединяющая службы медицины катастроф Минздрава России, Минобороны России, а также силы и средства МПС, МВД и других федеральных органов исполняющей власти, предназначенные для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Принято считать, что медицина катастроф, как новое научно-практическое направление медицины и здравоохранения выделилась в 70-х годах ХХ столетия. В 1971г. Генеральной ассамблеей ООН организован Исполнительный комитет ВОЗ по оказании помощи при стихийных бедствиях. В его составе постоянно функционирует сектор здравоохранения в ЧС. И оперативная группа по стихийным и другим бедствиям. Постоянные комитеты по оказанию чрезвычайной помощи имеются во всех региональных бюро ВОЗ. В 1975г. в Женеве организовано Международной общество медицины катастроф (МОМК) в которой были приняты около 30 государств. Общество предназначалось для координации и обеспечения усилий по научной разработке проблем медицины катастроф международного масштаб, научных исследований по направлениям: неотложной медицинской помощи пострадавшим и их лечению в условиях массовых поражения, разработки учебных программ по медицине катастроф. Важно отметить, что МОМК готовит и проводит все свои мероприятия совместно с Международной организацией гражданской обороны (МОГО), штаб квартира которой с 1968 г. находится в Женеве. В Сан-Марино организован научно-исследовательский центр по медицине катастроф. Созданы и другие национальные и международные ассоциации медицины катастроф и чрезвычайных ситуаций:

-международной общество медицины катастроф;

-Всемирная ассоциация медицины катастроф и чрезвычайных ситуаций;

-Международная организация ''Врачи без границ'';

-Европейский центр медицины катастроф;

-Отдел медицины катастроф при госпитале в Амстердаме;

-Международная ассоциация индивидуальной и коллективной защиты;

-Всемирная организация здравоохранения.

В регионах земного шара организованы Сотруднические центры ВОЗ по проблемам медицины катастроф и чрезвычайных ситуаций для выполнения функций, связанных с программой ВОЗ.

Среди 120 сотрудничающих центров ВОЗ – 9 специализируются по вопросам готовности к ЧС и оказанию помощи людям при ликвидации последствий: в Италии - центр ВОЗ по готовности к ЧС (1987); в США – центр ВОЗ по готовности к катастрофам и гуманитарной деятельности (1988); в Колумбии – сотруднический центр ВОЗ по готовности к ЧС и проблемам ликвидации последствий катастроф (1990); есть центры в Бразилии (1992); в Греции (1992); в Индии; в Швейцарии (1996); в РФ – центр ВОЗ по медицине катастроф в ЧС, организованный на базе ВЦМК ''Защита'' (1996). Все созданные центры в странах мира осуществляют между собой координацию деятельности по привлечению к медицинскому обеспечению ЧС возникших в различных странах и континентов.

В конце 80-х годов в стране произошло много крупных ЧС, сопровождавшихся большими человеческими жертвами. Опыт ликвидации ЧС показал, что система здравоохранения, а также МСГО в условиях возникновения очагов массовых санитарных потерь среди мирного населения в военное время, оказалось не в состоянии в условиях ЧС мирного времени своевременно и качественно выполнить необходимый комплекс мероприятий медико-санитарного обеспечения. Возникла необходимость в создании в стране специальной службы, способной успешно решать задачи медико-санитарного обеспечения населения в ЧС мирного времени.

Начало создания службы медицины катастроф (экстренной медицинской помощи) было положено постановлением правительства от 07.04.90 '' о создании в стране службы экстренной медицинской помощи в ЧС''

В ходе дальнейшего совершенствования СЭМП, постановлением Правительства РФ от 03.05.94 №420 служба была преобразовано в ВСМК, функционально объединяющей службы медицины катастроф Минздрава, Минобороны России, а также медицинские силы и средства МПС, МВД России, других министерств и ведомств, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Основными задачами ВСМК являются:

-организация и осуществление медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий ЧС в том числе в локальных вооруженных конфликтах и террористических актах

-создание, подготовка, обеспечение готовности и совершенствование органов управления, формирование органов управления, формирований и учреждений службы к действиям в ЧС

-создание и рациональное использование резервов медицинского имущества, финансовых и материально-технических ресурсов, обеспечение экстренных поставок лекарственных средств при ликвидации последствий ЧС;

-подготовка и повышение квалификации специалистов ВСМК, их аттестация; разработка методических основ обучения и участие населения и спасателей в подготовке к оказанию первой медицинской помощи в ЧС;

- научно-исследовательская работа и международное сотрудничество в области медицины катастроф.

Кроме того, ВСМК принимает участие в выявлении источников ЧС, которые могут быть причинами неблагоприятных медико-санитарных последствий, и в организации постоянного медико-санитарного контроля за ними; проведение комплекса мероприятий по недопущению или уменьшению тяжести возможных ЧС; осуществлении государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий в ЧС; разработке и осуществлении условий для реализации гражданами своих прав и обязанностей в области защиты от ЧС.

ВСМК организованна на принятых в нашей стране принципах:

-Государственный и приоритетный характер.

-Территориально-производственный принцип построения.

-Централизация и децентрализация управления.

-Плановый характер работы предусматривает заблаговременную подготовку сил и средств ВСМК, прогнозирование взаимодействия с другими службами, специальную подготовку и повышение квалификации личного состава службы.

-Принцип универсализма предполагает создание формирований и учреждений готовых к работе в любых ЧС без существенной их реорганизации.

-Принцип основного функционального предназначения сил и средств ВСМК означает, что формирование службы и приданные ей средства могут быть использованы для решения соответствующих задач и имеют определенное функциональное предназначение для оказания доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

-Оказание помощи пострадавшим в ЧС организуется на основе системы этапного лечения пораженных и их эвакуации по назначению.

-Принцип материальной заинтересованности и ответственности личного состава формирований и учреждений службы, задействованных для оказания медицинской пострадавшим от ЧС.

-Мобильность, оперативность и постоянная готовность формирований и учреждений к работе в ЧС достигается наличием подвижных медицинских формирований, находящихся в постоянной готовности и способных работать автономно в экстремальных ситуациях.

-Юридическая и социальная защищенность медицинских и других специалистов службы.

-Всеобщая подготовка населения, в том числе лиц с профессиями повышенного риска к действиям, по оказанию первой медицинской помощи пораженным, правилам адекватного поведения в различных ЧС. Этот принцип основывается на подготовке населения, а также создании необходимой учебно-методической базы.

5. Формирования службы медицины катастроф Минздрава России?

Ответ: Формирования службы медицины катастроф Минздрава России организуются на все уровнях и могут быть штатными и не штатными. Штатными являются формирования, постоянно финансируемые за счет средств выделяемых службе медицины катастроф данного уровня. На базе медицинских образовательных, научно-исследовательских, лечебно-профилактических учреждений за счет их персонала на всех уровнях службы медицины катастроф создаются нештатные формирования (отряды, бригады, группы). Обеспечение их готовности к работе возлагается на руководителей соответствующих учреждений. При возникновении ЧС эти формирования поступают в оперативеное подчинение органов управления службы медицины катастроф соответствующего уровня.

Основным мобильным лечебно-диагностическим формированием службы медицины катастроф является полевей многоцелевой госпиталь (ПМГ) и ВЦМК ''Защита''. Они предназначены для выдвижения в зону ЧС, приема пораженных, их сортировке, оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи пораженным, подготовку их к эвакуации, временной госпитализации нетранспортабельных, а также амбулаторной помощи населению.

При полном развертывании госпиталь может за сутки принять до 250 пораженных. Для госпитализации нетранспортабельных пораженных госпиталь может развернуть до 150 коек. К штатным подразделениям госпиталя относятся: управление, основные отделения (приемно-диогностическое, хирургическое, реанимационно-анестезиологическое, госпитальное, эвакуационное), подразделения обеспечения (аптека, отдел материально-технического обеспечения). Не штатными подразделениями госпиталя являются 17 бригад (сортировочная, диагностическая, дежурная экстренного реагирования, обще хирургическая, хирургическая детская, травматологическая, нейрохирургическая, ожоговая, офтальмологическая, реанимационная, терапевтическая, психиатрическая, инфекционная, радиологическая, токсиколокическая и эвакуационная и тд.). Бригады формируются из высококвалифицированных специалистов базовых лечебных учреждений. В зависимости от характера ЧС госпиталь комплектуется бригадами различного профиля и развертывается как хирургический, токсикологический, радиологический, терапевтический, педиатрический или многопрофильный

Бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) могут быть штатными или нештатными. Они являются мобильными формированиями службы медицины катастроф всех уровней и предназначены для специализации или усиления ЛПУ, участвующих в ликвидации последствий ЧС. Основными задачами БСМП являются: медицинская сортировка пораженных нуждающихся в специализированной помощи и лечение нетранспортабельных пораженных; подготовка пораженных к эвакуации в специализированные ЛПУ. Бригады формируются органами управления здравоохранения на базе республиканских, областных (краевых), городских многопрофильных и специализированных больниц, клиник медицинских Вузов, специализированных центров медицинского профиля и комплектуются из высококвалифицированных специалистов на добровольной основе.

В регионах в повседневной деятельности и повышенной готовности БСМП подчиняются руководителю учереждения-формирователя.

Руководитель учреждения – формирователя несет прямую ответственность за формирование БСМП и их готовность к выполнению возложенных на них задач. Он обязан:

-укомплектовать БСМП специалистами;

-обеспечить БСМП табельным имуществом и организовать его сохранность, своевременное обновление и возможность быстрой выдачи;

-при получении указания центра медицины катастроф обеспечить оповещение персонала БСМП и его сбор, своевременную доставку бригады в пункт сбора для отправки в район ЧС;

-организовать специальную подготовку личного состава БСМП и их аттестацию;

-осуществлять финансирование дежурств и работы БСМП в очаг ЧС.

Руководитель БСМП назначается приказом руководителя учереждения-формирователя, который отвечает за состояние готовности бригады к работе в ЧС и выполнению возложенных на нее задач. Он обязан:

-обеспечить постоянную готовность бригады к выполнению своих штатных задач;

-организовать и проводить специальную медицинскую подготовку персонала бригады;

-знать табельное имущество бригады, место его хранения, порядок получения и обеспечить своевременное его получение.

Специалисты бригады подчиняются руководителю бригады. Они обязаны:

-знать свои действия при оповещении, места сбора;

-знать задачи бригады и свои обязанности;

-совершенствовать профессиональные знания и навыки работы в составе БСМП;

-знать табельное оснащение бригады.

Объем медицинской помощи бригады включает: клинико-инструментальное обследование пораженных; комплексную противошоковую терапию; проведение всех видов оперативных вмешательств при повреждении органов грудной клетки и брюшной полостей; хирургическую обработку ран; оказание помощи с синдромом длительного сдавливания, повреждением магистральных кровеносных сосудов и др.

Состав бригады: руководитель (врач хирург), 2 врача – хирурга, врач – анестезиолог- реаниматолог, 2 операционных медицинских сестры, медицинская сестра – анестезист и медицинская сестра – перевязочная – всего 8 человек. За 12 ч. работы бригада может выполнить до 10 оперативных вмешательств.

К штатным формированиям службы медицины катастроф предназначенном для оказания пораженным первой врачебной помощи относятся врачебные выездные бригады. Врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи создаются на базе станций, подстанций, отделениями скорой медицинской помощи. Основными задачами бригады являются: медицинская сортировка пораженных; оказание первой врачебной помощи в установленном объеме и эвакуация пораженных из очага ЧС. Состав бригады: руководитель – врач, 2 фельдшера (либо фельдшер и медицинская сестра - анестезистка), санитар и водитель – всего 4 чел. На оснащении бригада имеет специальные укладки. За 6 ч. работы в ЧС бригада может оказать помощь 50 пораженным.

Врачебно-сестринские бригады являются не штатными мобильными формированиями службы медицины катастроф, предназначенными для оказания первой врачебной помощи, организации и подготовки к эвакуации пораженных из очага. Они создаются на базе городских, районных, участковых больниц, а также поликлинических учреждений и здравпунктов. Состав бригады: врач, старшая медицинская сестра, 2 медицинских сестры, санитар, водитель-санитар – всего 6 чел. Укомплектование медицинским имуществом врачебно-сестренских бригад осуществляется учреждениями- формирователями согласно табелю. За 6 ч. работы бригада обеспечивает оказание врачебной помощи 50 пораженным.

Бригады до врачебной помощи создаются и укомплектовываются согласно табелю, на базе городских, центральных, районных и участковых больниц, а также поликлинических учреждений и используются для работы в очагах ЧС. Состав бригады: руководитель – фельдшер (медицинская сестра), 1-2 медицинские сестры, водитель-санитар – всего 3-4 чел. За 6 ч. работы бригада может оказать помощь 50 пораженным.

Фельдшерские выездные бригады скорой медицинской помощи создаются на базе станций (подстанций, отделений) скорой медицинской помощи. Состав бригады: 2 фельдшера (один из них руководитель), санитар и водитель-санитар – всего 4 чел. На оснащении бригада имеет укладку укомплектованную согласно табелю. За 6 ч. работы бригада может оказать помощь 50 пораженным.

В соответствии с положениями, принятыми РСЧС, ВСМК организует свою работу в соответствии с тремя режимами функционирования: повседневной деятельности, повышенной готовности и чрезвычайной ситуации.

Головные и региональные центры формируют и поддерживают в состоянии готовности СПЭБ и группы экспертов, оказывают практичую помощь центрам Госсанэпиднадзора в оценке опасных для жизнедеятельности населения уровней загрязнения и заражения окружающей среды, осуществляют гигиеническую экспертизу и проводят экспертную оценку лабораторных исследований продовольственного сырья, продуктов питания и объектов окружающей среды.

Центры местного уровня – центры Госсанэпиднадзора в районах – должны осуществлять: государственный санитарно-эпидемиологический надзор за объектами из ''группы риска'', контроль за питанием и водоснабжением, проведение карантинных и обсервационных мероприятий в эпидемиологическом очаге, формирование групп эпидемиологической разведки.

Специализированные (не штатные) формирования госсанэпидслужбы предназначенные для организации и проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий по предупреждению и ликвидации ЧС. Формирование создается на базе центров Госсанэпиднадзора России, противочумных учреждений, научно-исследовательских институтов эпидемиологического профиля соответствующими приказами Минздрава России. Предусматривается создание следующих типов специализированных формирований:

-санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО)

-санитарно-эпидемиологических бригад(СЭБ)

-специализированные противоэпидемиологические бригады (СПЭБ)

-группы эпидемиологической разведки (ГЭР)

Санитарно-эпидемиологические отряды формируются центрами Госсанэпиднадзора в субъектах РФ, также за счет функционального объединения радиологической, санитарно-гигиенической и эпидемиологической бригад быстрого реагирования. Специализированная противоэпидемиологическая бригада является подвижным формированием постоянной готовности, предназначенным для проведения противоэпидемиологических и профилактических мероприятий в условиях чрезвычайных санитарно-эпидемиологических ситуациях или при угрозе их возникновения.

6. Организационная структура, задачи и принцыпы работы КЦМК?

Ответ: КЦМК имеет следующие структурные подразделения: администрация, отдел кадров, бухгалтерия, организационно-методический отдел, оперативно-диспетчерская служба, 4 отделения экстренной консультативной медицинской помощи (ОЭКМП) с бригадами специализированной медицинской помощи постоянной готовности, центр дистанционной диагностики и мониторинга неотложных состояний, отдел медицинского снабжения, лаборатория психофизиологического обеспечения, учебно-методический центр «Школа медицины катастроф», Краевой антирабический центр, отдел безопасности краевых ЛПУ. С 2005 г. в структуру КЦМК входит внештатный мобильный медицинский отряд, сформированный из сотрудников КЦМК, аттестованных на статус спасателя

Бригады КЦМК хорошо оснащены и обучены.

Деятельность КЦМК осуществляется в режимах: повседневной деятельности, повышенной готовности, режиме чрезвычайной ситуации. Основная цель деятельности КЦМК – сохранение жизни и здоровья максимальному числу пострадавших в ЧС, обеспечение доступности и качества скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи населению края

Основные задачи КЦМК:

-Управление медицинскими силами и средствами края при ЧС.

-Поддержание постоянной готовности сил и средств Службы к действиям в ЧС.

-Оказание экстренной квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

-Создание, хранение, рациональное использование резерва медикаментов и медицинского имущества для ликвидации медицинский последствий ЧС.

-Прогнозирование медико-санитарных последствий возможных ЧС.

-Планирование комплекса мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

-Подготовка органов управления, медицинских сил и средств к работе в условиях ЧС.

-Организация взаимодействия со всеми участниками ликвидации последствий ЧС.

-Подготовка населения по вопросам оказания первой помощи пострадавшим.

В настоящее время Служба медицины катастроф Алтайского края представлена:

Координационными органами - на региональном и муниципальном уровнях - представители соответствующего органа управления здравоохранением, входящие в состав комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности Администрации Алтайского края или органа местного самоуправления; на объектовом уровне - комиссия по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности организации.

Постоянно действующими органами управления – на региональном уровне - Краевой центр медицины катастроф (КЦМК), подразделения управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор); на муниципальном уровне - органы управления здравоохранением городов и районов края, на объектовом уровне - должностные лица медицинских организаций, уполномоченные решать задачи по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в соответствии со своими должностными обязанностями.

Силами и средствами - подразделения и формирования КЦМК и его филиалов, станции и отделения скорой медицинской помощи, учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, силы и средства наблюдения, контроля и ликвидации ЧС санитарно-эпидемиологического характера на территориях, лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), предназначенные в соответствии с возложенными на них обязанностями, для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

КЦМК организует и поддерживает постоянное взаимодействие с ВЦМК «Защита», территориальными центрами медицины катастроф Сибирского федерального округа, лечебно-профилактическими учреждениями городов и районов края, а также с различными учреждениями и ведомствами (ГУ МЧС России по Алтайскому краю, ФСБ, УВД, Роспотребнадзором и другими). С этой целью разработаны «План взаимодействия сил и средств, привлекаемых для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС на территории Алтайского края» и «План межтерриториального взаимодействия сил и средств службы медицины катастроф Сибирского федерального округа».

7. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях?

Ответ: Санитарно-противоэпидемическое обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях предполагает:

-определение задач, принципов и основных мероприятий санитарно-противоэпидемического обеспечения в чрезвычайных ситуациях;

-организация сети наблюдения и лабораторного контроля;

-организация санитарно-противоэпидемических мероприятий по контролю и защите продуктов питания, пищевого сырья, воды и организация их санитарной экспертизы в чрезвычайных ситуациях.

Задачи санитарно-противоэпидемиологической службы:

-Организация и координация службы по предупреждению ЧС;

-Обеспечение системы управления;

-Материально-техническое обеспечение;

-Подготовка специалистов;

-Научно-техническая разработка целевых программ;

-Подготовка банка данных потенциально-опасных производств, контроль за ними;

-Социальная защита сотрудников службы;

Принципы организации санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий по предупреждению ЧС:

-Построение системы в соответствии с РСМК;

-Государств характер и постоянная готовность службы;

-Единый подход к организации санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий;

-Дифференцированный подход к организации деятельности службы;

-Соответствие содержание и объема мероприятий цели и задачам конкретной ситуации;

-Участие всех служб в организации ликвидации ЧС;

-Создание в территориальных центрах необходимых отделов, секторов, групп или специалистов по контролю и координации действий в ЧС

-Организация взаимодействия с др. службами и органами власти;

Функции санитарно-противоэпидемиологической службы:

-Руководство в России системой предупреждения ЧС;

-Контроль за санитарными правилами при ЧС;

-Учет потенциально опасных санитарно-эпидемиологических объектов;

-Организация мероприятий по предупреждению ЧС;

-Контроль за профилактикой специфических и неспецифических инфекций;

Единые принципы организации работы снитарно-противоэпидемиологической службы:

-Приближение сил и средств очагам массового распространения инфекций;

-Сосредоточение работы в наиболее значимых объектах;

-Постоянная готовность;

Общие приоритетные задачи санитарно-противоэпидемиологической службы при ЧС:

-Оценка воды;

-Безопасность продуктов питания;

-Уничтожение отходов;

-Контроль за грызунами;

-Разведка;

-Санитарная очистка очагов ЧС;

-Санитарно- просветительская работа для предотвращения паники;

-Связь с другими службами и организациями;

Структра построения службы санитарно - противоэпидемиологического надзора:

1.Головной центр санитарно-противоэпидемиологической службы, Федеральный центр Госсанэпиднадзора, Противочумный центр, Центр НИИ Эпидемиологии, Санкт Петербургский НИИ радиационной гигиены;

2. Межригиональные центры по ЧС (Европа, Сибирь, Дальний Восток);

3. Головные и региональные центры санэпиднадзора;

4. Центры регионального уровня – НИИ эпидемиологии и микробиологии;

5. НИИ гигиены;

6. Территориальные противочумные станции;

7. Центры Госсанэпиднадзора на транспорте;

8. Территориальные центры госсанэпиднадзора

9. Центры Госсанэпиднадзора местного уровня (город район)

Задачи службы санитарно-противоэпидемиологического надзора:

-Санитарно-эпидемиологический надзор объектов группы риска, природной среды, водой, сельскохозяйственных продуктов;

-Организация мероприятий по ликвидации ЧС;

-Противоэпидемиологические мероприятия в эпидемиологическом очаге;

-Формирование бригад, групп и структур постоянной готовности;

-Подготовка специалистов;

-Разведка во всех направлениях;

-Контрольный отбор проб;

8. Медико – психологическая защита населения и спасателей в ЧС?

Ответ: «Психиатрия чрезвычайных ситуаций» - как наука сформировалась в последнее десятилетие, благораря чему российскими специалистами накоплен опыт медико-психологической защиты. Специфика работы в ЧС связана с тем что, дело приходится иметь с большими группами людей: пострадавшими, их родственниками, очевидцами, спасателями и даже порой с медицинским персоналом.

Две группы условий, оказывающих травмирующие воздействия на психику людей в зоне ЧС.

Первая группа – это условия связаны с наличием физической угрозы для жизни и здоровья человека. Среди них взрывы, пожары, обрушения конструкций зданий и сооружений, радиоактивное загрязнение, заражение внешней среды химически опасными веществами, токсические продукты горения и др. Психические нарушения, возникающие в результате их воздействия, наблюдаются в основном на фоне физиологических (медицинских) нарушений, к которым относятся травмы, ожоги, радиационные и химических поражении, болевой и травматический шок.

Вторая группа - связана в первую очередь с негативной информацией. Причинами некоторых психических нарушений являются отсутствие достоверной информации о масштабах ЧС и ее последствий о степени угрозы жизни и здоровью людей, не знание ими порядка действий в ЧС, переживание за судьбы родных и близких, изменение образа жизни, чувства бессилия перед обстоятельствами и неопределенностью будущего.

Психические расстройства, вызванные различной угрозой для жизни людей (пожар, взрыв, землетрясение, наводнение, ураганы и т.д.), невозможно полностью устранить или нейтрализовать в ходе работ по ликвидации ЧС, путем проведения медиками и спасателями планомерной психологической и социальной работы с пострадавшими. Однако можно значительно повысить психологическую устойчивость людей к этим воздействиям. Чтобы ее повысить, необходимо знать, каким образом у человека возникают и протекают наиболее типичные для ЧС психические расстройства, по каким признакам их можно отличить друг от друга и какую посильную помощь в конкретных условиях следует оказывать пострадавшему. Изучение и анализ психических расстройств, свидетельствует о том что в различных условиях развития чрезвычайных ситуаций наблюдаются различного рода психические нарушения. К примеру, при простых реакциях страха наблюдаются умеренное повышение активности (движения становятся четкими, экономичными, увеличивается мышечная сила), однако нарушается речь (ускоряется темп, появляются запинания, повышается сила и звонкость голоса). При сложных реакциях страха в первую очередь происходит двигательные расстройства - человек беспорядочно бесцельно мечется, делая большое количество бессмысленных движений, что мешает ему правильно и быстро принять решение и укрыться в безопасное место. В ряде случаев наблюдается паническое бегство. Иногда двигательные растройства характеризуются тем, что человек впадает в оцепенение и как бы застывает на месте. При попытке оказать ему помощь, он либо невольно подчиняется, либо реагирует негативно, оказывая сопротивление. Как при простой, так и при сложной реакциях у человека наблюдается значительное сужение сознания, непроизвольное самоустранение от происходящего.

Психические нарушения у пострадавших могут проявлятся в виде расстройств: психозы и неврозы. Психозы более опасны для пострадавшего и требуют квалифицированной медицинской и психиатрической помощи.

Мероприятия по ослаблению психологической напряженности среди населения включают:

-организацию информирования людей об обстановке в зоне ЧС, о характере и объеме проводимых аварийно - спасательных работ, о мерах по оказанию само – и взаимопомощи, о местах расположения медицинских эвакуационных пунктов;

-организацию медицинской сортировки пострадавших, изоляцию лиц, находящихся в тяжелом состоянии, оказание первой медицинской и психотерапевтической помощи, эвакуацию лиц, нуждающихся в госпитализации;

-обеспечение населения средствами индивидуальной защиты, необходимы препаратами, а также разъяснение правил их применения;

При оказании помощи лицам перенесшим психическую травму в результате ЧС следует знать и применять ряд основных принципов.

Безотлагательность – помощь пострадавшему должна быть оказана в кратчайшее сроки, чем больше времени пройдет с момента его травмирования, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств с появлением необратимых изменений в организме. Наиболее эффективна помощь, оказываемая по горячим следам, в первые минуты и часы после получения человеком травмы.

Приближенность – помощь необходимо оказывать как можно ближе к месту события. С лицом перенесшим стрессовую ситуацию надо обращаться как с нормальным человеком, чье состояние психологически понятно и объяснено пережитым событием. Важно поддерживать в пострадавшем уверенность в скором его возвращении к обычному состоянию, в том, что он вновь будет выполнять свою работу в полном объеме.

Медико-психоогическия защита населения при ЧС представляет собой важный участок работы, позволяющий значительно снизить количество людских потерь от поражающих факторов, при квалифицированной работе специалистов.

9. Подготовка лечебно-профилактического учреждения к работе в чрезвычайных ситуациях?

Включает:

1) Мероприятия по повышению устойчивости функционирования ЛПУ в чрезвычайных ситуациях.

2) Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в медицинских учреждениях здравоохранения.

3) Защита медицинского персонала, больных и имущества.

4) Организация работы больницы в чрезвычайных ситуациях.

5) Эвакуация медицинских учреждений.

1) Мероприятия по повышению устойчивости функционирования лечебно – профилактического учреждения в ЧС.

Важную роль в выполнении задач медико – санитарного обеспечения населения в ЧС принадлежит объектам здравоохранения - больницам, поликлиникам, центрам государственного санэпиднадзора, станциям скорой медицинской помощи и переливания крови, аптекам, аптечным складам. Одни из них являются базой создания учреждений и формирований службы медицины катастроф, участвуют в выполнении лечебно – эвакуационных, санитарно – гигиенических и противоэпидемических мероприятий, другие обеспечивают объекты здравоохранения и службу медицины катастроф средствами оказания медицинской помощи и лечения.

От готовности, степени устойчивости функционирования объектов здравоохранения, организации взаимодействия между ними во многом зависит решение задач по медико – санитарному обеспечению населения в ЧС. На учреждения здравоохранения возлагаются задачи по оказанию медико – санитарной помощи в ЧС, что ставит ЛПУ перед необходимостью устойчивой работы в любой экстремальной ситуации. Для повышения устойчивости функционирования лечебных учреждений здравоохранения, требуется выполнять ряд технических и других требований.

При определении системы надежности энергоснабжения и электроосвещения учреждений здравоохранения должны предусматриваться варианты аварийного освещения с помощью подвижных электростанций, устанавливаемых в незданий или в защищенных сооружениях и обеспечивающих подключение к сетям внутри здания.

Аварийное теплоснабжение обеспечивается созданием запасов газа в баллонах и других видов топлива (для котельных или печей) на период восстановления основного источника теплоснабжения, а также возможностью подачи газа от внешних сетей.

Водоснабжение в ЧС. Обеспечивается путем создания запасов питьевой воды из расчета 2л/сут. на больного (пострадавшего) и технической воды – по 10 л в сутки на койку.

Предусматривается возможность подачи воды с помощью трубопроводов (гибких шлангов) от внешних сетей.

Для защиты зданий лечебных учреждений от радиоактивных и химических веществ, задымленности и других вредных факторов создается максимально возможная герметичность внутренних помещений при закрытых окнах; система вентиляции должна при необходимости создавать подпор воздуха в палатах, операционных и процедурных и иметь систему фильтров в местах забора воздуха.

Система внутрибольничной безопасности от поражающих факторов (пожаро – взрывоопасные вещества, ядовитые радиоактивные вещества, материалы, содержащие патогенные для человека бактерии, вирусы грибы) должна планироваться и создаваться таким образом, чтобы больные и пораженные не имели контакта с перечисленными факторами. Это достигается рациональным распределением потоков больных и обслуживающего персонала, а также рациональным размещением и оборудованием соответствующих помещений больницы, созданием системы вентиляции и шлюзов, препятствующих распространению вредных факторов за пределы рабочих помещений.

Для защиты больных в стационарных учреждениях предусматривается строительство защитных сооружений (убежищь или противорадиационных укрытий).

Средства связи в больнице должны обеспечивать постоянную возможность быстрой подачи сигнала тревоги во все помещения, где находятся больные и персонал, через радиосеть или другую систему громкой связи. Дежурная смена во главе с руководством больницы оснащаются портативными переносными средствами связи для работы внутри здания и вне его в пределах слышимости. Эти же средства связи могут использоваться при выезде медицинских бригад в очаг ЧС.

Важнейшим элементом устойчивости работы учреждений здравоохранения являются резервы медицинского имущества, которые создаются на случае ЧС. К медицинскому имуществу относят: лекарственные средства, антидоты, радиопротекторы, изделия медицинского назначения, медицинскую техники, дезинфекционные средства и другие расходные материалы. Их накопление производятся по табелям оснащения медицинских формирований, используемых на период ЧС.

Соблюдение перечисленных требований с учетом особенностей учреждения во многом повысит устойчивость функционирования его при возникновении любой ЧС.

2) Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в больнице.

Готовность объектов здравоохранения определяется созданием соответствующих формирований, подготовленностью к проведению мероприятий в Ч.С, четкого управления в соответствии с имеющимся планами и конкретной обстановкой в ЧС.

Общими задачами для всех объектов здравоохранения по предупреждению последствий ЧС. являются:

- прогнозирование возможной обстановки и ее оценка при возникновении ЧС;

- планирование работы объекта в ЧС;

- организация мероприятий по подготовке объекта к работе в ЧС;

-организация защиты персонала и материальных средств от воздействия поражающих факторов с учетом прогнозируемой обстановки;

- повышение устойчивости функционирования объекта в ЧС.

Специфические задачи определяются для каждой группы объектов здравоохранения, исходя из предназначения в системе здравоохранения и возможных задач в ЧС. Для организации и проведения этих мероприятий в больнице создается объектовая комиссия по чрезвычайным ситуациям, которая возглавляется главным врачом или его заместителем по лечебной работе. Ответственность за создание и подготовку органов управления и формирований в больнице для работы в ЧС несет главный врач, который по положению является начальником гражданской обороны своего объекта.

В больницах приказом начальника ГО объекта (главврача) создается орган управления – штаб ГО объекта. Состав штаба определяется в зависимости от структуры больницы ее возможностей и решаемых задач в ЧС. В его состав включается основные руководящие работники, которым определяются функциональные обязанности в соответствии с характером выполняемой ими повседневной работы.

Для обеспечения плановой, целенаправленной подготовки больницы к работе в ЧС, ее руководству выдается план - задание. В нем кратко излагается возможная (прогнозируемая) обстановка в границах административной территории при возникновении ЧС. Это необходимо для того, чтобы персонал больницы мог сделать соответствующие выводы и использовать их при планировании мероприятий. В задании определяется, какие медицинские формирования и в какие сроки должны быть готовы к рабое в ЧС, порядок их обеспечения медицинским имуществом, транспортом. С учетом профиля больницы и возможностей ей предписывается какие пораженные и в каком количестве необходимо будет принять при ЧС, срок готовности к приему и время, в течение которого необходимо проводить прием, порядок дальнейшей эвакуации пораженных. Эти данные необходимы, чтобы персонал мог наиболее рационально спланировать экстренную выписку больных, находящихся на лечении, перепрофилировать лечебные отделения, развернуть на базе приемного приемно–сортировочное отделение, подготовить другие отделения, учитывая возможный профиль поступления пораженных в ЧС.

Получив задание, начальник штаба готовит проект приказа по лечебному учреждению, в соответствии с которым к работе привлекают весь состав штаба и персонал отделений, участвующих в ликвидации ЧС.

Работа штаба организуется в зависимости от режимов функционирования больницы.

В режиме повседневной деятельности штаб разрабатывает план защиты от поражения радиоактивными, ядовитыми веществами и биологическими средствами, организационные вопросы оказания медицинской помощи при прогнозируемых ЧС. В соответствии с возможными задачами проводит подготовку (обучение) личного состава, формирований и санитарно – просветительскую работу, организует мероприятия по подготовке больницы к устойчивой работе в условиях ЧС.

При угрозе возникновения Ч.С. (режим повышенной готовности) осуществляются следующие мероприятия:

-оповещение и сбор персонала больницы;

-введение круглосуточного дежурства руководящего состава;

-установление постоянного наблюдения, уточнения порядка работы постов наблюдения, выдача персоналу СИЗ, приборов радиационной и химической разведки;

-подготовки больницы к приему пораженных;

-проверка готовности органов управления и врачебно – сестринских бригад к оказанию медицинской помощи пораженным в районе бедствия и медицинскому обслуживанию населения в местах его проживания;

-повышение защиты больницы от поражающих факторов;

-проверка готовности больницы к эвакуации в безопасное место;

-закладка медицинского имущества в убежище города и объектов народного хозяйства, в стационары для нетранспортабельных;

-уточнение знаний медицинским персоналом особенностью патологии поражения возможными факторами ожидаемой ЧС.

При возникновении ЧС. (режим чрезвычайной ситуации) осуществляются следующие мероприятия:

-о ЧС и о проводимых мероприятиях информируется вышестоящий начальник;

-осуществляется сбор и оповещение сотрудников;

-организуется медицинская разведка;

-в район бедствия выдвигаются силы и средства больницы;

-продолжается освобождение коечного фонда от легкобольных и дополнительное развертывание больничных коек;

-выдаются средства индивидуальной защиты, проводится (по показаниям) экстренная профилактика, вакцинация и др.

-организуется (при необходимости) эвакуация в безопасное место персонала и больных, ценного имущества и документов больницы;

-организуется оказание медицинской и других видов помощи пораженным сотрудникам и больным объекта здравоохранения;

-обеспечивается поддерживание общественного порядка, наблюдение за окружающей средой;

-поддерживается взаимодействие с другими службами, местными органами здравоохранения, штабами по делам ГОЧС;

-проводится обеззараживание территории района бедствия, экспертиза воды, продовольствия и другие мероприятия.

Для выполнения основных задач больницы в соответствии с реально имеющимся возможностями и с учетом прогнозируемой обстановки, в которой она может оказаться при возникновении наиболее вероятных ЧС планируется проведение мероприятий при угрозе возникновения ЧС непосредственно в границах территории больницы (при пожарах, взрывах, затоплениях, террористических актах и др) на других близко расположенных к больнице объектах, транспортных магистралях.

Содержанием основных мероприятий при ЧС в ЛПУ являются:

- приведение в готовность в установленные сроки органа управления – штаба ГОЧС больницы;

- приведение в готовность медицинских формирований в установленные сроки, их использование в соответствии с предназначением и учетом обстановки;

-приведение в готовность объектовых формирований общего назначения (спасательных, пожаротушения, радиационного и химического наблюдения и др.) предназначенных для защиты больных и персонала, ведения спасательных работ на территории больницы; определения порядка их использования;

-выделение медицинского персонала и медицинского имущества в целях медико – санитарного обеспечения населения при его эвакуации из города и возможно опасных зон, в местах его расселения, а также при его размещении в защищенных сооружениях;

-доукомплектование больницы медицинским, санитарно – хозяйственным, специальным имуществом, транспортом;

-приведение в готовность защитных сооружений (в том числе стационаров для нетранспортабельных больных);

- эвакуация больницы из города (если она предусмотрена) и развертывание загородной зоне;

-прием пораженных (больных) при возникновении ЧС, оказание квалифицированной медицинской помощи и лечение;

- организация управления учета и отчетности.

Больница руководствуясь заданием, планирует выполнение тех мероприятий из числа перечисленных, которые обеспечивают решение задач при возникновении Ч.С.

4) Организация работы больницы в чрезвычайных ситуациях.

Работа лечебного учреждения в ЧС организуется в соответствии с планом работы ГОЧС объекта в мирное время. При возникновении ЧС больница может решать две разные по содержанию задачи.

Если больница подвергается воздействию поражающих факторов ЧС, то необходимо прежде всего обеспечить защиту больных, персонала, уникального оборудования, других материальных средств и в зависимости от обстановки, приступить к оказанию медицинской помощи пораженным, в том числе и своему персоналу, а также больным, которые могут подвергаться воздействию поражающих факторов.

Если больница не подвергается воздействию поражающих факторов ЧС, она в соответствии с имеющимся заданием, приводит в готовность создаваемые на базе медицинские формирования медицины катастроф, перепрофилирует коечную сеть некоторых отделений, обеспечивает прием пораженных и оказание медицинской помощи.

Медицинские формирование созданные в больнице, используются в соответствии со сложившейся обстановкой и полученным распоряжением вышестоящего органа здравоохранения.

Получив информацию об угрозе возникновения ЧС, ответственный дежурный по больнице задействует схему оповещения и сбора руководящего состава и одновременно принимает меры к выполнению мероприятий, предусмотренных планом:

-ставятся в известность вышестоящие органы здравоохранения;

-приводятся в готовность к выдвижению соответствующего формирования (сбор персонала, получение имущества и т. п.)

-выставляется (при необходимости) пост наблюдения радиационной и химической разведки;

-приводится в готовность СИЗ и МСИЗ, а также средства коллективной защиты персонала и больницы;

-на улице и внутри помещения устанавливаются указатели направления движения потоков пораженных;

-уточняются списки больных, которые могут быть выписаны на амбулаторно- поликлиническое лечение;

-принимаются меры к увеличению коечной емкости больницы для пораженных не только за счет выписанных больных, но и использованием дополнительных площадей;

-увеличивается численность персонала приемного отделения; проверяется знание персоналом по приему и сортировки пораженных, готовность санитарного пропускника к проведению частичной и полной санитарной обработки, наличие обменного фонда носилок и белья;

-в операционно – перевязочном отделении, в отделении реанимации и интенсивной терапии принимаются меры к увеличению пропускной способности. Устанавливаются дополнительное количество операционных, перевязочных столов, кислородной аппаратуры и др.

-устанавливается круглосуточное дежурство медперсонала;

-осуществляется замена медицинского персонала, убывающего в составе формирований;

- проверяется наличие аварийного освещения и водоснабжения.

В соответствии с заданием и складывающейся обстановкой больница может развертываться по нескольким вариантам: для приема пораженных с механической травмой, для приема пораженных с механической травмой и ожогами, для приема пораженных АОХВ.

При поступлении пораженных в больнице проводится их сортировка. Для этого развертывается (СП) сортировочный пост, сортировочная площадка, площадка санитарной обработки и приемное отделение СП выставляется при въезде в больницу на расстоянии зрительной и звуковой связи с приемным отделением. Там работает фельдшер (медицинская сестра) и дозиметрист. Они ведут постоянное наблюдение за окружающей обстановкой и встречают транспорт с пораженными.

От СП транспорт направляется на сортировочную площадку для выгрузки пораженных, при первичном осмотре выделяются ходячие и носилочные больные. При выходе из транспорта ходячих размещают в отведенном для этого месте отдельно от носилочных. При сортировке выделяют подозрительных на инфекционное заболевание или явно больных и направляют их в инфекционный изолятор, пораженных в состояние психомоторного возбуждения в психоизолятор.

После проведения медицинской сортировки пораженные направляются в соответствующие функциональные отделения, где им оказывается медицинская помощь в полном объеме.

5) Эвакуация медицинских учреждений.

На ряду с организацией медико – санитарного обеспечения населения большое значение придается планированию и организации передислокации лечебных учреждений и медицинских формирований из крупных городов. Эвакуация ЛПУ имеет целью защиту больных, персонала ЛПУ, личного состава медицинских формирований, членов семей персонала, а также защиту и сохранение медицинского и санитарно – хозяйственного имущества.

Своевременная эвакуация ЛПУ позволяет развернуть на территории вне района ЧС сеть больниц совместно с местными ЛПУ и обеспечить оказания квалифицированной и специализированной помощи пораженным и необходимую медицинскую помощь эвакуируемому и постоянно проживающему населению.

Эвакуация может осуществляться автомобильным, железнодорожным и водным транспортам. Ответственным за организацию эвакуации ЛПУ является главный врач. Для планирования, организации, осуществление эвакомедмероприятий и заблаговременной подготовке места размещения медицинского учреждения приказом главного врача создается орган – объектовая эвакуационная комиссия.

Руководитель ЛПУ и председатель объектовой эвакуационной комиссии должны заранее знать конечный пункт эвакуации, маршрут следования, порядок получения и выделения транспортных средств, отведённые помещения в загородной зоне, а также задачи медицинского учреждения в районе размещения

Для планирования органы управления здравоохранением каждому ЛПУ выдают план – задание, в котором указывается профиль развёртываемого лечебного учреждения, количество коек, перечень медицинских формирований для работы вне больницы, место размещения эвакуируемого учреждения, необходимое количество помещений. Кроме того, указываются данные о видах и количестве предоставляемого транспорта, наименование организаций, выделяющих автотранспортные средства для эвакуации, с указанием сроков их прибытия.

При планировании эвакуации лечебного учреждения штабом ГО объекта определяется численность врачей, среднего медицинского и обслуживающего персонала, подлежащего выделению в распоряжение органам здравоохранения (в медицинские формирования, в эвакопункты и др.), для медицинского обслуживания нетранспортабельных больных и для развёртывания больницы вне зоны Ч.С.

При проведении расчётов необходимо учесть, что медицинский персонал, закончивший работу на эвакопунктах и медицинских формированиях, обязан вернуться в свои учреждения в городе или прибыть на новое место их размещения.

Определяется число врачей из среднего медицинского и обслуживающего персонала, подлежащих эвакуации с лечебным учреждением. Нетрудоспособные члены семей эвакуируются с учреждениями. Поэтому необходимо уточнить численность членов семей, подлежащих эвакуации. Создаётся оперативная группа в составе 3 – 4 человек (врач, медицинская сестра, член эвакокомиссии и др.) с целью подготовке к приёму на новом месте размещения ЛПУ.

Все больные, находящиеся на лечении в данном лечебном учреждении, по эвакуационному предназначению распределяется на 3 основные группы:

-больные, не нуждающиеся в дальнейшем продолжении стационарного лечения и подлежащие выписке (около 50%); они после выписки самостоятельно следуют до места жительства.

-транспортабельные больные, которые по состоянию здоровья не могут быть выписаны из больницы, эвакуируются вместе с эти учреждением (около 45%).

-нетранспортабельные больные, которые не способны без ущерба для здоровья перенести эвакуацию (около 5%). Эта группа больных должна быть оставлена в городе и укрыта в специально оборудованном убежище лечебного учреждения (лечебном стационаре для нетранспортабельных больных).

Производится также расчёт и распределение медикаментов, перевязочного материала, медицинского и санитарно – хозяйственного имущества, в том числе для обеспечения нетранспортабельных больных и комплектования сумок (укладок) неотложной помощи, которые выдают медицинскому персоналу для оказания медицинской помощи эвакуируемому населению, на эвакуационных пунктах и при сопровождении транспортабельных больных в пути следования.

Для расчёта потребности транспортных средств необходимо определить тоннаж и объём имущества, подлежащего эвакуации с лечебным учреждением. Заблаговременно в каждом отделении лечебного учреждения назначаются лица, ответственные за выписку больных, подготовку транспортабельных к эвакуации и перемещению нетранспортабельных в защитные сооружения. Истории болезни транспортабельных больных эвакуируются вместе с больными.

На основе проведённых расчётов разрабатываются следующие документы:

-схема оповещения для сбора персонала учреждения;

-обязанности медицинского персонала по подразделениям и по предназначению на период подготовки и проведения эвакуации учреждения;

-план размещения нетранспортабельных больных и список выделяемого медицинского и обслуживающего персонала;

-расчёт распределения санитарно – хозяйственного имущества;

-схема эвакуации учреждения с указанием порядка и последовательности эвакуации больных, персонала и имущества;

-план проведения учений по эвакуации учреждения и график проведения тренировочных занятий с медицинским и другим персоналом.

При поступлении распоряжения на эвакуацию, руководитель учреждения обязан:

-оповестить об этом подчинённых, личный состав;

-направить оперативную группу в район эвакуации;

-организовать выписку больных подлежащих амбулаторному лечению;

-разместить нетранспортабельных больных в убежище стационара, оставив для их обслуживания часть медицинского персонала;

-организовать эвакуацию медицинских формирований, создаваемых на базе данного учреждения в заранее намеченные районы;

-последовательно эвакуировать больных, персонал, членов семей, необходимое медицинское имущество, запасы питания и воды.

При проведении эвакуации инфекционной больницы соблюдаются необходимый санитарно – эпидемиологический режим (больные эвакуируются на специальном транспорте согласно графика использования дорог, выделяемого для их движения). Эвакуация психиатрических больных и диспансеров (вместе с больными) также имеет свои характерные особенности, что отражается в планах лечебного учреждения.

Заключительным этапом эвакуационных мероприятий ЛПУ является консервация помещения и сдача его под охрану.

При планировании в любой инстанции должны использовать единые критерии оценки возможностей медицинских учреждений и формирований при их работе в условиях ЧС. Реальность в планировании достигается при глубоком изучении исходных данных, используемых при обработке документов, их анализе и сопоставлении по объектам здравоохранения. Отрабатываемые планирующие документы не должны содержать излишнюю повторяющуюся в различных разделах информацию, материалы справочного характера, а их формы должны соответствовать принятым образцам.

10. Организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях. Особенности медицинской сортировки. Оказание медицинской помощи детям?

Сохранение жизни и здоровья людей при различных ЧС, вызванных стихийными бедствиями и авариями, является важнейшей государственной задачей федеральных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления. Проблема совершенствования медицинской помощи населению, пострадавшему в результате стихийных бедствий и аварий, является одной из актуальных задач, стоящих пред службой медицины катастроф.

Успешное решение данной проблемы в значительной степени зависит от особенностей ЧС и прогноза развития событий в ходе ликвидации медико – санитарных последствий в реальной обстановке. Существенное влияние на исход ситуации могут оказать гибель медицинских работников, потеря материально – технической и других ценностей, разрушение зданий, нарушение целостности дорог и линий связи, нарушение энерго – и водоснабжения, возникновение вторичных органов поражения, скудность и недостаточность поступающей информации.

Лечебно – эвакуационное обеспечение – это комплекс организованных, медицинских, технических и других мероприятий по розыску пораженных, их сбору, вынесу (выводу) из очага поражения, оказанию соответствующего вида медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации в сочетании с их эвакуацией до места окончательного лечения. На организации ЛЭО влияют размеры очага поражения, вид катастрофы, количества пораженных, характер поражений, степени выхода из строя сил и средств здравоохранения в зоне поражения, уровень развития медицинской науки, состояние материально – технического оснащения СМК, наличие или отсутствия на местности опасных для человека поражающих факторов (разрушенных строений, АОХВ) и др.

Основными факторами, определяющими организацию мероприятий по медицинскому, в том числе и лечебно – эвакуационному обеспечению в ЧС являются:

- практически одномоментно или в течение короткого отрезка времени возникает значительное количество санитарных потерь (пораженных, больных);

- нуждаемость большинства пораженных в первой медицинской помощи, которая для многих является необходимой для сохранения жизни и должна быть оказана в самое ближнее время после поражения, по возможности на месте, где оно получено, или вблизи него;

- нуждаемость значительной части пораженных в специализированной медицинской помощи и госпитальном специализированном лечении, при этом для многих пораженных это помощь носит неотложный характер и должна быть оказана в кратчайший срок;

- нехватка сил и средств здравоохранения вблизи зоны (района) ЧС, которые бы могли обеспечить выполнение в оптимальные сроки требуемого комплекса лечебно – эвакуационных мероприятий в отношении всех пораженных;

- отсутствии возможности на месте обеспечить специализированную медицинскую помощь и необходимость в связи с этим эвакуации пораженных в лечебные учреждения;

- необходимость специальной подготовки пораженных для снижения отрицательного воздействия транспортировки на их здоровье.

Анализ перечисленных факторов позволяет сделать два важных вывода.

Первый - система медицинского обеспечения, действующая в обычных условиях (в повседневной деятельности) на данной территории, в большинстве случаев оказывается достаточной для ликвидации последствий ЧС, так как она предусматривает оказание всего объема необходимой медицинской помощи и лечение больных в одном лечебном заведении. Такая система называется «лечение на месте».

Второй - значительное количество одновременно поступающих пораженных, отсутствие вблизи от очага ЧС достаточных возможностей сохранить жизнь пораженным и снять риск возникновения тяжелых осложнений предпологает эвакуацию пострадавших до лечебного учреждения, где такая помощь и лечение могут быть осуществленны. Все это требует применять другую систему оказания медицинской помощи – систему этапного лечения с эвакуацией пораженных по назначению. Сущность этой системы состоит в своевременном, последовательном и приемственном оказании помощи в очаге поражения и на этапах медицинской эвакуации, в сочетании с транспортировкой пораженных до лечебного учреждения, где обеспечивается исчерпывающая медицинская помощь и полноценное лечение.

Своевременность оказания медицинской помощи пораженным является важным требованием ЧС. Медицинская помощь должна оказываться в сроки, наиболее благоприятные для последующего восстановления здоровья пораженного.

Своевременность в оказании медицинской помощи достигается надлежащей организацией выноса и вызова пораженных из очагов ЧС, быстрейшей их транспортировкой на этапах медицинской медицинской эвакуации. Преемственность и последовательность в системе ЛЭО населения в ЧС. заключается в соблюдении единых методов лечения пораженных и последовательное наращивание лечебных мероприятий на этапах медицинской эвакуации.

Преемственность медицинской помощи и лечение может быть осуществлена только в этом случае, если на каждом последующем этапе медицинской эвакуации будет известно, что сделано при предшествующем этапе, какая медицинская помощь и когда была оказана пораженному. Это достигается тщательным заполнением медицинской карты.

Медицинская помощь пораженным и их лечение в ЧС осуществляется в формированиях и учреждений службы медицины катастроф, распложенных на путях эвакуации в определенной последовательности. Такие лечебные учреждения называются этапами медицинской эвакуации. Под этапом медицинской эвакуации понимают формирование и учреждения, развернутые на путях эвакуации пораженных и обеспечивающие их прием, медицинского сортировку, оказания медицинской помощи, лечение и подготовку (при необходимости) и дальнейшей эвакуации. Каждый этап медицинской эвакуации осуществляет определенные лечебно – профилактические мероприятия, которые в совокупности составляют объем медицинской помощи, свойственность данному этапу.

Объем медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации не является постоянным и может изменятся в зависимости от обстановки. Несмотря на разнообразие условий, определяющих деятельность отдельных этапов медицинской эвакуации, в основе их организации лежат общие принципы, согласно которым в составе этапа медицинской эвакуации разворачиваются следующие функциональные подразделения:

- приемно – сортировочное отделение;

- отделение санитарной обработки пораженных и дезактивации одежды;

- операционно – перевязочные отделение;

- госпитальное отделение для госпитализации и лечения пораженных;

- эвакуационное отделение для размещения пораженных, подлежащих дальнейшей эвакуации;

- изолятор для размещения инфекционных больных.

В состав этапа медицинской эвакуации также входит управление, аптека, лаборатория, хозяйственные подразделения и т.д. Этапы медицинской эвакуации должны быть готовы к работе в любых даже самых сложных условиях.

В системе ЛЭО населения для большинства катастроф предусматриваются определенные виды медицинской помощи.

Виды медицинской помощи – это официально установленный перечень лечебно – профилактических мероприятий, выполняемых в системе ЛЭО, с использованием табельного медицинского оборудования (за исключением само и взаимопомощи).

Службы медицинской катастроф признала целесообразность расчленения единого лечебного процесса на пять видов медицинской помощи – первую медицинскую, доврачебную, первую врачебную, квалифицированную и специализированную.

Первая медицинская помощь – вид медицинской помощи, включающий комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых непосредственно на месте поражения или вблизи него впорядке само- и взаимопомощи, а также участниками аварийно – спасательных работ (или медицинскими работниками) с использованием табельных или подручных средств. Оптимальный срок оказания первой медицинской помощи до 30 мин. после получения травмы.

При остановке дыхания это время определяется до 5 – 10 мин. Возможность фактора времени подчеркивается тем, что среди лиц, получивших первую медицинскую помощь в течении первых 30 мин. после травмы, осложнения возникаю в 2 раза реже, чем у лиц, которым они были оказаны позже.

По данным ВОЗ каждые 20 и 100 погибших в результате несчастных случаев в мирное время могли быть спасены, если бы первая медицинская помощь им была оказана на месте происшествия.

Доврачебная медицинская помощь – вид медицинской помощи, является дополнением к первой медицинской помощи. Имеет своей целью устраненные предупреждения расстройств (кровотечения, асфиксии, судороги и т.д.), угрожающих жизни пораженных и подготовку к дальнейшей эвакуации. Помощь оказывается фельдшером или медицинской сестрой в очаге поражения с использованием табелньных средств медицинского имущества. Оптимальный срок оказания доврачебной помощи – до 1 одного часа после травмы.

Первая врачебная помощь – вид медицинской помощи, включающий комплекс лечебно профилактических мероприятий, выполняемых врачами общего профиля.

Оптимальным сроком оказания первой врачебной помощи явлются первые 4 – 5 часов после травмы.

Квалифицированная медицинская помощь – вид медицинской помощи, включающий комплекс лечебно – профилактических мероприятий, выполняемых врачами специалистами широкого профиля. Оптимальными сроками оказания ее считается первые 8 – 12 часов после получения травмы.

Специализированная медицинская помощь – вид медицинской помощи, включающий комплекс исчерпывающих лечебно – профилактических мероприятий, выполняемых врачами – специалистами различного профиля в специализированных лечебных учреждениях с использованием специального оснащения. Она должна быть оказана, по возможности, в крайнее сроки, но не позднее 3 суток.

Квалифицированная и специализированная медицинская помощь в специализированных лечебных учреждениях часто выполняется одновременно и нередко трудно провести между ними четкую грань.

Важнейшим организационным мероприятием обеспечивающим четкою реализацию системы ЛЭО, является медицинская сортировка. Основы ее разработаны русским хирургом Н.И. Пироговым более 150 лет назад.

Медицинская сортировка – это распределение пораженных на группы, исходя из нуждаемости в однородных лечебно – профилактических и эвакуационных мероприятий в зависимости от медицинских показателей и конкретных условий обстановки. Цели сортировки состоит в том, что бы обеспечить пораженным своевременное оказание медицинской помощи в оптимальном объеме и рациональную эвакуацию. Медицинская сортировка должна начинаться непосредственно в пунктах сбора пораженных, проводится на этапе медицинской эвакуации и осуществляется во всех его функциональных подразделениях.

В зависимости от задач в процессе медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации различают два вида медицинской сортировки: внутри пунктовую и эвакуационно – транспортную.

Медицинская сортировка ведется на основе определения диагноза поражения и его прогноза, поэтому всегда носят диагностический и прогностический характер. Для фиксирования результатов медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации применяются цветные фигурные сортировочные марки и делаются записи первичной медицинской карте.

В основе сортировки сохраняется три основных сортировочных признака: опасность для окружающих; лечебный; эвакуационный.

Опасность для окружающих определяет степень пораженных в санитарной обработке, изоляции. В зависимости от этого пораженных распределяют на группы.

- нуждающихся в специальной (санитарной) обработке (частичной или полной);

- подлежащих временной изоляции (в инфекционном или психоневрологическом изоляторе);

- не нуждающихся в специальной обработке.

Лечебный признак - по степени нуждаемости в медицинской помощи выделяет пораженных:

- нуждающихся в неотложной медицинской помощи;

- не нуждающихся в медицинской помощи (помощь может быть отсрочена);

- пораженный с травмой, не совместимой с жизнью, нуждающийся в симптоматической помощи, облегчающей страдание.

Эвакуационный признак – необходимость очередной эвакуации, вид транспорта и положенного пораженного на транспорте. Исходя из этого признака, пораженных распределяют по группам:

- подлежащих эвакуации за пределы очага в другие территориальные лечебные учреждения с учетом эвакуационного предназначения, очередность эвакуации, способа эвакуации (лежа, сидя), вид транспорта;

- подлежащих госпитализации в данном лечебном учреждении (по тяжести состояния, не транспортабельности) временно или до окончательного исхода;

- подлежащих возвращению по месту жительства или кратковременной задержке на медицинском этапе для медицинского наблюдения.

Особенности организации оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях.

Среди пострадавших в ЧС нередко значительную долю составляют дети. По статистике число потерь детского населения достигает 12-25 % от числа пораженного населения. Оказание медицинской помощи детям должно осуществляться с учетом анатомо-физиологических особенностей детского организма.

У детей относительно более широкие артерии (отношение их просвета к просвету вен почти вдвое больше чем у взрослых), в результате чего кровопотеря происходит быстрее, а дети тяжело переносят даже незначительную кровопотерю. Так, у новорожденного ребенка потеря 50 мл крови приравнивается к потере крови у взрослого до 600 – 1000 мл. АД отличается от такого же у взрослых. В возрасте до 1 года оно равно 90/55, три года – 100/60, в 10 лет 105/70 мм рт. ст. Характерно для детского организма – способность длительно поддерживать нормальный уровень артериального давления в условиях выраженной гиповолемии, достигающей 35 – 40% дефицита циркулирующей крови. Срыв компенсорных механизмов проявляется резким (под час необратимой) снижением сердечно – сосудистой деятельности. Органы дыхания у детей отличаются ранимостью ткани, относительной узостью воздухоносных путей, слизистая оболочка которых богата лимфатическими и кровеносными сосудами. В связи с этим быстро возникающий отек слизистой приводит к нарушению проходимости дыхательных путей.

Костная система у детей отличается высокой эластичностью и гибкостью, что связано с меньшим количеством минеральных солей в костях и хорошо развитой надкостницей. Эта анатомическая особенность, с одной стороны, снижает частоту переломов костей у детей, а с другой, приводит к типичным для детского возраста повреждениям скелета (надлома, перелома по типу «зеленной ветки», надкостные переломы и др.)

При организации первой медицинской помощи необходимо учитывать, что у детей исключается элемент само- и взаимопомощи, поэтому особое внимание должно быть обращено на своевременность высвобождения пораженных детей из под обломков зданий, разрушенных укрытий, тушения горящей (тлеющей) одежды и устранения других поражающих факторов. При воздействии одинаковой степени тяжести поражающего фактора дети имеют преимущество перед взрослыми при получении медицинской помощи как в очаге поражения, так за его пределами.

Для временной остановки наружного кровотечения из отделов конечностей в большинстве случаев, учитывая слабое развитие мускулатуры детям до 3 лет на поврежденную конечность достаточно положить давящую повязку без применения кровоостанавливающего жгута.

При проведении детям закрытого массажа сердца необходимо рассчитывать силу нажатий на нижний отдел грудины, что б не вызвать дополнительную травму грудной клетке у пораженного, а так же частоту нажатий.

В местах погрузки пораженных на транспорт используется все возможности для укрытия детей от неблагоприятных климатических и погодных условий. Транспортировка детей из очага осуществляется в первую очередь.

Детей до 5 лет выносят из очага на руках, доставляя их к месту оказания первой врачебной помощи.

Первая медицинская помощь пораженным детям, как и взрослым оказывается по неотложным (жизненным) показаниям: борьба с асфиксией кровотечением, шоком. При эвакуации пораженных детей, по возможности, используются щадящие виды транспорта в сопровождении медицинского персонала. Квалифицированную и специализированную медицинскую помощь детям пострадавшим в Ч.С., следует оказывают в детских лечебно профилактических учреждениях, в детских отделениях больниц. При отсутствии такой возможности в лечебных учреждениях для взрослого населения профилируются для детей до 20% коечной емкости.

Медицинская экспертиза и реабилитация участников ликвидации последсивий чрезвычайных ситуаций.

Врачебная экспертиза и медицинское освидетельствование спасателей представляет собой комплекс мероприятий, направленных на определение годности граждан к работе спасателями.

Она включает:

- изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования;

- определения годности граждан при поступлении на работу спасателем и степени годности к этой работе;

- экспертизу состояния здоровья граждан на период их увольнения с работы спасателем (на момент расторжения договора или контракта);

-определение причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у спасателей, признанных по состоянию здоровья негодными (временно негодными) к работе спасателями;

-оценку эффективности профилактической работы в аварийно – спасательных службах и медицинской реабилитации спасателей.

Для решения задач медицинской экспертизы спасателей создаются органы врачебной экспертизы – штатные врачебно – экспертные комиссии и внештатные (постоянно или временно действующие) клинико – экспертные комиссии лечебно-профилактических учреждений, в которых спасатели состоят на медицинском обслуживании. Штатные врачебно – экспертные комиссии являются структурными подразделения учреждений, на базе которых они создаются.

На штатные врачебно -экспертные комиссии возлагаются следующие функции:

- организация медицинской экспертизы в аварийно – спасательных службах;

- методическое руководство нештатных клинико – экспертных и врачебно – экспертных комиссий, контроль за их деятельностью;

- создание и ведение банка данных о состоянии здоровья спасателей;

-организация научных исследований по вопросам медицинской экспертизы и медицинского освидетельствования спасателей.

- организация и ведения медицинского учета и отчетности по вопросам медицинской экспертизы.

Функции внештатных врачебно – эксперных комиссий являются:

- постоянная работа клинико – экспертных комиссий лечебно – профилактических учреждений

-работа временно действующих врачебно-экспертных комиссий, создаваемых по необходимости на определенный период времени для очередного планового освидетельствования спасателей приказом начальника региональной (территориальной) аварийно – спасательной службы.

В состав временно действующих врачебно – экспертных комиссий могут включаться врачи аварийно – спасательных формирований и других медицинских учреждений. Председателем комиссии назначается наиболее подготовленный по вопросам врачебной экспертизы врач – специалист из числа привлекаемых к работе комиссии врачей. Методическое руководство работой комиссии организуется и осуществляется центрами медицины катастроф. Освидетельствование граждан, поступающих на работу спасателями, осуществляется перед заключением договора (контракта), а работающих спасателей – по результатам медицинских осмотров, при наличии заболеваний (увечий), которые могут привести к изменению категории годности спасателя.

Руководители организацией (учреждений, предприятий), в которых работают спасатели, несут ответственность за своевременное направление спасателей на очередное и внеочередное медицинское обследование и освидетельствование.

Основными принципами медицинской и профессиональной реабилитации спасателей являются этапность и преемственность, а так же своевременное проведение, широкий набор средств и методов реабилитации, индивидуальный подход. Медицинская и профессиональная реабилитация подразделяется на 4 этапа:

1. Экстренная реабилитация, предусматривающая поддержание оптимального уровня профессионального здоровья в целях обеспечивания надежности деятельности спасателей в ЧС.

2. Амбулаторно - поликлиническая реабилитация, предусматривающая экспертизу психосоматического состояния, коррекцию и восстановление профессиональности и трудоспособности спасателей.

3. Стационарная реабилитация, заключающаяся в восстановлении профессионального здоровья спасателей, нарушенного в результате заболеваний и нервно – психических воздействий.

4. Санаторно – курортная реабилитация, направленная на полное восстановление функциональных резервов организма и коррекцию оставшихся психосоматических нарушений.

Все этапы объединены единой целью: обеспечить сохранения и поддержания на оптимальном уровне профессиональной трудоспособности спасателей.

Особенности организации оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях.

Среди пострадавших в ЧС нередко значительную долю составляют дети. По статистике число потерь детского населения достигает 12-25 % от числа пораженного населения. Оказание медицинской помощи детям должно осуществляться с учетом анатомо-физиологических особенностей детского организма.

У детей относительно более широкие артерии (отношение их просвета к просвету вен почти вдвое больше чем у взрослых), в результате чего кровопотеря происходит быстрее, а дети тяжело переносят даже незначительную кровопотерю. Так, у новорожденного ребенка потеря 50 мл крови приравнивается к потере крови у взрослого до 600 – 1000 мл. АД отличается от такого же у взрослых. В возрасте до 1 года оно равно 90/55, три года – 100/60, в 10 лет 105/70 мм рт. ст. Характерно для детского организма – способность длительно поддерживать нормальный уровень артериального давления в условиях выраженной гиповолемии, достигающей 35 – 40% дефицита циркулирующей крови. Срыв компенсорных механизмов проявляется резким (под час необратимой) снижением сердечно – сосудистой деятельности. Органы дыхания у детей отличаются ранимостью ткани, относительной узостью воздухоносных путей, слизистая оболочка которых богата лимфатическими и кровеносными сосудами. В связи с этим быстро возникающий отек слизистой приводит к нарушению проходимости дыхательных путей.

Костная система у детей отличается высокой эластичностью и гибкостью, что связано с меньшим количеством минеральных солей в костях и хорошо развитой надкостницей. Эта анатомическая особенность, с одной стороны, снижает частоту переломов костей у детей, а с другой, приводит к типичным для детского возраста повреждениям скелета (надлома, перелома по типу «зеленной ветки», надкостные переломы и др.)

При организации первой медицинской помощи необходимо учитывать, что у детей исключается элемент само- и взаимопомощи, поэтому особое внимание должно быть обращено на своевременность высвобождения пораженных детей из под обломков зданий, разрушенных укрытий, тушения горящей (тлеющей) одежды и устранения других поражающих факторов. При воздействии одинаковой степени тяжести поражающего фактора дети имеют преимущество перед взрослыми при получении медицинской помощи как в очаге поражения, так за его пределами.

Для временной остановки наружного кровотечения из отделов конечностей в большинстве случаев, учитывая слабое развитие мускулатуры детям до 3 лет на поврежденную конечность достаточно положить давящую повязку без применения кровоостанавливающего жгута.

При проведении детям закрытого массажа сердца необходимо рассчитывать силу нажатий на нижний отдел грудины, что б не вызвать дополнительную травму грудной клетке у пораженного, а так же частоту нажатий.

В местах погрузки пораженных на транспорт используется все возможности для укрытия детей от неблагоприятных климатических и погодных условий. Транспортировка детей из очага осуществляется в первую очередь.

Детей до 5 лет выносят из очага на руках, доставляя их к месту оказания первой врачебной помощи.

Первая медицинская помощь пораженным детям, как и взрослым оказывается по неотложным (жизненным) показаниям: борьба с асфиксией кровотечением, шоком. При эвакуации пораженных детей, по возможности, используются щадящие виды транспорта в сопровождении медицинского персонала. Квалифицированную и специализированную медицинскую помощь детям пострадавшим в Ч.С., следует оказывают в детских лечебно профилактических учреждениях, в детских отделениях больниц. При отсутствии такой возможности в лечебных учреждениях для взрослого населения профилируются для детей до 20% коечной емкости.

11. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий ЧС техногенного (антропогенного) характера?

Ликвидация медико-санитарных последствий ЧС включает комплекс проводимых лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по устранению непосредственной опасности для жизни и здоровья людей, созданию благоприятных условий для успешного их последующего лечения и реабилитации, а также по восстановлению жизнеобеспечения населения. Выполнение этих мероприятий является приоритетной задачей медицины катастроф.

Классификация антопогенных катастроф:

Транспортные – авиа, космические, железнодорожные, автодорожные, речного и морского транспорта.

Производственные – механические, химические, радиационные, бактериологические.

Специфические – эпидемии, войны.

Социальные – голод, терроризм, общественные беспорядки, алкоголизм, наркомания, токсикомания.

Рассмотрим особенности организации медицинской помощи при некоторых наиболее часто встречающихся катастрофах антропогенного характера.

Организация медицинской помощи при термических поражениях в чрезвычайных ситуациях

Термический ожог - это повреждение живых тканей, вызванное действием тепловых агентов. При этом, прежде всего, страдает кожный покров, реже - слизистые и подлежащие ткани. В мирное время наиболее часты (80-90%) термические ожоги, возникающие от действия пламени, горячей воды, пара, нагретых газов, раскаленного или расплавленного металла, шлака или битума. В зависимости от способа воздействия агента поражения могут быть дистанционными или контактными. Глубина термического ожога зависит от температуры, продолжительности действия, физических характеристик поражающего агента, а также толщины кожи на разных участках тела и состояния одежды. При перегревании тканей наступают необратимые изменения (коагуляция) белков, инактивируются клеточные ферменты, нарушаются обменные процессы. От массы тканей, подвергшихся некрозу, зависит течение местного раневого процесса и тяжесть общих нарушений. Поражающее действие температурного агента начинается с момента его соприкосновения с покровами тела и продолжается до завершения химических реакций в тканях, в результате чего наступает их омертвение. Тяжесть травмы в значительной мере зависит от степени агрессивности и времени воздействия агента.

Раневой процесс при термических ожогах неспецифичен и носит фазовый общебиологический характер, зависящий от степени поражения тканей. Начальная фаза - экссудация и воспалительная инфильтрация (7-10 дней) - сменяется фазой демаркации и отторжения омертвевших тканей (2-3 нед.), затем происходит образование и развитие грануляций (3-4 нед.). Фаза регенерации завершает эволюцию раны ее эпителизацией и рубцеванием

Ожог представляет собой рану, специфику которой определяет распространенный по площади и глубине некроз тканей, наступающий во время травмы. Поскольку некроз - необратимое патологическое состояние, нет и не может быть специфических «противоожоговых» средств. В такой ситуации первостепенное значение приобретают вопросы организации неотложной медицинской помощи обожженным. Неотложную медицинскую помощь обожженным в ЧС схематически можно представить следующим образом: первая медицинская и доврачебная помощь на месте получения травмы; первая врачебная помощь перед эвакуацией и в процессе транспортировки; квалифицированная медицинская помощь в условиях неспециализированного стационара; специализированная медицинская помощь в ожоговых отделениях и центрах.

Катастрофы и стихийные бедствия, которые мы пережили за последние годы, показали необходимость дальнейшего совершенствования и подкрепления научными разработками всей системы неотложной медицинской помощи обожженным в ЧС.

За основу концепции принята доктрина этапности оказываемой медицинской помощи. В нашей стране создана четырехэтапная система оказания медицинской помощи обожженным:

I этап - на месте происшествия;

II этап - в хирургическом отделении общего профиля;

III этап - в ожоговом отделении многопрофильного лечебно-профилакти-ческого учреждения;

IV этап - в ожоговом центре.

Для каждого этапа эвакуации обожженных определены свои задачи и объем медицинской помощи - от первой медицинской помощи до специализированного лечения и реабилитации.

В системе организации неотложной медицинской помощи при ожоговых поражениях в ЧС целесообразна разработка типовой схемы оказания первой медицинской помощи, сортировки и эвакуации из очага поражения, а также схемы четкого, своевременного и полноценного оказания медицинской помощи в хирургических стационарах при массовом поступлении обожженных.

Первостепенное значение в лечебно-эвакуационном обеспечении тяжелообожженных имеет прогностическая медицинская сортировка, позволяющая правильно определить дальнейшую тактику лечения. При сортировке обожженных большое значение придается использованию шкал оценки поражения, которые базируются на критериях, позволяющих достаточно быстро оценить состояние, а также определить возможный исход.

Строгое соблюдение правила, согласно которому транспортировка обожженных должна осуществляться до ближайшей больницы, где необходимо провести весь комплекс противошоковой и инфузионной терапии, вплоть до выведения пораженного из шока, значительно улучшает прогноз, а иногда и спасает жизнь обожженному.

Транспортировка обожженных в первые 72 ч после получения травмы из одного медицинского учреждения в другое противопоказана и недопустима из-за опасности отягощения ожогового шока и трудностей по осуществлению во время эвакуации необходимого объема реанимационной помощи. Устойчивость пораженных к факторам эвакуации (шум, вибрация, качка, перепады температуры и давления, недостаточное содержание кислорода, дополнительная психоэмоциональная нагрузка) может быть повышена использованием в период подготовки к эвакуации специальных быстродействующих комплексов лекарственных препаратов, координирующих компенсаторные реакции и повышающих адаптивные резервы организма. К ним следует отнести такие препараты как мефексамид, даларгин, цитохром. В процессе транспортировки практическое применение должен найти комплекс препаратов АЭП (аэрон, этимизол, пирацетам).

Медицинская экспертиза и реабилитация участников ликвидации последсивий чрезвычайных ситуаций.

Врачебная экспертиза и медицинское освидетельствование спасателей представляет собой комплекс мероприятий, направленных на определение годности граждан к работе спасателями.

Она включает:

-изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования;

-определения годности граждан при поступлении на работу спасателем и степени годности к этой работе;

-экспертизу состояния здоровья граждан на период их увольнения с работы спасателем (на момент расторжения договора или контракта);

-определение причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у спасателей, признанных по состоянию здоровья негодными (временно негодными) к работе спасателями;

-оценку эффективности профилактической работы в аварийно – спасательных службах и медицинской реабилитации спасателей.

Для решения задач медицинской экспертизы спасателей создаются органы врачебной экспертизы – штатные врачебно – экспертные комиссии и внештатные (постоянно или временно действующие) клинико – экспертные комиссии лечебно-профилактических учреждений, в которых спасатели состоят на медицинском обслуживании. Штатные врачебно – экспертные комиссии являются структурными подразделения учреждений, на базе которых они создаются.

На штатные врачебно -экспертные комиссии возлагаются следующие функции:

-организация медицинской экспертизы в аварийно – спасательных службах;

-методическое руководство нештатных клинико – экспертных и врачебно – экспертных комиссий, контроль за их деятельностью

-создание и ведение банка данных о состоянии здоровья спасателей;

-организация научных исследований по вопросам медицинской экспертизы и медицинского освидетельствования спасателей.

-организация и ведения медицинского учета и отчетности по вопросам медицинской экспертизы.

Функции внештатных врачебно – эксперных комиссий являются:

-постоянная работа клинико – экспертных комиссий лечебно – профилактических учреждений

-работа временно действующих врачебно-экспертных комиссий, создаваемых по необходимости на определенный период времени для очередного планового освидетельствования спасателей приказом начальника региональной (территориальной) аварийно – спасательной службы.

Основными принципами медицинской и профессиональной реабилитации спасателей являются этапность и преемственность, а так же своевременное проведение, широкий набор средств и методов реабилитации, индивидуальный подход. Медицинская и профессиональная реабилитация подразделяется на 4 этапа:

1.Экстренная реабилитация, предусматривающая поддержание оптимального уровня профессионального здоровья в целях обеспечивания надежности деятельности спасателей в ЧС.

2.Амбулаторно-поликлиническая реабилитация, предусматривающая экспертизу психосоматического состояния, коррекцию и восстановление профессиональности и трудоспособности спасателей.

3. Стационарная реабилитация, заключающаяся в восстановлении профессионального здоровья спасателей, нарушенного в результате заболеваний и нервно – психических воздействий.

4. Санаторно – курортная реабилитация, направленная на полное восстановление функциональных резервов организма и коррекцию оставшихся психосоматических нарушений.

12. Медико-санитарное обеспечение при чрезвычайных ситуациях транспортного, дорожно-транспортного, взрыва- и пожароопасного характера?

Транспортный травматизм стал серьезной социальной и медицинской проблемой для большинства развитых стран современного мира. Миллионы раненых и погибших, высокий процент инвалидности, астрономические показатели материальных потерь - все это является причиной особой озабоченности мирового сообщества. На дорогах мира ежегодно гибнет около 300 тыс. чел. и почти 8 млн. получают травмы.

Из всех ЧС различные транспортные и дорожно-транспортные аварии и катастрофы занимают ведущее место, как по частоте, так и по числу пораженных и погибших.

По данным штаба ВСМК в РФ из всех транспортных происшествий дорожно-транспортные составляют около 94%, на водном транспорте – 3,9, на авиационном- 1,4, на железнодорожном-0,5%.

На железных дорогах в постоянном движении находятся 42тыс. грузовых и 20тыс. пассажирских поездов, в том числе пригородных. По железным дорогам перевозятся миллионы тонн различных химически опасных, взрывоопасных и легковоспламеняющихся грузов, контейнеры с радиоактивными веществами. При нарушении необходимых требований эксплуатации и обслуживания железнодорожного транспорта возможны ЧС со значительными человеческими жертвами, огромным материальным и экологическим ущербом.

Основное место в структуре санитарных потерь при железнодорожных катастрофах занимают химические травмы – до 90%. Особенно механические травмы при столкновении и сходах подвижного состава являются преимущественно ушибленные раны, повреждения конечностей и закрытые черепно-мозговые травмы (до 50%). Эти особенности железнодорожных травм наиболее часто приходятся при крупномасштабных катастрофах.

При оказании медицинской помощи пораженным в железнодорожных катастрофах необходимо учитывать, особенности очага поражения. Врачебно-санитарная служба на железных дорогах разработала классификацию ЧС по медицинским и экологическим последствиям. Согласно этой классификации они подразделяются по виду подвижного состава на катастрофы с пассажирским, с грузовым, и одновременно с пассажирским и грузовым поездами.

По техническим последствиям они классифицируются на крушения, аварии, особые случаи брака в работе.

По характеру поражений людей при ЧС на железной дороге катастрофы делят на: с механическими, ожоговыми травмами, с отравлениями, радиационными поражениями, загрязнением окружающей среды, а также с комбинированными поражениями и загрязнением окружающей среды.

В большинстве случаев ЧС происходят ночью или рано утром, то есть в то время, когда отмечается наивысшая степень утомления машинистов на фоне монотонности их деятельности, на длинных перегонах, где скорости движения поездов достигают своего максимума. Драматичность ЧС заключается в том, что они часто происходят в малонаселенных или в труднодоступных местах. В силу перечисленных выше причин информация о произошедшей катастрофе поезда поступает с опозданием и нередко в искаженном виде.

Авиационные происшествия – событие, связанное с эксплуатацией воздушного судна, их подразделяют на летные и наземные. Мировая статистика свидетельствует, что почти 50% авиакатастроф происходит на летном поле. В остальных случаях катастрофы происходят в воздухе на различных высотах, и терпящее бедствие воздушное судно является причиной гибели не только пассажиров и экипажа, но и людей на земле.

Причинами аварийных ситуаций на воде были всегда и, вероятно, будут еще многие годы морская стихия, поломки и ошибочные действия человека.

Характеристика ЧС взрыво- и пожароопасного характера зависит от ее вида и масштаба, особенностей предприятия и обстоятельства, при которых она произошла. Как правило, наиболее опасными последствиями крупных аварий являются взрывы и пожары, в результате которых разрушаются или повреждаются производственные или жилые здания, техника и оборудование, гибнут и получают различные поражения люди. Объекты, на которых производятся, хранятся, транспортируются взрывоопасные продукты, называются взрыво- и пожароопасными объектами. К ним относятся также железнодорожный и трубопроводный транспорт.

Принципы оказания медицинской помощи пораженным на месте любой катастрофы и во время их транспортировки едины. В период изоляции, когда пострадавшие в зоне ЧС предоставлены сами себе, основной принцип их поведения – оказание само- и взаимопомощи. Продолжительность периода изоляции определяется сроками прибытия спасательных и медицинских сил извне и может составлять от нескольких минут до нескольких часов.

Основная роль в организации помощи в зоне катастрофы принадлежит местным органам власти и ближайшим ЛПУ, фельдшерско-акушерским пунктам, которые осуществляют доврачебную, первую врачебную и, по возможности, остальные виды медицинской помощи.

Наиболее целесообразна следующая организация ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Орган здравоохранения (Центр Медицины Катастроф, станции Скорой медицинской помощи) назначает лицо (руководителя), ответственное за медико-санитарное обеспечение оперативной группы, которая немедленно выезжает в зону ЧС. Установив контакт с руководителем спасательных работ, это ответственное лицо оценивает медико-санитарную обстановку, организует встречу прибывших медицинских сил и средств, ставит им конкретные задачи и руководит работой. Определяются места организации пунктов сбора пораженных, развертывания пунктов оказания первой врачебной помощи, выполняется медицинский контроль за проведением аварийно-спасательных работ; определяется потребность в транспортных средствах, пути подъезда к пунктам сбора пораженных и пути их эвакуации. На месте, где получено поражение, или вблизи от него пораженным оказывается в большинстве случаев первая медицинская или доврачебная помощь; в случае, если сюда прибывают врачебные бригады, могут выполняться отдельные элементы первой врачебной помощи. С места поражения (с пункта сбора) пораженные эвакуируются в большинстве случаев в ближайшие лечебные учреждения, где, в зависимости от возможностей, оказывается первая врачебная, квалифицированная, а в ряде случаев – специализированная медицинская помощь.

При большом удалении местных лечебных учреждений от района ЧС в зоне ЧС развертываются этапы медицинской эвакуации для оказания первой врачебной или квалифицированной медицинской помощи.

Для четкой организации эвакуации пораженных необходимо, чтобы руководитель ликвидации медико-санитарных последствий ЧС знал направления эвакуации различных групп пораженных (в какие учреждения, сколько и каких пораженных следует эвакуировать); он обязан довести соответствующую информацию до персонала медицинских подразделений, непосредственно осуществляющих эвакуацию.

В повседневной практике здравоохранения сегодня все острее становится проблема оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Для этого создается система быстрого реагирования при ДТП, спасения пострадавших и оказания им высокопрофессиональной экстренной медицинской помощи на месте происшествия и в стационаре. В частности, в Алтайском крае для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на основных магистралях созданы специальные бригады скорой помощи, осначенные скоротным автотранспортом. Подготовленная бригада, способная оказать большой обьем врачебной помощи при достаточно оснащенном автомобиле, и это позволяет исключить использование для медицинской эвакуации такой дорогостоющей техники как верталет. Тем более, что на расстояние в пределах сто километров быстрее прибывает медицинская бригада на автомобиле нежели чем на вертолете, для которого необходимо время на подготовку, взлет и поиск места посадки. Тем более эвакуация пострадавшего чаще всего происходит в ближайшую в натоящее время почти повсеместно хорошо осначенную районную больницу для оказания квалифицированной и специализированной помощи. Гарантированный успех при ДТП остигается решением таких практических задач, как:

-точная и своевременная информация о характере происшествия, количестве пострадавших и доступности медицинской помощи;

-быстрое извлечение пострадавших из поврежденных автомобилей спасателями, имеющими на оснащении соответствующие технические средства;

-оказание неотложной медицинской помощи на месте происшествия и немедленная эвакуация пострадавших в специализированные медицинские учреждения любым санитарным транспортом;

-заблаговременное определение лечебных учреждений, осуществляющих госпитализацию пострадавших при ДТП;

-оборудование вертолетных площадок при лечебных учреждениях, принимающих пострадавших;

13. Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах и локальных вооруженных конфликтах. Принципы организации медико-санитарного обеспечения.

Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах и локальных вооруженных конфликтах.

Терроризм – насилие или угроза его применения в отношении физических лиц или организации, а также уничтожение (повреждение) или угроза уничтожения имущества и других материальных объектов, создающие опасность гибели людей, причинения значительного имущественного ущерба, либо наступления иных общественно опасных последствий.

Исходя из существующей системы медико-санитарного обеспечения в ЧС, оказание медицинской помощи населению при террористических актах организуется следующим образом.

На местном и территориальном уровнях в зону террористического акта первоначально направляются дежурные бригады ближайших станций (отделений) скорой медицинской помощи. При недостаточном их количестве привлекаются дежурные бригады скорой медицинской помощи соседних станций (отделений). При необходимости задействуются резервные бригады скорой медицинской помощи, оперативные бригады центра и другие формирования службы медицины катастроф.

Для оказания помощи населению с психическими и психосоматическими расстройствами в зону террористического акта направляются бригады психиатрического профиля. Вместе с органом оперативного управления в зону террористического акта для организации работы медицинских сил убывает оперативная группа террористического центра медицины катастроф.

После оказания первой медицинской и доврачебной помощи пораженные срочно эвакуируются в ближайшие лечебные учреждения, где им оказывается первая врачебная, квалифицированная, а по возможности – и специализированная мед. помощь.

Пораженные с наиболее тяжелыми сложными ранениями (заболеваниями), в транспортабельном состоянии, могут эвакуироваться, главным образом авиационным транспортом, в федеральные клиники и больницы. На федеральном уровне при ВЦМК находятся в постоянной готовности к убытию в зону террористического акта полевой многопрофильный госпиталь, БСМП и консультанты. Кроме того, ВЦМК организует создание резерва госпитальных коек различного профиля в клиниках и больницах федерального уровня, а также содержит резерв медикаментов и медицинского имущества, которое при необходимости используется для усиления здравоохранения субъекта РФ, где совершен террористический акт.

Военный конфликт-любое столкновение, противоборство, форма разрешения противоречий между государствами, народами, социальными группами с применением военной силы. В зависимости от целей сторон и масштабных показателей, таких, как пространственный размах, привлекаемые силы и средства, напряженность вооруженной борьбы, военные конфликты могут быть разделены на ограниченные (вооруженные конфликты, локальные и региональные войны) и неограниченные (мировая война).

К вооруженным конфликтам относятся различные военные инциденты, военные акции и другие вооруженные столкновения незначительного масштаба (низкой интенсивности) с применением регулярных или нерегулярных вооруженных формирований, при которых акт формального объявления войны отсутствует, а вооруженная борьба ограничивается пределами операционного направления.

Локальная война - ограниченный военный конфликт, в котором военные действия не выходят за пределы территории воющих стран, а вооруженная борьба ограничивается пределами одного - двух стратегических направлений.

Локальный вооруженный конфликт - военные акции и другие вооруженные столкновения незначительного масштаба на ограниченной территории. Анализ организации медико-санитарного обеспечения в локальных вооруженных конфликтах последних десятилетий свидетельствует о постоянном росте роли авиационных транспортных средств в осуществлении медицинской эвакуации. Это обусловлено, во-первых, особенностями современной боевой травмы, характеризующейся большой тяжестью и необходимостью быстрейшей эвакуации пораженных в условиях наименьшего травматизма в процессе транспортировки, во-вторых, наличием на оснащении аварийно-спасательных формирований авиационных транспортных средств, имеющих значительное преимущество перед другими видами транспорта, а именно быстро перемещаться на большие расстояния независимо от состояния наземных дорог, проводить эвакуацию по назначению, использовать более щадящие условия размещения раненных.

Перевозка вертолетами и самолетами, оснащенными всем необходимым для проведения интенсивной терапии в полете, в сопровождении бригады квалифицированных медицинских специалистов, создание на борту практически комфортных условий размещения позволяет уменьшить время доставки пострадавших на этапы оказания специализированной медицинской помощи.

Опыт свидетельствует, что при современном уровне развития теории и практики здравоохранения значительного снижения летальности пораженных и улучшения исходов лечения можно добиться только путем совершенствования медицинской помощи, оказываемой на месте поражения (остановка кровотечения, борьба с шоком и т.д.) в сочетании с быстрейшей эвакуацией пострадавших на этап оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи с использованием воздушных транспортных средств и прежде всего вертолетов.

14. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий ЧС природного характера (наводнения, бури, ураганы, циклоны, смерчи, селевые потоки, снежные лавины, лесные и торфяные пожары)?

Наводнение – это временное значительное затопление местности водой в результате подъема ее уровня в реке, озере или на море, а также образования временных потоков.

В зависимости от причины возникновения различают следующие разновидности наводнений:

-паводки или быстрое, но сравнительно кратковременное поднятие уровня воды в реке, вызванное сильными дождями или интенсивным таянием снежного покрова, ледников и заторов в ее бассейне;

-наводнение, возникающие под воздействием нагонного ветра на морских побережья и в устьях рек, впадающих в море;

-цунами – наводнение, вызванное подводными землетрясениями.

Наводнения по частоте повторяемости, площади распространения занимает первое место в России среди опасных, гидрологических явлений.

Угрозу затопления могут создавать возможные разрушения плотин, гидроузлов, оградительных дамб и др. гидротехнических объектов в результате аварий, стихийных бедствий и террористических актов.

Величина и потеря структур при наводнениях могут изменяться в зависимости от плотности населения, проживающего в зоне затопления, в своевременности оповещения, расстояния населенного пункта от места начала наводнения, времени суток, скорости движения и высоты волны прорыва, температуры воды и окружающего воздуха и др. факторов.

Общие потери населения находящегося в зоне действия волны прорыва могут составить ночью 90%, а днем – 60%; при этом из числа общих потерь безвозвратные потери могут составлять ночью – 75%, днем 40%; а санитарные 25% и 60%. В структуре санитарных потерь преобладают пострадавшие с явлениями асфиксии, ознобления, а так же с острыми нарушениями дыхательной и сердечно – сосудистой деятельности, травмами мягких тканей, сотрясением головного мозга. В результате наводнения большое количество населения оказывается без крова, питьевой воды и продуктов питания, подвергается воздействию холодной воды, ветра.

Наиболее частым видом поражения при наводнении является утопление. Условно выделяют утопление аспирационное (истинное), асфиксическое и синкопальное (рефлекторное).

При истинном утоплении вода попадает в дыхательные пути и в легкие, что, как правило, ведет к расстройству дыхания и респираторной гипоксии. Кожные покровы и слизистые оболочки «утопленников», как правило, имеют синюшную окраску (так называемые синие утопленники). Меры по реанимации включают очищение полости рта от посторонних предметов, удаление воды из легких, проведением искусственной вентиляции легких, непрямого массажа сердца и др. мероприятий.

При асфиксическом утоплении в верхние дыхательные пути попадает небольшое количество воды, что вызывает рефлекторную остановку дыхания и ларингоспазм. Задержка дыхания сопровождается периодами ложных вдохов, которые в следствии ларингоспазма неэффективны. При синкопальном утоплении, как правило, наблюдается рефлекторная остановка сердца вследствие психоэмоционального шока, контакта с холодной водой кожи и верхних дыхательных путей. В этом случае клиническая смерть наступает сразу. У утонувших отмечается бледность кожных покровов, отсутствие пульса на сонных артериях, широкие зрачки. Вода в легкие не попадает и поэтому нет необходимости терять времени на ее удаление, следует срочно начинать искусственную вентиляцию легких и непрямой массаж сердца.

Спасенные в начальный период утопления сохраняют сознание, но должны находиться под контролем окружающих, по сколько у них возможны психические расстройства. Это связано с тем, что возможно развитие так называемого синдрома «вторичного» утопления, когда на фоне относительного благополучия вдруг снова появляется надрывный кашель с обильной мокротой, учащаются дыхание и сердцебиение, нарастает гипоксия, возникает синюшность кожных покровов. В отдельных случаях этим пораженным может потребоваться реанимация.

Медицинская помощь населению, пострадавшему при катастрофическом наводнении, организуется, как на затопляемой, так и на прилегающей к ней территории. Она включает в себя проведении мероприятий по извлечению пострадавших из воды, их доставку на специальное плавающее средство или на берег, проведения комплекса противошоковых и реанимационных мероприятий (искусственная вентиляция легких, массаж сердца и т.д.)

На берегу организуются временные пункты сбора пораженных и временные медицинские пункты. Основным содержанием работы временных медицинских пунктов в этих условиях будет выведение пораженных из угрожающего жизни состоянии, проведение простейших реанимационных мероприятий. Очевидно, что персонал временных медицинских пунктов должен быть обучен методам реанимации и интенсивной терапии.

Снежные лавины возникают в нагорных вершинах при обильных снегопадах, сильных метелях, при резком понижении температуры воздуха. Катастрофические снежные лавины в мире происходят не реже одного раза в два года, в отдельных горных районах – не реже одного раза в 10 – 12 лет.

При попадании людей под снежные лавины следует помнить о том, что человек, будучи засыпанный снегом, может оставаться в живых только несколько часов, причем шанс на выживание тем выше, чем тоньше слой снега над ним. Среди людей находившихся в лавине не более 1 часа, могут выжить до 50 %, через 3 часа вероятность остаться в живых не превышает 10%.

При обнаружении засыпанного прежде всего освобождают голову, очищают от снега рот, уши; далее осторожно извлекают его из под снега, переносят в защищенное от ветра место, укутывают в сухую одежду, дают горячее питье, а при отсутствии признаков жизни приступают к искусственной вентиляцией легких и другим реанимационным мероприятиям.

Лесные пожары возникают ежегодно весенней – летний и осенний периоды в лесах России на обширных площадях и нередко принимают характер стихийного бедствия. Лесные пожары, наряду с уничтожением лесного богатства, нередко распространяются и перекидываются на жилой и производственный фонды прилежащих территорий. При этом возникает серьезная угроза уничтожения огнем населенных пунктов и объектов народного хозяйства.

Основные поражающие факторы при пожарах – это воздействие на человека высоких температур, отравление угарным газом и механические травмы. При воздействии на человека высокой температуры окружающего воздуха происходит его перегревания легкой, средней и тяжелой степени. При легкой степени развивается общая слабость, недомогание, жажда, шум в ушах, сухость во рту, головокружение, возможно тошнота и рвота. При средней степени тяжести к перечисленным выше симптомам присоединяются повышение температуры тела до 400 С, заторможенность или кратковременная потеря сознания. При тяжелой степени перегревания возникают тепловой удар, являющийся следствием проявления декомпенсации в системе терморегулирования организма, сознание отсутствует (тепловая кома), температура тела достигает 40 – 420 кожные покровы и видимые слизистые оболочки сухие, зрачки расширены, реакция на свет вялая или отсутствует, пульс 140 – 160 ударов/минуту, психомоторное возбуждение и т.д.

При непосредственном воздействию пламени на кожный покров возникают термические ожоги, тяжесть местных и общих проявлений которых зависит от глубины поражения тканей и площади пораженной поверхности.

Непосредственно в очаге стихийного бедствия организуется оказание пораженным первой медицинской и первой врачебной помощи, а в расположенных за пределами очага лечебных учреждениях оказывается квалифицированная и специализированная медицинская помощь.

При оказании пораженным первой медицинской помощи нужно помнить о том, что нередко пораженные находятся в бессознательном состоянии. Независимо от причины потери сознания, оказывающие первую медицинскую помощь, должны действовать примерно по следующей схеме:

-прекратить действия поражающего фактора (пламя, газ, вода, сдавление обломками здания);

-предать пораженному горизонтальное положение, по возможности не перемещая его;

-убедится в сохранении дыхания пульса на сонных артериях.

-Если имеются признаки клинической смерти, то следует немедленно начать реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких, закрытый массаж сердца и т.д.)

-при наличии судорог необходимо вложить между зубами прокладку;

-при наличии травмы следует остановить кровотечение и обеспечить иммобилизацию.

-защитить пораженного от перегревания;

-перед эвакуацией пораженного на транспортном средстве необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей и транспортную иммобилизацию.

Медико - санитарное обеспечение в ЧС природного характера как и при других видах ЧС является одним из наиболее трудоемких видов деятельности здравоохранения. Успешное решение этой задачи в значительной степени зависит от готовности спасателей и медицинского персонала, учета особенностей ЧС и прогноза развития ситуации в ходе ликвидации медико – санитарных последствий. Зачастую травма от поражающего фактора ЧС приводит к потере сознания. Независимо от причины потери сознания спасатели при оказании первой медицинской помощи должны действовать примерно по следующей схеме:

•прекратить действие поражающего фактора (пламя, газ, вода, электрический ток, сдавливание обломками зданий и т.д.);

•придать пораженному горизонтальное положение, по возможности не перемещая его до иммобилизации;

•убедиться в сохранении дыхания, пульса на сонных артериях. Если имеются признаки клинической смерти, то следует немедленно начать реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких, закрытый массаж сердца и т.д.);

•при наличии судорог необходимо вложить между зубами прокладку;

•при наличии травмы следует остановить кровотечение и обеспечить иммобилизацию;

•защитить пораженного от перегревания или переохлаждения;

•если, несмотря на принятые меры, пораженный находится в бессознательном состоянии, то следует внимательно его осмотреть, установить повреждения, выполнить необходимые лечебные процедуры;

•перед эвакуацией пораженного на транспортном средстве необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей и транспортную иммобилизацию.

15. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий землетрясений, характеристика землетрясений?

Медико–санитарное обеспечение при ликвидации последствия землетрясений.

Землетрясение – подземные толчки, удары и колебания земли, вызванные естественными процессами, происходящими в земной коре.

По своему разрушительному действию землетрясения схожи с длительной ударной волной. Для определения силы землетрясения принята двенадцати бальная шкала.

Величина санитарных потерь при землетрясениях зависит от силы и площади стихийного бедствия, плотности населения в районах землетрясения, степень разрушения зданий, внезапности и ряда других факторов. Наиболее часто при землетрясениях повреждаются конечности. Почти у половины пораженных имели место повреждения костей. Большой удельный вес занимали ушибы мягких тканей и множественные травмы различной локализации.

В результате землетрясений у большого числа людей возникали различные психологические расстройства. Значительная часть населения будет нуждаться в седативных и других успокаивающих средствах, а также в медицинской помощи в связи с другими заболеваниями (сердечная недостаточность, стенокардия, миокарда, гипертонический кризис и т.п.) таким образом в результате землетрясений у людей возникают не только травматические повреждения, но и разнообразные нервно – психологические нарушения и соматические заболевания, требующие оказания медицинской помощи по не отложным позициям.

Медико – тактическая обстановка осложняется еще и тем, что выходят из строя лечебно – профилактические учреждения и имеются потери среди медицинского персонала.

В результате землетрясения в городе могут разрушаться емкости с аварийно - химическими веществами, возникать очаги вторичного химического заражения. В такой ситуации возможны массовые заражения, аммиаком, хлором, оксидами азота и другими агрессивными веществами.

При подводных землетрясениях, в результате сдвигов участков морского дна, возникают морские волны – цунами.

Одно из важных особенностей условий ЛЭО при землетрясениях состоит в том, что большая часть пораженных находится под завалами.

Согласно международной систематики, если спасатели войдут в зону землетрясения в течении первых 3 часов, то они могут спасти от гибели 90% оставшихся в живых, через 6 часов число спасенных может составить 50%. В дальнейшем шансы спасения уменьшаются, и через 10 дней проводить спасательные работы нет смысла. Обстановка в очаге землетрясения может привести к потерям среди спасателей, в том числе и медработников. Психологи утверждают, что люди не выдерживают длительного психологического напряжения.

В организации лечебно – эвакуационных мероприятиях при ликвидации медико – санитарных последствий большинство разрушительных землетрясений в нашей стране применяется система этапного лечения с эвакуацией пораженных по назначению в специализированные (профилированный) лечебные учреждения, способные обеспечить пострадавшим исчерпывающую медицинскую помощь и лечение.

Первая медицинская помощь пораженным в очаге землетрясения оказывается в рамках само- и взаимопомощи, а также личным составом спасательных формирований.

Лечебно - эвакуационные мероприятия организуются и выполняются силами и средствами объектовых, местных и территориальных уровней ВСМК.

Для оказания пораженным при землетрясении первой врачебной, квалифицированной и специализированной врачебной помощи используются все врачебно – профилактические учреждения, находящиеся на административной территории, на которой возникло землетрясение

Формирования службы медицины катастроф территориального или ведомственного здравоохранения развертываются в зоне землетрясения и они оказывают пораженным первую врачебную и выполняют некоторые мероприятия квалифицированной медицинской помощи.

При планировании и выполнении лечебно-эвакуационных мероприятий при ликвидации медико-санитарных последствий землетрясений интенсивностью 5 или 6 баллов следует учитывать следующие положения:

-большинство жителей данного населенного пункта от землетрясения не пострадает и сможет принимать участие в спасательных работах;

-при землетрясении в 5 баллов немногочисленные пострадавшие, как правило, не будут нуждаться в трудоемких мероприятиях первой врачебной, квалифицированной медицинской помощи и в госпитализации

-при землетрясении 6 баллов за медицинской помощью могут обратиться примерно 1,5% жителей населенного пункта. При 6-бальном землетрясении может возникнуть необходимость в организации и выполнении ряда дополнительных лечебно- эвакуационных мероприятий за счет сил средств службы медицины катастроф территориального уровня, а именно:

-оказание части пострадавшим первой медицинской помощи на месте поражения и их эвакуация в ближайшие медицинские учреждения;

-оказание пораженным (в соответствии с обстановкой) первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи;

-развертывание дополнительных госпитальных коек соответствующего профиля в имеющихся стационарных учреждениях;

-организация управления эвакуацией пораженных от мест поражения до стационарных лечебных учреждений;

При 7-бальном землетрясении могут обращаться, по сравнению с землетрясением в 6 баллов, в 4-7 раз больше, а при 8-бальном в 9-10 раз больше пораженных

При землетрясении в 7 баллов более 3 % всех пораженных будут нуждаться в комплексной противошоковой терапии. Резко возрастет потребность в госпитальных койках. При землетрясении в 7 баллов она составит 2,4%, а при 8-бальном -4,4%.

При землетресени в 7-8 баллов от 13 до 23 % людей может находиться под завалами. В этой связи возникает необходимость в одномоментном оказании медицинской помощи большому числу пораженных. Для решения этой задачи будет необходимо привлечь к выполнению лечебно-эвакуационных мероприятий значительных сил и средств территориального, а иногда и федерального уровня.

Общие потери населения при землетрясениях в 9-12 баллов могут достигнуть 55-81% численности населения; среди пораженных 65-80% могут иметь травмы тяжелой и средней тяжести.

При наиболее вероятных для Росси землетрясения интенсивностью в 9 – 12 баллов 50 – 70% пораженных одномоментно потребуется медицинская помощь.

При эвакуации пострадавших из очага землетрясения надо учитывать следующие положения:

-вблизи всех медицинских пунктов и лечебных учреждении, предназначенных для пострадавших, следует оборудовать посадочные площадки для вертолетов;

-перед погрузкой пораженных в транспортные средства в очаге землетрясения проводить контроль их состояния и выполнения необходимых неотложных мероприятий медицинской помощи;

-на путях эвакуации из очага до первого этапа медицинской эвакуации создаются медицинские регулировочные пункты, которые должны обеспечить оказание нуждающимся неотложной медицинской помощи (как правило, в объеме первой медицинской или доврачебной помощи) и определить направления движения транспортных средств с пораженными;

-в местах ожидания эвакуации групп пораженных (аэродромы, посадочные площадки, пункты сбора при эвакуации колонами автомобильного транспорта) развертывать эвакуационные приемники, которые должны обеспечить оказание первой врачебной помощи;

-для обеспечения эвакуации пораженных в лечебные учреждения госпитального типа, расположенные на значительном удалении от очага землетрясения, необходимо организовать четкую диспетчерскую службу и медицинское сопровождение.

16. Организация санитарно-противоэпидемического обеспечения при ЧС?

Санитарно-противоэпидемическое обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях предполагает:

-определение задач, принципов и основных мероприятий санитарно-противоэпидемического обеспечения в чрезвычайных ситуациях;

-организация сети наблюдения и лабораторного контроля;

-организация санитарно-противоэпидемических мероприятий по контролю и защите продуктов питания, пищевого сырья, воды и организация их санитарной экспертизы в чрезвычайных ситуациях.

Задачи санитарно-противоэпидемиологической службы:

-Организация и координация службы по предупреждению ЧС;

-Обеспечение системы управления;

-Материально-техническое обеспечение;

-Подготовка специалистов;

-Научно-техническая разработка целевых программ;

-Подготовка банка данных потенциально-опасных производств, контроль за ними;

-Социальная защита сотрудников службы;

Принципы организации санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий по предупреждению ЧС:

-Построение системы в соответствии с РСМК;

-Государств характер и постоянная готовность службы;

-Единый подход к организации санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий;

-Дифференцированный подход к организации деятельности службы;

-Соответствие содержание и объема мероприятий цели и задачам конкретной ситуации;

-Участие всех служб в организации ликвидации ЧС;

-Создание в территориальных центрах необходимых отделов, секторов, групп или специалистов по контролю и координации действий в ЧС

-Организация взаимодействия с др. службами и органами власти;

Функции санитарно-противоэпидемиологической службы:

-Руководство в России системой предупреждения ЧС;

-Контроль за санитарными правилами при ЧС;

-Учет потенциально опасных санитарно-эпидемиологических объектов;

-Организация мероприятий по предупреждению ЧС;

-Контроль за профилактикой специфических и неспецифических инфекций;

Единые принципы организации работы снитарно-противоэпидемиологической службы:

-Приближение сил и средств очагам массового распространения инфекций;

-Сосредоточение работы в наиболее значимых объектах;

-Постоянная готовность;

Общие приоритетные задачи санитарно-противоэпидемиологической службы при ЧС:

-Оценка воды;

-Безопасность продуктов питания;

-Уничтожение отходов;

-Контроль за грызунами;

-Разведка;

-Санитарная очистка очагов ЧС;

-Санитарно- просветительская работа для предотвращения паники;

-Связь с другими службами и организациями;

Структра построения службы санитарно-противоэпидемиологического надзора:

1.Головной центр санитарно-противоэпидемиологической службы, Федеральный центр Госсанэпиднадзора, Противочумный центр, Центр НИИ Эпидемиологии, Санкт Петербургский НИИ радиационной гигиены;

2. Межригиональные центры по ЧС (Европа, Сибирь, Дальний Восток);

3. Головные и региональные центры санэпиднадзора;

4. Центры регионального уровня – НИИ эпидемиологии и микробиологии;

5. НИИ гигиены;

6. Территориальные противочумные станции;

7. Центры Госсанэпиднадзора на транспорте;

8. Территориальные центры госсанэпиднадзора

9. Центры Госсанэпиднадзора местного уровня (город район)

Задачи службы санитарно-противоэпидемиологического надзора:

-Санитарно-эпидемиологический надзор объектов группы риска, природной среды, водой, сельскохозяйственных продуктов;

-Организация мероприятий по ликвидации ЧС;

-Противоэпидемиологические мероприятия в эпидемиологическом очаге;

-Формирование бригад, групп и структур постоянной готовности;

-Подготовка специалистов;

-Разведка во всех направлениях;

-Контрольный отбор проб;

Огромное значение в развитии ЧС является появление зараженных территорий, инфицированных районов и эпидемических очагов.

17. Психотравмирующие факторы ЧС. Особенности развития психических расстройств у пораженных, медицинского персонала и спасателей в чрезвычайных ситуациях различного характера. Основные способы психологической защиты населения и лиц, участвующих в его спасении.

«Психиатрия чрезвычайных ситуаций» - как наука сформировалась в последнее десятилетие, благораря чему российскими специалистами накоплен опыт медико-психологической защиты. Специфика работы в ЧС связана с тем что, дело приходится иметь с большими группами людей: пострадавшими, их родственниками, очевидцами, спасателлями и даже порой с медицинскм персоналом.

Две группы условий, оказывающих травмирующие воздействия на психику людей в зоне ЧС.

Первая группа – это условия связаны с наличием физической угрозы для жизни и здоровья человека. Среди них взрывы, пожары, обрушения конструкций зданий и сооружений, радиоактивное загрязнение, заражение внешней среды химически опасными веществами, токсические продукты горения и др. Психические нарушения, возникающие в результате их воздействия, наблюдаются в основном на фоне физиологических (медицинских) нарушений, к которым относятся травмы, ожоги, радиационные и химических поражении, болевой и травматический шок.

Вторая группа - связана в первую очередь с негативной информацией. Причинами некоторых психических нарушений являются отсутствие достоверной информации о масштабах ЧС и ее последствий о степени угрозы жизни и здоровью людей, не знание ими порядка действий в ЧС, переживание за судьбы родных и близких, изменение образа жизни, чувства бессилия перед обстоятельствами и неопределенностью будущего.

Психические расстройства, вызванные различной угрозой для жизни людей (пожар, взрыв, землетрясение, наводнение, ураганы и т.д.), невозможно полностью устранить или нейтрализовать в ходе работ по ликвидации ЧС, путем проведения медиками и спасателями планомерной психологической и социальной работы с пострадавшими. Однако можно значительно повысить психологическую устойчивость людей к этим воздействиям. Чтобы ее повысить, необходимо знать, каким образом у человека возникают и протекают наиболее типичные для ЧС психические расстройства, по каким признакам их можно отличить друг от друга и какую посильную помощь в конкретных условиях следует оказывать пострадавшему. Изучение и анализ психических расстройств, свидетельствует о том что в различных условиях развития чрезвычайных ситуаций наблюдаются различного рода психические нарушения. К примеру, при простых реакциях страха наблюдаются умеренное повышение активности (движения становятся четкими, экономичными, увеличивается мышечная сила), однако нарушается речь (ускоряется темп, появляются запинания, повышается сила и звонкость голоса). При сложных реакциях страха в первую очередь происходит двигательные расстройства - человек беспорядочно бесцельно мечется, делая большое количество бессмысленных движений, что мешает ему правильно и быстро принять решение и укрыться в безопасное место. В ряде случаев наблюдается паническое бегство. Иногда двигательные растройства характеризуются тем, что человек впадает в оцепенение и как бы застывает на месте. При попытке оказать ему помощь, он либо невольно подчиняется, либо реагирует негативно, оказывая сопротивление. Как при простой, так и при сложной реакциях у человека наблюдается значительное сужение сознания, непроизвольное самоустранение от происходящего.

Психические нарушения у пострадавших могут проявлятся в виде расстройств: психозы и неврозы. Психозы более опасны для пострадавшего и требуют квалифицированной медицинской и психиатрической помощи.

Мероприятия по ослаблению психологической напряженности среди населения включают:

-организацию информирования людей об обстановке в зоне ЧС, о характере и объеме проводимых аварийно - спасательных работ, о мерах по оказанию само – и взаимопомощи, о местах расположения медицинских эвакуационных пунктов;

-организацию медицинской сортировки пострадавших, изоляцию лиц, находящихся в тяжелом состоянии, оказание первой медицинской и психотерапевтической помощи, эвакуацию лиц, нуждающихся в госпитализации;

-обеспечение населения средствами индивидуальной защиты, необходимы препаратами, а также разъяснение правил их применения;

При оказании помощи лицам перенесшим психическую травму в результате ЧС следует знать и применять ряд основных принципов.

Безотлагательность – помощь пострадавшему должна быть оказана в кратчайшее сроки, чем больше времени пройдет с момента его травмирования, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств с появлением необратимых изменений в организме. Наиболее эффективна помощь, оказываемая по горячим следам, в первые минуты и часы после получения человеком травмы.

Приближенность – помощь необходимо оказывать как можно ближе к месту события. С лицом перенесшим стрессовую ситуацию надо обращаться как с нормальным человеком, чье состояние психологически понятно и объяснено пережитым событием. Важно поддерживать в пострадавшем уверенность в скором его возвращении к обычному состоянию, в том, что он вновь будет выполнять свою работу в полном объеме.

Медико-психоогическия защита населения при ЧС представляет собой важный участок работы, позволяющий значительно снизить количество людских потерь от поражающих факторов, при квалифицированной работе специалистов.

18. Медицинское снабжение формирований и учреждений, предназначенных для медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях. Характеристика и классификация медицинского имущества?

Медицинское снабжение- это система научных знаний и практических действий, обеспечивающих своевременное и полное обеспечение потребности СМК в мед. имуществе.

1. Медицинское имущество, его классификация и характеристика.

Медицинское имущество (МИ) – вид специфического имущества, представляющего собой совокупность специальных материальных средств, предназначенных для оказания мед помощи, диагностики, лечения, профилактики заболеваний и поражений, для проведения противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, оборудование специальных мед подразделений, частей и учреждений.

Для обеспечения выполнения мероприятий по планированию, нормированию снабжения, хранению, транспортированию, учёту мед имущество классифицируется:

-по предназначению,

-учётным, товароведческим и фармакологическим признакам,

-физико-химическим свойствам,

-по устойчивости к внешним воздействиям,

-конструктивным особенностям и др. признакам.

В народном хозяйстве под мед. имуществом понимают лекарственные средства и товары мед назначения. Среди последних различают прежде всего материалы и изделия.

По функциональному предназначению изделия делятся на:

- инструменты,

- приборы,

- аппараты,

- оборудование.

Военно-медицинской службой применяется более обобщенная классификация по сравнению с гражданским здравоохранением.

По учетным принципам:

-Инвентарное МИ.

-Расходное МИ.

Инвентарное МИ классифицируется по категориям годности

1-я категория – новое, не бывшее в эксплуатации,

2-я категория – бывшее или находящееся в эксплуатации, годное к использованию по предназначению и подлежащее текущему ремонту,

3-я категория – подлежащее среднему ремонту,

4-я категория – подлежащее капитальному ремонту,

5-я категория – непригодное к использованию, а ремонт нецелесообразен или невозможен, подлежит списанию.

Для инвентарного имущества устанавливаются сроки периодического технического обслуживания, до среднего и капитального ремонта, а также срок эксплуатации.

В военное время различают 3 категории годности:

--1 годное;

--2 подлежащее ремонту;

- 3 негодное.

Расходное МИ – имущество, расходуемое полностью или приходящее в негодное состояние при применении или кратковременном использовании. Для него устанавливаются основные и дополнительные сроки годности.

МИ, предусмотренное штатами и табелями к ним, называется табельным.

Все имущество, предназначенное для формирований и учреждений МС ГО, принято делить на: медицинское, санитарно-хозяйственное и специальное.

К медицинскому имуществу относятся: медикаменты, кровь и кровезаменители, биологические препараты, медицинские аппараты и приборы, перевязочные материалы, дезинфицирующие средства и дезинфекционная аппаратура, хирургические инструменты, оборудование специализированных отделений, лабораторное и аптечное имущество.

К санитарно-хозяйственному имуществу относятся: нательное и постельное белье, хозяйственная и больничная мебель, производственное и кухонное оборудование, инвентарь, столовая и чайная посуда, одежда, обувь и др.

К специальному имуществу относятся: средства индивидуальной защиты органов дыхания и кожных покровов, дозиметрическая аппаратура, приборы химической, бактериологической разведки и питание к ним, технические средства связи и оповещения, медицинские средства индивидуальной защиты, электроосветительные средства, съемное оборудование для транспортных средств, типовое санитарное оборудование - ТСО, универсальное санитарное приспособление для грузовых автомобилей - УСП-Г и др.

По учетному признаку медицинское имущество делится на расходное и инвентарное. К расходному имуществу относятся медикаменты, биологические препараты, перевязочный материал (расходное имущество одноразового или короткого срока использования). Оно списывается по расходному документу (рецепт, накладная, требование) сразу после его отпуска из аптеки (склада). Инвентарное имущество должно находиться в пользовании в течение установленного срока, после которого, с учетом его технического состояния, может быть списано по акту.

Основными источниками снабжения медицинских формирований и учреждений ГО медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом являются:

1. Имущество длительного хранения - запасы медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества целевого назначения и централизованного обеспечения МС ГО. Оно накапливается по решению Правительства РФ за счет федерального бюджета и хранится на складах длительного хранения Медицинских центров "Резерв" в загородной зоне.

Ответственность за его хранение возлагается на органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Это имущество выдается со складов с введением общей готовности ГО.

2. Неснижаемые запасы основных видов медицинского имущества — имущество, накапливаемое медицинскими учреждениями для нужд МС ГО в строго определенном объеме и номенклатуре из расчета на больничную койку мирного времени для работы на определенный срок.

3. Имущество текущего довольствия - это имущество отпускается медицинским учреждениям для повседневной работы. В мирное время медицинское имущество текущего довольствия находится в основном в аптечной сети (аптека, аптечные склады, базы). Каждая аптека имеет определенный запас медикаментов, перевязочного материала в пределах двух-трехмесяч-ной потребности.

4. Запасы медицинского имущества, накапливаемые ЛПУ для медицинского обеспечений при ликвидации ЧС природного и техногенного характера.

5. Имущество, приписанное к МС ГО по решению суженного заседания (СЗ) соответствующих органов исполнительной власти и органов местного самоуправления от других служб ГО и учреждений.

Основными требованиями, предъявляемыми к имуществу МС ГО, являются комплектность и удобство в обращении. Комплектность предусматривает создание наборов необходимых медикаментов, инструментов и аппаратов, другого имущества по видам медицинской помощи или функциональным подразделениям.

Комплект медицинского имущества рассчитан на оказание медицинской помощи определенному количеству пораженных или выполнение определенного комплекса медицинских мероприятий (объема медицинской помощи). Примером комплектов могут служить различного рода аптечки, сумки (АИ-2, сумка санитарная).

Основными принципами мед. снабжения являются:

1. Организация мед снабжения должна соответствовать задачам и структуре СМК

2. Запасы мед имущества должны обеспечить высокую готовность СМК.

Основными задачами мед. снабжения СМК являются:

-прогнозирование потребности в мед. имуществе в ЧС

-создание, содержание и целенаправленное использование резерва мед имущества при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС

-организация бесперебойного обеспечения мед имуществом формирований и учреждений СМК и населения в ЧС.

19. Организация медицинского снабжения в режиме чрезвычайной ситуации?

Снабжение мед имуществом СМК организуют Органы мед снабжения.

К ним относятся: отделы мед снабжения Центров медицины катастроф, аптеки и склады. На них возлагаются следующие задачи:

-определение потребности в мед имуществе, его заготовки учёт и хранение

-содержание запасов и резервов мед имущества готовых к использованию

- организация снабжения мед имуществом в режиме повседневной деятельности

Заготовка мед имущества для нужд СМК осуществляется централизованно и децентрализовано.

Централизованно приобретается мед имущество через муниципальные и федеральные органы управления фармацевтической деятельности. Децентрализовано - на предприятиях и в организациях снабжения различных форм собственности.

Организация мед снабжения в режиме ЧС:

При ликвидации медико-санитарных последствий ЧС перед службой МК стоит задача в сложных условиях планомерно и в полном объёме обеспечить мед имуществом работу всех учреждений и формирований. С этой целью проводятся следующие мероприятия:

-уточнение в потребности в мед имуществе для укомплектования формирований и учреждений СМК,

-изьятие (разбронирование) мед имущества из резерва для использования в зоне ЧС,

-предоставление заявок в соответствующие органы исполнительной власти на дополнительное мед. имущество недостающее для полной ликвидации последствий ЧС, контроль за его поступлением,

-учёт мед имущества направленного и поступившего в зону ЧС

При автономной работе лечебного учреждения (госпиталя) в зоне ЧС обеспечение его лекарственными средствами осуществляют штатные аптеки.

Учет медицинского имущества ведется в целях своевременной информации соответствующих должностных лиц и органов управления медицинской службы достоверными сведениями о его наличии, движении и качественном его состоянии, необходимыми для планирования и организации медицинского снабжения войск, контроля за правильностью расходования и использования имущества, подготовки исходных данных для составления отчетных документов, предусмотренных табелями срочных донесений.

Учет должен быть своевременным, полным, достоверным и точным.

Учет медицинского имущества, как в мирное, так и в военное время ведется в соответствии с существующими правилами и рекомендациями.

Особенности учета особо ядовитых, ядовитых и наркотических лекарственных средств, а также имущества неприкосновенного запаса и учета 2-й группы определяются специальными инструкциями и директивами.

По медицинскому имуществу ведется оперативный учет (на основании донесений и отчетов) и учет по первичным учетным документам (документальный). Оперативный учет является основным видом учета для органов управления медицинской службы. В воинских частях, на кораблях и на медицинских складах учет ведется только по первичным учетным документам.

При переходе учреждений (формирований) службы медицины катастроф на работу в режиме повышенной готовности уточняется укомплектованность резервов медицинским имуществом.

В режиме повышенной готовности прогнозируется потребность в медицинском имуществе и уточняется наличие жизненно важных лекарственных средств в лечебно-профилактических и аптечных учреждениях в зоне возможной чрезвычайной ситуации и прилегающих к ней территориях или регионе.

Устанавливается потребность в транспортных средствах для доставки медицинского имущества и рабочей силы для выполнения погрузочно-разгрузочных работ.

В зависимости от характера и масштаба чрезвычайной ситуации уточняется количество медицинского имущества, подлежащего вывозу в район катастрофы.

Для первого рейса подготавливается имущество, необходимое для начала работы по оказанию медицинской помощи.

Осуществляется доукомплектование недостающим и дополнительно необходимым медицинским имуществом, в том числе пополнение комплектов.

Медицинское имущество выдается медицинским формированиям по накладным. Получение и проверка упакованного имущества - по маркировке на упаковке и упаковочным листам.

Медицинское имущество должно быть подготовлено таким образом, чтобы обеспечивалась его транспортабельность, полная сохранность при погрузочно-разгрузочных работах и в пути следования.

До начала погрузки медицинского имущества руководитель работ обязан проинструктировать всех участников погрузочных работ о характере и свойствах груза, рекомендуемых приемах и правилах подъема, переноски, опускания и укладки груза, а также о мерах личной безопасности.

20. Медицинская служба Вооруженных Сил РФ. Медицинские формирования Минобороны РФ, задачи и структура.

Основными направлениями деятельности медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации являются:

-сохранение и укрепление здоровья военнослужащих;

-повышение доступности и качества медицинской помощи всем контингентам, имеющим законодательное право на медицинское обеспечение за счет средств Минобороны России;

-укрепление материально-технической базы военно-медицинских подразделений, частей и учреждений;

-комплексное переоснащение современным медицинским оборудованием медицинских пунктов воинских частей, санитарно-эпидемиологических учреждений и военных госпиталей;

-участие в реализации федеральных целевых программ;

-интеграция с учреждениями гражданского здравоохранения в целях сохранения и укрепления здоровья членов семей военнослужащих и ветеранов Вооруженных Сил.

Перед медицинской службой всегда стояла и стоит задача организационного оформления системы предупреждения, экспертизы, наблюдения и коррекции состояния здоровья молодежи на всех этапах, начиная с допризывного периода. Эта работа была начата давно и ведется по настоящее время. Она имеет долговременный характер и является в деле сохранения и укрепления здоровья одним из важнейших ниже перечисленных приоритетов:

-реализация всеми должностными лицами требований законодательных и нормативно-правовых документов, регламентирующих работу по охране здоровья военнослужащих;

-ужесточение барьерной функции при призыве граждан на военную службу с целью недопущения в Вооруженные Силы больных;

-тесное сотрудничество органов военного управления с органами законодательной и исполнительной власти, как на федеральном, так и на региональном уровне в решении вопросов комплектования Вооруженных Сил здоровым пополнением;

-обеспечение устойчивого санитарно-эпидемиологического благополучия личного состава и районов дислокации войск (сил) на основе строгого соблюдения уставных положений, регламентирующих условия жизни и быта военнослужащих, безаварийной эксплуатации всех систем жизнеобеспечения военных городков;

-профилактика наиболее актуальных для армии и флота болезней, особенно инфекционных, психических, наркомании, алкоголизма, болезней кожи и подкожной клетчатки, травматизма;

-формирование у личного состава армии и флота активной жизненной позиции в вопросах сохранения здоровья;

-приоритетное финансирование расходов на военное здравоохранение, в том числе, за счет внебюджетных источников;

-создание условий для гарантированного медицинского обеспечения прикрепленных контингентов.

Необходимо отметить - действующая система отбора граждан, поступающих на военную службу по контракту, и требования к их состоянию здоровья позволяют комплектовать Вооруженные Силы Российской Федерации здоровыми и практически здоровыми лицами.

Сохранение и укрепление здоровья военнослужащих определены в качестве приоритетных задач и в профессиональной деятельности должностных лиц армии и флота.

Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации осуществляется по территориальному принципу, в границах военного округа (флота). Принцип территориальности является организационной основой построения всей современной системы лечебно-диагностической работы в Вооруженных Силах Российской Федерации и ведет к оптимизации всей системы медицинского обеспечения. Создание в конкретном регионе полноценной инфраструктуры амбулаторно-поликлинического и госпитального звеньев, обеспечивающих необходимый объем диагностики и специализированного лечения больных, позволяет увеличить возможности существующей лечебно-диагностической базы и обеспечить доступность медицинской помощи больным в территориальном и временном отношениях, ведет к экономии выделяемых бюджетных ассигнований, рациональному расходованию материальных ресурсов, эффективному использованию предоставляемых услуг, ликвидации дублирующих (по решаемым задачам) структур медицинской службы. Это важнейший приоритет в деятельности медицинской службы в последние годы.

Приоритетными направлениями в совершенствовании работы военных госпиталей и клиник являются:

-реорганизация стационарной помощи с учетом имеющейся материальной базы, а также величины и структуры обслуживаемых контингентов;

-дальнейшее углубление специализации медицинской помощи на основе целевых программ ее развития;

-пересмотр роли места восстановительного лечения в лечебном процессе;

-усиление контроля над работой войсковой медицины и военных поликлиник.

Важнейшей задачей в организации работы военных госпиталей и поликлиник является оптимальная интеграция этих учреждений и поиск новых путей их развития.

Продолжается работа по оптимизации сети военно-лечебных учреждений в соответствии с реальными возможностями по их развертыванию и с учетом требований санитарных правил и норм, формированию единых госпитально-поликлинических комплексов.

Все это и многое другое позволило обеспечить последовательное снижение инфекционной заболеваемости в Вооруженных Силах, стойкое санитарно-эпидемиологическое благополучие среди личного состава войск и сил флота, объективизировать информацию об условиях жизнедеятельности военнослужащих. Так, за последние пять лет заболеваемость вирусным гепатитом А в Вооруженных Силах снизилась более чем в 40 раз, заболеваемость детскими инфекциями, такими как корь, эпидемический паротит и дифтерия сведена к уровню спорадической.