

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

**Учебно-методическое пособие
для студентов II курса стоматологического, III курсов лечебного, педиатрического,
медико-профилактического и фармацевтического факультетов
Кубанского государственного медицинского университета**

Краснодар 2011

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Учебно-методическое пособие
для студентов II курса стоматологического, III курсов лечебного, педиатрического,
медико-профилактического и фармацевтического факультетов
Кубанского государственного медицинского университета

Краснодар 2011

УДК 356.33:614.8 (075.8)

ББК 58

0-75

Составители: зав. кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России д.м.н., доцент **В.В. Хан**

Зав. учебной частью кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф д.м.н., профессор **С.Н. Линченко**

Старший преподаватель кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф **М.М. Мунасыпов**

Преподаватель кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф **М.А. Коныхов**.

Под редакцией д.м.н., доцента **В.В. Хан**

Рецензенты: Старший преподаватель кафедры организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации ГИУВ МО РФ д.м.н., профессор **Е.В. Решетников**
Профессор кафедры высоких технологий прогноза и предупреждения чрезвычайных ситуаций КубГУ д.физ.-мат.н. **О.Д. Пряхина**

Основы организации медицины катастроф: Учеб.-метод. пособие. Краснодар: Изд-во КубГУ, 2011. – 79 с.

Подготовлено согласно Указа Президента РФ №537 «О стратегии национальной безопасности РФ до 2020 г.» и учебной программе по «Организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера и в военное время» (М., 2007) для медицинских вузов. Посвящено основополагающим разделам курса медицины катастроф.

Адресовано студентам II курса стоматологического, III курсов лечебного, педиатрического, медико-профилактического и фармацевтического факультетов Кубанского государственного медицинского университета.

Сведения, изложенные в пособии, являются базовыми в системе подготовки врачей-организаторов, необходимы для дальнейшего успешного освоения особенностей проведения медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера, правильного понимания медико-тактической характеристики различных катастроф, способствуют лучшему восприятию материала по организации медицинской службы гражданской обороны в военное время.

Рекомендовано к изданию ЦМС КубГМУ,
протокол №13 от 18 апреля 2011 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель пособия – ознакомить студентов с наиболее современными тенденциями развития медицины катастроф в России и за ее пределами, помочь им более эффективно освоить материал данной дисциплины, подготовиться к изучению курса медицинского обеспечения мероприятий гражданской обороны, а также избежать ошибок при организации медицинского обеспечения населения в условиях реальной чрезвычайной ситуации.

В настоящем учебно-методическом пособии на основании анализа данных литературы приведены характеристики основных видов чрезвычайных ситуаций (ЧС), рассмотрены структура и принципы организации Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК), основы организации работы лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) в разных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций; приведена характеристика медицинских средств индивидуальной защиты (МСИЗ).

Особое внимание уделено базовым принципам организации лечебно-эвакуационных мероприятий (ЛЭМ), распределению видов медицинской помощи в классической двухэтапной системе. Рассмотрены основы медицинской сортировки и эвакуации в очаге поражения и на этапах эвакуации, наиболее часто вызывающие затруднение у студентов. Даны рекомендации по проведению реабилитации и экспертизы спасателей. Для удобства изучения материала приводятся варианты задач по каждой из тем, позволяющие студентам самостоятельно и под руководством преподавателя применить теоретический материал к реальной ситуации.

Пособие составлено в помощь студентам для подготовки к занятиям по медицине катастроф в качестве дополнительного источника к базовому учебнику «Медицина катастроф» (И.И.Сахно, В.И.Сахно, 2001), на положения которого оно опирается при рассмотрении основных вопросов изучаемой программы.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Список используемых сокращений	7
Введение	8
Тематика занятий по дисциплине медицина катастроф	9
1. Задачи, организационная структура и основы деятельности Всероссийской службы медицины катастроф	10
1.1. Краткая история развития Всероссийской службы медицины катастроф	10
1.2. Определение, задачи и основные принципы организации Всероссийской службы медицины катастроф	11
1.3. Организационная структура Всероссийской службы медицины катастроф	12
1.4. Управление службой медицины катастроф	14
1.5. Служба медицины катастроф Минздравсоцразвития России	14
1.6. Задачи и организационная структура санитарно-эпидемиологической службы для работы в чрезвычайных ситуациях	16
1.7. Служба медицины катастроф Минобороны России	17
1.8. Силы и средства ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций МЧС и МВД России	18
1.9. Ситуационные задачи	19
2. Медицинская защита населения и спасателей в чрезвычайных ситуациях	22
2.1. Определение и мероприятия медицинской защиты	22
2.2. Медицинские средства защиты и их использование	23
2.3. Табельные медицинские средства индивидуальной защиты	24
2.4. Медико-психологическая защита населения и спасателей в чрезвычайных ситуациях	27
2.5. Ситуационные задачи	30
3. Подготовка лечебно-профилактического учреждения к работе при чрезвычайных ситуациях	34
3.1. Мероприятия по повышению устойчивости функционирования ЛПУ в чрезвычайных ситуациях	35
3.2. Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в медицинских учреждениях здравоохранения	36
3.3. Защита медицинского персонала, больных и имущества	38
3.4. Организация работы больницы в чрезвычайных ситуациях	39
3.5. Эвакуация медицинских учреждений	40
3.6. Ситуационные задачи	42

4.	Организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях	47
4.1.	Условия, определяющие систему лечебно-эвакуационного обеспечения	48
4.2.	Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения	48
4.3.	Особенности медицинской сортировки пораженных (больных) в условиях чрезвычайных ситуаций	55
4.4.	Особенности медицинской эвакуации пораженных (больных) в условиях чрезвычайных ситуаций	57
4.5.	Особенности организации оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях	58
4.6.	Медицинская экспертиза и реабилитация участников ликвидации чрезвычайных ситуаций	60
4.7.	Ситуационные задачи	62
	Перечень контрольных тестовых заданий	68
	Рекомендуемая литература	73
	Приложение 1. План-конспект проведения занятия с личным составом объекта по табельным средствам защиты в чрезвычайных ситуациях	74
	Приложение 2. Принципиальная схема двухэтапной системы лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных	75
	Приложение 3. Приложение к приказу МЗСР №353 «О первой помощи»	76
	Приложение 4. Документальное оформление результатов медицинской сортировки	77

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- АОХВ** — аварийно опасные химические вещества
АСР — аварийно-спасательные работы
БСМП — бригада специализированной медицинской помощи
ВС — *Вооруженные Силы*
ВСБ — врачебно-сестринская бригада
ВСМК — Всероссийская служба медицины катастроф
ВЦМК — Всероссийский центр медицины катастроф
ДКБ — детская клиническая больница
КЭК — клиничко-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения
ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение
ЛЭО (ЛЭМ) — лечебно-эвакуационное обеспечение (мероприятия)
МЗ — медицинская защита
МК — медицина катастроф
МО РФ — Министерство обороны Российской Федерации
МОСН — медицинский отряд специального назначения
МПЗ — медико-психологическая защита населения и спасателей
МПС — Министерство путей сообщения
МС ГО — медицинская служба гражданской обороны
МСИЗ — медицинские средства индивидуальной защиты
ОВ — отравляющие вещества
ОПМ (МО) — отряд первой медицинской помощи (медицинский отряд) МС ГО
ПМГ — полевой многопрофильный госпиталь
ПВП — первая врачебная помощь
ПП — первая помощь
ПТСР — посттравматические стрессовые расстройства
РВ — радиоактивные вещества
РСЧС — Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (Российская система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций)
СДЯВ — сильнодействующие ядовитые вещества
СПЭБ — специализированная противэпидемическая бригада
СЭБ — санитарно-эпидемиологическая бригада
СЭО — санитарно-эпидемиологический отряд
ФОС (ФОВ) — фосфорорганические соединения (вещества)
ЧС — чрезвычайная ситуация
ЦРБ — центральная районная больница

ВВЕДЕНИЕ

В современном, полном агрессии, техногенном обществе, на фоне активного преобразования природы необдуманной потребительской деятельностью человека закономерно складывается обстановка, создающая угрозу жизни людей и ломающая привычный им жизненный уклад. К сожалению, эта тенденция приобретает глобальный характер, становясь неотъемлемой чертой развития многих стран, в том числе и России. Стихийные бедствия, социальные катаклизмы, техногенные и экологические катастрофы угрожают регионам, странам, категориям населения, в целом человеческой цивилизации.

Медицинскому персоналу, оказывающему помощь пострадавшим в катастрофах, требуются не только профессиональная квалификация и владение принципами медицинской сортировки, но и высокая функциональная готовность, ответственность, знание правовых норм, организаторские способности, умение работать в коллективе, а порой и незаурядное личное мужество. Изучение и анализ организации медицинского обеспечения чрезвычайных ситуаций в России наглядно демонстрирует необходимость приобретения уверенных базовых знаний и улучшения уровня подготовки врачей не только в области предполагаемой патологии, но и в плане организации медико-санитарного обеспечения в ЧС. Так, согласно данным С.В.Трифоновой (2001), при оказании медицинской помощи населению в зонах аварии на Чернобыльской АЭС (1986) и землетрясения в Армении (1987) до 50% врачей допускали ошибки (в первую очередь при медицинской сортировке), ухудшая тем самым прогноз состояния пострадавших. Существующий подход индивидуализации медицинских мероприятий часто неприменим в условиях одномоментного оказания помощи разным группам пострадавших. Именно особенности медицинской характеристики ЧС явились стимулом для возникновения и прогрессивного развития такой дисциплины, как медицина катастроф.

Медицина катастроф рассматривает человека как неотъемлемый компонент любой экстремальной ситуации, независимо от вида ЧС. Знания и навыки по медицине катастроф приобретают особую актуальность в связи с необходимостью врачам разных уровней, каждому на своём участке работы, организовывать и координировать привлекаемые для ликвидации последствий ЧС людские, материально-технические, организационные ресурсы. Это требует от врачей качественных знаний организации медицины катастроф для своевременной концентрации, подготовки и мобилизации требуемых сил и средств.

При определении тактики оказания медицинской помощи пострадавшим очень важен этап принятия решений в условиях крайнего дефицита времени. При работе в ЧС тактика должна быть единообразной и определяться общими принципами оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации. Дискуссии по поводу избрания тактики абсолютно недопустимы вне зависимости от наличия у работающих в бригаде специалистов собственных научных взглядов и подходов к лечению той или иной патологии в условиях повседневной работы стационара ЛПУ. Дискуссии свидетельствуют о некомпетентности их участников в вопросах медицины катастроф, дезорганизуют работу бригады, приводят к потере драгоценного времени, психологически угнетают пострадавших.

ТЕМАТИКА ЗАНЯТИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

Тема 1. Задачи и основы организации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Тема 2. Задачи, организационная структура и основы деятельности Всероссийской службы медицины катастроф.

Тема 3. Медицинская защита населения и спасателей в чрезвычайных ситуациях.

Тема 4. Подготовка лечебно-профилактического учреждения к работе при чрезвычайных ситуациях.

Тема 5. Организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях.

Тема 6. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций техногенного (антропогенного) характера.

Тема 7. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера (стихийных бедствий).

Тема 8. Организация санитарно-противоэпидемического обеспечения в чрезвычайных ситуациях.

Тема 9. Медицинское снабжение формирований и учреждений, предназначенных для медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях.

Тема 10. Медицинская служба Вооруженных Сил РФ в чрезвычайных ситуациях.

1. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА И ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Время 4 часа
I. Изучаемые учебные вопросы:
1. Краткая история развития ВСМК.
2. Определение, задачи и основные принципы организации ВСМК.
3. Организационная структура ВСМК.
4. Управление службой медицины катастроф.
5. Служба медицины катастроф Минздравсоцразвития России.
6. Задачи и организационная структура санитарно-эпидемиологической службы для работы в чрезвычайных ситуациях.
7. Служба медицины катастроф Министерства обороны РФ. Силы и средства ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций МЧС и МВД России.
II. Рефераты
История развития Всероссийской службы медицины катастроф
Полевой многопрофильный госпиталь Минздравсоцразвития России - задачи, структура, возможности
III. Литература
<i>основная:</i>
Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные вопросы). - М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.
<i>дополнительная:</i>
1. Гончаров С.Ф., Бобий Б.В. Всероссийская служба медицины катастроф: итоги деятельности и перспективы развития // Медицина катастроф. - 2010. - №2.
2. Избранные лекции по медицине катастроф / Под ред. С.В. Жукова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
3. Мельникова М.М., Айзман Р.И., Бубнов В.Г. Медицина катастроф. - Новосибирск: Изд-во «Арта», 2011.
4. Организация санитарно-противоэпидемического обеспечения населения в ЧС: Пособие для государственных служащих. – М.: Изд. Дом «МАГИСТР-ПРЕСС», 2001.
5. Федоров В.Д. К истории создания службы медицины катастроф в России // Медицина катастроф. - 2010. - №2 (70).
6. Чиж И.М. Военная медицина и медицина катастроф // Медицина катастроф. - 2010. - №2 (70).

1.1. КРАТКАЯ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

В 1939 г. создана для условий военного времени местная противовоздушная оборона (МПВО) с медико-санитарной службой. В июле 1961 г. МПВО реорганизована в систему гражданской обороны (ГО), включающую медицинскую службу гражданской обороны (МС ГО), также ориентированные на военное время.

В 1990 г. вышло Постановление Совета Министров СССР №339 «О создании в стране службы экстренной медицинской помощи в ЧС».

14.06.90 г. опубликовано Постановление Совета Министров РСФСР от №192 «О создании службы экстренной медицинской помощи в ЧС», затем издан приказ Минздрава РСФСР от 11.07.90 г. №115 «О создании службы экстренной медицинской помощи при ЧС».

03.05.94 г. опубликовано Постановление Правительства РФ от № 420 «О защите жизни и здоровья населения РФ при возникновении и ликвидации последствий ЧС, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами», которым было регламентировано создание ВСМК.

Завершающим этапом становления ВСМК явилось Положение о ВСМК, утвержденное постановлением Правительства РФ от 28.02.96 г. №195.

1.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЗАДАЧИ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК) — одна из составных частей *Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций*, объединяющая службы МК Минздравсоцразвития России, Минобороны России, а также силы и средства МЧС, МВД России, других федеральных органов исполнительной власти, предназначенные для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Задачи ВСМК:

- 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, формирований и учреждений службы;
- 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 спасателей оказанию первой помощи в ЧС;
- научно-исследовательская работа и международное сотрудничество в области МК.

Основные принципы организации ВСМК

- **Государственный и приоритетный характер** обеспечивается соответствующими указами Президента России, постановлениями Правительства РФ и созданием в стране *Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС*.
- **Территориально-производственный принцип:** служба МК организуется с учетом экономических, медико-географических и других особенностей региона или административной территории.

- **Централизация управления** обеспечивается созданием системы управления службой, способной обеспечивать информацией все уровни и подсистемы, принимающие участие в ликвидации последствий ЧС.
- **Децентрализация управления** предусматривает ведущую роль конкретного уровня управления в подготовке и осуществлении медико-санитарного обеспечения в ЧС.
- **Плановый характер** предусматривает заблаговременную подготовку сил и средств ВСМК, прогнозирование вариантов их использования в различных регионах, планирование взаимодействия с другими службами, специальную подготовку и повышение квалификации личного состава службы.
- **Принцип универсализма** подразумевает создание формирований и учреждений МК, готовых к работе в любых ЧС (без существенной их реорганизации).
- **Принцип основного функционального предназначения сил и средств ВСМК** означает, что формирования службы и приданные им средства могут быть использованы только для решения соответствующих конкретных задач при действиях в ЧС.
- **Принцип этапного лечения пораженных с их эвакуацией по назначению.**
- **Принцип материальной заинтересованности и ответственности.**
- **Принцип мобильности, оперативности и постоянной готовности.**
- **Принцип юридической и социальной защищенности медицинских и других специалистов службы.**
- **Принцип всеобщей подготовки населения к действиям в ЧС.**

1.3. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Федеральный уровень ВСМК представлен (табл.):

- органом управления - Всероссийским Центром Медицины Катастроф «Защита» (Минздравсоцразвития России) - государственным многопрофильным головным учреждением службы МК федерального и регионального уровней, выполняющим функции образовательного, научно-исследовательского и лечебно-профилактического учреждений. Основными его подразделениями являются: управление, штаб ВСМК, филиалы ВЦМК «Защита» (в федеральных округах), клиника МК с полевым многопрофильным госпиталем (ПМГ), отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи (санитарная авиация), институт проблем медицины катастроф (с входящими в него кафедрами и научно-исследовательскими лабораториями), центр медицинской экспертизы и реабилитации, отдел медико-технических проблем экстремальной медицины, отдел организации медицинской помощи при радиационных авариях, отдел медицинского снабжения со складом резерва Минздравсоцразвития России для ЧС и другие подразделения;
- департаментом по санитарно-эпидемиологическому надзору Минздравсоцразвития России;

- Федеральным центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора со специализированными формированиями и учреждениями Госсанэпидслужбы и Федеральным управлением «Медбиоэкстрем»;
- Всеармейским центром медицины катастроф и медицинскими формированиями и учреждениями центрального подчинения МО РФ;
- учреждениями и формированиями центрального подчинения МВД, МЧС России, других министерств и ведомств, предназначенными для участия в ликвидации последствий ЧС.

Таблица

Организационная структура ВСМК

Уровень управления	Какими формированиями и учреждениями представлен			
Федеральный (г. Москва)	ВЦМК «Защита»	Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека	Всеармейский центр МК	Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии»
Региональный	Филиалы ВЦМК «Защита»	Межрегиональные центры ВСМК в гг. Москве и Новосибирске	Региональное ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»	Формирования Минобороны, МВД и МЧС, др. министерств и ведомств России
Территориальный	Территориальные центры медицины катастроф	Территориальное управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека	Формирования Минобороны, МВД и МЧС, др. министерств и ведомств России	Клинические базы для оказания экстренной и консультативной медицинской помощи
Местный	Станции (подстанции) скорой медицинской помощи	ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в городах и районах	Санитарно-эпидемиологические бригады и группы эпидемиологической разведки	Формирования постоянной готовности военно-медицинских учреждений, формирования органов МВД и МЧС РФ

Продолжение таблицы				
Объектовый	Должностные лица по медико-санитарному обеспечению объекта в ЧС	Объектовые медицинские формирования	Подразделения санитарно-эпидемиологического надзора	Лечебно-профилактические учреждения

1.4. УПРАВЛЕНИЕ СЛУЖБОЙ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Определение: это **целенаправленная деятельность** руководящего состава и органов управления по развитию и совершенствованию ВСМК, поддержанию её территориальных и функциональных подсистем в готовности к решению возложенных задач и практическому их выполнению в повседневной деятельности, при угрозе возникновения и при возникновении ЧС.

Руководителем ВСМК на федеральном уровне является председатель федеральной межведомственной координационной комиссии ВСМК, а на региональном, территориальном и местном уровнях - председатели соответствующих межведомственных координационных комиссий ВСМК.

Начальником службы МК является Министр Минздравсоцразвития Российской Федерации. Непосредственное руководство службой осуществляет первый заместитель Министра. Начальником службы МК на региональном уровне является представитель Министра Минздравсоцразвития в федеральном округе.

Начальниками службы МК на территориальном и местном уровнях являются руководители органов управления здравоохранением соответствующих органов исполнительной власти, а на объектовом - руководители учреждений здравоохранения.

1.5. СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Формирования службы МК организуются на всех уровнях и могут быть штатными и нештатными. Подвижный полевой многопрофильный госпиталь, бригады специализированной медицинской помощи, врачебно-сестринские бригады, врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи, бригады доврачебной помощи создаются в соответствии с утвержденными штатами и обеспечиваются по табелям специальным оснащением и оборудованием. Они могут работать автономно или в составе других формирований и учреждений, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

На базе медицинских образовательных, научно-исследовательских, лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений за счет их персонала на всех уровнях службы МК создаются нештатные формирования (отряды, бригады, группы). Обеспечение их готовности к работе возлагается на руководителей соответствующих учреждений. При возникновении ЧС эти формирования поступают в оперативное подчинение органов управления службы МК соответствующего уровня.

Основным мобильным лечебно-диагностическим формированием службы МК является **полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) ВЦМК «Защита»**.

Задачи ПМГ: выдвигание в зону ЧС, прием пораженных, их сортировка, оказание квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи пораженным, подготовка их к эвакуации, временная госпитализация нетранспортабельных, амбулаторная помощь населению.

При полном развертывании госпиталь может за сутки принять до 250 пораженных. Для госпитализации нетранспортабельных пораженных госпиталь может развернуть до 150 коек.

Бригады специализированной медицинской помощи могут быть штатными или нештатными. Они являются мобильными формированиями службы МК и предназначены для специализации или усиления лечебно-профилактических учреждений, участвующих в ликвидации последствий ЧС.

Задачи БСМП:

1. медицинская сортировка поражённых, нуждающихся в специализированной медицинской помощи;
2. оказание специализированной медицинской помощи и лечение нетранспортабельных больных;
3. подготовка к эвакуации в специализированные ЛПУ и оказание консультативно-методической помощи.

Бригады формируются органами управления здравоохранением на базе республиканских, областных (краевых), городских многопрофильных и специализированных больниц, центральных районных больниц, больниц скорой медицинской помощи, клиник медицинских ВУЗов, НИИ и специализированных центров медицинского профиля и комплектуются из высококвалифицированных специалистов на добровольной основе.

Врачебно-сестринские бригады - нештатные мобильные формирования службы МК, предназначенные для оказания первой врачебной помощи, организации и проведения медицинской сортировки и подготовки к эвакуации пораженных из очага. Они создаются на базе городских, центральных районных, межрайонных, участковых больниц, а также поликлинических учреждений и здравпунктов.

Состав бригады: руководитель - врач, старшая медицинская сестра, 2 медицинские сестры, санитар, водитель-санитар, всего 6 чел. За 6 ч работы бригада обеспечивает оказание врачебной помощи 50 поражённым.

Врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи создаются на базе станций, подстанций и отделений скорой медицинской помощи.

Задачи бригады: медицинская сортировка пораженных, оказание первой врачебной помощи в установленном объеме и эвакуация пораженных из очага (зоны) 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, укомплектованные согласно табелю. За 6 ч работы в ЧС бригада способна оказать помощь 50 пораженным.

Бригады доврачебной помощи и фельдшерские выездные бригады скорой медицинской помощи - подвижные медицинские формирования здравоохранения, предназначенные для медицинской сортировки пораженных, оказания им доврачебной помощи и подготовки к эвакуации.

На объектах экономики бригады могут создаваться по решению руководителя объекта за счет персонала медико-санитарной части (здравпункта).

Состав бригады: руководитель - фельдшер (медицинская сестра), 1-2 медицинские сестры, водитель-санитар, всего 3-4 чел. За 6 ч работы в ЧС бригада способна оказать помощь 50 поражённым.

1.6. ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЛЯ РАБОТЫ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Задачи Санитарно-эпидемиологической службы ВСМК РФ (в составе Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС):

1. государственный санитарно-эпидемиологический надзор в составе сил и средств наблюдения и контроля за состоянием окружающей среды;
2. надзор за обстановкой на социально опасных объектах и прилегающих к ним территориях;
3. анализ воздействия вредных факторов на здоровье населения;
4. разработка организационно-методических вопросов деятельности лабораторий, организаций госсанэпидслужбы в ЧС;
5. контроль готовности Центров гигиены и эпидемиологии и подготовку предложений по ее совершенствованию;
6. проведение мероприятий по линии госсанэпидслужбы в ЧС;
7. участие в формировании бригад постоянной готовности групп экспертов;
8. разработка замыслов при проведении учений и тренировок;
9. сбор и анализ информации по деятельности Центров гигиены и эпидемиологии в ЧС;
10. организация и проведение апробации новых приборов, других лабораторных принадлежностей и методов исследований;
11. надзор за эпидемиологическим благополучием населения по особо опасным (карантинным) и природно-очаговым инфекциям;
12. организационно-методическая и практическая помощь органам и учреждениям госсанэпидслужбы по вопросам профилактики особо опасных (карантинных) и природно-очаговых инфекций и санитарной охране территорий;
13. организация противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных и других редко встречающихся инфекций;
14. контроль за готовностью противочумных учреждений и специализированных противоэпидемических бригад постоянной готовности;
15. расследование сложных случаев эпидемических вспышек и формирование групп экспертов.

Специализированные (нештатные) формирования госсанэпидслужбы РФ:

- *санитарно-эпидемиологический отряд,*
- *санитарно-эпидемиологическая бригада,*
- *специализированная противоэпидемическая бригада,*
- *группа эпидемиологической разведки.*

1.7. СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ МИНОБОРОНЫ РОССИИ

На **Федеральном уровне** (в масштабе всей страны) представлена:

- медицинским отрядом специального назначения при Главном клиническом военном госпитале им. Н.Н. Бурденко;
- 4 самолетами-операционными «Скальпель»;
- бригадами экстренной специализированной медицинской помощи и врачебно-сестринскими бригадами лечебных учреждений центрального подчинения;
- подвижными специальными группами военно-медицинских учебных заведений и НИИ;
- подвижными специализированными группами центральных лабораторий;
- центральными медицинскими складами;
- адаптированными под медицинскую эвакуацию самолётами военно-транспортной авиации (ИЛ-76, АН-72);
- военными санитарными поездами;
- резервными койками клиник Военно-медицинской академии, главного и центральных военных клинических госпиталей.

На уровне **округа (вида ВС, флота)** («гражданский» аналог - субъект РФ) служба представлена:

- медицинскими отрядами специального назначения округов (флотов), отдельными автомобильными санитарными взводами округов;
- нештатными бригадами специализированной медицинской помощи, врачебно-сестринскими бригадами, подвижными группами специалистов лечебно-профилактических, санитарно-профилактических учреждений округов (видов Вооруженных Сил, флотов), медицинских военных учебных заведений;
- резервными койками военных госпиталей округов (видов Вооруженных Сил, флотов);
- запасами текущего медицинского имущества на медицинских складах округов [видов Вооруженных Сил (флотов)];
- воздушными (операционно-реанимационные самолеты и вертолеты), морскими (госпитальные суда флотов) и наземными эвакуационными средствами, медицинских воинских частей и учреждений, используемыми в интересах службы.

На уровне **гарнизона** («гражданский» аналог - муниципальное образование, например, г. Краснодар) служба представлена:

- дежурными силами и средствами медицинской службы;
- нештатными бригадами специализированной медицинской помощи;
- врачебно-сестринскими бригадами;
- запасами текущего медицинского имущества медицинских складов;
- медицинскими эвакуационными средствами (штатными санитарно-транспортными средствами медицинских воинских частей и учреждений, транспортными средствами, выделяемыми начальником гарнизона).

1.8. СИЛЫ И СРЕДСТВА ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС МПС И МВД РОССИИ

Силы и средства ликвидации медико-санитарных последствий ЧС МПС России

В соответствии со структурой Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и структурой Всероссийской службы медицины катастроф *медицинские силы и средства МПС России* создаются на *федеральном, региональном, территориальном, местном (объектовом)* уровнях.

На федеральном уровне: Департамент здравоохранения МПС России, Всероссийский научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены (ВНИИЖГ) центральные клинические больницы (ЦКБ), центральный эвакуационный пункт (ЦЭВАКО), центральная станция переливания крови (ЦСПК), сетевой центр санэпиднадзора (СЦСЭН).

Департамент здравоохранения МПС России осуществляет общую координацию работ по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на железнодорожном транспорте.

Всероссийский научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены (ВНИИЖГ) осуществляет научные разработки и является ведущим научно-практическим учреждением по проблемам медицины катастроф на железнодорожном транспорте.

На региональном уровне: врачебно-санитарные службы железных дорог, дорожные лечебно-профилактические учреждения, дорожные станции переливания крови (ДСПК), дорожные центры санэпиднадзора (ЦСЭН), противочумные станции, изоляционно-пропускные пункты.

На территориальном, местном (объектовом) уровнях: отделенческие, узловые и линейные ЛПУ, отделения переливания крови (ОПК) и пункты заготовки крови (ПЗК), отделенческие и линейные ЦСЭН, изоляционно-пропускные пункты.

При выполнении своих задач региональные, территориальные, местные (объектовые) медицинские силы и средства МПС России подчиняются Департаменту здравоохранения МПС России, врачебно-санитарной службе железной дороги, а также руководителям соответствующих медицинских учреждений железной дороги (отделений железной дороги).

Силы и средства ликвидации медико-санитарных последствий ЧС МВД России

Главный военно-клинический госпиталь внутренних войск МВД России (в его состав входит медицинский отряд специального назначения - МОСН); отделения экстренной медицинской помощи в госпиталях МВД 15 субъектов РФ, 4 окружных госпиталях Внутренних Войск МВД.

Нештатные формирования: мобильные врачебно-сестринские бригады (хирургические терапевтические, педиатрические). Создаются на базе лечебных учреждений МВД.

1.9. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. *Используя изученный материал, распределите учреждения, перечисленные в условии задачи, по соответствующим уровням ВСМК.*

За период работы полевого педиатрического госпиталя ВЦМК «Защита» (ППГ) в Чеченской Республике во время контртеррористической операции было налажено взаимодействие с руководителями и учреждениями здравоохранения, определен порядок направления детей на консультации специалистов и проведено распределение потока больных между ЛПУ г. Гудермеса и ППГ в зависимости от возраста и клинического профиля пациентов. Эвакуация новорожденных проводилась в ЦРБ г. Хасавюрт. Детей, нуждавшихся в различных видах специализированной медицинской помощи, направляли в ЛПУ Северо-Кавказского региона, а в наиболее сложных случаях — в Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ, ДГКБ №9 им. Г.Н.Сперанского, Российскую ДКБ. Прием взрослого населения осуществлялся преимущественно по экстренным показаниям, с эвакуацией в военный госпиталь н.п. Ханкала (МО РФ).

Ответ:

Задача 2. Одним из важнейших условий эффективности медицинской помощи пострадавшим при любой катастрофе является ее своевременность. Опыт ликвидации последствий землетрясений показал, что число пострадавших, которых удастся извлечь из завалов живыми, к 3-4-м суткам значительно снижается, а к 5-6-м — практически сводится к нулю. Организация в очаге землетрясения полномасштабных спасательных работ с применением специальной техники, участием профессиональных работников спасателей, развертыванием медицинских формирований требует времени. В большинстве случаев такие работы удастся начать лишь спустя 1-2 сут.

Используя приложение 7 учебника И.И. Сахно, В.И.Сахно «Медицина катастроф», перечислите штатные и нештатные формирования Министерства здравоохранения, МО, МВД, отвечающие по срокам развертывания критериям эффективного применения формирований в очаге землетрясения.

Ответ:

Задача 3. Прочитайте приведенные ниже примеры чрезвычайных ситуаций и ответьте на вопросы.

Место возникновения ЧС		Величина санитарных потерь	Величина безвозвратных потерь
1	Землетрясение в Ашхабаде	55,5 тыс.	27 тыс.
2	Землетрясение в Армении	32,5 тыс.	до 30 тыс.
3	Катастрофа на железной дороге у г. Уфа (взрыв газа в зоне движения двух поездов)	871 (196 детей)	339
4	Землетрясение на Сахалине	510	свыше 1,8 тыс.

1. Используя критерии классификации чрезвычайных ситуаций, сформулируйте название соответствующего типа ЧС для каждого из приведенных вариантов.

Ответ:

1
2
3
4

2. Рассчитайте количество врачебно-сестринских бригад и бригад специализированной медицинской помощи, необходимых для работы в очаге.

Ответ:

1
2
3

3. Какие формирования и учреждения ВСМК вы считаете целесообразным привлечь для организации медицинского обеспечения в каждой из указанных выше ЧС?

Ответ:

1
2
3
4

Задача 4. В результате военно-политического конфликта на территории одного из сопредельных государств большая часть жителей покинула опасную зону боевых столкновений. Группа беженцев числом более 1 тыс. человек пересекла границу соседней страны, где им было разрешено обосновать временный лагерь. Люди пили некипяченую воду, условия для хранения продуктов питания отсутствовали, возможности соблюдать правила личной гигиены не было. Через трое суток некоторые из беженцев ощутили озноб, головную боль, боли в животе, у них началась диарея (жидкий стул до 10-15 раз в сутки). Через 5 сут. эти симптомы встречались уже у более, чем 250 человек.

2. МЕДИЦИНСКАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ И СПАСАТЕЛЕЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

время 6 часов
I. Учебные вопросы
1. Определение и мероприятия медицинской защиты.
2. Медицинские средства защиты и их использование.
3. Табельные медицинские средства индивидуальной защиты.
4. Медико-психологическая защита населения и спасателей в ЧС.
II. Рефераты, доклады
Организация обучения населения медицинской защите в ЧС.
Психологическая защита населения и спасателей.
Особенности развития психических расстройств у пораженных при землетрясении.
III. Литература <i>основная:</i> 1. Куценко С.А., Бутомо Н.В., Гребенюк А.Н. Военная токсикология, радиобиология и медицинская защита: Учебник. - СПб: ООО Изд-во «Фолиант», 2004. 2. Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные вопросы). - М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. <i>дополнительная:</i> 3. Мельникова М.М., Айзман Р.И., Бубнов В.Г. Медицина катастроф. - Новосибирск: Изд-во «Арта», 2011. 4. Христенко В.Е. Психология поведения жертвы. - Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2004. 5. О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера / Федеральный закон №68-ФЗ от 24.12.1994. 6. О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях / Приказ Минздрава РФ №325 от 24.10.2002.

2.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЗАЩИТЫ

Медицинская защита (МЗ) - комплекс мероприятий, проводимых (организуемых) службой МК и медицинской службой гражданской обороны (МС ГО) для предупреждения или максимального ослабления воздействия на население и спасателей поражающих факторов. МЗ является составной частью медико-санитарного обеспечения.

Мероприятия по медицинской защите:

- содействие в обеспечении индивидуальными средствами профилактики поражений (антидотами, радиопротекторами, средствами специальной обработки и

т.п.), медицинскими препаратами для оказания первой помощи, а также участие в обучении правилам и приемам пользования ими;

- *проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий* по предупреждению или снижению отрицательного воздействия поражающих факторов ЧС;

- *разработка* (на основе оценки обстановки, сложившейся в ЧС) и *выполнение комплекса мероприятий по медицинской защите* населения и спасателей;

- *участие в психологической подготовке* населения и спасателей;

- *организация и соблюдение санитарного режима на этапах медицинской эвакуации*, контроль радиоактивного и химического загрязнения пораженных (больных) и спасателей, а также выполнение других защитных мероприятий в формированиях и учреждениях Всероссийской службы МК и МС ГО.

2.2. МЕДИЦИНСКИЕ СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

Медицинские средства индивидуальной защиты (МСИЗ) - лекарственные средства и медицинское имущество, предназначенные для выполнения мероприятий по защите населения и спасателей от воздействия неблагоприятных факторов ЧС.

МСИЗ *предназначены* для профилактики и оказания медицинской помощи населению и спасателям, пострадавшим (оказавшимся в зоне) от поражающих факторов ЧС радиационного, химического или биологического (бактериологического) характера.

Основные требования к МСИЗ:

- возможность их заблаговременного применения до начала воздействия поражающих факторов;

- простые методики применения и возможность хранения населением и спасателями;

- эффективность защитного действия;

- исключение неблагоприятных последствий применения населением и спасателями (в том числе и необоснованного);

- благоприятная экономическая характеристика (невысокая стоимость производства, достаточно продолжительные сроки хранения, возможность последующего использования в практике здравоохранения при освежении созданных запасов, возможность производства для полного обеспечения ими населения и спасателей).

К медицинским средствам индивидуальной защиты относятся:

1. радиопротекторы (радиозащитные препараты),
2. антидоты (средства защиты от воздействия ОВ и АОХВ),
3. противобактериальные средства (антибиотики, сульфаниламиды, вакцины, сыворотки),
4. средства специальной обработки.

Медицинские средства противорадиационной защиты подразделяются на три группы:

1. *Средства профилактики радиационных поражений при внешнем облучении:*

- при кратковременном облучении дозой большой мощности (серосодержащие; действующие через рецепторный аппарат клетки);
- при длительном низкоинтенсивном облучении;
- противолучевые препараты длительного действия (гормональные препараты, вакцина брюшнотифозная, бетталейкин);
- лекарственные препараты, повышающие резистентность организма к облучению и неблагоприятным факторам среды (антиоксиданты, адаптогены).

2. *Средства предупреждения и ослабления первичной общей реакции организма на облучение* (противорвотные, антидиарейные препараты).

3. *Средства профилактики радиационных поражений при инкорпорации радионуклидов* (средства йодной профилактики, препараты для селективной адсорбции и выведения радионуклидов из организма).

2.3. ТАБЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

1. *Аптечка индивидуальная (АИ-2).*
2. *Индивидуальные противохимические пакеты (ИПП-8,10,11).*
3. *Пакет перевязочный индивидуальный (ППИ).*
4. *Антидот само- и взаимопомощи для профилактики отравлений ФОВ в шприц-тюбике (атропин, афин, будаксим).*

Аптечка индивидуальная (АИ-2) предназначена для предупреждения или снижения действия различных поражающих факторов, профилактики развития шока при травматических повреждениях.

Состав: пластмассовый футляр с инструкцией, шприц-тюбик, отличающиеся по форме и окраске пеналы с лекарствами. Состав аптечек может изменяться в зависимости от наличия антидотов, особенности создавшейся ЧС.

Порядок применения: по команде или самостоятельно в соответствии с инструкцией.

Гнездо №1: шприц-тюбик с 2% раствором промедола (противошоковое средство). Методика применения:

- извлечь из аптечки;
- одной рукой взяться за ободок канюли, другой - за корпус и повернуть по часовой стрелке до прокола мембраны;
- удерживая шприц-тюбик за канюлю, снять с иглы защитный колпачок;
- продолжая удерживать шприц-тюбик за ободок канюли и не сжимая пальцами корпус, ввести иглу в мягкие ткани бедра, ягодицы или плеча (можно через одежду) до канюли;
- выдавить содержимое тюбика, сжимая его корпус;
- не разжимая пальцев, извлечь иглу.

Шприц-тюбик после введения препарата необходимо прикрепить к повязке или одежде на видном месте, сделать отметку в сопроводительной документации, чтобы избежать передозировки промедола на этапах медицинской эвакуации.

Гнездо №2: *круглый пенал красного цвета* с профилактическим антидотом для ФОВ - тареном. Одна таблетка принимается по команде. При появлении признаков отравления необходимо принять еще одну таблетку самостоятельно. Повторно препарат можно принять не ранее, чем через 5-6 ч.

Гнездо №3: *длинный круглый пенал без окраски* с противобактериальным средством №2. В пенале находится 15 таблеток сульфадиметоксина (сульфаниламидный препарат длительного действия). Принимается при возникновении желудочно-кишечных расстройств после облучения, при ранениях и ожогах с целью предупреждения инфицирования. В 1-й день принимается 7 таблеток, в последующие два дня - по 4 таблетки в день.

Гнездо №4: *два восьмигранных пенала розового цвета*, содержащие радиозащитное средство №1 - цистамин (по 6 таб. в каждом). За 30-60 мин до входа на загрязненную территорию следует принять 6 таб. При необходимости повторный прием допускается через 4-5 ч.

Гнездо №5: *два четырехгранных пенала без окраски* с противобактериальным средством №1 по 5 таб. в каждом. В качестве средства экстренной неспецифической профилактики инфекционных заболеваний используется хлортетрациклин. Препарат принимается при угрозе бактериального заражения, а также при обширных ранах и ожогах с целью профилактики гнойных осложнений. Первый прием – содержимое одного пенала (5 таб.), повторно (через 6 ч) - содержимое другого пенала. Могут быть использованы бисептол или септрин, а также любые современные антибиотики широкого спектра действия (ампициллин, кефзол, цефобид, цифран и т.п.).

Гнездо №6: *четырёхгранный пенал белого цвета*, содержащий радиозащитное средство №2 - калия йодид (10 таб. по 0,25 г). Взрослые и дети от двух лет и старше принимают препарат по 0,125 г, то есть по 1/2 таб. один раз в день в течение 7 дней с момента выпадения радиоактивных осадков (дети до двух лет принимают по 0,04 г в день) после еды, запивая киселем, чаем или водой. Беременным женщинам прием калия йодида (по 0,125 г) необходимо сочетать с приемом калия перхлората - 0,75 г (3 таб. по 0,25 г).

При отсутствии калия йодида используется 5% настойка йода, которую взрослым и подросткам старше 14 лет дают по 44 капли 1 раз в день или по 20-22 капли 2 раза в день после еды на 1/2 стакана молока или воды. Детям 5-14 лет 5% настойка йода назначается по 20-22 капли 1 раз в день или по 10-11 капель 2 раза в день после еды на 1/2 стакана молока или воды. Детям до 5 лет настойку йода внутрь не назначают, а спиртовой раствор йода применяется только наружно: 10-20 капель наносят в виде сеточки на кожу бедра или предплечья, то же для взрослых - площадь обрабатываемой поверхности 2х5 см.

Запоздание с приемом препаратов йода ведет к снижению его защитного действия. Применение препаратов йода через более, чем 6 ч после инкорпорации

радионуклидов малоэффективно. Своевременно принятые препараты йода препятствуют накоплению в щитовидной железе радиоактивного изотопа йода, следовательно, предупреждают ее поражение.

Гнездо №7: *круглый пенал голубого цвета*, в котором находится одно из противорвотных средств - латран, диметпрамид или этаперазин. Препарат принимают по 1 таб. сразу после облучения, а также при появлении тошноты, рвоты как после облучения, так и после контузии, при сотрясении мозга; При продолжающейся тошноте этаперазин следует принимать повторно по 1 таб. через 3-4 ч.

Детям до 8 лет при приеме всех препаратов из АИ-2 дают на один прием по 1/4 таб. (кроме калия йодида), от 8 до 15 лет - по 1/2 таб. Исключение составляет противобактериальное средство, которое у детей старше 8 лет применяют в полной дозе, в возрасте до двух лет - не применяют.

Индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8, ИПП-10, ИПП-11) предназначен для частичной специальной обработки с целью обезвреживания фосфорорганических АОХВ и ОВ, а также ядов кожно-резорбтивного (цитотоксического) действия на открытых участках кожи, одежде и СИЗ.

ИПП-8 содержит: один стеклянный флакон с дегазирующей жидкостью, четыре марлевые салфетки и инструкцию, упакованные в полимерную герметичную пленку. *Жидкость пакета не обладает дезинфицирующим действием.*

Порядок применения при обнаружении капель АОХВ и ОВ на коже, одежде, СИЗ:

- вскрыть пакет и обильно смочить тампон жидкостью из флакона;
- *протереть тампоном открытые участки кожи и наружную поверхность маски противогаса;*
- смочить другой тампон и протереть им воротник и края манжет одежды, прилегающие к открытым участкам кожи;
- обильно смочить еще один тампон и *промокательными движениями пропитать одежду* в местах попадания на нее капель АОХВ и ОВ.

ИПП-10 - защитно-дегазирующая жидкость в металлическом баллоне.

Порядок применения - налить в ладонь и обработать ею лицо, шею и кисти рук как до воздействия ОВ (входа в загрязненную зону), так и после работы в очаге, а так же немедленно (в течение не более, чем 5 мин) после попадания на кожу ОВ. *Жидкость пакета создает на коже защитную пленку и обладает, кроме того, дезинфицирующим действием.*

ИПП-11 представляет собой герметичный пакет, содержащий салфетки, смоченные защитно-дегазирующей жидкостью. Более удобен и экономичен при использовании. Порядок применения сходен с таковым для ИПП 8, жидкость обладает дезинфицирующими свойствами.

При отсутствии индивидуального противохимического пакета частичную специальную обработку можно произвести 5% раствором аммиака, 1% раствором хлорамина и другими средствами.

Пакет перевязочный индивидуальный (ППИ, ППМ).

Показания: предназначен для наложения первичной асептической повязки на рану, ожоговую поверхность, при сквозных ранениях конечностей, для наложения окклюзионной повязки при проникающем ранении грудной клетки, осложненном пневмотораксом.

Состав: стерильный перевязочный материал, заключенный в две оболочки: наружную из прорезиненной ткани (с напечатанным на ней описанием способа вскрытия и употребления) и внутреннюю - бумажную. В складке внутренней оболочки имеется безопасная булавка. Перевязочный материал включает марлевый бинт шириной 10 см, длиной 7 м и две равные по величине ватно-марлевые подушечки размером 17×32 см. Одна из подушечек пришита к бинту, другая соединена с ним подвижно и свободно перемещается по полотну бинта.

Оболочки обеспечивают стерильность перевязочного материала, предохраняют его от механических повреждений, сырости и загрязнения.

Порядок применения. При проникающих ранениях грудной клетки для наложения окклюзионной повязки используется прорезиненная оболочка, которая накладывается на рану внутренней стерильной стороной, придавливается подушечками и плотно прибинтовывается.

2.4. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ И СПАСАТЕЛЕЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Задачи МПЗ: организация и оказание специализированной помощи пострадавшему в ЧС населению; ликвидация психолого-психиатрических последствий, носящих массовый и долговременный характер.

При работе в очаге ЧС спасатели подвергаются воздействию большого количества стрессовых воздействий, основными из которых являются:

1. *угроза жизни и здоровью, которая может быть вызвана обрушением конструкций зданий и сооружений, взрывами, выбросами пламени, опасными химическими веществами, радиационным воздействием, поражениями электрическим током и другими факторами;*

2. *необходимость быстрого принятия решений в постоянно изменяющейся опасной обстановке и высокая ответственность за их правильность, осознание спасателями «цены» ошибки, каждая из которых может привести к неоправданным людским потерям;*

3. *экстремальные физические нагрузки, вызванные длительным выполнением трудоемких работ, отсутствием возможности полноценного отдыха, работой в средствах индивидуальной защиты, вибрацией, задымлением, высокими или низкими температурами, и т.д.;*

4. *эмоциональные перегрузки*, обусловленные созерцанием тел погибших и пострадавших людей и животных, разрушенных зданий и сооружений, картиной пожаров и другими причинами.

Все перечисленные стрессовые воздействия в своей совокупности, как правило, вызывают у спасателей временные стрессовые состояния.

В отличие от спасателей, **население не проходит специализированной психологической подготовки к действиям в различных ЧС**, и поэтому возникновение ЧС почти всегда застает местных жителей врасплох, на них действуют две основные группы условий, оказывающих травмирующие воздействия на психику и вызывающие нарушения психической деятельности:

1. *Условия, связанные с наличием физической угрозы для жизни и здоровья человека* (взрывы, пожары, обрушения конструкций зданий и сооружений, радиоактивное загрязнение, заражение химически опасными веществами, токсичные продукты горения и другие условия). Психические расстройства наблюдаются в основном на фоне общих физиологических (медицинских) нарушений, к которым относятся травмы, ожоги, радиационные поражения, химические отравления, болевой и травматический шок.

2. *Факторы информационной природы* - отсутствие достоверной информации о масштабах ЧС и ее последствиях, степени их угрозы жизни и здоровью, незнание порядка действий в ЧС, переживание за судьбы родных и близких, изменение привычного образа жизни, чувство бессилия перед обстоятельствами и неопределенности в будущем. К особенностям психотравмирующего воздействия информационных условий следует отнести то, что расстройства психоэмоционального статуса у пострадавших не являются следствием нарушений физиологических процессов в организме, но при этом способны явиться их причиной.

Воздействия на человека психотравмирующих условий обеих групп не могут быть полностью предупреждены или нейтрализованы в процессе работ по ликвидации ЧС, однако проведение медицинскими работниками и спасателями планомерной психологической и социальной работы с пострадавшими может значительно повысить психологическую устойчивость населения к этим воздействиям.

Существует три основных периода развития ЧС, в ходе которых у пострадавших наблюдаются различные психические нарушения.

Первый период связан с внезапно возникшей угрозой жизни людей (пожар, взрыв, землетрясение, наводнение, ураган и т.д.), ограничен временными рамками от момента возникновения угрозы (начала ЧС) до момента начала проведения аварийно-спасательных работ (АСР) продолжительностью около 5 ч. *В это время мощные стрессовые воздействия чаще всего вызывают у человека реакции страха, паники и оцепенения различной степени тяжести.*

Второй период по своим временным рамкам соответствует процессу выполнения АСР. Возникновение у населения психических нарушений связано не

только с личностными особенностями пострадавших и осознанием ими продолжающейся или пережитой опасной для жизни и здоровья ситуации, но и с появлением новых стрессовых воздействий, обусловленных потерей или неизвестностью судьбы родных и близких, разобщением семей, утратой имущества и жилья. *Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала данного периода, сменяется к его окончанию повышенной утомляемостью и выраженными депрессивными проявлениями [психозы и непсихотические расстройства (неврозы)].*

*Третий период, начинающийся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы или после окончания ликвидации ЧС, с точки зрения психических нарушений характеризуется возникновением так называемых **посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР)**.*

Основным условием возникновения ПТСР является факт переживания человеком события, способного травмировать психику практически любого здорового человека, например, серьезная угроза жизни и здоровью (своему или близких людей); внезапное разрушение жилья или общественного здания и т.п. Характерным признаком ПТСР является также то, что пережитое событие сопровождалось интенсивными эмоциями страха или ощущением беспомощности человека перед лицом обстоятельств, что, собственно, и составляет основной фактор в развитии постстрессовых состояний.

Психические нарушения, которые в зависимости от характера и масштаба ЧС **способны развиться у 25% людей, оказавшихся в зоне бедствия** (очаге поражения), могут сделать затруднительным, а иногда и невозможным эффективное использование местного населения в проведении АСР.

*Для ослабления психологической напряженности среди населения и нормализации его психо-эмоционального статуса, делающих возможным привлечение части местных жителей для оказания помощи при выполнении АСР, личному составу спасательных подразделений необходимо выполнить следующий **комплекс мероприятий**:*

- **организация системы информирования населения** об обстановке в зоне ЧС, характере и объеме проводимых АСР, мерах само- и взаимопомощи, местах расположения пунктов оказания медицинской помощи пострадавшим и эвакуационных пунктов. Среди сообщений должны присутствовать сведения о фамилиях спасенных и эвакуированных жителей, а также местах их эвакуации, что поможет части населения получить сведения о родных и близких, в значительной мере способствующие улучшению психического состояния;

- **организация системы медицинской сортировки пострадавших**, изоляция лиц, находящихся в тяжелом состоянии, оказание первой и психотерапевтической помощи, эвакуация лиц, нуждающихся в госпитализации;

- **организация обеспечения населения средствами индивидуальной защиты**, необходимыми медицинскими препаратами, а также разъяснение правил их применения;

• четкая организация выполнения АСР с привлечением местных жителей, сохранивших способность к осознанной целенаправленной деятельности.

На период чрезвычайных ситуаций (ЧС) **психологическая и психиатрическая помощь пострадавшим организуется органами управления здравоохранением и руководителями учреждений здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь**, с использованием действующих отделений "Телефон доверия", кабинетов социально-психологической помощи, отделений кризисных состояний, врачебных и фельдшерских бригад скорой психологической помощи.

2.5. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. *Подготовьте и представьте преподавателю план-конспект занятия с личным составом (15 человек руководящего состава, 140 человек работников) объекта экономики, находящегося в зоне ответственности вашего лечебного учреждения на тему: «Табельные медицинские средства индивидуальной защиты. Аптечка индивидуальная, содержание, порядок применения». В плане-конспекте необходимо отразить время, место проведения занятий, количество учебных групп, длительность занятий, необходимые учебно-методические, демонстрационные пособия, конспект темы с указанием времени необходимого для обсуждения отдельных вопросов. См. приложение 1.*

Ответ:

Задача 2. На промышленном предприятии, выпускающем инсектициды (препараты группы ФОС), произошел взрыв. 17 рабочих складских помещений жалуются на слабость, головокружение, расстройства зрения, тошноту, одышку. Объективно установлены учащенное поверхностное дыхание с отделением розовой пены, сужение зрачков, слюнотечение. Слышны влажные хрипы («звук кипящего самовара»).

1. *Сформулируйте ваши рекомендации по использованию медицинских средств индивидуальной защиты.*

Ответ:

2. Перечислите группы препаратов, с указанием формы выпуска и схемы применения, которые будут использоваться в очаге при проведении АСР, а также на этапах эвакуации для лечения пострадавших. Какие из них являются табельными?

Ответ:

Задача 3. Неизвестными вооруженными лицами была захвачена школа, ученики и учителя взяты в заложники. При проведении антитеррористической операции многие погибли, получили травмы различного характера и степени тяжести

Используя материалы лекции, рекомендуемую литературу,

1. сформулируйте психотерапевтические и психофармакологические рекомендации **для заложников** террористов в фазу воздействия.

Ответ:

2. сформулируйте аналогичные рекомендации для родственников погибших (в фазе формирования постстрессовых расстройств).

Ответ:

3. перечислите формирования, участвующие в оказании медико-психологической помощи населению в данной ситуации.

Ответ:

Задача 4. По данным средств массовой информации, на атомной электростанции, расположенной в регионе вашего проживания, произошёл выброс радиоактивных веществ. Радиоактивное облако движется в направлении вашего населённого пункта. Данное сообщение вызвало широкий общественный резонанс, панику среди населения.

Сформулируйте рекомендации по организации медицинской защиты ваших земляков в этой ситуации.

Ответ:

Задача 5. Вы занимаетесь оснащением врачебно-сестринской бригады табельными МСИЗ. У вас имеются круглый пенал голубого цвета – 5 шт., четырехгранный пенал белого цвета – 6 шт., четырехгранный пенал без окраски – 11 шт., восьмигранный пенал розового цвета – 12 шт., длинный круглый пенал без окраски – 6 шт., круглый пенал красного цвета – 7 шт.

1. Сколько полноценных комплектов АИ-2 вы сможете сформировать из этого медицинского имущества?

Ответ:

--

2. Определите, сколько профилактических препаратов (название и количество поштучно) вам потребуется для заполнения ячеек всех рассчитанных в п.1 комплектов АИ-2.

Ответ:

3. По условиям задачи для создания комплектов АИ-2 вы использовали часть пеналов. Рассчитайте, какие пеналы остались невостребованными, перечислите их названия и количество необходимых дополнительно профилактических препаратов (поштучно)

Ответ:

3. ПОДГОТОВКА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ К РАБОТЕ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Время: 6 часов.
I. Учебные вопросы
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.
II. Рефераты и доклады: Технические требования к повышению устойчивости функционирования лечебно-профилактического учреждения в чрезвычайной ситуации. Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в медицинских учреждениях здравоохранения. Организация работы больницы на приём пострадавших вне очага ЧС Эвакуация медицинских учреждений из очага ЧС.
III. Литература <i>основная:</i> Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные вопросы). - М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. <i>дополнительная:</i> 1. Избранные лекции по медицине катастроф / Под ред. С.В. Жукова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. 2. Соков Л.Л. Медицина катастроф. – М., 1999.

Важная роль в выполнении задач медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях (ЧС) принадлежит *объектам здравоохранения*: больницам, поликлиникам, центрам государственного санэпиднадзора, станциям переливания крови, аптекам и аптечным складам. Одни являются **базой создания учреждений и формирований службы МК**, участвуют в выполнении *лечебно-эвакуационных*, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, другие **обеспечивают объекты здравоохранения и службу МК средствами оказания медицинской помощи и лечения.**

3.1. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ УСТОЙЧИВОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛПУ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

1. **Общие требования:**
 - специфичные для учреждений здравоохранения,
 - реализуемые во всех проектах.
2. **Специальные требования**, зависящие:
 - от природных факторов,
 - от региона застройки,
 - от типа учреждения.
3. **Технические требования:**
 - **аварийное освещение** (с помощью подвижных электростанций, устанавливаемых вне зданий или в защитных 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 с помощью гибких муфт и специальных устройств);
 - **специальные отстойники в системе очистных сооружений;**
 - **водоснабжение в ЧС** обеспечивается путем создания запасов питьевой воды из расчета 2 л/сут на больного (пострадавшего) и технической воды — по 10 л/сут на койку. Аварийные емкости устанавливаются в верхней части здания или в отдельной водонапорной башне (бассейне). Предусматривается возможность подачи воды с помощью трубопроводов (гибких шлангов) от внешних сетей или подвижных средств с применением специальных присоединительных конструкций;
 - **специальная система вентиляции;**
 - **внутрибольничная безопасность от поражающих 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; 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;
 - **защитные сооружения** (строительство защитных сооружений - убежищ или противорадиационных укрытий осуществляется согласно СНиП П-11-77);
 - **система экстренной эвакуации** (индивидуальные спасательные устройства, которые могут использоваться при невозможности эвакуации обычным порядком: через окна на первом этаже, а начиная со второго этажа и выше — с использованием трапов, запасных лестниц, специальных сетей или других устройств, позволяющих опустить человека на безопасную площадку).
 - 4. **Создание резервов медицинского имущества.**

5. Канализационная система в лечебных учреждениях, которые по плану предназначены для приема пораженных с территорий, находящихся на следе радиоактивного облака, должна обеспечивать проведение дезактивации с учетом безопасности для персонала и окружающей среды (специальные отстойники в системе очистных сооружений).

3.2. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Готовность объектов здравоохранения **определяется:*** созданием соответствующих формирований, подготовленностью к проведению мероприятий в ЧС, обученностью персонала, достаточной обеспеченностью необходимым имуществом, организацией четкого управления в соответствии с имеющимися планами и конкретной обстановкой в ЧС.

Общие задачи для всех объектов здравоохранения по предупреждению последствий ЧС:

- прогнозирование возможной обстановки и ее оценка при возникшей 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 возложенных 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*. В больницах приказом начальника ГО объекта (главного врача) создается *орган управления — штаб ГО объекта*. Состав штаба определяется в зависимости от структуры больницы, ее возможностей и решаемых задач в ЧС. В состав включаются **основные** руководящие работники, которым определяются функциональные обязанности в соответствии с характером выполняемой ими повседневной работы.*

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

Данные мероприятия разрабатываются **на основании задания на организацию работы ЛПУ в ЧС.**

В задании отражаются:

- прогнозируемая обстановка в зоне ответственности ЛПУ;
- перечень медицинских формирований которые необходимо создать с обязательным указанием сроков их готовности, порядок обеспечения их всеми видами имущества, транспортом;
- профиль и количество поражённых, которые будут направлены в данное ЛПУ из зоны ЧС;
- сроки готовности к работе в ЧС, продолжительность работы и порядок дальнейшей эвакуации пострадавших.

Содержание основных мероприятий по организации работы больницы в режиме повышенной готовности (при угрозе возникновения ЧС):

- *приведение в готовность* в установленные сроки органа управления — штаба ГО ЧС больницы;
- *приведение в готовность **медицинских формирований*** в установленные сроки, их использование в соответствии с предназначением и с учетом обстановки;
- *приведение в готовность **объектовых формирований** ГО общего назначения* (спасательных, пожаротушения, радиационного и химического наблюдения и др.), предназначенных для защиты больных и персонала, ведения спасательных работ на территории больницы; определение порядка их использования;
- *выделение медицинского персонала для доукомплектования медицинских формирований и лечебно-диагностических подразделений других больниц,* получивших задание для работы в ЧС;
- *выделение медицинского персонала и медицинского имущества* в целях медико-санитарного обеспечения населения при его эвакуации из города и возможных опасных зон, в местах его расселения, а также при его размещении в защитных сооружениях;
- *выделение медицинского персонала для проведения санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий в очаге* среди населения, которое может оказаться на радиоактивно загрязненной территории, или при возникновении массовых инфекционных заболеваний;
- *определение порядка использования кадров и транспортных средств в больницах,* имеющих в своем составе отделения экстренной и консультативной медицинской помощи, санитарную авиацию и санитарный транспорт, при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- *доукомплектование больницы медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным имуществом, транспортом;*
- *приведение в готовность защитных сооружений* (в том числе стационаров для нетранспортабельных больных);
- *эвакуация больниц из городов* (если она предусмотрена) и *развертывание*

в загородной зоне в составе больничной базы;

- организация защиты персонала и больных, членов семей персонала больницы в загородной зоне;
- прием пораженных (больных) при возникновении ЧС, оказание квалифицированной, специализированной 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 ЧС.

3.3. ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, БОЛЬНЫХ И ИМУЩЕСТВА

Основные принципы защиты персонала, больных и имущества больниц:

- универсальность проводимых мероприятий (используются технологии, эффективные как в мирное, так и военное время);
- дифференцированное (с учётом особенностей региона) проведение мероприятий в ЧС;
- заблаговременное проведение организационных и инженерно-технических мероприятий.

Мероприятия по защите персонала, больных, имущества:

- размещение в укрытиях,
- рассредоточение (вывоз за пределы зоны ЧС на короткий промежуток времени),
- эвакуация (вывоз за пределы зоны ЧС на длительное время) из зон возможных катаклизмов.

Расчёт укрытия персонала, больных и имущества отрабатывается в двух вариантах: в рабочее и не рабочее время.

Исходя из возможной обстановки в ЧС рассчитывается время, за которое персонал и больные могут быть укрыты в защитных сооружениях.

В первую очередь используются защитные сооружения с высокой степенью защиты, затем - приспособленные простейшие укрытия. В ночное время возможность размещения людей в защитных сооружениях больше за счёт уменьшения числа работающих в больнице.

При отработке расчётов по обеспечению средствами индивидуальной защиты следует учитывать, что на весь персонал больниц, расположенных в городе, имеется запас противогазов и ИПП-8, о чём необходимо получить письменное подтверждение из штаба территориального уровня ГО. Запас средств защиты для нетранспортабельных больных создаётся в ЛПУ из расчёта 10% от штатных коек, обеспечение другими средствами защиты проводится в соответствии с табелями оснащения.

Проводятся мероприятия по организации медицинской защиты персонала, больных.

3.4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ БОЛЬНИЦЫ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

При возникновении ЧС больница может решать задачи в двух вариантах возникшей обстановки:

1. **Если больница подвергается воздействию поражающих факторов ЧС**, то необходимо обеспечить защиту больных, персонала, 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.

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

Работа лечебного учреждения в ЧС организуется в соответствии с планом работы штаба ГО объекта в мирное время. 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;
- организуется работа штаба ГО объекта, ставятся конкретные задачи подчиненным;
- приводятся в готовность к выдвиганию соответствующие формирования (сбор персонала, получение имущества и т.п.);
- выставляется (при необходимости) пост наблюдения, радиационной и химической разведки;
- на улице и внутри помещения устанавливается пикетаж с указанием направления движения потока пораженных;
- приводятся в готовность СИЗ и МСИЗ, а также средства коллективной защиты персонала и больных;
- при необходимости повышаются защитные свойства здания больницы (оконных проемов, дверей и т.п.);
- уточняются списки больных, которые могут быть выписаны на амбулаторно-поликлиническое лечение;
- принимаются меры к увеличению коечной емкости больницы для пораженных (за счёт выписки больных, использования дополнительных площадей ординаторских, коридоров и т.п., уплотнения пациентов в непрофильных отделениях, а также за счёт выписки на амбулаторное лечение);
- увеличивается численность персонала приемного отделения; проверяется знание персоналом инструкции по приему и сортировке 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 коечной емкости и увеличению пропускной способности. Устанавливается дополнительное количество операционных, перевязочных столов, штативов и других приспособлений для крепления инфузионных средств, кислородной аппаратуры и др.;
- устанавливается круглосуточное дежурство медицинского персонала. По возможности привлекаются к работе пенсионеры, студенты старших курсов медицинских учебных заведений;
- осуществляется замена медицинского персонала, убывающего в составе формирований;
- проверяется наличие аварийного освещения и водоснабжения.

3.5. ЭВАКУАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Наряду с организацией медико-санитарного обеспечения населения **большое значение придается планированию и организации передислокации лечебных учреждений и медицинских формирований из крупных городов.**

Цель эвакуации ЛПУ - защита больных, персонала ЛПУ, личного состава медицинских формирований, членов семей персонала, а также защита и сохранение медицинского и санитарно-хозяйственного имущества.

Эвакуация больницы может быть **частичной** (эвакуируются только больные и персонал) и **полной** (включает эвакуацию персонала и материальных средств).

Эвакуация может осуществляться **автомобильным, железнодорожным и водным транспортом. Ответственным за эвакуацию ЛПУ является главный врач.**

Приказом главного врача создается рабочий орган эвакуации ЛПУ — **объектовая эвакуационная комиссия.** Задачи комиссии: планирование, организация, осуществление эвакуационных мероприятий, заблаговременная подготовка места размещения медицинского учреждения в загородной зоне.

Руководитель ЛПУ и председатель объектовой эвакуационной комиссии должны **заранее знать:** конечный пункт эвакуации, маршрут следования, порядок получения и выделения транспорта, отведенные помещения в загородной зоне, а также задачи медицинского учреждения в районе размещения. При необходимости в контакте с местными органами власти составляются планы приспособительных работ в отведенных помещениях.

Органы управления здравоохранением выдают для планирования эвакуации каждому ЛПУ **план-задание:** профиль развертываемого лечебного учреждения, количество коек, перечень медицинских формирований для работы вне больницы (поликлиники), размещение эвакуированного учреждения, необходимое количество помещений. Указываются данные о видах и количестве предоставляемого транспорта, а также наименование организаций, выделяющих автотранспортные средства для эвакуации, с приведением сроков их прибытия, вид эвакуации, порядок финансирования мероприятий по подготовке и работе больницы в ЧС.

При эвакуации ЛПУ железнодорожным и водным транспортом руководитель учреждения получает информацию о местах погрузки и разгрузки и об организации, обеспечивающей транспортировку эвакуируемых с пунктов разгрузки до места постоянного размещения. Органы здравоохранения информируют, на какое количество суток следует иметь запас продуктов питания для обеспечения эвакуируемых и размещенных в убежищах нетранспортабельных больных.

Расчёты при планировании эвакуации лечебного учреждения производятся штабом ГО объекта.

Определяется численность врачей, среднего медицинского и обслуживающего персонала, подлежащего *выделению в распоряжение органов здравоохранения* (в медицинские формирования, в эвакуопункты и др.), для *медицинского обслуживания нетранспортабельных больных и для развертывания больниц вне зоны ЧС.*

Из числа эвакуируемого персонала следует предусмотреть *выделение медицинских работников для сопровождения транспортабельных больных и в оперативную группу*, которая организуется в составе 3-4 чел. (врач, медицинская сестра, член эвакуокомиссии и др.). Оперативная группа создается для *заблаговременного направления на место нового расположения ЛПУ в период его эвакуации с целью подготовки к приему и распределению прибывающих по подразделениям в соответствии с планом развертывания учреждения.*

Рассчитывается *число больных различных эвакуационных категорий, находящихся в больнице и дома («стационары на дому»)*. Транспортабельные больные, находящиеся дома, должны быть доставлены в больницу и эвакуированы вместе с ЛПУ. Нетранспортабельные больные, находящиеся дома, подлежат перевозу в стационары для этой категории больных. При определении числа больных в стационаре и на дому необходимо *указывать способ их транспортировки (сидя, лежа).*

Группы больных по эвакуационному назначению:

- больные, не нуждающиеся в дальнейшем продолжении стационарного лечения и подлежащие выписке (около 50%); они после выписки самостоятельно следуют до места жительства, а затем, при необходимости, до сборного эвакуационного пункта или пункта посадки, откуда эвакуируются наравне с остальными категориями населения; при выписке, если необходимо, их следует обеспечить медикаментами на 2-3 дня, так как в этот период из города эвакуируются поликлинические и аптечные учреждения;

- транспортабельные больные, которые по состоянию здоровья не могут быть выписаны из больницы, но в состоянии без значительного ущерба для здоровья эвакуироваться с этим учреждением (около 45%);

- нетранспортабельные больные, которые неспособны 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).

Документы, разрабатываемые на основе проведенных расчетов:

- схема оповещения для сбора персонала учреждения;
- обязанности персонала на период подготовки и проведения эвакуации больницы;
- распределение медицинского персонала учреждения по подразделениям и по назначению;
- план размещения нетранспортабельных больных и список выделяемого медицинского и обслуживающего персонала;
- расчет распределения медицинского и санитарно-хозяйственного имущества;
- схема эвакуации учреждения с указанием порядка и последовательности эвакуации больных, персонала и имущества;
- тематика и график проведения тренировочных занятий с медицинским и другим персоналом;
- план проведения учений по эвакуации учреждения.

Обязанности руководителя ЛПУ при поступлении распоряжения на эвакуацию:

- оповестить об эвакуации подчиненный 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, созданных на базе данного учреждения, в заранее намеченные районы;
- последовательно эвакуировать транспортабельных больных, персонал, членов семей, необходимое медицинское и санитарно-хозяйственное имущество, запасы питания и воды.

При проведении **эвакуации инфекционной больницы** соблюдается необходимый санитарно-эпидемиологический режим (больные эвакуируются на специальном транспорте согласно графику использования дорог, выделенных для их движения). **Эвакуация психиатрических больниц** и диспансеров (вместе с больными) также имеет свои характерные особенности, что отражается в планах данных лечебных учреждений,

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

3.6. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Вы являетесь главным врачом ЦРБ в городе Т.

1. **Подготовьте проект приказа по учреждению «Об организации службы медицины катастроф в ЦРБ г. Т», в котором определите состав комиссии по чрезвычайным ситуациям (укажите фамилии, должности членов комиссии, председателя комиссии);**

4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Время 10 часов
I. Учебные вопросы:
1. Условия, определяющие систему лечебно-эвакуационного обеспечения.
2. Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения.
3. Особенности медицинской сортировки пораженных (больных) в условиях ЧС.
4. Особенности медицинской эвакуации пораженных (больных) в условиях ЧС.
5. Особенности организации оказания медицинской помощи детям в ЧС.
6. Медицинская экспертиза и реабилитация участников ликвидации ЧС.
II. Рефераты и доклады:
Способы медицинской сортировки пораженных (больных). Конвейерный способ. Эвакуационная характеристика пострадавших на разных этапах медицинской эвакуации. Организационные особенности организации оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях Этапы медицинской реабилитации участников ликвидации ЧС. Критерии отбора, показания и содержание мероприятий на разных этапах.
III. Литература <i>основная:</i> Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные вопросы). - М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. <i>дополнительная:</i> 1. Алексанин С.С., Астафьев О.М., Санников М.В. Совершенствование системы медицинских обследований спасателей и пожарных МЧС России // Медицина катастроф. – 2010. - №3 (71). 2. Борисенко Л.В., Акиншин А.В., Черняк С.И. Первая помощь: изменения в законодательстве и пути решения новых проблем // Медицина катастроф. – 2010. - №3 (71). 3. Ефременко С.В., Азовский Д.К., Карпанина Ю.Н. Межгоспитальная транспортировка: история и современность // Медицина катастроф. – 2010. - №3 (71). 4. Лечебно-эвакуационное обеспечение населения. Общие требования / ГОСТ Р22.3.02. Безопасность в чрезвычайных ситуациях. 5. Мельникова М.М., Айзман Р.И., Бубнов В.Г. Медицина катастроф. - Новосибирск: Изд-во «Арта», 2011. 6. Избранные лекции по медицине катастроф / Под ред. С.В. Жукова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.

4.1. УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СИСТЕМУ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

1. Значительные санитарные потери возникают практически одновременно или в течение короткого отрезка времени;
2. нуждаемость большинства пораженных в первой помощи, которая для многих из них является необходимой для сохранения жизни и должна быть оказана в самое ближайшее время после поражения на месте, где оно получено, или вблизи от него;
3. нуждаемость значительной части пораженных в специализированной медицинской помощи и стационарном лечении, причём оказать её всем нуждающимся в очаге ЧС, как правило, нет возможности; для многих пораженных эта помощь также носит неотложный характер и должна быть оказана в кратчайшие сроки;
4. дефицит 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;
5. необходимость эвакуации пораженных из зоны (района) ЧС в лечебные учреждения, где может быть им оказана исчерпывающая медицинская помощь и осуществлено лечение;
6. необходимость специальной подготовки пораженных к эвакуации и оказания им медицинской помощи в процессе эвакуации (в целях максимального снижения отрицательного воздействия транспортировки на состояние пораженных), что в определенной степени компенсирует более поздние сроки оказания исчерпывающей медицинской помощи.

4.2. СУЩНОСТЬ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Сущность системы ЛЭО состоит в последовательном и преемственном оказании пораженным (больным) медицинской помощи в очаге поражения и на этапах медицинской эвакуации в сочетании с эвакуацией до лечебного учреждения, обеспечивающего оказание исчерпывающей медицинской помощи в соответствии с имеющимся поражением (заболеванием).

Лечебно-эвакуационное обеспечение - это комплекс организационных, медицинских, технических и других мероприятий по розыску пораженных (больных), их сбору, выносу (вывозу) из очага санитарных потерь, оказанию медицинской помощи на месте поражения (или вблизи от него), отправке на этапы медицинской эвакуации для последующего лечения и реабилитации.

Требования, необходимые для эффективного функционирования системы этапного лечения пораженных (больных) с эвакуацией по назначению:

1. единое понимание медицинским персоналом этиопатогенеза поражений и заболеваний населения в ЧС, принципов этапного оказания медицинской помощи и лечения пораженных и больных при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
2. наличие на каждом эвакуационном направлении лечебных учреждений с достаточным количеством специализированных (профилированных) госпитальных коек;
3. наличие краткой четкой, единой системы медицинской документации, обеспечивающей последовательность и преемственность лечебно-эвакуационных мероприятий.

Этапом медицинской эвакуации называют формирование или учреждение службы МК, любое другое медицинское учреждение, развернутое на путях эвакуации пораженных (больных) и обеспечивающее их прием, медицинскую сортировку, оказание медицинской помощи, лечение и подготовку (при необходимости) к дальнейшей эвакуации.

Задачи этапа медицинской эвакуации:

- прием, регистрация и сортировка пораженных, прибывающих на данный этап медицинской эвакуации;
- специальная обработка пораженных, дезактивация, дегазация и дезинфекция их одежды и снаряжения;
- оказание пораженным медицинской помощи (лечение);
- временное размещение пораженных, подлежащих дальнейшей эвакуации;
- изоляция инфекционных больных;
- изоляция лиц с выраженными психическими нарушениями.

Необходимость решения этих задач обуславливает специфику структуры этапа медицинской эвакуации - развертывание соответствующих функциональных подразделений, придавая медицинским формированиям или учреждениям как общие черты, так и характерные особенности.

Лечебно-эвакуационное обеспечение строится, как правило, следующим образом.

При небольшом числе пораженных, отсутствии угрозы дальнейшего воздействия поражающих факторов, сохранившихся в городе функционирующих лечебных учреждениях, способных принять пораженных и обеспечить им адекватную медицинскую помощь и лечение, квалифицированная и специализированная помощь пострадавшим вполне может быть организована в стационарных лечебных учреждениях данного населенного пункта или ближайших населенных пунктов (рис. 1). Подобная схема ЛЭО выигрывает с точки зрения интересов больного, исключает дополнительные потери времени, затрачиваемого на эвакуацию. Однако такая схема неприемлема в очагах

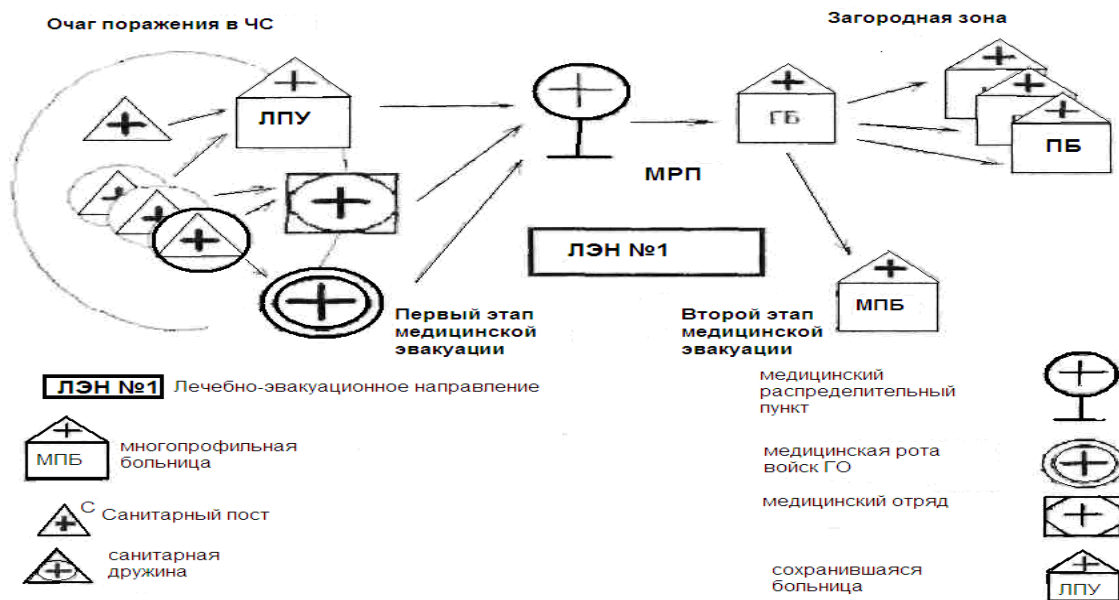


Рис. 2. Принципиальная схема развертывания этапов медицинской эвакуации при ликвидации чрезвычайных ситуаций крупного масштаба

Вид медицинской помощи - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, регламентированный нормативными документами, решающий определенные задачи в общей системе оказания медицинской помощи и лечения и требующий соответствующей подготовки лиц, ее оказывающих, необходимого оснащения и определенных условий.

Виды медицинской помощи:

- первая помощь,
- доврачебная помощь,
- первая врачебная помощь,
- квалифицированная медицинская помощь,
- специализированная медицинская помощь.

Первые три вида медицинской помощи выполняются в очаге ЧС и на первом этапе ЛЭО, тогда как квалифицированная и специализированная помощь преимущественно требуют стационарных условий ЛПУ второго этапа медицинской эвакуации.

Объем медицинской помощи - перечень лечебно-профилактических мероприятий в рамках каждого вида медицинской помощи, меняющийся в соответствии с конкретными медико-тактическими условиями в ЧС.

Если масштабы ЧС и число пораженных невелики, а условия обстановки позволяют, следует выполнять все предусмотренные мероприятия данного вида помощи (**полный объем**). В противном случае, когда в силу объективно сложившейся обстановки и масштабов бедствия не представляется возможным выполнить те или иные лечебно-профилактические манипуляции, **ограничиваются наиболее важными мероприятиями (объем медицинской помощи называют сокращенным)**.

Первая помощь (ПП) включает комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых непосредственно на месте поражения или вблизи него. Оказывается в порядке само- и взаимопомощи, а также участниками аварийно-спасательных работ с использованием табельных и подручных средств. (см. приложение 3).

Цель ПП - спасение жизни пораженного и предотвращение угрожающих жизни осложнений.

Первая помощь включает следующие основные мероприятия (приложение 3):

1. Оценка обстановки (с определением угрозы для собственной жизни, угрозы для пострадавших и окружающих, с оценкой количества пострадавших).

2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь по закону или специальному правилу.

3. Определение признаков жизни (наличие сознания, дыхания, пульса).

4. Извлечение пострадавшего из транспортного средства и его перемещение.

5. Восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей.

6. Проведение сердечно-легочной реанимации.

7. Остановка кровотечения и наложение повязок.

8. Проведение опроса больного на наличие признаков сердечного приступа.

9. Проведение осмотра больного/пострадавшего в результате несчастных случаев, травм, отравлений и других состояний и заболеваний, угрожающих их жизни и здоровью.

10. Герметизация раны при ранении грудной клетки.

11. Фиксация шейного отдела позвоночника.

12. Проведение иммобилизации (фиксации конечностей, тела).

13. Местное охлаждение.

14. Термоизоляция при холодовой травме.

15. Придание оптимального положения.

Независимо от причины потери сознания лица, оказывающие первую медицинскую помощь, должны действовать по следующей схеме:

- прекратить действие поражающего фактора (пламя, газ, вода, электрический ток, сдавливание обломками строений 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, следует немедленно начать реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких, закрытый массаж сердца);

- при судорогах 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, пострадавший 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.

Доврачебная помощь — комплекс мероприятий, дополняющих (или заменяющих) первую медицинскую помощь. *Оказывается фельдшером или медицинской сестрой* в очаге поражения с использованием табельных средств медицинского имущества.

Перечень мероприятий доврачебной помощи включает:

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

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

- вливание инфузионных средств;

- введение обезболивающих и сердечно-сосудистых препаратов;

- введение и прием внутрь антибиотиков, противовоспалительных, седативных, противосудорожных и противорвотных препаратов;

- прием сорбентов, антидотов и т.п.;

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

- наложение асептических и окклюзионных повязок;

- контроль за правильностью оказания первой помощи.

Первая врачебная помощь (ПВП) — комплекс лечебно-профилактических мероприятий, *выполняемых врачом*, как правило, на соответствующем этапе медицинской эвакуации (пункте медицинской помощи, развертываемом врачебно-сестринскими бригадами, в амбулаторно-поликлиническом учреждении, здравпункте объекта или другом ближайшем лечебно-профилактическом учреждении).

К неотложным мероприятиям ПВП относятся:

- отсасывание слизи, рвотных масс и крови из верхних дыхательных путей;
- введение воздуховода;
- прошивание и фиксация языка; отсечение, подшивание свисающих лоскутов мягкого неба и боковых отделов глотки;

- трахеостомия по показаниям;

- искусственная вентиляция легких;

- наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе;

- пункция плевральной полости, торакоцентез при напряженном пневмотораксе;

- остановка наружного кровотечения: прошивание сосуда в ране, наложение зажима на кровоточащий сосуд, контроль за правильностью и целесообразностью наложения жгута или наложение жгута при наличии показаний, использование для остановки массивных кровотечений при минно-взрывной травме современных гемостатических препаратов («Гемостоп»);

- проведение противошоковых мероприятий: переливание кровезаменителей при значительной кровопотере, проведение новокаиновых блокад, введение обезболивающих и сердечно-сосудистых средств;
- отсечение конечности, висящей на лоскуте мягких тканей;
- катетеризация или капиллярная пункция мочевого пузыря с эвакуацией мочи при задержке мочевыделения;
- специальная обработка пострадавших из очага химического поражения перед снятием противогаза для исключения десорбции химических веществ с одежды;
- введение лекарственных препаратов: антидотов, противосудорожных, бронхорасширяющих и противорвотных средств;
- дегазация раны при загрязнении ее стойкими химическими веществами;
- промывание желудка при помощи зонда в случае попадания химических и радиоактивных веществ в желудок;
- применение антитоксической сыворотки при отравлении бактериальными токсинами, профилактика инфекционных заболеваний.

К мероприятиям ПВП, которые могут быть отсрочены, относятся:

- устранение недостатков первой и доврачебной помощи (исправление повязок, улучшение транспортной иммобилизации);
- смена повязки при загрязнении раны радиоактивными веществами;
- проведение новокаиновых блокад при повреждениях средней тяжести;
- инъекции антибиотиков и серопрфилактика столбняка при открытых травмах и ожогах;
- назначение симптоматических средств при состояниях, не представляющих угрозы для жизни пораженного.

Квалифицированная медицинская помощь — это комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых *врачами-специалистами широкого профиля - хирургами, терапевтами* (соответственно квалифицированная хирургическая и квалифицированная терапевтическая медицинская помощь) в *медицинских формированиях и учреждениях.*

Специализированная медицинская помощь — комплекс исчерпывающих лечебных мероприятий, выполняемых *врачами-специалистами различного профиля в специализированных лечебных учреждениях с использованием специального оснащения.*

Различают *хирургическую и терапевтическую специализированную медицинскую помощь.*

Ориентировочные сроки оказания вида помощи

При определении сил и средств, необходимых для оказания различных видов медицинской помощи, обычно считают, что первая помощь должна быть оказана значительной части пораженных в первые минуты после поражения, а подавляющему их большинству — в течение 30 мин с момента поражения; доврачебная — в течение 1–2 ч, первая врачебная — 4–5 ч, квалифицированная — 8–12 ч соответственно.

4.3. ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ ПОРАЖЕННЫХ (БОЛЬНЫХ) В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Медицинская сортировка - распределение пораженных на группы по признакам **нуждаемости в однородных** лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, установленным объемом помощи на данном этапе медицинской эвакуации и принятым порядком эвакуации.

Цель сортировки: обеспечить оказание пораженным своевременной медицинской помощи в оптимальном объеме, разумно использовать имеющиеся силы и средства и провести рациональную эвакуацию.

При медицинской сортировке пострадавшие разделяются на группы на основе определения сортировочных признаков.

Основные сортировочные признаки:

- *нуждаемость пораженных в изоляции* или в специальной обработке (учет признаков опасности для окружающих);
- *нуждаемость пораженных в медицинской помощи - место и очередность ее оказания;*
- *целесообразность и возможность дальнейшей эвакуации.*

Результаты медицинской сортировки фиксируются с помощью сортировочных марок, а также записи в первичной медицинской карточке пораженного (см. приложение 4), истории болезни.

Виды медицинской сортировки:

- *Внутрипунктовая сортировка* — это распределение пораженных и больных на группы в зависимости от *нуждаемости в лечебно-профилактических мероприятиях на данном этапе медицинской эвакуации, по месту и очередности их выполнения.*

- *Эвакуационно-транспортная сортировка* предполагает разделение пораженных и больных в интересах четкой и своевременной их дальнейшей эвакуации.

В условиях ЧС, при массовом поступлении пострадавших необходимость в уточнении видов сортировки отпадает в связи с их совмещением по сути процесса сортировки.

Способы сортировки:

- **выборочный,**
- **последовательный (конвейерный)** предполагает одновременную работу двух бригад с двумя носилочными пострадавшими, например:

1-я сортировочная бригада (фельдшер, медсестра или регистратор) собирает информацию о пациенте, краткий анамнез, общие данные о характере поражения путём опроса, анализа медицинской документации.

2-я сортировочная бригада (врач, медсестра, регистратор) продолжает

работу с этим пациентом. Врач принимает сортировочное решение, отдаёт медицинской сестре распоряжение о необходимых медицинских мероприятиях и обозначении сортировочного заключения, затем переходит к следующему пострадавшему, с которым уже отработала первая бригада.

Такая организация обеспечивает сортировку 30-40 носилочных пострадавших травматологического профиля или отравленных СДЯВ за 1 час работы.

Оптимальный состав сортировочной бригады:

- для носилочных больных — врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- для легкопораженных — врач, медицинская сестра и регистратор.

Условия, необходимые для проведения медицинской сортировки:

1. выделение самостоятельных функциональных подразделений с достаточной ёмкостью помещений и удобством подхода к пострадавшим;
2. организация сортировочных постов, сортировочных площадок;
3. создание сортировочных бригад и оснащение их необходимыми простейшими средствами диагностики;
4. обязательная фиксация результатов сортировки (сортировочные марки, первичные медицинские карточки) в момент её проведения (рис. 3; приложение 4);
5. выделение медицинской сестры – диспетчера для регулирования размещения поступающих поражённых и их дальнейшего движения.

Сортировочные группы:

1. Пострадавшие с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в агональном состоянии. Нуждаются в симптоматической терапии. Прогноз неблагоприятный для жизни. Эвакуации не подлежат. Могут составлять до 20% от числа поражённых.

2. Пострадавшие с тяжелыми повреждениями, и отравлениями, сопровождающимися нарастающими расстройствами жизненных функций (шок), для устранения которых необходимы мероприятия по неотложным показаниям. Временно нетранспортабельны. Прогноз может быть благоприятен при своевременной и адекватной терапии. Эвакуируются в 1-ю очередь после оказания медицинской помощи, медицинским транспортом в сопровождении медицинского работника. Положение при транспортировке – лёжа. Могут составлять до 20% от числа поражённых.

3. Пораженные с тяжелыми и средней тяжести повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы для жизни. Помощь оказывается во вторую очередь или может быть отсрочена до поступления на следующий этап медицинской эвакуации. Прогноз благоприятный. Эвакуация во вторую очередь. Транспорт медицинский. Могут составлять до 20% от числа поражённых.

4. Пораженные с повреждениями средней тяжести, нерезко выраженными функциональными расстройствами или без них. Направляются на следующий этап без оказания медицинской помощи.

5. Пораженные с легкими повреждениями. Направляются на амбулаторное лечение.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОРТИРОВОЧНЫХ МАРК В РАБОТЕ ОПМ

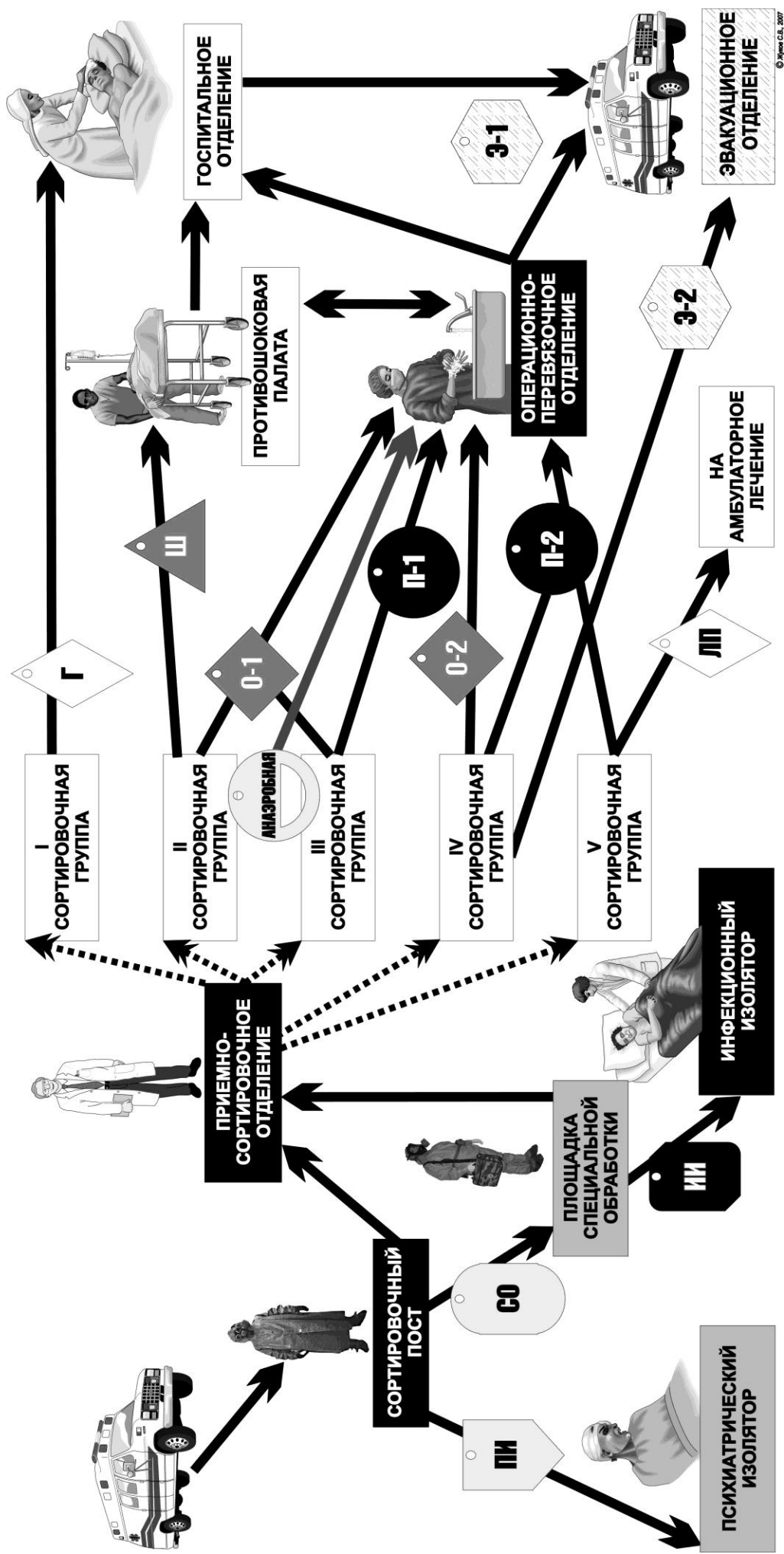


Рис. 3. Оформление результатов медицинской сортировки

4.4. ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПОРАЖЕННЫХ (БОЛЬНЫХ) В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Медицинская эвакуация — это сложный комплекс организационных медицинских и технических мероприятий проводимых во всех, звеньях системы лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных. Она включает вынос (вывоз) пораженных из очага, района (зоны) ЧС и их транспортировку до этапов медицинской эвакуации с целью своевременного оказания необходимой медицинской помощи и возможно ранней доставки в лечебные учреждения, где может быть оказана исчерпывающая медицинская помощь и организовано полноценное лечение.

Наряду с указанной целью медицинская эвакуация обеспечивает своевременное высвобождение этапов ЛЭО и возможность их повторного использования.

С медицинской точки зрения эвакуация является вынужденным мероприятием, обусловленным складывающейся обстановкой и невозможностью организовать оказание исчерпывающей медицинской помощи и полноценного лечения пораженных в непосредственной близости от зоны (района) ЧС. Поэтому эвакуация — это не самоцель, а лишь средство. Ниже приведена используемая при медицинской эвакуации терминология.

Путь эвакуации - маршрут, по которому осуществляется вынос (вывоз) и транспортировка пораженных из очага поражения до этапов медицинской эвакуации.

Плечо медицинской эвакуации - расстояние от пункта отправки пораженного до места назначения и обратно.

Эвакуационное направление - совокупность путей эвакуации, развернутых на них функционально объединенных этапов медицинской эвакуации, работающих санитарных и других транспортных средств.

Медицинская эвакуация начинается с организованного выноса, вывода и вывоза пораженных больных из зоны катастрофы и завершается доставкой их в лечебные учреждения, обеспечивающие окончательное лечение.

4.5. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Опыт ликвидации медико-санитарных последствий ЧС свидетельствует, что в структуре общих потерь *дети могут составлять 12–25%*.

Оказание медицинской помощи детям должно осуществляться с учетом анатомо-физиологических особенностей детского организма, обуславливающих отличия в клинических проявлениях и течении посттравматического заболевания по сравнению с взрослыми. **При одинаковой степени тяжести поражения дети имеют преимущество перед взрослыми при получении медицинской помощи как в очаге поражения, так и за его пределами.**

При организации первой помощи необходимо *учитывать, что у детей исключается элемент само- и взаимопомощи.*

Учитывая слабое развитие мускулатуры, детям до трех лет для временной остановки наружного кровотечения из дистальных отделов конечностей достаточно наложить на поврежденную конечность давящую повязку (не прибегая к кровоостанавливающему жгуту или закрутке); в возрасте от трех до пяти лет допускается наложение жгута при неэффективности других способов остановки кровотечения, однако соизмеряя натяжение жгута с индивидуальными особенностями физического развития ребенка.

При проведении детям закрытого массажа сердца также необходимо рассчитывать силу и частоту нажатий на нижний отдел грудины во избежание дополнительной травматизации грудной клетки.

Вынос и вывоз детей из очага должен осуществляться в первую очередь и производиться в сопровождении родственников, легкопораженных взрослых, личного состава спасательных формирований и т.п.

При организации лечебно-эвакуационного обеспечения следует **предусмотреть усиление этапов медицинской эвакуации**, на которых квалифицированная и специализированная медицинская помощь оказывается **специализированными педиатрическими бригадами**.

Особенности течения инфекционных заболеваний у детей чреватые серьезными последствиями, определяют следующие принципы организации и оказания помощи:

- распределение больных детей на соответствующие группы (по возрасту, полу, наличию родителей или родственников и др.) до поступления их в специальные лечебные учреждения с обеспечением ухода, питания, защиты от неблагоприятных метеорологических факторов;

- создание сортировочных бригад, состоящих из наиболее опытных и подготовленных специалистов, способных быстро оценить тяжесть состояния ребенка, определить диагноз и прогноз без трудоемких методов исследования, установить характер, объем и порядок оказания необходимой медицинской помощи;

- комплектование сортировочных бригад портативной диагностической аппаратурой, средствами экспресс-диагностики, дифференциально-диагностическими таблицами, необходимой мед. документацией, медицинским имуществом (аппаратурой, медикаментами, инструментарием и т.д.) для оказания неотложной помощи при инфекциях, характерных для детского контингента;

- организация на базе инфекционных больниц и больниц терапевтического профиля, в том числе педиатрических, бригад экстренной специализированной медицинской помощи (БЭСМП) постоянной готовности, укомплектованных педиатрами-инфекционистами и обеспеченных средствами защиты, соответствующей аппаратурой и медикаментами, доброкачественной водой и т.д.

4.6. МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

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

Задачи врачебной экспертизы:

- изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования;
- определение годности граждан при поступлении на работу спасателем и степени годности к этой работе;
- экспертиза состояния здоровья граждан при их увольнении с работы спасателем (на момент расторжения договора или контракта);
- определение причинной связи заболеваний у спасателей с исполнением обязанностей спасателя в ЧС
- оценка эффективности медицинской реабилитации спасателей и профилактической работы в аварийно-спасательных службах.

Для решения задач медицинской экспертизы спасателей создаются **органы врачебной экспертизы** — штатные врачебно-экспертные комиссии, нештатные (постоянно и временно действующие) клиничко-экспертные комиссии лечебно-профилактических учреждений.

Штатные врачебно-экспертные комиссии являются структурными подразделениями учреждений, на базе которых они создаются.

На штатные врачебно-экспертные комиссии возлагается:

- организация медицинской экспертизы в аварийно-спасательных службах;
- методическое руководство работой нештатных клиничко-экспертных и врачебно-экспертных комиссий, контроль за их деятельностью;
- создание и ведение банка данных (регистра) о состоянии здоровья спасателей;
- контроль за организацией медицинского освидетельствования спасателей, анализ и оценка результатов медицинского освидетельствования спасателей;
- организация научных исследований по вопросам медицинской экспертизы и медицинского освидетельствования спасателей;
- организация подготовки и усовершенствования врачебных кадров по вопросам экспертизы спасателей;
- решение разногласий и споров, рассмотрение заявлений, предложений и жалоб по вопросам экспертизы спасателей;
- организация и ведение медицинского учета и отчетности по вопросам медицинской экспертизы;
- разработка и реализация мер, направленных на совершенствование экспертизы спасателей.

Медицинская и профессиональная реабилитация спасателей - это система мероприятий, направленных на сохранение работоспособности спасателей

на уровне, обеспечивающем надежное проведение спасательно-эвакуационных мероприятий в ЧС.

Принципы реабилитации:

- этапность и преемственность,
- обязательность своевременного проведения,
- наличие в арсенале всех известных средств и методов реабилитации,
- индивидуальный подход при проведении реабилитационных мероприятий.

Медицинская и профессиональная реабилитация подразделяется на четыре этапа:

1. *экстренная реабилитация*, предусматривающая поддержание оптимального уровня профессионального здоровья в целях обеспечения надежности деятельности спасателей *в процессе ликвидации ЧС*;

2. *амбулаторно-поликлиническая реабилитация*, предусматривающая *экспертизу психосоматического состояния, коррекцию и восстановление профессиональной 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*.

4.7. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Участница аварийно-спасательных мероприятий, медицинская сестра И., работавшая по контракту в составе врачебно-сестринской бригады в зоне локального вооруженного конфликта, была ранена осколком снаряда в левую голень. Проходила лечение в вашем лечебном учреждении с диагнозом: «Минно-взрывное ранение. Осколочное ранение средней трети левой голени. Многооскольчатый открытый перелом левой большеберцовой кости. Операция остеосинтеза аппаратом Илизарова (дата)». На фоне проведенного лечения наступило выздоровление, перелом консолидировался.

Используя лекционный материал и совместный Приказ МЗ РФ, МЧС РФ №273/557 16.09.98 г. «О порядке медицинского освидетельствования спасателей»,

1. *перечислите, какую документацию необходимо затребовать для представления на медицинское освидетельствование в клинко-экспертную комиссию вашего ЛПУ;*

2. *сформулируйте заключение клинко-экспертной комиссии, указав причинно-следственную связь полученной травмы.*

Ответ:

--

Ответ:

Задача 4. Неизвестными вооруженными лицами была захвачена школа. Ученики и учителя взяты в заложники. При проведении антитеррористической операции многие из них получили травмы различного характера и степени тяжести:

а) Ранения, сопровождающиеся истечением крови ярко-алого цвета, бьющей пульсирующей струей. Предъявляют жалобы на головокружение, потемнение в глазах, жажду. Дыхание учащенное, пульс частый и слабый. Часть пострадавших без сознания.

б) Ранение шеи. Цвет истекающей крови темно-вишневый, кровь вытекает медленно, равномерной и непрерывной струей.

в) Небольшие порезы кожи, царапины, многочисленные ссадины. Кровь из ран вытекает медленно, по каплям.

1. Проведите медицинскую сортировку пострадавших, укажите сортировочные группы.

2. Оформите первичную медицинскую карточку учёта пострадавшего (Ф1 МС ГО).

3. Перечислите мероприятия первой, доврачебной, первой врачебной помощи, которые поэтапно следует оказать пострадавшим.

Ответ:

Задача 5. При вооруженном нападении на магазин двое посетителей получили огнестрельные ранения в область живота. Сознание затемнено, дыхание частое, глубокое, кожные покровы бледные, артериальное давление снижено, из раны выступают внутренние органы. Пострадавшие испытывают жажду, сухость во рту, просят пить.

1. Оформите первичную медицинскую карточку учёта пострадавшего (Ф1 МС ГО).

2. В какую сортировочную группу следует отнести пострадавших?

3. Перечислите мероприятия первой, доврачебной, первой врачебной помощи, которые поэтапно следует оказать пострадавшему.

Задача 7. Пострадавший Т. во время взрыва в метро получил осколочное ранение черепа. При осмотре - пациент без сознания, реакция на болевое раздражение отсутствует, зрачки расширены, на свет не реагируют. Дыхание нарушено по центральному типу (Чейна-Стокса), сухожильные, глоточные рефлексy отсутствуют, общая мышечная атония.

1. *Оформите первичную медицинскую карточку учёта пострадавшего (Ф1 МСГО).*

2. *В какую сортировочную группу следует отнести пострадавшего? Примите решение на эвакуацию.*

3. *Перечислите мероприятия первой, доврачебной, первой врачебной помощи, которые поэтапно следует оказать пострадавшему.*

Ответ:

Задача 8. При землетрясении в Турции (г. Гельджюк, август 1999 г.) спасательные работы в завалах начались еще до развертывания функциональных подразделений полевого многопрофильного госпиталя Всероссийского центра медицины катастроф «Защита». Были сформированы 2 бригады по 2 человека, оснащенные специальными медицинскими укладками. Эти люди, работая непосредственно в завалах, обеспечивали поддержание жизнедеятельности пострадавших во время спасательных работ, а также выполнение необходимых манипуляций при их освобождении. Пока пострадавшие не были извлечены из завала, им делали инъекции обезболивающих препаратов (трамал), по возможности устанавливали венозный катетер и начинали инфузии растворов (кристаллоиды, кровезаменители). По показаниям вводили вазопрессоры, кардиотоники. Если пострадавший был в состоянии глотать, ему через трубку давали теплое сладкое питье с небольшим количеством алкоголя.

Перед извлечением из завала на сдавленную конечность по возможности накладывали кровоостанавливающий жгут. Всех пострадавших доставляли в госпиталь с наложенными жгутами, где уже в приемно-диагностическом модуле определяли жизнеспособность конечности и дальнейшую тактику.

Всего мобильные бригады оказали медицинскую помощь 96 пострадавшим в завалах, из которых 72 (75%) удалось извлечь живыми и доставить в функциональные подразделения госпиталя.

1. *Распределите все описанные в тексте манипуляции в соответствии с видом медицинской помощи.*

2. *Сформулируйте Ваше решение о составе бригады, описанной в тексте: кто может в неё входить, исходя из вида оказываемой помощи.*

ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. Перечислите уровни организации ВСМК

@

а федеральный

б региональный

в территориальный

г местный и объектовый

д краевой

2. Управление службой МК в ходе ликвидации последствий ЧС на территориальном уровне возлагается на

@

а Территориальный Центр медицины катастроф

б территориальный штаб (комитет, комиссия) ГО и ЧС

в ВЦМК «Защита»

г РЦМК «Защита»

д Департамент здравоохранения МЧС России

3. К медицинским средствам индивидуальной защиты относятся

@

а АИ-2, ППИ

б ИПП-8, ИПП-10, ИПП-11

в радиопротекторы, антитокс, антибиотики

г фильтрующий противогаз, ОЗК

д противочумный костюм, бронежилет

4. Состав АИ -2

@

а промедол, вольтарен, сульфадиметоксин, цистамин, тетрациклин, йодид калия, латран

б промедол, тарен, сульфадиметоксин, цистамин, тетрациклин, йодид калия, латран

в омнопон, афин, сульфадиметоксин, цистамин, тетрациклин, хлорид калия, латран

г промедол, тарен, сульфацил, цистамин, тетрациклин, йодид калия, латран

д промедол, тарен, сульфадиметоксин, циклофосфан, тетрациклин, йодид калия, латран

5. Варианты организации работы больницы в ЧС

@

а ЛПУ находится вне зоны ЧС, не принимает пострадавших

б ЛПУ находится в зоне ЧС

в ЛПУ находится в соседнем с зоной ЧС иностранном государстве

г ЛПУ находится вне зоны ЧС, работает на приём пострадавших

д ЛПУ находится на этапе строительства.

6. В России принята следующая схема ЛЭО

@

а французская

б смешанная

в англосаксонская

г двухэтапная

д трёхэтапная

7. К мероприятиям первой врачебной помощи по неотложным показаниям относятся

@

а инъекция антибиотиков и серопротекция столбняка

б наложение жгута, отсечение конечности на кожно-мышечном лоскуте

в новокаиновые блокады при средней тяжести состояния, смена повязки при

радиоактивном загрязнении раны

г устранение асфиксии, капиллярная пункция мочевого пузыря

д обильное питьё и согревание поражённого

8. Пострадавший с продолжающимся наружным кровотечением, объективными признаками геморрагического шока по второму сортировочному признаку относится к группе №

@

а 1

б 5

в 3

г 4

д 2

#9. Пострадавший с множественными ссадинами, ушибами мягких тканей по второму сортировочному признаку относится к группе №

@

а 1

б 5

в 2

г 4

10. По первому сортировочному признаку на 2-м этапе медицинской эвакуации выделяют следующие группы

@

а пострадавшие в крайне тяжёлом состоянии, нуждающиеся в симптоматическом лечении, не подлежат эвакуации

б нуждающиеся в частичной или полной специальной обработке в транспортабельные пациенты, подлежащие эвакуации с указанием очередности и способа эвакуации

г нуждающиеся в изоляции в инфекционном изоляторе

д нуждающиеся в изоляции в психоневрологическом изоляторе

11. Этапы медицинской реабилитации

@

а санитарно-курортный

б экстренный, амбулаторно-поликлинический,
в стационарный

г экстремальный

д санаторно-курортный

12. Формирования Минздрава, принимающие участие в оказании медицинской помощи детям

@

а Полевой педиатрический госпиталь ВЦМК «Защита»

б НИИ эпидемиологии и детской гигиены

в БСМП (педиатрические)

г территориальное дошкольное, среднее образовательное учреждение

д территориальная детская инфекционная больница

13. Заключение КЭК содержит следующую информацию:

@

а рекомендации по дальнейшему наблюдению

б диагноз

в категория годности

г связь заболевания (увечья) с исполнением обязанностей спасателя

д о сумме страховых выплат

14. Требования, предъявляемые к системе ЛЭМ для обеспечения эффективности её функционирования

@

а руководящая роль медицинской доктрины на всех этапах эвакуации

б наличие специализированных коек на этапах эвакуации

в ведение чёткой и краткой документации на пострадавших

г её прибыльность и самоокупаемость

д прозорливость и дальновидность

15. В приведённом ниже определении понятия «вид медицинской помощи» всё верно, кроме:

@

- а комплекс официально регламентированных мероприятий
- б мероприятия выполняются в рамках объёма медицинской помощи
- в вид медицинской помощи меняется в зависимости от условий ЧС
- г для проведения мероприятий любого вида медицинской помощи необходимы работники соответствующего уровня подготовки
- д для проведения мероприятий любого вида медицинской помощи необходимы соответствующие условия и материально-техническое оснащение

16. В приведённом ниже определении понятия «объём медицинской помощи» всё верно, кроме:

@

- а комплекс официально регламентированных мероприятий
- б мероприятия выполняются в рамках вида медицинской помощи
- в объём медицинской помощи меняется в зависимости от условий ЧС
- г может быть расширенным и перспективным
- д может быть полным и сокращённым

17. В приведённом ниже определении понятия «медицинская сортировка» всё верно, кроме:

@

- а комплекс мероприятий по розыску, сбору и вывозу пострадавших из ЧС
- б основной принцип - нуждаемость в проведении однородных мероприятий на основании сортировочных признаков
- в распределение на сортировочные группы зависит от вида и объёма оказываемой помощи
- г распределение на сортировочные группы зависит от порядка дальнейшей эвакуации
- д распределение пострадавших на сортировочные группы

18. Требования к работе сортировочных бригад в зависимости от способа сортировки:

@

- а 50 человек в час
- б 120 человек за день
- в 1,5 человека в минуту
- г 30-40 человек за час, длительность работы 840 минут
- д. 2-3 минуты на 1 человека, длительность работы 14 часов

19. Правовые документы, регламентирующие вопросы организации ВСМК:

@

а Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. №68-ФЗ

б Постановление правительства РФ от 3 мая 1994 г. №420

в Постановление правительства РФ от 28 февраля 1996 г. №195

г Приказ МЗ РФ от 27 октября 2000 г. №380

д. Приказ МЗ РФ, МЧС РФ от 16.09.98 г. №273/557

20. Документ, регламентирующий порядок освидетельствования спасателей :

@

а Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. №68-ФЗ

б Постановление правительства РФ от 3 мая 1994 г. №420

в Постановление правительства РФ от 28 февраля 1996 г. №195

г Приказ МЗ РФ от 27 октября 2000 г. №380

д Приказ МЗ РФ, МЧС РФ от 16.09.98г. №273/557

Правильные варианты ответов:

1 - а, б, в

5 - б, г

9 - б

13 - б, в, г

17 - а

2 - а, б

6 - б, г

10 - б, г, д.

14 - а, б, в.

18 - г, д

3 - а, б, в

7 - б, г

11 - б, в, д.

15 - б, в

19 - а, б, в, г

4 - б

8 - д

12 - а, в, д

16 - г

20 - д

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные вопросы). – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.
2. Вопросы Всероссийской службы медицины катастроф / Постановление правительства РФ №195 от 28 февраля 1996 г.
3. Избранные лекции по медицине катастроф / Под ред. С.В. Жукова.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
4. О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций / Постановление Правительства РФ №794 от 30.12.2003.
5. О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера / Федеральный закон №68-ФЗ от 21.12.1994.
6. О порядке бесплатной медицинской реабилитации спасателей в Российской Федерации / Постановление Правительства РФ №1312 от 31.10.1996 (с изменениями от 2005)
7. О порядке медицинского освидетельствования спасателей / Приказ МЗ РФ, МЧС РФ №273/557 от 16.09.1998.
8. О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях / Приказ Минздрава РФ №325 от 24.10.2002.

Дополнительная:

1. Гончаров С.Ф., Бобий Б.В. Всероссийская служба медицины катастроф: итоги деятельности и перспективы развития // Медицина катастроф. – 2010. - №2 (70).
2. Мельникова М.М., Айзман Р.И., Бубнов В.Г. Медицина катастроф. - Новосибирск: Изд-во «Арта», 2011.
3. Об утверждении положения о службе медицины катастроф МЗ РФ / Приказ МЗ РФ №380 от 27.10.2000.
4. О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами / Постановление правительства РФ №420 от 3.05.1994.
5. Федоров В.Д. К истории создания службы медицины катастроф в России // Медицина катастроф. – 2010. - №2 (70).
6. Организация санитарно-противоэпидемического обеспечения населения в ЧС: Пособие для гос. служащих. - М.: Изд. Дом «МАГИСТР-ПРЕСС», 2001.
7. Чиж И.М. Военная медицина и медицина катастроф // Медицина катастроф. – 2010. - №2 (70).

“УТВЕРЖДАЮ”
Руководитель учреждения

“ _____ ” _____ 201 г.

ПЛАН-КОНСПЕКТ
 проведения занятия с личным составом УЧРЕЖДЕНИЯ

Тема занятия:

Дата и время проведения занятия: 06.06. г. в 12 ч 00 мин _____

Место проведения занятия: _____

Количество участников: _____

Цель занятия: _____

Литература: _____

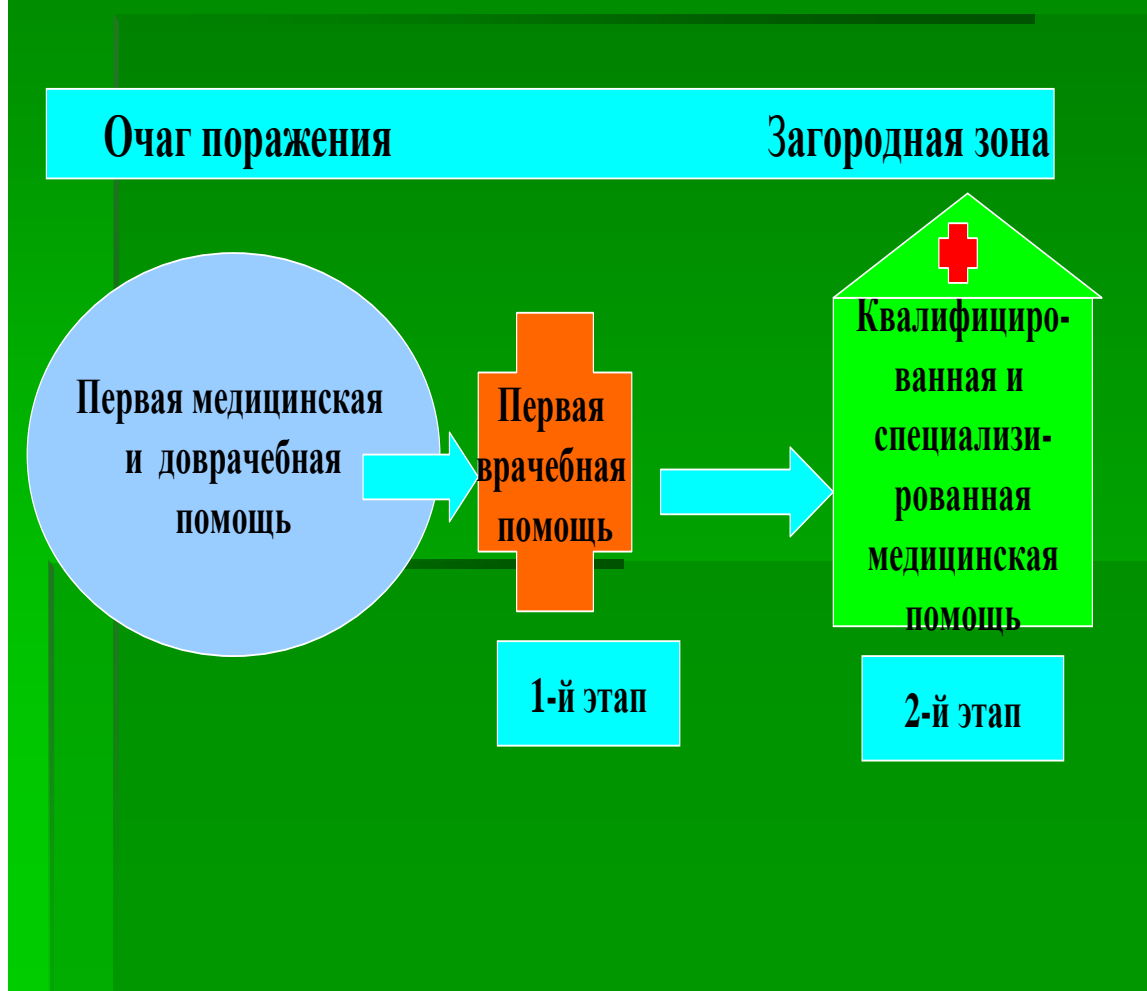
Задачи, отрабатываемые в ходе занятия:

Порядок проведения занятия

№ п/п	Вре-мя	Учебные вопросы	Содержание вопроса
1			
1			
2			
3			

студент _____ гр. _____ курса _____ факультета

**Принципиальная схема
двухэтапной системы лечебно-эвакуационного
обеспечения пораженных.**



Приложение 3
Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 17 мая 2010 г. №353н

ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ <*>

<*> В соответствии с ч.2 статьи 19.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1 первая помощь оказывается гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, до оказания медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными ее оказывать по закону или по специальному правилу и имеющими соответствующую подготовку (сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб, водителями транспортных средств и другими лицами).

1. Оценка обстановки (с определением угрозы для собственной жизни, угрозы для пострадавших и окружающих, с оценкой количества пострадавших).

2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь по закону или специальному правилу.

3. Определение признаков жизни (с определением наличия сознания, дыхания, пульса на сонных артериях).

4. Извлечение пострадавшего из транспортного средства и его перемещение.

5. Восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей.

6. Проведение сердечно-легочной реанимации.

7. Остановка кровотечения и наложение повязок.

8. Проведение опроса больного на наличие признаков сердечного приступа.

9. Проведение осмотра больного/пострадавшего в результате несчастных случаев, травм, отравлений и других состояний и заболеваний, угрожающих их жизни и здоровью.

10. Герметизация раны при ранении грудной клетки.


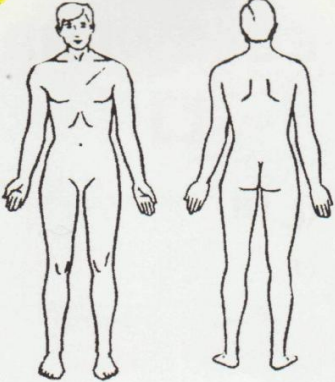
11. Фиксация шейного отдела позвоночника.

12. Проведение иммобилизации (фиксации конечностей).

13. Местное охлаждение.

14. Термоизоляция при холодовой травме.

15. Придание оптимального положения.

HH 10677	HH 10677	HH 10677	HH 10677						
FEUERWEHR <small>FREIE UND HANSESTADT HAMBURG</small> 		Beleg für Krankenhaus <small>(корешок для стационара)</small>							
HH UHRZEIT DER SICHTUNG (время осмотра)									
Sichtung 1	Sichtung 2	Sichtung 3	DIAGNOSE (диагноз)						
NAME (Ф.И.О) _____			THERAPIE (лечение) _____						
ANSCHRIFT (адрес) _____			<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"> HH 10677 </td> <td style="text-align: center;"> HH 10677 </td> <td style="text-align: center;"> HH 10677 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> HH 10677 </td> <td style="text-align: center;"> HH 10677 </td> <td style="text-align: center;"> HH 10677 </td> </tr> </table>	HH 10677	HH 10677	HH 10677	HH 10677	HH 10677	HH 10677
HH 10677	HH 10677	HH 10677							
HH 10677	HH 10677	HH 10677							
ARZT фамилия врача _____									
IV	HH	10677	IV						
I	HH	10677	I						
II	HH	10677	II						
III	HH	10677	III						
HH 10677			HH 10677						

Сортировочная карта пострадавшего в ЧС (вариант службы спасения г.Гамбург)

Данная карта находится на пострадавшем вплоть до момента госпитализации в стационар

Отрывные цветные линии обозначают степень тяжести пациента, являются основанием для сортировки пострадавших в ЧС

Жёлтые треугольники вверху карточки остаются в БСМП и в приёмном покое с информацией о пациенте и диагнозе

Отрывные марки в правой колонке предназначены для контроля медицинской документации, имущества пациента при эвакуации

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Учебно-методическое пособие

Под редакцией д.м.н., доцента В.В. Хан

Подписано в печать __.__.11. Печать цифровая.
Формат 60x84 1/16. Бумага тип №1.
Усл. печ. л. _____. Тираж 100 экз. Заказ №

Кубанский государственный университет.
350040, г. Краснодар, ул. Ставропольская, 149.

Издательско-полиграфический центр
Кубанского государственного университета
350040, Краснодар, ул. Ставропольская, 149.