

ФГБОУ ВО «Ивановский ГМУ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра безопасности жизнедеятельности и медицины
чрезвычайных ситуаций

Методические указания для самостоятельной работы студентов

по Гражданской обороне здравоохранения
для студентов 2 курса МСВО

ТЕМА 2.4 «Медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий гражданской обороны»

Утверждено на методическом заседании кафедры
ЭВМиБЖ
(протокол № ____ от « _ » _____ 2025 г.)

Иваново 2025

Время подготовки: 90 минут

Учебные вопросы

1. Организация оповещения населения
2. Развертывание сил и средств ГОЗ. Эвакуация ЛПУ
3. Организация медицинского обеспечения населения на СЭП, ППЭ, ПП, ПВ, в пути следования
4. Медико-психологическое обеспечение населения и спасателей при проведении СНАВР

Мотивация: Изучение принципиальных положений вопросов медицинского обеспечения населения при проведении мероприятий гражданской обороны позволяет врачу оптимально подготовиться и полноценно оказывать медицинские услуги в данный период. Изучение принципиальных положений вопросов медицинского обеспечения населения при проведении мероприятий гражданской обороны позволяет врачу оптимально подготовиться и полноценно оказывать медицинские услуги в данный период.

Цели занятия: Изучить организацию оповещения населения в целом по стране, в субъекте РФ, муниципальном образовании, на объектах экономики. Изучить организацию эвакуации лечебно-профилактических учреждений в загородную зону и гигиенические требования к размещению ЛПУ в приспособленных помещениях. Ознакомиться с регламентирующими документами и документами, составляемыми в мирное время в лечебных учреждениях при их подготовке к возможной эвакуации.

Знать организацию работы сборного эвакуационного пункта, пункта посадки и высадки, приемного эвакуационного пункта, промежуточного эвакуационного пункта и временного медицинского пункта. Обратить особое внимание на организацию оказания медицинской помощи населению при организации эвакуации. Знать психологические факторы поражения, механизм их возникновения и влияния на организацию оказания медицинской помощи.

Задачи:

1. Рассмотреть организацию оповещения населения, знать схему организации оповещения в городе, районе, на объекте экономики и в каждом здании, а также оповещение работников лечебно-профилактических учреждений. Изучить организацию медицинского обеспечения при угрозе нападения противника.

2. Изучить организацию и порядок развертывания сил и средств МСГО. Знать основные положения организации эвакуации лечебно-профилактических учреждений в загородную зону и организацию их размещения. Обратить особое внимание на гигиенические характеристики при размещении функциональных подразделений больницы (палаты, операционные, перевязочные, палаты интенсивной терапии, рентгенкабинет и пр.
3. Изучить организацию медицинского обеспечения населения при их эвакуации из города: 1) на сборных (приемных) эвакуационных пунктах, на промежуточных пунктах эвакуации, на станциях (пунктах) посадки (высадки) и в пути следования; 2) во время движения пеших и автомобильных колонн, поездов, кораблей, самолетов.
4. Изучить: 1) психологические факторы поражения, механизм их возникновения, 2) медико-психологическое обеспечение населения и спасателей при проведении спасательных и неотложных аварийно-восстановительных работ в очагах массового поражения (заражения).

КОНСПЕКТ

Вопрос 1 Организация оповещения населения

Важнейшим условием своевременного принятия мер по защите населения (медицинское обеспечение) при угрозе возникновения нападения противника является оповещение.

Оповещение - это экстренное доведение органов управления, сил РСЧС и населения сигналов оповещения и соответствующей информации о ЧС (нападении противника).

Одним из главных мероприятий по защите населения является его оповещение и информирование о возникновении или угрозе возникновения какой-либо опасности.

Оповестить население означает: своевременно предупредить его о надвигающейся опасности, создавшейся обстановке, а также проинформировать о порядке поведения в этих условиях.

Процесс оповещения населения обязательно сопровождается организацией оповещения органов управления и ответственных должностных лиц, принимающих решения о проведении конкретных мероприятий по защите населения, аварийно-спасательных и других неотложных работ в районах чрезвычайных ситуаций.

Процесс оповещения включает доведение в сжатые сроки до органов управления, должностных лиц и сил гражданской обороны, а также до населения на соответствующей территории (субъект РФ, город, населенный пункт, район) заранее установленных сигналов, распоряжений и информации органов исполнительной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления относительно возникающих угроз и порядка поведения в создавшихся условиях.

Ответственность за организацию и практическое осуществление оповещения несут руководители органов исполнительной власти.

Порядок оповещения населения предусматривает сначала, при любом характере опасности, включение электрических сирен, прерывистый (завывающий) звук которых означает единый сигнал опасности «Внимание всем!». Услышав этот звук (сигнал), люди должны немедленно включить имеющиеся у них средства приема речевой информации - радиоточки, радиоприемники и телевизоры, чтобы прослушать информационные сообще-

ния о характере и масштабах угрозы, а также рекомендации наиболее рационального способа своего поведения в создавшихся условиях.

Речевая информация должна быть краткой, понятной и достаточно содержательной, позволяющей понять, что случилось, и что следует делать.

Для решения задач оповещения на всех уровнях создаются специальные **системы централизованного оповещения (СЦО)**. Различают несколько уровней, на которых должны создаваться системы оповещения - федеральный, региональный, территориальный, местный и объектовый. Основными уровнями, связанными непосредственно с оповещением населения, являются территориальный, местный и объектовый.

Система оповещения любого уровня представляет собой организационно-техническое объединение оперативно-дежурных служб органов управления ГО и ЧС данного уровня, специальной аппаратуры управления и средств оповещения, а также каналов (линий) связи, обеспечивающих передачу команд управления и речевой информации в чрезвычайных ситуациях.

Следует подчеркнуть, что промедление с задействованием системы оповещения в значительной мере снижает эффективность защитных мероприятий и может привести к неоправданным жертвам и потерям среди населения. Это подтверждается трагическими событиями в первые сутки при аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 году.

1.1 Системы централизованного оповещения территориального уровня

Системы централизованного оповещения территориального уровня являются основным звеном в ряду систем оповещения. Именно с этого уровня планируется организация централизованного оповещения населения в масштабе субъекта Российской Федерации.

СЦО территориального уровня должны обеспечивать как циркулярное, так и выборочное включение СЦО местных уровней.

Рис. 1

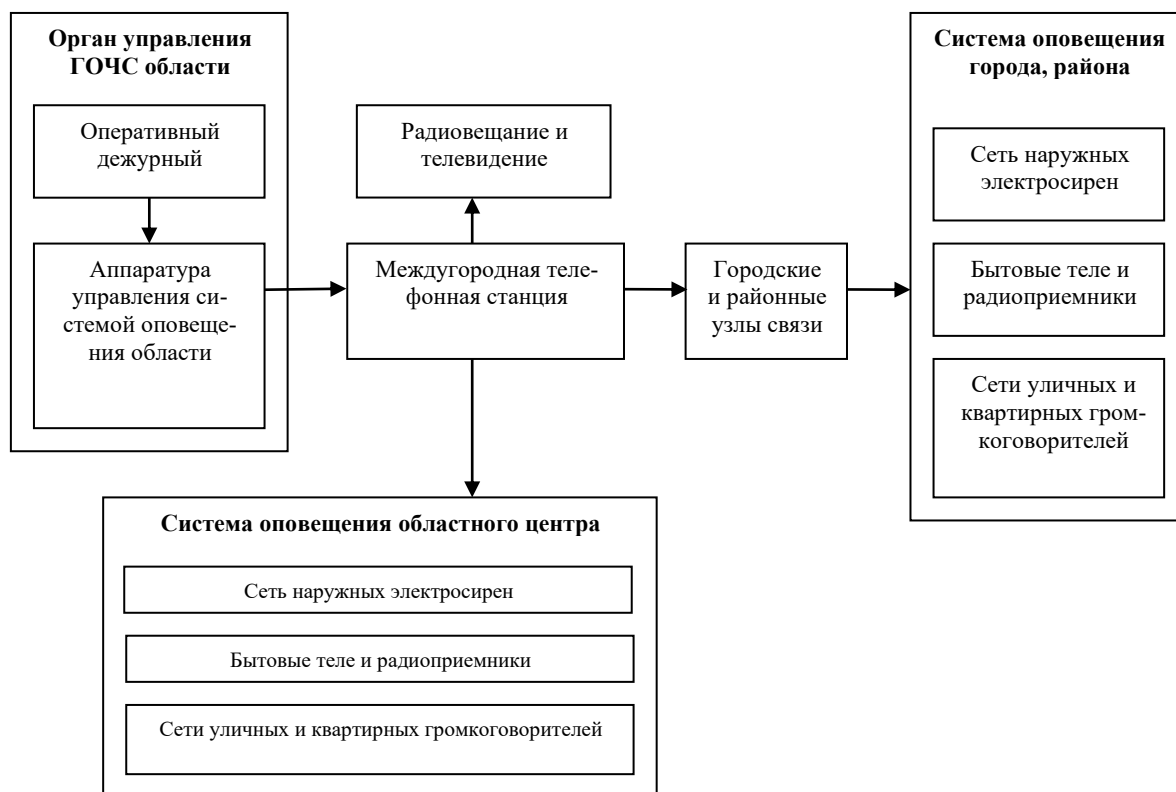


Схема централизованного оповещения субъекта РФ

Верхние звенья СЦО территориального уровня устанавливаются на рабочих местах оперативно-дежурных служб органов управления по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям территориального уровня по месту их постоянного размещения и в загородной зоне.

Элементы комплекса аппаратуры среднего звена СЦО территориального уровня устанавливаются на предприятиях местных органов связи (междугородные станции, городские и районные узлы связи).

Конечные комплекты аппаратуры оповещения СЦО территориального уровня устанавливаются на рабочих местах оперативно-дежурных служб органов управления ГО и ЧС, созданных при органах местного самоуправления, в органах управления сил, непосредственно подчиненных органам исполнительной власти данного субъекта РФ.

1.2 Общероссийская комплексная система информирования и оповещения

В настоящее время по поручению Президента и Правительства создается Общероссийская комплексная система информирования и оповещения населения (ОКСИОН).

Основной целью создания ОКСИОН является повышение эффективности действий населения при чрезвычайных ситуациях за счет сокращения сроков гарантированного оповещения о ЧС, повышения оперативности информирования населения по правилам безопасного поведения при угрозе и возникновении ЧС.

Система будет функционировать в трех режимах.

В режиме повседневной жизнедеятельности будет передаваться плановая профилактическая информация в интересах обеспечения безопасности жизнедеятельности населения.

В режиме угрозы или возникновения чрезвычайных ситуаций или террористических акций Система будет оперативно информировать население о необходимых действиях в сложившейся обстановке с целью минимизации возможного ущерба от чрезвычайных ситуаций.

В посткризисном режиме Система будет информировать население о ходе его социальной реабилитации, обеспечения морально-психологической поддержки, ослабления и снятия посткризисных осложнений, а также предоставлять необходимую информацию о местах расположения центров и служб социально-психологической реабилитации, медицинской помощи, первичного жизнеобеспечения, «горячих линий» и адресных пунктов поиска близких и родственников.

Система предусматривает доведение информации до людей вне зависимости от мест их нахождения с помощью различных типов оконечных устройств индивидуального пользования: мобильных телефонов, портативных компьютеров, теле- и радиоприемников.

ОКСИОН, являясь составной частью системы управления ГО и РСЧС, будет обеспечивать информационную поддержку при возникновении ЧС, принятии решений и управлении в кризисных ситуациях. Это позволит избежать дублирования функций управления защитными мероприятиями и значительного увеличения финансовых затрат.

Развертывание ОКСИОН на территории Российской Федерации в полном масштабе планируется поэтапно к 2010 году.

Внедрение ОКСИОН позволит обеспечить гарантированное оповещение и информирование об угрозе и возникновении ЧС более 60 млн человек, что в 3 раза больше, чем существующая система оповещения, и почти вдвое сократить количество безвозвратных и санитарных потерь населения в ЧС мирного и военного времени.

Создание Общероссийской комплексной системы информирования и оповещения населения будет способствовать формированию культуры безопасности жизнедеятельности, повысит эффективность мероприятий оповещения и информирования населения и

явится одним из факторов обеспечения стабильного социально-экономического развития России.

1.3 Локальные системы оповещения (ЛСО)

Создание локальных систем оповещения (ЛСО) определено требованиями постановления Правительства Российской Федерации от 1 марта 1993 года № 178 «О создании локальных систем оповещения в районах размещения потенциально опасных объектов».

При возникновении на потенциально опасном объекте аварии (катастрофы), угрозы нападения противника, крупномасштабной террористической атаке оповещать придется целый район или город, что связано со значительной задержкой во времени. В этих условиях более эффективной является организация оповещения населения непосредственно дежурным диспетчером самого предприятия.

Для групп потенциально опасных объектов, размещенных компактно в пределах крупных промышленных центров (зон), предусматривается создание объединенных локальных систем оповещения с централизованным управлением от местных органов управления ГО и ЧС. Создание таких объединенных локальных систем оповещения позволяет объединить финансовые возможности объектов.

1.4 Построение систем оповещения в отдельных зданиях и сооружениях

Помимо создания систем оповещения площадного характера - от территории объекта экономики до территории целого субъекта Российской Федерации, есть не менее важная задача организовать оповещение на территории отдельного здания (гостиница, торговый или спортивный центр, учебное заведение и т.п.), где часто одновременно присутствуют тысячи людей. Это особенно важно на случай возникновения пожара, учитывая крайне неблагоприятную обстановку с пожарами в нашей стране, в которых гибнут ежегодно около 20 тысяч человек.

Появилось понятие «интеллектуальное здание», оснащенное комплексом систем безопасности, в состав которого обязательно включены система пожарной сигнализации, оповещения о пожаре и система управления экстренной эвакуации.

Приказом МЧС России от 20 июня 2003 года № 323 были утверждены нормы пожарной безопасности «Проектирование систем оповещения людей о пожаре в зданиях и сооружениях» № НПБ 104-03, которые устанавливают требования пожарной безопасности к **системам оповещения и управления эвакуацией (СОУЭ)** людей при пожарах в зданиях и сооружениях.

СОУЭ - комплекс организационных мероприятий и технических средств, предназначенный для своевременного сообщения людям информации о возникновении пожара и (или) необходимости и путях эвакуации.

Технические средства оповещения - звуковые, речевые, световые и комбинированные пожарные оповещатели, приборы управления ими, а также эвакуационные знаки пожарной безопасности.

Оповещение и управление эвакуацией людей должно осуществляться одним из следующих способов или их комбинацией:

А. Подачей звуковых и (или) световых сигналов во все помещения здания с постоянным или временным пребыванием людей.

Б. Трансляцией текстов о необходимости эвакуации, путях эвакуации, направлении движения и других действиях, направленных на обеспечение безопасности людей.

В. Трансляцией специально разработанных текстов, направленных на предотвращение паники и других явлений, усложняющих эвакуацию.

Г. Размещением и включением эвакуационных знаков безопасности на путях эвакуации и эвакуационного освещения.

Д. Дистанционным открыванием дверей эвакуационных выходов (оборудованных электромагнитными замками);

СОУЭ проектируется с целью реализации планов эвакуации. Особо подчеркивается, что при проектировании СОУЭ должна предусматриваться возможность ее сопряжения с системой оповещения гражданской обороны города.

При разделении здания на зоны оповещения должна разрабатываться специальная очередность оповещения людей, находящихся в защищаемом объекте.

Размеры зон оповещения, специальная очередность оповещения и время начала оповещения в отдельных зонах определяются, исходя из условия обеспечения безопасной эвакуации людей.

Система громкого оповещения является неотъемлемой частью инфраструктуры любого административного или общественного здания и входит в состав СОУЭ.

Система оповещения позволяет транслировать передачи с CD-проигрывателя, магнитофона и тюнера. При объявлении тревоги трансляция передач автоматически прекращается и подключается магнитофон тревожных сообщений. Тревожную информацию можно также передавать с выносных микрофонных пультов в любую из зон или во все зоны одновременно.

Системы оповещения представляют собой один из наиболее распространенных (если не самый распространенный) вид систем звукообеспечения. По требованиям как международных, так и отечественных стандартов система громкого оповещения должна присутствовать в любом ограниченном пространстве, где возможно скопление людей.

В зданиях и сооружениях создаются специальные комбинированные системы громкого оповещения, которые используются для звукоусиления и распределения по зонам оповещения (их может быть более 30) сигналов тревоги, голосовых сообщений, фоновой музыки. Раньше эти задачи возлагались на местные радиотрансляционные узлы. В настоящее время разработана и широко используется аппаратура на основе персональных компьютеров и аппаратуры звукоусиления и распределения звукового сигнала, а также специальных автоматических датчиков.

При проектировании СОУЭ должна предусматриваться возможность создания в здании объединенной системы громкого оповещения (ОСГО СОУЭ) на случай возникновения ЧС различного характера.

Для оповещения в рамках ОСГО СОУЭ могут использоваться:

- система внутренней радиотрансляционной сети;
- специализированные громкоговорители СПС;
- световые табло с фиксированными надписями, пиктограммами или светодиодные табло;
- сеть телефонной связи здания;
- система микросотовой или пейджинговой связи;
- электрические сирены;
- система кабельного телевидения здания.

1.5 Особые требования к системам оповещения гражданской обороны

Системы оповещения всех уровней должны обеспечивать передачу сигналов (команд), осуществляющих дистанционное управление техническими средствами оповещения как циркулярно (одновременно), так и выборочно с максимальным охватом населения в городе и сельской местности, независимо от места нахождения каждого человека (дома, на работе, в убежище, на улице, в транспорте, в лечебных, торговых, спортивных и развлекательных учреждениях).

При этом должна обеспечиваться надежность и живучесть системы в условиях возможных нарушений энергоснабжения, сетей связи и внешних условий (ветер, наводнение, землетрясение, взрывы и т.п.), затрудняющих восприятие звуковой информации.

Приведение в готовность системы оповещения для передачи сигналов и сообщений не должно превышать 2–3 минут по всей охватываемой территории. В целях исключения паники среди населения, не подвергаемого опасности, система оповещения должна иметь возможность локализации оповещаемой территории.

При функционировании системы оповещения должны выполняться следующие требования:

- не допускать несанкционированного или самопроизвольного включения сигналов тревоги;
- не нарушать работы остальных систем жизнеобеспечения;
- возможность использовать различные средства подачи сигналов тревоги и речевых (информационных) сообщений;
- оповещение персонала объектов и населения в районах размещения потенциально опасных объектов не должно превышать более 3-5 минут;
- возможность дублировать сигналы неавтоматизированными системами, в том числе с использованием мобильных средств оповещения.

Сигналы оповещения и информация о складывающейся обстановке передаются с помощью систем централизованного оповещения, базирующихся на сетях связи проводного, радио- и телевизионного вещания и специальной аппаратуре, а также с помощью электросирен, звучание которых означает сигнал «ВНИМАНИЕ ВСЕМ!» и предваряет сообщения по радио и телевидению. Этот сигнал подается для привлечения внимания людей в предвидении или при угрозе нападения. По этому сигналу необходимо немедленно включить все технические средства информации (телевизор, радиоприемник и т.п.) и ожидать сообщения органов местной исполнительной власти.

На каждый конкретный случай разрабатываются варианты сообщений. Например:

При опасности воздушного налета :

«ВНИМАНИЕ ! ВНИМАНИЕ ! ГРАЖДАНЕ!

ВОЗДУШНАЯ ТРЕВОГА!

Отключите газ, свет, воду. Возьмите документы, запас продуктов и воды, средства индивидуальной защиты. Предупредите соседей и, при необходимости, окажите помощь больным и престарелым. Как можно скорее укройтесь в защитных сооружениях. Соблюдайте спокойствие и порядок. Следите за дальнейшими событиями»

Оповещение должно отвечать следующим требованиям:

1. Быть своевременным (дать время на подготовку населения).
2. Исключать возникновение паники (четкость и организованность).
3. Быть достоверным (подтверждение есть об угрозе нападения).
4. Быть централизованным (органы местной власти проводят).

При получении сигнала «**Воздушная тревога**», находясь дома, следует:

- выключить приборы электро-, газо- и водоснабжения;
- взять приготовленные заранее предметы первой необходимости, документы, средства индивидуальной защиты и запаса продуктов, закрыть квартиру;
- быстро следовать в ближайшее убежище (укрытие).

Находясь на рабочем месте, следует:

- выключить станок (прибор), отключить электро-, газо- и водоснабжение рабочего места ;
- привести в положение «наготове» средства индивидуальной защиты;
- быстро следовать в убежище (укрытие).

Оказавшись на улице, следует:

- выйти из наземного общественного транспорта;
- согласно указаниям следовать в ближайшее убежище (укрытие), станцию метро;
- использовать в случае необходимости кюветы, канавы, щели, подземные переходы, трубы и т.п.

При сигнале **«Отбой воздушной тревоги» (ОВТ)** рабочие и служащие предприятий, население районов и городов, которые не подвергались нападению противника, выходят из защитных сооружений и возобновляют работу.

В районах и городах, по которым противнику удалось осуществить удар, принимаются меры по ликвидации нападения; по средствам связи, радио и телевидению передаются указания о режимах поведения и другая информация для населения. По указанию органов ГО в зависимости от обстановки люди могут оставаться в защитных сооружениях или выходить из них с соблюдением необходимых мер предосторожности. Выходить из защитных сооружений можно только по указанию органов ГО после уточнения обстановки.

После объявления сигнала ОВТ население должно находиться в готовности к повторному нападению, соблюдать правила и выполнять распоряжения на период угрозы нападения противника.

При сигнале **«Радиационная опасность» (РО)** необходимо надеть респиратор ПТМ-1 или ватно-марлевую повязку, а при их отсутствии противогаз. Взять документы, подготовленный запас продуктов и воды, средства индивидуальной защиты, предметы первой необходимости и уйти в противорадиационное укрытие (убежище), где и находиться до особого указания органов ГО.

При сигнале **«Химическая тревога» (ХТ)** следует быстро укрыться в убежище или надеть противогаз и средства защиты кожи (плащи, резиновые сапоги и резиновые перчатки). Необходимость надевания именно противогаза, а не респиратора или ватно-марлевой повязки диктуется тем, что сигнал ХТ является единым и для случая применения ОВ, и для случая использования бактериальных аэрозолей. Поскольку для уточнения вида примененного средства массового поражения необходимо некоторое время, расчет ведется на наиболее опасное и быстродействующее средство поражения – ОВ, которое не задерживается респираторами.

Если позволяет обстановка, то после надевания соответствующих средств защиты следует быстро выйти из очага химического поражения (зоны химического заражения) в направлении одной из сторон, перпендикулярной направлению ветра.

На предприятиях в зависимости от обстановки и указаний администрации работа может продолжаться. Работающие должны обязательно использовать средства защиты.

В укрытиях противогазы должны быть надеты обязательно, а в убежищах можно находиться без них.

При появлении первых признаков поражения ОВ нервно-паралитического действия следует немедленно принять (использовать) антидот из аптечки АИ-2, при попадании капельно-жидких ОВ на кожу или одежду немедленно обработать эти участки (провести частичную санитарную обработку) тампонами, которые смачивают жидкостью из ИПП-8 или мыльной (щелочной) водой.

После выхода за пределы зоны заражения поверхность одежды, обуви и средств защиты в той или иной степени всегда заражена парами ОВ, поэтому средства защиты, особенно противогазы, без команды снимать не следует.

Вопрос 2. Развертывание сил и средств ГОЗ. Эвакуация ЛПУ

Развертывание сил и средств гражданской обороны здравоохранения происходит в зависимости от обстановки, сложившейся на данный момент. Санитарные дружины и санитарные посты (нештатные объектовые аварийно-спасательные формирования гражданской обороны здравоохранения) используются в соответствии с планами штабов по делам ГО и ЧС.

За их формирование, экипировку и оснащение несут ответственность руководители объектов совместно с организациями общества Красного Креста, а за медицинскую подготовку – управление здравоохранения субъекта РФ. Нештатные территориальные аварий-

но-спасательные формирования гражданской обороны здравоохранения работают в зависимости от поставленных перед ними задач.

Наряду с организацией медико-санитарного обеспечения населения большое значение придается планированию и организации передислокации лечебных учреждений и медицинских формирований из крупных городов. Эвакуации лечебно-профилактических учреждений имеет целью защиту больных, персонала лечебно-профилактических учреждений, личного состава медицинских формирований, членов семей персонала, а также защиту и сохранение медицинского и санитарно-хозяйственного имущества.

Своевременная эвакуация лечебно-профилактических учреждений позволяет вернуть на территории вне района чрезвычайной ситуации сеть больниц совместно с местными лечебно-профилактическими учреждениями и обеспечить оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи пораженным и необходимую медицинскую помощь эвакуируемому и постоянно проживающему населению.

Эвакуация может осуществляться автомобильным, железнодорожным и водным транспортом. Ответственным за эвакуацию лечебно-профилактического учреждения является главный врач. Для планирования, организации, осуществления эвакуационных мероприятий и заблаговременной подготовки места размещения лечебно-профилактического учреждения в загородной зоне приказом главного врача создается рабочий орган – **объектовая эвакуационная комиссия (ОЭК)**.

Руководитель лечебно-профилактического учреждения и председатель ОЭК 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 с местными органами власти составляют планы приспособительных работ в отведенных помещениях. На основании этих данных они составляют **план действия больницы в чрезвычайных ситуациях**.

В плане должен быть отражен порядок подготовки лечебно-профилактического учреждения к эвакуации и определено его дальнейшее предназначение.

Для планирования органы управления здравоохранением каждому лечебно-профилактическому учреждению выдают **план-задание**, в котором указывается профиль развертываемого лечебного учреждения, количество коек, перечень медицинских формирований для работы вне больницы (поликлиники), место размещения эвакуируемого учреждения, необходимое количество помещений. Кроме того, указываются данные о видах и количестве предоставляемого транспорта, а также наименование организаций, выделяющих автотранспортные средства для эвакуации, с указанием сроков их прибытия.

Эвакуации подлежат медицинский и обслуживающий персонал вместе с нетрудоспособными членами их семей, транспортабельные больные, а также медицинское имущество, твердый и мягкий инвентарь первой необходимости. Очередность эвакуации, функциональные обязанности медицинского персонала в этот период, необходимость транспортных средств и ряд других вопросов должны быть отражены в соответствующих разделах плана действий больницы в чрезвычайной ситуации мирного и военного времени.

Эвакуация больницы может быть полной или частичной.

При **частичной эвакуации** происходит эвакуация больных и персонала. Это возможно лишь при размещении лечебного учреждения на базе существующих в загородной зоне профильного помещения (больницы, санатории, профилактории и т.п.).

Полная – эвакуация персонала и материальных средств. Такая эвакуация проводится при размещении эвакуируемого лечебно-профилактического учреждения в приспособленном здании (школы, колледжи, спортивные сооружения и т.д.).

При эвакуации лечебно-профилактического учреждения железнодорожным и водным транспортом руководитель учреждения получает информацию о местах погрузки и разгрузки до места постоянного размещения.

Органы здравоохранения сообщают, на какое количество суток следует иметь запас продуктов питания для обеспечения эвакуируемых и размещенных в убежищах нетранспортабельных больных.

При планировании эвакуации лечебно-профилактического учреждения штабом ГО объекта производится ряд расчетов. Определяется численность врачей, среднего и обслуживающего персонала, подлежащего выделению в распоряжение органов здравоохранения, для медицинского обслуживания нетранспортабельных и для развертывания больных вне зоны чрезвычайной ситуации. При проведении расчетов учитывается, что медицинский персонал, закончивший работу в мед. формированиях, вернется в свои учреждения. Определяется число врачей, среднего обслуживающего персонала, эвакуируемого вместе с лечебно-профилактическим учреждением (необходимо уточнить численность семей, подлежащих эвакуации).

Из числа эвакуируемого персонала выделяются медицинские работники для сопровождения транспортабельных больных и в оперативную группу (3-4 человека: врач, медсестра, член эвакуационной комиссии и др.). **Оперативная группа создается** для заблаговременного направления на новое место размещения лечебно-профилактического учреждения в период его эвакуации с целью подготовки к приему и распределению прибывающих по подразделениям в соответствии с планом развертывания лечебно-профилактического учреждения.

Рассчитывается число больных различных категорий (в стационарах и дома). Определяется число больных, которые могут быть выписаны на амбулаторное лечение, эвакуируемые больницей и оставленные в городе.

Транспортабельные, находящиеся дома, должны быть доставлены в больницу и эвакуированы с лечебно-профилактическим учреждением. Нетранспортабельные, находящиеся дома, доставляются в стационар. Определяется способ их транспортировки (лежа, сидя) для определения количества автомобилей.

Все больные, находящиеся на лечении, делятся на группы.

А) Больные, не нуждающиеся в дальнейшем продолжении стационарного лечения и подлежащие выписке (50%). Они следуют до места жительства самостоятельно, при необходимости обеспечивают медикаментами на 2-3 дня, а дальше вместе со всем населением.

Б) Транспортабельные больные, которые по состоянию здоровья не могут быть выписаны (45%) Убывают с учреждения.

К данной категории больных и пораженных при подготовке к эвакуации предъявляются определенные требования:

- завершение оказания раненому (больному) квалифицированной и специализированной медицинской помощи;
- замена транспортной иммобилизации на лечебную;
- проведение медицинских мероприятий, обеспечивающих транспортабельное состояние раненых и больных с учетом условий транспортировки и длительность;
- проведение полной санитарной обработки;
- оформление медицинских документов эвакуируемого (история болезни, эвакуационный конверт);
- выдача раненым и больным продовольственного, вещевого и денежного аттестатов;
- выдача личных вещей принадлежащих эвакуируемому;
- экипировка эвакуируемого.

В) Нетранспортабельные, не способны без ущерба для здоровья перенести эвакуацию (5%). Оставляются в городе и укрываются в специально оборудованных помещениях лечебного типа. Нетранспортабельность определяется «Перечнем неотложных форм и состояний», утвержденных Минздравом России.

К категории нетранспортабельных относятся больные и раненые с:

- шоком, не восполненной кровопотерей;
- находящиеся в терминальном состоянии, коме;
- с тяжелыми некупируемыми судорогами;
- с повреждениями, несовместимыми с жизнью (комбинированные радиационные поражения с дозой облучения 6 грей и более; ранения и травмы черепа, головного мозга с утратой зрачковых, корнеальных рефлексов и др.);
- с признаками гнойно-септической, анаэробной инфекции и столбняка;
- с перитонитом, кишечной непроходимостью, эвентрацией внутренних органов, острой эмпиемой плевры;
- с синдромом сдавления головного мозга, менингоэнцефалитом, продолжающейся ликворреей;
- с жировой эмболией и тромбоэмболией легочной артерии;
- с острой пневмонией, абсцедирующей пневмонией синдромом “влажного легкого”;
- с острой дыхательной недостаточностью (тотальный бронхоспазм, паралич дыхания, токсический отек легких, напряженный пневмоторакс, массивный выпотный плеврит и др.);
- с острой почечной и печеночной недостаточностью;
- с начинающимся гнойным воспалением в полости глаза, недостаточной герметизацией прободных ран глазного яблока, острым повышением внутриглазного давления, неостановленным кровотечением из глазницы при ранении глазного яблока;
- с выраженным психомоторным возбуждением, изменением состояния сознания (сумеречное, делириозное, коматозное), эпилептическим статусом;
- с активной формой туберкулеза легких;
- с гипертонической болезнью III стадии, гипертоническим кризом;
- с тяжелыми формами ишемической болезни сердца, острой сердечно-сосудистой недостаточностью (коллапс, сердечная астма, кардиогенный отек легких) и тяжелые острые нарушения ритма сердца (пароксизмальная тахикардия, полная атрио-вентрикулярная блокада, частые полиморфные экстрасистолы и др.);
- с заболеваниями системы крови и диффузными заболеваниями соединительной ткани;
- с тяжелыми формами эндокринных заболеваний (сахарный диабет, тиреотоксический зоб);
- с некупированным болевым синдромом;
- с неукротимой рвотой.

Женщин нельзя эвакуировать с:

- опасностью развития маточного кровотечения;
- опасностью преждевременных и спонтанных родов в пути;
- возможностью развития опасных для жизни беременной и плода осложнений (нефропатия III степени, преэклампсия, эклампсия, угрожающий разрыв матки и др.).

Производится расчет и распределение медикаментов, перевязочного материала, медицинского, санитарно-хозяйственного имущества, в том числе для обеспечения не-транспортабельных и комплектования сумок неотложной помощи (для оказания медицинской помощи на эвакуопунктах и сопровождении больных).

Для расчета потребности в транспорте необходимо определить тоннаж и объем имущества лечебно-профилактического учреждения. Транспортные средства для эвакуации учреждения рассчитываются в машино-рейсах (следования туда и обратно). Время на путь следования определяется из расчета средней скорости движения в колонне-25-30 км/ч. При недостатке транспорта определяются порядок и последовательность эвакуации несколькими рейсами. Рассчитывается время необходимое на эвакуацию всего лечебно-профилактического учреждения.

На месте размещения больницы проводится расчет количества помещений для размещения больных в загородной зоне и потребность для укрытия нетранспортабельных в лечебном стационаре, необходимое количество персонала (медицинского и обслуживающего), обеспечение лекарственными средствами.

Заблаговременно в каждом отделении лечебно-профилактического учреждения назначаются лица, ответственные за выписку, подготовку к эвакуации и перемещению нетранспортабельных больных. В истории болезни делаются записи: «Эвакуируется с больницей» - для транспортабельного и «Остается в больнице» - для нетранспортабельного.

История болезни подписывается врачом, зам. главного врача по медицинской части, а для нетранспортабельных заверяется круглой печатью больницы. Амбулаторным больным выдается справка на руки, в которой заносятся сведения о проведенных исследованиях и лечении.

Еще в мирное время в лечебно-профилактическом учреждении разрабатываются следующие документы :

- схемы оповещения для сбора персонала лечебно-профилактического учреждения;
- обязанности персонала на период подготовки и проведения эвакуации лечебно-профилактического учреждения;
- распределение медицинского персонала по подразделениям и по назначению;
- план размещения нетранспортабельных больных и список выделенного 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 лечебно-профилактического учреждения.

При поступлении распоряжения на эвакуацию руководитель обязан:

- оповестить личный состав;
- направить оперативную группу в загородную зону;
- организовать выписку больных (амбулаторных);
- разместить нетранспортабельных, оставив для их обслуживания медицинского персонал;
- организовать эвакуацию медицинских формирований, созданных на базе лечебно-профилактического учреждения, в намеченные районы;
- последовательно эвакуировать транспортабельных больных, персонал, членов семей, запасы питания и воды, медицинское и санитарно-хозяйственное имущество.

При проведении эвакуации инфекционной больницы соблюдается санитарно-эпидемический режим. Психиатрическая больница и диспансеры имеют свои особенности в планах эвакуации. Конечный этап любой эвакуации лечебно-профилактического учреждения — это консервация здания и сдача его под охрану.

При подготовке больницы к эвакуации в загородную зону предусматриваются: очередность погрузки в зависимости от выделяемых транспортных средств, определение мест погрузки персонала, больных и имущества по подразделениям, согласование с органами управления гражданской обороны маршрута выдвижения, решение вопроса вывоза членов семьи персонала, формирование погрузочных команд.

Не допускается перевозка персонала и больных на непригодном транспорте (самосвалы, прицепы, фургоны). На каждой машине назначается старший, который обязан хорошо знать маршрут выдвижения к месту размещения больницы в загородной зоне, место расположения медицинских учреждений на маршруте выдвижения, строго выполнять правила техники безопасности.

Таблица 1

Характеристики помещений при развертывании учреждения
здравоохранения

Показатели размещения лечебного учреждения	Нормы согласно СН-515-79
Высота помещений, м	не менее 2.5
Ширина помещения, м	1.6
- в коридорах операционных и реанимационных отделений;	не менее 2.4
- в палатах, кабинетах, перевязочных и процедурных;	5
- в операционных и реанимационных;	
Ширина дверей, м	не менее 0.8
Ширина маршей на лестничных клетках, м	1.15
Ширина площадок, м	1.45
Площадь пола на одну койку, м ² :	
- в одноместной палате;	не менее 8
- в многоместной палате	3-4
На отделение 200 коек:	
- операционная с предоперационной, м ² ;	18 + 6
- кабинет функциональной диагностики, м ² ;	12
- перевязочная, м ² ;	12
- столовая на 25% коек, м ² на одно посадочное место.	1
В операционном блоке	1 стол на 100 коек стационара
Реанимационные палаты	2 койки на 1 операционный стол
Площадь помещений:	
- в операционной на один стол, м ² ;	24
- в операционной на два стола, м ² ;	40
- предоперационная, м ² ;	12
- стерилизационная, м ² ;	12
- реанимационные палаты, на одну койку, м ² ;	5
Рентген-кабинет, м ² ;	1 на 800 коек стационара не менее 36

Нерационально вывозить больницу железнодорожным транспортом, особенно на небольшие расстояния (до 100-150 км). Много времени при этом затрачивается на погрузочно-разгрузочные мероприятия, требуется выделять автотранспорт до станции погрузки и от станции выгрузки в загородной зоне.

Больницы и другие объекты здравоохранения при их эвакуации в загородную зону относятся к числу продолжающих работу. Они вывозят необходимое оборудование, без которого не в состоянии организовать работу.

Больница в загородной зоне развертывается в приписанных общественных зданиях (пансионаты, школы и т.п. с круглогодичным функционированием).

В соответствии с СН-515-79 развертывание учреждений здравоохранения в общественных зданиях 6-ти и большей этажности допускается только при наличии лифтов.

В операционной, рентген кабинете, лаборатории, автоклавной, мойке, душевой, уборных и санитарных комнатах устанавливается вытяжная вентиляция с механическим принуждением.

Электроснабжение осуществляется от 2-х вводов с разных трансформаторов. На вводах, питающих физиокабинет - и рентген кабинеты, предусматривается повторное заземление нулевого провода.

Для защиты персонала и больных в загородной зоне оборудуется противорадиационное укрытие с коэффициентом ослабления радиации 100.

Убежища сооружаются встроенными и отдельно стоящие. Преимущество отдается встроенным убежищам. К убежищам должны быть предъявлены следующие требования:

- оно должно размещаться в местах наибольшего скопления укрываемого контингента;
- их целесообразно размещать под зданиями наименьшей этажности;

- отдельно стоящие убежища размещать на расстоянии от здания, равном их высоте;
- заглубление убежища должно учитывать характер грунтовых вод, уровень пола предпочтительно иметь на 0.5 м выше наивысшего уровня грунтовых вод;
- минимальное заглубление должно быть не менее 1.5 м от планировочной отметки земли.

Убежища должны быть защищены от затопления дождевыми водами.

Таблица 2

Характеристика убежища при размещении учреждения здравоохранения
(при вместимости 150 коек на одного больного)

Показатели размещения лечебного учреждения	Норма размещения
Площадь помещения на одного укрываемого больного:	
- при высоте убежища 3 м и более, м ² ;	1.9
- при высоте от 2.5 до 3 м, м ² ;	2.2
Площадь операционно-перевязочного помещения, м ² ;	20
Площадь предоперационной, м ² ;	2.5
Расстояние между койками, м:	
- при 2-х ярусном расположении;	1
- при одноярусном расположении;	0.6
Ширина прохода между рядами коек, м	1.3
Ширина коридора, м	2.5

Запасы питьевой воды для больных – по 20 л на человека, для технических нужд – по расчету дополнительно: для персонала – 3л на человека.

Противорадиационное укрытие в пределах действия ударной волны проектируется в подвалах и цокольных этажах. Основные требования к проектированию противорадиационных укрытий:

- расположение укрытий вблизи от мест наибольшего числа подлежащих защите людей;
- огнестойкость здания не менее 2 ст.;
- здание должно соответствовать коэффициенту ослабления радиации;
- проемы и отверстия, имеющиеся в помещении, должны быть подготовлены к заделке всеми доступными способами;
- уровень пола должен превышать наивысший уровень грунтовых вод не менее чем на 0.2 м., допускается отступление от этого требования при надежной гидроизоляции;
- не допускается прокладка через противорадиационное укрытие транзитных, связанных с системой здания газовых сетей, паропроводов, трубопроводов с перегретой водой и сжатым воздухом.

Противорадиационные укрытия для системы здравоохранения должны иметь следующие основные помещения: для больных и отдельно для выздоравливающих, медицинского и обслуживающего персонала, процедурную (перевязочную) и т.д. Для больниц хирургического профиля следует предусмотреть операционно-перевязочную и предоперационную.

Норма площади: для размещения тяжело больных 1.9 м² при высоте помещения 3 м и более), 2.2 м² (при высоте помещения 2.5м), для выздоравливающих – 1 м², операционно-перевязочная – 25 м² (на 200-400 коек), 30 м² (на 400-600 коек), 40 м² (на 600-1000 коек), предоперационная – 12-24 м², процедурная - перевязочная – 20-40 м² и т.д.

Количество входов в укрытие определяется в зависимости от вместимости. При укрытии 50 человек допускается 1 вход.

Вентиляция в убежище может быть естественной (до 50 человек укрываемых) или с механическим побуждением. В противорадиационном укрытии для учреждений здравоохранения допускается только вентиляция с механическим побуждением.

Таблица 3

Гигиенические характеристики убежища при размещении больных

Гигиенические характеристики	Показатели
Температура в холодное время, t С ⁰	не менее 10
Количество воздуха, подаваемого в убежище, м ³ /час:	
- при t С до 25 ⁰ ;	10
- при t С до 30 ⁰ ;	21
- при t С до 30 ⁰ и более;	30
При отсутствии централизованного водоснабжения норма питьевой воды	2 л/на одного укрываемого в сутки
Содержание СО ₂ , %	3
Содержание О ₂ , %	до 17
Содержание СО, мг/м ³	до 30

Эксплуатация защитных сооружений в учреждениях здравоохранения организуется группами или звеньями из состава рабочих и служащих объекта. Состав этих групп - 20 человек, звеньев – 10 человек. Одна группа обслуживает 450-600 человек укрываемых. В защитные сооружения укрываемые пребывают в средствах индивидуальной защиты.

Вопрос 3 Организация медицинского обеспечения населения на СЭП, ППЭ, ПП, ПВ, в пути следования

Одним из основных видов защиты при угрозе нападения противника является эвакуация населения и рассредоточение рабочих и служащих народного хозяйства.

ГОЗ организует медицинское обеспечение эвакуируемого и сосредоточиваемого населения, предоставляет комплекс лечебных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий эти мероприятия осуществляются на сборных эвакуационных пунктах (СЭП), пунктах посадки и высадки, на путях следования, на приемных эвакуационных пунктах (ПЭП) и в местах расселения. Основная цель – охрана здоровья эвакуируемого и рассредоточиваемого населения. К ним относятся:

- оказание медицинской помощи в ходе эвакуации при травмах и острых заболеваниях;
- контроль за поддержанием необходимых санитарно-гигиенических условий;
- предупреждение возникновения и распространения среди населения инфекционных заболеваний.

Медицинское обеспечение эвакуируемого и рассредоточиваемого населения организуется по производственно-территориальному принципу. Оно включает развертывание медицинских пунктов, привлечение сил и средств Центров санитарно-эпидемиологического надзора, станций скорой помощи и т.п.

На период проведения эвакуационных мероприятий на сборных эвакуационных пунктах (СЭП), приемных эвакуационных пунктах (ПЭП), пунктах посадки (ПП) и пунктах высадки (ПВ), на маршрутах эвакуации развертываются медицинские пункты с круглосуточным дежурством на них медицинских работников. Медицинские пункты развертывают лечебно-профилактические учреждения по заданию органов управления по делам ГО и ЧС.

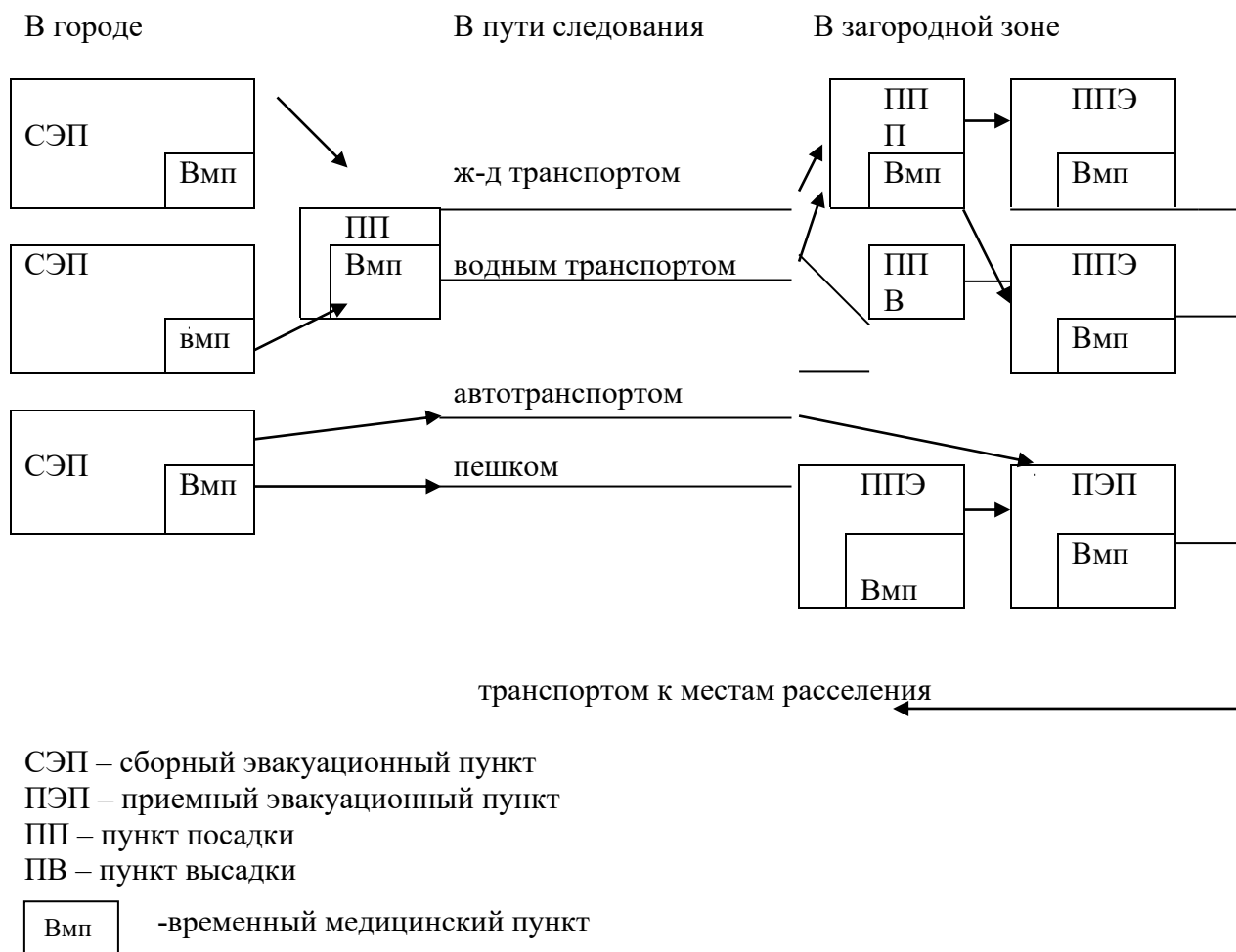
На сборных эвакуационных пунктах создаются временные медицинские пункты за счет средств медицинских учреждений городского района (города без районного деления). На медицинском пункте с пропускной способностью 2000 чел./сутки назначается 1-2 средних медицинских работника на смену (12 час.). При пропускной способности до 5000

чел./сутки – 1 врач и 2 средних медицинских работника на смену. За медицинским пунктом закрепляется санитарный автомобиль.

Задачи сборного эвакуационного пункта: оказание неотложной медицинской помощи; направление в лечебно-профилактическое учреждение нуждающихся в госпитализации; выявление и временная изоляция инфекционных; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Мед персонал сборного эвакуационного пункта эвакуируется в загородную зону последним.

Рис. 2

Организация медицинского обеспечения населения при эвакуации и рассредоточении



На вокзалах, железнодорожных станциях, портах, пристанях, в аэропортах медико-санитарное обеспечение осуществляется силами ведомственных медицинских служб. На пунктах посадки на железнодорожный, морской, речной и автотранспорт медицинское обслуживание обеспечивается силами и средствами лечебно-профилактического учреждения территориального (местного) здравоохранения. На пункт посадки выделяется для работы 1 врач и 2 средних медицинских работника на смену. Ведется журнал регистрации заболевших с указанием объема оказанной медицинской помощи, записываются адреса (номера) лечебных учреждений, куда госпитализировали больных. Эвакуация в эти лечебно-профилактические учреждения осуществляется бригадами станции скорой медицинской помощи, оставшимися в городе до конца эвакуации.

При эвакуации на большие расстояния (более 300 км) для медицинского обеспечения на каждый поезд, судно выделяется медицинский персонал (1 врач 1-2 средних медицинских работников). В железнодорожном эшелоне: (в одном из вагонов), на судне (в каюте) образуется медицинский пункт.

При эвакуации на расстояние менее 300 км врач не выделяется.

После оказания медицинской помощи заболевшим или получившим травму в пути следования они по неотложным показаниям могут направляться для дальнейшего лечения в медицинские учреждения, находящиеся на маршруте движения.

При эвакуации на автотранспорте медицинское обслуживание в пути следования осуществляется временными медицинскими пунктами, организуемыми местными органами здравоохранения. Медицинские пункты располагаются вместе с контрольно-пропускными пунктами на основных транспортных магистралях или (в зимнее время) при обогревательно-питательных пунктах. Состав: 1-2 врача, 2-3 медицинские сестры, 1-2 санитары.

При эвакуации пешими колоннами медицинское обеспечение организуется на сборном эвакуационном пункте, а затем по маршруту движения.

Первую медицинскую помощь в пешеходных колоннах оказывают медицинские работники из числа эвакуируемых или лица, имеющие навыки. Колонну из 500-1000 человек сопровождают 1-2 медицинских работника с санитарными сумками. Заболевшие или получившие травму после первой медицинской помощи эвакуируют к месту привала или в заранее определенное место, где располагается медицинское учреждение.

На участке маршрута до приемно-эвакуационного пункта организуется не менее 2-х подвижных медицинских бригад на санитарном автомобиле. Они курсируют вдоль маршрута пешеходных колонн с задачами:

- 1) Оказание неотложной медицинской помощи;
- 2) Доставка в ближайшие лечебно-профилактические учреждения или приемно-эвакуационные пункты. Состав бригады: врач (фельдшер), 2 средних медицинских персонала + медицинское оснащение и радиосвязь. Они подчиняются главному врачу лечебно-профилактического учреждения; отвечающего за медицинское обеспечение на данном участке маршрута.

На маршруте движения оказание врачебной помощи планируют и организуют местные органы здравоохранения за счет расположенных вблизи лечебно-профилактических учреждений. На промежуточных пунктах эвакуации, созданных специально для приема пешеходных колонн и организации дальнейшей эвакуации населения в районы размещения, медико-санитарное обеспечение организуется силами ближайших лечебно-профилактических учреждений сельского района. Для этого разворачивается медицинский пункт в составе: 1 врач, 2 средних медицинских работника на смену + санитарный транспорт и медицинское имущество.

Задачи медицинского пункта промежуточного пункта эвакуации совпадают с задачами медицинского пункта сборного эвакуационного пункта. На пунктах выгрузки при вокзалах, железнодорожных станциях, пристанях и местах высадки с автотранспорта эвакуируемого населения за счет ближайших лечебно-профилактических учреждений сельских районов создаются медицинские пункты, на которых работают 1-2 средних медицинских работника на смену.

В сельской местности медико-санитарное обеспечение прибывшего населения осуществляется развернутыми на каждом приемно-эвакуационном пункте врачебными медицинскими пунктами (состав: 1 врач 2 средних медицинских работника). Они снимают изолятор. Задачи совпадают с задачами медицинского пункта сборного эвакуационного пункта.

В загородной зоне могут находиться десятки тысяч людей, поэтому необходимо провести хозяйственные, инженерно-технические мероприятия (водоисточники, пункты укрытия и размещения, санитарные узлы и т.п.).

В загородной зоне медико-санитарное обеспечение организуют местные органы здравоохранения по участково - территориальному принципу обслуживания. К работе также привлекаются эвакуируемые в загородную зону лечебно-профилактические учре-

ждения и противоэпидемические учреждения города, а также аптеки, склады медицинского снабжения.

В месте размещения (загородная зона) медицинское обеспечение осуществляется из расчета:

- в военное время на каждые 2500 человека (в мирное – 600 человек) – 1 врач и 2 средних медицинских работника на участок;

- в поликлинике в военное время на 100 человек (в мирное 50-60 человек) – 1 врач и 2 (1) средних медицинских работника.

Вопрос 4 Медико-психологическое обеспечение населения и спасателей при проведении СНАВР

Психические расстройства наблюдаются достаточно часто у пострадавших при стихийных бедствиях и различных катастрофах. Ориентировочные лечебно-эвакуационные показатели приведены в таблице.

Из приведенных в этой таблице данных следует, что из числа лиц, на короткое время (в пределах суток) потерявших способность к выполнению служебных обязанностей в результате развития у них психических расстройства невротического уровня, только 10% нуждаются в доврачебной помощи. При расстройствах же психотического уровня она необходима 90% пострадавшим, а первая врачебная помощь – 40%.

Санитарные потери по особенностям психопатологической клинической картины целесообразно разделять по степени тяжести на легкие, средние и тяжелые. Практически все лица с психическими расстройствами, независимо от степени тяжести клинической картины, нуждаются в доврачебной помощи; первая врачебная помощь необходима 65% пострадавшим с легкими и до 100% - с тяжелыми психогениями. При этом в специализированной медико-психологической помощи нуждаются 25% пострадавших с невротическими реакциями, 75% - с психическими расстройствами средней тяжести и 100% - с тяжелым.

Опыт ликвидации катастроф и бедствий показывает, что наибольшие затруднения возникают при организации первой помощи и доврачебной помощи пострадавшим. (Аквапарк в Москве, Беслан). В первую очередь выделяются лица с острым психомоторным возбуждением, обеспечиваем таким образом безопасность им и окружающим, а также возникновение возможности паники. Спокойные, уверенные в себе люди, оказывающие помощь, имеют особенно большое «успокаивающее» значение для той части населения, у которой будут иметь место субшоковые (субаффектные) психогенные реакции. Эффективность мероприятий первой медицинской и доврачебной помощи обусловлена подготовленностью медицинского персонала и наличием необходимых медикаментозных средств.

Всех пострадавших с психическими расстройствами, и в первую очередь лиц, находящихся в состоянии психомоторного возбуждения (особенно раненых), эвакуировать надо лежа, фиксированными к носилкам и обязательно с сопровождающим. На первом этапе медицинской эвакуации пострадавшие могут поступать в состоянии физического ограничения. Опыт свидетельствует, что пострадавшие с психогениями отрицательно реагируют на меры стеснения, к которым следует прибегать только в случае крайней необходимости (агрессивное поведение, выраженное возбуждение, стремление к самоповреждению). Ограничить меры стеснения в этих случаях можно, используя одно из медикаментозных средств: 2.5% аминазин, 2.5% тизерцин, 0.1% феназепам, 0.5% диазепам. При этом следует учитывать, что аминазин обладает выраженным гипотензивным действием и предрасполагает к ортостатическим реакциям. Димедрол потенцирует нейроплегическое действие и снижает его гипотензивные свойства. Сульфат магния обладает дегидратационными свойствами, что особенно важно при закрытых травмах головного мозга. Наиболее часто употребляемая смесь: аминазин, димедрол, магния сульфат.

Таблица 4

Лечебно-эвакуационные показатели пострадавших с психическими расстройствами в очагах применения противникам современных средств поражения (в % ко всей группе пострадавших)

Категории пострадавших	Лечебно-эвакуационные показатели					
	Нуждающиеся в доврачебной помощи		Нуждающиеся в первой врачебной помощи		Нуждающиеся в специализированной помощи	
Кратковременная (в пределах суток) потеря способности к выполнению своих обязанностей: -с реакцией невротического уровня; -с реакцией психического уровня	10		-		100	
	90		40		100	
Санитарные потери: -легкие -средние -тяжелые	90		65		25	
	95		75		75	
	100		100		100	
Категории пострадавших	Сроки лечения (сутки)					
	до 1	до 10	11-30	31-60	61-90	более 90
Кратковременная (в пределах суток) потеря способности к выполнению своих обязанностей: -с реакцией невротического уровня; -с реакцией психического уровня	-	100	100	-	-	-
	-	100	100	-	-	-
Санитарные потери: -легкие -средние -тяжелые	-	95	5	-	-	-
	-	5	70	15	5	5
	-	-	-	50	30	20
Категории пострадавших	Способность выполнять обязанности			Инвалидность		
Кратковременная (в пределах суток) потеря способности к выполнению своих обязанностей: -с реакцией невротического уровня; -с реакцией психического уровня	100			-		
	100			-		
Санитарные потери: -легкие -средние -тяжелые	100			-		
	95			5		
	90			60		

Все основные части этой смеси имеются в ампулах. В зависимости от состояния больного дозы составных частей смеси можно изменять.

Эта смесь снимает возбуждение через 20-30 минут примерно на 4-5 часов. Введение ее можно производить по показаниям 2-3 раза в сутки в течение нескольких дней. Для купирования возбуждения могут быть также использованы феназепам и диазепам. При

ступорозном состоянии назначается внутривенно инъекции 10% раствора хлорида кальция. В ряде случаев может использоваться рауш-наркоз. При тревожно-депрессивном расстройстве назначают анитриптилин или схожие с ним антидепрессанты – седатики, при заторможенной депрессии – антидепрессанты – активаторы. Инъекции успокаивающих средств при необходимости повторяют 2-3 раза в сутки и обязательно за 20-30 минут до начала эвакуации. У некоторых пострадавших с психическими расстройствами могут быть побочные явления, связанные с приемом психофармакологических препаратов (нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы). Поэтому в необходимых случаях следует сочетать применение психотропных препаратов с сердечно-сосудистыми средствами и дыхательными analeптиками.

Необходимо специально остановиться на работе психоизолятора. Его размещают в помещении вблизи сортировочно-эвакуационного отделения на первом этаже с отдельным входом, с запорами на дверях и решетками на оконных рамах или в специально оборудованной палатке. Пострадавшие размещаются на кроватях или носилках, фиксированных к «козлам», а в случае их отсутствия – на нарах или на полу, укрытые подстилочным материалом.

Пострадавшие с выраженной симптоматикой при отсутствии отчетливых нарушений сознания, мышления, двигательной сферы, эмоциональных расстройств могут задерживаться на первом этаже на короткий срок (в основном до одних суток) для врачебного наблюдения. В случае выздоровления (улучшения состояния) они возвращаются к выполнению своих обязанностей.

В психоневрологический стационар направляются лица с нарушением сознания, мышления, с двигательными беспокойствами, депрессией после оказания им врачебной помощи. Пострадавшие (травма, ожог), имеющие психические расстройства, эвакуируются в профильные больницы после оказания им необходимой помощи, направленной на ликвидацию нервно-психических расстройств.

Опыт ЧАЭС, Спитакского землетрясения и др. показал необходимость объединения, особенно на первых этапах, психиатрической и общемедицинской помощи, а также приближения ее (помощи) к месту (району) катастрофы.

Вопросы для самоконтроля знаний:

1. Что такое «оповещение»? Виды оповещения.
2. Что такое «системы централизованного оповещения (СЦО)»? Их предназначение и возможности.
3. Системы централизованного оповещения территориального уровня. Их характеристики
4. Схема централизованного оповещения субъекта РФ
5. Общероссийская комплексная система информирования и оповещения ОКСИОН. Ее характеристики и возможности
6. Три режима работы ОКСИОН
7. Локальные системы оповещения (ЛСО). Их характеристики
8. Построение систем оповещения в отдельных зданиях и сооружениях
9. Особые требования к системам оповещения гражданской обороны
10. Виды оповещения. Мероприятия, проводимые при различных видах оповещения
11. Содержание плана действия больницы в чрезвычайных ситуациях
12. Виды эвакуации больницы
13. Группы больных, выделяемых при эвакуации больницы

14. Показатели нетранспортабельности больных
15. Документы, разрабатываемые в больнице в мирное время на случай эвакуации.
16. Характеристики помещений при развертывании учреждения здравоохранения в приспособленных зданиях
17. Характеристика убежища при размещении учреждения здравоохранения
18. Эвакуационные органы. Их структура, задачи.
19. Организация медицинского обеспечения населения при его эвакуации и на месте временного размещения.
20. Характеристика санитарных потерь по особенностям психопатологической клинической картины
21. Лечебно-эвакуационные показатели пострадавших с психическими расстройствами в очагах применения противником современных средств поражения

Литература

1. О концепции защиты населения от опасностей, возникающих в ходе военных действий или вследствие этих действий и чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера / В.А. Акимов [и др.] // Инф. сборник ЦСИ ГЗ № 23, 2004.
2. Медицина катастроф. Учебное пособие под ред. С.Ф. Гончарова; В.А. Доровских. Благовещенск 2001 г.
3. Медицина катастроф (организационные вопросы) Учебник И.И. Сахно, В.И. Сахно. Москва. ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ 2002 г.
4. Организация медицинской службы гражданской обороны Российской Федерации. Учебник для подготовки кадров в системе медицинской службы гражданской обороны. Москва 2002 г.
5. Основы организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Пособие для врачей. Библиотека ВСМК. Москва ВЦМК "Защита" 2001 г.

Подготовил доцент кафедры ЭВМ и БЖ

С.А. Степович

