

КОНСПЕКТ

Для самостоятельной подготовки студентов 2 курса факультета МСВО по теме 2.6 «Оказание первой помощи при террористических актах и локальных военных конфликтах»

2025 г.

Учебные вопросы

1. Особенности медико-санитарного обеспечения при локальных вооруженных конфликтах
2. Характеристика террористических актов
3. Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах

Литература

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 года
2. Федеральный конституционный закон от 30 мая 2001г. № 3-ФКЗ "О чрезвычайном положении"
3. Федеральный закон от 31 мая 1996 г. № 61-ФЗ "Об обороне"
4. Федеральный закон от 26 февраля 1997 г. № 31-ФЗ "О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации"
5. Учебник Мобилизационная подготовка экономики Российской Федерации, издание второе, дополненное, переработанное, 2000 г.
6. Сборник нормативно-правовых и методических документов по вопросам мобилизационной подготовки и медицинской службы гражданской обороны, Москва, "ИнтерСЭН" 2001.

Вопрос 1. Возможный характер будущей войны

К характерным особенностям современных войн сегодня можно отнести:

- применение различных форм и методов боевых действий, в том числе и нетрадиционных;
- сочетание военных действий (проводимых в соответствии с правилами военной науки) с партизанскими и террористическими действиями;
- широкое использование криминальных формирований;
- скоротечность военных действий (30-60 суток);
- избирательность поражения объектов;
- повышение роли дальних дистанционных боев с применением высокоточных радиоуправляемых средств;
- нанесение точечных ударов по ключевым объектам (критическим элементам объектов экономики);
- сочетание мощного политико-дипломатического, информационного, психологического и экономического воздействия.

Рис.1



Варианты развития военного конфликта

Источниками потенциальной региональной опасности России и других сопредельных стран являются государства, граничащие с территорией бывшего СССР на юге, которые способны в отдельности создать достаточно мощные группировки войск против северных соседей. Кроме того, источником региональной военной опасности служат усиливающиеся территориальные и конфессиональные противоречия на северо-западе и востоке России. В то же время региональные военные опасности различного характера сглажены до определенной степени двусторонними соглашениями и практически не переросли в военную угрозу для России, хотя и обладают большим взрывным потенциалом.

В настоящее время все большую роль играют тенденции нарастания военной опасности внутри СНГ и России, которые могут перерасти в вооруженные конфликты различного масштаба и интенсивности.

А) Первая – несовпадение этнических и административных границ ряда государств СНГ и России. Эта же проблема имеет место и внутри РФ и между ее субъектами.

Б) Вторая – политические и экономические противоречия как внутри России, так и с государствами СНГ, могут спровоцировать вооруженные конфликты.

В) Третья – стремление властных националистических структур некоторых автономий к полному суверенитету и созданию своих национальных формирований.

Таким образом, для России в настоящее время существуют источники военной опасности в Европейском, Центрально-Азиатском, Азиатско-Тихоокеанском регионах.

Краткий анализ тенденций развития военно-политических отношений между государствами и источников военной опасности показывает, что при неблагоприятном развитии возможно резкое обострение существующих противоречий между Россией и государствами ближнего и дальнего зарубежья. Это может привести к возникновению вооруженных конфликтов (войн), различных по своим целям и масштабам.

Исходя из военных угроз, опасностей и мер по обеспечению безопасности России, расстановки военных и политических сил в мире и сопредельных с Россией государствах, а также возможных геополитических целей агрессора, военные конфликты начала XXI века могут развиваться по рис. 1

Военные конфликты будут характеризоваться как:

- **приграничные войны** – где агрессором будут преследоваться цели: прорыв государственной границы для пропуска контрабандистов, террористов или потока беженцев; реализация территориальных претензий к России; поддержка сепаратистских движений на сопредельной территории; провоцирование вступления в конфликт НАТО на стороне агрессора; получение доступа к ресурсам экономической зоны России;
- **локальные войны**, которые могут быть развязаны с целями: реализации территориальных претензий к РФ; поддержка вооруженных сепара-

тистских движений на территории России с задачей отторжения от нее отдельных регионов, а также вытеснения миротворческих контингентов и российских военных баз в других государствах;

- **региональные войны** – войны более крупного масштаба, которые будут проводиться с целями: разгрома основных военных сил РФ на территории театра военных действий; захвата значительной территории; ослабления военно-политического руководства государства и содействия территориальному распаду РФ; ослабления международных позиций РФ; окончательного размывания и распада СНГ и системы международных отношений;
- **крупномасштабная (мировая) война**, где агрессор – государство, коалиция государств или их блок, будет преследовать цели военного и экономического разгрома РФ и ее союзников, расчленения и ликвидации России как государства – субъекта международных отношений.

Наиболее характерными их чертами будут: скрытность подготовки и внезапность развязывания агрессии; массированное применение высокоточного оружия, средств радиоэлектронной борьбы, а в перспективе и оружия на новых физических принципах; применение ранее неизвестных форм и способов ведения боевых действий; ведение вооруженной борьбы во всех сферах - на суше, в воздухе, на море при возрастающей роли средств воздушно-космического нападения; активная борьба за завоевание стратегической инициативы и превосходства в управлении; огневое поражение важнейших объектов и элементов инфраструктуры государства и группировки войск на всю глубину их построения; маневренные действия войск при широком использовании аэромобильных сил, десантов и войск специального назначения; постоянная угроза расширения масштабов конфликта. Все это выдвигает новые требования к структуре военной организации государства, в том числе и к гражданской обороне и системе медицинского обеспечения населения в военное время.

Характерным для современных войн является тот факт, что даже при участии крупных воинских формирований на больших территориях, война, как правило, не объявляется, военное положение в государстве не вводится, полномасштабные мобилизационные мероприятия не проводятся. Иначе говоря, отсутствует четкий правовой рубеж между мирным и военным положением в стране, в которой по сути дела идет война.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Характерные особенности современных войн
2. Варианты развития военного конфликта
3. Характеристика приграничных, локальных, региональных и крупномасштабных войн
4. Тенденции нарастания военной опасности внутри России

Вопрос 2 Характеристика террористических актов

Беженец- лицо, не являющееся гражданином РФ и которое в силу обоснованных опасений стать жертвой различных преследований находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны

Вынужденный переселенец - гражданин РФ, покинувший место жительства вследствие совершённого в отношении его или членов его семьи насилия

Население, покинувшее места постоянного проживания ввиду внутреннего вооруженного конфликта следует считать вынужденными переселенцами

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

Эти акции осуществляются в целях нарушения общественной безопасности, уничтожения населения или оказания воздействия на принятие органами власти решений, выгодных террористам, или удовлетворения их неправомерных имущественных и/или иных интересов, посягательства на жизнь государственного, общественного или другого деятеля, совершаемого в целях прекращения его деятельности либо из мести, и др.

Классификация проявлений терроризма:

1. По возможной цели:

- физическое устранение политических оппонентов;
- устрашение гражданского населения;
- «акция возмездия»;
- дестабилизация деятельности государственной власти;
- нанесение экономического ущерба;
- осложнение межнациональных и межконфессиональных отношений;
- провоцирование военного конфликта;
- изменение политического строя;

2. По масштабу терроризма:

- преступление против личности;
- групповое убийство, массовая гибель граждан;
- диверсии по всей территории страны;
- крупномасштабная акция против мирового сообщества;

3. По способу террористических актов:

- применение огнестрельного оружия;
- организация взрывов и поджогов в городах;
- взятие заложников;

- применение ядерных зарядов и РВ;
- применение химического или биологического оружия;
- организация промышленных аварий;
- уничтожение транспортных средств;
- электромагнитное облучение;
- информационно-психологическое воздействие.

Таким образом, отличительные признаки терроризма как самостоятельного элемента преступного деяния заключаются в следующем.

- Насильственные и иные действия террориста не являются само-целью, а служат средством достижения других целей.
- Обстановка страха возникает не сама по себе как следствие совершенного деяния или общественного резонанса, а целенаправленно создается террористом в расчете на ее содействие в достижении конечной цели в качестве средства принуждения к принятию какого-либо решения или к отказу от него в интересах террориста или других лиц.
- Достижение конечного результата осуществляется не за счет действий самого террориста, а за счет действий тех лиц (физических или юридических), в отношении которых направлено устрашающее воздействие.
- Насильственные и другие преступные действия могут быть направлены против одних лиц (как физических, так и юридических), а достижение конечных целей террориста осуществляется за счет действий третьих лиц (как физических, так и юридических). Возможно также, что направленность действий и достижение конечного результата будут связываться у террориста с одним и тем же лицом.

В настоящее время существует возможность терроризма с применением оружия массового поражения — терроризм технологический.

Терроризм технологический — использование или угроза использования ядерного, химического и биологического оружия, радиоактивных, аварийно-химически опасных и биологических веществ, а также попытка захвата (захват) экстремистами ядерных и иных объектов, представляющих повышенную опасность для жизни и здоровья людей, ради достижения целей политического или материального характера.

Основные проявления террористических актов:

- ✓ нападения на разные государственные и негосударственные, в том числе военные, политические, общественные и коммерческие, объекты (захват, подрыв, обстрел и т.д.); взрывы таких объектов;
- ✓ взрывы в местах скопления людей; применение химических и радиационно-опасных веществ;
- ✓ загрязнение систем водоснабжения, продуктов питания, искусственное распространение возбудителей инфекционных болезней;
- ✓ похищение людей и захват заложников;
- ✓ захват воздушных судов и других транспортных и пассажирских средств;

- ✓ нападение на объекты, потенциально опасные для жизни населения в случае их разрушения или нарушения технологического режима;
- ✓ проникновение в информационные сети с целью нарушения работы;
- ✓ информационный, кибернетический и другие новейшие виды терроризма.

По оценкам ООН и ВОЗ, химический и биологический терроризм входит в число наиболее опасных для общества и природы видов терроризма. Особенно часто в последние годы население и окружающая среда подвергаются воздействию высокотоксичных химических средств.

В зависимости от степени угрозы обществу и масштаба поражения различают четыре способа применения химических средств в террористических целях.

Первый способ предполагает направленное и скрытое использование ядовитых веществ для устранения политических деятелей и дезорганизации деятельности возглавляемых ими структур управления. В последние годы в этих целях все чаще стали использоваться так называемые токсины — ядовитые вещества белкового строения, продуцируемые микроорганизмами, некоторыми видами животных и растений.

В феврале 2004 г. в конверте на имя лидера республиканцев в сенате США Билла Фриста был обнаружен один из самых сильнодействующих токсинов — риксин. «Химическая атака на Капитолий» хотя и была отражена спецслужбами, тем не менее повергла всю Америку в шок, показав практически неограниченные возможности современного использования сильнейших природных и синтетических ядов в террористических целях.

Второй способ подразумевает преднамеренное применение в местах массового скопления людей химических агентов с использованием взрывных, распыляющих или иных генерирующих устройств.

Реализация этого способа на практике представляет особую угрозу при распылении химических агентов в метро или в других закрытых помещениях (развлекательных центрах, супермаркетах, офисах и пр.).

Впервые эта угроза проявилась в 1994–1995 гг., когда члены религиозной секты Аум Сенрике провели химические атаки в метро трех японских городов — Мицумото, Йокогама и Токио. В качестве террористического средства был избран зарин, много лет состоявший на табельном вооружении армий некоторых стран. В итоге 19 человек погибли и свыше 4 тыс. человек получили отравления различной степени тяжести.

Третий способ, обеспечивающий более масштабное поражение населения, а также экономической инфраструктуры и природы, связан с осуществлением терактов (диверсий), направленных на разрушение химических и нефтеперерабатывающих заводов, нефтехранилищ, хранилищ химикатов и арсеналов химического оружия, нефте- и газопроводов, а также таких уязвимых источников природных ресурсов, как нефтяные и газовые скважины, угольные шахты и рудники, подземные нефтяные линзы и т.п.

Поджог 789 нефтяных скважин, совершенный в 1991 г. иракскими войсками в ходе войны в Персидском заливе, привел не только к нарушению экологического равновесия в регионе, но и к подрыву до этого процветавшей экономики Кувейта. По самым скромным подсчетам, ущерб экономике этой страны составил более 50 млрд долларов.

Даже не связанные с исполнением террористических актов крупнейшие техногенные аварии конца 2005 г. — авария на химическом заводе в китайской провинции Цзилинь (приведшая к значительному загрязнению бассейна реки Амур) и взрыв расположенного недалеко от Лондона нефтяного терминала «Бансфилд» — со всей очевидностью выявили большую вероятность и огромную опасность реального осуществления терактов на стратегических объектах нефтяной и химической промышленности.

Четвертый способ, получивший печальную известность в истории войн как «химическая (экологическая) война», приводящий к полномасштабным гуманитарной и экологической катастрофам, заключается в применении в военных целях специально разработанного для поражения природы и человека химического (экологического) оружия.

Такой войной, по существу, стала Вторая Индокитайская война (1957–1975), в ходе которой в результате тотального применения американскими войсками боевых фитотоксических рецептур, обогащенных высокотоксичным диоксином, был нанесен непоправимый ущерб населению и природе Индокитая, особенно на юге Вьетнама. Всего от диоксинсодержащих рецептур пострадало не менее 2,5 млн жителей полуострова: повысился уровень смертности населения, отмечен активный рост онкологических и других заболеваний, резко увеличилось количество новорожденных детей с генетическими пороками развития и тяжелыми наследственными аномалиями. Трагические последствия этой войны проявляются даже через многие десятилетия после ее окончания.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Классификация терроризма по возможной цели
2. Классификация терроризма по масштабу
3. Классификация терроризма по способу террористических актов
4. Перечислить отличительные признаки терроризма как самостоятельного элемента преступного деяния
5. Основные проявления террористических актов
6. четыре способа применения химических средств в зависимости от степени угрозы обществу и масштаба поражения

Вопрос 3 Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах

Медико-санитарное обеспечение при террористических актах организуется на всех уровнях ВСМК. Основная тяжесть в проведении этих мероприятий ложится на объектовый, местный, территориальный уровень ВСМК.

В зону террористического акта в первую очередь прибывают дежурные бригады ближайших станций скорой медицинской помощи, врачебно-сестринские бригады территориальной СМК и ближайших ЛПУ.

Можно задействовать личный состав НАСФ, оснащенных для оказания первой помощи санитарными сумками, каждая из которых рассчитана на оказания первой помощи 25-30 пораженных. НАСФ осуществляют розыск пораженных на местности в зоне своей ответственности или «секторальным» методом, или методом «санитарных граблей». Перед началом спасательных работ личный состав НАСФ должен знать: места сбора раненых, места погрузки пораженных в транспорт, организацию выноса пораженных, с кем взаимодействует личный состав НАСФ в процессе проведения спасательных работ, где укрываться по сигналу «Воздушная тревога» и т.д. Оказание первой помощи пораженным должно осуществляться на месте обнаружения пораженных.

Если есть очаги радиационного или химического поражения, работа НАСФ проходит с определенными особенностями. Работа осуществляется в защитных одеждах. Личный состав НАСФ должен знать, какой поражающий фактор имеет место в очаге поражения. Если речь идет об отравляющих веществах спасатели должны знать первые симптомы поражения. При входе в зону радиационного заражения необходимо применить радиопротекторы. При применении вместе ядерного и химического оружия основные усилия направляют на оказание медицинской помощи пораженным отравляющими веществами. В очагах химического поражения для оказания первой помощи применяют антидоты, ИПП. После завершения работы в очаге радиационного или химического поражения необходимо пройти полную санитарную и специальную обработку.

До прибытия медицинских формирований в зону террористического акта территория для их размещения и прилегающая к ней должны быть проверены специалистами-взрывотехниками на наличие взрывчатых веществ.

При захвате заложников необходимо доразвернуть ближайшие ЛПУ, подготовить их к приему пострадавших и при необходимости усилить их бригадами специализированной медицинской помощи и медицинским имуществом. При перемещении террористов с заложниками в группу сопровождения выделяются врачебные бригады скорой медицинской помощи, подготовленные к проведению неотложных мероприятий первичной медико-санитарной врачебной помощи.

При необходимости к проведению лечебно-эвакуационных мероприятий привлекаются силы и средства региональной СМК, а в отдельных случа-

ях и федерального уровня. Примером может служить участие специализированного полевого многопрофильного госпиталя ВЦМК «Защита» в ликвидации медико-санитарных последствий теракта в Каспийске (Республика Дагестан).

Вместе с органом оперативного управления в зону террористического акта для организации работы медицинских сил убывает оперативная группа территориального центра медицины катастроф, до прибытия которой управление действиями бригад скорой медицинской помощи осуществляет диспетчерская служба городских станций скорой помощи под непосредственным контролем главного врача станций.

Для оказания медицинской помощи населению при ситуационно обусловленных реактивных состояниях необходимо организовать на месте психолого-психиатрическую помощь бригадами психиатрического профиля.

Специалисты врачебно-сестринских бригад и бригад скорой медицинской помощи должны быть хорошо подготовлены к проведению медицинской сортировки пораженных, экстренной диагностики различных видов травматического повреждения, обучены технике и последовательности проведения мероприятий неотложной медицинской помощи.

По статистике, основной причиной гибели пораженных при террористических актах являются травма, шок, кровопотеря, нарушение функции внешнего дыхания.

Медицинские работники при погрузке пострадавших на непригодный транспорт должны обязательно контролировать правильность размещения пострадавших в транспортном средстве с целью не допустить ухудшения состояния пораженного при транспортировке.

В отдельных случаях (значительная удаленность, захват террористами ближайшего лечебного учреждения и т.п.) в качестве первого этапа медицинской эвакуации в зоне террористического акта разворачивается полностью или частично госпиталь (отряд) центра медицины катастроф. При выборе места разворачивания необходимо учитывать то, что мощность дозы излучения на местности не должна превышать 0.5 р/час.

В последующем при необходимости пораженные санитарным транспортом эвакуируются в специализированное лечебное учреждение, где им оказывается медицинская помощь в полном объеме, проводятся лечение и реабилитация до окончательного исхода. При эвакуации максимально используются возможности санитарной авиации. До места погрузки пораженных в санитарный транспорт, их выносят на носилках санитары-носильщики. Но их возможности ограничены. На удаление до 200-300 м за 1 час одно звено санитаров-носильщиков может вынести не более 2-х пораженных.

В связи с возможностью террористического захвата медицинских учреждений субъектов РФ их руководителям следует заранее готовить персонал к тактически грамотному поведению и действиям при угрозе или возникновении террористических актов. В этом плане неоценимую помощь могут оказать

Методические рекомендации работникам системы здравоохранения о поведении в экстремальных ситуациях криминального характера, разработанные сотрудниками МВД России.

При захвате заложников помните: ваша цель — остаться в живых. Рекомендуемые правила поведения для заложников:

- не допускайте действий, которые могут спровоцировать нападающих к применению оружия и привести к человеческим жертвам;
- переносите лишения, оскорбления и унижения, не смотрите в глаза преступникам, не ведите себя вызывающе;
- при необходимости выполняйте требования преступников, не противоречьте, не рискуйте жизнью окружающих и своей собственной, старайтесь не допускать истерик и паники;
- на совершение любых действий (сесть, встать, попить, сходить в туалет) спрашивайте разрешение.

Во время проведения спецслужбами операции по вашему освобождению неукоснительно соблюдайте следующие требования:

1. лежите на полу лицом вниз, голову закройте руками и не двигайтесь;
2. ни в коем случае не бегите навстречу сотрудникам спецслужб или от них, так как они могут принять вас за преступника;
3. если есть возможность, держитесь подальше от проемов дверей и окон.

В последнее время все чаще лечебные учреждения разных стран в силу объективных и субъективных причин сталкиваются с ЧС, связанными с угрозой взрыва. При сохранении общей схемы мероприятий, направленных на скорейший вывод людей из опасной зоны или максимальное их рассредоточение, каждый вид ЛПУ предполагает свою специфику эвакуации. До прибытия специальных подразделений рекомендуется следовать определенному алгоритму действий:

- при обнаружении подозрительного предмета в учреждении немедленно сообщите о находке администрации;
- не трогайте, не вскрывайте и не передвигайте находку;
- зафиксируйте время обнаружения находки;
- постарайтесь сделать так, чтобы люди отошли как можно дальше от опасной находки;
- обязательно дождитесь прибытия оперативно-следственной группы;
- не забывайте, что вы являетесь самым важным очевидцем

Внешний вид предмета может скрывать его настоящее назначение.

В качестве камуфляжа для взрывных устройств используются обычные бытовые предметы: сумки, пакеты, свертки, коробки, игрушки и т.п. Не предпринимайте самостоятельно никаких действий с находками или подозрительными предметами, которые могут оказаться взрывными устройствами, это может привести к их взрыву, многочисленным жертвам и разрушениям.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Организации работы медицинских сил при террористических актах
2. Содержание методических рекомендаций работникам системы здравоохранения о поведении в экстремальных ситуациях криминального характера
3. Алгоритм действий медицинского работника при террористических актах до прибытия специальных подразделений

Вопрос 3 Мобильный медицинский отряд (ММО)

Мобильный медицинский отряд (ММО), является аварийно-спасательным формированием и предназначен для оказания первичной медико-санитарной врачебной помощи поражённому населению.

3.1 Задачи ММО

На ММО возлагаются следующие задачи:

- приём, регистрация, оказание первой врачебной помощи поступающим раненым и больным (далее поражённым) и подготовка их к дальнейшей эвакуации;
- проведение частичной санитарной обработки и дезактивации одежды лиц, подвергшихся заражению радиоактивными веществами (РВ);
- временная изоляция поражённых с подозрением на инфекционное заболевание;
- временная изоляция поражённых с реактивными состояниями.

ММО за смену может принять, провести медицинскую сортировку, оказать первую врачебную помощь и подготовить к эвакуации до 100 поражённых.

3.2 Организация ММО

ММО формируется в соответствии со штатом и табелем к нему, как правило, на базе амбулаторно-поликлинического учреждения. Ответственность за организацию и качество подготовки персонала ММО возлагается на руководителя учреждения, на базе которого происходит его формирование (далее – учреждение-формирователь).

ММО возглавляет начальник, который подчиняется руководителю учреждения-формирователя, а с момента включения ММО в группировку сил гражданской обороны (ГО) – руководителю ликвидации последствий военных действий.

Персонал ММО комплектуется на основании приказа главного врача учреждения-формирователя из числа сотрудников, продолжающих работу в период мобилизации и в военное время.

В штате ММО состоит 37 человек: врачей – 5 (в т. ч. начальник ММО – 1, врач общей практики – 3, врач-педиатр – 1), средний медицинский состав – 10, санитаров – 4, санитаров-дозиметристов – 1, санитаров-медрегистраторов – 2, санитаров-носильщиков – 8, слесарей-ремонтников – 2, кладовщиков – 1, электриков – 1, водителей – 3.



Рис. 2 Структура ММО

3.3 Оснащение ММО

Для выполнения своих задач ММО должен быть обеспечен соответствующим оснащением и оборудованием.

Обеспечение ММО медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом осуществляется за счёт имущества учреждения-формирователя, имущества мобилизационного резерва, имущества из местных ресурсов.

Нормы медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества ММО рассчитаны на работу отряда в течение трёх суток.

Обеспечение ММО грузовым, санитарным и специальным автомобильным транспортом, горюче-смазочными материалами (ГСМ) осуществляется учреждением-формирователем, а при их недостаточном количестве или отсутствии – за счёт приписанного транспорта (на договорной основе).

3.4 Развертывание ММО

ММО выдвигается и развёртывается в соответствии с планом медицинского обеспечения населения, пострадавшего в результате войны и военных действий. Время развёртывания основных функциональных подразделений ММО и приведение в готовность к приёму поражённых (готовность первой очереди) – через 60 минут после прибытия отряда к месту развёртывания. Полная готовность ММО: летом – через 120 мин, зимой – через 150 мин.

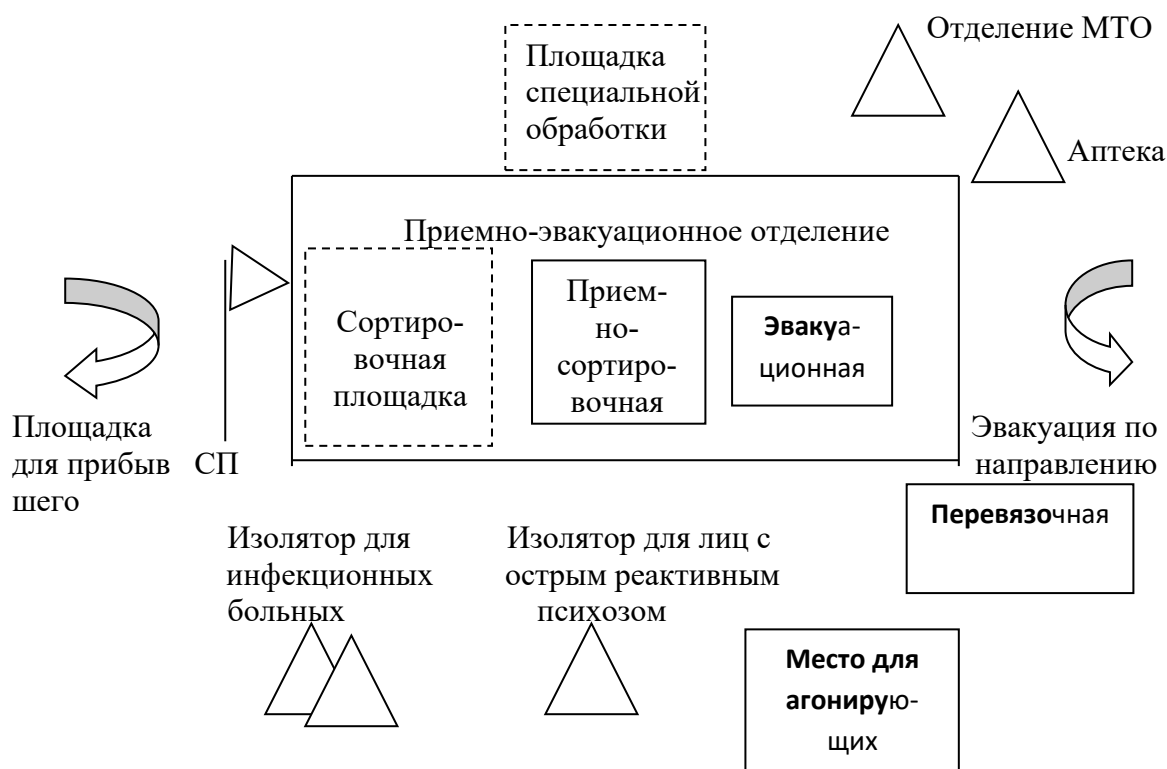


Рис. 3 Схема развертывания ММО

Схема развёртывания ММО может меняться в зависимости от условий, однако, во всех случаях должны быть развёрнуты следующие функциональные медицинские подразделения:

- сортировочно-эвакуационное отделение, в котором предусматривается оборудование сортировочного поста, приёмно-сортировочной палатки с сортировочной площадкой, эвакуационной и площадки специальной обработки;
- перевязочная;

- изоляторы (для инфекционных больных; для поражённых с реактивными состояниями);
- аптека;
- отделение материально-технического обеспечения.

Кроме того, выделяются и оборудуются места для размещения агонирующих.

Для развёртывания ММО выбирается площадка размером не менее 120х120 м (на границе очага поражения), максимально приближённая к району возникновения массовых санитарных потерь. В зависимости от конкретных условий, ММО может развёртываться в пневмокаркасных сооружениях (модулях), в сохранившихся зданиях, комбинированно (в зданиях и пневмокаркасных модулях) и палатках.

При выборе площадки для развёртывания отряда учитывается наличие удобных путей подвоза для автомобильного транспорта, защитных и маскирующих свойств местности.

В непосредственной близости от места развёртывания ММО рекомендуется оборудовать вертолётную площадку.

3.5 Организация работы и оснащение функциональных подразделений ММО

А. Сортировочно-эвакуационное отделение ММО

Отделение развёртывается силами персонала отряда. Сортировочно-эвакуационное отделение развёртывается в составе сортировочного поста (СП), приёмно-сортировочной с сортировочной площадкой, эвакуационной, а также площадки специальной обработки.

Задачами отделения являются:

- приём, регистрация и временное размещение поступивших в ММО поражённых;
- выявление нуждающихся в оказании первой врачебной помощи, определение очерёдности и места её оказания, выделение поражённых, не нуждающихся в оказании медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации и определение очерёдности их эвакуации;
- выявление поражённых, представляющих опасность для окружающих;
- частичная специальная обработка поражённых в случае их заражения РВ;
- дезактивация одежды и обуви поражённых;
- подготовка поражённых к эвакуации.

Общая ёмкость сортировочно-эвакуационного отделения должна обеспечить одновременный приём и временное размещение не менее 40 поражённых, из них, носилочных – 15.

Сортировочный пост

Сортировочный пост (СП) развёртывается у въезда в ММО на расстоянии 30-50 м от сортировочной площадки.

На СП осуществляется:

- проведение медицинской сортировки;
- наблюдение за воздушной обстановкой и подачи сигналов оповещения, а также сигналов о прибытии транспорта с поражёнными;
- встреча поражённых, прибывающих самостоятельно или на транспорте;
- проведение дозиметрического контроля одежды, обуви, транспорта.

Оборудование и оснащение СП:

- комплект защитной одежды (накидка, комбинезон, резиновые сапоги, перчатки, противогаз);
- прибор химической разведки (ПХР), прибор дозиметрического контроля (ДП-5);
- приспособление для подачи звуковых сигналов;
- костыли деревянные с твёрдым подмышечником (для легкораненых с повреждением нижних конечностей);
- лестница приставная для грузовых автомобилей;
- таблица сигналов;
- флаг Красного Креста;
- фонарь «летучая мышь» для обозначения места нахождения ММО ночью;
- шлагбаум или цепь металлическая;
- грибок.

На СП работает 1 санитар (дозиметрист).

Организация работы СП. Работу на сортировочном посту проводят в определённой последовательности: транспорт, прибывший с поражёнными на СП, останавливают у шлагбаума. Санитар уточняет у водителя (старшего машины) откуда доставлены поражённые. При поступлении поражённых из очага ядерного взрыва санитар проверяет уровень заражения РВ прибывшего транспорта и, в случае обнаружения высоких уровней, частично дезактивирует его (метёлкой очищает задний борт грузовых автомобилей). Затем, по команде: «Кто может – из машины выходи!», поражённые, сохранившие способность к самостоятельному передвижению, выходят из автомобиля. На основании опроса и результатов дозиметрического контроля выделяются потоки по следующим направлениям:

- на площадку специальной обработки – поражённые, нуждающиеся в специальной обработке (заражённые РВ выше допустимых уровней);
- в изоляторы – поражённые с реактивными состояниями и с подозрением на инфекционное заболевание;
- на сортировочную площадку – все остальные ходячие поражённые.

Непосредственно на автомобиле проводится медицинская сортировка носилочных поражённых, по тем же принципам, что и ходячих поражённых.

Если прибывающий автотранспорт не нуждается в специальной обработке, то поражённых на этом же автотранспорте отправляют на сортировочную площадку. При неотложных состояниях поражённые, минуя приёмно- сортировочное отделение, направляются в перевязочную.

В ряде случаев (особенно в условиях массового поступления поражённых) сортировка может проводиться врачом непосредственно на автомобиле, доставившем поражённых. При этом с автомобиля снимаются только поражённые, нуждающиеся в оказании первой врачебной помощи по жизненным показаниям (с продолжающимся кровотечением, явлениями асфиксии и т.д.) Остальные поражённые на тех же автомобилях, на которых они были доставлены в ММО, могут направляться на следующий этап медицинской эвакуации.

Сортировочная площадка

Сортировочная площадка – участок местности непосредственно перед приёмно-сортировочной палаткой.

Сортировочная площадка предназначается для разгрузки прибывающих поражённых, размещения, медицинской сортировки и оказания медицинской помощи (если позволяют погодные условия).

Оборудование и оснащение. Для размещения поражённых сортировочная площадка оборудуется подставками под носилки, скамьями складными для ходячих. Кроме того, на площадке имеются: складной столик с лекарственными средствами и необходимым медицинским инструментарием, перевязочным материалом, транспортными шинами, кислородной и дыхательной аппаратурой, обменным фондом носилок. Здесь же находится книга учёта поражённых и больных, первичные медицинские карточки, сортировочные марки (в специальном регистрационном планшете).

На сортировочной площадке работает сортировочная бригада в составе: врач – 1, медсестра – 2, санитар – 3 (из них, 2 регистратора).

Организация работы на сортировочной площадке. В момент выгрузки поражённых из транспорта производится осмотр прибывших сортировочной бригадой для выявления нуждающихся в неотложной медицинской помощи и её оказания непосредственно на сортировочной площадке или в их немедленном направлении в перевязочную (выборочная сортировка). Остальные поражённые размещаются рядами на носилках с соблюдением свободного подхода. При одномоментном поступлении большого числа поражённых с целью ускорения медицинской сортировки создаётся дополнительная сортировочная бригада за счёт временного участия начальника ММО и медицинского персонала других подразделений.

Одна сортировочная бригада может провести медицинскую сортировку до 15-20 поражённых за час работы.

На всех поражённых заполняется первичная медицинская карточка. Врач на основании опроса пораженного, оценки его общего состояния, каче-

ства наложенной повязки или иммобилизации (без снятия повязки) и учёта данных дозиметрии ставит диагноз, определяет прогноз и принимает лечебно-эвакуационное заключение.

Схематично процесс принятия такого заключения врачом сортировочной бригады может быть представлен как последовательный ответ на вопросы:

- нуждается ли поражённый в первой врачебной помощи, которая может быть оказана в приёмно-сортировочном отделении;
- нуждается ли поражённый в первой врачебной помощи оказываемой по неотложным показаниям в перевязочной, а если да, то – в какую очередь?;
- в какую очередь, в каком положении (лёжа или сидя), какими транспортными средствами поражённый подлежит эвакуации;
- нуждаются ли поражённые в изоляции;
- является ли поражённый агонирующим и если да, то – он должен быть направлен в специально отведенное место.

Приняв соответствующее решение, врач диктует его регистратору для записи в первичную медицинскую карточку, а медсестре даёт указания на проведение необходимых лечебных манипуляций. Регистратор записывает сведения в первичную медицинскую карточку, отмечает принятое сортировочное заключение с помощью сортировочных марок.

Затем, с другим регистратором и второй медицинской сестрой врач переходит к следующему поражённому.

В процессе сортировки значительная часть поражённых получает медицинскую помощь. По мере необходимости, поражённым делаются инъекции обезболивающих средств, дыхательных analeптиков, сердечно-сосудистых средств, антибиотиков, столбнячного анатоксина.

Поражённых, нуждающихся в оказании медицинской помощи в перевязочной, целесообразно сосредоточить в приёмно-сортировочной.

Регистратор отмечает в карточке принятое сортировочное заключение и выдаёт сортировочные марки.

Пополнение медикаментов и имущества сортировочной бригады осуществляет медицинская сестра в аптеке ММО.

Приёмно-сортировочная

Приёмно-сортировочная развёртывается в холодное время года или в непогоду в палатке типа М-10 или в помещениях сохранившихся зданий.

Предназначена для временного размещения поражённых, проведения медицинской сортировки и оказания медицинской помощи.

Оборудование и оснащение: подставки под носилки, столик складной с лекарственными средствами и необходимым инструментарием, перевязочный материал, транспортные шины, кислородные ингаляторы и дыхательная аппаратура.

Приёмно-сортировочная оборудуется из расчёта одновременного размещения 10 поражённых.

Работа с поражёнными проводится по тем же правилам, что и на сортировочной площадке. Как правило, выделяется группа поражённых, оказание первой врачебной помощи которым (в случае массовых санитарных потерь) можно отсрочить и перенести на следующий этап медицинской эвакуации. К ним относятся поражённые с повреждениями длинных трубчатых костей без признаков шока с надёжной иммобилизацией, с поражением мягких тканей, которым введение антибиотиков может быть отсрочено.

К группе поражённых, которым первая врачебная помощь может быть оказана в условиях сортировочно-эвакуационного отделения относятся:

- поражённые с открытыми и закрытыми повреждениями органов брюшной полости и таза;
- с проникающими ранениями грудной клетки с угрозой кровотечения;
- раненых в череп с нарастающей компрессией мозга.

Этой группе поражённых лечебные мероприятия ограничиваются введением антибиотиков, кровезаменителей, противостолбнячной сыворотки, анальгетиков, сердечно-сосудистых средств. Их направляют в эвакуационную и при наличии санитарного транспорта эвакуируют в первую очередь.

Площадка специальной обработки (ПСО)

ПСО развёртывается на открытом воздухе с подветренной стороны от других функциональных подразделений.

ПСО предназначена для:

- частичной специальной обработки поражённых, имеющих загрязнение РВ выше предельно допустимых уровней;
- дезактивации одежды, обуви и санитарного транспорта.

ПСО делится на грязную и чистую половины.

Оборудование и оснащение: умывальники, тазы эмалированные, держатели таза умывальника, подставки под носилки, индивидуальные противохимические пакеты, щётки, веники, верёвки, дезинфицирующие средства, пикетажные знаки «Заражено», обменный фонд белья и носилок.

Организация работы на ПСО. Работой ПСО руководит санитар. Он находится в средствах защиты (противогаз, ватно-марлевая повязка, резиновый фартук, перчатки, сапоги). Количество персонала, необходимого для работы на ПСО устанавливается начальником ММО в соответствии с обстановкой.

На ПСО поступают поражённые, имеющие загрязнения РВ выше допустимых уровней радиации. Частичная специальная обработка производится путём механической очистки одежды и обуви (выколачиванием, обметанием веником, чисткой щётками, обмыванием водой открытых участков тела, прополаскиванием полости рта и носоглотки, промыванием глаз). Ходячие поражённые выполняют эти мероприятия самостоятельно.

После проведения частичной специальной обработки поражённых направляют на сортировочную площадку или по показаниям в перевязочную.

Автотранспорт, доставивший поражённых, дезактивируют силами водителей на специально отведенной площадке. Внутреннюю поверхность кузовов автомобилей протирают влажной ветошью. Полная дегазация автотранспорта осуществляется силами и средствами ГО района.

Эвакуационная

Эвакуационная развёртывается в палатках типа М-10 или в помещениях сохранившихся зданий.

Предназначена для временного размещения и подготовки пострадавших к дальнейшей эвакуации, проведения лечебно-профилактических мероприятий поражённым, поступившим в эвакуационную из приёмно-сортировочной, перевязочной и других функциональных подразделений. В эвакуационной обеспечивается уход и согревание поражённых. При необходимости поражённым подбинтовывают повязки, повторно вводят обезболивающие и другие лекарственные средства.

Оборудование и оснащение: обменный фонд носилок, подставки под носилки, скамьи складные, столы складные для регистрации, размещения лекарственных и профилактических средств, перевязочного материала, питьевой воды и чая.

Организация работы эвакуационной. В эвакуационной постоянно работает медицинская сестра. Поражённые группируются по принципу очередности, способу эвакуации и виду транспорта:

- первая группа – поражённые, доставленные из перевязочной (в основном носилочные поражённые, как правило, не нуждающиеся в дополнительной медицинской помощи на этом этапе). При наличии санитарного автотранспорта их необходимо эвакуировать в первую очередь;
- вторая группа – носилочные поражённые, доставленные сюда из приёмно-сортировочной;
- третью группу составляют ходячие поражённые, поступившие с сортировочной площадки или с площадки специальной обработки. Большинство из них будут нуждаться во введении антибиотиков и противостолбнячной сыворотки. Они эвакуируются во вторую или третью очередь санитарным транспортом или транспортом общего назначения.

Эвакуация осуществляется имеющимся в распоряжении начальника ГО санитарным транспортом или транспортом общего назначения.

Перевязочная

Перевязочная развёртывается в пневмокаркасном медицинском сооружении типа ПСМ-6. Предназначена для оказания наиболее сложных, требующих специальных условий, неотложных мероприятий первичной медико-

санитарной врачебной помощи. Число нуждающихся в таких мероприятиях может составлять в среднем до 25% от числа поступающих в ММО.

Оборудование и оснащение: два перевязочных полевых стола, стол складной для стерильного перевязочного материала, стол складной для медикаментов и растворов, умывальник, тазы для мытья рук, держатели тазов, биксы, медикаменты, перевязочные средства, стол складной для документов учёта, документы учёта (первичные медицинские карточки, журналы учёта наркотических средств, переливания кровезаменителей и др.), сортировочные марки.

Организация работы перевязочной. В перевязочной работают: врач – 2, медсестра – 4, санитар – 1.

Работа в перевязочной проводится с соблюдением правил асептики и антисептики. Направлению в перевязочную подлежат поражённые, эвакуация которых без оказания первичной медико-санитарной врачебной помощи опасна для жизни, и нуждающиеся:

- в остановке наружного кровотечения наложением кровоостанавливающего зажима на кровеносный сосуд или перевязкой сосуда в ране;
- в устранении асфиксии посредством трахеотомии или прошиванием языка;
- в помощи при пневмотораксе, пункции плевры при клапанном пневмотораксе, в наложении окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе;
- в противошоковых мероприятиях, применении различного вида блокад при переломах костей, при отсечении конечности, висящей на лоскуте, при ранениях грудной клетки;
- в переливании кровезамещающих жидкостей (при остановленном кровотечении);
- в катетеризации или пункции мочевого пузыря;
- в исправлении или наложении транспортной иммобилизации (при отсутствии возможности выполнить её в условиях приёмно-сортировочной).

В перевязочной производят: остановку наружного кровотечения, переливание кровезаменителей, устранение асфиксии, борьбу с шоком, катетеризацию или пункцию мочевого пузыря, пункцию плевры при клапанном пневмотораксе, наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, кровопускание при отёке лёгких.

Изолятор для инфекционных больных

Изолятор для инфекционных больных развёртывается в палатке типа Памир-8 или в приспособленном помещении сохранившегося здания в стороне от остальных функциональных подразделений отряда и основных путей движения поражённых, а также от источников водоснабжения. Предназначен

для временной изоляции больных с подозрением на инфекционное заболевание до их эвакуации.

Оборудование и оснащение: подставки под носилки низкие, умывальник, таз эмалированный, держатель таза умывальника, дезинфекционные средства и аппаратура, медикаменты, термометры, халат и колпак медицинский для персонала. Перед входом в изолятор необходимо иметь маты, пропитанные велтограном.

Организация работы в изоляторе. Больные находятся под наблюдением медицинской сестры. При необходимости проводится консультация врача.

Больные с повышенной температурой и больные с желудочно-кишечными заболеваниями размещаются в изоляторе отдельно. Их пребывание в изоляторе должно быть кратковременным. Эвакуация больных должна проводиться специально выделенным транспортом. После эвакуации больных изолятор подвергается тщательной заключительной дезинфекции. Если в ММО инфекционных больных нет, то медицинская сестра изолятора привлекается к работе в других функциональных подразделениях.

Изолятор для поражённых с реактивными состояниями

Изолятор для поражённых с реактивными состояниями развёртывается в палатке типа Памир-8 или в приспособленном помещении. Предназначен для поражённых с нервно-психическими расстройствами, нуждающихся во временной изоляции.

Оборудование и оснащение: подставки под носилки низкие, стол и стул складные, закрывающийся на замок ящик с медикаментами. Все предметы, находящиеся в психоизоляторе должны быть закреплены.

Организация работы в изоляторе. Больные находятся под наблюдением медицинской сестры. Для купирования психомоторного возбуждения необходимо применять различные литические смеси. Методы физического ограничения применяются только в крайних случаях. При необходимости проводится консультация врача.

Пребывание поражённых в этом функциональном подразделении должно быть кратковременным. Эвакуация поражённых осуществляется под наблюдением медицинского работника.

Аптека

Аптека развёртывается в палатке типа Памир-8 или в приспособленном помещении сохранившегося здания.

Предназначена для:

- приёма (получения) медицинского, санитарного имущества из учреждения-формирователя, со складов Медицинского Центра мобилизационных резервов «Резерв» и из местных ресурсов;
- хранения запасов медицинского имущества;

- отпуска медицинского имущества функциональным подразделениям ММО;
- ведения документального и оперативного учёта, составления отчётных документов по медицинскому имуществу.

Оборудование и оснащение: стол складной для медикаментов, умывальник, таз эмалированный, держатель таза умывальника, лекарственные средства и приборы, стол складной для ведения документов.

В работе ММО используются только готовые лекарственные формы. .

Для средств, обладающих опасными физико-химическими свойствами (кислород в баллонах, дезинфицирующие препараты), выделяется отдельное место.

В аптеке работает специально подготовленная медицинская сестра (фармацевт).

После выдачи медицинского имущества медсестра по распоряжению начальника ММО может привлекаться к работе в другом функциональном подразделении.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. ММО. Задачи, организационно-штатная структура
2. ММО. Схема развертывания и оснащение
3. Организация работы сортировочного поста и сортировочной площадки ММО
4. Организация работы площадки специальной обработки ММО
5. Организация работы перевязочной и эвакуационной ММО
6. Организация работы изоляторов и аптеки