

Тема № 5 «Медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО»

Вопросы лекции

- 1. Медицинское обеспечение при угрозе нападения противника**
- 2. Организация эвакуации лечебно-профилактических учреждений**
- 3. Медико-психологическое обеспечение населения и спасателей при проведении спасательных и неотложных аварийно-восстановительных работ в очаге массового поражения (заражения)**

Вопрос 1 «Медицинское обеспечение при угрозе нападения противника»

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 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.

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.

Схема централизованного оповещения субъекта РФ



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.

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 Российской Федерации.

ОКСИОН

В настоящее время по поручению Президента РФ и Правительства РФ создается Общероссийская комплексная система информирования и оповещения населения (ОКСИОН). Основной целью создания ОКСИОН является повышение эффективности действий населения при ЧС 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 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 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.

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 приходится 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.

Построение систем оповещения в отдельных зданиях и сооружениях

Помимо создания систем оповещения площадного характера - от территории объекта экономики до территории целого субъекта РФ, 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. 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.

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.**

Вопрос 2 «Организация эвакуации лечебно-профилактических учреждений»

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 ЧС.**

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 разворачиваемого 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 транспорт 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.

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.

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.

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 ОДН (тотальный бронхоспазм, паралич дыхания, токсический отек легких, напряженный пневмоторакс, массивный выпотный плеврит и др.);
- с острой почечной, печеночной, почечно-печеночной недостаточностью;

- с гнойным воспалением в полости глаза, недостаточной герметизацией прободных ран глазного яблока, 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 атриовентрикулярная блокада, частые политопные 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.).

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;**
- **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-хозяйственного имущество.**

**Вопрос 4 «Медико-психологическое
обеспечение населения и спасателей при
проведении спасательных и
неотложных аварийно-
восстановительных работ в очаге
массового поражения (заражения)»**

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;	10	-	100
• с реакцией психического уровня	90	40	100	
Санитарные потери:				
	-легкие	90	65	25
	-средние	95	75	75
-тяжелые	100	100	100	

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

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	-	100	100	-	-	-
• с реакцией психического уровня	-	100	100	-	-	-
Санитарные потери:						
легкие	-	95	5	-	-	-
средние	-	5	70	15	5	5
тяжелые	-	-	-	50	30	20

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

Категории пострадавших	Способность выполнять обязанности	Инвалидность
Кратковременная (в пределах суток) потеря способности к выполнению своих обязанностей: <ul style="list-style-type: none"> • с реакцией невротического уровня; • с реакцией психического уровня 	<p style="text-align: center;">100</p> <p style="text-align: center;">100</p>	<p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">-</p>
Санитарные потери: <ul style="list-style-type: none"> • легкие • средние • тяжелые 	<p style="text-align: center;">100</p> <p style="text-align: center;">95</p> <p style="text-align: center;">90</p>	<p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">60</p>

Психические расстройства наблюдаются достаточно часто у пострадавших при стихийных бедствиях и различных катастрофах. 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.

Психоизолятор 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 психиатрической и общемедицинской помощи, а также приближения ее (помощи) к месту (району) катастрофы.

Благодарю за внимание