



ФГАОУ ВО «Белгородский государственный
национальный исследовательский университет»
(НИУ «БелГУ»)

Медицинский институт
Кафедра факультетской хирургии

ЛЕКЦИЯ 11

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

КРАВЕЦ Борис Васильевич

доцент кафедры



УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ

Введение.

1. Основные факторы, определяющие особенности медицинского обеспечения населения при вооруженных конфликтах.

2. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим и населению при вооруженных конфликтах.

2.1. Порядок оказания медицинской помощи вынужденным переселенцам.

2.2. Организация оказания медицинской помощи населению в зоне вооруженного конфликта.

Заключение.



ЛИТЕРАТУРА

1. Порядок оказания медицинской помощи населению, пострадавшему при чрезвычайных ситуациях. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России. Москва. 2014.-222 с.

2. Медицина катастроф: учеб. пособие / Б.С. Коваленко, Б.В. Кравец. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2017. – 404 с.

Законодательные и нормативно-правовые документы

1. Конституция Российской Федерации. М.: Кодекс. 1995 – 44 с.

2. Указ Президента Российской Федерации от 25.12.2014 г. №815 «О военной доктрине Российской Федерации».

3. Федеральный закон от 31 мая 1996 г. № 61-ФЗ «Об обороне».

4. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2001 г. №896 «О зонах вооруженных конфликтов».



ВВЕДЕНИЕ

Наиболее вероятным типом военных конфликтов, представляющих угрозу безопасности России, будут пограничные межгосударственные и внутренние вооружённые конфликты и локальные войны.

Вооружённый конфликт - вооружённое противоборство между государствами или социальными общностями внутри отдельных государств, имеющее целью разрешение экономических, политических, национально-этнических и иных противоречий через ограниченное применение военной силы.

Вооружённый конфликт отличается от войны. Для современных вооружённых конфликтов характерен тот факт, что даже при участии в них крупных воинских контингентов на больших территориях войну, как правило, не объявляют, военное положение в государствах, вовлечённых в конфликт, не вводят, полномасштабные мобилизационные мероприятия не проводят.

Иначе говоря, отсутствует чёткий правовой рубеж между мирным и военным положением в стране, в которой, по сути дела, идёт война.



Совершенствование вооружений, широкое использование минно-взрывных средств в локальных войнах и вооружённых конфликтах вызвали появление массовых потерь среди населения, сопровождающихся высоким уровнем смертности и инвалидности среди поражённых.

Так, по опубликованным данным, в результате налётов на Югославию только в первые 2 месяца войны погибли около 1 200 человек и несколько тысяч ранены. Причём соотношение потерь среди военнослужащих и гражданского населения составило 1:15.

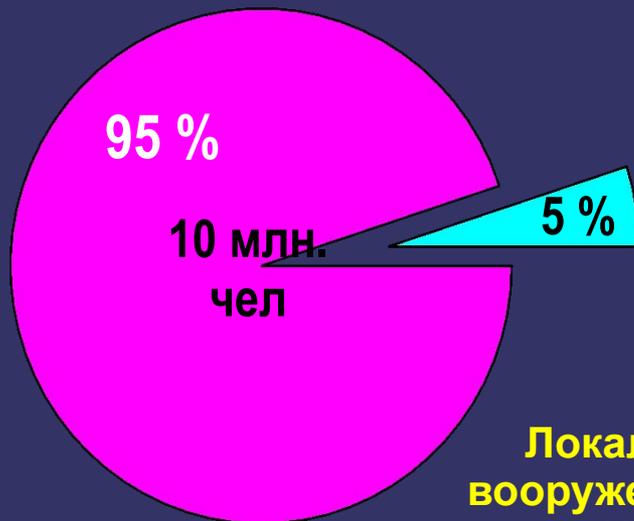
Для сравнения, во время войны США во Вьетнаме на одного убитого военнослужащего приходилось 10 погибших мирных жителей.

В годы Первой мировой войны потери среди населения составили 5% всех безвозвратных потерь, во Вторую мировую войну - 48%, во время войны в Корее - 84%.

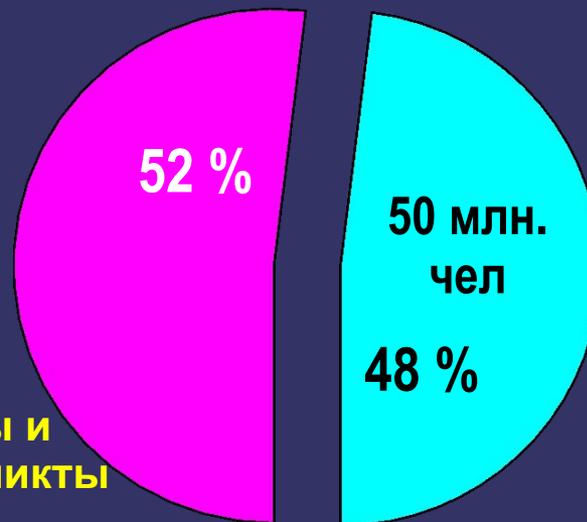


СООТНОШЕНИЕ ПОТЕРЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВОЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

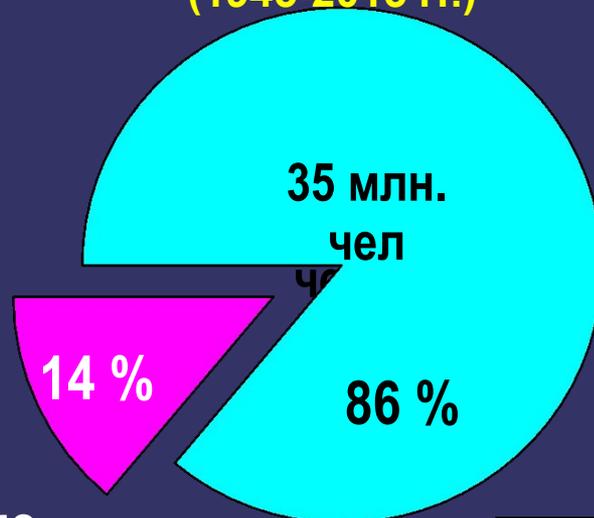
Первая мировая война



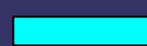
Вторая мировая война



Локальные войны и вооруженные конфликты (1945-2015 гг.)



 - военнослужащие

 - гражданское население



ПРОГНОЗИРУЕМАЯ ВЕЛИЧИНА САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ НА ТЕРРИТОРИИ РФ ПРИ КРУПНОМАСШТАБНОМ ВОЕННОМ КОНФЛИКТЕ

Регион	Всего сан. потерь (тыс.)	В том числе по профилю поражения (тыс.)		
		хирургический	терапевтический	инфекционный
Российская Федерация	2024,7	1236,5	607,5	180,7
Центральный федеральный округ	570,0	370,0	143,0	57,0
Северо-Западный федеральный округ	170,0	102,0	54,0	14,0
Южный федеральный округ	465,0	279,0	153,0	33,0
Приволжский федеральный округ	307,2	185,0	97,5	24,7
Уральский федеральный округ	184,5	116,0	52,5	16,0
Сибирский федеральный округ	248,5	141,0	81,5	26,0
Дальневосточный федеральный округ	79,5	43,5	26,0	10,0



**1. Основные факторы,
определяющие особенности
медицинского обеспечения
населения при вооруженных
конфликтах**

Организация медицинского обеспечения населения в условиях современной войны будет в значительной степени зависеть от характера, масштаба военных действий и вида применённых противником средств поражения.

Важнейшие факторы, определяющие особенности медицинского обеспечения населения при ЧС военного характера, следующие:

- возможность возникновения в короткий промежуток времени массовых санитарных потерь, в структуре которых будут преобладать тяжёлые и комбинированные формы поражения;**
- опасность применения вероятным противником новых видов оружия, характер воздействия которых на человека и методы оказания медицинской помощи при их применении могут оказаться неизвестными для медицинского персонала;**
- несоответствие между потребностью в экстренной медико-санитарной помощи в очаге поражения и возможностями здравоохранения по её оказанию;**



- опасность заражения территории радиоактивными, отравляющими веществами (ОВ, АОХВ) и бактериальными средствами (БС) при применении противником оружия массового уничтожения или вследствие преднамеренного разрушения им потенциально опасных объектов, нанесения по ним точечных прицельных артиллерийских и ракетно-бомбовых ударов, выполнения террористических актов. В результате могут образовываться зоны радиоактивного и химического загрязнения, что повлечет за собой поражение населения. Кроме того, в зоне загрязнения могут оказаться медицинские формирования и учреждения – это требует высокой готовности ЛПУ к оказанию медицинской помощи таким пораженным, а также к быстрому свертыванию и выходу (выводу) персонала совместно с больными из возможной зоны загрязнения;

- неустойчивое санитарно-эпидемическое состояние в очагах поражения, на путях эвакуации и в районах размещения эвакуированного населения и беженцев.



Прицельное разрушение атомных электростанций, заводов, биотехнологических объектов, хранилищ топлива, нефтеперерабатывающих заводов, нефтяных скважин и танкеров - одна из важнейших задач вероятного противника при ведении боевых действий.

Эти задачи могут решаться либо путём нанесения ракетно-бомбовых ударов высокоточным оружием, либо путём диверсионно-террористических актов на потенциально опасных объектах.

Масштабы поражения при этом могут быть сопоставимы с применением ядерного оружия.



Целью таких действий является не только поражение людей, но и уничтожение среды обитания человека. Как правило, экологические последствия таких методов ведения войны носят долговременный характер, о чем свидетельствует опыт военных действий в 1990 г. на Ближнем Востоке в районе Персидского залива, когда вследствие боевых действий Ирака в Кувейте были уничтожены десятки нефтяных вышек и нефтехранилищ, что вызвало настоящую экологическую катастрофу в регионе.

К тяжёлым экологическим последствиям привели также прицельные ракетно-бомбовые удары по объектам химической и нефтеперерабатывающей промышленности во время агрессии стран блока НАТО против Югославии в 1999 году.



Значительную опасность для мирного населения Чеченской Республики и окружающей среды представляли собой подрывы чеченскими боевиками хранилищ с хлором и аммиаком во время боёв в центре Грозного в декабре 1999 года.

Применение оружия, действующего на новых физических принципах, способно инициировать разрушительные землетрясения, катастрофические наводнения, появление волн цунами на океанском побережье, изменять климатические условия целых регионов на земной поверхности.

Результаты применения такого вида оружия аналогичны последствиям крупномасштабных ЧС природного характера и могут привести к гибели или поражению десятков и сотен тысяч мирных людей.



Во время войн и вооружённых конфликтов наряду с потерями среди гражданского населения в очагах поражения неизбежно появляется и проблема жизнеобеспечения населения, пострадавшего при ведении боевых действий или вследствие этих действий.

Медицинское обеспечение - важная составная часть первоочередных видов жизнеобеспечения пострадавшего населения в зонах ЧС военного характера наряду с удовлетворением минимально необходимых потребностей в воде, продуктах питания.

На протяжении всей истории войн население покидало места ведения боевых действий, так как разрушались жилые дома, происходило значительное нарушение жизнеобеспечения населения.



Перемещение вынужденных переселенцев за пределы зоны конфликта осуществляется, как правило, большими группами в близлежащие (соседние) регионы, где администрацией региона осуществляется их размещение.

Часть вынужденных переселенцев может размещаться в жилом фонде (в квартирах и частных жилых домах, других зданиях, у родственников и знакомых).

Для размещения другой части переселенцев создаются городки (лагеря) для их временного проживания.

Во время Второй мировой войны в Европе остались без жилища 60 млн человек. Происходил массовый уход населения из городов, подвергшихся налётам бомбардировочной авиации противника.

Из городов Англии были эвакуированы 1,3 млн человек, из городов Германии - несколько миллионов человек.



Опыт локальных войн и вооружённых конфликтов второй половины XX и начала XXI столетий показал, что жизнеобеспечение беженцев и вынужденных переселенцев также представляет серьёзную проблему. Количество этих людей, вынужденных из-за военных действий бросить свои жилища, может составлять десятки и сотни тысяч человек.

Во время агрессии НАТО против Югославии в 1999 году десятки тысяч беженцев переместились из провинции Косово в сопредельные страны Европы, где длительное время размещались в палаточных городках.

Во время второй чеченской военной кампании в январе 2000 года, по официальным данным, численность вынужденных переселенцев составила более 250 тыс. человек, 35 тыс. из них были размещены в 11 палаточных лагерях.

За 10 месяцев 2016 года в Европу прибыло более 332 тысяч мигрантов и беженцев из Северной Африки и стран Ближнего Востока.



Среди беженцев преобладают женщины, дети и старики, нередко обременённые хроническими болезнями. Многие из них не имеют ни тёплой одежды, ни запасов продовольствия и воды, ни денег, чтобы всё это приобрести.

Скученность проживания, постоянное переохлаждение, отсутствие возможности помыться, сменить бельё, трудности с организацией горячего питания и обеспечения доброкачественной водой часто приводят к возникновению простудных заболеваний и вспышкам инфекционных болезней среди беженцев.

Нередко возможны случаи смерти больных пожилых людей из-за отсутствия возможности получения медицинской помощи.



В свете этого важная составная часть жизнеобеспечения населения, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий, - организация медицинского обеспечения в лагерях беженцев.

Развёрнутые, как правило, в палаточных городках, железнодорожных вагонах и других временных жилищах, эти лагеря не могут обеспечить, особенно в сезон дождей и в холодное время года, приемлемые санитарно-гигиенические условия для длительного проживания в них малолетних детей, женщин и стариков.

Все это может способствовать активизации очагов природных инфекций, возникновению вспышек и эпидемий.

На эпидемическую обстановку в зоне вооруженного конфликта могут влиять террористические акты с применением биологических агентов.



Нередко находящиеся в лагерях люди нуждаются в оказании экстренной медицинской помощи по поводу ранений и повреждений, полученных в результате нахождения в зоне боевых действий, а также при возникновении у них различных заболеваний и бытовых травм.

Немаловажную проблему представляет необходимость оказания психологической и психотерапевтической помощи беженцам, многие из которых могут находиться в состоянии тяжёлого психологического стресса, вызванного страхом за свою жизнь, пережитым насилием, гибелью родных и близких людей, утратой всего нажитого имущества.



Полевые условия размещения и организации быта людей в лагерях беженцев требуют строгих мер санитарно-гигиенического и противоэпидемического контроля объектов водоснабжения, питания, своевременного обустройства выгребных ям и туалетов, проведения дезинфекции, дезинсекции и дератизации всей территории лагеря.

Специалисты санитарно-эпидемиологической службы участвуют в выборе населённых пунктов и территорий для развёртывания лагерей беженцев и осуществляют санитарный надзор в местах их временного размещения.

Прибывающие в места размещения беженцы подвергаются медицинскому осмотру с целью оказания им необходимой медицинской помощи и выявления инфекционных больных.

При возникновении эпидемических показаний осуществляют санитарную обработку прибывших и дезинфекцию их личных вещей.

Для изоляции и лечения инфекционных больных развёртывают временные инфекционные стационары.



Заслуживает пристального внимания опыт организации медицинского обеспечения вынужденных переселенцев во время вооружённых конфликтов в Чеченской Республике, где в силу особенностей обстановки потребовались нестандартные решения. Во время первой (1994-1996) чеченской военной кампании процесс миграции населения из района боевых действий начался стихийно.

Разрушение всей системы жизнеобеспечения населения в районах боевых действий, антисанитарные условия проживания, наличие на территории региона активных природных очагов чумы, сибирской язвы, туляремии создали там напряжённую эпидемическую ситуацию и усилили миграцию населения за пределы зоны боевых действий, где они были размещены во временных палаточных городках.



Значительный объём работы по оказанию вынужденным переселенцам экстренной медико-санитарной помощи на территории Чечни выполнили формирования и учреждения ВСМК. За время вооружённого конфликта в 1994-1996 гг. в ПМГ ВЦМК «Защита» была оказана медицинская помощь около 12 тыс. раненых и больных, а в период 1999-2000 гг. медицинскую помощь получили более 16 тыс. пострадавших.

Опыт организации медико-санитарной помощи населению в локальных вооружённых конфликтах свидетельствует о том, что проведение мероприятий по медицинскому обеспечению пострадавшего населения целесообразно возложить на органы оперативного управления, силы и средства ВСМК.

В этих условиях возрастает роль организации взаимодействия СМК с органами управления и специальными подразделениями МЧС России, предназначенными для решения задач по организации поиска, спасения и первоочередного жизнеобеспечения пострадавшего населения.



**2. Организация оказания
медицинской помощи
пострадавшим и населению при
вооруженных конфликтах**



Среди общего числа лиц, обращающихся за медицинской помощью в формирования службы медицины катастроф и ЛПУ, функционирующие в зоне вооруженного конфликта, доля раненых обычными средствами поражения может составлять 0,5-2,0%.

В структуре современной боевой травмы, по данным опыта медицинского обеспечения войск во время первой военной кампании в Чечне, доля раненых с сочетанными и множественными ранениями составляла более 30% величины санитарных потерь ранеными, около 10% составили тяжёлые и крайне тяжёлые ранения.



Сокращение времени оказания первичной врачебной и специализированной медицинской помощи поражённым в условиях локальных войн и вооружённых конфликтов осуществляется в виде приближения медицинской помощи к поражённым и, в зависимости от конкретной обстановки, обеспечивается как за счёт их эвакуации воздушным транспортом непосредственно из района потерь, так и путём развёртывания полевых медицинских формирований (МОСН, ПМГ ВЦМК «Защита») вблизи зоны боевых действий с последующей эвакуацией раненых и больных по воздуху в тыл.



2.1. Порядок оказания медицинской помощи вынужденным переселенцам



В зависимости от масштабов вооружённого конфликта и численности беженцев, а также от особенностей оперативной и медицинской обстановки в зоне военных действий, наличия и состояния местных органов и учреждений здравоохранения, в целях приближения медицинской помощи к вынужденным переселенцам в лагерях беженцев могут развёртываться медицинские пункты, передвижные амбулатории и сокращённый состав отделений ПМГ.

Для этих целей также могут быть привлечены медицинские и санитарно-противоэпидемические формирования и учреждения ГО и ВСМК, а также медицинские подразделения МЧС России, бригады и отряды российского и международного Красного Креста, других гуманитарных и общественных организаций.



Главной задачей медицинских пунктов городков является оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи как взрослым, так и детям, особенно по неотложным показаниям при острых заболеваниях и травмах.

Кроме того, в каждом городке для вынужденных переселенцев создается система оказания неотложной медицинской помощи всем нуждающимся в ней.

Она должна предусматривать и оказание первой помощи на месте острого заболевания или получения травмы (оказывается родственниками, соседями, сотрудниками администрации городка), и осуществление мероприятий первичной врачебной медико-санитарной помощи в медицинском пункте, а также быструю эвакуацию больных в ближайшую больницу или полевой госпиталь с оказанием медицинской помощи в пути следования.



Неотложная медицинская помощь больному на месте заболевания может быть оказана медицинской сестрой, фельдшером или врачом медицинского пункта с применением специальных наборов или укладок.

Для обеспечения эвакуации больного с места острого заболевания в медицинский пункт или в лечебное учреждение (больница, полевой госпиталь) в медицинском пункте должен иметься в постоянной готовности к выезду санитарный автомобиль, оснащенный всем необходимым для оказания медицинской помощи в пути следования.



Медицинский пункт должен быть готов к оказанию неотложной медицинской помощи в любое время суток. Для этого в нем организуется круглосуточное дежурство среднего медицинского персонала.

В процедурной медицинского пункта оборудуется шкаф, укомплектованный всем необходимым для оказания неотложной медицинской помощи.

Кроме того, в процедурной должна находиться специальная укладка для оказания медицинской помощи вне медицинского пункта.



Помещения, выделяемые под медицинские пункты, могут быть самыми разнообразными: ж.-д. вагоны, комнаты в производственных зданиях, палатки и т.д.

Располагать медицинские пункты следует вблизи помещений, где находится администрация городка.

Целесообразность данного варианта расположения состоит в том, что в местах нахождения администрации городков имеется телефонная связь, по которой при необходимости можно связаться с близлежащей больницей. Такое размещение медицинского пункта позволяет более оперативно решать вопросы его жизнеобеспечения.

Решение вопросов организации работы медицинских пунктов городков, их оснащения медикаментами, медицинским имуществом и контроль за их деятельностью осуществляют главные врачи больниц и директор центра медицины катастроф региона.



Медицинские пункты городков укомплектовываются врачами и средним медицинским персоналом из числа вынужденных переселенцев, при отсутствии таковых - медицинскими кадрами из близлежащих ЛПУ. Число медицинских работников этих пунктов определяется в основном наличием медицинских кадров, проживающих в городке, а также зависит от общего числа переселенцев, их возрастно-полового состава.

Наиболее оптимальным составом врачей в медицинском пункте следует считать:

хирург - 1,

терапевт - 1,

педиатр - 1,

гинеколог - 1;

медицинские сестры - 4-5 чел.

При таком количестве медицинских работников можно организовать и проводить амбулаторный прием больных различными специалистами и круглосуточное дежурство в медицинском пункте.



Кроме работы во время амбулаторного приема в медицинском пункте, средние медицинские работники активно выявляют больных, а также беременных женщин, детей младшего возраста для динамического наблюдения за ними. Выявление указанных лиц осуществляется путем обхода мест проживания вынужденных переселенцев. Такая работа является необходимой для своевременного обнаружения больных, особенно с острыми и инфекционными заболеваниями.

Необходимо чтобы 1-2 раза в неделю в медицинском пункте работали врачи - специалисты больницы или полевого госпиталя службы медицины катастроф (если он рядом развернут). Основная цель их работы:

- консультация наиболее сложных больных;
- выполнение контрольных осмотров больных, ранее обращавшихся за медицинской помощью;
- оказание медицинским работникам медицинских пунктов методической помощи.



В местах наибольшего сосредоточения вынужденных переселенцев может развертываться полевой многопрофильный госпиталь службы медицины катастроф Минздрава России. Основной его задачей будет оказание первичной врачебной и первичной специализированной медицинской помощи вынужденным переселенцам.

Кроме работы непосредственно в госпитале его специалисты оказывают медицинскую помощь больным и пораженным с наиболее тяжелой и сложной патологией, находящимся в ближайших больницах, консультируют таких больных и выполняют сложные диагностические исследования, оказывают консультативно-методическую помощь врачебному составу этих больниц.

В данный госпиталь поступают два потока больных: первый - больные из медицинских пунктов городков для вынужденных переселенцев; второй - больные из числа переселенцев, проживающих вне городков.



Анализ работы ПМГ ВЦМК «Защита» по медицинскому обеспечению поражённого населения во время военных действий в Чечне показал, что при полном развёртывании в районе вооружённого конфликта госпиталь способен в сутки принять, провести медицинскую сортировку и оказать первичную врачебную и специализированную медицинскую помощь 250 поражённым и осуществить временную госпитализацию 100-150 нетранспортабельных поражённых в сутки.

Находясь в зоне военных действий, госпиталь обеспечивает работу в автономном режиме до 15 суток без пополнения запасов медикаментов и замены медперсонала, что подтверждает выводы о том, что формирования ВСМК подобного типа могут эффективно работать в зонах локальных вооружённых конфликтов.



2.2. Организация оказания медицинской помощи населению в зоне вооруженного конфликта



По мере освобождения территории, установления на ней конституционного порядка проводятся первоочередные мероприятия по восстановлению работы ранее существовавшей системы организации оказания медико-санитарной помощи населению (прежде всего больниц, органов управления здравоохранением).

Население, находящееся непосредственно в зоне вооруженного конфликта, получает медицинскую помощь в местных лечебно-профилактических учреждениях, при их отсутствии – в ближайших лечебных учреждениях, развертываемых министерствами (в том числе силовыми) и ведомствами.



Местные лечебные учреждения, как правило, не имеют возможностей оказывать первичную врачебную и, особенно, специализированную медико-санитарную помощь значительному количеству больных на освобожденной и контролируемой федеральными органами власти территории.

В то же время возможности лечебных учреждений близлежащего региона, где размещено наибольшее количество вынужденных переселенцев, также могут быть ограничены (или отсутствовать).

Особенно это касается некоторых видов специализированной помощи, требующих использования сложных медицинских технологий.



Для оказания медицинской помощи населению, проживающему на этой территории, направляются подвижные формирования службы медицины катастроф Минздрава России (полевые госпитали, БрСМП).

Бригады специализированной медицинской помощи, как правило, работают на базе восстанавливаемых больниц, оказывая первичную врачебную и первичную специализированную неотложную медико-санитарную помощь, а также содействуют восстановлению функционирования этих больниц.

Пункты развертывания, места работы медицинских подвижных формирований, а также все передвижения (перемещения) специалистов медицинских формирований по территории зоны вооруженного конфликта согласовываются с военной комендатурой и осуществляются при наличии вооруженной охраны.



Учитывая тот факт, что при локальных войнах и вооружённых конфликтах, как правило, военное положение не объявляют и всеобщую мобилизацию не проводят, то в этих условиях наиболее целесообразный вариант создания группировки медицинских сил и средств - включение в её состав хорошо оснащённых и подготовленных формирований и учреждений Всероссийской службы медицины катастроф, Минобороны России, других министерств и ведомств.

В этом случае для оказания экстренной медицинской помощи поражённому населению могут быть привлечены бригады доврачебной помощи, врачебно-сестринские бригады, бригады специализированной медицинской помощи, ПМГ, медицинские отряды специального назначения Минобороны России, санитарно-эпидемиологические отряды и другие формирования ВСМК.



Наличие у медицинского персонала ВСМК статуса спасателя, обеспечивающего социальные и юридические гарантии в случае утраты трудоспособности и гибели при исполнении служебных обязанностей в зоне военных действий, - дополнительный аргумент в поддержку такого решения.

В состав группировки медицинских сил, привлекаемых к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС военного характера, необходимо включать также на добровольной (контрактной) основе медицинский персонал частных, гуманитарных и общественных медицинских и санитарных учреждений и организаций.

Опыт организации медицинского обеспечения пострадавшего населения в вооружённых конфликтах и локальных войнах XX века свидетельствует о том, что одномоментного возникновения очагов массовых санитарных потерь среди населения не происходит, а поступление поражённых на этапы медицинской эвакуации растягивается на весь период войны.



В подготовительном периоде для оказания медицинской помощи и в целом для решения задач медицинского обеспечения населения в вооруженном конфликте создается *группировка сил и средств здравоохранения.*

Группировка медицинских сил и средств первого эшелона располагается, как правило, в пределах зоны вооруженного конфликта, на территории, контролируемой федеральными органами власти, где размещено наибольшее количество вынужденных переселенцев.

Основными задачами группировки первого эшелона применительно к организации медицинского обеспечения являются:

- оказание первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи вынужденным переселенцам, а также населению, проживающему на освобожденной территории, контролируемой федеральными органами власти;

- проведение комплекса противоэпидемических мероприятий, направленных на недопущение возникновения массовых инфекционных заболеваний и их распространения.



В состав группировки первого эшелона обычно входят:

- территориальное управление Минздрава России, оперативные группы Минздрава России и штаба Всероссийской службы медицины катастроф;

- мобильные формирования службы медицины катастроф Минздрава России, способные к работе в автономном режиме и на ограниченной территории (полевые госпитали, БрСМП и др.);

- центры медицины катастроф соседнего региона, где размещено наибольшее количество вынужденных переселенцев;

- медицинские пункты городков для вынужденных переселенцев;

- запасы медицинского имущества для оснащения и обеспечения медицинских пунктов городков для вынужденных переселенцев.

Кроме того, в состав первого эшелона следует включать больницы и другие медицинские учреждения, находящиеся на освобожденной территории, контролируемой федеральными органами власти, которые в той или иной степени способны функционировать.



Группировку медицинских сил и средств второго эшелона составляют в основном ЛПУ, находящиеся на территории регионов, входящих в состав федерального округа, межрегиональный и региональные центры медицины катастроф с резервом медицинского имущества.

Основными задачами второго эшелона группировки являются:

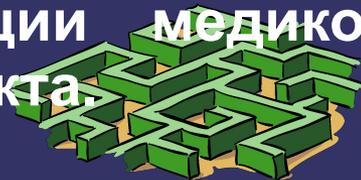
- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи населению, пострадавшему в результате вооруженного конфликта;
- отбор и направление пораженных и больных, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных лечебных учреждениях и клиниках РАМН, и их медицинская эвакуация;
- подбор и направление медицинских специалистов для работы в медицинских формированиях, учреждениях, привлекаемых для ликвидации медико-санитарных последствий вооруженного конфликта.



Группировку медицинских сил и средств третьего эшелона представляют медицинские учреждения федерального уровня. Данный эшелон группировки включает многопрофильные и узкоспециализированные ЛПУ, медицинские центры и научно-исследовательские учреждения, клиники РАМН, резерв медицинского имущества Минздрава России для ЧС, и при необходимости другие федеральные медицинские учреждения.

На третий эшелон группировки возлагаются следующие задачи:

- решение управленческих задач по организации лечебно-эвакуационного обеспечения населения и восстановлению работы лечебно-профилактических учреждений;
- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в ЛПУ федерального уровня;
- создание и содержание федерального резерва специализированных коек, медицинских кадров, формирований и имущества для ликвидации медико-санитарных последствий вооруженного конфликта,



Работа сотрудников формирований и учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим и мирному населению в зоне вооруженного конфликта, сопровождается высокой морально-психологической напряженностью, сложными взаимоотношениями с пострадавшими и местным населением, среди которых могут встречаться враждебно настроенные лица.

Личному составу органов управления здравоохранением, медицинских формирований, работающему в зоне конфликта и вблизи нее, придется размещаться и работать на ограниченной площади, строго соблюдать специальные правила безопасности, постоянно находиться под вооруженной охраной.

Такие меры связаны также и с особенностями ведения боевых действий (возможность совершения диверсионных и террористических актов, захвата заложников, проведения налетов и т.д.).



При работе специалистов медицинских формирований в зоне вооруженного конфликта имеют место «жесткие», некомфортные условия размещения, питания и отдыха, их деятельность постоянно сопряжена с риском для здоровья и жизни.

Комплексное воздействие на человека вышеперечисленных факторов может снижать работоспособность и эффективность работы, отягощающе влиять на психику.

Поэтому необходимо организовывать проведение мероприятий психологической поддержки, своевременной ротации специалистов при длительном вооруженном конфликте, а также проведение медицинской реабилитации участников ликвидации медико-санитарных последствий вооруженного конфликта.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При разработке системы оказания медицинской помощи мирному населению, пострадавшему в результате вооруженного конфликта, необходимо учитывать конкретные условия обстановки. Выполнение данного требования является основополагающим правилом, которое, в конечном счете, обеспечивает успех в деятельности органов управления здравоохранением, медицинских формирований и учреждений, участвующих в ликвидации последствий вооруженного конфликта.

Важное значение для оперативности и непрерывности организации оказания медицинской помощи населению имеет своевременное восстановление работы ЛПУ и правильное использование резервов медицинских сил и средств.

Запасы медицинского имущества сосредоточиваются по возможности ближе к зоне вооруженного конфликта, где они могут быть использованы.



***Лекция закончена,
благодарю за внимание !***

