**2-6 КФ. 22.04.2020г.**

**Все вопросы по по эл.почте Buh0509@mail.ru тел.89831615111 Viber /Whats**

**Подготовиться к тестированию .**

**Тема: Военно медицинская подготовка.**

**Война и последствия**

Война - самый примитивный и самый жестокий способ решения конфликтных отношений между людьми, имеющими власть и вооружение. При этом в нее втягиваются огромные массы населения и самые большие жертвы отмечаются среди гражданского населения, прежде всего женщин и детей. И если в первой мировой войне пострадало не более 20% населения, то во второй мировой войне - уже до 50%, а в конфликтах, развязанных в последние десятилетия - более 80% мирного населения. При этом учет этих жертв либо не ведется совсем, либо поставлен значительно хуже, чем учет потерь в живой военной силе и технике.

Со времен второй мировой войны в мире произошло около 130 вооруженных конфликтов. Около 2 млн детей погибли на земном шаре в этих конфликтах только за последнее десятилетие, 4 - 5 млн детей стали инвалидами, около 1 млн - сиротами., 12 млн - беженцами .

Война несет с собой голод, нищету и инфекции и, как следствие - повышение смертности.

Эпидемии инфекционных заболеваний - обязательные спутники войны. По образному выражению летописцев, "война, голод и эпидемии следуют друг за другом на кровавых страницах истории", при чтении которых становится очевидным, что самым частым спутником военных кампаний является сыпной тиф. Еще в 1883 г. Гирш (Hirsch) отмечал, что "история сыпного тифа вписана в те наиболее мрачные страницы всемирной истории, где говорится о тяжких потрясениях человечества войной, голодом и всякого рода несчастьями. Это связано не только с антисанитарией в условиях военного времени, но и с прекращением (нарушением) вакцинаций. Благодаря самоотверженной работе медиков очаги инфекций во время Великой Отечественной войны быстро ликвидировались, крупных эпидемий инфекций не было. Однако в наши дни в Чеченской республике, где профилактическая вакцинация детей была прекращена еще до вооруженного конфликта, не удалось избежать крупной вспышки полиомиелита- заболевания, относимого Всемирной Организацией Здравоохранения к категории инфекций, которое в ближайшие годы должно быть полностью ликвидировано на земном шаре.

В местах катастроф и стихийных бедствий вследствие разрушения домов, коммуникаций, складов, магазинов и т.д. складываются благоприятные условия массового размножения грызунов. Увеличение численности грызунов, с одной стороны, усиливает реализацию путей передачи возбудителей зоонозных инфекций, а с другой - может привести к развитию эпизоотии с активизацией природных очагов и, впоследствии к увеличению числа заболевших природно-очаговыми инфекциями.

Величина риска поражения неодинакова в разных возрастных группах. Если у детей до 5 лет основной риск в чрезвычайных ситуациях связан с голодом, инфекционными болезнями (кишечные инфекции,пневмония), то у детей более старшего возраста и взрослых резко возрастает риск прямых поражений (гибель, ранения, травмы, ожоги и др.). Эти различия следует принимать во внимание при организации дифференцированной медицинской помощи в зависимости от возраста людей, оказавшихся в чрезвычайных ситуациях.

Дети в военных условиях переживают тяжелый психический стресс с последующим развитием депрессии, неврозов, психических заболеваний. Они видят гибель родных, раненых, разрушенные дома.

Во время военных действий в Хорватии психопатологические реакции были отмечены более чем у 60% детей.

Существует мнение о том, что детям “нравится война”, мальчики охотно играют в военные действия, проявляют большой интерес к оружию. Этот интерес активно поддерживается средствами массовой информации, прежде всего телевидением, которое ежедневно демонстрирует убитых и раненых, взрывы, картины разрушения, насилия и т.п.

Международное движение “Врачи мира против войны” пока не может противопоставить свою деятельность давлению на детскую психику средств массовой информации.

**Медицинские проблемы**

В чрезвычайных ситуациях вероятно возникновение сложных условий обстановки, которые будут определяющим образом влиять на организацию и проведение мероприятий здравоохранения по оказанию медицинской помощи и лечению пострадавших. Основными из этих условий являются:

-массовость, одномоментность (в короткий период времени) возникновение потерь среди населения, разнообразный характер и тяжесть поражения;

-нарушение работоспособности медицинский учреждений;

-возможное заражение обширных районов местности, продовольствия, воды РВ, ОВ, бактериальными средствами, сильнодействующими и ядовитыми веществами;

-сложность санитарно-эпидемиологичской обстановки в очагах массового поражения и в районах размещения населения в ходе эвакуационных мероприятий гражданской обороны;

-несоответствие потребности в силах и средствах здравоохранения их наличию;

-сложность управления силами и средствами при ликвидации последствий нападения противника.

Главные медицинские проблемы в условиях чрезвычайных ситуаций:

- шок, травматический, геморрагический;

- синдром размозжения;

- острая почечная недостаточность;

- респираторный дистресс - шоковое легкое;

- ожоги;

- увечья - ампутации конечностей, травмы головы, слепота, глухота;

- переломы костей, контрактуры суставов;

- острые отравления;

- психическая травма;

- голод, дистрофия, инфекции.

-

Следует отметить, что в военных конфликтах современности существенно изменилась и структура пораженных. Так, процент раненых "голова-шея- позвоночник" по сравнению со 2-ой мировой войной существенно увеличился до 25%. Структура боевых повреждений головы характеризуется тем, что ранения черепа и головного мозга занимают около 70%, челюстно-лицевой области - свыше 22%, органов зрения - 8%.

Вместе с тем каждая область (край, республика) имеет свои, только ей свойственные особенности условий, которые также могут оказать влияние на организацию и проведение мероприятий здравоохранения в очагах массового поражения и районах стихийных бедствий. Среди них наибольшее значение имеют следующие:

1.Климато-географические особенности (время года и погода, рельеф местности, наличие перевалов, горных рек и т.д.). Они могут влиять на поражающее действие ядерного и других видов оружия, организацию эвакуации пораженных, оказание им медицинской помощи и их лечение. Например, на путях эвакуации пораженных через горные перевалы даже в теплое время потребуется утеплять транспортные средства, развертывать обогревательные пункты и др.

2.Налиие в некоторых областях (странах, краях, республиках) краевой патологии в виде эндемических очаговых инфекционных заболеваний, например, очаги клещевого энцефалита, чумы и др. При планировании медицинских мероприятий это требует включения комплекса противоэпидемиологических мероприятий.

3.Наличие объектов сильнодействующих и ядовитых веществ. Они могут являться очагами вторичного химического заражения со специфическим поражением рабочих и служащих этих предприятий и населения прилегающих к ним жилых кварталов. Возникает необходимость в планах предусматривать выделение медицинских формирований и учреждений, их подготовку и оснащение с учетом работы в возможных вторичных очагах заражения соответствующего профиля.

4. Характер и степень развитости дорожных, водных и других путей сообщения. Их состояние будет в значительной степени определять организацию эвакуационных мероприятий, в частности объем необходимых работ транспортных средств для эвакуации пораженных (улучшение амортизации автомобилей, использование подстилочного материала и др.).

Организовать медицинское обеспечение населения в таких весьма сложных условиях, используя существующую сеть медицинских учреждений здравоохранения мирного времени крайне затруднительно. Кроме того следует учитывать, что далеко не все врачи могут быстро ориентироваться в чрезвычайных ситуациях и, более того, не всегда умеют оказать квалифицированную неотложную медицинскую помощь. Это привело к созданию в большинстве стран мира Службы Медицины Катастроф.

Основная цель, достижение которой призвана обеспечить Служба Медицины Катастроф, - повышение эффективности мер по предупреждению медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, спасение жизни и сохранение здоровья населения при войнах, авариях и катастрофах, снижение уровня санитарных потерь, предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний.

Создание Службы Медицины Катастроф, находящейся в постоянной готовности, в значительной степени повысило своевременность и эффективность оказания помощи пострадавшему населению.

На Службу Медицинских Катастроф (СМК) возлагаются следующие основные задачи:

- быстрейшее восстановление здоровье пострадавшего населения, возвращение его к труду, снижение инвалидности и летальности;

- предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний;

- обеспечение санитарного благополучия населения, устранения неблагоприятных санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

Выполнение этих задач обеспечивается проведением комплекса мероприятий (подготовка сил и средств службы, поддержание их в постоянной готовности, проведение лечебно эвакуационных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и других мероприятий). Характер, организация и порядок осуществления этих мероприятий имеет свои особенности, обусловленные содержанием каждой из основных задач СМК.

Успешное выполнение первой основной задачи СМК - быстрейшее восстановление здоровье пострадавшего населения, возвращение его к труду, снижение инвалидности и летальности - в условиях чрезвычайной ситуации может быть достигнуто при правильной организации и проведении комплекса следующих научно обоснованных мероприятий.

1. Подготовка сил и средств, поддержание их в готовности для медицинского обеспечения населения. Важное место среди них занимает подготовка необходимого количества формирований, учреждений и органов управления ими. Учитывая крайне высокую потребность врачебных кадров для выполнения первой основной задачи, важно обеспечить готовность среднего медицинского персонала взять на себя проведение ряда довольно сложных медицинских мероприятий, освободив от них врача (переливание крови и кровезаменителей, выполнение новокаиновых блокад, подготовка операционного поля и др.). Большое значение приобретает также использование современных достижений медицинской науки и техники, повышение производительности труда медицинского персонала с тем, чтобы минимальными силами и средствами выполнять больший объём работы, используя прогрессивные методы организации труда (бригадные методы работы и др.) , осуществляя рациональный манёвр объёмом медицинской помощи, а также имеющимися силами и средствами с учётом складывающейся медико-тактической обстановки.

Особое место отводится своевременному и качественному оказанию медицинской помощи и последующему лечению поражённых. Важное значение приобретают мероприятия по подготовке населения, личного состава формирований гражданской обороны к оказанию первой медицинской помощи в очагах массового поражения. Большое значение имеет также специальная подготовка медицинского состава по вопросам патогенеза, клиники и лечения пострадавших от оружия массового поражения; умение врачей нехирургических специальностей оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях у поражённых (шок, кровотечение и др. ) .

2. Проведение комплекса мероприятий по защите населения от оружия массового поражения (использование средств, предупреждающих или ослабляющих поражение населения радиоактивным излучением , ОВ , БС , сильнодействующими ядовитыми веществами ).

3. Организаций взаимодействия сил и средств СМК с другими службам , а также ведомственными медицинскими службами.

Вторая основная задача СМК - предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний. Успешное её выполнение потребует проведения следующего научно обоснованного комплекса мероприятий.

1. Проведение мероприятий противобактериологической защиты населения в первую очередь на случай аэрогенного инфицирования (бактериологической разведки, экстренной профилактики зараженных БС, своевременного использования индивидуальных и коллективных средств защиты, организации карантина и др.).

2. Выявление заболевших, их изоляция и госпитализация, развертывание инфекционных стационаров, перепрофилирование больниц в инфекционные стационары, обеспечение противоэпидемического режима работы во всех лечебных учреждениях и др.

3. Усиление контроля за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий среди населения.

4. Организация и проведение дезинфекционных мероприятий в бактериологических очагах.

5. Подготовка сил и средств для выполнения всех перечисленных мероприятий противобактериологической защиты.

Выполнение третье задачи СМК - обеспечение санитарного благополучия населения, устранения неблагоприятных санитарных последствий чрезвычайных ситуаций - требует участия не только сил СМК, но и здравоохранения в целом, а также ряда служб гражданской обороны. Среди мероприятий, направленных на выполнение этой задачи, важное знание приобретают следующие.

1. Лабораторный контроль заражения питьевой воды и продуктов РВ, ОВ и БС.

2. Санитарно-гигиенический контроль за условиями размещения населения, за санитарной обработкой людей, а также за уборкой и захоронением трупов людей и животных в очагах массового поражения.

3. Участие в разработке соответствующих рекомендаций по режиму работы и жизни населения на территории, зараженной РВ, ОВ и БС.

4. Проведение массовой санитарно-просветительной работы среди населения и др.

Таким образом, выполнение основных задач СМК потребует планомерного проведения сложного комплекса лечебно-эвакуационных, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий. Эти мероприятия составляют содержание понятия "медицинская защита населения" в системе гражданской обороны.

**Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения поражённых.**

Лечебно-эвакуационное обеспечение - одна из главных составляющих организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях. Система лечебно-эвакуационного обеспечения - оказание медицинской помощи и лечение в сочетании с эвакуацией пострадавших за пределы очага поражения, использование сил и средств службы экстренной медицинский помощи. Оно является одним из важнейших видов деятельности СМК, направленным на выполнение её первой основной задачи. В системе лечебно-эвакуационного обеспечения поражённых предусматривается оказание трёх видов медицинской помощи: первая медицинская помощь, первая врачебная и специализированная медицинская помощь.

**Первая медицинская помощь.**

Первая медицинская помощь оказывается непосредственно на месте поражения или вблизи от него с использованием табельных и подручных средств оказания помощи. Своевременно и правильно оказанная первая медицинская помощь спасает жизнь пораженному и предупреждает развитие неблагоприятных исходов. Она выполняется самим пораженным (самопомощь) или другим лицом (взаимопомощь). В связи с тем, что формированиям гражданской обороны для выдвижения в очаг требуется определенное время, своевременность оказания первой медицинской помощи пораженным может быть обеспечено в порядке само- и взаимопомощи. При организации первой медицинской помощи особое внимание необходимо обращать на своевременность ее оказания при травмах, сопровождающихся кровотечением, шоком, асфиксией, потерей сознания, отравлением окисью углерода, на уменьшение или полное прекращение воздействия на пострадавшего поражающих факторов РВ, ОВ и др., а также в подготовке пораженных к эвакуации.

В объеме первой медицинской помощи особое значение приобретает выполнение таких мероприятий, как остановка наружного кровотечения посредством тампонады раны подушечками перевязочного пакета, давящей повязки, наложения жгута (закрутка из подручных средств), введение обезболивающих средств, устранение асфиксии, проведение искусственного дыхания, непрямой массаж сердца с целью восстановления сердечной деятельности, закрытие раневой поверхности повязкой и др.

Учитывая сказанное, первая медицинская помощь должна быть оказана как можно раньше в порядке само- и взаимопомощи и личным составом гражданской обороны.

По данным ВОЗ, 20% от всех погибших в катастрофах могли быть спасены, если бы медицинская помощь была оказана им на месте происшествия. Известно, что противошоковые мероприятия, проведенные в первые 6 ч с момента катастрофы, снижают летальность на 25-30%.

Для оказания первой медицинской помощи пораженным в составе спасательных (сводных) отрядов (команд) объектов гражданской обороны в очаг вводятся санитарные дружины. Командир отряда ставит им задачу, определяя место и время выполнения работы по оказанию пораженным первой медицинской помощи, выделяет из отряда носильщиков для выноса пораженных до места их погрузки на транспорт и осуществления погрузки.

Непосредственное руководство санитарной дружиной по вопросам оказания медицинской помощи осуществляет начальник пострадавшего объекта через начальника медицинского пункта спасательного (сводного) отряда. Помощь им в этом осуществляет заместитель начальника отряда первой медицинской помощи (ОПМ) по массовым формированиям, который обеспечивает также пополнение санитарных дружин средствами оказания медицинской помощи.

**Первая врачебная помощь .**

Первая врачебная помощь - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами на первом этапе медицинской эвакуации с целью устранения последствий поражения, непосредственно угрожающих жизни пораженного, предупреждения развития в дальнейшем раневой инфекции и подготовки пораженных к эвакуации. Ее оказывают врачи, имеющие обще врачебную подготовку, и врачи-хирурги общего профиля.

Оказание пострадавшим первой врачебной помощи в ближайшие часы с момента поражения прибывших в очаг отрядах первой медицинской помощи, сохранившихся в очаге лечебно-профилактических учреждений, обеспечит эффективную борьбу за спасение жизни большинству из них. Они явятся *первым этапом медицинской эвакуации*на пути выноса и вывоза пораженных за пределы очага массовых потерь, обеспечивающим первую врачебную помощь с выполнением хирургических вмешательств по неотложным жизненным показателям (окончательная остановка сердца и др.)

Наряду с оказанием пораженным медицинской помощи по жизненным показателям им обеспечивается проведение мероприятий по подготовке эвакуации (исправление дефектов повязок, средств иммобилизации, введение обезболивающих и других лекарственных средств), а также по профилактике раневой инфекции (введение антибиотиков, противостолбнячной, противогангренозной сыворотки и др.). Первичную хирургическую обработку ран при отсутствии жизненных показателей целесообразно отсрочить под прикрытием антибиотиков, Местное применение антибиотиков в виде аэрозоля при лечении ран в 2,5 раза уменьшает вероятность возникновения раневой инфекции.

Первая врачебная медицинская помощь должна быть оказана как можно раньше с момента поражения.

**.**

**Специализированная медицинская помощь.**

Специализированная медицинская помощь - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами в лечебных учреждениях загородной зоны с использованием специального медицинского оснащения и оборудования. Она является высшим видом медицинской помощи и ее оказанием завершается полный объем медицинской помощи, т.е. она носит исчерпывающий характер с последующим лечением пораженных до окончательного исхода.

Специализированная медицинская помощь в принятой системе европейского лечебно-эвакуационного обеспечения организуется за пределами очага массового поражения в больницах загородной зоны, развертываемых на базе лечебно-профилактических учреждений сельской местности и эвакуированных из города.

**Медицинская эвакуация.**

Этап медицинской помощи пострадавшему населению дополняется этапом медицинской эвакуации пораженных из очага чрезвычайной ситуации. Этапы медицинской помощи и этап медицинской эвакуации составляют лечебно-эвакуационные мероприятия медицинской защиты населения при чрезвычайной ситуации.

Медицинская эвакуация - это система мероприятий по эвакуации из районов (очагов) возникновения санитарных потерь пораженных (больных), нуждающихся в медицинской помощи и лечении за их пределами.

Медицинская эвакуация начинается с организованного вывоза и выноса пораженных с объектов (участков) поражений, из районов стихийных бедствий и крупных аварий, где обеспечивается оказание им первой медицинской помощи, и завершается с поступлением их в лечебные учреждения, оказывающие полный объем медицинской помощи и обеспечивающие окончательное лечение. Быстрая доставка пораженных на конечные этапы медицинской эвакуации является одним их главных средств достижения своевременности в оказании медицинской помощи и объединения рассредоточенных на местности во времени лечебно-эвакуационных мероприятий в одно целое. Наряду с этим эвакуация обеспечивает высвобождение от пострадавших, работающих в очаге поражения медицинских формирований. В то же время любая транспортировка неблагоприятно влияет на состояние пораженных и течение патологического процесса.

В зависимости от условий для эвакуации пораженных используется специальный, приспособленный и неприспособленный автомобильный, железнодорожный, водный и авиационный транспорт, выделенный для этого начальниками гражданской обороны объектов народного хозяйства, районов, областей, краев, республик.

Однако, если во время войн крупного мирового масштаба многоэтапность лечебных мероприятий может быть оправдана стремлением оказать хотя бы парциальную помощь как можно большему числу раненых, то при военных конфликтах "местного значения" такой подход не оправдан. Многоэтапность лечебных эвакуационных мероприятий неизбежно приводит к резкому увеличению количества реопераций вследствие неполноценности их выполнения на предыдущих этапах.

Исходя из организационных, экономических, технических и материальных возможностей, целесообразно иметь вне района боевых действий 2 -3 многопрофильных учреждения на базе существующих госпиталей. Кроме того, они не вновь оборудуются, а лишь доукомплектовываются необходимой аппаратурой, и это можно рассматривать, как достаточно экономичный вариант создания мощного многопрофильного учреждения, готового оказать помощь раненым с сочетанными и комбинированными поражениями, составляющих до 80% в структуре санитарных потерь.

Что касается проблемы реабилитации раненых с последствиями черепно- мозговой травмы, то, по словам ведущих специалистов, дела обстоят не лучшим образом. Даже в рамках одной нозологической группы сосудистого или травматического генеза, цели и задачи реабилитации требуют специальных методов и организационных мероприятий. Так, у больных с поражением доминантного полушария, возникает нарушение высших психических функций, в том числе тяжелое нарушение речи - афазия, дизартрия, а также гемипарезы правых конечностей. Жизнь таких больных становится невыносимой, так как они не в состоянии себя обслуживать и общаться с окружающим миром. Начиная с 50-х годов в Европе была начата организация специализированной реабилитационной службы. Многолетний опыт научно-исследовательской, практической и организационной работы позволили разработать концепцию реабилитации больных с нарушением высших психических функций при поражении доминантного полушария. К настоящему времени в она организована во многих крупных клиниках. Больной может пройти курс лечения в течении двух лет 2-3 раза, причем, койко-день составляет от 45 до 90 дней. Кроме того, должны быть отделения ЛФК, трудотерапии, социально - бытовой терапии, и что немаловажно, организационно-методический отдел и отдел МСЭ, который дает возможность добитьсяснижения группы инвалидности.

**Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в комплексе медицинской защиты населения при чрезвычайных ситуациях.**

Разрушения, большое количество пострадавших, осуществление в полном объеме эвакуационных мероприятий при чрезвычайных ситуациях приводит к скоплению больших масс населения в загородных зонах. В местах рассредоточения рабочих и служащих предприятий и размещения эвакуированного городского населения складываются неблагоприятные санитарно-бытовые условия, вследствие чего создаются предпосылки для возникновения желудочно-кишечных и других инфекционных заболеваний среди населения, особенно в летнее время.

Основные мероприятия по обеспечению санитарного и эпидемического благополучия в этих условиях проводят СЭС. Они осуществляют гигиеническую оценку санитарной обстановки и дают рекомендации по оптимальному поведению населения, участвуют в проведении мероприятий по защите и предотвращению распространения инфекционных заболеваний.

Для проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий используются также:

- инфекционные больницы (отделения);

- медицинские работники санитарно-гигиенического и противоэпидемического профиля, работающие в медицинских и других учреждениях;

- дезинфекционные (стационарные и передвижные) камеры и санитарные пропускники независимо от ведомственной принадлежности, бани, прачечные и другие коммунальные учреждения;

- гидрометеорологические станции, ветеринарные агрохимические лаборатории.

При организации противоэпидемических мероприятий среди населения особое внимание уделяется следующим вопросам:

- проведению непрерывной противоэпидемической разведки с целью обнаружения в возможно ранние сроки инфекционных больных;

- организации выборочного бактериологического контроля за водой и продуктами, поступающими на снабжение населения;

- активному выявлению и изоляции (госпитализации) инфекционных больных подозрительных на эти заболевания лиц;

- организации и проведении профилактической и текущей дезинфекции, а также дезинфекции в эпидемических очагах с привлечением к этой работе личного состава санитарных дружин и населения.

Принципы лечебно-эвакуационного обеспечения инфекционных больных:

• лечение "на месте" в пределах зоны катастрофы (фронта) без эвакуации в тыл или другие районы;

• двухэтапность эвакуации:

I этап - на месте выявления больного;

П этап - инфекционный госпиталь, минуя промежуточные этапы медицинской эвакуации. Для этого проводят развертывание (приближение) инфекционных госпиталей к эпидемическим очагам.

Цели проведения противоэпидемических мероприятий на этапах медицинской эвакуации:

• предупреждение заноса и развития внутриэтапных инфекций среди раненых и больных;

• предотвращение заражения медицинского персонала и выноса инфекции в другие районы, если речь идет об армии, то в войска, а также на очередной этап эвакуации.

Очень важное значение при организации и проведении лечебно-эвакуационных и противоэпидемических мероприятий имеет медицинская сортировка инфекционных больных. На амбулаторно-поликлиническом этапе медицинская сортировка больных должна предусматривать выделение однородных групп больных:

1) по предварительному диагнозу - группа больных с преимущественным поражением отдельных органов и систем;

2) по эпидемиологической опасности;

3) по тяжести;

4) по транспортабельности;

5) по эвакуационному предназначению.

6)

В зависимости от эпидемиологической опасности, например при эвакуации из зоны ЧС, выделяют 4 группы больных:

1) больные высококонтагиозными инфекциями;

2) больные контагиозными инфекциями;

3) больные малоконтагиозными инфекциями;

4) больные неконтагиозными инфекциями.

В инфекционных стационарах: военно-полевой инфекционный госпиталь (ВПИТ) и военно-полевой госпиталь особо опасных инфекций (ВПГООИ) - больных распределяют в приемном отделении по установленному диагнозу или начальным клиническим признакам заболевания на потоки: первый - с преимущественным поражением дыхательных путей и легких; второй - с поражением желудочно-кишечного тракта и органов пищеварения; третий - с поражением центральной нервной системы (ЦНС); четвертый - с поражением кожи и слизистых оболочек; пятый - с выраженными синдромами общей интоксикации без локальных органных поражений. При установлении этиологии осуществляется распределение по нозологическому принципу.

Больные 1-го потока, у которых имеются выраженные признаки поражения органов дыхания: одышка, боль в груди, кашель с мокротой (часто кровянистой), хрипы в легких (легочные формы чумы и сибирской язвы, орнитоз, легионеллез и др.), а также симптомы общей интоксикации и лихорадки, наиболее опасны для окружающих. Поэтому в отношении них требуется проведение строгих противоэпидемических мероприятий.

Менее опасны в эпидемиологическом отношении больные с поражением органов пищеварения, распределенные во 2-й поток. Это прежде всего больные такими заболеваниями как холера, брюшной тиф, с поражениями стафилококковым токсином, геморрагическими лихорадками, острой дизентерией, сальмонеллезными гастроэнтеритами, при которых общетоксические явления сочетаются с выраженными желудочными и кишечными симптомами (рвота, понос, боли в животе, болезненность кишечника). Малоопасны или совсем не опасны составляющие 3-й поток больные ботулизмом, столбняком, бешенством, бактериальными и вирусными менингоэнцефалитами и энцефаломиелитами. При различной симптоматике их объединяет наличие патологических изменений в ЦНС, которые могут возникать уже в самом начале болезни (например, туман перед глазами и двоение предметов при ботулизме; чувство напряжения и затруднения при открывании рта, судорожные сокращения мышц лица и затылка при столбняке; раннее нарушение сознания и менингеальные симптомы при менингоэнцефалитах).

В 4-й и 5-й потоки распределяют больных с высоко- и малоконтагиозными инфекциями. У больных 4-го потока наряду с выраженной интоксикацией на первый план выступает экзантема, которая может быть пятнистой (клещевые риккетсиозы, корь) и геморрагической (геморрагические лихорадки, сыпной тиф). Для больных 5-го потока характерны общие токсические явления, высокая лихорадка и общее тяжелое состояние (сап, мелиоидоз, бруцеллез).

Первоочередной эвакуации в инфекционные стационары или ВПИГ ООИ подлежат с учетом транспортабельности тяжелые больные и все зараженные высококонтагиозными инфекциями, и имеющие признаки поражения органов дыхания. Больных в состоянии средней тяжести и больных контагаозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения эвакуируют во 2-ю очередь, все остальные категории больных - в 3-ю очередь.

Перевозку больных в стационар осуществляет бригада эвакуаторов на специально выделенном автотранспорте. В состав бригады включают врача или среднего медицинского работника, знакомых с правилами соблюдения противоэпидемического режима, двух санитаров и шофера. Шофер эвакобригады при наличии изолированной кабины должен быть одет в комбинезон, при отсутствии - в такой же костюм, что и остальные члены бригады.

Все лица, принимающие участие в эвакуации больных, подозрительных на чуму, геморрагические лихорадки, вызванные вирусами I группы, легочной формой сапа, надевают защитные костюмы I типа; при эвакуации больных холерой - костюмы IV типа. При эвакуации больных, подозрительных на заболевания, вызванные микроорганизмами II группы, используют защитную одежду, предусмотренную при работе с инфекционными больными.

После доставки больного в стационар транспорт и предметы, использованные при транспортировке, обеззараживают на специально оборудованной площадке силами бригады эвакуаторов. По окончании каждого рейса персонал, сопровождающий больного, обязан продезинфицировать обувь, руки, перчатки и клеенчатые фартуки, дополнительно надеваемые при массовых перевозках.

Работу лечебных учреждений по приему больных опасными инфекциями можно разделить на два периода: с момента сигнала о появлении массовой вспышки заболеваний до установления этиологического диагноза и после получения результатов микробиологической диагностики. В первом периоде необходима организация строгого противоэпидемического режима при поступлении больных с клиническими признаками высококонтагиозных инфекций, отнесенных в 1-й, 4-й и, возможно, 5 потоки больных. Кроме того, в этом периоде предусматривается проведение всего комплекса противоэпидемических и защитных мероприятий, необходимых при работе с больными легочной формой чумы, опасными геморрагическими лихорадками. Все дезинфекционные мероприятия осуществляются в режиме, разработанном применительно к наиболее устойчивому спорообразующему возбудителю - сибиреязвенной палочке. Медицинскому персоналу проводятся экстренную профилактику химиопрепаратами по общей схеме. Медицинский персонал работает в защитной одежде I типа.

Во втором периоде при обнаружении возбудителя высококонтагиозного заболевания строгий противоэпидемический режим сохраняется. При установлении диагноза бубонной и кожной чумы, септической формы сибирской язвы, хронической формы сапа и вирусных энцефаломиелитов лошадей следует работать в костюме II-III типов. Медицинский персонал, обслуживающий больных другими инфекциями, использует одежду IV типа. При установлении диагноза бруцеллеза, мелиоидоза, кожной формы сибирской язвы или другой нозологической формы, относящейся к неконтагиозным или малоконтагиозным инфекциям, в лечебных учреждениях устанавливается обычный противоэпидемический режим работы.

Таким образом, противоэпидемическая работа в ЧС является одной из составных частей системы экстренной медицинской помощи населению в большинстве стран ближнего и дальнего зарубежья, как развитых, так и развивающихся. Руководящими органами службы медицины катастроф на разных уровнях являются соответствующие межведомственные координационные комиссии и центры медицины катастроф. На местном и объектовом уровнях функции комиссий возлагаются на штабы медицинской службы гражданской обороны.

Комплекс мероприятий, осуществляемых в ЧС, имеет определенные отличия от обычной системы профилактических и противоэпидемических мероприятий. Эти отличия определяют экстремальными условиями, множественностью воздействия на население поражающих факторов, спецификой действия некоторых из них, необходимостью выбора основного направления противоэпидемической работы при тех или иных нозологических формах и наиболее рационального использования имеющихся ресурсов. Исходя из этого, можно выделить общие признаки организации и проведения противоэпидемической работы при катастрофах независимо от их происхождения и в военное время. Это единый подход к организации санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий и их комплексное осуществление среди пострадавшего населения (воинских контингентов) в ЧС или при ведении военных действий. При этом содержание и объем мероприятий соответствует санитарно-эпидемиологической обстановке в зоне катастрофы. В ликвидации эпидемиологических последствий катастроф принимают участие все медицинские службы при постоянном их взаимодействии независимо от подчиненности.

Для определения конкретных противоэпидемических мероприятий необходимо учитывать особенности различных групп, типов и видов катастроф и их последствия для санитарно-эпидемиологической обстановки. Особое значение приобретает правильно организованное управление противоэпидемической работой. Такая работа включает информационное обеспечение, анализ полученных данных (оценка обстановки на основании санитарно-эпидемиологической разведки, знаний особенностей различных катастроф и многофакторности влияния последних на эпидемиологические последствия).

Bottom of Form 0

**Заключение.**

Чрезвычайные ситуации как правило затрагивают большие массы населения на обширных территориях, и велика вероятность появления большого числа пораженных, нуждающихся в экстренной помощи. В этой ситуации предотвращению жертв может способствовать только комплекс мероприятий по медицинской защите населения, включающий в себя лечебно-эвакуационные, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия. При этом эти мероприятия должны выполняться в максимально сжатые сроки и специальными, профессионально подготовленными формированиями.

Список использованной литературы

1) Гражданская оборона /под общ. ред. А.Т.Алтунина.- М:Воениздат,1980.

2) Организация оказания помощи раненым и больным в ходе их эвакуации // Никулин Н.Д. Военно-медицинский журнал 1989, №4, с. 28-29.

3) Гражданская оборона /под ред. В.И.Завьялова.- М:Медицина, 1989.

4) Руководство по медицинской службе гражданской обороны //под ред. А.И.Бурназяна. - М:Медицина, 1983.

5) Военно-медицинская подготовка под ред. Кушинского М. Медицина 1975.