Федеральное агентство по образованию

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

По предмету: содержание и методика социально-медицинской работы

Тема: «Социально-медицинская помощь гражданам в чрезвычайных ситуациях»

Руководитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оценка, дата)

Разработал:

**Содержание**

Введение

Стихийные бедствия

Пожары и их последствия

Радиационные катастрофы и аварии, связанные с выбросом химических веществ и энергии

Система оказания медицинской помощи и лечения, пострадавших в чрезвычайных ситуациях

Структура службы медицины катастроф

Заключение

Библиографический список

**Введение**

Чрезвычайная ситуация – внешне неожиданная, внезапно возникающая обстановка, характеризующаяся резким нарушением установившегося процесса или явления и оказывающая значительное отрицательное воздействие на жизнедеятельность людей, функционирование экономики, социальную сферу и природную среду. В мирное время такие ситуации могут возникать в результате производственных аварий, катастроф, стихийных бедствий, экологических бедствий (катастроф), диверсий или факторов военно-политического характера.

Для практических нужд общую классификацию чрезвычайных ситуаций (ЧС) наиболее целесообразно строить по типам и видам лежащих в их основе чрезвычайных событий; при этом можно частично в тех или иных звеньях классификационной структуры использовать принадлежность, причинность или масштаб ЧС. По такому комплексу признаков все ЧС мирного времени разбивают на пять групп:

1. сопровождающиеся выбросом опасных веществ в окружающую среду;
2. связанные с возникновением пожаров, взрывами и их последствиями;
3. на транспортных коммуникациях;
4. вызванные стихийными бедствиями;
5. военно-политического характера.

Главная задача в борьбе со стихийными бедствиями и катастрофами – это предотвращение или сведение к минимуму людских потерь, числа пострадавших и уменьшение их страданий.

Существует несколько основных направлений борьбы с катастрофами:

* сведение к минимуму числа пострадавших, если бедствие нельзя предотвратить, т.е. проведение защитных мероприятий, включая и медицинскую защиту;
* спасение жертв катастрофы;
* своевременное обеспечение первой медицинской помощи;
* оказание раненым последующих видов (доврачебной и первой врачебной) медицинской помощи с эвакуацией в медицинские учреждения;
* обеспечение квалифицированной и специализированной медицинской помощи;
* создание пострадавшим нормальных условий для жизнедеятельности.

Эффективным средством уменьшения пагубных последствий стихийного бедствия или катастрофы являются также медицинские профилактические мероприятия:

* предоставление соответствующего укрытия для пострадавших;
* создание условий для выполнения элементарных норм личной гигиены;
* обеспечение доставки питьевой воды;
* снабжение доброкачественным продовольствием.

Причины травматизации, заболеваемости и смертности людей при стихийных бедствиях и катастрофах можно объединить в 4 основные группы: травматические (термические) повреждения, психоэмоциональные стрессы, эпидемические (эндемические) заболевания, комбинированные поражения.

Соотношение числа погибших и получивших травмы бывает различным в зависимости от вида стихийного бедствия и (или) катастрофы. Число травм и заболеваний обычно превышает число смертельных случаев при пожарах, наводнениях, землетрясениях, эпидемиях. Число же смертельных случаев часто выше при ураганах, извержениях вулканов, оползнях, сходах лавин.

Неотложная медицинская помощь особенно необходима в течение первых 6-24 ч после катастрофы. Лечение пострадавших при стихийных бедствиях и других катастрофах может проводиться как месте или в ближайших лечебных учреждениях, так и в ЛПУ, находящихся на удалении от места катастрофы. Опыт медицинского обеспечения различных катастроф показывает, что оба эти варианта, а также их сочетание могут с успехом применяться в тех или иных ЧС в зависимости от их медико-тактической характеристики.

При скоротечных ЧС (ураганах, смерчах, взрывах и др.) возможность оказания медицинской помощи представляется только после окончания действия поражающих фактов, а при длительно текущих (пожарах, наводнениях, эпидемиях и др.) медицинская помощь организуется непосредственно в момент действия поражающих факторов. Причем такие стихийные бедствия и техногенные катастрофы, как землетрясения, случаи массового отравления и др., могут потребовать привлечения значительных сил и средств для оказания медицинской помощи.

**Стихийные бедствия**

Стихийные бедствия всегда наносили человечеству колоссальный материальный ущерб и приводили к массовой гибели людей.

Среди наиболее значимых стихийных бедствий выделяются землетрясения, извержения вулканов, наводнения, оползни, сели, ураганы (бури), необычайные морозы, засухи, пожары и др.

Сейсмическими стихийными бедствиями являются землетрясения, которые представляют собой колебания земной коры. Землетрясения интенсивностью в 6-7 баллов и выше нарушают нормальную жизнедеятельность людей и представляют опасность для их здоровья и жизни. Людские потери и материальный ущерб при землетрясении обусловлены прежде всего степенью разрушения зданий, поэтому при интенсивности его более 9 баллов в течение нескольких минут и даже секунд возможна массовая гибель людей. Наиболее сложная обстановка возникает в больших городах, когда в результате землетрясения разрушаются здания, сооружения, коммуникации, системы газо-, водоснабжения и канализации, возникают пожары, появляется значительно число пострадавших с травмами, ожогами, синдромами длительного сдавливания.

Для выполнения мероприятий по ликвидации последствий ЧС необходимо привести в действие все силы и средства медицинской службы и обеспечить круглосуточный режим их работы.

В зоне стихийного бедствия во время проведения спасательных работ оказывается первая медицинская помощь. Она осуществляется в порядке само- и взаимопомощи, а также личным составом спасательных формирований. На пострадавших объектах этот вид помощи оказывается здравпунктами, а в жилых районах – подвижными формированиями сборно-эвакуационного пункта. Важная задача возлагается на врачей бригад, первыми прибывших в очаг бедствия. Они должны сориентироваться в масштабе и характере катастрофы, количестве и виде поражений, найти возможности для информирования органов здравоохранения и т.д. Кроме первой медицинской (доврачебной) помощи в очаге оказывается также и первая врачебная помощь с возможными элементами квалифицированной. После оказания первой врачебной помощи пострадавшие сразу же доставляются в ближайшие больницы для оказания им квалифицированной и специализированной медицинской помощи и проведения необходимого лечения.

Среди климатических стихийных бедствий наиболее значимым является наводнение – временное затопление водой значительной части суши, прилегающей к реке, озеру или водохранилищу.

От наводнения больше, чем от какого-либо другого стихийного бедствия, страдает население, так как оно приводит к затоплению населенных пунктов, дорог, сельскохозяйственных угодий и т.д.

При наводнениях любого вида отмечаются характерные медицинские последствия: утопления (асфиксия), механические травмы, воспалительные заболевания со стороны легочной системы, появление у значительной части населения нервно-психического перенапряжения, обострение различных хронических болезней. Отмечается гипотермия в связи с переохлаждением, ухудшается санитарно-гигиеническое и санитарно-эпидемиологическое состояние пострадавшего региона. При наводнении или катастрофическом затоплении водой населенных пунктов на больших территориях тактика деятельности здравоохранения и использования медицинских сил и средств имеет свои особенности. В данном случае имеют значение прежде всего масштабы территории затопления и тот факт, что большое количество людей оказывается без крова, питьевой воды и продуктов питания, подвергается воздействию холода, ветра и других метеорологических факторов.

Величина и структура потерь будут изменяться в зависимости от плотности населения в зоне затопления, своевременности оповещения, расстояния населенного пункта от места начала наводнения и расположения медицинских учреждений, температуры воды и окружающего воздуха, времени суток и других особенностей.

Большое значение в ликвидации медицинских последствий играет санитарно-эпидемическое состояние зоны бедствия, где могут разрушаться системы водоснабжения, канализации, сливных коммуникаций и т.п. Все это, а также скопление людей на ограниченной территории при значительном ухудшении их бытовых условий будет способствовать возникновению и распространению инфекционных заболеваний.

Как показывает опыт, вслед за катастрофическим затоплением в первую очередь активизируются традиционные кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллезы, гепатит), за которыми появляется волна зоонозов (лептоспироз, туляремия).

Первая медицинская помощь пострадавшим при наводнении включает прежде всего согревание, искусственную, вентиляцию легких, непрямой массаж сердца, а также наложение повязок при травмах, транспортную иммобилизацию при переломах, введение обезболивающих средств. Первая врачебная помощь включает простейшие мероприятия, направленные на поддержание жизненных функций организма, - введение сердечных и успокаивающих средств, ингаляцию кислорода, при переломах – транспортную иммобилизацию, согревание, введение обезболивающих средств и др.

В лечебных учреждениях, куда эвакуируются пострадавшие, для них готовятся палаты в основном терапевтического профиля, устанавливается необходимое оборудование, создается запас определенных средств.

Для организации санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в зоны катастрофического затопления направляются санитарно-эпидемиологические отряды и бригады экстренной санитарно-профилактической помощи, которые создаются на базе центров гигиены и эпидемиологии разного уровня.

**Пожары и их последствия**

К природным катастрофам относятся также и пожары – стихийное распространение огня, вышедшего из-под контроля человека. Они носят огромный материальный ущерб и часто влекут за собой гибель людей, вызывают ожоги и травмы, отравления угарным газом, оказывают на население психотравмирующее воздействие.

При ликвидации последствий пожаров первостепенное значение имеет спасение пострадавших:

* тщательный розыск пострадавших на задымленной территории внутри горящих помещений, который чаще всего осуществляют пожарные и спасательные подразделения;
* оказание пострадавшим (по возможности) первой медицинской помощи и (или) экстренная эвакуация их из задымленной атмосферы;
* максимальное приближение и оказание первой врачебной помощи;
* необходимость оказания медицинской помощи большому числу обожженных, а также пострадавшим с отравлениями продуктами горения, в том числе и оксидом углерода (в 70% случаев).

Последнее требует усиления лечебных учреждений ожоговыми бригадами и дополнительного обеспечения их необходимыми лекарственными средствами, аппаратурой и оборудованием.

Лесной пожар, площадь которого больше 2 км2, считается крупным и, как правило, сочетает в себе элементы различных видов пожаров. При особо благоприятных условиях лесные верховые пожары могут перерасти в огневые штормы, когда окружающий воздух с ураганной скоростью засасывается к центру пожара, а большая температура и громадной высоты пламя полностью уничтожают все.

Степные пожары имеют вид перемещающейся кромки горения. При сильном ветре фронт огня может передвигаться со скоростью до 30 км/ч, а в гористой местности (вверх) – до 50 км/ч.

Торфяные пожары на торфоразработках и на торфяных болотах могут возникнуть от самовозгорания или результате нарушения правил эксплуатации техники, с помощью которой добывается торф; в сухую погоду могут возникнуть от любой искры.

Вторичными последствиями пожаров могут быть взрывы и утечки ядовитых или загрязняющих веществ в окружающую среду; кроме того, большой ущерб нетронутым огнем помещениям и хранящимся в них предметам может нанести применяемая для тушения пожара вода.

**Радиационные катастрофы и аварии, связанные с выбросом химических веществ и энергии**

Крупные аварии, возникающие на промышленных и других объектах, по объему разрушений и человеческим жертвам, а также по характеру последствий могут быть очень серьезными, сравнимыми с воздействием современного оружия. Особенно опасны аварии на атомных станциях, где разрушение энергетических установок (реакторов) с ядерным топливом может привести не только к радиационному заражению больших площадей, но и к образованию ударной волны. К настоящему времени в мире зафиксировано более 150 аварий на атомных электростанциях с утечкой радиоактивности.

На случай радиационной аварии рассматривают 5 зон, имеющих различную степень опасности для здоровья людей и характеризуемых той или иной возможной дозой облучения.

Зона экстренных мер защиты населения – территория, в пределах которой доза внешнего γ-облучения населения за время формирования радиоактивного следа выброса при аварии на радиационно опасных объектах может превысить 75 рад, а доза внутреннего облучения щитовидной железы за счет поступления в организм человека радиоактивного йода – 250 рад.

Зона профилактических мероприятий – территория, в пределах которой доза внешнего γ-облучения населения за время формирования радиоактивного следа выброса при аварии на радиационно опасных объектах может превысить 25 рад (но не более 75), а доза внутреннего облучения щитовидной железы радиоактивным йодом может превысить 30 рад (но не более 250).

Зона ограничений – территория, в пределах которой доза внешнего γ-облучения населения за время формирования радиоактивного следа выброса при аварии может превысить 10 рад (но не более 25), а доза внутреннего облучения щитовидной железы радиоактивным йодом не превышает 30 рад.

Зона возможного опасного радиоактивного загрязнения – территория, в пределах которой прогнозируются дозовые нагрузки, превышающие 10 бэр в год.

Зона радиационной аварии – территория, на которой могут быть превышены пределы дозы и пределы годового поступления.

Самый большой выброс радиоактивных веществ произошел при аварии на Чернобыльской АЭС 26 апреля 1986 г. К 6 мая 1986 г. он составил около 63 кг, что соответствует 3,5% общего количества радионуклидов в реакторе на момент аварии. (Нуклиды – любые атомы, отличающиеся составами ядер, т.е. либо разным числом нуклонов, либо при одинаковом числе нуклонов различными соотношениями между числом протонов и нейтронов; нуклоны – общее название протонов и нейтронов).

Масштабы и продолжительность заражения при аварии на химических объектах обусловливаются:

* физико-химическими свойствами веществ;
* количеством вредных веществ, выброшенных на местность, в атмосферу и в источники воды;
* метеорологическими условиями;
* оперативностью оповещения и принятия мер;
* подготовленностью обслуживающего персонала к ликвидации последствий разлива веществ;
* характеристиками объектов заражения (для местности – наличием и характером растительного покрова, местами возможного застоя воздуха; для источников воды – площадью поверхности, глубиной, скоростью течения, наличием грунтовых вод, состоянием берегов, характеристикой прибрежных грунтов, для населения – степенью защищенности от поражения химическими веществами, характером деятельности; для материальных средств – характеристикой материалов, подвергшихся заражению, в том числе их пористостью, наличием и составом лакокрасочных покрытий).

Зона распространения – площадь химического заражения воздуха за пределами района аварии, создаваемая в результате движения облака паров (или аэрозолей) химических веществ по направлению ветра и ограниченная изолинией средних значений.

Особую опасность с точки зрения возможных потерь и материального ущерба представляют взрывы.

Взрыв – это освобождение большого количества энергии в ограниченном объеме за короткий промежуток времени. Он приводит к образованию сильно нагретого газа (плазмы) с очень высоким давлением, который при моментальном расширении оказывает ударное механическое воздействие на окружающие тела. Взрыв в твердой среде сопровождается ее разрушением и дроблением, в воздушной или гидравлической ударных волн, которые и оказывают разрушающее воздействие на помещенные в них объекты.

Основными поражающими факторами взрыва являются:

* воздушная ударная волна, возникающая при ядерных взрывах инициирующих и детонирующих веществ, при взрывных превращениях облаков топливо-воздушных смесей, взрывах резервуаров с перегретой жидкостью и резервуаров под давлением;
* осколочные поля, создаваемые летящими обломками разного рода предметов технологического оборудования, строительных деталей и т.п.

Взрывоопасный объект – объект, на котором хранятся, используются, производятся, транспортируются вещества, приобретающие при определенных условиях способность к взрыву. К взрывоопасным объектам относятся: предприятия оборонной, нефтедобывающей, нефтеперерабатывающей, нефтехимической, химической, газовой, хлебопродуктовой, текстильной и фармацевтической промышленностей, склады легковоспламеняющихся и горючих жидкостей, сжиженных газов.

При пожарах и взрывах люди получают термические и механические повреждения; наиболее характерны ожоги.

**Система оказания медицинской помощи и лечения, пострадавших в чрезвычайных ситуациях**

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших предусматривает двухэтапную систему оказания медицинской помощи и лечения пораженных с их эвакуацией по назначению. При этом пострадавшие обеспечиваются следующими строго регламентируемыми видами экстренной медицинской помощи: догоспитальными – первой медицинской, доврачебной, первой врачебной и специализированной медицинской помощью.

Первый этап медицинской эвакуации – это оказание доврачебной и первой врачебной помощи, которая осуществляется сохранившимися в зоне бедствия лечебными учреждениями, временными медицинскими пунктами, развернутыми бригадами скорой медицинской помощи, фельдшерскими и врачебно-сестринскими бригадами, направленными в очаг катастрофы из близлежащих лечебных учреждений, а возможно, и медицинскими пунктами воинских частей.

Первая медицинская помощь – это помощь, которая оказывается непосредственно на месте получения повреждения (в очаге) или вблизи его преимущественно в порядке само- и взаимопомощи, а также личным составом спасательных формирований, медицинскими работниками здравпунктов (медико-санитарных частей). Для ее оказания, как правило, не требуется развертывания каких-либо штатных медицинских подразделений и используются медицинские и подручные средства. Она заключается в проведении простейших медицинских и других мероприятий, которые направлены на спасение жизни пострадавшего, предупреждение тяжелых осложнений (асфиксия, шок, кровотечение, раневая инфекция и т.п.), а также в подготовке пострадавших к эвакуации.

Среди мероприятий первой медицинской помощи особое значение приобретают: временная остановка наружного кровотечения, введение обезболивающих средств, устранение асфиксии, проведение искусственного дыхания и непрямого массажа сердца с целью восстановления дыхательной и сердечной деятельности, иммобилизация поврежденных конечностей, закрытие раневых поверхностей с помощью асептических повязок, использование препаратов из аптечки АИ-2 и др.

Следует отметить, что первая медицинская помощь должна быть оказана в кратчайшие сроки, не позднее первых 30 мин, независимо от масштабов и вида катастрофы, ибо с течением времени спасение жизни пораженных становится проблематичным.

По данным ВОЗ, спустя час после катастрофы умирают 30% тяжелопострадавших, которым своевременно не была оказана первая медицинская помощь, через 3 ч – 60%, а через 6 ч – 90%. С промедлением оказания первой медицинской помощи также быстро нарастает и частота осложнений у раненых. Поэтому первую медицинскую помощь оказывают уже в ходе ведения спасательных работ, которые идут круглосуточно и на всей территории района катастрофы. При этом необходимо учитывать радиационную и химическую обстановку, которая в ряде случаев требует использования индивидуальных средств защиты (респираторы, противогазы, средства защиты кожи и др.)

Таким образом, основная цель первой медицинской помощи – спасение жизни пораженного – может быть достигнута после устранения продолжающегося воздействия поражающего фактора, устранения последствий поражения и быстрой эвакуации пострадавшего из опасной зоны.

В районе катастрофы работу по оказанию медицинской помощи пораженным условно можно разделить на три периода (фазы):

Изоляция – с момента возникновения катастрофы до начала организованного проведения спасательных работ;

Спасение – от начала спасательных работ до завершения эвакуации пострадавших за пределы очага;

Восстановление – с медицинской точки зрения характеризуется проведением планового лечения и реабилитации пострадавших до окончательного исхода.

Продолжительность периода изоляции может быть от нескольких минут, как было при взрывах в Свердловске и Арзамасе (1988 г.), до нескольких часов – при землетрясении в Армении (1988 г.). Учитывая это, необходимо отметить, что все население должно быть обучено правилам поведения в ЧС и, особенно, методам оказания первой медицинской помощи в порядке само- и взаимопомощи.

Основные мероприятия первой врачебной помощи по срочности делятся на неотложные и мероприятия, выполнение которых в сложившейся обстановке может быть вынуждено отложено или перенесено на следующий этап медицинской эвакуации.

К неотложным мероприятиям относятся:

* устранение асфиксии;
* остановка наружного кровотечения;
* проведение противошоковых мероприятий;
* отсечение конечности, висящей на лоскуте мягких тканей;
* катетеризация или капиллярная пункция мочевого пузыря с эвакуацией мочи при задержке мочевыделения;
* проведение мероприятий, направленных на устранение десорбции химических веществ или одежды и позволяющих снять противогаз с людей, поступивших из очага химического поражения;
* введение антидотов, применение противосудорожных, бронхорасширяющих и противорвотных средств;
* дегазация раны при загрязнении ее стойкости химическими веществами;
* промывание желудка при помощи зонда в случае попадания химических и радиоактивных веществ в желудок;
* применение антитоксической сыворотки при отравлении бактериальными токсинами и неспецифическая профилактика инфекционных заболеваний.

К мероприятиям, которые могут быть отсрочены, относится устранение недостатков первой и доврачебной помощи (исправление повязок, улучшение транспортной иммобилизации).

Лечебно-эвакуационные мероприятия относятся к одним из основных и наиболее трудоемких видов деятельности здравоохранения при ликвидации медицинских последствий в чрезвычайных ситуациях. Принципы организации экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС отражают медико-социальные особенности этого периода и основаны на общих положениях охраны здоровья населения. В этой связи для организации лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных в зонах катастроф возникла необходимость в использовании специальной системы лечебно-эвакуационных мероприятий и соответствующих формирований и учреждений службы экстренной медицинской помощи для ее реализации, а также разработка новых форм и методов работы службы.

Она предусматривает оказание в кратчайшие сроки и в оптимальных объемах медицинской помощи большому контингенту пострадавших. Для достижения этих целей необходимо проведение целого ряда мероприятий организационного характера, объединенных понятием «лечебно-эвакуационное обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях».

Опыт работы медицинской службы в прошлых войнах и в районных стихийных бедствий свидетельствует о том, что от времени, прошедшего с момента получения травмы до оказания медицинской помощи, зависит исход многих видов поражений. Однако в районе катастрофы или стихийного бедствия условия для оказания пострадавшим медицинской помощи и лечения в полном объеме, как показала практика, почти всегда отсутствуют. Сохранившихся медицинских работников и лечебно-профилактических учреждений вблизи очага катастрофы, как правило, совершенно недостаточно, а перемещение в очаг бедствия в короткий срок большого количества учреждений здравоохранения извне практически невозможно. В связи с этим в настоящее время признано целесообразным расчленять единый процесс оказания помощи и лечения по месту и времени, т.е. сочетать оказание помощи с эвакуацией пострадавших, что и было названо лечебно-эвакуационным обеспечением.

Лечебно-эвакуационное обеспечение представляет собой систему научно обоснованных мероприятий по оказанию медицинской помощи пострадавшим, их лечению с одновременной эвакуацией в специализированные учреждения для продолжения лечения до окончательного исхода.

Лечебно-эвакуационные мероприятия относятся к одним из основных и наиболее трудоемких видов деятельности здравоохранения при ликвидации медицинских последствий в ЧС. Принципы организации экстренной медицинской помощи пострадавшим в системе лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС отражают медико-социальные особенности этого периода и основаны на общих положениях охраны здоровья населения. В этой связи для организации лечебно-эвакуационных мероприятий пораженных в зонах катастроф возникла необходимость в использовании специальной системы лечебно-эвакуационных мероприятий и соответствующих формирований и учреждений службы экстренной медицинской помощи для ее реализации, а также разработки новых форм и методов работы службы.

**Структура службы медицины катастроф**

Структура учреждений, обеспечивающих медико-санитарную помощь в условиях чрезвычайных ситуаций на федеральном уровне складывается из Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава России с входящими в него штабом, формированиями, подразделениями экстренной и планово-консультативной помощи населению, специализированными формированиями и учреждениями Госсанэпидслужбы и Федерального управления «Медбиоэкстрем»; Всеармейского центра экстренной медицинской помощи и медицинских отрядов специального назначения Минобороны России, учреждений и формирований федерального подчинения МВД России, МПС России, других министерств и ведомств, предназначенных для участия в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; клинической базы, предназначенной для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации, оказания экстренной, планово-консультативной, скорой и неотложной медицинской помощи населению.

На региональном уровне необходимые мероприятия проводят: региональные центры медицины катастроф, межрегиональные центры по чрезвычайным ситуациям Госсанэпидслужбы в Москве и Новосибирске и центры Госсанэпиднадзора регионального уровня, формирования регионального подчинения Минобороны России, МВД и МПС России, других ведомств, расположенных на данной территории, предназначенные для участия в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

Местный уровень (в масштабе отдельных городов, районов) складывается из формирования службы медицины катастроф конкретного объекта (санитарные посты, санитарные дружины, бригады и др.), предназначенные для участия в ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Орган управления службы медицины катастроф с правом юридического лица создается приказом Минздрава России и выполняет функции штаба Всероссийской службы медицины катастроф региона. Функции региональных центров выполняют территориальные центры медицины катастроф в Хабаровске, Новосибирске, Чите, Красноярске, Екатеринбурге, Самаре, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону.

Орган управления службы медицины катастроф субъекта РФ с правом юридического лица изучает и прогнозирует медико-санитарную обстановку при возникновении чрезвычайной ситуации на своей территории, обеспечивает готовность Всероссийской службы медицины катастроф данного уровня, организует и поддерживает взаимодействие, руководит медико-санитарным обеспечением при ликвидации чрезвычайной ситуации.

Формирования Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) включают: подвижные госпитали, отряды, бригады, группы и другие формирования, создаваемые для решения задач службы медицины катастроф в соответствии с утвержденными штатами из персонала лечебно-профилактических и научно-исследовательских учреждений и обеспеченные по табелям специальным оснащением и оборудованием. Предназначаются для работы в зонах (районах) чрезвычайных ситуаций, могут быть штатными и нештатными (существующими и создаваемыми при чрезвычайных ситуациях) формированиями. Организуются на всех уровнях Всероссийской службы медицины катастроф.

 Федеральный и региональный уровни:

* полевой многопрофильный госпиталь Всероссийского центра медицины катастроф «Защита»;
* бригады специализированной медицинской помощи постоянной готовности: радиологические, токсикологические, психиатрические, инфекционные, детские, хирургические, ожоговые, гинекологические. Терапевтические, педиатрические и др.;
* медицинские отряды специального назначения Минобороны России;
* санитарно-эпидемиологические отряды, специализированные противоэпидемиологические бригады.

Территориальный и местный уровни:

* бригады скорой медицинской помощи (врачебные, фельдшерские);
* бригады специальной медицинской помощи (хирургические, травматологические, нейрохирургические, педиатрические, психиатрические, ожоговые, трансфузионные, анестезиологические и др.);
* бригады первой врачебной помощи;
* группы эпидразведки;
* противоэпидемические бригады, санитарно-эпидемиологические бригады;
* санитарные посты и санитарные дружины (местный уровень).

Объектовый уровень:

* бригады скорой врачебной помощи;
* санитарные посты и санитарные дружины.

В зависимости от конкретных условий перечень формирования не всех уровнях может меняться.

Федеральный закон «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» определяет основные задачи, требующие своего решения при чрезвычайных ситуациях:

* разработка и реализация правовых и экономических норм, связанных с обеспечением защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций;
* осуществление целевых и научно-технических программ, направленных на предупреждение чрезвычайных ситуаций и повышение устойчивости функционирования предприятий, учреждений и организаций независимо от их организационно-правовых норм, а также подведомственных им объектов производственного и социального назначения в чрезвычайных ситуациях;
* обеспечение готовности к действиям органов управления, сил и средств, предназначенных для предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;
* ликвидация чрезвычайных ситуаций;
* осуществление мероприятий по социальной защите населения, пострадавшего от чрезвычайных ситуаций, и проведение гуманитарных акций;
* подготовка населения к действиям в чрезвычайных ситуациях;
* прогнозирование и оценка социально-экономических последствий чрезвычайных ситуаций;
* реализация прав и обязанностей населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций, в том числе лиц, непосредственно участвующих в их ликвидации;
* создание резервов финансовых и материальных ресурсов для ликвидации чрезвычайных ситуаций;
* международное сотрудничество в области защиты населения и территории от чрезвычайных ситуаций.

На Всероссийскую службу медицины катастроф возлагается проведение следующих лечебно-эвакуационных мероприятий: участие (совместно с аварийно-спасательными и другими формированиями Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций) в оказании пораженным (больным) первой медицинской помощи и их эвакуация из очага поражения, организация и оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи, создание условий для их последующего лечения и реабилитации, организация медицинской эвакуации пораженных (больных) на этапе медицинской эвакуации.

При ликвидации последствий чрезвычайной ситуации лечебно-эвакуационное обеспечение осуществляется на основе системы этапного лечения с эвакуацией пораженных (больных) по назначению.

Медицинская служба гражданской обороны (МСГО) создается по территориально-производственному принципу на базе органов и учреждений здравоохранения мирного времени независимо от их ведомственной принадлежности. Начальниками МСГО являются соответствующие руководители органов здравоохранения – министры здравоохранения республик, заведующие отделами здравоохранения (краев, областей, городов и городских районов), главные врачи центральных районных больниц в сельской местности, главные врачи поликлиник и медико-санитарных частей на объектах народного хозяйства. Для руководства медицинскими силами и средствами при начальниках создаются штабы медицинской службы, в состав которых входят руководящие работники здравоохранения.

В состав медицинской службы входят ее органы управления (штабы МСГО и управления больничными базами), медицинские формирования и учреждения, а также массовые медицинские формирования – санитарные дружины, отряды санитарных дружин, санитарные посты, создаваемые на объектах народного хозяйства.

Основными задачами МСГО являются: своевременное оказание всех видов медицинской помощи пораженным и больным, их лечение с целью быстрейшего восстановления здоровья и возвращения к труду.

Специализированные противоэпидемиологические бригады создаются на базе специализированных противоэпидемических учреждений (институтов, станций) и предназначаются для работы главным образом в очагах особо опасных инфекций, где на них возлагаются бактериологическая разведка, лабораторные бактериологические исследования и участие в организации и проведении комплекса противоэпидемиологических мероприятий.

Группы эпидемиологической разведки создаются на базе противоэпидемиологических учреждений. Они предназначаются для эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний и отбора проб с объектов внешней среды с целью последующих бактериологических исследований в лабораториях.

К медицинским учреждениям службы относятся лечебные учреждения – профилированные больницы, головные больницы, сортировочно-эвакуационные госпитали, эвакоприемники, инфекционные госпитали.

Профилированные больницы МСГО создаются на базе существующих лечебных учреждений. Предусматривается создание профилированных больниц – нейрохирургических, торако-абдоминальных, травматологических для пораженных с травмами конечностей, ожоговых, токсико-терапевтических, инфекционных, психоневрологических. Кроме того, при пунктах сбора легкопораженных создаются специальные больницы для лечения легкопораженных.

На профилированные больницы возлагается оказание специализированной медицинской помощи пораженным и их лечение до окончательных исходов.

**Заключение**

Специалистами выделяются основные признаки чрезвычайных ситуаций:

- сопровождающиеся выбросом опасных веществ в окружающую среду;

- связанные с возникновением пожаров, взрывами и их последствиями; на транспортных коммуникациях;

- вызванные стихийными бедствиями; военно-политического характера.

Главная задача в борьбе со стихийными бедствиями и катастрофами является сведение к минимуму людских потерь, числа пострадавших и уменьшение их страданий.

Основные направления борьбы с катастрофами: сведение к минимуму числа пострадавших, если бедствие нельзя предотвратить, т.е. проведение защитных мероприятий, включая и медицинскую защиту; спасение жертв катастрофы; своевременное обеспечение первой медицинской помощи; оказание раненым последующих видов (доврачебной и первой врачебной) медицинской помощи с эвакуацией в медицинские учреждения; обеспечение квалифицированной и специализированной медицинской помощи; создание пострадавшим нормальных условий для жизнедеятельности.

Для уменьшения пагубных последствий стихийного бедствия или катастрофы являются медицинские профилактические мероприятия:

* предоставление соответствующего укрытия для пострадавших;
* создание условий для выполнения элементарных норм личной гигиены;
* обеспечение доставки питьевой воды;
* снабжение доброкачественным продовольствием.

Основные причины травматизации, заболеваемости и смертности людей при стихийных бедствиях и катастрофах: травматические (термические) повреждения, психоэмоциональные стрессы, эпидемические (эндемические) заболевания, комбинированные поражения.

Лечебно-эвакуационные мероприятия проводит Всероссийская служба медицины катастроф. Она участвует (совместно с аварийно-спасательными и другими формированиями Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций) в оказании пораженным (больным) первой медицинской помощи и их эвакуации из очага поражения, оказывает квалифицированную и специализированную медицинскую помощь, создает условия для их последующего лечения и реабилитации, организовывает медицинскую эвакуацию пораженных (больных) на этапе медицинской эвакуации.

**Библиографический список**

1. Федеральный закон «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 4 декабря 2006 года № 206-ФЗ.
2. Артюнина, Г.П. Основы социальной медицины.[текст]: учеб. пособие для вузов/Г.П. Артюнина. – Псков. гос. пед. универ. им. С.М. Кирова. – М.: Акад. Проект, 2005. – 573 с.
3. Бойко, О.В. Охрана психического здоровья.[текст]: учеб. пособие для студ. вузов/О.В. Бойко. – М.: Академия, 2004. – 268 с.
4. Давлицарова, К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь.[текст]: учеб. пособие для студ. учеб. сред. проф. обр./К.Е. Давлицарова. – М.: Форум-ИНФРА-М, 2004. – 367 с.
5. Ткаченко, В.С. Основы социальной медицины.[текст]: учеб. пособие /В.С. Ткаченко. – М.: Инфра-М, 2004. – 368 с.
6. Черносвитов, Е.В. Специальная социальная медицина.[текст]: учеб. пособие для студ. вузов/Е.В. Черносвитов. – М.: Фонд «Мир»: Акад. проект, 2004. – 178 с.