Челябинская государственная медицинская академия

Кафедра организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера и в военное время

Зав. кафедрой – заслуженный работник высшей школы

РФ, доцент Скударь Е.Л.

Дисциплина: Медицинское обеспечение мероприятий гражданской обороны

Методическая разработка к теме № 5

**«Медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий гражданской обороны»**

Подготовлена: д.м.н.,

член-корр. Академии военных наук

А.Е. Локтевым

**План лекции**

1. Медицинское обеспечение при угрозе нападения противника. Развертывание сил и средств МС ГО. Эвакуация лечебно-профилактических учреждений
2. Организация медицинского обеспечения населения на сборных (приемных) эвакуационных пунктах, на промежуточных пунктах эвакуации, на станциях(пунктах) посадки(высадки) и в пути следования
3. Медико-психологическое обеспечение населения и спасателей при проведении спасательных и неотложных аварийно-восстановительных работ в очагах массового поражения (заражения)

**Литература**

1. Руководство по медицинской службе Гражданской обороне/ Под ред. А.И. Бурназяна - М.: Медицина, 1983, 496 с.
2. Организация медицинской службы гражданской обороны Российской Федерации/ Под ред. Ю.И. Погодина, С.В. Трифонова – М.: Медицина, 2002, 168 с.
3. Гражданская оборона: Учеб. пособие / Под ред. В.Н. Завьялова – М.: Медицина, 1989. – 272 с.: ил.
4. Федеральный закон РФ «О гражданской обороне» от.12.02.1998г. № 28 – ФЗ (принят ГД 26.12.97г., Одобрен Советом Федерации 28.01.98 г. В редакции ФЗ от 09.10.2002г. № 123 - ФЗ, от 19.06.2004 г. № 51- ФЗ).
5. Безопасность жизнедеятельности: Учебник В.Ю. Микрюков - Изд. 2 – е - Ростов-на-Дону: Феникс, 2007 г. – 557 с.: ил.
6. Безопасность жизнедеятельности: Учебник для вузов, 2-е изд./ Под ред. Михайлова Л.А. - СПб: Питер, 2008 г - 461с.- ил.
7. Иванюков М.И., Алексеев В.А. Основы безопасности жизнедеятельности: Учебное пособие - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2007 г. – 240 с.
8. Безопасность жизнедеятельности: учеб. для студ. сред. проф.учеб. заведений/ Э.А.Арустамов, И.В.Косолапова, И.А.Прокопенко, Г.В.Гуськов - 6-е изд. стер.- М.: Издательский центр «Академия», 2007г.- 176 с.
9. Безопасность жизнедеятельности: учеб. пособие /А.Т.Смирнов, М.А.Шахраманьян, Н.А.Крючек и др.-М.: Дрофа, 2005г. - 224с., 8 л. цв. вкл.
   * 1. **Медицинское обеспечение при угрозе нападения противника. Развертывание сил и средств МС ГО. Эвакуация лечебно-профилактических учреждений**

Перевод медицинской службы ГО на военное положение - это один из наиболее ответственных и сложных периодов ее деятельности. При этом порядок и последовательность выполнения всех медицинских мероприятий осуществляются по установленным степеням готовности ГО, которые определяются заблаговременно в мирное время.

**В Российской Федерации установлены следующие степени готовности ГО:**

***«Повседневная»;***

***«Первоочередные мероприятия ГО первой группы»;***

***«Первоочередные мероприятия ГО второй группы»;***

***«Общая готовность гражданской обороны».***

Приведение в готовность МС ГО и перевод ее с мирного на военное положение обеспечивает устойчивое управление медицинскими силами в военное время, снижение потерь населения и личного состава службы путем проведения мероприятий по медицинской защите, повышению устойчивости работы объектов здравоохранения в военное время и подготовку медицинских сил и средств к медицинскому обеспечению населения при нападении противника.

**Приведение ГО в готовность той или иной степени может осуществляться либо последовательно, либо, в зависимости от обстановки, сразу в высшие степени готовности, с обязательным проведением мероприятий, предусмотренных предшествующими степенями готовности.** Для своевременного наращивания сил ГО и подготовки их к выполнению задач в особых случаях решением Президента РФ часть органов управления ГО может приводиться в высшие степени готовности заблаговременно.

**Для сокращения сроков перевода МС ГО на военное положение, еще до ввода в действие планов гражданской обороны, предусматривается выполнение первоочередных мероприятий ГО первой и второй группы, повышающих готовность медицинской службы гражданской обороны. Эти мероприятия должны выполняться скрытно, под видом учений, тренировок и ремонтных работ.**

При планомерном переводе системы гражданской обороны с мирного на военное положение, **с получением распоряжения о проведении первоочередных мероприятий ГО первой группы, начальник МС ГО осуществляет оповещение и сбор руководящего состава МС ГО, после чего доводит обстановку, полученную от соответствующего органа управления по делам ГОЧС, ставит задачу работникам своего штаба, распределяет руководящий состав службы согласно штату и направлениям деятельности.**

Непосредственно в пункте постоянной дислокации органа управления здравоохранением организуется круглосуточное дежурство руководящего состава штаба МС ГО, члены которого приступают к выполнению своих обязанностей согласно штатному расписанию. Главными специалистами органа управления здравоохранением и членами штаба МС ГО в соответствии со своими функциональными обязанностями уточняются разделы плана медицинского обеспечения населения в военное время.

**В ходе выполнения первоочередных мероприятий ГО первой группы** приводятся в готовность защищенные стационары для укрытия нетранспортабельных больных и обслуживающего персонала. С этой целью главный врач больницы отдает распоряжение, ответственному лицу за содержание убежища или начальнику штаба ГО объекта:

* ***освободить защитные сооружения от хранящегося в них имущества;***
* ***укомплектовать их источниками аварийного освещения, необходимым инструментом, инвентарем и пожарным оборудованием;***
* ***проверить защитные сооружения на герметичность и техническое состояние их систем жизнеобеспечения.***

**В этот период осуществляется подготовка к выдаче средств индивидуальной защиты личному составу формирований из запасов объектов экономики. Со складов мобилизационного резерва организуется вывоз на пункты выдача противогазов и приборов радиационной и химической разведки.**

На запасные загородные пункты управления (ЗЗПУ) министерств и ведомств, республик в составе РФ, краев, областей, автономных образований в целях медицинского обеспечения боевых расчетов ПУ осуществляется закладка медикаментов.

**В учреждениях государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН), входящих в состав сети наблюдения и лабораторного контроля ГО (СНЛК) приводятся в рабочее состояние технические средства и оснащение, предназначенные для обнаружения и индикации радиоактивного, химического и биологического заражения продуктов, пищевого сырья и питьевой воды.**

Уточняется укомплектованность формирований и учреждений МС ГО личным составом и дефицитными специалистами, обеспеченность техникой и имуществом. Определяется наличие и исправность автомобильной и другой техники, поступающей на доукомплектование из различных организаций; подготавливается заявка соответствующему начальнику ГО на недостающее количество техники и имущества согласно нормам оснащения.

**Важным разделом работы штаба МС ГО при выполнении первоочередных мероприятий ГО первой группы** является уточнение планов-графиков наращивания мероприятий по повышению устойчивости работы здравоохранения области в военное время по следующим показателям:

1. **Обеспеченность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), станций переливания крови (СПК), аптечных учреждений и учреждений ГСЭН автономными источниками электроэнергии.**
2. **Состояние укомплектованности ЛПУ хирургического профиля врачами-хирургами, операционными медсестрами, лаборантами.**
3. **Обеспеченность ЛПУ и формирований МС ГО медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом, консервированной кровью и ее препаратами.**
4. **Готовность дублеров штабов МС ГО взять на себя управление службой.**
5. **Состояние связи и управления.**

Одновременно на объектах здравоохранения проводятся подготовительные мероприятия к введению режимов светомаскировки и усилению мер противопожарной защиты.

**При выполнении первоочередных мероприятий ГО второй группы** **осуществляется перевод руководящего состава медицинской службы ГО на круглосуточную работу.** Начальник МС ГО дает распоряжение всем подчиненным штабам на организацию посменной круглосуточной работы и контролирует его выполнение. На загородный запасный пункт управления МС ГО направляется оперативная группа.

**Приводится в полную готовность система связи со всеми подчиненными штабами МС ГО. Уточняется план выезда на ЗЗПУ основного состава штаба МС ГО, доводятся до работников штаба места сбора и их основные обязанности.**

Загородные запасные пункты управления МС ГО создаются заблаговременно. Они оборудуются вне зон возможных разрушений категорированных городов и объектов особой важности, а также вне зон возможного катастрофического затопления. При выборе мест расположения ЗЗПУ учитывается возможность использования существующих и строящихся линий связи.

**В этот период приводятся в готовность в пунктах постоянного размещения медицинские формирования повышенной готовности и санитарно-транспортные формирования. Для этого соответствующий начальник ГО дает распоряжение оповестить и собрать личный состав формирований в установленных местах; организовать выдачу и получение личным составом средств индивидуальной защиты, табельного имущества и приборов; доукомплектовать медицинские формирования личным составом, подготовить технику и приборы к работе; проверить готовность, организовать обучение личного состава формирований, не прошедших подготовку по ГО.**

**Одновременно приводятся в готовность все имеющиеся у медицинской службы защитные сооружения, предназначенные для укрытия личного состава службы и больных. Осуществляется проверка убежищ на герметичность и работоспособность систем, наличия аварийных запасов воды, продовольствия, наличия средств связи и оповещения и подготовка их к работе. В убежища категорированных городов закладываются коллективные медицинские аптечки, предназначенные для оказания медицинской помощи укрываемым.** Закладка коллективных медицинских аптечек осуществляется непосредственно медицинскими службами ГО городов, городских районов, объектов экономики в срок до 12 часов, а в быстровозводимые убежища - по мере их введения в эксплуатацию. Номенклатура и количество медикаментов, перевязочных средств, медицинских предметов зависят от количества укрываемых.

На 100-150 человек закладывается аптечка коллективная по описи № 1, на 400-600 человек - по описи № 2. При наличии в звене (группе) по обслуживанию убежища фельдшера комплектуется дополнительно набор фельдшерский, врача - набор врачебный.

Аптечки коллективные и наборы комплектуются медицинскими учреждениями (медпунктами), медико-санитарными частями, амбулаториями (поликлиниками), обслуживающими объекты экономики в период приведения в готовность защитных сооружений за счет имущества текущего снабжения и приобретения недостающих предметов в аптечной сети и магазинах ТПО «Медтехника».

**Из запасов объектов рабочим и служащим выдаются средства индивидуальной защиты и медицинские средства индивидуальной защиты.**

**В этот период производится выписка части больных из лечебных учреждений на амбулаторное лечение. Сокращаются госпитализация больных для планового лечения и сроки стационарного лечения.**

**Учреждения сети наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК) переводятся на круглосуточную работу с ведением постоянного наблюдения за радиационной, химической и бактериологической обстановкой на закрепленной за ними территории.** Специалистами СНЛК два раза в сутки снимаются показания на зараженность объектов внешней среды отравляющими и радиоактивными веществами. Мероприятия по индикации бактериальных (биологических) средств проводятся по показаниям.

При наличии эпидемических показаний в этот период проводится массовая иммунизация населения. Прививочные бригады создаются на базе лечебно-профилактических учреждений. Соответствующие вакцины и сыворотки обеспечиваются за счет учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

В целях обеспечения радиационной безопасности, персоналу АЭС и населению, проживающему в 30-километровой зоне, выдаются препараты стабильного йода. На объектах здравоохранения проводятся неотложные мероприятия по повышению устойчивости работы объектов здравоохранения - приводятся в готовность автономные источники энергоснабжения, пункты управления объектов, подготавливается аварийное освещение.

**Одним из наиболее важных мероприятий, проводимых в этот период, является проведение подготовки к дополнительному развертыванию больничных коек в загородной зоне. В этих целях начальник МС ГО субъекта РФ во взаимодействии с начальником отдела медицинской защиты главного управления по делам ГО и ЧС области (края, республики в составе РФ) организуют проверку наличия ордеров приписываемых зданий и помещений для развертывания лечебных учреждений больничной базы, а также степени готовности этих зданий к развертыванию в них лечебных учреждений ББ МС ГО в соответствии с заданием. Проводятся мероприятия по завершению в сжатые сроки выполнения приспособительных работ второй очереди.**

В целях обеспечения своевременного развертывания лечебных учреждений в загородной зоне за каждым лечебно-эвакуационным направлением закрепляется необходимое количество формирований гражданской обороны. **Для оснащения лечебных учреждений МС ГО подготавливается медицинское имущество, уточняется их обеспеченность санитарно-хозяйственным и специальным имуществом. В этот период осуществляется выдача медицинского имущества лечебным учреждениям загородной зоны со складов мобилизационного резерва.**

**Одновременно приводятся в готовность имеющиеся противорадиационные укрытия (ПРУ), ведется работа по приспособлению подвалов для укрытия медицинского персонала и больных в лечебных учреждениях.** Личному составу формирований МС ГО выдаются приборы радиационной и химической разведки, медицинские средства индивидуальной защиты вывозятся со складов мобилизационного резерва. В убежищах объектов экономики категорированных городов, продолжающих производственную деятельность в военное время, развертываются медицинские пункты.

**При введении «Общей готовности ГО»** штаб медицинской службы ГО совместно с отделом медицинской защиты главного управления по делам ГОЧС области (края, республики) **приводит в готовность органы управления, формирования и учреждения службы, организует работу учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора в составе СНЛ К, проводит мероприятия по защите личного состава службы и больных, находящихся в лечебных учреждениях.** **С этой целью организуется своевременное оповещение и сбор личного состава органов управления, их работа по установлению связи с выше- и нижестоящими штабами МС ГО, взаимодействие с военно-медицинской службой, другими службами ГО, уточнение планов медицинского обеспечения населения.**

**В этот период осуществляется подготовка к эвакуации медицинских учреждений и к вывозу запасов медицинского имущества из категорированных городов.** Проводится комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний.

**Без прекращения работы в медицинских учреждениях, на базе которых они создаются, приводятся в готовность все формирования медицинской службы ГО.** В этот период в круглосуточном режиме организуется работа учреждений СНЛК по ведению наблюдения и лабораторного контроля за зараженностью объектов внешней среды, атмосферного воздуха, продовольствия и питьевой воды РВ, ОВ, БС.

**При переводе ГО на военное положение особое внимание должно уделяться проведению мероприятий по защите личного состава формирований МС ГО, медицинского персонала и больных, находящихся в лечебных учреждениях, от средств поражения вероятного противника путем укрытия их в защитных сооружениях.** Укрытие названных контингентов осуществляется следующим образом: в категорированных городах - в защитных сооружениях и быстровозводимых убежищах; в загородной зоне - в противорадиационных укрытиях и приспособленных подвалах.

**В этот период приводятся в готовность и передаются в оперативное подчинение соответствующим начальникам МС ГО санитарно-транспортные формирования ГО.**

**Нетранспортабельные больные в категорированных городах укрываются в защищенных стационарах, развертываемых в убежищах, строительство которых предусматривается из расчета 10% коечной емкости учреждения мирного времени.**

**При проведении мероприятий "Общей готовности ГО"** проводится подготовка лечебных учреждений категорированных городов к эвакуации в загородную зону, что требует большого внимания со стороны медицинской службы ГО:

* **необходимо провести подготовку к выписке части больных на амбулаторное лечение;**
* **определить группы нетранспортабельных больных и больных, подлежащих эвакуации;**
* **наметить очередность вывоза имущества, с учетом его необходимости при оказании медицинской помощи;**
* **выслать оперативные группы к местам развертывания лечебных учреждений МС ГО в загородной зоне с целью приема приписанных помещений и организации приспособительных работ;**
* **уточнить количество необходимых для эвакуации ЛПУ транспортных средств.**

С учетом возможности внезапного нападения противника, важным мероприятием в этот период является развертывание в загородной зоне дополнительных больничных коек МС ГО силами здравоохранения сельской местности и некатегорированных городов.

**Проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий при степени готовности «Общая готовность ГО « направлено на сохранение здоровья населения и личного состава формирований и учреждений ГО, а также на профилактику возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний.** Эти мероприятия проводятся Центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора и создаваемыми на их базе санитарно-противоэпидемическими формированиями ГО на всей территории области (края, республики в составе РФ), в том числе в районах, предназначенных для размещения рассредоточиваемых рабочих, служащих и эвакуированного населения, а также на маршрутах эвакуации и в местах развертывания эвакуационных органов.

При получении соответствующих распоряжений медицинская служба ГО организует медицинское обеспечение частичной эвакуации населения и вывод медицинских формирований повышенной готовности в загородную зону.

### 2. Организация медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий

В условиях неполной обеспеченности защитными сооружениями и медицинскими средствами индивидуальной защиты рабочих, служащих и населения категорированных городов, эвакуация населения этих городов в загородную зону является основным способом его защиты от современных средств поражения.

Непосредственное осуществление мероприятий по организации, подготовке и проведению эвакомероприятий возложено на эвакуационные органы, которые работают во взаимодействии с соответствующими органами и службами гражданской обороны. В состав эвакуационных и эвакоп-риемных комиссий обязательно включается представитель МС ГО, который должен осуществлять взаимодействие с другими службами ГО по вопросам эвакуации учреждений здравоохранения, а также проведение медицинского обеспечения эвакуируемого населения.

Эвакуация населения сопровождается его массовым перемещением из категорированных городов в загородную зону, что может привести к получению травм и обострению хронических болезней среди населения, ухудшению санитарно-эпидемиологической обстановки на территории области, возникновению вспышек инфекционных заболеваний. Поэтому в этот период на медицинскую службу ГО возлагаются весьма ответственные задачи по всестороннему медицинскому обеспечению эвакуационных мероприятий.

**Медицинское обеспечение эвакуации населения из категорированных городов организуется по территориально-производственному принципу и осуществляется соответствующими руководителями органов управления здравоохранением административно-территориальных образований РФ.**

**Медицинское обеспечение эвакуации населения включает проведение органами здравоохранения организационных, лечебных, санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на охрану здоровья эвакуируемого населения, своевременное оказание медицинской помощи заболевшим или получившим в ходе эвакуации травмы, а также предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний среди населения** (см. рис. 3).

**При проведении эвакомероприятий перед медицинской службой ГО стоят следующие задачи:**

1. ***Организация медицинского обеспечения населения на всех этапах эвакуации и в местах расселения.***
2. ***Эвакуация медицинских учреждений из категорированных городов в загородную зону.***
3. ***Вывод медицинских формирований ГО в загородную зону.***
4. ***Организация укрытия и лечения нетранспортабельных больных.***
5. ***Развертывание коечной сети в загородной зоне за счет эвакуированных больниц.***
6. ***Организация медицинского обеспечения рабочих и служащих объектов, продолжающих работу в военное время.***
7. ***Защита медицинского персонала и больных от поражающих факторов оружия массового поражения и обычных средств ведения войны.***

Успешное выполнение задач по медицинскому обеспечению эвакуации населения достигается заблаговременным четким планированием. Для планирования медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий штабы МС ГО должны располагать определенными исходными данными, которые они получают от соответствующего органа управления ГО ЧС. ***Исходные данные должны содержать следующие сведения:***

* ***- численность эвакуируемого населения (в том числе детских учреждений и детей) в целом по городу и отдельно по его районам;***
* ***- места расположения, количество и суточная пропускная способность сборных эвакопунктов (СЭП);***
* ***- маршруты и способы эвакуации населения; места расположения пунктов посадки (ПП) и количество эвакуируемого населения в каждой автоколонне или железнодорожном составе (теплоходе);***
* ***- дислокация промежуточных пунктов эвакуации (ППЭ) и пунктов высадки;***
* ***- районы расселения и численность населения, подлежащего эвакуации.***

На основании полученных исходных данных соответствующие штабы МС ГО определяют потребность в различных категориях медицинского персонала, в медицинских средствах и санитарном транспорте для обслуживания населения на этапах и путях эвакуации.

**Медицинское обеспечение на сборных эвакопунктах, пунктах посадки организует начальник МС ГО категорированного города (городского района); на путях следования, на промежуточных пунктах эвакуации, эвакоприемных пунктах, пунктах высадки и местах расселения — начальник МС ГО соответствующего сельского района (некатегорированного города).** ***На сборных эвакопунктах и пунктах посадки в специально выделенных по плану помещениях развертываются медицинские пункты***, организующие свою работу круглосуточно до окончания эвакуации.

***На пунктах посадки, организуемых на железнодорожных станциях, в морских и речных портах и крупных аэропортах, медицинские пункты обеспечиваются силами и средствами ведомственных медицинских служб.***

**Для работы в медицинских пунктах СЭП, ПП выделяется медицинский персонал из расчета: 2 средних медицинских работника, 1 санитарка (санд-ружинница), 1 дезинфектор в смену**. В отдельных случаях предусматривается выделение врача. **Для перевозки пораженных и больных в медпункте имеется 1 санитарный автомобиль.** Нуждающиеся в стационарном лечении больные и пораженные из медпунктов СЭП и ПП эвакуируются в ближайшие лечебные учреждения загородной зоны.

Нетранспортабельных больных госпитализируют в стационары для нетранспортабельных больных, развернутые в убежищах ЛПУ категорированных городов. Эвакуация таких больных осуществляется машинами станций скорой медицинской помощи или специально выделенным на медпункт транспортом.

Станции скорой медицинской помощи работают в городе до конца эвакуации и эвакуируются в загородную зону последними, оставляя часть сил в городе.

Для медицинского обеспечения населения, эвакуируемого на большие расстояния автомобильными колоннами, железнодорожными эшелонами, морскими и речными судами, в состав колонны, эшелонов, судов включают двух средних медработников (из числа подлежащих эвакуации) или двух сан-дружинниц с необходимым медицинским имуществом.

**При пешей эвакуации в каждую колонну численностью 500 человек выделяется одна сандружинница.**

**Если на маршрутах эвакуации колонн отсутствуют медицинские учреждения, то в этом случае в местах больших привалов и при ППЭ развертываются временные медицинские пункты (ВМП) за счет местных лечебных учреждений. В состав медпункта включаются 1-2 врача, 2-3 средних медицинских работника, 1-2 санитарки (сандружинницы). В некоторых случаях вместо медицинских пунктов на каждый маршрут выделяется подвижная медицинская бригада на автомобиле, в состав которой входят: 1 врач (фельдшер) и 1 -2 медсестры. Бригада оснащается специальной укладкой медицинского имущества для оказания неотложной помощи.**

***В пунктах высадки прибывшему населению первая медицинская и первая врачебная помощь обеспечивается по неотложным показаниям. Здесь развертываются медицинские пункты штабом МС ГО сельского района. Медицинское обслуживание эвакуируемого населения в местах расселения осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями сельской местности по участково-территориальному принципу.***

Перемещение больших масс населения при проведении эвакуации в загородную зону неизбежно связано с ухудшением санитарно-гигиенических условий жизни, ростом эпидемической напряженности и угрозой возникновения массовых инфекционных заболеваний. Поэтому организация санитарно-противоэпидемического обеспечения эвакуируемого населения должна осуществляться на всех этапах эвакуации - на сборных эвакопунктах и пунктах посадки, в пути следования, в местах отдыха (привала), на промежуточных пунктах эвакуации, на пунктах высадки, в местах расселения, и возлагается на санитарно-эпидемиологические учреждения и формирования.

После начала военных действий и возникновения очагов поражения содержание и объем медицинских мероприятий ГО будут зависеть от вида примененного оружия, характера сложившейся оперативной и медицинской обстановки и задач, выполняемых гражданской обороной.

**Органами управления МС ГО предусматриваются два основных варианта медицинского обеспечения в военное время**:

* ***при планомерном выполнении мероприятий ГО;***
* ***при внезапном нападении противника.***

**Первый вариант является оптимальным, так как позволяет провести комплекс подготовительных мероприятий по переводу МС ГО на военное положение, что обеспечит защиту и сохранность значительной части кадровых и материальных ресурсов службы в условиях воздействия средств поражения противника**.

***При внезапном нападении противника, когда мероприятия ГО не проводились или проведены не полностью, возможно не только возникновение массовых потерь среди населения, но также нанесение значительного ущерба силам и средствам МС ГО, что заметно снизит потенциал службы по медицинскому обеспечению пораженных.***

После нападения противника штаб МС ГО принимает меры по восстановлению управления медицинскими силами, запрашивает от органа управления ГО ЧС данные об инженерной, радиационной, химической и биологической обстановке, ориентировочном количестве санитарных потерь и оценивает полученные данные в интересах медицинской службы.

**После оценки медико-тактической обстановки определяются:**

* ***объем работ, направления главных усилий медицинской службы;***
* ***необходимое количество сил и средств для оказания всех видов медицинской помощи пораженному населению;***
* ***районы развертывания первого этапа медицинской эвакуации;***
* ***вероятные маршруты эвакуации пораженных в лечебные учреждения МС ГО, развернутые в загородной зоне;***
* ***наиболее рациональное использование*** ***сил и средств медицинской службы ГО.***

Затем, на основе предварительных распоряжений соответствующего органа управления по делам ГОЧС и начальника медицинской службы ГО, отдаются указания подчиненным штабам, формированиям и учреждениям службы о подготовке к предстоящим действиям. Одновременно отдаются распоряжения по организации медицинской и биологической (бактериологической) разведки, готовятся данные начальнику МС ГО для оценки обстановки, принятия решения и для доклада начальнику гражданской обороны.

Медицинская разведка ведется медицинскими подразделениями соединений и частей ГО, всеми формированиями и учреждениями МС ГО, а также специально создаваемыми в ОПМ группами медицинской разведки.

Медицинская разведка выявляет места нахождения пораженных, устанавливает их количество и состояние, намечает пути выноса пострадавших и их эвакуации, районы развертывания ОПМ и медицинских подразделений частей и соединений ГО; определяет ориентировочные объемы работ по оказанию медицинской помощи и потребное количество медицинских сил и средств, безопасные места сбора и погрузки пострадавших на транспорт для эвакуации из очагов поражения; уточняет санитарно-эпидемиологическую обстановку на маршрутах движения и в очагах поражения, районах эвакуации населения и расположения сил ГО.

Биологическая (бактериологическая) разведка проводится в целях своевременного обнаружения применения противником биологического оружия, установления мест застоя и уровней концентрации бактериального аэрозоля, оценки эпидемиологической обстановки в очаге, отбора проб и доставки их в лабораторию, установления по возможности границ очага биологического поражения.

**Непосредственными организаторами медицинской и биологической разведки являются** **начальники МС ГО городов, районов и объектов экономики.**

Данные, полученные медицинской и биологической разведкой, используются для принятия решения по медицинскому обеспечению населения в очагах поражения. На основании решения начальника медицинской службы ГО штаб МС ГО разрабатывает приказ (распоряжение) на организацию медицинского обеспечения и доводит его до подчиненных.

**При внезапном нападении противника организация медицинского обеспечения будет осуществляться в сложных условиях медико-тактической обстановки, которая будет характеризоваться возникновением большого числа пораженных, нарушением связи и управления силами и средствами МС ГО.** Отсутствие в этих условиях времени для приведения в готовность формирований и учреждений службы, невозможность эвакуации медицинских учреждений из категорированных городов могут повлечь за собой выход из строя и потерю значительной части кадровых и материальных ресурсов МС ГО.

***Основу группировки медицинских сил, предназначенных для оказания медицинской помощи пораженным в очагах массовых санитарных потерь, в этом случае составят силы и средства МС ГО близлежащих районов сельской местности и некатегорированных городов, которые не подверглись нападению противника.***

Дополнительные больничные койки здравоохранения при внезапном нападении будут развертываться только за счет лечебных учреждений загородной зоны, что значительно ослабит возможности МС ГО по оказанию пораженным квалифицированной и специализированной медицинской помощи, а также стационарного лечения. В этой ситуации, на основе получения и изучения информации об оперативной и медицинской обстановке, штаб МС ГО осуществляет маневр медицинскими силами и средствами, направленный на выполнение задач по медицинскому обеспечению пораженных в условиях резкого дефицита кадровых и материальных ресурсов службы.

**В случае выхода из строя основного штаба МС ГО, функции управления службой принимает штаб-дублер, которым, как правило, назначается штаб МС ГО одного из сельских районов.** План по подготовке сил и средств МС ГО к действиям при внезапном нападении противника должен быть отработан с учетом всех возможных вариантов. При внезапном нападении противника планы медицинского обеспечения мероприятий ГО вводятся в действие немедленно.

**3. Медико-психологическое обеспечение населения и спасателей при проведении спасательных и неотложных аварийно-восстановительных работ в очагах массового поражения (заражения)**

Цель медико-психологического обеспечения сил ГО в условиях ликвидации последствий стихийных бедствий, аварий, катастроф и последствий применения противником современных средств поражения - сохранение здоровья и работоспособности личного состава формирований и своевременное оказание медицинской помощи заболевшим и получившим травмы. Оно включает комплекс лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, которые проводятся на всех этапах действий сил ГО.

Медико-психологическое обеспечение личного состава формирований организует старший медицинский начальник, назначенный в район стихийного бедствия или на объект, где произошла авария, или заведующий городским (районным) отделом здравоохранения соответствующей администрации города (района).

Медицинское обеспечение осуществляют медицинские пункты, которые развёртываются, как правило, вблизи мест, где действуют формирования, или непосредственно на участках работ. На медицинском пункте личному составу оказывают неотложную медицинскую помощь, проводят амбулаторное лечение, делают при необходимости предохранительные прививки и т.д. Персонал медицинского пункта ведёт также наблюдение за выполнением установленного режима работ, за санитарно-гигиеническим состоянием территории, а также за состоянием питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания и организации отдыха личного состава.

Личный состав формирований, не имеющих медицинских пунктов, обслуживается сохранившимися в районе бедствия поликлиниками, больницами, санитарно-эпидемиологическими станциями. Для этих целей также используются ближайшие лечебно-профилактические учреждения.

Успех медицинской помощи пострадавшему личному составу формирований в условиях ликвидации последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф и применения противником современных средств поражения, во многом зависит от своевременно и правильно оказанной первой медицинской помощи на месте работы. В связи с этим личный состав должен уметь оказывать первую помощь в порядке само- и взаимопомощи. У каждого бойца формирования должны быть индивидуальные средства медицинской защиты: перевязочный пакет, аптечка индивидуальная, а при необходимости - и специальные средства профилактики (антидоты) АХОВ.

После оказания первой медицинской помощи, получивших травмы, направляют на медицинский пункт формирования или в ближайшее лечебное учреждение, где им оказывают врачебную помощь. Пострадавшие и больные не должны задерживаться на медицинском пункте, а по возможности направляться в медицинские учреждения за пределы района стихийного бедствия, аварии, катастрофы или района поражения оружием массового уничтожения.

В нашей стране для ликвидации последствий стихийных бедствий создаются правительственные комиссии (республиканские, областные, городские, районные). Правительственные комиссии могут создаваться и в случае возникновения крупных аварий и катастроф. Эти комиссии призваны непосредственно руководить организацией и осуществлением общегосударственных мероприятий по оказанию всесторонней помощи пострадавшему населению — решение жилищной проблемы, обеспечение общественного и санитарного порядка в районе стихийного бедствия, создание условий для нормальной работы коммунально-бытовых, торговых, детских, медицинских учреждений и др.

Правительственные комиссии обеспечивают мобилизацию всех имеющихся государственных ресурсов, активно привлекают население к борьбе с последствиями стихийного бедствия. При этом проблемы, связанные с благополучием и охраной здоровья пострадавших, рассматриваются как вопросы первоочередной государственной важности,

В состав правительственных комиссий входит руководители органов здравоохранения — начальники МС ГО. Для оперативного руководства силами МС ГО привлекаются штабы службы. С первого дня стихийного бедствия в штабах МС ГО устанавливается круглосуточное дежурство ответственных работников штаба; персонал больниц, амбулаторно-поликлинических учреждений переводится на круглосуточный режим работы, все силы и средства медицинской службы приводятся в действие.

Первая медицинская помощь в районе стихийного бедствия осуществляется сначала самим населением в порядке само- и взаимопомощи а также силами имеющихся в этом районе СД. Кроме того, для оказания первой медицинской помощи пораженному населению привлекаются силы и средства станций скорой и неотложной медицинской помощи, которые часто смогут прибыть на место значительно раньше вводимых спасательных и медицинских формирований и первыми начать оказание медицинской помощи пораженным (схема 1).

Медицинская помощь пораженным на объектах народного хозяйства организуется начальниками МС ГО этих объектов, а в жилых кварталах — начальником МС ГО городского района (города). Медицинские работники станций скорой и неотложной медицинской помощи и СД вместе со спасательными формированиями прибывают в заранее указанные районы работ и начинают розыск и оказание первой медицинской помощи пораженным, оказавшимся вне завалов (очагов поражения), По мере извлечении людей из-под завалов СД и медицинский персонал скорой помощи оказывают первую медицинскую помощь и этим пораженным.



В случае возникновения большого количества санитарных потерь следует определять места погрузки пораженных на транспорт. Эти места должны выбираться так, чтобы к ним был возможен подъезд, и было удобно выносить пораженных. Пораженные, имеющие легкие повреждения, должны выходить к местам погрузки самостоятельно по указанному им безопасному направлению. Отсюда пораженных эвакуируют в ближайшие стационарные или амбулаторные, поликлинические учреждения, где им оказывается первая врачебная помощь. В некоторых случаях для оказания первой врачебной помощи могут быть привлечены ОПМ, сформированные на базе лечебно-профилактических учреждений, расположенных за зоной стихийного бедствия.

Следует иметь в виду, что в амбулаторно-поликлинических учреждениях, которые становятся своеобразным первым этапом а системе ЛЭО пораженного населения, пораженные не могут оставаться на длительное время. Поэтому штабы МС ГО должны предусмотреть выделение достаточного количества транспортных средств для эвакуации пораженных в стационарные лечебные учреждения. При этом эвакуация должна быть организована таким образом, чтобы в амбулаторно-поликлинических учреждениях пораженные оставались лишь на срок, который необходим для оказания им первой врачебной помощи, и не задерживались там дольше, чем это необходимо.

Опыт ликвидации последствии ташкентского землетрясения показывает, что основной массе пораженных может быть оказана первая врачебная помощь именно амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Так, из 1623 случаен травм, которые были зарегистрированы в Ташкенте в период землетрясения, первая врачебная помощь была оказана персоналом станции скорой помощи в 496 случаях, приемных отделений больниц - в 346 случаях и амбулаторно-поликлинических учреждений - в 781 случае.

Вторым и окончательным этапом в системе ЛЭО пораженного населения при стихийных бедствиях могут служить близлежащие лечебные учреждения, расположенные вне зоны действия стихийного бедствия. Лишь позднее, в некоторых случаях потребуется перевод части пораженных в другие, узкоспециализированные медицинские учреждения.

Для правильной организации эвакуации пораженных и оказания им специализированной медицинской помощи штаб МС ГО должен быстро получить сведения о состоянии лечебно-профилактических учреждений и степени их загруженности, определить, с каких объектов или кварталов города и какое количество пораженных можно госпитализировать и ту или иную больницу.

На основании правильной оценки сложившейся обстановки штаб МС ГО должен отдать соответствующие распоряжения главным врачам.подобных учреждений, станциям скорой помощи, ОПМ, поликлиническим учреждениям. В этих целях штаб МС ГО должен иметь и постоянно поддерживать устойчивую связь со всеми учреждениями и формированиями. При госпитализации пораженных необходим строго дифференцированный подход. Госпитализации должны подлежать только те пострадавшие, стационарное лечение которых является абсолютно необходимым. Пораженные легкой и средней тяжести, госпитализация которых не является необходимой, должны продолжить лечение амбулаторно.

Наряду с мероприятиями по оказанию помощи пораженным, имеющим различные травматические повреждения, необходимо и оказание помощи лицам, у которых возникли нервно-психические расстройства, обострения " соматических и эндокринных заболеваний, преждевременные роды и т. п.

Ведущая роль в организации оказания помощи такого, рода больным должна принадлежать станциям скорой и, неотложной медицинской помощи, персонал которых необходимо заранее готовить и нацеливать на решение этой важной задачи. Работники скорой помощи должны быть заранее оснащены седативными, сердечно-сосудистыми и другими средствами, необходимой аппаратурой и инструментарием и хорошо знать особенности лечения этих осложнений. Для оказания помощи такого рода больным целесообразно заранее наметить, а после возникновения стихийного бедствия активно использовать бригады специализированной медицинской помощи (акушерско-гинекологические, психоневрологические, кардиологические и т.д.)

Необходимо учесть, кроме того, что в момент стихийного бедствия (особенно землетрясения) возможно разрушение медицинских учреждений, что вызовет необходимость передислокации больных, персонала и имущества, развертывания лечебных учреждений в малоприспособленных помещениях. Поэтому важно заранее предусмотреть и подготовить для этих целей ряд зданий (школы, детские сады и т. д.). Передислокация больниц и других медицинских учреждений в условиях стихийного бедствия — тяжелая и трудоемкая работа, требующая высокой организованности и высоких моральных качеств всех медицинских работников.

Во время ташкентского землетрясения работниками здравоохранения были выполнены очень трудоемкие работы по защите больных. Только в течение первых суток было выписано из поврежденных стационаров на амбулаторное лечение более 2000 больных и более 1000 больных были переведены в другие лечебные учреждения. Часть нетранспортабельных больных размещались в летних павильонах и палатках на территории больниц.

В связи с тем что в результате стихийного бедствия часто происходят изменения в размещении медицинских учреждений и населения, начальники медицинской службы должны пересмотреть распределение кадров, провести большую работу по оснащению новых лечебных учреждений инвентарем, перепрофилированию коечного фонда, пересмотру границ врачебных участков между поликлиниками, открытию на новых местах аптек, аптечных киосков и ларьков, которые могли бы полностью удовлетворять спрос населения в необходимых медикаментах и средствах ухода за больными.

В некоторых случаях целесообразно создавать передвижные врачебные и аптечные пункты (в автобусах), предназначенные для оказании медицинской помощи населению в местах его временного размещения. Для медицинского обслуживания больных необходимо привлекать студентов медицинских академий на врачебные и фельдшерские должности, персонал научно-исследовательских институтов, а также персонал временно свернутых лечебно-профилактических учреждений.

В деле организации медицинской помощи пораженным и больным большое значение имеет проведение разъяснительной и санитарно-просветительной работы среди населения.

Анализ причин травм, сделанный на основе изучения прошедших землетрясений, показывает, что в 10% случаев травмы были получены непосредственно от обвалов и обрушений стен и крыш зданий, в 35% - от падающих конструкций и обломков сооружений и зданий и в 55% причинами травм было неправильное поведение самих пострадавших, неосознанные действия их, обусловленные страхом, паническим состоянием (выпрыгивание из окон, ушибы о различные предметы и т. п.). Поэтому МС ГО должна вместе с органами исполнительной власти принимать активное участие в разъяснительной работе, объясняя населению правила поведения и профилактику травматизма при стихийных бедствиях. В тех районах, где стихийные бедствия встречаются часто, санитарно-просветительная и разъяснительная работа должна проводиться постоянно, быть целенаправленной и конкретной.

Наконец, следует отметить громадную важность проведения в зоне стихийного бедствия комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий направленных ни предупреждение вспышек массовых инфекционных заболеваний.

В результате стихийного бедствия иногда тысячи семей лишаются крова и оказываются в непривычных, крайне неблагоприятных условиях. Переселение людей в палаточные городки и сохранившиеся здания, разрушение коммунальных сетей и ухудшение банно-прачечного обслуживания создают благоприятные условия для возникновения инфекционных заболеваний.

В этих условиях перед медицинской службой возникает трудная задача - предупреждение появления инфекционных заболеваний и недопущение завоза их извне. Решение этой задачи будет осложняться тем, что при стихийных бедствиях могут разрушаться инфекционные больницы и противоэпидемические учреждения. В случае выхода из строя ЦГСН, являющийся центром всей противоэпидемической работы, возникает необходимость ввода в район стихийного бедствия ППЭО, которые должны взять на себя функции ЦГСН.

Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия при возникновении инфекционных заболеваний в районе стихийных бедствий не имеют принципиальных отличий от проведения этих мероприятий в очагах массовых инфекционных заболевании.

Активное выявление больных, своевременная их изоляция и госпитализация, дезинфекционные мероприятия в квартирных очагах и местах общего пользования, дезинсекция и дератизация, выдача средств экстренной неспецифической, а при необходимости и проведение специфической профилактики создают условия для быстрейшей локализации и ликвидации очагов инфекционных заболеваний.

Бесперебойное снабжение населения доброкачественной питьевой водой, централизованный вывоз бытового мусора и нечистот, обеспечение доброкачественным и полноценным питанием, снабжение моющими средствами, бесперебойная работа бань, душей, санитарных пропускников будут в значительной степени способствовать профилактике инфекционных заболеваний.

Необходимо помнить, что наиболее уязвимыми в отношении инфекционных заболеваний являются дети.

Организация медицинской помощи при массовых пожарах и наводнениях имеет некоторые специфические особенности. Так, в крупных очагах пожаров следует учитывать, что пораженные могут быть не только среди населения, но и среди личного состава формирований, занятых ликвидацией стихийного бедствия. Кроме того, МС ГО должна быть готова к оказанию медицинской помощи большому числу ожоговых пораженных, а также пострадавшим от угарного газа и дыма.

Первую медицинскую помощь в этих случаях следует организовывать таким образом, чтобы осуществлялся тщательный розыск пострадавших на задымленной территории. При этом санитарные дружинницы должны обязательно работать попарно и следить за состоянием друг друга. Санитарные дружинницы должны быть хорошо подготовлены к оказанию первой медицинской помощи ожоговым пораженным и быстрому выносу их из задымленной атмосферы. Транспортные средства, выделяемые для эвакуации пораженных из зоны пожара, должны подаваться настолько близко к местам оказания медицинской помощи, насколько позволяет пожарная обстановка.

Первая врачебная и специализированная медицинская помощь должна быть также максимально приближена к очагу пожара. Эти виды медицинской помощи осуществляются силами имеющихся лечебно-профилактических учреждений или ОПМ. При наличии большого количества пораженных лечебные учреждения и ОПМ должны усиливаться ожоговыми БСМП и необходимым оборудованием. В этих условиях лечебные учреждения становятся однопрофильными ожоговыми больницами и часто являются первым и единственным этапом медицинской эвакуации. При развертывании ОПМ в них будет оказываться только первая врачебная помощь и в этой ситуации сохранится принятая в ГО система ЛЭО.

Некоторые особенности имеются и в организации медицинской (особенно специализированной) помощи пострадавшим при наводнениях. Эти особенности диктуются, прежде всего, характером поражений при этом стихийном бедствии. Основная масса пострадавших при наводнениях будет терапевтического профиля, так как наиболее частым следствием пребывания людей в воде (особенно в весенний и осенний период) являются пневмонии.

Естественно, что оказание первой медицинской помощи тонущим будет сводиться к искусственной вентиляции легких, непрямому массажу сердца согреванию, а первая врачебная помощь будет ограничиваться простейшими манипуляциями, направленными на поддержание жизненных функций организма (введение сердечных и успокаивающих средств, согревание). Вся тяжесть работы в этих случаях, видимо, ляжет на лечебные учреждения, которые будут оказывать специализированную медицинскую помощь и часто будут первым и единственным этапом медицинской эвакуации. Лечебные учреждения должны подготовить максимальное число коек для пострадавших терапевтического профиля, иметь необходимое оборудование и лекарственные препараты. Возможно, что некоторые из них будут усиливаться терапевтическими БСМП.

Следует остановиться и на некоторых особенностях организации медицинской помощи пораженным при возникновении крупных аварий и катастроф. К таким особенностям следует отнести:

1) возможность оказания первой медицинской помощи пораженным силами СД, оказавшихся в составе работающей смены, а также в порядке само- и взаимопомощи. Как бы ни велика была по своим масштабам авария, она никогда не захватывает все предприятие целиком. В то же время производственная деятельность на участке (в цехе), где произошла авария, неизбежно прекратится. Для оказания первой медицинской помощи пораженным все СД и СП предприятия (при хорошей организации) могут быть быстро приведены в готовность и приступить к оказанию первой медицинской помощи. Одновременно к этой работе можно подключить целый ряд рабочих и служащих. При необходимости для оказания помощи могут быть использованы и СД близлежащих предприятий;

2) возможность быстрого привлечения в достаточно большом количестве сил и средств станций скорой и неотложной медицинской помощи, а также близлежащих поликлинических учреждений для оказания первой врачебной помощи и последующей эвакуации (машинами скорой помощи) пораженных в стационарные лечебные учреждения. Эта возможность обусловливается сравнительной ограниченностью масштабов катастрофы, что позволяет организовать оказание первой врачебной помощи силами учреждений здравоохранения без привлечения ОПМ. Лишь при больших масштабах катастрофы может возникнуть необходимость привлечения ОПМ для оказания первой врачебной помощи пораженным;

3) возможность в короткие сроки оказать всем пораженным специализированную медицинскую помощь. В этих случаях могут быть использованы все лечебные учреждения города (района) с привлечением всех имеющихся средств. Относительно небольшое количество санитарных потерь при авариях позволяет распределить их небольшими группами по всем имеющимся лечебным учреждениям, что не создает исключительной напряженности в их работе.

При возникновении крупных аварий на объектах химической промышленности организация медицинской помощи пораженным также имеет свои особенности, вытекающие из характера производства. При таких авариях поражения могут возникнуть не только среди рабочих и служащих цеха или участка, где произошла авария, но и среди рабочих и служащих, находящихся в других цехах (участках), а также и среди населения, проживающего вблизи предприятия. Это может случиться при авариях па химических объектах, имеющих легко испаряющиеся агрессивные жидкости или СДЯВ. Пары СДЯВ, распространяясь с помощью ветра, могут заражать достаточно большую территорию, поражая находящихся на ней людей. Организация медицинской помощи пораженным при таких авариях потребует тщательной заблаговременной подготовки сил и средств медицинской службы. В этих целях необходимо хорошо знать характер производства, поражающее действие имеющегося на данном предприятии СДЯВ на людей, преобладающее направление ветра, определить площадь, которая может подвергнуться заражению, количество проживающих на этой территории людей. Для снижений санитарных потерь необходимо определить сигналы и порядок оповещения рабочих и служащих не только своего предприятия, но и рядом расположенных объектов, обучив пользованию средствами индивидуальной защиты и способам оказания первой медицинской помощи. Соответствующим образом должны быть обучены и оснащены СД, имеющиеся не только на химически опасном объекте, но и на соседних предприятиях и в учреждениях. Особое внимание следует уделить обучению оказания первой медицинской помощи при поражениях тем конкретным химическим веществом, запасы которого имеются на данном предприятии. Целесообразно заранее за каждой СД закрепить определенный участок, на котором она должна будет работать при возникновении аварии, и пути эвакуации пострадавших за пределы возможного химически опасного очага. Для быстрой эвакуации поражен них СДЯВ в лечебные учреждения важно заранее подготовить необходимое количество транспортных средств, так как транспорта скорой и неотложной помощи может быть недостаточно. Персонал скорой и неотложной медицинской помощи должен так же хорошо знать особенности возможной патологии, порядок оказания медицинской помощи и быть оснащен необходимым имуществом. При возникновении аварии на объектах химической промышленности СД приступают к розыску пораженных и оказанию им первой медицинской помощи. Основным мероприятием первой медицинской помощи в этих условиях является вывоз или вынос пораженных в наиболее короткие сроки из зоны заражения СДЯВ, Дли этого должен быть использован весь имеющийся автомобильный транспорт. Эвакуации пораженных за пределы зоны заражения СДЯВ осуществляется по кратчайшим направлениям в. ближайшие учреждения здравоохранения. При этом в поликлинических учреждениях могут оказываться первая медицинская и первая врачебная помощь, а в больницах — все виды медицинской помощи, включая специализированную. Весь личный состав СД и других формирований, принимающих участие в ликвидации аварии, должен использовать средства индивидуальной защиты (противогазы, а при наличии высоких концентраций паров аммиака и средства защиты кожи).

Имеются особенности и при оценке складывающейся ситуации и организации медицинской помощи пораженным при авариях, нарушениях технологического процесса или условий хранения и транспортировки радиоактивных веществ, связанных с загрязнением ими окружающей среды. К источникам такого загрязнения в настоящее время следует отнести урановую и радиохимическую промышленность, различные радиоизотопные лаборатории, места разработки и захоронения радиоактивных отходов, испытания ядерного оружия и ядерные реакторы разных видов.

Наибольшую опасность загрязнения окружающей среды РВ представляют аварии реакторов на атомных электростанциях. Состав этих веществ и степень радиоактивного загрязнения будут зависеть от мощности реактора, продолжительности его работы, масштабов аварий и других условий. При авариях на атомных электростанциях в окружающую среду попадает большое количество долгоживущих изотопов радиоактивных элементов. При этом мощность экспозиционной дозы ионизирующих излучений будет падать значительно медленнее, чем при ядерном взрыве. Ее снижение по времени не соответствует той зависимости, которая имеется на следе радиоактивного заражения ядерного взрыва.

Возможность загрязнения РВ почвы, воды, зданий, сооружений создает опасность для людей, если это загрязнение превышает предельно допустимую дозу. При работе на загрязненной территории предельно допустимая экспозиционная доза в мирное время не должна превышать 25 Р.

При авариях на атомных электростанциях наряду с травматическими повреждениями может появиться большое число радиационных поражений. Главными направлениями деятельности МС ГО и системы здравоохранения в этих условиях являются: радиационный контроль за питанием и водоснабжением, организация противоэпидемического и лечебно-профилактического обеспечения населения, отселенного из опасных районов, выдача всему населению препаратов стабильного года. Особое внимание должно быть уделено активному выявлению лиц, получивших радиационные поражения. При этом население условно можно разделить на три группы:

* лица, не имеющие никаких поражений;
* лица, получившие небольшую дозу облучения и не имеющие признаков поражения;
* лица, получившие дозу облучения, приведшую к лучевой болезни или лучевым ожогам.

Лица, относящиеся к первой группе, не нуждаются в каком-либо специальном наблюдении, но при работе на зараженной территории за ними устанавливается радиоактивный контроль. За лицами, относящимися ко второй группе, устанавливается систематический медицинский контроль с систематическим исследованием крови. Эти лика не допускаются к работе на зараженной территории. Лица, у которых есть признаки лучевых поражений, подлежат госпитализации и лечению в специализированных лечебных учреждениях.

Таким образом, все мероприятия МС ГО, связанные с организацией медицинской помощи пораженным при крупных авариях, должны быть хорошо продуманы и заранее спланированы. Личный состав формировании.МС ГО (СД, ОПМ, БСМП) должен знать характер возможных производственных аварий и в соответствии с этим оснащен необходимым имуществом. Следует также готовить к этой работе персонал станций скорой и неотложной помощи и лечебных учреждений.