



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

Медицинский институт
Кафедра факультетской хирургии

ЛЕКЦИЯ 6

ПОДГОТОВКА ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ К РАБОТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

КРАВЕЦ Борис Васильевич
доцент кафедры



Учебные вопросы

Введение.

1. Мероприятия по повышению устойчивости функционирования ЛПУ в чрезвычайных ситуациях.

2. Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий ЧС в медицинских организациях здравоохранения.

3. Защита медицинского персонала, больных и имущества.

4. Организация работы больницы в чрезвычайных ситуациях.

5. Эвакуация медицинских организаций.

Заключение.



ЛИТЕРАТУРА

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

2. Медицина катастроф. Курс лекций: учебное пособие / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2015. - 240 с.: ил. - ISBN.

Законодательные и нормативно-правовые документы

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 декабря 1994 г. №68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 мая 1994 г. №420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами».

3. Постановление правительства Российской Федерации от 26 августа 2013 г. №734 «Положение о Всероссийской службе медицины катастроф».



ВВЕДЕНИЕ

Важная роль в выполнении задач медицинского обеспечения населения в ЧС принадлежит объектам здравоохранения: больницам, поликлиникам, центрам Роспотребнадзора, станциям переливания крови, аптекам и аптечным складам. Одни из них участвуют в выполнении лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, другие обеспечивают объекты здравоохранения и службу медицины катастроф средствами оказания медицинской помощи и лечения. От готовности, степени устойчивости функционирования объектов здравоохранения во многом зависит решение задач по медицинскому обеспечению населения в ЧС.

Последствия ЧС мирного времени приобретают трагический характер в связи с выходом из строя медицинских организаций, что значительно осложняет условия оказания медицинской помощи и лечение пораженных.



1. Мероприятия по повышению устойчивости функционирования ЛПУ в чрезвычайных ситуациях



Под устойчивостью функционирования ЛПУ в ЧС

понимается его способность по организации и оказанию медицинской помощи пораженным, их лечению и реабилитации в условиях воздействия поражающих факторов катастроф мирного и военного времени, а также возможности этого объекта к восстановлению работоспособности в случае повреждения.

Подготовка ЛПУ к устойчивому функционированию в экстремальных условиях мирного и военного времени требует определенных затрат материальных и финансовых средств.

Мероприятия по повышению устойчивости функционирования ЛПУ в ЧС будут экономически обоснованы в том случае, если они увязаны с задачами лечебно-профилактической работы, качеством диагностики, материально-бытового обслуживания пациентов, сокращения сроков лечения в стационаре и быстрее восстановления трудоспособности.



Мероприятия, проводимые с целью повышения устойчивости работы лечебно-профилактического учреждения, могут быть объединены в следующие группы:

1) Усиление прочности и устойчивости зданий, помещений, отдельных элементов конструкций медицинских организаций (укрепление входных дверей, герметизация подвальных помещений и др.). При плановой реконструкции зданий медицинских организаций следует применять облегченные, огнестойкие материалы и конструкции.

2) Повышение сохранности и устойчивости наиболее ценной медицинской аппаратуры и снижение до минимума опасности ее повреждения при наводнениях, пожарах, землетрясениях и др.

3) Повышение противопожарной устойчивости медицинских организаций. В подготовительный период создаются пожарные водоемы, в которых содержится неснижаемый запас воды, укомплектовываются пожарные щиты, отделения ЛПУ обеспечиваются исправными огнетушителями. Проверяются и содержатся в исправном состоянии пожарные шланги. В отделениях ЛПУ создаются пожарные расчеты, планы эвакуации больных при пожаре, проводятся противопожарные тренировки.



4) Строительство защитных сооружений в соответствии с количеством персонала ЛПУ и штатными койками.

5) Оборудование защитных сооружений в загородной зоне.

6) Оборудование защитных сооружений фильтро-вентиляционными установками, создание запасов воды, продовольствия, медикаментов, автономных источников электроэнергии.

7) Создание запасов средств индивидуальной и медицинской защиты.

8) Повышение устойчивости управления, оповещения и связи. Устойчивость управления достигается созданием основных и запасных пунктов управления, их оборудованием и оснащением средствами связи и оповещения, подготовкой дублеров. Штаб обеспечивает прием сигналов оповещения и доведение их до должностных лиц, формирований и персонала ЛПУ.

При возникновении ЧС штаб организует все мероприятия по ликвидации последствий аварий и катастроф.



2. Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий ЧС в медицинских организациях здравоохранения



Предупреждение ЧС в медицинских организациях здравоохранения – это комплекс мероприятий, проводимых заблаговременно и направленных на максимально возможное уменьшение риска возникновения ЧС, а также на сохранение здоровья персонала и больных, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь.

Ликвидация ЧС в медицинских организациях здравоохранения – это аварийно-спасательные и другие неотложные работы, проводимые при возникновении ЧС и направленные на спасение жизни и сохранение здоровья персонала и больных, а также на локализацию зон ЧС, прекращение действия характерных для них опасных факторов.

Ликвидация ЧС осуществляется в соответствии с классификацией ЧС:

- локальной – силами и средствами организации;
- местной – силами и средствами органа местного самоуправления и т.д.



Решения руководителей работ по ликвидации ЧС являются обязательными для медицинского персонала и больных медицинских организаций, всех граждан, находящихся в зоне ЧС.

В случае крайней необходимости руководители работ по ликвидации ЧС вправе самостоятельно принимать решения по следующим вопросам:

- проведение эвакуационных мероприятий;
- остановка деятельности медицинских организаций здравоохранения, находящихся в зоне ЧС;
- проведение аварийно-спасательных работ в медицинских организациях здравоохранения, находящихся в зоне ЧС;
- ограничение доступа людей в зону ЧС;
- разбронирование в установленном порядке резервов материальных ресурсов медицинских организаций здравоохранения, находящихся в зоне ЧС, за исключением материальных ценностей государственного материального резерва;



- привлечение к проведению работ по ликвидации ЧС в медицинских организациях здравоохранения нештатных и общественных аварийно-спасательных формирований, а также спасателей, не входящих в состав указанных формирований;

- привлечение на добровольной основе населения к проведению неотложных работ, а также отдельных граждан, не являющихся спасателями, к проведению аварийно-спасательных работ, принятие других необходимых мер, обусловленных развитием ЧС и ходом работ по их ликвидации.

Руководители работ по ликвидации ЧС незамедлительно информируют о принятых ими в случае крайней необходимости решениях соответствующие органы исполнительной власти, органы местного самоуправления и организации.



3. Защита медицинского персонала, больных и имущества



Защита медицинского персонала, больных и имущества от поражающих факторов катастроф мирного и военного времени – это совокупность взаимосвязанных по содержанию, времени, ресурсам и месту проведения мероприятий, направленных на предотвращение или предельное снижение потерь медицинского персонала и больных, угрозы их жизни и здоровью и уменьшение материальных потерь при ЧС.

Основными способами защиты медицинского персонала и больных при этом являются:

- укрытие в защитных сооружениях;
- применение медицинским персоналом и больными средств индивидуальной, в том числе и медицинской защиты;
- эвакуация из зон (районов) возможных катастроф и возникших ЧС медицинского персонала и больных.



Защита медицинского персонала и больных базируется на следующих основных принципах:

- ✓ 1. Универсальность
- ✓ 2. Заблаговременность
- ✓ 3. Комплексность
- ✓ 4. Дифференцированный подход к характеру и объему защитных мероприятий

Универсальность защитных мероприятий заключается в том, что для исключения или уменьшения поражающего эффекта катастроф используется технология, обеспечивающая ее применение, во-первых, в единой системе защиты различных групп населения, медицинского персонала и больных, а также спасателей аварийно-спасательных формирований, участвующих в ликвидации ЧС; и, во-вторых, как в мирное, так и в военное время.



Учитывая ограниченность времени на организацию и проведение мероприятий по защите персонала и больных в медицинских организациях здравоохранения с началом военных действий, крупных техногенных и природных катастроф мероприятия по защите планируются, организуются и частично проводятся заблаговременно, до возникновения ЧС мирного и военного времени.

Именно принцип заблаговременности защитных мероприятий является важнейшей основой своевременного их проведения при возникновении конкретной ЧС и ликвидации ее последствий в медицинских организациях здравоохранения.



Мероприятия по защите медицинских организаций здравоохранения, проводимые заблаговременно, включают:

- создание надежной системы оповещения;**
- накопление фонда защитных сооружений;**
- обеспечение персонала и больных медицинских организаций здравоохранения средствами индивидуальной и медицинской защиты;**
- планирование эвакуации медицинских организаций здравоохранения;**
- подготовку загородной зоны для приема и размещения эвакуированных медицинских организаций здравоохранения;**



- организацию в медицинских организациях здравоохранения радиационного, химического и биологического наблюдения и лабораторного контроля;
- обеспечение защиты медицинского имущества, продовольствия, пищевого сырья и воды в медицинских организациях здравоохранения от заражения РВ, АОХВ, ОВ и БС;
- подготовку органов управления, сил и средств, предназначенных для защиты медицинских организаций здравоохранения в ЧС;
- обучение персонала и больных медицинских организаций здравоохранения способам защиты от поражающих факторов катастроф.



Не менее значимым является принцип дифференцированного подхода к объему и характеру мероприятий по защите персонала и больных медицинских организаций здравоохранения в ЧС мирного и военного времени с учетом особенностей по прогнозируемой обстановке и исходя из принципа *необходимой достаточности*.

Например, конкретный характер и объем мероприятий по защите персонала и больных медицинских организаций здравоохранения в регионах страны устанавливается в зависимости от политического, экономического и оборонного значения городов и объектов экономики, с учетом местных условий (город или сельская местность), а также возможных угроз техногенного характера и природных особенностей территорий.



Комплексность проводимых защитных мероприятий обеспечивает максимальную устойчивость функционирования медицинских организаций здравоохранения, надежность защиты медицинского персонала, больных и имущества от опасностей, возникающих в мирное и военное время.

Она достигается, во-первых, своевременным применением взаимосвязанных по содержанию, времени, ресурсам и месту проведения всех необходимых мероприятий, способов и средств защиты; во-вторых, выполнением задач, способствующих наиболее эффективному осуществлению защиты.



При ЧС мирного и военного времени медицинское имущество может быть приведено в негодное состояние при воздействии РВ, ОВ, АОХВ, БС, термического и динамического поражающих факторов катастроф.

Для предотвращения поражения медицинского имущества приведенными поражающими факторами катастроф или максимального ослабления их воздействия применяется комплекс мероприятий по его защите:

- ведение радиационной, химической и биологической разведки;
- использование защитных свойств упаковок и тары, подручных средств укрытия, складских и других помещений, включая инженерные сооружения, их надежная герметизация;
- оборудование укрытий для размещения и хранения запасов медицинского имущества;
- соблюдение правил пожарной безопасности;



- соблюдение санитарно-гигиенических, санитарно-эпидемиологических правил при заготовке, транспортировке, хранении и использовании медицинского имущества;

- подготовка к работе медицинского учреждения в условиях заражения территории РВ, ОВ, АОХВ, БС;

- применение специального транспорта для перевозки медицинского имущества;

- размещение медицинских учреждений и учреждений медицинского снабжения (аптек, складов, баз) вдали от ХОО, РОО, взрыво- и пожароопасных объектов;

- эвакуация, при необходимости, учреждений медицинского снабжения (аптек, складов, баз) за пределы зоны заражения.



Особое значение в комплексе мероприятий по защите медицинского имущества имеет упаковка, которая может полностью или частично защитить медицинское имущество от заражения РВ, ОВ, АОХВ, БС. Высокими защитными свойствами обладают герметично упакованные стеклянные бутылки, банки, флаконы, металлические или пластмассовые бочки, бидоны и канистры. Дополнительная обвязка полиэтиленовой или полихлорвиниловой пленкой повышает устойчивость тары к воздействию ядовитых капельножидких веществ.

Обычные фанерные, картонные и дощатые ящики, деревянные бочки, фанерные барабаны, льняные и бумажные мешки, брезентовые чехлы, применяемые для упаковки медицинского имущества, не защищают от заражения РВ, ОВ, АОХВ, БС.

Медицинское имущество, зараженное РВ, ОВ, АОХВ, БС подлежит дезактивации, дегазации или дезинфекции.



4. Организация работы больницы в чрезвычайных ситуациях



Больница является одним из этапов медицинской эвакуации в системе лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных в ЧС. Она предназначена для оказания медицинской помощи и лечения пораженных, доставляемых из очагов катастроф. В зависимости от типа больницы возможна эвакуация части пораженных из нее в другие лечебные учреждения.

Во главе больницы стоит главный врач, который отвечает за всю лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную, финансовую деятельность и готовность больницы к работе в ЧС.

По типу больницы подразделяются на республиканские, краевые, областные, окружные, городские, районные, участковые, отличающиеся друг от друга по выполняемым задачам, структуре и функциям.

Структура больницы утверждается органом управления здравоохранения.



Городская больница является многопрофильным и одним из наиболее многочисленных лечебно-профилактических учреждений, предназначенным для оказания первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и лечения пораженных в чрезвычайных ситуациях мирного времени; она может быть объединена с поликлиникой или одна из районных поликлиник города может быть прикреплена к ней.

В случае, когда в городской больнице оказывают медицинскую помощь населению только по одному профилю, она является специализированной.

К специализированным больницам относят: туберкулезные, кардиологические, онкологические, травматологические, кожно-венерологические, детские, инфекционные и др.



В зависимости от коечной мощности городские больницы делятся на категории:

– к первой категории относятся больницы с коечной штатной емкостью от 800 до 1 000 коек;

- ко второй – от 600 до 800;

- к третьей – от 400 до 600;

- к четвертой – от 300 до 400;

- к пятой – от 250 до 300;

- к шестой – от 200 до 250 коек.

Городские больницы очень крупные и мелкие считаются внекатегорийными.

Центральные районные больницы также делятся на 6 категорий: больницы I категории – свыше 350 коек; II категории – 300-350; III – 250-300; IV – 200-250; V – 150-200; VI – 100-150 коек.



Больницы имеют в своем составе:

- стационар с приемным отделением;
 - лечебные отделения по основным специальностям;
 - поликлинику;
 - лечебно-диагностические кабинеты и лаборатории;
 - отделения скорой и неотложной медицинской помощи;
 - патологоанатомическое отделение;
 - организационно-методический кабинет
- и вспомогательные подразделения: аптеку, кухню, медицинский архив и др.

Наличие специализированных подразделений зависит от мощности больницы.



Главный врач получает от вышестоящего органа управления здравоохранения задание на предмет подготовки больницы к приему пораженных (больных) в ЧС. В задании указывается, из каких очагов, сколько, какого профиля пораженных должна принимать больница, какие дополнительно развертывает и перепрофилирует койки, какие создает формирования. На основании данного документа, содержание которого подтверждается не реже 1 раза в три года, главный врач готовит больницу к работе в ЧС.

В первую очередь должны быть готовы к работе в ЧС приемное (приемно-сортировочное) отделение, профилированные лечебные отделения, отделения специальных видов лечения, аптека и хозяйственная служба.

Для предупреждения развития внутрибольничной инфекции организуют боксы, изоляционные палаты.



В приемном (приемно-сортировочном) отделении стационара больницы проводят регистрацию поступающих пораженных, медицинскую сортировку, устанавливают диагноз и решают вопрос о госпитализации. Там же при необходимости проходят санитарную обработку все пораженные и специальную обработку - их вещи.

Приемное (приемно-сортировочное) отделение обязано иметь все необходимое для оказания экстренной медицинской помощи при травме, шоке, отравлении и других неотложных состояниях.

В ЧС в приемное (приемно-сортировочное) отделение больницы одновременно может поступить столько пораженных, сколько отделение принимает за день или несколько дней. Поэтому персонал отделения должен быть заранее подготовлен к массовому приему пораженных из очагов катастроф.



При ЧС персонал отделения должен знать:

- вид очага катастрофы, стихийного бедствия, из которого поступают пораженные;
- их ожидаемое число, опасны ли они для персонала или нет;
- величину запасов перевязочного материала, шин, медикаментов в отделении;
- возможности и готовность персонала лечебных отделений к приему и оказанию медицинской помощи и др.

С учетом того, что больница, особенно краевая или областная, может работать на прием пораженных (больных) из очагов любых видов катастроф и стихийных бедствий, возникает настоятельная необходимость готовить персонал приемного и лечебных отделений по всем их известным видам.



В этих учреждениях большое значение приобретает медицинская сортировка с целью выявления опасных для окружающих, определения функционального подразделения больницы, где может быть оказана медицинская помощь в полном объеме с учетом ведущего поражения, установлена очередность ее оказания, последовательность прохождения пораженными лечебных отделений (при сочетанных и комбинированных поражениях).

В больницах медицинская сортировка проводится с выделением всех основных сортировочных групп с учетом конкретных условий обстановки, возможностей этапа медицинской эвакуации и принятого порядка эвакуации.

Проведение медицинской сортировки в больнице начинается в приемном (приемно-сортировочном) отделении. Оно предназначено для приема, медицинской сортировки пораженных и оказания им медицинской помощи.

Приемное отделение включает:

• *распределительный (сортировочный) пост,*

• *сортировочную площадку,*

• *приемно-сортировочные палаты (палатки).*



Все пораженные, поступающие из очага ЧС в больницу, принимаются *распределительным (сортировочным) постом*. На РП работают фельдшер (медсестра) и 1-2 дозиметриста. Они ведут постоянное наблюдение за окружающей обстановкой, встречают транспорт с пораженными, регулируют очередность его подачи на сортировочную площадку, оповещают о поступлении пораженных из очага ЧС.

Транспорт, доставивший пораженных, останавливается перед шлагбаумом. Медицинская сестра (фельдшер) или дозиметрист уточняет у водителя или лица, сопровождающего пораженных, откуда они прибыли и подает установленный сигнал о прибытии пораженных на распределительный пост.

По прибытии пораженных из очага АОХВ, ОВ, РВ весь персонал больницы применяет средства индивидуальной защиты.

Дозиметрист определяет наличие и степень зараженности транспорта, доставившего пораженных, а затем – каждого пораженного.



Медицинская сестра (фельдшер) на РП обязана вначале осуществить выборочную сортировку. При выявлении в процессе выборочной сортировки наиболее тяжелых и особых категорий пораженных, находящихся в критическом состоянии (наличие наружного кровотечения, асфиксии, судорожного состояния и т. п., рожениц, детей и др.), их немедленно доставляют на сортировочную площадку.

На РП регистрация (заполнение какой-либо медицинской документации) и оказание медицинской помощи не предусматривается.

На РП медицинская сортировка проводится только по первому сортировочному признаку – исходя из опасности пораженных для окружающих, т. е. исходя из нуждаемости пораженных в санитарной обработке или в изоляции.



В зависимости от этого пораженные распределяются на следующие группы и их направляют:

- подлежащих изоляции (инфекционные больные и лица с подозрением на инфекционные заболевания, а также находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения) - в изоляторы для инфекционных больных или психоизоляторы;

- нуждающихся в санитарной обработке (пораженные, прибывшие из очага поражения АОВ, ОВ, БС, а также имеющие заражение РВ выше допустимых величин) - в отделение (на площадку) специальной обработки;

- не нуждающихся в санитарной обработке и не подлежащих изоляции (неопасные для окружающих) - на сортировочную площадку или в приемно-сортировочные.



Сортировочная площадка представляет собой участок территории перед приемно-сортировочными палатами (палатками). Сортировочная площадка и приемно-сортировочные предназначены для проведения медицинской сортировки, оказания неотложной помощи пораженным и распределения их по функциональным подразделениям.

В теплое время года прием и сортировку можно проводить на сортировочной площадке.

Зимой или при других неблагоприятных метеорологических условиях (дождь, сильный ветер и др.) медицинскую сортировку осуществляют в приемно-сортировочных палатах (палатках). Сортировочная площадка в этом случае служит местом разгрузки транспортных средств, в которых пораженные (не опасные для окружающих) были доставлены с РП.



Для удобства работы и увеличения пропускной способности приемно-сортировочного отделения из его состава создаются *2-3 сортировочные бригады*, что обеспечивает обслуживание двух потоков пораженных: **ходячих и носилочных.**

Сортировочная бригада *для тяжелопораженных и пораженных средней тяжести*, как правило, включает врача, двух средних медицинских работников (фельдшер или медицинская сестра) и двух регистраторов. Каждой сортировочной бригаде придаются 1-2 звена санитаров-носильщиков.

В состав сортировочных бригад назначаются опытные врачи, способные быстро оценить состояние пораженного, определить диагноз (ведущее поражение) и прогноз, не снимая повязки и не применяя трудоемких методов исследования установить характер необходимой медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации и порядок эвакуации.



Вначале врач обязан осуществить *выборочную сортировку* с целью выявления наиболее тяжелых и особых категорий пораженных, находящихся в критическом состоянии (наличие наружного кровотечения, асфиксии, судорожного состояния и т. п., рожениц, детей и др.). Приоритет остается за пораженными, нуждающимися в экстренной медицинской помощи.

Выборочная сортировка обеспечивает максимально быстрое проведение мероприятий по непосредственному спасению жизни пораженных, помощь которым при проведении последовательной сортировки будет заведомо запоздалой.

При этом таким пораженным оказывается немедленно экстренная помощь на сортировочной площадке или в приемно-сортировочных палатах (палатках) с участием среднего медицинского персонала и немедленно принимается сортировочное заключение.



После проведения выборочной сортировки сортировочные бригады переходит к последовательному («конвейерному») осмотру пораженных.

Помимо регистрации и медицинской сортировки пораженных в приемно-сортировочных палатах исправляют дефекты оказания первой (первичной доврачебной медико-санитарной помощи) и в некоторых случаях оказывают (не снимая повязки) первичную врачебную медико-санитарную помощь.

Работа сортировочной бригады при последовательном («конвейерном») методе сортировки организуется следующим образом.

Сортировочная бригада в составе врача, 2-х средних медицинских работников и 2-х регистраторов одновременно осматривает двух носилочных пораженных: у одного из них работает, например, врач, медсестра и регистратор, а у другого - фельдшер и регистратор.



При таком «конвейерном» методе работы одна сортировочная бригада из пяти человек может за один час выполнить медицинскую сортировку до 20 тяжелообольных, 20-30 тяжелопораженных и пораженных средней тяжести травматологического профиля или 30-40 пораженных АОВВ (с оказанием неотложной помощи), затрачивая 1,5-3 минуты на одного пораженного.

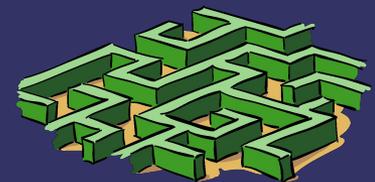
Если сортировочная бригада будет состоять из трех человек (врач, фельдшер или медсестра, регистратор), то ее возможности по проведению медицинской сортировки и оказанию медицинской помощи снижаются в 1,5 раза по сравнению с 5-тичленной бригадой.

Медсестра и регистратор будут задерживаться у пораженного при оказании медицинской помощи и врач вынужден ждать их у следующего пораженного.



В сложных условиях ЧС, в отличие от обычных условий работы, особенно ответственным с морально-психологической точки зрения моментом в действиях врача, является жестокая необходимость выбора. Но по своей сути медицинская сортировка глубоко гуманна, является одним из проявлений милосердия, духовности. Успешность медицинской помощи в ЧС находится в прямой зависимости от правильности и своевременности проведения медицинской сортировки. Она позволяет спасти жизнь максимальному числу пораженных имеющимися силами.

Клинический метод постановки диагноза и определения прогноза в процессе сортировки пораженных остается приоритетным. Это обеспечивает достаточную достоверность в установлении диагноза и прогноза, простоту, доступность распределения пораженных по сортировочным группам.



5. Эвакуация медицинских учреждений



Эвакуация является одним из основных способов защиты населения, рабочих и служащих объектов производственного и социального назначения, медицинских организаций в условиях применения противником ОМП, а также при некоторых техногенных катастрофах и стихийных бедствиях мирного времени.

При своевременном проведении эвакуационных мероприятий в военное время удастся вывести из-под ударов основную массу населения и медицинских организаций крупных городов, которые могут быть вероятными объектами нападения противника.

Эвакуация медицинских организаций – организованный вывоз персонала, больных и имущества ЛПУ из зоны вероятной или случившейся ЧС в безопасные районы.



Эвакуация как способ защиты населения и медицинских организаций используется давно. Особенно больших масштабов она достигла в годы Великой Отечественной войны, когда из европейской части страны были эвакуированы многие предприятия и учреждения вместе с рабочими, служащими и их семьями.

Но и в настоящее время население и медицинские организации подвергаются опасностям в результате стихийных бедствий, аварий и катастроф в промышленности и на транспорте, участившихся террористических актов, угроз взрывов, пожаров и т. п.

При аварии на Чернобыльской АЭС в апреле-мае 1986 года пришлось эвакуировать население и медицинские учреждения из 30-километровой зоны: из городов Чернобыль, Припять и еще 300 населенных пунктов.



Эвакуация медицинских организаций из крупных городов в загородную зону представляет достаточно сложную и трудоемкую задачу. Следует иметь в виду, что все учреждения здравоохранения являются учреждениями, переносящими в военное время свою деятельность в загородную зону.

Для размещения эвакуируемых медицинских организаций в загородной зоне устанавливаются районы их размещения.

Загородная зона – территория за пределами зон возможных разрушений, установленных для крупных городов и важных объектов, расположенных вне этих городов до границы области (края). В ней размещается группировка сил ГО, эвакуированные медицинские организации, население и рассредоточиваемые рабочие и служащие.

Эвакуация как способ защиты в чистом виде бывает редко, она, как правило, сочетается с другими защитными мероприятиями: проведением противорадиационных, медицинских, противопожарных, инженерных и других мероприятий исходя из условий, характера и масштабов чрезвычайной ситуации.



Заблаговременно в каждом отделении ЛПУ назначаются ответственные лица за выписку больных, подготовку нетранспортабельных больных к перемещению в защитные сооружения (стационары для нетранспортабельных больных).

Все больные, находящиеся на лечении в данном лечебно-профилактическом учреждении ЛПУ, по эвакуационному предназначению распределяются на три основные группы:

- первая группа: больные, не нуждающиеся в дальнейшем продолжении стационарного лечения и подлежащие выписке (больные с хроническими заболеваниями вне стадии обострения и выздоравливающие больные). Такие больные после выписки из ЛПУ самостоятельно следуют до места жительства, а затем до сборных эвакуационных пунктов и пунктов посадки. Они выезжают к месту жительства в загородной зоне наравне с другим населением. При выписке, если необходимо, их следует обеспечить медикаментами на 2-3 суток, т.к. в этот период из крупных городов эвакуируются поликлинические и аптечные учреждения. Принято считать, что подлежат выписке около половины всех больных, находящихся на стационарном лечении в ЛПУ.



- вторая группа: транспортабельные больные – это больные, которые по состоянию здоровья не могут быть выписаны из ЛПУ, но в состоянии без значительного ущерба для здоровья эвакуироваться в загородную зону вместе с ЛПУ. Таких больных может быть около 45% от пациентов, находящихся на стационарном лечении в ЛПУ.

- третья группа: нетранспортабельные больные – это больные, которые не способны без ущерба для здоровья перенести эвакуацию в загородную зону. Эта группа больных должна быть оставлена в городе и укрыта в специально оборудованном убежище – в защищенном стационаре для нетранспортабельных больных. Нетранспортабельность определяется не только тяжестью состояния здоровья больных, но и видом транспорта, на котором предполагается эвакуация их в загородную зону. Эта группа может составлять около 5-10% всех больных, находящихся в стационаре.

После определения количества нетранспортабельных больных устанавливается порядок и последовательность заполнения убежища (защищенного стационара), выделяются ответственные лица за его оборудование, закладку в него продуктов питания, запасов воды, определенного количества медицинского и других видов имущества. Для работы в защищенный стационар назначается медицинский и технический персонал.



Медицинские организации вывозят в загородную зону, т. е. в те районы и населенные пункты, где дальнейшее их размещение не представляет опасности для их функционирования. Их удаленность может быть самой различной - от нескольких до сотен километров.

В условиях чрезвычайной ситуации особое значение приобретает быстрота эвакуации и достижение медицинскими организациями безопасной зоны в сравнительно короткие сроки. С этой целью может использоваться все имеющиеся виды транспорта (автомобильный, железнодорожный, водный).

При недостатке выделенного транспорта руководитель учреждения здравоохранения определяет порядок и последовательность эвакуации несколькими рейсами.



Руководитель медицинской организации должен заблаговременно планировать необходимое количество транспорта для эвакуации, количество помещений в загородной зоне, потребность в помещениях для укрытия нетранспортабельных больных в защищенном стационаре, необходимое количество медицинского персонала, организацию питания и обеспечение больных лекарственными средствами и т.д.

Руководители эти вопросы отрабатывают в мирное время на учениях, определяя реальное время, необходимое для погрузки на транспорт больных, персонала и имущества, на переезд из города к месту развертывания ЛПУ в загородной зоне, а также на разгрузку транспорта.

После этого составляется график эвакуации.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, устойчивое функционирование лечебно-профилактических учреждений в экстремальной обстановке позволяет организовать оказание всех видов медицинской помощи и лечение поражённых в системе службы медицины катастроф, что способствует быстрейшему восстановлению здоровья, возвращению к труду, максимальному снижению инвалидности и смертности среди пострадавших в чрезвычайных ситуациях.



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

