

РАБОТА ФОРМИРОВАННОЙ МСГО ПРИ ВЕДЕНИИ СПАСАТЕЛЬНЫХ РАБОТ В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ.

Цикл «Экстремальная и военная медицина»

Работу формирований МС ГО после возникновения очагов поражения организует начальник МС ГО района.

Деятельность начальника МС ГО невозможна без правильной оценки медицинской обстановки в очагах поражения.

Методика оценки медицинской обстановки при возникновении очагов поражения

Важнейшими элементами деятельности начальника МС ГО являются правильный учет и оценка складывающейся обстановки, на основании чего возможно грамотное и обоснованное принятие решений.

Оценка медицинской обстановки должна производиться с учетом тактической, инженерной, пожарной, радиационной (химической) обстановки и других факторов, влияющих на деятельность МС ГО.

Начальник МС ГО должен хорошо знать медико-тактическую характеристику очагов поражения.

Для грамотной оценки медицинской обстановки, возникшей после применения противником оружия массового поражения, начальник МС ГО должен соответственно организовать свою работу и иметь следующие исходные данные:

- количество населения (рабочих и служащих), места его размещения и степень обеспечения защитными сооружениями и средствами индивидуальной защиты;
- наличие и дислокация сил и средств МС ГО.

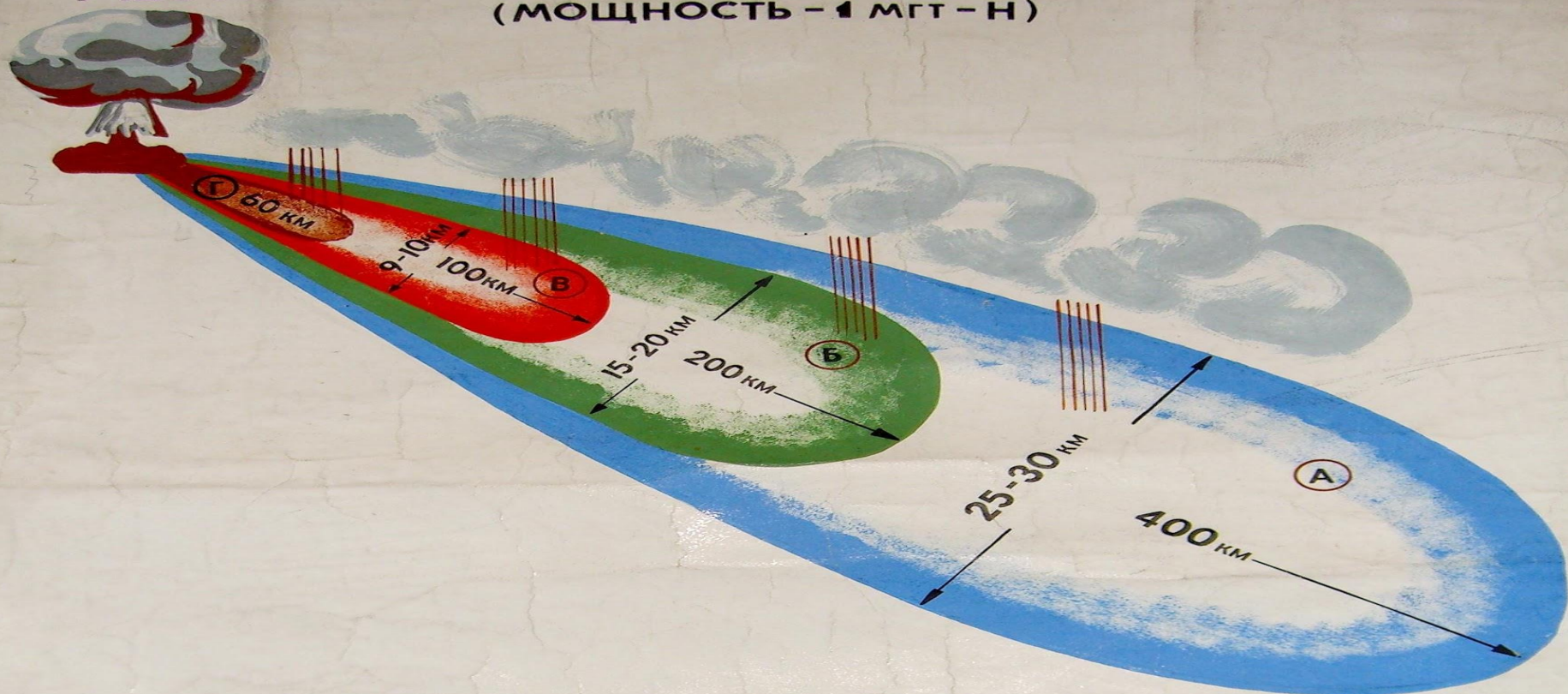
Эти данные должны быть нанесены на карту области и план города (городского района).

После применения противником ядерного оружия начальник МС ГО для оценки медицинской обстановки должен получить сведения от штаба ГО о месте, виде и мощности ядерного взрыва, метеорологических данных (направление и скорость ветра, состояние погоды), состояние дорог, мостов, переправ.

Кроме того, от службы противорадиационной и противохимической защиты необходимо получить сведения радиационной обстановки и нанести их на карту, а от инженерной службы – данные о зонах разрушения городской застройки в очаге ядерного поражения (ОЯП) и нанести их на план города (городского района).

Учитывая то, что радиоактивное облако распространяется со скоростью ветра, начальник МС ГО прежде всего должен правильно оценить радиационную обстановку на территории предполагаемого следа радиоактивного облака, на которой могут оказаться силы медицинской службы, принять решение по их защите и лишь после этого приступить к оценке медицинской обстановки в ОЯП.

ЗОНЫ СЛЕДА РАДИОАКТИВНОГО ЗАРАЖЕНИЯ МЕСТНОСТИ ПРИ НАЗЕМНОМ ЯДЕРНОМ ВЗРЫВЕ (МОЩНОСТЬ - 1 МГТ - Н)



ХАРАКТЕРИСТИКА СЛЕДА РАДИОАКТИВНОГО ОБЛАКА (Тсл РО)

ПОКАЗАТЕЛИ		ЗОНЫ ЗАРАЖЕНИЯ	Г ЧРЕЗВ. ОПАСНОГО	В ОПАСНОГО	Б СИЛЬНОГО	А УМЕРЕННОГО
ПАРАМЕТРЫ ЗОН	ДЛИНА (КМ)		60	до 100	до 200	до 400
	ШИРИНА (КМ)		5-6	9-10	15-20	25-30
	ПЛОЩАДЬ (КМ ²)		300-360	900-1000	3000-4000	10000-12000
	% ОТ ВСЕГО СЛЕДА		7%	8%	15%	70%
УРОВЕНЬ РАДИАЦИИ Р/Ч	ЧЕРЕЗ 1 ЧАС		св. 800	240	80	8
	ЧЕРЕЗ 10 ЧАСОВ		50	15	5	0,5
ДОЗА РАДИАЦИИ /P/ Δ ∞ /СУММАРНАЯ/			св. 4000	1200	400	40
ПОКАЗАТЕЛИ ЗАЩИТЫ ЛЮДЕЙ НА Тсл ПО	НЕОБХОДИМОЕ ПРЕБЫВАНИЕ В ПРУ		до 15 СУТОК	до 3 СУТОК	1-3 СУТОК	НЕСК. ЧАСОВ
	В ОБЫЧНЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ ПОСЛЕ ПРУ		св. 4 СУТОК	НЕ МЕНЕЕ 4 СУТОК	до 4 СУТОК	до 1 СУТОК
	ПРЕБЫВАНИЕ НА ОТКРЫТОЙ МЕСТНОСТИ ПОСЛЕ ВЫХОДА ИЗ ПРУ И ПОМЕЩЕНИЯ		В КРАЙНИХ СЛУЧАЯХ ДО 4 ЧАСОВ В СУТКИ	ТОЖЕ	ТОЖЕ	до 4 ЧАСОВ ТОЛЬКО В 1-Е СУТКИ

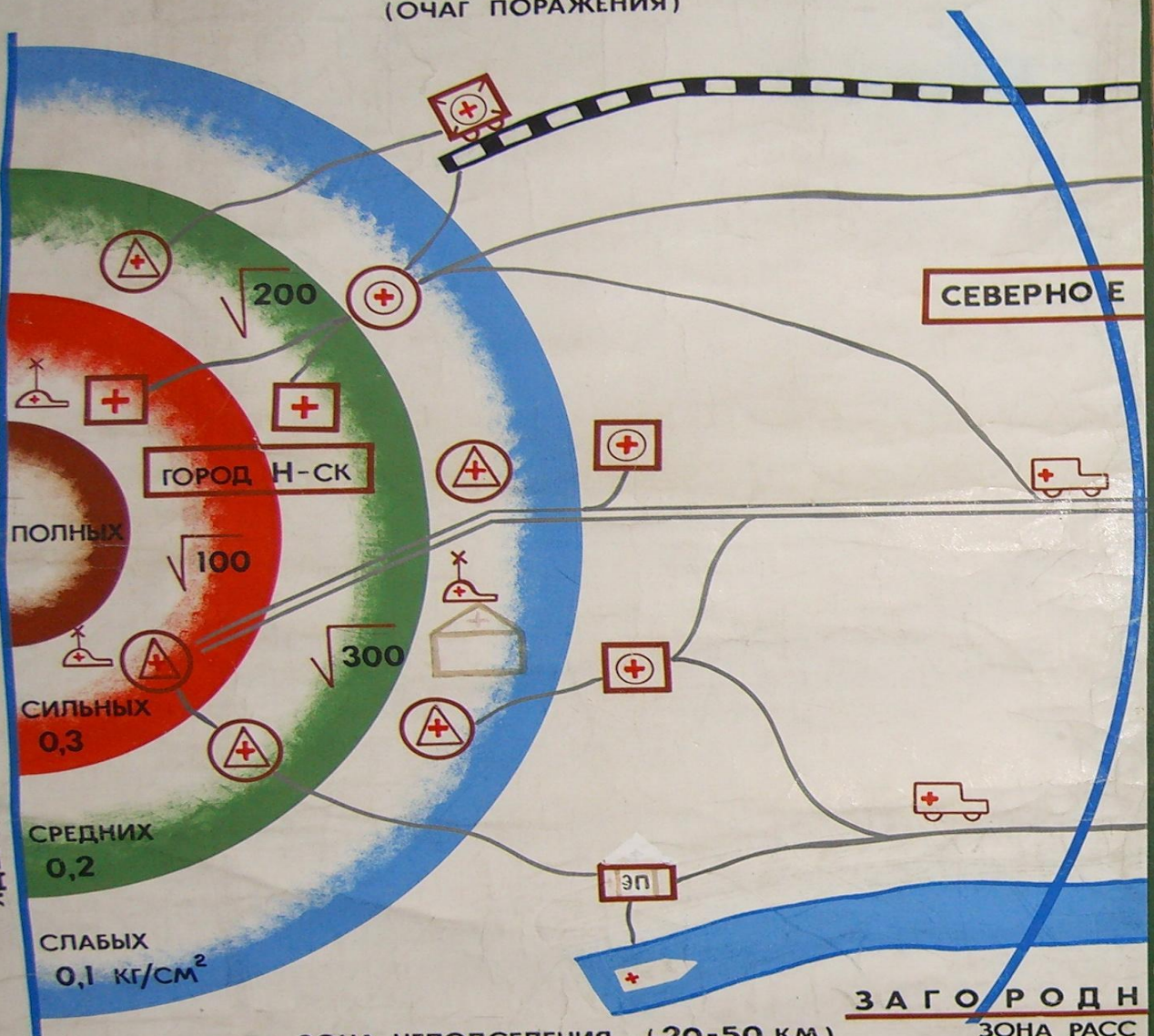
При **оценке медицинской обстановки** в очаге поражения производится:

1) расчет санитарных потерь на объектах народного хозяйства и по району (городу) в целом.

Наличие на плане города заранее нанесенных объектов народного хозяйства позволит начальнику МС ГО быстро определить, в какой зоне разрушения городской застройки они оказались. Имея данные о количестве рабочих и служащих на каждом объекте, степени их защиты (количество, классность и вместимость убежищ) и пользуясь таблицами расчета потерь среди защищенного и незащищенного населения, начальник МС ГО имеет возможность рассчитать предполагаемые потери на каждом объекте и, суммируя результаты, получить общее количество потерь (в том числе и санитарных);

ПЕРВЫЙ ЭТАП МЕД. ЭВАКУАЦИИ
(ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ)

ядерный очаг поражения (зона разрушения)



- $\sqrt{100}$ ОЧАГ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ (К-ВО)
- ⊕ САНИТАРНАЯ ДРУЖИНА (ОТРЯД)
- ⊕ ОПМ-ОТРЯД ПЕРВОЙ МЕД. ПОМОЩИ
- ⊕ ВОЛННЫЙ ТРАНСПОРТ

- УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ:
- ⊕ МЕДПУНКТ МЕХ. БАТАЛЬОНА
 - ⊕ МЕДРОТ МЕХ. ПОЛКА
 - ⊕ БОЛЬНИЦА ()
 - ⊕ ЖЕЛ. ДО ТРАНСПОРТ

2) определение наличия и потребности в силах и средствах МС ГО для оказания первой медицинской и первой врачебной помощи.

Для определения количества сил МС ГО, необходимых для оказания первой медицинской и первой врачебной помощи, начальник МС ГО должен знать возможности СД и ОМП, сроки проведения работ по оказанию первой медицинской помощи и количество смен, необходимых для проведения спасательных работ. Необходимое количество СД и ОМП определяется главным образом количеством санитарных потерь и возможностями этих формирований;

3) оценка потерь сил и средств МС ГО;

4) оценка маршрутов ввода сил и эвакуации пораженных.

Для этого начальник МС ГО должен иметь сведения о радиационной, инженерной и пожарной обстановках;

5) определение потребности в транспортных средствах для эвакуации пораженных, при этом проводится оценка возможностей и определение порядка их использования.

После оценки обстановки начальник МС ГО подготавливает предложения начальнику ГО по организации медицинского обеспечения населения в очаге поражения.

Для оценки медицинской обстановки при возникновении *очага химического поражения* начальнику МС ГО также необходимо заранее иметь сведения о количестве населения (рабочих и служащих), его обеспеченности защитными сооружениями (убежищами), средствами индивидуальной защиты, количестве и размещении сил и средств МС ГО, наличии и состоянии дорог, рельефе местности, наличии и состоянии водосточников, количестве и дислокации бань, душей, санитарных пропускников, а после применения противником химического оружия – о месте и виде применённого ОВ, площади заражения ОВ, направлении и скорости ветра и др.

На основании имеющихся исходных данных начальник МС ГО может рассчитать вероятные потери среди населения, оказавшегося в очаге химического поражения (ОХП). Следует учитывать, что на величину санитарных потерь будут влиять такие факторы, как своевременность оповещения населения о применении противником ОВ, своевременность и правильность использования населением убежищ, средств индивидуальной защиты.

Рассчитав ориентировочные санитарные потери в ОХП, начальник МС ГО определяет необходимое количество сил и средств МС ГО для оказания первой медицинской и первой врачебной помощи пораженным, порядок ввода СД в очаг поражения и места развертывания ОПМ, количество транспортных средств, необходимых для эвакуации пораженных, и пути их эвакуации в ОПМ, а затем и в загородную зону. После проведения этой работы начальник МС ГО готовит предложения начальнику ГО по организации медицинского обеспечения пораженного населения в ОХП.

При выдвижении группировки сил ГО в очаг поражения в **разведывательное подразделение** входит *1-2 средних медработника*, в **отряд обеспечения движения** - *1-2 средних медработника*.

В первый эшелон (2-3 смены) включаются санитарные дружины, МО повышенной готовности, медицинские роты и медицинские взводы воинских частей ГО, а так же СПЭБ.

Во-второй эшелон (2 смены), для замены формирований первого эшелона вводят и медицинские силы в виде санитарных дружин, МО обычной готовности и СПЭБ.

В резерв также предусматривается введение тех же подразделений.

Организация оказания первой медицинской помощи

Первая медицинская помощь

непосредственно на месте поражённым оказывается путём само- и взаимопомощи санпостовцами и др. лицами могущими её оказать.

В последующем, вводятся санитарные дружины первого эшелона в составе СПАСОТРЯДОВ.

На сандружины возлагаются основные задачи:

- организация само и взаимопомощи;
 - проведение первичной медицинской сортировки (для определения объёма и последовательности проведения мероприятий первой медицинской помощи поражённым и их эвакуации - выноса и вывоза;
 - оказание первой медицинской помощи;
 - частичная специальная обработка поражённых – при возможности.
- Оснащённость имуществом согласно табелю.

Содержимое санитарной сумки рассчитано на оказание помощи **15 – 20** поражённым. Пополнение расходуемого имущества осуществляется из аптеки МО развернутого вблизи работы санитарной дружины.

Постановка задачи командирам санитарных дружин включает:

- территорию, на которой должна работать каждая санитарная дружина;**
- порядок подчинения санитарной дружины на указанном участке (как правило, на каждом участке работы общее руководство возлагается на командира спасательного формирования);**
- продолжительность работы санитарной дружины;**
- место и пути выноса поражённых (определить место погрузки на транспорт);**
- сигналы оповещения и способы защиты на случай повторного нападения;**
- порядок ведения дозиметрического контроля и максимальную дозу допустимого облучения.**

После уяснения задачи **командир** санитарной дружины **ставит частные задачи** подчинённым санитарным звеньям, определяя каждому из них **участок работы** и указывая, где **он сам будет находиться.**

Связь с командирами звеньев командир санитарной дружины осуществляет сигналами и через **связного.**

Санитарная дружина за один час работы может оказать медицинскую помощь 50 поражённым.

Этот норматив может быть положен в основу при расчете необходимого количества санитарных дружин для оказания первой медицинской помощи.

Объём первой медицинской помощи и очередность её оказания определяют в каждом конкретном случае в зависимости от обстановки, числа поражённых, степени тяжести поражения, наличия сил и средств.

При наличии большого числа
поражённых первую
медицинскую помощь
оказывают прежде всего
поражённым с сильным
кровотечением и находящимся в
шоковом состоянии, раненым в
грудь, голову, живот и с другими
симптомами, угрожающими
жизни.

В перечень мероприятий первой медицинской помощи в очаге ядерного поражения входят:

- временная остановка кровотечения;
- тушение горячей или тлеющей одежды;
- наложение первичных повязок при ожогах и ранениях;
- иммобилизация конечностей при переломах и обширных повреждениях мягких тканей;
- введение обезболивающих средств;
- восстановление проходимости верхних дыхательных путей;
- применение противорвотных и других средств из индивидуальной аптечки;
- искусственная вентиляция легких;
- непрямой массаж сердца и др.

Очередность оказания первой медицинской помощи при комбинированных поражениях определяется в каждом отдельном случае в зависимости от вида и тяжести поражений.

После оказания первой медицинской помощи поражённых выносят к местам погрузки на транспорт. Вынос поражённых осуществляется носилочными звеньями из состава спасательных формирований.

**Одно звено носильщиков в течение
одного часа может вынести
4 – 6 поражённых
на расстояние 200 – 300 м.**

**При необходимости выноса на
большие расстояния применяется
эстафетный способ выноса: звенья
носильщиков выставляют на пути
выноса цепочкой через каждые 200 –
300 м, последовательно передавая
поражённого от одного звена
другому.**

В местах погрузки проводится сортировка поражённых:

- устанавливается очередность в оказании медицинской помощи, в вывозе (выносе) их из очага;
- формируются пешие группы ходячих поражённых для следования в ближайшие МО, сохранившиеся медицинские учреждения;
- обеспечивается уход и оказание (дополнение) первой медицинской помощи поражённым, ожидающим прибытие транспорта.

В первую очередь подлежат эвакуации из очага все поражённые в состоянии шока, с признаками асфиксии, с проникающими ранениями головы, груди, живота, с обширными ожогами, роженицы и дети.

Легкопоражённых при недостатке транспорта следует направлять пешим порядком в МО, при расположении их вблизи очага, самостоятельно или с сопровождающим.

Начальник МС ГО объекта руководит действиями СД и погрузкой пораженных на транспорт лично и через посыльных.

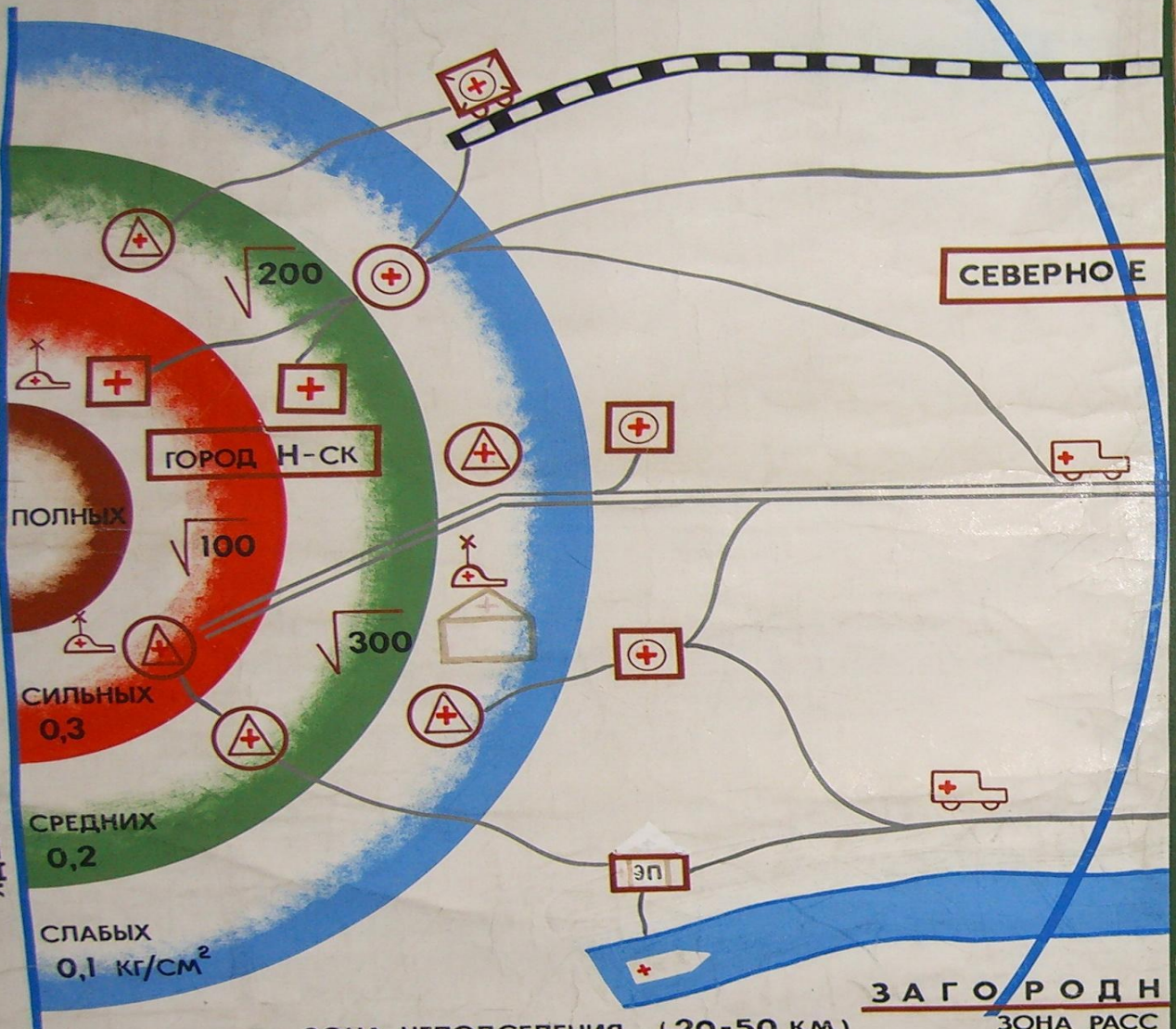
В тех случаях, когда МО располагается близко от объекта ведения спасательных работ, пораженных выносят на носилках, а ходячие пораженные выходят к ОПМ самостоятельно.

Если же МО расположен далеко от объекта ведения спасательных работ, то эвакуация пораженных в МО осуществляется транспортом объектовых формирований, прибывших на объект («от себя»), и транспортом ОПМ («на себя»).

Эвакуация поражённых
осуществляется всеми видами
транспортных средств в МО, в
сохранившиеся лечебно –
профилактические учреждения, в
медицинские пункты войсковых
частей ГО. Прежде всего
используется транспорт МО, а также
транспорт других формирований,
работающих в очаге, и попутный
транспорт.

ПЕРВЫЙ ЭТАП МЕД. ЭВАКУАЦИИ
(ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ)

ядерный очаг поражения (зона разрушения)



ЗОНА НЕПОДСЕЛЕНИЯ (20-50 км)

ЗАГОРОДН

ЗОНА РАСС

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ:

- | | | | |
|------|-------------------------------|---|-------------------------|
| √100 | ОЧАГ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ (К-ВО) | + | МЕДПУНКТ МЕХ. БАТАЛЬОНА |
| ⊕ | САНИТАРНАЯ ДРУЖИНА (ОТРЯД) | ⊕ | МЕДРОТ МЕХ. ПОЛКА |
| ⊕ | ОПМ-ОТРЯД ПЕРВОЙ МЕД. ПОМОЩИ | ⊕ | БОЛЬНИЦА () |
| ⊕ | ВОЛННЫЙ ТРАНСПОРТ | ⊕ | ЖЕЛ ДО ТРАНСПОРТ |

Организация оказания первой врачебной помощи.

Первую врачебную помощь поражённым оказывают МО, сохранившиеся вблизи очага поражения лечебно – профилактические учреждения и медицинские подразделения войсковых частей ГО.

Они являются первым этапом медицинской эвакуации на пути выноса и вывоза поражённых за пределы очага массовых санитарных потерь в системе лечебно – эвакуационного обеспечения.

Потребность в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи составляет **15 – 20%** от всех поступивших.

Одна врачебная бригада МО в течение часа обеспечивает помощь **2 поражённым средней тяжести** и проводит до **4 различных неосложнённых хирургических манипуляций.**

В системе лечебно – эвакуационного обеспечения возникает необходимость оказания поражённым до их эвакуации в больницы загородной зоны медицинской помощи в объёме, обеспечивающем устранение таких угрожающих жизни последствий поражений, как шок, кровотечение, асфиксия, открытый пневмоторакс, бронхоспазм, судорожное состояние и др.

Устранение этих осложнений в возможно ранние сроки, но не позднее 24 ч. после травмы, спасает жизнь основной массе тяжелопоражённых и создаёт благоприятные условия для их эвакуации в больницы загородной зоны и дальнейшего лечения.

**Выполнение этой задачи
обеспечивается МО.**

Они должны обладать достаточно
высокой подвижностью, чтобы
быстро прибыть в очаг и
развернуться в сохранившихся, хотя
и мало приспособленных для этого
зданиях, максимально близко
расположенных к районам
(объектам) наибольших санитарных
потерь.

На МО возлагаются следующие основные задачи:

- - ведение медицинской разведки на маршрутах выдвижения и в местах развертывания отряда;
- - эвакуация поражённых с объектов ведения спасательных работ;
- - обеспечение массового приёма, медицинской сортировки, временного размещения поражённых;
- - оказание поражённым и больным первой врачебной помощи и неотложной хирургической (по жизненным показаниям) помощи, при возможности;
- - проведение дозиметрического контроля, частичной специальной обработки поражённых, дезинфекции, дезактивации и дегазации их одежды и обуви;
- - временная госпитализация нетранспортабельных поражённых и больных;
- - временная изоляция инфекционных больных и поражённых с острыми психическими расстройствами;
- - подготовка поражённых и больных к эвакуации из МО в больничные учреждения загородной зоны и погрузка их в транспортные средства;
- - проведение простейших лабораторных исследований;
- - обеспечение медицинским имуществом санитарных дружин, работающих на закрепленных за МО объектах;
- - организация питания поражённых, находящихся в МО;
- - участие в проведении санитарно – гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах поражения;
- - защита поражённых и больных, а также личного состава МО от ОМП;
- - ведение медицинского учета и отчетности.

Успех работы отряда при проведении спасательных работ в значительной степени зависит от помощи действующих в очаге поражения различных формирований ГО.

В связи с этим важное значение приобретает тесное взаимодействие МО с другими подразделениями и формированиями ГО (*службы торговли и питания, инженерной, транспортной, обеззараживания территории и сооружений и др.*)

Выдвижение МО к очагу поражения осуществляется по приказу начальника ГО города, в котором указываются:

- время начала выдвижения,**
- место МО в группировке сил ГО,**
- маршрут движения,**
- район развертывания,**
- объекты,** с которых МО должен принимать поражённых,
- маршруты эвакуации** поражённых в загородную зону.

Начальник МО при постановке задачи на марш указывает:

- особенности маршрута;
- построение походного порядка МО;
- скорость движения и дистанцию между машинами;
- время прибытия в район развертывания;
- своё место и место заместителя в колонне;
- сигналы, порядок их подачи и действий по ним
- определяет наблюдателей и старших на каждой машине.

Загрязненные участки местности обходятся или преодолеваются «с ходу». Перед преодолением участка радиоактивного загрязнения по распоряжению начальника МО личный состав принимает радиозащитное средство №1 из АИ – 2 и надевает средства индивидуальной защиты органов дыхания. Скорость движения машин и дистанция между ними увеличивается.

**МО совершает марш одной
походной колонной с
максимально возможной
скоростью, обеспечивающей
безопасность движения и
выполнение поставленной задачи
в установленные сроки.**

**Обычно скорость движения МО
устанавливается днём 30 – 40
км/ч, ночью – 25 – 30 км/ч.**

Для проведения медицинской разведки на маршруте и в очаге поражения в отряде создаётся **внештатная группа медицинской разведки в составе врача и 2 средних медицинских работников**. Для этой группы выделяется **автомашина и приборы радиационной и химической разведки**.

Группа медицинской разведки обеспечивает: ведение медицинской разведки на маршрутах выдвижения к очагу поражения и в местах развертывания МО, выявление пригодных для развертывания МО помещений в заданном районе, ведение медицинской разведки в районе действия МО и на маршрутах вывоза пораженных к месту развертывания МО.

***Группа медицинской разведки
средствами связи не
обеспечивается,***

**поэтому после выполнения
поставленных задач она должна
вернуться в МО или встретить
его в указанном начальником МО
месте и доложить о результатах
разведки.**

На основании данных разведки
**начальник МО вместе с
рекогносцировочной группой**
выезжает к предложенному группой
медицинской разведки месту
развёртывания, осматривает его и
принимает окончательное решение
о месте и порядке развёртывания
функциональных подразделений
МО.

При выборе места развёртывания МО учитывают следующие факторы:

- - местность не должна быть загрязнена РВ или уровень радиации не должен превышать 0,5 Р/ч;
- - место развёртывания должно находиться в зоне слабых разрушений городской застройки (в зоне избыточного давления не выше 0,2 кгс/см²) или за пределами очага;
- - место развёртывания должно находиться на маршрутах эвакуации пораженных с объекта ведения спасательных работ;
- - наличие незараженных водоисточников;
- - возможность использования защитных сооружений на случай радиационного или химического загрязнения территории или повторного применения оружия массового поражения.

С прибытием МО в очаг ядерного поражения заместитель начальника МО по массовым формированиям в соответствии с данными медицинской разведки

- организует связь с командирами санитарных дружин, оказывающих первую медицинскую помощь на объектах,
- определяет маршруты эвакуации поражённых с объектов ведения спасательных работ транспортом МО.

По прибытии отряда в очаг первыми должны быть подготовлены к работе **сортировочно – эвакуационное отделение (без развертывания эвакуационных),** **операционно – перевязочное отделение и аптека.**

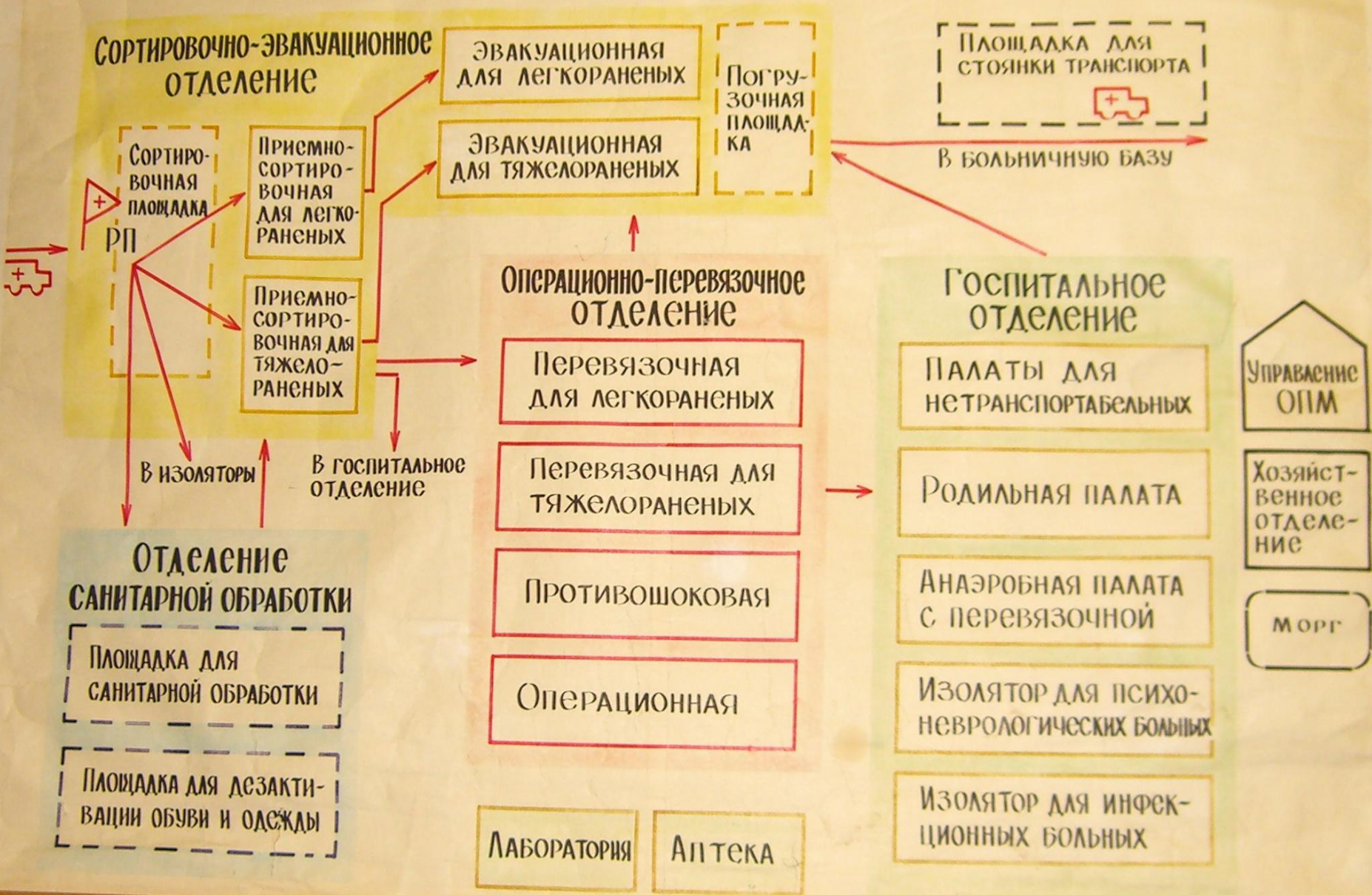
Остальные отделения отряда развертываются вслед за ними.

**Полная готовность МО к
приему пораженных –
через 2 часа
после прибытия в очаг.**

**Возможности МО по приёму
пораженных
могут составить
до 500 чел. за 10 ч работы.**

**Приём поражённых
начинают одновременно с
развёртыванием
сортировочно –
эвакуационного отделения и
отделения частичной
специальной обработки и
дезактивации одежды и
обуви.**

ПРИНЦИПИАЛЬНАЯ СХЕМА РАЗВЕРТЫВАНИЯ ОПМ В ОЧАГЕ ЯДЕРНОГО ПОРАЖЕНИЯ



В ходе развертывания и работы
начальник МО организует связь с
органом управления МСГО
(штабом МСГО) района.

Докладывает о прибытии к месту
развёртывания, готовности
отряда к приёму поражённых,
начале поступления
поражённых

МО развёртывает следующие отделения:

- сортировочно – эвакуационное,
- частичной специальной обработки и дезактивации одежды и обуви,
- операционно – перевязочное,
- госпитальное с изоляторами для инфекционных больных (на две инфекции) и для пораженных с острыми психическими расстройствами,
- медицинского снабжения (аптеку),
- лабораторное,
- хозяйственное.

Предусматривают площадки для стоянки и дезактивации транспорта.

Сортировочно – эвакуационное отделение развертывает:

- сортировочный пост (СП),
- сортировочную площадку,
- приёмно – сортировочные палаты для ходячих и носилочных,
- перевязочную для ходячих поражённых.

Задачи сортировочно-эвакуационного отделения:

- - организация вывоза транспортом МО пораженных с объекта проведения спасательных работ, их приём, регистрация и размещение в отделениях;
- - внутрипунктовая и эвакотранспортная сортировка поражённых с учетом локализации, характера и тяжести поражений, доставки поражённых в другие функциональные отделения;
- - оказание неотложной медицинской помощи поражённым, обеспечение ухода за ними и подготовка к эвакуации, погрузка их на транспорт;
- - подготовка поражённых к эвакуации в загородную зону и погрузка их на транспорт;
- - профилактика осложнений в связи с отсроченной хирургической обработкой.

СП развертывается у въезда в МО на расстоянии **30 – 50 м** от сортировочно – эвакуационного отделения.

Для работы на СП выделяют фельдшера (медицинскую сестру), дозиметриста (из лабораторного отделения) и звено санитарных дружинников.

Личный состав работает с использованием средств индивидуальной защиты (респираторы, резиновые перчатки, защитная одежда) и приборов дозиметрического контроля.

На СП оборудуют шлагбаум, выставляют флаг с красным крестом, ночью – фонарь с красным крестом.

Задачи СП:

- - проведение дозиметрического контроля в целях выявления лиц, имеющих радиоактивное загрязнение кожных покровов и одежды выше допустимых уровней, и направление их в отделение частичной специальной обработки и дезактивации одежды и обуви;
- - выявление инфекционных больных и пораженных с психическими расстройствами и направление их в изоляторы для инфекционных или психоневрологических больных;
- - распределение пораженных на два потока – ходячих и носилочных и направление их в соответствующие помещения сортировочно – эвакуационного отделения;
- - наблюдение за окружающей средой, подача сигналов оповещения, а также регулирование подачи автотранспорта с поражёнными на сортировочную площадку.

С сортировочной площадки поражённые направляются:

- - в приёмно – сортировочные палаты для ходячих (поражённые, способные передвигаться самостоятельно и не имеющие загрязнения РВ);
- - на площадку частичной специальной обработки и дезактивации одежды и обуви (поражённые, способные передвигаться самостоятельно, но имеющие загрязнение РВ выше допустимого уровня). После проведения частичной специальной обработки они направляются также в приёмно – сортировочные палаты для ходячих;
- - в приёмно – сортировочные палаты для носилочных (носилочные, не имеющие загрязнения РВ); носилочные, загрязнённые РВ выше допустимых уровней, проходят частичную специальную обработку открытых частей тела и также направляются в приёмно – сортировочные палаты для носилочных;
- - в инфекционный изолятор или психоизолятор (больные с подозрением на инфекционное заболевание или с психическими расстройствами).

Для размещения поражённых и больных, проведения медицинской сортировки, оказания неотложной медицинской помощи в наиболее просторных помещениях развертывают **приёмно – сортировочные палаты** с учетом одновременного размещения в них отдельно не менее **60** ходячих и **150** носилочных поражённых.

На сортировочной площадке и в приёмно – сортировочных палатах работают врачебные бригады.

В состав сортировочной бригады для носилочных поражённых входят *врач, две медицинские сестры, два медицинских регистратора и четыре санитарные дружинницы.*

Одна сортировочная бригада
работает в **приёмно –
сортировочной для
носилочных** (поражённых
тяжелой и средней степени
тяжести), другая – в **приёмно
– сортировочной для
ходячих** (легкопораженных).

При массовом поступлении поражённых и больных в приёмно – сортировочной для носилочных работают дополнительные врачебные бригады из оперативно – перевязочного и госпитального отделений.

По мере завершения развертывания этих отделений и поступления в них поражённых медицинский персонал возвращается в свои отделения для работы в них, а сортировочные бригады продолжают дальнейшую работу.

Форма 1 МСГО

КОРЕШОК ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТОЧКИ

«___» час _____ мин. _____ 19___ г.

в/звание _____ в/часть _____

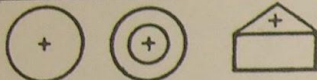
фамилия имя отчество

Удостоверение личности, жетон № _____

Ранен, заболел _____ час. _____ мин. _____ 19___ г.

Эвакуирован самолетом, сан-грузавто (подчеркнуть)

куда эвакуирован



нужное обвести

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Подчеркнуть	Доза (вписать)
Введено: антибиотик	
сыворотка ПСС, ПГС	
анатоксин (какой)	
антидот (какой)	
обезболивающее средство	
Произведено: переливание	
крови, кровезаменителей,	
иммобилизация, перевязка,	
наложен жгут, санобработка	

Вид санитарных потерь (обвести)



ИЗОЛЯЦИЯ

Диагноз _____

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Первичная медицинская карточка

Форма 100

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Выдана: _____
наименование мед. пункта (учреждения), или их штамп.

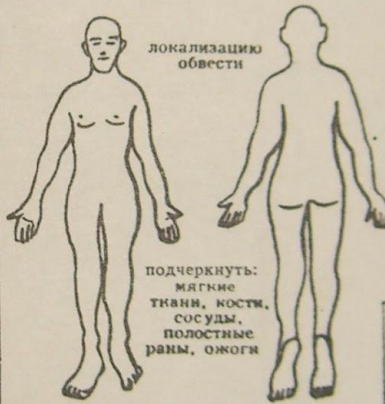
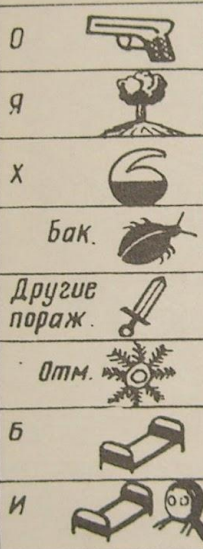
«___» час. «___» мин. _____ 19___ г.

в/звание _____ в/часть _____

фамилия имя отчество

Удостоверение личности, жетон № _____

Ранен, заболел _____ час. _____ мин. _____ 19___ г.



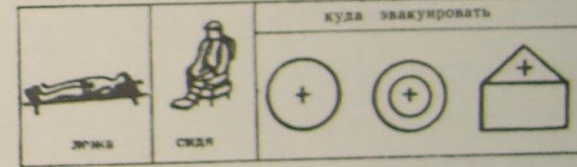
локализацию обвести

подчеркнуть: мягкие ткани, кости, сосуды, полостные раны, ожоги

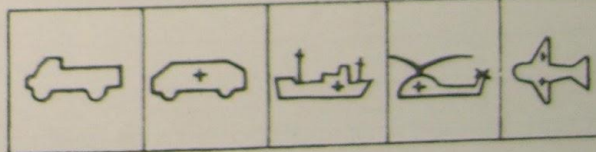
Диагноз: _____

Подчеркнуть	Доза (вписать)
Введено: антибиотик	
сыворотка ПСС, ПГС	
анатоксин (какой)	
антидот (какой)	
обезболивающее средство	
Произведено: переливание	
крови, кровезаменителей,	
иммобилизация, перевязка,	

Жгут наложен «___» час. «___» мин.
Санитарная обработка (подчеркнуть): полная, частичная, не проводилась
Эвакуировать (нужное обвести).



Очередность эвакуации: I, II, III.



врач: _____ (подпись разборчиво)

РАДИАЦИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА

Первичная медицинская карточка ГО – форма 1 МСГО (84) является формой персонального учета и предназначена для обеспечения преемственности и последовательности лечебно – эвакуационных мероприятий, медицинской сортировки пораженных и больных и их первичного медицинского учета.

Заполненная карточка приобретает юридическое значение, поскольку она удостоверяет факт поражения или заболевания и, следовательно, даёт право на эвакуацию.

Оформление Первичной Медицинской Карточки.

- Карточку заводят на каждого пораженного (больного), которому оказывают первую врачебную помощь.
- На сортировочной площадке (в приёмно – сортировочных) МО заполняют только её лицевую сторону и корешок. Вначале указывают паспортные данные, затем вид поражающего оружия, локализацию поражения, вписывают диагноз и содержание оказанной помощи.
- В операционно – перевязочном, госпитальном отделениях МО заполняют остальную часть первичной медицинской карточки. В заключение определяют эвакуационные характеристики.
- Для удобства пользования в карточке имеются соответствующие графы и обозначения (символы). Символы обводят или подчеркивают. Имеющиеся по краям карточки цветные полосы удаляют. Оставляют их только в том случае, если в МО по каким – либо причинам необходимая помощь оказана не была.
- Карточку отрезают от корешка, её подписывает врач, затем её заверяют печатью и вместе с эвакуируемым (в левом кармане его верхней одежды или закрепленной на повязке) отправляют на следующий этап медицинской эвакуации.
- Корешок используется для составления очередного донесения и анализа работы МО.

Основные группы поражённых:

- - **нуждающиеся в оказании первой медицинской помощи по неотложным показаниям** (при наличии наружного и внутреннего кровотечения, открытого или клапанного пневмоторакса, асфиксии, выраженного шока или коллапса, с выраженной клиникой травматического токсикоза и др.) направляются в операционно – перевязочное отделение: операционную (в 1-2 очередь), перевязочную (в 1-2 очередь), противошоковую (с травматическим шоком), противошоковую для обожженных;
- - **нетранспортабельные пораженные** (после оперативных вмешательств, раненые, у которых развилась анаэробная инфекция, судорожные состояния и др.) направляются в госпитальное отделение, они могут составить 10 – 12% от всех поступивших;
- - **пораженные, первая медицинская помощь которым может быть отсрочена** до поступления их в больничную базу, направляются в эвакуационные палаты. Нуждающимся могут быть произведены подбинтовка повязки, исправление иммобилизации, введение профилактических и лекарственных средств, купирование первичной реакции на облучение и др.;
- - **легкопораженные** направляются в перевязочную для ходячих или в эвакуационные палаты;
- - **пораженные, нуждающиеся в уходе и уменьшении страданий** (агонирующие, пораженные, имеющие травмы, несовместимые с жизнью) направляются в госпитальное отделение;
- - **нуждающиеся в изоляции** направляются в соответствующий изолятор.

Отделение частичной специальной обработки и дезактивации одежды и обуви разворачивает:

- - в теплое время года под открытым небом – площадку частичной специальной обработки на два потока (для ходячих и носилочных пораженных) и площадку дезактивации одежды и обуви;
- - в холодное время года – помещение для полной санитарной обработки, где предусматривают комнаты для раздевания, обработки и одевания. Одежду и обувь дезактивируют вне помещения.

В отделение пораженные поступают с СП. Личный состав отделения работает в хлопчатобумажных комбинезонах, резиновых сапогах и перчатках, а по завершении работы проходит дозиметрический контроль и санитарную обработку.

Операционно – перевязочное отделение развѳртывает:

- **-операционную** на два операционных стола с предоперационной;
- **-перевязочную** для носилочных на 6 перевязочных столов с предперевязочной;
- **-противошоковые палаты** раздельно для поражѳнных с травматическим и ожоговым шоком на 100 мест;
- **- стерилизационную и автоклавную.**

В отделении работают:
три врачебные бригады, каждая в
составе:

- врача – хирурга,
- операционной сестры,
- сестры – анестезистки,
- медицинской сестры
- санитарки.

И четыре сестринские бригады, каждая в составе двух медицинских сестер и санитарки.

**В операционной и предоперационной
работают одна врачебная и одна
сестринская бригада.**

Здесь осуществляются хирургические
вмешательства по жизненным показаниям:
закрытие пневмоторакса, пункция или
дренирование плевральной полости,
трахеостомия, отсечение нежизнеспособной
конечности, висящей на лоскуте мягких тканей
(транспортная ампутация), окончательная
остановка наружного кровотечения (перевязка
сосуда в ране или на протяжении) и др.

В перевязочной и предперевязочной работают две врачебные и одна сестринская бригады. Врачебные бригады оказывают неотложную медицинскую помощь:

- - хирургические вмешательства по жизненным показаниям поражённым с повреждениями конечностей;
- - восстановление и поддержание функции внешнего дыхания (интубация, искусственная вентиляция легких и др.);
- - непрямой массаж сердца;
- - пункция (катетеризация) мочевого пузыря;
- - вливание кровезамещающих жидкостей;
- - общее и местное обезболивание (новокаиновые блокады и др.);
- - введение лекарственных средств, профилактика раневой инфекции, наложение и исправление повязок, шин и др.

Противошоковые палаты размещают поблизости от операционной, для их развёртывания выделяют наиболее сохранившиеся помещения с дополнительным утеплением.

Дети размещаются вместе со взрослыми в мужских и женских палатах. Здесь проводят полный комплекс противошоковых мероприятий, в том числе: переливание крови, кровезаменителей и противошоковых растворов; новокаиновые блокады; инъекции промедола, сердечных средств и др. Мероприятия противошоковой терапии по назначению врачей из операционно – перевязочного и госпитального отделений выполняют две сестринские бригады.

После выведения из шока поражённые направляются по назначению (в операционную, в госпитальное отделение или на эвакуацию).

Госпитальное отделение.

Предназначено для госпитализации временно нетранспортабельных поражённых и больных в целях обеспечения лечения и ухода за ними;

ухода за беременными, роженицами и новорожденными;

временной изоляции инфекционных больных и поражённых с острыми психическими расстройствами.

В отделении проводят эвакотранспортную сортировку поражённых и больных и их подготовку к эвакуации на больничную базу.

В составе госпитального отделения развертывают:

- - палаты для нетранспортабельных на 100 мест;
- - инфекционный изолятор на две инфекции (желудочно – кишечной и воздушно – капельной) с отдельным входом каждой;
- - изолятор для поражённых с острыми психическими расстройствами;
- - палату для родильниц и новорожденных;
- - процедурную с одним перевязочным столом;
- - анаэробную палату с перевязочной;
- - комнату для медицинского персонала.

В отделении работают одна врачебная и две сестринские бригады.

Отделение медицинского снабжения (**аптека**) обеспечивает:

- - получение и проверку качественного и количественного состояния табельного имущества со складов, его распределение и выдачу функциональным подразделениям МО;
- - учёт медицинского имущества, находящегося в аптеке и отделениях;
- - своевременное приготовление лекарств для функциональных отделений отряда;
- - контроль за правильным хранением и экономным использованием медицинского имущества в функциональных отделениях отряда;
- - пополнение табельного имущества санитарных дружин, работающих на территории очага, с которой пораженные поступают в МО;
- - защиту медицинского имущества от воздействия поражающих факторов;
- - оформление заявок на получение недостающего медицинского имущества.

Аптека развертывает:

- рецептурную (приемную) для приёма требований и выдачи лекарственных средств,
- помещение или выгородку (не менее 6 м²) для приготовления инъекционных растворов,
- ассистентскую для приготовления лекарственных форм,
- кубовую (стерилизационно – дистилляционную),
- моечную для мытья посуды,
- материальную для хранения медицинского имущества.

На **хозяйственное отделение**

возлагается размещение,

питание, водоснабжение

поражённых и личного состава

отряда, создание запасов

обменного фонда белья и

одежды, а также

электроосвещение и ряд других

функций.

Лабораторное отделение

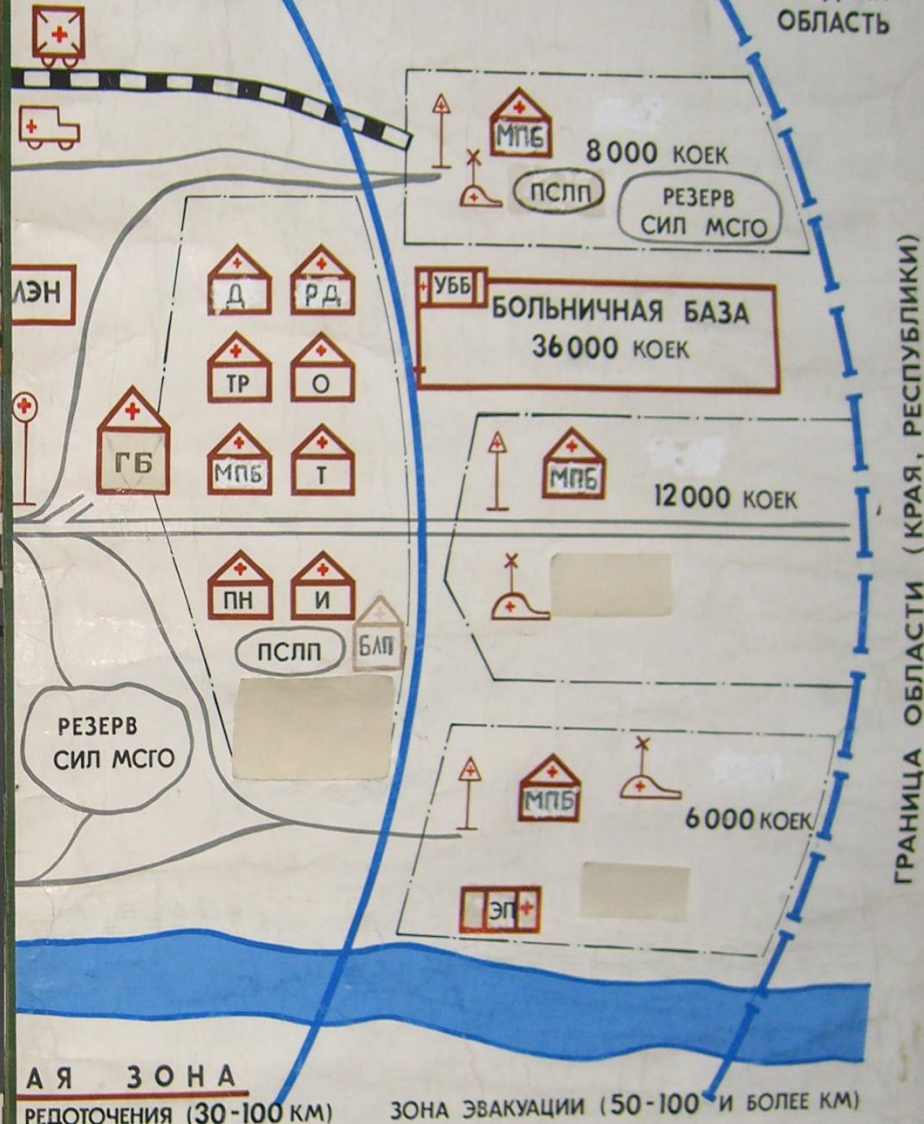
развёртывается вблизи
госпитального отделения и
обеспечивает выполнение
простейших клинических анализов
крови и мочи, проведение
дозиметрического контроля места
размещения МО, поступающих
пораженных и полноту проведения
частичной специальной обработки.

**Эвакуация пораженных из МО
на больничную базу
осуществляется по назначению
транспортом, специально
выделяемым
автотранспортной службой по
заявкам начальника МСГО
городского района согласно
плану начальника ГО города.**

ПЕРВЫЙ ЭТАП МЕД. ЭВАКУАЦИИ
(ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ)

ВТОРОЙ ЭТАП МЕД. ЭВАКУАЦИИ
(БОЛЬНИЧНАЯ БАЗА)

ЯДЕРНЫЙ ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ (ЗОНА РАЗРУШЕНИЯ)



- √100 ОЧАГ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ (К-ВО)
- ⊙ САНИТАРНАЯ ДРУЖИНА (ОТРЯД)
- ⊕ ОПМ-ОТРЯД ПЕРВОЙ МЕД. ПОМОЩИ

- УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ:**
- ⊕ МЕДПУНКТ МЕХ. БАТАЛЬОНА
 - ⊕ МЕДРОТ МЕХ. ПОЛКА
 - ⊕ БОЛЬНИЦА
 - ⊕ ЖЕЛТОЕ ПОСРЕДСТВО ТРАНСПОРТА

- ⊕ МЕД. РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНЫЙ ПУНКТ
- ⊕ ПУНКТ СБОРА ЛЕГКО ПОРАЖЕННЫХ
- ⊕ СОХРАНИВШАЯСЯ БОЛЬНИЦА

- ⊕ ЭП ЭВАКО-ПРИЕМНИК
- ⊕ ВЕРТОЛЕТНАЯ ПЛОЩАДКА
- ⊕ ГОЛОВНАЯ БОЛЬНИЦА
- ⊕ АВТО-САМ КОЛОННА

**Особенности организации оказания
первой медицинской
и первой врачебной помощи в очаге
химического поражения.**

**Спасательные работы в очаге химического
поражения включают:**

- химическую и медицинскую разведку,
- оказание первой медицинской помощи поражённым, их эвакуацию из очага,
- дегазацию дорог и проходов, транспорта, техники, одежды и обуви,
- специальную и санитарную обработку людей.

Для благополучного исхода поражений большое значение имеет оказание первой медицинской помощи в возможно ранние сроки в связи со скоротечностью поражений при применении большинства ОВ, что может быть достигнуто в порядке само – и взаимопомощи силами самого населения, действиями санитарных постов, санитарных дружин и спасательных формирований.

Работа санитарных дружин в очаге химического поражения.

Осуществляется с учетом типа применяемого ОВ. При этом санитарные дружинницы должны использовать противогазы и по показаниям – средства защиты кожи, а в случае применения ФОВ перед надеванием противогаза профилактически принять 1 – 2 таблетки антидота против ФОВ из аптечки индивидуальной.

Перед вводом в очаг поражения личный состав санитарных дружин должен знать:

- вид применённого ОВ,
- участок работы,
- последовательность выполнения мероприятий,
- взаимодействие в очаге с другими формированиями,
- время начала и продолжительность работы,
- пункты погрузки поражённых на транспорт,
- места выхода из очага и проведения полной специальной обработки,
- места расположения действующих МО и ближайших больниц.

Уточнив задачу, командир проверяет правильность надевания защитной одежды и противогозов личным составом и отдает распоряжение о начале работ в очаге, при этом указывает:

- участок действия каждого звена;
- предполагаемый объём первой медицинской помощи;
- порядок работы личного состава и носилочных звеньев спасательных отрядов по выносу и погрузке пораженных на транспорт;
- пути и направления эвакуации;
- порядок пополнения антидотных средств, медицинского имущества и средств защиты, израсходованных в ходе работ;
- место своего нахождения, порядок связи и докладов в ходе спасательных работ.

При оказании первой медицинской помощи на загрязненной территории во всех случаях требуется прежде всего принять меры по прекращению дальнейшего поступления ОВ в организм пораженных.

С этой целью лицам, оказавшимся без противогаза, необходимо его немедленно надеть.

Основными мероприятиями первой медицинской помощи являются:

- введение антидотов;
- частичная специальная обработка открытых участков кожи при попадании капель иприта или, что заметить труднее, аэрозолей V – газов (VX);
- искусственная вентиляция легких (кроме поражённых ОВ удушающего действия, искусственное дыхание которым противопоказано).

**В первую очередь
помощь оказывается
детям, беременным
женщинам, пострадавшим,
не имеющим противогазов,
и лицам, получившим
комбинированные
поражения.**

При наличии у поражённого
быстродействующими ОВ
(особенно ФОВ) **механической**
травмы медицинская помощь
должна оказываться прежде
всего **применительно к**
поражению ОВ, а затем, после
прекращения приступообразных
судорог, **оказывается помощь по**
поводу травмы.

**В очаге необходимо
соблюдать правила техники
безопасности, запрещается
снимать средства защиты,
принимать пищу, воду,
курить, расстегивать
одежду, садиться или
лечь на зараженной
местности.**

Выдвигение МО к очагу химического поражения осуществляется с первым эшелонном группировки сил ГО.

Отряд развёртывают на незагрязненной территории за пределами очага с наветренной стороны, вблизи незагрязненных источников водоснабжения.

При ликвидации очага химического поражения МО развёртывает:

- управление,
- отделение частичной специальной обработки и дегазации одежды и обуви,
- сортировочно –эвакуационное отделение,
- госпитальное отделение,
- отделение медицинского снабжения (аптеку),
- хозяйственное отделение,
- морг.

При поступлении поражённых ФОВ учитываются:

- - быстрота поражающего действия при ингаляционном отравлении (минуты);
- - непродолжительный (часы) скрытый период при перкутанном поражении;
- - превалирование в структуре санитарных потерь тяжелопораженных.

На **СП** осуществляется
распределение поражённых на
носиловых и ходячих, которые
направляются в отделение
частичной специальной
обработки. **Лица без видимых
признаков интоксикации**
направляются на специально
выделенную площадку
(помещение) для эвакуации.

Отделение частичной специальной обработки и дегазации одежды и обуви развёртывается с подветренной стороны по отношению к другим функциональным подразделениям на расстоянии 50 м с учетом отдельной частичной специальной обработки носилочных и ходячих поражённых.

При необходимости и наличии условий отделение усиливается силами и средствами дезинфекционного отделения СЭО.

Сменность работы персонала устанавливается согласно нормативам.

Прибывший в МО транспорт обезвреживают на площадке обезвреживания транспорта.

Для носилочных развёртывают:

- площадку для ожидания санитарной обработки (на открытом воздухе под навесом или тентом),
- раздевальню,
- моечную,
- одевальню.

На площадке ожидания санитарной обработки предусматривается помощь поражённым, которая включает введение антидотов, стимуляторов дыхания, сердечно – сосудистых средств и кислорода.

Для снятия одежды и обуви выделяют два помещения.

В первом санитары снимают с поражённых верхнюю одежду, обувь и складывают их в прорезиненные мешки, отправляемые на дегазацию. Открытые участки тела обрабатывают дегазирующими растворами (в том числе ИПП -8,ИПП – 10 и ИПП – 11). Поражённых без верхней одежды и обуви перекладывают на чистые носилки, покрытые простынями, а поверх них – клеенками. Противогазы с поражённых не снимают.

Во втором помещении с поражённых снимают нательное бельё, противогаз и переносят в моечную. После снятия противогазов при необходимости вводят кардиотонические средства, антидоты, кислород.

В моечной тяжелопоражённым обрабатывают кожные покровы дегазирующим раствором, протирают тело увлажненным водой полотенцем. **Медицинская помощь не оказывается.**

В одевальной на поражённых надевают сменное бельё, затем их переносят в приёмную для носилочных сортировочно – эвакуационного отделения, в котором предусмотрено оказание неотложной медицинской помощи.

Для ходячих развёртывают площадку для ожидания санитарной обработки (раздевальня, моечная, одевальня).

В раздевальне поражённые снимают сначала верхнюю одежду и обувь, затем нательное белье, в последнюю очередь противогаз и переходят в **моечную**, где обмываются теплой водой с мылом под душем или из тазов. Рекомендуется для вентиляции делать разрыв между раздевальной и моечной, где и размещают ёмкость для сбора противогазов. **В одевальне** люди получают чистую одежду и направляются в приёмную для ходячих сортировочно – эвакуационного отделения. **Антидоты вводят только в случае развития судорожных приступов.**

Площадка дегазации

предназначена для дегазации транспорта, прибывшего с поражёнными из очага, носилок, одежды, обуви и различного медицинского имущества. На площадках оборудуют стоки и поглощающие колодцы для отработанных вод.

В приёмных для носилочных сортировочно – эвакуационного отделения поражённых сотрудников делят по группам:

- - **тяжелопоражённые** с выраженным судорожным синдромом или в коматозном состоянии направляются в госпитальное отделение (или противошоковые палаты);
- - **поражённые** с резко выраженными психическими расстройствами или подозрением на инфекционное заболевание направляются в соответствующие изоляторы;
- - **поражённые средней тяжести**, не нуждающиеся в неотложной помощи, направляются в соответствующие палаты сортировочно – эвакуационного отделения.

В приёмной для ходячих при сортировке выделяют следующие группы:

- - поражённые с **усиливающейся интоксикацией** (направляются в госпитальное отделение);
- - поражённые с **легкими признаками отравления** и подозреваемые в контакте с ОВ, но без видимых признаков поражения (направляются на эвакуацию);
- - поражённые с **острыми нарушениями психики** или **подозрением на инфекционное заболевание** (направляются в соответствующий изолятор).

Госпитальное отделение развѳртывает:

- перевязочную,
- процедурную,
- палаты для тяжелопоражѳнных и агонирующих, протившоковые палаты,
- изоляторы для инфекционных и психических больных,
- родильную палату.

В отделении осуществляется комплексное лечение поражѳнных, включающее методы специфической, патогенетической и симптоматической терапии.

В эвакуационных сортировочно – эвакуационного отделения организуют медицинское наблюдение за поражёнными, оказание им медицинской помощи, подготовку к эвакуации и погрузку на транспорт.

Эвакуации подлежат к концу первых суток легкопоражённые со стойким улучшением общего состояния, через 3 – 5 суток – тяжелопоражённые после ликвидации острой интоксикации, купирования дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточности.

Поражённые ФОВ эвакуируются с сопровождающим.

На лабораторное отделение возлагается контроль за зараженностью ФОВ воздуха на территории МО и в отделении частичной специальной отработки, определение активности холинэстеразы и клинико – диагностические исследования крови.

Особенностью работы отделения
медицинского снабжения (аптеки)
является **своевременное и полное
снабжение подразделений
антидотами ФОВ, реактиваторами
холинэстеразы, холинолитическими,
противосудорожными препаратами,
инъекционными растворами,
медицинским кислородом,
дегазирующими растворами.**

При поражении ОВ кожно-резорбтивного действия.

Эффективность медицинской помощи зависит от сроков проведения частичной специальной обработки в очаге, а по выходе из него – от сроков полной специальной обработки. Общие принципы развёртывания и работы МО идентичны таковым при поражении ФОВ.

Поражённые с начальными явлениями (зуд, гиперемия, отёчность кожи) после проведения полной специальной обработки подлежат срочной эвакуации на больничную базу. Поражённые с буллёзными, гангренозными поражениями кожи, с признаками общерезорбтивного действия (непрерывная рвота, судороги, ступор) нетранспортабельны.

При поражении ОВ общетоксического действия.

Эффективность применения антидотов **ограничивается несколькими минутами** после возникновения коматозного состояния. Незначительное всасывание через кожу и неспособность депонирования в подкожной клетчатке исключает позднее развитие отравления.

При работе МО **отделение частичной специальной обработки и сортировочная площадка сортировочно – эвакуационного отделения не развёртываются.** Эвакуации пораженные подлежат после выведения их из коматозного состояния при восстановлении дыхания и сердечно – сосудистой деятельности.

При поражении ОВ удушающего действия.

Санитарная обработка не проводится. Используется антидот фицилин: ингаляционно (в ампулах с оплеткой) или в виде противодымной смеси.

При работе МО отделение частичной специальной обработки не развёртывают; максимально усиливаются персоналом сортировочная площадка и госпитальное отделение с противошоковыми палатами, в которых как можно раньше проводятся мероприятия по предупреждению токсического отёка легких и подача кислорода. Все поражённые, независимо от мобильности и субъективного состояния, рассматриваются как носилочные. Поражённых, не имеющих признаков поражения, наблюдают 12 ч, затем эвакуируют. Поражённые средней и тяжёлой степени могут быть эвакуированы после ликвидации явлений дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточности (не ранее 4 – 5 суток).

При поражении ОВ психотомиметического действия.

Вследствие разнообразных психических расстройств возможны агрессивные реакции пораженных при внешних воздействиях и при попытках оказания медицинской помощи.

При развертывании МО наибольшую значимость приобретают отделение частичной специальной обработки, сортировочно – эвакуационное отделение и госпитальное отделение. Мероприятия первой врачебной помощи включают оказание неотложной медицинской помощи (введение антидота бутафен в ампулах – внутримышечно, устранение острого психомоторного возбуждения, временная госпитализация) и лечение поражённых средней и тяжёлой степени тяжести. Поражённых эвакуируют с сопровождающими.

Работа МО в очаге химического поражения имеет ряд особенностей:

- Во – первых, оказание медицинской помощи поражённым будет проводиться почти во всех отделениях отряда;**
- во – вторых, для поражённых некоторыми ОВ потребуются проведение полной специальной обработки;**
- в – третьих, с наибольшей нагрузкой будет работать госпитальное отделение и с наименьшей – операционно – перевязочное отделение.**

Особенности работы МО в очаге бактериологического (биологического) поражения

МО может быть привлечен к ликвидации ОБП. При этом он развертывает временный инфекционный стационар или работает аналогично поликлиническому учреждению на самостоятельном участке.

При развертывании МО инфекционного стационара он должен получить от штаба МС ГО помещение, необходимое имущество и быть усилен одной инфекционной бригадой специализированной медицинской помощи или 1–2 инфекционистами. Работа МО в качестве инфекционного стационара не имеет принципиальных отличий от работы любой инфекционной больницы. Лечение инфекционных больных осуществляется всеми врачами МО под руководством специалистов БСМП.

При работе МО на самостоятельном участке за ним закрепляется территория с определенным числом жителей.

Весь участок работы МО разбивается на врачебные участки (по числу врачей).

В зависимости от количества обслуживаемого каждым врачом населения ему передаются в подчинение СД.

СД проводят ежедневно (2 раза в день) обходы населения с целью активного выявления больных путем опроса и термометрии, выдают средства экстренной неспецифической профилактики, проводят простейшую санитарно-просветительную работу.

В случае выявления инфекционного больного санитарная дружинница вызывает врача на дом к больному. Врач прибывает по вызову и решает вопрос о необходимости его изоляции и госпитализации.

В случае необходимости госпитализации врач организует эвакуацию больного в инфекционную больницу, проведение заключительной дезинфекции квартирного очага, берет под наблюдение лиц, находящихся в контакте с инфекционным больным.

Сведения об инфекционной заболеваемости за сутки обобщаются начальником МО и передаются начальнику МС ГО района и главному врачу СЭС (начальнику ППЭО).

СЭС и специалисты инфекционных больниц постоянно осуществляют методическую и консультационную помощь личному составу МО по диагностике инфекционных больных и проведению противоэпидемических мероприятий врачами МО.

Особенности организации медицинской помощи в очаге комбинированного поражения.

Наибольшую трудность для МС ГО будет представлять организация медицинской помощи пораженным в очаге комбинированного поражения (ОКП). При этом учитываются виды примененного оружия и возможный характер поражений.

При применении противником ядерного и химического оружия основные усилия следует направить на оказание медицинской помощи пораженным ОВ.

В первую смену 1-го эшелона группировки сил ГО вводится такое количество СД, которое обеспечило бы оказание первой медицинской помощи всем пораженным ОВ. Для каждой СД определяются более мелкие участки работы, выделяется достаточное количество транспорта и обеспечивается максимальное его приближение к работающим СД.

Санитарные дружинницы используют при работе средства защиты кожи и органов дыхания, которые обеспечивают защиту от ОВ.

МО развертываются за пределами очага на расстоянии 2 км от него с наветренной стороны и готовятся к приему комбинированных пораженных.

При применении противником ядерного и бактериологического оружия работа СД должна строиться так же, как и при возникновении очага ядерного поражения. В МО необходимо наряду с мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи пораженным ядерным оружием проводить экстренную неспецифическую профилактику. Личный состав ОПМ должен соблюдать правила личной гигиены и проводить противоэпидемические мероприятия. Пораженных направляют в больницы загородной зоны, работа которых организуется в режиме инфекционной больницы.

Для правильной организации медицинской помощи пораженным в ОКП медицинские работники должны хорошо знать характер и течение поражений, вызванных различным оружием, правильно определять ведущий вид поражения и в соответствии с этим строить свою работу.



**ЭТО –
КОНЕЦ,
спасибо за
внимание!**