

# ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, РАССРЕДОТОЧЕНИЕ И ЭВАКУАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ

## 1. Общие положения

1. Медицинское обеспечение эвакуации населения включает проведение органами здравоохранения организационных, лечебных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на охрану здоровья эвакуируемого населения, своевременное оказание медицинской помощи заболевшим и получившим травмы в ходе эвакуации, а также предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных болезней.

2. Комплекс мероприятий по медицинскому обеспечению эвакуируемого населения планируется заблаговременно и осуществляется в период эвакуации

Заблаговременно проводятся:

- планирование всего комплекса мероприятий по медицинскому обеспечению эвакуируемого населения;
- подготовка органов управления, медицинских формирований, учреждений здравоохранения к медицинскому обеспечению эвакуируемого населения;
- планирование обеспечения медицинским имуществом эвакуируемого населения и разворачиваемых медицинских учреждений и формирований;
- санитарно-просветительная работа среди населения.

3. При возникновении техногенных аварий и стихийных бедствий осуществляются:

а) до начала эвакуации:

- уточнение планов организации медицинского обеспечения эвакуируемого населения и выводимых для этого сил и средств;
- подготовка к разворачиванию и разворачивание медицинских пунктов на сборных эвакуационных пунктах (СЭП), пунктах посадки (ПП), промежуточных пунктах эвакуации (ППЭ), пунктах высадки (ПВ), приемных эвакуационных пунктах (ПЭП) и в пути следования;
- назначение в состав эвакуационных комиссий представителей органов здравоохранения;
- подготовка медицинских учреждений к эвакуации из зон загрязнения (заражения) и стихийных бедствий (уточнение количества нетранспортабельных,

транспортабельных и подлежащих выписке больных, эвакуируемого персонала и вывозимого имущества, порядка получения транспорта и др.);

– усиление контроля за соблюдением санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований на пунктах общественного питания, водоснабжения и банно-прачечного обслуживания эвакуируемого населения;

б) в ходе эвакуации населения:

– развертывание медицинских пунктов, на СЭП, ПП, ППЭ, ПЭП и в пути следования, предусмотренных планами эвакуации, организация на них круглосуточного дежурства медицинского персонала для обеспечения населения, эвакуируемого разными видами транспорта и пешим порядком;

– эвакуация медицинских учреждений (в том числе транспортабельных больных), медицинского персонала (членов их семей) и медицинского имущества;

– организация медицинского обслуживания нетранспортабельных больных;

– контроль за санитарным состоянием мест временного пребывания и постоянного размещения эвакуируемого населения;

– непрерывное наблюдение за эпидемической обстановкой, активное выявление инфекционных больных и выполнение других противоэпидемических мероприятий;

– снабжение медицинских пунктов, лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических учреждений и формирований здравоохранения, привлекаемых к обеспечению эвакуируемого населения, медицинским имуществом.

4. Медицинское обеспечение эвакуируемого населения организуется по территориально-производственному принципу. Руководят медицинским обеспечением соответствующие руководители здравоохранения данной территории.

За своевременность развертывания медицинских пунктов на СЭП, ПП, ППЭ, ПЭП, за их оснащение (дооснащение) медицинским имуществом, за качество медицинского обслуживания эвакуируемого населения на этих пунктах и в местах размещения непосредственную ответственность несут руководители конкретных лечебно-профилактических учреждений (медсанчастей) в соответствии с планами.

## **2. Планирование медицинского обеспечения эвакуации населения**

1. Комплекс мероприятий по медицинскому обеспечению эвакуации населения планируется на основании решения начальника медицинской службы территории,

которое принимается им в соответствии с решением КЧС по организации эвакуационных мероприятий на соответствующей административной территории.

2. Планы медицинского обеспечения разрабатывают все штабы медицинской службы и согласовывают их с другими службами.

Основным исходным документом для планирования медицинского обеспечения эвакуации населения является решение председателя КЧС, включающее:

- общую численность населения, подлежащего эвакуации;
- перечень и дислокацию всех эвакуируемых объектов, осуществляющих эвакуацию населения;
- количество маршрутов эвакуации, их характеристику и численность населения, подлежащего эвакуации по этим маршрутам;
- дислокацию СЭП, ПЭП, пунктов посадки (высадки), ППЭ;
- перечень всех эвакуируемых лечебных учреждений, осуществляющих вывоз транспортабельных больных, с указанием численности таких больных, личного состава учреждений и членов их семей;
- количество и порядок подачи транспортных средств для эвакуации лечебных учреждений и больных;
- наличие и размещение объектов системы коммунально-бытового обслуживания и общественного питания.

Одновременно должны быть учтены: местные географические и климатические особенности, а также эндемичные очаги инфекционной заболеваемости на данной административной территории.

3. Организация медицинского обеспечения эвакуируемого населения отражается в виде самостоятельного раздела в плане медицинского обеспечения административной территории. Этот раздел плана должен содержать перечень и сроки проводимых мероприятий по медицинскому обеспечению населения в ходе его эвакуации и в местах размещения.

4. Задачи по медицинскому обеспечению эвакуируемого населения указываются в виде отдельных пунктов при изложении общих задач медицинского обеспечения населения административной территории.

К этому разделу прилагаются:

- расчет сил и средств для организации медицинского обеспечения эвакуации населения на СЭП и ПП (для города, городского района);

- расчет сил и средств для организации медицинского обеспечения эвакуации населения в пути следования;
- расчет сил и средств для организации медицинского обеспечения эвакуации в пунктах высадки и эвакуоприемных пунктах (для сельского района);
- расчет (план) развертываемых медицинских пунктов, больниц, ВМП и подвижных медицинских бригад (для города и сельского района) и их материального обеспечения.

### **3. Организация медицинского обеспечения населения в ходе эвакуации**

1. В период проведения эвакуационных мероприятий на медицинских пунктах, развернутых на сборных и эвакуоприемных пунктах, на пунктах посадки и высадки (железнодорожная станция, порт, пристань, аэродром), на маршрутах пешей эвакуации организуется круглосуточное дежурство медицинских работников.

2. На СЭП и ПЭП развертываются медицинские пункты. Общая площадь помещений медицинского пункта должна быть не менее 30 - 38 кв. м, в том числе комната для ожидания 6 - 8 кв. м, приемная 8 - 10 кв. м, два изолятора по 8 - 10 кв. м.

В медицинский пункт СЭП и ПЭП при эвакуации населения железнодорожным, водным (морским), авиационным транспортом выделяются на смену работы: два средних медицинских работника, одна санитарка (сандружинница) и один дезинфектор. В случаях, когда через СЭП и ПЭП за смену проходит 20 тыс. и более эвакуируемых, предусматривается, кроме того, выделять врача.

Дежурный медицинский персонал медпунктов СЭП оказывает эвакуируемому населению доврачебную медицинскую помощь, а при наличии на СЭП врача - первую врачебную помощь.

3. В медицинских пунктах СЭП, развертываемых для населения, эвакуируемого автомобильным транспортом, учитывая, что они одновременно являются местом сбора и отправки, обеспечивается оказание врачебной помощи. Медицинские пункты, организуемые при пунктах посадки на автомобильный транспорт, должны иметь комнату для ожидания площадью не менее 8 кв. м, приемную 8 - 10 кв. м, перевязочную 8 - 10 кв. м и два изолятора по 8 - 10 кв. м. Для работы в них выделяются на смену работы: один врач, два средних медицинских работника, одна санитарка (сандружинница) и один дезинфектор. На этих медицинских пунктах

оказывается первая врачебная помощь. Такие же организация и состав медицинских пунктов железнодорожных и водных ПП, ПВ.

4. Объем доврачебной помощи на СЭП и ПЭП включает перечень медицинских мероприятий, возлагаемых в системе Минздрава России на средний медицинский персонал при оказании неотложной помощи.

Объем врачебной помощи на СЭП и ПЭП включает перечень медицинских мероприятий, выполняемых одним врачом нехирургического профиля по оказанию неотложной помощи при заболеваниях внутренних органов, травмах и преждевременных родах.

5. Оснащение и оборудование медицинских пунктов на СЭП для обеспечения оказания доврачебной помощи: сердечные и дыхательные analeптики, анальгетики, спазмолитики - для инъекций, антибактериальные препараты (йод и др.) и седативные средства; шприцы, иглы, пинцеты, ножницы, термометры медицинские, перевязочный материал, средства иммобилизации, жгуты кровоостанавливающие, носилки, столы, стулья, шкаф для медимущества, стерилизаторы и нагревательные приборы для стерилизации шприцев (или одноразовые шприцы и иглы), кушетка медицинская, кровати в изоляторах; для оказания врачебной помощи в дополнение к перечисленному оснащению: сердечные гликозиды, транквилизаторы и нейролептики, набор стерильный для трахеотомии, катетеры резиновые и металлические, стерильный материал для принятия родов, перевязочный стол.

Подвижные бригады, медпункты железнодорожных эшелонов, судов оснащаются в соответствии с вышеуказанным перечнем.

6. Все больные (пострадавшие), нуждающиеся в стационарном лечении, из медпунктов СЭП и ПЭП эвакуируются в ближайшие лечебные учреждения вне зон радиоактивного загрязнения и химического заражения. Если больной по тяжести заболевания не может перенести транспортировку, его доставляют в стационар, развернутый в защитном сооружении. Доставка таких больных осуществляется по вызову машинами станции (подстанции) скорой помощи или специально выделенным на медпункт транспортом.

Станции (подстанции) скорой медицинской помощи работают до конца эвакуации и эвакуируются из зон последними.

Потребность в стационарной медицинской помощи среди эвакуируемого населения в ходе эвакуации составит 1 - 1,5% относительно численности населения.

7. Решение задач медицинского обеспечения населения в пути следования при эвакуации автомобильным транспортом возлагается на местные лечебные учреждения (районные участковые больницы, амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты), расположенные в населенных пунктах на маршрутах эвакуации.

8. В целях своевременного оказания эвакуируемому населению неотложной медицинской помощи при травмах, острых заболеваниях и транспортировке лиц, нуждающихся в лечении в условиях стационара, на каждом маршруте создается за счет местных лечебных учреждений не менее двух подвижных медицинских бригад на санитарном автомобиле, работающих "челночно" на выделенных им участках. Каждая подвижная бригада включает одного врача (фельдшера), одного - двух средних медицинских работников (сандружинниц), оснащается медицинским имуществом. Подвижные бригады подчиняются главному врачу лечебного учреждения, обеспечивающего согласно плану медицинскую помощь на данном участке маршрута эвакуации населения.

Подвижные медицинские бригады обеспечиваются средствами радиосвязи.

9. В ходе эвакуации органы управления здравоохранения силами медицинских формирований и учреждений организуют и постоянно осуществляют медицинскую разведку, обобщают данные медицинской и общей разведки, получаемые через своих представителей в органах управления, о зараженности окружающей среды радиоактивными, токсическими веществами на маршрутах эвакуации. Руководители здравоохранения разрабатывают предложения по предупреждению поражения эвакуируемого населения в зонах заражения и, в частности, по режимам употребления питьевой воды, продуктов питания, а также необходимости изменения маршрутов эвакуации, докладывают их соответствующим начальникам.

#### **4. Организация медицинского обеспечения эвакуанаселения в местах его размещения**

1. Медицинское обеспечение рабочих и служащих объекта экономики в местах размещения организуется силами и средствами медсанчасти (МСЧ) объекта, а при

ее отсутствии — силами и средствами местных и эвакуируемых медицинских учреждений.

2. Медицинское обеспечение эвакуируемого населения организуется по территориально-участковому принципу в местах его размещения местными и эвакуированными лечебно-профилактическими (больницы, поликлиники, диспансеры), санитарно-эпидемиологическими и аптечными учреждениями.

3. Ответственность за медицинское обеспечение эвакуированного населения в пределах административных границ района несет главный врач центральной районной больницы, которому подчиняются все местные и эвакуированные на территорию района медицинские учреждения.

## **5. Санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение при эвакуации населения**

1. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в ходе медицинского обеспечения эвакуации населения включает:

- контроль за санитарно-гигиеническим состоянием мест (помещений временного и постоянного размещения эвакуируемого населения);
- организацию лабораторного контроля за качеством питьевой воды и пищевых продуктов;
- контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил при хранении пищевых продуктов, приготовлении пищи на объектах питания и снабжении эвакуируемого населения доброкачественной питьевой водой;
- получение своевременной и достоверной информации об эпидемической обстановке, а также своевременное выявление инфекционных больных, их изоляцию и госпитализацию;
- контроль за организацией банно-прачечного обслуживания населения в местах его размещения;
- проведение противоэпидемических дезинфекционных мероприятий при возникновении очагов инфекционных заболеваний;
- борьбу с насекомыми и грызунами, контроль за удалением и обеззараживанием пищевых отходов и туалетов на маршрутах движения и в районах размещения;
- осуществление пропаганды санитарно-гигиенических знаний среди эвакуированного населения.

2. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия организуются на сборных и приемных эвакуопунктах, пунктах посадки (высадки), в пути

следования, на промежуточных пунктах эвакуации и в районах постоянного размещения эвакуируемого населения.

Для проведения дезинфекционных мероприятий на сборных и приемных эвакуопунктах, пунктах посадки (высадки) выделяются дезинфекционные бригады в составе одного - двух дезинфекторов или обученных этой работе санитарных дружинниц.

3. Устойчивое санитарно-эпидемическое состояние достигается постоянным наблюдением за санитарно-эпидемической обстановкой, систематическим контролем качества очистки территории и помещений от мусора и пищевых отходов, контролем за обеспечением населения санитарными сооружениями (временными полевыми уборными (ровиками) и мочеприемниками), за качеством питьевой воды и соблюдением санитарных правил транспортировки и приготовления пищи.

В местах остановок транспорта по планам гражданской обороны сельских районов оборудуются надежные в санитарном отношении водозаборные пункты (скважины, колодцы), обеспечиваются их герметичность, ограждение, охрана или подвоз доброкачественной воды. Этими же планами в местах остановок транспорта и на промежуточных пунктах эвакуации предусматривается оборудование временных полевых уборных (ровиков). Ровики отрываются глубиной 50 см и шириной 30 см, отдельно для мужчин и женщин.

При заполнении нечистотами ровики засыпаются землей, а сверху образуют холмик. Для дезинфекции используются имеющиеся на местах средства обеззараживания (известь, нефть, мазут). Обеззараживание ровиков проводится после прохождения 1000 - 1500 человек.

4. При временном размещении в приспособленных зданиях и сооружениях эвакуированного населения в безопасных районах следует планировать на одного человека не менее 2 - 3 м жилой площади (исходя из местных условий). В приспособленных под жилье помещениях умывальники устанавливаются из расчета один сосок на 10 - 15 человек, туалеты оборудуются из расчета одно сиденье и один писсуар на 34 - 40 человек мужчин и одно сиденье на 25 - 30 женщин, причем размещать их следует на расстоянии до 50 - 60 м от места проживания населения.

Нечистоты должны собираться в специальные емкости (одна емкость 50 - 100 л на 50 человек).

Для расчета средств гигиенической помывки эвакуированного населения следует исходить из того, что под одной душевой сеткой в течение 15 мин. могут помыться не более 3 - 4 человек.

5. В связи с увеличением численности населения в безопасных районах возникает потребность в большом количестве питьевой воды. При ее дефиците организуется подвоз из открытых водоисточников, для чего необходимо отвести места забора воды, оборудовать их средствами очистки и обеззараживания. При подвозе воды из открытых источников территориально дислоцированные лаборатории санитарно-эпидемиологических групп (СЭГ) осуществляют постоянный контроль за качеством питьевой воды и средствами подвоза. Вода из подземных источников (водозаборных скважин с герметическими устьями, а также из шахтных колодцев и родников с герметическими оголовками) может использоваться для питья без обеззараживания после контроля ее качества (допустимый коли-титр питьевой воды должен быть не ниже 100).

Использование в качестве источника питьевого водоснабжения верховодки допустимо только по разрешению санэпидучреждений (СЭС) после предварительной (а в дальнейшем - по показаниям) проверки воды на зараженность радиоактивными и другими вредными веществами.

6. При расчете минимальной потребности в воде для эвакуированного населения следует исходить из следующих нормативов:

- 10 л на одного человека в сутки для питья и приготовления пищи в соответствии с Инструкцией ВСН ВК4-90;
- 75 л в сутки на одного пораженного, находящегося на стационарном лечении (включая потребности в питье);
- 45 л на обмывку одного человека, включая личный состав аварийно-спасательных формирований, работающих в очаге поражения;
- 2 л на одного человека в сутки - в противорадиационных укрытиях (в соответствии со СНиП II-11-77 "Защитные сооружения ГО").

7. Постоянное внимание уделяется своевременному выявлению, изоляции и госпитализации инфекционных и подозрительных на инфекционные заболевания больных среди эвакуированного населения на СЭП, ПП, в пути следования, ПВ, ПЭП, ППЭ и местах размещения. Эти же мероприятия следует проводить среди

местного населения, где будут размещаться и жить эвакуированные. Инфекционные больные выявляются медицинскими работниками, санитарным активом путем опроса населения, а также периодического обхода всей территории по участкам закрепленными за ними лицами из санитарного актива или сандружинницами (санпостовцами).

8. Инфекционные больные госпитализируются в инфекционные больницы или инфекционные отделения общесоматических больниц. В инфекционные больницы их эвакуируют санитарным транспортом или другим специально выделенным транспортом с последующей его дезинфекцией.

9. В системе мероприятий по борьбе с возникновением и распространением инфекционных болезней важное место отводится специфической профилактике. С этой целью заблаговременно предусматривается создание среди населения грундинимунитета против ботулизма и раневой инфекции (прививки комплексным препаратом).

При возникновении инфекции соответствующим группам населения проводится ревакцинация или вакцинация, если ранее прививки всему населению против этих инфекций не проводились. Массовые профилактические прививки против других инфекций проводятся по эпидемическим показаниям.

10. Для успешного решения организационных мероприятий по проведению прививок эвакуированному населению во всех лечебных учреждениях, медсанчастях, медицинских формированиях должно быть заблаговременно спланировано создание прививочных бригад в составе врача, двух средних медицинских работников или, в крайнем случае, медсестры и двух сандружинниц (3 - 4 такие бригады должен возглавить врач). Для работы бригад составляется график с учетом способа проведения прививок (безыгольный, пероральный, скарификационный, подкожный и др.). Вакцинация может проводиться и аэрозольным способом.

11. При подготовке к массовой иммунизации населения в сжатые сроки следует предусмотреть организацию подвижных и временных прививочных пунктов. Они создаются на предприятиях при МСЧ (здравпунктах) в городе, при МСЧ в районах размещения эвакуанаселения, при больницах и поликлиниках по территориально-участковому принципу как в городе, так и в районах размещения. В безопасных районах к этой работе привлекаются прививочные бригады, создаваемые за счет ОПМ, амбулатории и ФАП.

**Организация и проведение всего комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий возлагаются на главных врачей местных СЭС и СЭС, эвакуированных из опасных районов.**