**План-конспект**

**проведения занятия с личным составом санитарного поста**

**Тема № 6. Действия нештатных формирований гражданской обороны при проведении противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий в зоне ответственности и на маршрутах эвакуации.**

Учебная цель:изучить порядок действий личного состава санитарной дружины, санитарного поста при участии в проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

время: 3 часа**.**

Место проведения:Учебный корпус.

**Учебные вопросы:**

1. Задачи, принципы и основные мероприятия санитарно-противоэпидемического обеспечения в ЧС. 2. Организация и задачи сети наблюдения и лабораторного контроля.

3. Организация санитарной экспертизы и защиты продуктов питания, пищевого сырья, воды в ЧС.

4. Эпидемии инфекционных заболеваний и групповые отравления. Мероприятия по локализации очагов массовых инфекционных заболеваний.

5. Основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые при проведении эвакуационных мероприятий в местах временного расселения.

**Введение**

В период и после происшедших стихийных бедствий, аварий, катастроф, в ходе ведения боевых действий происходит резкое ухудшение социальных условий жизни и быта населения, у людей появляется большое число травм, ожогов и других поражений, при которых значительно снижается естественная резистентность организма, возникают стрессовые состояния и другие явления. Значительно ухудшается санитарно-гигиеническая обстановка, существенно обостряется эпидемическая ситуация по ряду инфекций, создается положение когда потенциальные источники инфекции оказываются неизолированными в течение длительного времени, имея многочисленные контакты с окружающими их лицами.

При нарушении экологических систем возможно «оживление» природных очагов особо опасных инфекций (туляремии, чумы, сибирской язвы и др.) и их распространение.

Высока вероятность рассеивания некоторыми странами в виде аэрозоля бактериальных средств в мирное время.

Организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий наряду с лечебно - эвакуационными мероприятиями в общей системе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС имеет весьма важное значение в сохранении жизни, здоровья и трудоспособности населения, пострадавшего при ЧС и в ходе ведения боевых действий.

Для проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в зоне ЧС или боевых действий создаются:

- санитарно-эпидемические отряды, бригады;

- группы санитарно-эпидемиологической, химической, радиационной разведки;

- санитарные подразделения гражданской обороны: санитарные дружины, санитарные посты (звенья).

2

**1. Задачи, принципы и основные мероприятия санитарно-противоэпидемического обеспечения в чрезвычайных ситуациях.**

Санитарно - противоэпидемическое обеспечение в ЧС **-** это составная часть медико-санитарного обеспечения населения, включающее в себя комплекс организационных, правовых, медицинских, гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на решение следующих основных задач:

- предупреждение возникновения массовых инфекционных заболеваний среди населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени, а в случае возникновения, на их быстрейшую ликвидацию;

- сохранение и укрепление здоровья населения, поддержание его трудоспособности путем обеспечения санитарного благополучия и устранения неблагоприятных санитарных последствий ЧС или применения противником ОМП в военное время;

- контроль за соблюдением санитарных правил и норм в зоне ЧС и в местах расселения пострадавшего населения.

Санитарно-противоэпидемиологическое обеспечение строится на следующих ***принципах*:**

- государственный и приоритетный характер санитарно-эпидемиологической службы;

- единый подход к организации санитарно - противоэпидемических мероприятий;

- соответствие содержания и объема мероприятий санитарно - эпидемической обстановке;

- дифференцированный подход к формированию сил и средств службы, с учетом региональных особенностей, уровня потенциальной опасности территорий;

- постоянная готовность еѐ сил и средств, их высокая мобильность;

- взаимодействие санитарно-эпидемиологической службы с органами и учреждениями других ведомственных медико-санитарных служб.

В целях предупреждения и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС санитарно-эпидемиологическая служба (СЭС) проводит следующие основные мероприятия:

- осуществляет контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой в зоне ЧС и вокруг нее;

- организует экспертизу пищевого сырья, продуктов питания, питьевой воды на загрязненность радиоактивными веществами, отравляющими и химически опасными веществами, патогенными микроорганизмами;

- проводит специальную подготовку сотрудников санитарно-эпидемиологических учреждений и формирований ГО для работы в ЧС;

- поддерживает в высокой степени готовности территориальные центры Гос-санэпиднадзора, формирования и учреждения санэпидслужбы, силы и средства научно-исследовательских институтов, функционирующих в РСЧС;

- осуществляет накопление, хранение, освежение, учет и контроль медицинского имущества, необходимого для работы формирований и учреждений санитарно-эпидемиологической службы в ЧС;

- осуществляет контроль за соблюдением санитарных правил, гигиенических нормативов при возникновении ЧС в мирное и военное время;

- организует работу сети наблюдения и лабораторного контроля по своевремен-ному обнаружению и индикации биологического (бактериологического) заражения (загрязнения) питьевой воды, пищевого и фуражного сырья, продовольствия, объектов окружающей среды в ЧС мирного и военного времени;

- осуществляет прогнозирование возможности возникновения эпидемий на территории Российской Федерации (Ростовской области).

В районах ЧС из-за ухудшения санитарно-гигиенической и эпидемиологической обстановки, зачастую возникают эпидемические очаги.

**Эпидемический очаг это:**

- место пребывания заболевших инфекционной болезнью людей;

- территория, в пределах которой произошло заражение людей или сельскохозяйственных животных возбудителями заразных болезней.

Характерными особенностями эпидемического очага в районах ЧС являются:

- массовость заражения людей и формирование множественных очагов;

3

- длительность действия очага за счет не выявленных источников;

- сокращенный инкубационный период из-за постоянного контакта с не выявленными источниками инфекций;

- наличие большой инфицирующей дозы возбудителей;

- отсутствие защиты населения и поражѐнных от контакта с заразными больными в связи с несвоевременной изоляцией инфекционных больных и несвоевременной диагностикой.

Чрезвычайная эпидемиологическая ситуация оценивается по следующим критериям*:*

- риску заноса и распространения инфекционных болезней среди населения;

- прогрессирующему нарастанию инфекционной заболеваемости среди населения в эпидемическом очаге;

- угрозе появления значительного числа инфекционных больных с разной этиологией за счет «фактора перемешивания»;

- возможному социальному и экономическому ущербу;

- появлению тяжелых форм инфекционных болезней, препятствующих своевременной эвакуации больных из зоны ЧС в лечебные учреждения;

- невозможностью территориальных органов полностью справиться с эпидемической ситуацией;

- опасностью передачи инфекции за пределы зоны ЧС.

По прибытии в зону ЧС специалисты санитарно-эпидемиологической службы проводят тщательное эпидемиологическое расследование, оценивают эпидемическое состояние территории, формулируют гипотезу о характере возбудителя, путях его передачи и возможности дальнейшего развития эпидемии.

Санитарно – эпидемическое состояние района ЧС может быть оценено как благополучное, неустойчивое, неблагополучное и чрезвычайное:

Благополучное состояниехарактеризуется:

- наличием единичных инфекционных заболеваний, не связанных друг с другом;

- удовлетворительным санитарным состояние территории, объектов водоснабжения;

- коммунальной благоустроенностью.

Неустойчивое состояниехарактеризуется**:**

- ростом уровня инфекционной заболеваемости или возникновением групповых заболеваний без тенденции к дальнейшему распространению;

- наличием эпизоотических очагов зоонозных инфекций, представляющих угрозу для людей;

- появлением единичных инфекционных заболеваний, связанных между собой при удовлетворительном санитарном состоянии территории.

Неблагополучное состояние характеризуется**:**

**-** появлением групповых случаев опасных инфекционных заболеваний в зоне ЧС при наличии условий для их дальнейшего распространения;

- наличием многочисленных заболеваний неизвестной этиологии;

- возникновением единичных заболеваний особо опасными инфекциями (ООИ);

Чрезвычайное состояние характеризуется:

**-** нарастанием в короткий срок числа опасных инфекционных заболеваний среди пострадавшего населения;

- наличием повторных или групповых заболеваний ООИ;

- активизацией в зоне ЧС природных очагов опасных инфекций с появлением заболеваний среди людей.

**2. Организация и задачи сети наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК).**

Система СНЛК включает в себя службы наблюдения и лабораторного контроля различных министерств и ведомств, в том числе и ГСЭН. Она является составной частью сил и средств наблюдения и контроля РСЧС. Имеет три уровня: федеральный, региональный, местный и функционирует в трех режимах деятельности. Общее руководство СНЛК возлагается на МЧС России.

Служба выполняет три основные задачи:

1. Наблюдениеза объектами внешней среды. Это обеспечивает своевременное обнаружение зараженности объектов окружающей среды (продовольствия, пищевого и фуражного сырья, питьевой

4

воды) РВ, ОВ, АХОВ и БС с помощью технических средств.

2. Лабораторный контроль - обнаружение в пробах с объектов окружающей среды (продовольствии, пищевом и фуражном сырье, воде) искомого агента, а именно РВ, ОВ, АОХВ, БС.

3. Индикацияагента - подтверждение факта заражения (загрязнения) и определение вида РВ, ОВ, АОХВ, БС.

Выполнение этих задач системой СНЛК позволяет вовремя принять экстренные меры по защите населения, сельскохозяйственного производства от РВ, АХОВ (ОВ), возбудителей инфекционных заболеваний.

Система СНЛК включает в себя:

- всероссийский центр наблюдения и лабораторного контроля МЧС;

- академические и отраслевые научно-исследовательские учреждения;

- кафедры (лаборатории) ряда ВУЗов (гидрометеорологического, хим., токсикологического, ветеринарного, агрохимического и др. профилей);

-территориальные центры по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды;

- авиа- и гидрометеорологические станции и посты;

- специализированные комбинаты «Радон»;

- ЦГСЭН на воздушном и водном транспорте (бассейновые ЦГСЭН);

- территориальные ЦГСЭН;

- ЦГСЭН на железнодорожном транспорте России.

- противочумные учреждения;

- пограничные пункты по карантину растений;

- ветеринарные лаборатории;

- посты радиационного и химического наблюдения;

- химико-радиометрические лаборатории гражданской обороны, и т. д.

Химико-радиометрические лаборатории гражданской обороны проводят радиационную, химическую, неспецифическую бактериологическую разведку в зонах заражения, индикацию OB (AOXB) в том числе компонентов ракетного топлива, участвуют в подготовке специалистов объектовых лабораторий, включая в СНЛК.

Посты радиационного и химического наблюдения осуществляют наблюдение за внешней средой и своевременное обнаружение в объектах окружающей среды РВ, ОВ и АОХВ и их индикацию техническими средствами.

В соответствии со схемой лабораторных исследований в учреждениях и формированиях ЦГСЭН ежедневно можно исследовать до 30 микробиологических проб, 50 - токсико-химических и до 100 – радиологических проб.

После доставки проб из эпидочага определяется вид бактерий, при этом предварительный ответ выдается через 1-3 ч, а окончательный через 12-48 ч.

**3.** **Организация санитарной экспертизы и защиты продуктов питания, пищевого сырья, воды в ЧС.**

При применении противником ОМП или при ряде техногенных ЧС мирного времени может произойти загрязнение продовольствия, продуктов питания и воды РВ, ОВ, БС. Степень загрязнения продуктов питания зависит от вида продукта питания, степени герметизации, вида тары, качества упаковки, времени воздействия и стойкости воздействующего агента.

Густо консистентные и сыпучие продукты питания загрязняются в основном поверхностно, а жидкие - по всему объему.

РВв зерно могут проникать на глубину до 30 мм, в хлебобулочные изделия - до 10 мм.

ФОВ проникают в виде паров в хлеб на глубину до 20 мм, в мясо - до 70 мм, в макаронные изделия – до 160 мм. Заражение продуктов питания и воды БСможет произойти при оседании на них аэрозолей с микробными рецептурами, контакте с зараженными насекомыми, грызунами, больными людьми.

Большинство пищевых продуктов является хорошей питательной средой для развития и накопления патогенных микроорганизмов (возбудитель холеры сохраняется в масле до 30 сут, в

5

ржаном хлебе - до 4 сут, в пшеничном хлебе - до 26, на овощах и фруктах - 8 сут; дизентерийный микроб живет в воде - до 92, на хлебе - до 20, на свежих овощах и фруктах - до 6 сут.

Общая ответственность за проведение мероприятий по защите продовольствия и пить-евой воды возлагается на руководителей соответствующих административных терри-торий, в военное время на руководителей ГО. Непосредственная ответственность за выполнение этих мероприятий возлагается на руководителей соответствующих предприятий и объектов.

Защита различных видов продовольствия и воды осуществляется по следующим основным направлениям:

а) организационное;

б) инженерно-техническое;

в) санитарно-гигиеническое.

**Организационное направление** включает в себя**:**

- рассредоточение запасов продовольствия в загородной зоне при угрозе возникновения ЧС;

- подготовку рабочих и служащих продовольственных объектов к проведению мероприятий по защите продовольствия и воды, а также к проведению работ по их обеззараживанию;

- подготовку лабораторий ЦСЭН и формирований для индикации РВ, АХОВ, ОВ, БС, проведения санитарной экспертизы и лабораторного контроля за загрязненностью продовольствия и питьевой воды;

- накопление средств обеззараживания.

**Инженерно-техническое направление** включает в себя**:**

- строительство новых продовольственных складов, элеваторов в загородной зоне и реконструкция старых;

- проведение работ по герметизации складских и производственных помещений;

- внедрение герметичного оборудования и тары для хранения продовольствия;

- постоянное содержание мест водозабора и водопроводной сети в технически исправном состоянии, а также создание герметичных емкостей для хранения питьевой воды.

**Санитарно-гигиеническое направление** включает в себя**:**

- соблюдение санитарных норм и требований при хранении, транспортировке продовольствия, содержание водоисточников в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями;

- содержание в чистоте территории и помещений объектов;

- проведение работ по уничтожению насекомых и грызунов на территории объектов;

- соблюдение рабочими и служащими пищевых объектов правил личной гигиены;

- строгое выполнение санитарных норм и правил технологической и кулинарной обработки продуктов питания на предприятиях общественного питания и на предприятиях, перерабатывающих продовольственное сырье.

Мероприятия по обеззараживанию продовольствия и питьевой воды на базах, складах, торговых, промышленных предприятиях и водонасосных станциях организуются руководителями этих объектов и осуществляются силами и средствами объектовых формирований.

Контроль за качеством обеззараживания продуктов питания и воды осуществляется службой санитарно-эпидемиологического надзора.

Обеззараживание подразделяется на: естественное и искусственное.

Естественное обеззараживание осуществляется путем оставления зараженного продовольствия и воды на определенный срок, за который происходит самообеззараживание продукта. Оставленные на самообеззараживание продукты питания, фураж и источники водоснабжения обозначаются знаками «Заражено», за ними организуется наблюдение и лабораторный контроль.

Продовольствие и питьевая вода, зараженные БС, естественному обеззараживанию не подлежат.

Искусственное обеззараживаниепроизводится различными способами:

- обмывание тары водой или мыльными растворами,

- обработка дезинфицирующими средствами,

- обтирание тары ветошью,

- перекладывание продуктов в чистую тару,

- удаление загрязненного (зараженного) слоя продукта,

- отстаивание жидких продуктов (при загрязнении РВ) и т.д.

6

Обезвреживание продовольствия и воды включает в себя дезактивацию, дегазацию и дезинфекцию.

При возникновении очага загрязнения (заражения) служба торговли и питания организует свою работу в следующей последовательности:

- на пищевом объекте, продскладе силами объектовой медслужбы и контрольными звеньями объекта проводится обследование территории, складских помещений, продовольственного транспорта, тары, инвентаря с составлением акта обследования.

- проводится осмотр пищевых продуктов и их сортировкана:

явно загрязненные (зараженные); подозрительные на загрязнение - не имеющие внешних признаков загрязнения (заражения), но находящиеся вблизи загрязненных (зараженных) помещений или территорий; незагрязненные (незараженные) - это продукты, хранящиеся в надежных и неповрежденных укрытиях и емкостях.

Экспертизе подлежит только подозрительное на загрязнение (заражение) продовольствие и продовольствие после его обезвреживания.

После обследования и проведения сортировки продуктов питания и воды приступают к отбору проб. Пробы воды и жидких продуктов берутся после тщательного перемешивания. Пробы сухих продуктов берут с наиболее подозрительных по загрязнению мест с поверхностных слоев.

Взятые пробы помещают в банки, бутылки, пакеты, которые упаковываются в прорезиненный мешок и в кратчайшие сроки доставляются в лабораторию вместе с сопроводительной запиской, в которой указываются вид объекта, условия содержания продукта, состояние тары, вид продукта (название водоисточника), цель исследования, дата взятия пробы. Лица, производящие забор проб, должны быть в защитной одежде и использовать средства защиты органов дыхания, а после окончания работ пройти полную санитарную обработку.

Подозрительные продукты и питьевая вода до получения результатов лабораторного анализа должны находиться в сохранности, считаются условно загрязненными (зараженными) и не могут быть использованы для питания.

Отпуск пищевых продуктов, подозрительных на заражение, производится только после проведения санитарной экспертизы.

В результате экспертизы санитарным экспертом могут быть приняты следующие решения:

1. Продукт разрешается для использования без всяких ограничений(не имеет загрязнения или заражения);

2. Продукт годен к употреблению здоровыми людьми в течение определенного срока, если количество РВ (концентрация АОХВ, ОВ) не превышает предельно допустимые нормы. Этот продукт не может быть направлен в детские и ЛУ. В сопровододительных документах и на таре делается отметка «Д-РВ» или «Д-АХОВ» (допустимое загрязнение РВ (АХОВ). Продукты, зараженные БС, должны быть полностью обеззаражены.

3. Продукт годен к употреблению, но подлежит реализации через систему общепита, если есть уверенность, что после кулинарной и технологической обработки количество РВ (концентрация АХОВ, ОВ) не будет превышать допустимые нормы, а БС будут полностью отсутствовать. Такое заключение, санитарный эксперт дает после проведение контрольной варки. После неѐ готовый продукт подлежит повторному исследованию.

4. Продукт подлежит обезвреживаниюс повторной экспертизой.

5. Продукт не пригоден к употреблению в пищу, но может быть использован для технических нужд (передан на утилизацию);

6. Продукт не пригоден к употреблению и подлежит уничтожению.

Уничтожение загрязнѐнного (зараженного) продовольствия производится путем сжигания или закапывания на глубину не менее 1,5 м с предварительной денатурацией нефтью, лизолом, хлорной известью, керосином и т.п.

Продукты, подлежащие утилизации или уничтожению, перевозят в специально оборудованных закрытых машинах. Транспорт после перевозки загрязнѐнных (зараженных) продуктов подлежит обеззараживанию.

7

**4.** **Эпидемии инфекционных заболеваний и групповые отравления. Мероприятия по локализации очагов массовых инфекционных заболеваний.**

Эпидемия- это массовое инфекционное заболевание людей в пределах определенного региона, когда уровень инфекционной заболеваемости на данной территории значительно превышает обычно регистрируемый уровень заболеваемости для этой территории.

Возникновение эпидемий может быть связано с природными, климатическими, материально-бытовыми, социальными условиями, а также с биоритмами макро- и микроорганизмов.

Условно эпидемии можно подразделить на: естественные и искусственные.

Возникновению эпидемии инфекционных заболеваний в ЧС и в военное время способствует:

1. Резкое ухудшение социальных условий жизни и быта населения (скученность, утрата жилищного фонда, отсутствие электроэнергии, питьевой воды, разрушение канализации, нарушение работы банно-прачечных учреждений, ухудшение организации питания).

2. Интенсивная миграция людей.

3. Появление большого числа лиц с лучевой болезнью, механическими травмами, ожогами, стрессовыми состояниями, которые значительно снижают резистентность организма и повышают восприимчивость к инфекциям.

4. Частая не изолированность источников инфекции.

5. Возможно массовое размножение грызунов, появление эпизоотии среди них, а также может происходить активизация природных очагов особо опасных инфекций (ООИ) (туляремии, чумы, сибирской язвы и др.).

6. Возможное применение противником бактериального оружия (БО) в военное время.

7. Ухудшение санитарно-гигиенического состояния территории за счѐт разрушения промышленных предприятий, наличия не убранных трупов людей и животных, гниющих продуктов животного и растительного происхождения.

8. Выход из строя или нарушения работы сети санитарно-эпидемиологических и ЛПУ в результате ЧС или ведения боевых действий.

Мероприятия по ликвидации эпидемиологических очагов (очагов заражения биологическими агентами) проводятся в соответствии с планом противоэпидемической защиты, который составляется ЦГСЭН совместно с органом управления здравоохранением и утверждается соответствующим органом исполнительной власти или местного самоуправления.

Решение о введении плана противоэпидемической защиты населения принимает санитарно-противоэпидемическая комиссия (СПК) в мирное время или руководитель ГО области, города в военное время. СПК создаѐтся на всех уровнях административной и исполнительной власти. Возглавляет ее Глава администрации или его заместитель. Зампредседателя СПК назначается главный государственный санитарный врач административной территории. В состав этих комиссий включаются руководители служб административной территории (представители органов управления и учреждений медслужбы, ОВД, воинских частей, сельского хозяйства, транспортного сообщения, торговли и др.).

Основными противоэпидемическими мероприятиями при возникновении эпидемического очага (ОБЗ) является:

1. регистрация и оповещение;

2. эпидемиологическое обследование и санитарно-эпидемиологическая разведка;

3. выявление, изоляция и госпитализация заболевших;

4. проведение режимно - ограничительных мероприятий (карантин, обсервация);

5. экстренная неспецифическая и специфическая профилактика;

6. обеззараживание эпидемического очага (дезинфекция, дезинсекция, дератизация);

7. выявление бактерионосителей и усиленное медицинское наблюдение за по-ражѐнным населением;

8. санитарно-разъяснительная работа.

При выявлении больных ООИ или групповых заболеваний острозаразными болезнями или если имеется установленный факт применения противником БС, проводится оповещение населения.

Проводится санитарно-эпидемиологическая разведка или эпидобследование предполагаемого района заражения, с отбором проб из внешней среды, отлов подозрительных насекомых, грызунов и

8

т.д. Для этого создаются ГЭР.

Организуется активное выявление больных, их изоляция и госпитализация.

(Своевременная и ранняя изоляция больного с проведением заключительной дезинфекции является кардинальной мерой предотвращающей распространение инфекции).

При выявлении больных особо опасными инфекционными заболеваниями не позднее чем через 6-8 ч организуется проведение подворных обходов по участковому принципу курации, с разделением участка на микроучастки. Работа на микроучастке осуществляется медбригадой в составе: врача, двух медсестер, двух дезинфекторов и нескольких человек-активистов (уполномоченных) от местного населения. Личный состав санитарной дружины (санпоста) на данном этапе подключается к работе медицинской бригады.

На такую бригаду выделяют участок с населением до 2000 чел. Она обеспечивается укладкой для забора материала от больных, препаратами для экстренной профилактики, дезсредствамими (1,5 л), специальными бланками, ей может придаваться автотранспорт.

Помимо выявления больных и заподозренных на заболевание, подворные обходы проводятся для проверки осуществления госпитализации больных, массовых прививок, для наблюдения за сансостоянием жилищ и территории, осуществления санитарно-разъяснительной работы.

Работа бригады проводится в условиях строгого противоэпидемического режима, т.е. личный состав бригады работает в защитной одежде. Комплекты этой одежды хранятся в лечебном учреждении.

Каждая бригада составляет поквартирные списки населения, проживающего на данной территории, включая приезжих.

Поквартирные обходы проводятся не реже двух раз в сутки с обязательным измерением температуры тела у всех проживающих (термометрия проводится самими проживающими). Результаты термометрии заносятся в специальный журнал.

В квартире организуются мероприятия по изоляции больного и проведению текущей дезинфекции.

Пациенты с повышенной температурой госпитализируются в провизорное отделение, а больные с симптомами, характерными для данного заболевания, - в инфекционный стационар.

В конце дня каждая бригада заполняет специальную отчетную форму. Руководитель бригады обобщает полученные сведения и передает их в поликлинику, откуда они поступают в отдел здравоохранения района.

В зависимости от особенностей инфекции и эпидемиологической обстановки может организовываться карантин или обсервация.

Карантин– это комплекс строгих режимно - ограничительных, изоляционных и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение выноса возбудителя опасного инфекционного заболевания как за пределы эпидочага, так и разноса его внутри очага.

Организация карантина включает в себя:

1. Полную изоляцию эпидочага с установлением вооруженной охраны (оцепления) на прилегающих территориях. На всех дорогах, ведущих в зону эпидочага (ОБЗ), организуются заградительные посты.

2. Строгий контроль за въездом и выездом населения и вывозом имущества из зоны карантина. Запрещается проезд через очаг заражения автотранспорта и остановок вне отведенных мест при проезде транзитного железнодорожного и водного транспорта;

3. Организацию контрольно-пропускных пунктов на основных маршрутах, по которым осуществляется подвоз дополнительных сил и средств для ликвидации очага. Для материально - технического снабжения организуются приемно-передаточные пункты, через которые в зону карантина доставляется сырье, продукты питания, имущество, техника; через них идет вывоз готовой продукции.

4. Создание обсерваторов для лиц, выбывающих за пределы карантинизированной зоны;

5. Раннее выявление инфекционных больных, их изоляцию и госпитализациию в специально выделенное ЛУ;

6. Ограничение общения между отдельными группами населения, прекращение деятельности зрелищных учреждений, учебных заведений, рынков и т.д.;

7. Охрану инфекционных больниц, водоисточников, продскладов, организацию комендатской

9

службы.

8. Установление противоэпидемического режима работы медучреждений, находящихся в очаге;

9. Проведение экстренной и специфической профилактики и другие мероприятия.

При наложении карантина на крупные административные и промышленные центры в границы карантина включаются прилегающие к нему населенные пункты, связанные с ним местным транспортом, общей системой снабжения и торговли, а также производственной деятельностью. В условиях проведения эвакуации и рассредоточения из карантинизированных городов границы карантина расширяются с включением населенных пунктов, где размещается эвакуируемое население.

Введение карантина сопровождается одновременным введением режима обсервации во всех сопредельных с зоной карантина административных территориях.

Обсервация – это комплекс ограничительных мероприятий, предусматривающий усиление медицинского наблюдения с целью своевременного обнаружение случаев появления инфекционных болезней и принятия экстренных мер по их локализации, устранению причин, способствующих их распространению.

Обсервацией предусматривается:

1. Ограничение выезда, въезда и транзитного проезда всех видов транспорта через обсервируемую территорию. Для этого выставляются регулировочные посты;

2. Проведение экстренной профилактики среди контактных лиц (проведение вакцинации);

3. Усиление медконтроля за состоянием территории, организацией питания, водоснабжения, правилами торговли.

4. Опросы и термометрия населения с целью активного и своевременного выявления инфекционных больных и их госпитализации;

5. Усиление санитарно-просветительной работы;

6. Ограничение передвижения и перемещения населения;

7. Проведение обеззараживания зараженных объектов внешней среды и ряд др. мер.

Обсервация и карантин отменяются по истечении срока максимального инкубационного периода данного инфекционного заболевания с момента изоляции последнего, проведения заключительной дезинфекции и санобработки обслуживающего персонала и населения.

Снятие карантина или обсервации проводится распоряжением председателя СПК, по рекомендациям органов здравоохранения и может осуществляться постепенно в отдельных населенных пунктах или сразу во всей зоне.

В эпидочаге недопустимо скопление людей, в том числе в поликлинических учреждениях, поэтому медпомощь приближается к населению и оказывается на дому или на предприятиях и в учреждениях. В медучреждениях промышленных предприятий и учреждений, находящихся в очаге, медработники свою деятельность переносят в цеха и отделы с целью избежания контакта лиц, обращающихся за медпомощью. При этом силами медпостов и санитарного актива проводится активное выявление больных, термометрия рабочих и служащих не реже двух раз в смену.

Личный состав формирований, учреждений и подразделений в конце рабочего дня проходит полную санобработку со сменой одежды. В зависимости от конкретных условий указанные лица размещаются в местах постоянного проживания или переходят на «казарменное» положение.

На всех этапах оказания медпомощи инфекционным больным должен быть обеспечен необходимый противоэпидемический режим:

- обеззараживание эпидемических очагов (дезинфекция, дезинсекция, дератизация)

- обеззараживание территории, зданий и полная санитарная обработка населения проводится коммунально-технической службой.

- обеззараживание квартирных эпидочагов инфекции, одежды организуется силами госанэпидслужбы путем проведения текущей и заключительной дезинфекции.

Дезинфекция - проводиться дезинфекционными группами. Одна группа в составе: дезинструктора, дезинфектора и двух санитаров в течение рабочего дня способна обработать 25 квартир площадью 60 м2 каждая.

Проведение населению экстренной неспецифической и специфической профилактики. Продолжительность курса экстренной неспецифической профилактики определяется временем, необходимым для выявления и идентификации возбудителя, со-ставляет в среднем 2-5 суток.

10

Выявление бактерионосителей и усиленное медицинское наблюдение за поражѐнным населением, личным составом спасательных формирований.

Усиление санитарно-просветительной работы. Для этого используется радио, телевидение, печать. Эта работа направлена на строгое выполнение всем населением общих рекомендаций по правилам поведения, соблюдению санитарно-гигиенических пра-вил и других мер личной защиты.

**5. Основные санитарно-гигиенические и эпидемиологические мероприятия, проводимые при проведении эвакуационных мероприятий и в местах временного расселения**.

Организация и проведение санитарно - гигиенических и противоэпидемических мероприятий в период рассредоточения и эвакуации населения будут представлять значительные трудности. Эти мероприятия организуются и проводятся медицинскими работниками санитарно-гигиенического и эпидемиологического профиля, противочумными учреждениями, а также создаваемыми на их базе формированиями ГО.

Санитарно - гигиенические и противоэпидемические мероприятия организуются и проводятся на сборных эвакуационных пунктах, промежуточных пунктах эвакуации, приемных пунктах, пунктах посадки и высадки, в пути следования, в районах временного и постоянного размещения эвакуируемого населения.

Они включают в себя:

1. Постоянный контроль за санитарно-гигиеническим состоянием (условиями размещения) в местах временного и постоянного размещения эвакуируемых. При этом:

Контролируется санитарное состояние территории, своевременность еѐ очистки и обеззараживания. Для размещения населения при эвакуации в общежитиях и других временных помещениях, в палаточных городках минимальная норма площади должна быть 4,0 - 4,5 м2 на человека. Умывальники устанавливаются из расчета один сосок на 10 – 15 человек. Туалеты оборудуются из расчета одно сиденье на 34–40 человек мужчин и одно сиденье на 25-30 женщин. При размещении населения в палаточном городке оборудуются полевые ровики (вместо санузлов) из расчета: один ровик шириной 0,3 м, глубиной 0,5 м и длиной 1 м на 20 чел. Туалеты и полевые ровики следует размещать на расстоянии 50-60 метров от места проживания населения. Ровики должны располагаться ниже источников воды и на расстоянии не менее 200 м. от них. Нечистоты в ровиках необходимо подвергать дезинфекции и засыпать слоем земли. Нечистоты собираются в специальные емкости. Одна емкость 50-100 л на 50 человек.

2. Контроль за водоснабжением населения.

Водоснабжение является актуальнейшей проблемой во время эвакуации и в районах расселения. При расчете потребности воды надо исходить из того, что для обеспечения самых элементарных нужд на одного человека **в сутки** потребуется 10 литров воды, а на санитарную обработку одного человека - 40—45 л, на одного больного, находящегося на стацлечении – 75 л. воды. Органами управления здравоохранением, а также персоналом сан-эпидемических учреждений и формирований особое внимание обращается на контроль за оборудованием водозаборных пунктов или организацией подвоза питьевой воды на маршрутах движения. СЭС организует лабораторный контроль за качеством воды, ее хлорированием.

3. Контроль за питанием, соблюдением санитарно - гигиенических правил при хранении продуктов, приготовлением пищи на объектах питания.

4. Своевременное выявление инфекционных больных, их изоляцию и госпитализацию. Для этого при всех медицинских пунктах на маршрутах эвакуации развертываются инфекционные изоляторы.

В зависимости от санэпидобстановки на конечных пунктах расселения может возникнуть необходимость проведения населению экстренной профилактики инфекционных заболеваний антибиотиками, массовых прививок против особо опасных инфекций (ООИ) и острых желудочно-кишечных заболеваний. При применении бактериологического оружия (БО) противником, для проведения прививок эвакуируемому населению во всех лечебных учреждениях, медицинских санитарных частях, медформированиях ГО организуются прививочные бригадыв составе:

- 1 врача и 2-ух средних медработников;

- 1 среднего медработника и 2-ух сандружинниц (в этом случае на 3-4 такие бригады выделяется

11

1 врач).

Предусматривается также организация в сжатые сроки подвижных и временных прививочных пунктов, создаваемых силами медучреждений.

Во время эвакуации и расселения эвакуируемого населения, постоянно проводится наблюдение за эпидемической обстановкой и информация населения об эпидемической обстановке. Большое значение в период рассредоточения и эвакуации населения приобретает санпросветработа среди эвакуируемых с учетом конкретной обстановки.

5. Контроль за организацией банно-прачечного обслуживания населения в местах его размещения. При необходимости организуются дезинсекционные мероприятия (камерная обработка белья и постельных принадлежностей).

6. Проведение дезинфекционных и дератизационных мероприятий.

7. При организации медико-санитарного обеспечения эвакуации, следует учитывать климато - географические условия.

В холодное время года, для медформирований, спасательных отрядов и в пунктах сбора населения необходимо иметь теплые помещения для обогрева людей и сушильные комнаты для одежды и обуви площадью 15-18 м2 на 100 чел. Пострадавших следует располагать на тюфяках, кроватях, подстилках, нарах на расстоянии не менее 0,3-0,5 м от наружных стен.

При эвакуации населения зимой, особенно важное значение имеет профилактика отморожений у лиц, получивших травму с кровопотерей.

Для согревания поражѐнных медицинские пункты должны обеспечивать их одеялами, грелками, термосами с горячим чаем.

При эвакуации в условиях жаркого климата должны быть приняты все меры по предупреждению тепловых и солнечных ударов, обморочных состояний, желудочно-кишечных расстройств.

При проведении эвакуации инфекционных больных соблюдается необходимый противоэпидемический режим (больные, эвакуируются на специальном транспорте согласно графику использования дорог, выделенных для их движения). Заключение.

Для санитарно – эпидемиологической службы, как и для всего здравоохранения, резкие, часто непредвиденные изменения в обычной обстановке, возникшие в результате стихийного бедствия, катастрофы, аварии могут сопровождаться многочисленными человеческими жертвами, массовыми заболеваниями и поражениями людей, резким ухудшением санитарно - гигиенической обстановки и крайне сложной эпидемической ситуацией.

В связи с этим, одной из основных задач медицинской службы, медицинских формирований ГО является предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний среди персонала организаций, населения, обеспечение их санитарного благополучия.

Организация и проведение экстренных санитарно-противоэпидемических меро-приятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени строятся на общих принципах охраны здоровья, оказания медицинской помощи населению, предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Руководитель занятий