



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА УКРАЇНИ З НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ
ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
У СФЕРІ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ

ВИПУСКНА РОБОТА

на тему:

Організація та реалізація заходів медичного, біологічного та психологічного захисту, санітарного та епідемічного забезпечення населення

слухача з короткострокового підвищення кваліфікації з питань цивільного захисту викладача навчально-методичного центру цивільного захисту та безпеки життєдіяльності Тернопільської області Соколькова Віктора Миколайовича

Перевірив: _____
(посада, вчений ступінь (звання), прізвище, ініціали)

КИЇВ 2016

Зміст

Вступ	3
Медичний захист.....	4
Біологічний захист.....	14
Психологічний захист.....	16
Забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя	17
Висновки та пропозиції	20
Список використаних джерел.....	22
Додатки.....	23

Вступ

Одним з найважливіших аспектів життя людини є проблема безпеки. Це базисна потреба людини, на що зроблено акцент у концепції Організації Об'єднаних Націй про сталий людський розвиток [Конференція ООН в Ріо-де-Жанейро – 1992 рік].

Рівень безпеки людини зумовлюють наступні чинники:

- стан навколишнього середовища (довкілля, побут, транспорт, виробництво, соціальні відносини);
- державні системи підтримки безпеки людини (охорона здоров'я, пожежна охорона, цивільна оборона, органи правопорядку, охорона праці);
- індивідуальна захищеність особи (психофізіологічний стан, знання та вміння, індивідуальні засоби захисту).

Одним з показників безпеки життя і діяльності людини є стан її здоров'я.

Здоров'я людини залежить:

- на 50% від способу життя (наші хвороби – це наш спосіб життя);
- на 20-25% від стану навколишнього середовища;
- на 15-20% від генетичних чинників;
- на 10% від рівня медичної допомоги.

Медичний захист

Серед видів захисту населення у надзвичайних ситуаціях особливе місце займає медичний захист. Виходячи з досвіду, надзвичайні ситуації, як правило, призводять до масової загибелі людей та їх ураження. Для зменшення ступеню ураження необхідно приймати невідкладні заходи щодо надання медичної допомоги потерпілим.

Медичний захист постраждалих за умов надзвичайних ситуацій – це комплекс організаційних, планувальних, адміністративно-правових та практичних заходів, спрямованих на запобігання або зменшення ступеню ураження людей внаслідок надзвичайної ситуацій, своєчасного надання їм екстреної медичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя.

Згідно Кодексу цивільного захисту [ст.36 гл.9 розд.4] медичний захист і забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення включає:

- 1) надання медичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій, рятувальникам та іншим особам, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт, гасіння пожеж, проведення їх медико-психологічної реабілітації.
- 2) планування і використання сил та засобів закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності;
- 3) своєчасне застосування профілактичних медичних препаратів та своєчасне проведення санітарно-протиепідемічних заходів;
- 4) контроль за якістю та безпекою харчових продуктів і продовольчої сировини, питної води та джерелами водопостачання;
- 5) завчасне створення і підготовку спеціальних медичних формувань;
- 6) утворення в умовах надзвичайних ситуацій необхідної кількості додаткових тимчасових мобільних медичних підрозділів або залучення додаткових закладів охорони здоров'я;

- 7) накопичення медичного та спеціального майна і техніки;
- 8) підготовку та перепідготовку медичних працівників з надання екстреної медичної допомоги;
- 9) навчання населення способам надання домедичної допомоги та правилам дотримання особистої гігієни;
- 10) здійснення заходів з метою недопущення негативного впливу на здоров'я населення шкідливих факторів навколишнього природного середовища та наслідків надзвичайних ситуацій, а також умов для виникнення і поширення інфекційних захворювань;
- 11) проведення моніторингу стану навколишнього природного середовища, санітарно-гігієнічної та епідемічної ситуації;
- 12) санітарну охорону територій та суб'єктів господарювання в зоні надзвичайної ситуації;
- 13) здійснення інших заходів, пов'язаних з медичним захистом населення, залежно від ситуації, що склалася.

Медична допомога населенню в умовах надзвичайної ситуації забезпечується службою медицини катастроф, керівництво якою здійснює центральний орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я);

Пунктом 1 Положення про державну службу медицини катастроф, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 р. №827, передбачено, що Державна служба медицини катастроф є особливим видом державної аварійно-рятувальної служби, основним завданням якої є надання безоплатної медичної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Координацію діяльності Служби у разі виникнення надзвичайних ситуацій здійснюють центральна і територіальні

координаційні комісії Служби, що утворюються згідно із законодавством.

В 2013 році був прийнятий Верховною Радою України закон «Про екстрену медичну допомогу» - основний документ, яким визначаються організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Одним із закладів охорони здоров'я, який призначений для забезпечення організації та надання екстреної медичної допомоги людині у невідкладному стані на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці (у тому числі в умовах надзвичайної ситуації) є центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є юридичною особою, має самостійний баланс, відповідні рахунки в органах казначейства і банках, печатку та бланк із своїм найменуванням.

Типове положення про центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф затверджене постановою Кабінету Міністрів України 21.11.2012 року за № 1116.

Від моменту ураження (виявлення людини у невідкладному стані) до одужання і реабілітації медичний захист стосовно потерпілого полягає в поетапному наданні наступних видів допомоги:

- домедичної та екстреної медичної допомоги на місці пригоди, нещасного випадку;
- екстреної медичної допомоги в спеціальному санітарному транспорті, який має відповідне оснащення;
- кваліфікованої медичної допомоги у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги;
- спеціалізованої медичної допомоги і реабілітації до повного одужання у відповідних відділеннях лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я.

Домедична допомога – це комплекс найпростіших медичних заходів, що виконуються на місці отримання пошкодження переважно в порядку само- та взаємодопомоги, а також учасниками пошуково-рятувальних робіт, з використанням табельних і підручних засобів з метою усунення триваючого впливу вражаючого фактора, порятунку життя постраждалого, зниження й попередження розвитку тяжких ускладнень. Оптимальний термін її надання – до 30 хвилин після отримання травми. Домедична допомога постраждалим надається посиндромно, виходячи з характеру, тяжкості та локалізації пошкоджень, після оцінки стану потерпілого.

Так, під час катастроф з переважанням механічних (динамічних) вражаючих факторів, обсяг домедичної допомоги передбачає:

- визволення постраждалих з-під завалів, виведення осліплених з вогню, гасіння палаючого одягу або палаючих сумішей, що потрапили на тіло;
- надання постраждалому фізіологічно вигідного положення;
- боротьбу з асфіксією шляхом звільнення дихальних шляхів від слизу, крові та можливих сторонніх тіл. При западанні язика, блюванні, сильній носовій кровотечі постраждалого кладуть на бік (у стабільне положення). При необхідності проводять штучну вентиляцію легень методом «рот-у-рот» або «рот-у-ніс», а також за допомогою S-подібної трубки та зовнішній масаж серця;
- тимчасову зупинку кровотечі всіма доступними засобами (тиснуча пов'язка, пальцеве притиснення, джгут);
- іммобілізацію пошкодженої кінцівки за допомогою найпростіших засобів;
- накладання постраждалому асептичної пов'язки на рану (опікову поверхню);
- введення постраждалому знеболювального засобу або антидоту, що є в наявності;

- давання водно-сольового розчину (1/2 чайної ложки соди й солі на 1л. рідини) або тонізуючих гарячих напоїв (чай, кава, алкоголь) за відсутності у постраждалого блювання й даних щодо травми органів черевної порожнини;
- попередження переохолодження або перегрівання постраждалого;
- раннє винесення (вивезення) постраждалих із зони надзвичайної ситуації та зосередження у визначеному місці (укритті) залежно від важкості ураження;
- підготовка й контроль за евакуацією постраждалих у найближчий медичний пункт або в місця завантаження постраждалих на транспорт.

Медична підготовка для осіб, які не мають базової медичної освіти, включає в себе набуття навиків надання домедичної допомоги постраждалим.

Особами, які зобов'язані надавати домедичну допомогу людині у невідкладному стані, є: рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники державної пожежної охорони, поліцейські, фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники та інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання домедичної допомоги [ст.12 Закону України].

Порядок підготовки та підвищення кваліфікації з надання домедичної допомоги осіб, які зобов'язані її надавати, визначено постановою Кабінету Міністрів України № 1115 від 21.11.2012 року.

Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні медичними працівниками невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Система екстреної медичної допомоги в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі складається з центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної

допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги .

Основними завданнями системи екстреної медичної допомоги є:

- організація та забезпечення надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків;

- медико-санітарного супроводу масових заходів та заходів за участю осіб, стосовно яких здійснюється державна охорона;

- взаємодії з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

В основу функціонування системи екстреної медичної допомоги лягли:

Постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги;

доступність та безпечність екстреної медичної допомоги та відповідність єдиним вимогам;

оперативне та цілодобове реагування на виклик екстреної медичної допомоги;

послідовність та безперервність надання екстреної медичної допомоги;

регіональна територіальність.

Важливою ознакою надзвичайної ситуації незалежно від її характеру є одномоментне виникнення масових санітарних втрат серед населення. При цьому практично неможливо вчасно допомогти всім ураженим.

Тому невід'ємною складовою організації надання екстреної медичної допомоги при масових санітарних втратах є медичне сортування постраждалих.

При цьому неможливо не згадати, що основи медичного сортування були розроблені нашим земляком, видатним військово-польовим хірургом М.І.Пироговим, які він вперше застосував у широких масштабах під час Кримської війни 1853 – 1856 років.

Сучасні аспекти організації медичного сортування при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій регламентовані Настановою, затвердженою наказом МОЗ від 15.01.2014 року № 34.

Після прибуття на місце пригоди, або осередок ураження працівників МВС та рятувальників ДСНС після оцінки обстановки (виділення небезпечної і безпечної зони та орієнтовної кількості постраждалих) здійснюється **вступне сортування**.

Це сортування полягає у визначенні стану життєвих показників постраждалих, згідно з сортувальною системою, з наступним маркуванням постраждалих відповідними кольоровими жетонами в залежності від потреби їх в лікувальних та евакуаційних заходах. Водночас здійснюється виклик необхідної кількості бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Рятувальники і працівники бригад, які починають прибувати надають необхідну допомогу усім постраждалим. При цьому виділяється потік постраждалих, які можуть самостійно покинути осередок ураження (місце події). Їх відводять у безпечну зону з подальшим зігріванням, контролем їхнього стану та психологічною підтримкою. Ходячих постраждалих маркують зеленими жетонами і посилено надають їм психологічну допомогу. Для цього у штаті аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС передбачені спеціально підготовлені психологи.

Обстежуючи не ходячих потерпілих, червоною маркою помічають усіх хто говорить, стогне, плаче, кашляє, а також тих хто непритомний, але з ознаками дихання, яке визначається стандартним прийомом протягом 10 секунд після забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів. Постраждалих які не дихають не маркують.

При оптимальних умовах стану медико-тактичної обстановки для проведення рятувальних робіт рекомендується надавати домедичну допомогу «червоним» в осередку надзвичайної ситуації з подальшим винесенням їх у

безпечну зону – пункт збору поранених. Перед транспортуванням усім «червоним» без виключення, при можливості, накладають шийний комірцець.

При наявності зовнішньої кровотечі її зупиняють накладанням на рану тиснутої пов'язки, у випадку травматичної ампутації накладають джгут.

Непритомних до евакуації вкладають у стабільне положення на боці, а при транспортуванні на спині закладають їм рото-горлову трубку.

Інші постраждалі евакуюються з місця надзвичайної ситуації в останню чергу.

У разі неможливості проведення сортування безпосередньо на місці ураження (осередок небезпечний) евакуюють максимально можливу кількість постраждалих у безпечну зону (пункт збору поранених), де здійснюють вступне сортування, надання домедичної допомоги і в подальшому первинне медичне сортування.

Евакуація постраждалих із зони надзвичайної ситуації та місць тимчасового розміщення постраждалих здійснюється санітарним транспортом і транспортом загального призначення. При цьому санітарним транспортом евакуюють постраждалих з важкими та середньої важкості ушкодженнями.

Розподіл постраждалих в залежності від потреби і обсягу медичної допомоги та евакуації називається *медичним сортуванням*.

Медичне сортування постраждалих на до госпітальному етапі та в приймальних відділеннях (відділеннях екстреної/невідкладної медичної допомоги) закладів охорони здоров'я проводиться з метою своєчасного надання медичної допомоги максимальній кількості постраждалих в обсязі, що забезпечує відновлення раптової втрати здоров'я.

Завдання медичного сортування: визначити наявні життєві показники стану постраждалого та характер ушкоджень; встановити необхідність, черговість і місце надання постраждалим і хворим обсяг екстреної медичної допомоги; визначити порядок і напрямок евакуації, її черговість та вид транспорту.

Залежно від завдань розрізняють внутрішньопунктове сортування та евакуаційно-транспортне.

Принципи медичного сортування:

- медичне сортування слід розпочинати в процесі надання домедичної допомоги і продовжувати на всіх етапах медичної евакуації;
- медичне сортування повинен виконувати найбільш кваліфікований медичний працівник на даному етапі медичної евакуації;
- під час сортування травмованих та хворих необхідно керуватися єдиною класифікацією хвороб і травм та єдиними вимогами до методики сортування;
- результати медичного сортування обов'язково фіксуються спеціальними позначеннями постраждалих, а також відповідними записами в їх медичних документах;
- медичне сортування здійснюється в інтересах більшості постраждалих і спрямовується на надання першочергової медичної допомоги травмованим і хворим, які перебувають у критичному стані та перспективним, які мають більше шансів на одужання.

Для надання екстреної медичної допомоги та медичного сортування в тому числі на місце надзвичайної ситуації направляються бригади постійної готовності першої черги, бригади екстреної медичної допомоги та спеціалізовані бригади другої черги територіальної служби медицини катастроф відповідно до Порядку дій медичного персоналу екстреної медичної допомоги при ліквідації медичних наслідків надзвичайної ситуації, затвердженого наказом МОЗ від 01.06.2009 року № 370.

За обставин коли кількість постраждалих значно перевищує кількість медичного персоналу і необхідності швидко покинути загрозливу зону застосовується алгоритм швидкого сортування, сутність якого полягає у швидкому (не більше 1-2 хв.) розподілі постраждалих в сортувальні групи використовуючи найпростіші дії для оцінки стану постраждалого, а саме:

- здатність самотійно пересуватися;
- рівень свідомості;
- стан дихання;
- наявність кровообігу.

При проведенні такого сортування немедиками може застосовуватись алгоритм START (Simple Triage And Rapid Treatment – Просте Сортування Та Швидка Допомога) (Додаток № 1). Для виявлення і навчання осіб, що найкраще підходять для ролі сортувальника, необхідно проводити спеціальні навчання щодо поведінки у ситуаціях виникнення масових санітарних втрат. Кожний боєць-рятувальник має вміти проводити просте сортування з метою визначення пріоритетності в самотійному наданні допомоги, а також в ситуації масового надходження поранених у пункти збору для допомоги медикам підрозділу.

Біологічний захист населення.

Біологічний захист Кодекс цивільного захисту (ст.37) пов'язує з можливістю біологічного зараження населення, тварин і рослин. Це комплекс заходів спрямованих на локалізацію і ліквідацію такого зараження, а саме:

- своєчасне виявлення чинників та осередку біологічного зараження;
- прогнозування масштабів і наслідків біологічного зараження;
- проведення екстреної неспецифічної та специфічної профілактики біологічного зараження населення;
- своєчасне застосування засобів індивідуального та колективного захисту;
- запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів , обсервації та карантину;
- здійснення дезінфекційних заходів в осередку зараження;
- знезараження суб'єктів господарювання, тварин та санітарної обробки населення;
- надання екстреної медичної допомоги і лікування уражених;
- дотримання протиепідемічного режиму підприємствами, установами та організаціями незалежно від форм власності і господарювання та населенням.

Здійснення заходів біологічного захисту покладається на заклади охорони здоров'я та санітарно-епідемічної служби України.

До медичних сил біологічного захисту населення належать:

- амбулаторно-поліклінічні заклади;
- станції екстреної (швидкої, медичної допомоги);
- територіальні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- заклади і формування державної санітарно-епідеміологічної служби (протиепідемічні бригади санітарно-епідеміологічні загони тощо);
- науково-дослідні установи епідеміологічного профілю.

Немедичні сили і засоби включають:

- місцеві органи виконавчої влади, надзвичайні протиепідемічні комісії при органах виконавчої влади;
- суб'єкти господарювання, організації, підприємства;
- рятувальні формування місцевих та центральних органів виконавчої влади;
- спеціалізовані підрозділи ДСНС України, МВС України, МО України.

Психологічний захист населення.

Умови надзвичайної ситуації незалежно від характеру походження, особливо, якщо мають місце значні руйнування і санітарні втрати зумовлюють виникнення нервово-психічних порушень, гострих реактивних станів, які у 80% постраждалих минають протягом 2-3 діб, а в інших можуть перерости в реактивні психози, які потребують тривалого лікування.

Для проведення медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали від надзвичайних ситуацій при санаторно-курортних закладах, незалежно від форми власності, утворюються центри медико-психологічної реабілітації. Перелік санаторно-курортних закладів, в яких утворюються центри медико-психологічної реабілітації, затверджується спільним актом центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я), та центрального органу виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту (Державна служба з надзвичайних ситуацій).

1. Заходи психологічного захисту населення спрямовуються на зменшення та нейтралізацію негативних психічних станів і реакцій серед населення у разі загрози та виникнення надзвичайних ситуацій і включають:

- 1) планування діяльності, пов'язаної з психологічним захистом;
- 2) своєчасне застосування ліцензованих та дозволених до застосування в Україні інформаційних, психопрофілактичних і психокорекційних методів впливу на особистість;
- 3) виявлення за допомогою психологічних методів чинників, які сприяють виникненню соціально-психологічної напруженості;
- 4) використання сучасних психологічних технологій для нейтралізації негативного впливу чинників надзвичайних ситуацій на населення;
- 5) здійснення інших заходів психологічного захисту залежно від ситуації, що склалася.

Забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя

Закон України «Про санітарне та епідемічне благополуччя населення» 1994 року визначає поняття санітарного і епідемічного благополуччя, як стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, при якому показники захворюваності перебувають на усталеному рівні для даної території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності знаходяться в межах, визначених санітарними нормами.

Для забезпечення дотримання закону «Про санітарне та епідемічне благополуччя населення» в державі створена санітарно-епідеміологічна служба України – сукупність органів управління та установ для яких визначені наступні напрямки діяльності, [ст.33 Закону]:

здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду;

визначення пріоритетних заходів у профілактиці захворювань, а також у охороні здоров'я населення від шкідливого впливу на нього факторів навколишнього середовища;

вивчення, оцінка і прогнозування показників здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини, встановлення факторів навколишнього середовища, що шкідливо впливають на здоров'я населення;

підготовка пропозицій щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, запобігання занесенню та поширенню особливо небезпечних (у тому числі карантинних) та небезпечних інфекційних хвороб;

проведення санітарно-епідеміологічних розслідувань захворювань, спричинених інфекційними хворобами, масовими неінфекційними захворюваннями, отруєнь та радіаційних уражень людей і здійснення контролю за усуненням їх причин та умов виникнення і поширення;

державний облік інфекційних і професійних захворювань та отруєнь;

видача висновків державної санітарно-епідеміологічної експертизи щодо об'єктів поводження з відходами;

встановлення санітарно-гігієнічних вимог до продукції, що виробляється з відходів, та видача гігієнічного сертифіката на неї;

методичне забезпечення та здійснення контролю під час визначення рівня небезпечності відходів.

Державний санітарно-епідеміологічний нагляд здійснюється відповідно до Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні затвердженого постановою КМУ № 1109 від 22.06.1999 року.

Наказом Державної санітарно-епідеміологічної служби України № 42 від 27.03.2015 року визначено основні напрямки реалізації державної політики у сфері цивільного захисту в установах держепідслужби України:

- запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів, обсервації та карантину;
- здійснення дезінфекційних заходів в осередку зараження, знезараження суб'єктів господарювання, тварин та санітарної обробки населення;
- забезпечення виконання заходів у сфері цивільного захисту на об'єктах суб'єкта господарювання;
- забезпечення відповідно до законодавства своїх працівників засобами колективного та індивідуального захисту;
- розміщення інформації про заходи безпеки та відповідну поведінку населення у разі виникнення аварії;
- організація та здійснення під час виникнення надзвичайних ситуацій евакуаційних заходів щодо працівників та майна;
- створення об'єктових формувань цивільного захисту відповідно до Кодексу цивільного захисту України (далі - КЦЗУ) та інших законодавчих актів, необхідної для їх функціонування матеріально-технічної бази і забезпечення готовності таких формувань до дій за призначенням;

- проведення оцінки ризиків виникнення надзвичайних ситуацій на об'єктах суб'єкта господарювання, здійснення заходів щодо неперевикнення прийнятних рівнів таких ризиків;
- здійснення навчання працівників з питань цивільного захисту, у тому числі правилам техногенної та пожежної безпеки;
- проведення об'єктових тренувань і навчань з питань цивільного захисту; здійснення за власні кошти заходів цивільного захисту, що зменшують рівень ризику виникнення надзвичайних ситуацій;
- дотримання протиепідемічного, протиепізоотичного та протиепіфітотичного режиму;
- створення і використання матеріальних резервів для запобігання та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;
- розроблення заходів щодо забезпечення пожежної безпеки, впровадження досягнень науки і техніки, позитивного досвіду із зазначеного питання;
- утримання у справному стані засобів цивільного та протипожежного захисту, недопущення їх використання не за призначенням;
- здійснення заходів щодо впровадження автоматичних засобів виявлення та гасіння пожеж і використання для цієї мети виробничої автоматики.

В установах Держсанепідслужби України створюються три основних категорії груп, які входять до складу сил цивільного захисту:

- група радіаційного спостереження і дозиметричного контролю;
- група хімічного спостереження та контролю;
- група епідеміологічної розвідки та контролю
- група епідеміологічної розвідки та контролю

Висновки та пропозиції

Щороку в Україні помирає близько 755 тисяч осіб. З них 259 тисяч працездатного віку. Серед осіб працездатного віку 130 тисяч гине внаслідок захворювань серцево-судинної системи, травм, ДТП.

За підрахунками провідних експертів — за умови, коли 10% населення країни володіє правилами надання домедичної допомоги, летальність на до госпітального етапі зменшується в середньому на 20%. При досягненні цього показника в Україні можливо щороку рятувати 26 тис. осіб. Це дасть можливість зберегти державі більш ніж 9 млрд. грн.

Надання домедичної допомоги особливо актуально для осіб, які мають серцево-судинні захворювання. А до таких осіб можна віднести близько дві третини населення України.

Середній час прибуття швидкої медичної допомоги на місце пригоди складає 10 хвилин. За статистикою, якщо допомога надається на 10-й хвилині, шанс на виживання людини при зупинці серця складає менш ніж 5%. В той же час, якщо такій людині надати домедичну допомогу на 1-й хвилині, її шанс на виживання збільшиться до 80%.

Крім того, 25-30% людських життів можна врятувати, якщо після отримання важких травм одразу надати постраждалому протишокову домедичну допомогу. 40% постраждалих в ДТП не доживають до приїзду швидкої через ненадання їм домедичної допомоги.

Разом з тим, у зв'язку з відсутністю в державі системи надання домедичної допомоги 82% громадян вважають, що не готові надати домедичну допомогу з причини відсутності необхідних знань та навичок, а 68% громадян — з причини боязні нашкодити постраждалому [З пояснювальної записки до проекту закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо організації надання домедичної допомоги» - 2019 рік].

Самий ретельний аналіз реальних загроз і прогнозування ризику виникнення надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру,

враховуючи величину і густоту населення на визначеній території не можуть забезпечити точний розрахунок можливих санітарних втрат, що затруднює можливість порахувати потребу в силах і засобах служби екстреної медичної допомоги і медицини катастроф для проведення необхідних лікувально-евакуаційних заходів. Більше того, при одномоментній появі масових санітарних втрат тільки своєчасна і правильна домедична допомога дає змогу розтягнути в часі проведення необхідних лікувально-евакуаційних заходів.

Враховуючи приведені аргументи вкрай необхідно розширити перелік категорій населення які повинні проходити навчання з домедичної підготовки. Для цього достатньо охопити навчанням третину населення. Тільки таким чином можливо забезпечити порятунок максимальної кількості потерпілих в умовах надзвичайної ситуації.

Крім цього слід зауважити на відсутності чіткої координації співпраці державної служби медицини катастроф та екстреної медичної допомоги, яка, по великому рахунку, є складовою частиною державної служби медицини катастроф і в числі перших реагує на надзвичайну ситуацію.

Крім цього, як проблемне питання, накопичення матеріального резерву на випадок надзвичайної ситуації, яке нерозривно зв'язане з обмеженим фінансуванням і стосується не тільки медичного захисту. Тут важко щось рекомендувати, коли Держава неспроможна організувати поточне забезпечення медичним майном та медикаментами бригади швидкої медичної допомоги необхідним медичним майном, обладнанням та медикаментами.

Список використаних джерел

1. Близнюк М.Д., Волянський П.Б., Гафарова М.Т., Гур'єв С.О. Медичний та Біологічний захист за умов надзвичайних ситуацій. Навчальний посібник. Х.:ФОП Панов А.М., 2016. – 324 с.
2. Волянський П.Б., Гур'єв С.О. Долгий М.Л. Домедична допомога в умовах надзвичайних ситуацій. Практичний посібник. Х.:ФОП Панов А.М., 2016. – 151 с.
3. Михайлов В.М., Павлов С.С., Васильєв І.О.Методичні рекомендації щодо виконання випускної роботи слухача. Київ., ІДУ ЦЗ – 2017. – 5 с.
4. Матеріали конференції ООН в Ріо-де-Жанейро – 1992 р.
5. Кодекс цивільного захисту України від 02 жовтня 2012 р. №5403 – VI.
6. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження положення про державну службу медицини катастроф» від 11.07.2001 №827.
7. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 №5081 – VI.
8. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994р. №4004 – XII.
9. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу» від 21.11.2012 №1115.
10. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження типового положення про Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» від 21.11.2012 №1116
- 11.Наказ МОЗ України від 15.01 2014 №34 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 14.09.2009 року за №863/16879.
- 12.Наказ МОЗ України від 15.01 2014 №34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

Алгоритм швидкого сортування не медиками

