

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Военная кафедра

**М.Н. КАМБАЛОВ
М.Т. ТОРТЕВ**

**ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГАХ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

Пособие для студентов всех факультетов

Гомель 2007

УДК 614.8.01
ББК 68.7
К 18

Рецензент: заместитель начальника управления здравоохранения Гомельского областного исполнительного комитета
С.С. Громыко

Камбалов М.Н., Тортев М.Т.

К 18 Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах чрезвычайных ситуаций: Пособие для студентов всех факультетов / М.Н. Камбалов, М.Т. Тортев — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет». 2007. — 27 с.

ISBN

В процессе изучения темы будут даны основные понятия о системе организации работы медицинских формирований в районах эпидемических очагов, основные принципы обеспечения санитарно-эпидемического благополучия в зоне чрезвычайной ситуации, перечень санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проводимых в эпидемическом очаге. Изучение вопросов данной темы необходимо для воспитания всесторонне образованного и тактически грамотного врача, и особенно актуально в практическом плане при возникновении чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 25.04.2007 года, протокол № 3.

ISBN

УДК 614.8.0 1
ББК 68.7

© Камбалов М.Н., Тортев М.Т. 2007
© Оформление. УО «Гомельский
государственный медицинский
университет», 2007

ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГАХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

1. Причины возникновения эпидемических очагов.
2. Характеристика эпидемических очагов, возможности их возникновения в районе ЧС.
3. Принципы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в очагах ЧС.
4. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в бактериологическом очаге.
5. Организация работы формирований и учреждений здравоохранения при возникновении эпидемиологического очага

Введение

В последние годы отмечается постоянное увеличение числа вспышек инфекционных заболеваний. Это явление обусловлено такими причинами, как расширение межнациональных и международных коммуникаций, интенсивная вырубка лесов и ирригационные работы, недостаточное внимание к программам борьбы с грызунами и насекомыми, бурная урбанизация и перенаселенность городов в сочетании с неудовлетворительными санитарными условиями, большие возможности для скопления людей в результате, например, модернизации средств общественного транспорта, усиление миграционных процессов, широкомасштабность социальных и развлекательных мероприятий, развитие туризма, промышленная обработка больших объемов пищевых продуктов.

В последнее время непрерывно расширяются экономические, культурные и другие межгосударственные связи с многочисленными (в том числе тропическими) странами, территория которых эндемична по ряду редких заболеваний. Возбудители этих заболеваний могут поражать граждан, работающих за рубежом. Большую опасность представляет также возможность заражения инфекциями от иностранных специалистов, студентов, туристов и других лиц, прибывших из-за рубежа.

В связи с тем, что сроки завоза инфекции из одной страны в другую могут измеряться скоростью современных средств сообщения, служба здравоохранения страны должна быть постоянно готова к возможным эпидемическим вспышкам тяжелых инфекционных заболеваний. Поэтому каждый врач должен быть подготовлен по вопросам этиологии, эпидемиологии, диагностики, оказания неотложной помощи и лечения инфекционных заболеваний.

Причины возникновения и характеристика возможных эпидемических очагов

Чрезвычайные ситуации, связанные с различными видами катастроф, представляют собой сложную санитарно-эпидемиологическую и медико-социальную проблему и выдвигают перед здравоохранением конкретные задачи по оказанию ЭМП пораженным и санитарно-эпидемическому обеспечению пострадавшего населения.

Чрезвычайная ситуация для санитарно-эпидемиологической службы — это резкие, часто непредвиденные изменения в обычной обстановке, возникшие в результате катастрофы и ее последствий, характеризующиеся многочисленными человеческими жертвами, массовыми заболеваниями и поражением людей, резким ухудшением санитарно-гигиенической обстановки и крайне сложной эпидемической ситуацией. В такой обстановке требуются быстрые изменения в организации и обычном ритме работы органов управления, лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений.

Возможность возникновения эпидемических очагов в районах стихийных бедствий и катастроф зависит от многих причин. Такими причинами могут быть:

- разрушение коммунальных объектов (системы водоснабжения, канализации, отопления и др.);
- резкое ухудшение санитарно-гигиенического состояния территории в связи с разрушением химических, нефтеперерабатывающих и других промышленных предприятий, наличием трупов людей и животных, гниющих продуктов животного и растительного происхождения;
- массовое размножение грызунов, появление эпизоотии среди них и активизация природных очагов;
- интенсивная миграция организованных и неорганизованных контингентов людей, передвижение спасателей, различных сил и средств, участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций;
- изменение восприимчивости пострадавшего населения к инфекциям за счет возникновения стрессовых состояний и т.п.;
- снижение эффективности работы санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических учреждений, ранее располагавшихся в зоне катастрофы.

Крайне сложные эпидемические ситуации возникают при наличии в коллективах невыявленных случаев латентных (персистирующих) форм дизентерии, брюшного тифа, дифтерии и некоторых форм опасных высококонтагиозных инфекционных болезней. Массовое возникновение таких инфекционных заболеваний в очагах катастроф существенно осложняет

проведение необходимых и своевременных противоэпидемических мероприятий. Диагностирование в этих условиях чрезвычайно затруднено даже при наличии соответствующих лабораторий.

Характеристика эпидемических очагов и возможности их возникновения в районах чрезвычайных ситуаций

В районах стихийных бедствий и других ЧС эпидемическим очагом следует считать территорию, на которой в определенных временных и пространственных границах произошло заражение людей возбудителями заразных болезней и приняло массовый характер распространение инфекционных заболеваний. Эти границы определяют четыре *фактора эпидемического очага*:

- 1) наличие в зонах катастроф неизолированных инфекционных больных среди пострадавшего населения и возможность распространения ими возбудителей;
- 2) пораженные, нуждающиеся в госпитализации, оцениваемые с точки зрения риска заражения;
- 3) здоровое население, контактировавшее с инфекционными больными и нуждающееся в обсервации, оцениваемое с точки зрения риска заражения;
- 4) внешняя среда, опасная для заражения людей.

При разнообразной инфекционной патологии в зонах катастроф для определения сроков активности эпидемического очага максимальный инкубационный период распространившейся инфекционной болезни оказывается недостаточным. При заболевании пострадавших со сниженным иммунитетом второй пик распространения инфекции может возникнуть через 2–3 инкубационных периода после первого за счет передачи возбудителя лицами, у которых инфекция протекала в бессимптомной форме. Поэтому при определении временных границ эпидемического очага необходимо учитывать и наличие носителей.

Каждая отдельно взятая инфекционная болезнь распространяется неодинаково среди различных групп населения в одном и том же регионе бедствия, так как на интенсивность возникновения и распространения инфекционных заболеваний существенное влияние оказывают коммунально-бытовое устройство и санитарно-гигиенические условия жизни людей в зонах катастроф и в местах размещения эвакуируемого населения. Кроме того, заболеваемость различных групп населения объясняется тем, что одни из них подвергаются большей опасности заражения, чем другие, а также особенностями восприимчивости организма людей к каждой отдельно взятой болезни в экстремальных ситуациях. Так, в чрезвычайных эпидемических ситуациях детская заболеваемость скарлатиной, дифтерией и дру-

гими инфекциями объясняется снижением неспецифического и специфического иммунитета.

Потенциальная опасность заражения людей во многом зависит от активности эндемической заболеваемости, свойственной данной местности, и от коммунальной характеристики, имеющей эпидемическую значимость.

Коммунальная характеристика включает следующие основные элементы: географическое положение; климатические условия; экономические ресурсы; социально-экономический статус; уровень гигиены в жилищах; медицинское наблюдение и профилактику; систему питьевого водоснабжения; систему очистки и канализации; пищевые продукты; миграцию; контакты с животными (например, укусы насекомых); вспышки инфекций и эпидемические болезни.

Инфекционная заболеваемость может появиться при завозе возбудителей инфекционными больными, прибывшими спасателями и другими представителями формирований на территорию, свободную от данной инфекционной формы.

В результате серьезных нарушений в соблюдении элементарных гигиенических условий водоснабжения населения, приготовления пищи, трудностей в обработке и удалении отходов и нечистот, как правило, резко обостряется эпидемическая ситуация по кишечным инфекциям. В этих условиях возможно широкое распространение брюшного тифа, паратифов, вирусного гепатита, дизентерии и сальмонеллез. В числе потенциальных эпидемических болезней в разрушенных районах могут быть холера, инфекционный гастроэнтерит, природно-очаговые заболевания.

Чрезвычайная скученность людей в пригодных для жилья помещениях (сохранившиеся здания, развернутые палатки, землянки и др.) может способствовать интенсивному распространению респираторных инфекций. Особую опасность в этом отношении представляют грипп, менингококковая инфекция, корь и коклюш. Сложности с организацией помывки и полной санитарной обработки пострадавших может обострить эпидемическую ситуацию по паразитарным тифам.

Механизм передачи инфекции будет сохраняться, и действовать в очагах в течение срока выживаемости возбудителя во внешней среде и при наличии инфекционных больных в окружении пострадавшего населения.

Принципы обеспечения санитарно-эпидемического благополучия в районах чрезвычайных ситуаций

Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в ЧС организуются и проводятся в целях поддержания трудоспособности населения, сохранения их здоровья и обеспечения санитарно-

эпидемического благополучия, а также предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Это может быть достигнуто:

- проведением санитарного надзора за условиями производственной деятельности сохранившихся субъектов хозяйствования; выполнением норм и правил размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания населения, оставшегося в зоне ЧС; организацией гигиенической экспертизы продовольствия и питьевой воды; санитарным контролем за захоронением погибших и умерших в результате ЧС;

- комплексом мероприятий по предупреждению заноса, возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди пострадавшего населения, локализацией и ликвидацией возникших эпидемических вспышек.

Основными принципами организации санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения в зонах ЧС являются:

- единый подход к организации санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий среди населения;

- соответствие содержания и объема мероприятий медицинской и санитарно-эпидемической обстановки, характеру производственной деятельности пострадавшего населения;

- участие всех звеньев санитарно-эпидемиологической службы при организации экстренной медицинской помощи в ЧС, а также всех служб гражданской обороны (химической, инженерной, продовольственной и др.) в проведении соответствующих мероприятий;

- постоянные взаимодействия санитарно-эпидемиологической службы со службой медицины катастроф, с медицинской службой Министерства обороны, другими ведомствами по организации мероприятий среди пострадавшего населения.

В условиях ЧС система мер борьбы и профилактики должна базироваться на данных санитарно-эпидемиологической экспертизы территории и прилегающих зон к пострадавшим субъектам хозяйствования.

При ЧС возникает сложная санитарная обстановка, требующая квалифицированного выполнения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий и управление ими. Чтобы они были эффективными необходимо проводить ряд мероприятий:

1. Заблаговременное моделирование санитарной ситуации, определение фактора риска, ухудшения здоровья населения и спасателей, планирование и осуществление приоритетных оздоровительных мероприятий.

2. В первые часы после ЧС должна проводится углубленная санитарно-эпидемиологическая разведка с участием врачей гигиенистов, токсикологов, радиологов, а также служб материально-бытового обеспечения, имеющих опыт или подготовку к работе в экстремальных условиях.

3. Целесообразна разработка и регламентирование соответствующих официальных документов, системы управления санитарно-противоэпидемическими мероприятиями. Документы должны определять основные направления деятельности здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы, служб материально-бытового обеспечения, порядок взаимодействия, связи и другие вопросы.

Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий

При возникновении ЧС складывается сложная санитарная обстановка, требующая квалифицированного проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Основные принципы организации неотложных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в ЧС основаны на общих принципах охраны здоровья, оказания медицинской помощи населению в районах бедствия, предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Основная цель санитарно-гигиенических мероприятий — сохранение здоровья человека и предупреждение инфекционных, профессиональных и иных заболеваний. При возникновении аварии (катастрофы) любого типа для всего населения, оказавшегося в экстремальной ситуации, непременным условием сохранения здоровья является строгое выполнение правил личной и коллективной гигиены. Если соблюдение норм и правил личной гигиены, прежде всего, зависит от конкретной личности, то в выполнении норм и правил коллективной гигиены участвует как население, так и местные органы власти и управления, а также медицинские работники. Главным здесь является соблюдение условий размещения людей, покинувших постоянные места проживания, организация их питания, водоснабжения, банно-прачечное обслуживание, исключение влияния таких вредных факторов внешней среды, как заражение воздуха, воды, продуктов питания радионуклидами, вредными для здоровья химическими веществами, а также исключение переохлаждений и перегреваний.

Медицинские работники в повседневной жизни принимают участие в пропаганде гигиенических знаний, норм и правил поведения людей. Это направление работы приобретает в экстремальных условиях еще большую актуальность. Другим важным направлением работы в таких условиях является проведение гигиенических исследований (экспертиза) воды и продуктов питания. При проведении санитарно-эпидемиологической разведки группы эпидемиологической разведки осуществляют забор проб воды и продуктов питания, которые направляют на анализ в ЦГ и Э (СЭО) для обнаружения в пробах вредных для человека веществ и микробов. По резуль-

татам анализов составляют заключение о пригодности к использованию населением такой воды и пищевых продуктов. Обеспечение населения водой и продуктами питания в ходе ликвидации последствий аварии или катастрофы должно находиться под постоянным контролем медицинских работников. Необходимо взять под строгий контроль все гигиенически значимые объекты, как разрушенные или поврежденные в районе бедствия, так и продолжающие функционировать. К таким объектам относят:

- системы водоснабжения и канализации;
- объекты пищевой промышленности, общественного питания и торговли;
- детские дошкольные и школьные учреждения;
- предприятия коммунального обслуживания;
- пострадавший и не пострадавший жилой фонд;
- лечебно-профилактические учреждения, в которые госпитализированы пострадавшие из района аварии (катастрофы);
- места временного расселения эвакуированного населения;
- места расположения спасательных команд, отрядов и бригад ЭМП;
- промышленные объекты, которые могут быть источниками воздействия на людей ионизирующих излучений, СДЯВ, бактериального загрязнения и др.

Немаловажное значение придается санитарному контролю за текущей и заключительной дезинфекцией на пищевых предприятиях, обслуживающих население в зоне бедствия. Это относится к временным пунктам питания, уличным и временным торговым точкам. Необходимо постоянно осуществлять контроль за санитарной обработкой (помывкой) населения, дезактивацией (дегазацией, дезинфекцией) их одежды, обуви и других предметов. Это относится как к стационарным банно-прачечным объектам, так и к обмывочным пунктам полевого типа (пунктам санитарной обработки населения).

При выходе из строя водопроводных сооружений и сетей медицинские работники санитарно-эпидемиологической службы совместно с другими заинтересованными службами осуществляют экстренные мероприятия по обеспечению населения доброкачественной водой: участвуют в выборе водоисточника, дают разрешение на использование воды и контролируют автотранспорт для подвоза воды, при необходимости требуют проведения обеззараживания автоцистерн путем хлорирования или другими способами.

При повреждении канализационных сооружений и сетей, поступлении сточных вод в открытые водоемы проводятся экстренные ремонтно-восстановительные мероприятия, контроль за которыми осуществляют работники санитарно-эпидемиологической служба.

Противоэпидемические мероприятия — это научно обоснованные рекомендации, выполнение которых позволяет успешно предупреждать инфекционные заболевания среди отдельных групп населения, ликвидировать или существенно уменьшить инфекционную заболеваемость. В практическом плане санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия тесно взаимосвязаны и взаимообусловлены. Вместе с тем, проведение противоэпидемических мероприятий базируется на следующих основных принципах:

- установление вида возбудителя заболевания и механизма передачи инфекции;
- своевременная, достоверная и непрерывная оценка эпидемической обстановки в районе чрезвычайной ситуации;
- выбор и проведение необходимых противоэпидемических мероприятий и оценка их эффективности.

При установлении вида возбудителя заболевания и механизма передачи инфекции следует знать, что источником инфекции является зараженный организм человека или животного. В механизме передачи инфекции выделяют 3 стадии: а) стадию выделения возбудителя из зараженного организма; б) стадию пребывания возбудителя во внешней среде; в) стадию внедрения возбудителя в организм другого человека.

Инфекционный больной (источник инфекции) может выделять патогенное начало (бактерии, вирусы и др.), с выдыхаемым воздухом (при кашле и чихании), с выделениями из желудка, кишечника (с испражнениями и рвотными массами), с мочой, а также через кожные покровы. Соответственно выделяют и пути заражения человека — ингаляционный (воздушно-капельный), пероральный (поступление инфекции с зараженной водой или пищей в желудок) и через кожу (поступление инфекции через кожные покровы). Функции передатчика инфекции выполняют такие элементы внешней среды, как воздух, вода, пищевые продукты, почва, предметы быта и производственной обстановки, а также живые переносчики — насекомые, членистоногие, мелкие и крупные животные. Отдельные возбудители передаются при непосредственном контакте.

Все вышеперечисленное позволяет запланировать и целенаправленно выполнять необходимые в данной ситуации противоэпидемические мероприятия. Среди них можно назвать основные: экстренная изоляция инфекционного больного, ограничение контактирования людей друг с другом, дезинфекционные мероприятия: экстренная неспецифическая профилактика, санитарная обработка и др.

Естественно, что при распространении среди населения конкретного инфекционного заболевания должны быть предусмотрены адекватные мероприятия. Наряду с их проведением осуществляется комплекс мероприятий, который принято называть «противобактериологической защитой на-

селения», что означает систему знаний и их практическое использование по предупреждению инфекционных заболеваний и их распространения среди населения.

Оценка эпидемиологической обстановки

При проведении мероприятий по противобактериологической защите необходима своевременная, достоверная и непрерывная оценка эпидемиологической обстановки в районе чрезвычайной ситуации, что достигается при использовании таких методов, как обследование территории и объектов, наблюдение за состоянием здоровья людей и проведение санитарно-эпидемиологической разведки территории бедствия.

Углубленная медицинская разведка должна проводиться в первые часы после катастрофы с участием специалистов, подготовленных к работе в экстремальных условиях: врачей–гигиенистов, токсикологов, радиологов, эпидемиологов, паразитологов, а также представителей служб коммунально-бытового обеспечения. Эпидемиологическое обследование территории и объектов проводится с целью выявления причин и условий возникновения инфекционных заболеваний с последующим обоснованием мероприятий по локализации и ликвидации эпидемического очага. Эпидемиологическое наблюдение представляет собой систематическое получение сведений о состоянии здоровья населения района ЧС. В начале развития экстремальной ситуации в условиях быстро изменяющейся эпидемиологической обстановки важное значение приобретает своевременное и быстрое получение сведений об источниках инфекции и путях ее передачи.

По результатам такой разведки санитарно-эпидемиологическое состояние района ЧС может быть определено как благополучное, неустойчивое, неблагополучное и чрезвычайное.

Благополучное состояние — инфекционные заболевания среди населения отсутствуют или имеют место единичные случаи заболевания, не связанные между собой.

Неустойчивое состояние — среди населения появляются отдельные не регистрировавшиеся ранее инфекционные заболевания, возникают групповые заболевания без дальнейшего распространения, т.е. без признаков эпидемии.

Неблагоприятное состояние — возникают групповые инфекционные заболевания с тенденцией к дальнейшему их распространению или отмечаются единичные случаи заболевания особо опасными инфекционными болезнями (чума, холера и др.).

Чрезвычайное состояние — возникает эпидемия или отмечаются групповые поражения особо опасными инфекционными заболеваниями.

При возникновении ЧС проводится санитарно–эпидемиологическое обследование территории бедствия для определения границ очага и организации комплекса санитарно–гигиенических и противоэпидемических мероприятий в нем.

Под *очагом бактериального заражения* следует понимать города, населенные пункты (места временного размещения населения) или объекты народного хозяйства, которые подверглись заражению бактериальными средствами. Границами очага заражения в таких случаях являются границы этих городов, отдельных населенных пунктов или объектов народного хозяйства.

Все мероприятия по локализации и ликвидации очагов поражения биологическими агентами проводятся в соответствии с планом противобактериологической защиты, который заблаговременно разрабатывается специалистами санитарно-эпидемиологической службы совместно с сотрудниками общемедицинской сети. План согласовывается с вышестоящим органом здравоохранения и утверждается мэром города, администрацией района, города и т.п. Решение о введении плана противобактериологической защиты населения принимает Чрезвычайная противоэпидемическая комиссия (ЧПК). Решением ЧПК назначаются начальник очага и начальник штаба по ликвидации очага. Состав штаба по ликвидации очага определяется конкретной эпидемиологической обстановкой с учетом масштабов очага, особенностей возбудителя, объема необходимых работ. В состав штаба, как правило, входят начальники служб, а также консультанты по данной инфекции из числа сотрудников санитарно-эпидемиологической службы, лечебно-профилактических и научных учреждений.

В штабе организуется круглосуточное дежурство. Начальник штаба очага составляет план ликвидации очага и представляет его в ЧПК. Кроме того, он ежедневно представляет оперативную информацию начальнику очага и в ЧПК о состоянии заболеваемости и проводимых мероприятиях.

Общее руководство и контроль за проведением мероприятий по локализации и ликвидации очага бедствия осуществляет ЧПК. В задачи ЧПК входит:

- утверждение плана ликвидации очага;
- определение сроков введения и снятия ограничительных и режимных мероприятий;
- оказание административной, консультативной и методической помощи службам;
- заслушивание ответственных лиц о состоянии работы по ликвидации очага;
- корректировка плана ликвидации очага в зависимости от складывающейся обстановки.

Эффективность и качество выполнения работ по локализации и ликвидации очага будет во многом зависеть от заблаговременной подготовки плана основных мероприятий.

В целях более дифференцированного подхода к выполнению указанных мероприятий создаются специализированные службы: административная, противоэпидемическая, карантинная, лечебно-профилактическая и материально-технического обеспечения. Руководство службами возлагается на начальников, выделенных из состава соответствующих подразделений. Для каждой службы определен перечень конкретных задач.

Комплекс определенных мероприятий проводится непосредственно на субъектах хозяйствования. Руководители субъектов хозяйствования обеспечивают создание противоэпидемического режима, включая обеззараживание территории и производственных помещений, а также проведение полной санитарной обработки рабочих и служащих. Указанные мероприятия проводятся силами объектовых формирований, которые готовятся к работе в очагах катастроф заблаговременно.

Карантин и обсервация

В общей системе мер, направленных на локализацию и ликвидацию очагов инфекционной заболеваемости, ведущее место отводится **карантинным (обсервационным) мероприятиям**. Организация и проведение их осуществляются под руководством соответствующих территориальных чрезвычайных противоэпидемических комиссий (ЧПК).

Проведение карантинных мероприятий осуществляется всеми министерствами, ведомствами и организациями в соответствии с планом противобактериологической защиты населения.

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

При наложении карантина на крупные административные и промышленные центры в границы карантина включаются как территория самого города, так и непосредственно 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 очагов заражения границы карантина расширяются с включением населенных пунктов, где размещается эвакуированное население.

Административная территория, на которой находится карантинизированный очаг заражения, и населенные пункты, карантинизированные в связи с расселением в них населения из очага заражения, объявляются **зоной карантина**.

Зараженная территория вне населенных пунктов представляет определенную опасность для людей и животных, оказавшихся на ней. В связи с этим на зараженной территории необходимо установление ограничительных и предупредительных знаков, постов, а также эпизоотологического и эпидемиологического наблюдения на срок самообеззараживания ее.

Под **карантином** следует понимать систему государственных мероприятий, включающих режимно-изоляционные, административно-хозяйственные, противоэпидемические, санитарные и лечебно-профилактические меры, направленные на локализацию и ликвидацию очагов инфекционных заболеваний.

Введение карантина предусматривает обязательное проведение следующих основных групп мероприятий:

- оцепление очага или вооруженная его охрана, введение в очаге комендантской службы;
- строгий контроль за въездом и выездом населения и вывозом имущества из зоны карантина;
- запрещение проезда через очаг заражения автомобильного транспорта и остановок вне отведенных мест при транзитном проезде железнодорожного и водного транспорта;
- создание обсерваторов и проведение мероприятий по обсервации лиц, находившихся в очаге и выбывающих за пределы карантинной зоны;
- ограничение общения между отдельными группами населения;
- установление противоэпидемического режима для населения, работы городского транспорта, торговой сети и предприятий общественного питания, объектов народного хозяйства в зависимости от складывающейся эпидемической обстановки с условием обеспечения их бесперебойной работы;
- обеспечение населения продуктами питания и промышленными товарами первой необходимости с соблюдением противоэпидемического режима;
- санитарная экспертиза продуктов питания и питьевой воды;
- установление строгого противоэпидемического режима работы медицинских учреждений;
- проведение мероприятий по обеззараживанию объектов внешней среды, выпускаемой промышленной продукции и санитарной обработки населения;
- проведение экстренной и специфической профилактики;
- раннее выявление инфекционных больных, их изоляция и госпитализация в соответствующие стационары;
- уничтожение переносчиков заболевания (дезинсекция и дератизация);
- контроль за строгим выполнением населением, предприятиями, министерствами и ведомствами установленных правил карантина;

- проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

Оцепление (вооруженная охрана) карантинизированной территории имеет целью обеспечить ее изоляцию и исключить вынос инфекции за ее пределы. Она осуществляется силами и средствами службы охраны общественного порядка совместно с воинскими подразделениями МВД с участием населения. По периметру очага заражения на основных путях движения людей и транспорта выставляются посты охраны. Осуществляются круглосуточное патрулирование между постами охраны, строгий контроль за передвижением населения между отдельными карантинизированными населенными пунктами, устанавливаются ограничительные знаки, указатели, выставляются посты на проселочных дорогах, тропинках и т.п.

Для контроля за осуществлением противоэпидемического режима при выезде и въезде населения, вывозе и ввозе груза развертываются специальные формирования — **контрольно-пропускные пункты (КПП)**, включающие в свой состав санитарно-контрольные пункты (СКП).

КПП как многоотраслевое формирование создается исполкомами Советов народных депутатов соответствующих административных территорий на базе административного аппарата городских и областных отделов различных служб. СКП развертываются в составе КПП силами и средствами органов здравоохранения. КПП развертываются в населенных пунктах на магистральных путях сообщения – шоссейных, железнодорожных, водных — в районе их пересечения с границей карантинной зоны, а также в аэропортах, а при необходимости — внутри карантинной зоны на выходах из очагов заражения.

Основной задачей КПП является контроль за выполнением пропускного режима, установленного в соответствии с противоэпидемическими требованиями. Из зоны карантина разрешается вывозить любые грузы при наличии документов об их обеззараживании и безвредности. Выезд, выход людей из зоны карантина разрешается в случаях необходимости при наличии у них документа о прохождении обсервации.

Ввоз грузов в зону карантина (до мест разгрузки) осуществляется беспрепятственно при строгом выполнении установленных правил карантина лицами, сопровождающими грузы, и транспортными бригадами.

В зону карантина беспрепятственно допускаются отдельные специалисты и медицинские формирования, направляемые для проведения мероприятий по ликвидации инфекционных очагов, а также лица, постоянно проживающие на территории зоны карантина, но выехавшие из нее до установления карантина.

Вывоз грузов из карантинной зоны осуществляется после их обеззараживания. Документы об обеззараживании грузов и их безвредности выдаются ведомствами — отправителями грузов.

Выезд лиц, временно оказавшихся в карантинной зоне (отпускники, командировочные и др.), разрешается после обсервации. Для этих целей исполнительными комитетами Советов народных депутатов по заранее разработанному плану создаются обсерваторы на базе гостиниц, общежитий, домов отдыха и т.п. Медицинское наблюдение в обсерваторах осуществляется в течение срока, равного максимальному инкубационному периоду инфекционного заболевания, по поводу которого введен карантин. Наблюдение проводит специально выделенный медицинский состав за счет территориальных и ведомственных учреждений здравоохранения. Перед помещением в обсерватор обсервируемые проходят медицинский осмотр, в обсерватор помещаются только здоровые люди. Питание обсервируемых организуется службой торговли и общественного питания исполкома, а охрана и соблюдение режима обеспечиваются службой охраны общественного порядка. По окончании обсервации обсервируемые организованно доставляются в аэропорт или на железнодорожную станцию для отправки по месту жительства.

При появлении случаев инфекционных заболеваний среди обсервируемых срок их обсервации соответственно удлиняется.

Въезд в карантинную зону разрешается личному составу формирований и учреждений, а также отдельным специалистам, направляемым для оказания помощи при ликвидации очагов инфекционной заболеваемости. В карантинную зону могут допускаться также лица, постоянно проживающие в населенных пунктах, где объявлен карантин, и возвращающиеся из отпусков, командировок и т.п., на основе имеющихся у них документов.

Въезжающие в карантинную зону лица должны иметь подтверждающие документы о проведенной вакцинации, а также средства экстренной профилактики и индивидуальные средства защиты.

На субъектах хозяйствования, продолжающих работу в условиях карантина, вводится противоэпидемический режим работы, предусматривающий:

- обеспечение защиты рабочих и служащих от воздействия бактериальных средств;
- своевременное выявление среди рабочих и служащих инфекционных больных, их немедленную изоляцию и установление наблюдения за лицами, находившимися в контакте с больными;
- проведение мероприятий по обеззараживанию внешней среды и производственных помещений;
- обеспечение своевременного проведения среди рабочих и служащих профилактических мероприятий (экстренная профилактика, прививки);
- проведение обеззараживания выпускаемой продукции перед вывозом из карантинной зоны с выдачей соответствующих документов об их безопасности;

- выполнение рабочими и служащими установленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил.

С введением карантина предприятия бытового обслуживания — мастерские, ателье, парикмахерские и другие — временно закрываются. Магазины, торговые базы, склады с пищевыми продуктами и другие торговые точки закрываются на период проведения дезинфекционных мероприятий. Режим работы этих предприятий в последующем определяется в зависимости от вида выделенного возбудителя и сложившейся эпидемической обстановки.

Предприятия общественного питания переводятся на обслуживание главным образом рабочих и служащих работающих смен, формирований, обсерваторов, стационаров и т.п.

Городской транспорт карантинизированных городов переводится преимущественно на обслуживание работающих смен предприятий, не прекращающих работу в условиях карантина. Движение рейсовых автобусов между отдельными карантинизированными населенными пунктами, как правило, прекращается.

Режим работы предприятий связи устанавливается в соответствии со складывающейся эпидемической обстановкой.

В карантинизированные города и населенные пункты все виды почтовых отправок (письма, бандероли, посылки, переводы, периодическая печать и др.) принимаются и доставляются без ограничений.

Прием от карантинизированного населения почтовых отправок, кроме телеграмм до установления вида возбудителя, как правило, исключается.

В комплексе противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний ведущее место занимает **дезинфекция** местности, транспорта, производственных и жилых помещений, воды, продовольствия и фуража, а также предметов ухода за больными и их выделений.

В первую очередь проводится обеззараживание в местах обнаружения возбудителей инфекционных заболеваний, в лечебных учреждениях, основных проезжих магистралей, транспорта, объектов народного хозяйства, продолжающих работу в очаге.

Обеззараживание транспортных средств осуществляется на станциях обеззараживания транспорта, развертываемых на базе моечных отделений гаражей, парков, депо; одежды, обуви и мягкого инвентаря — на станциях обеззараживания одежды, развертываемых на базе прачечных, химчисток.

Санитарная обработка населения, рабочих и служащих, не прекращающих работы в период бедствия, осуществляется в стационарных или временных обмывочных пунктах, развертываемых на базе санитарных пропускников, бань, душевых установок.

Зараженные пищевые продукты должны быть своевременно выявлены и обеззаражены для возможного использования в непищевых целях или утилизированы. Обеззараживание пищевых продуктов проводится в зависимости от вида продукта. Наиболее эффективный способ — кипячение и автоклавирование.

Обеззараживание индивидуальных запасов питьевой воды осуществляется путем кипячения (45 мин при споровой форме возбудителя и 10 мин при вегетативной). Можно добавить одну чайную ложку перекиси водорода 3%-ной или 10 капель пергидроля на 1 л воды, или 1 таблетку гидроперита на 5 л воды, а затем кипятить 5 мин. При добавлении таблетки пантоцида, аквасепта на 1 л воды соблюдают экспозицию 30 мин.

Большие количества воды дезинфицируются из расчета 50 мг хлорсодержащего вещества на 1 л в течение 24 ч и 100 мг вещества на 1 л при экспозиции в течение 1 часа. Шахтные колодцы обеззараживаются путем добавления 80 г хлорной извести на 1 л воды при экспозиции 3 часа. При этом учитывается активность хлорной извести. Дезинфекцию в эпидемических очагах проводят специальные бригады, состоящие из инструктора-дезинфектора, дезинфектора и двоих добровольцев (сандружинников). При больших масштабах работ по обеззараживанию следует изыскивать подручные средства, которые содержат смесь различных бактерицидных соединений и не требуют перевозок. Такими средствами являются отходы различных местных предприятий.

В общей системе предупредительных и противозидемических мероприятий в случае возникновения высококонтагиозных инфекционных заболеваний большое место отводится экстренной профилактике.

Экстренная профилактика — это комплекс медицинских мероприятий, осуществляемых в отношении людей, подвергшихся инфицированию возбудителями опасных инфекционных заболеваний, с целью предупреждения развития у них инфекционного процесса. К этому мероприятию приступают немедленно — с момента появления информации о заражении или заболевании людей опасными инфекциями, а также при вспышках у населения инфекционных болезней неизвестной этиологии.

Экстренная профилактика подразделяется на *общую и специальную*. Общая экстренная профилактика проводится до установления вида возбудителя, вызвавшего инфекционное заболевание. Специальная экстренная профилактика проводится после установления вида микроорганизма, его чувствительности к антибактериальным препаратам и подтверждения клинического диагноза у инфекционных больных.

Общую экстренную профилактику проводят с помощью антибиотиков или химиопрепаратов широкого спектра действия

Продолжительность курса профилактики может быть сокращена до 2–3 суток при наличии результатов специфической индикации.

Продолжительность специальной экстренной профилактики устанавливается с учетом нозологической формы инфекционного заболевания (срока ее инкубационного периода), свойств используемых антибактериальных препаратов, а также проводившейся ранее общей экстренной профилактики.

В случае, если выделенные микробы чувствительны к применявшемуся в ходе общей экстренной профилактики препарату, препарат применяется и продолжительность его приема учитывается при определении срока проведения специфической профилактики. Если же они оказались резистентными к данному средству, производится замена препарата с учётом полученных данных о виде возбудителя и его свойствах.

Лица, подвергшиеся экстренной профилактике, подлежат медицинскому наблюдению, предусматривающему активное выявление и изоляцию заболевших, а также обнаружение случаев лекарственной болезни. При возникновении слабо или умеренно выраженного побочного действия примененных антибиотиков или химиопрепаратов профилактику продолжают под прикрытием антигистаминных (дипразин, тавегил и др.), противовоспалительных (хлористый кальций) препаратов, витаминов (аскорбиновая кислота, витамины группы В) и других средств. Если возникли резко выраженные побочные реакции, то используемые для профилактики препараты заменяют другими, которые обладают высоким антибактериальным эффектом в отношении возбудителей данного заболевания и побочная реакция на них отсутствует.

Распоряжение о проведении экстренной медицинской профилактики выдается главой администрации области или ЧПК.

Ответственность за ее проведение возлагается на руководителей учреждений, заведений, предприятий и других народнохозяйственных объектов, а методическое руководство и контроль за ее проведением осуществляют органы здравоохранения.

Очередность экстренной профилактики определяется органами здравоохранения с учетом эпидемической ситуации в очаге, реальных запасов антибактериальных средств и других факторов.

Экстренную профилактику проводят в первую очередь в учреждениях и формированиях, которые участвуют в ликвидации вспышки инфекционных заболеваний, в учреждениях, заведениях и на предприятиях, находящихся в очаге и продолжающих работу, а также в детских коллективах.

Для экстренной профилактики перспективным является применение индукторов интерферона в очень малых дозах, а также ферментов против вирусов — нуклеаз.

В общей системе предупредительных и противоэпидемических мероприятий большое место отводится прививкам. С этой целью могут применяться как моновакцины (против чумы, туляремии, бруцеллеза, натураль-

ной оспы и др.), так и ассоциированные вакцины (против чумы + туляремии + бруцеллеза + натуральной оспы; против ботулизма сероваров А, Б, Е + газовой гангрены + злокачественного отека + столбняка) и другие препараты.

Для создания прочного и длительного специфического иммунитета у людей показано сочетанное применение средств общей и специфической профилактики.

Карантин может быть заменен обсервацией при таких инфекционных заболеваниях, как бруцеллез, брюшной тиф, риккетсиозы, глубокие микозы и др., т.е. при инфекциях, где человек не является источником инфекции, или если выявленные возбудители не относятся к особо опасным инфекциям. При этом замена карантина режимом обсервации производится только после проведения дезинфекции или самообеззараживания объектов внешней среды и полной санитарной обработки населения в очаге заражения.

Обсервацией называется система ограничительных мер, предусматривающая проведение ряда лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных заболеваний и усилению медицинского наблюдения.

При обсервации предусматривается проведение следующих мероприятий:

- ограничение выезда, въезда, транзитного проезда всех видов транспорта через обсервационную территорию;
- обеззараживание объектов внешней среды;
- активное, раннее выявление инфекционных больных, их изоляция и госпитализация;
- проведение санитарной обработки зараженного населения;
- проведение экстренной профилактики среди лиц, подвергшихся угрозе заражения;
- усиление ветеринарно-бактериологического контроля за сельскохозяйственными животными и продуктами животноводства;
- введение противоэпидемического режима работы медицинских учреждений.

В очаге заражения биологическими агентами одним из важнейших мероприятий противоэпидемического режима является максимальное разобщение населения. Следует подчеркнуть, что в очаге недопустимо скопление людей, в том числе в поликлинических учреждениях. Исходя из этого, медицинская помощь приближается к населению или переносится на предприятия и в учреждения.

Организация работы формирований и учреждений здравоохранения при возникновении эпидемических очагов

В зоне карантина сохраняется участковый принцип обслуживания населения, однако в связи с резким увеличением объема работы ныне существующие врачебные участки разукрупняются и делятся на микроучастки.

На каждом микроучастке должны быть выделены и приспособлены помещения для размещения в них в ЧС кабинетов специалистов общемедицинской сети. На микроучастке в ЧС вся работа проводится медицинской бригадой в составе 1 врача, 2 медицинских сестер и 2 дезинфекторов с привлечением нескольких человек добровольцев (сандружинников) от населения. На бригаду выделяется участок с населением 1000–1500 человек. Бригада обеспечивается укладкой для забора материала от больных, препаратами для проведения экстренной профилактики, медикаментами, средствами дезинфекции, специальными бланками, списками обслуживаемого населения.

В целях выявления больных 2 раза в день медицинской бригадой на закрепленных микроучастках проводятся подворные (поквартирные) обходы с одновременным проведением термометрии, экстренной профилактики и санитарно-просветительной работы. Работа бригады проводится в условиях строгого противоэпидемического режима. Личный состав бригады работает под руководством врача. Все члены бригады обеспечиваются полным комплектом защитной одежды — противочумными костюмами. Каждая бригада уточняет поквартирные списки населения, проживающего на данной территории, включая приезжих. Результаты термометрирования заносятся в специальный журнал. Данные об измерении температуры жильцов утром и вечером заносятся в температурный лист, который вывешивается в подъездах, на домах, дверях. Это облегчает работу обслуживающего медицинского персонала.

В конце дня каждая бригада заполняет специальную отчетную форму, в которую вносятся следующие данные: общее количество жителей на территории микроучастка, количество лиц, охваченных термометрированием; число лиц с повышенной температурой неясной этиологии; количество выявленных больных с характерными для данной нозологической формы симптомами; количество госпитализированных больных; количество больных, оставленных дома (указать причины); сведения о санитарно-просветительной работе.

Руководитель бригады обобщает полученные сведения и в тот же день передает их в поликлинику, откуда они поступают в управление (отдел) здравоохранения. Здесь полученные данные анализируются в масштабах района и далее в виде донесения направляются в штаб очага и в ЧПК.

В медико-санитарных частях, медпунктах промышленных предприятий и учреждений медицинские работники также прекращают свою деятельность, а всю работу переносят в цеха и отделы с целью предотвращения контакта лиц, обращавшихся за медицинской помощью. При этом в цехах и отделах силами медицинских постов и санитарного актива проводится активное выявление больных, а также термометрия рабочих и служащих не реже двух раз в смену.

В поликлиниках создается диспетчерская служба, где собираются все сведения о выявленных больных, их госпитализации, наличии коек в стационарах, о дезинфекции в очагах. Наличие этих сведений в одном месте позволяет более правильно использовать имеющиеся силы и средства и ускорять проведение мероприятий.

Личный состав формирований, учреждений и подразделений в конце рабочего дня проходит полную санитарную обработку. Указанные лица в зависимости от конкретных условий размещаются в местах постоянного проживания или переходят на казарменное положение. За медицинским персоналом ведется медицинское наблюдение с термометрией два раза в день.

Перевозка инфекционных больных и лиц с подозрением на инфекционное заболевание производится специальным транспортом отдельно. В одной машине можно перевозить больных с одним диагнозом. Больного сопровождают медсестра, шофер-санитар и санитар-носильщик. Они должны быть в защитной одежде соответствующего типа. Сестра должна иметь посуду для сбора выделений больного, подкладные клеенки, судна, растворы для дезинфекции, необходимые лекарственные средства для оказания срочной помощи, кислород. Санитарный автомобиль после доставки больного в стационар подвергается обеззараживанию силами персонала приемного отделения. О дезинфекции санитарного транспорта делается запись в журнале учета дезинфекционных мероприятий, а на путевом листе ставят штамп о проведенном обеззараживании.

После возникновения массовых вспышек инфекционных заболеваний возникает необходимость одномоментной госпитализации большого числа заболевших. При этом в силу особенностей эпидемического и инфекционного процессов количество больных резко возрастает, особенно в первую неделю, что потребует значительного увеличения коечного фонда. Анализ вспышек гриппа, массовых пищевых отравлений и других инфекций показывает, что в ряде случаев коечный фонд, предназначенный для госпитализации инфекционных больных, должен быть увеличен в десятки раз. В таких случаях наиболее распространенным мероприятием является перепрофилирование соматических стационаров в инфекционные и развертывание временных инфекционных стационаров.

Следует отметить, что это мероприятие является довольно сложным в организационном плане и требует значительных материальных затрат. В этой связи необходимо подчеркнуть, что медицинские работники всех регионов обязаны заранее рассчитать максимально возможное количество коек, которые могут понадобиться при осложнении эпидемической ситуации. Эти расчеты закладываются в план противобактериологической защиты населения. План составляется специалистами санитарно-эпидемиологической службы совместно с сотрудниками общемедицинской сети, согласовывается с вышестоящим органом здравоохранения и утверждается решением мэра города. Перечень соматических стационаров или отделений, запланированных к использованию в ЧС в качестве инфекционных, утверждается решением руководящих органов здравоохранения города и доводится до сведения руководителей соответствующих лечебно-профилактических учреждений планами–заданиями.

Опыт показывает, что успешное перепрофилирование соматических стационаров в инфекционные возможно только в том случае, когда заблаговременно составлен документ, четко регламентирующий все этапы данной работы. Следует отметить значение проводимых учений по этой тематике, что способствует психологической подготовке персонала лечебно-профилактического учреждения. Одновременно с этим при подготовке службы здравоохранения к работе в ЧС, связанных с биологическими агентами, необходимо предусмотреть подбор помещений для развертывания в них временных инфекционных стационаров и обсерваторов. Указанные подразделения лучше всего размещать в общественных и административных зданиях: театрах, кинотеатрах, общежитиях, домах отдыха, школах и др. Решением администрации города (района города) перечень выделенных помещений утверждается, доводится до сведения соответствующих руководителей и закладывается в планы противэпидемической защиты населения.

Временные инфекционные стационары и обсерваторы приписываются к лечебно-профилактическим учреждениям, которые обеспечивают их имуществом, медикаментами, оборудованием и медицинскими кадрами. Подготовка выделенных помещений для развертывания в них временных инфекционных стационаров возлагается на главного врача лечебно-профилактического учреждения и администрацию учреждения. При перепрофилировании соматических стационаров в инфекционные необходимо также предусматривать выделение детских отделений.

В ЧС медицинская служба должна быть готова также к увеличению «обычной» инфекционной заболеваемости и появлению больных с сочетанными инфекционными заболеваниями. Поэтому должна проводиться медицинская сортировка инфекционных больных, которые на этапах эвакуации делятся на 2 группы:

1) больные с неконтагиозными и малоконтагиозными инфекциями (ботулизм, бруцеллез, туляремия, менингококковые болезни и др.);

2) больные с высококонтагиозными (особо опасными) инфекциями (чума, холера, инфекционный гепатит, дизентерия, скарлатина, корь и др.).

При перепрофилировании соматических стационаров в инфекционные, а также при развертывании временных инфекционных стационаров и обсерваторов на базе административных и общественных зданий необходимо организовать их ограждение и охрану территории от проникновения посторонних лиц. Во внутреннем дворе этой территории оборудуется площадка для специальной обработки автотранспорта, при этом сточные воды и жидкие отходы собираются в специальные емкости, дезинфицируются и после этого сбрасываются в городскую канализационную сеть. Мусор и пищевые отходы собираются в металлические контейнеры с крышками и дезинфицируются. Контейнеры после каждого опорожнения промываются и дезинфицируются.

Инфекционный стационар (в том числе и временный) состоит из двух зон — «чистой» и «инфицированной». В «чистой» зоне размещаются административно-управленческие и хозяйственные службы, аптека, пищеблок, прачечная, общежитие для персонала, помещения для дежурного персонала, туалетные комнаты, «чистая» половина санитарно-противоэпидемического пропускника. В «инфицированной» зоне размещаются приемно-сортировочное (боксированное) отделение, стационар для больных с установленным диагнозом, провизорное отделение, лаборатории: бактериологическая и клиническая, патологоанатомическое отделение. Во избежание направления потока воздуха с «инфицированной» зоны в «чистую» между зонами создается специальный шлюз или передаточное окно с системой блокировки дверей во избежание одновременного их открывания с двух сторон. Указанный шлюз оснащается бактерицидными лампами для обработки воздуха.

При перепрофилировании соматических больниц или других учреждений под инфекционные стационары большое внимание должно уделяться организации воздушных потоков. В этих случаях «подпор» воздуха должен быть направлен в сторону «грязных» помещений путем конструктивных изменений в существующей вентиляционной системе.

Противоэпидемический режим в инфекционном стационаре должен быть организован таким образом, чтобы предотвратить заражение персонала, возникновение внутрибольничных инфекций, распространение патогенных микроорганизмов внутри стационара или вынос инфекции за его пределы.

Организация противоэпидемического режима, включая охрану территории, возлагается на главного врача инфекционного стационара

(обсерватора), а контроль за его выполнением — на санитарно-эпидемиологическую службу.

В тех случаях, когда планировка зданий, выделенных для развертывания в них инфекционных стационаров (обсерваторов), не может обеспечить необходимый противоэпидемический режим, проводятся дополнительные приспособительные работы, которые могут быть спланированы заранее.

Снятие карантина или обсервации в зависимости от складывающейся конкретной обстановки может осуществляться постепенно в отдельных населенных пунктах или сразу во всей зоне. Карантин и обсервация снимаются распоряжением ЧПК города, области, республики по рекомендации органов здравоохранения. Эпидемиологический очаг считается ликвидированным после выявления последнего инфекционного больного, его изоляции и (или) госпитализации, истечения максимального срока инкубационного периода и трехкратных отрицательных результатов лабораторных исследований проб внешней среды.

Таким образом, только при совместных усилиях всех служб, сил и средств, находящихся в зонах ЧС, можно быстро и качественно ликвидировать возникающие очаги инфекционных заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

основная –

1. *Борчук, Н.И.* Медицина экстремальных ситуаций : учебное пособие / Н.И.Борчук; –Мн.: Выш. шк , 1998.–240 с.
2. *Войт, В.П.* Медицина катастроф и гражданская оборона : учебное пособие / В.П. Войт, И.Я. Жогальский, Н.А.Фролов ; Белорус.гос.мед. ун–т.– Минск: БГМУ, 2001.–145 с.
3. *Отрощенко, И.М.* Медицина катастроф : учебное пособие / И.М. Отрощенко, М.Т. Тортев ; Гомельский гос. мед.ин–т.–Гомель: ГГМИ, 2003 –274с.

дополнительная –

1. *Бова, А.А.* Военная токсикология и токсикология экстремальных ситуаций : учебник / А.А.Бова, С.С.Горохов ;–Белорус. гос.мед. ун–т –Минск: БГМУ, 2005 – 700 с.
2. Военно–полевая хирургия : учебное пособие / С.А. Жидков [и др.] ; –Белорус. гос.мед. ун–т.– Минск: БГМУ, 2001 – 308 с.
3. *Дубицкий, А.Е.* Медицина катастроф: учебное пособие / А.Е. Дубицкий, И.А. Семёнов, Л.П. Чепкий ;–Киев: «Здоров'я», 1993.– 464 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Введение.....	3
1. Причины возникновения и характеристика возможных эпидемических очагов	4
2. Характеристика эпидемических очагов и возможности их возникновения в районах чрезвычайных ситуаций.....	5
3. Принципы обеспечения санитарно-эпидемического благополучия в районах чрезвычайных ситуаций.....	6
4. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий	8
5. Оценка эпидемиологической обстановки.....	11
6. Карантин и обсервация.....	13
7. Организация работы формирований и учреждений здравоохранения при возникновении эпидемических очагов.....	21
Список литературы	26