**Организация медицинской службы гражданской обороны Российской Федерации**

***Под редакцией Погодина Ю.И. и Трифонова С.В.***

Коллектив авторов: Авитисов П.В., Аполлонова Л.А., Гоголев М.И., Конышев И.С, Компаниченко В.П., Кульбачинский В.В., Лоба­нов А.И., Погодин Ю.И., Трифонов СВ. Рецензент: Намятышева Е.А., д.м.н.

***Организация медицинской службы гражданской обороны Российской Федерации / Под редакцией Погодина Ю.И. и Трифонова С.В.***

*В учебнике кратко освещены основные положения по организации медицинской службы гражданской обороны Российской Федерации. За последние годы в резуль­тате кропотливой работы всех ветвей государственной власти были переосмыслены роль и место гражданской обороны и ее важной составляющей — медицинской служ­бы — в обороне страны. О пристальном внимании к этой проблеме свидетельствуют Законы РФ, Указы Президента Российской Федерации, Постановления Правитель­ства, приказы, инструкции и методические указания Министерства здравоохранения РФ, регламентирующие вопросы гражданской обороны и медицинской службы граж­данской обороны.*

*В связи с изменившимися условиями и характером современных войн в учебнике рассмотрены современные средства поражения вероятного противника и медико-санитарные последствия их применения. Особое внимание обращено на поражаю­щие факторы обычного оружия, хотя не сбрасывается со счетов возможность исполь­зования оружия массового поражения.*

*В свете сказанного организация и задачи Федеральной медицинской службы пре­терпели некоторые изменения. Важное место в учебнике отведено организации граж­данской обороны на объектах здравоохранения, в частности, рассмотрены организа­ция, задачи и ведение гражданской обороны в больнице, поликлинике, аптеке. При­ведены документация и методика оценки состояния готовности объекта здравоохранения по гражданской обороне. Рассмотрены основные мероприятия граж­данской обороны государственной санитарно-эпидемиологической службы.*

*Учебник предназначен для обучения* и *повышения квалификации в вузах, НИИ Ми­нистерства здравоохранения, осуществляющих подготовку кадров для медицинской службы гражданской обороны.*

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

**ВВЕДЕНИЕ………………………………………………………………………………………….5**

**ГЛАВА I. ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

**ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ………………………………………………………………………………………6**

1. Законы Российской Федерации, регламентирующие вопросы  
   гражданской обороны 6
2. Указы Президента Российской Федерации, регламентирующие  
   вопросы гражданской обороны 7
3. Постановления Правительства Российской Федерации по вопросам  
   гражданской обороны *.......* . 7
4. Ведомственные документы по вопросам гражданской обороны  
   здравоохранения Российской Федерации 8

**ГЛАВА II. ГРАЖДАНСКАЯ ОБОРОНА**

**В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  **12**

1. Основные понятия и задачи гражданской обороны 12
2. Принципы организации и ведения гражданской обороны 23
3. Полномочия органов государственной власти Российской Федерации в  
   области гражданской обороны 24
4. Полномочия органов исполнительной власти субъектов  
   Российской Федерации, органов местного самоуправления,  
   организаций. Права и обязанности граждан Российской Федерации

в области гражданской обороны 31

1. Руководство гражданской обороной 32
2. Силы гражданской обороны 35
3. Финансирование мероприятий по гражданской обороне 38

**ГЛАВА III. СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ПОРАЖЕНИЯ ВЕРОЯТНОГО  
ПРОТИВНИКА И ВОЗМОЖНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ  
ПОСЛЕДСТВИЯ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ**  **40**

3.1 Современные войны и возможный характер военных угроз для России.  
(Характер военных угроз России и войн начала XXI века) 40

1. Обычное оружие 45
2. Ядерное оружие. *....* 48
3. Химическое оружие 51
4. Биологическое оружие 53
5. Нелетальное оружие 55
6. Меди ко-тактическая характеристика очагов комбинированного  
   поражения 59
7. Классификация потерь населения в очагах поражения в военное время. . 62
8. Методики прогнозирования и оценки медицинской обстановки

а очагах поражения 63

3.10. Методика расчета возможных потерь среди населения от обычного

и высокоточного оружия в очагах поражения военного времени 65

**ГЛАВА IV. ФЕДЕРАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ**

**СЛУЖБА ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ**  72

1. Задачи и организация федеральной медицинской службы  
   гражданской обороны 72
2. Силы и средства федеральной медицинской службы

гражданской обороны 76

1. Организация медицинского обеспечения населения при проведении  
   мероприятий гражданской обороны 84
2. Лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения 96
3. Медицинская защита населения от современных средств поражения. ..104
4. Система управления МСГО 106
5. Планирование медицинского обеспечения населения в военное время. ..109
6. Организация медицинского снабжения формирований

и учреждений МСГО 110

**ГЛАВА V. ГРАЖДАНСКАЯ ОБОРОНА ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**... **114**

1. Определения и понятия 114
2. Задачи гражданской обороны объекта здравоохранения 116
3. Организация и ведение гражданской обороны

на объекте здравоохранения 118

1. Организация специальной и тактико-специальной подготовки на  
   объекте здравоохранения 157
2. Организация управления гражданской обороной

на объектах здравоохранения 173

5.6. Методика оценки состояния готовности объекта здравоохранения к  
работе в военное время 177

**ГЛАВА VI. ГРАЖДАНСКАЯ ОБОРОНА ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО-  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ 179**

1. Цель и задачи деятельности государственной санитарно-  
   эпидемиологической службы в военное время 179
2. Силы и средства государственной  
   санитарно-эпидемиологической службы в военное время 181
3. Принципы организации работы государственной санитарно-  
   эпидемиологической службы в военное время 186
4. Содержание и последовательность управления государственной  
   санитарно-эпидемиологической службой в военное время 195
5. Материально-техническое обеспечение государственной  
   санитарно-эпидемиологической службы в военное время 207

Литература 209

Законодательные и нормативно-правовые документы 210

**ВВЕДЕНИЕ**

В последнее десятилетие произошел решительный поворот военных теоретиков и историков к разработке новой концепции войны, новых форм и способов вооруженной борьбы. Они исходят из того, что при качественно новых средствах вооруженной борьбы, создаваемых на базе новейших тех­нологий, в том числе высокоточного оружия и оружия, основанного на новых физических принципах, неизбежно изменится характер войны.

В связи с этим в концепции войн нового поколения решающая роль отво­дится не живой силе, не ядерному, а высокоточному оружию и оружию на новых физических принципах. Есть основания полагать, что эти виды оружия через 10-15 лет, а в некоторых странах, возможно, и раньше, существенно обесценят роль ядерного оружия, разрушат тот условный барьер, которым длительное время разделялось ядерное оружие и оружие обычных средств поражения.

Изменившаяся концепция современной войны значительно уменьшает вероятность ковровых бомбежек с массовым поражением населения и огром­ными разрушениями жилого фонда, что требовало эвакуации граждан в приго­родную зону. Применение высокоточного оружия нарушает экономику страны при разрушении промышленных и военных объектов, но существенно умень­шает массовую гибель гражданского населения. При этом требуется эвакуация только небольшой части населения, живущей возле потенциально опасных, в плане разрушения, объектов, хотя применение высокоточного оружия все рав­но приводит к гибели гражданского населения, пример тому Югославия, где со­отношение погибших военных к гражданскому населению составило 1:15.

Опыт минувших войн убедительно свидетельствует, что равноценной альтернативы хорошо продуманной, обученной и оснащенной системе граж­данской обороны не существует. По мере совершенствования оружия и средств его доставки система гражданской обороны, а в ее составе феде­ральная медицинская служба гражданской обороны, прошла путь от мест­ной противовоздушной обороны, созданной 4 октября 1932 года, в состав которой входила медико-санитарная служба, предназначенная для органи­зации медицинской помощи населению при авиационных налетах, до Граж­данской обороны СССР с созданной в ее составе в 1962 году медицинской службой гражданской обороны, предназначенной для организации медицин­ского обеспечения населения в условиях ракетно-ядерной войны.

Переход России к рыночной экономике, пересмотр военной доктрины стра­ны и ее экономические возможности привели к ослаблению готовности сил и средств МСГО по медицинскому обеспечению населения в очагах поражения, а кое-где к утрате медицинских и санитарно-транспортных формирований.

Постановление Правительства Российской Федерации от 18 ноября 1999 года № 1266, предусматривающее создание Федеральной медицинс­кой службы гражданской обороны и Положение о Федеральной медицинс­кой службе гражданской обороны (приказ Министра здравоохранения Рос­сийской Федерации от 3 июля 2000 г. № 242), определившее понятие, задачи и организацию Федеральной медицинской службы гражданской обороны, открыли новый этап ее развития и совершенствования.

**ГЛАВА I. ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОБО­РОНЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.**

Согласно Конституции Российской Федерации, принятой 12 декабря 1993 года, «Российская Федерация — Россия есть демократическое феде­ративное правовое государство с республиканской формой правления».

В Конституции определяется следующая иерархия нормативно-право­вых актов:

1. Конституция.
2. Федеральный конституционный закон.
3. Федеральный закон
4. Указ Президента Российской Федерации.
5. Постановление Правительства Российской Федерации.
6. Нормативные акты федеральных органов исполнительной власти Рос­сийской Федерации.

Там же прописано главенство Конституции — Основного закона государ­ства, которому должны соответствовать все другие законы и любые иные акты.

Актуальность проблем национальной безопасности страны обусловила необходимость укрепления нормативно-правовой базы гражданской оборо­ны РФ. В результате в последние годы принят ряд документов, определяю­щих стратегические направления работы в этой области.

**1.1. Законы Российской Федерации, регламентирующие вопросы гражданской обороны.**

1.1.1. Федеральный конституционный закон от 30 января 2002 года № -ФКЗ «О военном положении».

В законе дается четкая формулировка военного положения как особого правового режима, вводимого на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях, в соответствии с Конституцией Российской Феде­рации Президентом Российской Федерации в случае агрессии против Рос­сийской Федерации или непосредственной угрозы агрессии.

В законе изложены правила введения военного положения, полномо­чия органов государственной власти и особенности функционирования в пе­риод действия военного положения.

1.1.2. Федеральный закон от 31 мая 1996 года № 61-ФЗ «Об обороне».

Настоящий Федеральный закон определяет основы и организацию обо­роны Российской Федерации, полномочия органов государственной власти Российской Федерации, функции органов государственной власти субъек­тов Российской Федерации, организаций и их должностных лиц, права и обя­занности граждан Российской Федерации в области обороны, силы и сред­ства, привлекаемые для обороны, ответственность за нарушение законода­тельства Российской Федерации в области обороны, а также другие нормы, касающиеся обороны.

1.1.3. Федеральный закон от 12 февраля 1998 года № 28-ФЗ «О граж­данской обороне» будет подробно изложен в главе II.

**1.2. Указы Президента Российской Федерации, регламентиру­ющие вопросы гражданской обороны.**

1.2.1. Указ от Президента Российской Федерации от 21 апреля 2000 года № 706 «Военная доктрина Российской Федерации».

В Указе отмечается, что военная доктрина Российской Федерации пред­ставляет совокупность официальных взглядов (установок), определяющих во­енно-политические, военно-стратегические и военно-экономические основы обеспечения военной безопасности Российской Федерации. Также подчерки­вается, что военная доктрина носит оборонительный характер, что предопре­деляется органическим сочетанием в ее содержании последовательной при­верженности миру с твердой решимостью защищать национальные интере­сы, гарантировать военную безопасность Российской Федерации и ее союзников.

1.2.2. Указ от Президента Российской Федерации от 10 января 2000 года № 24 «О Концепции национальной безопасности Российской Федера­ции».

Под концепцией национальной безопасности Российской Федерации подразумевается система взглядов на обеспечение в Российской Федера­ции безопасности личности, общества и государства от внешних и внутрен­них угроз во всех сферах жизнедеятельности.

Под национальной безопасностью Российской Федерации понимается безопасность ее многонационального народа, как носителя суверенитета и единственного источника власти в Российской Федерации.

В «Концепции ...» сформулированы важнейшие направления государ­ственной политики Российской Федерации.

1.2.3. Указ Президента Российской Федерации от 2 августа 1999 года №953 «Вопросы министерства Российской Федерации по делам гражданс­кой обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихий­ных бедствий».

В данном Указе Министерство Российской Федерации по делам граж­данской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий сти­хийных бедствий (МЧС России) определяется федеральным органом испол­нительной власти, специально уполномоченным на решение задач в области гражданской обороны.

**1.3. Постановления Правительства Российской Федерации по вопросам гражданской обороны.**

Основными постановлениями Правительства Российской Федерации по вопросам гражданской обороны в Российской Федерации являются:

1.3.1. Постановление Правительства Российской Федерации от 23 ап­реля 1994 года № 359 «Об утверждении положения о порядке использования

объектов и имущества гражданской обороны приватизированными предпри­ятиями, учреждениями и организациями».

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 23 но­ября 1996 года № 1396 «О реорганизации штабов по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям».
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 сен­тября 1998 года № 1115 «О порядке отнесения организаций к категориям по гражданской обороне».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 октяб­ря 1998 года № 1149 «О порядке отнесения территории к группам по граж­данской обороне».
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 10 июня1999 года № 620 «О гражданских организациях гражданской обороны».
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 10 июля 1999 года № 782 «О создании (назначении) в организациях структурных под­разделений (работников), специально уполномоченных на решение задач в области гражданской обороны».
6. Постановление Правительства Российской федерации от 18 но­ября 1999 года № 1266 «О федеральных службах гражданской обороны».
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 но­ября 1999 года № 1309 «О порядке создания убежищ и иных объектов граж­данской обороны».
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 марта 2000 года № 227 «О возмещении расходов на подготовку и проведение ме­роприятий по гражданской обороне».
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 27 ап­реля 2000 года № 379 «О накоплении, хранении и использовании в целях граж­данской обороны материально-технических, продовольственных, медицин­ских и иных средств».
10. Постановления Правительства Российской Федерации от 2 но­ября 2000 года № 841 «Об утверждении Положения об организации обучения населения в области гражданской обороны».

Вопросы, изложенные в данных постановлениях Правительства Россий­ской Федерации, будут детально освещены в следующей главе.

**1.4. Ведомственные документы по вопросам гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.**

На основании федеральных законов, указов Президента Российской Федерации и постановлений Правительства Российской Федерации в каж­дом федеральном Министерстве исполняются свои ведомственные докумен­ты по вопросам гражданской обороны.

Наиболее важные документы Министерства здравоохранения Россий­ской Федерации следующие:

1.4.1. Приказ Министра здравоохранения Российской Федерации от 3 июля 2000 года № 242 «О Положении о федеральной медицинской службе гражданской обороны».

Под федеральной медицинской службой гражданской обороны понимает­ся система органов управления, учреждений и формирований, предназначен­ных для организации и проведения комплекса лечебно-эвакуационных, сани­тарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья населения, а также своевременное оказание ме­дицинской помощи пораженным и больным гражданам и их лечение в целях воз­вращения к трудовой деятельности, снижение инвалидности и смертности.

Федеральная медицинская служба гражданской обороны осуществля­ет свою деятельность во взаимодействии с МЧС России и его территориаль­ными органами, специально уполномоченными на решение задач в области гражданской обороны, с другими службами гражданской обороны, а также с медицинскими службами Вооруженных Сил Российской Федерации и других войск в установленном порядке.

Формирования и учреждения медицинской службы гражданской обо­роны, создаваемые на базе учреждений здравоохранения Минздрава Рос­сии, а также формирования и учреждения медицинской службы гражданской обороны других федеральных органов исполнительной власти, организаций, независимо от формы собственности по решению соответствующих началь­ников гражданской обороны используются в ходе проведения аварийно-спа­сательных и других неотложных работ при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Основными задачами федеральной медицинской службы гражданской обороны являются:

* прогнозирование медико-санитарных последствий военных действий и их влияния на организацию медицинского обеспечения населения;
* разработка нормативных и методических документов по организации медицинского обеспечения населения страны, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий;
* организация и проведение мероприятий, направленных на сохранение и повышение устойчивости функционирования учреждений здравоохранения в военное время;
* планирование, организация и проведение мероприятий по медицинскому обеспечению пораженного населения в военное время;
* подготовка органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения к работе в условиях военного времени;
* создание и подготовка сил и средств службы к выполнению задач при проведении мероприятий гражданской обороны;
* создание и содержание запасов медицинских, санитарно-хозяйственных и других средств, предназначенных для учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны;
* организация снабжения учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом;
* участие в разработке медицинских средств защиты населения от со­временных средств поражения;
* подготовка специалистов по вопросам медицинского обеспечения на­ селения в военное время;
* участие в подготовке населения по вопросам оказания первой медицинской помощи пораженным и больным гражданам в военное время;
* участие в подготовке санитарных дружин, создаваемых в организациях;
* своевременное оказание медицинской помощи пораженным и больным гражданам, их лечение в целях возвращения их к трудовой деятельности, снижения инвалидности и смертности;
* организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и поддержание санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
* медицинское обеспечение рассредоточиваемого и эвакуируемо­го населения.

Начальником федеральной медицинской службы гражданской оборо­ны является первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации. Для управления службой приказом Министра здравоохранения Российской Федерации создается штаб федеральной медицинской службы гражданской обороны.

В состав штаба включаются:

Начальник штаба — заместитель Министра здравоохранения Российс­кой Федерации.

Заместитель начальника штаба — директор Всероссийского центра медицины катастроф «Защита».

Члены штаба:

* руководители структурных подразделений Минздрава России;
* главные медицинские специалисты Минздрава России;
* представители Российской академии медицинских наук;
* специалисты ВЦМК «Защита»;
* представители заинтересованных органов исполнительной власти и организаций;
* представитель Российского общества Красного Креста.

В состав федеральной медицинской службы гражданской обороны вхо­дят учреждения и формирования медицинской службы гражданской обороны.

К учреждениям, входящим в состав федеральной медицинской службы гражданской обороны, относятся:

* учреждения здравоохранения, имеющие мобилизационные задания на развертывание в военное время дополнительных больничных коек, создание медицинских формирований (гражданских организаций гражданской обороны);
* учреждения здравоохранения, создаваемые на военное время по решению органов исполнительной власти (многопрофильные больницы и другие);
* организации государственной санитарно-эпидемиологической служ­бы, включенные в сеть наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК) граж­данской обороны Российской Федерации;
* аптечные учреждения, в том числе склады медицинских центров «Резерв»;

- учреждения здравоохранения, привлекаемые решениями органов исполнительной власти к участию в проведении мероприятий гражданской обороны.

К формированиям медицинской службы гражданской обороны относятся:

* медицинские отряды;
* подвижные госпитали;
* бригады специализированной медицинской помощи;
* санитарно-эпидемиологические отряды;
* санитарно-эпидемиологические бригады: эпидемиологические, радиологические, санитарно-гигиенические (токсикологические);
* специализированные противоэпидемические бригады;
* группы эпидемиологической разведки.

1.4.2. Инструкция от 8.12.2000 №212-05/356 о порядке развертыва­ния и использования дополнительных больничных коек здравоохранения в военное время.

Дополнительные больничные койки здравоохранения, развертываемые в военное время на территории субъекта Российской Федерации, предназ­начаются для медицинского обеспечения проживающего на данной терри­тории пораженного населения в случае возникновения массовых санитарных потерь при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Постановлением Правительства Российской Федерации устанавлива­ется задание на развертывание в военное время дополнительных больнич­ных коек здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации и содержание в этих целях в мобилизационном резерве определенных запа­сов медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества. Время развертывания дополнительных больничных коек, их дислокация и специализация, порядок и источники комплектования кадрами, материаль­ными и финансовыми средствами определяются решениями органов испол­нительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправ­ления с учетом местных условий и имеющихся по этим вопросам норматив­ных правовых актов и методических рекомендаций Минздрава России.

Непосредственную ответственность за организацию развертывания дополнительных больничных коек на территории субъекта Российской Фе­дерации несет руководитель органа управления здравоохранением данного субъекта и руководители медицинских учреждений, на которые возложено соответствующее задание.

В «Инструкции ...» изложены основные принципы организации развер­тывания дополнительных больничных коек здравоохранения:

* многовариантное планирование развертывания дополнительных больничных коек здравоохранения, предусматривающее поэтапное (по месту, срокам и объемам) решение этой задачи в условиях как планомерного выполнения мероприятий гражданской обороны, так и внезапного осложнения обстановки;
* обеспечение выполнения заданий по развертыванию дополнительных больничных коек, во-первых, за счет максимально возможного сверхштатного наращивания коечного фонда существующих в мирное время отделений лечебно-профилактических учреждений, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности; во-вторых, за счет создания в составе существующих лечебно-профилактических учреждений новых лечеб­но-диагностических отделений и филиалов учреждений; в-третьих, за счет создания новых лечебных учреждений;
* максимально возможное сохранение на переходный период существующих в мирное время возможностей по оказанию раненым и больным специализированной медицинской помощи, их лечению и медицинской реабилитации. Эвакуация лечебно-профилактических учреждений из приграничных районов, возможных зон заражения радиоактивными и аварийно химически опасными веществами, зон возможного катастрофического затопления, а также из городов, отнесенных к особым группам и при угрозе ядерного нападения производится по решениям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом обеспечения их развертывания и работы в безопасных районах;
* использование имеющихся в мирное время в лечебно-профилактических учреждениях переходящих запасов медицинского и другого имущества для обеспечения работы существующего и дополнительно развертываемого коечного фонда до начала поставок имущества по планам расчетного года;
* принятие заблаговременных решений суженных заседаний органов исполнительной власти о выделении дополнительных зданий и помещений, кадровых ресурсов, а также на получение и приобретение необходимой техники, материальных и иных средств для обеспечения работы существующих и развертываемых дополнительных больничных коек здравоохранения в военное время;
* сохранение и укрепление существующей территориальной системы управления имеющимися в мирное время и дополнительно развертываемы­ми в военное время силами и средствами здравоохранения.

1.4.3. Методические указания от 24.04.2001 №2510/4291-01-27 по созданию гражданских организаций гражданской обороны в учреждениях, организациях и предприятиях, подведомственных Министерству здравоох­ранения Российской Федерации.

В «Методических указаниях ...» подробно изложены задачи гражданс­ких организаций гражданской обороны, расчеты их создания, комплектова­ние личным составом, обеспечение техникой и имуществом, формы учета.

**ГЛАВА II. ГРАЖДАНСКАЯ ОБОРОНА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.**

**2.1**. **Основные понятия и задачи гражданской обороны.**

Под гражданской обороной в Российской Федерации понимается систе­ма мероприятий по подготовке к защите и по защите населения, материальных и культурных ценностей на территории Российской Федерации от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Обеспечение безопасности Российских граждан является главной це­лью всех оборонных мероприятий Российского государства. От успешного решения этой главной задачи зависит решение остальных задач гражданс­кой обороны в Российской Федерации.

Мероприятия гражданской обороны проводятся в мирное и военное время и в первую очередь службами гражданской обороны.

Под службой гражданской обороны понимается служба, предназначенная для проведения мероприятий по гражданской обороне, включая подготовку не­обходимых сил и средств и обеспечение действий гражданских организаций гражданской обороны в ходе проведения аварийно-спасательных и других нео­тложных работ при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 ноября 1999 года № 1266 «О федеральных службах гражданской обороны» в соответ­ствии со статьей 14 Федерального закона «О гражданской обороне» созданы:

* федеральная медицинская служба гражданской обороны;
* федеральная противопожарная служба гражданской обороны;
* федеральная служба гражданской обороны охраны общественного порядка;
* федеральная служба гражданской обороны защиты животных и растений;
* федеральная служба гражданской обороны защиты культурных ценностей.  
  Этим же постановлением установлено, что на федеральные службы гражданской обороны возлагается решение следующих основных задач:
* на федеральную медицинскую службу гражданской обороны — организация и проведение медицинских, лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья населения, а также своевременное оказание медицинской помощи пораженным и больным гражданам в военное время;
* на федеральную противопожарную службу гражданской обороны — орга­низация и проведение мероприятий, направленных на противопожарное обеспечение населенных пунктов и организаций, локализацию и тушение пожаров;
* на федеральную службу гражданской обороны охраны общественного порядка— организация и проведение мероприятий, направленных на под держание общественного порядка в городах и других населенных пунктах, на маршрутах эвакуации населения, а также обеспечение охраны материальных и культурных ценностей;
* на федеральную службу гражданской обороны защиты животных и растений — организация и проведение мероприятий, направленных на обеспечение устойчивой работы организаций сельскохозяйственного производства,  
  а также мероприятий по защите сельскохозяйственных животных и растений;
* на федеральную службу гражданской обороны защиты культурных ценностей — организация и проведение мероприятий, направленных на за­щиту культурных ценностей, памятников истории и культуры.

На Министерство здравоохранения Российской Федерации возложено создание и организационно-методическое руководство федеральной меди­цинской службой гражданской обороны.

Министерству здравоохранения Российской Федерации предписано утвердить положение о соответствующих федеральных службах гражданс­кой обороны.

И такое положение было утверждено приказом Министра здравоохранения Российской Федерации от 3 июля 2000 года № 242 «О Положении о фе­деральной медицинской службе гражданской обороны».

Говоря об основных понятиях в области гражданской обороны, изложен­ных в Статье 1 Федерального закона от 12 февраля 1998 года № 28-ФЗ «О гражданской обороне», следует сказать, что под гражданскими организаци­ями гражданской обороны понимаются формирования, создаваемые на базе организаций по территориально - производственному принципу, не входя­щие в состав Вооруженных Сил Российской Федерации, владеющие специ­альной техникой и имуществом и подготовленные для защиты населения и организаций от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Под территорией, отнесенной к группе по гражданской обороне, — тер­ритория, на которой расположен город или иной населенный пункт, имею­щий важное оборонное и экономическое значение, с находящимися в нем объектами, представляющий высокую степень опасности возникновения чрезвычайных ситуаций в военное и мирное время.

Федеральное законодательство четко определяет основные задачи в области гражданской обороны. Последними считаются:

2.1.1. Обучение населения способам защиты от опасностей, возника­ющих при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Детализация данной задачи осуществлена Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 ноября 2000 года № 841 «Об утверждения Положе­ния об организации обучения населения в области гражданской обороны».

В нем подчеркнуто, что основными задачами обучения населения в об­ласти гражданской обороны являются:

а) изучение способов защиты от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий, порядка действий по сигналам оповещения, приемов оказания первой медицинской помощи, правил пользования коллективными и индивидуальными средствами защиты;

б) совершенствование навыков по организации и проведению мероп­риятий по гражданской обороне;

в) выработка умений и навыков для проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ;

г) овладение личным составом гражданских организаций гражданской обороны (далее именуются — формирования) приемами и способами действий по защите населения, материальных и культурных ценностей от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Лица, подлежащие обучению, подразделяются на следующие группы:

а) начальники гражданской обороны федеральных органов исполнительной власти, а также главы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и руководители органов местного самоуправления, являющиеся по должности начальниками гражданской обороны;

б) должностные лица гражданской обороны, руководители и работники органов, осуществляющих управление гражданской обороной (далее именуются — должностные лица и работники гражданской обороны), а также на­чальники гражданской обороны организаций;

в) личный состав формирований;

г) работающее население, не входящее в состав формирований;

д) учащиеся учреждений общего образования и студенты учреждений профессионального образования;

е) неработающее население.

Обучение населения в области гражданской обороны осуществляется в рамках единой системы подготовки населения в области гражданской оборо­ны и защиты от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

Обучение является обязательным и проводится в учебных заведениях Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрез­вычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, в уч­реждениях повышения квалификации федеральных органов исполнительной власти и организаций, в учебно-методических центрах по гражданской обо­роне и чрезвычайным ситуациям субъектов Российской Федерации, на кур­сах гражданской обороны муниципальных образований, по месту работы, учебы и месту жительства граждан.

Повышение квалификации начальников гражданской обороны организа­ций, должностных лиц и работников гражданской обороны, а также препода­вателей курса «Основы безопасности жизнедеятельности» и дисциплины «Бе­зопасность жизнедеятельности» учреждений общего и профессионального образования проводится не реже одного раза в 5 лет. Для лиц, впервые назна­ченных на должность, связанную с выполнением обязанностей по гражданс­кой обороне, переподготовка или повышение квалификации в области граж­данской обороны в течение первого года работы являются обязательными.

В целях организации и осуществления обучения населения в области гражданской обороны:

а) федеральные органы исполнительной власти:

планируют и осуществляют мероприятия по обучению должностных лиц и работников гражданской обороны, а также других сотрудников централь­ных аппаратов этих органов;

осуществляют организационно-методическое руководство и контроль за обучением руководителей и персонала соответствующих федеральных служб гражданской обороны, а также служб гражданской обороны, форми­рований и организаций, находящихся в сфере ведения этих органов;

участвуют в разработке государственных образовательных стандартов, про­грамм и методик обучения учащихся учреждений общего образования и студен­тов учреждений профессионального образования по курсу «Основы безопаснос­ти жизнедеятельности» и дисциплине «Безопасность жизнедеятельности»;

организуют обучение по дисциплине «Безопасность жизнедеятельнос­ти» студентов учреждений профессионального образования, находящихся в сфере ведения этих органов;

организуют и осуществляют пропаганду знаний в области гражданс­кой обороны;

б) органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и  
органы местного самоуправления на соответствующих территориях:

планируют обучение населения в области гражданской обороны;

организуют изучение е государственных, муниципальных и негосудар­ственных образовательных учреждениях начального общего, основного об­щего и среднего (полного) общего образования курса «Основы безопаснос­ти жизнедеятельности», а в учреждениях профессионального образования, находящихся в сфере ведения этих органов, - дисциплины «Безопасность жизнедеятельности»;

создают и оснащают учебно-методические центры, курсы гражданской обороны и учебно-консультационные пункты по гражданской обороне, а так­же организуют их деятельность;

уточняют (с учетом особенностей региона) программы подготовки дол­жностных лиц и работников гражданской обороны, проходящих обучение в учебно-методических центрах и на курсах гражданской обороны;

организуют и проводят учебно-методические сборы руководителей и преподавателей образовательных учреждений;

организуют и осуществляют пропаганду знаний в области гражданской обороны;

организуют издание (в том числе и на языках народов Российской Фе­дерации) учебной литературы и наглядных пособий по гражданской обороне и обеспечение ими населения;

осуществляют контроль за ходом и качеством обучения населения в области гражданской обороны;

в) организации:

осуществляют обучение своих работников в области гражданской обороны;

уточняют (с учетом особенностей деятельности организации) програм­мы обучения в области гражданской обороны своих работников и личного состава формирований;

создают, оснащают и поддерживают в рабочем состоянии соответству­ющую учебно-материальную базу;

Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий:

осуществляет организационно-методическое руководство функциони­рованием и развитием единой системы подготовки населения в области граж­данской обороны и защиты от чрезвычайных ситуаций природного и техно­генного характера;

организует подготовку (обучение) в области гражданской обороны дол­жностных лиц федеральных органов исполнительной власти и органов испол­нительной власти субъектов Российской федерации;

осуществляет методическое руководство федеральными органами ис­полнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российс­кой Федерации, органами местного самоуправления и организациями при подготовке (обучении) личного состава формирований и обучении населе­ния способам защиты от опасностей, возникающих при ведении военных дей­ствий или вследствие этих действий;

разрабатывает и утверждает примерные программы обучения для групп обучаемых, за исключением учащихся учреждений общего образования и студентов учреждений профессионального образования, а также определяет пе­речень должностных лиц и работников гражданской обороны, проходящих пе­реподготовку или повышение квалификации в учебных заведениях Министер­ства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, в учреждениях по­вышения квалификации федеральных органов исполнительной власти и орга­низаций, в учебно-методических центрах и на курсах гражданской обороны;

определяет периодичность и продолжительность проведения учений и тренировок по гражданской обороне;

определяет порядок проведения аттестации по вопросам гражданской обороны начальников гражданской обороны федеральных органов исполни­тельной власти, а также глав органов исполнительной власти субъектов Рос­сийской Федерации и руководителей органов местного самоуправления, являющихся по должности начальниками гражданской обороны.

Приложением к «Положению об организации обучения населения в об­ласти гражданской обороны» определены формы обучения в области граж­данской обороны (по группам обучаемых).

Так, для начальников гражданской обороны федеральных органов ис­полнительной власти, а также глав органов исполнительной власти субъек­тов Российской Федерации и руководителей органов местного самоуправ­ления, являющимися по должности начальниками гражданской обороны:

а) самостоятельная работа с нормативными документами по вопросам орга­низации, планирования и проведения мероприятий по гражданской обороне;

б) изучение своих функциональных обязанностей по гражданской обороне;

в) личное участие в учебно-методических сборах, учениях, тренировках и других плановых мероприятиях по гражданской обороне.

Для начальников гражданской обороны организаций, должностных лиц и работников гражданской обороны:

а) самостоятельная подготовка;

б) переподготовка и повышение квалификации в учебных заведениях Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, учреж­дениях повышения квалификации федеральных органов исполнительной власти и организаций, учебно-методических центрах и на курсах гражданской обороны;

в) участие в учениях, тренировках и других плановых мероприятиях по гражданской обороне.

Для личного состава формирований:

а) повышение квалификации в учебно-методических центрах и на кур­сах гражданской обороны (руководители формирований);

б) проведение занятий с личным составом формирований по месту его работы;

в) участие в учениях и тренировках по гражданской обороне.

Для работающего населения, не входящего в состав формирований: а) проведение занятий по месту работы;

б) участие в учениях, тренировках и других плановых мероприятиях по  
гражданской обороне;

в) индивидуальное изучение способов защиты от опасностей, возника­ющих при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Для учащихся учреждений общего образования и студентов учрежде­ний профессионального образования:

а) обучение (в учебное время) по курсу «Основы безопасности жизне­деятельности» и дисциплине «Безопасность жизнедеятельности»;

б) участие в учениях и тренировках по гражданской обороне;

в) чтение памяток, листовок и пособий, прослушивание радиопередачи просмотр телепрограмм по тематике гражданской обороны.

Для неработающего населения (по месту жительства):

а) посещение мероприятий, проводимых по тематике гражданской обороны (беседы, лекции, вечера вопросов и ответов, консультации, показ учеб­ных фильмов и др.);

б) участие в учениях по гражданской обороне;

в) чтение памяток, листовок и пособий, прослушивание радиопередач и просмотр телепрограмм по тематике гражданской обороны.

1. Оповещение населения об опасностях, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий.
2. Эвакуация населения, материальных и культурных ценностей в безопасные районы.

В настоящее время Министерством Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий совместно с другими федеральными министерствами идет подготовка «Положения об эвакуации».

4. Предоставление населению убежищ и средств индивидуальной защиты. Порядок создания убежищ изложен в Постановлении Правительства

Российской Федерации от 29 ноября 1999 года № 1309 «О порядке создания убежищ и иных объектов гражданской обороны».

В нем подчеркнуто, что, наряду с убежищами, к объектам гражданской обороны относятся противорадиационные укрытия, специализированные складские помещения для хранения имущества гражданской обороны, санитарно-обмывочные пункты, станции обеззараживания одежды и транспорта, а также иные объекты, предназначенные для обеспечения проведения ме­роприятий по гражданской обороне.

Причем, убежища создаются для защиты:

работников наибольшей работающей смены организаций, расположенных в зонах возможных сильных разрушений и продолжающих свою деятельность в период мобилизации и военное время, а также работников работающей смены дежурного и линейного персонала организаций, обеспечивающих жизнедеятель­ность городов, отнесенных к группам по гражданской обороне, и организаций, отнесенных к категории особой важности по гражданской обороне;

работников атомных станций и организаций, обеспечивающих функци­онирование и жизнедеятельность этих станций;

нетранспортабельных больных, находящихся в учреждениях здравоох­ранения, расположенных в зонах возможных сильных разрушений, а также обслуживающего их медицинского персонала;

трудоспособного населения городов, отнесенных к особой группе по гражданской обороне.

Противорадиационные укрытия создаются для защиты:

работников организаций, расположенных за пределами зон возможных сильных разрушений и продолжающих свою деятельность в период мобили­зации и военное время;

населения городов и других населенных пунктов, не отнесенных к груп­пам по гражданской обороне, а также населения, эвакуируемого из городов, отнесенных к группам по гражданской обороне, зон возможных сильных раз­рушений организаций, отнесенных к категории особой важности по граждан­ской обороне, и зон возможного катастрофического затопления.

Специализированные складские помещения создаются для хранения средств индивидуальной защиты, приборов радиационной и химической раз­ведки, дозиметрического контроля и другого имущества гражданской обороны.

Санитарно-обмывочные пункты, станции обеззараживания одежды и транспорта и иные объекты гражданской обороны создаются для обеспече­ния медицинской защиты и первоочередного жизнеобеспечения населения, санитарной обработки людей и животных, специальной обработки одежды и транспортных средств.

Создание объектов гражданской обороны в мирное время осуществляет­ся на основании планов, разрабатываемых федеральными органами исполни­тельной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Фе­дерации и согласованных с Министерством Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий и Министерством экономики Российской Федерации.

Федеральные органы исполнительной власти:

по согласованию с органами исполнительной власти субъектов Россий­ской Федерации определяют общую потребность в объектах гражданской обороны для организаций, находящихся в сфере их ведения;

организуют создание объектов гражданской обороны;

принимают в пределах своей компетенции нормативные акты по созда­нию объектов гражданской обороны, доводят их требования до сведения ука­занных организаций и контролируют их выполнение;

осуществляют контроль за созданием объектов гражданской обороны и поддержанием их в состоянии постоянной готовности к использованию;

ведут учет существующих и создаваемых объектов гражданской обороны.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления на соответствующих территориях:

определяют общую потребность в объектах гражданской обороны;

создают в мирное время объекты гражданской обороны и поддержива­ют их в состоянии постоянной готовности к использованию;

осуществляют контроль за созданием объектов гражданской обороны и поддержанием их в состоянии постоянной готовности к использованию;

ведут учет существующих и создаваемых объектов гражданской обороны.

Организации:

создают в мирное время по согласованию с федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Россий­ской Федерации и органами местного самоуправления, в сфере ведения ко­торых они находятся, объекты гражданской обороны;

обеспечивают сохранность объектов гражданской обороны, принимают меры по поддержанию их в состоянии постоянной готовности к использованию;

ведут учет существующих и создаваемых объектов гражданской обороны.

Создание объектов гражданской обороны в период мобилизации и во­енное время осуществляется в соответствии с заданиями по мероприятиям гражданской обороны, предусмотренными в мобилизационных планах фе­деральных органов исполнительной власти, субъектов Российской Федера­ции, муниципальных образований и организаций.

Создание объектов гражданской обороны осуществляется за счет при­способления существующих, реконструируемых и вновь строящихся зданий и сооружений, которые по своему предназначению могут быть использованы как объекты гражданской обороны, а также строительства этих объектов. В качестве объектов гражданской обороны также могут использоваться объек­ты, предназначенные для обеспечения защиты от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

В мирное время объекты гражданской обороны в установленном порядке могут использоваться в интересах экономики и обслуживания населения, а также для защиты населения от поражающих факторов, вызванных чрезвы­чайными ситуациями природного и техногенного характера, с сохранением возможности приведения их в заданные сроки в состояние готовности к ис­пользованию по назначению.

Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий:

принимает в пределах своей компетенции нормативные правовые акты по созданию объектов гражданской обороны и поддержанию их в состоянии постоянной готовности к использованию;

участвует в проведении государственной экспертизы проектов строи­тельства, реконструкции и технического перевооружения объектов граждан­ской обороны;

организует согласование типовых и индивидуальных проектов объек­тов гражданской обороны;

организует учет существующих и создаваемых объектов гражданской обороны;

осуществляет методическое руководство и контроль за созданием объектов гражданской обороны и поддержанием их в состоянии постоянной готовности к использованию.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 апреля 1994 года № 359 утверждено «Положение о порядке использования объектов и имущества гражданской обороны приватизированными предприятиями, учреждениями и организациями».

В постановлении отмечается, что решения о приватизации предприя­тий, организаций и учреждений, имеющих на своем балансе объекты и иму­щество гражданской обороны, принимаются в установленном порядке орга­нами государственной власти с учетом заключения соответствующего шта­ба (комитета) по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям.

Объекты и имущество гражданской обороны, приватизация которых зап­рещена, исключаются из состава имущества приватизируемого предприятия и передаются в установленном порядке его правопреемнику на ответственное хранение и в пользование. К указанным объектам и имуществу относятся:

пункты управления органов исполнительной власти субъектов Россий­ской Федерации, министерств, ведомств и организаций Российской Феде­рации с комплексом защищенных сооружений и наземным комплексом (на­земными элементами систем жизнеобеспечения пунктов управления, раз­мещаемого в них аппарата и обслуживающего персонала, складами для хранения продовольствия, медикаментов, оборудования и имущества);

отдельно стоящие убежища гражданской обороны;

встроенные убежища гражданской обороны;

специализированные складские помещения для хранения имущества гражданской обороны;

имущество гражданской обороны.

С правопреемником приватизируемого предприятия заключается до­говор о правах и обязанностях в отношении объектов и имущества граждан­ской обороны, а также на выполнение мероприятий гражданской обороны.

В случае же выкупа государственного и муниципального имущества по договорам аренды с правом выкупа, в которых не определены или сроки, или величина, или порядок, или условия внесения выкупа, объекты и имущество гражданской обороны исключаются из имущества предприятия, подлежащего выкупу, и с правопреемником заключается соответствующий договор о пра­вах и обязанностях в отношении объектов и имущества гражданской оборо­ны, а также на выполнение мероприятий гражданской обороны.

При преобразовании предприятия, созданного членами трудового кол­лектива государственного, муниципального предприятия на основе аренды государственного и муниципального имущества, заключившими договор аренды, в акционерное общество открытого типа, учредителями которого выступают соответствующий комитет по управлению имуществом, физичес­кие и юридические лица, обладающие правом собственности на имущество, из этого имущества исключаются объекты и имущество гражданской оборо­ны и заключается соответствующий договор о правах и обязанностях в отно­шении объектов и имущества гражданской обороны, а также на выполнение мероприятий гражданской обороны.

В целях сохранения объектов и имущества гражданской обороны, имеющихся у приватизируемого предприятия, соответствующие комитеты по управлению государственным имуществом включают в планы приватизации положения, определяющие перечень объектов и имущества гражданской обороны, не подлежащих приватизации и передаваемых акционерному об­ществу по договору на ответственное хранение и в пользование.

Защитные сооружения, предназначенные для укрытия населения пс месту жительства, по решению органов государственной власти, в ведении которых они находятся, могут передаваться по договору предприятиям и орга­низациям, ответственным за их содержание, для использования в народно­хозяйственных целях.

При продаже по конкурсу предприятий коммунально-бытового назна­чения (бань, прачечных, предприятий химической чистки, объектов, имею­щих посты мойки и уборки подвижного состава автотранспорта), предназна­ченных для выполнения задач гражданской обороны, к обязательным усло­виям конкурса должны относиться требования о возможности их использования для санитарной обработки людей, специальной обработки одежды и автотранспорта в чрезвычайных ситуациях.

При приватизации предприятий и дальнейшем сохранении профиля их деятельности, на которые решением органов государственной власти и ор­ганов местного самоуправления было возложено создание служб и невоени­зированных формирований гражданской обороны, подготовка зданий для развертывания больниц, обеспечение функционирования систем связи и оповещения гражданской обороны, а также выполнение других задач в инте­ресах гражданской обороны, данные обязанности закрепляются за новым правопреемником имущественных прав и обязанностей приватизируемого предприятия на основе соответствующего договора.

1. Проведение мероприятий по световой маскировке и другим видам маскировки.
2. Проведение аварийно-спасательных работ в случае возникновения опасностей для населения при ведении военных действий или вслед­ствие этих действий.
3. Первоочередное обеспечение населения, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий, в том числе медицинское обслуживание, включая оказание первой медицинской помощи, срочное предоставление жилья и принятие других необходимых мер.
4. Борьба с пожарами, возникшими при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Для выполнения данной задачи создана федеральная противопожар­ная служба гражданской обороны, а на объектовом уровне создаются противопожарные звенья (команды).

1. Обнаружение и обозначение районов, подвергшихся радиоактивному, химическому, биологическому и иному заражению.
2. Обеззараживание населения, техники, зданий, территорий и проведение других необходимых мероприятий.

11. Восстановление и поддержание порядка в районах, пострадав­ших при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Для выполнения поставленной задачи существует федеральная служба гражданской обороны охраны общественного порядка, а также звенья (ко­манды) охраны общественного порядка на объектовом уровне.

1. Срочное восстановление функционирования необходимых ком­мунальных служб в военное время.
2. Срочное захоронение трупов в военное время.
3. Разработка и осуществление мер, направленных на сохранение объектов, существенно необходимых для устойчивого функционирования экономики и выживания населения в военное время; обеспечение постоян­ной готовности сил и средств гражданской обороны.

**2.2. Принципы организации и ведения гражданской обороны.**

Гражданская оборона Российской Федерации является составной час­тью системы общегосударственных оборонных мероприятий.

Организация и ведение гражданской обороны являются одними из важ­нейших функций государства, составными частями оборонного строитель­ства, обеспечения безопасности государства.

Гражданская оборона организуется на территории Российской Феде­рации по территориально-производственному принципу.

Территориальный принцип заключается в организации гражданской обороны на территории субъектов Российской Федерации согласно админи­стративному делению нашей страны.

В соответствии с этим ответственность за состояние гражданской обо­роны на территории республик, краев, областей, городов, поселков и т.д. не­сут главы администраций исполнительной власти субъектов и муниципальных образований Российской Федерации.

Производственный принцип заключается в организации гражданской обороны в каждом министерстве, ведомстве, учреждении, на объекте.

Подготовка Российского государства к ведению гражданской обороны осуществляется заблаговременно в мирное время с учетом развития воору­жения, военной техники и средств защиты населения от опасностей, возни­кающих при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Само же ведение гражданской обороны на территории Российской Фе­дерации или в отдельных ее местностях начинается с момента объявления состояния войны, фактического начала военных действий или введения Пре­зидентом Российской Федерации военного положения на территории Рос­сийской Федерации или в отдельных ее местностях.

Введение военного положения в Российской Федерации предусмотре­но Федеральным конституционным законом № 1 от 30 января 2002 года «О военном положении».

Согласно этому закону под военным положением понимается особый правовой режим, вводимый на территории Российской Федерации или в от­дельных ее местностях в соответствии с Конституцией Российской Федерации Президентом Российской Федерации в случае агрессии против Россий­ской Федерации или непосредственной угрозы агрессии.

**2.3. Полномочия органов государственной власти Российской Федерации в области гражданской обороны.**

Законодатель четко определил полномочия органов государственной власти Российской Федерации в области гражданской обороны. Так, Президент Российской Федерации:

1. Утверждает План гражданской обороны Российской Федерации.
2. Вводит в действие План гражданской обороны Российской Федерации на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях в полном объеме или частично.
3. Утверждает структуру, состав войск гражданской обороны и штатную численность военнослужащих войск гражданской обороны, утверждает Положение о войсках гражданской обороны.
4. Осуществляет иные полномочия в области гражданской обороны в соответствии с законодательством Российской Федерации. Правительство Российской Федерации обязано: 1. Обеспечивать проведение единой государственной политики в обла­сти гражданской обороны.

\_ 2. Руководить организацией и ведением гражданской обороны.

1. Издавать нормативные правовые акты в области гражданской обороны и организовывать разработку проектов федеральных законов в области гражданской обороны.
2. Определять порядок отнесения территорий к группам по гражданской обороне в зависимости от количества проживающего на них населения и наличия организаций, играющих существенную роль в экономике государ­ства или влияющих на безопасность населения, а также организаций — к ка­тегориям по гражданской обороне в зависимости от роли в экономике госу­дарства или влияния на безопасность населения.

Данный порядок определен в Постановлении Правительства Российс­кой Федерации от 3 октября 1998 года № 1149 «О порядке отнесения терри­тории к группам по гражданской обороне». В нем подчеркивается, что отне­сение территорий к группам по гражданской обороне осуществляется с це­лью заблаговременной разработки и реализации мероприятий по гражданской обороне в объеме, необходимом и достаточном для предотв­ращения чрезвычайных ситуаций и защиты населения от поражающих фак­торов и последствий чрезвычайных ситуаций в военное и мирное время, с учетом мероприятий по защите населения и территорий в связи с чрезвы­чайными ситуациями природного и техногенного характера.

Отнесение же территорий городов или иных населенных пунктов к груп­пам по гражданской обороне осуществляется в зависимости от:

их оборонного и экономического значения;

численности населения;

нахождения на территориях организаций, отнесенных к категориям по граж­данской обороне особой важности, первой и второй, или представляющих опас­ность для населения и территорий в связи с возможностью химического зара­жения, радиационного загрязнения или катастрофического затопления.

Для территорий городов и иных населенных пунктов устанавливаются особая, первая, вторая и третья группы по гражданской обороне.

К особой группе территорий по гражданской обороне относятся терри­тории городов федерального значения — Москвы и Санкт-Петербурга.

К первой группе территорий по гражданской обороне относится терри­тория города, если:

численность населения превышает 1000 тыс. человек;

численность населения составляет от 500 тыс. человек до 1000 тыс. че­ловек и на ней расположены не менее трех организаций особой важности по гражданской обороне или более 50 организаций первой (второй) категории по гражданской обороне;

более 50 процентов населения либо территории города попадают в зону возможного опасного химического заражения, радиационного загрязнения или катастрофического затопления.

Ко второй группе территорий по гражданской обороне относится тер­ритория города, если:

численность населения составляет от 500 тыс. человек до 1000 тыс. человек;

численность населения составляет от 250 тыс. человек до 500 тыс. че­ловек и на ней расположены не менее двух организаций особой важности по гражданской обороне либо более 20 организаций первой (второй) категории по гражданской обороне;

более 30 процентов населения либо территории города попадают в зону возможного опасного химического заражения, радиационного загрязнения или катастрофического затопления.

К третьей группе территорий по гражданской обороне относится тер­ритория города, если:

численность населения составляет от 250 тыс. человек до 500 тыс. человек;

численность населения составляет от 50 тыс. человек до 250 тыс. чело­век и на ней расположены одна организация особой важности по гражданс­кой обороне либо более двух организаций первой (второй) категории по граж­данской обороне;

менее 30 процентов населения либо территории попадают в зону воз­можного опасного химического заражения, радиационного загрязнения или катастрофического затопления.

К третьей группе территорий по гражданской обороне относятся также территории закрытых административно-территориальных образований.

Предложения по отнесению территорий к группам по гражданской обо­роне подготавливаются органами исполнительной власти субъектов Россий­ской Федерации и органами местного самоуправления.

Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий

совместно с Министерством экономики Российской Федерации обобщают предложения органов исполнительной власти субъектов Российской Феде­рации и представляют в Правительство Российской Федерации проект пе­речня территорий, отнесенных к группам по гражданской обороне.

Перечень территорий, отнесенных к группам по гражданской обороне, уточняется Правительством Российской Федерации по мере необходимос­ти, но не реже одного раза в пять лет, по представлению Министерства Рос сийской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуа­циям и ликвидации последствий стихийных бедствий и Министерства эконо­мики Российской Федерации.

Другим своим Постановлением от 19 сентября 1998 года № 1115 Пра­вительство Российской Федерации определило «Порядок отнесения орган1 ь заций к категориям по гражданской обороне».

В соответствии с данным «Порядком...» отнесение организаций к кате­гориям по гражданской обороне осуществляется в целях сохранения этих организаций и защиты их персонала от опасностей, возникающих при веде­нии военных действий или вследствие этих действий, путем заблаговремен­ной разработки и реализации мероприятий по гражданской обороне.

Отнесению к категориям по гражданской обороне подлежат важнейшие действующие, реконструируемые, технически перевооружаемые, строя­щиеся и проектируемые организации:

имеющие мобилизационное задание (заказ);

представляющие высокую степень потенциальной опасности возникно­вения чрезвычайных ситуаций в военное и мирное время;

являющиеся уникальными культурными ценностями.

«Положением ...» устанавливаются следующие категории по гражданс­кой обороне: особой важности, первой категории, второй категории.

Отнесение организаций к категориям по гражданской обороне произ водится в зависимости от показателей, определяющих их роль в экономике государства, а также особых условий, характеризующих:

степень потенциальной опасности возникновения чрезвычайных ситуаций:

месторасположение организации;

значимость организации как объекта культуры.

Основными показателями для отнесения организаций к категориям по гражданской обороне являются:

численность работающих (общая, наибольшей работающей смены) *г* военное время;

объем выпускаемой продукции (работ, услуг) для государственных нужд в военное время.

Дополнительные показатели для отнесения организаций к категориям по гражданской обороне устанавливает Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий с участием Министерства экономики Российской Федерации и по согласованию с заинтересованными федеральным органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В случаях расположения административно-хозяйственных органов органи­заций и их производственных объектов или объектов социально-культурного на­значения в разных административно-территориальных единицах категория по гражданской обороне устанавливается только для соответствующего объекта.

Организации, не отнесенные настоящим пунктом ни к одной из указан­ных категорий, считаются некатегорированными.

Организации, деятельность которых связана с деятельностью федераль­ных органов исполнительной власти, объединений организаций, или находя­щихся в сфере их ведения, представляют сведения о показателях для отне­сения их к категориям по гражданской обороне и предложения об установле­нии категории в соответствующий федеральный орган исполнительной власти или объединение.

Организации, деятельность которых связана с деятельностью органов ис­полнительной власти субъектов Российской Федерации, или находящихся в сфе­ре их ведения, представляют сведения о показателях для отнесения их к катего­риям по гражданской обороне и предложения об установлении категории в соот­ветствующий орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Организации, деятельность которых связана с деятельностью органов местного самоуправления, или находящихся в сфере их ведения, представ­ляют сведения о показателях для отнесения их к категориям по гражданской обороне и предложения об установлении категории в соответствующий орган местного самоуправления.

Предложения организаций об установлении категории должны быть согласованы с соответствующими мобилизационными органами и органами, осуществляющими управление гражданской обороной в субъектах Российс­кой Федерации.

Органы местного самоуправления вносят в органы исполнительной вла­сти субъектов Российской Федерации предложения по отнесению организа­ций, деятельность которых связана с деятельностью органов местного само­управления или находящихся в сфере их ведения, к категориям по граж­данской обороне.

Федеральные органы исполнительной власти и объединения:

утверждают по согласованию с Министерством Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации по­следствий стихийных бедствий по прилагаемой форме перечень организа­ций, отнесенных к категориям по гражданской обороне, деятельность кото­рых связана с деятельностью указанных органов и объединений, или находя­щихся в сфере их ведения;

направляют соответствующие выписки из утвержденных ими перечней организаций, отнесенных к категориям по гражданской обороне, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, на территории которых находятся организаций, отнесенные к категориям по гражданской обороне.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

утверждают по согласованию с Министерством Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации по­следствий стихийных бедствий по прилагаемой форме перечень организаций, отнесенных к категориям по гражданской обороне, деятельность которых свя­зана с деятельностью этих органов, или находящихся в сфере их ведения, а также перечень организаций, деятельность которых связана с деятельностью органов местного самоуправления, или находящихся в сфере их ведения;

направляют соответствующие выписки из утвержденных ими, а также федеральными органами исполнительной власти и объединениями переч­ней организаций, отнесенных к категориям по гражданской обороне, орга­нам местного самоуправления.

Федеральные органы исполнительной власти и объединения, органы ис­полнительной власти субъектов Российской Федерации представляют переч­ни организаций, отнесенных к категориям по гражданской обороне, в Прави­тельство Российской Федерации, Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации послед­ствий стихийных бедствий и Министерство экономики Российской Федерации.

Сведения о присвоении организациям категорий по гражданской обо­роне сообщаются соответствующим организациям органами исполнитель­ной власти и объединениями, утвердившими эти категории.

Уточнение перечней организаций, отнесенных к категориям по граждан­ской обороне, проводится по мере необходимости, но не реже одного раза в пять лет, в том же порядке, что и отнесение организаций к категориям по граж­данской обороне.

5. Определять порядок создания убежищ и иных объектов гражданской обороны, а также порядок накопления, хранения и использования в целях гражданской обороны запасов материально-технических, продовольст­венных, медицинских и иных средств.

Порядок накопления, хранения и использования в целях гражданской обороны запасов материально-технических, продовольственных, меди­цинских и иных средств изложен в Постановлении Правительства Российс­кой Федерации от 27 апреля 2000 года № 379 «О накоплении, хранении и ис­пользовании в целях гражданской обороны материально-технических, про­довольственных, медицинских и иных средств».

Согласно данному постановлению эти запасы предназначены для пер­воочередного обеспечения населения в военное время, а также для оснаще­ния соединений и воинских частей войск гражданской обороны и гражданс­ких организаций гражданской обороны при проведении аварийно-спасатель­ных и других неотложных работ в случае возникновения опасности при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Запасы материально-технических средств включают в себя специаль­ную и автотранспортную технику, средства малой механизации, приборы, оборудование и другие средства, предусмотренные табелями оснащения

соединений и воинских частей войск гражданской обороны и гражданских организаций гражданской обороны.

Запасы продовольственных средств включают в себя крупы, муку, мяс­ные, рыбные и растительные консервы, соль, сахар, чай и другие продукты.

Запасы медицинских средств включают в себя медикаменты, дезинфи­цирующие и перевязочные средства, медицинские препараты, индиви­дуальные аптечки, а также медицинские инструменты, приборы, аппараты, передвижное оборудование и другое медицинское имущество.

Запасы иных средств включают в себя вещевое имущество, средства связи и оповещения, средства радиационной, химической и биологической защиты, отдельные виды топлива, спички, табачные изделия, свечи и другие средства.

Номенклатура и объемы запасов определяются создающими их органа­ми с учетом методических рекомендаций, разрабатываемых Министерством Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным си­туациям и ликвидации последствий стихийных бедствий совместно с Мини­стерством экономики Российской Федерации и Российским агентством по государственным резервам исходя из возможного характера военных дей­ствий на территории Российской Федерации, величины возможного ущерба объектам экономики и инфраструктуры, природных, экономических и иных особенностей территорий, условий размещения организаций, а также норм минимально необходимой достаточности запасов в военное время. При оп­ределении номенклатуры и объемов запасов должны учитываться имеющи­еся материальные ресурсы, накопленные для ликвидации чрезвычайных си­туаций природного и техногенного характера.

Номенклатура и объемы запасов для обеспечения соединений и воинс­ких частей войск гражданской обороны определяются исходя из табелей их оснащения.

Номенклатура и объемы запасов для обеспечения гражданских органи­заций гражданской обороны определяются исходя из норм оснащения и по­требности обеспечения их действий в соответствии с планами гражданской обороны федеральных органов исполнительной власти, субъектов Российс­кой Федерации, муниципальных образований и организаций.

Запасы накапливаются заблаговременно в мирное время. Не допуска­ется хранение запасов с истекшим сроком годности.

Запасы, накапливаемые федеральными органами исполнительной вла­сти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями, хранятся в условиях, отвечающих установленным требованиям по обеспечению сохранности ука­занных средств.

Требования к складским помещениям, а также к порядку накопления, хранения, учета, использования и восполнения запасов определяются Ми­нистерством Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрез­вычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий и Рос­сийским агентством по государственным резервам.

Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления и организации:

а) определяют номенклатуру и объемы запасов исходя из их потребности в военное время для обеспечения населения и гражданских организаций гражданской обороны;

б) создают и содержат запасы;

в) осуществляют контроль за созданием, хранением и использованием запасов.

Информация о накопленных запасах представляется:

а) организациями—в федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления, в сфере ведения которых они находятся, а также в органы местного самоуправления, на территории которых эти организации расположены;

б) органами местного самоуправления — в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации;

в) федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации — в Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуа­циям и ликвидации последствий стихийных бедствий.

Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и,ликвидации последствий стихийных бедствий:

а) осуществляет организационно-методическое руководство и контроль за накоплением, хранением и использованием запасов;

б) создает запасы для оснащения соединений и воинских частей войск гражданской обороны.

Финансирование накопления, хранения и использования запасов осу­ществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Осуществлять иные полномочия в области гражданской обороны в соответствии с законодательством Российской Федерации и указами Пре­зидента Российской Федерации.

Федеральные органы исполнительной власти в пределах своих полно­мочий и в порядке, установленном федеральными законами и иными норма­тивными правовыми актами Российской Федерации:

* принимают нормативные акты в области гражданской обороны, дово­дят их требования до сведения организаций и контролируют их выполнение;
* разрабатывают и реализуют планы гражданской обороны, согласованные с федеральным органом исполнительной власти, специально уполномоченным на решение задач в области гражданской обороны, организуют проведение мероприятий по гражданской обороне, включая подготовку не­обходимых сил и средств;
* осуществляют меры, направленные на сохранение объектов, сущест­венно необходимых для устойчивого функционирования экономики и выжи­вания населения в военное время;
* создают и поддерживают в состоянии постоянной готовности технические системы управления гражданской обороны;
* создают и содержат в целях гражданской обороны запасы материаль­но-технических, продовольственных, медицинских и иных средств.

**2.4. Полномочия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций. Права и обязанности граждан Российской Федерации в области гражданской обороны.**

Полномочия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций, права и обя­занности граждан Российской Федерации в области гражданской обороны детализированы в Статьях 8,9 и 10 Федерального закона от 12 февраля 1998 года № 28-ФЗ «О гражданской обороне».

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в пределах своих полномочий и в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовы­ми актами Российской Федерации, на соответствующих территориях:

* организуют проведение мероприятий по гражданской обороне, разрабатывают и реализуют планы гражданской обороны;
* осуществляют меры по поддержанию сил гражданской обороны, органов управления гражданской обороной в состоянии постоянной готовности;
* организуют подготовку гражданских организаций гражданской обороны и обучение населения способам защиты от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;
* создают и поддерживают в состоянии постоянной готовности к использованию технические системы управления гражданской обороны и объекты гражданской обороны;
* проводят мероприятия по подготовке к эвакуации населения, материальных и культурных ценностей в безопасные районы, их размещению, развертыванию лечебных и других учреждений, необходимых для первооче­редного обеспечения пострадавшего населения;
* проводят мероприятия по поддержанию устойчивого функционирования организаций в военное время;
* создают и содержат в целях гражданской обороны запасы материально-технических, продовольственных, медицинских и иных средств;

- осуществляют контроль за состоянием гражданской обороны.  
Организации в пределах своих полномочий и в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Россий­ской Федерации:

* планируют и организуют проведение мероприятий по гражданской обороне;
* проводят мероприятия по поддержанию своего устойчивого функци­онирования в военное время,
* осуществляют обучение своих работников способам защиты от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;
* создают и поддерживают в состоянии постоянной готовности к исполь­зованию локальные системы оповещения;
* создают и содержат в целях гражданской обороны запасы материально-технических, продовольственных, медицинских и иных средств.

Причем организации, имеющие потенциально опасные произ­водственные объекты и эксплуатирующие их, а также имеющие важное обо­ронное и экономическое значение или представляющие высокую степень опасности возникновения чрезвычайных ситуаций в военное и мирное вре­мя, создают гражданские организации гражданской обороны и поддержива­ют ИХ В СОСТОЯНИИ ПОСТОЯННОЙ ГОТОВНОСТИ.

Порядок определения таких организаций устанавливается Правитель­ством Российской Федерации.

Граждане Российской Федерации в соответствии с федеральными за­конами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации:

* проходят обучение способам защиты от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;
* принимают участие в проведении других мероприятий по гражданской обороне;
* оказывают содействие органам государственной власти и организа­циям в решении задач в области гражданской обороны.

**2.5. Руководство гражданской обороной.**

Руководство гражданской обороной в Российской Федерации осуще­ствляет Правительство Российской Федерации.

Руководство гражданской обороной в федеральных органах исполнитель­ной власти и организациях осуществляют их руководители, являющиеся по дол­жности начальниками гражданской обороны указанных органов и организаций.

Руководство гражданской обороной на территориях субъектов Россий­ской Федераций и муниципальных образований осуществляют соответствен­но главы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и руководители органов местного самоуправления, являющиеся по должно­сти начальниками гражданской обороны.

Начальники гражданской обороны несут персональную ответственность за организацию и проведение мероприятий по гражданской обороне в феде­ральных органах исполнительной власти, на соответствующих территориях и в организациях.

Начальники гражданской обороны в пределах своих полномочий и в ус­тановленном порядке имеют право:

- вводить в действие соответствующие планы гражданской обороны;

* принимать решения об эвакуации населения, материальных и куль­турных ценностей в безопасные районы;
* издавать приказы по вопросам гражданской обороны.

Органами, осуществляющими управление гражданской обороной, являются:

- федеральный орган исполнительной власти, специально уполномоченный на решение задач в области гражданской обороны, и его территориальные органы, созданные в установленном порядке;

* структурные подразделения федеральных органов исполнительной власти, специально уполномоченные на решение задач в области гражданской обороны;
* структурные подразделения (работники) организаций, специально уполномоченные на решение задач в области гражданской обороны, создаваемые (назначаемые) в порядке, установленном Правительством Рос­сийской Федерации.

Постановление Правительства Российской Федерации от 10 июля 1999 г. № 782 утверждает «Положение о создании (назначении) в организациях структурных подразделений (работников), специально уполномоченных на решении задач в области гражданской обороны»

Согласно «Положению ...» структурные подразделения (работники) по гражданской обороне создаются (назначаются) в организациях независимо' от их организационно-правовой формы с целью управления гражданской обороной в этих организациях.

Создание (назначение) в организациях структурных подразделений (ра­ботников) по гражданской обороне осуществляется для обеспечения:

а) планирования и проведения мероприятий по гражданской обороне;

б) создания и поддержания в состоянии постоянной готовности к использованию локальных систем оповещения;

в) обучения работников организаций способам защиты от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;

г) создания и содержания в целях гражданской обороны запасов материально-технических, продовольственных, медицинских и иных средств;

д) проведения мероприятий по поддержанию устойчивого функционирования организаций в военное время;

е) создания и поддержания в состоянии постоянной готовности гражданских организаций гражданской обороны.

Количество работников в структурном подразделении по гражданской обороне или отдельных работников по гражданской обороне в составе других подразделений организации определяется исходя из следующих примерных норм:

а) в организациях, отнесенных к категориям по гражданской обороне в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 сентября 1998 г. № 1115 «О порядке отнесения организаций к категориям по гражданской обороне»:

с количеством работников до 500 человек — 1 освобожденный работник; от 500 до 2000 человек — 2-3 освобожденных работника; от 2000 до 5000 человек — 3-4 освобожденных работника, свыше 5000 человек — 5-6 освобожденных работников;

б) в организациях, не отнесенных к категориям по гражданской обороне, с количеством работников свыше 200 человек — 1 освобожденный работник;

в) в организациях, не отнесенных к категориям по гражданской оборо­не, с количеством работников до 200 человек — работа по гражданской обо­роне может выполняться в установленном порядке по совместительству од­ним из работников организации.

Количество работников в структурном подразделении по гражданской обороне или отдельных работников по гражданской обороне в составе дру­гих подразделений исполнительного органа (органа управления) организа­ции, имеющей дочерние и зависимые хозяйственные общества, определя­ется в соответствии с рекомендациями, предусмотренными в примерном положении о специально уполномоченных на решение задач в области граж­данской обороны структурных подразделениях (работниках) организаций.

На должности работников структурных подразделений (работников) по граж­данской обороне назначаются лица, имеющие соответствующую подготовку.

Организации осуществляют укомплектование структурных подраз­делений (назначение работников) по гражданской обороне, разрабатывают и утверждают их функциональные обязанности и штатное расписание.

По согласованию между федеральным органом исполнительной влас­ти, специально уполномоченным на решение задач в области гражданской обороны, и субъектом Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, могут создаваться органы, осущест­вляющие управление гражданской обороной на территориях субъектов Рос­сийской Федерации, отнесенных к группам по гражданской обороне.

Указанные органы комплектуются военнослужащими войск гражданс­кой обороны, средства на содержание которых выделяются из федерально­го бюджета, и гражданским персоналом, средства на содержание которого выделяются из бюджетов субъектов Российской Федерации.

Руководители указанных органов назначаются руководителем феде­рального органа исполнительной власти, специально уполномоченного на решение задач в области гражданской обороны, из числа военнослужащих войск гражданской обороны по согласованию с начальниками гражданской обороны территории субъектов Российской Федерации, территорий, отнесенных к группам по гражданской обороне, в соответствии с законо­дательством Российской Федерации.

В целях осуществления государственной политики в области граж­данской обороны Президент Российской Федерации или по его поручению Правительство Российской Федерации определяет федеральный орган ис­полнительной власти, специально уполномоченный на решение задач в об­ласти гражданской обороны.

Указом Президента Российской Федерации от 2 августа 1999 года № 953 «Вопросы министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий» Министерство Российской Федерации по делам гражданской обо­роны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бед­ствий (МЧС России) определено федеральным органом исполнительной вла­сти, специально уполномоченным на решение задач в области гражданской обороны, проводящим единую государственную политику и осуществляющим государственное управление в области гражданской обороны.

На МЧС России возложено осуществление соответствующего норматив­ного регулирования, а также специальные, разрешительные, надзорные и контрольные функции в области гражданской обороны.

федеральный орган исполнительной власти, специально уполномо­ченный на решение задач в области гражданской обороны (МЧС России), име­ет свои территориальные органы, создаваемые в установленном порядке.

Для выполнения мероприятий по гражданской обороне создаются фе­деральные, республиканские, краевые, областные, автономной области и автономных округов, районные и городские службы гражданской обороны, а также службы гражданской обороны организаций.

Решения о создании служб гражданской обороны принимаются Прави­тельством Российской Федерации, органами исполнительной власти субъек­тов Российской Федерации, органами местного самоуправления и руково­дителями организаций в соответствии с их полномочиями.

Положения о службах гражданской обороны утверждаются соответству­ющими начальниками гражданской обороны.

**2.6. Силы гражданской обороны.**

Силы гражданской обороны Российской Федерации представлены:

а) воинскими формированиями, специально предназначенными для решения задач в области гражданской обороны, организационно объединение в войска гражданской обороны;

б) гражданскими организациями гражданской обороны.  
Вооруженные Силы Российской Федерации, другие войска и воинские формирования выполняют задачи в области гражданской обороны в соот­ветствии с законодательством Российской Федерации.

Под «другими войсками» понимаются: пограничные войска Российской Федерации, внутренние войска Министерства внутренних дел Российской Федерации, железнодорожные войска Российской Федерации, войска Фе­дерального агентства правительственной связи и информации при Прези­денте Российской Федерации, войска гражданской обороны.

Для решения задач в области гражданской обороны воинские части и подразделения Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск и воинских формирований привлекаются в порядке, определенном Президен­том Российской Федерации.

Аварийно-спасательные службы и аварийно-спасательные формирова­ния привлекаются для решения задач в области гражданской обороны в со­ответствии с законодательством Российской Федерации.

На вооружении войск гражданской обороны находятся специальная тех­ника, а также боевое ручное стрелковое и холодное оружие.

Военнослужащим войск гражданской обороны выдаются удостоверения личности установленного образца, подтверждающие их статус, и междуна­родные отличительные знаки гражданской обороны.

Военнослужащие войск гражданской обороны могут проходить службу в федеральном органе исполнительной власти, специально уполномоченном на решение задач в области гражданской обороны, и иных органах, осущест­вляющих управление гражданской обороной, в порядке, установленном за­конодательством Российской Федерации.

Деятельность войск гражданской обороны, комплектование их военнос­лужащими войск гражданской обороны и гражданским персоналом, соци­альная защита военнослужащих войск гражданской обороны и членов их се­мей, а также финансирование деятельности войск Гражданской обороны осу­ществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Деятельность войск гражданской обороны осуществляется с момента объявления состояния войны, фактического начала военных действий или введения Президентом Российской Федерации военного положения на тер­ритории Российской Федерации или в отдельных ее местностях, а также в мирное время при стихийных бедствиях, эпидемиях, эпизоотиях, крупных авариях, катастрофах, ставящих под угрозу здоровье населения и требую­щих проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ.

Гражданские организации гражданской обороны создаются организа­циями, указанными в пункте 2 статьи 9 Федерального закона «О гражданской обороне». Порядок создания и деятельности гражданских организаций гражданской обороны определяется Постановлением Правительства Россий­ской Федерации от 10 июня 1999 года № 620 «О гражданских организациях гражданской обороны».

Гражданские организации гражданской обороны представляют собой формирования, создаваемые по территориально-производственному принци­пу на базе организаций независимо от их организационно-правовой формы (далее именуются — организации), не входящие в состав Вооруженных Сил Российской Федерации, владеющие специальной техникой и имуществом и подготовленные для защиты населения и организаций от опасностей, возни­кающих при ведении военных действий или вследствие этих действий.

Формирования создаются организациями, имеющими и эксплуа­тирующими потенциально опасные производственные объекты, а также имеющими важное оборонное и экономическое значение или представляю­щими высокую степень опасности возникновения чрезвычайных ситуации в военное и мирное время.

Организации относятся к организациям, создающим формирования, при наличии хотя бы одного из следующих условий:

а) наличие в организации объектов, отнесенных в соответствии с Федеральным законом «О промышленной безопасности опасных производ­ственных объектов» к категории опасных производственных объектов;

б) отнесение организации в соответствии с Порядком отнесения организаций к категории по гражданской обороне, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 сентября 1998 года № 1115, к категории особой важности, первой или второй категории по граж­данской обороне;

в) подготовка организации к переводу на работу в условиях военного времени;

г) размещение организации в золе возможного опасного химического заражения и (или) возможного опасного радиоактивного загрязнения и (или) возможного катастрофического затопления.

Формирования создаются для проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ и первоочередного жизнеобеспечения населения, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий, а также для участия в борьбе с пожарами, в обнаружении и обозначении рай­онов, подвергшихся радиоактивному, химическому, биологическому и ино­му заражению, обеззараживании населения, техники, зданий и территорий, срочном восстановлении функционирования необходимых коммунальных служб и других объектов жизнеобеспечения населения, восстановлении и поддержании порядка в пострадавших районах.

Организациями могут создаваться спасательные, медицинские, проти­вопожарные, инженерные, аварийно-технические, автомобильные формиро­вания, а также формирования разведки, радиационного и химического наблю­дения, радиационной и химической защиты, связи, механизации работ, охра­ны общественного порядка, питания, торговли и другие виды формирований.

Вид и количество формирований, а также их численность, определяют­ся с учетом особенностей производственной деятельности организаций в мирное и военное время, наличия людских ресурсов, специальной техники и имущества, запасов материально-технических средств, а также объема и характера задач, возлагаемых на формирования в соответствии с планами гражданской обороны.

Личный состав формирований комплектуется за счет численности ра­ботников организаций, продолжающих работу в период мобилизации и в во­енное время.

В формирования могут быть зачислены граждане Российской Федера­ции: мужчины в возрасте от 18 до 60 лет, женщины в возрасте от 18 до 55 лет, за исключением военнообязанных, имеющих мобилизационные предписания, инвалидов 1, 2 и 3 группы, беременных, женщин, имеющих детей в возрасте до 8 лет, а также женщин, получивших среднее или высшее медицинское об­разование, имеющих детей в возрасте до 3 лет.

Формирования оснащаются специальной техникой и имуществом, не предназначенными при объявлении мобилизации для поставки в Вооружен­ные Силы Российской Федерации, другие войска, воинские формирования, органы и специальные формирования, или использования в их интересах.

Оснащение формирований осуществляется за счет специальной техники и имущества, имеющихся в организациях, а при их отсутствии или недоста­точном количестве — за счет заблаговременного закрепления за формиро­ваниями специальной техники и имущества других организаций.

Закрепление за формированиями специальной техники и имущества дру­гих организаций производится на договорной основе при участии соответствующих федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной *власти* субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

Непосредственная передача специальной техники и имущества осуще­ствляется с введением соответствующей готовности гражданской обороны.

Деятельность формирований осуществляется по соответствующим пла­нам гражданской обороны организаций, городов, районов, субъектов Рос­сийской Федерации и федеральных органов исполнительной власти.

Федеральные органы исполнительной власти в отношении организаций, находящихся в сфере их ведения:

а) по согласованию с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации определяют организации, которые создают формирования,

б) ведут реестры организаций, создающих формирования;

в) организуют подготовку формирований.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления на соответствующих территориях:

а) определяют организации, находящиеся в сфере их ведения, которые создают формирования;

б) определяют по согласованию с организациями виды, количество и численность создаваемых формирований;

в) ведут реестры организаций, создающих формирования, и осуществляют учет формирований;

г) организуют подготовку формирований;

д) осуществляют общее руководство деятельностью формирований.  
Организации, создающие формирования:

а) разрабатывают штаты и табели оснащения специальной техникой и имуществом формирований;

б) укомплектовывают формирования личным составом, оснащают их специальной техникой и имуществом;

в) осуществляют подготовку и руководство деятельностью формирований;

г) поддерживают формирования в состоянии постоянной готовности в соответствии с планами гражданской обороны к выполнению аварийно-спа­сательных и других неотложных работ.

Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий осуществляет методическое руководство и контроль за созданием форми­рований, разрабатывает с участием федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации примерную организационно-штатную структуру и рекомендации по нормам оснащения формирований специальной техникой и имуществом.

**2.7. Финансирование мероприятий по гражданской обороне.**

Финансирование мероприятий по гражданской обороне согласно Ста­тье 18 Федерального закона «О гражданской обороне» осуществляется в соот­ветствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми ак­тами Российской Федерации.

Расходы на подготовку и проведение мероприятий по гражданской обо­роне, в том числе на создание и содержание запасов материально-техни­ческих, продовольственных, медицинских и иных средств, понесенные орга­нами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями, возмещаются в порядке, опре­деляемом Правительством Российской Федерации.

Дополнением данного положения служит Постановление Правительства РФ от 16 марта 2000 года N 227 «О возмещении расходов на подготовку и проведение мероприятий по гражданской обороне».

Правительство постановило, что расходы на подготовку и проведение мероприятий по гражданской обороне, понесенные органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от формы собственности, возмещаются при включении этих мероприятий в состав государственного оборонного заказа за счет средств, предусмотренных на эти цели в федеральном бюджете.

Расходы, понесенные органами исполнительной власти субъектов Рос­сийской Федерации, органами местного самоуправления и организациями на подготовку и проведение мероприятий по гражданской обороне, осущест­вляемых по заказу федеральных органов исполнительной власти, возмеща­ются этими органами в соответствии с условиями заключенных договоров (контрактов) за счет предусмотренных им на эти цели средств федерального бюджета и внебюджетных средств.

Расходы на подготовку и проведение мероприятий по гражданской обо­роне, возмещение которых не предусмотрено данным постановлением, фи­нансируются:

бюджетными учреждениями — в соответствии с утвержденными в уста­новленном порядке сметами доходов и расходов этих учреждений;

организациями (за исключением бюджетных учреждений) в размерах, согласованных с соответствующими органами, осуществляющими управ­ление гражданской обороной, — путем отнесения указанных расходов на се­бестоимость продукции (работ, услуг).

**ГЛАВА III. СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ПОРАЖЕ­НИЯ ВЕРОЯТНОГО ПРОТИВНИКА И ВОЗМОЖНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИХ ПРИ­МЕНЕНИЯ**

**3.1 Современные войны и возможный характер военных угроз для России. (Характер военных угроз России и войн начала XXI века).**

Анализ военно-политической обстановки в мире показывает, что нача­ло XXI века будет характеризоваться проявлением во внутригосударствен­ных и международных отношениях двух главных тенденций.

**Первая** — выражается в отходе от военно-силовой политики к разви­тию отношений доверия и сотрудничества в военно-политической области, в стремлении именно на этой основе упрочить национально-государственную и международную безопасность.

**Вторая** — противоположная тенденция, заключающаяся в расширении причин и поводов для использования военно-силовой политики. Кризисный характер экономического развития большой группы государств мира, реаль­ный рост социального разрыва между экономически развитыми госу­дарствами и странами с отсталой экономикой, провоцируют политические режимы некоторых государств к попыткам решения экономических и поли­тических внутренних и межгосударственных проблем вооруженным путем. Кроме того, амбиции отдельных крупнейших экономически развитых госу­дарств в стремлении к региональной гегемонии также подталкивают их к про­ведению военно-силовой политики.

Данные тенденции обуславливаются следующими объективными при­чинами:

* нарастание дефицита сырья и энергии в развитых странах мира;
* перенос социально-классового противостояния в мире в область национальных противоречий;
* усиление борьбы за лидерство в установлении нового экономического порядка в регионах и мире в целом;
* выход на политическую арену сил, исповедующих терроризм как способ изменения мирового порядка;
* нарастание потребности в реформировании существующего миропо­рядка путем изменения статуса новых мировых держав.

Существующие противоречия между государствами и народами будут подталкивать различные радикальные и экстремистские движения к силовым действиям.

Появление новых центров финансово-экономической мощи в Европе, Азии и на Ближнем Востоке также, бесспорно, провоцирует применение силы в переделе мира. Следовательно, даже окончательный уход в прошлое реци­дивов «холодной войны» не означает, что из международной практики будет исключено военно-политическое противостояние. Отказ от идеологического противостояния не отменит геополитических интересов, а также нацио­нальных приоритетов во внешней политике любого государства.

Переходя к анализу угроз безопасности России, следует остановиться в первую очередь на источниках военной опасности, которые при опреде­ленных условиях могут перерасти в военные угрозы различного масштаба (глобального, регионального и локального).

**Глобальная военная опасность** для России исходит и будет исходить от стран, обладающих стратегическим ядерным оружием (США, Китай, Фран­ция, Великобритания, Пакистан). В свою очередь и Россия, обладающая стра­тегическим ядерным оружием, является источником глобальной военной опасности по отношению к другим государствам мира. В то же время воен­но-стратегическая обстановка в мире показывает, что потенциальная воен­ная опасность в глобальном масштабе реально уменьшается и имеет все по­зитивные тенденции к дальнейшему снижению.

Страны, обладающие стратегическими ядерными вооружениями, стре­мятся к снижению глобальной военной опасности. Кроме того, склады­вающиеся отношения России и США с Китаем, Францией и Великобритани­ей позволяют сделать вывод об уменьшении взаимной глобальной военной опасности для России на данном этапе.

Таким образом, военно-стратегическая обстановка в мире начала XXI века характеризуется тенденцией к снижению существующей для России во­енной угрозы со стороны стран, обладающих стратегическим ядерным ору­жием. Так же и со стороны России — этим странам.

К характерным особенностям современных войн сегодня можно отнести:

- применение различных форм и методов боевых действий, в том числе и нетрадиционных;

-сочетание военных действий (проводимых в соответствии с правила­ми военной науки) с партизанскими и террористическими действиями;

* широкое использование криминальных (и регулярных) формирований;
* скоротечность военных действий (30-60 суток);
* избирательность поражения объектов;
* повышение роли дальних дистанционных боев с применением высокоточных радиоуправляемых средств;
* нанесение точечных ударов по ключевым объектам (чаще критическим элементам объекта экономики);
* сочетание мощного политико-дипломатического, информационно-психологического и экономического воздействия.

Источниками потенциальной **региональной военной опасности** Рос­сии и других стран СНГ являются государства, граничащие с территорией бывшего СССР на юге, которые способны в отдельности создать достаточно мощные группировки войск против северных соседей. Кроме того, источни­ком региональной военной опасности служат усиливающиеся террито­риальные и конфессиональные противоречия на северо-западе и востоке России. В то же время региональные военные опасности различного характера сглажены до определенной степени двусторонними соглашениями (экономическими, пограничными, военными, культурными и т. д.) и практически не переросли в военную угрозу для России, хотя и обладают большим взрыв­ным потенциалом.

**Локальная военная опасность** в настоящее время имеет более под­вижный характер, более выраженные и конкретные симптомы противоречий и менее короткий процесс по времени перехода к непосредственной воен­ной угрозе или к вооруженному конфликту. Локальная военная опасность России практически существует по всему периметру границ России с госу­дарствами дальнего зарубежья. Питательной средой для нее служат суще­ствующие чисто военные и территориальные противоречия, которые при оп­ределенных условиях могут перерасти в вооруженные конфликты.

В настоящее время все большую роль играют тенденции нарастания во­енной опасности внутри СНГ и России, которые могут перерасти в воору­женные конфликты различного масштаба и интенсивности, вызванные сле­дующими причинами.

Первая — несовпадение этнических и административных границ ряда государств СНГ и России. Эта же проблема имеет место внутри Российской Федерации между ее субъектами. Стремление некоторых республик к пере­смотру и уточнению границ может приводить к вооруженному конфликту.

Вторая — политические и экономические противоречия как внутри Рос­сии, так и с государствами СНГ, могут спровоцировать вооруженные конфликты, вызывающие нестабильность и создающие угрозу государственности России.

Третья — стремление властных националистических структур некото­рых автономий к полному суверенитету и созданию своих национальных фор­мирований.

Таким образом, для России в настоящее время существуют источники военной опасности в Европейском, Центрально-Азиатском, Азиатско-Тихоо­кеанском регионах.

Как показывает анализ исторического развития общества, разрешение комплекса противоречий между государствами или группами государств в большинстве случаев происходит с применением оружия. За пять с половиной тысяч лет на Земле произошло около 15 тысяч войн и вооруженных конфлик­тов. Это значит, что на каждый минувший век не приход/тоя даже одной мир­ной недели на планете.

Краткий анализ тенденции развития военно-политических отношений между государствами и источников военной опасности показывает, что при неблагоприятном развитии возможно резкое обострение существующих про­тиворечий между Россией и государствами ближнего и дальнего зарубежья. Это может привести к возникновению вооруженных конфликтов (войн), раз­личных по своим целям, задачам и масштабам.

Исходя из военных угроз, опасностей и мер по обеспечению безопас­ности России, расстановки военных и политических сил в мире и сопредель­ных с Россией государствах, а также возможных геополитических целей агрес­сора, военные конфликты начала XXI века могут развиваться по схеме, по­казанной на Рис.1, и будут характеризоваться, как:



Рис 1. Вариант развития военного конфликта (по данным **ГШ ВС РФ).**

* **приграничные войны,** где агрессором будут преследоваться цели прорыв государственной границы для пропуска контрабандистов, террористов или потоков беженцев; реализация территориальных претензий к России; поддержка сепаратистских движений на сопредельной территории; провоцирование вступления в конфликт НАТО на стороне агрессора; получе­ние доступа к ресурсам экономической зоны России;
* **локальные войны,** которые могут быть развязаны с целями: реализации территориальных претензий к РФ; поддержки вооруженных сепаратистских движений на территории России с задачей отторжения от нее от­дельных регионов, а также вытеснения российских миротворческих контингентов и российских военных баз в других государствах;
* **региональные войны** — это войны более крупного масштаба, которые будут проводиться с целями: разгрома основных военных сил РФ на театре военных действий(ТВД), захвата значительной части территории, ослабления военно-политического руководства государства и содействия территориальному распаду РФ, ослабления международных позиций России, окончательного размывания и распада СНГ и системы межгосударственных отношений;

- **крупномасштабная (мировая) война,** где агрессор — государство, коалиция государств или их блок, будет преследовать цели военного и эко­номического разгрома РФ и ее союзников, расчленения и ликвидации Рос­сии как государства — субъекта международных отношений.

Стратегический характер современных войн определяется возмож­ностями участвующих в них государств, военно-политическими целями и по­ставленными стратегическими задачами по их достижению. Наиболее харак­терными их чертами будут: скрытность подготовки и внезапность развязы­вания агрессии; массированное применение высокоточного оружия, средств радиоэлектронной борьбы, а в перспективе и оружия на новых физических принципах; применение ранее не известных форм и способов ведения бое­вых действий; ведение вооруженной борьбы во всех сферах - на суше, в воз­духе и на море при возрастающей роли средств воздушно-космического на­падения; активная борьба за завоевание стратегической инициативы и пре­восходства в управлении; огневое поражение важнейших объектов и элементов инфраструктуры государства и группировок войск на всю глубину их построения; маневренные действия войск при широком использовании аэромобильных сил, десантов и войск специального назначения; постоянная угроза расширения масштабов конфликта. Все это выдвигает новые требо­вания к структуре военной организации государства, в том числе и к системе медицинского обеспечения населения в военное время.

Характерным для современных войн является тот факт, что даже при учас­тии в них крупных воинских контингентов на больших территориях война, как правило, не объявляется, военное положение в государствах, вовлеченных в конфликт, не вводится, полномасштабные мобилизационные мероприятия не проводятся. Иначе говоря, **отсутствует четкий правовой рубеж между мир­ным и военным положением** в **стране, в которой по сути дела идет война.**

Становится очевидной необходимость поддержания структур медицин­ской службы Гражданской обороны в высокой боевой и мобилизационной го­товности. Даже в приграничном вооруженном конфликте, локальной войне не обойтись без проведения мероприятий ГО с частичной мобилизацией, особен­но в регионах, где такая агрессия совершена, да и в других регионах с целью восполнения потерь личного состава, техники, материальных средств и т.д.

Таким образом очевидно, что вероятные войны против России будут осуществляться только с применением современных обычных средств пора­жения. В последнее десятилетие произошел решительный поворот военных теоретиков и историков к разработке новой концепции войны, новых форм и способов вооруженной борьбы. Они исходят из того, что при качественно новых средствах вооруженной борьбы, создаваемых на базе новейших тех­нологий, в том числе высокоточного оружия и оружия, основанного на новых физических принципах, неизбежно изменится характер войны.

В связи с этим в концепции войн нового поколения решающая роль от­водится не живой силе, не ядерному, а высокоточному обычному оружию и оружию на новых физических принципах. Есть основания полагать, что эти виды оружия через 10-15 лет, а в некоторых странах, возможно, и раньше, существенно обесценят роль ядерного оружия, разрушат тот условный барь­ер, которым длительное время разделялось ядерное оружие и оружие обыч­ных средств поражения.

**3.2. Обычное оружие.**

Следует подчеркнуть относительность термина «обычное оружие», так как при применении этого вида оружия возможны массовые потери среди населения. Об этом свидетельствует опыт войн и вооруженных конфликтов XX столетия. Например, поданным Российского государственного военного архива, за годы Великой Отечественной войны среди гражданского населе­ния от воздействия авиации противника санитарные потери составили 73%, безвозвратные потери - 27%. Причем 60% из них были поражены осколками, 15% взрывной волной, 25% повреждений получены в завалах. Известно, что от воздушных налетов на Москву непосредственно на производстве были поражены 20%, на улице - 32,1%, в квартирах - 34,2%,в бомбоубежищах -10,1%, в траншеях - 3,6% от общего числа пораженных.

В результате нанесения авиационных ударов по Дрездену в феврале 1944 г, по данным, немецкого историка Курта фон Типпельскирхома, потери населения составили 25 тыс. чел., 30 тыс. чел. ранено, центральная часть го­рода площадью 15 км2 была совершенно разрушена, 27 тыс. жилых домов, 7 тыс. административных зданий превращены в развалины.

В последние годы отмечается резкое возрастание боевого потенциала развитых стран за счет количественного и качественного наращивания обыч­ных вооружений. Так, накопив значительные запасы оружия массового пора­жения, США и их союзники увеличили производство оружия обычных систем. Резко возросли их поражающие свойства и боевая эффективность. Дальней­шее развитие научно-технического прогресса в военной области находит свое концентрированное выражение в компьютеризации вооруженных сил. В оби­ход введен новый термин «компьютерно-технотронная война» (Серебряни­ков В.В, Дерюгин Ю.И., 1996). Интенсивно ведется разработка оружия на новых физических принципах

Как свидетельствует опыт вооруженного конфликта в районе Персидского залива (1991 г.) и боевых действий группировки сил блока НАТО против Югосла­вии (1999 г.), в концепции ведения современных войн странами Запада приори­тетная роль в последние годы отводится применению высокоточного обычного оружия, которое применяется в основном дистанционным методом с дальних расстояний практически без ведения полномасштабных наземных операций.

Основную роль носителя обычных средств поражения выполняет авиа­ция как наиболее мобильный компонент всей военной машины НАТО. Их са­молеты оснащаются высокоточным управляемым оружием - ракетами клас­са «воздух-земля», управляемыми авиационными бомбами (обычными авиа­ционными бомбами, фугасными, бронебойными, кумулятивными, бетонобойными, зажигательными, объемного взрыва и др.).

**Управляемые ракеты и авиабомбы** применяются для поражения про­мышленных объектов, железнодорожных узлов, крупных мостов, складов, радиолокационных и других важных объектов. Высокая точность (до 10 м) и большая мощность заряда (например, боеголовки «Буллап») позволяют на­носить удары по хорошо защищенным объектам и убежищам.

По сообщению представителя МИД Югославии, в результате нанесения ра­кетно-бомбовых ударов по территории Югославии с 24 марта по 16апреля 1999г. погибло около 1000 человек из числа гражданского населения этой страны. Не­сколько тысяч человек получили ранения. Причем соотношение потерь среди во­еннослужащих и гражданского населения составило соответственно 1:15.

К обычным видам современного оружия относят также **боеприпасы объемного взрыва.** Поражающими факторами боеприпасов объемного взрыва являются ударная волна, тепловое и токсическое воздействие. Зда­ния, сооружения, заглубленные объекты могут быть разрушены в результате действия ударной волны, а также затекания газовоздушной смеси (ГВС) во входы, каналы воздухоснабжения, коммуникации с последующей детонаци­ей ГВС. Причем взрыв ГВС, происходящий в замкнутой системе, является значительно более эффективным с точки зрения нанесения ущерба за счет оптимизации условий для процесса детонации.

**Боеприпасы с игольчатым наполнением** содержат в себе до 300 тон­ких стальных игл или стрел (28 мм), которые при взрыве и разлете загибают­ся в форме крючка и наносят ранения, приводящие к летальному исходу. Для поражения фажданского населения в современных войнах могут применяться зажигательные смеси (ЗС), представляющие собой пиротехнические сред­ства, содержащие напалм, термит или фосфор. ЗС широко применялись во время второй мировой войны, во время войны в Корее (1950-1953 гг.), во Вьет­наме (1964-1974 гг.). Ими могут снаряжаться авиабомбы, мины, фугасы. По­ражающее действие ЗС обусловлено термическими ожогами кожи и слизис­тых, инфракрасным излучением и отравлением продуктами горения. Горя­щей огнесмесью могут поражаться не только кожа, но и подкожная клетчатка, мышцы и даже кости. Фосфорные ожоги могут осложняться отравлением организма при всасывании фосфора через ожоговую поверхность. Таким образом, воздействие ЗС на организм человека носит многофакторный ха­рактер, часто вызывает комбинированные поражения, приводящие к разви­тию шока, появление которого возможно у 30% пораженных.

Косвенное воздействие обычных средств поражения является следстви­ем прямого воздействия на здания и сооружения ударной волны и огня. В результате могут возникать взрывы, пожары на объектах экономики и зара­жение территории, атмосферного воздуха, продуктов питания и воды хими­ческими (АХОВ), радиоактивными веществами (РВ), бактериальными сред­ствами (БС). При разрушении гидротехнических сооружений возможно воз­никновение зон катастрофического затопления.

**Особенности оказания медицинской помощи.** Применение обычных средств поражения требует оказания преимущественно хирургической по­мощи. Массовость и одномоментность поражений населения нередко при-

водит к невозможности оказания экстренной хирургической помощи всем в ней нуждающимся, в оптимальные сроки и в полном объеме имеющимися силами и средствами здравоохранения. Известно, что до 30% поражённых могут находиться в тяжелом и крайне тяжелом состояниях, требуя оказания неотложной хирургической помощи по жизненным показаниям, остальные — с поражениями легкой и средней тяжести. Оказание медицинской помощи для них может быть отсрочено, хотя в ряде случаев это грозит развитием раз­личных, нередко тяжелых осложнений.

Распределение травм по анатомическому признаку при массовых по­ражениях характеризуется преобладанием повреждений конечностей. При травмах головы и позвоночника отмечаются сотрясения и ушибы головного и спинного мозга, трещины и переломы костей черепа и позвоночника. Этот вид травмы более характерен для детей, у которых иногда частота его пре­вышает частоту повреждений конечностей. Остальные анатомические обла­сти (грудь, живот, таз и внутренние органы) повреждаются реже, занимая третье и четвёртое места. Следует иметь в виду, что при травмах черепа мно­гие из пострадавших просто не успевают получить экстренную медицинскую помощь и погибают на месте.

Отличительной чертой боевых повреждений хирургического профиля явля­ется значительная частота случаев множественных и сочетанных травм, а также комбинированных повреждений, сопровождающихся такими тяжелыми осложне­ниями, как травматический и ожоговый шок, острая кровопотеря, асфиксия, и т.д.

Особую важность при поражениях приобретает фактор времени. Толь­ко максимальное сокращение сроков начала оказания медицинской помощи способно уменьшить число неблагоприятных исходов. В основе организации медицинской помощи пораженным огнестрельным оружием лежит единая концепция патогенеза, диагностики и этапного лечения различных ранений и повреждений, последовательность и преемственность лечебных меропри­ятий, проводимых на этапах медицинской эвакуации1, и своевременность их выполнения, использование наиболее простых и доступных методов диагно­стики, основанных преимущественно на данных объективного исследования пораженного с целью срочного установления диагноза, определения прогноза и обеспечения своевременной и рациональной медицинской помощи.

Для каждого этапа медицинской эвакуации должен быть заранее чётко определен перечень мероприятий хирургической помощи с учётом возмож­ности их динамического изменения в зависимости от реальных условий ме­дицинской обстановки, не переступая рациональных границ.

В процессе оказания медицинской помощи при массовых поражениях резко возрастает роль средних медицинских работников, когда возникает не­обходимость максимальной активизации их работы, вплоть до выполнения ими некоторых врачебных обязанностей. Заблаговременная подготовка парамедиков, медицинских сестер и фельдшеров к этой работе - одна из важнейших задач хирургов. Особенно велика их роль в процессе медицинской эвакуации

**' *Под этапом медицинской эвакуации понимают медицинское подразделение или учреждение, Развернутое на путях медицинской эвакуации.***

поражённых, когда именно на сестёр возлагается обязанность по продолже­нию оказания экстренной медицинской помощи во время транспортировки.

В первые часы и даже дни после возникновения массовых поражений основная работа хирургов направлена на оказание экстренной хирургичес­кой помощи поражённым, и только по её завершении они вправе переходить к плановому лечению хирургических больных.

**3.3. Ядерное оружие.**

Ядерное оружие - оружие массового поражения взрывного действия, осно­ванное на использовании энергии деления тяжелых ядер некоторых изотопов ура­на и плутония, или при термоядерных реакциях синтеза легких ядер изотопов во­дорода дейтерия и трития, в более тяжелые, например, ядра изотопов гелия.

Ядерными зарядами могут быть снабжены боевые части ракет и торпед, авиационные и глубинные бомбы, артиллерийские снаряды и мины. По мощ­ности различают ядерные боеприпасы сверхмалые (менее 1 кг), малые (1-10 кт), средние (10-100 кт), крупные (100-1000 кг) и сверхкрупные (более 1000 кт). В зависимости от решаемых задач возможно применение ядерного ору­жия в виде подземного, наземного, воздушного, подводного и надводного взрывов. Особенности поражающего действия ядерного оружия на население определяются не только мощностью бсеприпаса и видом взрыва, но и типом ядерного устройства. В зависимости от заряда различают: атомное оружие, в основе которого лежит реакция деления; термоядерное оружие - при исполь­зовании реакции синтеза; комбинированные заряды; нейтронное оружие.

При ядерном взрыве на организм человека могут воздействовать спе­цифические поражающие факторы: ударная волна, световое излучение, про­никающая радиация, радиоактивное загрязнение местности. Воздушная ударная волна ядерного взрыва вызывает поражения людей как в результате прямого действия, так и косвенно, за счет травмирующего действия летящих обломков зданий, сооружений, осколков стекла и т.п. Поражения людей све­товым импульсом вызывают появление термических ожогов кожных покро­вов и органа зрения. Ожоги органов зрения могут приводить к ослеплению пораженных. Термические поражения могут быть обусловлены как непосред­ственно световым импульсом ядерного взрыва, так и пламенем при возгора­нии одежды и возникших в очаге пожаров.

Ионизирующие излучения являются важным компонентом ядерных взры­вов. Они состоят из потока нейтронов и гамма-излучения. Меньшее значение имеет поток бета-частиц, а также относительно незначительное количество альфа-частиц. Большая проникающая способность первичного излучения в сочетании с высокой биологической эффективностью нейтронов и гамма-лу­чей делают их одним из основных поражающих факторов ядерного взрыва.

В результате осаждения частиц из радиоактивного облака наземного или подводного взрывов на поверхность земли в виде радиоактивных осадков воз­никает опасность остаточного излучения. Радиоактивные осадки делят на два вида: ранние (локальные) и поздние (глобальные). Ранние осадки выпадают на поверхность земли в течение 24 часов после взрыва. Глобальные осадки выпадают в течение длительного времени на поверхности всего земного шара.

Первичное действие радиации реализуется в физических, физико-хи­мических и химических процессах с образованием химически активных сво­бодных радикалов (Н+, ОН~, НО2) обладающих высокими окислительными и восстановительными свойствами. В последующем образуются различные перекисные соединения, угнетающие активность одних ферментов и повы­шающие - других, играющих важную роль в процессах аутолиза (самораство­рения) тканей организма. Появление в крови продуктов распада радиочув­ствительных тканей и патологического обмена веществ при воздействии вы­соких доз ионизирующего излучения является основой формирования токсемии - отравления организма, связанного с циркуляцией в крови токси­нов. Основное значение в развитии радиационных поражений имеют нару­шения физиологической регенерации клеток и тканей, а также изменения функций регуляторных систем.

Электромагнитный импульс, сопутствующий ядерному взрыву, вызывая повреждение линий энергоснабжения, радиоэлектронной и электротехничес­кой аппаратуры, может распространяться по проводам на значительное рас­стояние и также вызывать поражение населения и сил ГО.

При комбинированном поражении населения травматические поврежде­ния от воздействия ударной волны могут сочетаться с ожогами от светового излучения, лучевой болезнью от воздействия проникающей радиации и радио­активного загрязнения местности. При одновременном воздействии на чело­века различных поражающих факторов ядерного взрыва возникают комбини­рованные поражения, для которых характерно развитие синдрома взаимного отягощения, ухудшающего перспективы на выздоровление. Характер возни­кающих комбинированных поражений зависит от мощности и вида ядерного взрыва. Например, даже при взрывах мощностью 10 кт радиусы поражающего действия ударной волны и светового излучения превосходят радиус пораже­ний от проникающей радиации, что определяющим образом будет влиять на структуру санитарных потерь в очаге ядерного поражения.

При взрывах ядерных боеприпасов малой и средней мощности ожидаются в основном комбинации травматических повреждений, ожогов и лучевой болез­ни, а при взрывах большой мощности - в основном комбинации травм и ожогов.

На основе изучения структуры санитарных потерь среди населения после нанесения ядерных ударов по японским городам Хиросима и Нагасаки подсчитано, что в 70% случаев имели место механические повреждения, в 50-85% - термические ожоги и в 30% - радиационные поражения. Анализ структуры санитарных потерь свидетельствует, что у 39,4% в Хиросиме и 42,2% в Нагасаки поражения носили комбинированный характер.

Острая лучевая болезнь у пораженных ядерным оружием развивается при внешнем гамма- и гамма-нейтронном облучении в дозе, превышающей ГР. полученной одномоментно или в течение короткого промежутка времени (от 3 до 10 суток), а также при поступлении внутрь радионуклидов, созда-их адекватную поглощенную дозу.

В зависимости от величины дозы развиваются различные по тяжести проявлений формы острой лучевой болезни с характерными для них симпто­мами. В табл. 1 представлены уровни доз, клинические формы и степени тя­жести острой лучевой болезни, а также сроки летальных исходов для форм с абсолютно неблагоприятным прогнозом (А.К. Гуськова и др., 1987г.).

Таблица 1. **Клинические формы и исходы острой лучевой болезни**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клиническая форма | Доза, Гр | Степень тяжести, исходы |
| Костномозговая | 1-2  2-4  4-6  6-10 | легкая (I) средняя (II) тяжелая (III) крайне тяжелая (IV) |
| Кишечная | 10-20 | Летальный исход на 8- 16-е сутки |
| Токсемическая (сосудистая) | 20-80 | Летальный исход на 4- 7-е сутки |
| Церебральная | >80 | Летальный исход на 1 - 3-е сутки |

**Нейтронное оружие** представляет собой малогабаритный термоядер­ный боеприпас мощностью до 10 кт, предназначенный в основном для пора­жения живой силы противника за счет действия нейтронного излучения. Ней­тронное оружие относится к тактическому ядерному оружию.

Академик Л.А. Ильин (1983 г.) выделяет прямые (непосредственные) и косвенные (опосредованные) последствия ядерных взрывов на людей и сре­ду их обитания. В свою очередь они подразделяются на ближайшие и отда­ленные последствия.

**Прямые** последствия обусловлены непосредственным воздействием поражающих факторов ядерных взрывов - светового излучения, электромаг­нитного импульса, ударной волны, первичной (мгновенной) радиации и ос таточной радиации в виде местных радиоактивных осадков, а также глобаль­ных радиоактивных выпадений.

**Косвенные** эффекты - это следствия дезинтеграции экономики, раз­рушения материально-технических основ и социальных аспектов жизни об­щества. К ним следует отнести нехватку продуктов питания, жилья, вспышки эпидемий, существенное учащение заболеваемости, включая психические заболевания; резкое ухудшение медицинской помощи.

**К опосредованным** эффектам следует отнести медико-биологические и экологические последствия вследствие возможности истощения озоново­го слоя атмосферы, изменений климата и иных, непредсказуемых в настоя­щее время явлений.

Потери среди населения и сил ГО в очагах ядерного поражения могут быть определены ориентировочно расчетным путем с использованием спе­циальных методик с учетом не только вида и мощности ядерного взрыва, но и от степени защищенности людей в местах нахождения на момент взрыва, вероятности и степени разрушения зданий и сооружений. В основе приня­тых в системе ГО методик расчета потерь среди населения в очаге ядерного поражения лежит вероятностная зависимость между возможной степенью поражения города, плотностью ядерных ударов (кт/км2) и характером разру­шения застройки.

Для здравоохранения РФ наиболее важными являются два основных комплекса вопросов:

**Первый** - всестороннее изучение и знание особенностей оказания ме­дицинской помощи населению при применении ЯО.

**Второй** - разработка организационных основ медико-санитарного обес­печения населения в военное время, опирающихся на методики обоснова­ния потребностей пораженного населения в оказании медицинской помощи и реальных возможностей здравоохранения.

Возникновение очагов массовых санитарных потерь, разрушение лечеб­но-профилактических учреждений с нарушением системы медицинского обеспечения населения, потери медицинского персонала, радиоактивное загрязнение местности, продуктов питания, воды, лекарственных средств и медицинского имущества, ограниченное пребывание медицинского персо­нала в очаге поражения, необходимость работы в индивидуальных средствах защиты, преобладание комбинированных форм поражений формируют осо­бенности организации оказания медицинской помощи населению и потре­буют максимального напряжения сил здравоохранения.

**3.4. Химическое оружие.**

Химическое оружие (ХО) вероятного противника — это средства бое­вого применения, поражающие свойства которых основаны на токсическом воздействии на организм человека отравляющих веществ и белковых токси­нов. ХО предназначается для массового уничтожения или выведения из строя населения и личного состава ГО, а также для заражения местности, боевой техники и других материальных средств.

В ходе первой мировой войны не менее 1,3 млн. чел. подверглись от­равлению ядовитыми газами, 91 тыс. из них погибли. Химическое оружие при­менялось в 1930-х годах итальянской армией в Эфиопии и Японией в Маньч­журии. В современных условиях массированное применение ХО стратегичес­кой авиацией вероятного противника возможно практически по любому региону Российской Федерации.

К преимуществам химического оружия причисляют его способность избирательно поражать живую силу без разрушения и уничтожения матери­альных ценностей, принадлежащих противнику. Современная концепция при­менения вероятным противником химического оружия предусматривает воз­можность применения боевых отравляющих веществ самостоятельно, а так­же в сочетании с обычным, ядерным и другими видами оружия.

В армии США принята классификация отравляющих веществ, состав­ляющих основу химического оружия, по тактическому назначению и физиологическому действию на организм человека. По тактическому назначений ОВ подразделяются на смертельные, временно выводящие живую силу из строя, раздражающие и учебные.

По физиологическому действию на организм различают следующие ОВ

1. Нервно-паралитического действия - GA (табун), GB (зарин), GD (зоман), УХ(Ви-Икс).
2. Кожно-нарывные - Н (технический иприт), HD (перегнанный иприт). НТ и HQ (ипритные рецептуры), HN (азотистый иприт).
3. Общеядовитого действия - АС (синильная кислота), СК (хлорциан).
4. Удушающие - CG (фосген).
5. Психохимические - BZ (би-Зет).
6. Раздражающие - CN (хлорацетофенон), DM (адамсит), CS (Си-Эс), CR (Си-Ар).

По быстроте наступления поражающего действия различают быстродей­ствующие ОВ, не имеющие периода скрытого действия (GB, GD, АС, АК, СК, CS, CR), и медленнодействующие ОВ, обладающие периодом скрытого дей­ствия (VX, HD, CG, BZ).

В зависимости от продолжительности сохранения поражающей способ­ности, ОВ смертельного действия подразделяют на две группы:

1. Стойкие ОВ, которые сохраняют свое поражающее действие на местности в течение нескольких часов и суток (VX,GD,HD).
2. Нестойкие ОВ, поражающее действие которых сохраняется несколь­ко десятков минут после их применения (AC.CG).

Поражения человека ОВ могут иметь общий или местный характер. Ме­стное действие проявляется в виде поражения кожных покровов, органов ды -хания, зрительного аппарата в результате прямого контакта с ОВ.

Общее поражение наблюдается при проникновении ОВ в кровь через органы дыхания или через кожные покровы.

Токсичность ОВ - это способность ОВ оказывать поражающее действие на организм человека. Токсодоза - количественная характеристика токсично­сти ОВ, соответствующая определенному эффекту поражения. Для характе­ристики ОВ при ингаляционных поражениях выделяют следующие токсодозы.

**LCt50** - **средняя смертельная,** вызывающая смертельный исход у 50% пораженных;

**JCts0- средняя выводящая из строя,** обеспечивающая выход из строя 50% пораженных;

**PCt50- средняя пороговая,** вызывающая начальные симптомы пора­жения у 50% пораженных.

Ингаляционные токсодозы измеряются в граммах в минуту (в секунду) на кубический метр (мин/м3).

Токсичность ОВ, поражающих через кожные покровы, выражается кож-но-резорбтивной токсодозой LD^ Это средняя смертельная токсическая доза.

Основным оперативным методом определения последствий примене­ния ХО является прогнозирование. Полученные расчетным путем данные за­тем уточняются по мере поступления информации от органов разведки.

Определение потерь населения и личного состава сил ГО в районе приме­нения ХО вероятного противника осуществляют по критерию математического ожидания относительно доли людей, получивших поражения не ниже средних.

**Особенности оказания медицинской помощи** пораженным при при­меним химического оружия:

* медицинский персонал должен быть в индивидуальных средствах защиты, что затрудняет возможность выполнения медицинских мероприятий в очаге;
* для пораженных некоторыми ОВ потребуется проведение полной специальной обработки;
* максимальное приближение к очагу поражения неотложной специализированной медицинской помощи;
* особенности клинического течения поражений боевыми отравляющими веществами исключают срочную эвакуацию пораженных до стабилизации их состояния и требуют перепрофилизации отделений ЛПУ;
* с наибольшей нагрузкой будут работать терапевтические отделения и с наименьшей - хирургические;
* для пораженных химическим оружием требуется выделять отдельные перевязочные и операционные с инструментарием, перевязочным материа­лом и медикаментами.

**3.5. Биологическое оружие.**

Биологическое оружие (БО) - это специальные боеприпасы и боевые при­боры со средствами доставки, снаряженные биологическими средствами.

БО является оружием массового поражения людей, сельскохозяйствен­ных животных и растений, действие которого основано на использовании бо­лезнетворных свойств микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности -токсинов. Биологическое оружие является наиболее одиозным из всех средств ведения вооруженной борьбы. В 1972 году была подписана Конвенция о зап­рещении разработки, производства и накопления запасов биологического (бак­териологического) и токсинного оружия и об их уничтожении. Однако декла­ративный характер биологической конвенции, отсутствие в ее тексте положе­ний о международном контроле за выполнением обязательств государствами - участниками конвенции оставляют лазейки для стран, продолжающих раз­работку и накопление БО, и угроза его применения в современных войнах и вооруженных конфликтах продолжает сохраняться. Основу поражающего дей­ствия БО составляют специально отобранные для боевого применения биоло­гические средства - бактерии, вирусы, риккетсии, грибы и токсины.

В качестве БО могут быть использованы возбудители чумы, холеры, си­бирской язвы, туляремии, бруцеллеза, сапа и натуральной оспы, пситтаккоза, желтой лихорадки, ящура, венесуэльского, западного и восточного аме­риканских энцефаломиелитов, эпидемического сыпного тифа, лихорадки КУ, пятнистой лихорадки скалистых гор и лихорадки цуцугамуши, кокцидиоидо-микоза, нокардиоза, гистоплазмоза и др. Среди микробных токсинов наиболее вероятно применение для ведения биологической войны ботулинического токсина и стафилококкового энтеротоксина.

Пути проникновения болезнетворных микробов и токсинов в организм человека могут быть следующими:

1. Аэрогенный - с воздухом через органы дыхания.
2. Алиментарный - с пищей и водой через органы пищеварения.
3. Трансмиссивный путь - через укусы зараженных насекомых.
4. Контактный путь-через слизистые оболочки рта, носа, глаз, а также поврежденные кожные покровы.

Основными способами применения БО являются следующие:

а) аэрозольный - заражение приземного воздуха путем распыления жидких или сухих биологических рецептур;

б) трансмиссивный - рассеивание в районе цели искусственно зараженных кровососущих переносчиков;

в) диверсионный способ - заражение воздуха, воды, продуктов пита­ния с помощью диверсионного снаряжения.

Наиболее эффективным способом применения БО считается аэрозоль­ный, позволяющий осуществлять заражение воздуха и местности на боль­ших территориях, вызывая массовые заболевания людей, животных и расте­ний. В настоящее время вероятный противник располагает современной си­стемой технических средств применения биологических рецептур и их доставки к цели на всех театрах военных действий.

Доставка технических средств применения БО может осуществляться стратегическими, оперативно-тактическими, крылатыми ракетами, самоле­тами стратегической и тактической авиации. Согласно взглядам зарубежных специалистов (Ротшильд Д., Розбери Т., Кабат Э.), БО предназначается для решения преимущественно стратегических и тактических задач - массового поражения войск и населения, ослабления военно-экономического потенци­ала, дезорганизации системы государственного и военного управления, еры ва и затруднения мобилизационного развертывания ВС.

Потери населения и личного состава ГО в очаге биологического пора­жения определяются количеством населения (личного состава ГО), которое может оказаться пораженным в результате воздействия первичного и вто­ричного аэрозоля БС, а также за счет эпидемического распространения за­болевания. Потери зависят от степени достижения внезапности биологичес­ких ударов, типа БС, степени защищенности населения и личного состава ГО.

Санитарные потери от биологического оружия могут значительно коле­баться в зависимости от вида микробов, их вирулентности, контагиозности, масштабов применения и организации противобактериологической защиты и могут составлять 25-50%.

Медицинская обстановка в очаге бактериологического (биологическо­го) поражения в значительной мере будет определяться не только величиной и структурой санитарных потерь, но и наличием сил и средств, предназна­ченных для ликвидации последствий, а также их подготовленностью.

Основными противоэпидемическими мероприятиями при возникнове­нии эпидемического очага являются:

1) регистрация и оповещение населения;

1. проведение санитарно-эпидемиологической разведки;
2. выявление, изоляция и госпитализация заболевших;
3. режимно-ограничительные или карантинные мероприятия;
4. общая и специальная экстренная профилактики;
5. обеззараживание эпидемического очага;

7) выявление бактерионосительства и усиленное медицинское наблюдение; 8) санитарно-разъяснительная работа.

3.6. **Нелетальное оружие.**

Военные специалисты отмечают, что в последнее десятилетие, при раз­работке концепции современных войн, в странах блока НАТО все большее значение придается созданию принципиально новых видов оружия. Его от­личительной чертой является поражающее действие на людей, не приводя­щее, как правило, к смертельным исходам у пораженных.

К этому виду относят оружие, которое способно нейтрализовать или ли­шать противника возможности вести активные боевые действия без значитель­ных безвозвратных потерь живой силы и разрушений материальных ценностей.

К возможному оружию на новых физических принципах, прежде всего, нелетального воздействия, можно отнести

* лазерное оружие;
* оружие электромагнитного импульса;
* источники некогерентного света;
* средства радиоэлектронной борьбы;
* СВЧ оружие;
* метеорологическое, геофизическое оружие;
* инфразвуковое оружие;
* биотехнологические средства;
* химическое оружие нового поколения;
* средства информационной борьбы;
* психотропное оружие;
* парапсихологические методы;

-высокоточное оружие нового поколения (интеллектуальные боеприпасы) - биологическое оружие нового поколения (включая психотропные сред­ства).

Новые средства вооруженной борьбы, по мнению военных специалис­тов, будут использоваться не столько для ведения военных действий, сколь­ко для того, чтобы лишить противника возможности активного сопротивле­ния за счет поражения его наиболее важных объектов экономики и инфра­структуры, разрушения информационного и энергетического пространства, нарушения психического состояния населения. Как показал опыт войны, раз­вязанной странами блока НАТО против Югославии в 1999г., этот результат может достигаться широким использованием специальных операций, уда-Рами крылатых ракет воздушного и морского базирования, а также массиро­ванным использованием средств радиоэлектронной борьбы.

**Лучевое оружие** — это совокупность устройств (генераторов), поражаю­щее действие которых основано на использовании остронаправленных лучей электромагнитной энергии или концентрированного пучка элементарных частиц, разогнанных до больших скоростей. Один из видов лучевого оружия осно­ван на использовании лазеров, другим его видом является **пучковое** (ускори­тельное) оружие. Лазеры представляют собой мощные излучатели электромаг­нитной энергии оптического диапазона — «квантовые оптические генераторы».

Поражающее действие лазерного луча достигается в результате нагре­вания до высоких температур материалов объекта, приводящее к их расплав­лению и даже испарению, повреждению сверхчувствительных элементов, поражению органов зрения и нанесению человеку термических ожогов кожи. Действие лазерного луча отличается скрытностью (отсутствием внешних при­знаков в виде огня, дыма, звука), высокой точностью, прямолинейностью распространения, практически мгновенным действием.

Применение лазеров с наибольшей эффективностью может быть дос­тигнуто s космическом пространстве для уничтожения межконтинентальных баллистических ракет и искусственных спутников Земли, как это предусмат­ривается в американских планах «звездных войн». Лазерное оружие, по мне­нию специалистов, может быть применено для поражения органов зрения в тактической зоне боевых действий.

Разновидностью лучевого оружия является **ускорительное оружие.** По­ражающим фактором ускорительного оружия служит высокоточный остронап­равленный пучок насыщенных энергией заряженных или нейтральных частиц (электронов, протонов, нейтральных атомов водорода), разогнанных до боль­ших скоростей. Ускорительное оружие называют также **пучковым** оружием.

Объектами поражения могут быть, прежде всего, искусственные спут­ники Земли, межконтинентальные, баллистические и крылатые ракеты раз­личных типов, а также различные виды наземного вооружения и военной тех­ники. Весьма уязвимым элементом перечисленных объектов является элек­тронное оборудование. Не исключается возможность интенсивного облучения ускорительным оружием живой силы противника. Согласно американским источникам, существует возможность интенсивного облучения ускоритель­ным оружием из космоса больших площадей земной поверхности (сотен квад­ратных километров), которое приведет к массовому поражению расположен­ных на них людей и других биологических объектов

**Радиочастотное оружие** — средства, поражающее действие которых основано на использовании электромагнитных излучений сверхвысокой (СВЧ) или чрезвычайно низкой частоты (ЧНЧ. Диапазон сверхвысоких частот на­ходится в пределах от 300 МГц до 30 ГГц, к чрезвычайно низким относятся частоты менее 100 Гц.

Объектом поражения радиочастотным оружием является живая сила, при этом имеется в виду известная способность радиоизлучений сверхвысокой и чрезвычайно низкой частоты вызывать повреждения (нарушения функций) жизненно важных органов и систем человека — таких, как мозг, сердце, цент­ральная нервная система, эндокринная система и система кровообращения.

Радиочастотные излучения способны также воздействовать на психику че­ловека, нарушать восприятие и использование информации об окружающей действительности, вызывать слуховые галлюцинации, синтезировать дезориентиру­ющие речевые сообщения, вводимые непосредственно в сознание человека,

**Инфразвуковое оружие** — средства массового поражения, основан­ие на использовании направленного излучения мощных инфразвуковых ко­лебаний с частотой ниже 6 Гц.

Поданным иностранных источников, такие колебания могут воздейство­вать на центральную нервную систему и пищеварительные органы человека, вызывают головную боль, болевые ощущения во внутренних органах, нару­шают ритм дыхания.

При более высоких уровнях мощности излучения и очень малых часто­тах появляются такие симптомы, как головокружение, тошнота и потеря со­знания. Инфразвуковое излучение обладает также психотропным действием на человека, вызывает потерю контроля над собой, чувство страха и панику. Перспективной в военном смысле считается разработка возможностей био­логического воздействия радиочастотного и инфразвукового излучений на человека. Полученные *в* США результаты показывают, что пороговое значе­ние для плотности энергии, вызывающее «радиозвук», составляет для чело­века около 10 мкДж/см2при длительности импульса 20 мкс. В целях военно­го использования «радиозвука» предполагается синтезирование речевых сообщений, вводимых непосредственно в сознание человека.

Установлено, что сильное СВЧ-излучение может действовать как стрес­совый фактор, влияющий на регуляторные системы. При воздействии на орга­низм «радиозвука» отмечается нарушение восприятия, переработки и хра­нения информации, что может отразиться на поведении и психике человека. Использование «радиозвука» представляется перспективным для проведе­ния крупномасштабных психологических операций.

**Геофизическое оружие** — принятый в ряде зарубежных стран услов­ный термин, обозначающий совокупность различных средств, позволяющих использовать в военных целях разрушительные силы неживой природы пу­тем искусственно вызываемых изменений физических свойств и процессов, протекающих в атмосфере, гидросфере и литосфере Земли.

В США и других странах НАТО делаются также попытки изучать возмож­ность воздействия на ионосферу, вызывая искусственные магнитные бури и по­лярные сияния, нарушающие радиосвязь и препятствующие радиолокационным наблюдениям в пределах обширного пространства. Изучается возможность круп­номасштабного изменения температурного режима путем распыления веществ, поглощающих солнечную радиацию, уменьшения количества осадков, рассчи­танного на неблагоприятные для противника изменения погоды (например, засуху). Разрушение слоя озона в атмосфере предположительно может дать воз­можность направить в районы, занимаемые противником, губительное действие космических лучей и ультрафиолетового излучения Солнца.

Термин «геофизическое оружие» отражает, по существу, одно из бое­вых свойств ядерного оружия — оказание влияния на геофизические процес­сы в направлении инициирования их опасных последствий для войск и насе-Ления. Иными словами, поражающими (разрушительными) факторами геофизического оружия служат природные явления, и роль их целенаправлен­ного инициирования выполняет главным образом ядерное оружие.

К геофизическому оружию можно отнести средства, способные вызвать такие изменения свойств и процессов, протекающих в твердой, жидкой и га­зообразной оболочках Земли, которые приводят к воздействию на населе­ние разрушительными силами неживой природы. Преднамеренное воздей­ствие на атмосферные процессы связывают с понятиями метеорологичес­кого и климатического оружия (Березкин Г.А.,1998).

**Метеорологическое оружие** применялось во время войны во Вьетна­ме в виде засевов переохлажденных облаков микрокристаллами йодистого серебра. Назначение этого вида оружия - целенаправленное воздействие на погоду в целях снижения возможностей противника по обеспечению его **по­требностей** в продовольствии и других видах сельхозпродукции.

**Климатическое оружие** представляет собой средства воздействия в во­енных целях на местный или глобальный климат планеты и предназначено для многолетнего изменения характерных режимов погоды на определенных тер­риториях. Даже небольшие изменения климата могут серьезно повлиять на эко­номику и условия жизни целых регионов - снижению урожайности важнейших сельскохозяйственных культур, резкому росту заболеваемости населения.

В настоящее время теоретически обоснованы способы (путем прове­дения подземных взрывов) искусственного инициирования извержений вул­канов, землетрясений, волн цунами, сходов снежных лавин, селей и ополз­ней, других стихийных бедствий, способных приводить к массовым потерям среди населения. Эффективным, с военной точки зрения, является озонное оружие. Его применение приводит к истощению слоя озона и повышает ин­тенсивность ультрафиолетового облучения поверхности Земли. Это вызывает повышение заболеваемости раком кожи, снежной слепотой, снижает урожай­ность сельскохозяйственных культур.

**Радиологическое оружие** — один из возможных видов оружия массо­вого поражения, действие которого основано на использовании боевых ра­диоактивных веществ. Под боевыми радиоактивными веществами понима­ют специально получаемые и приготовленные в виде порошков или раство­ров вещества, содержащие в своем составе **радиоактивные** изотопы химических элементов, обладающие ионизирующим излучением.

Действие радиологического оружия может быть сравнимо с действием радиоактивных веществ, которые образуются при ядерном взрыве и загряз­няют окружающую местность. В результате интенсивного и длительного из­лучения боевые радиоактивные вещества могут вызывать губительные по­следствия для животного и растительного мира.

Основным источником получения боевых радиоактивных веществ служат отходы, образующиеся при работе ядерных реакторов. Они могут быть также получены путем облучения заранее подготовленных веществ в ядерных реак­торах или боеприпасах. Бурное развитие ядерной энергетики в последние годы и достижения физики высоких энергий предоставили возможность развитым в индустриальном отношении государствам получать радиоактивные вещества с различными периодами распада в таких количествах, которые позволяют, по мнению военных специалистов США, широко применять радиологическое ору­жие в будущих войнах и создавать загрязнение на необходимый период.

Применение боевых радиоактивных веществ может осуществляться с помощью авиационных бомб, распылительных авиационных приборов, беспи­лотных самолетов, крылатых ракет и других боеприпасов и боевых приборов

Исследования западных специалистов по разработке новых видов бое­вых отравляющих веществ, временно выводящих из строя, направлены на изучение психотропных пептидов, а также депрессантов и стимуляторов, ко­торые не поддаются индикации имеющимися приборами химической развед­ки, а средств защиты от них пока не имеется.

Значительную опасность при использовании в военных целях представляет генная инженерия с ее возможностями по созданию множества ранее неизвест­ных биологических средств, вызывающих поражение человеческого организма.

Большинство из перечисленных средств были объединены в новую груп­пу средств вооруженной борьбы, получивших название «оружие нелетально­го действия», которое предполагается использовать для поражения людей, техники и окружающей среды. Следует отметить, что страны, входящие в блок НАТО, активно применяли указанный новый вид оружия в ходе локальных во­оруженных конфликтов - в Персидском заливе, Югославии, Сомали, Гаити, Боснии. Не следует сбрасывать со счетов и возможность применения неле­тального оружия террористическими методами.

Медицинские последствия применения перечисленных новых перспек­тивных видов оружия в настоящее время не поддаются количественной оцен­ке, однако возможность их использования и характер последствий должны быть учтены при планировании мероприятий по медицинской защите насе­ления в военное время. В этих условиях актуальными становятся задачи по разработке и внедрению средств и способов защиты от оружия с нетрадици­онными поражающими факторами.

**3.7. Медико-тактическая характеристика очагов комбиниро­ванного поражения.**

При воздействии средств поражения противника по объектам экономики на население могут воздействовать одновременно или последовательно различные поражающие факторы различных видов оружия. Возможно наложение одного поражающего фактора на другой. Например, взрыв, сопровождающийся взрыв­ной волной и возникновением очагов пожара на объекте экономики и т. п.

Таким образом, под комбинированными понимают поражения, вызыва­емые одновременным действием двух и более поражающих факторов одно­го (например, ядерного) или нескольких видов оружия (ядерного и огне­стрельного, огнестрельного и химического, огнестрельного и биологическо­го и др.) или чрезвычайной ситуации природного или техногенного характера.

Как правило, один из поражающих факторов является ведущим, он вы­зывает наиболее тяжелые нарушения состояния организма.

По ведущему фактору различают: комбинированные радиационные по­ражения, комбинированные механотермические поражения, комбинирован­ные химические поражения.

Территорию, на которую одновременно или последовательно воздей­ствовали два или более вида поражающих факторов оружия и на которой воз­никли массовые поражения людей, сельскохозяйственных животных и рас­тений, а также вышли из строя здания и сооружения, принято называть *оча­гом комбинированного поражения* (ОКП).

Кроме того, ОКП могут возникать вследствие природных или техноген­ных катастроф, сопровождающихся разрушением емкостей (хранилищ), со­держащих АХОВ, например, хлорсодержащие, аммиачные и цианистые ве­щества, некоторые компоненты ракетного топлива (азотистые и другие со­единения), при авариях на атомных электростанциях, когда возможно комбинированное воздействие различных поражающих факторов (взрывная волна, радиационное излучение, химические вещества и др.).

В зависимости от сочетания поражающих факторов современных ви­дов оружия, ОКП могут быть двойного и более наложения. Их разнообразие можно свести к нескольким вариантам.

Так, например:

* очаг комбинированного травматологического и химического поражения,
* очаг комбинированного травматологического и радиационного поражения;
* очаг комбинированного травматологического и термического поражения и др.

Менее вероятно возникновение ОКП от трех и более видов поражаю­щих факторов современного оружия, хотя и их полностью исключить нельзя.

При оказании помощи пострадавшим с комбинированными поражени­ями нужно учитывать следующие особенности:

* наличие у пораженных ведущего компонента поражения, создающего в каждый момент наибольшую опасность для жизни;
* усложнение перечня лечебно-профилактических мероприятий при оказании пораженным медицинской помощи и их лечении (проведение санитарной обработки, прием средств профилактики поражения и др.), установление определенной последовательности в их проведении;
* наличие дополнительных условий, затрудняющих деятельность здравоохранения в военное время или в условиях ЧС мирного времени (работа в средствах защиты);
* ограниченность времени пребывания медицинского персонала при работе в очагах химического и радиационного загрязнения.

Патологические изменения в организме человека вследствие комби­нированного воздействия поражающих факторов, как правило, представля­ют собой не просто сумму симптомов поражения, наблюдающихся при каж­дом изолированном поражении, а сложную реакцию организма со своими ка­чественными особенностями в патогенезе и клинике проявления поражений. Так, в отдельных случаях может наблюдаться синергизм в их действии, приводящий к взаимному отягощению, а в других - антагонизм, хотя и не резко выраженный. Примером синергизма является утяжеление ОЛБ при пораже­нии ипритом и другими химическими ядами, когда наблюдается резкое по­давление функции клеток, регенерации тканей и т. п. И, наоборот, при пора­жении веществами общеядовитого действия (синильной кислоты) и другими ядами, ингибирующими тканевое дыхание, несколько смягчается течение ОЛБ. Облученные ткани менее чувствительны к гипоксии, и может наблюдать­ся замедленность в развитии фаз поражения этими ядами.

При поражении ОВ удушающего действия типа фосген в более поздние сроки после воздействия ионизирующим излучением симптомы поражения развива­ются медленно и течение интоксикации легче. В то же время при отравлении ди­фосгеном в ранние сроки после облучения тяжесть и выраженность общих про­явлений (одышка, апатия, температура) возрастают, увеличивается летальность.

Эти особенности в развитии и течении комбинированных поражений радиационными и химическими веществами, а также в формировании по­терь от них, необходимо учитывать при оказании медицинской помощи по­раженным и их лечении.

**Особенности формирования санитарных потерь в очагах комби­нированного поражения.** При наложении эффекта поражения различных поражающих факторов величина санитарных потерь и особенно тяжесть по­вреждений возрастут по сравнению с потерями в одинарном (ординарном) очаге массовых поражений. Среди них число пораженных с неблагоприят­ным исходом значительно увеличится, в частности, среди пораженных с ме­ханической и термической травмой. Особенно это будет проявляться в оча­гах ядерного поражения (ударная волна, поражения вторичными ранящими снарядами и пламя пожаров).

В зонах радиоактивного загрязнения величина потерь среди населения будет определяться в основном радиационным фактором, распространяю­щим свое действие на более обширную территорию.

Величина и структура санитарных потерь в очагах комбинированного поражения ОВ и инфекционных болезней во многом зависят от эффективно­сти использования населением индивидуальных и коллективных средств за­щиты. Своевременное и правильное их применение может предупредить или значительно снизить потери и тяжесть комбинированных поражений.

Санитарные потери в ОКП всегда будут массовыми и сложной структу­ры. При комбинированном поражении вероятны *периодичность и волнообразность развития течения в смене ведущей патологии* поражения и прояв­ление в определенной степени *синдрома взаимного отягощения.*

Анализ показывает, что прямой перенос требований военно - медицин­ской доктрины при организации медицинской помощи населению невозмо­жен. И здесь чрезвычайно важной становится рациональная организация всей системы медицинского обеспечения населения и сил ГО, включающей:

- определение потребностей населения в медицинской помощи при ло­кальных войнах и реальные возможности здравоохранения при медицинс­ком обеспечении пораженных;

* четко налаженное взаимодействие между всеми медицинскими силами, принимающими участие в ликвидации последствий применения средств поражения;
* устойчивую связь;
* своевременную доставку медицинского персонала, медикаментов и необходимой техники;
* обеспечение высококачественной доврачебной помощи, средств ее контроля и анализа;
* единые подходы к перечню мероприятий и объему медицинской по­мощи на каждом ЭМЭ;
* бесперебойную работу транспорта и информационных служб.

**3.8. Классификация потерь населения в очагах поражения в военное время.**

Потери населения, возникающие в результате применения возможным про­тивником средств вооруженной борьбы, подразделяются на общие, санитарные и безвозвратные. **Общие потери** - это совокупные потери среди населения в очаге поражения. Они суммарно состоят из санитарных и безвозвратных потерь. **Санитарные потери** - это пораженные, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, потерявшие трудоспособность не менее чем на сутки и поступившие на этапы медицинской эвакуации. **Безвозвратные потери** - это погибшие на мес­те до оказания медицинской помощи или пропавшие без вести.

При применении современных видов оружия у населения возможно воз­никновение изолированных, множественных, сочетанных и комбинированных поражений.

Изолированное поражение возникает при получении одиночного по­вреждения человека одним поражающим агентом. При одномоментном по­ражении одной анатомической области несколькими ранящими агентами одного вида травмирующего фактора (например, осколками), возникают множественные поражения.

К сочетанным поражениям относят одномоментные повреждения несколь­ких анатомических областей человеческого тела одним травмирующим агентом. При воздействии на человека различных поражающих факторов возникают ком­бинированные поражения (например, ранение и лучевое поражение).

Наибольшее значение для организации медицинского обеспечения на­селения в очагах поражения военного времени имеют величина и структура санитарных потерь. Под структурой санитарных потерь понимается процен­тное отношение различных категорий пораженных к общему числу санитар­ных потерь среди населения.

В целях планирования лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных са­нитарные потери подразделяются по степени тяжести на легкие, средние и тяжелые.

Учитывая возможность применения вероятным противником в войнах ши­рокого арсенала средств вооруженной борьбы против гражданского населе­ния, штабам МС ГО следует учитывать в своих планах возможность возникнове­ния на территории России очагов поражения с массовыми санитарными потерями, которые будут характеризоваться сложной и разнообразной структурой с преобладанием тяжелых и комбинированных форм поражения.

Следует отметить, что прогноз возможных санитарных потерь среди населения в очагах поражения, осуществляемый в мирное время, безуслов­но, носит приблизительный характер. Однако он позволяет соответствующе­му начальнику медицинской службы ГО и его штабу определять ориентиро­вочную потребность в силах и средствах, разрабатывать и принимать пред­варительное решение на создание группировки медицинских сил, предназначенной для организации медицинского обеспечения населения в очаге поражения. В дальнейшем, в случае применения противником опреде­ленного вида оружия на данной территории, предварительные расчетные данные по медицинской обстановке уточняются за счет информации, полу­ченной от подчиненных и взаимодействующих органов управления, а также в результате разведки очага поражения.

Наибольшее значение имеет уточнение величины санитарных потерь, их структуры, дислокации и степени доступности пораженных для оказания им медицинской помощи. На основе этих данных в решение начальника ме­дицинской службы вносятся соответствующие коррективы.

**3.9. Методики прогнозирования и оценки медицинской обстановки в очагах поражения.**

Медицинская обстановка - это совокупность факторов, характеризующих условия деятельности здравоохранения, в том числе и медицинской службы ГО, ее сил и средств, содержание и объем предстоящей работы, а также сани­тарно-эпидемиологическое состояние очагов поражения, которое может ока­зывать влияние на организацию и ход медицинского обеспечения пораженно­го населения и сил гражданских организаций гражданской обороны (сил ГО).

Главнейшими из этих факторов являются:

1. Вид и масштабы примененного противником оружия.
2. Величина и структура потерь среди населения, их дислокация в вероятных очагах поражения.
3. Условия, в которых находятся пострадавшие в очаге поражения, и прежде всего их доступность для оказания им медицинской помощи, а также климато - географические условия, время года, суток, метеорологические условия и др.
4. Состояние путей медицинской эвакуации, величина, масштабы и степень опасности заражения территории РВ, ОВ и БС.
5. Имеющиеся в наличии медицинские силы и средства, их состояние и возможности.
6. Условия для организации управления медицинскими силами и средствами.

Оценка медицинской обстановки заключается в определении объема работ по медицинскому обеспечению пораженного населения и сил ГО и уточ­нения возможностей сохранившихся сил и средств медицинской службы ГО в конкретных условиях, сложившихся после нападения противника.

Оценка медицинской обстановки проводится на основе информации, полученной из следующих источников:

* данных прогноза возможной обстановки (расчетные данные готовятся в ходе повседневной деятельности);
* донесений подчиненных;
* информации вышестоящих органов управления, взаимодействующих служб ГО, военно-медицинской службы ВС РФ;

• разведки, организуемой органами управления и службами ГО. Выделяют три этапа оценки медицинской обстановки.

**На первом этапе** оценка медицинской обстановки осуществляется заб­лаговременно в мирное время по данным прогноза с целью планирования мероприятий по медицинскому обеспечению населения и сил ГО в условиях применения возможным противником современных средств поражения.

**На втором этапе** оценка медицинской обстановки производится по расчетным данным после нападения противника с целью подготовки пред­ложений в предварительное решение начальника гражданской обороны (НГО) по медицинскому обеспечению аварийно-спасательных и других неотложных работ (АСДНР) в очаге поражения.

**На третьем этапе** медицинская обстановка уточняется по реальным данным, полученным от разведывательных органов.

При оценке медицинской обстановки в мирное время начальник МС ГО на основе анализа возможной оперативно-тактической и медицинской об­становки готовит соответствующие выводы.

Выводы должны отражать следующие вопросы:

1. Характер ожидаемых медико-санитарных последствий применения противником современных видов оружия, величина и структура возможных санитарных потерь среди населения и сил ГО.
2. Задачи МС ГО по медицинскому обеспечению пораженных в конкретных условиях прогнозируемой обстановки.
3. Объем планируемой работы по медицинскому обеспечению пораженного населения.
4. Соответствие имеющихся медицинских сил и средств объему предстоящих работ и определение недостающих кадровых и материальных ресурсов.
5. Создание группировки медицинских сил и средств в соответствии с поставленными задачами.
6. Планируемый маневр силами и средствами в различных условиях обстановки и направления взаимодействия с ведомственным здравоохранением.
7. Содержание и последовательность выполнения мероприятий по пе­реводу МС ГО с мирного на военное положение.
8. Организация управления и связи.

На основании выводов из оценки возможной медицинской обстановки начальник медицинской службы ГО принимает решение по медицинскому обеспечению мероприятий ГО.

Исходными данными для прогноза потерь населения в очагах поражения яв­ляются: вид, мощность, способ и масштабы применения оружия вероятным противником, численность и плотность проживания населения на данной территории, характер жилой и промышленной застройки в очаге поражения, своевременность и полнота проведения превентивных мероприятий ГО, наличие и степень исполь­зования населением коллективных и индивидуальных средств защиты и др.

**3.10. Методика расчета возможных потерь среди населения от обычного и высокоточного оружия в очагах поражения военно­го времени.**

Опыт войн минувшего столетия свидетельствует о том, что формы и методы организации медицинского обеспечения населения в условиях современной вой­ны в значительной степени определяются характером и масштабом военных дей­ствий и видом примененных противником современных средств поражения.

Военная доктрина Российской Федерации отмечает, что последствия воздействия по объектам экономики и инфраструктуры РФ будут определять­ся средствами поражения потенциального противника. Такими средствами поражения являются ракеты всех типов наземного, морского и воздушного базирования и авиабомбы, доставляемые в районы их пуска (сброса) раз­личными носителями (стратегические бомбардировщики, тактическая авиа­ция, корабли и подводные лодки).

Данные средства способны с высокой эффективностью (вероятность по­ражения даже малоразмерной цели одним боевым зарядом не ниже 0,5) пора­жать самые различные объекты (цели) военного и гражданского характера.

Приоритет поражения объектов тыла показан в таблице 2.

Таблица 2. **Приоритеты поражения объектов тыла страны по взглядам коман­дования армии США.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровни приори­тетов | Уровни приори­тетов | Поражаемые объекты |
| I | 1  2  3  4  5  6  7  8 | Пункты управления  Узлы связи, радиовещательные станции и телецентры  Узлы железных дорог  Железнодорожные мосты основных направлений  Автодорожные мосты федеральных дорог  Морские и речные порты, аэропорты, базы  Насосные станции трубопроводов  Склады резервов |
| II | 1  2  3  4  5 | Атомные электростанции  Гидроэлектростанции  Тепловые электростанции  Подстанции ЛЭП  Склады ГСМ, нефтебазы |
| III | 1  2  3  4  5 | Нефтеперерабатывающие и химические производства  Предприятия оборонного комплекса  Предприятия цветной и черной металлургии  Предприятия машиностроения  Предприятия по производству электрооборудования |

Прогноз военных специалистов о маловероятном применения возмож­ным противником оружия массового поражения в этих войнах делают мето­дику определения величины и структуры потерь среди населения от поража­ющих факторов обычных средств поражения актуальной.

В основу прогнозирования величины и структуры потерь среди населе­ния от современных средств поражения вероятного противника положена причинно-следственная связь двух процессов: воздействия поражающих факторов применяемого оружия на объект и устойчивости самого объекта к этому воздействию.

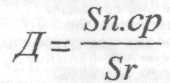
Оба процесса носят ярко выраженный случайный характер и будут за­висеть от ряда условий и случайных событий (интенсивность воздействия поражающих факторов, режим нахождения людей в зданиях в течение суток, плотность застройки и расселение людей, тип застройки). Для оценки воз­можной величины и структуры потерь среди населения применяется метод интегрального исчисления, рассчитанный на основе законов разрушения со­оружения (зависимость повреждения сооружения от интенсивности прояв­ления поражающего параметра) и законоз поражения людей (зависимость вероятности поражения людей от интенсивности поражающего фактора).

Возможная численность и структура потерь населения от обычного ору­жия и персонала объектов экономики от высокоточного оружия в штабах МСГО могут быть осуществлены с помощью специальной методики для оператив­ных расчетов (А.И.Лобанов). Материалы расчетов сведены в предлагаемые таблицы (№ 4,5,6) и позволяют на местах, избегая сложных математических расчетов, получать требуемые результаты.

При этом для оценки материального ущерба и величины потерь среди населения после применения противником обычных средств поражения за основной интегрирующий критерий принимается степень поражения про­мышленной или жилой зоны "Д".

Информация о степени поражения зоны "Д" может быть получена в со­ответствующем органе управления ГОЧС субъекта Российской Федерации. При прогнозировании величины и структуры потерь среди населения жилой зоны принято исходить из условия, что каждая из них может получить сте­пень поражения, равную 0,3 и 0,7.

Степень поражения промышленной или жилой зоны "Д" определяется по формуле 1 как отношение площади промышленной или жилой зоны, оказавшейся в пределах полных и сильных разрушений, Sn.cp. ко всей площади города Sr:



Здания промышленной и жилой зоны могут получить четыре степени раз­рушения: полное, сильное, среднее и слабое. Полное разрушение характери­зуется разрушением и обрушением от 50 до 100% объема здания, сильное -разрушением от 30 до 50% здания, среднее — до 30%, при этом подвалы сохраняются, часть помещений здания пригодна для использования. Слабое раз­рушение характеризуется разрушением второстепенных элементов здания (оконных, дверных проемов и легких межкомнатных перегородок) (таблица № 3).

Таблица 3.

|  |  |
| --- | --- |
| Степень поражения промышленной или жилой зоны (Д) | Степень разрушения сооружения |
| менее 0,2 | слабая |
| 0,2<Д<0,5 | средняя |
| 0,5<Д<0,8 | сильная |
| Д>0,8 | полная |

**Зависимость степени разрушения зданий промышленной и жи­лой зоны от степени поражения (Д).**

Зависимость величины и структуры потерь среди населения от различ­ной степени поражения города и от степени защищенности населения пред­ставлена в таблице № 4.

Таблица 4.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | Виды потерь | Степень поражения жилой зоны (Д) | | | | | | | | | |
| 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 1,0 |
| ПОТЕРИ НЕЗАЩИЩЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ | | | | | | | | | | | |
| 1 | Общие | 4 | 8 | 10 | 12 | 16 | 28 | 40 | 80 | 90 | 100 |
| 2 | Безвозвратные | 1 | 2 | 2,5 | 3 | 4 | 7 | 10 | 20 | 25 | 30 |
| 3 | Санитарные | 3 | 6 | 7,5 | 9 | 12 | 21 | 30 | 60 | 65 | 70 |
| В т.ч. легкие | 1,5 | 2,5 | 3,0 | 4,0 | 5,0 | 9,0 | 13,5 | 27,0 | 25,0 | 30,0 |
| ср. тяж. | 1,0 | 2,5 | 3,0 | 3,5 | 5,0 | 8,0 | 12,0 | 24,0 | 30,0 | 30,0 |
| тяжелые, кр тяж | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 2,0 | 4,0 | 4,5 | 9,0 | 10,0 | 10,0 |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1 | Общие | 0,3 | 0,7 | 1,0 | 1,5 | 1,8 | 2,5 | 5 | 7 | 10 | 15 |
| 2 | Безвозвратные | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 0,6 | 0,9 | 2,0 | 2,5 | 3 | 5 |
| 3 | Санитарные | 0,2 | 0,5 | 0,7 | 1,0 | 1,2 | 1,6 | 3,0 |  | 7 | 10 |
| В т.ч. легкие | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,7 | 1,0 | 2,0 | 2,5 | 3,5 |
| ср. тяж. | 0,05 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 2,5 | 3,5 |
| тяжелые, кр.тяж | 0,05 | 0,1 | 0.2 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 3,0 |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1 | Общие | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 2 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 |
| 2 | Безвозвратные | 0,1 | 0,25 | 0,5 | 0,5 | 1,5 | 3 | 5 | 5 | 7 | 10 |
| 3 | Санитарные | 0,4 | 0,75 | 1,0 | 1,5 | 3,5 | 7 | 10 | 15 | 18 | 20 |
| В т.ч. легкие | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 0,75 | 1,5 | 3,0 | 3,7 | 6,0 | 8,0 | 9,0 |
| ср. тяж. | 0,1 | 0,25 | 0,3 | 0,45 | 1,5 | 3,0 | 4,0 | 6,0 | 7,0 | 8,0 |
| тяжелые, кр.тяж | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 1,0 | 2,3 | 3,0 | 3,0 | 3,0 |

**Возможные потери населения от обычного оружия в зависимости от степени поражения жилой зоны, в** *%.*

Прогноз возможных потерь персонала на объектах экономики, продол­жающих производственную деятельность в военное время, в зависимости от степени разрушения объекта экономики и от степени защиты служащих при­водится в таблице № 5.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Виды потерь | Степень разрушения объекта экономики | | | |
| слабые | средние | | сильные | полные |
| ВОЗМОЖНЫЕ ПОТЕРИ НЕЗАЩИЩЕННОГО ПЕРСОНАЛА | | | | | |
| 1 | Общие | 8 | 12 | 80 | 100 |
| 2 | Безвозвратные | 5 | 8 | 55 | 70 |
| 3 | Санитарные | 3 | 4 | 25 | 30 |
| В т.ч. легкие | 0,8 | 1,0 | 6,0 | 2,0 |
| ср. тяжести | 0,2 | - | 3,0 | 3,0 |
| тяжелые, кр.тяж | 2,0 | 3,0 | 16,0 | 25,0 |
| Выйдут из очага самостоятельно | 20,0 | 15,0 | 10,0 | 5,0 |
| Потребуют выноса на носилках | 80,0 | 85,0 | 90,0 | 95,0 |
| ВОЗМОЖНЫЕ ПОТЕРИ ПЕРСОНАЛА, УКРЫТОГО В УБЕЖИЩАХ | | | | | |
| 1 | Общие | 0,3 | 1,0 | 2,5 | 7,0 |
| 2 | Безвозвратные | 0,2 | 0,7 | 1,7 | 4,5 |
| 3 | Санитарные | 0,1 | 0,3 | 0,8 | 2,5 |
| В т.ч. легкие | 0,02 | 0,05 | 0,2 | 0,6 |
| ср. тяжести | 0,01 | 0,05 | 0,1 | 0,4 |
| тяжелые, кр.тяж | 0,07 | 0,2 | 0.5 | 1,5 |
| Выйдут из очага самостоятельно | 15,0 | 10,0 | 10,0 | 5,0 |
| Потребуют выноса на носилках | 85,0 | 90,0 | 90,0 | 95,0 |
| 1ЖНЫе ПОТЕРИ ПЕРСОНАЛА ОЭ В ПРОСТЕЙШИХ УКРЫТИЯХ | | | | | |
| 1 | Общие | 1,2 | 3,5 | 30,0 | 40,0 |
| 2 | Безвозвратные | 0,8 | 2,5 | 20,0 | 25,0 |
| 3 | Санитарные | 0,4 | 1,0 | 10,0 | 15,0 |
| В т.ч. легкие | 0,1 | 0,25 | 2,5 | 4,0 |
| ср. тяжести | 0,1 | 0,15 | 1,5 | 2,0 |
| тяжелые, кр.тяж | 0,2 | 0,6 | 6,0 | 9,0 |
| Выйдут из очага самостоятельно | 15,0 | 10,0 | 5,0 | 5,0 |
| Потребуют выноса на носилках | 85,0 | 90,0 | 95,0 | 95,0 |

**Расчет возможных потерь персонала объектов экономики от высо­коточного оружия в зависимости от степени разрушения ОЭ (в** %).

Определение величины и структуры потерь среди населения.

Для выполнения расчетов по определению величины и структуры потерь среди населения при применении противником обычных средств поражения по территории субъекта Российской Федерации необходимо иметь следую­щие исходные данные, обобщенные в таблицу.

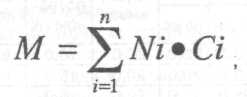
**1**. **Общая численность населения** на момент предполагаемого напа­дения противника (с учетом различной степени выполнения отмобилизован.

**2. Общая численность населения,** исходя из производственной деятельности, условно разделена на две группы: **население,** находящееся **в жилой зоне,** и **персонал** (население)-, работающий **на объекте экономики** (наибольшая работающая смена).

**3. Характер и степень защищенности населения** (показана доля незащищенного, а также укрытого в убежищах и в простейших укрытиях с учетом того, что к моменту нападения противника все защитные сооружения приведены в готовность и заполнены по нормам).

Основываясь на том, что вероятный противник не будет использовать высо­коточное оружие против мирного населения, целесообразно производить расчет возможной величины и структуры потерь среди населения по двум позициям:

1. Расчет возможной величины и структуры потерь среди населения (М), находящегося в жилой зоне, от обычных средств поражения производится по представленной формуле № 2:



где

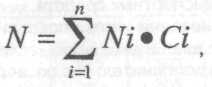
Ni — численность населения по i- му варианту защищенности;

п — число i-ых степеней защиты;

Ci — коэффициент потерь, равный вероятности поражения укрываемых (в долях) по i-му варианту защищенности при заданной степени поражения жилой зоны (определяется по таблице № 4).

Определив структуру потерь в процентах и имея данные о степени за­щищенности населения жилой зоны, можно вычислить, какое количество че­ловек может быть отнесено к тому или иному виду потерь.

2. Расчет возможной величины и структуры потерь от высокоточного оружия среди персонала на объектах экономики, продолжающих работу в военное время, производится по формуле 3:



где

Ni — численность рабочих и служащих объекта экономики по i-му вари­анту защищенности

п — число i-ых степеней защиты

Ci — коэффициент потерь, равный вероятности поражения укрываемых (в долях) по i-му варианту защищенности при заданной степени разрушения объекта (определяется по таблице № 5).

Лечебно-эвакуационная характеристика возможных потерь от высокоточ­ного оружия персонала рабочей смены объектов экономики, продолжающих работу в военное время, представлена в таблице № 6. Таблица позволяет, с учетом степени защищенности персонала, провести прогноз структуры воз­можных санитарных потерь по видам поражения (травмы, ожоги, отравления газами, психическая травма), произвести расчет нуждаемости пораженных в первой врачебной помощи, ориентировочно определить вид эвакуации (сидя, лежа), в которой будут нуждаться различные категории пораженных.

Таблица № 6

**Лечебно-эвакуационная характеристика возможных санитарных потерь персонала объектов экономики при применении противником высокоточного оружия (в** %).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Защищенность персонала | Нуждаются в оказании первой врачебной помощи | Нуждаются в эвакуации | | Локализация поражения | | | | Психи­ческая травма |
| Грудь, живот | Голова позво­ночник | Конеч­ности | Таз |
| сидя | лежа |
| Незащищенные | 80,0 | 25,0 | 75,0 | 20,0 | 16,0 | 60,0 | 4,0 | 15-20,0 |
| В убежищах | 80,0 | 30,0 | 70,0 | 20,0 | 16,0 | 60,0 | 4,0 | 15-20,0 |
| В укрытиях | 85,0 | 25,0 | 75,0 | 20,0 | 16,0 | 60,0 | 4-5,0 | 15-20,0 |

Использование таблицы № 5 позволяет также осуществить расчет ве­роятного числа пораженных, которые смогут самостоятельно выйти из очага поражения, и количество пораженных, нуждающихся в выносе на носилках.

На основе данных, полученных в результате прогноза, может быть при­нято предварительное решение о включении в состав группировки медицин­ских сил врачей и среднего персонала соответствующего профиля, а также уточнена номенклатура комплектов медицинского имущества, необходимо­го для оказания пораженным экстренной медицинской помощи.

Используя полученные данные о нуждаемости пораженных в различных видах эвакуации, можно также провести ориентировочный расчет вида и чис­ла необходимых для эвакуации транспортных средств.

Кроме того, если будет установлена угроза появления значительного числа пораженных с ожогами, отравлениями, психическими нарушениями, то потребуется освобождение или дополнительное развертывание соответ­ствующего числа коек в специализированных отделениях и больницах.

Поэтому полученные путем прогноза данные имеют большое значение для планирования и осуществления мероприятий по медицинскому обеспе­чению ведения АСДНР и, в частности, для проведения своевременного ма­невра медицинскими силами и средствами.

Пример. По городу М, с населением 250 тысяч человек, пятью самоле­тами противника F-111 нанесен ракетно-бомбовый удар современным обыч­ным оружием в ночное время. По объектам экономики, работающим в воен­ное время, нанесены удары высокоточным оружием.

Пример. По городу М, с населением 250 тысяч человек, пятью самоле­тами противника F-111 нанесен ракетно-бомбовый удар современным обыч­ным оружием в ночное время. По объектам экономики, работающим в воен­ное время, нанесены удары высокоточным оружием.

Исходные данные на момент нанесения ракетно-бомбовых ударов:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Население в жилом секторе | | Работающая смена на объектах экономики: | |
| незащищенное | 140,0 тыс. чел.; | незащищенная | 7,0тыс.чел. |
| в убежищах | 18,0 тыс.чел | в убежищах | 55,0 тыс. чел. |
| в простейших укрытиях | 10,0 тыс. чел | в простейших укрытиях | 25,0 тыс. чел |
|  | 168,0 т. чел |  | 82 т.чел. |

Задача. Провести расчет возможных потерь населения в очагах пора­жения в жилом секторе города и среди персонала объектов экономики, про­должающих работу в военное время.

Решение^ Расчет возможных потерь населения от обычного и персонала объектов экономики от высокоточного оружия проводится в зависимости от сте­пени их защищенности с использованием таблиц № 4 и № 5. Для этого условно принимается степень поражения жилой зоны Д=0,3 (таблица № 4), для объекта экономики степень разрушения Д=средняя, (таблица № 5). Показатели исход­ных данных соотносятся с показателями соответствующих граф таблиц.

Определив величину и структуру потерь среди населения жилой зоны и персонала объекта экономики, полученные данные сводят в обобщающую таблицу № 7.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Варианты защиты населения | Общие потери | В том числе | | | | |
| Безвоз­вратные потери | Санитарные потери | | | |
| Всего | легкие | средней тяжести | тяжелые |
| Возможные потери населения от обычных средств поражения в жилом секторе | | | | | | |
| Незащищенные | 14000 | 3500 | 10500 | 4200 | 4200 | 2100 |
| В убежищах | 180 | 54 | 126 | 54 | 36 | 36 |
| В простейших укрытиях | 150 | 50 | 100 | 50 | 30 | 20 |
| Возможные потери работающей смены на объектах экономики от высокоточного оружия | | | | | | |
| Незащищенные | 840 | 560 | 280 | 70 | - | 210 |
| В убежищах | 550 | 385 | 165 | 28 | 27 | 110 |
| В простейших укрытиях | 875 | 625 | 250 | 63 | 37 | 150 |
| ИТОГО | 16595 | 5174 | 11421 | 4465 | 4330 | 2626 |

Таблица № 7.

**Возможные потери от обычных средств поражения на территории города М.**

количественно-качественного состояния в другое должен рассматриваться как непрерывный процесс. Известная в свое время фраза «...победа куется в мирное время...»в полной мере относится к здравоохранению, в основе дея­тельности которого по созданию системы медицинского обеспечения насе­ления лежит подготовка резервов сил и средств в процессе повседневной деятельности мирного времени, позволяющие эффективно их применить в особый период. Численность и организационное построение медицинских формирований и учреждений, а также профиль коечной сети лечебных уч­реждений МСГО, планируемый для дополнительного развертывания в воен­ное время, должны не только отражать интенсивность и структуру ожидае­мого потока пораженных в современной войне, но и учитывать реальные воз­можности кадровых и материальных ресурсов территориального здравоохранения по их созданию. Кроме того, необходимо учитывать при­оритетности решения задач медицинского обеспечения Вооруженных сил и неизбежность потерь сил и средств МСГО в ходе войны.

**ГЛАВА IV. ФЕДЕРАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ**

**4.1. Задачи и организация федеральной медицинской службы гражданской обороны.**

Анализ людских потерь в войнах XX века показывает, что в ходе военных действий наряду с вооруженными силами огромные потери несет и граждан­ское население. Так, в годы первой мировой войны потери среди гражданс­кого населения составили 5%, во вторую мировую войны - 48% от общего числа людских потерь. Потери среди гражданского населения увеличивались по мере совершенствования средств нападения. Это видно на примере вой­ны в Корее, где они составили 84%. Во время войны США во Вьетнаме поте­ри среди мирного населения составили 90%, во время военных действий в Чечне (1994-1996гг.) — 95% (Серебряников В.В., Дерюгин Ю.И., 1997 г.).

В условиях войны с применением современных средств поражения по­тери среди мирного населения могут существенно возрасти, так как новей­шие средства доставки позволяют вероятному противнику поражать не только прифронтовые и приграничные районы, но и административно-промышлен­ные объекты глубокого тыла. С учетом указанных обстоятельств, наряду с укреплением Вооруженных Сил, важная роль в системе безопасности РФ от­водится мероприятиям гражданской обороны, направленным на повышение устойчивости тыла, сохранение промышленного потенциала страны, защиту населения в условиях военного времени. Медицинское обеспечение населе­ния РФ, пострадавшего от военных действий или вследствие этих действий, возложено на Федеральную медицинскую службу гражданской обороны. населения в условиях военного времени. Медицинское обеспечение населе­ния РФ, пострадавшего от военных действий или вследствие этих действий, возложено на Федеральную медицинскую службу гражданской обороны.

Медицинская служба гражданской обороны (далее МС ГО) создана в соот­ветствии с Федеральным законом РФ от 12 февраля 1998 года № 28 ФЗ «О граж­данской обороне» и во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 18 ноября 1999 года № 1266 «О федеральных службах гражданс­кой обороны» и приказа Министерства здравоохранения РФ от 3.07.2000 г. № 242.

МС ГО является общегосударственной службой, которая создается на базе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации, неза­висимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности.

Методическое руководство созданием и деятельностью МС ГО осуще­ствляет Министерство здравоохранения РФ. Приказы, директивы и инструк­ции , а также регламентирующие нормативные документы, издаваемые МЗ РФ по вопросам медицинского обеспечения населения в военное время, являют­ся обязательными для всех организаций и органов исполнительной власти.

Организационно МС ГО представляет собой систему органов управления, учреждений и формирований, предназначенных для медицинского обеспечения населения, пострадавшего от военных действий или вследствие этих действий. Медицинское обеспечение включает в себя комплекс лечебно-эвакуа­ционных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприя­тий, направленных на сохранение жизни и здоровья пострадавшего населе­ния, а также мероприятий по медицинскому снабжению формирований и уч­реждений МС ГО и медицинской защите населения от поражающих факторов современных средств поражения.

На МС ГО возлагаются следующие основные задачи:

* прогнозирование и оценка возможных медико-санитарных последствий применения противником современных средств поражения;
* планирование, организация и проведение мероприятий по медицинскому обеспечению населения в военное время;
* подготовка органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения к работе в условиях военного времени;
* создание и подготовка сил и средств службы к выполнению задач при проведении мероприятий гражданской обороны;
* организация снабжения учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом;
* подготовка специалистов по вопросам медицинского обеспечения населения в военное время;
* участие в подготовке населения и личного состава гражданских организаций гражданской обороны (санитарных дружин) по вопросам оказания первой медицинской помощи пораженным;

- медицинское обеспечение населения при проведении эвакуационных мероприятий;

лях возвращения их к трудовой деятельности, снижения инвалидности и смертности;

* организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профи­лактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
* организация и проведение медицинских мероприятий по первоочередному жизнеобеспечению населения, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий.

■ медицинский контроль за захоронением трупов в очагах массовых по­терь населения в военное время.

Выполнение стоящих перед МС ГО задач имеет большое государствен­ное значение и осуществляется в постоянном взаимодействии с МЧС России и его территориальными органами, медицинской службой ВС Российской Федерации, медицинской службой МВД России, другими службами граждан­ской обороны. МС ГО создается по территориально-производственному прин­ципу и имеет четыре уровня:

■ федеральный—включает силы и средства МС ГО на территории всей РФ;

* территориальный — включает силы и средства МС ГО на территории субъекта РФ (области, края, республики в составе РФ);
* местный — включает силы и средства МС ГО на территории города, городского района, сельского округа;

■ объектовый — представлен силами и средствами МС ГО организаций (объектов экономики).

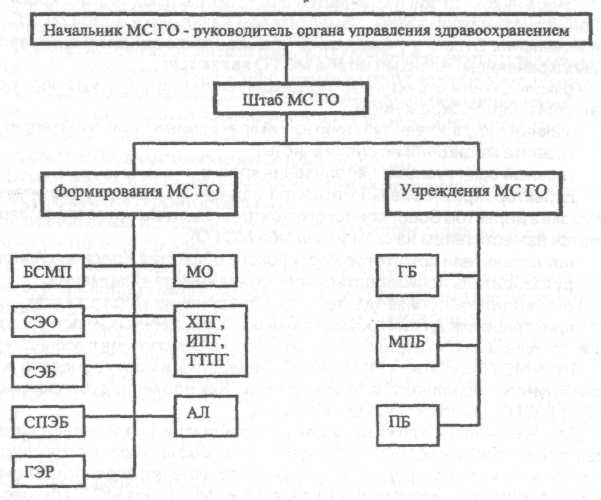
На каждом уровне в состав медицинской службы гражданской обороны входят: руководство, органы управления, учреждения, формирования (гражданские организации гражданской обороны).

Принципиальная схема организации МС ГО представлена на рис. 2.

К руководству относятся начальники медицинской службы гражданской обороны. Начальником медицинской службы гражданской обороны РФ явля­ется первый заместитель Министра здравоохранения Российской ерации;

Начальниками МС ГО субъектов Российской Федерации, городов, город­ских районов являются соответствующие руководители органов управления здравоохранением областей, краев, республик в составе Российской Феде­рации, городов, городских районов. Начальниками МС ГО сельских округов — главные врачи Центральных районных больниц (главные врачи округов).

Органами управления медицинской службы гражданской обороны явля­ются штатные органы управления здравоохранением и штабы медицинской службы гражданской обороны субъектов РФ, городов, городских районов и сельских округов. Штабы МС ГО создаются при соответствующих начальниках МС ГО для оперативного руководства силами и средствами службы.



Условные обозначения:

БСМП - бригады специализированной медицинской помощи

СЭО - санитарно-эпидемиологический отряд

СЭБ - санитарно-эпидемиологическая бригада

СПЭБ - специализированная противоэпидемическая бригада

ГЭР - группа эпидемиологической разведки

МО - медицинский о гряд

ХПГ - хирургический подвижной госпиталь

ТТПГ - токсико-терапевтический подвижной госпиталь

ИПГ - инфекционный подвижной госпиталь

АЛ - аптечная летучка

ГБ - головная больница

МПБ - многопрофильная больница

ПБ - профилированная больница

**Рис.2. Организационная структура МС ГО (схема).**

Состав штаба медицинской службы гражданской обороны определяется при­казом соответствующего руководителя органа управления здравоохранением.

Начальником штаба назначается заместитель руководителя органа уп­равления здравоохранением. Заместителем начальника штаба МС ГО явля­ется начальник Второго управления (отдела, сектора) органа управления здравоохранением. Членами штаба МС ГО являются:

• руководители структурных подразделений соответствующего органа управления здравоохранением

* главный государственный санитарный врач административной территории;
* главные медицинские специалисты;
* главный врач станции переливания крови;
* директор территориального центра медицины катастроф (на федеральном уровне директор Всероссийского центра медицины катастроф "Защита" является заместителем начальника штаба МС ГО);
* представители комитетов Российского общества Красного Креста;
* руководитель производственного объединения «Фармация;
* руководитель производственного объединения «Медтехника».
* представители других государственных, общественных и частных органи­заций, привлекаемых к медицинскому обеспечению населения в военное время.

Штаб МС ГО субъекта Российской Федерации имеет городской и заго­родный пункты управления, а также дублера. Как правило, дублером являет­ся штаб МС ГО одного из сельских районов.

Для решения неотложных задач по организации управления силами и средствами службы в особый период заблаговременно создаются оператив­ные группы из числа сотрудников аппарата управления здравоохранением и центра медицины катастроф. Включение в состав штабов МС ГО руководите­лей и специалистов территориальных центров медицины катастроф позво­ляет еще на этапе планирования определить задачи и место органов управ­ления, сил и средств службы медицины катастроф в системе медицинского обеспечения населения в военное время.

Организационное построение МС ГО находится в постоянном развитии с учетом изменения военной доктрины РФ и военных угроз безопасности наше­го государства, экономического состояния России, военно-политической об­становки в стране и мире, совершенствования медицинской науки и практики, стратегии и тактики гражданской обороны и других факторов.

**4.2. Силы и средства федеральной медицинской службы гражданской обороны.**

К силам медицинской службы ГО относятся гражданские организации гражданской обороны и учреждения МС ГО, которые предназначаются для медицинского обеспечения населения, пострадавшего от военных действий или вследствие этих действий.

Гражданские организации МС ГО (далее формирования МС ГО) пред­ставляют собой мобильные силы службы, создаваемые по территориально-производственному принципу на базе учреждений здравоохранения, неза-

висимо от их организационно- правовой формы, не входящие в состав Воо­руженных Сил РФ, соответствующим образом оснащенные и подготовлен­ные для медицинского обеспечения населения, пострадавшего от военных действий или вследствие этих действий.

Формирования медицинской службы ГО предназначаются для ведения ме­дицинской и биологической разведки, оказания медицинской помощи поражен­ным, проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероп­риятий, а также для ухода за пораженными и могут действовать в составе группи­ровки сил ГО как самостоятельно (ОПМ, ИПГ, ТГПГ, СЭО и др.), так и в составе формирований ГО общего назначения или служб (СД).

В зависимости от подчиненности формирования МС ГО подразделяют­ся на объектовые и территориальные.

К объектовым медицинским формированиям относятся санитарные посты и санитарные дружины.

К территориальным формированиям относятся: медицинские отряды (далее отряды первой медицинской помощи), подвижные госпитали, брига­ды специализированной медицинской помощи, санитарно-эпидемиологичес­кие отряды, санитарно-эпидемиологические бригады, специализированные противоэпидемические бригады, группы эпидемиологической разведки.

При необходимости решениями органов исполнительной власти и руко­водителей организаций могут создаваться и другие формирования МС ГО.

**Объектовые формирования МС ГО.** Санитарные посты (СП) и сани­тарные дружины (СД) создаются на объектах экономики, в учреждениях, выс­ших учебных заведениях. В их состав не включаются лица, имеющие меди­цинское образование, медицинские сестры запаса ГО, студенты медицинс­ких институтов и учащиеся медицинских училищ.

Санитарный пост состоит из 4-х человек - начальника СП и 3-х санпостовцев.

В мирное время СП предназначены для оказания первой медицинской помощи при производственных травмах, проведения оздоровительных ме­роприятий среди рабочих и служащих своего объекта экономики.

В военное время они участвуют в оказании первой медицинской помощи пораженным и проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Оснащается СП табельным имуществом как звено санитарной дружины (вместо санитарной сумки у СП имеется аптечка санитарного поста). СП за 10 часов работы в очагах поражения может оказать первую медицинскую помощь 100 пораженным (без розыска и выноса).

Санитарная дружина состоит из 23 человек, в том числе командир, связ­ной (он же выполняет функции завхоза), шофер и 5 звеньев, каждое из которых состоит из командира и 3 сандружинниц. СД предназначены для работы в со­ставе формирований и учреждений МС ГО, а также включаются в состав форми­рований ГО общего назначения (сводных и спасательных отрядов).

В военное время СД привлекаются для розыска пораженных, проведения первичной сортировки и оказания первой медицинской помощи, для работы в лечебных учреждениях больничной базы и формированиях МС ГО, а также для проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Оснащение СД медицинским и специальным имуществом осуществля­ется в соответствии с табелем оснащения. Для перевозки личного состава СД приписывается от объекта экономики грузовой автомобиль (автобус).

Одна СД за 10 часов работы в очаге поражения может оказать первую медицинскую помощь 500 пораженным. В очаге биологического заражения за одной СД закрепляется территория с населением 1500 человек на весь период работы в очаге.

**Территориальные формирования МС ГО** по своему предназначению подразделяются на следующие группы:

1. Формирования, предназначенные для оказания первой врачебной помощи: отряды первой медицинской помощи (ОПМ);
2. Формирования, предназначенные для оказания специализированной медицинской помощи: токсико-терапевтические подвижные госпитали (ТТПГ), инфекционные подвижные госпитали (ИПГ), хирургические подвижные госпитали (ХПГ), бригады специализированной медицинской помощи (БСМП);

З.Формирования, предназначенные для проведения санитарно- проти­воэпидемических (профилактических) мероприятий: санитарно-эпидемио­логические отряды (СЭО); санитарно-эпидемиологические бригады (СЭБ): эпидемиологические, радиологические, санитарно-гигиенические (токсико­логические); специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ); группы эпидемиологической разведки (ГЭР).

К формированиям МС ГО, предназначенным для оказания первой вра­чебной помощи населению в очагах поражения, относятся медицинские от­ряды (отряды первой медицинской помощи). Они создаются местными орга­нами здравоохранения на базе лечебно-профилактических учреждений го­родов и районов сельской местности независимо от их ведомственной принадлежности.

Численность личного состава ОПМ 143 человека, в том числе:

* врачей - 9 человек;
* среднего медперсонала - 63 человека.

В составе ОПМ имеются следующие отделения: приемно-сортировочное, операционно-перевязочное, госпитальное, эвакуационное, частичной санитарной обработки и дезактивации одежды и обуви, медицинского снаб­жения (аптеки), лабораторное и хозяйственное. Из техники к ОПМ приписы­ваются: 13 грузовых автомобилей, 1 легковой, 1 мотоцикл, подвижная элек­тростанция, радиостанция Р-105 (Р-109).

ОПМ, полностью укомплектованный кадрами и оснащенный табельным имуществом мобилизационного резерва, относится к формированиям повы­шенной готовности. За 24 часа работы ОПМ может оказать первую врачеб­ную помощь 1000 пораженным.

Крупным недостатком ОПМ является их громоздкость, низкая материаль­ная и техническая готовность к действиям в условиях современной войны. По­этому в настоящее время разработана перспективная модель нового мобильного медицинского отряда МС ГО (ММО) — бригадного состава, предназначенного для оказания первой врачебной помощи пораженным. ММО отличается компактностью и обладает более высокой мобильностью, чем ОПМ.

К формированиям, предназначенным для оказания специализирован­  
ной медицинской помощи, относятся токсико-терапевтические, инфекционные и хирургические подвижные госпитали, а также бригады и отряды специализированной медицинской помощи.

Токсико-терапевтический подвижной госпиталь (ТТПГ) MC ГО сойдется на базе токсикологических центров или многопрофильных больниц, имеющих в своем составе терапевтические отделения. Он предназначен для оказания специализированной медицинской помощи и лечения пораженных ОВ и *А*ХОВ.

ТТПГ развертывается вблизи очага химического поражения на и незараженной территории по решению начальника МС ГО области и находится в его подчинении. Личный состав ТТПГ составляет 171 человек, в том числе врачей - 18, из них терапевтов-токсикологов -11, анестезиологов-реаниматологов — 2 , среднего медперсонала — 47.

В своем составе ТТПГ имеет управление, медицинскую часть, отделение МТО и развертывает следующие отделения и подразделения: npиемно-эвакуационное, два терапевтических отделения, психоневрологические от­деление, а также вспомогательные подразделения: рентгеновский кабинет, лабораторию, аптеку, стоматологическое и физиотерапевтическое отделе­  
ния, морг, хозяйственное отделение и электростанцию.

ТТПГ располагает автотранспортной техникой в количестве 19 единиц, в том числе: 2 легковых автомобиля, 11 грузовых, 1 санитарный автобус. Госпиталь развертывает 300 штатных коек в палатках. Готовность к приему по­раженных через 2 часа после прибытия к месту развертывания, срок полной готовности - 3 часа. '

Укомплектование ТТПГ медицинским составом, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом производится за счет учреждения-формирователя.

Прочий персонал, транспорт, вещевое имущество, продовольствие Припи­сываются решением административных органов соответствующей территории.

Инфекционный подвижной госпиталь (ИПП МС ГО создается приказом руководителя органа управления здравоохранением субъекта РФ на баз одно­го из лечебных учреждений инфекционного профиля (больницы) по типовому штату.

ИПГ предназначается для оказания специализированной медицинской помощи и лечения инфекционных больных, оказания квалифициро1( энной консультативной помощи медицинскому персоналу, работающему в очагах особо опасных инфекций.

В мирное время ИПГ используется для работы в очагах инфекционных заболеваний, в военное время - в очагах массового поражения (биологического и комбинированного). Численный состав ИПГ - 138 человек, из них 17  
врачей, 42 средних медицинских работника.

Комплектование ИПГ личным составом производится за счет учереждения - формирователя. ИПГ способен обеспечить специализированное лече­ние в течение месяца 200 инфекционных больных. При развертывании ИПГ в очаге особо опасных инфекций его емкость сокращается до 100 коек \( эз из-

менения штатной структуры. В своем составе ИПГ имеет: лечебно-диагнос­тические отделения (приемно-диагностическое, лечебное), а также клини­ко-диагностическую и бактериологическую лабораторию. В состав ИПГ вхо­дят также аптека и следующие подразделения: транспортное, хозяйствен­ное, обмывочно-дезинфекционное, столовая.

ИПГ прекращает свою деятельность после выписки выздоровевших ин­фекционных больных, проведения заключительной дезинфекции, обсервации и полной санитарной обработки медицинского и обслуживающего состава.

Хирургический подвижной госпиталь (ХПГ) МС ГО предназначается для оказания хирургической помощи и лечения пораженного населения в усло­виях применения вероятным противником современных средств поражения.

Госпиталь создается в мирное время приказом руководителя здравоохра­нением субъекта РФ на базе многопрофильной больницы, имеющей в своем составе хирургические отделения. ХПГ МС ГО имеет 300 штатных коек, развер­тывается в палатках, должен быть готов к приему пораженных через 3 часа пос­ле прибытия к месту развертывания и полностью готов к работе через 6-8 часов.

При массовом поступлении пораженных ХПГ МС ГО оказывает хирурги­ческую помощь! в основном пожизненным показаниям.

Основными подразделениями госпиталя являются: приемно-эвакуаци­онное отделение, первое хирургическое отделение с операционно-перевя-зочным блоком, реанимационной палатой и палатой интенсивной терапии, второе хирургическое отделение с палатой интенсивной терапии, третье хи­рургическое отделение с палатой интенсивной терапии. Вспомогательными подразделениями являются: рентгеновский кабинет, лаборатория, физиоте­рапевтический кабинет, аптека, морг.

Бригады специализированной медицинской помощи (БСМГП создают­ся на базе медицинских институтов, институтов усовершенствования врачей, клинических городских, областных, краевых и республиканских больниц.

Основное назначение БСМП - оказание специализированной медицинс­кой помощи пораженным в лечебных учреждениях загородной зоны. В отдель­ных случаях БСМП могут придаваться отрядам первой медицинской помощи.

В МС ГО создаются БСМП 17 профилей: общехирургические, нейрохи­рургические, офтальмологические, челюстно-лицевые травматологические, торакоабдоминальные, токсико-терапевтические, **ожоговые,** психоневроло­гические, урологические, рентгенологические, радиологические, анестези­ологические, акушерско-гинекологические, оториноларингологические, ин­фекционные, переливания крови.

Оснащение БСМП медицинским имуществом производится согласно табелю оснащения за счет учреждения-формирователя. Все имущество БСМП хранится в специальных укладках в готовности к немедленному исполь­зованию для оказания медицинской помощи.

При необходимости могут формироваться отряды специализированной медицинской помощи (ОСМП). Организационно ОСМП состоит из управле­ния и восьми бригад специализированной медицинской помощи.

К Формированиям, предназначенным для проведения санитарно-про-тивоэпидемических (профилактических) мероприятий, относятся санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО) и санитарно-эпидемиологические бри­гады (СЭБ), специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ), а также группы эпидемиологической разведки (ГЭР).

Санитарно-эпидемиологические отряды являются формированиями ГО повышенной готовности. Они создаются на базе центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН), институтов эпидемиоло­гии, микробиологии и гигиены, и предназначены для организации и прове­дения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах поражения.

СЭО формируется за счет функционального объединения радиологи­ческой, санитарно-гигиенической (токсикологической) и эпидемиологичес­кой бригад быстрого реагирования центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора. ЦГСЭН, не имеющие возможностей для со­здания СЭО, формируют санитарно-эпидемиологические бригады (СЭБ).

Специализированные противоэпидемические бригады создаются на базе противочумных институтов, станций. Они предназначаются для работы в очагах биологического заражения (особо опасных инфекций) и других опас­ных в условиях чрезвычайных ситуаций инфекционных заболеваний и болез­ней неясной этиологии. СПЭБ участвуют в организации и проведении комп­лекса экстренных противоэпидемических мероприятий по выявлению, лока­лизации и ликвидации очагов особо опасных и других инфекционных заболеваний, осуществляют диагностику заболеваний неясной этиологии и индикацию возбудителей инфекционных заболеваний в окружающей среде.

Группы эпидемиологической разведки создаются на базе центров госу­дарственного санитарно-эпидемиологического надзора. ГЭР предназначаются для проведения эпидемиологического обследования инфекционных очагов, проведения эпидемиологической разведки и отбора проб из объектов внеш­ней среды. ГЭР состоит из 3 человек: командир - врач-эпидемиолог, помощ­ник эпидемиолога - фельдшер (лаборант) и шофер-санитар. Оснащается ГЭР укладками для отбора проб и противочумными костюмами за счет имущества ЦГСЭН —' формирователя этой группы. ГЭР в течение 1 часа может обследо­вать территорию в 2 км2 с отбором 8 проб с объектов внешней среды.

В интересах федеральной медицинской службы ГО для эвакуации по­раженных из очагов поражения, а также вывоза персонала, больных и меди­цинского имущества учреждений здравоохранения из категорированных го­родов при проведении эвакуационных мероприятий создаются санитарно-транспортные формирования:

* автосанитарные колонны и отряды, создаваемые на базе автотранс­портных предприятий;
* эвако-санитарные поезда МС ГО и эвако-санитарные летучки ГО, со­здаваемые на базе Министерства путей сообщения РФ;
* авиасанитарные эскадрильи.

■

Для эвакуации пораженных в лечебные учреждения загородной зоны планируется использование также судов речного и морского флотов.

К учреждениям МС ГО относятся учреждения здравоохранения, имею­щие мобилизационное задание на дополнительное развертывание больнич ных коек или на создание медицинских формирований ГО, а также вновь со­здаваемые по планам военного времени больничные учреждения.

Учреждениями МС ГО являются также центры государственного санэпид-надзора, включенные в состав сети наблюдения и лабораторного контроля гражданской обороны (СНЛК), станции и отделения скорой и неотложной ме­дицинской помощи, судебно-медицинские лаборатории, аптечные предприя­тия, склады медицинского имущества, станции переливания крови и другие медицинские учреждения, предназначенные для медицинского обеспечения населения, пострадавшего от военных действий или вследствие этих действий.

Для оказания пораженным квалифицированной и специализированной медицинской помощи и их стационарного лечения на территории субъектов РФ планируется развертывание головных, многопрофильных, профилирован­ных, (травматологических, ожоговых, терапевтических, психоневрологичес­ких, инфекционных) больниц, а также детских больниц и отделений. При не­обходимости и наличии возможностей допускается развертывание больниц для легкопораженных. Общая коечная емкость всех лечебных учреждений МС ГО определяется развитием здравоохранения субъекта РФ мирного време­ни и полученным от Минздрава России заданием на дополнительное развер­тывание коечной сети в военное время.

Многопрофильные больницы планируется создавать на базе централь­ных районных больниц, а также крупных районных и городских больниц, имею­щих в своем составе не менее двух хирургических отделений. Профилирован­ные больницы - на базе специализированных лечебно-профилактических уч­реждений или больниц, имеющих отделения соответствующего профиля. Развертывание учреждений МС ГО в загородной зоне планируется осуществ­лять на базе общественных зданий круглогодичного функционирования.

В целях обеспечения организованной и рациональной медицинской эва­куации пораженных из очагов в больницы МС ГО, в загородной зоне субъек­тов Российской Федерации формируются лечебно-эвакуационные направ­ления (ЛЭН), которые представляют собой территорию нескольких сельских округов с развернутой на них сетью лечебных учреждений МС ГО, объеди­ненных путями эвакуации. Руководство организацией и оказанием медицин­ской помощи пораженным в лечебных учреждениях каждого лечебно-эваку­ационного направления выполняют головные больницы, которые назначают­ся из числа наиболее мощных центральных районных больниц (ЦРБ), расположенных на основных путях эвакуации пораженных.

Развертывание дополнительных больничных коек МС ГО в загородной зоне предусматривается планом медицинского обеспечения населения в военное время в двух основных вариантах:

1) в условиях планомерного выполнения мероприятий ГО, когда лечеб­но-профилактические учреждения категорированных городов эвакуируются

в загородную зону и вместе с существующими там ЛПУ развертывают лечеб­ные учреждения МС ГО;

2) при внезапном нападении противника, без возможности использо­вания больниц категорированных городов, когда дополнительные больнич­ные койки здравоохранения развертываются только силами учреждений здра­воохранения загородной зоны.

Численность и профиль дополнительно развертываемых больничных коек МС ГО определяются масштабами и интенсивностью военных действий, ви­дом примененных противником средств поражения, структурой потерь среди населения, а также возможностями и специализацией имеющихся лечебно-профилактических учреждений здравоохранения. В соответствии с рекомен­дациями Министерства здравоохранения РФ дополнительно развертываемые больничные койки ориентировочно должны иметь следующую специализацию:

1. Хирургический профиль - 70-75%, в т.ч. нейрохирургические -10-11%, торакоабдоминальные - 11-12%, травматологические — 18-19%, ожо­говые -7-8%, общехирургические -17%, гинекологические -1 -1,5%, для лег­кораненых -7-8%.
2. Терапевтический профиль — 25-30%, в т.ч. терапевтические -13-14%, психоневрологические — 5-6%, инфекционные — 4-6%, туберкулезные -1-1,5% и кожно-венерологические -1 %.

При этом детские койки должны составлять не менее 20% от общего числа дополнительно развертываемых больничных коек МС ГО;

Оперативное руководство развертыванием и работой лечебных учреж­дений МС ГО осуществляет штаб МС ГО субъекта РФ и его оперативные груп­пы. Медицинские силы и средства различных министерств и ведомств при оказании медицинской помощи населению в очагах поражения должны ис­пользоваться совместно.

К средствам МС ГО относится табельное медицинское, санитарно-хо-зяйственное, специальное имущество.

В случае необходимости, при возникновения очагов массовых санитар­ных потерь и значительном дефиците сил и средств МС ГО, к оказанию меди­цинской помощи пораженному населению могут привлекаться все кадровые и материальные ресурсы здравоохранения, независимо от их форм собствен­ности и ведомственной принадлежности, в т.ч. не включенные в состав МС ГО.

В свою очередь, в целях более эффективного использования кадровых и материальных ресурсов здравоохранения, следует предусмотреть возмож­ность медицинского обслуживания в лечебных учреждениях МС ГО больных из числа местного населения и эвакуированных жителей. Опыт свидетельствует, что в случае разрушения противником крупных городов, проживание значи­тельных контингентов эвакуированного населения в загородной зоне (в основ­ном это старики, женщины и дети) может принять долговременный характер.

Кроме того, следует учитывать, что, помимо "организованного" эваконасе-ления, в загородной зоне возможно формирование больших по численности групп вынужденных переселенцев, прибывающих в результате стихийной миграции и не имеющих крова, продуктов питания, предметов первой необходимости.

В первый период после завершения эвакуации медицинское обеспече­ние этого контингента может носить характер предусмотренных федераль­ным законом РФ "О гражданской обороне" экстренных медицинских мероп­риятий первоочередного жизнеобеспечения населения, пострадавшего вследствие военных действий, - оказание первой медицинской помощи боль­ным , с их последующей эвакуацией при необходимости в лечебные учрежде­ния, обеспечение простейшими медикаментами, выполнение санитарно-ги­гиенических и противо-эпидемических мероприятий в местах расселения.

В дальнейшем медицинское обслуживание эвакуированного населения (в том числе беженцев) должно строиться на долговременной основе в соот­ветствии с принятым у нас в стране участковым принципом медицинского обслуживания по месту жительства.

**4.3. Организация медицинского обеспечения населения при проведении мероприятий гражданской обороны.**

4.3.1. Мероприятия МСГО в условиях мирного времени.

Наличие на вооружении у вероятного противника высокоэффективных современных средств нападения, способных поражать объекты в глубоком тылу нашей страны, требует от всей системы гражданской обороны и в том числе от медицинской службы ГО высокой готовности к выполнению задач военного времени.

Для повышения готовности МС ГО к выполнению стоящих перед ней за­дач в военное время необходима систематическая подготовительная рабо­та, проводимая службой заблаговременно в мирное время.

В этих целях медицинской службой ГО в режиме повседневной готовно­сти проводятся следующие мероприятия:

* прогнозирование возможных медико-санитарных последствий приме­нения противником современных средств поражения и планирование мероп­риятий медицинского обеспечения населения;
* подготовка органов и пунктов управления МС ГО на всех уровнях;
* создание формирований МС ГО и поддержание их в высокой готовности;
* планирование и организация приспособительных работ в общественных зданиях загородной зоны, предназначенных для развертывания на их базе лечебных учреждений МС ГО;
* подготовка учреждений МС ГО к развертыванию и работе в условиях применения противником современных видов оружия;
* планирование медицинского обеспечения эвакуируемого и рассредотачиваемого населения;

■ создание запасов медицинского, санитарно-хозяйственного и специ­ального имущества для оснащения формирований и учреждений МС ГО;

* планирование и проведение работ, повышающих устойчивость работы органов и учреждений здравоохранения в военное время;
* разработка планов по медицинской защите личного состава ГО и на­селения в военное время;

• подготовка кадров для органов управления, медицинских формирова­ний и учреждений МС ГО ;

•участие в обучении населения приемам и методам оказания первой медицинской помощи в очагах поражения в порядке само- и взаимопомощи.

Важную роль в обеспечении организованного перевода МС ГО на воен­ное положение играет заблаговременная подготовка органов управления, формирований и учреждений службы к действиям в особый период.

Для этого в мирное время до исполнителей доводятся задачи, вытекающие из соответствующих планов медицинского обеспечения населения в военное вре­мя, устанавливаются объем и сроки проведения запланированных мероприятий, оформляются заявки на все виды обеспечения, наряды, ордера, накладные.

Руководящие кадры здравоохранения, входящие в состав штабов МС ГО, должны иметь рабочие папки, в которых находятся личные планы работы по степеням готовности ГО, проекты приказов, распоряжений, нормативные документы, справочные материалы.

4.3.2. Мероприятия МС ГО при переводе на военное положение.

Перевод медицинской службы ГО на военное положение - это один из наиболее ответственных и сложных периодов ее деятельности. При этом по­рядок и последовательность выполнения всех медицинских мероприятий осуществляются по установленным степеням готовности ГО, которые опре­деляются заблаговременно в мирное время.

В Российской Федерации установлены следующие степени готовности ГО: «Повседневная», «Первоочередные мероприятия ГО первой группы», «Первоочередные мероприятия ГО второй группы», «Общая готовность граж­данской обороны».

Приведение в готовность МС ГО и перевод ее с мирного на военное поло­жение обеспечивает устойчивое управление медицинскими силами в военное время, снижение потерь населения и личного состава службы путем проведе­ния мероприятий по медицинской защите, повышению устойчивости работы объектов здравоохранения в военное время и подготовку медицинских сил и средств к медицинскому обеспечению населения при нападении противника.

Приведение ГО в готовность той или иной степени может осуществляться либо последовательно, либо, в зависимости от обстановки, сразу в высшие степени готовности, с обязательным проведением мероприятий, предусмот­ренных предшествующими степенями готовности. Для своевременного на­ращивания сил ГО и подготовки их к выполнению задач в особых случаях ре­шением Президента РФ часть органов управления ГО может приводиться в высшие степени готовности заблаговременно.

Для сокращения сроков перевода МС ГО на военное положение, еще до ввода в действие планов гражданской обороны, предусматривается выполне­ние первоочередных мероприятий ГО первой и второй группы, повышающих готовность медицинской службы гражданской обороны. Эти мероприятия дол­жны выполняться скрытно, под видом учений, тренировок и ремонтных работ.

При планомерном переводе системы гражданской обороны с мирного на военное положение, с получением *распоряжения о проведении первооче-*

*редных мероприятий ГО первой группы,* начальник МС ГО осуществляет опо­вещение и сбор руководящего состава МС ГО, после чего доводит обстанов­ку, полученную от соответствующего органа управления по делам ГОЧС, ста­вит задачу работникам своего штаба, распределяет руководящий состав службы согласно штату и направлениям деятельности.

Непосредственно в пункте постоянной дислокации органа управления здравоохранением организуется круглосуточное дежурство руководящего состава штаба МС ГО, члены которого приступают к выполнению своих обя­занностей согласно штатному расписанию. Главными специалистами органа управления здравоохранением и членами штаба МС ГО в соответствии со своими функциональными обязанностями уточняются разделы плана меди­цинского обеспечения населения в военное время.

В ходе выполнения первоочередных мероприятий ГО первой группы при­водятся в готовность защищенные стационары для укрытия нетранспортабель­ных больных и обслуживающего персонала. С этой целью главный врач больни­цы отдает распоряжение ответственному лицу за содержание убежища или на­чальнику штаба ГО объекта освободить защитные сооружения от хранящегося в них имущества, укомплектовать их источниками аварийного освещения, необ­ходимым инструментом, инвентарем и пожарным оборудованием; проверить защитные сооружения на герметичность и техническое состояние их систем жизнеобеспечения. В этот период осуществляется подготовка к выдаче средств индивидуальной защиты личному составу формирований из запасов объектов экономики. Со складов мобилизационного резерва организуется вывоз на пун­кты выдача противогазов и приборов радиационной и химической разведки.

На запасные загородные пункты управления (ЗЗПУ) министерств и ве­домств, республик в составе РФ, краев, областей, автономных образований в целях медицинского обеспечения боевых расчетов ПУ осуществляется зак­ладка медикаментов.

В учреждениях государственного санитарно-эпидемиологического надзо­ра (ГСЭН), входящих в состав сети наблюдения и лабораторного контроля ГО (СНЛК) приводятся в рабочее состояние технические средства и оснащение, предназначенные для обнаружения и индикации радиоактивного, химического и биологического заражения продуктов, пищевого сырья и питьевой воды.

Уточняется укомплектованность формирований и учреждений МС ГО личным составом и дефицитными специалистами, обеспеченность техникой и имуществом. Определяется наличие и исправность автомобильной и дру­гой техники, поступающей на доукомплектование из различных организаций; подготавливается заявка соответствующему начальнику ГО на недостающее количество техники и имущества согласно нормам оснащения.

Важным разделом работы штаба МС ГО при выполнении первоочеред­ных мероприятий ГО первой группы является уточнение планов-графиков наращивания мероприятий по повышению устойчивости работы здравоох­ранения области в военное время по следующим показателям:

1. Обеспеченность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), станций переливания крови (СПК), аптечных учреждений и учреждений ГСЭН автономными источниками электроэнергии.
2. Состояние укомплектованности ЛПУ хирургического профиля врачами-хирургами, операционными медсестрами, лаборантами.
3. Обеспеченность ЛПУ и формирований МС ГО медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом, консервированной кровью и ее препаратами.
4. Готовность дублеров штабов МС ГО взять на себя управление службой.
5. Состояние связи и управления.

Одновременно на объектах здравоохранения проводятся подготови­тельные мероприятия к введению режимов светомаскировки и усилению мер противопожарной защиты.

*При выполнении первоочередных мероприятий ГО второй группы* осу­ществляется перевод руководящего состава медицинской службы ГО на круг­лосуточную работу. Начальник МС ГО дает распоряжение всем подчиненным штабам на организацию посменной круглосуточной работы и контролирует его выполнение. На загородный запасный пункт управления МС ГО направ­ляется оперативная группа.

Приводится в полную готовность система связи со всеми подчиненными штабами МС ГО. Уточняется план выезда на ЗЗПУ основного состава штаба МС ГО, доводятся до работников штаба места сбора и их основные обязанности.

Загородные запасные пункты управления МС ГО создаются заблагов­ременно. Они оборудуются вне зон возможных разрушений категорирован-ных городов и объектов особой важности, а также вне зон возможного катас­трофического затопления. При выборе мест расположения ЗЗПУ учитывает­ся возможность использования существующих и строящихся линий связи.

В этот период приводятся в готовность в пунктах постоянного разме­щения медицинские формирования повышенной готовности и санитарно-транспортные формирования. Для этого соответствующий начальник ГО дает распоряжение оповестить и собрать личный состав формирований в уста­новленных местах; организовать выдачу и получение личным составом средств индивидуальной защиты, табельного имущества и приборов; доу­комплектовать медицинские формирования личным составом, подготовить технику и приборы к работе; проверить готовность, организовать обучение личного состава формирований, не прошедших подготовку по ГО.

Одновременно приводятся в готовность все имеющиеся у медицинской службы защитные сооружения, предназначенные для укрытия личного соста­ва службы и больных. Осуществляется проверка убежищ на герметичность и работоспособность систем, наличия аварийных запасов воды, продовольствия, наличия средств связи и оповещения и подготовка их к работе. В убежища ка-тегорированных городов закладываются коллективные медицинские аптечки, предназначенные для оказания медицинской помощи укрываемым. Закладка коллективных медицинских аптечек осуществляется непосредственно меди­цинскими службами ГО городов, городских районов, объектов экономики в срок

до 12 часов, а в быстровозводимые убежища - по мере их введения в эксплуа­тацию. Номенклатура и количество медикаментов, перевязочных средств, ме­дицинских предметов зависят от количества укрываемых.

На 100-150 человек закладывается аптечка коллективная по описи № 1, на 400-600 человек - по описи № 2. При наличии в звене (группе) по обслу­живанию убежища фельдшера комплектуется дополнительно набор фельд­шерский, врача - набор врачебный.

Аптечки коллективные и наборы комплектуются медицинскими учрежде­ниями (медпунктами), медико-санитарными частями, амбулаториями (поликли­никами), обслуживающими объекты экономики в период приведения в готов­ность защитных сооружений за счет имущества текущего снабжения и приобре­тения недостающих предметов в аптечной сети и магазинах ТПО «Медтехника».

Из запасов объектов рабочим и служащим выдаются средства индиви­дуальной защиты и медицинские средства индивидуальной защиты.

В этот период производится выписка части больных из лечебных учреж­дений на амбулаторное лечение. Сокращаются госпитализация больных для планового лечения и сроки стационарного лечения.

Учреждения сети наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК) пере­водятся на круглосуточную работу с ведением постоянного наблюдения за радиационной, химической и бактериологической обстановкой на закреплен­ной за ними территории. Специалистами СНЛК два раза в сутки снимаются показания на зараженность объектов внешней среды отравляющими и ра­диоактивными веществами. Мероприятия по индикации бактериальных (био­логических) средств проводятся по показаниям.

При наличии эпидемических показаний в этот период проводится мас­совая иммунизация населения. Прививочные бригады создаются на базе ле­чебно-профилактических учреждений. Соответствующие вакцины и сыворот­ки обеспечиваются за счет учреждений государственного санитарно-эпиде­миологического надзора.

В целях обеспечения радиационной безопасности, персоналу АЭС и населению, проживающему в 30-километровой зоне, выдаются препараты стабильного йода. На объектах здравоохранения проводятся неотложные мероприятия по повышению устойчивости работы объектов здравоохране­ния - приводятся в готовность автономные источники энергоснабжения, пун­кты управления объектов, подготавливается аварийное освещение.

Одним из наиболее важных мероприятий, проводимых в этот период, является проведение подготовки к дополнительному развертыванию боль­ничных коек в загородной зоне. В этих целях начальник МС ГО субъекта РФ во взаимодействии с начальником отдела медицинской защиты главного уп­равления по делам ГО и ЧС области (края, республики в составе РФ) органи­зуют проверку наличия ордеров приписываемых зданий и помещений для развертывания лечебных учреждений больничной базы, а также степени го­товности этих зданий к развертыванию в них лечебных учреждений ББ МС ГО в соответствии с заданием. Проводятся мероприятия по завершению *в* сжа­тые сроки выполнения приспособительных работ второй очереди.

В целях обеспечения своевременного развертывания лечебных учреждений в загородной зоне за каждым лечебно-эвакуационным направлением закрепля­ется необходимое количество формирований гражданской обороны. Для осна­щения лечебных учреждений МС ГО подготавливается медицинское имущество, уточняется их обеспеченность санитарно-хозяйственным и специальным имуще­ством. В этот период осуществляется выдача медицинского имущества лечеб­ным учреждениям загородной зоны со складов мобилизационного резерва.

Одновременно приводятся в готовность имеющиеся противорадиаци­онные укрытия (ПРУ), ведется работа по приспособлению подвалов для ук­рытия медицинского персонала и больных в лечебных учреждениях. Лично­му составу формирований МС ГО выдаются приборы радиационной и хими­ческой разведки, медицинские средства индивидуальной защиты вывозятся со складов мобилизационного резерва. В убежищах объектов экономики ка-тегорированных городов, продолжающих производственную деятельность в военное время, развертываются медицинские пункты.

*При введении «Общей готовности ГО»* штаб медицинской службы ГО совместно с отделом медицинской защиты главного управления по делам ГОЧС области (края, республики) приводит в готовность органы управления, формирования и учреждения службы, организует работу учреждений госу­дарственного санитарно-эпидемиологического надзора в составе СНЛ К, про­водит мероприятия по защите личного состава службы и больных, находя­щихся в лечебных учреждениях. С этой целью организуется своевременное оповещение и сбор личного состава органов управления, их работа по уста­новлению связи с выше- и нижестоящими штабами МС ГО, взаимодействие с военно-медицинской службой, другими службами ГО, уточнение планов медицинского обеспечения населения.

В этот период осуществляется подготовка к эвакуации медицинских учреждений и к вывозу запасов медицинского имущества из категорирован-ных городов. Проводится комплекс санитарно-противоэпидемических мероп­риятий, направленных на предупреждение возникновения и распростране­ния массовых инфекционных заболеваний.

Без прекращения работы в медицинских учреждениях, на базе которых они создаются, приводятся в готовность все формирования медицинской службы ГО. В этот период в круглосуточном режиме организуется работа уч­реждений СНЛК по ведению наблюдения и лабораторного контроля за зара­женностью объектов внешней среды, атмосферного воздуха, продовольствия и питьевой воды РВ, ОВ, БС.

При переводе ГО на военное положение особое внимание должно уде­ляться проведению мероприятий по защите личного состава формирований МС ГО, медицинского персонала и больных, находящихся в лечебных учреж­дениях, от средств поражения вероятного противника путем укрытия их в за­щитных сооружениях. Укрытие названных контингентов осуществляется сле­дующим образом: в категорированных городах - в защитных сооружениях и быстровозводимых убежищах; в загородной зоне - в противорадиационных укрытиях и приспособленных подвалах.

В этот период приводятся в готовность и передаются в оперативное под­чинение соответствующим начальникам МС ГО санитарно-транспортные фор­мирования ГО.

Нетранспортабельные больные в категорированных городах укрывают­ся "в защищенных стационарах, развертываемых в убежищах, строительство которых предусматривается из расчета 10% коечной емкости учреждения мирного времени.

При проведении мероприятий "Общей готовности ГО" проводится подго­товка лечебных учреждений категорированных городов к эвакуации в загород­ную зону, что требует большого внимания со стороны медицинской службы ГО: необходимо провести подготовку к выписке части больных на амбулаторное ле­чение; определить группы нетранспортабельных больных и больных, подлежа­щих эвакуации; наметить очередность вывоза имущества, с учетом его необхо­димости при оказании медицинской помощи; выслать оперативные группы к местам развертывания лечебных учреждений МС ГО в загородной зоне с целью приема приписанных помещений и организации приспособительных работ; уточ­нить количество необходимых для эвакуации ЛПУ транспортных средств.

С учетом возможности внезапного нападения противника, важным ме­роприятием в этот период является развертывание в загородной зоне до­полнительных больничных коек МС ГО силами здравоохранения сельской местности и некатегорированных городов.

Проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий при степени готовности «Общая готовность ГО « направлено на сохранение здоровья населения и личного состава формирований и учреждений ГО, а также на профилактику возникновения и распространения массовых инфек­ционных заболеваний. Эти мероприятия проводятся Центрами государствен­ного санитарно-эпидемиологического надзора и создаваемыми на их базе санитарно-противоэпидемическими формированиями ГО на всей террито­рии области (края, республики в составе РФ), в том числе в районах, пред­назначенных для размещения рассредоточиваемых рабочих, служащих и эва­куированного населения, а также на маршрутах эвакуации и в местах раз­вертывания эвакуационных органов.

При получении соответствующих распоряжений медицинская служба ГО организует медицинское обеспечение частичной эвакуации населения и вы­вод медицинских формирований повышенной готовности в загородную зону.

4.3.3. Организация медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий.

В условиях неполной обеспеченности защитными сооружениями и меди­цинскими средствами индивидуальной защиты рабочих, служащих и населения категорированных городов, эвакуация населения этих городов в загородную зону является основным способом его защиты от современных средств поражения.

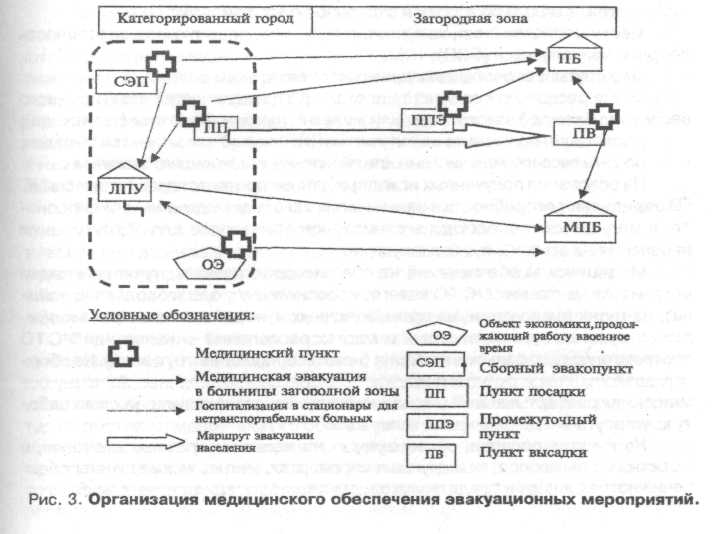
Непосредственное осуществление мероприятий по организации, под­готовке и проведению эвакомероприятий возложено на эвакуационные орга­ны, которые работают во взаимодействии с соответствующими органами TO4G и службами гражданской обороны. В состав эвакуационных и эвакоп-риемных комиссий обязательно включается представитель МС ГО, который должен осуществлять взаимодействие с другими службами ГО по вопросам

эвакуации учреждений здравоохранения, а также проведение медицинского обеспечения эвакуируемого населения.

Эвакуация населения сопровождается его массовым перемещением из категорированных городов в загородную зону, что может привести к получе­нию травм и обострению хронических болезней среди населения, ухудше­нию санитарно-эпидемиологической обстановки на территории области, воз­никновению вспышек инфекционных заболеваний. Поэтому в этот период на медицинскую службу ГО возлагаются весьма ответственные задачи по все­стороннему медицинскому обеспечению эвакуационных мероприятий.

Медицинское обеспечение эвакуации населения из категорированных городов организуется по территориально-производственному принципу и осуществляется соответствующими руководителями органов управления здравоохранением административно-территориальных образований РФ. (см.рисЗ)

Медицинское обеспечение эвакуации населения включает проведение органами здравоохранения организационных, лечебных, санитарно-проти-воэпидемических мероприятий, направленных на охрану здоровья эвакуи­руемого населения, своевременное оказание медицинской помощи заболев­шим или получившим в ходе эвакуации травмы, а также предупреждение воз­никновения и распространения массовых инфекционных заболеваний среди населения (см. рис. 3).



При проведении эвакомероприятий перед медицинской службой ГО сто­ят следующие задачи:

1. Организация медицинского обеспечения населения на всех этапах эвакуации и в местах расселения.
2. Эвакуация медицинских учреждений из категорированных городов в загородную зону.
3. Вывод медицинских формирований ГО в загородную зону.
4. Организация укрытия и лечения нетранспортабельных больных.
5. Развертывание коечной сети в загородной зоне за счет эвакуированных больниц.
6. Организация медицинского обеспечения рабочих и служащих объектов, продолжающих работу в военное время.
7. Защита медицинского персонала и больных от поражающих факторов оружия массового поражения и обычных средств ведения войны.

Успешное выполнение задач по медицинскому обеспечению эвакуации населения достигается заблаговременным четким планированием. Для пла­нирования медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий штабы МС ГО должны располагать определенными исходными данными, которые они получают от соответствующего органа управления ГО ЧС. Исходные дан­ные должны содержать следующие сведения:

численность эвакуируемого населения (в том числе детских учрежде­ний и детей) в целом по городу и отдельно по его районам;

места расположения, количество и суточная пропускная способность сборных эвакопунктов (СЭП);

маршруты и способы эвакуации населения;

места расположения пунктов посадки (ПП) и количество эвакуируемого населения в каждой автоколонне или железнодорожном составе (теплоходе);

дислокация промежуточных пунктов (ППЭ) эвакуации и пунктов высадки;

районы расселения и численность населения, подлежащего эвакуации.

На основании полученных исходных данных соответствующие штабы МС ГО определяют потребность в различных категориях медицинского персона­ла, в медицинских средствах и санитарном транспорте для обслуживания населения на этапах и путях эвакуации.

Медицинское обеспечение на сборных эвакопунктах, пунктах посадки организует начальник МС ГО категорированного города (городского райо­на); на путях следования, на промежуточных пунктах эвакуации, эвакопри-емных пунктах, пунктах высадки и местах расселения — начальник МС ГО соответствующего сельского района (некатегорированного города). На сбор­ных эвакопунктах и пунктах посадки в специально выделенных по плану по­мещениях развертываются медицинские пункты, организующие свою рабо­ту круглосуточно до окончания эвакуации.

На пунктах посадки, организуемых на железнодорожных станциях, в морских и речных портах и крупных аэропортах, медицинские пункты обес­печиваются силами и средствами ведомственных медицинских служб.

Для работы в медицинских пунктах СЭП, ПП выделяется медицинский персонал из расчета: 2 средних медицинских работника, 1 санитарка (санд-ружинница), 1 дезинфектор в смену. В-отдельных случаях предусматривает­ся выделение врача. Для перевозки пораженных и больных в медпункте име­ется 1 санитарный автомобиль Нуждающиеся в стационарном лечении боль­ные и пораженные из медпунктов СЭП и ПП эвакуируются в ближайшие лечебные учреждения загородной зоны.

Нетранспортабельных больных госпитализируют в стационары для не­транспортабельных больных, развернутые в убежищах ЛПУ категорирован-ных городов. Эвакуация таких больных осуществляется машинами станций скорой медицинской помощи или специально выделенным на медпункт транс­портом.

Станции скорой медицинской помощи работают в городе до конца эвакуа­ции и эвакуируются в загородную зону последними, оставляя часть сил в городе.

Для медицинского обеспечения населения, эвакуируемого на большие расстояния автомобильными колоннами, железнодорожными эшелонами, морскими и речными судами, в состав колонны, эшелонов, судов включают двух средних медработников (из числа подлежащих эвакуации) или двух сан-дружинниц с необходимым медицинским имуществом.

При пешей эвакуации в каждую колонну численностью 500 человек вы­деляется одна сандружинница.

Если на маршрутах эвакуации колонн отсутствуют медицинские учреж­дения, то в этом случае в местах больших привалов и при ППЭ развертыва­ются временные медицинские пункты (ВМП) за счет местных лечебных уч­реждений. В составе медпункта 1-2 врача, 2-3 средних медицинских работ­ника, 1-2 санитарки (сандружинницы). В некоторых случаях вместо медицинских пунктов на каждый маршрут выделяется подвижная медицинс­кая бригада на автомобиле, в состав которой входят: 1 врач (фельдшер) и 1 -2 медсестры. Бригада оснащается специальной укладкой медицинского иму­щества для оказания неотложной помощи.

В пунктах высадки прибывшему населению первая медицинская и первая врачебная помощь обеспечивается по неотложным показаниям. Здесь развер­тываются медицинские пункты с выделенным штабом МС ГО сельского района медицинским персоналом. Медицинское обслуживание эвакуируемого населе­ния в местах расселения осуществляется лечебно-профилактическими учреж­дениями сельской местности по участково-территориальному принципу.

Перемещение больших масс населения при проведении эвакуации в загородную зону неизбежно связано с ухудшением санитарно-гигиеничес­ких условий жизни, ростом эпидемической напряженности и угрозой возник­новения массовых инфекционных заболеваний. Поэтому организация сани-тарно-противоэпидемического обеспечения эвакуируемого населения дол­жна осуществляться на всех этапах эвакуации - на сборных эвакопунктах и пунктах посадки, в пути следования, в местах отдыха (привала), на промежу­точных пунктах эвакуации, на пунктах высадки, в местах расселения, и воз­лагается на санитарно-эпидемиологические учреждения и формирования.

4.3.4. Организация медицинского обеспечения населения после напа­дения противника.

После начала военных действий и возникновения очагов поражения со­держание и объем медицинских мероприятий ГО будут зависеть от вида при­мененного оружия, характера сложившейся оперативной и медицинской об­становки и задач, выполняемых гражданской обороной.

Органами управления МС ГО предусматриваются два основных вари­анта медицинского обеспечения в военное время: при планомерном выпол­нении мероприятий ГО и при внезапном нападении противника.

Первый вариант является оптимальным, так как позволяет провести ком­плекс подготовительных мероприятий по переводу МС ГО на военное поло­жение, что обеспечит защиту и сохранность значительной части кадровых и материальных ресурсов службы в условиях воздействия средств поражения противника.

При внезапном нападении противника, когда мероприятия ГО не прово­дились или проведены не полностью, возможно не только возникновение массовых потерь среди населения, но также нанесение значительного ущер­ба силам и средствам МС ГО, что заметно снизит потенциал службы по меди­цинскому обеспечению пораженных.

После нападения противника штаб МС ГО принимает меры по восстанов­лению управления медицинскими силами, запрашивает от органа управления ГО ЧС данные об инженерной, радиационной, химической и биологической об­становке, ориентировочном количестве санитарных потерь и оценивает полу­ченные данные в интересах медицинской службы. После оценки медико-так­тической обстановки определяются: объем работ, направления главных уси­лий медицинской службы, необходимое количество сил и средств для оказания всех видов медицинской помощи пораженному населению, районы разверты­вания первого этапа медицинской эвакуации, вероятные маршруты эвакуации пораженных в лечебные учреждения МС ГО, развернутые в загородной зоне, наиболее рациональное использование сил и средств медицинской службы ГО.

Затем, на основе предварительных распоряжений соответствующего органа управления по делам ГОЧС и начальника медицинской службы ГО, отдаются указания подчиненным штабам, формированиям и учреждениям службы о подготовке к предстоящим действиям. Одновременно отдаются распоряжения по организации медицинской и биологической (бактериоло­гической) разведки, готовятся данные начальнику МС ГО для оценки обста­новки, принятия решения и для доклада начальнику гражданской обороны.

Медицинская разведка ведется медицинскими подразделениями соеди­нений и частей ГО, всеми формированиями и учреждениями МС ГО, а также специально создаваемыми в ОПМ группами медицинской разведки.

Медицинская разведка выявляет места нахождения пораженных, уста­навливает их количество и состояние, намечает пути выноса пострадавших и их эвакуации, районы развертывания ОПМ и медицинских подразделений частей и соединений ГО; определяет ориентировочные объемы работ по ока­занию медицинской помощи и потребное количество медицинских сил и

средств, безопасные места сбора и погрузки пострадавших на транспорт для эвакуации из очагов поражения; уточняет санитарно-эпидемиологическую обстановку на маршрутах движения и в очагах поражения, районах эвакуа­ции населения и расположения сил ГО.

Биологическая (бактериологическая) разведка проводится в целях своев­ременного обнаружения применения противником биологического оружия, ус­тановления мест застоя и уровней концентрации бактериального аэрозоля, оцен­ки эпидемиологической обстановки в очаге, отбора проб и доставки их в лабо­раторию, установления по возможности границочага биологического поражения.

Непосредственными организаторами медицинской и биологической раз­ведки являются начальники МС ГО городов, районов и объектов экономики.

Данные, полученные медицинской и биологической разведкой, исполь­зуются для принятия решения по медицинскому обеспечению населения в очагах поражения. На основании решения начальника медицинской службы ГО штаб МС ГО разрабатывает приказ (распоряжение) на организацию ме­дицинского обеспечения и доводит его до подчиненных.

*При внезапном нападении противника* организация медицинского обес­печения будет осуществляться в сложных условиях медико-тактической обста­новки, которая будет характеризоваться возникновением большого числа по­раженных, нарушением связи и управления силами и средствами МС ГО. От­сутствие в этих условиях времени для приведения в готовность формирований и учреждений службы, невозможность эвакуации медицинских учреждений из категорированных городов могут повлечь за собой выход из строя и потерю значительной части кадровых и материальных ресурсов МС ГО.

Основу группировки медицинских сил, предназначенных для оказания медицинской помощи пораженным в очагах массовых санитарных потерь, в этом случае составят силы и средства МС ГО близлежащих районов сельс­кой местности и некатегорированных городов, которые не подверглись на­падению противника.

Дополнительные больничные койки здравоохранения при внезапном нападении будут развертываться только за счет лечебных учреждений заго­родной зоны, что значительно ослабит возможности МС ГО по оказанию по­раженным квалифицированной и специализированной медицинской помо­щи, а также стационарного лечения. В этой ситуации, на основе получения и изучения информации об оперативной и медицинской обстановке, штаб МС ГО осуществляет маневр медицинскими силами и средствами, направлен­ный на выполнение задач по медицинскому обеспечению пораженных в ус­ловиях резкого дефицита кадровых и материальных ресурсов службы.

В случае выхода из строя основного штаба МС ГО, функции управле­ния службой принимает штаб-дублер, которым, как правило, назначается штаб МС ГО одного из сельских районов. План по подготовке сил и средств МС ГО к действиям при внезапном нападении противника должен быть от­работан с учетом всех возможных вариантов. При внезапном нападении противника планы медицинского обеспечения мероприятий ГО вводятся в действие немедленно.

**4.4. Лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения.**

4.4.1 .Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения.

В условиях крупномасштабной войны с применением современных средств вооруженной борьбы, в т.ч. включая оружие массового поражения, вследствие уничтожения лечебно-профилактических учреждений, запасов медицинского имущества и выхода из строя медицинского персонала в оча­гах поражения, как правило, будет отсутствовать возможность для оказания на месте исчерпывающей медицинской помощи пораженным. Поэтому в це­лях оказания полноценной медицинской помощи пораженному населению и осуществления стационарного лечения планируется его эвакуация в лечеб­ные учреждения МС ГО, развернутые в загородной зоне (безопасных райо­нах). Для решения этой задачи в МС ГО принята система лечебно-эвакуаци­онного обеспечения (ЛЭО) пораженного населения.

ЛЭО является наиболее важной частью системы медицинского обеспече­ния и представляет собой комплекс своевременных, последовательно прово­димых преемственных мероприятий по оказанию медицинской помощи насе­лению в очагах поражения и на этапах медицинской эвакуации в сочетании с их вывозом в лечебные учреждения для последующего лечения и реабилитации.

Сущность ЛЭО заключается в разделении медицинской помощи поражен­ному населению на ее отдельные виды, которые оказываются пораженным на этапах медицинской эвакуации. В основу системы ЛЭО, принятой в МС ГО, положены следующие основные принципы военно-медицинской доктрины:

а) максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь, маневр ее силами и средствами, объе­мом медицинской помощи;

б)отдание приоритета проведению неотложных мероприятий медицин­ской помощи на этапах медицинской эвакуации;

в)единое понимание патогенеза различных форм поражений современ­ными видами оружия и принципов хирургической и терапевтической работы на всех этапах медицинской эвакуации;

г)преемственность и последовательность в оказании медицинской по­мощи на этапах медицинской эвакуации;

д) необходимость ведения краткой и четкой медицинской документа­ции, фиксирующей время, место, вид поражения и перечень выполненных на этапе медицинских пособий.

4.4.2. Виды и объем медицинской помощи пораженным.

Вид медицинской помощи определяется перечнем лечебно-профилак­тических мероприятий, проводимых личным составом МС ГО при возникно­вении очагов массовых санитарных потерь. Каждый вид медицинской помо­щи оказывается на определенном этапе медицинской эвакуации в указан­ном объеме и установленные сроки специально подготовленными и оснащенными лицами. Врачебные виды медицинской помощи для их выпол­нения требуют также обеспечения определенных условий в месте ее оказа-

ния. Как минимум, это наличие помещения (палатки) для защиты от непого­ды, а также необходимого освещения и воды.

Совокупность лечебно-профилактических мероприятий, соответствую­щих определенному виду медицинской помощи на этапах медицинской эва­куации, называется объемом медицинской помощи. В зависимости от общей и медико-тактической обстановки объем медицинской помощи может быть полным, сокращенным или расширенным.

Решение о сокращении или расширении объема медицинской помощи в ходе проведения лечебно-эвакуационных мероприятий принимает соответ­ствующий начальник МС ГО. Например, для ОПМ - это начальник МС ГО горо­да (района), на территории которого ведутся спасательные работы, для ле­чебных учреждений (больничной базы) МС ГО загородной зоны - начальник МС ГО области (края, республики) в составе РФ.

Современная система лечебно-эвакуационного обеспечения поражен­ного населения в военное время предусматривает оказание следующих видов медицинской помощи: первой медицинской помощи, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Первая медицинская помощь представляет собой комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых на месте поражения самим насе­лением в порядке само-и взаимопомощи, а также личным составом спаса­тельных формирований, санитарных постов и санитарных дружин с исполь­зованием табельных и подручных средств с целью устранения или ослабле­ния действия поражающего фактора на организм человека, спасения жизни пораженным, предупреждения развития опасных для их жизни осложнений, обеспечения эвакуации.

**Первая медицинская помощь** пораженным с травматическими по­вреждениями включает следующие мероприятия:

временную остановку кровотечения давящей повязкой, пальцевое при­жатие поврежденного сосуда, наложение кровоостанавливающего жгута или закрутки;

проведение простейших реанимационных мероприятий путем искусст­венной вентиляции легких способом "рот в рот", "рот в нос" и непрямого мас­сажа сердца;

транспортная иммобилизация табельными и подручными средствами;

проведение противошоковых мероприятий с использованием противо­болевых средств, вводимых шприц-тюбиком;

наложение стерильных повязок на раны и ожоговые поверхности;

Отмечено, что существует прямая зависимость количества смертель­ных исходов у пораженных от своевременности оказания им первой меди­цинской помощи. Опыт свидетельствует, что если первая медицинская по­мощь при тяжелых механических повреждениях была оказана через 1 час после получения травмы, то погибает 30% пораженных, если через 3 часа -60%. В случае отсрочки ПМП на время более 6 часов погибает 90% поражен­ных. Оптимальный срок оказания первой медицинской помощи - в течение 30 мин. с момента поражения.

При оказании первой медицинской помощи в очаге химического пора­жения (ОХП) следует учитывать быстроту воздействия большинства совре­менных ОВ и многих АХОВ. Поэтому пораженным химическим оружием она должна быть оказана в кратчайшие сроки. Например, при применении про­тивником ФОБ и цианидов первая медицинская помощь пораженным долж­на быть предоставлена в течение первых минут с момента поражения.

Объем первой медицинской помощи пораженным в ОХП включает: на­девание противогаза на пораженного, введение антидота, проведение час­тичной санитарной обработки открытых частей тела и быстрейшую эвакуа­цию за пределы очага.

**Доврачебная помощь** оказывается средним медицинским персоналом (фельдшерами, медицинскими сестрами) и дополняет первую медицинскую помощь в целях устранения расстройств, представляющих угрозу жизни по­раженного, за счет использования табельных медицинских средств, аппара­туры для искусственной вентиляции легких и др. Необходимость в ее прове­дении возникает при асфиксии, острой сердечно-сосудистой недостаточно­сти, шоке, судорогах, неукротимой рвоте.

Доврачебная помощь, проводимая медицинскими сестрами и фельд­шерами медицинских подразделений войск ГО и сохранившихся в очаге ле­чебных учреждений, включает в себя проведение следующих мероприятий: вливание инфузионных сред, введение симптоматических сердечно-сосуди­стых препаратов, использование аппаратуры искусственной вентиляции лег­ких, повторное введение антидотов по показаниям и др.

**Первая врачебная помощь** — это комплекс лечебно-профилактичес­ких мероприятий, выполняемых врачами общей практики, направленный на устранение последствий поражения, непосредственно угрожающих жизни пораженного, предупреждение возможных осложнений и подготовку пора­женного к медицинской эвакуации.

По срочности оказания мероприятия первой врачебной помощи разде­ляются на неотложные и те, которые могут быть отсрочены.

К группе неотложных мероприятий первой врачебной помощи относятся:

* устранение асфиксии путем отсасывания слизи, введения воздуховода, выполнения трахеостомии, устранение открытого пневмоторакса путемналожения окклюзионной повязки, пункция или дренирование плевральнойполости при напряженном пневмотораксе;
* устранение острой дыхательной недостаточности путем искусственной вентиляции легких, выполнения вагосимпатической или паравертебральной новокаиновой блокады;

■ остановка наружного кровотечения путем прошивания или перевязки сосуда в ране, наложением кровоостанавливающего зажима или тугой тампо­надой раны, снятие ранее наложенных жгутов или временная рециркуляриза-ция крови в конечности при необходимости вторичного наложения жгута;

• отсечение сегментов конечностей, висящих на кожном лоскуте при их неполных отрывах;

* проведение противошоковых мероприятий путем восполнения кровопотери переливанием кровезаменителей, введения аналгетиков и сердечно-сосудистых средств, выполнения новокаиновых блокад,
* катетеризация мочевого пузыря при задержке мочи или капиллярная пункция мочевого пузыря при повреждении уретры;
* частичная санитарная обработка и смена обмундирования у пораженных стойкими отравляющими веществами, промывание желудка через зонд при пероральном отравлении;

■ введение антидотов, противорвотных, бронхорасширяющих и противосудорожных средств;

К группе мероприятий первой врачебной помощи, которые могут быть отсрочены, относятся:

* введение столбнячного анатоксина и антибиотиков;
* устранение недостатков транспортной иммобилизации;

• выполнение новокаиновых блокад при травмах конечностей без при­знаков шока;

Оптимальное время оказания первой врачебной помощи — 4-5 часов.

Первая врачебная помощь пораженным ОВ должна оказываться за пре­делами очага химического поражения на незараженной территории. При по­ражении высокотоксичными быстродействующими ОВ (зарин, зоман, V-газы, цианиды) первая врачебная помощь должна быть оказана не позже 2-3 часов после введения антидота.

При полном объеме первой врачебной помощи проводятся лечебно-профилактические мероприятия, входящие в обе указанные группы. При со­кращенном объеме первой врачебной помощи выполняются только неотлож­ные мероприятия.

**Квалифицированная медицинская помощь** представляет собой комп­лекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых квалифицирован­ными врачами (хирургами и терапевтами) в лечебных учреждениях с целью со­хранения жизни пораженным, устранения последствий поражения, предупреж­дения развития осложнений и борьбы с уже развившимися осложнениями.

Мероприятия квалифицированной медицинской помощи также разде­ляются на две группы:

1) неотложные мероприятия;

2) мероприятия, выполнение которых может быть отложено;  
Оптимальные сроки оказания квалифицированной медицинской помо­  
щи — 8-12 часов после поражения.

**Специализированная медицинская помощь** - это комплекс лечеб­но-профилактических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами с использованием специального оснащения и аппаратуры. Это высший вид медицинской помощи, который носит исчерпывающий характер.

Квалифицированная и специализированная медицинская помощь по­раженному населению оказывается в лечебных учреждениях больничной базы МС ГО загородной зоны, где осуществляется лечение пораженных до окон­чательных исходов и проведение реабилитационных мероприятий.

4.4.3.0рганизация этапного лечения и медицинской эвакуации.

В основу ЛЭО положена система этапного лечения с эвакуацией по на­значению. В настоящее время в МС ГО принята двухэтапная система лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных. Для реализации этой системы, при введении в действие планов ГО, предусматривается отмобилизование фор­мирований и учреждений МС ГО с развертыванием двух этапов медицинской эвакуации пораженных из очагов поражения в лечебные учреждения МС ГО.

Под этапом медицинской эвакуации понимаются медицинские форми­рования и учреждения МС ГО, сохранившиеся учреждения здравоохранения, медицинские подразделения и части войск ГО, развернутые на путях меди­цинской эвакуации и предназначенные для осуществления приема, медицин­ской сортировки пораженных, оказания им медицинской помощи в опреде­ленном объеме, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации (см. рис. 4).



Рис. **4. Принципиальная схема развертывания и работы этапа ме­дицинской эвакуации МС ГО.**

Первым этапом эвакуации пораженного населения из очагов массовых санитарных потерь являются медицинские отряды (ОПМ) МС ГО и медицин­ские роты войск ГО, а также сохранившиеся в очаге поражения медицинские учреждения (см. рис. 5).



ОПМ вводится в очаг поражения в составе группировки сил ГО и раз­вертывает первый этап медицинской эвакуации в зоне слабых разрушений на незараженной территории с учетом близости к путям вывоза пораженных из очага, наличия источников воды и пригодных для размещения отряда уце­левших зданий.

В ОПМ пораженным оказывается первая врачебная помощь и осуще­ствляется их подготовка к медицинской эвакуации в лечебные учреждения

МС ГО загородной зоны. В условиях, когда определенная часть пораженных может не выдержать длительной эвакуации и погибнуть, оказание первой врачебной помощи пораженным на первом этапе медицинской эвакуации повышает вероятность их выживания.

Вторым этапом медицинской эвакуации служат лечебные учреждения (головные, профилированные и многопрофильные больницы) МС ГО, развер­нутые в составе лечебно-эвакуационных направлений в загородной зоне. На этом этапе осуществляется прием, медицинская сортировка и оказание ква­лифицированной и специализированной медицинской помощи пораженным и их лечение до окончательного исхода. Общее руководство и координацию работы больниц лечебно-эвакуационных направлений (ЛЭН) и маневр сила­ми и средствами МС ГО в границах субъекта РФ с целью повышения эффек­тивности оказания медицинской помощи осуществляет штаб МС ГО области (края, республики в составе РФ) через свои оперативные группы.

Непосредственное руководство работой профилированных и многопро­фильных больниц загородной зоны, входящих в состав лечебно-эвакуацион­ных направлений (ЛЭН), осуществляют главные врачи головных больниц (ГБ). В целях наиболее рационального распределения пораженных в лечебных уч­реждениях ЛЭН на путях медицинской эвакуации автомобильным транспор­том развертываются медицинские распределительные пункты (МРП) и вспо­могательные распределительные посты (ВРП).

Основой для создания двухэтапной системы ЛЭО в середине XX века по­служил прогноз возникновения мировой ракетно-ядерной войны с неограничен­ным применением всех видов оружия массового поражения. Хотя современные войны носят в основном локальный характер, и одномоментное возникновение массовых санитарных потерь для них нетипично, вместе с тем принятая в МС ГО двухэтапная система лечебно-эвакуационного обеспечения сохраняет свою ак­туальность как базовая модель оказания медицинской помощи пораженным при неблагоприятных условиях общей и медицинской обстановки.

Специалисты военно-медицинской службы, например, считают, что принцип эшелонирования медицинской помощи сохраняет свое значение и для условий войн и вооруженных конфликтов ограниченного масштаба (Боль­шаков В.Н., Зубков И.А., 1999 г.). Поэтому передовой догоспитальный район, где пораженному оказывается медицинская помощь, должен выделяться при любом подходе к организации лечения в экстремальной ситуации, обуслов­ленной войной или крупной катастрофой. Число же промежуточных этапов медицинской эвакуации зависит от конкретной обстановки (интенсивности, продолжительности, масштаба военных действий, организационно-техничес­ких возможностей эвакуации) и должно быть сведено к минимуму.

С учетом особенностей оперативной и медицинской обстановки при возникновении очагов массовых санитарных потерь возможны следующие основные варианты оказания медицинской помощи пораженным *до их гос­питализации в* лечебные учреждения:

а) оказание только первой медицинской помощи;

б) оказание первой медицинской и доврачебной помощи;

в) оказание первой медицинской, доврачебной и Первой врачебной помощи;

г) оказание первой медицинской, доврачебной и неотложных меропри­  
ятий квалифицированной медицинской помощи.

Медицинской эвакуацией называется система мероприятий по транс­портировке пораженных из очагов санитарных потерь в медицинские фор­мирования и учреждения для оказания им необходимой медицинской помо­щи и лечения. В основном медицинская эвакуация осуществляется по прин­ципу "на себя". Для этой цели в системе ГО используется санитарный транспорт, транспорт санитарно-транспортных формирований ГО (АСК, АСО, ЭСП, АСЭ), а также другие транспортные средства, выделенные соответству­ющими начальниками ГО.

В МС ГО различают два вида медицинской эвакуации: по направлению и по назначению. По направлению эвакуация начинается в общем потоке с места оказания первой медицинской помощи и заканчивается в головной больнице больничной базы МС ГО, откуда пораженных направляют по назна­чению в больницы загородной зоны в соответствии с видом поражения. При медицинской эвакуации пораженных железнодорожным, водным или воздуш­ным транспортом соответственно на вокзалах, в поЬтах и на аэродромах раз­вертываются эвакуационные приемники, предназначенные для временного размещения пораженных до прибытия транспортных средств.

4.4.4. Медицинская сортировка.

Важным элементом системы лечебно-эвакуационного обеспечения яв­ляется медицинская сортировка. Медицинская соргировка представляет со­бой способ распределения пораженных на группы в зависимости от их нуж­даемости в однородных лечебно-профилактически\* и эвакуационных мероп­риятиях. Существенное значение при этом имеет также сложившаяся в очаге медико-тактическая обстановка и установленный Аля данного этапа эвакуа­ции объем медицинской помощи.

Медицинская сортировка проводится в очаГе поражения и на этапах медицинской эвакуации. Для ведения медицинской сортировки должны при­влекаться наиболее опытные, специально подготовленные врачи и средние медицинские работники. Элементам медицинской сортировки в очаге пора­жения должен быть обучен также личный состав спасательных формирова­ний ГО, ведущий работы в очаге поражения.

В основу медицинской сортировки были положены определенные Н.И. Пироговым сортировочные признаки: опасность пораженного для окружаю­щих, лечебный и эвакуационный признаки. В зависимости от степени опас­ности пораженных для окружающих при сортировке выделяют следующие группы пораженных:

* нуждающиеся в изоляции;
* нуждающиеся в частичной или полной санитарной обработке;
* пораженные, не представляющие опасности для окружающих.

При проведении медицинской сортировки по лечебному признаку по­раженных распределяют на группы:

• нуждающихся в неотложной медицинской помощи;

• пораженных, помощь которым в данный момент может быть отсрочена;

* легкопораженных, нуждающихся в амбулаторном лечении или способ­ных самостоятельно следовать на следующий этап медицинской эвакуации;
* агонирующих, нуждающиеся в уходе и облегчении страданий.

По эвакуационному признаку пораженных распределяют на группы:

■ нуждающихся в эвакуации на следующий этап;

• остающихся на данном этапе временно или до окончательного исхода;

■ подлежащих возвращению к месту жительства на амбулаторное лечение.

Различают внутрипунктовую и эвакуационно-транспортную сортировку.

Внутрипунктовая сортировка пораженных проводится с целью распре­деления их на группы для направления в определенные функциональные под­разделения данного этапа медицинской эвакуации и определения очеред­ности и характера оказания им медицинской помощи в зависимости от опас­ности для окружающих и нуждаемости в оказании медицинской помощи на данном этапе эвакуации.

Эвакуационно-транспортная сортировка проводится с целью распределе­ния пораженных на группы в зависимости от очередности, вида транспорта и положения, в котором необходимо эвакуировать пораженного (сидя или лежа).

Медицинская сортировка осуществляется на основе диагноза и прогноза.

При массовом поступлении пораженных на этап эвакуации последова­тельно используются два метода медицинской сортировки: выборочный и конвеерный.

Вначале применяют выборочный метод, при котором путем беглого ос­мотра из общей массы пораженных выделяются лица, представляющие опас­ность для окружающих или нуждающиеся в неотложной медицинской помо­щи на данном этапе. После выборочного применяется конвеерный метод, в ходе которого носилки с пораженными размещают рядами или веером, и сор­тировочная бригада осуществляет последовательный осмотр и сортировку всех оставшихся пораженных.

Для фиксации результатов медицинской сортировки используются сор­тировочные марки, обозначающие, куда и в какой очередности должен быть направлен пораженный. Марки представляют собой металлические или кар­тонные значки, имеющие различную форму и цвет, которые прикрепляются к одежде пораженного. Использование сортировочных марок значительно ус­коряет и упрощает процесс медицинской сортировки.

Результаты медицинской сортировки на первом этапе медицинской эва­куации регистрируются с помощью первичных медицинских карточек, кото­рые заполняются на пораженных в сортировочно-эвакуационном отделении отряда первой медицинской помощи.

**4.5. Медицинская защита населения от современных средств поражения.**

Медицинская защита является составной частью медицинского обеспе­чения и представляет собой комплекс организационных, лечебно-профилак­тических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий,

направленных на предотвращение или ослабление воздействия на население и личный состав сил ГО поражающих факторов современного оружия.

В целях подготовки к медицинской защите населения и сил ГО забла­говременно проводятся следующие мероприятия: создание медицинских формирований и учреждений ГО и обеспечение их готовности к работе в ус­ловиях военного времени; накопление средств медицинской защиты, резер­вов медицинского имущества для обеспечения населения и оснащения фор­мирований и учреждений ГО; подготовка населения и спасателей к оказанию первой медицинской помощи, проведение комплекса санитарно-гигиеничес­ких и противоэпидемических мероприятий (в т.ч. создание грунд-иммуните-та у населения), разработка режимов поведения населения в зонах возмож­ного радиоактивного загрязнения, химического и биологического заражения.

Характер проводимых мероприятий медицинской защиты в основном определяется видом и масштабом примененного против населения оружия и особенностей его поражающих факторов.

К средствам медицинской защиты относятся следующие профилакти­ческие и лечебные препараты, материалы и специальные средства:

■ **Радиозащитные препараты,** снижающие степень лучевого поражения:

а) радиопротекторы - цистамин, индралин, диэтилстильбестрол;

б) комплексоны - соли молочной и уксусной кислот, унитиол;

в) адсорбенты - адсорбар, альгисорб, пентацин, ферроцин ;

г) адаптогены - женьшень, дибазол, китайский лимонник.

В целях профилактики радиационных поражений кожи используются за­щитные пасты "Защита", "Радез". Для оказания медицинской помощи поражен­ным ионизирующим излучением и их лечения применяются антигеморрагичес­кие средства, стимуляторы кроветворения и центральной нервной системы.

- **Антидоты** (противоядия) от отравляющих и аварийно химически опас­  
ных веществ. Действие антидотов основано либо на химическом связывании  
токсического вещества, либо на физиологическом антагонизме с ним. Уни­  
версальных антидотов не существует, поэтому при поражениях различными  
видами ОВ применяются специфические антидоты:

*а) антидоты нервно-паралитических ОВ* делятся на две группы:

1. холинолитики — атропин, афин, будаксим, тарен;
2. реактиваторы холинэстеразы - дипироксим, изонитрозин;

*б) антидоты цианидов* — амилнитрит, пропилнитрит, антициан;

*в) антидот люизита* - унитиол.

*г) антидоты психомиметических ОВ типа BZ* — трифтазин, бугафен.

- **Средства медицинской защиты от биологических средств поражения:**

*а) средства экстренной неспецифической профилактики:* антибиотикии сульфаниламиды широкого спектра действия, активные в отношении боль­шинства инфекционных заболеваний, интерферону;

*б) средства специфической профилактики:* антибиотики или антимикробные препараты узкого спектра действия, вакцины, анатоксины, бактериофаги, сыворотки;

**- К средствам медицинской защиты относят также перевязочные, обезболивающие средства и дегазирующие растворы.**

Химические, химиотерапевтические, биологические препараты и пере­вязочные средства, предназначенные для предотвращения или ослабления воздействия на человека поражающих факторов источника ЧС и используе­мые либо самостоятельно, либо в порядке взаимопомощи, включены в со­став **медицинских средств индивидуальной защиты.**

Ктабельным медицинским средствам индивидуальной защиты (МСИЗ) относятся:

аптечка индивидуальная **АИ-2;**

индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8, ИПП-10, ИПП-11);

пакет перевязочный медицинский (ППМ);

профилактический антидот П-10М.

Аптечка индивидуальная АИ-2 предназначена для предупреждения или снижения поражающего действия различных поражающих факторов, атакже для оказания первой медицинской помощи пораженным. Лекарственные средства, содержащиеся в аптечке, применяются при ранениях, ожогах, отравлениях ФОБ, радиационных поражениях и для предупреждения инфекционных болезней.

Медицинскими средствами индивидуальной защиты обеспечивается в первую очередь личный состав гражданских организаций (формирований) ГО, во вторую очередь -» рабочие и служащие городов и отдельно расположенных категорированных объектов. Накопление медицинских средств индивидуаль­ной защиты осуществляется министерствами и ведомствами России, прави­тельствами республик в составе Российской Федерации, администрацией кра­ев (областей) в мирное время путем закладки их в мобилизационный резерв и создания запасов объектов экономики.

В настоящее время снабжение медицинскими средствами индивидуальной защиты осуществляется децентрализованно и централизованно. Оплата индиви­дуальных противохимических пакетов, накапливаемых в мобилизационном ре­зерве, производится за счет средств федерального бюджета. Оплата медицинс­ких средств индивидуальной защиты, накапливаемых в запас объектов экономи­ки, производится за счет средств предприятий, организаций и учреждений.

Выдача МСИЗ из мобилизационного резерва производится по решению Правительства Российской Федерации, **а** из запасов ойъектов экономики -по решению руководителей объекта в установленном порядке.

**4.6. Система управления МС ГО.**

Управление силами и средствами МС ГО осуществляется в соответствии с Законами РФ, Указами Президента РФ, постановлениями Правительства РФ, нормативными и распорядительными документами Минздрава России, при­казами и распоряжениями начальников ГО, территориальных органов ГО ЧС.

Сущность управления заключается в целенаправленной деятельности руководящего состава и органов управления МС ГО по поддержанию в по­стоянной готовности подчиненных им органов и сил, организации их действий по медицинскому обеспечению пораженного населения в военное время.

Управление базируется на предвидении развития общей и медицинской об­становки в военное время, учете возможностей сил и средств МС ГО, быст­ром реагировании на изменение обстановки, своевременном принятии ре­шений и настойчивом проведении их в жизнь.

Управление МС ГО должно обеспечить: перевод в сжатые сроки орга­нов управления и сил службы на военное положение, своевременное осуще­ствление мероприятий по медицинскому обеспечению населения и сил ГО при применении противником современных средств поражения.

Для обеспечения управления МС ГО создается системауправления, пред­ставляющая собой совокупность взаимосвязанных органов управления всех звеньев МС ГО, а также пунктов управления, системы связи и оповещения. Система управления создает материальную основу процесса управления.

В любых условиях обстановки основу управления МС ГО составляет ре­шение начальника службы и организация его выполнения.

Процесс управления медицинской службой ГО включает следующие мероприятия:

• Непрерывное добывание, сбор, прогнозирование и оценка медико-тактической обстановки в зоне ответственности;

■ своевременное принятие решения по организации медицинского обес­печения пораженного населения и доведение задач до подчиненных;

• разработка планов по медицинскому обеспечению населения в военное время и их корректировка;

* подготовка органов управления и сил МС ГО к выполнению задач;
* определение состава, мест, порядка развертывания и работы пунктовуправления, систем связи и оповещения;
* постоянный контроль за выполнением планов, приказов, распоряжений и оказание помощи подчиненным;

• организация взаимодействия с другими службами ГО, с военно-медицинской службой МО РФ, МВД РФ, ФСБ, ФАПСИ, органами и силами заинте­ресованных министерств и ведомств;

Управление силами и средствами МС ГО носит циклический характер. Первый (заблаговременный) цикл начинается в мирное время при подготов­ке формирований и учреждений МС ГО к действиям по медицинскому обес­печению пораженного населения в военное время.

Последующие (оперативные) циклы повторяются в ходе их ведения в результате изменения общей и медицинской обстановки и необходимости уточнения решения и планов начальником МС ГО, что должно обеспечить эффективное выполнение задач по медицинскому обеспечению пораженных в установленные сроки и в любых условиях.

Сложность задач, стоящих перед МС ГО и условия, в которых они будут решаться, предъявляют повышенные требования к управлению службой. Уп­равление может быть эффективным, если вся система управления будет на­ходиться в высокой готовности, если оно будет непрерывным, устойчивым, оперативным и скрытным.

Обеспечение постоянной готовности системы управления службы к вы­полнению поставленных задач в любой обстановке, с первых минут возник-

новения угрозы войны, в том числе при внезапном нападении противника, является одной из главных задач, стоящих перед начальником МС ГО и его штабом. Поэтому готовность системы управления МС ГО должна быть выше готовности сил службы, т.е. опережать ее.

Под непрерывностью управления понимается постоянное воздействие на­чальника и штаба МС ГО на ход выполнения задач. Непрерывность управления достигается постоянным знанием обстановки, наличием бесперебойной связи с подчиненными, старшими начальниками и взаимодействующими силами.

Устойчивость управления определяется способностью начальника и шта­ба МС ГО выполнять свои функции в любой обстановке военного времени, до­стигается заблаговременным созданием системы запасных пунктов управле­ния МС ГО, подготовкой штабов-дублеров, оснащением их соответствующей документацией и надежными техническими средствами управления и связи.

Оперативность управления заключается в способности начальника и штаба МС ГО быстро и точно влиять на ход выполнения задач, своевременно реагировать на любые изменения обстановки. Это достигается высоким уров­нем оперативной подготовки руководящего звена службы, умением анали­зировать обстановку, быстро принимать адекватные решения, разрабатывать четкие документы по управлению силами и средствами МС ГО. Важную роль в повышении оперативности управления играет использование компьютер­ных систем автоматизации связи и управления.

Скрытность управления означает сохранение в тайне от противника всех проводимых мероприятий по гражданской обороне и достигается путем ис­пользования закрытых каналов связи, ограничением круга лиц, допущенных к секретным документам.

Решающая роль в организации и осуществлении управления принадле­жит начальнику МС ГО, который руководит подчиненными лично и через штаб МС ГО. Штабы МС ГО руководят и направляют деятельность подчиненных штабов, а также осуществляют непосредственное управление формирова­ниями и учреждениями службы соответствующего уровня.

При этом необходимо четкое распределение полномочий между руко­водящими инстанциями службы, а также определение функциональных обя­занностей должностных лиц штабов МС ГО

Для координации деятельности формирований и учреждений МС ГО, вы­полняющих задачи по медицинскому обеспечению пораженного населения, осуществления своевременного маневра силами и средствами службы в ходе организации лечебно-эвакуационных мероприятий в очаге поражения, а так­же для организации взаимодействия, создаются оперативные группы. Группы формируются из наиболее опытных специалистов органов управления здра­воохранением, имеющих соответствующую оперативную подготовку.

При организации управления силами и средствами МСГО оптимальным является соблюдение принципа централизации, характерного для иерархичес­ких систем, в сочетании с предоставлением подчиненным органам и силам служ­бы инициативы при определении способов выполнения поставленных задач.

**4.7. Планирование медицинского обеспечения населения в военное время.**

Решение начальника МС ГО по медицинскому обеспечению населения, пострадавшего от военных действий или вследствие этих действий, отраба­тывается в виде Плана медицинского обеспечения населения в военное вре­мя. План медицинского обеспечения населения в военное время — это ком­плекс графических и текстуовых документов, определяющих объем, органи­зацию и порядок осуществления мероприятий по переводу МС ГО на военное положение и по выполнению возложенных на нее задач в условиях войны.

Общая структура и основное содержание планов федеральных служб ГО определяются директивой Начальника ГО Российской Федерации. Конк­ретное наполнение и порядок разработки плана медицинского обеспечения населения в военное время на федеральном, территориальном, местном и объектовом уровнях регламентируются Положением о федеральной меди­цинской службе ГО, инструкциями и методическими указаниями Министер­ства здравоохранения РФ.

В плане дается краткая характеристика возможной радиационной, хи­мической, биологической и медицинской обстановки при различных вариан­тах развязывания и ведения войны — с применением оружия массового по­ражения и с использованием только обычных средств вооруженной борьбы, излагаются основные задачи службы, поставленные начальником ГО и началь­ником вышестоящей МС ГО, и порядок их выполнения при различных степе­нях готовности ГО, перечисляются силы и средства МС ГО и распределение их в группировке сил ГО, предназначенной для ведения спасательных и дру­гих неотложных работ в очаге поражения.

Отдельно в плане излагаются вопросы организации медицинского обес­  
печения населения при планомерном приведении в готовность МС ГО и при  
внезапном нападении противника. :,

Приложениями к плану являются: карта с нанесенной обстановкой и решением начальника МС ГО на медицинское обеспечение населения в во­енное время, календарный план выполнения мероприятий ГО и схема орга­низации управления, связи и оповещения. Дополнительно к плану прилага­ются различные справочные и расчетные данные, необходимые для плани­рования медицинского обеспечения населения в военное время:

Сводные данные о формированиях и учреждениях МС ГО, расчет сил и средств службы для выполнения поставленных задач, документы скрытой связи, план взаимодействия с другими службами ГО и военно-медицинской службой; состав и задачи оперативных групп; расчеты, заявки на получение имущества, проекты решений, приказов, распоряжений, ордера на занятие помещений в загородной зоне при развертывание дополнительных коек МС ГО и другие материалы.

Условно разработку плана можно разделить на три периода: организа­ционно-подготовительный, практическая разработка документов, согласова­ние и утверждение. Для разработки документов плана штаб МС ГО организу-

ет сбор, изучение и обобщение исходных данных. Исходные данные штаб получает от соответствующих органов ГО ЧС, подчиненных штабов МС ГО, других служб ГО. Опыт работы штабов показывает, что сначала целесообраз­но разрабатывать графические документы, а затем текстовые. Содержание приложений определяется в соответствии с установленными формами, ука­занными в рекомендациях по разработке планов ГО.

План должен учитывать географические, экономические и демографи­ческие характеристики административной территории, особенности ее опе­ративного положения, реальное состояние местного здравоохранения, во­енную доктрину вероятного противника о способах начала и ведения войны.

На завершающей стадии разработки документов Плана медицинского обеспечения населения РФ в военное время он согласовывается с МЧС России и утверждается Министерством здравоохранения РФ. Планы медицинского обеспечения населения в военное время субъектов РФ, городов, городских рай­онов и сельских округов утверждаются соответствующими начальниками граж­данской обороны по согласованию с территориальными органами управления ГОЧС и руководителями вышестоящих органов управления здравоохранения.

Корректировка плана осуществляется штабами МС ГО в порядке и сро­ки, установленные старшими начальниками. Как правило, она проводится один раз в год по исходным данным на 1 января. Реальность оперативных документов и расчетов плана проверяется в ходе командно-штабных и штаб­ных учений и тренировок.

**4.8. Организация медицинского снабжения формирований** и **учреждений МС ГО.**

Медицинское снабжение представляет собой комплекс мероприятий, направленных на своевременное и полное обеспечение потребности форми­рований и учреждений МС ГО различными видами имущества и создание ус­ловий для устойчивого функционирования службы в условиях военного вре­мени. Состояние обеспеченности формирований и учреждений службы не­обходимым для их работы имуществом является одним из определяющих показателей их готовности к выполнению задач в чрезвычайных ситуациях.

В военное время применение противником современных средств пора­жения может вызвать не только разрушение инфраструктуры городов и мас­совые санитарные потери среди населения, но и привести к потере значи­тельной части материальных ресурсов МС ГО. Разрушение аптек, складов, баз, магазинов «Медтехника» может вызвать появление резкого дефицита медицинского имущества, необходимого для оказания медицинской помо­щи пораженным. Поэтому медицинское снабжение является важнейшим ви­дом медицинского обеспечения в системе ГО.

Основными задачами медицинского снабжения являются:

определение потребности в имуществе для проведения формировани­ями и учреждениями МС ГО лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиеничес­ких и противоэпидемических мероприятий;

создание, накопление, хранение и своевременное освежение запасов имущества, необходимого для табельного оснащения формирований и уч­реждений МС ГО;

выявление, ведение заготовок и использование местных материальных ресурсов;

разработка плана медицинского снабжения;

обеспечение имуществом формирований и учреждений МС ГО, попол­нение их необходимым имуществом в процессе работы;

ведение установленного учета и отчетности по медицинскому снабжению;

организация защиты медицинского имущества от поражающих факто­ров современного оружия.

Все имущество, предназначенное для формирований и учреждений МС ГО, принято делить на медицинское, санитарно-хозяйственное и специальное.

К медицинскому имуществу относятся: медикаменты, кровь и кровеза­менители, биологические препараты, медицинские аппараты и приборы, пе­ревязочные материалы, дезинфицирующие средства и дезинфекционная аппаратура, хирургические инструменты, оборудование специализирован­ных отделений, лабораторное и аптечное имущество.

К санитарно-хозяйственному имуществу относятся: нательное и постель­ное белье, хозяйственная и больничная мебель, производственное и кухонное оборудование, инвентарь, столовая и чайная посуда, одежда, обувь и др.

Кспециальному имуществу относятся: средства индивидуальной защи­ты органов дыхания и кожных покровов, дозиметрическая аппаратура, при­боры химической, бактериологической разведки и питание к ним, техничес­кие средства связи и оповещения, медицинские средства индивидуальной защиты, электроосветительные средства, съемное оборудование для транс­портных средств, типовое санитарное оборудование - ТСО, универсальное санитарное приспособление для грузовых автомобилей - УСП-Г и др.

По учетному признаку медицинское имущество делится на расходное и инвентарное. К расходному имуществу относятся медикаменты, биологичес­кие препараты, перевязочный материал (расходное имущество одноразово­го или короткого срока использования). Оно списывается по расходному до­кументу (рецепт, накладная, требование) сразу после его отпуска из аптеки (склада). Инвентарное имущество должно находиться в пользовании в тече­ние установленного срока, после которого, с учетом его технического состо­яния, может быть списано по акту.

Основными источниками снабжения медицинских формирований и уч­реждений ГО медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным иму­ществом являются:

1. Имущество длительного хранения - запасы медицинского, санитар-но-хозяйственного и специального имущества целевого назначения и цент­рализованного обеспечения МС ГО. Оно накапливается по решению Прави­тельства РФ за счет федерального бюджета и хранится на складах длитель­ного хранения Медицинских центров "Резерв" в загородной зоне.

Ответственность за его хранение возлагается на органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Это имущество выда­ется со складов с введением общей готовности ГО.

1. Неснижаемые запасы основных видов медицинского имущества — имущество, накапливаемое медицинскими учреждениями для нужд МС ГО в строго определенном объеме и номенклатуре из расчета на больничную койку мирного времени для работы на определенный срок.
2. Имущество текущего довольствия - это имущество отпускается медицинским учреждениям для повседневной работы. В мирное время медицинское имущество текущего довольствия находится в основном в аптечной сети (аптека, аптечные склады, базы). Каждая аптека имеет определенный запас медикаментов, перевязочного материала в пределах двух-трех месячной потребности.
3. Запасы медицинского имущества, накапливаемые ЛПУ для медицинского обеспечений при ликвидации ЧС природного и техногенного характера.
4. Имущество, приписанное к МС ГО по решению суженного заседания (СЗ) соответствующих органов исполнительной власти и органов местного самоуправления от других служб ГО и учреждений.

Основными требованиями, предъявляемыми к имуществу МС ГО, явля­ются комплектность и удобство в обращении. Комплектность предусматри­вает создание наборов необходимых медикаментов, инструментов и аппа­ратов, другого имущества по видам медицинской помощи или функциональ­ным подразделениям.

Комплект медицинского имущества рассчитан на оказание медицинс­кой помощи определенному количеству пораженных или выполнение опре­деленного комплекса медицинских мероприятий (объема медицинской по­мощи). Примером комплектов могут служить различного рода аптечки, сум­ки (АИ-2, сумка санитарная).

К органам управления медицинским снабжением относятся производ­ственное объединение "Фармация» и территориальное производственное объединение «Медтехника», имеющиеся во всех республиках в составе РФ, краях, областях и крупных городах. В распоряжении этих органов находятся учреждения медицинского снабжения, склады, аптеки, аптечные киоски, ма­газины медицинской техники.

Общее руководство медицинским снабжением осуществляют началь­ники МС ГО. Основным документом, определяющим действия работников медицинского снабжения, является план медицинского снабжения. Он вклю­чает в себя содержание, объем и сроки проведения мероприятий, ответствен­ных исполнителей и их дублеров, силы и средства, вопросы и объемы взаи­модействия имеющимися запасами медицинского имущества с медицинс­кой службой Вооруженных Сил. В плане должен быть разработан также вопрос защиты всех видов имущества от оружия массового поражения (от загрязнения РВ, ОВ и БС). План медицинского снаб­жения в мирное время не реже одного раза в год корректируется.

Оснащение медицинских формирований и медицинских учреждений ГО производится согласно табелям оснащения. Табелем называется перечень иму­щества, предназначенного для оснащения формирований и учреждений МС ГО с указанием количества его по каждому предмету. Наличие имущества по табелю оснащения полностью обеспечивает работу того или иного формиро­вания или учреждения МС ГО по оказанию предусмотренного вида медицинс­кой помощи определенному количеству пораженных за определенный срок.

Санитарные дружины оснащаются по табелю оснащения за счет тех уч­реждений, объектов экономики, на базе которых они создаются. СД, входя­щие в состав формирований ГО повышенной готовности, обеспечиваются имуществом за счет медицинского имущества длительного хранения. Отря­ды первой медицинской помощи первоначально обеспечиваются за счет имущества текущего довольствия лечебного учреждения-формирователя. ОПМ повышенной готовности обеспечиваются за счет имущества длитель­ного хранения, которое рассчитано на оказание первой врачебной помощи 3 000 пораженных в течение 3 суток. Отряды и бригады специализированной медицинской помощи (ОСМП и БСМП), а также специализированные проти­воэпидемические бригады (СПЭБ), обеспечиваются имуществом за счет иму­щества текущего довольствия формирующих их медицинских учреждений согласно табелю оснащения.

Подвижные госпитали МС ГО медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом обеспечиваются за счет запасов, хранящихся на складах длительного хранения в соответствии с табелем. Дальнейшее пополнение госпиталей медицинским имуществом осуществляется установ­ленным порядком.

Для развертывания дополнительных больничных коек здравоохранения создаются запасы имущества на складах медицинских центров "Резерв". На этих складах в первую очередь хранится медицинское и другое имущество для головных больниц (ГБ), а также запасы специального имущества для всех медицинских учреждений МС ГО.

Большое значение для приведения в готовность и организации работы формирований и учреждений МС ГО имеет своевременное получение иму­щества со складов, для чего к этим складам в мирное время приписываются погрузочные команды.

После возникновения очагов поражения неизбежно резко возрастает расход медицинского имущества, что потребует периодического пополне­ния его запасов в ходе спасательных работ. Порядок снабжения медицинс­ким и другим имуществом формирований и учреждений, участвующих в ока­зании медицинской помощи пораженным, устанавливается соответствующим начальником МС ГО.

Ответственность за пополнение медицинского имущества СД, работаю­щих в очагах поражения, возлагается на начальников ОПМ, работающих на том же участке (объекте) ведения спасательных работ. Доставка медицинского иму­щества санитарным дружинам производится попутным транспортом, следую­щим из ОПМ в очаг поражения.

ОПМ пополняет израсходованное в ходе оказания первой врачебной помощи имущество со складов и баз ПО «Фармация» и ТПО «Медтехника».

Для оперативного и бесперебойного обеспечения медицинским имуще­ством работающих в очаге медицинских формирований и учреждений созда­ются подвижные аптечные летучки на автомашинах, катерах, вертолетах. Ком­плект аптечной летучки рассчитан на оказание медицинской помощи 300 по­раженным. По опыту учений одна аптечная летучка может обеспечить медицинским имуществом 10 ОПМ при плече подвоза до 50 км. Штат аптеч­ной летучки состоит из 3 человек: начальника летучки (провизора или фар­мацевта), санитара (рабочего) и шофера.

Пополнение израсходованного имущества БСМП и ОСМП осуществля­ется теми лечебными учреждениями больничной базы МС ГО, где они рабо­тают, а СЭО и СПЭБ - формирующими их учреждениями. Обеспечение ле­чебных учреждений кровью и кровезаменителями осуществляется за счет развертывания в больницах отделений и пунктов переливания крови, а также областными, краевыми станциями переливания крови.

**ГЛАВА V. ГРАЖДАНСКАЯ ОБОРОНА ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**5.1. Определения и понятия.**

Объекты здравоохранения — это учреждения, учебные заведения ме­дицинского, санитарно-противоэпидемического (профилактического) про­филя различных форм собственности (государственные, акционерные и др.) и подчинения (федеральные, региональные, субъектов Российской Федера­ции, муниципальные, ведомственные), которые прямо или косвенно прово­дят мероприятия по сохранению здоровья населения.

В зависимости от предназначения и содержания работы при повседнев­ной деятельности в условиях мирного времени все объекты здравоохране­ния могут быть объединены в следующие группы:

лечебно-профилактические (больницы, поликлиники, диспансеры, ам­булатории, медико-санитарные части и др.);

санитарно-противоэпидемического профиля (центры Госсанэпиднадзо­ра, противочумные институты и станции и др.);

медицинского снабжения (аптеки, склады, базы);

учреждения службы крови (институты, станции, отделения в больницах по заготовке и переливанию крови);

научно-исследовательские и учебные учреждения (заведения) медицин­ского профиля системы Минздрава России, других министерств и ведомств, а также субъектов Российской Федерации;

административно-управленческие учреждения здравоохранения (министерства, департаменты, комитеты, отделы).

Гражданская оборона объекта здравоохранения представляет собой специальную организацию в структуре объекта, предназначенную для защи­ты персонала и больных, находящихся на объекте, материальных ценностей, обеспечения функционирования объекта по предназначению при возникно­вении опасности поражения или при поражении в результате ведения воен­ных действий или вследствие этих действий, когда возникают очаги пораже­ния, в т.ч. вторичного характера с радиоактивным, химическим, бактериоло­гическим заражением территории. Гражданская оборона создается на всех объектах здравоохранения независимо от их формы собственности и при­надлежности и обеспечивает их мобилизационную готовность к работе в ус­ловиях военного времени.

Мобилизационная готовность объекта здравоохранения - это способ­ность органов управления, сил и средств его ГО решать задачи в соответ­ствии с предназначением, которые определены на военное время.

Режим деятельности ГО объекта здравоохранения - период времени, в течение которого выполняются нормативно установленные мероприятия гражданской обороны на объекте: повседневная деятельность, общая готов­ность, военное время.

План гражданской обороны объекта здравоохранения (план действий) - основной документ, определяющий деятельность гражданской обороны объекта при переводе с мирного на военное положение и в военное время, представляет собой комплект документов, обеспечивающих выполнение мероприятий ГО целенаправленно с учетом конкретной обстановки.

Гражданские организации (формирования) ГО на объекте здравоох­ранения создаются приказом начальника ГО объекта в соответствии с за­данием. В их состав включаются мужчины в возрасте от 18 до 60 лет, жен­щины в возрасте от 18 до 55 лет, за исключением военнообязанных, инва­лидов I-III групп, беременных женщин, имеющих детей в возрасте до 8 лет, и женщин с высшим и средним медицинским образованием, имеющих де­тей в возрасте до 3 лет (ст. 17 Федерального закона «О гражданской оборо­не»). Комплектование гражданских организаций (формирований) ГО осуще­ствляется на добровольной основе приказом руководителя объекта здра­воохранения - начальника ГО объекта.

Устойчивость функционирования объекта здравоохранения - заблагов­ременная целевая подготовка объекта к работе в военное время, включаю­щая административно-организационные, инженерно-технические, матери­ально-экономические, санитарно-противоэпидемические, режимные, обра­зовательные (подготовка кадров) мероприятия, в результате которых снижается риск поражения объекта и обеспечивается выполнение им задач военного времени.

Управление гражданской обороной на объекте здравоохранения - це­ленаправленная деятельность руководителя - начальника гражданской обо­роны и руководящего состава штаба ГО ЧС, гражданских организаций (фор­мирований) по обеспечению готовности объекта и организации его работы в военное время в соответствие с предназначением.

**5.2. Задачи гражданской обороны объекта здравоохранения.**

Содержание задач определяется предназначением гражданской оборо­ны и объектов здравоохранения на военное время. Задачи могут быть общими для всех объектов здравоохранения и частными для определенной группы объектов здравоохранения с учетом их предназначения на военное время.

К числу общих задач относятся:

создание и подготовка органа управления гражданской обороны объекта (штаба ГО ЧС);

прогнозирование возможной обстановки на объекте в военное время и ее оценка при возникновении военной опасности;

разработка плана (действий) ГО объекта здравоохранения на военное время;

изучение организации гражданской обороны города (района), взаимо­действующих объектов, органов управления по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям, органов здравоохранения ведомственного под­чинения, организация взаимодействия;

разработка документов по планированию повседневной деятельности гражданской обороны объекта (годового и месячных планов);

создание, оснащение и подготовка гражданских организаций (форми­рований) общего назначения (объектовых) и медицинских в соответствии с заданием в состав медицинской службы гражданской обороны;

организация защиты объекта от воздействия современных средств ве­дения войны, при террористических акциях, возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;

подготовка персонала объекта здравоохранения к действиям по сигна­лам ГО и выполнению своих функциональных обязанностей в составе граж­данских организаций (формирований);

проведение мероприятий по повышению устойчивости функциониро­вания объекта здравоохранения в военное время.

Частными задачами гражданской обороны лечебно-профилактических учреждений (больницы, поликлиники и др.) являются:

защита не только персонала и материальных ценностей от воздействия средств ведения войны, при авариях и катастрофах, но и больных, находя­щихся на стационарном лечении или на амбулаторном приеме, а также и боль­ных из числа нетранспортабельных, находящихся дома;

дополнительное развертывание и перепрофилизация коечной сети в больницах для приема пораженных и больных в военное время либо по месту постоянной дислокации больницы, либо после вынужденной ее эвакуации в загородную зону;

организация медицинского обеспечения населения при его эвакуации и рассредоточении из городов в загородную зону и в местах его расселения;

выделение медицинского персонала для медицинского обеспечения работающих смен объектов экономики;

развертывание и организация работы защищенных стационаров для нетранспортабельных больных-

проведение спасательных и аварийно-восстановительных работ на объекте, восстановление функционирования больницы, поликлиники, орга­низация медицинской помощи пораженным и больным, поступающим из оча­га поражения;

перевод больницы, поликлиники и др. объектов на противо­эпидемический режим работы при возникновении соответствующей эпидемической обстановки и на особый режим работы в условиях радиоактивного и химического заражения территории.

Частными основными задачами гражданской обороны учреждений санитарно-противоэпидемиологического профиля являются:

организация наблюдения и лабораторного контроля за зараженностью объектов и внешней среды РВ, ОВ, АОХВ и БС;

организация и проведение мероприятий по профилактике массовых инфекционных заболеваний в очагах поражения, на путях и этапах эвакуации пораженных и больных, в местах расселения населения;

организация и проведение санитарно-противоэпидемических меропри­ятий при ведении спасательных и неотложных аварийно-восстановительных работ в очагах поражения;

организация методического руководства и участие в ликвидации вспы­шек массовых инфекционных заболеваний, обеспечение контроля за пере­водом объектов здравоохранения для работы в строгом противоэпидемичес­ком режиме.

Для гражданской обороны учреждений медицинского снабжения част­ной задачей является организация наиболее полного обеспечения медицин­ской службы гражданской обороны и объектов здравоохранения, имеющих задания по гражданской обороне, необходимым имуществом по установлен­ной номенклатуре и обеспечение бесперебойной его поставки учреждениям и формированиям в ходе ведения спасательных работ в очагах поражения, хранение, своевременное освежение и обновление запасов имущества, орга­низация контроля и оказание помощи в освежении медицинского имущества запаса лечебно-профилактических и других учреждений.

Научно-исследовательские учреждения здравоохранения в интересах медицинской службы ГО выполняют работу по заданной тематике, а учебные заведения по соответствующим программам ведут подготовку и послеобра-зовательное усовершенствование кадров, работающих на объектах здраво­охранения, в том числе и в системе гражданской обороны.

Задачи ГО объектов здравоохранения решаются в режиме их повсед­невной деятельности, при переводе ГО с мирного на военное время и в воен­ное время.

Наиболее многочисленными объектами здравоохранения, на которых создана гражданская оборона, являются больницы, поликлиники, аптеки. Они составляют основу для создания гражданских организаций (формирований) медицинской службы гражданской обороны, а больницы для развертывания дополнительно коечной сети на военное время.

При создании организационной структуры гражданской обороны на объектах здравоохранения необходимо учитывать, что некоторые из них (больницы, поликлиники и др.) имеют задания по Всероссийской службе ме­дицины катастроф, созданной в стране постановлением Правительства Рос­сийской Федерации от 3.05.94 г. № 420.

**5.3. Организация и ведение гражданской обороны на объекте здравоохранения.**

Гражданская оборона на объекте здравоохранения создается приказом его руководителя на базе структурных подразделений объекта в соответствии с заданием вышестоящего органа управления здравоохранением по подчи­ненности объекта.

Организационная структура ГО на объекте представлена органом управ­ления - штабом ГО ЧС, гражданскими организациями (формированиями) ГО и больничной коечной сетью, предназначенной для приема пораженных и больных из очагов поражения в военное время.

Гражданские организации (формирования) ГО создаются для МС ГО и общего назначения (объектовые) для работы на объекте здравоохранения.

Некоторые объекты здравоохранения, в основном больницы, имеют за­дания по службе медицины катастроф на создание медицинских формиро­ваний и подготовки коечной сети при ликвидации медико-санитарных послед­ствий чрезвычайных ситуаций.

Основанием для создания ГО на объекте здравоохранения является за­дание вышестоящего органа управления здравоохранения, которое согласо­вывается с соответствующим органом управления ГО ЧС (района, города, субъекта Российской Федерации) в зависимости от подчиненности объекта здравоохранения и выдается письменно. Задание должно корректировать­ся, а при отсутствии изменений подтверждаться, через каждые 3 года также в письменной форме. В соответствии с заданием объект здравоохранения составляет смету расходов по гражданской обороне. В связи с этим задание объекту здравоохранения является документом, определяющим не только организацию гражданской обороны, но и ее финансирование.

В задании указываются:

основные задачи объекта здравоохранения по гражданской обороне по принципу реальности их выполнения в установленные сроки;

статус органа управления ГО объекта - штаба ГО ЧС с определением численности штатных должностей. В больницах численностью 600 и более коек имеется штатная должность заместителя главного врача по медицинс­кой части (для работы по гражданской обороне), который является началь­ником штаба ГО ЧС. В больницах, имеющих более 1000 коек, целесообразно иметь штатную должность помощника начальника штаба ГО ЧС - главного специалиста (со средним образованием). В больницах, имеющих менее 600 штатных коек и в поликлиниках (других объектах здравоохранения), имею­щих 65 врачебных должностей - штатная должность начальника штаба ГО ЧС. В других учреждениях здравоохранения должность начальника штаба ГО ЧС

исполняется должностным лицом объекта здравоохранения по решению глав­ного врача - начальника ГО объекта;

количество и профиль создаваемых гражданских организаций (форми­рований) МС ГО с указанием порядка их оснащения, обеспечения транспор­том, сроков приведения в готовность и предназначения. (Создание объекто­вых формирований определяется решением начальника ГО объекта);

количество и профиль развертываемых коек для приема пораженных и больных в военное время, порядок обеспечения их имуществом. При этом учитывается реальность выполнения задания: на 1 койку мирного времени реально можно дополнительно развернуть с учетом выписки до 50-60% боль­ных на амбулаторное лечение в зависимости от профиля больницы 1,5-2 кой­ки, т.е. увеличить число штатных коек мирного времени в 1,5-2 раза;

развертывание, если предусмотрено, стационара для нетранспорта­бельных больных с указанием количества коек и сроков его готовности;

район и сроки эвакуации, если предусмотрено, объекта здравоохранения. Вопросы подбора помещений в загородной зоне, транспортного обеспечения и обеспечения, жизнедеятельности объекта в загородной зоне решаются руко­водством объекта здравоохранения совместно с органом управления ГО ЧС;

выделение сил и средств для медицинского обеспечения населения в процессе его эвакуации и в местах расселения, медицинского обеспечения работающих смен объектов экономики в военное время;

вопросы взаимодействия по взаимному оказанию помощи между объек­тами здравоохранения по организации и ведению гражданской обороны, по­рядок представления отчетности;

сроки разработки планирующих документов и завершения создания организационной структуры гражданской обороны объекта.

Руководитель - начальник гражданской обороны объекта здравоохра­нения анализирует полученное задание на организацию гражданской оборо­ны и оценивает возможности по его выполнению, а в случаях нереальности отдельных положений задания представляет письменно обоснованные пред­ложения по внесению в него соответствующих изменений (дополнений).

Недопустимо самовольное решение вопросов мобилизационной подготов­ки объектов здравоохранения, которые возложены на гражданскую оборону, они должны решаться на реальной основе в соответствии с нормативно-правовой базой гражданской обороны и возможностями объектов здравоохранения.

Первоочередным мероприятием по выполнению задания является со­здание органа управления ГО объекта здравоохранения - штаба ГО ЧС. Его структура и состав определяются в зависимости от предназначения объекта здравоохранения на военное время и задач гражданской обороны.

Основным принципом создания органа управления ГО ЧС в учреждени­ях здравоохранения является включение в его состав основных руководящих работников и определение их функциональных обязанностей в соответствии с характером выполняемой ими повседневной работы. Иногда возникает си­туация, когда руководящий работник объекта здравоохранения, состоящий в штабе, подлежит призыву на военное время в Вооруженные Силы. В этом

случае необходимо на эту должность в составе штаба иметь дублера и при­влекать его периодически к выполнению проводимых мероприятий. Ответ­ственность за порученный участок работы в составе штаба несет тот работ­ник, который является его членом, а не дублер.

Примерный состав штаба ГО ЧС больницы на 600 и более коек может быть следующим: начальник штаба — заместитель главного врача по меди­цинской части (для работы по ГО)\*; заместитель главного врача по лечебной работе (в некоторых больницах эта должность по штатному расписанию име­нуется «заместитель главного врача по медицинской части»); заместитель главного врача по кадрам (в некоторых больницах это должностное лицо не является заместителем главного врача); заместитель главного врача по хи­рургии (в больницах, имеющих хирургические отделения); заведующий ап­текой больницы (при ее наличии); заместитель главного врача по экономи­ческим вопросам; главный инженер (главный механик); инженер по медицин­ской технике (инженер-метролог); инженер по эксплуатации зданий и сооружений (должность имеется не во всех больницах); представители об­щественных организаций больницы, 2-3 технических работника (машинист­ка, медстатистик, старшая медицинская сестра больницы)- Все должност­ные лица штаба должны иметь функциональные обязанности.

Функциональные обязанности должностных лиц отрабатываются, руко­водствуясь задачами, которые определены в приказе главного врача о созда­нии штаба и организации его подготовки. Вариант организации штаба ГО ЧС больницы и распределения обязанностей должностных лиц показан на рис.6.

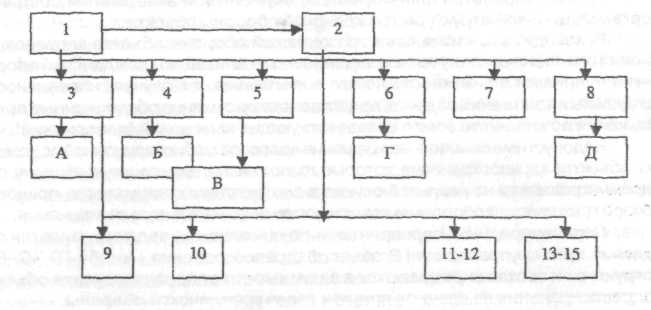


Рис.6. **Схема организации** штаба **ГО ЧС больницы (600 и более коек).**

***'Должность введена а штат больниц на 600 и более коек Постановлением СМ СССР (1979 г.) и приказом МЗ СССР (1980 г.).***

Обозначения на рис.6:

1 — начальник ГО объекта, главный врач больницы; 2 — начальник шта­ба ГО ЧС объекта - заместитель главного врача больницы по медицинской части (для работы по ГО); 3 — председатель эвакуационной комиссии — за­меститель главного врача больницы по медицинской части (по лечебной ра­боте); 4 — главный инженер (механик) больницы (член штаба); 5 — замести­тель главного врача больницы по хирургии (член штаба); 6 — заместитель начальника ГО объекта по материально-техническому обеспечению — заме­ститель главного врача больницы по экономическим вопросам или по АХЧ; 7

* секретарь эвакуационной комиссии объекта здравоохранения - заместитель главного врача больницы по кадрам; 8 — помощник начальника ГО объекта по медицинскому снабжению — заведующий аптекой больницы (при ее наличии в больнице); 9 — заместитель председателя эвакуационной комис­сии объекта, член штаба ГО ЧС объекта — инженер больницы по медицинской технике или инженер-метролог больницы; 10 — комендант штаба ГО ЧС объекта (ответственный за пункт управления и размещение личного состава штаба) — инженер по эксплуатации зданий больницы; 11-12 — члены штаба
* представители от общественных организаций больницы (профком и др.),в т. ч. главная медицинская сестра больницы; 13-15 — технические работни­ки штаба (медстатистик, машинистка и др.); А — эвакуационная комиссия; Б-защитные сооружения на объекте; В — стационар для нетранспортабельных больных; Г — формирования ГО общего назначения, склады материально-технического снабжения, продовольственного снабжения, СИЗ и др.; Д —неснижаемые запасы (резерв) медицинского имущества; МСИЗ и др. (накоп­ление, освежение, хранение и выдача, документация).

■ Функциональные обязанности отрабатываются каждым должностным лицом штаба ГО ЧС объекта под руководством начальника штаба, обсужда­ются на заседании штаба, подписываются исполнителем и начальником шта­ба, а утверждаются начальником ГО объекта.

Функциональные обязанности должностных лиц хранятся: первый эк­земпляр у начальника штаба, а второй — в рабочей папке должностного лица.

Как вариант можно рекомендовать следующие функциональные обязан­ности должностных лиц штаба ГО ЧС больницы, которые в каждом конкретном случае могут быть дополнены и доработаны с учетом особенностей больницы.

Главный врач — начальник ГО объекта:

отвечает за состояние готовности больницы к работе в военное время и при возникновении чрезвычайных ситуаций в мирное время, за организацию мероприятий по защите больных и персонала, за организацию спасательных работ при поражении больницы в результате террористических актов, сти­хийных бедствий, техногенных аварий в мирное и военное время.

имеет право издавать приказы по подготовке объекта и формирований, утверждать функциональные обязанности должностных лиц, принимать ре­шения в соответствии с складывающейся обстановкой, финансировать уста­новленным порядком проводимые мероприятия, объявлять поощрения и взыскания персоналу;

обязан:

обеспечить руководство повседневно проводимыми мероприятиями по подготовке больницы к работе в чрезвычайных ситуациях, по повышению ус­тойчивости ее функционирования, мобилизационной подготовке к работе в военное время;

принимать участие в прогнозировании возможной обстановки и плани­ровании мероприятий на объекте в соответствии с имеющимся заданием на мирное и военное время;

ставить задачи на разработку плановых документов и организацию подго­товки персонала больницы, созданных гражданских организаций ГО и формиро­ваний СМК, на создание неснижаемого запаса медицинского и другого имуще­ства, предназначенного на мирное и военное время, его хранение и освежение;

контролировать организацию подготовки персонала и формирований .лич­но принимать участие в проведении занятий с руководящим составом объекта;

организовать выполнение мероприятий по защите персонала и больных, решать вопросы строительства защитных сооружений на объекте, контроли­ровать состояние их готовности к приему укрываемых, подготовки загородной зоны к размещению больницы при ее эвакуации и расселению персонала;

в связи с обстановкой мирного и военного времени своевременно уста­новленным порядком отдавать распоряжения на оповещение и сбор руково­дящего состава и персонала больницы, оценивать обстановку и ставить за­дачи должностным лицам по приведению в готовность объекта и созданных формирований;

своевременно принимать решение и ввести в действие отработанные пла­ны с учетом сложившейся обстановки, руководить выполнением мероприятий;

своевременно ставить задачи и представлять донесения в вышестоя­щий орган здравоохранения, получать информацию и распоряжения, дово­дить их до исполнителей;

организовывать управление выполнением мероприятий на объекте и обобщение данных по их анализу для представления в вышестоящий орган здравоохранения по подчиненности.

Заместитель главного врача по медицинской части (для работы по ГО) - начальник штаба ГО ЧС объекта:

отвечает за состояние готовности штаба к работе в мирное и военное вре­мя, оповещение и сбор руководящего состава объекта, за отработку документов по планированию и управлению мероприятиями на объекте, по подготовке пер­сонала гражданских организаций (формирований) ГО и медицинских формиро­ваний СМК к работе в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени;

имеет право отдавать распоряжения от имени главного врача - началь­ника ГО объекта по вопросам в объеме своих функциональных обязанностей, представлять предложения по комплектованию штаба, формирований пер­соналом, заслушивать должностных лиц штаба и заведующих отделениями больницы, руководителей служб о выполнении ими функциональных обязан­ностей и повышении своих специальных знаний по вопросам гражданской обороны и СМК, представлять предложения о поощрениях и взысканиях;

обязан:

организовать работу штаба ГО ЧС объекта, обеспечить его повседневную готовность к действиям в мирное и военное время;

разработать совместно с членами штаба функциональные обязанности должностных лиц, организовать их изучение, докладывать начальнику ГО объекта об уровне подготовки должностных лиц, их соответствии занимае­мым должностям в составе штаба;

спланировать и организовать подготовку штаба, персонала больницы и личного состава медицинских формирований в соответствии с приказом на­чальника ГО объекта и планом основных мероприятий в текущем году;

обобщать данные по состоянию защиты персонала и больных на объек­те (обеспеченности защитными сооружениями, средствами индивидуальной защиты и др.);

организовать работу штаба по отработке документов по планированию и управлению гражданской обороны, проведению учений;

спланировать и организовать проведение мероприятий по подготовке загородной зоны по месту развертывания больницы в случае ее эвакуации;

совместно с руководящим и техническим персоналом изучить вопросы повышения устойчивости функционирования объекта в военное время, от­рабатывать планы (годовые, на пятилетку и перспективные) по повышению устойчивости функционирования объекта;

в соответствии с обстановкой и распоряжением начальника ГО обеспе­чить оповещение и сбор руководящего состава и персонала согласно плану, организовать работу штаба по выполнению предусмотренных мероприятий;

организовать работу по оценке обстановки, поддерживать связь с орга­нами управления ГО ЧС и здравоохранения района (города), своевременно получать необходимую информацию, докладывать главному врачу больницы предложения для принятия решения, вести соответствующую документацию (донесения, распоряжения и др.);

контролировать выполнение распоряжений начальника ГО — главного врача, анализировать сложившуюся обстановку, обобщать данные по выпол­нению мероприятий объектом в условиях сложившейся обстановки;

систематически повышать свои специальные знания, принимать участие в мероприятиях, проводимых по планам гражданской обороны города (района);

как заместитель главного врача (по его поручению) выполнять другие обязанности, связанные с подготовкой объекта к работе в военное время, проводить инструктаж вновь принимаемого на работу персонала, участво­вать в проведении больничных конференций, в аттестации персонала боль­ницы и обсуждении кандидатур на должности с учетом их подготовки к рабо­те в гражданской обороне.

Заместитель главного врача по лечебной работе (по медицинской час­ти) — председатель эвакуационной комиссии (ЭК):

отвечает за планирование мероприятий по эвакуации больницы из воз­можных опасных зон заражения, при террористических актах и в загородную зону в военное время, за организацию лечебного процесса пораженных и

больных; за специальную подготовку врачебно-сестринского состава боль­ницы по гражданской обороне;

имеет право по согласованию с НШ ГОЧС объекта отдавать распоряже­ния по вопросам планирования и подготовки больницы к эвакуации, пред­ставлять предложения по комплектованию эвакокомиссии, лечебно-диагно­стических отделений кадрами, по структуре развертывания функциональных отделений при массовом приеме пораженного населения;

обязан:

отработать приказ главного врача — начальника ГО объекта о создании эвакоксмиссии и сборного эвакуационного пункта, организовать подготовку их персонала;

совместно с начальником штаба ГО ЧС объекта и членами эвакокомис­сии отрабатывать и своевременно корректировать планирующие докумен­ты, функциональные обязанности должностных лиц эвакокомиссии и сбор­ного эвакопункта, выполнять практические мероприятия по обеспечению го­товности к развертыванию сборного эвакопункта и по подготовке больницы к организованному выводу в загородную зону;

принимать участие в перепланировке отделений больницы при ее пере-профилизации для приема пораженных и больных, в комплектовании их кад­рами, участвовать в планировании создания и подготовки медицинских фор­мирований (бригад и отрядов), их оснащении имуществом;

совершенствовать организацию лечебно-диагностической работы пер­сонала больницы в условиях массового поступления пораженных и больных;

участвовать в разработке и проведении учений в больнице, повышать свои знания по выполнению мероприятий, связанных с подготовкой загород­ной зоны для развертывания больницы;

оценивать сложившуюся обстановку и выполнять мероприятия по под­готовке больницы к работе в прогнозируемых условиях, организовать при необходимости экстренную выписку больных на амбулаторное лечение;

Заместитель главного врача по хирургии:

отвечает за подготовку врачебно-сестринского персонала больницы к оказанию неотложной помощи при травматических повреждениях, за комплек­тование, оснащение и подготовку бригад хирургического профиля, за плани­рование и развертывание стационара для нетранспортабельных больных и подготовку больницы к развертыванию отделений хирургического профиля, операционно-перевязочного блока при массовом поступлении пораженных;

имеет право представлять предложения по комплектованию бригад и отделений, стационара для нетранспортабельных больных кадрами, контро­лировать состояние готовности защитного сооружения к развертыванию ста­ционара для нетранспортабельных больных, наличие для него медицинского и другого имущества;

обязан:

разрабатывать планирующие документы и своевременно их корректи­ровать, оказывать помощь в подготовке отделений хирургического профиля для приема массового потока пораженных;

проводить занятия по специальной подготовке с врачами и средним медперсоналом по тематике неотложной медицинской помощи при травма­тических повреждениях;

комплектовать сортировочные бригады для работы в приемно-сортировочном отделении больницы при поступлении пораженных травматологического профиля;

участвовать в отработке схемы развертывания приемно-сортировочно-го отделения для обеспечения массового приема пораженных с травмой, в решении вопросов оснащения отделения имуществом;

руководить подготовкой и работой операционно-перевязочного блока и реанимационного отделения;

знать расчет распределения врачей хирургического профиля, операци­онных и перевязочных сестер по созданным медицинским формированиям и отделениям больницы, в соответствии с обстановкой обеспечивать маневр ими;

представлять предложения по организации развертывания, оснащения, комплектования стационара для нетранспортабельных больных\*, отделений хирургического профиля в больнице после ее эвакуации в загородную зону, руководить этими мероприятиями;

Заместитель главного врача по кадрам — секретарь ЭК:

отвечает за учет кадров, их бронирование и распределение по формиро­ваниям и отделениям больницы, за учет членов семей персонала, подлежащих эвакуации в загородную зону, и оформление соответствующей документации;

имеет право представлять предложения (по согласованию с начальни­ком штаба ГО ЧС объекта) о комплектовании медицинских формирований и отделений кадрами;

обязан:

вести учет движения кадров в больнице по занимаемым должностям и своевременно информировать начальника штаба объекта для внесения из­менений в отработанные планы;

выполнять мероприятия по бронированию кадров в соответствии с су­ществующим положением, согласовывать этот вопрос с заместителями глав­ного врача;

вести документацию, отрабатываемую в ЭК объекта, своевременно кор­ректировать списки персонала, членов их семей и больных, подлежащих эва­куации в загородную зону;

принимать участие в занятиях и учениях, проводимых в больнице.

Заместитель главного врача по экономическим вопросам — замести­тель главного врача по материально-техническому обеспечению:

отвечает за организацию материального и технического обеспечения функ­ционирования больницы в месте постоянной дислокации и после ее эвакуации, за оснащение и подготовку формирований ГО общего назначения (объектовых);

имеет право распределять в соответствии с заявками средства матери­ального и технического обеспечения по отделениям и формированиям, контро-

\* *В больницах, где нет должности заместите/т главного врача по хирургии,* а *стационар разверты­вается, обязанности по его развертыванию возлагаются на одного из заведующих отделением*

лировать их экономное расходование и использование в соответствии с назна­чением, изымать излишествующие и перераспределять между отделениями.

обязан:

принимать участие в отработке документов плана по вопросам матери­ального и технического снабжения формирований и отделений больницы;

работать в составе эвакокомиссии объекта и решать вопросы вывоза имущества больницы при эвакуации в загородную зону, материального и тех­нического обеспечения ее развертывания и работы;

создавать запасы материальных и технических средств для оснащения формирований и отделений больницы, стационара для нетранспортабельных больных, имеющихся защитных сооружений и запланированных к строительству;

участвовать в исследовании устойчивости функционирования больни­цы в военное время, отработке плана и выполнении мероприятий по повы­шению устойчивости;

проводить мероприятия по защите материальных средств, обеспечи­вать своевременное снабжение приводимых в готовность формирований и отделений больницы.

Заведующий аптекой — помощник начальника ГО по медицинскому снабжению:

отвечает за своевременное создание неснижаемого запаса медицинс­кого имущества, его хранение, освежение и выдачу в установленные планом сроки формированиям и отделениям, за организацию медицинского снаб­жения больницы при развертывании в загородной зоне;

имеет право представлять предложения по распределению имущества, организации его хранения и о порядке выдачи формированиям и отделениям больницы, контролировать расходование имущества, изымать излишествующее;

обязан:

участвовать в отработке планирующих документов по вопросам меди­цинского снабжения;

представлять заявки на имущество неснижаемого запаса, своевремен­но получать его и комплектовать по отделениям и формированиям:

обеспечить выдачу медицинского имущества формированиям и отде­лениям в соответствии с нормами их оснащения, закладку в установленные сроки в защитные сооружения;

знать порядок, иметь документацию и организовать получение меди­цинского имущества со складов базы спецмедснабжения, руководить его расконсервацией;

иметь расчеты вывоза медицинского имущества при эвакуации больницы, знать потребности больницы в кислороде, дистиллированной воде и др. необ­ходимых средствах, изыскивать источники их поставок из местных ресурсов;

изучать возможности использования местных ресурсов для обеспече­ния работы больницы при ее развертывании в загородной зоне;

проводить мероприятия по защите медицинского имущества, органи­зовать снабжение формирований и отделений больницы при ведении спаса­тельных работ в очаге поражения.

Главный инженер больницы:

отвечает за выполнение инженерно-технических мероприятий по повышению устойчивости работы объекта, за содержание в готовно­сти защитных сооружений к приему укрываемых (в т.ч. и больных), планирование и строительство (если предусматривается планом) простейших укрытий, за консервацию зданий больницы при ее эваку­ации и их передачу коммунально-эксплуатационным органам;

имеет право по согласованию с заместителем главного врача по эконо­мическим вопросам привлекать административно-хозяйственный состав для выполнения различных работ на объекте в подготовительный период;

обязан при выполнении мероприятий руководствоваться строительны­ми нормами и правилами инженерно-технических мероприятий.

Инженер по медицинской технике:

отвечает за снабжение медицинских формирований и отделений табель­ными техническими средствами диагностики и лечения, за метрологическое обслуживание технических средств, их демонтаж при эвакуации больницы и монтаж при ее развертывании в загородной зоне;

имеет право контролировать использование технических средств в ле­чебном процессе, соблюдение правил эксплуатации аппаратов и приборов, вносить предложения по перераспределению технических средств;

обязан иметь учет всех технических средств, имеющихся в больнице, знать их рабочее состояние, установленным порядком проводить их метро­логическое обслуживание, отработать расчет демонтажа технических средств и их вывоза при эвакуации больницы, работать в составе эвакокомиссии.

Функциональные обязанности остальных должностных лиц штаба ГО ЧС больницы определяются в связи с обстановкой и проводимыми мероприятиями.

Отработанные функциональные обязанности подписываются начальни­ком штаба ГО ЧС объекта и исполнителем и утверждаются главным врачом больницы — начальником ГО.

Объекты здравоохранения, имеющие радиоизотопные и другие подоб­ного рода функциональные подразделения, при определенных условиях мо­гут стать опасными для персонала, работающего на них. В целях профилак­тики радиационных поражений персонала и больных на этих объектах необ­ходимо создавать службу или группу радиационной безопасности. Состав службы (группы) отдается приказом главного врача учреждения здравоохра­нения; им же утверждается положение о работе службы (группы) в соответ­ствии с "Нормами радиационной безопасности" и "Основными санитарными правилами работы с радиоактивными веществами".

Численность службы (группы) радиационной безопасности и положение о ее работе согласовываются с санитарно-эпидемиологической службой. Началь­ником службы (группы) назначается лицо, имеющее специальную подготовку по дозиметрии и опыт практической работы в этой области не менее 5 лет.

На службу (группу) возлагается:

контроль за организацией и проведением работ с РВ, с другими источ­никами ионизирующих излучений;

организация дозиметрического индивидуального контроля персонала;

проведение анализа, обобщение результатов контроля за радиацион­ной обстановкой на объекте здравоохранения и информирование о ее состо­янии руководства и органов санитарного надзора;

разработка мероприятий и рекомендаций, направленных на создание безопасных условий труда и улучшение радиационной обстановки на объекте;

контроль за организацией и своевременностью проведения профилак­тических осмотров персонала, относящегося к категории "А";

контроль за получением, учетом и правильным расходованием РВ и дру­гих источников ионизирующих излучений;

Служба (группа) имеет право:

проверять состояние радиационной безопасности на объекте здраво­охранения, давать указания по устранению выявленных нарушений;

запрещать производство работ на участках и установках в условиях, не отвечающих нормам радиационной безопасности;

требовать замену или изъятие из употребления защитного и другого оборудования, не соответствующего нормам радиационной безопасности.

Для решения внезапно возникающих задач, оценки обстановки, выпол­нения подготовительных мероприятий, из числа членов штаба ГО ЧС и, при необходимости, с участием соответствующих специалистов объекта здраво­охранения создается оперативная группа численностью 3-4 человека. Так, при подготовке больницы к эвакуации оперативная группа убывает к месту эва­куации больницы в подготовительный период и обеспечивает проведение всех мероприятий для организованного приема больницы и ее развертыва­ния, размещения больных, персонала и членов семей.

Штаб ГО ЧС в поликлинике и в аптеке создается приказом руководите­лей этих учреждений в составе, исходя из задач, решаемых их гражданской обороной. Задачи определяются заданием. Должность начальника штаба ГО ЧС может быть занята подготовленным работником со средним медицинс­ким (фармацевтическим) образованием.

Созданный орган управления гражданской обороны — штаб ГО ЧС — проводит мероприятия по ведению гражданской обороны на объекте в соот­ветствии с определенными ему задачами по гражданской обороне.

Руководствуясь организационными указаниями вышестоящего органа управления здравоохранения по подготовке гражданской обороны на год, на объектах разрабатывается приказ начальника гражданской обороны "Об ито­гах подготовки гражданской обороны объекта здравоохранения в прошед­шем году и задачах на текущий год".

В приказе дается оценка состояния мобилизационной готовности органа управления, гражданских организаций (формирований), созданных на объек­те, и в целом готовности учреждения здравоохранения к устойчивой работе в военное время. Отмечаются имевшие место положительные примеры выпол­нения мероприятий и не выполненные, или проведенные с наличием недостат­ков, указываются должностные лица, проводившие эти мероприятия.

В постановляющей части приказа определяются задачи на текущий год, которые подробно излагаются в приложении к приказу — "Календарном пла­не основных мероприятий гражданской обороны объекта здравоохранения".

В календарном плане указываются мероприятия, проводимые граждан­ской обороной города (района, области; федеральные), если в них участвует объект здравоохранения, и собственные мероприятия, ответственные испол­нители, привлекаемые силы и средства, сроки проведения мероприятий. Календарный план разрабатывается начальником *штаба* ГО ЧС объекта здра­воохранения, утверждается начальником ГО объекта здравоохранения и под роспись доводится до ответственных исполнителей.

Среди задач гражданской обороны объекта здравоохранения первооче­редной является прогнозирование возможной обстановки, которая может сложиться на объекте в военное время, и планирование действий объекта здравоохранения по его защите и выполнению задания.

Прогнозируемая обстановка на объекте зависит от многих факторов. Характер поражения объекта зависит от вида современных средств ведения войны, степени устойчивости объекта к их воздействию, от вероятности воз­никновения вторичных очагов поражения в результате разрушения радиаци-онно-, химически-, пожаро-, взрыво- опасных объектов, в зоне поражения (загрязнения) которых может оказаться объект здравоохранения. Представ­ляет опасность разрушение крупных гидросооружений, что может вызвать затопление объекта здравоохранения.

Разработке плана (действий) ГО объекта здравоохранения в военное время предшествует изучение:

возможной (прогнозируемой) обстановки, основные исходные сведения о которой получаются в органе управления ГО ЧС города (района, области);

характеристики объекта здравоохранения (его структура по подразде­лениям, кадровый состав персонала);

размещение объекта по отношению к объектам, представляющим опас­ность возникновения вторичных очагов поражения;

планировка территории объекта здравоохранения, его застройка, на­личие пожаро-, химически опасных и других факторов, сейсмостойкость зда­ний, коммунально-технические сети и энергоснабжение, т.е. все те факторы, которые представляют опасность поражения объекта в военное время;

состояние материально-технического обеспечения подразделений объекта.

Начальник штаба ГО ЧС организует изучение исходных данных для пла­нирования с участием всех членов штаба, обобщает их данные и докладыва­ет начальнику гражданской обороны объекта предложения по разработке плана ГО (действий) объекта на военное время, представляет проект прика­за об организации работы штаба ГО ЧС.

В приказе начальника ГО объекта здравоохранения определяется:

состав группы разработчиков плана, основное ядро которой составляет штаб ГО ЧС. В состав группы могут включаться заведующие основными отде­лениями (отделами, лабораториями). К примеру, в больнице в состав группы

необходимо включать заведующих приемным отделением и операционным (реанимационным) блоком, некоторых других специалистов в зависимости от задания больнице на военное время;

сроки разработки документов плана и основные исходные данные для их содержания, вытекающие из задания по организации гражданской обороны на объекте (количество создаваемых организаций (формирований) ГО для МСГОс указанием порядка их оснащения, предназначения и сроков приведения в го­товность, количество и профиль коек для приема пораженных (больных) с ука­занием сроков готовности к приему, порядок и сроки эвакуации объекта в заго­родную зону, если предусмотрено, район размещения в загородной зоне и др.);

организация и сроки проверки реальности разработанного плана (дей­ствий) ГО объекта здравоохранения, что проводится в ходе штабных трени­ровок и учений на объекте.

Основные требования к структуре и содержанию Плана:

* преемственность планирования на объектах здравоохранения и пла­нов медико-санитарного обеспечения населения на местном и территориальном уровнях;
* соответствие современным взглядам теории и практики медико-санитарного обеспечения населения с учетом специфики выполнения мероп­риятий на объектах здравоохранения в зависимости от вида и характера по­ражения;
* реальное отражение в документах Плана возможности выполнения Л ПУ планируемых мероприятий в установленном объеме и сроках;
* разработка документов на основе достоверных исходных данных, полученных от официальных источников;
* отсутствие в документах излишней информации, которая не может быть использована при организации выполнения планируемых мероприятий; доступность понимания и возможность анализа без дополнительных расчетов различных показателей, удобство пользования документами Пла­на, возможность их корректировки (заполнение изменяющихся показателей в документах Плана карандашом).

Разработанные документы Плана согласовываются и утверждаются в сроки, установленные приказом начальника ГО объекта. Проверка реальнос­ти планирования мероприятий проводится на штабных тренировках и учени­ях, при практических тренировках с подразделениями ЛПУ. Корректировка Плана проводится по состоянию на 01 января и 01 июля ежегодно, о чем вно­сятся записи в лист корректировки. При внесении существенных изменений отдельные документы могут нуждаться в повторном согласовании с заинте­ресованными учреждениями и организациями (вопросы медицинского снаб­жения, транспортного обеспечения и др.).

План разрабатывается текстово и графически в виде приложений к тек­стовой его части. Текстовая часть Плана подписывается главным врачом - на­чальником ГО объекта здравоохранения, согласовывается с территориальным (местным) управлением по делам ГО ЧС, утверждается руководителем органа управления здравоохранения по подчиненности объекта здравоохранения.

Приложения к текстовой части подписываются начальником штаба ГО ЧС объекта здравоохранения и должностным лицом, отвечающим за выпол­нение указанных в приложении мероприятий, утверждаются начальником ГО объекта здравоохранения.

Содержание плана определяется в зависимости от перечня задач и про­водимых мероприятий, вытекающих из прогнозируемой обстановки, в кото­рой может оказаться объект здравоохранения.

Содержание текстовой части Плана.

1. Краткая характеристика объекта здравоохранения и прогнозируемая  
обстановка на территории объекта при возможных его поражениях.

Краткая характеристика административно-географического расположе­ния объекта, территории и застройки корпусов, транспортных и коммунально-энергетических коммуникаций, метеорологических условий и других факто­ров, оказывающих влияние на работу. Структура объекта. В больнице указы­вается коечная емкость по подразделениям и состояние их укомплектованности кадрами, возможности по оказанию квалифицированной, специализирован­ной медицинской помощи в течение суток (Приложение I)\*.

Прогнозируемая обстановка, которая может сложиться при возможных авариях в границах территории ЛПУ и вне территории (разрушения, пожары, химическое и радиационное загрязнение, затопление и т.д.) при примене­нии современных средств поражения. При этом указываются, по возможнос­ти, количественные показатели опасности, продолжительность воздействия, потери персонала и больных, возможность функционирования ЛПУ и в каком объеме (Приложение II).

2. Содержание мероприятий в угрожаемый период (режим повышенной готовности, общая готовность ГО).

Задачи объекта в соответствии с планом-заданием.

Силы, необходимые для решения задач в соответствии с планом-заданием.

Состав и профиль привлекаемых функциональных подразделений и формирований к выполнению задач с указанием сроков приведения их в го­товность; порядок подготовки коечной сети, сроки готовности к приему по­раженных по месту дислокации ЛПУ и при развертывании в загородной зоне; организация развертывания приемного (приемно-сортировочного) отделе­ния, операционно-перевязочного блока и другие мероприятия в зависимос­ти от задания (Приложения III, IV, V, VI). Состав и порядок приведения в готов­ность объектовых формирований (Приложение VII).

Организация снабжения медицинским, санитарно-хозяйственным, спе­циальным имуществом, кровью, ее компонентами и препаратами (Приложе­ния VIII, IX, X, XI).

Организация транспортного обеспечения созданных формирований и фун­кционирования ЛПУ по месту дислокации и в загородной зоне (Приложение XII).

Организация защиты персонала и больных по месту постоянной дисло­кации ЛПУ и после эвакуации (если она предусматривается): укрытие в за­щитных сооружениях в городе и в загородной зоне, обеспечение средствами

\* *Приложения приводятся в конце изложения содержания текстовой части плана.*

индивидуальной защиты (в том числе медицинскими) персонала, организа­ция эвакуации ЛПУ (Приложения XIII, XIV, XV).

Организация эвакуации ЛПУ в загородную зону с указанием сроков вы­вода ее подразделений и сроков их развертывания в составе больничной базы, количества и профиля коек, порядка размещения персонала и членов семей для проживания (Приложения XVI, XVII).

Состав медицинских формирований, выделяемых ЛПУ в группировку сил для ведения спасательных работ в очагах, возникающих в результате приме­нения современных средств поражения.

Продолжительность угрожаемого периода на объекте здравоохранения может составлять несколько минут, часов, суток, что зависит от конкретных условий обстановки.

С учетом прогнозируемой обстановки для ЛПУ предусматривается пла­нирование организационных и инженерно-технических мероприятий, обеспе­чивающих предупреждение или снижение поражающего воздействия на объект.

Перечень планируемых мероприятий, сроки их проведения и исполни­тели отражаются в календарном плане перевода объекта с мирного на воен­ное положение (Приложение XVIII}.

3. Организация мероприятий, проводимых при возникновении очагов поражения

Содержание мероприятий, проводимых при ликвидации последствий непосредственно на объекте здравоохранения (в ЛПУ) при пожарах, взрывах, радиационном и химическом загрязнении территории ЛПУ. Организация за­щиты персонала и больных, ведение спасательных работ на объекте. Силы, выделяемые территориальным (местным) управлением по делам ГО ЧС.

Организация работы ЛПУ по приему пораженных (больных) по месту постоянной дислокации ЛПУ и после эвакуации, оказанию квалифицирован­ной и специализированной медицинской помощи; отражается работа при-емно-сортировочного, лечебно-диагностических отделений с учетом имею­щегося задания по приему соответствующего количества и профиля пора­женных (больных) (Приложение XVI).

Организация взаимодействия объекта здравоохранения с другими уч­реждениями и организациями (какие учреждения, организации, по каким вопросам организуется взаимодействие).

Организация санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. Может разрабатываться отдельный план. Содержание мероп­риятий при возникновении внутрибольничной инфекции или массовых инфек­ционных заболеваниях среди населения с введением на территории режима карантина (обсервации) при работе ЛПУ в противоэпидемическом режиме. При возникновении внутрибольничной инфекции планируется проведение следующих мероприятий:

* выявление вида и источника инфекции;
* изоляция в ЛПУ или эвакуация заболевших и изоляция контактных лиц с выделением помещений и персонала;
* организация и проведение экстренной и специфической профилакти­ки с определением привлекаемого персонала и средств;
* организация дезинфекционных (дератизационных) мероприя­тий с определением сил и средств;
* организация режима работы функциональных подразделений ЛПУ и порядок размещения персонала (карантинно-обсервационные мероприятия);
* определение сил и средств, выделяемых ЛПУ санэпидслужбой, а так­ же другими организациями и учреждениями;
* проведение патологоанатомических исследований умерших инфекци­онных больных.

Перечень проводимых мероприятий планируется в зависимости от ме­стных условий для госпитализации инфекционных больных (остаются в ЛПУ или эвакуируются), от нозологической формы инфекционного заболевания, условий прогнозируемой обстановки.

Подробный план работы ЛПУ в противоэпидемическом режиме отраба­тывается совместно с санэпидслужбой отдельным документом.

Организация оповещения, управления и связи объекта здравоохране­ния по режимам его деятельности (Приложения XIX, XX). -

К текстовой части плана отрабатываются приложения, раскрывающие основные положения планируемых мероприятий.

***Приложение!***

***Характеристика территории и планировки лечебно-профилакти­ческого учреждения, кадровый состав по подразделениям***

На схеме территории ЛПУ наносятся: - .

* границы территории ЛПУ, выезды (въезды) действующие и закрытые, которые при необходимости можно открыть;
* расположение корпусов ЛПУ с указанием их этажности и расположения в них подразделений, наличие защитных сооружений (убежищ, противорадиационных укрытий, приспособленных подвалов для защиты персонала и больных);
* пожаро-взрывоопасные объекты на территории ЛПУ; возможные зоны поражения;
* коммунальные и энергетические сети, смотровые колодцы, пожарные гидранты, другие сооружения;
* маршруты движения транспорта по территории ЛПУ от въездов на территорию до приемного отделения, от приемного отделения до выезда из ЛПУ, место развертывания распределительного поста при поступлении поражен­ных (больных);
* приемное отделение ЛПУ с указанием мест разгрузки пораженных (больных) с учетом их сортировки на распределительном посту (в зависимо­сти от потока пораженных могут быть 2-3 места их разгрузки и приема);
* посты регулировщиков на маршрутах движения транспорта (при необходимости);
* при планировании эвакуации ЛПУ обозначаются места погрузки боль­ных, персонала, имущества на транспорт.

На схеме в виде таблицы показывается коечная емкость, кадровый со­став (врачи, средний медперсонал, обслуживающий персонал) по подразде­лениям ЛПУ.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ и главным инженером ЛПУ, утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ.

Аналогично отрабатывается приложение для поликлиник, аптек и др. объектов здравоохранения с учетом планировки их территории и занимае­мых зданий.

***Приложение II***

***Прогнозируемая обстановка при возникновении возможных чрез­вычайных ситуаций.***

На карту (М: 1:10 000) или план города (городского района) наносятся:

* объект здравоохранения (ЛПУ);
* другие объекты здравоохранения, с которыми взаимодействует ЛПУ, органы управления здравоохранения, в том числе ведомственного подчинения и по делам ГОЧС местного и территориального уровня;
* объекты, представляющие опасность возникновения вторичных очагов поражения, и возможные зоны загрязнения РВ, ОВ, БС, возникновения пожаров.
* зоны сейсмической опасности, зоны затопления, другие зоны источ­ников возможного воздействия на ЛПУ;

-транспортные коммуникации, вокзалы, порты, газо- и нефтепроводы, электролинии высоковольтных передач, возможные зоны поражения при ава­риях на них.

В виде таблиц, примечаний на карте (схеме) обозначаются необходи­мые пояснения.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ, согласовы­вается с управлением по делам ГО ЧС территории и утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение III***

*Расчет создания гражданских организаций* ***(формирований) для МСГО.***

Приложение выполняется в виде таблицы с указанием: базы создания (подразделения ЛПУ для каждого формирования), пофамильного списка пер­сонала формирования (год рождения, пол, занимаемая должность, специ­альность и квалификационная категория, домашний адрес, телефон, способ вызова, срок готовности и ответственный за готовность формирования).

Приложение подписывается начальником штаба ГОЧС ЛПУ, согласовы­вается с руководителями подразделений ЛПУ, персонал которых включается в формирования, утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение IV***

***Расчет перепрофилирования коечной сети лечебно-профилакти­ческого учреждения для приема пораженных (больных).***

Приложение выполняется в виде таблицы с указанием: профиля и количе­ства коек подразделений ЛПУ, которым определена задача по приему поражен­ных (больных) по месту постоянной дислокации и в составе больничной базы; количества и сроков выписки больных из подразделений на амбулаторное лечение или перевода в другие подразделения ЛПУ (в какие подразделения и их ко­личество); ответственных исполнителей в рабочее и нерабочее время.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ и руководите­лями подразделений ЛПУ, утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение V***

***Расчет распределения кадров для комплектования медицинских фор­мирований и подразделений лечебно-профилактического учреждения.***

Приложение выполняется в виде таблицы с указанием: каждого медицин­ского формирования и подразделения ЛПУ, привлекаемого для работы в ЧС; требуемого количества врачей, среднего и младшего медперсонала. При этом указывается количество специалистов, имеющихся в подразделении и выде­ляемых дополнительно (откуда, в какие сроки); ответственные исполнители\*.

При выделении кадров из других учреждений здравоохранения им вы­дается выписка (под роспись на расчете) из плана.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ, согласовы­вается с руководителями подразделений ЛПУ, утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение VI***

***Схема развертывания приемно-сортировочного отделения лечеб­но-профилактического учреждения.***

Приложение отрабатывается по вариантам работы по месту постоян­ной дислокации и после эвакуации в виде схем. В зависимости от задания ЛПУ на схемах (по вариантам) показывается организация развертывания при­емно-сортировочного отделения: размещение пораженных (больных); мар­шруты внутрибольничной их транспортировки; места регистрации поражен­ных (больных); размещение диагностических и лечебных приборов и аппара­тов; обменный фонд санитарных носилок; места санитарной обработки; размещение справочной службы.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ и заведую­щим приемным отделением ЛПУ, утверждается главным врачом — начальни­ком ГО ЛПУ.

***Приложение VII***

***Расчет создания объектовых формирований.***

Приложение выполняется по форме Приложения III. Состав и численность персонала объектовых формирований согласовывается с управлением по де­лам ГО ЧС по месту дислокации ЛПУ (город, район). Приложение подписыва­ется начальником штаба ГО ЧС и заместителем начальника ГО объекта по эко­номическим вопросам (АХЧ), утверждается начальником ГО объекта.

***Приложение VIII***

***Расчет снабжения медицинских формирований и подразделений лечебно-профилактического учреждения медицинским имуществом.***

Приложение выполняется в виде таблиц (табелей оснащения) каждого формирования и каждого подразделения.

**\* С *учетом призыва в ВС и бронирования кадров***

В расчете показываются: наименования медицинского имущества по группам; единица измерения; требуется, имеется, выделяется имущество (кем, в какие сроки); ответственный за поставку имущества. Порядок полу­чения имущества второй группы, если это предусмотрено.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ и ответствен­ным лицом за медицинское снабжение, утверждается главным врачом — на­чальником ГО ЛПУ.

***Приложение IX***

***Расчет снабжения формирований и подразделений больницы санитарно-хозяйственным имуществом.***

Приложение отрабатывается по форме Приложения VIII. При этом не­обходимо предусмотреть использование имущества из местных ресурсов путем приписки из других учреждений и организаций.

Приложение подписывается начальником штаба ГОЧС ЛПУ и замести­телем начальника ГО ЛПУ по материально-техническому обеспечению, со­гласовывается с заинтересованными организациями, которым выдаются выписки из плана на поставку имущества, утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ

***Приложение X***

***Расчет снабжения формирований и подразделений лечебно-про­филактического учреждения специальным имуществом.***

Приложение отрабатывается по форме Приложения VIII, подписывается на­чальником штаба ГО ЧС ЛПУ и должностным лицом территориального (местного) управления по делам ГО ЧС, утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ и начальником территориального (местного) управления по делам ГО ЧС.

***Приложение XI***

***Расчет снабжения формирований и подразделений лечебно-про­филактического учреждения кровью, ее компонентами и препаратами.***

Приложение отрабатывается по форме Приложения VIII. Для ЛПУ, име­ющих отделения заготовки и переливания крови, в расчете указывается: ко­личество состоящих на учете доноров; возможности по заготовке (перера­ботке) крови в течение суток; выполнение заявок других учреждений по по­ставке крови, ее компонентов, препаратов (количеств, сроки). В ЛПУ, где нет отделений (кабинетов) переливания крови, в расчете указываются: отку­да получают кровь, ее препараты и компоненты, количество и сроки постав­ки, ответственные должностные лица.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ, руководи­телями учреждений (отделений) службы крови, утверждается главным вра­чом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение XII***

***Расчет транспортного обеспечения гражданских организаций (формирований) МС ГО и функционирования лечебно-профилактического учреждения в военное время.***

Приложение отрабатывается в виде таблицы с указанием формирова­ний и отдельно в строке для ЛПУ: марки транспорта (санитарный, грузовой, специальный); количества требующегося, имеющегося, выделяемого транс­порта (кем, срок, ответственный).

В ЛПУ, имеющих санитарный автомобильный транспорт, санитарную авиацию, определяется порядок использования этих транспортных средств.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ, согласовы­вается с соответствующими транспортными организациями, выделяющими транспорт, с территориальным (местным) управлением по делам ГО ЧС и ут­верждается начальником ГО ЛПУ.

***Приложение XIII***

***Расчет укрытия персонала и больных в защитных сооружениях (по месту постоянной дислокации и после эвакуации в загородную зону).***

Приложение отрабатывается в виде таблицы с указанием: перечня за­щитных сооружений, их класса и вместимости; из каких подразделений и ка­кое количество больных и персонала укрывается, в какие сроки; ответствен­ных за выполнение мероприятия. Расчет выполняется на рабочее и нерабо­чее время. Дополнительными документами к Приложению являются расчет персонала по обслуживанию защитных сооружений и схемы планировки за­щитных сооружений с обозначением в них мест размещения персонала и больных с указанием их количества.

При отработке расчета укрытия персонала и больных ЛПУ после эвакуа­ции в загородную зону определяется порядок и производится расчет укры­тия нетранспортабельных больных на объекте после его эвакуации.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ и главным инженером ЛПУ, утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение XIV***

***Расчет обеспечения персонала формирований* и *лечебно-профи­лактического учреждения средствами индивидуальной защиты, меди­цинскими средствами индивидуальной защиты.***

Приложение отрабатывается в виде таблицы с указанием: формирова­ний и подразделений ЛПУ; численности персонала в них, количества требу­ющихся противогазов, защитной фильтрующей одежды, противочумных ко­стюмов, респираторов; количества средств индивидуальной защиты, имею­щихся в запасе объекта, выделяемых (кем, срок, ответственный за получение); то же по медицинским средствам индивидуальной за­щиты (АИ-2; ИПП-8, ИПП-10; ППМ; препарат йода при показаниях).

При определении количества противогазов для больных в расчет при­нимается 10% от коечной емкости ЛПУ.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ, согласовывается с территориальным (местным) штабом ГО ЧС и утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение XV***

***Расчет транспортного обеспечения эвакуации лечебно-профилактического учреждения (персонала, больных, членов семей).***

Приложение отрабатывается в виде таблицы с указанием: подразделения ЛПУ; выделяемого количества транспортных средств; сроков поставки транспорта; кем выделяется транспорт; адреса предприятия и телефона; от­ветственного за выделение транспорта. К расчету прилагаются схема-кроки маршрута движения транспорта к месту передислокации ЛПУ, поэтажные планы развертывания в выделенном помещении. Приложение отрабатыва­ется только в случае, если ЛПУ предстоит эвакуация.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ и руководи­телем организации, выделяющей транспорт, согласовывается с начальником территориального (местного) управления ГО ЧС, утверждается главным вра­чом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение XVI***

***Схема развертывания лечебно-профилактического учреждения в загородной зоне в составе больничной базы.***

На схеме в соответствии с заданием показывается размещение всех подразделений ЛПУ с учетом дополнительного развертывания коек для при­ема пораженных в выделенных для развертывания помещениях. Руководи­телям подразделений ЛПУ выдаются поэтажные планы развертывания.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ, согласовы­вается с территориальным (местным) управлением ГО ЧС и руководителем выделяемого помещения по месту развертывания ЛПУ и утверждается глав­ным-врачом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение XVII***

***Расчет расселения персонала* и *членов семей в загородной зоне (при эвакуации лечебно-профилактического учреждения).***

Приложение отрабатывается в виде списка с указанием фамилии, име­ни, отчества персонала ЛПУ и членов семей, адреса места их проживания. Приложение согласовывается с администрацией по месту проживания и под­писывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ.

***Приложение XVIII***

***Календарный план основных мероприятий по переводу лечебно-профилактического учреждения с мирного на военное положение.***

Приложение отрабатывается графически с указанием основных мероп­риятий: по режимам деятельности объекта; при эвакуации (если она предус­мотрена). По выполнению каждого мероприятия определяется должностное лицо штаба ГО ЧС. К календарному плану прилагается график оперативного дежурства в штабе ГО ЧС и состав расчета должностных лиц для круглосуточ­ной работы штаба.

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС и утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение XIX***

***Схема оповещения сбора руководящего состава, персонала фор­мирований и подразделений лечебно-профилактического учреждения.***

Приложение отрабатывается на период рабочего и нерабочего време­ни, по месту постоянной дислокации ЛПУ и после эвакуации в загородную зону. Подписывается начальником штаба ГО ЧС ЛПУ и утверждается главным врачом — начальником ГО ЛПУ.

***Приложение XX***

***Схема управления в лечебно-профилактическом учреждении.***

Приложение отрабатывается графически с отражением структуры шта­ба ГО ЧС ЛПУ и должностных лиц, с указанием органов управления МС ГО и территориального (местного) управления по делам ГО ЧС (указываются слу­жебные телефоны каждого должностного лица).

Приложение подписывается начальником штаба ГО ЧС и утверждается начальником ГО объекта — главным врачом.

Кроме текстовой части плана и приложений, начальник штаба ГО ЧС должен иметь необходимый справочный материал, документы нормативно-правовой базы, регламентирующие организацию и ведение гражданской обо­роны в масштабе объекта, района, города, субъекта Российской Федерации.

Проверка реальности разработанного плана на учениях должна быть при­ближенной к возможной обстановке на объекте, выполнение мероприятий пла­на проводится по времени "час за час", при этом требуется хорошая подготов­ка должностных лиц штаба ГО ЧС, руководящего состава гражданских органи­заций (формирований), всего персонала объекта здравоохранения.

Кроме планирования, на объекте здравоохранения мероприятий по гражданской обороне (на военное время) в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России "Разработка плана действий объекта здравоохранения (лечебно-профилактического учреждения) в чрезвычайных ситуациях", утвержденными заместителем Министра здравоохранения Рос­сийской Федерации 10.07.1998 г. и согласованными с МЧС России, прово­дятся мероприятия по подготовке объекта здравоохранения (ЛПУ) и органи­зации его работы при ликвидации медико-санитарных последствий при тех­ногенных и природных катастрофах мирного времени.

В соответствии с рекомендациями на объектах здравоохранения целе­сообразно разрабатывать единый план действий на мирное и военное время. Этому есть обоснование, т.к. многие мероприятия проводятся на объектах как при возникновении чрезвычайных ситуаций в мирное время, так и в военное время. Кчислу таких мероприятий относятся: создание единого органа управ­ления объекта—штаба ГО ЧС; мероприятия по защите объекта от воздействия аварий и катастроф и от современных средств ведения войны; повышение ус­тойчивости функционирования объекта; организация работы объекта (ЛПУ) при массовом поступлении пораженных (больных); организация эвакуации объек­та (в мирное время из возможных зон затопления, радиоактивного загрязне­ния, а на военное время - в загородную зону); перевод объекта здравоохране­ния на работу в строгом противоэпидемическом режиме; действия при угрозе террористического акта однозначны в мирное и военное время.

Существенная разница в планировании мероприятий на объектах здра­воохранения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени состо­ит в том, что на военное время может значительно сокращаться кадровый состав объекта здравоохранения (врачей, среднего медперсонала) в связи с призывом в Вооруженные силы, а также, в отличие от возможных чрезвычай­ных ситуаций мирного времени, в военное время существует постоянная опасность возникновения очагов поражения, то есть объекты здравоохране­ния обязаны находиться в состоянии повседневной готовности.

Решение о порядке планирования на объектах здравоохранения раз­дельно для мирного времени и на военное время принадлежит (по согласо­ванию с органами управления ГО ЧС) руководству здравоохранением субъек­та Российской Федерации. При этом необходимо учитывать, что от состоя­ния заблаговременного планирования и реальности плана во многом зависит четкость и оперативность управления как в мирное, так и в военное время.

Одновременно с планированием мероприятий ГО, на объектах здраво­охранения в соответствии с Федеральным законом "О Гражданской оборо­не", принятого Государственной Думой 26.12.1997 г., по заданию вышестоя­щего органа управления здравоохранения создаются гражданские органи­зации (формирования) гражданской обороны МС ГО:

в больницах — отряды первой медицинской помощи (ОПМ), бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) различного профиля (в зависимости от имеющихся кадровых возможностей);

в поликлиниках — отряды первой медицинской помощи (ОПМ), если это предусмотрено заданием;

в институтах (академиях, университетах), имеющих клиническую базу, — бригады специализированной медицинской помощи (БСМП);

в центрах Госсанэпиднадзора и др. учреждениях госсанэпидслужбы — со­ответствующие формирования санитарно-противоэпидемического профиля;

в аптеках — аптечные летучки для медицинского снабжения ОПМ при их работе в очагах поражения.

Учитывая, что ОПМ является по своей организационно-штатной струк­туре и по предназначению универсальным формированием, оказывающим медицинскую помощь в различных очагах поражения, недопустимо его со­здание на базе родильных домов, узкопрофилированных лечебных учрежде­ний (психиатрические больницы, диспансеры и др.).

На созданный ОПМ оформляется паспорт по установленной форме, ко­торый содержит следующие сведения:

база создания (наименование медицинского учреждения, адрес, телефон);

место сбора (приведения в готовность);

маршрут выдвижения ОПМ в составе группировки сил ГО в очаг поражения;

календарный план основных мероприятий при приведении ОПМ в го­товность и работе в очаге поражения;

штатно-должностной список по отделениям ОПМ с указанием специаль­ности, домашнего адреса, телефона персонала;

ведомость потребности и обеспеченности транспортом с указанием вида транспорта, откуда прибывает, срок прибытия, ответственный за постав­ку транспорта;

ведомость потребности и обеспеченности медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом с указанием имущества по груп­пам (медикаменты, антибиотики, препараты крови и кровезамещающие ра­створы, бактерийные препараты, дезинфекционные средства, перевязочные средства, средства транспортной иммобилизации, медицинские предметы, приборы, аппараты и инструменты, предметы ухода, дезинфекционные ап­параты, аптечное оборудование и посуда, лабораторное имущество (реакти­вы и краски), средства индивидуальной защиты, специальные аппараты (до­зиметрические и др. и питание к ним), специальная техника, санитарно-хо-зяйственное имущество, канцелярские предметы. При этом указывается: положено, имеется в резерве (на складе), поступает, недостающее (не хра­нится в резерве), откуда, в какой срок, ответственный;

расчет распределения транспорта по отделениям ОПМ:

расчет укрытия персонала в защитном сооружении (по месту основной дислокации и в загородной зоне);

организация управления и связи.

Паспорт имеет формы документов по управлению ОПМ и справочные материалы. Для получения имущества необходимо иметь доверенность.

Паспорт подписывается начальником ОПМ и утверждается руководи­телем объекта здравоохранения, на базе которого создан ОПМ. Хранится паспорт в папке документов начальника ОПМ. Аналогично заполняется пас­порт на каждое другое медицинское формирование МС ГО.

Организационно-штатная структура, предназначение и возможности по оказанию медицинской помощи, организация работы медицинских форми­рований МС ГО раскрыты в предыдущей главе.

Гражданские организации (формирования) общего назначения (объек­товые) создаются в соответствии с "Методическими указаниями по созда­нию гражданских организаций гражданской обороны", введенными в дей­ствие директивой МЧС России от 3.04.2000 г., № 33-860-14.

На объектах здравоохранения формирования создаются приказом руково­дителя — начальника ГО объекта, исходя из реально имеющихся возможностей. Предназначение этих формирований — проведение мероприятий ГО на объекте.

К числу таких формирований, создаваемых на объектах здравоохране­ния, относятся:

пост радиационного и химического наблюдения (пост РХН) в составе на­чальника (специалист-радиолог, врач-рентгенолог), разведчика-дозиметрис­та (средний медработник), разведчика-химика (средний медработник). Осна­щение поста: средства индивидуальной защиты (противогаз ГП-7 — 3 шт.; изо-лирующий противогаз ИП-46 — 1 шт.; респиратор — 3 шт., защитная фильтрующая одежда (ЗФО) — 3 шт.; радиометр ДП-5 (ДП-5В) — 1 шт.; прибор химической разведки (ВПХР) — 1 шт.; легкий защитный костюм (Л-1) — 3 шт.; метеокомплект № 3 — 1 шт.;АИ-2 —Зшт.; ИПП-10 — Зшт.; ППИ — 3 шт.; уклад­ка для отбора проб из внешней среды — 1 шт. (при необходимости). Задачи поста РХН: наблюдение и обнаружение факта радиационного, химического, бактериологического (биологического) загрязнения территории объекта;

звено по обслуживанию убежищ и укрытий — в составе командира, сан­техника, электрика, слесаря по вентиляции. Оснащение: средства индиви­дуальной защиты (ГП-5 — 4 шт.; респиратор — 4 шт., защитная фильтрующая одежда — 4шт.; АИ-2 — 4 шт.; ИПП-10 — 4шт.; ППИ — 4 шт.); инструмент — поспециальности. Задачи звена: обеспечение жизнедеятельности защитного сооружения. Численность звеньев устанавливается исходя из потребности, но на каждое защитное сооружение не менее 1 звена;

звено связи в составе командира, радиста-телефониста, посыльных — 3. Оснащение: средства индивидуальной защиты (ГП-5, ГП-7) — 5 шт.; рес­пиратор — 5 шт., защитная фильтрующая одежда — 5 шт.; АИ-2 — 5 шт.; ИПП-10 — 5 шт.; ППИ — 5 шт.; электромегафон — 1 шт.; средства радио и провод­ной связи объекта. Задачи: обеспечение связи на объекте;

отделение пожаротушения в составе командира, пожарных — 3-5 чел. Оснащение: одеждой и средствами тушения пожара по инструкции противо­пожарной безопасности;

звено охраны общественного порядка в составе: командира, охранника — 3 чел. Оснащение: средства индивидуальной защиты (ГП-5, ГП-7) — 4 шт.; респираторы — 4 шт.; форменная одежда — 4 шт.; АИ-2 — 4 шт.; ИПП-10 — 4 шт.; ППИ — 4 шт.; портативные радиостанции - 2 шт.; (вооружение по согла­сованию с органами МВД);

аварийно-спасательная группа в составе: командира; электромонтера; слесаря-сантехника; слесаря-газовщика, спасателя — 6 чел. Оснащение: средства индивидуальной защиты (ГП-5, ГП-7) — 10 шт.; изолирующий про­тивогаз — 2 шт.; респираторы — 10 шт.; защитный костюм Л-1 — 2 шт.; АИ-2 — 10 шт.; ИПП-10 — 10 шт.; ППИ — 10 шт.; специальное оборудование - в со­ответствии со специальностью личного состава. Задачи: локализация аварий на объекте, спасение пораженных в завалах (вынос, оказание помощи).

Количество и профиль формирований, создающихся на объектах здра­воохранения, определяет начальник ГО объекта по согласованию с органом управления ГО ЧС района, города.

Подготовка больницы к приему пораженных (больных) при массовом поступлении из очага поражения включает заблаговременное проведение ряда практических мероприятий:

детальное изучение планировки приемного отделения, его возможнос­тей, направлений движения потоков пораженных при их внутрибольничной транспортировке, пропускной способности (лифты, технические средства транспортировки, кадры носильщиков) с целью реорганизации отделения в приемно-сортировочное;

в соответствии с заданием и разработанным планом (действиями) ГО больницы практически в палатах, кабинетах, коридорах, вестибюлях (на сво­бодных площадях отделений) определение порядка развертывания коечной сети на военное время;

изыскание возможностей (если предусмотрено заданием) дополнитель­ного развертывания операционных и перевязочных столов, коек в реанима­ционном отделении, в палатах интенсивной терапии;

перераспределение кадров по отделениям с учетом призванных в Воо­руженные силы и ушедших в состав гражданских организаций (формирова­ний) МС ГО, которые будут работать в очаге поражения;

создание запаса медицинского и санитарно-хозяйственного имущества, распределение имущества текущего довольствия по отделениям с учетом выполняемых ими задач при массовом поступлении пораженных (больных), при необходимости приписка имущества от других учреждений.

практическая отработка порядка выписки больных на амбулаторное ле­чение, подготовка защищенного стационара для нетранспортабельных боль­ных, а при его отсутствии согласование вопроса о направлении нетранспор­табельных больных в другое учреждение, где стационар имеется;

согласование организационных вопросов при эвакуации больницы, если она предусмотрена, в загородную зону и в других случаях по выделению транспорта, маршрутов движения и времени занятия этих маршрутов, поме­щений в загородной зоне; и др.;

проработка вопросов защиты персонала и больных и обеспечения ус­тойчивой работы в условиях различной обстановки;

могут быть и другие мероприятия, вытекающие конкретно из задания больнице на военное время. Больница в военное время может функциониро­вать в месте постоянной дислокации и после ее эвакуации в загородную зону. В зависимости от этого зависит ее подготовка.

Развертывание приемно-сортировочного отделения больницы при работе в месте постоянной дислокации предусматривает организацию работы распре­делительного поста (РП) в составе врача (фельдшера), 2-х средних медицинс­ких работников, 2-4 регулировщиков (из формирования ГО больницы), при не­обходимости дозиметриста (химика) в зависимости от обстановки для опреде­ления радиоактивного (химического) загрязнения поступающих пораженных.

РП оборудуется средствами подачи сигналов ГО, связью с приемно-сор-тировочным отделением и штабом ГО ЧС (пунктом управления ГО больницы), указателями с обозначением потоков пораженных. Для регулирования про­пуска транспорта на территорию больницы устанавливается шлагбаум.

Оснащение РП: средства индивидуальной защиты, фонарики электри­ческие, флаг Красного Креста, приборы для определения уровней радиоак­тивного (химического) загрязнения. Задача РП — распределение поражен­ных по потокам: носилочные, ходячие, имеющие радиоактивное (химичес­кое) загрязнение, инфекционные больные.

При расположении РП от приемно-сортировочного отделения на расто-янии не более 100 м ходячие пораженные снимаются с транспорта и направ­ляются пешим порядком по своему потоку, а носилочные на машине достав­ляются к месту их разгрузки. При больших расстояниях машина сначала на­правляется к месту разгрузки ходячих, а затем - носилочных. Для убытия машин с территории больницы оборудуется отдельный выезд. В целях рас­ширения возможностей по разгрузке пораженных и их приема в отделение в зависимости от прогнозируемой обстановки и плана развертывания прием­но-сортировочного отделения оборудуется необходимое количество мест разгрузки, в каждом создается обменный фонд носилок, должны иметься средства транспортировки пораженных и носильщики.

Схема развертывания, оснащение и организация работы приемно-сор­тировочного отделения больницы определяются его задачами:

прием и сортировка пораженных (больных) и направление в соответству­ющее отделение больницы;

оказание неотложной по жизненным показаниям медицинской помощи пораженным (больным);

изоляция пораженных (больных), которые представляют опасность для окружающих;

проведение частичной или полной санитарной обработки пораженных (больных) в зависимости от характера их загрязнения и состояния тяжести;

ведение учета поступающих пораженных (больных), организация спра­вочной службы, сбора и хранения документов, ценных вещей пораженных (больных), ведение медицинской документации отделения.

Для развертывания приемно-сортировочного отделения дополнитель­но используются площади коридоров, вестибюлей, смежных с приемным от­делением помещений.

В отделении в соответствии с потоками пораженных (больных) стандар­тными металлическими подставками или деревянными козлами оборудуют­ся места для размещения санитарных носилок, располагаемых для удобства проведения сортировки рядами. Сортировочная бригада (врач, 2 медицинс­ких сестры, медрегистратор) работают на закрепленном для нее участке.

На каждого пораженного (больного) оформляется история болезни (пас­портная часть, диагноз, что сделано по оказанию помощи в отделении; его на­правление (в какое отделение). При поступлении пораженного (больного) с пер­вичной медицинской карточкой ГО она вклеивается в историю болезни, а если карточки не оказалось, то она оформляется, ее корешок остается в приемно-сортировочном отделении, а отрывная часть вклеивается в историю болезни.

Первичная медицинская карточка ГО является первичным документом учета пораженных (больных) и по завершении работы отделения установлен­ным порядком сдается для отчета о поступивших пораженных (больных).

При необходимости в ходе проведения сортировки пораженных (боль­ных), когда возникает угроза жизни, оказывается неотложная медицинская помощь либо на месте, либо в перевязочной (процедурной, операционной) приемно-сортировочного отделения. Для оказания помощи отделение дол­жно иметь соответствующее оснащение.

В составе приемно-сортировочного отделения развертываются инфек­ционный и психоневрологический изоляторы для временного по экстренным показаниям размещения в них пораженных, нуждающихся в изоляции. Име­ющиеся диагностические кабинеты в составе приемного отделения мирного времени выполняют свои задачи.

Санитарный пропускник организует свою работу с учетом сложившей­ся обстановки. При необходимости, когда поступают пораженные из очагов с радиационным или химическим загрязнением, он перестраивается на осо­бый режим работы. В этом случае работа организуется с соблюдением норм, исключающих загрязнение персонала и других пораженных. В отделении раз­граничиваются чистая и грязная его половины. На чистую половину поражен­ные, имеющие загрязнение, должны поступать только после полной санитар­ной обработки со сменой загрязненной одежды. Загрязненная одежда после ее маркировки собирается в прорезиненные мешки и складируется в специально отведенном помещении до повторного обследования характера ее заг­рязнения и решения о дальнейшем ее использовании или уничтожении. Этот вопрос должен решаться создаваемой комиссией при завершении напряжен­ной работы больницы. Об одежде, подлежащей уничтожению, представляю­щей опасность поражения, информируются пораженные (больные), и в исто­рии болезни делается соответствующая запись.

При имеющейся сложности развертывания приемно-сортировочного отделения в помещении больницы организуется сортировочная площадка вне здания, что возможно при соответствующих погодных условиях и планиров­ки прилегающей к приемному отделению больницы территории. Преимуще­ства в организации приема и сортировки пораженных на сортировочной пло­щадке в том, что ускоряется разгрузка поступающих пораженных (больных), освобождение транспорта, что в конечном итоге приводит к ускорению вы­воза пораженных из очага. Однако при этом не ускоряется поступление по-эаженных в отделения больницы, оказание им соответствующей медицинс­кой помощи. С сортировочной площадки до отделений больницы увеличива­ется расстояние для транспортировки пораженных, на сортировочной площадке, по сравнению с развертыванием приемно-сортировочного отде­ления в помещении, существенно ограничиваются возможности по оказанию неотложной медицинской помощи по жизненным показаниям.

Необходимо разумно сочетать эти два варианта работы приемно-сор­тировочного отделения, отдавая предпочтение его развертыванию в поме­щении. Состояние готовности приемно-сортировочного отделения зависит от его укомплектованности соответствующими кадрами: врачами, средним медицинским и обслуживающим персоналом.

На часы интенсивного поступления пораженных (больных) в приемно-сор-тировочном отделении должны работать сортировочные бригады, созданные из врачей и средних медицинских работников других отделений с учетом профиля поступающих пораженных (больных). По мере уменьшения потока поступающих пораженных (больных) медперсонал возвращается в свои отделения.

Заслуживает особого внимания организация внутрибольничной транспор­тировки пораженных (больных). Этот вопрос возникает как при массовом по­ступлении пораженных, так и при экстренной эвакуации больных (при терак­тах, пожарах и др.). Имеющиеся возможности больницы решить эту проблему весьма ограничены, в связи с чем необходимо изыскать возможности привле­чения дополнительных кадров для переноски (перевозки) пораженных (боль­ных). От организованной работы приемно-сортировочного отделения зависит работа лечебно-диагностических отделений больницы. В приемно-сортировоч-ном отделении определяются предварительный диагноз, направление в соот­ветствующее отделение больницы, срочность оказания специализированной (квалифицированной) медицинской помощи. В приемно-сортировочном отде­лении при массовом поступлении пораженных (больных) в составе сортиро­вочных бригад должны работать наиболее опытные врачи соответствующего профиля, они отбирают состав пораженных для своих отделений.

Подготовка лечебно-диагностических отделений больницы проводится в соответствии с заданием для них. Они обеспечивают подготовку планируе­мых коек по определенному профилю. Это может быть выполнено за счет выписки больных на амбулаторное лечение и путем дополнительного развер­тывания коек с их уплотнением в палатах, коридорах, вестибюлях.

В расчете указывается, из каких отделений и в каком количестве выпи­сываются больные в срок 2-4 часа, сколько больных можно перевести в дру­гие отделения, и сколько коек дополнительно развертывается, в итоге - воз­можности отделения по приему пораженных (больных) из очага поражения и его профиль. Вариант перепрофилизации коек в больнице на схеме 2.

При поступлении пораженных с травмами и ожогами возрастает нагрузка на операционно-перевязочный блок. В операционных (перевязочных) целе­сообразно организовать работу хирургической (ожоговой) бригады конвей-ерно на 3-х столах: на первом ведется подготовка к операции (медицинская и операционная сестры и при необходимости анестезистка, врач-анестезио­лог); на втором - выполняется хирургическое вмешательство (операция); на третьем - завершение хирургического вмешательства (операции) не хирур­гической бригадой, а средними медицинскими работниками (повязка, сме­на инструментария и т.д.), а хирургическая бригада переходит к первому столу, где пораженный подготовлен к операции, инструментальный столик накрыт.

Таблица 8.

**Расчет перепрофилизации отделений больницы для приема по­раженных (вариант).**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| итатное отделение | |  | 1-етера- | 4-етера- | 2-етера- |
| больницы | |  | певтич. | певтич. | певтич. |
| К-во коек |  | 20 (изолятор) | 60 | 55 | 60 |
| К-во | Выписывается | 10 | 42 | 40 | 40 |
| больных в | Переводится в | 10 | 18 | принимает | 20 |
| отделении | Др. отд. |  |  | больных |  |
|  | В какие отд. | Гастроэнтер. | 4-е | из др. | 4-е терапев- |
|  | переводятся | 1 -е хирур ги- | терапев- | отделений | тич. |
|  |  | ческое | тич. |  |  |
| К-во | Врачи | 5 | 6 | 5 | 6 |
| персонала | Средн. мед - | 16 | 1В | 16 | 13 |
| (физ. лиц) | персонал | 10 | 8 | 8 | 8 |
|  | Обслуж. перс. |  |  |  |  |
| Разве рты в. | Профиль | ПСО | токсик. | - | токсик. |
| по плану | к-во коек | 50 | 70 | - | 80 |
| Выделяется | Врачи | 2/6\* | 2 |  | 8 |
| персонал | Средн. мед. | 10/12- | 6 | ■ | 8 |
|  | перс. | 12/24 | 10 | - | 12 |
|  | Обслуж. перс. |  |  |  |  |
| Срок готовности Ч+(ч) | | 1,5 | 2 |  | 2 |
| Дополнительно выделяются | | Вестибюль | Используется | | Использу ется |
| площади (м2) | | -40м2 | коридор и | | холл и переход |
|  | | Холл - 60 м2 | столовая 60 м2 | | в корп. 90 м2 |
| Ответственный за | | Зав. Отделе- | Заведующие отделениями | | |
| развертывание | | нием | Д/сестры (до вызова | |  |
| а) в рабочее время | | Д/врач | зав. отделениями) | |  |
| 6) s нераб очее время | |  |  | |  |

\* *В числителе* — *в нерабочее время, в знаменателе* — в *рабочее время (после оповещения).*

Такая методика работы значительно повышает пропускную способность операционно-перевязочного блока.

На военное время в целях обеспечения подготовки больницы к функци­онированию и выполнению задач в соответствии с заданием осуществляет­ся выписка больных, которые могут лечиться амбулаторно. Распоряжение на выписку больных может поступить в любое время суток, срок выписки и ос­вобождения коек не более 4 часов.

Лечащий врач на лицевой стороне истории болезни обозначает, в зави­симости от состояния больного: "В" — на выписку; "Н" — нетранспортабель­ный; "Э" — подлежащий эвакуации. В связи с этой маркировкой при отсут­ствии лечащего врача представляется возможным провести сортировку боль­ных. Наиболее сложно провести выписку больных в ночное время. В этих случаях больные, подлежащие выписке на амбулаторное лече­ние, могут временно (до утра) размещаться в помещении больницы, освобождая занимаемые ими койки в отделениях.

При подготовке больницы к эвакуации в загородную зону предусматри­вается: определение мест погрузки персонала, больных и имущества по под­разделениям; очередность погрузки в зависимости от выделяемых транспор­тных средств; согласование с органами управления ГО ЧС маршрута выдви­жения; решение вопроса вывоза членов семей персонала; формирование погрузочных команд.

Не допускается перевозка персонала и больных на неприспособленном автотранспорте (на самосвалах, прицепах, в фургонах). На каждой машине назначается старший, который обязан хорошо знать маршрут выдвижения к месту размещения больницы в загородной зоне, месторасположение меди­цинских учреждений на маршруте движения, строго выполнять правила тех­ники безопасности.

Нерационально вывозить больницу железнодорожным транспортом, осо­бенно на небольшие расстояния, до 100-150 км. Много времени при этом зат­рачивается на погрузочно-разгрузочные мероприятия и требуется выделять автотранспорт до станции погрузки и от станции разгрузки в загородной зоне.

Больницы и другие объекты здравоохранения при их эвакуации в заго­родную зону относятся к числу продолжающих работу. Они вывозят необхо­димое оборудование, без которого не в состоянии организовать работу.

Больница в загородной зоне развертывается в приписанных общественных зданиях (пансионатах, школах и т.д. с круглогодичным функционированием).

В соответствии с СН-515-79 развертывание учреждений здравоохране­ния в общественных зданиях 6- и большей этажности допускается только при наличии лифтов. Высота помещений должна быть не менее 2,5 м, высота ис­пользуемого помещения 2,2 м. Ширина помещений в коридорах операцион­ных и реанимационных отделений — 1,6 м, в палатах и кабинетах, перевязоч­ных и процедурных не менее 2,4 м, в операционных и реанимационных — 5 м.

Ширина дверей не менее 0,8 м, маршей на лестничных клетках —1,15 м, площадок — 1,45 м.

Приемное отделение: вестибюль-ожидальная не менее 24 м2; смотро­вая — 9 м2 от 100 до 800 коек, 18мг(9х2) —при 800-1400коек, 27м2(9х3)при 1400-свыше 1700 коек; противошоковая палата 13 м2, 26 м2(13х2), 39 м2 (13x3) соответственно; помещения для выписки больных —10 м2 (независимо от коечной емкости), санпропускник (одевальная и раздевальная) — 12 мгпри 100-200 коек, 16 м2при 200-800 коек, 20 мгпри 800-1400 коек, 24 м2 при 1400-1700 и более коек; душевые — 2 на 100 коек, 3 — на 100-200 коек, 4 — на 200-500 коек, 5 — на 500-800 коек, 6 — на 800-1100 коек, 9 — свыше 1700 коек.

Кроме этих помещений, в приемном отделении предусматриваются: са­нитарная комната — 4 м2, уборная, кладовые вещей больных, чистого белья.

В палатных отделениях: палата на 1 койку — 8 м2, в многоместных — 3-4 м2на 1 койку.

В отделении на 200 коек предусмотрены следующие нормы размеще­ния: кабинет врача — 8 м2; операционная с предоперационной 18 + 6 м2; ка­бинет функциональной диагностики 12 м2; перевязочная —12 м2 ;столовая (на 25% коек) — I м2 на посадочное место, т.е. 50 м2; буфетная —10 м2, ван­ная — 8 м2, санитарная комната.

В операционном блоке 1 стол на 100 коек, реанимационные палаты — 2 койки на 1 операционный стол. Площади операционных на 1 стол — 24 м2, на 2 стола — 40 м2, предоперационная —12 м2, стерилизационная — 12 м2, ма­териальная — 4 м2на 1 операционную, реанимационные палаты — 5 м2на 1 койку, автоклавная — 14 м2, др. помещения. Рентгенкабинет — один до 800 коек, на каждые последующие 600 коек раздельно 1 кабинет, площадь 36 м2 (с вспомогательными помещениями); клиническая лаборатория на 100 коек — 60 м2,100-500 коек — 64 м2,500-1100 — 90 м2; аптека (рецептурная и асси­стентская) — 15-24 м2, стерилизационная, кубовая от 8 до 20 м2, асептичес­кая от 8 до 14 м2, моечная от 6 до 12 м2, кладовая от 8 до 20 мг, кладовая кислот и дезсредств 5-12 м2, кладовая легковоспламеняющихся средств 5- 2 м2, кабинет зав. аптекой — 8 м2, уборная — 1 -2 по 3 м2.

К служебным помещениям относятся: кабинет главного врача (до1 Ом2), приемная (6 м2), канцелярия, бухгалтерия, касса (8-14 м2), медчасть (8-24 м2), мед. архив (0,03 на койку), центральная бельевая (8-20 м2), кладовая вещей (8-20 м2), гардеробная для персонала (0,4 м2на 1 работающего), кладовая для различного инвентаря (8-16 м2).

В операционной, рентгенкабинете, лаборатории, автоклавной, мойке, душевой, уборных и санкомнатах устанавливается вытяжная вентиляция с механическим принуждением.

Электроснабжение от 2-х вводов с разных трансформаторов. На вво­дах, питающих физио-рентгенкабинет, предусматривается повторное зазем­ление нулевого провода.

Для защиты персонала и больных в загородной зоне оборудуется проти­ворадиационное укрытие с коэффициентом ослабления радиации не менее 100, а в городах оборудуются стационары для нетранспортабельных больных.

Основные требования к проектированию и строительству защитных со­оружений в здравоохранении изложены в Нормах инженерно-технических ме­роприятий ГО.

Убежища сооружаются встроенные и отдельно стоящие. Преимущество отдается встроенным убежищам. Если проектируется отдельностоящее убе­жище, необходимо обоснование отказа строительства встроенного.

При строительстве новых лечебно-профилактических учреждений в го­родах должны возводиться убежища в расчете 10% от коечной емкости ле­чебного учреждения. Предназначение этих убежищ - развертывание стацио­наров для нетранспортабельных больных и обслуживающего персонала.

На стадии проектирования убежищ необходимо учитывать следующие основные требования:

убежища должны размещаться в местах наибольшего сосредоточения укрываемого контингента;

встроенные убежища целесообразно размещать под зданиями наимень­шей этажности;

отдельностоящие убежища размещать на расстоянии от зданий, рав­ном их высоте;

заглубление убежища должно учитывать характер грунтовых вод.

Уровень пола предпочтительно иметь на 0,5 м выше наивысшего уров­ня грунтовых вод, а минимальное заглубление убежища должно быть не ме­нее 1,5 м от планировочной отметки земли.

При высоком уровне грунтовых вод допускается принимать уровень пола убежища ниже уровня грунтовых вод, низ покрытия размещать выше плани­ровочной отметки земли. При этом обязательно обвалование убежища грун­том, устройство гидроизоляции и водосборников внутри убежища с откачкой воды насосом.

При возможности сброса грунтовых вод самотеком допускается проек­тирование наружного дренажа.

При встроенных убежищах возможна подсыпка грунта по покрытию до 1 м, отдельностоящие убежища подсыпаются от 0,5 до 1 м грунтом с выносом бровки откоса не менее чем на 1 м.

Убежища должны быть защищены от затопления дождевыми водами и др. жидкостями при разрушении имеющихся емкостей.

Нормы площади помещений должны соответствовать их назначению: при вместимости 150 коек на 1 укрываемого больного при высоте 3 м — 1,9 м2 (при высоте 2,5 м — 2,2 м2), операционно-перевязочная — 20 м2, предопе­рационная (стерилизационная ) — 10 м2, буфетная —16 м2, санитарная ком­ната для дезинфекции суден и хранения отбросов в контейнерах — 7 м2, для обслуживающего персонала (40 человек) по 0,5 м2 на человека. (Расчеты сде­ланы с учетом 80% коек в 2 яруса и 20% коек в 1 ярус).

Расстояние между койками при 2-х ярусном расположении — 1м, при одноярусном — 0,6 м, ширина проходов между рядами коек — 1,3 м, ширина коридора — 2,5 м.

Стены затираются цементным раствором под окраску масляной крас­кой светлого тона. Облицовка керамической плиткой не допускается.

Полы в операционной покрываются синтетическими материалами, до­пущенными к применению.

Размеры тамбура-шлюза — 4-4,5x2,5 (м), чтобы можно было разверты­ваться с санитарными носилками.

Запасы воды питьевой для больных — по 20 л на человека, для различ­ных технических нужд — по расчету дополнительно; для персонала — 3 л на человека.

Противорадиационное укрытие в пределах действия ударной волны про­ектируются в помещениях подвалов и цокольных этажей, а за пределами воз­действия ударной волны — в подвалах, подпольях на первых и цокольных эта­жах зданий.

Основные требования к проектированию ПРУ:

расположение ПРУ вблизи мест наибольшего числа подлежащих их за­щите людей;

огнестойкость зданий не ниже 2 ст;

здания должны соответствовать коэффициенту ослабления радиации;

проемы и отверстия, имевшиеся в помещении, которое проектируется под ПРУ, должны быть подготовлены для их заделки доступными способами;

уровень пола ПРУ должен быть выше наивысшего уровня грунтовых вод не менее чем на 0,2 м. Допускается отступление от этого требования с уче­том проектирования надежной гидроизоляции;

не допускается прокладка через ПРУ транзитных, связанных с системой здания газовых сетей, паропроводов, трубопроводов с перегретой водой и сжатым воздухом;

отопительные, водопроводные, канализационные системы должны про­ходить в полупомещениях ПРУ или в коридорах, отделенных стеной от поме­щения ПРУ.

ПРУ для учреждений здравоохранения должны иметь следующие основ­ные помещения: для больных и отдельно для выздоравливающих, медицинс­кого и обслуживающего персонала, процедурную (перевязочную), буфетную, посты медицинских сестер, санитарный узел, вентиляционную, место хране­ния одежды и инвентаря.

Для больниц хирургического профиля следует дополнительно предус­матривать операционно-перевязочную, предоперационную.

Нормы площади: для размещения тяжело больных 1,9 м (при высоте помещения 3 м и более), 2,2 м (при высоте помещения 2,5 м), для выздорав­ливавших — I м2; операционно-перевязочная — 25 м2 (на 200-400 коек), 30 м2 (на 401-600 коек), 40 м2(на 601-1000 коек); предоперационная — 12-24 м2; процедурная-перевязочная — 20, 30, 40 м2; буфетная — 20, 30, 40 м2; пост медсестры — 2 м2; санитарная комната —10,14, 20 мг; санузел —11м2; раз­мещение персонала — 0,5 м2 на чел.

Количество входов в ПРУ определяется в зависимости от вместимости. При укрытии 50 человек допускается 1 вход.

В целях повышения степени защиты ПРУ от воздействия ионизирующих излучений необходимо выполнить ряд конструктивных решений:

устройство пристеночных экранов из мешков с песком, из камня, кир­пича высотой 1,7 м от отметки пола внутри ПРУ (если это первый этаж);

обвалование выступающих частей стен на полную высоту снаружи;

укладка дополнительного слоя грунта на перекрытии, при необходимо­сти установка дополнительных поддерживающих прогонов и стоек;

заделка лишних проемов в ограждающих конструкциях, устройство сте­нок-экранов на входах;

окна заделываются на высоту 1,7 м от отметки пола, допускается выше оставлять отверстие не более 0,3 м, которое должно герметизироваться щи­том или занавесью.

Вентиляция в ПРУ может быть естественной (до 50 человек укрываемых) или с механическим побуждением (если укрывается более 50 чел.).

В ПРУ для учреждений здравоохранения должна быть вентиляция толь­ко с механическим побуждением.

Количество подаваемого воздуха в ПРУ зависит от температуры вне ук­рытия. При t До 20'С — 10 м3/ч. чел, при t = 20-25'С — 10 м3/ч. чел., при t = 25-30°С — 21 м3/ч. чел, при t более ЗО'С — 30 м3/ч. чел. При этом должна быть и естественная резервная вентиляция из расчета 3 м3/ч воздуха на 1 чел. При установке электроручных вентиляторов естественная вентиляция может не предусматриваться. Температура внутри ПРУ в холодное время года должна быть не ниже 10'С.

При отсутствии центрального водоснабжения норма питьевой воды в баках — 2 л на укрываемого в сутки. Резервуар-выгреб для сбора нечистот — 2 л в сутки на 1 укрываемого.

Эксплуатация защитных сооружений в учреждениях здравоохранения организуется группами или звеньями из состава рабочих и служащих объек­та, где имеются эти защитные сооружения.

В составе группы ГО по обслуживанию ЗС — 20 человек, в составе звена — 10 человек.

В группе имеются звенья: связи и разведки — 3 чел.; заполнения и раз­мещения укрываемых — 3 чел.; технического обслуживания — 5 чел.; пита­ния — 3 чел.: медицинское — 4; командир группы; заместитель командира по эксплуатации.

Группа обслуживает ЗС на 150-600 чел. укрываемых.

Группы и звенья обеспечиваются средствами индивидуальной защиты, приборами радиационной и химической разведки и др. имуществом в соот­ветствии с утвержденным табелем их оснащения.

Приведение в готовность ЗС осуществляется по распоряжению началь­ника ГО объекта. В мирное время разрешается использовать ЗС для хозяй­ственных нужд с занятием не более 60% площади.

Для приведения в готовность ЗС в планах предусматривается дополни­тельное выделение персонала из числа работающих, которые поступают в распоряжение командиров звеньев и группы ГО по обслуживанию ЗС.

Для каждого ЗС отрабатываются следующие документы:

паспорт защитного сооружения;

выписка из инструкции по эксплуатации ЗС;

журнал проверки состояния ЗС;

перечень оборудования ЗС;

сигналы оповещения ГО;

список телефонов (при наличии);

план подготовки ЗС к приему укрываемых;

список личного состава звена (группы) обслуживания ЗС;

обязанности звеньев (группы) обслуживания ЗС;

схемы эксплуатации, электроснабжения, водоснабжения, канализации (раздельно);

инструкция по обслуживанию дизельной электростанции;

инструкция по обслуживанию фильтровентиляционного оборудования;

инструкция по технике безопасности;

инструкция по использованию СИЗ;

журнал регистрации показателей микроклимата и газового состава воздуха;

журнал учета обращений за медпомощью;

схема эвакуации укрываемых из убежища (ПРУ);

таблицы прогнозирования обитаемости в ЗС в зависимости от состава воздушной среды.

Заполнение ЗС укрываемыми осуществляется по распоряжению началь­ника ГО объекта или по сигналам оповещения: "ВОЗДУШНАЯ ТРЕВОГА", "РА­ДИАЦИОННАЯ ОПАСНОСТЬ", "ХИМИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА".

Укрываемые прибывают в ЗС с средствами индивидуальной защиты.

Жизнеобеспечение укрываемых в ЗС определяется следующими пара­метрами: t воздуха от 0" до ЗО'С, содержание СО2доЗ%, О2до 17%, СО до 30 мг/м3. При таких показателях не требуется проводить какие-либо дополни­тельные мероприятия.

Создается опасность для пребывания людей при 134'С и выше, концен­трации СО2 — 5% и выше, О2 — 14% и ниже, СО — 100 мг/м3и выше.

При наличии даже одного из этих факторов следует немедленно прини­мать меры к улучшению показателей.

Ответственность за организацию правильной эксплуатации инженерно-технического оборудования несет ответственный командир (группы) обслу­живания ЗС.

Большим разделом ведения гражданской обороны на объектах здраво­охранения является повышение устойчивости их функционирования в воен­ное время. Заблаговременная целевая подготовка всей системы и каждого отдельно взятого звена и объекта здравоохранения к работе может в опре­деленной степени уменьшить поражающее воздействие, оказывать положи­тельное влияние на организацию медицинского обеспечения населения в создавшейся сложной обстановке.

Подготовка здравоохранения к устойчивому функционированию в экст­ремальных условиях мирного и военного времени требует затраты материальных и финансовых средств, и, следовательно, продуманного и рациональ­ного планирования и проведения мероприятий.

Приступая к решению вопросов повышения устойчивости функциони­рования системы здравоохранения и ее объектов, необходимо четко пред­ставлять конечную цель и эффективность тех мероприятий, которые плани­руется провести.

При этом необходимо учитывать специфику как самих регионов, так и характерные особенности деятельности здравоохранения и его объектов в зависимости от их предназначения.

Устойчивость функционирования здравоохранения как целостной сис­темы в масштабе района, города, области, республики обеспечивается пу­тем решения конкретных задач по устойчивой работе каждого отдельно взя­того объекта здравоохранения путем организации четкого взаимодействия между ними и взаимодействия с другими службами ГО, обеспечивающими в той или иной степени работу учреждений и формирований здравоохранения.

Мероприятия по повышению устойчивости работы объектов здравоохранения не могут быть выполнены одномоментно ни с точки зрения их целе­сообразности, ни с точки зрения экономических возможностей.

Они должны иметь четкое подразделение на мероприятия первой и вто­рой очереди с учетом специфики каждого объекта здравоохранения.

При этом необходимо иметь в виду, что вопросы устойчивости работы объектов здравоохранения должны отражать их деятельность в мирное время при возникновении экстремальных условий, связанных с стихийными бедстви­ями и авариями, и в военное время при возникновении очагов поражения.

Для всех объектов здравоохранения можно сформулировать общие воп­росы, по которым оценивается устойчивость их функционирования в экстре­мальных условиях мирного и военного времени.

К числу этих общих вопросов относятся:

анализ исходных данных по характеристике объекта, которые обуслов­ливают состояние устойчивости его работы;

прогнозирование возможного воздействия на объекты поражающих факторов при возникновении катастроф в мирное время и современных ви­дов оружия в ходе войны;

оценка готовности объекта к работе в экстремальных условиях мирного и военного времени с учетом особенностей региона, города и прогнозируе­мой обстановки при возникновении катастроф в мирное и военное время;

определение перечня мероприятий, повышающих устойчивость рабо­ты объекта и сроков их проведения;

определение критериев восстанавливаемости и возобновления работы объекта, подвергшегося воздействию поражающих факторов.

Одновременно с общими вопросами оценки устойчивости функциони­рования объектов здравоохранения имеются и специфические вопросы, ха­рактерные для каждого объекта.

В соответствии с указанием соответствующего руководителя здраво­охранения отрабатываются:

приказ начальника ГО объекта здравоохранения "О проведении иссле­дования устойчивости работы объекта здравоохранения";

план проведения исследования устойчивости работы объекта здраво­охранения в мирное и военное время;

календарный план подготовки и проведения исследования.

В соответствии с указанными документами отрабатываются частные пла­ны исследования по конкретным направлениям работы групп исследования.

В приказе начальника ГО объекта здравоохранения определяются:

основная задача исследования, исходя из специфики объекта и задач, решаемых в мирное и военное время;

состав группы исследования и сроки завершения ее работы;

основные направления работы группы исследования и порядок пред­ставления материалов по результатам исследования;

порядок материально-технического обеспечения мероприятий, прово­димых мероприятий в ходе исследования;

состав привлекаемых функциональных подразделений и служб объекта здравоохранения на период исследования, и ограничения при проведении исследовательских работ.

Приказ доводится до исполнителей и привлекаемого в ходе исследова­ния персонала объекта.

В плане исследования отражаются:

основные цели по этапам и конечная цель исследования:

содержание вопросов исследования с указанием сроков их исполнения, применяемые методы исследования, конкретное содержание работы руко­водителя и привлекаемого персонала отделений и служб, материально-тех­ническое обеспечение, финансовые затраты и ожидаемые результаты.

Календарный план подготовки к проведению исследования определяет перечень подготовительных мероприятий по срокам их выполнения и ответ­ственных исполнителей. К числу таких мероприятий можно отнести:

подготовку руководящего состава и ведущих специалистов, всего пер­сонала, который будет привлекаться в ходе исследования;

отработку необходимых документов, используемых при проведении исследования;

подготовку материально-технической базы.

Приказ начальника ГО объекта, план исследования и календарный план подготовки к исследованию - это три основных взаимосвязанных документа, определяющих содержание всей работы по данной проблеме.

Работа группы исследования начинается с обобщения и анализа исход­ных данных по характеристике объекта здравоохранения, на основе которых заполняется паспорт объекта.

В паспорте объекта необходимо иметь сведения, наиболее полно и все­сторонне характеризующие объект с точки зрения его готовности к работе в экстремальных условиях мирного и военного времени, а при его дислокации в городе,- возможности по эвакуации в ограниченные сроки.

Паспорт объекта содержит следующие разделы:

1. Характеристика общих данных по организационной структуре объек­та здравоохранения включает: наименование учреждения и адрес его распо­ложения (телефоны руководства); коечная емкость, число посещений за день(для поликлиник); численность персонала, в т.ч. врачи, средний медперсо­нал, технический и др. состав; количество отделений (отделов, лабораторий, служб) с указанием их коечной емкости; численность персонала по штату и фактически, в том числе врачей, средних медработников, др. персонала.
2. Характер размещения объекта отражается на плане-схеме объекта в масштабе, на котором указывается:

размещение корпусов с их нумерацией и развернутыми в них отделениями;

наличие защитных сооружений (встроенных, отдельно-стоящих) с обо­значением расчетной нагрузки (кг/см2) и вместимости нетранспортабельных больных или персонала;

наличие защитных сооружений за пределами территории объекта, ко­торые планируются для защиты персонала и больных, их характеристика по вместимости и защитным свойствам;

наличие свободных (не заваливаемых) территорий, которые могут быть использованы для (строительства простейших защитных сооружений;

наличие и характеристика водоемов с указанием запаса воды, пожар­ных гидрантов;

количество вводов централизованных сетей электроснабжения, водо­снабжения, канализации и наличие соответствующих автономных источни­ков, их характеристика по обеспечению жизнедеятельности объекта;

транспортные коммуникации и развязки на них; протяженность, шири­на проезжей части, покрытые, заваливаемые участки, резервные выезды на городскую дорожную сеть, погрузочные площадки у корпусов;

1. Характеристика защитных свойств корпусов объекта здравоохранения. В пояснительной записке на плане-схеме объекта указывается его местонахождение по отношению к геометрическому центру города (районного центра, населенного пункта) и по отношению к химически опасным и другим опасным объектам с указанием расстояния и возможных последствий аварий на этих объектах. При их наличии указываются и другие особенности прилегающих территорий (зоны затопления, селевые потоки, сходы снежных лавин и т.д.). Для сейсмоопасных регионов указывается сейсмостойкость строений (в баллах).
2. Характеристика ресурсов снабжения медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом проводится с учетом всех имеющихся источников снабжения. При этом учитывается, прежде всего, обеспеченность и состояние готовности по имуществу созданных формирований для работы в очагах катастроф мирного и военного времени. Они приоритетно должны иметь наиболее полную оснащенность. Затем учитывается обеспеченность имуществом объекта здравоохранения при выполнении задачи мирного и военного времени.

5. Состояние защиты персонала и больных исследуется по вариантам:  
при чрезвычайных ситуациях мирного времени;

при внезапном нападении противника;

при планомерном проведении мероприятий по переводу объекта здра­воохранения с мирного на военное положение.

При этом учитывается обеспеченность персонала и больных защитными сооружениями: убежищами, противорадиационными укрытиями, приспособлен­ными укрытиями, средствами индивидуальной защиты, в т.ч. и медицинскими средствами индивидуальной защиты (АИ-2, ИПП-8, ИПП-10, ППМ). Кроме того, отражается решение вопросов эвакуации объекта здравоохранения (при его расположении в городе). Результаты исследования сводятся в таблицы.

Для объектов здравоохранения, имеющих задание на передислокацию и организацию работы в загородной зоне, исследуется состояние готовнос­ти по месту их развертывания. Необходимо иметь данные по характеристике отводимых для объекта здравоохранения зданий с точки зрения их пригод­ности для обеспечения работы функциональных отделений (размеры площа­ди, наличие пищеблока, водоснабжение, электроснабжение, отопление, ка­нализация, подъездные пути и т.д.). Коммунально-бытовое обеспечение объекта здравоохранения, развертываемого в загородной зоне, включает большой круг вопросов, в зависимости от конкретных условий. Это и банно-прачечное обслуживание, и обеспечение продуктами питания, и наличие за­пасов топлива, и др.

При этом в процессе оценки можно выделить четыре последователь­ных этапа:

оценивается состояние устойчивости функционирования объекта по месту постоянной дислокации (в городе);

готовность и обеспеченность больницы всем необходимым для ее пе­редислокации в установленные сроки в загородную зону;

возможность развертывания больницы на заданную коечную емкость в загородной зоне в соответствии с планом;

способность функционирования в загородной зоне в соответствии со сво­им предназначением в условиях поступления массового потока пораженных.

По существу, эти этапы оценки устойчивости функционирования в во­енное время присущи и для других учреждений здравоохранения, но с уче­том специфики их предназначения.

Завершающим этапом работы по исследованию и оценке устойчивости функционирования объекта здравоохранения является отработка плана ос­новных мероприятий, которые необходимо провести, чтобы повысить устой­чивость его работы в мирное и военное время.

Необходимо стремиться к тому, чтобы в плановом порядке выполнить наиболее затратоемкие работы заблаговременно, а работы второй очереди могли бы быть проведены в сжатые сроки.

В первую очередь обращается внимание на устранение "узких мест", снижающих устойчивость функционирования объектов здравоохранения.

В некоторых случаях для решения каких-то вопросов не требуется прило­жения особых усилий и значительных затрат материальных и денежных средств. Например, обустройство 2-3 дополнительных въездов-выездов на территорию объекта (аптечный оклад, больница) значительно облегчают маневрирование транспортом и ускоряют выполнение эвакуационных мероприятий.

При отработке плана основных мероприятий по повышению устойчиво­сти функционирования объекта здравоохранения важно еще и оценить ре­альность выполнения планируемых мероприятий вообще, и тем более в ог­раниченные сроки. Бесспорно, что в целях надежной защиты персонала и больных надо строить защитные сооружения. Но при этом необходимо учи­тывать наличие лимитов на соответствующие материалы, наличие подряд­ных организаций и др. факторы.

То же можно сказать и о накоплении автономных энергоисточников, но каковы возможности по их получению?

Все планируемые мероприятия можно сгруппировать в следующие разделы:

обеспечение защиты и жизнедеятельности персонала, членов их семей и больных по месту постоянной дислокации, а для городских объектов здра­воохранения и в загородной зоне;

повышение степени физической устойчивости зданий, сооружений и коммуникаций объекта (электроснабжения, газоснабжения, водоснабжения, теплоснабжения и канализационной системы);

повышение противопожарной стойкости, защиты зданий;

повышение устойчивости управления, оповещения и связи.

**5.4. Организация специальной и тактико-специальной подготовки на объекте здравоохранения.**

Планирование и подготовку членов штаба, персонала объекта и форми­рований объекта организует начальник штаба ГО ЧС в соответствии с прика­зом начальника ГО объекта и организационными указаниями по гражданс­кой обороне на текущий год, в которых ежегодно определяется тематика, ко­личество часов по каждой теме и форма проведения занятий.

С учетом особенностей объекта здравоохранения допускается до 10% учебного времени, предусмотренного программой, использовать для изуче­ния тех вопросов, которые необходимы для персонала объекта, на что указы­вается в приказе начальника ГО объекта. При этом не допускается исключе­ние из программы подготовки тем общего порядка, которые, независимо от профиля объекта здравоохранения, изучаются со всем персоналом и на всех объектах. На объектах здравоохранения по гражданской обороне проводит­ся специальная и тактико-специальная подготовка.

Приказом начальника ГО объекта для проведения специальной подго­товки определяется состав учебных групп, руководители и их заместители по проведению занятий, места проведения занятий, дни недели (месяца) и часы. Учебных групп для проведения занятий по специальной подготовке на объекте здравоохранения может быть несколько: группа руководящего со­става, включая полный состав штаба ГО ЧС; группы врачей по профилю их специальностей (допускается объединение врачей родственных специаль­ностей, например, хирургических, травматологических, ожоговых и т.д.); группы средних медицинских работников по родственным специальностям; груп­пы младшего медицинского персонала; группы обслуживающего персонала (без медицинского образования). На каждую учебную группу оформляется журнал учета занятий и посещаемости обучаемых.

Важно правильно спланировать дни и часы проведения занятий с учетом занятости обучаемых. Занятия проводятся в рабочее время. Проводить занятия по специальной подготовке должны руководители (помощники руководителей) учебных групп. Контроль и оказание помощи в подготовке и проведении заня­тий возлагается на начальника штаба ГО ЧС, заместителей начальника ГО объек­та, входящих в состав штаба ГО ЧС, для чего разрабатывается план-график по­сещения ими занятий. О результатах контроля делается запись в журнале (наи­менование темы занятия, посещаемость, качество занятия, наглядность, активность обучаемых и др.). Результаты контрольных проверок занятий обоб­щает начальник штаба ГО ЧС и докладывает начальнику ГО объекта.

По наиболее общим 1 -2 темам программы возможно чтение лекции для всего персонала наиболее подготовленным лектором из числа руководяще­го состава здравоохранения, преподавательского состава кафедр высших учебных заведений, научно-исследовательских учреждений и др.

В начале учебного года проводится учебно-методический сбор руково­дителей занятий в масштабе всего объекта. Предварительно до проведения сбора его участники должны иметь программы подготовки, состав учебных групп, время проведения занятий, подготовить имеющуюся литературу, ма­териалы для проведения занятий.

На методическом сборе уточняется учебный план по организации занятий, начальником штаба ГО ЧС доводятся последние положения об организации и ведении гражданской обороны, он отвечает на вопросы участников сбора.

Занятия по специальной подготовке завершаются зачетом. Руководи­тели учебных групп, если они относятся к числу руководящего состава объекта здравоохранения, освобождаются от посещения занятий в группе руководя­щего состава. Основная задача специальной подготовки персонала - это по­вышение своих профессиональных знаний и умений выполнять мероприятия в военное время в соответствии со своим предназначением в объеме своих функциональных обязанностей в различных условиях обстановки.

Одновременно, а лучше по завершении специальной подготовки, про­водится тактико-специальная подготовка, которая включает подготовку орга­на управления (штаба ГО ЧС), формирований объекта и объекта здравоохра­нения в целом.

Формами тактико-специальной подготовки являются: с штабом ГО ЧС — **штабная тренировка, штабное учение, командно-штабное учение;** сфор­мированиями — **тактико-специальное занятие, тактико-специальное уче­ние;** с объектом здравоохранения — **комплексное учение объекта.** При орга­низации тактико-специальной подготовки на объекте должна соблюдаться оп­ределенная последовательность в ее проведении. Прежде всего, необходимо организовать начальную подготовку штаба ГО ЧС, провести с ним штабные тре­нировки, штабное учение и только потом уже можно организовать тактико-специапьное учение с формированиями. Штаб должен быть подготовлен, чтобы руководить этими учениями. Тем более тщательной должна быть подготовка штаба и формирований к проведению комплексного учения с объектом.

**Штабная тренировка** проводится в составе штаба ГО ЧС объекта в те­чение 2-4 часов ежеквартально. Для ее проведения разрабатывается план с формулировкой рассматриваемых вопросов.

Это могут быть:

изучение и согласование разработанных функциональных обязанностей между членами штаба, их корректировка и уточнение;

уточнение отдельных положений плана гражданской обороны (действий) объекта в военное время;

заслушивание и обсуждение докладов членов штаба по определенным вопросам ведения гражданской обороны на объекте и др.

Штабную тренировку проводит начальник ГО объекта или, по его пору­чению, начальник штаба ГО ЧС с последующим докладом об итогах трени­ровки начальнику ГО объекта. Штабная тренировка завершается принятием решения и отработкой плана мероприятий по реализации решения.

**Штабное учение** проводится с штабом ГО ЧС при участии в нем руко­водителей подразделений (отделений) объекта, имеющих задания по граж­данской обороне, а также командиров (начальников) формирований (объек­товых и для МС ГО). Продолжительность штабного учения — 6-8 часов, в те­чение года целесообразно проводить 1-2 учения. Если в квартале проводится штабное учение, то не должна проводиться штабная тренировка, а подготов­ка к этому учению рассматривается на предыдущей штабной тренировке.

Для проведения штабного учения разрабатывается:

замысел учения текстоово и графически;

организационные указания на подготовку и проведение учения с указа­нием темы учения, состава участников, ответственных за подготовку, другие вопросы;

план проведения штабного учения с указанием темы, учебных целей, этапов и учебных вопросов, отрабатываемых по астрономическому и опера­тивному времени, действий посредников и обучаемых;

план наращивания обстановки (содержание вводных, время их выдачи, кто выдает и кому);

план материально-технического обеспечения штабного учения (место проведения, средства связи, документация и т.д.).

Руководителем учения является начальник ГО объекта. По завершении учения делается его разбор, в результате которого разрабатывается план устранения выявленных недостатков.

Штабные учения на объекте здравоохранения могут проводиться выше­стоящим руководством МС ГО по своим планам, а объект за 20-30 дней дол­жен получить задание на подготовку к учению.

**Командно-штабное учение** проводится ежегодно в течение 2-3 суток (в зависимости от объекта здравоохранения) на тех объектах, где не предусмот­рено проведение комплексных учений. На объектах, где предусмотрено проведение комплексного учения (больница на 600 и более коек), командно-штабное учение проводится ежегодно 2 года, а на 3-й год — комплексное учение объек­та. На этих объектах командно-штабное учение проводится в течение 3-5 суток.

В учении участвуют: штаб ГО ЧС; эвакуационная комиссия; не менее 1/3 основных отделений (лабораторий, отделов) объекта, формирования (ОПМ, БСМП и др.), подразделения обслуживания.

Для проведения учения отрабатываются документы:

замысел учения;

приказ (распоряжение) о подготовке и проведении учения;

календарный план подготовки;

схема организации руководства учением;

организационные указания по подготовке и проведению учения;

план проведения учения;

план наращивания обстановки (вводные);

план проведения практических мероприятий (развертывание приемно-сортировочного отделения и др. отделений, развертывание ОПМ и т.д.);

план проведения исследовательской работы в ходе учения;

план работы руководителя учением и частные планы его помощников.

Основными требованиями к организации и проведению учений являются:

* замысел учения должен соответствовать прогнозируемой обстановке, которая может сложиться на объекте здравоохранения в военное время;
* этапы учения должны раскрывать содержание мероприятий, проводимых объектом по режимам его деятельности, принятым в гражданской обороне;
* учебные вопросы этапов учения должны последовательно раскрывать содержание проводимых мероприятий в соответствии с планом (действия­ми) гражданской обороны объекта здравоохранения;
* действия должностных лиц штаба ГО ЧС, персонала формирований, подразделений (отделений, служб) объекта в ходе учения должны осуществляться в реальном времени, не допуская упрощения и условности;
* учения должны проводиться на реально имеющейся материальной базе собственно объекта, придаваемой ему по плану на военное время;
* при проведении учения необходимо провести исследование реальности планируемых мероприятий гражданской обороны на объекте здравоохранения, отработать вопросы взаимодействия, предусмотренные планом гражданской обороны (действий)-объекта;

• особое внимание должно быть обращено на подготовку и организацию проведения практических мероприятий в ходе учения: развертывание и организацию работы формирований (ОПМ, БСМП и др.), отделений по приему пораженных (больных), стационара для нетранспортабельных больных и другие практические мероприятия, предусмотренные планом на военное время. Содержание и продолжительность проведения практических мероприятий должны соответствовать замыслу учения и той обстановке, которая требует про­ведения этих мероприятий.

Надо считать неоправданным заблаговременное развертывание фор­мирований или приведение их в готовность в неустановленное нормативами время. Эти действия оправданы только на показных учениях, когда идет про­цесс обучения по гражданской обороне в масштабе города (района, субъек­та Российской Федерации).

На командно-штабном учении все практические мероприятия дол­жны выполняться в рамках нормативного времени, отведенного для них. Стационар для нетранспортабельных больных должен быть готов к приему через 12 часов после получения распоряжения, сбор лично­го состава штаба ГО ЧС в рабочее время — 20 мин., в нерабочее время — не более 2 часов, ОПМ в рабочее время — 30 мин., в нерабочее время — до 4 часов, готовность ОПМ повышенной готовно­сти — 12 часов, остальных — 24 часа, выписка больных из ЛПУ — 4 часа и т.д.

Проводя практические мероприятия в реально нормативном времени, представляется возможным проверить готовность к их выполнению и реаль­ность установленного норматива времени. Органы управления, учреждения и формирования МС ГО должны быть готовы к работе в любое время суток, а поэтому и некоторые практические мероприятия (оповещение и сбор, раз­вертывание ОПМ и др.) необходимо предусматривать и в ночное время.

Учитывая, что спасение жизни и здоровья пораженного населения в ус­ловиях военного времени во многом будет зависеть от своевременности ока­зания ему медицинской помощи непосредственно в очагах поражения, то большая роль в решении этой гуманной задачи принадлежит ОПМ, уровню их подготовки и своевременности прибытия в очаг поражения. В связи с этим на каждом командно-штабном учении необходимо с ним проводить тактико-специальное учение. Командно-штабному учению с ОПМ должна предшество­вать его подготовка путем проведения практических тренировок и тактико-специальных занятий с отделениями.

Содержание практической тренировки, тактико-специального занятия для каждого отделения ОПМ определяется его назначением и выполняемыми за­дачами при работе ОПМ в очагах поражения. Основной целью тренировок и занятий, проводимыхс отделениями, является привитиеличному составу твер­дых практических навыков в выполнении своих функциональных обязаннос­тей при различных вариантах работы ОПМ. Практические тренировки должны проходить динамично, без затраты большого количества времени. Каждым должностным лицом отделения обязанности выполняются в установленные сроки. Практическую тренировку проводит начальник отделения.

При составлении плана проведения практических тренировок и такти­ко-специальных занятий на учебный год необходимо учитывать последова­тельность изучения всех тем программы тактико-специальной подготовки ОПМ. Каждая последующая практическая тренировка или занятие должны быть продолжением отработанных тем и углублять знания обучаемых.

Практические тренировки обеспечивают подготовку личного состава к быстрому сбору и получению задач, умелому применению всех средств и способов защиты от оружия массового поражения, способствуют приобре­тению навыков работы в составе отделения.

Для всех отделений ОПМ обязательной темой практической трениров­ки является следующая — "Организация оповещения и сбора личного соста­ва, приведение в готовность отделения ОПМ".

Учебными целями тренировки являются: проверка схемы оповеще­ния личного состава отделения и сокращение сроков его сбора; отработка элементов приведения отряда в готовность (получение имущества, погрузка его на машины, порядок построения колонны машин, подготовка личного состава к маршу).

Эта практическая тренировка должна проводиться как в рабочее, так и в не­рабочее, ночное и дневное время. Все действия обучаемых в соответствии с их функциональными обязанностями хронометрируются начальником отделения.

Уточняются и согласовываются все вопросы, от решения которых зави­сит выполнение мероприятия по приведению в готовность отделения. Чтобы тренировка носила практический характер, начальник ОПМ заблаговремен­но каждому начальнику отделения в соответствии с общим планом приведе­ния отряда в готовность должен определить объем выполняемых отделени­ем мероприятий, указать очередность и сроки их выполнения. Тренировка заканчивается разбором и подведением итогов готовности отделения.

При проведении практических тренировок с приемно-сортировочным и госпитальным отделениями привлекаются и приписанные к ним санитарные дружины, если не в полном составе, то хотя бы командиры дружин и коман­диры санитарных звеньев. Они должны знать задачи, которые на них возла­гаются при приведении ОПМ в готовность.

Затем проводится занятие по теме: "Средства и способы защиты лич­ного состава ОПМ от поражающих факторов ядерного, химического и бакте­риологического оружия". Проводят его начальники отделений. На этом заня­тии каждое отделение должно провести трассировку площадки, где планом предусмотрено отрывать простейшее укрытие (щель). Такое простейшее ук­рытие должно вмещать личный состав 1 -2 отделений (20-40 человек). На за­нятии распределяются обязанности личного состава при строительстве это­го укрытия, производится распределение шанцевого инструмента. Началь­ник ОПМ заблаговременно по согласованию с главным врачом медицинского учреждения, на базе которого создан ОПМ, указывает всем начальникам от­делений места расположения площадок для простейших укрытий.

Занятие будет более наглядным, если одно такое укрытие на террито­рии медицинского учреждения будет сделано реально, и его можно будет посмотреть всему личному составу.

Успешное проведение практической тренировки невозможно без хороше­го ее материального обеспечения: наличия достаточного количества противо­газов, простейших средств защиты органов дыхания и материалов для их изго­товления, противочумных костюмов, индивидуальных аптечек и противохими­ческих пакетов. На занятии приобретаются практические навыки по применению средств индивидуальной защиты. Занятия, проводимые с отделениями ОПМ, могут быть эффективными только при условии прак­тического развертывания отделений, когда весь личный состав конкретно выполняет свои функциональные обязанности в условиях определенно созданной обстановки. Для развертывания отделений ОПМ необходимо использовать иму­щество, привлекать транспорт, приспосабливать помещение.

Каждое отделение ОПМ имеет свои задачи, особенности развертыва­ния и работы при использовании различных поражающих факторов.

При проведении практических тренировок по развертыванию отделе­ний ОПМ, таких, каксортировочно-эвакуационное, операционно-перевязоч-ное, госпитальное, надо подбирать соответствующие помещения с учетом решаемых ими задач.

Тренировки с личным составом отделения частичной санитарной обра­ботки и частичной дезактивации, аптеки, лаборатории и хозяйственного от­деления должны проводиться непосредственно на базе того медицинского учреждения, где создан ОПМ, или совместно с другими отделениями ОПМ.

Для проведения практической тренировки с отделениями ОПМ разра­батывается план, в котором указываются учебные цели, время и место заня­тия, его материальное обеспечение, учебные вопросы. К плану прилагается схема развертывания отделений с детальным указанием размещения всего оборудования и расстановки личного состава.

Перед началом практического развертывания отделения его личный состав знакомится с планом занятия и схемой развертывания отделения, изу­чает функциональные обязанности. В ходе тренировки уточняются схема раз­вертывания отделения и расстановка личного состава. Целесообразно сна­чала провести с отделениями ОПМ практические тренировки по организации их работы в случае ядерного поражения, а в последующем, когда личный со­став приобретает некоторые практические навыки, с ними можно проводить и тактико-специальные занятия по организации приема пораженных из оча­га химического поражения.

При проведении тактико-специальных занятий учебные вопросы отра­батываются на фоне определенной тактической обстановки с обязательным привлечением статистов для имитации пораженных. В ходе тактико-специ­ального занятия некоторые наиболее сложные вопросы могут отрабатывать­ся повторно. Тактико-специальные занятия проводятся с операционно-пере-вязочным, госпитальным отделениями.

На тактико-специальном занятии по развертыванию сортировочно-эва-куационного отделения для приема пораженных ядерным оружием предус­матривается организация работы распределительного поста, площадки час­тичной санитарной обработки и частичной дезактивации, сортировочных для носилочных и ходячих пораженных, эвакуационных палат. Распределитель­ный пост развертывается на расстоянии до 50 м от сортировочно-эвакуаци-онного отделения на пути потока поступления пораженных. Работой распре­делительного поста руководит фельдшер или медицинская сестра.

В составе поста работает дозиметрист, определяющий величину загряз­нения радиоактивными веществами одежды и незащищенных кожных покро­вов у поступающих пораженных. Пораженных имитируют статисты, которым раздаются билеты с характеристикой поражения. Все поступающие пораженные на распределительном посту подразделяются на носилочных и ходячих; из их числа выделяют инфекционных больных и пораженных с пси­хическими расстройствами, подлежащих изоляции, а также загрязненных ра­диоактивными веществами.

В зимнее время для частичной санитарной обработки носилочных боль­ных отводится специальное теплое помещение. На распределительном по­сту и площадке частичной санитарной обработки весь личный состав при не­обходимости работает в табельных средствах индивидуальной защиты или в обычной одежде, используя ватно-марлевые повязки или респираторы.

Сортировочные для носилочных и ходячих пораженных должны разме­щаться таким образом, чтобы не получилось встречных и перекрещивающих­ся потоков их поступления внутри ОПМ.

Площадь помещения сортировочной для носилочных пораженных дол­жна быть не менее 250-300 м2, чтобы можно было одновременно разместить 80-100 носилочных пораженных, столы для их регистрации, столы для ме­дикаментов, оборудовать место для мытья рук, стерилизации инструментов и шприцев и развернуть хозяйственный уголок.

Сортировочная для носилочных пораженных (рис. 8) должна разверты­ваться так, чтобы пораженные из нее могли поступать в операционную, пере­вязочную, противошоковые и госпитальные палаты, в инфекционный и пси­хоневрологический изоляторы, а также в эвакуационное отделение.

Площадь помещения сортировочной для легкопораженных должна быть 80-100 м2. На ней можно одновременно разместить сидя до 100 ходячих по­раженных, оборудовать перевязочную на один стол, разместить стол регист­ратора и развернуть хозяйственный уголок. В перевязочной необходимо иметь столик для медикаментов, инструментальный столик и место для сте­рилизации инструментов.

В процессе тактико-специального занятия при развертывании сортировочно-эвакуационного отделения и площадки частичной санитарной об­работки необходимо добиваться сокращения сроков готовности к приему пораженных, что во многом зависит от правильности расстановки личного состава и его слаженности в работе. Сортировочно-эвакуационное отделе­ние должно быть готово к приему пораженных не позже чем через 30-45 мин после прибытия к месту развертывания.

Занятие с личным составом сортировочно-эвакуационного отделения завершается разбором.

Проведение тактико-специального занятия с сортировочно-эвакуационным отделением, развернутым для приема пораженных отравляющими веществами, требует изменения его схемы развертывания.

Предусматривается выделение помещения для размещения поражен­ных, ожидающих санитарной обработки. В этом помещении должна прово­диться антидотная терапия, стимуляция дыхания и сердечной деятельности, здесь надо иметь и средства для дачи кислорода, необходимые предметы ухода за тяжелопораженными.

Для раздевания пораженного выделяются два помещения: в первом снимается верхняя одежда и обувь, производятся дегазация открытых учас­тков тела и перекладывание пораженного на чистые носилки, во втором по­мещении снимаются нательное белье и противогаз. После этого пораженно­го переносят в следующее помещение, где осуществляется полная санитар­ная обработка. В этом помещении должно быть предусмотрено проведение кислородной терапии, введение сердечных и возбуждающих дыхание средств. После санитарной обработки пораженного переносят в одевальню, где на него надевают чистое белье. Затем он поступает в отделение, которое требуется ему по показаниям и сложившейся ситуации.

Ходячие пораженные с распределительного поста поступают на площад­ку (в летнее время) или в помещение (зимой) частичной санитарной обра­ботки. Здесь пораженные ФОВ получают таблетированный или в виде инъек­ции антидот (если он не был принят ранее). При ухудшении состояния пора­женного его переводят в поток для тяжелопораженных. После проведения частичной санитарной обработки ходячие пораженные направляются в сор­тировочные палаты.

Отделение частичной санитарной обработки для ходячих, развертыва­емое в зимнее время, имеет две комнаты:

для снятия сначала верхней одежды и обуви (в первой комнате), а затем для проведения частичной санитарной обработки открытых участков тела (во второй комнате) с помощью дегазирующих растворов; тут же пораженным надевают чистую одежду. В отделении санитарной обработки, куда поступа­ют тяжелопораженные, работают врач, 2 медицинские сестры, 1 -2 санитар­ных звена дружины, а в отделении частичной санитарной обработки для хо­дячих — фельдшер, 1 медицинская сестра, 1 -2 санитарные дружинницы.

Весь личный состав на распределительном посту и в отделении сани­тарной обработки работает в средствах индивидуальной защиты кожи и ор­ганов дыхания (противогазах).

Сортировочные должны вмещать одновременно 150-200 пораженных. Основная задача сортировочно-эвакуационного отделения заключается в сортировке поступивших пораженных и направлении или на эвакуацию, или в госпитальное отделение. В этом отделении на всех пораженных заполняют медицинские карточки ГО.

При проведении занятия уделяется внимание расстановке личного со­става отделения и входящей в штат отделения санитарной дружины, изуче­нию функциональных обязанностей, отработке схемы развертывания отде­ления, его оборудованию, достижению слаженности в работе личного соста­ва. Подчеркивается необходимость обеспечения безопасности работы личного состава при приеме пораженных.

Тактико-специальное занятие с операционно-перевязочным отделением по организации его работы при развертывании ОПМ в очаге ядерного пораже­ния проводится для уточнения схемы развертывания отделения с распределе­нием медицинского и санитарно-хозяйственного имущества и расстановкой личного состава отделения в соответствии с его функциональными обязанностями в условиях приспосабливаемого помещения; привития навыков бригад­ного метода работы по оказанию неотложной хирургической и терапевтичес­кой помощи пораженным и проведению противошоковых мероприятий.

В составе операционно-перевязочного отделения развертываются опе­рационная (с предоперационной) не менее чем на 2 операционных стола, перевязочная (с предперевязочной) на 4-6 столов, противошоковые палаты и стерилизационная (рис. 3).

В отделении по рабочим местам распределяется медицинский персо­нал с учетом его квалификации, создаются хирургические и противошоко­вые бригады из врачей и среднего медицинского персонала, младшего ме­дицинского персонала. Бригады распределяются следующим образом: в опе­рационную — 1 хирургическая и 1 сестринская, в перевязочную — 2-3 хирургические и 2-4 сестринские, в противошоковые палаты — 1 врачебная и 2 сестринские бригады.

В ходе занятия оттачивается слаженность в работе отделения при его раз­вертывании и выполнении функциональных обязанностей каждым должностным лицом во время поступления пораженных. Операционно-перевязочное отделе­ние должно быть готово через 60-80 мин с начала его развертывания. За это время оборудуются операционная, перевязочная и противошоковые палаты, стерилизуются инструментарий и операционное белье, полностью должен быть готов медицинский персонал к работе в операционной и перевязочной.

В операционно-перевязочном отделении осуществляется окончательная остановка наружного кровотечения, проводятся противошоковые мероприятия, профилактика и лечение раневой инфекции, ведется борьба с асфиксией и при­нимаются меры по ее предупреждению, накладываются и исправляются повяз­ки, осуществляется транспортная иммобилизация по показаниям, делаются но-вокаиновые блокады, и оказывается неотложная терапевтическая помощь.

В условиях массового поступления пораженных в операционно-пере­вязочном отделении ОПМ нет возможности широко проводить первичную хирургическую обработку ран и ожогов. Хирургические вмешательства дол­жны проводиться только по неотложным показаниям: опасное для жизни кро­вотечение; необходимость трахеотомии; закрытие клапанного пневмоторак­са; отсечение нежизнеспособной, висящей на лоскуте кожи конечности. Ими­тация поступающих пораженных обозначается заранее заготовленными билетами с характеристикой поражения. В соответствии с этим врачебные и сестринские бригады организуют свою работу, добиваясь слаженности дей­ствий; каждое должностное лицо отделения определяет свою роль и место, практически изучает свои обязанности. К примеру, операционная сестра в соответствии с характером поражения после установления врачом диагноза и принятия решения об объеме медицинской помощи должна подобрать со­ответствующий инструментарий, а при необходимости подготовить все нуж­ное для наркоза или переливания крови и кровезамещающих жидкостей.

Тренировки с личным составом госпитального отделения имеют цель научить личный состав быстро развертывать отделение, умело приспосаб­ливать различные нетабельные средства для оборудования мест размещения пораженных, изучить и выполнять свои функциональные обязанности, чтобы обеспечить решение основных задач, возложенных на эти отделения (рис. 4). Такие тренировки позволяют рационально распределить личный со­став по рабочим местам, правильно планировать и осуществлять контроль за использованием имеющегося оборудования и медикаментов.

После практических тренировок и тактико-специальных занятий с отде­лениями проводится тактико-специальное учение. Оно может проводиться в ходе комплексных объектовых учений медицинских учреждений и учений ГО или самостоятельно только с одним ОПМ.

Темами тактико-специального учения с ОПМ могут быть:

* организация развертывания и работы ОПМ на границе или в зоне сла­бых разрушений очага ядерного поражения в зависимости от обстановки;
* организация развертывания и работы ОПМ по приему пораженных ОВ;
* организация развертывания - ОПМ временного инфекционного ста­ционара и его работа по приему инфекционных больных.

Тактико-специальное учение с ОПМ готовит и проводит руководитель медицинского учреждения, на базе которого создан отряд. Если же такое уче­ние является показным и на него приглашаются руководители других меди­цинских учреждений, а также начальники ОПМ в масштабе города или райо­на, то оно готовится и проводится начальником медицинской службы ГО го­рода, района.

В период подготовки тактико-специального учения уточняется списоч­ный состав ОПМ и приписанных к нему санитарных дружин, проверяется обес­печенность медицинским и другим имуществом, проводится рекогносциров­ка района учений, изучается планировка района учений и того помещения, в котором предполагается развернуть ОПМ. Только после этого с учетом мест­ных условий и данных, полученных при рекогносцировке района учений, раз­рабатываются документы учения.

Для проведения тактико-специального учения с ОПМ по любой из ука­занных тем надо иметь следующие документы:

* приказ руководителя медицинского учреждения о подготовке и про­ведении учения, в котором указываются тема и учебные цели, дата и место проведения учения, состав участников, привлекаемые материально-техни­ческие средства и транспорт, лица, ответственные за подготовку учения;
* календарный план подготовки учения, в котором определяются основ­ные мероприятия по подготовке к учению, очередность и сроки их выполне­ния, лица, ответственные за исполнение;
* замысел учения, который отрабатывается текстово или графически. В нем отражается основная цель учения, показывается обстановка, на фоне которой будет действовать ОПМ;
* план проведения учения, который определяет содержание работы ру­ководителя и всех функциональных отделений ОПМ. В нем указывается про­должительность отработки учебных вопросов, даются варианты решений в соответствии с созданной обстановкой.

При проведении тактико-специального учения с ОПМ нецелесообразно разрабатывать отдельно план имитации и план материально-технического обеспечения. Эти вопросы должны найти отражение в календарном плане подготовки и проведения учения.

Начальники отделений ОПМ разрабатывают частные планы, составля­ют заявки и проводят занятия с личным составом ОПМ при подготовке к про­ведению учения.

Тактико-специальное учение с ОПМ заканчивается разбором, на кото­ром отмечается положительный опыт работы личного состава функциональ­ных отделений, разбираются ошибки и указываются пути их устранения.

Таким образом, основу тактико-специальной подготовки ОПМ состав­ляют практические тренировки и тактико-специальные занятия с его отделе­ниями, тактико-специальное учение по основным темам программы с учас­тием всего личного состава ОПМ.

Сроки проведения занятий и учений с ОПМ определяются планом под­готовки лечебно-профилактического учреждения, на базе которого он создан.

***ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН ТАКТИКО-СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕНИЯ С ОПМ\****

Тема: "Организация развертывания и работы ОПМ на границе очага ядерного поражения",

Учебные цели:

совершенствовать организацию управления отделениями ОПМ при выд­вижении, развертывании и работе по приему пораженных;

научить личный состав ОПМ развертывать его отделения в приспособ­ленном типовом здании школы и выполнять функциональные обязанности в условиях массового приема пораженных.

Время проведения учения: 9.00 — 17.00.

Место проведения: район новостройки, здание школы.

Состав участников: группа руководства — главный врач больницы — начальник штаба ГО ЧС, заместитель главного врача по лечебно-профилак­тической работе, заведующий хирургическим отделением больницы; личный состав ОПМ; санитарные дружины от предприятия — 2; группа имитации — 3 человека от хирургического отделения городской больницы; статисты — 50 человек (учащиеся школы).

Материальное обеспечение: учебный комплект имущества ОПМ;

автотранспорт от автохозяйства (бортовых автомобилей — 11, легко­вых ГАЗ-69А — 2, мотоцикл — 1)г средства радиосвязи и дозиметрическая аппаратура по табелю оснащения от управления ГО ЧС городского района; перевязочные средства и подручный материал для иммобилизации на 50 пораженных (статистов) от городской больницы; билеты с симптоматикой поражения — 50 шт.

Учебные вопросы и примерный расчет времени для их отработки.

1. Оценка обстановки и постановка задачи на выдвижение ОПМ к очагу ядерного поражения — 30 мин.

**\* *Приложения к плану: замысел тактико-специального учения* с *ОПМ (рис. 7) и схема разверты­вания ОПМ в типовом здании школы (рис. 8).***

1. Выдвижение ОПМ к очагу ядерного поражения, ведение медицинс­кой разведки, рекогносцировка района развертывания и постановка задачи на организацию работы ОПМ — 60 мин.
2. Развертывание функциональных отделений ОПМ и их подготовка к приему пораженных — 150 мин.

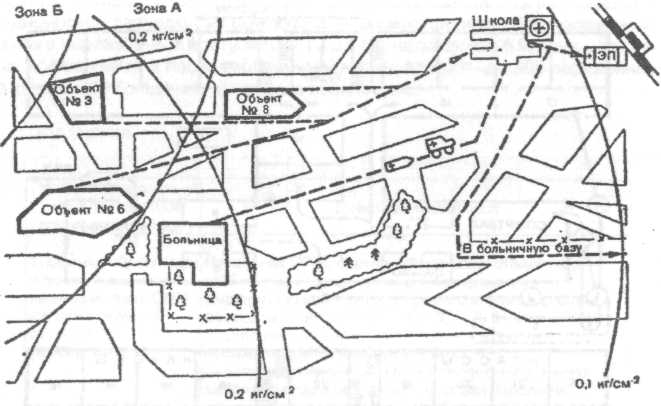


Рис. 7. **Замысел тактико-специального учения с ОПМ.**

4. Работа ОПМ по приему пораженных, оказанию медицинской помощи  
и эвакуации на больничную базу — 180 мин.

5. Подведение итогов учения — 60 мин.  
Медико-тактическая обстановка в очаге ядерного поражения:

при угрозе нападения противника в соответствии с приказом начальни­ка ГО городского района ОПМ, одновременно с эвакуацией городской боль­ницы, выведен в загородную зону, полностью укомплектован личным соста­вом, обеспечен транспортом и имуществом. Из состава ОПМ выделена и под­готовлена одна медицинская разведывательная группа (МРГ). Имущество ОПМ (по отделениям) погружено на транспорт, уточнены схема построения колонны ОПМ и порядок ее выдвижения к очагу ядерного поражения. В 8.30 по городу нанесен ядерный удар противника, в результате которого объекты 3,6,8 оказались в зоне средних разрушений, а район новостройки и шко­ла — в зоне слабых разрушений. Уровень радиоактивного загрязнения через 1 ч после взрыва на объектах 3, 6 составил 10 Р/ч. К 10.30 в районе ново-

стройки отмечены одиночные пожары, здание школы имеет слабое разру­шение, этажи здания могут быть использованы для развертывания ОПМ. По­лучено задание вести медицинскую разведку на маршруте выдвижения, в предполагаемом районе развертывания и на объектах 3, 6, 8; развернуться для приема пораженных с объектов 3, 6, 8.

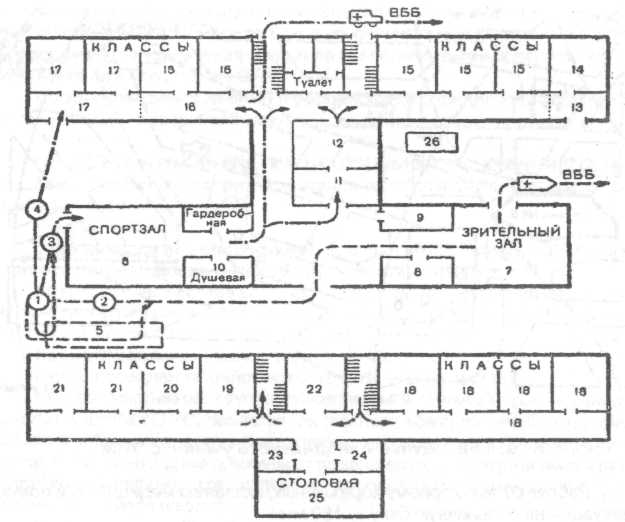


Рис. 8. **Схема развертывания ОПМ в типовом здании школы (пер­вый и второй этажи).**

1 — распределительный пост: 2 — поток ходячих пораженных; 3 — поток носилочных пораженных; 4 — инфекционный изолятор; 5 — площадка частич­ной санобработки и частичной дезактивации; 6 — сортировочная для тяжело-пораженных; 7 — сортировочная для легкопораженных; 8 — перевязочная для легкопораженных; 9 — управление ОПМ; 10 — автоклавная; 11 — предопера­ционная; 12 — операционная на 2 стола; 13 — предперевязочная; 14 — пере­вязочная на 6 столов; 15 — противошоковые палаты; 16 - эвакуационное отде­ление для носилочных пораженных; 17 — инфекционный изолятор; 18 — госпитальные палаты для нетранспортабельных; 19 — палата для рожениц; 20 — детская палата; 21 — психоизолятор для мужчин и женщин; 22 — аптека; 23 — лаборатория; 24 — процедурная; 25 — хозяйственное отделение; 26 — морг.

С 11.15 начать оказывать первую врачебную помощь и квалифициро­ванную помощь по жизненным показаниям; производить эвакуацию тяжело-пораженных (до 200 человек) с 13.00 в эвакоприемник на станцию погрузки железной дороги; остальных транспортабельных пораженных эвакуировать по маршруту №1 в головную больницу больничного коллектора №3 автомо­бильным транспортом, выделяемым по заявке начальника ОПМ. По данным медицинской разведки, на объектах 3, 6, 8 имеется около 800 пораженных, из них в первые 2 часа поступят в ОПМ до 100 человек (60% ходячих, осталь­ные носилочные), в последующие часы первых суток — до 600 пораженных, из которых 20% ходячих, остальные носилочные.

Ход учения

|  |  |
| --- | --- |
| Учебные вопросы и ориентировочное время их отработки | Действия обучаемых |
| 1. Оценка обстановки и постановка задач1 на выдвижение ОПМ к очагу ядерного поражения (9.00-9.30) | Начальник ОПМ, оценив обстановку, ставит задачу МРГ на проведение медицинской разведки на маршруте выдвижения, в предполагаемом районе развертывания и на объектах 3, 6, 8, а начальникам отделений - на выдвижение к очагу ядерного поражения (МРГ убывает в 9.20). Начальники отделений ОПМ доводят полученную задачу до сведения личного состава отделений, организуют посадку на автомобильный транспорт и руководят выдвижением отделений в составе колоннь ОПМ |
| 2. Выдвижение ОПМ к очагу ядерного поражения, ведение медицинской разведки, рекогносцировка района развертывания и постановка задачи на развертывание ОПМ (9.30-10.30) | Начальник ОПМ следует в голове колонны с рекогносцировочной группой; по прибытии в райе развертывания ОПМ он заслушивает рапорт начальника МРГ о возможности приспособления здания школы к развертыванию ОПМ, о предполагаемом числе пораженных на объектах 3,6, 8; с рекогносцировочной группой проводит осмотр помещения школы и уточняет схему разертывания отделений ОПМ, сроки их готовности к приему пораженных |
| Учебные вопросы и ориентировочное время их отработки | Действия обучаемых | |
| 3. Развертывание функциональных отделений ОПМ и их подготовка к приему пораженных (10,30—13.00) | Начальники сортировочно-эвакуационного, операци-онно-перевязочного, госпитального отделений в составе рекогносцировочной группы изучают планировку отведенных для развертывания отделений помещений школы, ставят полученную задачу перед личным составом своих отделений. Начальник ОПМ докладывает руководителю учения о начале развертывания, медицинской обстановке, при своих дальнейших действиях особое внимание обращает на сокращение сроков развертывания сортировочно-эвакуационного и операционно-перевязочного отделений, на организацию работы распределительного поста ОПМ, усиливает на период развертывания и первые часы работы сортировочное отделение за счет личного состава госпитального отделения. Качальники отделений ОПМ руководят разгрузкой имущества и развертыванием отделений, обеспечива­ют готовность отделений к приему пораженных: - сортировочно-эвакуационного и отделения час­тичной санитарной обработки с частичной дезактива­цией к 11.15; - операционно-перевязочного, аптеки, лаборатории, хозяйственного к 12.00; - госпитального и других отделений к 13.00. | |
| 4. Работа ОПМ по приему пораженных, оказанию медицинской помощи и эвакуации на больничную базу (13.00—16.00) | Начальник ОПМ докладывает начальнику МС ГО района о числе поступивших пораженных и завершении эазвертывания ОПМ; руководит работой отделений ОПМ по приему пораженных, их сортировке, оказанию первой врачебной помощи и квалифицированной помощи по жизненным показаниям; работает в составе хирургической бригады в операционно-перевязочном отделении. Начальники отделений ОПМ организуют работу отделений в соответствии с поступлением поражениях; обеспечивают выполнение мероприятий по оказанию медицинской помощи пораженным в соответствии с симптомами поражения и временем, реально необходимым на выполнение данных мероприятий; руководят переноской пораженных в отделения ОПМ. 3 отделении эвакуации пораженных организуется погрузка на приспособленный автомобильный транспорт | |
| 5. Подведение итогов учения (16.00—17.00) | Участники учения прибывают в сортировочно-эвакуационное отделение, где руководитель учения - главный врач больницы - подводит итоги учения: отмечает недостатки, положительные стороны в работе отделений и ставит задачи по дальнейшему совершенствованию тактико-специальной подготовки ОПМ | |

При завершении командно-штабного учения его руководитель делает разбор, посредники по своим участкам работы проводят частные разборы. По итогам разборов разрабатывается план устранения выявленных недостат­ков и издается приказ начальника ГО объекта об итогах учения.

**Комплексное учение объекта** здравоохранения проводится в боль­ницах, имеющих 600 и более коек, один раз в 3 года. Продолжительность уче­ния 5 суток. В отличие от командно-штабного учения в них участвуют: орган управления, работающий, как при командно-штабном учении; все функцио­нальные подразделения (отделения, лаборатории), а не 1/3, как на КШУ; все созданные формирования ГО объекта, и при возможности члены семей, под­лежащие эвакуации вместе с сотрудниками объекта в загородную зону.

Более широко планируется проведение практических мероприятий и, если предусмотрено планом, осуществляется практически эвакуация 1 -2 от­делений в загородную зону, практически решаются вопросы защиты персо­нала и больных, выполнение работ по приспособлению к развертыванию при­емного отделения, другие работы.

Для проведения комплексного учения отрабатываются те же докумен­ты, как и для командно-штабного, а для проведения практических мероприя­тий — частные планы с указанием материального обеспечения. Для выпол­нения практических мероприятий требуется заблаговременная подготовка.

**5.5. Организация управления гражданской обороной на объектах здравоохранения.**

В организации медицинской помощи пораженным исключительно важное значение в деятельности руководителя здравоохранения имеет четкое управле­ние объектом здравоохранения при приведении его в готовность и в ходе работы по приему пораженных (больных). Под управлением понимается целенаправлен­ная, творческая деятельность руководителя учреждения по рациональному эф­фективному использованию сил и средств при выполнении мероприятий, пре­дусмотренных планом и в соответствии с конкретной обстановкой.

При организации управления необходимо руководствоваться основными принципами, которые определяют его сущность, содержание и методы. К ним относятся единоначалие при осуществлении распорядительных функций, цент­рализация управления, твердость и настойчивость, оперативное и гибкое реа­гирование на обстановку, личная ответственность, научность и предвидение.

Принцип единоначалия проявляется в том, что руководитель объекта здравоохранения, обладая необходимыми властными функциями, несет пер­сональную ответственность за состояние готовности объекта и организацию медицинского обеспечения пораженных.

Руководствуясь принципом централизации управления, руководитель объек­та здравоохранения в зависимости от обстановки правомочен оперативно объе­динить руководство всеми подчиненными ему силами и средствами и направить их усилия по единому замыслу для выполнения поставленной задачи.

Твердость и настойчивость в проведении принятых решений и планов в жизнь заключается в способности руководителя объекта здравоохранения принимать обоснованные решения и обеспечивать руководство подчиненными силами в лю бой сложной обстановке. Соблюдение этого принципа предполагает жесткий конт роль и проверку исполнения принятых решений и планов, высокую требователь ность к подчиненным, а также оказание им необходимой практической помощи.

Оперативность и четкое реагирование на изменение обстановки дости гается своевременным получением информации и быстрым принятием ре шения, его немедленным доведением до исполнителей.

Принцип личной ответственности определяется возложенными на ру. ководителя обязанностями и представленными полномочиями, их безуслов­ным исполнением, личным участием в проведении мероприятий.

Принцип научного предвидения заключается в том, что в своей работе руководитель объекта здравоохранения исходит из объективных законов об­щественного развития, требований нормативных документов, способное^ прогнозировать обстановку и ее возможные изменения.

Для организации управления на объекте здравоохранения создаете? штаб, состав которого отдается приказом начальника ГО объекта.

В составе штаба ГО объекта создаются два расчета для обеспечение круглосуточной работы, определяется состав оперативной группы для реше­ния различных возникающих задач.

Основной задачей штаба является отработка планирующей документа­ции и документов по управлению, которые позволили бы обеспечить рацио­нальное использование сил и средств в условиях сложной обстановки.

Примерный состав расчетов для работы штаба ГОЧС больницы на 600 *v* более коек может быть следующим:

Расчет № 1 - начальник штаба ГО больницы, заместитель начальнике ГО по хирургии; заместитель начальника ГО по материально-техническом'у обеспечению; главный инженер больницы; заместитель начальника ГО пс кадрам; секретарь;

Расчет № 2 - члены штабы ГОЧС больницы, не вошедшие в расчет №1 (см. состав штаба на стр. 120).

В каждом расчете определяется оперативный дежурный по штабу.

Штаб организует проведение мероприятий в соответствии с календар­ным планом на данный учебный год: проводит штабные тренировки и учения на объекте; принимает участие в мероприятиях, проводимых МС ГО района *v* города; организует подготовку формирований и объекта. Важное место *в* работе штаба объекта здравоохранения занимает прогнозирование возмож­ной обстановки, в которой может оказаться объект. Содержание работы шта­ба и функциональных отделений объекта в течение года находит отражение *в* итоговом приказе, начальника ГО объекта.

- В зависимости от прогнозируемой обстановки принимается решение по подготовке объекта, его переводу на режим работы военного времени. Может быть задействована схема оповещения и сбора только руководящего состава или полностью всего персонала объекта здравоохранения. Особое место в управлении занимает распорядительность по выполнению мероприятий по защите персонала и больных, по приведению в готовность созданных форми­рований и перепрофилизации коек для приема пораженного населения.

В целях непрерывности проведения мероприятий и наращивания усилий по подготовке объекта здравоохранения его штаб может переводиться на круг­лосуточный режим работы, персонал которого работает в соответствии с гра­фиком, утвержденным главным врачом. При этом для персонала штаба, а при необходимости и для персонала функциональных отделений может устанавли­ваться продленный рабочий день (12 и более ч.). В штабе организуется кругло­суточное оперативное дежурство, ведется журнал оперативного дежурного.

Организация круглосуточной работы штаба и некоторых функциональ­ных отделений объекта отдается приказом главного врача, учет работы пер­сонала для выплаты заработной платы ведется в соответствии с графиком по фактически затрачиваемому времени. Графики с учетом специфики работы могут составляться в функциональных отделениях объекта и утверждаться руководителем после согласования с НШ ГО объекта. При этом нужно учиты­вать, есть ли необходимость в переводе на круглосуточный режим работы того или другого должностного лица.

При переводе на круглосуточный режим работы предусматривается раз­мещение персонала и представление ему возможности для отдыха, органи­зуется питание на объекте по общей диете за плату- В часы отдыха персонал может убывать из расположения объекта только по разрешению руководите­ля — начальника ГО объекта или начальника штаба ГО ЧС объекта.

Организация управления на объекте здравоохранения зависит от вари­анта складывающейся обстановки: либо объект может оказаться в зонах воз­действия поражающих факторов, либо объект не подвергается воздействию поражающих факторов. В первом варианте управление основным своим со­держанием направлено на обеспечение защиты персонала, больных и мате­риальных средств, во-вторых - на выполнение задания по проведению ме­роприятий по приему пораженных.

В нерабочее время управление на объекте организует дежурная смена под руководством ответственного дежурного, одновременно с этим задей-ствуя схему оповещения и сбора руководящего состава, а при необходимос­ти и персонала формирований и объекта. Ответственный дежурный руковод­ствуется инструкцией. Более сложным является организация управления на объектах здравоохранения, где не предусмотрено круглосуточное дежурство. В этом случае руководители этих объектов должны включаться в схему опо­вещения руководящего состава тех объектов, где такие дежурства установлены, и с которыми они взаимодействуют при проведении мероприятии граж­данской обороны.

Обязательным элементом управления на объектах здравоохра­нения является своевременное представление срочных и внеоче­редных донесений вышестоящему органу управления здравоохране­ния по подчиненности. Срочные донесения представляются два раза в сутки в установленные сроки, например, по состоянию на 8.00 и 20.00. Внеочередные донесения представляются в случаях, на тер­пящих отлагательства, и в установленном порядке, который пре­дусматривается вышестоящим органом управления здравоохранения. Срочные донесения представляются с использованием формализо­ванных документов, внеочередные - в произвольной форме с кратким изло­жением их сущности.

Эффективность управления на объектах здравоохранения в условиях сложной, изменяющейся обстановки обеспечивается своевременным полу­чением информации, распоряжений и их доведением до исполнителей. При этом необходимо использовать только достоверную информацию, получае­мую из официальных источников. Вся поступающая информация и распоря­жения вышестоящего органа здравоохранения регистрируются в журнале оперативного дежурного объекта, по которым в каждом случае принимается решение с отметкой в журнале.

Особенно сложным является организация управления при эвакуации объекта здравоохранения и его развертывании в новом месте дислокации. При этом основные организационные вопросы решает созданная на объекте эвакуационная комиссия, которая на этот период может усиливаться необ­ходимыми должностными лицами.

В зависимости от прогнозируемой обстановки эвакуация объекта мо­жет осуществляться либо в полном объеме с продолжением его функциони­рования, либо временно может вывозиться только персонал (больные) в бе­зопасные районы размещения с последующим возвращением, когда минует опасность поражения объекта.

Управление созданными медицинскими формированиями (бригадами, отрядами) на объекте здравоохранения осуществляется штабом ГО ЧС объекта при приведении их в готовность, т.е. в процессе их укомплектования персона­лом и оснащения имуществом., выделения им транспорта, и завершается по­становкой задачи в соответствии с распоряжением вышестоящего органа уп­равления здравоохранения о их направлении в подчинение руководству МС ГО.

При организации спасательных и неотложных работ на объекте здраво­охранения, который оказался в зоне воздействия поражающих факторов, уп­равление собственными силами и средствами и прибывающими в порядке усиления возлагается на руководителя объекта и его штаб.

Перевод персонала и функциональных отделений объекта на обычный режим работы отдается приказом его руководителя. В зависимости от конк­ретных условий не сразу все отделения могут быть свернуты, не весь персо­нал объекта может быть переведен на обычный распорядок работы. В каж­дом конкретном случае в зависимости от характера деятельности объекта и условий обстановки должны приниматься соответствующие решения. Об ито­гах работы объекта здравоохранения представляется отчет в вышестоящий орган управления здравоохранения по подчиненности.

**5.6. Методика оценки состояния готовности объекта здравоохранения к работе в военное время.**

Оценка состояния готовности объектов здравоохранения города (района, области) проводится выборочно при инспектировании состояния готовности гражданской обороны органами МЧС России, комиссиями органов управления здравоохранением различного уровня. Проверяется, как правило, небольшое число объектов, состояние готовности остальных остается неизвестным.

В связи с этим руководители — начальники гражданской обороны объек­тов здравоохранения обязаны ежегодно при подведении итогов за год оце­нить состояние готовности к работе в военное время в соответствии с "Инст­рукцией по инспектированию (проверке) федеральных органов исполнитель­ной власти, функциональных подсистем РСЧС, предприятий, учреждений и организаций в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного, техногенного и военного характера", утвержденной МЧС России 25.07.2000 г., № 399.

Основные положения методики оценки готовности объектов здравоох­ранения изложены в методических указаниях "Оценка готовности Всероссий­ской службы медицины катастроф на территориальном, местном и объекто­вом уровнях", утвержденных Минздравом России от 27.11.2000 г., № 2000/178.

Применительно к данным методическим указаниям оценка состояния готовности объекта здравоохранения к работе в военное время определяет­ся выполнением следующих условий:

а) наличие штаба ГО ЧС объекта здравоохранения, который по своему составу соответствует современным требованиям, приведение в готовность штаба обеспечивается в установленные планом сроки;

б) наличие основных документов с учетом их содержания и качества от­работки (приказ о создании штаба ГО ЧС и медицинских формирований МС ГО; функциональные обязанности должностных лиц штаба ГО ЧС; план работы штаба ГО ЧС (на год и на месяц) в режиме повседневной деятельности; план ГО (действий) объекта здравоохранения в военное время; приказ об итогах подготовки объекта по ГО и задачах на текущий год; инструкция ответственному дежурному по объекту здравоохранения; схема оповещения личного состава штаба ГО ЧС в рабочее и нерабочее время; схема оповещения личного состава формирований в рабочее и нерабочее время; материалы по организации под­готовки персонала объекта здравоохранения и формирований);

в) наличие медицинских формирований ГО в соответствии с планом зада­нием, состояние их укомплектованности кадрами и оснащенности имуществом;

г) уровень специальной подготовки персонала объекта здравоохране­ния и медицинских формирований к работе в военное время;

д) практические мероприятия по повышению устойчивости объекта здравоохранения, выполненные в последние 3 года;

е) обеспеченность средствами индивидуальной защиты персонала объекта и медицинских формирований, в том числе медицинскими средства­ми индивидуальной защиты.

Оценка состояния готовности объекта здравоохранения "соответству­ет предъявляемым требованиям", если:

в полном объеме выполнены условия по пунктам: "а"; "б";

выполнен план-задание по созданию и комплектованию кадрами меди­цинских формирований МС ГО на 100%, в том числе специальности врачей и среднего медперсонала соответствуют их штатному расписанию не менее 80%;

оснащение медицинских формирований соответствует табелю оснаще­ния, имущество выдается формированиям в установленные сроки приведе­ния их в готовность;

предусмотрен порядок оснащения медицинских формирований при приведении их в готовность;

создан резерв медицинского и др. имущества в соответствии с задани­ем для обеспечения работы объекта здравоохранения при поступлении по­раженных (больных) в военное время;

при проверке уровня специальной подготовки члены штаба ГО ЧС и пер­сонал формирований показали отличные и хорошие знания в объеме своих функциональных обязанностей не менее 80% от числа проверяемых, осталь­ные удовлетворительные;

в полном объеме в последние 3 года выполнены планируемые мероп­риятия по подготовке объекта здравоохранения;

обеспеченность средствами индивидуальной защиты составляет: чле­нов штаба ГО ЧС 100%, персонала медицинских формирований МС ГО, пер­сонала объекта не менее 80%.

Оценка состояния готовности объекта здравоохранения "ограниченно соответствует предъявляемым требованиям", если:

в полном объеме выполнены условия пункта "а", и при приведении в го­товность штаба ГО ЧС объекта в установленные сроки прибыло не менее 80% его членов;

отработаны документы, указанные в пункте "б", но отсутствует 2-3 до­кумента (кроме планирующих);

созданы медицинские формирования МС ГО в соответствии с планом-заданием, укомплектованы кадрами на 100%, но соответствие специальноети врачей и среднего медперсонала в них штатному расписанию формиро­ваний не ниже 80%;

созданы объектовые формирования, их укомплектованность со­ставляет не ниже 80%;

оснащение медицинских формирований в соответствии с табелем их оснащения ограничивает возможности по оказанию ими медицинской помо­щи пораженным в военное время, не ниже 80%;

в соответствии с заданием имеется резерв медицинского имущества для обеспечения работы объекта здравоохранения при поступлении пора­женных (больных) не менее 60% обеспеченности;

при проверке уровня специальной подготовки члены штаба ГО ЧС и пер­сонал медицинских формирований показали отличные и хорошие знания в объеме своих функциональных обязанностей не менее 60% от числа прове­ряемых, остальные — удовлетворительные;

не полностью устранены недостатки в подготовке объекта здравоохра­нения, которые были выявлены при ранее проводимой проверке;

обеспеченность средствами индивидуальной защиты составляет: чле­нов штаба ГО ЧС и персонала формирований 100%, для персонала объекта и больных отсутствуют, но сделаны заявки.

Оценка состояния готовности объекта здравоохранения "не соответствует предъявляемым требованиям", если: не выполнены вышеизложенные условия.

**ГЛАВА VI. ГРАЖДАНСКАЯ ОБОРОНА ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

**6.1**. **Цель и задачи деятельности государственной санитарно-эпидемиологической службы в военное время.**

В военное время деятельность государственной санитарно-эпидемио­логической службы организуется и проводится с целью обеспечения готов­ности ее сил и средств к действиям по поддержанию санитарно-эпидемио­логического благополучия в зоне ответственности согласно законам военно­го времени и реализации мобилизационных, трудовых, социально-психологических и иных возможностей населения путем надзора за санитар­но-эпидемиологической обстановкой, профилактики возникновения и рас­пространения массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний и отравлений, охраны здоровья населения и среды обитания. Особенности деятельности службы определяются общегосударственным характером при­нимаемых ею медико-санитарных мер, сохранением в полном объеме задач мирного времени и федеральной вертикали управления собственными структурами, а также появлением новых направлений ответственности, обуслов­ленных воздействием поражающих факторов вооруженного конфликта.

Поставленная цель достигается решением дополнительного к мирному времени комплекса задач на различных уровнях организационного построе­ния государственной санитарно-эпидемиологической службы. На федеральном уровне:

* разработкой и внедрением способов оценки санитарно-эпидемиологической обстановки в районе ответственности при воздействии поражающихфакторов войны, приемов и методов работы в Сети наблюдения и лабораторно­го контроля (СНЛ К), медицинской защиты в зонах биологического, радиоактив­ного и химического загрязнения, в эпидемических очагах опасных инфекций;
* государственным регулированием мероприятий по снижению поражающего действия физических, психических, химических и биологических фак­торов военного времени;
* формированием и поддержанием в состоянии готовности федеральных резервов сил и средств государственной санитарно-эпидемиологической службы.

На территориальном уровне:

* комплексом мероприятий по предупреждению заноса, возникновения и распространения опасных инфекций, отравлений опасными химическими веществами, реализации мероприятий по защите населения от радиоактивных и высокотоксичных веществ, агентов биологического оружия, локализации и ликвидации эпидемических очагов;
* медико-санитарными мерами по снижению поражающего действия физических, психических, химических и биологических факторов военного времени;
* проведением санитарно-эпидемиологической, санитарно-химической и санитарно-радиационной разведок, организацией наблюдения и лабораторного контроля на опасных производственных и иных объектах, а также в коллективах, подвергшихся влиянию вредных воздействий;
* созданием и поддержанием специальных финансовых и материальных фондов, резерва лабораторного оборудования, средств индивидуальной защиты, запасов диагностических и иных препаратов, питательных сред, дезсредств и другого расходного имущества.

На местном уровне:

* изучением объектов, представляющих потенциальную опасность осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки при воздействии факторов войны, возникновении чрезвычайных ситуаций военного времени (разрушение сооружений атомной, химической, микробиологической, пищевой промышленности и водоснабжения, канализационных сетей и т.д.);
* слежением за состоянием здоровья и работоспособности населения, его устойчивостью к воздействию факторов риска здоровью в условиях складывающейся санитарно-эпидемиологической обстановки;
* защитой персонала, материальных средств и оборудования, музейных культур возбудителей опасных инфекций, лабораторных и иных животных в учреждениях службы с учетом прогнозируемой обстановки (укрытие в защит­ных сооружениях, эвакуация, использование средств индивидуальной защи­ты, в том числе и медицинских и т.д.); -

-обучением населения поведению в очагах химического, ра­диологического и биологического загрязнения (заражения), при­менением медицинских средств защиты.

**6.2. Силы и средства государственной санитарно-эпидемиологической службы в военное время.**

На федеральном уровне:

* Министерство здравоохранения с Департаментом по государственному санитарно-эпидемиологическому надзору, Федеральным центром Госсанэпиднадзора, Федеральным противочумным центром и противочумными станциями, Государственными унитарными предприятиями по производству медицинских иммунобиологических препаратов и дезинфекционного профиля, Государственными научно-исследовательскими и иными учреждения санитарно-гигиенического и эпидемиологического направления.
* структурные подразделения санитарно-эпидемиологического профиля министерств обороны, гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям, путей сообщения, внутренних дел и юстиции, а также Главного управления специальных программ Президента РФ, Медицинского центра Управления делами Президента РФ, Федеральной службы безопасности РФ, Федеральной пограничной службы РФ, Федеральной службы налоговой полиции РФ,Федерального агентства правительственной связи и информации при Президенте РФ, Федеральная служба охраны РФ, Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем при Минздраве РФ (органы управления, Главные и сетевой центры Госсанэпиднадзора, государственные научно-исследовательские учреждения);
* специализированные формирования государственной санитарно-эпидемиологической службы, образуемые центральными учреждениями (санитарно-эпидемиологические отряды, специализированные противоэпидемические бригады, группы экспертов Минздрава России, оперативные и подвижные группы Главного военно-медицинского управления МО РФ и видов Вооруженных Сил, мобильные санитарно-эпидемиологические лаборатории Всероссийской службы медицины катастроф и Внутренних войск МВД).

На территориальном уровне:

* центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ, на водном и воздушном транспорте в субъектах РФ и формируемые при них санитарно-эпидемиологические отряды или санитарно-эпидемиологические бригады;
* государственные унитарные предприятия дезинфекционного профиля; центры государственного санитарно-эпидемиологического надзораокругов (флотов) МО РФ, формируемые при них подвижные группы (радио­логическая, токсикологическая, санитарно-эпидемиологическая).

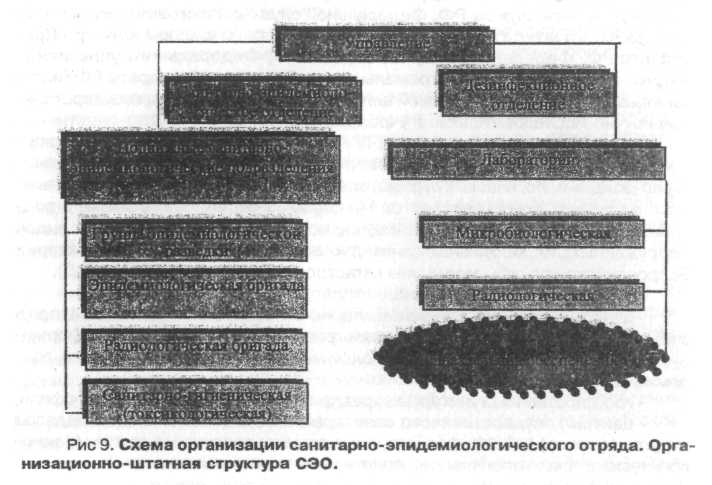
На местном уровне:

- центры государственного санитарно-эпидемиологического надзорарайонов (округов) города, сельских районов, зональные на водном и воздушном транспорте в районах (округах) городов и формируемые на их базе санитарно-эпидемиологические бригады, группы эпидемиологической разведки;

-дезинфекционные станции городов, районов;

- центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора гарнизонов, полигонов МО РФ и формируемые при них подвижные санитар­но-эпидемиологические и противоэпидемические группы.

Научно-исследовательскими институтами и практическими учреждени­ями противочумной системы РФ формируются специализированные проти­воэпидемические бригады, организационно-штатная структура и оснащение которых определены соответствующими руководящими документами и по­зволяют автономно функционировать в течение двух месяцев. Они предназ­начены для работы в природных очагах инфекционных заболеваний, замены выбывающих сил и средств госсанэпидслужбы территорий, изучения экзо­тических инфекций, отработки методик идентификации возбудителей инфек­ционных заболеваний, а при усилении силами и средствами санитарно-гиги­енического назначения - выполнения других функций Госсанэпиднадзора. Примерная схема организации санитарно-эпидемиологического отряда представлена на рис. 9.



СЭО является мобильным формированием постоянной готовности, способным работать как в полном составе, так и в составе отдельных под­разделений (1 или 2 бригады) в зависимости от сложившейся ситуации.

Количество бригад от одной (эпидемиологической) до 3-х и более, а также численный состав бригад и СЭО, определяются руководством учреж­дений в зависимости от конкретной санитарно-эпидемиологической обста­новки. В целях реализации специальных мероприятий могут создаваться смешанные бригады, с участием экспертов, для предварительной оценки ситуации и определения полноты развертывания бригад или отряда.

Укомплектование СЭО личным составом проводится в режиме повсед­невной деятельности из числа штатных сотрудников центра Госсанэпиднад­зора — формирователя.

Ответственность за постоянную готовность СЭО к действиям в воен­ное время возлагается на главного врача центра Госсанэпиднадзора, фор­мирующего отряд. Контроль за постоянной готовностью СЭО осуществляет руководитель учреждения - формирователя. Штат СЭО:

Начальник СЭО (зам. главного врача) — 1

Врач по радиационной гигиене — 1

Инженер-радиолог — 1

Врач по общей гигиене — 2

Врач-эпидемиолог (паразитолог, энтомолог) — 1

Врач-дезинфекционист — 2

Врач-лаборант — 2

Врач-бактериолог (вирусолог) — 2

Техник-дозиметрист — 2

Помощник санитарного врача (фельдшер) —1

Помощник эпидемиолога —1

Лаборант-химик (средней квалификации) — 1

Лаборант (микробиолог) средней квалификации —1

Инструктор-дезинфектор—1

Водители автотранспорта —2

Санитарно-эпидемиологические бригады (СЭБ):

Эпидемиологическая бригада:

Начальник (врач)—1 ,

Врач-эпидемиолог — 1

Помощник эпидемиолога (фельдшер) — 1

Инструктор-дезинфектор — 1

Водитель автотранспорта — 1

Радиологическая бригада:

Начальник (врач) — 1

Врач по радиационной гигиене — 1

Помощник санитарного врача (фельдшер) — 1

Техник-дозиметрист — 1

Водитель автотранспорта — 1

Санитарно-гигиеническая (токсикологическая) бригада: Начальник (врач) — 1 Санитарный врач-токсиколог -1

Помощник санитарного врача (фельдшер-лаборант) — 1 Лаборант-химик (средней квалификации) — 1 Водитель автотранспорта — 1 Группа эпидемиологической разведки (ГЭР): Руководитель группы (врач-эпидемиолог) — 1 Помощник эпидемиолога — 1 Водитель автотранспорта — 1

Центры Госсанэпиднадзора, не имеющие возможностей формирова­ния СЭО, формируют санитарно-эпидемиологическую бригаду (СЭБ). Основные задачи СЭО (СЭБ) в военное время:

* организация и осуществление санитарно-противоэпидемических (про­филактических) мероприятий;
* выдвижение оперативных групп и формирования в район осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки;
* оценка санитарно-эпидемиологической обстановки и прогноз ее развития;
* организация и проведение медико-санитарных мер в составе санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
* отбор, доставка проб и проведение лабораторных исследований;
* разработка рекомендаций по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения и личного состава аварийно-спасательных формирований, участвующих в ликвидации чрезвычайных ситуаций военного времени, и контроль за их выполнением;
* экспертиза продовольствия, питьевой воды, источников водоснабжения, воздушной среды и почвы на загрязнение радиоактивными, боевыми отравляющими и опасными химическими веществами, биологическими средствами и агентами биологического оружия и выдача заключений о возможности их использования для нужд населения;
* санитарно-эпидемиологическое сопровождение неотложных мероприя­тий по жизнеобеспечению населения и личного состава других формирований;
* информация населения о степени риска для здоровья и снижению условий жизнедеятельности; систематическая информации руководства в зоне ответственности об изменении санитарно-эпидемиологической обстановки и мерах по ее стабилизации;

- оперативная работа со средствами массовой информации. Дополнительные задачи при различных вариантах осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки

В очаге биологического заражения на формирование возлагаются:

* ведение санитарно-эпидемиологической разведки с отбором проб из объектов окружающей среды (вода, почва, воздух, пищевые продукты и продовольственное сырье);
* индикация возбудителей особо опасных инфекционных заболеваний с одновременной доставкой проб в головные лаборатории системы СНЛК;

-лабораторный контроль за зараженностью продуктов питания, пище­вого сырья и питьевой воды, медикаментов и медицинского имущества БС с выдачей заключения о пригодности их для использования;

* участие в установлении границ очага поражения, определении границ карантинной и обсервационной зон, объема и порядка проведения охрани­тельных мероприятий, режима работы аварийно-спасательных и других формирований;
* эпидемиологическое обследование очагов заболеваний и анализ ин­фекционной заболеваемости в очаге;
* организация экстренной неспецифической и специфической профилактики инфекционных заболеваний среди населения, мобилизуемого контингента, личного состава аварийно-спасательных и других формирований;
* контроль полноты обеззараживания продуктов питания, пищевого сы­рья и питьевой воды, медицинского имущества и оборудования;
* контроль и оказание организационно-методической помощи по обеспечению санитарно-противоэпидемического режима работы медицинских учреждений, формирований и ведомственных служб;
* контроль за организацией санитарно-противоэпидемического режима на предприятиях общественного питания, объектах водоснабжения и других направлений жизнеобеспечения;
* контроль за проведением санитарной обработки пораженных БС, поступающих в лечебные учреждения;
* выдача рекомендаций по обеззараживанию, использованию и условиям хранения запасов продуктов питания и пищевого сырья, питьевой воды, медикаментов и медицинского имущества на объектах, складах и базах.

В очаге радиационного поражения и зонах радиоактивного загрязне­ния на формирование возлагаются:

* лабораторный контроль загрязнения продуктов питания, продовольственного сырья и питьевой воды радиоактивными веществами с выдачей заключения о пригодности их для использования;
* лабораторный контроль полноты дезактивации продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды, медицинского имущества и оборудования;
* выдача рекомендаций по дезактивации, использованию и условиям хранения запасов продуктов питания и пищевого сырья, питьевой воды, медикаментов и медицинского имущества на объектах, складах и базах.

В очаге химического заражения на формирование возлагаются:

* участие в разработке рекомендаций по обеспечению режима работы и защиты в зонах загрязнения боевыми отравляющими и опасными химическими веществами;
* организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на обеспечение санэпидблагополучия населения и личного состава формирований, участвующих в ликвидации сани­тарно-эпидемиологических последствий химического заражения (загрязнения);
* лабораторный контроль за загрязнением боевыми отравляющими и опасными химическими веществами продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды, медикаментов и медицинского имущества с выдачей заклю­чения о пригодности их для использования;
* разработка рекомендаций по обеспечению режима защиты и безопас­ных условий труда в зонах заражения;
* выдача рекомендаций по дегазации и использованию запасов продуктов питания, пищевого сырья, питьевой воды, медицинского имущества и оборудования, зараженных боевыми отравляющими и опасными химически­ми веществами, и условиям их хранения на складах и базах;

-контроль за проведением санитарной и специальной обработ­ки на этапах медицинской эвакуации.

Деятельность после ликвидации осложнения санитарно-эпидемиоло­гической обстановки предусматривает свертывание формирования, возвра­щение его к повседневной деятельности и включает:

* контроль за проведением дезактивации, дегазации и заключительной дезинфекции помещений и транспорта, а также санитарной обработки личного состава формирования, обеззараживанием одежды, обуви, средств индивидуальной защиты;
* ремонт техники, аппаратуры, индивидуальных средств защиты;
* подведение итогов работы формирования, анализ деятельности от­дельных подразделений и конкретных лиц с целью использования полученного опыта;
* подготовка предложений по устранению недостатков, допущенных при ликвидации санитарно-эпидемиологических последствий;
* возвращение СЭО (СЭБ) на базы формирующих их центров Госсанэпиднадзора.

**6.3. Принципы организации работы государственной санитарно-эпидемиологической службы в военное время.**

Основные направления деятельности Госсанэпидслужбы по обеспече­нию санитарно-эпидемиологического благополучия населения в военное время включают:

* участие в государственном регулировании мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, готовности населения к мобилизационным, экономическим, социально-психологическим и иным мероприятиям оборонного назначения;
* принятие в пределах прав, предоставленных законодательством, Главными государственными врачами решений санитарно-эпидемиологического характера, обязательных для исполнения федеральными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления, предприятиями, учреждениями и организациями, независимо от их подчиненности и форм собственности, а также должностными лицами и гражданами;
* осуществление контроля за соблюдением санитарных правил, гигиенических нормативов и норм военного времени;
* осуществление контроля за организацией и проведением всего комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
* разработку предложений по введению и отмене на территории Российской Федерации особых условий и регламентов проживания населения и ведению хозяйственной деятельности, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию инфекционных, паразитарных, профессиональных и массовых неинфекционных заболеваний и отравлений населения;
* образование за счет выделенных из федерального бюджета Российской Федерации ассигнований резервов финансовых и материальных ресурсов, предназначенного для финансирования затратна медико-санитарные меры в структуре санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
* обеспечение постоянной готовности системы управления, сил и средств; осуществление контроля готовности специальных формирований госсанэпидслужбы (санитарно-эпидемиологические отряды, специализированные противоэпидемические бригады и т.д.) в военное время;
* контроль готовности лабораторной базы учреждений госсанэпидслужбы, как составной части сил и средств наблюдения и контроля за состоянием окружающей среды и потенциально опасных объектов в целях своевременного обнаружения радиоактивного и химического загрязнения, биологического заражения атмосферного воздуха, питьевой воды, пищевого и фураж­ного сырья, продовольствия и других объектов окружающей среды;
* представление доклада Правительству Российской Федерации, другим органам государственного управления или органам местного самоуправления о санитарно-эпидемиологической обстановке в стране (зоне ответ­ственности) и на отдельных территориях;
* участие в государственной экспертизе в области защиты населения и территорий от воздействия поражающих факторов войны.

Надзор за санитарно-эпидемиологической обстановкой включает сле­дующие основные мероприятия:

* оценку санитарно-эпидемиологической обстановки в ходе повседневной деятельности;
* выдвижение оперативных групп и специальных формирований в район ухудшения санитарно-эпидемиологической обстановки, организация матери­ально-технического обеспечения работы специалистов госсанэпидслужбы;
* осуществление постоянного контроля за состоянием окружающей сре­ды в районах (на потенциально опасных объектах) ухудшения санитарно-эпидемиологической обстановки и на прилегающих к ним территориях;
* принятие медико-санитарных мер и других неотложных мероприятий по созданию и поддержанию условий жизни и быта для пострадавшего населения;
* организацию санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий профилактики массовых заболеваний (отравлений) и санитарно-разъяснительной работы, создание запасов медицинского имущества, диагностических и дезинфекционных средств для ликвидации санитарно-эпидемиологических последствий применения современных средств поражения.

Задачами оценки санитарно-эпидемиологической обстановки в райо­нах воздействия поражающих факторов войны являются:

- выявление общих закономерностей и механизмов воздействия на организм биологических, психических, химических и физических поражающих факторов вооруженного противоборства;

* разработка методологии установления количественных связей между степенью влияния вредных факторов среды обитания в зонах воздействия противника и здоровьем населения, прогнозирования динамики потенциала здоровья населения в целом и отдельных контингентов в условиях изменяющейся санитарно-эпидемиологической обстановки в ходе вооруженного конфликта;
* совершенствование теории и практики санитарно-эпидемиологического нормирования факторов риска здоровью среды обитания в условиях вооруженного конфликта, разработка методических подходов к определению реальной нагрузки поражающих факторов конкретной войны на организм, методики обоснования максимально допустимых их уровней и путей сниже­ния (нивелирования) последствий воздействия на организм;

-установление причин и условий, воздействующих на здоровье насе­ления, и организация научно обоснованных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по поддержанию жизнеобеспечения в зонах воздействия поражающих факторов вооруженного противоборства;

* поддержание санитарно-эпидемиологического благополучия в районах временного размещения эвакуированного населения, обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности воздушной среды, питьевой воды, про­довольственного сырья и продуктов питания, коммунальных и иных объектов;
* организацию санитарно-противоэпидемического режима на этапах медицинской эвакуации и в формированиях, принимающих участие в ликвидации санитарно-эпидемиологических последствий применения средств поражения.

Санитарно-эпидемиологическая оценка обстановки в зоне примене­ния оружия включает:

* оценку величины и структуры массовых санитарных потерь, как ране­ными, так и соматическими, психическими и инфекционными больными;
* выявление разрушений производственных, коммунальных и иных объектов, содержащих опасные биологические, химические и радиоактивные вещества, нарушения коммуникаций, появления участков загрязнения (заражения)территории;
* определение уровня воздействия применяемых противоборствующими сторонами средств поражения и методов ведения войны на здоровье личного состава войск (сил) и населения, на окружающую природную среду (боеприпасы с обедненным ураном, фосфорорганические пестициды, различные вакцины, психогенные воздействия, поджигание выбросов большого количества нефтегазовых скважин с возникновением чрезвычайной экологической ситуации и т.д.);
* установление мест выброса, выпуска и сброса патогенных микроорганизмов в водоисточники и воздушную среду;
* определение степени санитарно-эпидемиологической опасности массовой миграции населения из зоны боевых действий на неприспособленные для размещения территории;
* оценку уровня распространения боевого стресса, страха и паники, других неадекватных психологических реакций населения, препятствующих проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероп­риятий в районе боевых действий.
* уточнение санитарно-эпидемиологической обстановки на всей терри­тории зоны ответственности, биологической, радиационной и химической обстановки на опасных производственных и иных объектах, оценку доз внешнего и внутреннего облучения, отравлений населения, используемых средств индивидуальной и коллективной защиты, а также качества специальной и санитарной обработок, степени опасности эпидемических очагов и необходимос­ти проведения целенаправленных противоэпидемических мероприятий;
* оценку степени снижения возможностей лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений в районе боевых действий по оказанию соответствующих медицинских услуг, уровня иммунной защиты населения, наличия средств очистки и обеззараживания питьевой воды, фармакологической коррекции психического состояния и работоспособности, антибиотиков;
* определение путей преодоления затруднений в организации захоронения погибших людей и животных с высокой степенью радиационной, химической, эпидемиологической и эпизоотической опасности;
* выявление сохранившихся запасов медицинских средств индивидуальной защиты и медикаментозных средств, предназначенных для лечения и профилактики массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний (отравлений);
* направление разведывательных групп с целью сбора конкретных данных о состоянии объектов, оказывающих выраженное влияние на качество среды обитания, отбора по показаниям проб воздуха, воды, продовольствия, почвы, медикаментов и т.д.;
* лабораторные исследования отобранных проб;
* анализ полученных данных;
* выдача заключения о санитарно-эпидемиологической обстановке в зоне бедствия, объеме и направленности необходимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по снижению последствий воздействия факторов войны.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка оценивается как благопо­лучная, неустойчивая, неблагополучная, экстремальная и угрожающая.

1. Благополучная: заболеваемость населения на уровне многолетней; отсутствуют разрушения влияющих на качество среды обитания объектов; качественно проводятся государственное регулирование в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и весь комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.
2. Неустойчивая: умеренный рост уровня заболеваемости (не более чем в 3 раза) или возникновение отдельных групповых заболеваний (отравлений); появление групповых инфекционных заболеваний (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, бешенство, инфекционные амилоидозы, вирусные гепатиты, СПИД, стафилококковая интоксикация, туберкулез легких, грипп, менингококковаяили нозокомиальная инфекция, шигеллезы, орнитоз, бруцеллез, лихорадка Ку, сифилис, полиомиелит, лептоспироз, трахома, амебиаз, лямблиоз) или отдельных случаев инфекций, указанных в критериях оценки неблагополучной обстановки; неудовлетворительное санитарное состояние территории, объектов экономики, водоснабжения и питания; массо­вое заболевание (более 5000) или гибель (падёж) боле 1000 животных; нали­чие ограниченных участков химического и биологического заражения или радиоактивного загрязнения, незахороненных трупов людей и животных.
3. Неблагополучная: рост уровня заболеваемости населения (более чем в 3 раза) или возникновение групповых заболеваний (отравлений) в социально-экономически значимых коллективах; возникновение среди населения очагов социально-психологической напряженности, групповых поражений или отравлений (до 5000 пострадавших или до 1000 пораженных, либо до 100 погибших), появление групповых опасных инфекционных или паразитарных заболеваний (сыпной или брюшной тиф, клещевой энцефалит, дифтерия, бубонная чума, легионеллез, иерсиниоз, боррелиоз, милиарный туберкулез, псевдотуберкулез, менингококковая инфекция, малярия) или отдельных случаев особо опасных инфекций; наличие участков местности, объектов водопровода (хранения запасов продовольствия, медикаментов) с химическим и биологическим заражением или радиоактивным загрязнением; скопление населения на необорудованной местности или в неприспособленных помещениях при экстремальных параметрах окружающей среды.
4. Экстремальная обстановка: эпидемические вспышки оспы, чумы, особо опасных вирусных геморрагических или желтой лихорадок, сибирской язвы, холеры, мелиоидоза, туляремии, сапа; распространение среди размещенных в стесненных условиях людей возбудителей опасных инфекций; резкое нарастание числа опасных для жизни заболеваний (отравлений) среди пострадавшего населения в пределах инкубационного периода; возникновение среди населения очагов социально-психологической напряженности, групповых по­ражений или отравлений (более 5000 пострадавших или более 1000 поражен­ных, либо более 100 погибших), залповый выброс (сброс, выпуск) высокотоксичных, радиоактивных или биологически опасных веществ в районах крупных населенных пунктов (возможное воздействие отравляющих веществ с проявлением начальных симптомов у 50% пораженных, либо наличие в воздухе нормируемых по санитарно-токсикологическому признаку опасных химических веществ в концентрациях более 100, а по органолептическому — более 1000 ПДК, уровень ионизирующих излучений на местности либо суммарной активности выброса РВ с прогнозом облучения человека более 500 мГр за 10 сут., агенты биологического оружия пр^и наличии средств профилактики и лечения).
5. Угрожающая: распространение групповых заболеваний особо опасными инфекциями за пределы зоны карантина; рост числа очагов загрязнения биологическими средствами и (или) боевыми отравляющими веществами при скоплениях населения на необорудованной территории; аварии на радиационно, химически и биологически опасных объектах с нарастанием выбросов радиоактивных и опасных химических веществ, либо агентов биологического оружия (уровень радиоактивности на местности вызовет острую лучевую болезнь, концентрация отравляющих веществ приведет к смертельным поражениям у более 50% пораженных, либо наличие в воздухе нормируемых по сани­тарно-токсикологическому признаку опасных химических веществ в концентрациях более 1000 ПДК, агенты биологического оружия с измененными свой­ствами либо при отсутствии средств профилактики и лечения).

Приведенные критерии являются лишь ориентирами. Главными госу­дарственными санитарными врачами по территориям должны быть разрабо­таны адаптированные к конкретным условиям критерии определения уровня осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки и определены силы и средства, необходимые для участия в ее ликвидации, порядок их использо­вания, создания, высвобождения и пополнения необходимых запасов мате­риальных средств, атакже подготовки кадров службы, взаимодействия с дру­гими министерствами и ведомствами.

Выделение степеней санитарно-эпидемиологической опасности необ­ходимо для унификации санитарно-эпидемиологической диагностики, диф­ференцированного планирования мер государственного регулирования и про­ведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий:

* благополучная обстановка позволяет всем звеньям службы функционировать в обычном режиме деятельности, требует лишь контроля со стороны вышестоящих звеньев за качеством санитарно-противоэпидемических(профилактических) мероприятий, оказания помощи по проведению наиболее сложных исследований в Сети наблюдения и лабораторного контроля;
* неустойчивая обстановка требует контроля со стороны вышестоящих звеньев службы за качеством санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, оказания помощи в проведении санитарно-эпидемиологической экспертизы, информирования вышестоящих органов управления государственной санитарно-эпидемиологической службы, а также Сети наблюдения и лабораторного контроля;
* неблагополучная обстановка требует контроля за объемом и качеством мер государственного регулирования и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий со стороны вышестоящих звеньев службы, оказание помощи в идентификации возбудителей инфекционных заболеваний, индикации боевых отравляющих или опасных химических веществ и их вторичных продуктов, исследование спектра ионизирующих излучений и оп­ределение дозовых нагрузок, информирование органов управления территориального уровня, в том числе и командования воинских гарнизонов;
* экстремальная обстановка требует направления в зоны бедствия спе­циальных формирований, участия в ликвидации последствий учреждений вышестоящего звена, введения ограничительных мер (карантина), координации Госсанэпидслужбой Минздрава деятельности всех учреждений и формирований санитарно-профилактического профиля, информирования органов управления регионального уровня, в том числе и военного командования.
* угрожающая обстановка требует участия в принимаемых мерах сил и средств учреждений вышестоящего звена с направлением в зону бедствия специальных формирований и групп экспертов, методической поддержки научно-исследовательскими центрами независимо от ведомственной подчиненности, а также информирования органов государственного управленияфедерального уровня.

Оценка обстановки необходима для своевременного принятия решений:

* об отселении населения из зоны бедствия или оставлении в зоне поражения, о допустимой продолжительности пребывания людей и времени входа, выхода или преодоления загрязненных участков местности;
* по определению доз облучения населения, напряженности иммунитета, защитным, санитарно-эпидемиологическим и медицинским мероприятиям при угрозе воздействия радиоактивных и опасных химических веществ или биологических средств поражения;
* по размерам санитарных потерь от воздействия поражающих факторов войны, обоснованию объема радиационно-гигиенических, химико-аналитических, метеорологических и микробиологических исследований пора­жающих факторов сформировавшихся очагов, мер к их ликвидации.

-по проведению дезинфекционных, дезинсекционных, дератизационных мероприятий, специальной и санитарной обработки, соблюдению пра­вил охранительного и санитарно-противоэпидемического режима на этапах медицинской эвакуации;

* по сбору и удалению твердых и жидких отходов, загрязненных радиоактивными, опасными химическими либо биологически опасными веществами, агентами биологического оружия;
* по соблюдению санитарных правил и гигиенических нормативов при приготовлении, хранении, выдаче и доведении готовой пищи, добыче и улучшении качества запасов питьевой воды, банно-прачечном обслуживании, размещении перемещаемого населения в зданиях, палатках и полевых фортификационных и временных сооружениях, сборе и удалении отходов;
* по опасности передачи поражающего фактора (радиоактивных и опасных химических веществ, возбудителей опасных инфекций) за пределы зоны их применения;
* по выполнению правил личной и общественной гигиены, выявлению лиц, подвергшихся риску загрязнения (заражения), организации медицинского наблюдения за ними;
* по мерам профилактики заражения населения в природных очагах, заноса инфекционных заболеваний с перемещаемыми контингентами населения, прибывающими из зоны боевых действий беженцами и личным со­ ставом войск (сил).

Деятельность госсанэпидслужбы в составе Сети наблюдения и лабора­торного контроля.

Испытательные лабораторные центры, мобильные лабораторные фор­мирования госсанэпидслужбы в военное время включаются в состав СНЛК, деятельность которой регламентируется Положением о СНЛК РФ.

На местном уровне в СНЛК включены ЦГСЭН, ветеринарные и агрохи­мические лаборатории районного и городского подчинения 2-й и 3-й катего­рии, районов сельской местности. В функции этих лабораторий входят орга­низация разведки и наблюдения, отбор проб из объектов внешней среды и доставка их в головные учреждения.

На территориальном уровне задачи СНЛК выполняют республиканские, областные, городские 1-й категории и бассейновые ЦГСЭН, научно-иссле­довательские институты, кафедры (лаборатории) высших учебных заведений.

На Центр Госсанэпиднадзора территории, города и т.д., включенный в СНЛК, возлагается:

* организация и ведение в зоне ответственности наблюдения, оценки и прогнозирования санитарно-эпидемиологической обстановки;
* осуществление предупреждения, выявления и пресечения нарушений требований санитарно-эпидемиологической безопасности и охраны здоровья населения и среды обитания;
* организация и координация работ по проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с учетом сил ведомственных формирований постоянной готовности;
* организация и участие в проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по ликвидации санитарно-эпидемиологических последствий, формирование резервов санитарно-гигиенических и противоэпидемических средств;
* организация и проведение радиационно-гигиенической, санитарно-химической и санитарно-эпидемиологической разведок в зоне ответствен­ности, а также при вспышках инфекционных заболеваний силами специальных формирований госсанэпидслужбы;
* установление вида возбудителя инфекции в пробах, отобранных из объектов окружающей среды, продовольствия, питьевой воды, пищевого сырья, а также в материалах, взятых от больных и трупов людей (специфическая индикация) согласно установленному порядку;
* осуществление идентификации выделенных штаммов микроорганизмов и токсинов, исследование неизвестного возбудителя бактериальной этиологии;
* направление в институты и лаборатории вирусологии и полиомиелита проб на исследование вирусов I-II групп;
* организации и осуществление оперативного контроля и измерений мощности доз радиоактивного излучения в местах расположения учреждений и формирований госсанэпидслужбы;
* участие в радиационном контроле, анализ и оценка радиационной обстановки в местах массового сосредоточения людей;
* организация и проведение лабораторных исследований продовольствия, питьевой воды и пищевого сырья по определению удельной и объемной активности радионуклидов, а также по определению загрязненности указанных объектов токсичными веществами;
* проведение санитарно-эпидемиологической экспертизы продоволь­ствия, питьевой воды и пищевого сырья, медикаментов и медицинского имущества, зараженных (загрязненных) радиоактивными, боевыми отравляющи­ми или опасными химическими веществами, патогенными микроорганизмами с выдачей санитарно-эпидемиологического заключения о пригодности к использованию по назначению;
* установление нуклидного состава радиоактивного загрязнения исследуемых проб;
* оказание методической помощи и руководство работой-нижестоящих звеньев подсистемы СНЛК в зоне ответственности.

Одно из наиболее подготовленных к выполнению задач СНЛК учрежде­ний определяется головным. По вопросам санитарно-эпидемиологической экспертизы воды, продовольствия и медикаментов головными учреждения­ми являются лаборатории санитарно-эпидемиологических учреждений, ко­торые выполняют следующие задачи:

* определяют заражение (загрязнение) объектов окружающей среды, продовольствия, пищевого и фуражного сырья, питьевой воды радиоактивными и химически опасными веществами, микроорганизмами и токсинам", проводит специфическую индикацию патогенов;
* осуществляют сбор, обобщение и анализ информации о радиоактивном, химическом, биологическом (бактериологическом) заражении продовольствия, питьевой воды, пищевого и фуражного сырья, объектов окружающей среды;
* разрабатывают нормативно-методические документы для подчиненных подразделений санитарно-эпидемиологической службы;
* осуществляют методическое руководство подчиненными подразделениями лабораторного профиля при проведении всех видов лабораторных исследований;
* организуют подготовку (переподготовку) специалистов лабораторий службы.

За каждой из головных лабораторий закрепляются определенные реги­оны и ЦГСЭН, где проводят сложные специфические лабораторные исследо­вания и индикацию опасных веществ, а отобранные в ходе разведки пробы доставляются в эти лаборатории.

При головных санитарно-эпидемиологических учреждениях создаются санитарно-эпидемиологические группы, которые при необходимости проводят санитарно-эпидемиологическую разведку на подведомственной территории.

Головные СЭУ являются подразделениями повышенной готовности со сроками приведения в готовность 6-8 часов, а в целях повышения устойчи­вости функционирования лабораторий, головным учреждениям назначают­ся дублеры, на которые возлагаются функции областных, краевых, респуб­ликанских или региональных учреждений. В качестве дублера используются один-два районных (городских) центра государственного санитарно-эпиде­миологического надзора и соответствующие им ЦГСЭН на железнодорожном транспорте, ветеринарные лаборатории, проектно-изыскательские центры. Высшим уровнем санитарно-эпидемиологической экспертизы воды и продовольствия являются ФЦГСЭН, Всероссийские профильные центры спе­цифической индикации микроорганизмов. В качестве этих центров опреде­ляются ведущие научно-исследовательские институты системы Минздрава России, РАМН, других министерств и ведомств.

В лабораториях министерств и ведомств пищевой, мясомолочной про­мышленности, заготовок, рыбного хозяйства и других осуществляется наблюдение и лабораторный контроль зараженности микроорганизмами ресурсов зерна и продуктов его переработки, пищевого сырья, пищевых продуктов, резервов продовольственных товаров-, изготавливаемых и хранящихся на подведомственных предприятиях, складах и базах; они же выдают заключе­ние на их реализацию. Кроме того, они определяют полноту дезинфекции пи­щевого сырья, полуфабрикатов и пищевых продуктов.

**6.4. Содержание и последовательность управления государственной санитарно-эпидемиологической службой в военное время.**

Руководство госсанэпидслужбой включает:

* непрерывное получение сведений о санитарно-эпидемиологической обстановке, их обобщение, анализ и оценку;
* планирование санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
* постановку задач подчиненным медицинским силам и средствам, контроль за их деятельностью и оказание необходимой помощи:

- организацию взаимодействия с другими службами и ведомствами. Процесс управления госсанэпидслужбой военного времени представлен в виде информационного компонента, медико-профилактического анализа и маркетинга, алгоритма управления:

Информационный компонент.

а) подбор нормативной правовой и методической литературы по санитарно-противоэпидемическому (профилактическому) обеспечению;

б) получение указаний вышестоящих органов управления по вопросам мобилизации, подготовки учреждений и специальных формирований;

в) уточнение сведений о радиационных и других поражениях, отравлениях, опасных инфекционных заболеваниях, местах массовой гибели людей и животных в зоне ответственности и на прилегающей территории, эпизоотической обстановке в районах природноочаговых инфекций, появлении зон радиоактивного загрязнения, химического или биологического заражения (загрязнения) территории;

г) получение данных об изменениях санитарно-эпидемиологической обстановки в зоне ответственности, прежде всего в местах массового сосредоточения людей, расселения эвакуируемых и беженцев, размещения пунктов призыва, подготовки мобилизуемых, районах угрожаемых либо имеющихся ЧС, потенциально опасные производственных объектах, запасных пунктов управления, лечебно-профилактических и учебно-воспитательных учреждениях, уч­реждениях и формированиях МО, МЗ, МЧС и МВД, на специальных объектах;

д) получение данных о состоянии сил и средств госсанэпидслужбы, запасов реактивов, иммунных препаратов, антидотов, радиопротекторов, средств фармакологической коррекции работоспособности, дезинфектантов, антибиотиков, о запланированных и проведенных мероприятиях, ходе рас­консервации техники и т.д.;

е) отработка информационных технологий по автоматизации управле­ния, сопряжению баз данных с другими министерствами и ведомствами, про­граммному обеспечению, модемной связи, унификации показателей о санэпидобстановке и методов их обработки, правовому сопровождению, соци­альной и медицинской защите.

Медико-профилактический анализ и маркетинг.

а) обработка данных:

* санитарно-химической, санитарно-радиационной и санитарно-эпидемиологической разведок;
* о состояния иммунитета населения, поглощенной дозе, работоспособности, подготовленности;
* о поступивших указаниях и ходе выполнения предварительных распо­ряжений;
* учетно-отчетной документации;
* сообщений ВОЗ и других международных организаций;

б) оперативная оценка:

* адекватности мобилизационных заданий, направлений взаимодействия и обмена информацией, подготовки сил и средств;
* вариантов решений по повышению устойчивости управления, локализации и ликвидации эпидемических очагов, действий в зонах загрязнения и заражения территории;
* готовности сил и средств;
* материалов гигиенической и эпидемиологической диагностики;

в) выделение актуальных проблем поддержания санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обоснование целей, задач и направлений их решения, гигиеническая угрозометрия зоны ответственности, оценка вариантов предварительных распоряжений;

г) выработка решения по объему и последовательности медицинских санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и привлекаемым силам и средствам, координации взаимодействия с учреждениями и формированиями госсанэпидслужбы других ведомств;

д) сравнительная оценка сложившейся санитарно-эпидемиологической об­становки с данными предыдущих обострений и опытом различных спецформирований и учреждений, регионов и стран по действиям в аналогичной ситуации;

е) разработка типовых планов поддержания санитарно-эпидемиологического благополучия, действий по мобилизационным заданиям, обучения кадров, освежения запасов материальных средств, подготовки техники, укладок и т.д.

ж) определение основных направлений научно-методического сопровождения Госсанэпиднадзора, актуальных проблем устойчивости управления;

з) подготовка стандартов, санитарных правил и норм, приказов и дру­гих научно-организационных и методических документов.

Алгоритм управления.

а) отдача предварительных распоряжений, оформление принимаемых решений, составление или корректировка планов мероприятий, принимае­мых решений, предложений.

б) методическая помощь нижестоящим звеньям государственной санитарно-эпидемиологической службы.

в) доведение планов, приказов и распоряжений до ответственных исполнителей.

г) контроль исполнения принимаемых решений, их адекватности требованиям обстановки.

д) взаимодействие госсанэпидслужбы с другими исполнителями.

е) оценка эффективности проводимых мероприятий, корректировка отдельных направлений.

ж) координация деятельности санитарно-эпидемиологических учреждений всех министерств и ведомств, оказание методической и практической помощи, усиление кадрами и материальными средствами, унификация приемов и методов работы.

з) контроль деятельности кадров государственной санитарно-эпидемиологической службы, их своевременное информирование, подготовка и пе­реподготовка к действиям в экстремальной обстановке, оптимизация организационно-штатной структуры.

и) создание мотивации (идеологическая и моральная поддержка; мате­риальное стимулирование; обратная связь; взаимное информирование; спе­циальная (мобилизационная) подготовка).

к) решение психологических и правовых направлений (ориентация на выполнение задач; юридическая защита; страхование; подготовка населе­ния; разъяснительная работа; обследование контрольных групп).

Для последовательности и преемственности управления в ЦГСЭН ве­дется соответствующая документация:

* схемы оповещения и сбора личного состава учреждения в рабочее и нерабочее время,порядок связи;
* штат и табель к штату для работы в военное время;
* план подготовки и развития учреждения Сети наблюдения и лабора­торного контроля на текущий год и на перспективу;
* инструкции, положения, указания — о порядке ведения радиационного, химического, биологического наблюдения (разведки) и оповещения о за­ражении (загрязнении) объектов окружающей среды,

о порядке передачи информации о заражении (загрязнении) объектов окружающей среды со схемой связи,

о нормах допустимых уровней радиоактивного заражения (загряз­нения), предельно допустимых концентраций боевых отравляющих и опасных химических веществ, патогенных микроорганизмов в воздухе, питьевой воде, продовольствии, пищевом и фуражном сырье на мирное и военное время,

о ведении журналов регистрации отобранных проб и радиаци­онного, химического и биологического наблюдения (разведки),

о работе Сети наблюдения и лабораторного контроля и функци­ональные обязанности специалистов учреждения,

о перечне опасных инфекционных заболеваний и поражений людей, сельскохозяйственных животных и растений,

о перечне опасных химических веществ, нарабатываемых на химических предприятиях и хранящихся на территории и в регионе,

о перечне потенциально опасных объектов в радиационном, хи­мическом и биологическом отношении.

Для поддержания готовности к действиям при осложнении санитар­но-эпидемиологической обстановки проводятся мероприятия:

* выявление новых потенциально опасных объектов, анализ обстановки на них и прогнозирование возможных ее осложнений;
* разработка на объектах "Перечня возможных событий, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций военного времени" и критериев, характеризующих обстановку как чрезвычайную;
* участие в разработке и выполнении программ, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
* предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований санитарно-эпидемиологической безопасности, охране здоровья населения исреды обитания;
* создание и пополнение резерва финансовых, медицинских и материально-технических ресурсов для ликвидации санитарно-эпидемиологических последствий нападения противника;
* участие в разработке нормативных и методических документов по вопросам защиты населения — "Санитарно-противоэпидемическое (профилактическое) обеспечение населения в военное время";
* установление порядка связи и оповещения о возникновении осложнений обстановки, взаимодействия с другими учреждениями и ведомствами;

-совершенствование подготовки органов управления, сил и средств госсанэпидслужбы к действиям в военное время.

Мероприятия, проводимые при угрозе нападения противника:

* оповещение и сбор руководящего состава в сроки, установленные планом (в рабочее до 30 мин и в нерабочее от 1 ч и более в зависимости от времени, устанавливаемого органами управления МЧС);
* выполнение функциональных обязанностей должностными лицами и обеспечение их слаженной работы;
* отдание распоряжений подотчетным органам управления, отвечающих условиям обстановки, обеспечивающих решение задач;
* усиление наблюдения и контроля за состоянием окружающей среды, обстановкой на потенциально опасных для населения объектах и территориях, прогнозирование осложнений санитарно-эпидемиологического характера;
* постоянный сбор и анализ информации при ухудшении производствен­но-промышленной, радиационной, химической, санитарно-эпидемиологической, сейсмической и гидрометеорологической обстановки;
* прогнозирование санитарно-эпидемиологических последствий в случае нападения противника;
* проверка действий оперативного дежурного, системы оповещения и доведения информации об угрозе или нападении противника;
* доклады вышестоящему органу управления в установленном порядке;
* определение порядка перевода органов и учреждении госсанэпидслужбы в режим повышенной готовности;
* организация работы комиссий по ЧС и санитарно-противоэпидемической комиссии;
* подготовка формирований и групп экспертов для работы в зонах осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки;
* повышение готовности сил и средств, предназначенных для санитарно-противоэпидемического (профилактического) обеспечения в военное время, уточнение их планов и действий;
* направление (при необходимости) оперативной группы (группы экспертов) в район предполагаемого осложнения санэпидобстановки для уточнения и оценки ее параметров на месте с последующим докладом в выше стоящий орган управления.

Мероприятия, проводимые после нападения противника:

* оповещение органов управления, сил и средств госсанэпидслужбы согласно установленному порядку и схемам;
* выдвижение групп разведки;
* оценка санитарно-эпидемиологической обстановки;
* перевод органов и учреждений госсанэпидслужбы в чрезвычайный режим функционирования;
* выдвижение отрядов, бригад, групп экспертов, других сил и средств госсанэпидслужбы в районы осложнения санэпидсобстановки;
* организация государственного санитарно-эпидемиологического надзора, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в районе осложнения санэпидобстановки и очагах (зонах) загрязнения (заражения);
* осуществление постоянного наблюдения и контроля за состоянием среды обитания в зоне ответственности, обстановкой на аварийных объектах и на прилегающих к ним территориях;
* организация материально-технического обеспечения работы специалистов госсанэпидслужбы;
* восполнение резерва и создание оперативных запасов медицинского, санитарно-хозяйственного имущества, диагностических, профилактических и дезинфекционных средств для ликвидации санитарно-эпидемиологи­ческих последствий.

Мероприятия по защите населения:

* участие в подготовке населения к действиям в военное время по санитарно-противоэпидемическим (профилактическим) вопросам;
* контроль за обеспечением населения медицинскими средствами защиты;
* санитарно-эпидемиологическое сопровождение неотложных меропри­ятий по жизнеобеспечению пострадавшего населения;

-организация профилактики массовых заболеваний, гигиенического воспитания и обучения населения. Организация взаимодействия.

- организация взаимодействия с органами исполнительной властисубъектов РФ и местного самоуправления, а также заинтересованными предприятиями и учреждениями по вопросам ликвидации санитарно-эпидемио­логических последствий военного времени;

- участие специалистов госсанэпидслужбы в экспертной оценке потерь,  
ущерба от неблагоприятных санитарно-эпидемиологических последствий  
военного времени.

Обязанности руководителей и состава специализированных формиро­ваний по обеспечению постоянной готовности.

Начальник гражданской обороны объекта — руководитель ЦГСЭН:

* отвечает за состояние готовности учреждения и созданных санитарно-эпидемиологических формирований к работе в условиях военного времени;
* имеет право издавать приказы по подготовке объекта, формирований и СНЛК, утверждать планы и функциональные обязанности должностных лиц, принимать решения в соответствии со складывающейся обстановкой, финансировать установленным порядком проводимые мероприятия, объявлять поощрения и взыскания.

Обязан:

* постоянно изучать санитарно-эпидемиологическую обстановку своего региона и планировать санитарно-противоэпидемическое обеспечение населения;
* определить порядок оповещения сотрудников внутри формирований (кто, кого и как оповещает s по телефону, лично, посыльным) и место сбора, т.е. составить схему оповещения;
* уточнить домашние телефоны и своевременно вносить поправки в случае замены специалиста или номера телефона;
* накопить и держать в готовности к использованию средства дезактивации, дегазации и дезинфекции, коллективной и индивидуальной защиты, материалы для герметизации помещений, специальную и иную технику, аппаратуру, имущество;
* установить порядок и последовательность действий сотрудников при эвакуации из помещения, а также состава специализированных формирований в зоне ответственности;
* контролировать организацию и проведение мероприятий формирова­ниями и учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля и представлять полученные данные в соответствующие органы по подчиненности;
* организовать проведение экстренной и специфической профилактики, санитарно-эпидемиологической экспертизы питьевой воды и продовольствия, медикаментов и медицинского имущества на заражение (загрязнение)радиоактивными, боевыми отравляющими или опасными химическими веще­ствами, патогенными микроорганизмами и агентами биологического оружия;
* руководить проведением спасательных работ на объекте;
* разрабатывать мероприятия по укреплению материально-техничес­кой базы ЦГСЭН, обосновывать и представлять предложения по мероприя­тиям, требующим капитальных вложений и материальных затрат;

Начальник штаба ГО объекта:

- отвечает за состояние готовности штаба ГО объекта к работе в военное время, оповещение и сбор руководящего состава объекта, за подготовку документов по планированию и управлению мероприятиями на объекте, за устойчи­вость управления и оперативной работы средств связи ГО объекта и подготовку персонала и медицинских формирований к работе в военное время;

- имеет право отдавать распоряжения от имени главного врача в объе­ме своих функциональных обязанностей (в отсутствие начальника ГО объекта исполняет его обязанности), заслушивать должностных лиц штаба и заведующих отделениями и лабораториями, руководителей служб о выполнении ими своих обязанностей в чрезвычайных ситуациях;

Обязан:

* организовать работу штаба ГО объекта, обеспечить его постоянную готовность;
* разработать совместно с членами штаба функциональные обязанности должностных лиц, организовать их изучение, докладывать начальнику ГО объекта об уровне подготовки должностных лиц, их соответствии занимае­мым должностям в составе штаба;
* спланировать и организовать подготовку штаба, персонала учреждения и личного состава медицинских формирований в соответствии с при­казом начальника ГО объекта и планом основных мероприятий в текущем году;
* обобщать данные по состоянию защиты персонала на объекте (обеспеченности защитными сооружениями, средствами индивидуальной защиты);
* организовать работу штаба по отработке документов, планов медицинского обеспечения;
* спланировать и организовать проведение мероприятий по подготовке загородной зоны по месту развертывания ЦГСЭН в случае его эвакуации;
* совместно с руководящим составом и техническим персоналом отрабатывать планы (годовые, на пятилетку и перспективные) по повышению устойчивости функционирования объекта;
* при угрозе нападения противника в соответствии с планом органи­зовать работу штаба по выполнению предусмотренных мероприятий;
* при нападении противника организовать работу по оценке обстановки, поддерживать связь со штабом ГО и органом здравоохранения территории (района, города), своевременно получать необходимую информацию, докладывать главному врачу предложения для принятия решения, вести соответствующую документацию (донесения, распоряжения и др.);
* контролировать выполнение распоряжений главного врача, анализировать сложившуюся обстановку, обобщать данные по выполнению мероп­риятий объектом в условиях чрезвычайной ситуации;
* систематически повышать свои специальные знания, принимать уча­стие в мероприятиях, проводимых медицинской службой и штабом ГО района (города);
* как заместитель главного врача (по его поручению) выполнять дру­гие обязанности, связанные с подготовкой объекта к работе в военное время, проводить инструктаж вновь принимаемого на работу персонала, участвовать в аттестации персонала центров Госсанэпиднадзора и обсуждении кан­дидатур на должности с учетом их подготовки к работе в военное время;
* организовать разведку и наблюдение на территории объекта, обобщать данные о складывающейся обстановке и готовить предложения начальнику ГО для принятия решений, руководить работой объектовых формирований;
* организовать охрану объекта, работающего в условиях строгого противоэпидемического режима в зоне поражения.

Председатель эвакуационной комиссии — врач-эпидемиолог:

-отвечает за планирование мероприятий по эвакуации санэпидучреж-дения из возможных опасных зон при нападении противника;

- имеет право отдавать распоряжения по вопросам планирования и подготовки санэпидучреждений к эвакуации, представлять предложения по комплектованию эвакокомиссии, по структуре развертывания функциональ­ных отделений и лабораторий на путях эвакуации;

Обязан:

* отрабатывать приказ главного врача - начальника ГО объекта о созда­нии эвакокомиссии и сборного эвакуационного пункта, организовать подготовку их персонала;
* разрабатывать и корректировать разделы плана ГОЧС объекта по вопросам эвакуации и размещения за пределами опасной зоны персонала ЦГСЭН и членов их семей;
* осуществлять контроль за соблюдением строгого противоэпидемичес­кого режима при работе санэпидучреждения и формирований с особо опасными инфекциями;
* руководить подготовкой и деятельностью личного состава эвакокомиссии;
* совместно с начальником штаба ГО объекта и членами эвакокомиссии и сборного эвакопункта, выполнять практические мероприятия по обеспечению готовности к развертыванию сборного эвакопункта и по подготовке ЦГСЭН к организованному выводу из зоны бедствия;
* при нападении противника или возникновении чрезвычайных ситуаций военного времени работать в составе штаба ГО объекта и руководствоваться планом действий в соответствии с обстановкой.

Начальник оперативной группы эпидемиологического надзора — заве­дующий эпидемиологическим отделом:

* отвечает за подготовку подчиненного врачебного и лаборантского со­става в организации противоэпидемических мероприятий в очагах катастроф и лабораторной работы в системе сети наблюдения и лабораторного контроля, за комплектование, оснащение и подготовку созданных на базе ЦГСЭН формирований противоэпидемического профиля (санитарно-эпидемиологическая бригада, группа эпидемиологической разведки), своевременное оповещение и сбор их персонала, приведение втотовность, направление в очаги катастроф и организацию их работы;
* имеет право представлять предложения по комплектованию отделений ЦГСЭН и формирований кадрами; контролировать состояние готовности защитных сооружений к развертыванию лабораторий в условиях строгого противоэпидемического режима; контролировать наличие медицинского, лабораторного и другого имущества в развертываемых формируемых подразделениях.

Обязан;

* проводить занятия по специальной подготовке с врачами и средним медицинским персоналом;
* участвовать в разработке проектов приказов и распоряжений по санитарно-противоэпидемическим мероприятиям среди населения, находящегося в зоне ответственности (эпидемическом очаге);
* взаимодействовать с местными органами власти соседних областей и районов, службами ГО и другими ведомствами по вопросам обмена информацией и проведения противоэпидемических мероприятий;
* знать расчет распределения врачей и лаборантов по созданным фор­мированиям и лабораториям, обеспечивать маневр медицинскими кадрами;
* разработать и корректировать план ГО объекта по вопросам комплектования кадрами и обеспечения специальным имуществом групп эпид-разведки, формирований и бактериологических лабораторий;
* контролировать создание запасов и условия хранения бактерийных препаратов, распределение их по лечебно-профилактическим и санитарно-эпидемиологическим учреждениям, осуществлять контроль за проведением профилактических прививок и экстренной профилактики;
* изучать инфекционную заболеваемость, определять состояние иммунитета среди различных групп населения;
* давать оценку эпидемиологического состояния населенных пунктов;
* участвовать в разработке планов (разделов плана) по противоэпидемическому обеспечению населения при эвакуации и осуществлять контроль за их выполнением;
* организовать эвакуацию инфекционных больных, эпидемиологическое обследование инфекционных очагов и проведение мероприятий по их ликвидации;
* контролировать проведение дезинфекции и санитарной обработки населения, соблюдение противоэпидемического режима в лечебно-профилактических, детских и других учреждениях;
* проводить эпидемиологическую разведку на обслуживаемой территории;
* осуществлять контроль за соблюдением режима работы микробиологических лабораторий ЦГСЭН.

Начальник оперативной группы санитарно-эпидемиологического над­зора — заведующий гигиеническим отделом:

* отвечает за подготовку врачебного и среднего медицинского персонала к проведению гигиенических мероприятий в очагах катастроф, за комплектование^, оснащение и подготовку бригад гигиенического, радиологического, токсико-хи|у!ического профиля, за планирование и развертывание лабораторий;
* имеет право представлять предложения по комплектованию отделений, лабораторий и формирований кадрами, контролировать состояние готовности защитного сооружения к развертыванию подразделений, наличие медицинского, лабораторного и другого имущества;

Обязан:

* проводить занятия по специальной подготовке с врачами и средним медицинским персоналом по тематике санитарно-гигиенического профиля, по организации мероприятий в зонах заражения (загрязнения);
* знать расчет распределения врачей гигиенического профиля, лаборантов и других медработников, обеспечение имуществом по созданным формированиям и отделениям ЦГСЭН в планах на военное время в соответствии с прогнозом и обеспечивать их маневр в складывающейся обстановке;
* разрабатывать и корректировать разделы плана по санитарно-гигиеническому обеспечению населения, работе санитарно-химических и радиологических лабораторий;
* разрабатывать мероприятия по предупреждению воздействия вто­ричных поражающих факторов на личный состав ЦГСЭН и формирований;
* давать оценку санитарно-гигиенического состояния населенных пунктов и объектов на обслуживаемой территории;
* осуществлять санитарно-гигиенический контроль за состоянием мест размещения населения, источников водоснабжения, объектов питания, банно-прачечного обслуживания и разработку мероприятий по аварийному режиму их работы;
* организовать контроль за содержанием индивидуальных и коллективных средств защиты;
* осуществлять методическое руководство и контроль за проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в учреждениях и предприятиях в зоне ответственности;
* проверять готовность объектовых лабораторий (на пищевых и других предприятиях) к работе в военное время;
* участвовать в выработке режимов защиты и поведения персонала ЦГСЭН и формирований в зонах загрязнения (заражения);
* проводить санитарно-разъяснительную работу среди населения по способам защиты от радиоактивных, высокотоксичных и других вредных веществ.

Заместитель начальника ГО объекта по лабораторной работе — началь­ник СНЛК (зав. микробиологической лабораторией):

* отвечает за подготовку специалистов, работающих в лабораториях СНЛК. оснащение лабораторным имуществом и диагностическими препаратами;
* имеет право представлять предложения по комплектованию лабораторий СНЛК специалистами, контролировать состояние готовности лабораторий;

Обязан:

* разработать и корректировать разделы плана ГО объекта по вопросам комплектования кадрами и обеспечения имуществом лабораторий СНЛК и лабораторий формирований ЦГСЭН;
* разрабатывать мероприятия по повышению устойчивости функционирования бактериологической и других лабораторий, защите основного имущества лабораторий и предупреждению воздействия вторичных факто­ров поражения на личный состав;
* участвовать в подготовке эвакомероприятий и базы развертывания лабораторий;
* руководить подготовкой имущества лаборатории к эвакуации и раз­вертыванию лаборатории в зоне бедствия;
* участвовать в специальной подготовке личного состава ЦГСЭН и создаваемых формирований по вопросам отбора и доставки проб для специфической индикации, режима работы лабораторий, в разработке мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости среди населения;
* принимать участие в комплексных обследованиях групповых заболеваний, пищевых отравлений и лабораторных исследованиях;
* организовывать и проводить контроль за правильностью отбора и транспортировки материала для лабораторных исследований в лечебно-профилактических и других учреждениях;
* осуществлять контроль за соблюдением режима работы личного состава лабораторий;
* оказывать медицинскую помощь объектовым лабораториям на закрепленной территории в проведении лабораторного контроля на загрязненность продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды;
* обобщать и анализировать работу лабораторий СНЛК, участвовать в разработке мероприятий по ее совершенствованию.

Помощник начальника штаба ГО по формированиям:

- обеспечивает деятельность бригад, поддерживая взаимодействие между ними; при создании санитарно-эпидемиологического отряда, состоящего из нескольких бригад, является его начальником; исполняет указания начальника ГО и начальника штаба ГО объекта.

Заместитель начальника ГО объекта по материально-техничес­кому обеспечению:

* отвечает за организацию материального и технического обеспечения функционирования объекта в чрезвычайных ситуациях, за оснащение и подготовку формирований ГО общего назначения;
* имеет право распределять в соответствии с заявками средства материального и технического обеспечения по отделениям и формированиям, контролировать их экономное расходование и использование в соответствии с назначением, изымать излишествующее имущество и перераспределять между отделениями и лабораториями;

Обязан:

* принимать участие в отработке документов плана по вопросам материально-технического обеспечения формирований, отделений и лабораторий;
* работать в составе эвакокомиссии объекта и решать вопросы вывоза имущества ЦГСЭН при эвакуации в загородную зону, материального и технического обеспечения ее развертывания и работы;
* создавать запасы материальных и технических средств для оснаще­ния формирований,отделений и лабораторий;
* участвовать в исследованиях устойчивости функционирования ЦГСЭН в чрезвычайных ситуациях, отработке плана и выполнении мероприятий по повышению устойчивости;
* при угрозе нападения противника и при ликвидации последствий проводить мероприятия по защите материальных средств, обеспечивать своевременное снабжение приводимых в готовность формирований, отделений и лабораторий.

Руководитель формирования обязан:

* знать зону ответственности, возможные участки (объекты) и маршруты движения к ним, характер застройки района, места нахождения защитных сооружений, их вместимость и техническую характеристику, а также пути подхода к ним, производственные и иные особенности объектов, характер возможных спасательных и неотложных аварийно-восстановительных работ, места хранения патогенных микроорганизмов, радиоактивных, опасных химических, пожаро- и взрывоопасных веществ, расположение коммунально-энергетических сетей и сооружений на участке (объекте) работ и на прилегающей территории;
* организовать материальное и техническое обеспечение формирования;
* знать состав формирования, его задачи, возможности, порядок комплектования сотрудниками, всеми видами имущества, средствами передвижения и связи;
* совершенствовать личную подготовку, организовывать и проводить занятия с составом формирования;
* знать уровень специальной подготовки, деловые качества и профессиональные возможности подчиненных, технические возможности оборудования;
* поддерживать постоянную готовность состава формирования и его высокую слаженность для выполнения возникающих задач;
* руководить работой формирования и поддерживать взаимодействие с другими специализированными подразделениями;

-решительно добиваться выполнения поставленных задач, проявлять инициативу, при необходимости принимать самостоятельные решения в со­ответствии с обстановкой;

* контролировать правильность использования, сохранения и сбережения имущества и специальной техники, периодически лично проверять их состояние;
* заботиться об обеспечении подчиненных средствами защиты, следить за соблюдением мер безопасности при работе с техникой, передвижении, проведении работ и выполнении других обязанностей;
* иметь сведения о списочном составе формирования, наличии и состо­янии техники, аппаратуры и имущества, других материальных средств;

- поощрять смелые, разумные и инициативные действия подчиненных.  
Личный состав формирований —должен знать:

- предназначение своего формирования и свои обязанности;

- порядок действий по сигналу "Внимание всем!" и речевой информа­ции штаба по делам ГО;

* порядок оповещения, сбора и приведения формирования в готовность;
* производственные и технологические особенности объектов в зоне ответственности и характер возможных спасательных и других неотложных работ при ликвидации санитарно-эпидемиологических последствий нападения противника;
* способы защиты от воздействия поражающих факторов (радиацион­ных, химических, биологических, термических и др.);
* назначение, технические данные, порядок применения и возможности механизмов, приборов и других технических средств, а также средств за­щиты, состоящих на оснащении формирования;
* имеющиеся средства связи (телефон, радиотелефон, радиостанции и пр.);
* порядок проведения частичной и полной санитарной обработки, способы обеззараживания техники, одежды, обуви, продовольствия;
* физико-химические и поражающие свойства современного вооружения, опасных химических и радиоактивных веществ, биологических средств и агентов биологического оружия применяемых в зоне ответственности, порядок защиты;

- меры безопасности при проведении спасательных и других работ,  
должен уметь:

* проводить спасательные и другие неотложные работы при ликвидации санитарно-эпидемиологических последствий военного времени;
* применять закрепленную штатную технику, механизмы, приборы и другое табельное имущество, а такие средства защиты в ходе проведения разведки, спасательных и других неотложных работ;
* проводить частичную и полную санитарную обработку, обеззаражива­ние и обезвреживание техники и имущества, одежды и обуви;
* оказывать само- и взаимопомощь при отравлениях, ожогах, ранениях, переломах, кровотечениях и других травмах.

**6.5. Материально-техническое обеспечение государственной санитарно-эпидемиологической службы в военное время.**

Для выполнения первоочередных работ при ликвидации санитарно-эпидемиологических последствий военного времени создается резерв ме­дицинского имущества на федеральном, территориальном и местном уров­нях. Порядок формирования, накопления, размещения, хранения, пополне­ния и освежения медицинского имущества резерва определяется Положением о резервах медицинского имущества.

Номенклатура медицинского имущества и его количество определяет­ся с учетом возможной медико-тактической обстановки по Нормам снабже­ния медицинским имуществом службы и Табелям оснащения формирований.

Ответственными за накопление и содержание резерва медицинского имущества для госсанэпидслужбы на федеральном уровне являются Феде­ральный центр Госсанэпиднадзора, на территориальном и местном уровнях - соответствующие ЦГСЭН.

Порядок создания, расходования, номенклатура и объемы резервов финансовых, материально-технических ресурсов и медицинского имущества определяются органом (организацией), их создающим.

Материальное обеспечение СЭО необходимым имуществом проводится в соответствии с табелем оснащения, утвержденным Госсанэпидслужбой России:

* медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом, а также автотранспортом, за счет имеющегося на балансе учреждения, формирующего отряд, при необходимости и по согласованию, может быть использовано имущество других учреждений и ведомств;
* имуществом мобилизационного резерва.

Для обеспечения возможности оперативного маневра подразделени­ями СЭО табельное имущество комплектуется в укладках для каждого под­разделения отдельно. Все формы необходимой документации заготавлива­ются заранее формирователем - центром Госсанэпиднадзора - и хранятся на складах с табельным имуществом.

Приборы и лабораторное оборудование, реактивы и средства защи­ты, не используемые в повседневной деятельности центров Госсанэпиднад­зора, но необходимые для работы в военное время, хранятся в соответству­ющих складских помещениях и возобновляются в установленном порядке.

Финансирование деятельности СЭО осуществляется из бюджетных средств центров Госсанэпиднадзора и специального резервного фонда, а также внебюджетных средств. Порядка задействования и восполнения в уч­реждениях госсанэпидслужбы оперативных резервов препаратов и имуще­ства определен соответствующими приказами Минздрава России.

Оперативные резервы создаются для обеспечения постоянной готов­ности и бесперебойной работы учреждений госсанэпидслужбы и их специа­лизированных формирований (санитарно-эпидемиологических отрядов, бри­гад центров Госсанэпиднадзора и специализированных противоэпидемичес-ких бригад противочумных учреждений).

Федеральные оперативные резервы задействуются по указанию Мин­здрава России в случаях, когда осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки носят массовый или затяжной характер, или происходит истоще­ние территориальных оперативных резервов.

Создание, восполнение и обновление оперативны:? резервов осуще­ствляется за счет средств, выделяемых из федерального бюджета, а также целевых фондов, предназначенных для борьбы с эпидемиями и т.д.

Предназначенные для диагностики особо опасных инфекций медицин­ские иммунобиологические препараты (МИБП) со сроком годности менее одного года списываются по истечении срока годности и могут быть исполь­зованы для учебных целей. МИБП с большим сроком годности за год до ис­течения срока реализуются для текущей работы. Пополнение оперативных запасов производится по мере их использования или при необходимости за­мены препаратов в связи с истечением срока их годности.

По поручению Минздрава России обновление МИБП для диагностики карантинных и других особо опасных инфекций может осуществляться централизованно одним из учреждений госсанэпидслужбы для всех регионов по утвержденной номенклатуре федеральных и региональных резервов. Учреж­дения-хранители региональных оперативных резервов могут дополнять но­менклатуру препаратами, необходимыми для диагностики инфекционных заболеваний, имеющих значение в краевой патологии. Количество заклады­ваемых в резерв препаратов зависит от конкретной эпидемиологической си­туации в регионе по каждой инфекции. Расчет количеств лабораторных рас­ходных материалов и дезсредств для нужд всех видов формирований необ­ходимо производить совместно с Федеральным центром Госсанэпиднадзора. Расформирование санитарно-эпидемиологических отрядов и специ­ализированных противоэпидемических бригад, предназначенных для рабо­ты в военное время, предусматривается специальным постановлением Пра­вительства Российской Федерации.

***Литература.***

1. Белков А.Н., Мешков В.В., Жуков В.А., РябочкинВ.М.идр. Медицинская сортировка пораженных в чрезвычайных ситуациях. — М.:Медикас, 1991, 62с.
2. Березкин Г.А. Перспективные виды оружия и защита населения от них. Матер, международной конф "Глобальные проблемы как источник ЧС" 22-23 апреля 1998г., М. УРСС1998, С.103
3. Большаков В.Н., Зубков И.А. Некоторые организационные аспекты медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах//Воен.мед.-журн, 1999. №8, С.15-22.
4. Владимиров В.А. Современная война и гражданская оборона. Сборник материалов центра стратегических исследований гражданской защиты. Выпуск 5.М., 1998, С.38-40.
5. Гражданская защита. Понятийно-терминологический словарь/ Под общ. ред. Ю.Л. Воробьева — М.: "Флайст", 2000, 240с.
6. Гражданская оборона. Учебное пособие.Под ред. Завьялова В.Н../М.: Медицина, 1989, 271с.
7. Золотарев В.А. "Россия (СССР) в локальных войнах и военных конфликтах второй половины XX века", Москва, 2000.
8. Ильин Л.А. О потерях среди населения в результате воздействия поражающих факторов ядерных взрывов// Вестник АМН СССР.— М.,1983. /№ 4. С. 6-9.
9. Катастрофы XX века. Под общей ред.Владимирова В.А. — М.: УРСС, 1998,400с.
10. Лобанов А.И. Характеристика медицинских сил, привлекаемых к ликвидации последствий ЧС. Учебное пособие. АГЗ МЧС России. —Новогорск, 1996.54с.
11. Лобанов А.И. Служба медицины катастроф в военное время // Граж­данская защита, 1998, №4, С. 77-79.
12. Лобанов А.И., Степин В.В. Об организации медицинского обеспечения населения в военное время //Гражданская защита, 1999, № 6, С. 62-68. Лобанов А.И., Авитисов П.В. Система медицинского обеспечения населения в современной войне: проблемы, пути совершенствования. //Граж­данская защита, 2002, № 5, С. 31-33.
13. Медицина катастроф. Учебное пособие.Под ред Рябочкина В.М. и НазаренкоГ.И.,М.,ИНИЛтд.1996,с.51-60.
14. Назарова И.А.,Смирнов И.А. Развертывание и организация работы полевого многопрофильного госпиталя в условиях локального вооруженного конфликта//Медицина катастроф: проблемы, состояние и перспективы развития: Сборниктрудов ВЦМК "Защита", 1998, С.153-162
15. Оперативное прогнозирование инженерной обстановки в ЧС. Под ред. Шойгу С.К., МЧС России. Ф-т ГО ВИА. М.:1998, С.141-172.
16. Организация медицинской помощи пострадавшим с механическими травмами в мирное и военное время/ Брюсов П.Г., Жижин В.Н., Коваленко СИ. и др. —Томск: Изд.Том. ун-та, 1994,238с.
17. Основы организации лечебно-эвакуационного обеспечения при лик­видации медико-санитарных последствий ЧС: Пособие для врачей. М.: ВЦМК "Защита", 2001,43с.
18. Руководство по медицинской службе ГО. Подред.БурназянаА.И. — М.: Медицина. 1983, 495с.
19. Руководство по организации планирования, обеспечения и проведения эвакуации населения в военное время. МЧС России.— М., 1997.
20. Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные воп­росы) М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2000, 360 С.
21. Серебряников В..Дерюгин Ю. Социология армии. Инст.соц.-полит. иссл.РАН., М., 395с.
22. Служба экстренной медицинской помощи в условиях крупного города. Под ред. Рябочкина В.М., Камчатнова Р.А.— М.: Медикас,1991, 216с.
23. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 1939-1945г.г. - 2 изд. М.: Медицина, 1979, 527с.
24. Управление людскими ресурсами здравоохранения. Доклад Коми­тета экспертов ВОЗ, Женева, 1991, 65с.
25. ЧижВ.М.,Жиляев Е.Г., Галин Л.Л., БелозеровВ.В. Военно-медицинская доктрина — научная основа медицинского обеспечения Вооруженных Сил. Воен. мед.журн. — 1995, №5, С. 4-13.
26. Н.П. Щебланин, ВАЗлатенков, И.Ш.Ишимов. Система управления РСЧС. Новогорск, АГЗ МЧС России. 1999,94с.

***Законодательные* и *нормативно-правовые документы.***

1. Федеральный закон "Об обороне". Принят Госдумой 24 апреля 1996г. Одобрен Советом Федерации 15 мая 1996 г.
2. Федеральный закон "О гражданской обороне" от 12.02.98 №28-ФЗ.
3. Федеральный закон РФ "О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера" от 21 декабря 1994 г.
4. Федеральный закон РФ "О государственном материальном резерве" от 29 декабря 1994 г.
5. Постановление Правительства РФ "О единой государственной системе предупреждения и ликвидации ЧС" от5 ноября 1995 г. №1113.
6. Положение о Всероссийской службе медицины катастроф. Утверждено постановлением Правительства РФ от 28 февраля 1996 г. № 195.
7. Положение о Министерстве Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий. Утверждено постановлением Правительства РФ от 6 мая 1994 г. №457.
8. Положение о гражданских организациях гражданской обороны. Утверждено постановлением Правительства РФ от 10 июня 1999 г. № 620 .
9. Положение о федеральной медицинской службе гражданской обороны. Приказ МЗ РФ от 03.07.2000 г.№ 242.
10. Положение об автосанитарных отрядах гражданской обороны. М.:1986.
11. Постановление Правительства РФ № 852м-40 от 30 августа 1995 г. Положение об эвакосанитарных летучках.

39. О создании гражданских организаций гражданской обороны. Мето­дические указания по созданию гражданских организаций гражданской обо­роны в учреждениях, организациях и предприятиях, подведомственных ми­нистерству здравоохранения РФ. Минздрав России. М.: от24.04.2001г. № 25/ 10/4291-01-27. 65 с.

40. Инструкция о порядке развертывания и использования дополнитель­ных больничных коек здравоохранения в военное время. МЗ РФ от 08.12.2000. №212-05 /356 дсп.