

# МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ





**Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Северный государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

# **МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

**Учебное пособие  
Под редакцией проф. Ю.Е. Барачевского**

Архангельск, 2020

УДК 614.8  
ББК 51.1  
М 42

**Коллектив авторов:**

**Ю.Е. Барачевский** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф СГМУ (г. Архангельск); **А.О. Иванов** – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник НИИ спасания и подводных технологий ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия им. адмирала флота Советского Союза Н.Г. Кузнецова» (Санкт-Петербург); **С.М. Грошилин** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф ФГБОУ ВО РостГМУ (г. Ростов на Дону); **Кубасов Р.В.** – кандидат биологических наук, доцент кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф СГМУ (г. Архангельск).

**Рецензенты:**

кандидат медицинских наук, министр здравоохранения Архангельской области, **А.А. Карпунов**; доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры гигиены и медицинской экологии СГМУ **А.С. Сарычев**.

Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Северного государственного медицинского университета

М 42

Медицина чрезвычайных ситуаций: учебное пособие / Ю.Е. Барачевский и др.; под ред. проф. Ю.Е. Барачевского. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2020. – 394 с.

**ISBN 978-5-91702-339-7**

Учебное пособие предназначено для организаторов здравоохранения всех уровней и специалистов, работающих в сфере подготовки персонала медицинских организаций к действиям в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени и обеспечения мобилизационной готовности здравоохранения. Основные положения подготовленного издания могут быть использованы медицинским персоналом различных категорий на уровне дополнительного профессионального образования по модулю «Медицина чрезвычайных ситуаций».

**УДК 614.8  
ББК 51.1**

**ISBN 978-5-91702-339-7**

© Коллектив авторов, 2020  
© Северный государственный  
медицинский университет, 2020

# ОГЛАВЛЕНИЕ

|                                                                                                                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                                                                                                                                                                | Стр.      |
| Список сокращений .....                                                                                                                                        | 8         |
| <b>Предисловие .....</b>                                                                                                                                       | <b>11</b> |
| <b>1. Единая государственная система предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (РСЧС) .....</b>                                            | <b>14</b> |
| 1.1. Понятие о чрезвычайных ситуациях, их характеристика, классификации, медико-санитарные и иные последствия .....                                            | 14        |
| 1.2. Задачи и основы организации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.....                             | 26        |
| 1.3. Режимы функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и выполняемые в них мероприятия..... | 34        |
| 1.4. Силы и средства Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.....                                         | 37        |
| <b>2. Всероссийская служба медицины катастроф .....</b>                                                                                                        | <b>41</b> |
| 2.1. Предназначение, задачи и структура Всероссийской службы медицины катастроф .....                                                                          | 43        |
| 2.2. Организационные основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения, пострадавшего в чрезвычайных ситуациях.....                                          | 56        |
| 2.3. Психолого-психиатрические нарушения у лиц, вовлечённых в чрезвычайные ситуации .....                                                                      | 69        |
| 2.4. Основы организации санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения населения и территорий в чрезвычайных ситуациях .....                     | 74        |
| 2.5. Перечень документов, создаваемых в формированиях функциональных подсистем РСЧС – медицины катастроф и санитарно-эпидемиологического надзора .....         | 83        |
| 2.6. Мероприятия, осуществляемые функциональными подсистемами РСЧС – службами медицины катастроф и санэпиднадзора в режимах их функционирования.....           | 83        |
| 2.7. Правила и обязанности работы медицинского персонала в чрезвычайных ситуациях на догоспитальном этапе.....                                                 | 88        |

|           |                                                                                                                        |            |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.8.      | Организация медицинского снабжения службы медицины катастроф.....                                                      | 89         |
| 2.9.      | Организация управления службой медицины катастроф.....                                                                 | 96         |
| 2.10.     | Взаимодействие, как важнейший элемент управления службой медицины катастроф.....                                       | 112        |
| 2.11.     | Организация подготовки и проведения экстренной эвакуации больных и персонала из лечебно-профилактических учреждений... | 119        |
| 2.12.     | Учёт и отчётность в службе медицины катастроф.....                                                                     | 132        |
| <b>3.</b> | <b>Медико-тактическая характеристика очагов чрезвычайных ситуаций.....</b>                                             | <b>134</b> |
| 3.1.      | Понятие о медико-тактической характеристике очагов чрезвычайных ситуаций.....                                          | 134        |
| 3.2.      | Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций на транспорте.....                                             | 135        |
| 3.3.      | Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций радиационного характера.....                                   | 143        |
| 3.4.      | Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций химического характера.....                                     | 151        |
| 3.5.      | Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций пожаровзрывоопасного характера.....                            | 160        |
| 3.6.      | Медико-тактическая характеристика террористических актов.....                                                          | 164        |
| 3.7.      | Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций биолого-социального характера.....                             | 171        |
| 3.8.      | Чрезвычайные ситуации природного характера.....                                                                        | 175        |
| 3.8.1.    | Медико-тактическая характеристика наводнений.....                                                                      | 176        |
| 3.8.2.    | Медико-тактическая характеристика землетрясений.....                                                                   | 180        |
| 3.9.      | Структура повреждений (поражений, травм), нарушений здоровья и их исходов у пострадавших в чрезвычайных ситуациях..... | 182        |
| <b>4.</b> | <b>Основы и принципы мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения.....</b>                                 | <b>190</b> |
| 4.1.      | Организация ведения воинского учёта среди персонала здравоохранения.....                                               | 193        |
| 4.2.      | Специальные формирования здравоохранения их виды, предназначение, задачи, структура и организация их работы.....       | 208        |

|           |                                                                                                                                                                |            |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.3.      | Комплектование и оснащение специальных формирований здравоохранения различными видами ресурсов.....                                                            | 221        |
| 4.4.      | Понятие об оперативных койках, развёртываемых в системе государственного здравоохранения, организация их развёртывания.....                                    | 227        |
| 4.5.      | Мобилизационная подготовка учреждений службы крови.....                                                                                                        | 229        |
| <b>5.</b> | <b>Организационные основы гражданской обороны в сфере здравоохранения.....</b>                                                                                 | <b>233</b> |
| 5.1.      | Задачи, структура и основы работы гражданской обороны в сфере здравоохранения.....                                                                             | 234        |
| 5.2.      | Организация медицинского обеспечения эвакуации и рассредоточения населения в загородную зону.....                                                              | 251        |
| 5.3.      | Особенности эвакуации учреждений здравоохранения в загородную зону.....                                                                                        | 261        |
| 5.4.      | Степени готовности гражданской обороны в сфере здравоохранения и объём мероприятий, выполняемых в них.....                                                     | 266        |
| <b>6.</b> | <b>Мобилизационный резерв медицинского и санитарно-хозяйственного имущества.....</b>                                                                           | <b>274</b> |
| <b>7.</b> | <b>Организация подготовки персонала здравоохранения к работе в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени .....</b>                                     | <b>288</b> |
|           | <b>Приложения</b>                                                                                                                                              | <b>298</b> |
| 1.        | О заместителе главного врача по медицинской части для мобилизационной работы и гражданской обороны.....                                                        | 298        |
| 2.        | Мобильные формирования службы медицины катастроф (медицины чрезвычайных ситуаций), их штат и возможности.....                                                  | 306        |
| 3.        | Организация йодной профилактики.....                                                                                                                           | 312        |
| 4.        | Задачи, решаемые оперативной группой здравоохранения субъекта Российской Федерации на запасном пункте управления...                                            | 314        |
| 5.        | Должностной регламент специалиста медицинской организации по воинскому учёту граждан, пребывающих в запасе Вооружённых Сил Российской Федерации (вариант)..... | 315        |
| 6.        | Обязанности граждан Российской Федерации по воинскому учёту, мобилизационной подготовке и мобилизации.....                                                     | 319        |

|                                                                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 7. Памятка руководителю учреждения здравоохранения по ведению военно-учётной работы.....                                                                              | 322 |
| 8. Приказ (проект) «Об организации воинского учёта и бронирования граждан, пребывающих в запасе.....                                                                  | 324 |
| 9. Учётно-отчётные документы по ведению воинского учёта граждан, пребывающих в запасе Вооружённых Сил и работающих в медицинской организации.....                     | 326 |
| 10. Таблица распределения медицинских специалистов по военно-учётным специальностям.....                                                                              | 327 |
| 11. Перечень военно-учётных специальностей и профессий, согласно которым граждане женского пола подлежат воинскому учёту.....                                         | 333 |
| 12. Распределение граждан, пребывающих в запасе Вооружённых Сил Российской Федерации, по разрядам.....                                                                | 336 |
| 13. Таблица возрастов граждан, пребывающих в запасе, подлежащих снятию с воинского учёта в связи с достижением предельного возраста состояния в запасе ВС РФ.....     | 337 |
| 14. Унифицированная форма карточки № Т-2 (образец).....                                                                                                               | 338 |
| 15. Система бронирования граждан, пребывающих в запасе Вооружённых Сил Российской Федерации.....                                                                      | 340 |
| 16. Учётно-отчётные документы по вопросам бронирования граждан, пребывающих в запасе и работающих в учреждениях здравоохранения.....                                  | 344 |
| 17. Удостоверение об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время.....                                                                      | 345 |
| 18. Извещение о зачислении граждан, пребывающих в запасе ВС РФ, на специальный воинский учет.....                                                                     | 346 |
| 19. Расписка о получении документов воинского учета.....                                                                                                              | 347 |
| 20. Порядок получения бланков строгой отчётности (форма № 4) в военном комиссариате и вручения их гражданам, пребывающим в запасе.....                                | 348 |
| 21. Акт об отводе здания для размещения специального формирования здравоохранения.....                                                                                | 349 |
| 22. Ордер на право занятия специальным формированием здравоохранения зданий, помещений и использования земельных участков в период мобилизации и в военное время..... | 351 |

|     |                                                                                                                                                                                                            |            |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 23. | Перечень № 1 мероприятий, выполняемых в мирное время, по приспособлению и оборудованию зданий, отведённых для развёртывания в период мобилизации специальных формирований здравоохранения.....             | 352        |
| 24. | Перечень № 2 мероприятий, выполняемых в период мобилизации и в военное время, по приспособлению и оборудованию зданий, отведённых для развёртывания специальных формирований здравоохранения.....          | 354        |
| 25. | Мобильный медицинский отряд, его структура, задачи, штаты, объём и содержание первичной врачебной медико-санитарной помощи и организация проведения медицинской сортировки.....                            | 355        |
| 26. | Примерный перечень вопросов, выносимых на рассмотрение заседаний комиссии по чрезвычайным ситуациям и обеспечению пожарной безопасности (КЧС и ПБ), штаба гражданской обороны медицинской организации..... | 373        |
|     | <b>Словарь терминов, использованных в учебном пособии .....</b>                                                                                                                                            | <b>376</b> |
|     | <b>Список литературы .....</b>                                                                                                                                                                             | <b>391</b> |



## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

|                  |                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------|
| <b>АСФ</b>       | аварийно-спасательные формирования                 |
| <b>БС</b>        | биологические (бактериальные) средства             |
| <b>БСМП</b>      | бригада специализированной медицинской помощи      |
| <b>БСМП ПГ</b>   | БСМП постоянной готовности                         |
| <b>БСкМП</b>     | бригада скорой медицинской помощи                  |
| <b>БрСМЭ</b>     | бригада судебно-медицинских экспертов              |
| <b>БСМЭ</b>      | бюро судебно-медицинской экспертизы                |
| <b>БЭР</b>       | бригада экстренного реагирования                   |
| <b>ВИЗ</b>       | вспышечная инфекционная заболеваемость             |
| <b>ВМП</b>       | временный медицинский пункт                        |
| <b>ВРП</b>       | вспомогательный распределительный пункт            |
| <b>ВС РФ</b>     | Вооруженные Силы Российской Федерации              |
| <b>ВСБ</b>       | врачебно-сестринская бригада                       |
| <b>ВСМК</b>      | Всероссийская служба медицины катастроф            |
| <b>ВСП</b>       | врачебно-сестринский персонал                      |
| <b>ВУС</b>       | военно-учётная специальность                       |
| <b>ГБ</b>        | головная больница                                  |
| <b>ГОЗ</b>       | гражданская оборона в сфере здравоохранения        |
| <b>ГПЗ</b>       | граждане, пребывающие в запасе ВС РФ               |
| <b>ГСЭР</b>      | группа санитарно-эпидемиологической разведки       |
| <b>ДДА</b>       | дезинфекционно-душевой автомобиль                  |
| <b>ДДП</b>       | дезинфекционно-душевой прицеп                      |
| <b>ДТП</b>       | дорожно-транспортное происшествие                  |
| <b>ДТК</b>       | дорожно-транспортная катастрофа                    |
| <b>ЗПУ</b>       | запасной пункт управления                          |
| <b>ЗС</b>        | защищённый стационар                               |
| <b>ИПГ</b>       | инфекционный подвижной госпиталь ГО                |
| <b>КГ</b>        | категорированный город                             |
| <b>КС</b>        | кризисная ситуация                                 |
| <b>КЧС и ОПБ</b> | комиссия по ЧС и обеспечению пожарной безопасности |
| <b>КЭС</b>       | коммунально-энергетические системы                 |
| <b>ЛПУ</b>       | лечебно-профилактическое учреждение                |
| <b>ЛЭМ</b>       | лечебно-эвакуационные мероприятия                  |

|                    |                                                                                                                                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ЛЭН</b>         | лечебно-эвакуационное направление                                                                                                  |
| <b>ЛЭО</b>         | лечебно-эвакуационное обеспечение                                                                                                  |
| <b>МВД РФ</b>      | Министерство внутренних дел Российской Федерации                                                                                   |
| <b>МВК</b>         | межведомственная комиссия по вопросам бронирования ГПЗ                                                                             |
| <b>МИАЦ</b>        | медицинский информационно-аналитический центр                                                                                      |
| <b>МП</b>          | мобилизационное предписание                                                                                                        |
| <b>МПБ</b>         | многопрофильная больница                                                                                                           |
| <b>МРП</b>         | медицинский распределительный пункт                                                                                                |
| <b>МСЭ</b>         | медико-социальная экспертиза                                                                                                       |
| <b>МЦ «Резерв»</b> | медицинский центр мобилизационных резервов «Резерв»                                                                                |
| <b>МЧС</b>         | медицина чрезвычайных ситуаций                                                                                                     |
| <b>МЧС РФ</b>      | Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий |
| <b>МЭП</b>         | местный эвакуационный пункт                                                                                                        |
| <b>ОКИ</b>         | острая кишечная инфекция                                                                                                           |
| <b>ОК</b>          | оперативные койки                                                                                                                  |
| <b>ОСМП</b>        | отряд специализированной медицинской помощи                                                                                        |
| <b>ОХВ</b>         | опасное химическое вещество                                                                                                        |
| <b>ПБ</b>          | профилированная больница                                                                                                           |
| <b>ПВ</b>          | пункт высадки                                                                                                                      |
| <b>ПВОВ</b>        | пожаровзрывоопасное вещество                                                                                                       |
| <b>ПВОО</b>        | пожаровзрывоопасный объект                                                                                                         |
| <b>ПВП</b>         | пункт встречи пополнения                                                                                                           |
| <b>ПМК</b>         | первичная медицинская карточка                                                                                                     |
| <b>ПП</b>          | пункт посадки                                                                                                                      |
| <b>ППЭ</b>         | промежуточный пункт эвакуации                                                                                                      |
| <b>ПТК</b>         | постоянная техническая комиссия                                                                                                    |
| <b>ПЭП</b>         | приемный эвакуационный пункт                                                                                                       |
| <b>РБ</b>          | радиологическая бригада                                                                                                            |
| <b>РВ</b>          | радиоактивные вещества                                                                                                             |
| <b>РСЧС</b>        | Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций                                                   |
| <b>СД</b>          | санитарная дружина                                                                                                                 |
| <b>СГ(Т)Б</b>      | санитарно-гигиеническая (токсикологическая) бригада                                                                                |
| <b>СК</b>          | служба крови                                                                                                                       |

|             |                                                         |
|-------------|---------------------------------------------------------|
| <b>СМИ</b>  | средства массовой информации                            |
| <b>СМК</b>  | служба медицины катастроф                               |
| <b>СНЛК</b> | сеть наблюдения и лабораторного контроля                |
| <b>СП</b>   | санитарный пост                                         |
| <b>СПК</b>  | станция переливания крови                               |
| <b>СПЭБ</b> | специализированная противоэпидемическая бригада         |
| <b>ССМБ</b> | специализированная судебно-медицинская бригада          |
| <b>ССМП</b> | станция скорой медицинской помощи                       |
| <b>СЭБ</b>  | санитарно-эпидемиологическая бригада                    |
| <b>СЭО</b>  | санитарно-эпидемиологический отряд                      |
| <b>СЭП</b>  | сборный эвакуационный пункт                             |
| <b>СФЗ</b>  | специальное формирование здравоохранения                |
| <b>ТГ</b>   | тыловой госпиталь                                       |
| <b>ТСМК</b> | территориальная (субъектовая) служба медицины катастроф |
| <b>ТТПГ</b> | токсико-терапевтический подвижной госпиталь ГО          |
| <b>УСК</b>  | учреждения службы крови                                 |
| <b>ФМБА</b> | Федеральное медико-биологическое агентство              |
| <b>ХОО</b>  | химически-опасный объект                                |
| <b>ХПГ</b>  | хирургический подвижной госпиталь ГО                    |
| <b>ЦГБ</b>  | центральная городская больница                          |
| <b>ЦГиЭ</b> | центр гигиены и эпидемиологии                           |
| <b>ЦМК</b>  | центр медицины катастроф                                |
| <b>ЦРБ</b>  | центральная районная больница                           |
| <b>ЧС</b>   | чрезвычайная ситуация                                   |
| <b>ЭБ</b>   | эпидемиологическая бригада                              |
| <b>ЭК</b>   | эвакуационная комиссия                                  |
| <b>ЭМП</b>  | экстренная медицинская помощь                           |
| <b>ЭП</b>   | эвакуационный приемник                                  |
| <b>ЭПК</b>  | эвако-приёмная комиссия                                 |

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Современный период жизни человечества сопряжён с возможностью развития техногенных катастроф, природных бедствий, социальных конфликтов, террористических актов, вооруженных конфликтов, локальных и глобальных войн. Эти трагедии формируют развитие чрезвычайных ситуаций (ЧС), для которых характерны:

а) одномоментное появление значительного числа погибших и умерших, пострадавших (пораженных и больных) с различными видами травматической, соматической, психической, токсической и комбинированной патологии с различной степенью тяжести повреждений;

б) возникновение драматической санитарно-эпидемиологической обстановки, нередко, обусловленной скоплением больших масс людей, оставшихся без крова, нарушением функционирования коммунально-энергетических систем (КЭС) жизнеобеспечения населения, изменением экологического комфорта и, как следствие, приводящей к возможному возникновению вспышечной инфекционной заболеваемости;

в) возможность разрушения медицинских организаций и осложнение, в этой связи, выполнения ими задач по предназначению;

г) в ряде случаев, дезорганизация управления лечебно-эвакуационными мероприятиями (ЛЭМ) в части пострадавших (пораженных) в ЧС из-за недостаточной подготовленности руководителей и персонала медицинских организаций к оперативным действиям в этих условиях;

Эти последствия ЧС диктуют необходимость тщательной подготовки медицинского персонала к скоординированным действиям на догоспитальном и госпитальном этапах медицинской эвакуации. В связи с чем, основные усилия в этом процессе должны быть направлены на:

- оптимизацию диагностики повреждений у пострадавших в ЧС и у лиц, получивших повреждения (поражения) и заболевания вследствие воздействия поражающих факторов ЧС;



- оказание пострадавшим своевременной и качественной медицинской помощи с применением фармакологических средств и психолого-терапевтических методов, предусматривающих смягчение стресса и повышение защитных функций организма пострадавших в ЧС и спасателей различных категорий, работающих в очагах и зонах ЧС;
- создание условий, обеспечивающих надлежащее санитарно-эпидемиологическое благополучие территорий;
- своевременную и эффективную поставку и пополнение медицинского имущества для медицинских организаций и формирований, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- улучшение подготовки персонала медицинских организаций к работе в очагах ЧС и на территориях к ним прилегающих;
- совершенствование системы управления лечебно-эвакуационным процессом по оказанию экстренной медицинской помощи (ЭМП) пострадавшим (поражённым) и осуществление санитарно-эпидемиологического процесса по нормализации вспышечной и иной инфекционной заболеваемости с учётом вида и особенностей ЧС.

Реализация этих направлений по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС требует мобилизации врачебно-сестринского персонала (ВСП), способного и умеющего работать в очагах массовых потерь населения и ознакомленного с организационными принципами медицины чрезвычайных ситуаций, являющейся научно-практическим направлением здравоохранения и учебной дисциплиной, изучаемой на последипломном уровне. Её изучение крайне актуально для врачей-организаторов, специалистов высшего и среднего звена медицинских организаций лечебно-диагностического, санитарно-эпидемиологического и фармацевтического профилей.

Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) в медицинских образовательных организациях предполагают, что любой медицинский специалист вместе с пониманием потенциальных угроз и опасностей современного мира обязан владеть и набором знаний, умений и

навыков, которые позволили бы ему безопасно взаимодействовать со средой обитания (бытовой, производственной, природной), предвидеть, идентифицировать, оценивать и предупреждать опасности, а при их возникновении и развитии – ликвидировать, минимизировать или смягчать их медико-санитарные последствия.

Эти обстоятельства побудили авторов настоящего учебного пособия на основе законодательных принципов, собственного организационно-практического и педагогического опыта работы в различных сферах здравоохранения последовательно изложить в нём учебно-организационные основы медицины чрезвычайных ситуаций в части:

а) осуществления лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий пострадавшим и осуществления медицинского снабжения медицинских организаций различного типа, а также создаваемых ими формирований для работы в прогнозируемых ЧС;

б) подготовки персонала здравоохранения к действию в очагах ЧС и его взаимодействию с ведомственным здравоохранением и оперативными службами территории по эффективному медицинскому обеспечению пострадавшего населения и территорий.

На наш взгляд, реализация и совершенствование этих направлений повысит функциональную эффективность деятельности здравоохранения, в целом, и компетентность каждого медицинского специалиста, в отдельности, к своевременным и четким действиям в ЧС.

Считаем, что настоящее учебное пособие будет способствовать формированию системных знаний у персонала здравоохранения по медицине чрезвычайных ситуаций для овладения ими умениями и навыками работы в очагах ЧС мирного и военного времени.

© Коллектив авторов

# **1. ЕДИНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

## **1.1. Понятие о чрезвычайных ситуациях, их классификации, медико-санитарные и иные последствия**

История развития человечества это поиск и построение безопасного и комфортного мира, сопряженного с обретением на этом пути новых угроз и опасностей. XX век был ознаменован стремительным развитием техносферы, ростом активности природных процессов и, как следствие, мощными негативными социальными потрясениями. В XXI веке спектр и характер угроз безопасности личности, обществу и государству во всех сферах жизнедеятельности человека еще более возрос.

Научно-техническое развитие сопутствует росту аварий, катастроф с массовыми поражениями и гибелью людей, значительным материальным и экологическим ущербом, а экономические, духовные, религиозные, этнические и иные конфликты и угрозы обусловили войны, вооруженные столкновения и террористические акты.

Анализ техногенных, природных катастроф и социальных бедствий показывает, что их количество и масштабы возрастают. По данным мирового Центра исследований стихийных бедствий, число только природных катастроф с каждым десятилетием увеличивалось вдвое. Одновременно регистрируется и рост техногенных катастроф, социальных конфликтов, террористических актов. Таким образом, на современном этапе идет накопление потенциальных и реальных опасностей, способствующих возникновению чрезвычайных и кризисных ситуаций с разрушительными последствиями для окружающей среды, состояния здоровья и жизни людей. В этой связи, часто употребляемые в средствах массовой информации (СМИ) и в научных публикациях термины «чрезвычайная ситуация», «экстремальная ситуация» и «кризисная ситуация» нуждаются в чётком определении каждой и их понимании.

**Чрезвычайная ситуация (ЧС)** – это обстановка на определенной территории (акватории) или объекте, сложившаяся в результате техногенной, природной, социальной катастрофы или иной трагедии, которая может повлечь или повлекла за собой значительные безвозвратные, санитарные, материальные потери,

экологические изменения в окружающей среде и нарушение условий жизнедеятельности значительного числа населения.

Отсюда чрезвычайные ситуации требуют мобилизации сил и средств оперативных служб и структур различных ведомств, включая силы и средства здравоохранения, для принятия ими экстренных мер по ликвидации, минимизации и/или смягчению их комплексных негативных последствий.

Упомянутые в данном определении термины безвозвратные и санитарные потери требуют конкретизации. В частности, безвозвратные потери – это человеческие жертвы в виде погибших, умерших людей и пропавших без вести, а санитарные потери представлены лицами, которым нанесен ущерб их здоровью (пострадавшие, пораженные, заболевшие) и нуждающимися в оказании медицинской помощи в экстренной форме.

**Кризисная ситуация (КС)** – кратковременное или длительное обострение военно-политической обстановки в мире или регионе, вызванное односторонними или взаимными враждебными действиями одного или нескольких государств, выдвижением неприемлемых для другой стороны политических, экономических, территориальных или других претензий, при которых исчерпываются возможности урегулирования спорных вопросов дипломатическими, политическими средствами и методами, вследствие чего нарастает реальная угроза применения современных средств боевого воздействия.

Единство чрезвычайных и кризисных ситуаций обусловлено близкими поражающими факторами и возникновением специфической обстановки, способной оказывать негативное воздействие на население, окружающую среду и функционирование различных по профилю объектов экономики. В связи с чем, в последующем при изложении материала и удобства его восприятия оба термина – чрезвычайная и кризисная ситуации указываются как ЧС. В ряде случаев имеет место отождествление терминов чрезвычайная и экстремальная ситуация. Полагаем, что такое сопоставление не является корректным, особенно для здравоохранения, поскольку при **экстремальных (напряжённых) ситуациях** изменяется только режим работы персонала медицинских организаций, а условия его деятельности остаются, как правило, неизменными. При развитии же ЧС изменяется и режим

работы медицинского персонала, и резко осложняются условия его деятельности, которые проявляются следующими параметрами:

- одномоментное появление массового числа пострадавших, нуждающихся в оказании ЭМП;
- временной дефицит по оказанию ЭМП;
- недостаток медицинского персонала, медикаментов, реанимационного и другого медицинского оборудования;
- необходимость высвобождения, перепрофилизации коечного фонда медицинских организаций лечебно-профилактического профиля для госпитализации и лечения пострадавших в ЧС, а, в ряде случаев, осуществление работ по оказанию медицинской помощи пострадавшим в ЧС в палаточных модулях или в приспособленных помещениях (зданиях).

Кроме того, в условиях постоянно меняющейся обстановки требуется организация оперативного взаимодействия с органами исполнительной власти, аварийно-спасательными, коммунально-техническими, военными, комендантскими, правоохранительными и другими службами территории, привлекаемыми к участию в ликвидации последствий ЧС.

Возникновение ЧС характеризуется развитием поражающих факторов механического, термического, физического, химического, биологического характера, воздействующих мгновенно или растянуто во времени на окружающую среду и человека, нанося им ущерб (прямой, косвенный и совокупный). У людей поражающие факторы вызывают изолированные, множественные, сочетанные или комбинированные повреждения или обостряют хронические патологические процессы в их организме.

**Прямой ущерб** – это безвозвратные и санитарные потери среди населения, это убытки в окружающей среде, на производственных и социальных объектах, попавших в зону действия поражающих факторов ЧС, и это убытки, вызванные этими потерями (недобор предприятиями прибыли, а государством – налогов).

**Косвенный ущерб** – это убытки и дополнительные затраты, которые несут не попавшие в зону ЧС объекты экономики, социальной сферы и население, вследствие возникновения нарушений и изменений в сложившейся структуре взаимосвязей; это



затраты на ликвидацию последствий ЧС и на выполнение социальных программ по нормализации обстановки в зоне ЧС.

**Совокупный ущерб** – сумма прямого и косвенного ущербов, определяющая фактический масштаб последствий от ЧС. Усредненный по последнему 10-летию XX и первому 10-летию XXI веков ежегодный ущерб от ЧС в России составил \$7-8 млрд., а в мире – превысил \$200 млрд.

Следовательно, высокие уровни негативных воздействий ЧС на человека и среду его обитания переводят жизнедеятельность людей из комфортных в чрезвычайные условия. При этом меняются приоритеты жизнедеятельности человека, когда вместо обеспечения комфорта или высокой эффективности труда необходимо решать задачи по сохранению жизни и здоровья людей, снижению материального ущерба от ЧС, скорейшей ликвидации их последствий и восстановления нормальной жизнедеятельности на пострадавшей территории.

Важнейшей характеристикой ЧС являются медико-санитарные последствия, определяющие организацию, содержание, вид и объём медицинского обеспечения. Эти последствия включают в себя:

- нарушение условий работы и быта людей вследствие повреждения коммунально-энергетических систем (КЭС) жизнеобеспечения населения;
- ухудшение состояния общественного здоровья вследствие осложнения санитарно-гигиенической и эпидемиологической обстановки в зоне ЧС;
- характер, величину и структуру погибших, пострадавших, заболевших;
- нуждаемость пострадавших в своевременном и качественном оказании медицинской помощи, достигаемой грамотной организацией проведения лечебно-эвакуационных мероприятий;
- выход из состояния работоспособности части врачебно-сестринского персонала (ВСП) и обусловленное этим изменение нормального функционирования медицинских организаций.

Медико-санитарные последствия ЧС зависят от вида, характера и масштабов ЧС, от численности населения в зоне ЧС и его духовного состояния, от климатогеографических, топографических, социально-экономических и административно-политических особенностей территорий, от своевременности оказания первой помощи (ПП) пострадавшим в очаге, от качественного состояния

здравоохранения, его готовности к немедленному и эффективному реагированию на ЧС. Прогнозирование величины и структуры санитарных потерь при ЧС является основой для планирования медико-санитарного обеспечения пострадавшего в ЧС населения. Но поскольку прогнозируемые потери носят ориентировочный характер, необходимо при возникновении реальных ЧС постоянно получать от оперативной медицинской группы штаба по ликвидации их последствий информацию о реальных размерах потерь, их структуре по возрастному, половому признаку, степени тяжести и вносить коррективы в организацию ЛЭМ.

ЧС оказывают сильное психотравмирующее действие на пострадавших, их родственников и на спасателей, проявляющееся в виде легких психогенных реакций, депрессивных изменений или стойких нервно-психических расстройств. Они, в зависимости от вида ЧС, выявляются у 30-75% лиц из числа указанных категорий; при этом 10-15% из них нуждаются в стационарном и до 50% – в амбулаторном лечении. Эти последствия ЧС привлекли внимание специалистов психиатрического профиля, которые, решив организационные и практические вопросы оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим в ЧС, нормативно создали психиатрию катастроф, успешно и динамично развивающуюся в наши дни.

В структуре потерь при ЧС выражен педиатрический аспект, поскольку доля детей среди пострадавших составляет 15-20%. Повреждения и заболевания у детей по локализации не отличаются от таковых у взрослых, но тяжесть травм у детей не адекватна взрослым, в связи с их незащищенностью, уязвимостью, ранимостью, меньшей терпимостью к боли. Отсюда, приоритет в оказании медицинской помощи детям в таких условиях очевиден. Эти обстоятельства обусловили необходимость совершенствования знаний и навыков ВСП педиатрического профиля в части оказания ЭМП детям и способствовали развитию педиатрии катастроф.

Среди вовлеченных в ЧС выявляется до 5% беременных женщин. Эта категория пострадавших заслуживает особого внимания, ибо условия ЧС могут оказывать существенное влияние на течение и исход беременности. В частности, ЧС в 20-25% случаев нарушают течение беременности, приводя к ее самопроизвольному прерыванию, преждевременным родам, гибели плода и даже гибели самой женщины. Дети, родившиеся от женщин, перенесших ЧС, в своём

развитии недобирали в массе, были вялые, склонные к болезням, у них отмечалось снижение показателей интеллекта. Нередко, у рожениц в плацентах выявлялись нарушение кровотока и иммунологические изменения. Причинами таких бед могли быть механическое, термическое и иное воздействие ЧС или психо-эмоциональный стресс ими обусловленный.

Касаясь безвозвратных потерь в виде погибших и умерших, следует обозначить важную роль судебно-медицинского звена здравоохранения в ликвидации последствий ЧС, поскольку судебно-медицинская экспертиза, идентификация тел погибших и судебно-медицинское освидетельствование пострадавших – обязательные виды деятельности в ЧС, осуществляющиеся судебно-медицинскими экспертами.

Ранее упоминавшийся драматизм санитарно-эпидемиологической обстановки в зоне ЧС требует содружественного участия в ликвидации их последствий не только медицинского персонала лечебного, но и санитарно-эпидемиологического профиля (в частности, специалистов гигиенического, эпидемиологического, вирусологического, бактериологического, дезинфекционного и других специалистов санитарного профиля), а значит и развития этих разделов медицины катастроф.

Продолжать перечень уже состоявшихся направлений в медицине ЧС можно и дальше: травматология и хирургия катастроф (в том числе челюстно-лицевая), анестезиология и реаниматология катастроф, офтальмология и оториноларингология катастроф, токсикология и радиология катастроф, психология катастроф, фармация катастроф и т.д.

Медицина чрезвычайных ситуаций как отрасль здравоохранения получила признание и в научной сфере в виде самостоятельной специальности – 05.26.02 – безопасность в чрезвычайных ситуациях (медицинские науки).

Людские потери при ЧС представляют интерес и с экономической точки зрения. Оценка стоимости потерь при ЧС основывается на концепциях:

- **стоимости груза болезней**, характеризующейся суммой прямых затрат по оказанию медицинской помощи пострадавшим и суммой выплат им социальных трансфертов;

- **стоимости человеческой жизни**, выражающейся оценкой экономического ущерба, нанесенного семьям гибелью или увечьем погибших (пострадавших).

Сведения о количестве погибших и пострадавших при некоторых ЧС, зарегистрированных в России за последние 25 лет, для общего информирования представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Величина потерь при некоторых чрезвычайных ситуациях в РФ**

| Место и вид ЧС                                                              | Год  | Потери населения |              |
|-----------------------------------------------------------------------------|------|------------------|--------------|
|                                                                             |      | Погибшие         | Пострадавшие |
| г. Владивосток, катастрофа пассажирского самолета                           | 1994 | 127              | -            |
| г. Нефтегорск, землетрясение                                                | 1995 | 2040             | 720          |
| г. Буденновск, террористический акт                                         | 1995 | 147              | 415          |
| г. Котлас, обрушение балкона в спорткомплексе «Салют»                       | 1997 | -                | 134          |
| г. Архангельск, дом ветеранов, вспышка дизентерии Флекснера                 | 1998 | 2                | 83           |
| с. Михайловское Вологодской области, пожар в психоневрологическом интернате | 1999 | 21               | 14           |
| г. Москва, подрыв жилого дома                                               | 1999 | 124              | 119          |
| г. Москва, террористический акт на Дубровке («Норд-ост»)                    | 2002 | 130              | 800          |
| г. Москва, пожар в Российском университете Дружбы Народов                   | 2003 | 44               | 180          |
| г. Архангельск, взрыв газа с обрушением подъезда жилого дома                | 2004 | 58               | 356          |
| г. Беслан, террористический акт                                             | 2004 | 333              | 783          |
| Тверская обл., подрыв поезда «Невский экспресс»                             | 2009 | 28               | 130          |
| г. Пермь, пожар в клубе «Хромая лошадь»                                     | 2009 | 156              | 78           |
| Татарстан, крушение теплохода «Булгария»                                    | 2011 | 122              | 79           |
| Краснодарский край, наводнение                                              | 2012 | 172              | около 34000  |
| г. Москва, ураган                                                           | 2017 | 18               | 170          |
| г. Кемерово, пожар в торговом центре                                        | 2018 | 60               | 79           |
| г. Керчь, расстрел студентов и преподавателей технического колледжа         | 2018 | 21               | 52           |

Многие ЧС провоцируются климатическими факторами, плохим качеством дорог, неисправностью технических средств, отсутствием или ухудшением радиосвязи, пренебрежением персоналом, обслуживающим технологическое

оборудование и транспортные средства, правилами техники безопасности. Значит, для снижения негативных медицинских последствий необходимы анализ потенциальных факторов опасности, повышение внимания, проявление терпения и выработка умений в отработке персоналом объектов экономики навыков безаварийной работы.

Наличие значительного числа безвозвратных и санитарных потерь среди населения в ЧС, необходимость мобилизации сил и средств здравоохранения в этих условиях определили важность разъяснения понятия «чрезвычайная ситуация в здравоохранении».

В словаре «Основные понятия и определения медицины катастроф» (1997) указывается, что: «Чрезвычайная ситуация для здравоохранения – это обстановка, сложившаяся на объекте, в зоне (районе) в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, характеризующаяся наличием или возможностью появления значительного числа поражённых (больных), резким ухудшением условий жизнедеятельности населения и требующая привлечения для медицинского обеспечения сил и средств службы медицины катастроф, учреждений здравоохранения, находящихся за пределами объекта (зоны, района) ЧС, а также особой организации работы других учреждений и формирований, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС».

Заслуживают внимания и иные определения:

ЧС в здравоохранении – это дисбаланс между резко возросшей потребностью пострадавшего населения в медицинской помощи и отсутствием адекватной возможности здравоохранения по её удовлетворению в необходимом объёме (Мешков В.В. и соавт., 1992).

ЧС в здравоохранении – обстановка, сложившаяся в результате катастрофы, при которой число пострадавших, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, превосходит возможности имеющихся сил и средств здравоохранения по своевременному и качественному её оказанию, а значит, требующая привлечения их извне с изменением форм и методов повседневной работы (Рябочкин В.М., Назаренко Г.И., 1996).

Наличие разнообразных ЧС требует их классификации. Наиболее важными признаками для распределения ЧС по группам являются тяжесть последствий ЧС,

срок и характер их восстановления, масштабы, периодичность (табл. 2-4) и причины возникновения ЧС (рис 1).

Таблица 2

**Классификация чрезвычайных ситуаций  
по тяжести последствий, сроку и характеру восстановления**

| <b>Класс ЧС</b> | <b>Тяжесть последствий ЧС</b> | <b>Срок восстановления</b>               | <b>Характер восстановления</b> |
|-----------------|-------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|
| ЧС-1            | Легкие                        | До 3 суток                               | Полное                         |
| ЧС-2            | Слабые                        | До 1 года                                | Полное                         |
| ЧС-3            | Средние                       | До 5-7 лет                               | Полное                         |
| ЧС-4            | Тяжелые                       | Более 5-7 лет                            | Неполное                       |
| ЧС-5            | Уничтожающие                  | В обозримые сроки потери не восстановимы | -                              |

Таблица 3

**Классификация чрезвычайных ситуаций  
по масштабам и периодичности восстановления**

| <b>Вид ЧС</b> | <b>Масштаб ЧС</b>                                                 | <b>Периодичность ЧС</b> |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Глобальная    | 5 и более субъектов РФ или 2 и более государств                   | 30-40 лет               |
| Национальная  | 2 и более субъектов РФ                                            | 10-15 лет               |
| Региональная  | В пределах одного субъекта РФ                                     | 1-5 лет                 |
| Муниципальная | Город, район, объект                                              | 1-6 месяцев             |
| Объектовая    | Объект экономики (промышленный, сельскохозяйственный, социальный) | Ежемесячно              |

В ряде субъектов РФ при развитии локальных, муниципальных и межмуниципальных ЧС, исходя из определения «чрезвычайная ситуация в здравоохранении», степени его развития (количественная и качественная характеристика персонала; наличие медицинского имущества, оборудования, транспорта; создание и готовность к действиям в зоне ЧС мобильных формирований и т.п.), показатели отнесения тех или иных свершившихся фактов массовых травм, повреждений и заболеваний у людей к разряду ЧС по числу получивших ущерб

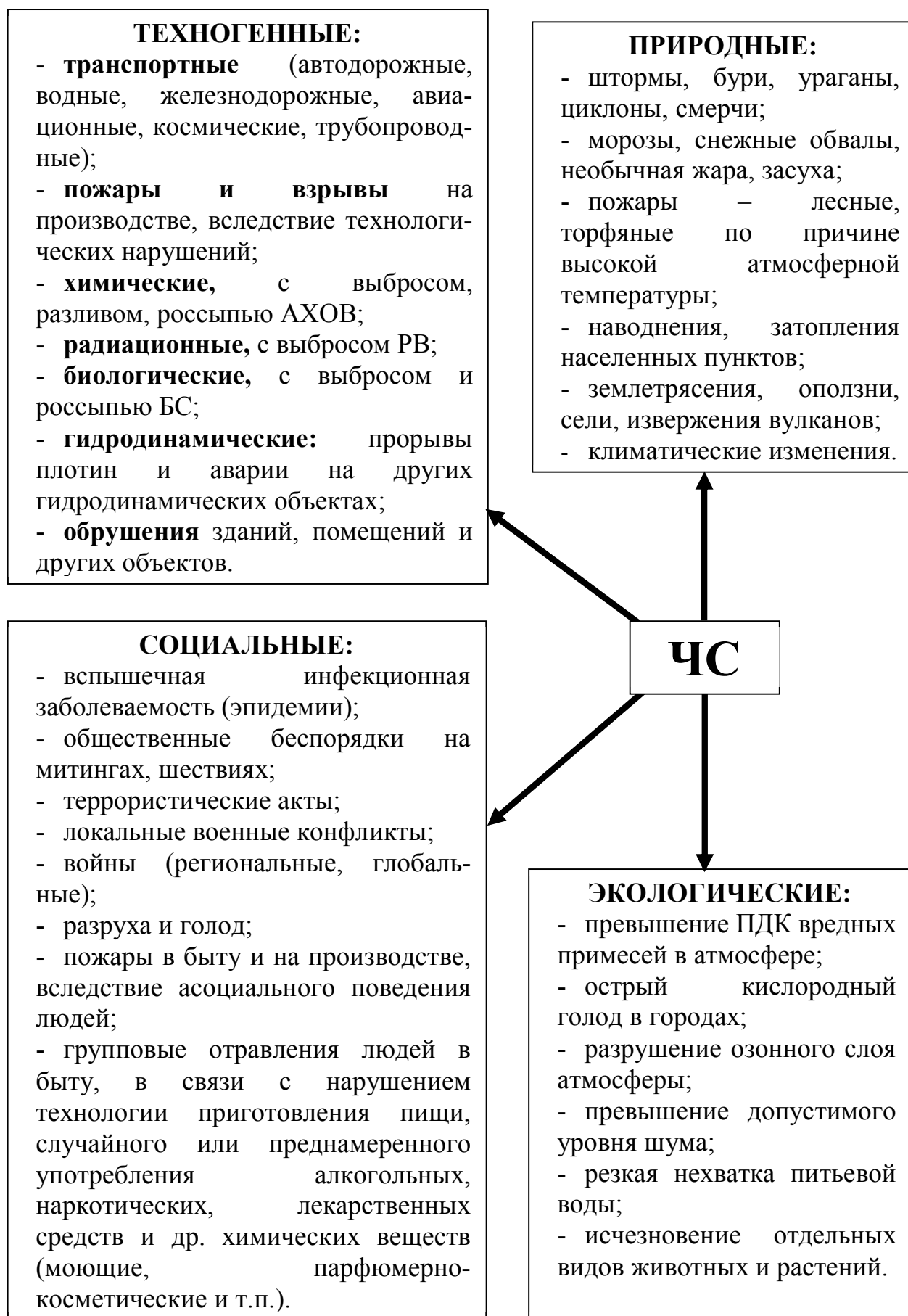
здоровью могут быть уменьшены, что закрепляется нормативными актами органа управления здравоохранением субъекта РФ.

Таблица 4

**Классификация чрезвычайных ситуаций по тяжести последствий**  
(Постановление Правительства РФ от 21.05.2007 г. № 304)

| <b>Вид ЧС</b>    | <b>Количество погибших или получивших ущерб здоровью</b>                                                                                                                               | <b>Материаль-ный ущерб</b> | <b>Зона ЧС</b>                  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Локальная        | до 10 человек                                                                                                                                                                          | до 100 тыс. руб.           | территория объекта              |
| Муниципальная    | до 50 человек                                                                                                                                                                          | до 5 млн. руб.             | объект, район, город            |
| Межмуниципальная | до 50 человек                                                                                                                                                                          | до 5 млн. руб.             | 2 и > муниципальных образований |
| Региональная     | 50-500 человек                                                                                                                                                                         | 5-500 млн. руб.            | в пределах субъекта РФ          |
| Межрегиональная  | 50-500 человек                                                                                                                                                                         | 5-500 млн. руб.            | 2 и > субъектов РФ              |
| Федеральная      | более 500 чел.                                                                                                                                                                         | > 500 млн. руб.            | 5 и > субъектов РФ              |
| Трансграничная   | <p>Чрезвычайные ситуации с поражающими факторами, действие которых распространяется за пределы РФ.</p> <p>Чрезвычайные ситуации, возникшая за рубежом и затрагивающая интересы РФ.</p> |                            |                                 |





**Рис. 1. Классификация чрезвычайных ситуаций по причинам возникновения.**

Выделяют и другие классификации ЧС по тем или иным значимым признакам, в том числе и медицинским:

- по эффектам поражения у людей – механические, термические, химические, физические, биологические; реактивные состояния, психозы и др. (Петров В.М., 2004);

- гигиеническая – подразделяющая ЧС на 3 группы по характеру источников и на 5 степеней санитарно-эпидемиологической опасности здоровью (Коньшев И.С., 2001);

- биологическая – подразделяющая ЧС на увеличивающие вероятность возникновения эпидемий и вызывающие появление биологических очагов (Кучеренко В.Д. и соавт., 1999).

Также предложен термин «комплексные катастрофы» (Ганн С.В., 2002), в основе которых понимают совместное воздействие природных и «рукотворных» сил, а также катастрофы, задуманные человеком, включая террористические акты, цель которых вызвать среди населения многочисленные потери, посеять у него страх, ужас и панику. Терроризм шествует по всему миру, нанося значительный ущерб экономике, политике и социальной сфере, и характеризуясь негативными медицинскими последствиями, представленными в табл. 5. по фактам терактов, совершённых в России за период с 2001 по 2018 годы.

Основными характеристиками терроризма являются: разновидность терактов по видам, способам и объектам применения; различный характер мотивации и планетарный масштаб деятельности; использование передовых технологий и отсутствие линии соприкосновения воюющих сторон; их жестокий и бескомпромиссный характер; высокий уровень организованности и конспирации террористов; сложность и трудность выявления терактов.

Таблица 5

**Характеристика потерь населения при террористических актах, совершенных в России за 2001-2018 годы**

| Год          | Число терактов | Потери среди населения, человек |               |              |
|--------------|----------------|---------------------------------|---------------|--------------|
|              |                | Общие                           | Безвозвратные | Санитарные   |
| 2001         | 7              | 223                             | 48            | 175          |
| 2002         | 6              | 706                             | 272           | 434          |
| 2003         | 10             | 1047                            | 242           | 805          |
| 2004         | 7              | 1910                            | 510           | 1400         |
| 2005         | 2              | 249                             | 134           | 115          |
| 2006         | 2              | 80                              | 17            | 63           |
| 2007         | 6              | 162                             | 20            | 142          |
| 2008         | 3              | 54                              | 14            | 40           |
| 2009         | 2              | 284                             | 53            | 231          |
| 2010         | 25             | 629                             | 114           | 515          |
| 2011         | 12             | 192                             | 55            | 137          |
| 2012         | 6              | 154                             | 39            | 115          |
| 2013         | 10             | 186                             | 57            | 129          |
| 2014         | 4              | 64                              | 32            | 32           |
| 2015         | 2              | 236                             | 225           | 11           |
| 2016         | 1              | 20                              | 3             | 17           |
| 2017         | 3              | 129                             | 17            | 112          |
| 2018         | 3              | 24                              | 14            | 10           |
| <b>Итого</b> | 111            | 6349                            | 1866 (29,4%)  | 4483 (70,6%) |

**1.2. Задачи и основы организации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций**

До 90-х годов прошлого столетия устранение последствий техногенных катастроф и природных бедствий поручалось силам гражданской обороны (ГО). Но радиационная трагедия на Чернобыльской АЭС (1986), землетрясение в Армении (1988), железнодорожная катастрофа в Башкирии (1989), взрыв на железнодорожной станции Арзамас (1990) вскрыли серьёзные недостатки по оперативности включения сил и средств ГО в мероприятия по ликвидации последствий этих ЧС. Это обусловило необходимость проведения преобразований в государственной системе предупреждения и ликвидации ЧС.

С этой целью Правительство РФ своим постановлением от 27.12.1990 г. № 606 создало Российский корпус спасателей, которому предписывались прогнозирование, предотвращение, ликвидация последствий крупных аварий,

катастроф, стихийных бедствий, эпидемий и других ЧС, а также координация деятельности привлекаемых для реализации этих целей в ЧС сил и средств различных министерств и ведомств России.

В 1991 году корпус спасателей преобразован в Государственный комитет по ЧС, а в 1994 году Указом Президента Российской Федерации создано Министерство РФ по делам гражданской обороны, предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (МЧС России). Этим же Указом день 27 декабря в России был объявлен Днём спасателя.

Создание МЧС России улучшило показатели работы в ЧС, но для осуществления всего комплекса задач, связанных с предупреждением и ликвидацией ЧС, недостаточно было одного федерального органа исполнительной власти. Требовалась государственная система, объединяющая органы управления, силы и средства, создаваемые в разных ведомствах и на разных уровнях для противодействия ЧС. И такая система была создана постановлением Правительства России в апреле 1992 г. в виде Российской системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС), а в ноябре 1995 г. она преобразована в Единую государственную систему предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, с сохранением присвоенной ей аббревиатуры – РСЧС.

**Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС)** – это система, объединяющая органы управления, силы и средства федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и организаций, в полномочия которых входит решение вопросов по защите населения и территорий (акваторий) от чрезвычайных ситуаций.

**Цель создания РСЧС** – объединение усилий органов исполнительной власти всех уровней, руководителей предприятий и учреждений по созданию сил и средств для проведения мероприятий по предупреждению и ликвидации ЧС, оказанию им методической помощи и осуществлению координационных функций при выполнении работ в очагах ЧС по ликвидации их последствий.

**Основные задачи РСЧС:**

- разработка и реализация нормативных правовых документов (законы, постановления, приказы, распоряжения, указания, инструкции и т.п.), регулирующих вопросы защиты населения и территорий в ЧС;
- разработка и выполнение целевых и научно-технических программ, направленных на предупреждение ЧС и повышение устойчивости функционирования объектов социально-экономической сферы в повседневных условиях и в условиях ЧС;
- обеспечение готовности органов управления, сил и средств различных министерств и ведомств (включая медицинские) к действиям по предупреждению и ликвидации ЧС;
- подготовка различных категорий населения к действиям в ЧС;
- создание финансовых и материальных резервов для ликвидации ЧС;
- сбор, обработка информации в области защиты населения и территорий от ЧС, обмен ею и выдача практических рекомендаций по организации работы аварийно-спасательных формирований;
- оценка социально-экономических последствий прогнозируемых ЧС;
- осуществление государственной экспертизы, надзора и контроля в сфере защиты населения и территорий в ЧС;
- ликвидация последствий ЧС (в том числе медико-санитарных);
- осуществление мероприятий по защите населения, пострадавшего от ЧС, и проведение гуманитарных акций;
- реализация прав и обязанностей граждан в области защиты от ЧС;
- межтерриториальное и международное сотрудничество в области защиты от ЧС природного, техногенного и социального характера.

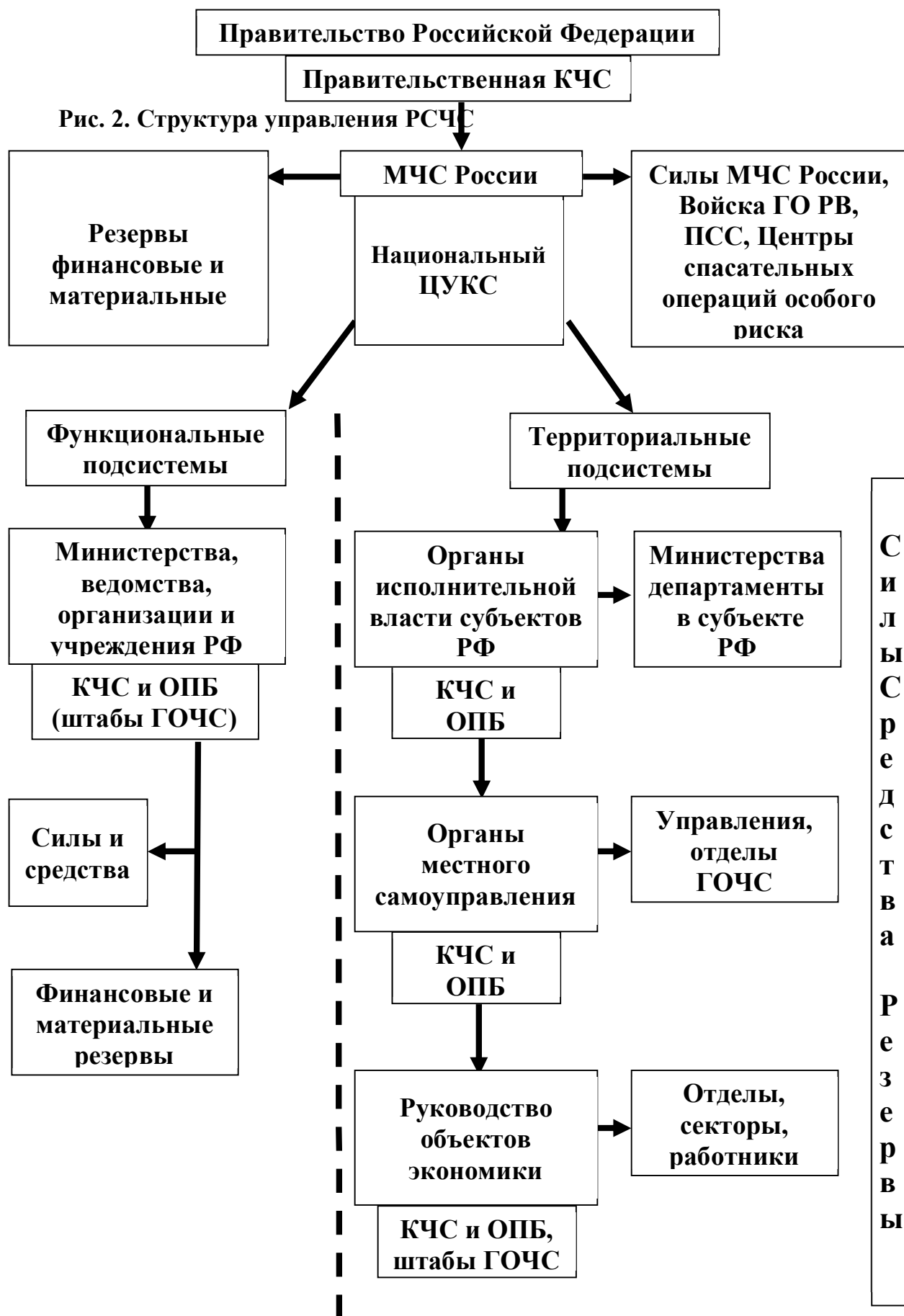
**Управление РСЧС** осуществляется органами исполнительной власти, которые создают силы и средства для решения указанных выше задач (рис.2).

Общее руководство РСЧС осуществляет Правительство Российской Федерации, а непосредственное возложено на МЧС России. РСЧС включает в себя территориальные и функциональные подсистемы, создаваемые на федеральном, окружном, субъектовом, муниципальном и объектовом уровнях.

На каждом уровне созданы соответствующие Комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности (КЧС

и ОПБ). Они являются координационными органами управления, комплектуются руководителями структурных подразделений и возглавляются заместителями руководителей всех уровней вплоть до объектового. Эти комиссии осуществляют свою деятельность в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.12.1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», постановления Правительства РФ от 30.12.2003 г. № 794 «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» и местных нормативных документов.

КЧС и ОПБ предназначены для разработки и осуществления мероприятий по предупреждению ЧС, координации деятельности всех структурных подразделений и служб, а также для руководства силами и средствами при ликвидации последствий ЧС.



**Территориальные подсистемы РСЧС** создаются в субъектах РФ (город федерального значения, республика, край, область, автономный округ, автономный город). Территориальные подсистемы состоят из звеньев, соответствующих их административно-территориальному делению, которые создаются в муниципальных образованиях субъекта РФ.

**Функциональные подсистемы РСЧС** создаются органами исполнительной власти всех уровней, имеют в своем составе органы управления, силы и средства, объединенные в профильные службы для решения задач по защите населения и территорий в ЧС.

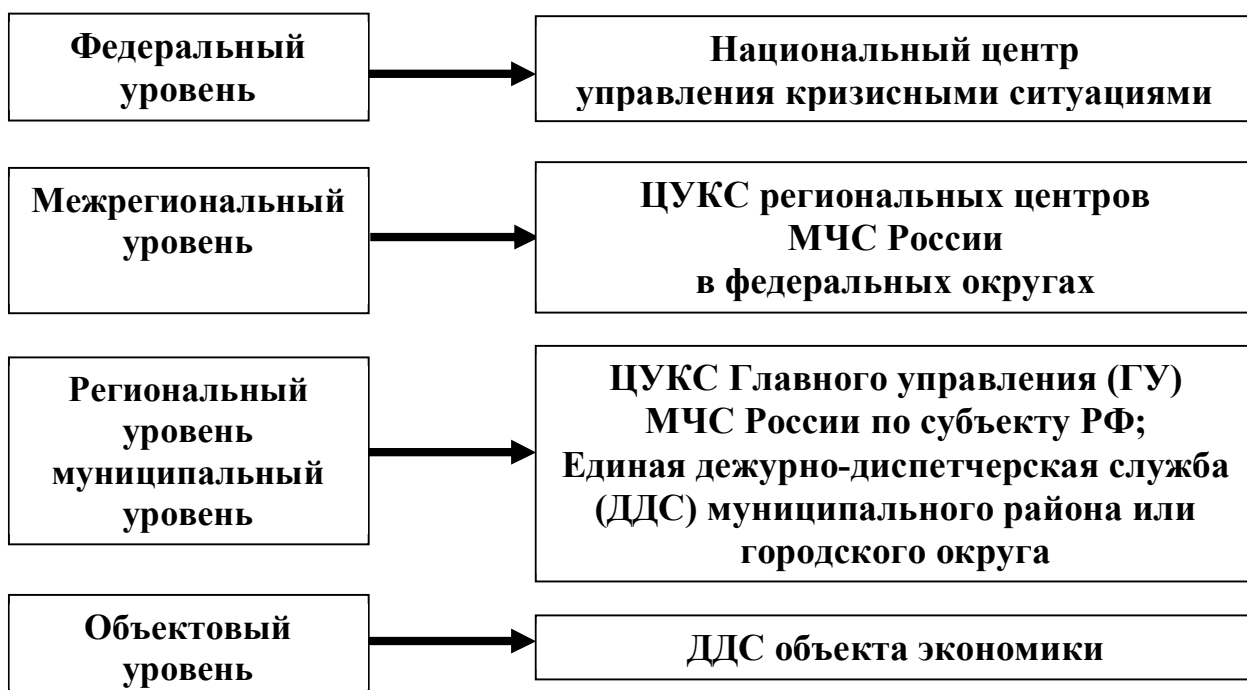
В составе функциональных подсистем на федеральном уровне создаются следующие службы:

- медицины катастроф на базе Минздрава России
- надзора за санитарно-эпидемиологической обстановкой – Роспотребнадзора;
- охраны общественного порядка – МВД России
- противопожарная, спасательная и мониторинга ЧС – МЧС России;
- защиты животных и растений – Минсельхоза России;
- мониторинга окружающей среды – Росгидромета;
- экологической безопасности – Госкомэкологии России;
- противопаводковая – Минприроды России;
- резерва и материальных ресурсов – Росрезерва;
- транспорта, поиска и спасения на море – Минтранса России;
- защиты лесов от пожаров и вредителей растительности – Рослесхоза;

Аналогичные службы создаются и на других территориальных уровнях функционирования РСЧС, в том числе и в границах субъекта РФ. Каждый уровень РСЧС имеет постоянно действующие органы повседневного управления (рис. 3) и координационные органы (рис. 4), уполномоченные решать задачи в сфере защиты населения и территорий в ЧС, а также создающие силы и средства для работы в ЧС,



финансовые и материальные резервы, системы связи, оповещения и информационного обеспечения.



**Рис. 3. Постоянно действующие органы управления РСЧС**

Повседневное управление РСЧС осуществляется на пунктах управления, оснащённых средствами связи, оповещения, сбора, обработки и передачи информации, поддерживаемых в постоянной готовности к работе по назначению.

Основным координационным органом РСЧС (рис. 4) на федеральном уровне определена Правительственная комиссия по предупреждению и ликвидации ЧС и обеспечению пожарной безопасности, задачами которой являются:

- разработка предложений по реализации государственной политики в области предупреждения и ликвидации ЧС и обеспечения ПБ;
- координация деятельности органов управления и сил РСЧС;
- обеспечение согласованности действий федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и организаций при решении задач в области предупреждения и ликвидации ЧС и обеспечения пожарной безопасности, а также восстановления и строительства жилых домов, объектов жилищно-коммунального хозяйства, социальной сферы, производственной и инженерной инфраструктуры,

повреждённых и разрушенных в результате ЧС;

- рассмотрение вопросов о привлечении сил и средств гражданской обороны к организации и проведению мероприятий по предотвращению и ликвидации ЧС в порядке, установленном федеральным законом;

- рассмотрение вопросов об организации оповещения и информирования населения ЧС.



**Рис. 4. Структура координационных органов РСЧС**

В пределах федерального округа (межрегиональный уровень) функции и задачи по обеспечению координации деятельности федеральных органов исполнительной власти и организации их взаимодействия с органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления и общественными объединениями в области защиты населения и территорий от ЧС осуществляет в установленном порядке полномочный представитель Президента Российской Федерации в федеральном округе.

На региональном и муниципальном уровнях координационными органами РСЧС являются комиссии по ЧС и обеспечению пожарной безопасности (КЧС и ОПБ) органа исполнительной власти субъекта РФ (органа местного самоуправления муниципального района или городского округа), решающие задачи по:

- организации подготовки руководителей и персонала к действиям в чрезвычайных ситуациях;
- разработке проектов нормативных правовых актов и целевых программ, определяющих защиту территорий и населения в ЧС;
- обеспечению готовности органов управления, сил и средств к действиям в ЧС;
- созданию материальных, финансовых и иных резервов на ЧС;
- организации всестороннего взаимодействия с оперативными службами территорий по предупреждению и ликвидации ЧС;
- сбору и обмену информацией о состоянии окружающей среды и обеспечении устойчивой работы потенциально-опасных объектов (ПОО) экономики;
- руководству подготовкой должностных лиц органов управления, сил и средств, находящихся в их ведении и населения к действиям в ЧС.

На объектовом уровне координационным органом является КЧС и ОПБ объекта экономики (организации), которая решает следующие задачи:

- организация разработки и осуществление мероприятий по устойчивому функционированию объекта экономики в повседневных условиях, а в случае возникновения ЧС – по ликвидации их последствий;
- обеспечение готовности органа управления, сил и средств РСЧС объекта к действиям в ЧС и проведению эвакуационных мероприятий;
- руководство созданием и использованием резервов материальных и финансовых ресурсов для ликвидации последствий ЧС.

Иные задачи могут быть возложены на комиссии по предупреждению и ликвидации ЧС и ОПБ решениями Правительства РФ, федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и организаций в соответствии с законодательством РФ, законодательством субъектов РФ и нормативными правовыми актами органов

местного самоуправления.

### **1.3. Режимы функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС) и выполняемые в них мероприятия**

В зависимости от обстановки, масштаба прогнозируемой или свершившейся ЧС постановлением Правительства РФ, либо органа исполнительной власти субъекта РФ, органа местного самоуправления в зоне их ответственности с учётом возникших обстоятельств устанавливаются режимы функционирования РСЧС: повседневной деятельности, повышенной готовности и чрезвычайной ситуации (табл. 6).

При отсутствии угрозы возникновения ЧС на объектах, территориях или акваториях и нормальной производственно-промышленной деятельности, радиационной, химической, гидрометеорологической, биологической, пожарной, экологической и иной обстановке, а также при отсутствии эпидемий, эпизоотий органы управления и силы РСЧС функционируют в режиме повседневной деятельности.

Режим повышенной готовности вводится при ухудшении указанной обстановки, возникновении промышленных и технологических аварий, при угрозе перерастания их в ЧС, а также при получении прогнозных данных о возможности возникновения ЧС;

Режим ЧС вводится при возникновении ЧС для принятия экстренных мер по ликвидации её последствий.

Таблица 6.

#### **Мероприятия, выполняемые в режимах функционирования РСЧС**

| <b>Режим функционирования</b> | <b>Выполняемые мероприятия</b> |
|-------------------------------|--------------------------------|
|-------------------------------|--------------------------------|

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Повседневной деятельности | <p>Изучение состояния окружающей среды, мониторинг опасных природных явлений и техногенных процессов, способных привести к возникновению ЧС, их прогнозирование и оценка социально-экономических последствий;</p> <p>сбор, обработка и обмен в установленном порядке информацией в области защиты населения и территорий от ЧС и обеспечения ПБ;</p> <p>разработка и реализация целевых и научно-технических программ и мер по предупреждению ЧС и обеспечению ПБ;</p> <p>планирование действий органов управления и сил РСЧС, организация подготовки и обеспечения их деятельности;</p> <p>подготовка населения в области защиты от ЧС, в том числе к действиям при получении сигналов экстренного оповещения;</p> <p>пропаганда знаний в области защиты населения и территорий от ЧС и обеспечения ПБ;</p> <p>руководство созданием, размещением, хранением и восполнением резервов материальных ресурсов для ликвидации ЧС;</p> <p>проведение государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий от ЧС и обеспечения ПБ;</p> <p>осуществление в пределах своих полномочий необходимых видов страхования;</p> <p>проведение мероприятий по подготовке к эвакуации населения, материальных и культурных ценностей в безопасные районы, их размещению и возвращению соответственно в места постоянного проживания, а также жизнеобеспечению населения в ЧС;</p> <p>ведение статистической отчетности о ЧС, участие в расследовании причин аварий и катастроф, выработка мер по устранению причин аварий и катастроф;</p> <p>обучение населения способам и средствам защиты в ЧС и правилам поведения в этих условиях.</p> |
| Повышенной готовности     | <p>Усиление контроля за состоянием окружающей среды;</p> <p>введение, при необходимости, круглосуточного дежурства руководителей и должностных лиц органов управления и сил РСЧС на стационарных пунктах управления;</p> <p>непрерывный сбор, обработка и передача органам управления и силам РСЧС данных о прогнозируемых ЧС, информирование населения о ЧС;</p> <p>принятие оперативных мер по предупреждению возникновения и развития ЧС, снижению размеров ущерба и потерь в случае их возникновения, а также повышению устойчивости и безопасности функционирования организаций в ЧС;</p> <p>уточнение планов действий по предупреждению и ликвидации ЧС и иных документов;</p> <p>приведение при необходимости сил и средств РСЧС в</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | <p>готовность к реагированию на ЧС, формирование оперативных групп (ОГ) и организация выдвижения их в предполагаемые районы действий;</p> <p>восполнение при необходимости резервов материальных ресурсов, созданных для ликвидации ЧС;</p> <p>проведение при необходимости эвакуационных мероприятий;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Чрезвычайной ситуации | <p>Непрерывный контроль за состоянием окружающей среды, мониторинг и прогнозирование развития возникших ЧС, оценка их социально-экономических последствий;</p> <p>оповещение руководителей исполнительной власти всех уровней, а также населения о возникших ЧС;</p> <p>проведение мероприятий по защите населения и территорий от ЧС;</p> <p>организация работ по ликвидации ЧС и всестороннему обеспечению действий сил и средств РСЧС, поддержанию общественного порядка в ходе их проведения, а также привлечению, при необходимости, в установленном порядке общественных организаций и населения к ликвидации возникших ЧС;</p> <p>непрерывный сбор, анализ и обмен информацией об обстановке в зоне ЧС и хода проведения работ по её ликвидации;</p> <p>организация и поддержание непрерывного взаимодействия всех уровней исполнительной власти по вопросам ликвидации ЧС и их последствий;</p> <p>проведение мероприятий по жизнеобеспечению населения в ЧС;</p> <p>информирование населения о ЧС, их параметрах и масштабах, о принимаемых мерах по обеспечению его безопасности, приёмах и способах защиты, порядке действий и правилах поведения в зоне ЧС;</p> <p>информирование населения о правах граждан в области защиты населения и территорий от ЧС, в том числе социальной защиты пострадавших, а также о праве получения предусмотренных законодательством РФ выплат, о порядке восстановления утраченных в результате ЧС документов.</p> |

#### **1.4. Силы и средства Единой государственной системы**

##### **предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС)**

Силы и средства РСЧС включают в себя:

- силы и средства наблюдения и контроля за обстановкой на территории;
- силы и средства ликвидации последствий ЧС.

**Наблюдение и контроль** выполняют силы и средства формирований, подразделений, служб, учреждений и предприятий, подведомственных органам исполнительной власти всех уровней, Государственной корпорации по атомной энергии «Росатом», Государственной корпорации по космической деятельности «Роскосмос» и общественных объединений, осуществляющих в пределах своей

компетенции:

- наблюдение и контроль за обстановкой на потенциально-опасных объектах и прилегающих к ним территориях;
- контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой;
- санитарно-карантинный контроль;
- социально-гигиенический мониторинг;
- медико-биологическую оценку воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы;
- государственный мониторинг состояния и загрязнения окружающей среды, в том числе атмосферного воздуха и водных объектов;
- государственный мониторинг радиационной, химической, биологической и гидрометеорологической обстановки;
- государственный лесопатологический мониторинг, мониторинг состояния недр, сейсмический мониторинг, мониторинг вулканической активности и мониторинг медленных геодинамических процессов в земной коре и деформации земной поверхности;
- федеральный государственный экологический надзор;
- карантинный фитосанитарный мониторинг;
- контроль в сфере ветеринарии и карантина растений;
- контроль качества и безопасности зерна, крупы, комбикормов и компонентов для их производства;
- контроль водных биологических ресурсов и среды их обитания;
- мониторинг пожарной опасности в лесах и лесных пожаров.

**В ликвидации ЧС** принимают участие аварийно-спасательные, поисково-спасательные, аварийно-восстановительные, аварийно-технические и лесопожарные формирования, подразделения пожарной охраны, подразделения, учреждения и предприятия, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, Государственным корпорациям по атомной энергии «Росатом» и по космической деятельности «Роскосмос», а также подведомственные органам исполнительной власти субъектов РФ, органам местного самоуправления, организациям и общественным объединениям, осуществляющим в пределах своей компетенции защиту населения и территорий от ЧС, включая:

- организацию и осуществление медико-санитарного обеспечения при ликвидации ЧС;
- защиту населения от инфекционных и паразитарных болезней, в том числе общих для человека и животных;
- тушение пожаров, в том числе лесных;
- организацию и проведение работ по активному воздействию на метеорологические и другие геофизические процессы;
- ограничение негативного техногенного воздействия отходов производства и их потребления;
- обеспечение безопасности работ по уничтожению химического оружия, работ по уничтожению или конверсии объектов по производству, разработке и уничтожению этого оружия, а также организации работ по ликвидации последствий деятельности химически-опасных объектов;
- авиационно-космический поиск и спасание;
- обеспечение безопасности гидротехнических сооружений;
- обеспечение транспортной безопасности;
- организацию и проведение работ по предупреждению и ликвидации разливов нефти и нефтепродуктов;
- координацию деятельности поисковых и аварийно-спасательных служб при поиске и спасании людей и судов, терпящих бедствие на море в поисково-спасательных районах РФ;
- осуществление аварийно-спасательных работ по оказанию помощи судам и объектам, терпящим бедствие на море;
- обеспечение безопасности плавания судов рыбопромыслового флота, а также проведение аварийно-спасательных работ в районах промысла при осуществлении рыболовства;
- обеспечение общественной безопасности при ЧС;
- осуществление мероприятий по предупреждению (ликвидации) последствий дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и снижению тяжести их последствий;
- осуществление мероприятий по ликвидации аварий на объектах топливно-энергетического комплекса (ТЭК), жилищно-коммунального хозяйства (ЖКХ) и сетей электросвязи;



- обеспечение общественного питания, бытового обслуживания и социальной защиты населения, пострадавшего от ЧС;
- осуществление мероприятий по предотвращению и ликвидации последствий радиационных аварий.

**Основными принципами** работы сил и средств РСЧС являются:

- принцип постоянной готовности аварийно-спасательных служб и формирований к оперативному реагированию на ЧС;
- принцип гуманизма и милосердия, определяющий приоритетность спасения жизни и сохранения здоровья людей;
- принцип единоначалия в руководстве аварийно-спасательными и восстановительными работами;
- принцип оправданного риска при проведении спасательных работ.

Ликвидация ЧС на территории субъекта РФ осуществляется силами и средствами его органов исполнительной власти всех уровней, где сложилась ЧС, под руководством руководителя ликвидации ЧС. Для этого на всех уровнях создаются резервы финансовых и материальных ресурсов.

При возникновении масштабных ЧС и недостаточности сил и средств для проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ по ликвидации последствий ЧС соответствующая КЧС и ОПБ может обратиться в аналогичную вышестоящую комиссию с предложением о привлечении дополнительных сил и средств.

Для обеспечения квалифицированного и эффективного, устойчивого, непрерывного и оперативного управления процессом ликвидации последствий ЧС, в том числе медико-санитарных последствий необходима автоматизация управления. На автоматизированные средства целесообразно возложить информационные и вычислительные функции. Тенденции развития автоматизации управления системой РСЧС предполагают переход от автоматизации отдельных элементов управления к созданию комплексных автоматизированных систем, способных обеспечить полноценный сбор информации и её обработку с доведением решения до исполнителей с последующим контролем хода его исполнения путём использования голосовой и видеоконференцсвязи во всех режимах деятельности РСЧС.

## **2. ВСЕРОССИЙСКАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ**

Аварии и катастрофы конца XX века отличались большим количеством жертв и пострадавших среди населения. На тот момент времени в РФ функционировала медицинская служба гражданской обороны (МСГО), структурно входившая в состав гражданского здравоохранения, но ориентированная на работу в очагах массовых потерь населения в военное время. Анализ результативности работ по ликвидации медико-санитарных последствий показал, что МСГО оказалась не способной максимально и в кратчайшее время выполнить весь комплекс мероприятий по медицинскому обеспечению населения, пострадавшего в крупномасштабных ЧС мирного времени. Это обстоятельство определило необходимость создания в здравоохранении страны новой медицинской структуры, способной оперативно реагировать на различные ЧС природного, техногенного и социального характера. Такая структура в здравоохранении была создана и получила название Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК).

Летоисчисление этой службы начинается с постановления Совета Министров СССР от 07.04.1990 г. № 339 «О создании в стране службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях», которым предписывалось создать Минздраву СССР центры экстренной медицинской помощи вплоть до областного (республиканского, краевого) уровня и осуществлять многоаспектную подготовку персонала здравоохранения к действиям в ЧС. Аналогичное постановление было принято и Советом Министров РСФСР от 14.06.1990 г. № 192, а также другими республиками, входившими в состав СССР.

В развитие названных постановлений приказами Минздрава СССР от 14.05.1990 г. № 193 и Минздрава РСФСР от 11.07.1990 г. № 115 были определены организационные принципы создания службы экстренной медицинской помощи (СЭМП), её материальная и кадровая основа. В 1991 г. Положением о Службе, утвержденным приказом Минздрава России, определены её структура, организационная основа медико-санитарного обеспечения населения и территорий, пострадавших в ЧС, порядок планирования, организация управления, снабжения формирований и учреждений СЭМП имуществом, оборудованием, техникой и система её финансирования.

Но, несмотря на правильность концептуальных основ развития Службы, разобщённость её сил и средств по различным ведомствам не позволяли эффективно и качественно решать вопросы по управлению Службой и её совершенствованию. Следует также отметить, что в 90-е годы XX века и в первое 10-летие XXI века возросли масштабы ЧС, участились вооружённые конфликты в мире, частота и тяжесть террористических актов. Всё это в совокупности требовало разработки и внедрения новых принципов организации работы по всем направлениям СЭМП (структура, управление, подготовка кадров, организация взаимодействия, создание и обеспечение мобильных формирований и учреждений медицинским и иными видами имущества и оборудования).

Эти требования были воплощены изданием постановлений Правительства РФ от 03.05.1994 г. № 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами» и от 05.11.1995 г. № 1113 «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций». Ими было регламентировано создание ВСМК, функционально объединяющей службы медицины катастроф (СМК) различных министерств и ведомств (Минздрава России, Минобороны России, МВД России, Минтранса России и др.) при координирующей роли Минздрава России. Эти и другие вопросы были отражены в Положении о ВСМК, утвержденным постановлением Правительства РФ от 28.02.1996 г. № 195 «Вопросы Всероссийской службы медицины катастроф».

Сегодня ВСМК – это централизованная государственная система, включающая в себя органы управления, учреждения и формирования лечебного, санитарно-эпидемиологического и фармацевтического профиля, объединённые для совместных действий по своевременной и эффективной ликвидации медико-санитарных последствий различных видов ЧС. Её деятельность реализуется новым положением о ВСМК, утверждённым постановлением Правительства России от 26.08.2013 г. № 734.

## **2.1. Задачи и организационная структура Всероссийской службы медицины катастроф**

Основными задачами ВСМК являются:

1. Быстрое реагирование, мобилизация материально-технических средств и персонала Службы на ЧС различного характера в целях спасения жизни и сохранения здоровья наибольшего числа людей путём оказания им всех видов медицинской помощи своевременно и в полном объёме.

2. Ликвидация эпидемических очагов.

3. Создание резерва материальных запасов медицинского имущества и оборудования.

4. Обучение оказанию медицинской помощи гражданам, в том числе медицинской эвакуации, при ЧС.

Реализация этих задач ВСМК осуществляется путём:

- выявления потенциальных источников ЧС, прогнозирования и оценки развития в них (от них) возможных медико-санитарных последствий;

- создания, подготовки и поддержания в готовности к оперативным действиям по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС органов управления, учреждений, формирований Службы и их персонала;

- организации планирования мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения в зонах прогнозируемых ЧС;

- создания, хранения, освежения медицинского имущества резерва для работы формирований и учреждений Службы для ликвидации медико-санитарных последствий у пострадавших в районах ЧС;

- организации оперативного управления силами Службы, маневра ими и порядка взаимодействия с другими оперативными формированиями, участвующими в ликвидации последствий ЧС, с целью обеспечения пострадавших своевременной и качественной ЭМП;

- своевременного проведения пострадавшим в ЧС лечебно-эвакуационных мероприятий (ЛЭМ) с целью быстрее оказания им ЭМП в зонах ЧС и на этапах медицинской эвакуации для восстановления здоровья, возвращения к трудовой

деятельности, снижения инвалидности и летальности, психоневрологического и эмоционального воздействия поражающих факторов ЧС на население;

- обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в районах ЧС;

- обучения персонала аварийно-спасательных формирований (АСФ) немедицинского профиля, личного состава силовых министерств и ведомств, лиц опасных профессий приемам и способам оказания первой помощи пострадавшим, а также правилам адекватного поведения их в районах ЧС;

- специальной подготовки персонала здравоохранения работе в ЧС.

Важными направлениями в деятельности ВСМК являются:

- проведение судебно-медицинской экспертизы погибших, идентификации их тел и останков, проведение судебно-медицинского освидетельствования пострадавших в ЧС для оценки степени тяжести полученных ими повреждений и прогноза их трудоспособности;

- сохранение здоровья личного состава Службы, организация проведения ему медицинской реабилитации;

- организация проведения комплекса мероприятий по медицинской защите населения;

- разработка и внедрение в практику здравоохранения организационных, методических и научных основ медицинского обеспечения населения в ЧС;

- проведение научно-исследовательской и научно-методической работы по совершенствованию ВСМК;

- международное и межтерриториальное сотрудничество в области медицины катастроф.

Решение указанных задач и путей их реализации ВСМК осуществляет на 5-ти уровнях реагирования, каждый из которых имеет свои органы управления, формирования и учреждения Службы.

#### **1. Федеральный уровень** включает:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение (ФГБУ) «Всероссийский центр медицины катастроф (ВЦМК) «Защита» Министерства здравоохранения Российской Федерации, как головное учреждение Службы с его штатными формированиями и учреждениями;

- Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) с создаваемыми в её структуре медицинскими организациями и формированиями санитарно-эпидемиологического профиля для работы в зонах ЧС по обеспечению эпидемиологического благополучия населения и территорий;

- Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА) России с его медицинскими организациями и формированиями, предназначенными для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

- Всеармейский центр медицины катастроф с медицинскими организациями и формированиями Минобороны России;

- Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России;

- медицинские организации и формирования МВД и Минтранса России, ОАО «Российские железные дороги», а также других министерств и ведомств, предназначенные для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

В интересах ВСМК используются также клинические, научные и образовательные учреждения Минздрава России, других министерств и ведомств с созданными на их базе нештатными формированиями для работы по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

## **2. Межрегиональный уровень представлен:**

- межрегиональным центром медицины катастроф, функции которого осуществляют территориальные центры медицины катастроф в гг. Екатеринбурге, Нальчике, Нижнем Новгороде, Новосибирске, Ростове-на-Дону, Санкт-Петербурге и Хабаровске, а также ВЦМК «Защита» в Москве;

- клиническими, санитарно-эпидемиологическими, научными и образовательными учреждениями здравоохранения с формированиями Службы на межрегиональном уровне, в том числе и ведомственными, для использования в зонах ЧС по предназначению.

**3. Региональный уровень** функционирует в республиках, краях, областях, автономных округах, Еврейской автономной области, в городах федерального значения: Москва, Санкт-Петербург, Севастополь и представлен:

- территориальным (республиканским, краевым, областным, окружным) центром медицины катастроф (ТЦМК) с входящими в его состав филиалами и формированиями;
- управлением Роспотребнадзора и ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» (ЦГиЭ) в субъекте РФ с нештатными формированиями санитарно-эпидемиологического профиля;
- нештатными формированиями лечебного и фармацевтического профиля, создаваемыми медицинскими организациями субъекта РФ;
- станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи с входящими в их состав бригадами различного вида и предназначения;
- медицинскими организациями Минобороны России, МВД России, ФМБА, других министерств и ведомств, функционирующих на территории субъекта РФ и привлекаемые к работам по ликвидации медико-санитарных последствий в районах ЧС и на госпитальном этапе медицинской эвакуации.

**4. Муниципальный уровень** (в масштабе города, сельского района) включает:

- филиал ТЦМК (в муниципальных образованиях, где они созданы);
- станцию (отделение) скорой медицинской помощи с входящими в их состав бригадами различного вида и предназначения;
- отдел управления Роспотребнадзора и филиал ФГУЗ «ЦГиЭ» с нештатными формированиями санитарно-эпидемиологического профиля;
- нештатные формирования, создаваемые в сети территориальных медицинских организаций Минобороны России, МВД России, других министерств и ведомств, расположенных на территории и привлекаемых для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

**5. Объектовый уровень** представлен должностными лицами медицинских организаций, организующими создание, комплектование, оснащение формирований СМК и подготовку персонала объекта здравоохранения, включая персонал мобильных формирований к действиям в зонах ЧС.

При создании и развитии ВСМК особое внимание уделяется региональному, муниципальному и объектовому уровням службы, так как на этих уровнях возникает

большая часть ЧС и от их готовности к действиям в ЧС зависит эффективность медико-санитарного обеспечения населения и территорий, пострадавших в ЧС.

Служба медицины катастроф функционально объединяет:

- а) службу медицины катастроф Минздрава России;
- б) службу медицины катастроф Минобороны России;

в) силы и средства МЧС России, МВД России, Роспотребнадзора, органов исполнительной власти всех уровней, Российской академии наук (РАН) и других организаций, в полномочия которых входит решение вопросов в сфере обеспечения защиты населения и территорий в ЧС, ликвидации их медико-санитарных последствий и решение иных проблем медицины катастроф.

Задачи, порядок деятельности, структура, состав сил и средств СМК Минздрава и Минобороны России, сил и средств медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти всех уровней в сфере охраны здоровья граждан и решающих вопросы медицинской защиты населения и территорий в ЧС, ликвидации медицинских последствий ЧС определяются этими органами исполнительной власти.

Руководство Службой осуществляет Министр здравоохранения РФ, а организационно-методическое руководство её деятельностью – Минздрав России. Служба в целях выполнения возложенных на неё задач представлена:

**а) на федеральном уровне:**

- координационным органом – КЧС и ОПБ Минздрава России;
- постоянно действующим органом управления – подразделением скорой и экстренной медицинской помощи Минздрава России;
- органом повседневного управления – ФГБУ ВЦМК «Защита» Минздрава России;
- силами и средствами Минздрава России (в том числе ФМБА), Минобороны России, МЧС России, МВД России, Роспотребнадзора, иных федеральных органов исполнительной власти, Российской академии наук и других организаций, в полномочия которых входит решение вопросов в сфере ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и решение проблем медицины катастроф;

**б) на межрегиональном уровне (в границах федерального округа):**



- органами повседневного управления – межрегиональными центрами медицины катастроф;

- силами и средствами медицинских организаций, подведомственных соответствующим федеральным органам исполнительной власти, и расположенных на территориях этих федеральных округов;

**в) на региональном уровне** (в пределах территории субъекта РФ):

- координационными органами – КЧС и ОПБ органов исполнительной власти субъектов РФ;

- постоянно действующими органами управления – органами управления здравоохранением субъектов РФ;

- органами повседневного управления – территориальный центр медицины катастроф (ТЦМК);

- силами и средствами медицинских организаций, подведомственных органу исполнительной власти соответствующего субъекта РФ, а также расположенными на их территориях силами и средствами федеральных медицинских организаций;

**г) на муниципальном уровне** (в пределах территории муниципального образования):

- координационными органами – КЧС и ОПБ органов местного самоуправления;

- постоянно действующими органами управления – органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан;

- органами повседневного управления – дежурно-диспетчерскими службами медицинских организаций;

- силами и средствами медицинских организаций, подведомственных федеральному органу исполнительной власти и аналогичной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан, расположенных на территориях соответствующих муниципальных образований;

**д) на объектовом уровне:**

- координационным органом – КЧС и ОПБ медицинской организации;

- постоянно действующим органом управления – структурным подразделением медицинской организации, в том числе её специалистами, в полномочия которых входит решение вопросов в области защиты населения и

территорий от ЧС, ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и решение проблем медицины катастроф;

- органом повседневного управления – дежурно-диспетчерской службой медицинской организации;

- силами и средствами медицинской организации, предназначенными для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

На всех уровнях функционирования на базе медицинских, судебно-экспертных, образовательных и научных организаций, а также организаций Роспотребнадзора создаются нештатные формирования (госпитали, отряды, бригады, группы), которые при возникновении ЧС поступают в оперативное подчинение органов управления Службы соответствующего уровня (рис. 5). Обеспечение готовности формирований к действиям в ЧС возлагается на руководителей организаций.

Учреждения и формирования СМК по скорости реагирования на ЧС подразделяются на 3 вида: экстренного, оперативного и отсроченного реагирования (рис. 5).



**Примечание:** привлечение сил и средств федерального центра и СМК соседних субъектов РФ возможно в течение суток, исходя от удаленности места ЧС.

**Рис. 5. Силы и средства СМК и время их реагирования на чрезвычайные ситуации**

При создании, подготовке и функционировании Служба опирается на основные принципы:

– **государственный и приоритетный характер** Службы, при этом государственность обеспечивается нормативными правовыми документами в этой сфере деятельности, а приоритетность – решением важнейшей задачи, направленной на сохранение жизни и здоровья человека;

– **территориально-производственный принцип**, определяющий создание учреждений и формирований СМК на базе существующих медицинских организаций, в том числе ведомственного подчинения и частной формы собственности, с использованием их людских и материальных ресурсов, исходя из полученного задания;

– **принцип централизации и децентрализации управления.** Централизация предполагает единую вертикаль управления на всех уровнях реагирования, а децентрализация – ведущую роль того уровня (особенно в начальный период развития ЧС), на территории которого произошла ЧС;

– **принцип универсализма подготовки персонала** формирований и учреждений Службы, включает способность работы их персонала в любых видах ЧС без кадровой реорганизации;

– **принцип функционального предназначения** при оказании медицинской помощи пострадавшим в ЧС определяет выполнение тем или иным формированием, учреждением Службы определенного вида и объёма медицинской помощи;

– **принцип постоянной готовности** Службы к оперативным действиям в ЧС. Его реализация достигается регулярными тренингом персонала к автономной работе в районах ЧС.

Основным лечебно-диагностическим формированием СМК варианта является **Полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) ВЦМК «Защита»**. Он предназначен для работы в районах (зонах) ЧС, осуществляя приём пострадавших, их медицинскую сортировку, оказание первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, временную госпитализацию и подготовку пострадавших к последующей эвакуации. При полном развёртывании ПМГ «Защита» за сутки имеет возможность оказать медицинскую помощь 250 пострадавшим и развернуть 150 коек для госпитализации нетранспортабельных пострадавших.

В составе ПМГ «Защита» развёртываются управление; медицинские отделения (приёмно-диагностическое, хирургическое, реанимационно-анестезиологическое, госпитальное, эвакуационное) и подразделения обеспечения (аптека, материально-технический отдел, инженерно-техническое отделение).

В зависимости от вида и характера ЧС, ПМГ комплектуется полностью или частично, может развёртываться в виде многопрофильного или монопрофильных госпиталей.

При выдвижении к району ЧС ПМГ «Защита» способен привлекать к работе бригады специализированной медицинской помощи (БСМП). Они создаются по 19 видам: экстренного реагирования (дежурная), сортировочная, диагностическая, общехирургическая, травматологическая, хирургическая детская, нейрохирургическая, ожоговая, офтальмологическая, реанимационная, экстракорпоральной детоксикации, терапевтическая, токсикологическая, радиологическая, психиатрическая, инфекционная и эвакуационная. В состав БСМП включаются специалисты, работающие в медицинских организациях субъектов РФ.

**Бригады экстренного реагирования (БЭР)** – создаются в центрах медицины катастроф и их филиалах. Являются основными функциональными формированиями для работы в районах ЧС или на внешней границе очагов ЧС и предназначены для оказания скорой медицинской помощи, в том числе специализированной, в экстренной форме первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачом или средним медицинским персоналом, а также специализированной медицинской помощи пострадавшим. БЭР оснащаются реанимобилем со штатным оборудованием, укладками с медицинским имуществом и оборудованием. В зонах массовых людских потерь руководитель БЭР совместно с её персоналом осуществляет оперативное управление силами и средствами СМК различной ведомственной принадлежности, работающими на месте ЧС в части организации медицинского обеспечения пострадавших и организации взаимодействия с немедицинскими службами, их силами и средствами, участвующими в ликвидации последствий ЧС. Он же, работая в районе ЧС, поддерживает постоянную связь с оперативно-диспетчерским отделом ЦМК, выявляя виды и готовность ЛПУ к приёму пострадавших, наличие и профиль свободных больничных коек в них.

**Бригады скорой медицинской помощи (БСкМП)** – создаются на станциях (подстанциях, отделениях) скорой медицинской помощи, являются их штатными формированиями и используются в режимах повседневной деятельности. Различают линейные фельдшерские, линейные врачебные и специализированные БСкМП. При возникновении ЧС и их угрозе они работают в районе ЧС или на внешней границе очага ЧС, являясь нештатными формированиями СМК. Относятся к формированиям экстренного реагирования. Предназначены для проведения медицинской эвакуации, транспортной сортировки пострадавших, оказания им медико-санитарной помощи, для подготовки и осуществления медицинской эвакуации пострадавших на госпитальный этап, исходя из характера и тяжести повреждений, профиля и загруженности ЛПУ. При возникновении масштабных ЧС с большим числом пострадавших к работе в районах ЧС привлекается до 50% БСкМП, находящихся на дежурстве. В случае крайней необходимости (по решению старшего врача ССкМП) в район ЧС могут направляться **резервные БСкМП** штатного состава для выполнения тех же функций, что и основные БСкМП.

**Бригады специализированной медицинской помощи (БСМП)** – мобильные нештатные формирования СМК, предназначенные для усиления ЛПУ, функционирующих вблизи зоны ЧС, участвующих в ликвидации их медико-санитарных последствий, и способные оказывать специализированную медицинскую помощь пострадавшим. Создаются эти формирования на основании плана-задания на базе республиканских (областных, краевых, окружных), городских многопрофильных и специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, клиник медицинских вузов и научно-исследовательских институтов, ведомственных ЛПУ и, в крайнем случае, на базе центральных районных (городских) больниц. Комплекуются БСМП квалифицированными специалистами, работающими в учреждениях-формирователях, выделяя среди них основной и дублирующий составы. Снабжение БСМП имуществом осуществляется также учреждениями-формирователями за счёт сметы расходов территориального здравоохранения в соответствии с табелем обеспечения. Хранится имущество БСМП в этом же ЛПУ в укладках (комплектах), готовых к быстрой выдаче и использованию. Доставка БСМП к месту ЧС осуществляется постановлением территориального органа управления здравоохранением или комиссии по ЧС и ОПБ.

Руководитель учреждения-формирователя несёт прямую ответственность за формирование БСМП и его оперативную готовность к действиям по предназначению. В режимах повседневной деятельности и угрозы ЧС БСМП подчиняются руководителю учреждения-формирователя, а с прибытием в район ЧС переходят в оперативное подчинение руководителя территориального органа управления здравоохранением – начальника СМК или лица его замещающего.

В состав БСМП, в зависимости от их профиля, включается врачебно-сестринский персонал (ВСП) от 4 до 6 человек (приложение 2). Режим работы бригад в зонах ЧС – 12 часов в сутки. За это время персонал:

- хирургической, детской хирургической и травматологической БСМП способен выполнить до 10, а нейрохирургической БСМП – до 6 оперативных вмешательств;

- токсико-терапевтической и ожоговой (комбустилогической) БСМП способен оказать медицинскую помощь 30 пострадавшим, акушерско-гинекологической и трансфузиологической БСМП – 50, а психиатрической и инфекционной БСМП – до 50-100 пострадавшим.

В крупных ЛПУ функционируют **БСМП постоянной готовности (БСМП ПГ)**, персонал которых в повседневных условиях в нерабочее время, выходные и праздничные дни, согласно графику, утверждённому руководителем ЛПУ и согласованному с директором (руководителем филиала) ЦМК, осуществляет дежурство на дому. В режиме ЧС руководство действиями БСМП ПГ возлагается на руководителя органа управления субъектового здравоохранения и на руководителей ЛПУ их создавшими.

В структуру СМК включены и все функционирующие на территории медицинские организации, которые создают:

- **базовые ЛПУ** – это многопрофильные и/или монопрофильные специализированные ЛПУ, находящиеся, при введении режима ЧС, в круглосуточной готовности к приёму массового числа пострадавших. Они способны осуществлять пострадавшим внутрипунктовую медицинскую сортировку, оказание экстренной медицинской помощи с последующим проведением им стационарного лечения до определившегося исхода поражения. При необходимости они осуществляют медицинскую эвакуацию пострадавших в ЛПУ центра.

В зависимости от складывающейся обстановки, при введении режимов повышенной готовности или чрезвычайной ситуации руководитель медицинской организации организует оповещение и экстренный сбор персонала, его распределение по функциональным отделениям, приводит в готовность коечный фонд ЛПУ для госпитализации пострадавших путём досрочной выписки находящихся на лечении больных и приостановке приёма плановых больных на лечение. Режим работы базового ЛПУ в ЧС устанавливается руководителем СМК соответствующего уровня.

При масштабных ЧС с наличием значительного числа пострадавших, нуждающихся в стационарном лечении, в готовность приводятся **резервные ЛПУ**, включая, при необходимости, и учреждения ведомственного здравоохранения. Порядок приведения резервных ЛПУ в готовность и режим работы в ЧС аналогичен таковому в базовых ЛПУ.

В условиях ЧС часть пострадавших поступает в **травматологические пункты**. Усиление их дежурных смен, при этом, достигается путём оповещения и экстренного сбора персонала, свободного от работы, мобилизацией его усилий по осуществлению медицинской сортировки и оказанию ЭМП пострадавшим.

Создаются формирования СМК бригадного состава и в **учреждениях переливания крови (УПК)**, к которым относятся станции, институты переливания крови и гематологические центры. Бригады осуществляют взятие донорской крови у активных и резервных доноров реестра УПК последующую доставку её в УПК, где осуществляется производство из неё компонентов с целью их последующей доставки в медицинские организации для лечения пострадавших в ЧС. Кроме того, специалисты УПК осуществляют оказание консультативно-методической помощи персоналу ЛПУ по вопросам проведения инфузионно-трансфузионной терапии пострадавшим в ЧС.

На базе **бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ)** для проведения экспертизы погибших создаются **бригады судебно-медицинских экспертов (БрСМЭ) и специализированные судебно-медицинские бригады постоянной готовности (ССМБ ПГ)**.

В городских, центральных районных, участковых больницах, врачебных амбулаториях, поликлинических учреждениях, здравпунктах и медпунктах

предприятий для работы в ЧС создаются внештатные **врачебно-сестринские бригады (ВСБ)**. Они работают в районе ЧС и предназначены для проведения медицинской сортировки пострадавших, оказания им первичной врачебной медико-санитарной помощи в очагах ЧС, для подготовки их к эвакуации и сопровождения в медицинскую организацию. Комплектование персоналом, оснащение медицинским имуществом осуществляется учреждением-формирователем. Имущество, готовое к работе, хранится в специальных укладках (комплектах) в ЛПУ-формирователе и подлежит освежению согласно нормативным срокам.

Транспортными средствами бригады обеспечиваются учреждением-формирователем, либо, согласно постановлению органа местного самоуправления, приписываются от автотранспортных предприятий.

В состав ВСБ входят врач, медицинская сестра и водитель-санитар, которые за 12 часов работы способны оказать первичную врачебную медико-санитарную помощь 50 пострадавшим.

В дополнение к ВСБ или при невозможности создать достаточное их количество, исходя из прогнозируемой обстановки и расчётного числа санитарных потерь, этими же медицинскими организациями для выполнения тех же задач с акцентом на оказание пострадавшим первичной медико-санитарной помощи силами среднего медицинского персонала создаются **бригады доврачебной помощи (БДП)**. Комплектование их персоналом, оснащение имуществом и транспортом этих бригад осуществляется по принципу комплектования ВСБ. Их состав, состоящий из фельдшера, медицинской сестры (либо 2-х медицинских сестёр) и водителя-санитара, способен за 12 часов оказать медицинскую помощь 50 пострадавшим.

Учитывая, что у значительного числа пострадавших в ЧС, их родственников и очевидцев этого события отмечаются нарушения психики, для повышения эффективности лечебно-диагностического процесса в структуре СМК создаются **психолого-психиатрические бригады**. Они формируются территориальным и ведомственным здравоохранением. Предназначены для работы в зонах ЧС, в медицинских организациях, в которые госпитализируются пострадавшие, а также в моргах, где производится опознание погибших, и в местах временного размещения косвенно пострадавших (гостиницы, школы и т.п.).



Для обеспечения формирований СМК, работающих в зонах ЧС и этапах медицинской эвакуации, лекарственными средствами, иным медицинским имуществом и техникой, а также для обеспечения своевременности доставки персонала бригад СМК в район ЧС и эвакуации пострадавших из зоны ЧС создаются мобильные бригады в ГУП «Фармация», «Медтехника», автохозяйстве медицинского и санитарного транспорта (АМСТ). Это **аптечные автолетучки, мобильные ремонтные группы медицинской техники и автомобили с водителями АМСТ.**

## **2.2. Организационные основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения, пострадавшего в чрезвычайных ситуациях**

Лечебно-эвакуационное обеспечение (ЛЭО) пострадавших в ЧС – это система, взаимосвязанных мероприятий по осуществлению пострадавшим медицинской сортировки, оказанию им медицинской помощи в районе ЧС с последующей эвакуацией и лечением, согласно предназначению, в медицинские организации, находящиеся за его пределами.

На организацию ЛЭО оказывают влияние следующие условия:

- вид и размер района ЧС;
- количество населения, пострадавшего в той или иной ЧС;
- характер возникшей и развившейся патологии у пострадавших;
- наличие или отсутствие в зоне ЧС опасных для человека поражающих факторов (ОХВ, РВ, БС, высокой или крайне низкой температуры окружающей среды, измененных величин атмосферного давления и парциального давления кислорода и т.п.);
- наличие количественного и качественного состава медицинского персонала, работающего в медицинских организациях вблизи зоны ЧС;
- степень выхода из строя сил и средств здравоохранения в зоне ЧС;
- наличие материально-технического оснащения здравоохранения, в целом, и СМК, в частности.

Многообразие очагов ЧС и массовых потерь среди населения, возникающих при этом от разнообразных травм, поражений, заболеваний у пострадавших и других условий, создающихся для здравоохранения вблизи зоны ЧС, не предполагают

наличие какой-либо одной системы организации ЛЭО населения в них. В то же время, закономерным для всех ЧС является, как отсутствие возможности оказания одномоментной исчерпывающей медицинской помощи пострадавшим на месте ЧС, так и вытекающая отсюда необходимость осуществления их эвакуации в ЛПУ, расположенные за пределами зоны ЧС.

Следовательно, оказание медицинской помощи пострадавшим в районе ЧС и их лечение за его пределами предусматривает создание этапов медицинской эвакуации. Принятая в настоящее время система этапного оказания медицинской помощи обеспечивает расчленение всего лечебного процесса с соблюдением принципов своевременности, последовательности и преемственности в оказании медицинской помощи и проведении лечения пострадавших, поражённых и больных с их последующей эвакуацией по предназначению.

**Этап медицинской эвакуации (ЭМЭ)** – это силы и средства СМК, развёрнутые на путях эвакуации и предназначенные для приёма пострадавших, проведения им медицинской сортировки (при необходимости и специальной обработки), оказания медицинской помощи, осуществления лечения и подготовки пострадавших к дальнейшей медицинской эвакуации на следующий этап. При развёртывании ЭМЭ следует предусмотреть:

- приёмно-сортировочное и эвакуационное отделение – для приёма, проведения медицинской сортировки и осуществления медицинской эвакуации пострадавших;
- отделение специальной обработки;
- перевязочную;
- отделение временной госпитализации (в т.ч. помещения для изоляции пострадавших, опасных для окружающих, – подозрительных на наличие инфекционных болезней, лиц с реактивными состояниями, поражённых РВ и ОХВ);
- подразделения обслуживания.

На этапах медицинской эвакуации оказываются определённый вид и объём медицинской помощи.

**Вид медицинской помощи** – это комплекс лечебно-эвакуационных мероприятий (ЛЭМ), выполняемых медицинским персоналом определённой квалификации при соответствующем оснащении. Виду медицинской помощи

свойственен **объём медицинской помощи**, то есть совокупность ЛЭМ, которые выполняются пострадавшим на том или ином этапе медицинской эвакуации по определённым медицинским показаниям. Объём медицинской помощи может быть полным и сокращённым (вплоть до оказания её по жизненным показаниям).

Сокращение объёма медицинской помощи возможно:

- при несоответствии количества медицинского персонала или медицинского имущества числу поступающих пострадавших;
- при развёртывании этапа медицинской эвакуации в стеснённых условиях;
- при тяжёлой общей обстановке, обусловленной ЧС.

Пострадавшим в ЧС, согласно Федеральному закону от 21.11.2001 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», предусматривается оказание первой помощи и различных видов медицинской помощи.

**Первая помощь (ПП)** оказывается пострадавшим на месте получения повреждения или вблизи него в порядке само- и взаимопомощи, либо помощи, оказываемой персоналом аварийно-спасательных формирований (АСФ) или другими участниками спасательных работ с использованием табельных или подручных средств. В этом виде помощи нуждаются 100% пострадавших. Её **цель** – спасение жизни пострадавшего, устранение продолжающегося воздействия поражающего фактора ЧС на организм и его эвакуация за пределы зоны ЧС. Оптимальный срок оказания ПП – 30 минут с момента получения травмы (поражения). Фактор времени крайне важен, так как у пострадавших, получивших ПП в течение 30 минут, осложнения возникают в 2 раза реже, чем у лиц, которым она была оказана позже. Этот фактор важен и для прогнозирования летальных исходов. Так, отсутствие ПП в течение первого часа после травмы увеличивает число летальных исходов среди потенциально жизнеспособных тяжело пострадавших на 30%, до 3 часов – на 60% и до 6 часов – на 90%. Первая помощь включает в себя:

1. Извлечение пострадавших из-под завалов и из повреждённых транспортных средств, тушение горячей одежды.
2. Введение обезболивающих средств из шприца-тюбика.

3. Устранение асфиксии путём освобождения полости рта от слизи, крови, грунта, инородных тел или путём проведения искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) ручными способами или простейшими аппаратами.

4. Временную остановку наружного кровотечения путём пальцевого прижатия магистральных сосудов, наложения жгута или давящей повязки.

5. Наложение асептической повязки на раневую поверхность.

6. Наложение окклюзионной повязки при открытом ранении груди с использованием пакета перевязочного индивидуального (ППИ).

7. Иммобилизацию поврежденной конечности шинами различных видов или подручными средствами.

8. Надевание противогаза (в ряде случаев – респиратора или иных подручных средств) при наличии в очаге токсичных веществ.

9. Введение антидотов, радиопротекторов, антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, противорвотных средств из аптечки индивидуальной (АИ).

10. Проведение частичной санитарной обработки из индивидуального противохимического пакета (ИПП) или подручных средств.

Из **видов медицинской помощи** различают скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь; паллиативную медицинскую помощь; первичную медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь и реабилитацию.

**Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь** оказывается пострадавшим в ЧС при массовых травмах, отравлениях и иных поражениях вне медицинской организации, как в зоне ЧС, при медицинской эвакуации в ЛПУ, так в амбулаторных и стационарных условиях. Её оказывает персонал линейных (фельдшерских и врачебных), специализированных БСкМП и бригад экстренного реагирования ЦМК.

**Первичная медико-санитарная помощь**, оказываемая средним медицинским персоналом (фельдшер, медицинская сестра, акушерка) – доврачебная первичная медико-санитарная помощь или врачебным персоналом различных специальностей – врачебная первичная медико-санитарная помощь. Эти виды медицинской помощи могут оказываться вне медицинской организации (по месту

вызова БЭР, БСкМП, в специализированном транспортном средстве при осуществлении медицинской эвакуации), амбулаторно, в том числе на дому, в дневном или в круглосуточном стационаре.

Первичная медико-санитарная помощь, оказываемая средним медицинским персоналом на догоспитальном этапе, включает в себя мероприятия по профилактике и диагностике поражений, оказанию медицинской помощи пострадавшим и заболевшим в ЧС. Как правило, она оказывается фельдшерскими линейными БСкМП и медицинскими сестрами врачебно-сестринских бригад (ВСБ). Её **цель** – профилактика осложнений, которые могут возникнуть у пострадавших в ЧС от полученной травмы или ранения. Оптимальный срок оказания этого вида медицинской помощи 2-3 часа; при этом одна фельдшерско-сестринская бригада за 12 часов работы способна оказать помощь 45-50 пострадавшим. Медицинская помощь, оказываемая средним медицинским персоналом, предусматривает:

1. Устранение асфиксии: туалет полости рта и носоглотки; ИВЛ ручным дыхательным аппаратом; ингаляция кислорода.
2. Введение обезболивающих средств (при необходимости).
3. Контроль правильности и целесообразности наложения жгута при продолжающемся кровотечении.
4. Наложение и исправление неправильно наложенных повязок.
5. Улучшение транспортной иммобилизации со сменой подручных средств на табельные.
6. Повторное введение антидотов, по показаниям.
7. Дополнительная частичная санитарная обработка.
8. Согревание пострадавших (при низкой температуре воздуха).
9. По показаниям введение симптоматических сердечно-сосудистых средств и препаратов, стимулирующих дыхание.

Первичная медико-санитарная помощь, оказываемая на догоспитальном этапе врачами линейных БСкМП и врачами ВСБ ЛПУ, сохранившихся в очаге или за его пределами **имеет целью** – поддержание жизненно-важных функций организма, предупреждение развития инфекционных осложнений у пострадавших и подготовку их к эвакуации в госпитальное звено. Мероприятия, выполняемые врачом,

подразделяются на неотложные мероприятия и мероприятия, которые могут быть отсрочены для выполнения в госпитальном звене.

В неотложных мероприятиях, исходя из опыта ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, нуждается до 30% пострадавших в обычном очаге, до 50% - в радиационном и до 70% - в химическом очаге. В полном объёме она должна быть оказана всем 100% пострадавшим при госпитализации в ЛПУ. Оптимальный срок её оказания 3-6 часов. Одна ВСБ за 12 часов работы способна оказать помощь 50 пострадавшим. Её объём включает следующие мероприятия:

1. Окончательную остановку кровотечения.
2. Борьбу с шоком: введение обезболивающих и сердечно-сосудистых средств; проведение новокаиновых блокад; переливание противошоковых и кровезамещающих жидкостей; осуществление транспортной иммобилизации.
3. Восстановление проходимости дыхательных путей: коникотомия; трахеотомия; интубация трахеи; фиксация языка.
4. Смену, при необходимости, окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе.
5. ИВЛ ручными и аппаратными способами.
6. Проведение закрытого массажа сердца.
7. Введение антибиотиков, противостолбнячной, противогангренозной сывороток, столбнячного анатоксина и других средств, задерживающих развитие инфекции в ране.
8. Проведение катетеризации мочевого пузыря при задержке мочи.
9. Неотложную терапевтическую помощь при радиационных и химических поражениях (купирование первичной реакции на облучение; введение антидотов).
10. Купирование реактивного состояния, изоляцию пострадавших с резким психомоторным возбуждением и больных инфекционного профиля.
11. Частичную санитарную обработку поражённых, дегазацию (деактивацию) их одежды, обуви или, по возможности, их замену.

**Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь** оказывается врачами-специалистами в условиях круглосуточного или дневного стационара. Включает в себя диагностику и лечение повреждений и поражений, требующих использования специальных методов и сложных

медицинских технологий. **Цель** – снятие угрозы для жизни, профилактика возможных осложнений и борьба с развившимися осложнениями, максимальное восстановление утраченных функций организма и проведение лечения пострадавшим до окончательного исхода. Срок оказания – 2-3 суток.

На госпитальном этапе в специализированной медицинской помощи и последующем лечении будут нуждаться пострадавшие с:

- повреждениями головы, шеи, позвоночника и периферических нервных стволов;
- механическими повреждениями опорно-двигательного аппарата;
- повреждениями органов грудной, брюшной полостей и таза;
- термическими поражениями;
- поражениями ОХВ и РВ;
- инфекционными заболеваниями (поражениями БС);
- расстройством нервно-психической деятельности.

Расчленение полного объёма медицинской помощи пострадавшим в зонах ЧС, в зависимости от условий обстановки, представляется в виде разных вариантов. В одних случаях на месте повреждения оказывается ПП, затем осуществляется эвакуация пострадавших в ближайшие медицинские организации, где им оказывается полный объём медицинской помощи. В других случаях, когда зона ЧС находится на значительном удалении от специализированных медицинских организаций, следует усилить догоспитальный этап формированиями СМК (ВСБ, БСМП) для оказания пострадавшим неотложной медицинской помощи и подготовки их к эвакуации на госпитальный этап.

**Медицинская реабилитация** – комплекс медицинских и психологических мероприятий, осуществляемых в отношении пострадавших в ЧС и направленных на:

- полное или частичное восстановление нарушенных или утраченных функций у пострадавших;
- поддержание их функций в процессе завершения остро развившегося патологического процесса;
- предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций повреждённых органов и систем организма;
- предупреждение и снижение степени возможной инвалидности;

- улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Медицинская реабилитация осуществляется в ЛПУ и включает комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

**Паллиативная медицинская помощь** – комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжёлых проявлений травм и поражений для улучшения состояния неизлечимо больных граждан. Оказывается в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, обученными её оказанию.

В условиях масштабных ЧС в целях своевременности, качества и последовательности оказания медицинской помощи, большое значение придается медицинской сортировке и медицинской эвакуации пострадавших, как важнейшим составляющим лечебно-эвакуационного процесса.

**Медицинская сортировка** пострадавших в ЧС является одним из основных принципов медицины катастроф и основана на необходимости оказания медицинской помощи возможно большему числу пострадавших, имеющих шанс выжить, в максимально сжатые сроки.

Впервые внедрил и обосновал медицинскую сортировку раненых известный русский хирург Н.И. Пирогов. Он определил работу «складочного места» (прототип сортировочного пункта), указав важное обстоятельство: «Без распорядительности и правильной администрации, нет пользы от большого числа врачей, а если их к тому же мало, то большая часть раненых останется вовсе без помощи».

Описывая картину перевязочных пунктов в Севастополе, переполненных ранеными Н.И. Пирогов указывал: «Если врач в этих случаях не предположит себе главной целью прежде действовать административно, а потом уже врачебно, то он совсем растеряется и ни голова его, ни руки не окажут помощи». Этот принцип «пироговской сортировки» актуален и по сей день.

Медицинская сортировка – распределение пострадавших на группы по принципу нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных мероприятиях (ЛЭМ) в зависимости от медицинских показаний и конкретных условий обстановки. Она является непрерывным, повторяющимся и преемственным процессом и



осуществляется при оказании пострадавшим всех видов медицинской помощи. Её **цель** – обеспечение пострадавших в ЧС своевременной медицинской помощью и рациональной эвакуацией в ЛПУ. В стационарах медицинская сортировка пострадавших проводится сортировочной бригадой в приёмном отделении или на сортировочной площадке.

Медицинская сортировка проводится по следующим **основным признакам**: тяжесть состояния, опасность распространения на окружающих инфекционных заболеваний, химического или радиоактивного поражения и раннее выявление психических расстройств.

Различают два вида медицинской сортировки:

1. **эвакуационно-транспортная сортировка** – проводится с целью распределения пострадавших на однородные группы по:

- очередности эвакуации (первая, вторая, последующая очереди);
- виду эвакуационного транспорта (специализированный, общий);
- определению расположения пострадавших в средствах эвакуации (сидя, лёжа на первом или втором ярусах);
- определению пункта эвакуации.

2. **внутрипунктовая сортировка** – проводится с целью распределения пострадавших по группам в зависимости от:

- степени опасности для окружающих;
- характера и тяжести повреждения (поражения);
- определения функционального подразделения этапа медицинской эвакуации, где пострадавший может продолжить стационарное лечение.

Медицинский персонал, первым прибывший в район ЧС, исходя из профессиональной компетенции, обязан провести медицинскую сортировку на догоспитальном этапе и работать согласно правилу «**ОБЛДМ**», где:

- О - обзор** (быстрая медицинская оценка зоны и масштаба ЧС);
- Б - безопасность** (обеспечение защиты персонала на месте ЧС);
- Л - лечение** (оказание ЭМП пострадавшим);
- Д - доклад** (обратная связь с руководителями);
- М - мероприятия** (определение приоритетов при проведении ЛЭМ).

Медицинская сортировка осуществляется на основе диагноза, прогноза, предполагаемого исхода и должна быть документирована. Её документами являются сортировочные марки, различные по форме и цвету; первичные медицинские карточки, в которые вносятся элементы сортировки; амбулаторные карты и истории болезни. **Сортировочные марки** прикрепляют к одежде пострадавших (поражённых) на видном месте булавками, зажимами, липками.

При отсутствии сортировочных марок следует выделять пострадавших путём их маркировки цветом. Для этого можно воспользоваться губной помадой, маркером, фломастером. Надпись следует наносить на хорошо заметном месте тела пострадавших (чаще – это лоб). В зависимости от степени тяжести пострадавших можно писать только первую букву: Ч (чёрный), К (красный), Ж (жёлтый), З (зелёный) – рис. 6.

Цветовая характеристика маркировок обозначает:

1. **Чёрная** – гибель пострадавших. Метку применяют при 100% уверенности в летальном исходе. При сомнении – применить красную метку.

2. **Красная** – повреждения, угрожающие жизни. Необходимо экстренное вмешательство для спасения жизни пострадавших. По прибытию в стационар – в отделение интенсивной терапии (реанимация).

3. **Жёлтая** – требуется срочная медицинская помощь с последующим постоянным медицинским наблюдением. Ухудшение состояния возможно в течение нескольких часов. По прибытию в стационар – госпитализация в профильное или реанимационное отделение.

4. **Зелёная** – состояние стабильное, требуется медицинская помощь, наблюдение в течение определённого периода и амбулаторное лечение.

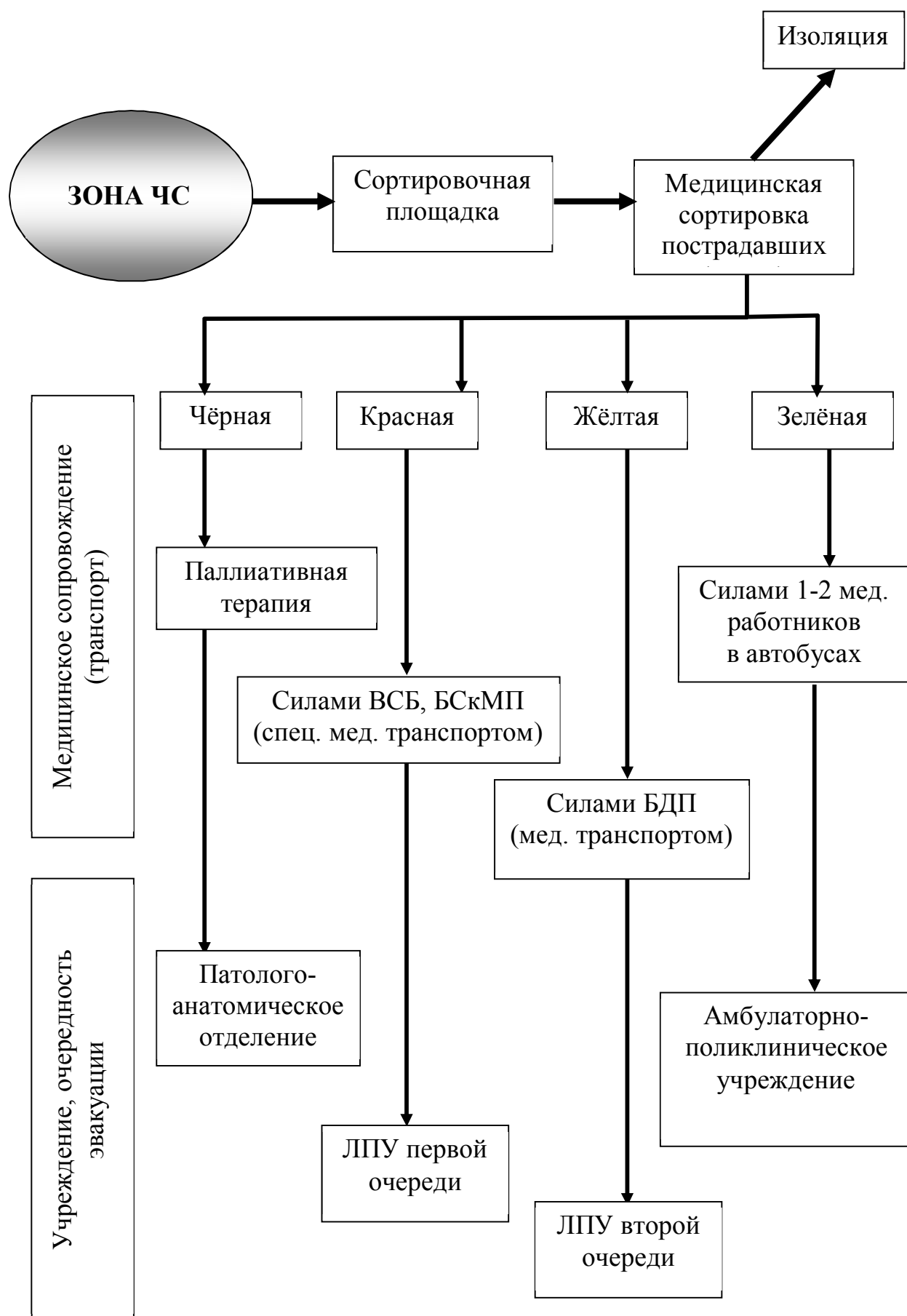


Рис. 6. Схема организации медицинской сортировки на догоспитальном

этапе

Указанные обозначения служат основанием для направления пострадавших в то или иное ЛПУ и определения очередности их доставки.

При возникновении ЧС медицинский персонал, нередко, испытывает трудности в категоризации пострадавших из первой группы. В определённой степени это обусловлено тем, что:

- при работе в повседневном режиме для оказания медицинской помощи и лечения пострадавших привлекаются все доступные силы, методы, средства современной медицины и принимаются необходимые меры для спасения их жизни;
- в условиях же ЧС, при ограниченных ресурсах, принимаются решения, согласно которым наибольшие усилия направляются на пострадавших, имеющих реальный шанс выжить, а другая их часть – с поражениями, несовместимыми с жизнью, получает паллиативную помощь.

При возникновении ЧС с большим числом пострадавших привлечение БСкМП на основе эффективного минимума осуществляется, исходя из следующих показателей:

- на 3-х пострадавших – 2 БСкМП;
- на 5 пострадавших – 3 БСкМП;
- до 10 пострадавших – на каждые 5 человек 3 БСкМП;
- до 50 пострадавших – на каждые 10 человек 5 БСкМП;
- более 50 пострадавших – на каждых 2-х из них – одна БСкМП.

Согласно желательному максимуму, это выглядит следующим образом:

- на каждого пострадавшего «красной» сортировочной группы – одна специализированная (реанимационная) БСкМП;
- на каждого пострадавшего «жёлтой» сортировочной группы – одна врачебная БСкМП;
- на 2-3 пострадавших «зелёной» сортировочной группы – одна фельдшерская БСкМП.

**Медицинская эвакуация** – перечень организационных, медицинских и технических мероприятий по вывозу (выносу, выводу) из района ЧС пострадавших, нуждающихся в медицинской помощи и транспортировке в ЛПУ для оказания исчерпывающей медицинской помощи и проведения лечения. Являясь одним из

слагаемых ЛЭО, медицинская эвакуация должна иметь медицинское сопровождение, организованный и управляемый характер.

Для эвакуации пострадавших привлекают различные виды транспорта (автомобильный, железнодорожный, воздушный, водный). Маршрут, по которому осуществляется вывоз пострадавших из района ЧС до этапов медицинской эвакуации, называется **путём медицинской эвакуации**, а расстояние, на которое эвакуируются пострадавшие – **плечом медицинской эвакуации**. Совокупность путей эвакуации, находящихся в пределах административной территории с развёрнутыми на ней этапами медицинской эвакуации, называется **лечебно-эвакуационным направлением (ЛЭН)**. При эвакуации массового числа пострадавших в местах их погрузки на транспорт и выгрузки с него силами формирований СМК или ближайших ЛПУ развёртываются **эвакуационные приёмники** для осуществления медицинской сортировки пострадавших, их временного размещения и оказания им медицинской помощи в период ожидания эвакуации в ЛПУ.

Загрузку транспорта, использующего для медицинской эвакуации целесообразно, осуществлять односторонними пострадавшими по характеру и локализации повреждений. Различают **медицинскую эвакуацию**:

- **по направлению** – перемещение пострадавших из района ЧС до ближайшего ЛПУ в пределах ЛЭН.
- **по назначению** – транспортировка пострадавших из района ЧС с медицинским сопровождением в специализированные ЛПУ, в соответствии с видом и характером повреждения, для оказания исчерпывающей медицинской помощи и проведения последующего лечения.

Способами медицинской эвакуации пострадавших являются:

- **эвакуация «на себя»** - использование для доставки пострадавших в ЛПУ транспорта станций скорой медицинской помощи или иных медицинских организаций;
- **эвакуация «от себя»** - использование для доставки пострадавших в ЛПУ транспорта аварийного объекта, спасательных отрядов, волонтеров, очевидцев ЧС;

– **эвакуация «на соседа»** - доставка пострадавших транспортом одного ЛПУ в другое ЛПУ, вследствие перегруженности первого ранее поступившими пострадавшими.

Таким образом, основными положениями в системе ЛЭО пострадавших в ЧС являются:

1. Соблюдение сроков оказания медицинской помощи.
2. Максимальное приближение первичной медико-санитарной помощи к пострадавшим.
3. Дифференцированный подход к определению объёма медицинской помощи, исходя из возможностей сложившейся обстановки.
4. Качественная медицинская сортировка пострадавших.
5. Организованная и правильно выстроенная медицинская эвакуация пострадавших за пределы района ЧС с созданием на её путях группировок медицинских сил.

### **2.3. Психолого-психиатрические нарушения у лиц, вовлечённых в чрезвычайные ситуации**

У пострадавших, оказавшихся в сфере воздействия поражающих факторов ЧС, возникают не только физические повреждения и соматические нарушения, но и психологические, эмоциональные реакции, способные вызывать реактивные нарушения, изменения психики и дестабилизацию духовной жизни с негативными медицинскими последствиями, требующими оказания им экстренной медицинской помощи.

Общее число лиц в РФ, переживших техногенные катастрофы, стихийные бедствия, вооружённые конфликты и имеющих, в связи с этим, проблемы с психическим здоровьем составляет более 12 млн. человек, причём их количество с каждым годом возрастает и, при этом, значительная часть находится вне поля зрения специалистов.

Психолого-психиатрические последствия в ЧС не только распространены, но и оказывают существенное влияние на состояние психического, соматического и социального здоровья человека, его физическую и умственную работоспособность и, как следствие, на профессиональное долголетие.

Такие последствия проявляются у пострадавших в ЧС и членов их семей, у очевидцев таких событий и у спасателей, включая медицинский персонал. У последних эти события часто препятствуют правильной оценке ими масштабов ЧС и принятию грамотных управленческих решений по ликвидации медико-санитарных последствий.

**Характеристика психолого-психиатрических расстройств у пострадавших в ЧС.** Психотравмирующие факторы присущи всем ЧС (природным, техногенным и социальным), независимо от их характера и масштаба. Эти факторы, воздействуя на человека, пребывающего в зонах ЧС, заставляют его действовать на пределе возможного, нередко, приводя к изменению индивидуально-психологического статуса. Возникновение этого статуса связывают с моральной закалкой и психическим состоянием человека, наличием у него знаний и навыков, определяющим готовность к осозанным, уверенным и последовательным действиям в ЧС.

Негативные воздействия психотравмирующих факторов ЧС на организм человека усугубляются и тем, что специалистов по психокоррекции человека в России недостаточно (в 2010 г. их насчитывалось 5-7 тыс., а в США – несколько десятков тысяч).

Наиболее подвержены психолого-психиатрическим нарушениям лица с высоким уровнем соматизации, с низким социальным статусом, уровнем образования и материальным доходом. Особого внимания требуют группы населения, проявляющие частичную физическую или эмоциональную недееспособность: дети, пожилые и больные люди, лица, страдающие алкогольной или наркотической зависимостью.

Следует помнить и о психогенной природе многих соматических нарушений, возникающих у лиц, перенесших воздействие ЧС. Эти расстройства, их характер, частота, выраженность и динамика зависят от:

- характеристики ЧС (её вид, внезапность возникновения, интенсивность и продолжительность действия);
- готовности к работе медицинских и других специалистов в экстремальных условиях ЧС, определяемой:
  - а) личностно-типологическими качествами;

- б) волевой и физической закалкой;
- в) профессиональной готовностью и психологической устойчивостью;
- г) знаниями и опытом работы в ЧС;
- д) организованности и согласованности действий специалистов, работающих в ЧС по ликвидации их последствий;
- е) поддержки окружающих, наличия наглядных примеров мужественного преодоления трудностей.

Установлено, что в течение первого часа с момента развития ЧС до 70% людей имеют невротические и психические реакции разной степени выраженности. Спустя 5 часов количество их уменьшается вдвое, а через сутки состояние таких пострадавших обычно нормализуется. Это диктует необходимость экстренного оказания психологической помощи пострадавшим. Её запаздывание может привести к немотивированным действиям со стороны пострадавших, способных нарушить проведение врачебных мероприятий.

В отдалённые периоды у лиц, вовлеченных в ЧС, проявляется эффект «расплывания катастрофы» за счёт переживания о погибших и пострадавших из числа родных и близких. В 60-70% случаев формирующими состояниями являются неврастенические процессы. По статистике только 6-7% людей в условиях ЧС полностью сохраняют адекватное состояние.

Спустя 2 года психогенные отклонения в виде шоковых реакций (замешательство, дезинтеграция), варьирующие от характера и тяжести происшедшей ЧС, степени её внезапности и от личностных особенностей имели до 30-75% лиц, переживших ЧС и иные трагедии (теракты, транспортные катастрофы, взрывы, пожары, землетрясения, наводнения, сексуальные посягательства и др.).

Подтверждена связь кошмарных переживаний у лиц с наличием травмагенного опыта. В частности, отмечено, что жертвы ЧС, нередко, испытывают «синдром катастрофы», являющийся первичной реакцией на травматическое переживание, включающий 3 стадии:

1. **стадию шока**, проявляющуюся оглушённостью, ошеломленностью и апатичностью;
2. **суггестивную стадию**, в которой индивид пассивен, но внушаем и готов следовать указаниям врачей-спасателей (суггестия – внушение);



3. **стадию восстановления** – пострадавший напряжён, проявляет боязливость и тревожность, но постепенно восстанавливает психологическое равновесие, проявляя потребность рассказать о прошедшем событии.

Психические нарушения у лиц, переживших ЧС могут:

- маскировать клиническую картину черепно-мозговой травмы, травматического шока и скрытой кровопотери;
- замедлять заживление ран мягких тканей и увеличивать частоту гнойных осложнений;
- способствовать развитию комбинированных поражений.

В динамике функционального состояния и поведения лиц, подвергшихся воздействию поражающих факторов ЧС, выделяют 4 стадии эмоционального и физиологического состояния (табл. 7).

Таблица 7

**Стадии эмоционального и физиологического состояния лиц, переживших катастрофы**

| Стадии                                                         | Симптоматика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Острый эмоциональный шок.<br>Длительность 3-5 час.          | Отмечаются психическое напряжение, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов, мобилизация психофизиологических резервов, чувство отчаяния и проявление безрассудной смелости при снижении критической оценки ситуации. Субъективно: сухость во рту, жажда, головная боль, затрудненное дыхание, сердцебиение.                        |
| 2. Психофизиологическая демобилизация.<br>Длительность 3 суток | Выражены чувство растерянности, отмечается паника, снижение моральной нормативности поведения, эффективности деятельности и её мотивации. Отмечаются увеличение ошибочных действий при управлении транспортом, отказ от выполнения спасательных работ. Субъективно: тошнота, потеря аппетита, неприятные ощущения со стороны ЖКТ, ощущение тяжести в голове. |
| 3. Стадия разряжения.<br>Длительность 3-12 суток               | Снижается эмоциональный фон, интонационная окраска речи, ограничиваются контакты с окружающими, характерна замедленность движений. Настроение и самочувствие стабилизируются, появляется желание выговориться. Отмечаются тревожные и                                                                                                                        |

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                        | <p>кошмарные сновидения в различных вариантах, трансформирующих впечатления трагических событий.</p> <p>Физиологические резервы снижаются и проявляются тахикардией, повышением АД и нарастанием признаков переутомления</p> |
| <p>4. Стадия восстановления.<br/>После 10-12 суток</p> | <p>Межличностное общение активизируется, эмоциональная окраска речи и мимических реакций нормализуются.</p> <p>В состоянии физиологической сферы позитивной динамики не отмечается.</p>                                      |

### **Принципы коррекции психолого-психиатрических расстройств.**

Психокоррекция пострадавших осуществляется использованием психотерапевтических и психофармакологических методов.

Значит, каждый медицинский специалист обязан знать основы психотерапии и психологии, чтобы правильно оценить состояние пострадавших и предупредить переход стресса в дистресс. Это обстоятельство требует наличия квалифицированных специалистов, дефицит которых, к сожалению, имеет место быть (стр. 78).

Отсюда, в большинстве своём, в лечении этой патологии превалируют психофармакологические методы. При этом медикаментозная терапия характеризуется симптоматической направленностью. В частности, рекомендуется применение:

- транквилизаторов – для снятия тревоги, страха, напряжения;
- антидепрессантов, обладающих седативными свойствами;
- ноотропов, нормализующих метаболические процессы в организме, активирующими ферментативную активность и обладающими антигипоксической и противосудорожной активностью;
- поливитаминов и микроэлементных комплексов, поддерживающих метаболические реакции и активно влияющих на адаптационные механизмы. Среди них естественные антиоксиданты – витамины А, Е, С,  $\alpha$ -токоферол,  $\beta$ -каротин;
- адаптогенов природного происхождения, оказывающих тонизирующее действие на ЦНС и активирующих гипоталамо-надпочечниковую систему. Их дозы подбираются по тесту индивидуального хорошего самочувствия;

- эффективны и биологически-активные добавки (БАД) природного происхождения, содержащие комплекс витаминов, микроэлементов, аминокислот, фосфолипидов и натуральных пептидов.

Такая комплексная терапия нормализует стрессобусловленные вегетативные реакции, оптимизирует возможности адаптации человека за счёт воздействия на лежащие в основе механизмов развития стресса метаболические, нейрохимические и энергетические процессы и снижает клинические проявления психопатологических и соматических расстройств.

#### **2.4. Основы организации санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения населения и территорий в чрезвычайных ситуациях**

В ЧС, нередко, возникает осложнение санитарно-гигиенических условий и обострение эпидемиологической обстановки приводящих к:

- нарушению деятельности объектов экономики;
- нарушению функционирования коммунально-энергетических систем (КЭС) жизнеобеспечения населения;
- развитию благоприятных условий для интенсивного распространения респираторных, вирусных, кишечных и природно-очаговых инфекций с вовлечением в них больших групп людей.

Это диктует необходимость оценки санитарно-эпидемиологического состояния территорий, вовлечённых в ЧС, при которой учитываются:

- состояние здоровья населения;
- санитарно-эпидемиологическое состояние населённых пунктов, подвергшихся воздействию ЧС;
- гигиенические условия размещения населения и инфекционная заболеваемость среди них.

Исходя из этих показателей, выделяют 4 вида **санитарно-эпидемиологического состояния районов ЧС:**

**Благополучное санитарно-эпидемиологическое состояние, при котором:**

1. Отсутствуют разрушения гигиенически значимых объектов экономики, массовые неинфекционные заболевания и отравления, не захороненные трупы погибших людей и животных.

2. Регистрируется удовлетворительное санитарное состояние территории и коммунальная благоустроенность населения.

3. Проводимые санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия определяются как качественные.

**Неустойчивое санитарно-эпидемиологическое состояние, при котором:**

1. Имеют место умеренный рост инфекционной заболеваемости или возникновение отдельных групповых заболеваний, либо единичное наличие не захороненных трупов погибших людей и животных.

2. Регистрируется неудовлетворительное санитарное состояние территории, объектов экономики и ЖКХ.

3. Зона ЧС располагается вблизи ПОО экономики или вблизи реального химического, биологического заражения и радиоактивного загрязнения.

**Неблагополучное санитарно-эпидемиологическое состояние, при котором:**

1. Выявляются групповые поражения людей или единичные тяжёлые неинфекционные заболевания с неблагоприятными исходами, либо неубранные трупы погибших людей и животных.

2. Зарегистрировано неудовлетворительное санитарное состояние территории, производственных и социально-бытовых объектов;

3. Выявлены участки химического и биологического заражения или радиоактивного загрязнения местности.

**Чрезвычайное санитарно-эпидемиологическое состояние, при котором:**

1. В короткий срок зарегистрировано резкое увеличение числа опасных для жизни заболеваний среди пострадавшего населения.

2. Выявлены залповый выброс в зоне ЧС высокотоксичных веществ и значительное число не захороненных трупов погибших людей и животных.

3. Санитарное состояние территории оценивается как неудовлетворительное (разрушены или ограниченно функционируют системы ЖКХ и предприятия экономики).

Исходя из этих обстоятельств, в комплексе мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения и территорий, пострадавших в ЧС, значимая роль отводится осуществлению санитарно-гигиенических и противоэпидемических

мероприятий. Их выполнение возложено на подсистему РСЧС надзора за санитарно-эпидемиологической обстановкой.

**Санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение в ЧС** – комплекс взаимосвязанных мероприятий, выполняемых в районах ЧС для гигиенической оценки территорий, вовлечённых в ЧС, проведения противоэпидемических мероприятий и мероприятий по адаптации населения к условиям ЧС с целью его гигиенического воспитания.

Проведение этих мероприятий в части населения и территорий, пострадавших в ЧС, преследует следующие цели:

1. Достижение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, подвергшегося воздействию поражающих факторов ЧС, и последующее поддержание его на должном уровне.
2. Предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний и отравлений среди населения, а при их возникновении – быстрая локализация, изоляция и ликвидация очага заболеваемости.
3. Сохранение здоровья населения и на этом фоне обеспечение его трудоспособности.

Реализация указанных целей достигается решением комплекса организационных, инженерно-технических и специальных задач. В числе специальных задач:

1. Разработка ведомственных нормативных актов (постановления, приказы, распоряжения и т.п.) по организации работы в ЧС.
2. Оценка эпидемиологического состояния зоны ЧС.
3. Разработка мер по предотвращению (смягчению) последствий биологических ЧС.
4. Проведение санитарно-эпидемиологического надзора за условиями размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания населения при его отселении за пределы зоны ЧС, за санитарным состоянием территории, вовлечённой в ЧС, за удалением нечистот, захоронением трупов погибших людей и животных.

Подсистема надзора за санитарно-эпидемиологической обстановкой, исходя из наличия людских и материальных ресурсов ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» (ЦГиЭ) и при содействии управления Роспотребнадзора в субъекте РФ, для работы в условиях ЧС:

1. Создаёт формирования санитарно-эпидемиологического профиля, комплекзует их персоналом, оснащает имуществом, оборудованием и организует подготовку и к слаженной работе в ЧС.
2. Готовит и выдвигает в район ЧС оперативные группы для оценки обстановки и принятия решений.
3. Осуществляет мониторинг окружающей среды в районах ЧС.
4. Выявляет в зонах ЧС санитарно-эпидемиологическое состояние.
5. Оценивает качество здоровья населения, находящегося в зонах ЧС.
6. Организует проведение санитарно-профилактических мероприятий (создаёт запасы диагностических, иммунобиологических, дезинфекционных средств и проводит санитарно-разъяснительную работу среди населения).
7. Осуществляет неотложные мероприятия по качественному поддержанию условий жизни и быта населения, пострадавшего в ЧС.

**В части формирований санитарно-эпидемиологического профиля** создаются:

**а) санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО)** – комплекуются и оснащаются в период повседневной деятельности ЦГиЭ совместно с управлениями Роспотребнадзора из штатной численности их персонала, наличного транспорта, имеющегося имущества и оборудования для работы в ЧС. Контроль готовности СЭО к работе в ЧС осуществляет руководитель учреждения-формирователя. Основными задачами СЭО являются:

- осуществление прогноза развития санэпидобстановки в районах ЧС и проведение в них санитарно-профилактических мероприятий;
- оказание практической помощи органам исполнительной власти, объектам экономики и медицинским организациям в проведении эпидемиологического обследования территорий и внешней среды;
- вынесение заключения о санитарно-эпидемиологическом состоянии территорий и выдача рекомендаций о режиме пребывания населения на ней.

В составе СЭО – 21 человек:

- начальник СЭО (зам. главного врача ЦГиЭ);
- врач-эпидемиолог, врач по общей гигиене, 2 врача-бактериолога, врач токсиколог санитарный, врач радиолог санитарный, врач по радиационной гигиене, 2 врача-лаборанта, 2 врача-дезинфекциониста;
- помощники санитарного врача и эпидемиолога, фельдшер-лаборант (микробиолог);
- лаборант-радиолог, лаборант-химик;
- 2 техника-дозиметриста;
- инструктор-дезинфектор;
- 2 водителя.

СЭО, являясь специализированным формированием, функционально объединяет **3 вида санитарно-эпидемиологических бригад, в том числе эпидемиологическую (ЭБ), санитарно-гигиеническую (токсикологическую – СГ(Т)Б) и радиологическую (РБ).** В состав СЭО включается и группа санитарно-эпидемиологической разведки (ГСЭР). Количество бригад в составе СЭО (от одной до трех) определяется руководителями учреждений в зависимости от прогнозируемой санитарно-эпидемиологической обстановки и решаемых задач в очагах ЧС. Эти формирования способны решать задачи, как в составе СЭО, так и автономно, выполняя функции формирований быстрого реагирования. По прибытии в район ЧС они работают под руководством штаба по ликвидации последствий ЧС и руководителя СМК.

В состав санитарно-эпидемиологических бригад входят 5 человек. Качественно они представлены следующими видами:

- **эпидемиологическая бригада** – 2 врача-эпидемиолога, помощник эпидемиолога (фельдшер) и инструктор-дезинфектор;
- **санитарно-гигиеническая (токсикологическая) бригада** – врач-гигиенист, врач-токсиколог санитарный, фельдшер-лаборант и лаборант-химик;
- **радиологическая бригада** – врач по радиационной гигиене, врач-гигиенист, фельдшер и техник-дозиметрист.

Бригады обеспечиваются автомобилем и, соответственно, комплектуются водителями.

Время работы СЭО в автономном режиме в зонах ЧС – 24 часа, а бригад – 12 часов.

**Группа санитарно-эпидемиологической разведки (ГСЭР)** – создается на базе ЦГиЭ и его филиалов. В её состав включаются врач-эпидемиолог, помощник эпидемиолога (фельдшер) и водитель.

Задачами ГСЭР являются:

- проведение эпидемиологической разведки в районах ЧС;
- отбор проб из объектов внешней среды на заражённость бактериальными средствами (БС);
- санитарная экспертиза питьевой воды и продовольствия на заражённость ОХВ, РВ и БС, а также выявление этих веществ на предметах медико-санитарного имущества, оборудования, санитарном транспорте в воздухе медицинских организаций и на закреплённой за ними территории.

ГСЭР оснащается комплектами имущества и автомобилем за счёт учреждения-формирователя. В течение одного часа работы ГСЭР может обследовать территорию в 2 км<sup>2</sup> и отобрать 8 проб с объектов внешней среды. Продолжительность работы ГСЭР в зонах ЧС – 8 часов.

При невозможности создания полноценных санитарно-эпидемиологических бригад быстрого реагирования, ГСЭР могут быть усилены специалистами с расширением при этом решаемых группой задач и выполняемых функций.

**б) специализированные противозидемические бригады (СПЭБ)** – создаются на базе противочумных станций и институтов. Предназначаются для работы в очагах особо опасных инфекционных заболеваний, в очагах инфекционных заболеваний неясной этиологии, а также могут привлекаться к работе и в очагах вспышечной инфекционной заболеваемости. Осуществляют проведение комплекса экстренных противозидемических мер по выявлению, локализации и ликвидации этих очагов, диагностируют заболевания неясной этиологии и осуществляют индикацию возбудителей инфекционных заболеваний во внешней среде.

Штатная численность СПЭБ – 44 человека. Руководство СПЭБ осуществляет начальник (врач-эпидемиолог), назначаемый руководителем учреждения, формирующего СПЭБ. В структуре СПЭБ развёртываются:



- эпидемиологическое отделение с зоопаразитологической группой в составе 12 человек, в том числе 6 врачей-эпидемиологов (один из них начальник отделения – заместитель начальника СПЭБ), врача-паразитолога, врача-инфекциониста, врача по общей гигиене, помощника эпидемиолога, зоолога и медицинского дезинфектора;

- бактериологическое отделение с вирусологической группой и группой для проведения ПЦР-анализа в составе 26 человек, в том числе 8 врачей-бактериологов (один из них – начальник отделения), врача-вирусолога, 12 лаборантов и 5 медицинских дезинфекторов;

- хозяйственное отделение в составе инженера и 3-х водителей.

Основными задачами СПЭБ являются:

- оценка санитарно-эпидемиологической обстановки;
- организация проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий;

- выдвижение оперативных групп и формирований в районы осложнённой санитарно-эпидемиологической обстановки;

- участие в проведении экстренных противоэпидемических мероприятий по выявлению, локализации, изоляции и ликвидации очагов опасных инфекционных заболеваний, в том числе и завозных, а также очагов, возникших вследствие активации природной инфекционной заболеваемости;

- диагностика заболеваний неясной этиологии и индикация возбудителей инфекционных болезней на объектах внешней среды;

- оказание консультативной помощи учреждениям Роспотребнадзора и другим медицинским организациям в проведении противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционной заболеваемости, в развёртывании и организации работы инфекционных стационаров, бактериологических лабораторий и перепрофилировании больниц;

- разработка рекомендаций по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения и аварийно-спасательных формирований, участвующих в ликвидации вспышечной заболеваемости, а также осуществление контроля их исполнения;

- отбор проб продовольствия, питьевой воды, других источников водоснабжения на загрязнение РВ, ОХВ и БС и проведение экспертизы с выдачей заключения о возможности их использования населением;
- сбор и направление материала на вирусологические исследования в специализированные учреждения и серологическая диагностика вирусных инфекций;
- санитарно-бактериологические исследования объектов внешней среды;
- организация и проведение эпизоотологических обследований;
- организация и проведение дезинфекционных, дератизационных и дезинсекционных мероприятий.

Приведение СПЭБ в готовность, направление её в район ЧС в полном, ограниченном или усиленном составе, передислокация и возвращение к месту своего базирования осуществляются по распоряжению руководителей управлений Роспотребнадзора (главных государственных санитарных врачей) тех субъектов РФ, где они созданы.

Противочумные учреждения помимо СПЭБ формируют и профильные группы экспертов для предварительной оценки ситуации в зонах ЧС.

Подсистема надзора за санитарно-эпидемиологической обстановкой, совместно со службами защиты животных и растений, противопожарной, гидрометеорологической и природных ресурсов, включена в состав **сети наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК)**. В этой структуре она создает головные и низовые лаборатории СНЛК по 3 направлениям (бактериологические, радиологические и токсикологические).

Головные лаборатории СНЛК, как правило, создаются на базе ЦГиЭ, а низовые – на базе их филиалов, работающих на муниципальном уровне.

**Головные лаборатории** являются подразделениями повышенной готовности (готовность – 6-8 часов) и осуществляют:

- определение вида применённых БС (бактерий, вирусов, риккетсий, грибов, токсинов) в пробах, отобранных из объектов внешней среды, а также в материалах больных и трупов умерших (специфическая индикация);

- количественное определение токсических веществ в продуктах питания, пищевом сырье, воде для питья, на медикаментах и медицинском имуществе в подведомственных здравоохранению объектах;
- санитарную экспертизу продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды, заражённых РВ, ОХВ и БС, с выдачей заключения о пригодности их использования населением по назначению;
- сбор, обобщение и анализ информации о заражении РВ, ОХВ и БС продуктов питания, пищевого сырья, питьевой воды;
- санитарный надзор на обслуживаемой территории и ведение санитарно-эпидемиологической разведки в очагах массового поражения;
- определение уровней радиоактивного загрязнения местности и её оценку для населения;
- участие в выработке рекомендаций по обеспечению режима защиты и поведения населения в очагах заражения РВ, ОХВ и БС;
- подготовку (переподготовку) специалистов лабораторий;
- разработку нормативных документов и ведение методического руководства низовыми лабораториями.

**Низовые лаборатории** осуществляют:

- лабораторный контроль заражённости БС продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды на объектах здравоохранения;
- проведение санитарно-эпидемиологической разведки на обслуживаемой территории с отбором проб из объектов внешней среды и доставкой их в головную лабораторию для специфической индикации БС;
- определение уровней радиоактивного загрязнения местности и её оценку для населения;
- отбор проб продуктов питания, питьевой воды, заражённых РВ, ОХВ, БС и доставка их для детального исследования в головные лаборатории.

Для обеспечения устойчивого функционирования СНЛК, главным государственным санитарным врачом субъекта РФ совместно с главным врачом ФГУЗ «ЦГиЭ» в субъекте РФ определяются дублеры головных лабораторий из числа филиалов ЦГиЭ, способных при осложнении обстановки взять на себя функции руководства подсистемой санэпиднадзора.

Медицинские учреждения и формирования любого профиля в условиях ликвидации медико-санитарных последствий ЧС работают круглосуточно, согласно режиму, определяемому руководителем спасательных работ, согласованному с руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ, и руководителем управления Роспотребнадзора.

## **2.5. Перечень документов, создаваемых в формированиях функциональных подсистем – медицины катастроф и надзора за санитарно-эпидемиологической обстановкой**

Для эффективной и качественной работы формирований, создаваемых в подсистемах медицины катастроф и санэпиднадзора РСЧС, их руководители, независимо от решаемых задач, обязаны разработать, иметь и руководствоваться следующими документами:

- список персонала, в том числе распределённого по структурным отделениям;
- функциональные обязанности для всех категорий персонала;
- схемы оповещения и экстренного сбора персонала в рабочее и во вне рабочее время;
- схему развёртывания (доразвёртывания) структурных подразделений;
- схему организации связи и взаимодействия с органами управления и учреждениями здравоохранения, расположенными на территории субъекта РФ, оперативными и аварийно-спасательными службами территории и организациями, способствующими повышению устойчивости функционирования учреждений и формирований СМК и подсистемы надзора за санитарно-эпидемиологической обстановкой;
- инструкции, журналы регистрации и справочные материалы.

## **2.6. Мероприятия, осуществляемые функциональными подсистемами РСЧС, создаваемые в Министерстве здравоохранения Российской Федерации и в Роспотребнадзоре в режимах их функционирования**

Резюмируя изложенное в подразделах 2.1.-2.5., следует заключить, что силами Минздрава России и Роспотребнадзора созданы и успешно функционируют функциональные подсистемы РСЧС:

- Всероссийской службы медицины катастроф;

- медико-санитарной помощи пострадавшим в ЧС в организациях (на объектах), находящихся в ведении ФМБА России, а также организаций и территорий, обслуживаемых ФМБА России;

- резервов медицинских ресурсов;

- надзора за санитарно-эпидемиологической обстановкой.

Эти подсистемы РСЧС имеют государственный статус и выполняют приоритетную роль в решении основной задачи – спасение жизни, сохранение и укрепление здоровья населения, как пострадавшего в ЧС, так и оказавшегося в районах ЧС с угрожающими для их жизни и здоровья условиями.

Указанные подсистемы РСЧС функционируют в 3-х режимах: повседневной деятельности, повышенной готовности (угрозы возникновения ЧС) и чрезвычайной ситуации.

**В режиме повседневной деятельности** осуществляются:

- прогнозирование ЧС, оценка их масштабов и медико-санитарных последствий;

- разработка плана медико-санитарного обеспечения населения территории при возникновении прогнозируемых ЧС и плана действий медицинских организаций в ЧС;

- текущее планирование мероприятий и их отработка;

- специальная подготовка медицинского персонала к действиям в ЧС, совершенствование форм и методов контроля его готовности;

- обучение прочих категорий персонала здравоохранения (электрики, слесари, сантехники, работники пищеблока, экономисты, бухгалтеры и др.) приёмам и способам оказания первой помощи пострадавшим и основам адекватного поведения их в ЧС;

- организация и осуществление наблюдения за средой обитания населения и обстановкой на ПОО;

- организация и обеспечение эффективного функционирования дежурно-диспетчерской службы (ДДС);

- создание и поддержание в готовности к работе в ЧС органов управления, учреждений и формирований СМК и санэпиднадзора;

- создание, размещение, накопление, хранение и освежение резервов медицинского имущества, оборудования, техники для ликвидации ЧС, осуществление контроля его накопления и освежения;
- осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению возникновения очагов инфекционных заболеваний в зонах возможных ЧС, совершенствование форм и методов санитарно-противоэпидемического обеспечения в условиях ЧС;
- совершенствование материально-технической базы СМК и подсистемы санэпиднадзора, накопление средств защиты, обеспечивающих оптимальное решение задач при работе в зонах ЧС различного характера, включая и развитие массовых инфекционных заболеваний;
- осуществление медицинской подготовки личного состава АСФ других ведомств и различных групп населения;
- совершенствование организации взаимодействия СМК и подсистемы санэпиднадзора со службами других функциональных подсистем РСЧС и оперативными службами территории.
- изучение состояния медико-санитарной обстановки, мониторинг опасных природных явлений и техногенных процессов на ПОО экономики, способных привести к возникновению ЧС и поражению населения, определяющих необходимость их прогнозирования с выявлением медико-санитарных последствий;
- сбор, обработка и обмен в установленном порядке информацией в области медицинской защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций и обеспечения пожарной безопасности (ЧС и ОПБ);
- ведение статистической отчетности о характере и тяжести медико-санитарных последствий ЧС с выработкой мер по предотвращению или минимизации их воздействия на население;
- разработка Плана медико-санитарного обеспечения населения территории при возникновении прогнозируемых ЧС и Плана действий по предупреждению и ликвидации ЧС в медицинских организациях;
- разработка и реализация целевых и научно-технических программ и мер по медико-санитарному обеспечению ЧС;

- текущее планирование и отработка СМК учебно-практических мероприятий в повседневной деятельности;

- проведение мероприятий по подготовке к медико-санитарному обеспечению эвакуации населения в безопасные районы, его размещению и возвращению, соответственно, в места постоянного, проживания;

- подготовка населения в области медицинской защиты от ЧС, в том числе к действиям при получении сигналов экстренного оповещения и порядку оказания первой помощи пострадавшему населению;

- проведение государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий от ЧС.

**В режиме повышенной готовности выполняются:**

- приведение в готовность органов управления, сил и средств функциональных подсистем к действиям в ЧС (оповещение, экстренный сбор руководящего состава, перевод его на круглосуточный режим работы, усиление ДДС, создание дополнительных оперативных групп, обеспечение последних транспортом и средствами мобильной связи);

- анализ причин, обусловивших введение режима повышенной готовности, прогнозирование возможного развития медицинской обстановки, разработка и подготовка предложений по тактике использования сил и средств СМК и подсистемы санэпиднадзора;

- экстренное уточнение планов медико-санитарного обеспечения населения территорий, планов действий медицинских организаций в ЧС и основных положений взаимодействия применительно к возникшей ситуации.

- усиление контроля за состоянием окружающей среды, мониторинг опасных природных явлений и техногенных процессов на ПОО экономики, способных привести к развитию ЧС с медико-санитарными последствиями;

- сбор, обработка и передача органам управления и силам РСЧС данных о прогнозируемых медико-санитарных последствиях ЧС и информирование населения о соблюдении медицинских правил;

- приведение, при необходимости, сил и средств СМК в готовность к реагированию на ЧС, формирование оперативных групп для выдвижения их в предполагаемые районы действий;

- принятие оперативных мер по предупреждению или минимизации медико-санитарных последствий прогнозируемых ЧС, повышению устойчивости и безопасности функционирования медицинских организаций в этих условиях;

- восполнение, при необходимости, резервов медицинских ресурсов, созданных для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

**В режиме чрезвычайной ситуации осуществляются:**

- оповещение ВЦМК «Защита», руководителей медицинских организаций на подведомственной территории о возникших ЧС;

- выявление медико-санитарных последствий ЧС, прогнозирование их развития;

- введение в действие плана медико-санитарного обеспечения населения территории, планов действий медицинских организаций в ЧС, а при необходимости и частных планов развития конкретных видов ЧС;

- выдвигание в районы ЧС оперативной группы, передовых сил и средств СМК для оценки обстановки, принятия решения по ликвидации медико-санитарных последствий возникшей ЧС;

- немедленное выдвигание в зону ЧС медицинских оперативных групп, мобильных формирований СМК и подсистемы санэпиднадзора;

- ведение медицинской разведки, сбор информации об обстановке в районе ЧС, её анализ и оценка, подготовка предложений по ликвидации медико-санитарных последствий;

- оперативное проведение лечебно-эвакуационных мероприятий пострадавшим в ЧС и приведение в готовность ЛПУ к их массовому приёму;

- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в районе ЧС;

- уточнение и внедрение схемы оперативного пополнения формирований и учреждений СМК и подсистемы санэпиднадзора медицинским имуществом, оборудованием и персоналом;

- оперативное управление силами и средствами СМК и подсистемы санэпиднадзора при выполнении возложенных на них функций в очаге ЧС, а также порядком их взаимодействия с ведением учёта и отчётности.



- организация взаимодействия с ведомственными структурами здравоохранения, оперативными службами территории по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС

- постоянный сбор, анализ и обмен информацией о медико-санитарной обстановке в районе ЧС и в ходе проведения работ по её ликвидации;

- информирование населения о мерах по обеспечению его безопасности, приёмах и способах оказания первой помощи, порядке действий и правилах поведения в зоне ЧС.

При введении режима ЧС в зависимости от вида и характера её развития, привлекаемых сил и средств для её ликвидации устанавливаются один из следующих уровней реагирования на ЧС (объектовый, местный, региональный (межмуниципальный), федеральный и особый) и назначается руководитель ликвидации ЧС<sup>1\*</sup>.

## **2.7. Правила и обязанности работы медицинского персонала в чрезвычайных ситуациях на догоспитальном этапе**

В ЧС от медицинского персонала, уже на догоспитальном этапе, требуется надлежащая организация проведения работ в необычных условиях, сопровождающихся массовостью пострадавших, нуждающихся в оказании ЭМП и характеризующихся ухудшением санэпидобстановки, временным дефицитом, несоответствием между наличием и потребностью в силах и средствах здравоохранения.

В этих условиях обязательными правилами работы медицинского персонала являются умения:

- проводить медицинскую сортировку пострадавших с использованием минимума инструментально-лабораторных методов обследования;

- диагностировать поражения на основании сочетания установленных и вероятностных признаков патологии;

- осуществлять в сжатые сроки обследование территории, оказание медицинской помощи пострадавшим и нормализацию санитарно-гигиенических условий проживания людей;

---

<sup>1</sup> \*п. 8,9,10 ст. 4.1 ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

- организовывать и быстро выполнять неотложные мероприятия по жизненным показаниям максимально возможному числу пострадавших для повышения их шансов на выживание;
- оперативно решать вопросы эвакуации пострадавших, оказания им медицинской помощи в ходе транспортировки;
- осуществлять защиту пострадавших от воздействия ОХВ, РВ, БС и неблагоприятных факторов внешней среды.

Следовательно, ЭМП на догоспитальном этапе имеет целью сохранение и поддержание жизненно-важных функций у пострадавших в ЧС, предупреждение развития у них различных осложнений. Эти мероприятия следует расценивать как начало интенсивной терапии.

Исходя из этого, медицинский персонал при работе в ЧС обязан:

- уметь оценивать общую и медицинскую (медико-тактическую, санитарно-радиационную, санитарно-химическую, санитарно-бактериологическую) обстановку и производить необходимые расчёты по возможному числу пострадавших, по количеству необходимого медицинского имущества и оборудования для оказания ЭМП пострадавшим в конкретно складывающейся ситуации, по эффективному и рациональному использованию сил и средств СМК и подсистемы санэпиднадзора в зоне ЧС;
- знать перечень организационно-медицинских мероприятий, для выполнения в отношении пострадавших на догоспитальном этапе;
- организовывать, оперативно и эффективно осуществлять пострадавшим ЭМП по жизненным показаниям в зонах ЧС и в ходе эвакуации их в ЛПУ;
- уметь организовывать защиту пострадавших от воздействия поражающих факторов ЧС и неблагоприятных климатических условий территории;
- знать структуру, порядок и обеспечение взаимодействия с ведомственным здравоохранением и оперативными службами территории;
- уметь принимать адекватные обстановке управленческие решения и своевременно доводить их до исполнителей.

## **2.8. Организация медицинского снабжения службы медицины катастроф**

Важным направлением в деятельности СМК является обеспечение её материально-техническими средствами и, прежде всего, медицинским имуществом, оборудованием и техникой (далее – медицинское имущество).

Комплекс мероприятий по обеспечению СМК медицинским имуществом во всех режимах её деятельности называется **медицинским снабжением**, основными принципами которого являются:

- соответствие существующей в системе здравоохранения организации обеспечения медицинским имуществом;
- количественное и качественное соответствие медицинского имущества структуре и задачам СМК;
- обеспечение готовности СМК к действиям в различных видах ЧС и в различных климатических зонах.

Медицинскому снабжению в СМК определены следующие **задачи**:

- разработка нормативных правовых документов по медицинскому снабжению в ЧС;
- оценка местных ресурсов по созданию медицинского имущества в интересах СМК;
- расчёт потребности в медицинском имуществе для ликвидации прогнозируемых ЧС с учётом величины и структуры санитарных потерь;
- обеспечение готовности учреждений медицинского снабжения к действиям в различных режимах функционирования СМК;
- создание резервов медицинского имущества для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- организация бесперебойного обеспечения медицинским имуществом учреждений и формирований СМК, работающих в очагах ЧС;
- разработка мер по защите медицинского имущества от поражающих факторов ЧС и негативных климатических воздействий;
- отработка системы учёта и отчётности по медицинскому снабжению в условиях ЧС;
- организация взаимодействия с органами медицинского снабжения ведомственного здравоохранения и органами исполнительной власти территорий;

- участие в подготовке и повышении квалификации по вопросам СМК специалистов, работающих в системе медицинского снабжения;
- участие в международном и межтерриториальном сотрудничестве по совершенствованию организации медицинского снабжения в ЧС;
- проведение научных исследований по совершенствованию организации медицинского снабжения в условиях ЧС.

Решение указанных задач возлагается на органы управления медицинским снабжением. К ним относятся государственные унитарные предприятия «Фармация» и «Медтехника» с входящими в их состав учреждениями (аптеки, склады, ремонтные базы), а также с отделом медицинского снабжения ЦМК.

Объём и содержание задач, решаемых учреждениями медицинского снабжения, зависят от режима функционирования СМК.

**В режиме повседневной деятельности** осуществляются:

- определение, совместно с ЦМК, потребности в структуре и количестве медицинского имущества резерва и его распределение по объектам хранения;
- создание, накопление, хранение и своевременное освежение резерва медицинского имущества;
- содержание резерва медицинского имущества в постоянной готовности к использованию по назначению;
- отработка вариантов экстренной поставки резерва медицинского имущества в ЛПУ районов ЧС;
- подготовка, профессиональная выучка и тренировка штатного персонала учреждений медицинского снабжения к работе в ЧС;
- методическая работа с подчинёнными учреждениями по организации медицинского снабжения в различных режимах функционирования СМК.

**В режиме повышенной готовности:**

- уточняется наличие жизненно-важных лекарственных средств в аптечных учреждениях зоны возможной ЧС и прилегающих территорий;
- принимаются меры для доукомплектования недостающего и поставки дополнительно необходимого имущества;

- определяется потребность в транспортных средствах и рабочей силе для доставки медицинского имущества в район предполагаемой ЧС (создание аптечных автолетучек);

- при угрозе воздействия РВ, ОХВ, БС и негативных климатических факторов принимаются меры по защите медицинского имущества.

**В режиме чрезвычайной ситуации** осуществляется:

- доставка медицинского имущества резерва в зону ЧС;
- формирование, комплектование и предоставление дополнительного медицинского имущества, недостающего для эффективной ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, с осуществлением контроля его использования. При крупномасштабных ЧС медицинское имущество резерва может поступать из других регионов страны и других государств, в порядке оказания гуманитарной помощи;

- открытие аптечного киоска при медицинском пункте района ЧС для обеспечения пострадавшего населения и спасателей необходимым медицинским имуществом;

- учёт медицинского имущества, направленного и поступившего в район ЧС из различных источников.

Для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС используется широкая номенклатура **медицинского имущества**, которое представлено совокупностью специальных материальных средств, предназначенных для:

- диагностики, оказания медицинской помощи, лечения, профилактики, реабилитации поражений, повреждений и заболеваний у пострадавших в ЧС;

- выполнения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий на территории зоны ЧС.

К медицинскому имуществу относятся:

- лекарственные средства (в том числе антидоты и радиопротекторы, наркотические и психотропные препараты);

- иммунобиологические препараты и вакцины;

- компоненты донорской крови;

- перевязочные средства;

- дезактивационные, дегазационные, дезинфекционные и иные нейтрализующие средства;

- медицинский инструментарий и оборудование;
- аптечная и лабораторная посуда;
- клинико-диагностические наборы и стандарт-титры;
- предметы ухода за больными и другие вспомогательные материалы.

Условия ЧС требуют минимизации номенклатуры медицинского имущества и соответствия требованиям ЧС, поскольку отмечено, что в ряде масштабных ЧС, медицинский персонал проявлял растерянность, допускал ошибки в выборе лекарственных средств. Это, нередко, порождало возрастание негативных последствий у пострадавших.

Эти обстоятельства учитываются и при создании комплектов (наборов, упаковок) медицинского имущества, предназначенных для оказания ЭМП населению, пострадавшему в ЧС.

**Комплект** – перечень предметов медицинского имущества, содержащихся в единой упаковке, имеющих единое функциональное предназначение и использующихся для оказания определённого вида медицинской помощи пострадавшим в ЧС.

Различают комплекты: операционные и перевязочные; нейрохирургические и травматологические; стоматологические и офтальмологические; дерматологические и трансфузиологические, лабораторно-диагностические и др. В каждом комплекте должна быть опись имущества с указанием его количества. Перечень и количество имущества, необходимые для оснащения учреждений и формирований определяют на основании норм снабжения и табелей оснащения.

Стандартизованный комплект медицинского оснащения, рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС состоит из 2-х наборов – основного и дополнительного.

Основной набор рассчитан на оказание первичной медико-санитарной помощи 1 тыс. пострадавшим в течение 3-х месяцев работы и включает в себя 12 лекарственных средств 11 фармакологических групп (анальгетик, антибиотик, сульфаниламид, стимуляторы дыхания и кроветворения, ангинальное и противопаразитарное средства, вода для инъекций и др.). В набор также включены перевязочные средства, хирургические инструменты, шприцы, термометр медицинский, тазик почкообразный и предметы вспомогательного, хозяйственного,

канцелярского предназначения (пластмассовые ёмкости, ведро, ручка, блокнот и т.п.). Масса набора составляет 45 кг., а объём – 0,2 м<sup>3</sup>.

Дополнительный набор на оказание такого же вида медицинской помощи 10 тыс. пострадавшим в течение 3-х месяцев работы включает 55 лекарственных средств из 40 фармакологических групп (анестетики, наркотический анальгетик, кортикостероиды, нейролептики, транквилизаторы, антибиотики, антимикробные, противопаразитарные и гипотензивные средства, периферический вазодилататор, бронхолитики, диуретики, витамины и воду для инъекций). В дополнительном наборе имеются и предметы, вспомогательного и хозяйственного предназначения, специфичные для основного набора, а также медицинское имущество для проведения осмотров пострадавших, включая женщин и детей, диагностики заболеваний, проведения малых хирургических вмешательств и стерилизации инструментов. Общая его масса – 410 кг, объём – 2 м<sup>3</sup>.

ВОЗ рекомендует для использования в ЧС также:

- хирургический комплект – для проведения 100 хирургических вмешательств в течение 10 суток. Он обеспечен одноразовыми средствами для всех потребностей;
- травматологический комплект – содержит расходные материалы и лекарства для 100 пострадавших;
- межучрежденческий комплект – содержит расходные материалы, оборудование и лекарства для лечения 700 пациентов с диареей разной степени тяжести или холерой (100 пациентов с тяжёлой формой, 400 пациентов в лёгкой форме, а также для лечения 100 взрослых и 100 детей больных шигеллёзом).

Медицинское имущество СМК по назначению подразделяется на медицинское имущество текущего снабжения и медицинское имущество, предназначенное для использования в условиях ЧС.

Медицинское имущество текущего снабжения – это предметы, используемые для обеспечения повседневной лечебной, учебной и научно-исследовательской деятельности. Медицинское имущество, предназначенное для использования в ЧС – это предметы, предназначенные для использования пострадавшим (поражённым) в ЧС, которые подразделяются на медицинское имущество резерва и медицинское имущество неснижаемого запаса (НЗ).

**Медицинское имущество резерва** – в повседневной деятельности не используется, а предназначено для оснащения учреждений и формирований СМК, создаваемых в медицинских организациях для оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС. Объёмы этого имущества устанавливаются распоряжением органа управления здравоохранением субъекта РФ и используются по его же решению. Как правило, оно обеспечивает оказание медицинской помощи прогнозируемому числу пострадавших в возможных ЧС в течение 3-х суток. Медицинское имущество резерва создают, накапливают, хранят и освежают в аптеках ЛПУ. В ЦМК субъекта РФ оно создаётся на 500 пострадавших. В медицинских организациях его количество определяется приказом органа управления здравоохранения субъекта РФ, исходя из прогнозных данных.

**Неснижаемый запас (НЗ)** – медицинское имущество для оснащения дополнительно развёртываемых в ЛПУ или перепрофилируемых коек лечебных учреждений и создаваемых ими медицинских формирований, используемых по решению органа управления здравоохранением в ЧС. Оно создается в ЛПУ, имеющих задание на развёртывание оперативных или перепрофилируемых коек в ЧС мирного времени; в них же НЗ хранится и освежается.

Предусматривается в ЛПУ создание и содержание в готовности резерва лекарственных и иммунологических препаратов для реагирования на акты биологического терроризма и вспышечную инфекционную заболеваемость, а также резерва компонентов крови (свежезамороженная плазма, сырьевая плазма эритроцитарная масса и др.).

Медицинское имущество резерва и медицинское имущество НЗ находятся на длительном хранении и содержатся в готовности к немедленному применению.

Для прогнозируемого количества пострадавших в ЧС, нуждающихся в стационарной медицинской помощи, в ЛПУ приказом руководителя органа управления здравоохранением субъекта РФ определяется количество коек оперативной готовности, которые освобождаются при необходимости для госпитализации пострадавших в ЧС.

Перечень медицинского имущества и его количество, необходимые для оснащения учреждений и формирований СМК определяют на основании норм снабжения и табелей оснащения.



**Норма снабжения** – научно обоснованный количественный показатель медицинского имущества, предусмотренного для выдачи учреждению или формированию СМК и подсистемы санэпиднадзора с целью выполнения ими возложенного объёма работ в течение определённого времени. Нормы разрабатывают ЦМК на основании расчётных показателей, установленных Минздравом России.

Формирования и учреждения СМК укомплектовывают медицинским имуществом в соответствии с их табелем. **Табель** – документ, отражающий перечень и количество медицинского имущества, предусмотренного для оснащения учреждения или формирования СМК, в соответствии с его предназначением. Медицинское имущество, включённое в табель, называют табельным. Состав табельного имущества определяют, исходя из:

- вида и предназначения формирования, работающего в районах ЧС;
- вида и объёма оказываемой медицинской помощи;
- нормативного количества пострадавших, которым оказывается тот или иной вид медицинской помощи за конкретный период времени конкретным формированием.

Табельное имущество различных видов БСМП рассчитано на оказание специализированной медицинской помощи в течение 12 часов работы следующему числу пострадавших: токсико-терапевтической – 25; инфекционной и трансфузиологической – 50; психиатрической и лабораторно-диагностической – 100; хирургических профилей – до 10 оперативных вмешательств пострадавшим в ЧС, а нейрохирургической БСМП – 6 оперативных вмешательств.

По мере расходования медицинское имущество резерва и неснижаемого запаса пополняется по потребности, а по завершению работы в ЧС – до табельных норм.

## **2.9. Организация управления службой медицины катастроф**

При организации оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС, ведущим фактором, является наличие стройной, чёткой и эффективной системы

управления службой медицины катастроф (СМК) и её отдельными учреждениями и формированиями.

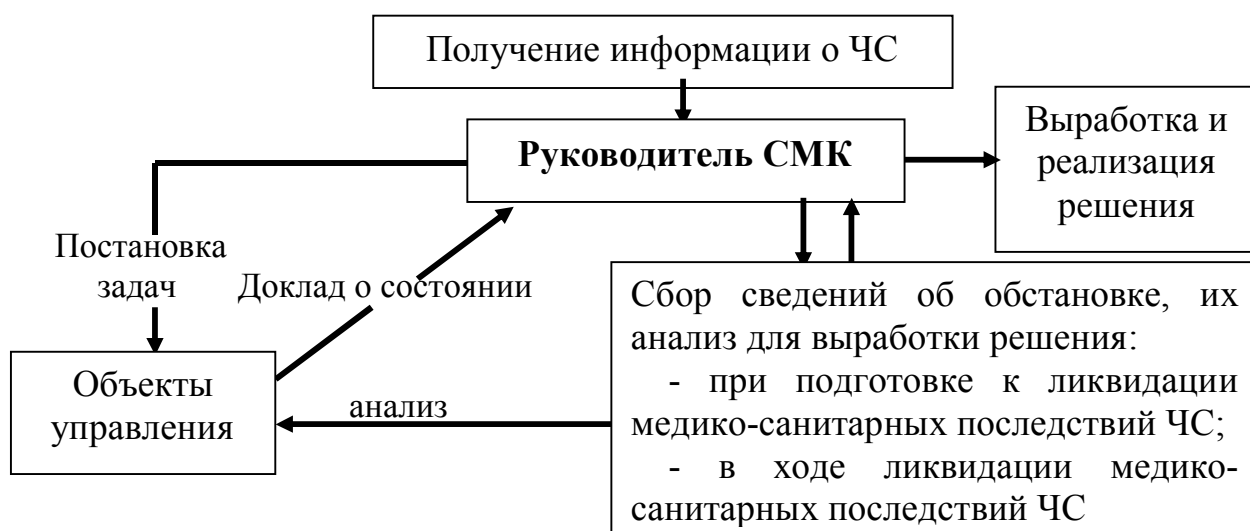
**Управление СМК** – целенаправленная, творческая деятельность руководителей органов управления, учреждений и формирований по поддержанию готовности Службы к решению задач по рациональному и эффективному использованию её сил и средств в целях медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения и территорий в ЧС. Результатом этой деятельности является обоснование модели действий подчинённых по выполнению поставленных задач, определение путей наиболее эффективного их решения и создание необходимых для этого условий.

Управление – информационный процесс, включающий следующие функции (рис. 7):

- получение (поиск) первичной информации о возникшей ЧС;
- анализ полученной информации и выработка решения;
- постановка задач подчинённым объектам управления;
- контроль исполнения принятых решений (отданных распоряжений).

При выполнении функций образуется замкнутый контур управления, в котором:

- руководитель добывает информацию, перерабатывает её, принимает решения, ставит задачи объектам управления и осуществляет контроль исполнения;
- объекты управления выполняют намеченные мероприятия;
- каналы связи обеспечивают точную и своевременную передачу информации, как объектам управления, так и в обратном направлении о решении поставленных задач.





### **Рис. 7. Схема управления службой медицины катастроф**

В условиях ЧС управление должно быть непрерывным, устойчивым, мобильным и эффективным. Это достигается наличием знаний и навыков у руководителей, созданием основных и запасных пунктов управления, оснащённых средствами электронной техники и заблаговременно подготовленными дублерами.

**Основными принципами**, определяющими сущность, содержание и методы управления являются:

**Единоначалие** при осуществлении распорядительных функций – свойство руководителя Службы, наделённого необходимыми властными функциями, нести персональную ответственность за организацию ЭМП пострадавшему в ЧС населению на административных территориях.

**Централизация** – способность руководителя в короткие сроки объединить в своих руках руководство подчинёнными ему силами и средствами, вне зависимости от ведомственной принадлежности, и направить их усилия по единому замыслу для выполнения поставленных задач. Централизация управления не исключает предоставление подчинённым инициативы в определении тактики действий, в умении анализировать обстановку, предвидеть её развитие и делать выводы из её оценки.

**Твёрдость и настойчивость** в реализации принятых решений – способность руководителя принимать обоснованные решения и сохранять в своих руках руководство подчинёнными силами и средствами Службы в любой обстановке. Принцип предполагает жёсткий контроль исполнения, высокую требовательность к подчинённым и оказание им практической помощи.

**Личная ответственность** – определяется обязанностями руководителя и предоставленными ему правами и полномочиями.

**Оперативность и гибкое реагирование** на изменение обстановки – достигается наличием знаний у руководителя, умением выделять главное, быстро принимать решения и немедленно доводить их до исполнителей.

**Научность и предвидение** – способность руководителя опираться на законы общественного развития, требования нормативных правовых документов и его умение прогнозировать обстановку, предвидеть её изменения и последствия.

К руководителю СМК предъявляется ряд требований:

**Готовность** – умение в сжатые сроки организовать работу СМК по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

**Оперативность** – способность быстро анализировать обстановку, своевременно реагировать на её изменения и принимать профессионально-грамотные решения.

**Квалифицированность** – знание теории и практики организации медико-санитарного обеспечения населения в ЧС и способность опираться на советы и помощь специалистов по направлениям деятельности.

Для руководителя СМК обязательны хорошая общеврачебная подготовка, знания организации и основ деятельности РСЧС, ВСМК и всех входящих в них элементов, организационных основ ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, а также хорошая подготовка в сфере управления. Этот руководитель обязан знать организацию, структуру и возможности ведомственного здравоохранения на обслуживаемой территории, места расположения их учреждений. Он обязан владеть знаниями по организационным основам неотложной хирургии, терапии, токсикологии, радиологии, психиатрии, инфекционной патологии, иным профилактическим и клиническим направлениям здравоохранения, представители которых могут работать в районах ЧС.

Принципы и требования, предъявляемые к управлению и руководителю, являются взаимодействующими элементами и их учёт при осуществлении управленческих функций позволяет принимать наиболее эффективные, целесообразные и грамотные решения, адекватные складывающейся обстановке.

Обязательными качествами руководителя являются умение эффективно руководить коллективом, организовывать его на реализацию поставленной цели и выполнение решаемых задач, видеть недостатки в процессе управления и устранять их, опираясь на коллектив. Во многом это зависит от стиля работы руководителей, в соответствии с которым они подразделяются на руководителей формального, авторитарного, демократического и динамического типов.

### **Руководители формального типа:**

- минимально вмешиваются в работу подчинённых и коллектива, осуществляя лёгкие формы воздействия на них, ориентируясь на их добросовестность и сознательность;

- инициативу подчинённых не замечают, не поощряют, но и не подавляют;

- создают возможность появления неформального лидера и присвоения им властных функций.

### **Руководители авторитарного типа:**

- приверженцы централизации власти, их помощники работают в условиях ограниченных властных полномочий, подчинённые имеют минимум информации;

- редко консультируются с подчинёнными, их деятельность жестко регламентируется, инициатива не одобряется и не поощряется;

- в поведении и общении с подчинёнными резки и прямолинейны, на критику реагируют болезненно.

### **Руководители демократического типа:**

- осуществляют контроль деятельности подчинённых, а используя их компетентность, советуются с ними, поощряя инициативу и творчество;

- информируют коллектив о состоянии дел в нём;

- на фоне высокого такта, выдержки, доброжелательности и заботы о подчинённых проявляют к ним разумную требовательность;

- передают решение второстепенных задач подчинённым, что приводит к децентрализации управления и укреплению авторитета помощников.

**Руководители динамического типа** – им характерно изменение тактики управленческой деятельности в зависимости от компетентности коллектива, решаемых задач и конкретной обстановки. Этот стиль является универсальным и определяет высокий профессионализм руководителя и управляемого им коллектива.

Формирование и совершенствование стиля работы руководителя – непрерывный процесс, в основе которого лежат следующие положения:

- постоянная работа по совершенствованию специальных знаний, выработке интеллекта, культуры поведения и овладению наукой управления;

- умение кратко, ясно и чётко излагать свои мысли, ставить задачи подчинённым, анализировать работу исполнителей и коллектива в целом;
- умение готовить коллектив к решению сложных задач, опираясь на помощников и предоставляя исполнителям определенную свободу действий;
- быть всегда опрятным, приветливым, доброжелательным, уметь выслушивать людей, знать их проблемы и благодарить за хорошо выполненную работу;
- быть скромным в оценке своей личности, своих знаний и заслуг.

Следует подчеркнуть, что суть управления состоит:

1. В определении целей, задач деятельности объектов управления, исполнителей и сроков решения ими поставленных задач (что, кто, когда и как должен сделать).
2. В проведении мероприятий, способствующих успешному и своевременному выполнению решаемых задач.

Организационно-техническую основу управления СМК составляют органы управления, пункты управления с работающим персоналом и технические средства управления (связь, вычислительная техника, средства автоматизации и т.п.).

Руководство ВСМК, в том числе и СМК Минздрава России осуществляет Министр здравоохранения России, а организационно-методическое руководство деятельностью ВСМК – Минздрав России.

На всех уровнях функционирования Службы (федеральном, межрегиональном, региональном, муниципальном, объектовом) имеются координационные органы, постоянно действующие органы управления и органы повседневного управления.

**На федеральном уровне** координационный орган – комиссия по предупреждению и ликвидации ЧС и обеспечению пожарной безопасности (КЧС и ОПБ) Минздрава России, постоянно действующий орган управления- департамент санитарно-эпидемиологического благополучия, организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности, а орган повседневного управления – ФГБУ Всероссийский центр медицины катастроф (ВЦМК) «Защита» Минздрава России, в составе которого непосредственным исполнителем этих

функций является штаб ВСМК с центром управления в кризисных ситуациях (ЦУКС).

**На межрегиональном уровне** (в границах федерального округа) органом повседневного управления является межрегиональный центр медицины катастроф (штаб СМК).

**На региональном уровне** (в границах субъекта РФ) координационный орган – КЧС и ОПБ органа исполнительной власти субъекта РФ, постоянно действующий орган управления – орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан (орган управления здравоохранением субъекта РФ), а орган повседневного управления – территориальный центр медицины катастроф (ТЦМК) – штаб СМК.

**На объектовом уровне** координационный орган – КЧС и ОПБ организации, постоянно действующий орган управления – структурное подразделение (уполномоченный) медицинской организации, в обязанности которого входит решение вопросов в области защиты населения и территорий от ЧС, ликвидация медико-санитарных последствий ЧС и решение проблем медицины катастроф, а орган повседневного управления – дежурно-диспетчерская служба (ДДС) медицинской организации.

Возглавляет КЧС и ОПБ на уровне органа управления здравоохранением субъекта РФ его руководитель. На заседания КЧС и ОПБ, проводимые не реже одного раза в квартал, при необходимости, могут приглашаться и другие специалисты, привлекаемые к участию в ликвидации последствий ЧС, в том числе и из других сфер экономики.

На объектовом уровне в медицинской организации также создаётся КЧС и ОПБ.

Основными задачами КЧС и ОПБ в соответствии с их компетенцией являются:

- разработка предложений по реализации государственной политики в области предупреждения и ликвидации ЧС и ОПБ;
- координация деятельности органов управления и сил РСЧС;
- обеспечение согласованности действий органов исполнительной власти при решении задач по восстановлению социальной, производственной и инженерной

инфраструктуры, повреждённой и разрушенной в ЧС;

- рассмотрение вопросов о привлечении сил и средств гражданской обороны к организации и проведению мероприятий по предотвращению и ликвидации ЧС в порядке, установленном федеральным законом;

- рассмотрение вопросов об организации оповещения и информирования населения о ЧС.

Иные задачи могут быть возложены на соответствующие комиссии решениями органов исполнительной власти в соответствии с законодательством РФ, её субъектов и нормативными правовыми актами руководителей медицинских организаций.

Органы управления, силы и средства Службы функционируют в 3-х режимах: повседневной деятельности, повышенной готовности и чрезвычайной ситуации. Решение о введении этих режимов принимают органы исполнительной власти тех уровней, на которых сложилась ЧС и руководители объектов экономики, в том числе медицинских организаций.

**В режиме повседневной деятельности** Служба и её органы управления осуществляют следующие основные мероприятия:

- текущее планирование и организацию повседневной работы;
- перспективное планирование и совершенствование развития Службы;
- осуществление наблюдения за средой обитания населения и обстановкой на ПОО, в районах возможных ЧС с целью определения возможных медико-санитарных последствий ЧС, снижения воздействия их поражающих факторов на здоровье населения, участия в повышении уровня медицинской защиты населения и в его обучении правилам профилактики и оказания первой помощи;
- сбор, обработка и обмен в установленном порядке информацией в области защиты населения и территорий от ЧС;
- создание и поддержание в готовности органов управления, формирований и учреждений Службы и её персонала к действиям в ЧС;
- обеспечение связи и информационного взаимодействия органов управления, сил и средств Службы, обеспечение постоянного, эффективного функционирования дежурно-диспетчерской службы;



- организация и обеспечение функционирования системы оказания ЭМП пострадавшим, в том числе с использованием телемедицинских технологий и проведения медицинских эвакуаций;

- осуществление медицинской экспертизы участников ликвидации последствий ЧС;

- участие в организации и проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, предупреждающих возникновение эпидемических очагов;

- поддержание взаимодействия между входящими в состав Службы органами управления, формированиями и учреждениями;

- повышение квалификации и аттестации специалистов Службы;

- осуществление подготовки специалистов Службы;

- создание резервов медицинского имущества, их накопление, хранение и освежение;

- создание финансовых и материально-технических ресурсов для обеспечения работы Службы;

- обучение личного состава аварийно-спасательных формирований немедицинского профиля приемам и способам оказания первой помощи;

- обобщение опыта работы Службы по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и ведению установленной отчетности;

- международное и межтерриториальное сотрудничество.

- разработка Плана медико-санитарного обеспечения населения в ЧС, а на объектовом уровне – Плана действий медицинской организации по предупреждению и ликвидации ЧС и других планирующих документов, обеспечивающих устойчивость и надёжность управления, своевременное и рациональное использование сил и средств Службы для грамотного решения задач в складывающейся обстановке.

План медико-санитарного обеспечения населения в ЧС является основным документом управления СМК, разрабатываемым на федеральном, окружном и субъектовом уровнях. План подписывается руководителем и председателем КЧС и ОПБ соответствующего уровня здравоохранения, согласовывается с руководителями территориального и ведомственного здравоохранения,

функционирующего на территории, и утверждается председателем КЧС и ОПБ органа исполнительной власти территории.

В медицинских организациях разрабатывается План действий по предупреждению и ликвидации ЧС. К его разработке привлекаются члены рабочих групп этой организации:

- информации и связи;
- организации оказания пострадавшим экстренной медицинской помощи;
- проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в зоне ЧС;
- обеспечения медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным и иным имуществом;
- эвакуации больных и персонала в безопасные районы (при получении распоряжения на эвакуацию);
- организации работы с населением в зонах его временного расселения в части профилактики, выявления и лечения реактивных и неврологических состояний, а также инфекционных заболеваний.

План согласовывается с председателем КЧС и ОПБ органа управления здравоохранением территории и утверждается руководителем медицинской организации.

План медико-санитарного обеспечения населения в ЧС и План действий медицинской организации по предупреждению и ликвидации ЧС – это пакет документов, определяющих порядок своевременного и чёткого перевода СМК из режима повседневной деятельности в режимы повышенной готовности и чрезвычайной ситуации. План состоит из текстовой части, приложений и пояснительной записки.

**Текстовая часть** включает в себя следующие элементы:

- а) краткая географическая и социально-экономическая характеристика территории (медицинской организации) с учётом существующих опасностей и прогнозируемых ЧС;
- б) транспортные коммуникации, их наиболее уязвимые узлы и виды транспорта для эвакуации пострадавших (поражённых);

в) объекты, гидродинамически опасные, неблагополучные в сейсмически опасном отношении, подверженные иным стихийным бедствиям и неблагополучные в эпидемиологическом отношении;

г) медико-тактическая характеристика прогнозируемых ЧС с отражением химических, радиационных, пожаровзрывоопасных и других потенциально-опасных объектов на территории, количества прогнозируемого числа пострадавших при авариях на них и структуры их повреждений;

д) характеристика и возможности СМК территории (медицинской организации), включая её ведомственную сеть с месторасположением на территории и порядок медико-санитарного обеспечения пострадавших в ЧС;

е) организация пополнения медицинским имуществом учреждений и формирований СМК, работающих в очаге ЧС;

ж) календарный план перевода СМК в режимы готовности;

з) организация информационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

и) частные планы медико-санитарного обеспечения населения, отражающих особенности ликвидации медико-санитарных последствий конкретных ЧС. В частных планах по видам ЧС отражаются:

- содержание медико-санитарного обеспечения той или иной ЧС (массовой техногенной катастрофы, теракта, взрыва или пожара, наводнения, землетрясения, иных природных бедствий и социальных потрясений);

- объём предстоящей работы (прогнозируемые санитарные и безвозвратные потери, нуждаемость пострадавших в видах медицинской помощи и в осуществлении эвакуационных мероприятий, характер санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очаге);

- потребность в силах и средствах СМК и обеспеченность ими;

- варианты организации лечебно-эвакуационного и санитарно-противоэпидемического обеспечения (привлекаемые силы и средства, сроки и порядок выдвижения их в зону ЧС, готовность к работе);

- организация снабжения и пополнения формирований СМК медицинским имуществом и иными материально-техническими средствами;

- содержание мероприятий по медицинской защите населения и спасателей, включая персонал формирований и учреждений СМК;
- организация управления, связи и взаимодействия при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

К числу **приложений к Плану** относят карту административной территории (М - 1:200000) с указанием на ней:

- медицинских организаций различного профиля, привлекаемые для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- потенциально-опасных объектов, на которых возможны ЧС с медико-санитарными последствиями;
- численность населения в зонах возможных ЧС и вероятные санитарные потери среди него;
- транспортные коммуникации, по которым возможна эвакуация поражённых из зоны ЧС до лечебных учреждений;
- пунктов сбора пострадавших, путей эвакуации, вариантов организации медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения,
- справочные данные, литература, схемы, расчётные таблицы, условные знаки и т.п.

**Пояснительная записка** к решению о медицинском обеспечении ЧС включает в себя следующие элементы:

- основные задачи Службы по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и условия её решения;
- возможные величина и структура санитарных потерь и их характер при возникшей ЧС;
- рациональная группировка сил и средств службы медицины ЧС и маневр ими в процессе медицинского обеспечения пострадавших;
- вопросы медицинской эвакуации поражённых в ЧС и санитарно-противоэпидемического обеспечения территорий и населения;
- мероприятия по обеспечению медицинским имуществом;
- резерв сил и средств Службы и порядок его использования;
- вопросы взаимодействия, при необходимости.

При разработке Плана руководствуются положениями решения на ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС (см. стр. 120-121).

В режиме повседневной деятельности Служба и её органы управления выполняют следующие основные мероприятия:

- планирование подготовки всего персонала СМК к работе в ЧС;
- накопление имущества Службы до табельных норм;
- организацию обучения личного состава оперативных групп и мобильных формирований к действиям в ЧС;
- организацию взаимодействия с ведомственными структурами СМК и другими оперативными службами ГОЧС территории.

КЧС и ОПБ органа управления здравоохранением территории рассматривает и утверждает задания для подчинённых медицинских организаций, исходя из прогноза ЧС на объектах экономики, возможных стихийных бедствий, вспышечной и иной массовой заболеваемости.

На основании задания руководитель СМК совместно с КЧС и ОПБ до возникновения ЧС обязаны спрогнозировать ожидаемую обстановку, принять решение на разработку «Плана медико-санитарного обеспечения населения территории в ЧС», как важнейшего элемента управления Службой.

Выработка правильного решения по планированию медико-санитарного обеспечения населения в ЧС зависит от индивидуальных качеств руководителя, его подготовленности, личного опыта, имеющихся навыков по руководству в условиях ЧС и проводится в следующей последовательности:

- сбор и систематизация исходной информации по ЧС;
- уяснение задач стоящих перед СМК и её структурами;
- определение мероприятий, указания о которых надо отдать немедленно;
- осуществление оценки прогнозируемой обстановки с указанием величины и структуры безвозвратных и санитарных потерь среди населения;
- выработка замысла медико-тактического обеспечения в ЧС;
- принятие предварительного решения на медико-санитарное обеспечение пострадавших в ЧС;
- получение дополнительных данных от взаимодействующих служб и органов управления РСЧС;

- оформление и утверждение окончательного решения.

Решение оформляется текстуально с отражением следующих позиций:

1. Выводы из обстановки.
2. Задачи СМК на ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС.
3. Порядок перевода СМК на работу в ЧС.
4. Расчёт потребности сил и средств СМК для работы в ЧС.
5. Организация медицинской эвакуации пострадавших из районов ЧС с расчётом транспортных средств.
6. Перечень и виды стационаров для госпитализации пострадавших.
7. Организация амбулаторной помощи легко пострадавшим, спасателям и отселяемому населению.
8. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в районах ЧС.
9. Порядок снабжения формирований и учреждений СМК медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом.
10. Организация защиты персонала СМК, работающего в зонах ЧС и на этапах медицинской эвакуации, а также больных в ЛПУ.
11. Организация взаимодействия с ведомственными медицинскими службами и службами РСЧС территории.
12. Порядок судебно-медицинской экспертизы погибших в ЧС.
13. Порядок медицинского освидетельствования пострадавших в ЧС.
14. Организация управления СМК.

Решение, принятое начальником СМК, является основой для разработки приказа на медико-санитарное обеспечение населения в ЧС.

**В режиме повышенной готовности** (угрозы возникновения ЧС) работа руководителя СМК субъекта начинается со сбора данных об обстановке, складывающейся в районе предполагаемой ЧС, её анализа и прогноза развития. С этой целью в район предполагаемой ЧС для уточнения медицинской обстановки направляется оперативная группа СМК.

При оценке обстановки имеют значение:

- величина и структура прогнозируемых санитарных и безвозвратных потерь в прогнозируемой зоне ЧС;

- санитарно-эпидемиологическое состояние в вероятной зоне ЧС;
- размер и характер прогнозируемых разрушений;
- вероятность заражения территории токсичными веществами;
- возможности формирований и учреждений СМК, привлекаемых для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (виды, количество, укомплектованность персоналом, транспортом, оснащённость имуществом).

Уяснив задачу, руководитель СМК:

- определяет первоочередные мероприятия по подготовке Службы к действиям в ЧС;
- доводит информацию об угрозе возникновения ЧС до учреждений и формирований СМК (в части касающейся) и отдаёт необходимые распоряжения;
- устанавливает учреждениям и формированиям СМК сроки готовности к выполнению задач по предназначению.

**В режиме ЧС** осуществляется:

- оповещение личного состава Службы о введении этого режима;
- сбор информации об обстановке в районе ЧС, её оценка и выработка вариантов организации медицинского обеспечения пострадавших в ЧС;
- введение в действие Плана медицинского обеспечения населения с учётом вида ЧС;
- немедленное выдвижение в зону ЧС оперативных групп и мобильных формирований Службы;
- организация взаимодействия СМК с иными подсистемами РСЧС, работающими в зоне и очаге ЧС;
- организация осуществления пострадавшим и поражённым лечебно-эвакуационных, санитарно-противоэпидемических мероприятий и мероприятий по снабжению медицинским имуществом;
- медицинский контроль за состоянием здоровья личного состава Службы и иных подсистем, участвующих в ликвидации последствий ЧС;
- своевременное представление донесений, учётных и отчётных документов.
- организация создания в учреждениях СМК справочной службы для информирования населения (по обращению) о количестве пострадавших, находящихся на лечении в этих учреждениях, их состоянии и для взаимодействия со

средствами массовой информации (СМИ). Своевременная и достоверная информация позволяет снизить напряжённость среди населения, снять с него негативные последствия сложившейся обстановки, улучшить управление процессом ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, эффективнее осуществлять маневр силами и средствами СМК, учёт пострадавшего населения и доведение сведений о нём официальным службам и родственникам.

Эффективность, оперативность и качество информационного обеспечения повышается при внедрении комплексной автоматизации процессов управления, интегрированной в федеральную сеть, в сеть министерств и ведомств, функционально привлекаемых для работ по предупреждения и ликвидации ЧС. Использование автоматизации позволяет улучшить сбор и обработку информации о ЧС, облегчить контроль хода ликвидации ЧС, оперативно выявлять проблемы, осложняющие оказание медицинской помощи пострадавшим, оптимизировать выработку путей их решения и использования эффективных способов мобилизации и доставки медицинского персонала и имущества в зону ЧС.

Руководящий состав СМК в период ЧС, работая круглосуточно:

- проводит оперативные совещания по итогам работы за истекшие сутки и определяет очередные задачи на последующий период;
- организует проведение предусмотренных планом мероприятий с их уточнением, согласно изменяющейся обстановке;
- контролирует заполнение ЛПУ пострадавшими, прибытие и развёртывание в районе ЧС формирований СМК, организацию медицинской эвакуации пострадавших в ЛПУ, находящимися за пределами зоны ЧС и представление донесений о ходе выполнения решаемых задач в вышестоящие органы управления.

При необходимости руководители СМК, в связи со складывающейся обстановкой, переносят свою деятельность на запасной пункт управления (ЗПУ), который обязан быть оборудован современными средствами связи, оснащён дублирующими документами управления, иметь помещения для работы и отдыха.

Для поддержания устойчивости работы органов управления важное место отводится контролю исполнения принятых решений и поставленных задач.

**Контроль** – это изучение фактического состояния дел в подчинённых звеньях



управления, учреждениях и формированиях СМК, осуществляемых путём документальных и комплексных проверок, в том числе в ходе учений и тренировок. Результаты контроля оформляются актами или справками, в которых обобщается опыт проделанной работы, отмечаются недостатки и определяются меры и сроки их устранения. По результатам проверок издаются приказы или распоряжения.

Своевременно проведенный контроль, проверка исполнения решаемых задач способствуют повышению готовности СМК и достижению лучших результатов в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

## **2.10. Взаимодействие – важнейший элемент управления службой медицины катастроф**

Организация оперативного и эффективного взаимодействия СМК с ведомственным и частным здравоохранением, иными функциональными подсистемами РСЧС и экстренными оперативными службами территории – важнейший элемент управления. Чёткое и надлежащее взаимодействие обеспечивает успешное выполнение задач по спасению жизни и сохранению здоровья лиц, пострадавших в ЧС, предупреждению или смягчению поражений у лиц, находящихся вблизи зоны ЧС и способных подвергнуться или подвергшихся воздействию поражающих факторов ЧС.

**Взаимодействие** – это система согласованных и взаимосвязанных (по целям и задачам, месту и времени, принципам и методам, способам и объёму) мероприятий по подготовке органов управления, формирований и учреждений СМК и других функциональных подсистем РСЧС к действиям по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Оно предусматривает:

- прогнозирование, выявление и оценку медико-санитарной обстановки в районах ЧС;
- планирование мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий прогнозируемых и/или фактических ЧС на территории или в отдельной медицинской организации;
- выполнение мероприятий по обеспечению устойчивого управления силами и средствами СМК в процессе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Взаимодействие осуществляется на всех уровнях Службы и опирается на следующие принципы:

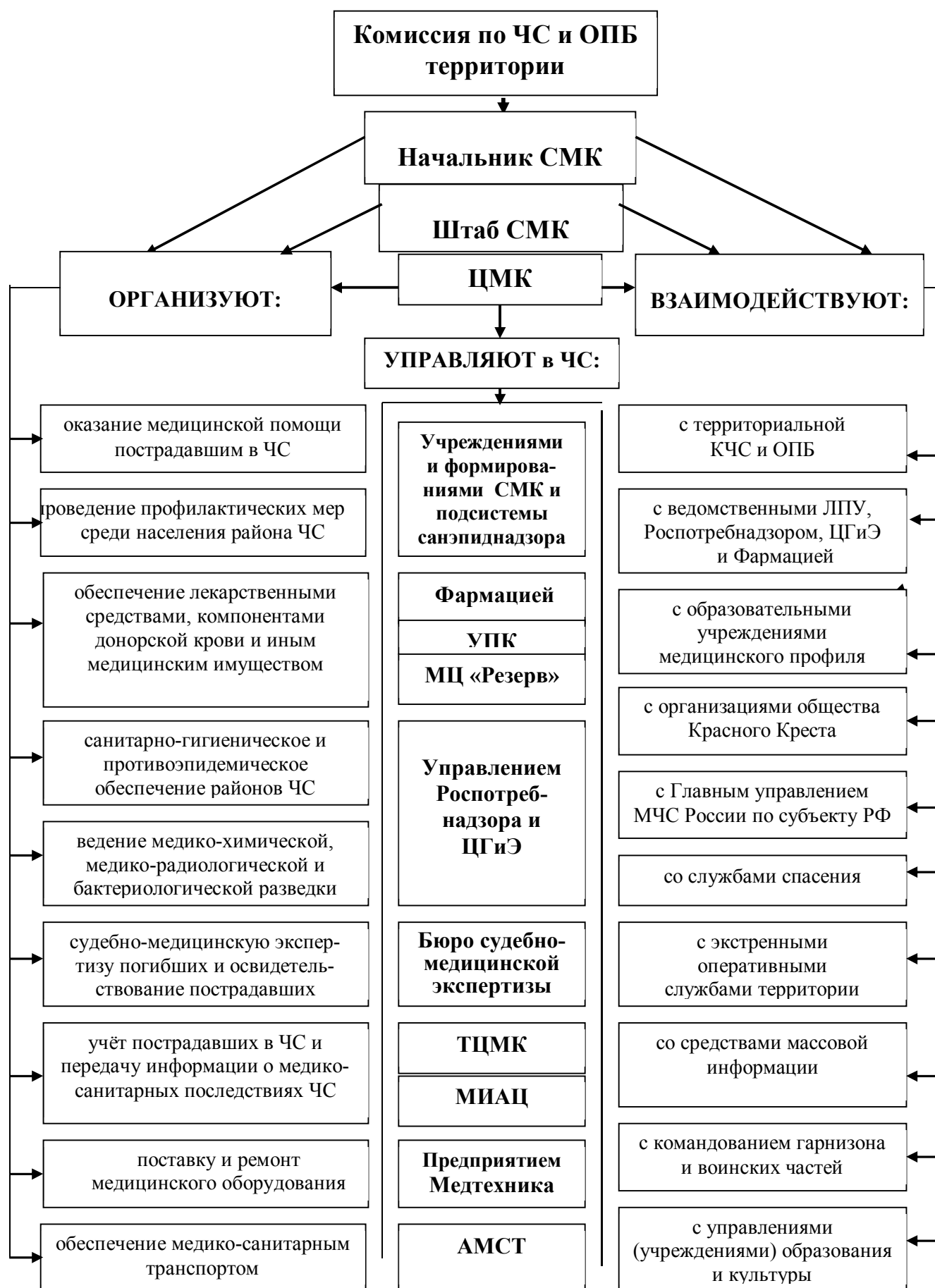
- единство государственной политики в части предупреждения и ликвидации ЧС, охраны здоровья населения и профилактики заболеваний;
- единство подходов при прогнозировании и оценке медико-санитарной обстановки в различных видах ЧС, учёте возможностей медицинских и аварийно-спасательных формирований и учреждений;

приоритет сохранения жизни и здоровья населения при возникновении и ликвидации ЧС;

- единство доктрины по созданию и использованию сил и средств СМК, проведению лечебно-эвакуационных, санитарно-противоэпидемических мероприятий и мероприятий по медицинскому снабжению в ЧС;

- наличие единых учётно-отчётных документов и единой организации обмена информацией.

Организация и порядок взаимодействия определяются 2-х, сторонними Соглашениями, которые разрабатываются на всех уровнях СМК. Основные позиции по реализации задач СМК в части организации работы, управления и взаимодействия с различными структурами представлены на рис. 8.



**Рис. 8. Структура организации, управления и взаимодействия СМК по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.**

В частности, взаимодействие организуется:

- с медицинскими организациями, осуществляющими свою деятельность на соответствующей территории, независимо от ведомственной принадлежности (ФМБА, Роспотребнадзор, Российской академии наук, МЧС России, Минобороны России, МВД России, ФСБ России, Минтранса России и др.) и формы собственности (государственной, частной, государственно-частного партнёрства) в части определения числа и профиля коек для госпитализации пострадавших, количества и вида создаваемых формирований СМК и порядка привлечения их к работе в ЧС;
- с государственными организациями, осуществляющими поставку продукции медицинского назначения для обеспечения деятельности учреждений и формирований СМК (ГУП «Фармация, ГУП «Медтехника»);
- с общественной организацией «Российский Красный Крест»;
- аварийно-спасательными службами (АСС) и их формированиями (АСФ), осуществляющими свою деятельность на соответствующей территории (АСС субъектов РФ, АСС муниципальных районов и городских округов, подразделения государственной противопожарной службы);
- средствами массовой информации (в части деятельности СМК);
- другими учреждениями и организациями, имеющими возможности по временному размещению пациентов и персонала ЛПУ при проведении мероприятий экстренной эвакуации (учреждения образования, культуры и спорта).

В частности, следует помнить, что личный состав медицинской службы воинских частей и соединений Минобороны России, медицинских учреждений МВД, МЧС России, других министерств и ведомств имеет большой опыт работы по организации медицинского обеспечения локальных вооружённых конфликтов и иных боевых операций, а также опыт работы по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС мирного времени. В состав СМК МО РФ входят медицинские отряды специального назначения (МОСН), медицинские формирования воинских частей, формирования, создаваемые в медицинских военно-образовательных и научно-исследовательских учреждениях МО РФ. Руководство деятельностью СМК Минобороны России осуществляет Главное военно-медицинское управление Минобороны России (ГВМУ МО РФ). Аналогичные формирования и учреждения

СМК создаются в структуре МВД, Минтранса России, РАО «РЖД», в других министерствах и ведомствах.

Координация деятельности ведомственных СМК и организация их взаимодействия возложена на ВСМК Минздрава России и на органы управления здравоохранением субъектов РФ, которые организуют:

- разработку научно-методических принципов деятельности СМК;
- разработку методических рекомендаций по подготовке личного состава оперативных служб, спасателей и населения приемам и способам оказания первой помощи пострадавшим в ЧС;
- подготовку, повышение квалификации и аттестацию специалистов СМК;
- руководство силами и средствами СМК в районах ЧС.

Взаимодействие с МЧС России, его территориальными органами по субъектам РФ и территориальными службами спасения предусматривает:

- взаимный обмен информацией об угрозе и возникновении ЧС;
- организацию поиска и сбора пострадавших (поражённых), оказание им первой помощи с последующим проведением эвакуации из опасных зон;
- медицинское обеспечение спасателей, принимающих участие в ликвидации последствий ЧС;
- предоставление сведений о состоянии пострадавших, поступивших на лечение в ЛПУ;
- оказание содействия в медицинской подготовке спасателей и комплектовании ими укладок медицинского имущества;
- организацию методического обеспечения обучением специалистов СМК по вопросам защиты населения и территорий от ЧС;
- организацию доставки сил и средств СМК в районы ЧС.

Организация взаимодействия с указанными структурами отрабатывается на совместно проводимых учениях, по результатам которых, при необходимости, вносятся уточнения, дополнения и изменения.

При возникновении ЧС в ЛПУ, характер которых предусматривает необходимость проведения экстренной эвакуации больных и персонала, необходима организация взаимодействия ЛПУ с:

- учреждениями образования и культуры (школы, ВУЗы, театры, киноконцертные залы и т.п.) с целью временного размещения в них больных, эвакуируемых из ЛПУ;

- автотранспортными предприятиями – для осуществления эвакуации больных, как в места временного размещения, так и в другие ЛПУ для временной госпитализации с продолжением стационарного лечения. Не следует забывать и о необходимости проведения последующей реэвакуации, если это позволит осуществить изменяющая обстановка.

Многие ЧС повышают вероятность развития вспышек инфекционных заболеваний, вследствие уязвимости систем жизнеобеспечения населения, приводящих к нарушению энергоснабжения, дефициту питьевой воды и неудовлетворительному её качеству, сложностям в функционировании канализации, к снижению температурных показателей в помещениях, в совокупности способные ухудшить гигиенические условия пребывания людей и нарушить эпидемиологическое равновесие. Риск развития эпидемий прямо зависит от плотности населения в зоне ЧС, масштабов разрушений территории, затоплений населённых пунктов вследствие наводнений, затяжных дождей и штормовых ветров.

Учитывая это, органы управления здравоохранением совместно с управлением Роспотребнадзора обязаны отработать:

- систему сбора данных об обстановке;
- порядок проведения эпидемиологического надзора и контроля;
- перечень потенциальных инфекционных заболеваний, способных развиться на территории прогнозируемых ЧС и механизмы их предупреждения (ликвидации);
- алгоритмы действий персонала медицинских организаций в очагах эпидемиологического неблагополучия.

Соглашениями о взаимодействии с отделениями Красного Креста, ГУП «Фармация и «Медтехника» предусматриваются:

- подготовка населения к оказанию первой помощи пострадавшим в ЧС и правилам адекватного его поведения в районах ЧС;
- обеспечение формирования и учреждений СМК, работающих в районах ЧС, медицинским имуществом и оборудованием по типу автолетучек;

- организация волонтерского движения, при необходимости.

Судебно-медицинская служба, как составляющая СМК, готовится к выполнению мероприятий по осуществлению судебно-медицинской экспертизы погибших в ЧС, организации идентификации их тел и останков, выписыванию свидетельств о смерти при ограниченном временном лимите. С этой целью в бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) создают и готовят к работе в ЧС бригады судебно-медицинских экспертов (БрСМЭ) и специализированные судебно-медицинские бригады постоянной готовности (ССМБ ПГ). При прогнозировании большого числа погибших в ЧС, недостатке штатных мест в холодильных камерах БСМЭ и в моргах ЛПУ для хранения тел и останков погибших в условиях высокой температуры атмосферного воздуха возникает необходимость привлечения, автомобильных или железнодорожных рефрижераторов с целью размещения тел погибших.

При ЧС велика роль получения мониторинговых данных об обстановке и проведении профилактических и защитных мероприятий. Эти задачи можно решить при взаимодействии с территориальными КЧС и ОПБ, с сетью наблюдения и лабораторного контроля и с гидрометеорологическими центрами. В частности, эта информация касается:

- наличия токсических примесей в атмосфере, воде, почве, на объектах внешней среды и в продуктах питания;
- выявления путей и мест эвакуации пострадавших, мест нахождения водоисточников, складов с различными видами имущества;
- определения возможностей по обеспечению сил, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, теплом, электроэнергией, связью и т.п.

Исходя из этих позиций, начальник СМК:

- осуществляет оперативное управление силами и средствами СМК, организацией их работы в районах ЧС и за их пределами;
- организует выполнение мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и осуществляет контроль их исполнения;
- определяет организацию и порядок взаимодействия Службы.

## **2.11. Организация подготовки и проведения экстренной эвакуации больных и персонала из лечебно-профилактических учреждений**

В современных условиях в ЛПУ реальны ЧС в виде масштабных пожаров и терактов, а также такие нештатные ситуации, как внезапное прекращение подачи воды, не работающая канализация, отсутствие света и связи, выброс химических веществ, в том числе и опасных, сигналы об угрозе взрыва и т.п. Все они способны вызывать проблемы по нормальному функционированию ЛПУ и необходимости принятия экстренных мер для обеспечения устойчивого режима их работы, сохранения здоровья и жизни больных людей, находящихся на лечении. Исходя из этого, при всех указанных ситуациях, возникающих в ЛПУ, необходимо немедленно оповещать руководство ЛПУ и территориальные оперативные службы, принимать экстренные меры по ликвидации возникших ситуаций.

В частности, такие ситуации в ЛПУ, как пожары, внезапные отключения электро-, водо-, теплоснабжения, теракты и их угрозы, подтопление или затопление ЛПУ в паводковые периоды, при нагоне воды и сильных ливневых потоках, обрушение зданий, сооружений больничных комплексов или их отдельных конструкций, внутренние и внешние технологические аварии требуют частичной или полной экстренной (экстренно-плановой) эвакуации больных, персонала, а в ряде случаев, и имущества, необходимого для работы с эвакуируемым контингентом в части его последующего медицинского обеспечения на другой базе, в том числе временной.

Указанные ситуации могут возникнуть в любое время дня и ночи, в том числе в выходные и праздничные дни. Во втором случае организация проведения экстренной эвакуации больных, персонала и имущества более сложна, поскольку в эти дни в ЛПУ:

- количество медицинского персонала ограничено дежурной сменой;
- руководящий состав и, в значительной степени, технический персонал служб обеспечения, как правило, отсутствует на рабочих местах;
- имеет место наличие посетителей (родственники, друзья, знакомые больных);
- в ночное время отмечается утяжеление состояния здоровья больных, особенно пожилого и старческого возраста.



– могут иметь место некомпетентность дежурного персонала к действиям в ЧС, неумение его принимать адекватные обстановке решения, а отсюда, реальные паника, растерянность, страх, неспособность к целенаправленной деятельности со стороны персонала и пациентов;

Опираясь на эти позиции, необходимы:

- выполнение превентивных мероприятий по исключению или смягчению последствий возможных чрезвычайных и нештатных ситуаций;

– подготовка руководителей и ответственных дежурных ЛПУ по принятию своевременных и грамотных управленческих решений на проведение эвакуации больных, персонала и имущества в зависимости от вида возникших ситуаций и сложившейся обстановки. При этом, в одних случаях обязательны немедленные действия, в других – активно-выжидательная позиция с проведением подготовительных мероприятий;

– подготовка прочего персонала ЛПУ по тактике действий при развитии чрезвычайных и нештатных ситуаций, по знанию персональных обязанностей и отработке мероприятий в части ликвидации их негативных последствий, требующих осуществления эвакуационных мероприятий с учётом профиля ЛПУ, количества и категории эвакуируемых больных.

Согласованность действий по эффективному и быстрому проведению эвакуации больных и персонала из ЛПУ, обеспечению их защиты, сохранению здоровья и жизни достигается заблаговременным выполнением персоналом следующих условий:

– изучением характера возможных разрушений, их последствий и структуры потерь в прогнозируемых чрезвычайных и нештатных ситуациях;

– наличием планов, инструкций, памяток и других документов по действиям в этих условиях, неформальным изучением их персоналом и регулярным его тренингом в ходе повседневной деятельности по отработке основных положений, изложенных в названных документах;

– отработкой алгоритмов взаимодействия ЛПУ с экстренными оперативными службами, аварийно-спасательными формированиями, транспортными предприятиями, другими ЛПУ территории и иными учреждениями;

– ежедневным распределением находящихся в ЛПУ больных по эвакуационным группам в зависимости от их физиологического и физического состояния. Выполнение этого условия возлагается на лечащих врачей, а осуществляется оно путём маркировки титульного листа истории болезни. Как вариант, предлагается следующая символика маркировки:

**А** – амбулаторные больные, подлежащие немедленной выписке с выдачей им краткого эпикриза (справка о проведённом лечении с отражением рекомендаций);

**Т** – транспортабельные больные, нуждающиеся во временном размещении во внебольничных условиях (образовательные учреждения, киноконцертные залы, дворцы культуры, клубы и т.п.) с обязательным наблюдением их персоналом врачебно-сестринских бригад, оснащённых комплектами для оказания неотложной первичной медико-санитарной помощи. Эвакуация таких больных, в зависимости от расстояния до объекта временного размещения, может осуществляться транспортом общего назначения (автобусы) и, крайне редко, пешим порядком;

**То** – транспортабельные больные, нуждающиеся в переводе в другие ЛПУ транспортом общего назначения с медицинским сопровождением;

**Тс** – транспортабельные больные, нуждающиеся в переводе в другие ЛПУ специализированным транспортом (автомобили скорой медицинской помощи, включая реанимобили).

Следует отметить, что при возникновении в ЛПУ чрезвычайных или нештатных ситуаций, угрожающих жизни и здоровью пациентов, нетранспортабельных больных быть не может. Так, при эвакуации больных, подключённых к аппаратам искусственной вентиляции лёгких, искусственной почке, искусственного кровообращения, а также послеоперационных больных, травматологических больных, находящихся на вытяжении, следует принимать меры к осуществлению их щадящей эвакуации специализированным транспортом с использованием портативных реанимационных средств и обязательного медицинского сопровождения.

В целях эффективной подготовки к проведению экстренной эвакуации больных, персонала и имущества из ЛПУ, разрабатывается частный план экстренной эвакуации, как раздел Плана действий медицинской организации по предупреждению и ликвидации ЧС. Он включает в себя пакет разрабатываемых в

медицинской организации документов, отражающих следующие вопросы (с учётом рабочего и вне рабочего времени):

1. Параметры и алгоритмы оценки сложившейся ситуации, варианты принятия решения по ней и порядок его исполнения.

2. Порядок оповещения руководителя медицинской организации или лица его замещающего о причине, определяющей необходимость проведения экстренной эвакуации, принятых мерах по её подготовке.

3. Порядок оповещения персонала ЛПУ при принятии соответствующего решения руководителем организации:

- членов КЧС и ОПБ ЛПУ и членов его эвакуационной комиссии;
- персонала структурных отделений ЛПУ по заранее подготовленным спискам (личного состава формирований СМК в ЛПУ и других сотрудников ЛПУ, в том числе технического персонала);

4. Организацию взаимодействия ЛПУ с:

- экстренными оперативными службами территории (полиция, кинологи, ГИБДД, пожарные, спасатели, ЦМК, ССкМП и др.);

- автотранспортными предприятиями территории и автохозяйством медицинского и санитарного транспорта, с целью выделения автомобильного транспорта для транспортировки эвакуируемых больных и имущества, При запросе на привлечение автотранспорта указываются вид, марка автобусов, других автомобилей и необходимое их количество;

- другими ЛПУ (в соответствии с заключёнными соглашениями), включая ведомственные, для приёма эвакуируемых больных тяжёлой и средней степени тяжести;

- учреждениями образования и культуры для временного размещения больных лёгкой степени. При этом в части взаимодействующих объектов, в документах указываются телефоны руководителей (по возможности, и мобильные), дежурных оперативных служб, вариант разговора с ними со ссылкой на соглашения о взаимодействии с указанием даты и лиц их подписавших.

1. Задачи и порядок действий персонала ЛПУ (его отделений) по выполнению работ в чрезвычайных и нештатных ситуациях с указанием

ответственных исполнителей по эвакуации больных, медицинского имущества и аппаратуры.

2. Порядок сбора информации о количестве больных, распределении их на эвакуационные группы (с учётом полового признака, количества детей, нозологии, степени тяжести, необходимости оказания специализированной медицинской помощи и, по возможности, их местожительства).

3. Порядок оповещения больных (по отделениям) о проведении экстренной эвакуации из ЛПУ.

4. Организация действий персонала ЛПУ по подготовке больных к эвакуации (сбор личных вещей, получение одежды и т.п.).

5. Обеспечение сопровождения эвакуируемых больных до ожидаемого их транспорта или до вывода из ЛПУ.

6. Обеспечение выноса (вывода) тяжелобольных из ЛПУ (отделения) к местам посадки на автотранспорт.

7. Организацию сбора и направления необходимой медицинской документации на больных, эвакуируемых в другие ЛПУ.

8. Организацию работы в ЛПУ справочной службы для информирования родственников больных об их состоянии, месте пребывания.

9. Перечень медицинского имущества, оборудования, документации, подлежащих экстренной эвакуации из ЛПУ, его примерная весовая оценка, порядок и организация выноса.

10. Распределение и направление медицинского персонала в другие ЛПУ с эвакуированными больными в соответствии с планом эвакуации.

11. Организацию медицинского обеспечения (выделение ВСБ с комплектами медимущества), водообеспечения, поставки продуктов питания для временно эвакуируемых больных в немедицинские учреждения.

12. Схему движения специального транспорта по территории ЛПУ с указанием путей въезда, передвижения по территории и выезда с неё.

13. Порядок доступа дежурного персонала, персонала экстренных оперативных служб в помещения ЛПУ, которые не функционируют во внерабочее время.

14. Порядок обесточивания и закрытия структурных отделений ЛПУ после их полной эвакуации в целях предупреждения пожара и мародерства.

15. Организацию реэвакуации больных в стационары после завершения полного комплекса мероприятий по обследованию ЛПУ силами спецслужб и получения разрешения от них на последующую эксплуатацию ЛПУ по назначению.

При проведении эвакуации больных, персонала и имущества ЛПУ необходимо руководствоваться следующими положениями:

1. Решение на эвакуацию принимает руководитель ЛПУ или лицо его замещающее, а в исключительных случаях, требующих мгновенных действий – ответственный дежурный медицинской организации. В последнем случае ответственный дежурный, получив информацию о ЧС от любого источника (извне или внутри ЛПУ) убеждается в его достоверности, вырабатывает решение на ликвидацию последствий, организует его выполнение и оповещение руководителя ЛПУ и экстренных оперативных служб.

Руководитель ЛПУ получив сигнал оповещения, принимает решение об оповещении персонала ЛПУ и доводит его до диспетчера ДДС. Сам прибывает на рабочее место, заслушивает ответственного дежурного о выполненных и планируемых мероприятиях и приступает к выполнению своих обязанностей по экстренной эвакуации больных и персонала и ликвидации последствий возникшей ситуации. Одновременно он уясняет задачи (если позволяет обстановка, имеется запас времени и отсутствуют драматические последствия), опираясь на План действий медицинской организации в ЧС.

Ответственный дежурный ЛПУ о факте возникновения чрезвычайной или нештатной ситуации и принятых мерах производит запись в журнале приёма-сдачи дежурств и приступает к реализации полученных указаний.

При прибытии на объект или в зону ЧС представителей исполнительной власти территории и руководителей экстренных оперативных служб руководитель ЛПУ докладывает им сложившуюся обстановку, принятые решения, ход и результаты их выполнения. При необходимости, указывает проблемные вопросы, возможные пути их решения, в том числе с привлечением дополнительных сил территориальной подсистемы (звена) РСЧС, выражая это в виде просьбы о помощи.

Представителями органов исполнительной власти субъекта РФ, органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, уполномоченных на решение задач в области защиты населения и территорий от ЧС, могут назначаться руководители ликвидации ЧС (при необходимости).

Прибывшим в ЛПУ представителям органов власти и руководителям экстренных оперативных служб (если позволяет обстановка, имеется запас времени и отсутствует драматические последствия) целесообразно ознакомить с Планом действий медицинской организации в ЧС, схемой размещения его корпусов на территории, а по их запросу – другими документами и материалами. При выработке этими лицами рациональных решений по действию в ЧС, они предлагают их руководителю ЛПУ для уяснения, оценки и принятия решения.

При угрозе воздействия поражающих факторов ЧС на прибывших в ЛПУ лиц, уполномоченных решать задачи по ликвидации её последствий, следует предложить им размещение за пределами зоны возможного поражения (разрушения) с обеспечением условий, указанных выше. Вариантом в этих случаях может быть технически оснащённый штабной автомобиль. Такой автомобиль целесообразно иметь в автохозяйстве медицинского и санитарного транспорта или позаимствовать (на основании предварительного договора) в оперативных службах РСЧС территории.

2. В ходе проведения эвакуационных мероприятий возможны сложности при организации движения потоков больных, концентрации на отдельных участках тех, кто не передвигается самостоятельно (места выхода из ЛПУ, получения одежды, сбора перед погрузкой на транспорт). В этих случаях среди эвакуируемых могут быть паника, давка и, как следствие, обострение заболеваний или получение травм. Для исключения таких явлений необходимы координация движения потоков эвакуируемых и выделение персонала для обеспечения порядка, бесперебойной организации проведения эвакуации, а при необходимости, и оказания неотложной медицинской помощи. Эти вопросы следует отрабатывать в ходе тренировок и учений, организуемых КЧС и ОПБ ЛПУ.

3. При отсутствии лифтов и пандусных спусков освобождать ЛПУ от носилочных больных следует методом ручного выноса. Это обстоятельство требует обучения персонала ЛПУ, привлечения выздоравливающих больных к выносу

носильщиков лестничными маршами. Отработка такого мероприятия позволит предотвратить растерянность, снизить панические реакции и успешнее решать выполняемые задачи. В то же время, следует помнить, что пользование лифтами при ряде ЧС (пожары, угроза взрыва, угроза обрушения здания и его конструкций) противопоказано, а при отключении электроэнергии – невозможно.

4. Для сокращения времени эвакуации следует оснащать отделения ЛПУ каталками и носилками (10 единиц на 100 коек), обучать и привлекать ходячих больных к перекладыванию носильщиков с постели на каталку (носилки) и выкатыванию (выносу) их к выходам из ЛПУ. С этой целью должно быть открыто максимальное количество выходов, которые не должны оставаться без контроля и охраны персоналом.

5. Для эвакуации больных необходимо иметь расчёт привлекаемого транспорта. Он производится с учетом наличия носильщиков и ходячих больных. С этой целью, следует ежедневно вести количественный учёт больных в отделениях ЛПУ с указанием оценки тяжести их состояния. Носильщиков, как правило, эвакуируются специализированным или иным транспортом, пригодном для размещения носилок. Ходячие больные эвакуируются транспортом общего назначения (автобусы). Заказ транспортных средств производится, исходя из количества эвакуируемых больных, по согласованному с транспортными предприятиями соглашению.

При несвоевременной поставке или при перебоях со своевременным прибытием транспортных средств для эвакуации больных, необходимо на первых этажах ЛПУ оборудовать временные «накопители», что особенно актуально в зимнее время года.

6. Больные, эвакуируемые для временного размещения в немедицинские учреждения, не должны лишаться медицинского контроля. С этой целью предназначается персонал ВСБ (врач и медицинская сестра) с комплектом для оказания неотложной медико-санитарной помощи из расчёта одна ВСБ на 40-50 эвакуируемых больных. Больным, эвакуируемым в немедицинские учреждения, следует предоставить места для сидения, возможность получать питьевую воду, посещать туалеты, а медицинскому персоналу, их обеспечивающему – доступ к аппаратам связи.

7. ЛПУ, принимающие эвакуированных больных, обязаны перестроить свою работу и осуществить надлежащий приём, размещение, питание, продолжение лечения эвакуированных, не нанося при этом ущерба «своим» больным.

Необходимость привлечения медицинского персонала эвакуированного ЛПУ для медицинского обеспечения больных в принимающих ЛПУ согласовывается на уровне руководителей обеих сторон. При привлечении персонала ему должны быть созданы надлежащие условия для работы в ЛПУ, принявших эвакуированных лиц.

При масштабной эвакуации принимающие ЛПУ производят внутригоспитальное перемещение «своих» больных или, если позволяет состояние, их частичную досрочную выписку.

8. При эвакуации больных из ряда специализированных ЛПУ необходимо учитывать характерные особенности. В частности:

8.1. При эвакуации больных **из педиатрических стационаров** (в т.ч. и детских отделений многопрофильных больниц) следует учитывать не только медицинский, но и социальный аспект. В частности, недопустима выписка из ЛПУ детей без передачи их родителям или родственникам. Следовательно, такая категория больных должна эвакуироваться либо в соответствующие профилированные стационары (отделения), либо в другие учреждения как медицинского, так и немедицинского профиля и быть под наблюдением и контролем персонала ВСБ эвакуируемого ЛПУ.

8.2. Эвакуация больных **из инфекционных ЛПУ** (отделений) должна осуществляться с учётом оценки их тяжести и вида инфекции. Необходимо предусмотреть меры, исключающие контакт больных с разными инфекциями и не инфицированными больными, как в процессе эвакуации, так в местах их временного размещения.

Размещение эвакуированных следует заранее спланировать в аналогичных отделениях других ЛПУ, либо в учреждениях фтизиатрического или кожно-венерологического профиля. При временном размещении в учреждениях немедицинского профиля, по возможности, обеспечить соблюдение надлежащего режима временного содержания больных и их лечения.

После проведения реэвакуационных мероприятий в отношении инфекционных больных следует организовать и осуществить силами персонала



эвакуированных ЛПУ с привлечением персонала подсистемы санитарно-эпидемиологического надзора весь комплекс специфических дезинфекционных мероприятий в учреждениях, где пребывали больные, временно эвакуированные из инфекционных стационаров. Финансовые затраты на приобретение дезинфекционных средств и выполнение этих мероприятий, относятся к ЛПУ, из которого эвакуировались больные по причине возникновения ЧС или из бюджета органа исполнительной власти, отвечающего за охрану жизни и здоровья населения.

8.3. При эвакуации больных **из ЛПУ психиатрического профиля**, учитывая характерологические особенности, поведенческие реакции больных и фазу их заболевания, следует заранее распределить врачебно-сестринский персонал эвакуируемого ЛПУ на группы, обеспечивающие эвакуацию больных, определить ему обязанности по контролю за больными, их медицинскому обеспечению, как в ходе эвакуации, так и в местах их размещения.

Эвакуация больных из режимных отделений психиатрических ЛПУ должна осуществляться с привлечением личного состава и техники подразделений управления федеральной службы исполнения наказаний (УФСИН) по утверждённым УФСИН правилам, но с учётом тяжести заболевания, соблюдением рекомендаций, выданных врачами и зарегистрированных в журнале приёма-сдачи дежурств. Эвакуация таких больных производится в места, определяемые УФСИН, а организация их медицинского обеспечения определяется руководителями психиатрических ЛПУ и УФСИН.

8.4. Эвакуация персонала и имущества **станций (подстанций, отделений) скорой медицинской помощи (ССкМП)** организуется с учетом:

- обеспечения бесперебойной работы ДДС ССкМП по приёму и выполнению экстренных вызовов от населения;
- обеспечения готовности к использованию комплектов медицинского имущества, предназначенных для использования в ЧС;
- обеспечения защиты медицинского транспорта;
- экстренного информирования бригад, находящихся на вызовах, о месте и адресе новой временной дислокации ССкМП. Этот пункт включается в должностные обязанности старшего врача дежурной смены ССкМП.

В целях выполнения указанных условий следует предусмотреть:

- оборудование резервных линий «03» (при взаимодействии с органами управления здравоохранением и территориального управления Ростелекома). В зависимости от местных условий и структуры ССкМП, они могут быть оборудованы либо на подстанциях, либо в других учреждениях как медицинского, так и немедицинского профиля;

- эвакуацию дежурного персонала ССкМП вместе с повседневными комплектами медицинского имущества и комплектами, скомплектованными для работы в ЧС;

- организацию выезда медицинского транспорта ССкМП с мест постоянных стоянок и оборудование площадки для его концентрированного размещения вне угрожаемого объекта.

8.5. При проведении эвакуации **бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ), патологоанатомических отделений ЛПУ**, помимо эвакуации персонала и имущества, следует предусмотреть эвакуацию тел умерших (погибших), находящихся на хранении в морге. Для этого необходимо обеспечить взаимодействие с транспортными организациями, имеющими рефрижераторы-холодильники с целью привлечения их для размещения тел умерших, погибших. При этом каждое тело умершего предварительно должно помещаться (с указанием пола, фамилии, имени, отчества, по возможности, года рождения и т.п.) в специальные обозначенные застегивающиеся мешки и транспортироваться в безопасное место. При невозможности возвращения тел умерших в морг изыскиваются места их размещения в других учреждениях (отделениях) подобного типа. В этом случае руководители БСМЭ или ЛПУ с патологоанатомическими отделениями, в которых ранее находились тела умерших, организуют принятие мер по извещению родственников об изменении места нахождения тела умершего, погибшего с указанием нового адреса и причины его изменения.

9. При возникновении в медицинских организациях ситуаций, обусловленных крупными авариями на тепловых, водопроводных, канализационных и энергетических сетях, ликвидация которых, предположительно, затягивается на длительное время (часы, дни), в ряде случаев должны быть предусмотрены мероприятия по освобождению ЛПУ от пациентов. В этом случае у руководителя имеется определённый запас времени, и подобное мероприятие

осуществляется в планово-экстренном режиме с дозированной досрочной выпиской больных на амбулаторное лечение или их эвакуацией в другие ЛПУ с обеспечением условий получения адекватного лечения.

В этих случаях, для эвакуации больных может привлекаться собственный транспорт ЛПУ, транспорт ССкМП, автохозяйства медицинского и санитарного транспорта, взаимодействующих ЛПУ, личный транспорт членов семей и родственников больных, находящихся на лечении, а также транспорт автотранспортных предприятий по заявкам.

При некоторых масштабных коммунально-энергетических авариях, возникающих вследствие разрыва подземных водоводов, обрыва линий электропередач по причине их обмерзания, обильных снегопадов, поваленных от штормовых и ураганных ветров столбов и деревьев возможно прекращение водоснабжения и электрообеспечения медицинских организаций. Это, в свою очередь, обуславливает возникновение в них проблем, при развитии которых, прежде всего, следует воспользоваться заранее отработанными алгоритмами действий. В частности:

- при внезапном прекращении в ЛПУ водоснабжения с перспективой длительного его отсутствия (сутки и более), руководитель ЛПУ или ответственный дежурный в целях обеспечения устойчивости ЛПУ обязаны принять меры по подвозу воды в необходимом количестве через структуру «Водоканала». При этом персонал ЛПУ привлекается к приёму и доставке воды в отделения в количестве, достаточном для выполнения решаемых задач и обеспечения гигиенического благополучия;

- при нештатных ситуациях, обусловленных длительным отсутствием электрообеспечения ЛПУ, следует подключать автономные источники электроэнергии, в крайнем случае, использовать фонари ручные и т.п. При их отсутствии – обращаться в территориальные структуры МЧС, в региональное министерство ТЭК и ЖКХ, агентство государственной противопожарной службы и гражданской защиты (ГПС и ГЗ) для привлечения автогенераторов электроэнергии с целью подачи освещения в ЛПУ. Наряду с принятием мер по обеспечению ЛПУ минимальным коммунальными услугами, следует обеспечить больных

качественным и полноценным питанием. С этой целью следует комплектовать высококалорийные сухие пайки с соками и бутилированной водой.

В заключение следует отметить, что для качественной отработки вопросов эвакуации больных, персонала и имущества необходимо:

- включить в План действий медицинской организации по предупреждению и ликвидации ЧС частный раздел «Организация экстренной эвакуации больных, персонала и имущества», в котором отразить порядок её проведения и действия должностных лиц ЛПУ при её осуществлении;

- внедрить в систематическую подготовку персонала ЛПУ комплекс занятий и тренировок с привлечением своих и взаимодействующих сил и средств, на которых отрабатывать порядок совместных действий при возникновении чрезвычайных и нештатных ситуаций, требующих экстренной или планово-экстренной эвакуации больных, либо организацию продолжения функционирования ЛПУ в нештатных условиях. Подобные мероприятия позволят не только обучить персонал к действиям в таких условиях, но и грамотно, оперативно решать профессиональные задачи при их возникновении, а также смягчать нежелательные негативные последствия;

- руководящему составу ЛПУ при подготовке к работе в таких ситуациях координировать свои действия с руководителями территориальных органов управления здравоохранением, с руководителями центров медицины катастроф и их филиалов, с главными управлениями МЧС по субъекту РФ, службами спасения, обеспечения безопасности жизнедеятельности населения и обеспечения коммунально-технического благополучия.

Таким образом, выполнение рассмотренных требований персоналом ЛПУ в режиме повседневной деятельности, отработка их положений на тренировках и учениях позволят организованно, грамотно и в кратчайшие сроки осуществить эвакуационные мероприятия, сохранить жизнь и здоровье больных и персонала или смягчить негативные последствия для них.

## 2.12. Учёт и отчётность в службе медицины катастроф

Одним из путей оптимизации управленческого процесса является совершенствование форм и содержания документов медицинского учёта и отчётности, применяемых в СМК. Их роль в решении задач медицинского обеспечения пострадавшего в ЧС населения очень важна, поскольку они являются источниками получения информации для принятия оптимально обоснованных решений. Кроме того, документы учёта и отчётности СМК – важное средство отображения информации о складывающейся медицинской обстановке в зоне ЧС. Используя их, руководители органов управления здравоохранением и СМК накапливают и анализируют информацию медико-санитарного характера. На их основе:

- оценивается медико-тактическая обстановка в зонах ЧС;
- рационально используются силы и средства СМК различной ведомственной подчинённости и форм собственности;
- обеспечивается преемственность и последовательность в проведении мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий;
- готовятся донесения, отчёты и доклады о состоянии дел в СМК, о выполнении ею решаемых задач и изменениях в возникающей обстановке.

В современных условиях учётные и отчётные документы СМК не утратили своего значения, но требуют стандартизации, унификации и рационализации.

В настоящее время в рассматриваемой Службе используется учётно-отчётная документация, утверждённая приказом Минздрава России. Она включает следующие документы:

- табель срочных донесений СМК;
- форму № 165/у Донесение о ЧС первичное;
- форму № 166/у-1 Донесение о ЧС последующее;
- форму № 167/у-2 Донесение о ЧС заключительное;
- форму № 167/у Сопроводительный лист (на поражённого в ЧС);
- форма № 168/у-01 Журнал оперативного дежурного центра медицины катастроф по учёту ЧС

- форму № 55 – Сведения о деятельности учреждения здравоохранения (медицинского формирования), принимавшего участие в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;
- форму № 56 – Сведения о сети и кадрах СМК Министерства здравоохранения РФ.

Эти учётно-отчётные документы СМК не исключают введение дополнительных форм по инициативе субъектов РФ, министерств и ведомств, отражающих территориальные, социально-экономические, медико-социальные, климатогеографические особенности и специфику работы.

Ведение учётно-отчётной документации СМК важно для обобщения опыта работы Службы, анализа мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий, разработки стратегии и тактики действий её формирований и учреждений.

### **3. МЕДИКО-ТАКТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

#### **3.1. Понятие о медико-тактической характеристике чрезвычайных ситуаций**

Правильное, обоснованное и грамотное управленческое решение, направленное на организацию медицинского обеспечения пострадавшего в очагах ЧС населения, может быть принято на основе грамотного анализа и оценки медико-тактической характеристики возникших очагов ЧС.

Медико-тактическая характеристика ЧС – это совокупность факторов и условий, определяющих возникновение и развитие при ЧС различных видов травм и повреждений, оказывающих существенное влияние на организацию медико-санитарного обеспечения пострадавшего в ЧС населения. К этим факторам и условиям относятся:

- вид и характер развития возникшего очага ЧС и его масштабы;
- наличие или отсутствие в очаге ЧС высокотоксичных веществ (ОХВ, РВ, и БС), их качественная и количественная характеристика;
- количество и структура населения, оказавшегося в районе ЧС и требующего оказания медицинской помощи;
- величина и структура безвозвратных и санитарных потерь среди населения;
- наличие формирований СМК, их готовность к работе в ЧС по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим (поражённым);
- возможности территориального здравоохранения по восстановлению вышедших из строя сил и средств здравоохранения;
- медико-географическая и социально-экономическая оценка территории, специфичная для здравоохранения;
- наличие транспортных средств медицинского и общего назначения, предназначенных для эвакуации пострадавшего населения из зоны ЧС;
- наличие путей подъезда транспортных средств к району (зоне) ЧС.

### 3.2. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций на транспорте

Аварии и катастрофы на автомобильном, железнодорожном, авиационном, водном транспорте, нередко, приводят к формированию чрезвычайных ситуаций с большим числом пострадавших людей, со значительными материальными потерями и изменениями в окружающей среде. В ряде случаев, нежелательные последствия вызывают разрывы трубопроводов, обрывы линий связи и электропередач, обозначаемые как трубопроводные аварии и приводящие к нарушению связи, тепло-, водо-, газо- и электроснабжения производственных, жилых и социальных объектов, что обуславливает появление значительного числа пострадавших и заболевших.

Из числа техногенных ЧС на транспортные катастрофы приходится 47,4%; при этом доля дорожно-транспортных происшествий (ДТП) составляет 94,2%, водных катастроф – 3,9%, авиационных – 1,4% и железнодорожных – 0,5%. На транспортные катастрофы приходится более 50% погибших и около 20% пострадавших во всех видах ЧС.

Наиболее частый вид транспортных ЧС с медико-социальными последствиями – **дорожно-транспортные происшествия (ДТП)**, являющиеся одной из ведущих причин травматизма, инвалидности и гибели людей. В последние 60 лет каждые 20 лет количество автомобилей в мире удваивалось. На этот вид транспорта приходится до 40% грузовых перевозок, включая перевозку ОХВ, способных вызывать на местности очаги химического заражения (поражения) и приводить к поражению значительных групп людей.

В XX столетии в ДТП в мире погибло 30 млн. человек и сегодня ежегодно сотни тысяч лишаются жизни, а миллионы – получают увечья, из которых 60-80% госпитализируется. Это в 3 раза выше смертности от бытовых травм. Растёт число пострадавших в ДТП детей; их доля 12-15%.

Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения «О состоянии безопасности дорожного движения в мире» (2013), в результате ДТП в мире ежедневно погибает до 90, ежедневно около 2200, а ежегодно – более 1,2 млн. человек. В последние 25 лет количество ДТП в разных странах мира возросло в 10-40 раз.



В 1990 году ДТП занимали 9 место в перечне причин смерти, а к 2020 году по прогнозным данным могут стать третьей причиной смерти и нетрудоспособности, опережая войны, ВИЧ и другие инфекционные болезни.

Указанные драматические события ещё в 1997 году участниками 3-й ежегодной конференции по вопросам транспорта, безопасности движения и здоровья были охарактеризованы как «мировая ДТП-эпидемия с тяжелыми медико-социальными последствиями». Эта тенденция характерна и для России, которая несет значительные людские и материальные потери от ДТП. В стране ежегодно погибает до 20-25 тыс. человек (30% из них – люди трудоспособного возраста – 26-41 год), более 250 тыс. – получают ранения. Ущерб от ДТП составляет около 2,5% от валового внутреннего продукта.

ДТП, в которых гибнет 4 и более или страдает 10 и более человек называют ДТП с особо тяжкими последствиями или дорожно-транспортными катастрофами (ДТК). Частота смертельных исходов в них в 3 раза превышает таковые в обычных ДТП (45% против 15%).

В структуре повреждений при ДТП 73-99,9% приходится на сочетанную травму, в том числе с повреждением головы – 80,3-91,5%, нижних конечностей – 42,4-56,9%, грудной клетки – 27,0-41,5%, верхних конечностей – 21,6-22,4%, живота – 14,5-20,6%, шеи – 2,2-2,5% .

**Аварии и катастрофы на железнодорожном транспорте** происходят реже, нежели на автомобильном транспорте, но угроза их роста реальна. Это обусловлено тем, что увеличивается протяженность железнодорожных путей на сибирско-восточном и южном направлении. На сегодня протяженность железных дорог в России составляет 125 тыс. км. Этим видом транспорта перевозится 50% грузов, в том числе миллионы тонн взрывоопасных и легковоспламеняющихся веществ, других ОХВ, контейнеры с РВ, и осуществляется до 47% пассажирских перевозок. В постоянном движении находится 42 тыс. грузовых и более 20 тыс. пассажирских поездов.

Причинами ЧС на железной дороге являются: большая изношенность технических средств (локомотивный и вагонный парк, рельсы, шпалы, железнодорожные мосты), нарушение персоналом требований технической

эксплуатации, нарушение отправителем требований безопасности к транспортировке высокотоксичных веществ.

Как правило, железнодорожные аварии сопровождаются массовыми поражениями и гибелью людей, значительным материальным и экологическим ущербом. В структуре санитарных потерь до 90% - механические травмы, а при крушениях с возгоранием подвижного состава – термические, химические и комбинированные поражения (20-40%). Из механических повреждений ушибленные раны мягких тканей составляют до 50%, закрытые переломы костей и черепно-мозговые травмы с сотрясением головного мозга 18-59%. Высок удельный вес сочетанных травм (60%) и синдрома длительного сдавления (20%). Нередко выявляется комбинированная травма в сочетании механических, термических и химических повреждений. Более 50% составляют лёгкие травмы, 30% - средней тяжести и до 20% – тяжёлые и крайне тяжёлые травмы. Основными причинами гибели пострадавших являются тяжёлая механическая травма, шок, кровотечения, нарушения функции дыхания.

Железнодорожные катастрофы часто происходят вдали от населенных пунктов, в труднодоступных местах, в неблагоприятных климатических и ландшафтных условиях, в любой период года и время суток, что осложняет своевременность и эффективность проведения медицинских мероприятий, требуя оперативной и профессиональной подготовки медицинского персонала.

**Авиационные катастрофы** с повреждением или разрушением воздушного судна, с травмами и гибелью людей происходят на всех этапах полёта: при запуске двигателя, при взлёте, в полёте и при посадке; при этом до 50% авиакатастроф происходят на лётном поле. Ежегодно в мире происходит до 60 авиакатастроф, из которых в 35 гибнут все пассажиры и экипаж воздушного судна. На долю авиационных катастроф приходится 40,5% пострадавших и 13,2% погибших от всех травмированных и погибших в ЧС техногенного характера. Размеры санитарных потерь при авиакатастрофах могут достигать 40-90% и более от числа людей, находящихся на борту. По характеру повреждения у пострадавших подразделяются на механические (40-90%), черепно-мозговые (40-60%), комбинированные и сочетанные травмы (10-20%), а у 10% пострадавших развивается шок. В зависимости от типа воздушного судна максимальное количество пострадавших может колебаться

в значительных пределах (от 2 до 400 человек). До 50% пострадавших имеют тяжёлые повреждения.

**ЧС на водном транспорте** – ежегодная реальность для всех морских держав мира. Для них характерны изолированность от берега, возможность паники среди терпящих бедствие, скудность спасательных сил и средств, в том числе медицинских, и, как итог, большое количество безвозвратных потерь, количество которых, как правило, превалирует над пострадавшими. В морских катастрофах ежегодно гибнет до 200 тыс. человек (50 – непосредственно в воде, 50 – на спасательных средствах и остальные – вместе с потерпевшим крушение кораблем, судном).

Для катастроф на воде у пострадавших характерны механические травмы (изолированные и сочетанные), термические (переохлаждения, отморожения), химические отравления и комбинированные повреждения. Доля пострадавших при морских и речных катастрофах распределяется поровну (по 24%), а погибших, соответственно – 41,2% и 29,4%.

Таким образом, транспортные катастрофы – реальность современного мира, ежегодно уносящие жизни более 600 тыс. человек. Десятки млн. чел. получают повреждения механического, термического, химического и радиационного характера в виде изолированных, множественных, сочетанных и комбинированных травм.

Реальность транспортных катастроф и возрастающее поражающее действие их на людей определяют проблему медицинского обеспечения таких ЧС крайне актуальной, требуют разработки и принятия эффективных мер по предупреждению повреждений и снижению их тяжести.

Значит, необходимо не только изучать возникающую при этом патологию у пострадавших, но и выбирать оптимальные варианты их медицинского обеспечения способы доставки пострадавших в ЛПУ, совершенствовать им принципы и методы оказания медицинской помощи, лечения и реабилитации для снижения тяжести возможных последствий.

В период изоляции (от нескольких минут до нескольких часов), когда пострадавшие предоставлены сами себе, основным принципом оказания помощи являются само- и взаимопомощь. Эти мероприятия включают в себя извлечение пострадавших из транспортных средств, наложение повязок на раны, остановку кровотечения, осуществление иммобилизации повреждённых частей тела и

эвакуации пострадавших от повреждённого транспортного средства с применением подручных материалов, имеющихся у них или в зоне ЧС (одежда, простыни, полотенца, салфетки, ветки и листья деревьев и т.п.). Взаимопомощь также может быть оказана пострадавшим очевидцами катастрофы, жителями близлежащих населенных пунктов и личным составом оперативных служб и спасательных формирований немедицинского профиля.

Основная роль на начальном этапе оказания помощи пострадавшим в транспортных катастрофах принадлежит органам исполнительной власти зоны ЧС и функционирующим вблизи неё ЛПУ, независимо от ведомственной принадлежности, исходя из их структуры и возможностей. В этой связи, организация участия ведомственных ЛПУ в экстренном реагировании на ликвидацию медико-санитарных последствий транспортных катастроф определяется положениями о взаимодействии государственного, ведомственного и иных форм собственности здравоохранения. Взаимодействие на случай возникновения катастроф и ликвидации их последствий нормативно организуется и с оперативными службами (МЧС, МВД, спасения, противопожарной, коммунальной, энергетической и др.).

Оперативная группа СМК (бригада ЦМК, ССкМП или иная медицинская бригада), прибывая на место ЧС, немедленно оценивает сложившуюся медико-санитарную обстановку, организует оказание медицинской помощи пострадавшим, осуществляет руководство за ходом ликвидации медико-санитарных последствий и обеспечивает медицинский контроль за проведением спасательных работ в очаге ЧС.

В ходе оценки медико-санитарной обстановки определяются места сбора пострадавших, места развёртывания пунктов оказания медицинской помощи, потребность в транспортных средствах, пути подъезда транспорта к пунктам сбора пострадавших и пути эвакуации их в ЛПУ.

Для своевременного оказания медицинской помощи пострадавшим **в ДТП на федеральных и региональных автомобильных дорогах**, последние распределяются на зоны ответственности и закрепляются за ЛПУ. Определение на автодорогах зон ответственности медицинских организаций (включая ведомственные) имеет целью своевременное оказание медицинской помощи пострадавшим в ДТП силами БСкМП. Для эвакуации тяжело пострадавших в

специализированные ЛПУ целесообразно использовать вертолёты санитарной авиации.

**При авариях и катастрофах на железной дороге** действия по спасению пассажиров и персонала поезда, попавшего в ЧС, регламентированы приказами и инструкциями ОАО «Российские железные дороги». Согласно им, на место ЧС выдвигается аварийно-восстановительный поезд, в составе которого следует санитарный вагон (вагоны) с оснащённой и экипированной медицинской бригадой, способной оказывать пострадавшим первичную медико-санитарную помощь и последующую медицинскую эвакуацию в ЛПУ по назначению. Организация привлечения, оповещения, экстренного сбора и выезда медицинского персонала в зону ЧС организуется железнодорожными ЛПУ, в которых он работает. При отсутствии на территории ЛПУ этого ведомства организация оказания медицинской помощи пострадавшим возлагается на государственное здравоохранение.

**При авиационных катастрофах** к ликвидации их последствий привлекаются поисково-спасательные и аварийно-спасательные команды с входящими в их состав медицинскими формированиями, комплектуемыми медицинскими работниками медсанчасти (здравпункта) авиакомпаний (аэропорта). В функции медицинского персонала формирований входит оказание пострадавшим медицинской помощи на месте ЧС, осуществление им эвако-транспортной сортировки для подготовки к эвакуации в ЛПУ. При задержке эвакуации осуществляется принятие мер по защите пострадавших от неблагоприятного воздействия негативных факторов окружающей среды.

К оказанию медицинской помощи пострадавшим в этих видах катастроф привлекаются также БСкМП и ЛПУ территориального и ведомственного здравоохранения.

**При авариях и катастрофах на море** вдали от береговой черты в начальный период оказание медицинской помощи пострадавшим возлагается на штатную медицинскую службу судна (корабля) при её наличии. Учитывая её отсутствие на многих видах флотов, особое внимание следует уделять обучению экипажей судов само- и взаимопомощи, качество которой во многом определяет выживаемость пострадавших при водных катастрофах.

Первичная медико-санитарная помощь, а в ряде случаев, и элементы специализированной медицинской помощи могут быть оказаны по прибытии к пострадавшему судну медицинских формирований быстрого реагирования на быстроходных водных средствах и вертолётах. Последующая медицинская эвакуация тяжело пострадавших в береговые медицинские организации (при необходимости) осуществляется этими же средствами.

Оказание помощи и спасение пострадавших на море регламентированы и международной конвенцией, обязывающей капитанов неповреждённых судов оказывать помощь судам, терпящим бедствие в море. Учитывая это, каждый капитан, получивший сигнал о помощи, обязан откликнуться на трагедию, при необходимости, изменить курс и следовать на помощь судну, терпящему бедствие. Это обстоятельство касается и вопросов оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим (заболевшим) в море. Уклонение от этой обязанности влечёт ответственность виновного лица перед законом государства, гражданином которого он является.

**Сложные ситуации**, в ряде случаев, формируются и при масштабных авариях **на трубопроводном транспорте и коммунально-энергетических системах**, характеризующиеся серьёзными медико-социальными проблемами, в частности, появлением значительного числа людских безвозвратных и санитарных потерь, нарушением условий жизнедеятельности населения и осложнением работы персонала медицинских организаций различного вида. Такие ситуации могут происходить на газо- и нефтепроводах, магистральных водоводах, канализационных системах, линиях электропередач и иных проводных источниках энергии (телефон, радио и т.п.).

При этом, повреждение газо- нефтепроводов может привести к утечке этих продуктов, которые при взаимодействии с источником огня вызывают масштабные взрывы и пожары с большим количеством жертв среди людей и значительным числом пострадавших с различными патологическими состояниями и степени их тяжести, требующими для ликвидации медико-санитарных последствий экстренной доставки врачей разных специальностей к очагу массовых людских потерь в составе формирований быстрого реагирования и их активной работы по проведению пострадавшим медицинской сортировки, оказанию им медицинской помощи и

осуществлению грамотной медицинской эвакуации в лечебные учреждения или в травмацентры различного уровня.

При разрушении (повреждении) водоводов, особенно крупного калибра, которых в современной инфраструктуре больших и малых городов значительное количество, приводит к обезвоживанию жилых домов, производственных зданий и цехов, медицинских организаций различного вида, осложняя, тем самым, их быт и производственную деятельность, особенно в зимнее время. Так, отсутствие водообеспечения стационарных ЛПУ осложняет не только режим водопотребления и использование воды для различных медицинских целей, но, в ряде случаев, и прекращение работоспособности водяного отопления. Это способствует снижению температуры в палатах, развитию у больных признаков переохлаждения, осложняющих процессы их выздоровления. Такие обстоятельства требуют изменения форм и методов работы этих учреждений и их персонала.

Прогнозирование аварий на источниках электроснабжения или иных источниках проводного энергообеспечения также обуславливает нарушение работы медицинских организаций и принятие руководителями грамотных решений по повышению устойчивости их функционирования.

Эти факты обязывают руководителей стационарных ЛПУ повышать степень устойчивости и безопасности их функционирования при возникновении чрезвычайных и нештатных ситуаций, организовывать взаимодействие со спасательными, коммунально-техническими службами территории, повышать оперативно-тактическую грамотность персонала к действиям в подобных ситуациях на практических мероприятиях (тренировки, учения, тестирование персонала при осуществлении обходов больных). В части учреждений скорой медицинской помощи при невозможности осуществлять телефонную связь с населением следует подумать о реальном перемещении (эвакуации) её оперативных специалистов в другие здания и, соответственно, оборудования в них запасных линий связи, быстрой подготовки их к работе на этой «волне» и организации бесперебойной деятельности на новом месте.

### **3.3. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций радиационного характера**

С открытием ионизирующего излучения В. Рентгеном в 1895 г. и природной радиоактивности урана в 1896 г. А. Беккерелем установлено, что любая форма жизни на Земле связана с непрерывным внешним, внутренним и контактным ионизирующим облучением.

Интенсивное развитие ядерной энергетики, её использование в различных сферах народного хозяйства, включая и медицинскую практику, периодически возникающие аварии на ядерных объектах, наличие ядерного оружия и не исключающая угроза его применения определяют необходимость пристального изучения и решения медицинских и экологических проблем ионизирующего излучения. Эти обстоятельства во многом определили развитие радиационной медицины и радиобиологии.

Объекты экономики, использующие в своей работе ионизирующие излучения, относят к радиационно-опасным объектам (РОО) – рис. 9.





В РФ около 300 РОО, около 10% которых составляют атомные электростанции. При возникновении на них нештатных и чрезвычайных ситуаций возможно развитие радиационной аварии, приводящей к выбросу радиоактивных веществ (РВ) в количествах, превышающих установленные пределы безопасности (нормы радиационной безопасности – НРБ-99). При этом персонал РОО, а в ряде случаев, и население могут подвергаться внешнему, внутреннему и контактному радиоактивному (радиационному) облучению<sup>2</sup>.

**Внешнее радиационное облучение** обусловлено естественным радиационным фоном от природных источников космического и земного происхождения. Космические лучи – поток ядерных частиц, состоящих из протонов (90%), альфа-частиц (7%), ядер лития, бериллия, углерода, кислорода и азота. Явление радиоактивности на  $\frac{2}{3}$  обусловлено содержанием в почве и скальных породах тория и урана, а  $\frac{1}{3}$  – калия. Ядра этих элементов перенасыщены нейтронами, что делает их нестабильными и ведёт к радиоактивному распаду с выделением

<sup>2</sup> Первая в мире АЭС была введена в строй в 1954 г. в Обнинске (Россия, Калужская область). Сейчас в мире действует около 500 энергоблока в составе более 200 АЭС и АСТ. На долю ядерных энергоблоков во Франции приходится около 76%, в США – около 28%, в России – около 18% всей вырабатываемой электроэнергии.

энергии в виде альфа-, бета- и гамма-излучений, проникающих в другие вещества и вызывающие ионизацию атомов и молекул. На внешнее облучение приходится от 30 до 50% лучевой нагрузки на человека.

### Рис. 9. Виды основных радиационно-опасных объектов

При авариях на РОО и применении ядерного оружия внешнее облучение реализуется за счёт образующегося газоаэрозольного облака и от местности, на которую выпали РВ, создавая след радиоактивного загрязнения, распространяющийся по ветру. Годовая эффективная доза от различных природных источников облучения представлена в табл. 8.

Таблица 8

#### Годовая эффективная доза от природных источников

| Источники облучения                                           | Годовая эффективная доза, мЗв/год (милли-Зивертов в год) |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Космическое излучение                                         | 0,39                                                     |
| Естественный гамма-фон от земли                               | 0,46                                                     |
| Инкорпорированные радионуклиды в теле человека (кроме радона) | 0,23                                                     |
| Радон и продукты его распада                                  | 1,3                                                      |
| <b>Суммарная доза</b>                                         | <b>2,38</b>                                              |

Единицы измерения доз радиоактивного облучения представлены в табл. 9

Таблица 9

#### Единицы измерения доз радиоактивного облучения

| Дозиметрические величины | Наименование единиц измерения |             | Соотношение единиц |
|--------------------------|-------------------------------|-------------|--------------------|
|                          | Внесистемная                  | система СИ  |                    |
| Экспозиционная доза      | Рентген (Р)                   |             |                    |
| Поглощенная доза         | Рад (рад)                     | Грей (Гр)   | 1 Гр = 100 рад     |
| Эквивалентная доза       | БЭР (БЭР)                     | Зиверт (Зв) | 1 Зв = 100 БЭР     |

**Примечание:** 1 Зв = 1 Гр = 100 Р = 100 БЭР = 100 рад

Медицинские обследования населения дополнительно вносят 1-1,5 мЗв/год. Уместно отметить, что сжигание органического топлива (газ, мазут, уголь) в печах ТЭЦ загрязняет окружающую среду радионуклидами (калий, уран, торий) до 1-3 мкЗв/год в год. Ядерная энергетика загрязняет окружающую среду до 0,2 мкЗв/год.

**Внутреннее облучение** осуществляется от радионуклидов, поступающих в организм через органы дыхания и пищеварительный тракт (с пищей и водой) и распределяющихся в нём следующим образом:

- в костной ткани – стронций-90, радий-226, уран-238, торий-228, плутоний-239, свинец-210;
- в кроветворных органах – полоний-210;
- в щитовидной железе – йод-131;
- в мышечной ткани – цезий-137, калий-40;
- равномерно во всех тканях – углерод 14 и тритий.

Значительную роль в формировании дозы внутреннего облучения составляет продукт распада радия – радон-222, выделяющийся из почвы и горных пород, накапливающийся в жилых и производственных помещениях. Он хорошо растворяется в воде и смешивается с воздухом.

**Контактное облучение** обусловлено радиоактивным загрязнением кожных покровов человека и его одежды при пребывании в зоне действия РВ.

Тяжесть медицинских последствий от воздействия ионизирующих излучений на организм человека определяется видом радиационных аварий, подразделяемых на малые, средние, большие, крупные и катастрофические.

Малые радиационные аварии – это инциденты, не связанные с серьёзными медицинскими последствиями и характеризующиеся только экономическими потерями; при этом облучение персонала РОО не превышает установленных НРБ-99 лучевых нагрузок. При средних и больших радиационных авариях лучевые поражения получает персонал РОО, а при крупных и катастрофических помимо персонала возможно поражение и населения, проживающего за пределами РОО.

Медицинские последствия у облучённых отмечаются в виде детерминированных (соматических) и стохастических (вероятностных) эффектов.

**Детерминированные эффекты** проявляются острой и хронической лучевой болезнью, лучевыми дерматитами и лучевыми ожогами. Тяжесть поражения и его прогноз определяются дозой ионизирующего излучения, общим состоянием (усталость, перенапряжение) поражённого и наличием у него сопутствующих заболеваний. При этом доза облучения является фактором, определяющим развитие

той или иной патогенетической формы острой лучевой болезни (ОЛБ) и степени её тяжести (табл. 10).

Таблица 10

**Патогенетическая классификация  
острой лучевой болезни от внешнего облучения**

| <b>Клиническая форма</b>   | <b>Степень тяжести</b> | <b>Величина дозы, Грей (Гр)</b> |
|----------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Костномозговая             | легкая                 | 1-2                             |
| Костномозговая             | средняя                | 2-4                             |
| Костномозговая             | тяжелая                | 4-6                             |
| Костномозговая             | крайне тяжелая         | 6-10                            |
| Кишечная                   | -                      | 10-20                           |
| Токсемическая (сосудистая) | -                      | 20-50                           |
| Церебральная               | -                      | > 50                            |

**Примечание:** клинические проявления, наблюдающиеся после облучения в дозах 0,25 Гр, называют лучевой реакцией.

Для костномозговой формы ОЛБ характерен периодизм заболевания, включающий следующие стадии: первичной лучевой реакции, скрытая (стадия мнимого благополучия), разгара заболевания и восстановления.

В стадию первичной лучевой реакции отмечается задержка митозов и репродуктивная гибель клеток. Продукты их распада, в том числе гистамин и серотонин, циркулируют в крови. Обусловленное этим повышение проницаемости сосудов, нарушение регуляции сосудистого тонуса, мощная импульсация и гиперстимуляция триггер-зоны рвотного центра патогенетически обуславливают симптомокомплекс первичной лучевой реакции (диспептический синдром – тошнота, рвота, диарея) и астеновегетативный (головная боль, слабость, гиподинамия, гипотензия). В крови – снижения числа лимфоцитов и увеличение лейкоцитов. Продолжительность первичной лучевой реакции определяется дозой облучения и может продолжаться до 3-х суток. К концу первичной реакции на облучение токсичные соединения, циркулирующие в крови, в основном выводятся, и уровень патологической импульсации на нервную систему снижается, а клинические проявления первичной реакции исчезают.

В стадию мнимого благополучия жалобы отсутствуют, работоспособность сохранена. Её продолжительность зависит от степени поражения: лёгкая – до 30 суток, средняя – 15-30 суток, тяжёлая – 5-20 суток, а при крайне тяжёлой может отсутствовать. Прогнозирование длительности скрытой стадии важно для

своевременной эвакуации поражённых в ЛПУ, располагающими условиями для лечения лучевой патологии.

В стадию разгара специфичны глубокая гранулоцитопения и тромбоцитопения, являющиеся причиной развития аутоинфекционных осложнений и геморрагического синдрома. Отмечаются и иные проявления дисфункций: токсемия, астения, вегетативная дистония, аутоиммунные поражения. Причиной летального исхода ОЛБ чаще являются инфекционные процессы и кровоизлияния в жизненно-важные органы. Если смерть не наступает, регенеративные процессы в кроветворной системе увеличивают число зрелых клеток крови, снижение симптоматики и процесс переходит в стадию восстановления.

Лучевые дерматиты чаще выявляются на лице, кистях рук и передней поверхности бедер. Различают ранние и поздние лучевые дерматиты.

Ранние лучевые дерматиты (лучевые ожоги) проявляются в первые несколько суток после облучения в виде первичной эритемы, сменяющейся после латентного периода сухим, влажным язвенно-некротическим дерматитом. В основном происходит повреждение эпидермиса и блокирование деления стволовых клеток базального слоя эпидермиса.

Поздние лучевые дерматиты появляются через несколько месяцев после облучения как следствие поражения сосудов кожи и соединительной ткани, повреждая дерму и подлежащие её слои. При этом характерно нарушение трофики кожи, дермофиброз, язвенно-некротические процессы, симптомы атрофического или гипертрофического дерматита, вследствие поражения эндотелия сосудов кожи и последующей облитерации капилляров.

В условиях внешнего облучения РВ высокой мощности возможны поражения слизистых оболочек, преимущественно мягкого нёба и нёбных дужек, получившего название лучевого орофарингеального синдрома. Он проявляется гиперемией, отёком, очаговым и сливным эпителиитом, нарушением слюноотделения, болями при глотании и прохождении пищи по пищеводу. Пороговой дозой его развития считается доза в 5-7 Гр.

**Стохастические эффекты** – вредные радиобиологические эффекты, оцениваемые по параметру риска: индивидуальной вероятности развития злокачественных новообразований, болезней крови (лейкопения, анемия), нарушений

иммунитета, катаракты, склеротических изменений, сокращения продолжительности жизни при облучении в дозе 1 Зиверт (Зв) и более.

Ионизирующие излучения способны воздействовать и на зародышевые клетки, вызывая **генетические эффекты** у потомства лиц, облучённых РВ.

При прогнозе медико-санитарных последствий и планировании мер по защите населения, в том числе и по медицинской защите, выделяют 3 фазы протекания радиационных аварий:

**1. Ранняя фаза** – период от начала аварии до момента прекращения выброса РВ в атмосферу и окончания формирования радиоактивного следа на местности. Её продолжительность до 10 суток. Внешнее облучение формируется за счёт радионуклидов, содержащихся в радиоактивном облаке, а внутреннее – за счёт ингаляционного поступления РВ в организм человека, а также с продуктами питания и питьевой водой.

**2. Промежуточная фаза** – период от момента завершения формирования радиоактивного следа до принятия всех мер защиты населения. Продолжается до одного месяца. Внешнее облучение проявляется от РВ, осевших на поверхность объектов внешней среды, а внутреннее – за счёт употребления загрязнённых продуктов питания и воды.

**3. Поздняя фаза** – длится до прекращения необходимости выполнения защитных мероприятий (годы, десятилетия, столетия) и завершается отменой ограничений по жизнедеятельности населения на радиоактивно-загрязнённой территории и переходом к радиационному контролю в обычном режиме. Источники внешнего и внутреннего облучения те же, что и в промежуточной фазе.

К мероприятиям, выполняемым в ранней фазе аварии, относят немедленную эвакуацию людей из опасной зоны, проведение мер по снижению лучевой нагрузки (укрытие, йодная профилактика, ограничение пользования загрязнёнными продуктами питания и водой).

Медицинская сортировка поражённых и оказание им экстренной медицинской помощи осуществляется силами ЛПУ, приближённых к местам расположения РОО, и создаваемыми этими ЛПУ мобильными бригадами СМК радиологического профиля. В бригаде 3 врача (терапевт-радиолог, гематолог, гигиенист), 3 медицинские сестры, работающие с указанными врачами и соответствующих их

профилю, а также техник-дозиметрист. На 100 поражённых, нуждающихся в оказании медицинской помощи, создается 2-3 таких мобильных бригад. Объём медицинской помощи, выполняемой персоналом бригады, включает осуществление следующих мероприятий:

1. Купирование первичной реакции на облучение: внутримышечно 4 мл 0,2% раствора латрана или 2 мл 2,5% раствора аминазина (противорвотные средства), обработка ран и ожогов, загрязнённых РВ. При тяжёлой степени – внутривенная дезинтоксикация плазмозамещающими растворами, а при психомоторном возбуждении – феназепам или реланиум.

2. При ингаляционном поступлении РВ – вдыхание 5 мл 10% пентацина в течение 30 мин.

3. При поступлении радионуклидов в желудок – промывание его водой (дробно по 1,5-2 литра) с адсорбентами (активированный уголь, альгисорб, адсорбар, полисорб) и осуществление мероприятий по снижению резорбции и ускорению выведения радионуклидов из организма.

4. При загрязнении кожных покровов РВ – промывание мыльным раствором. При загрязнении раневых поверхностей – наложение венозного жгута, обработка раны 2% раствором соды и первичная хирургическая обработка раны с иссечением её краев. При наличии на кожных покровах эритематозных пятен – местно противоожоговый препарат лиоксазол.

5. При сердечно-сосудистой недостаточности – внутримышечно 1 мл кордиамина, 1 мл 20% раствора кофеина; при сердечной недостаточности – внутривенно 1 мл коргликона или строфантина; при гипотонии – 1 мл мезатона.

Последующее лечение поражённых РВ осуществляется врачами-радиологами, имеющими соответствующую подготовку и оснащение, что позволяет использовать адекватные диагностические критерии, осуществлять оценку медицинских последствий и исключать развитие конфликтных ситуаций.

Медико-санитарное обеспечение при авариях на РОО предполагает проведение большого объёма работ в сфере радиационной гигиены. Их выполнение возлагается на подсистему санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляющей ведение медико-радиационной разведки, выявление радионуклидов в продуктах питания, питьевой воде и организме человека, а также выявление людей, пребывавших в

местах повышенного радиационного фона, для принятия решения о проведении профилактических и защитных мер среди населения (табл. 11).

Таблица 11

**Меры радиационной безопасности при различных фазах аварии**

| <b>Меры радиационной безопасности</b>                   | <b>Фазы аварии</b> |          |          |
|---------------------------------------------------------|--------------------|----------|----------|
|                                                         | <b>1</b>           | <b>2</b> | <b>3</b> |
| Контроль за радиационной обстановкой и дозами облучения | +                  | +        | +        |
| Локализация аварии                                      | +                  |          |          |
| Оповещение населения                                    | +                  |          |          |
| Укрытие населения                                       | +                  |          |          |
| Защита органов дыхания                                  | +                  | +        |          |
| Применение препаратов стабильного йода                  | +                  | +        |          |
| Эвакуация населения                                     | +                  | +        |          |
| Контроль доступа в район радиоактивного загрязнения     | +                  | +        | +        |
| Осуществление санитарной обработки населения            | +                  | +        | +        |
| Контроль загрязнения продуктов питания и воды           | +                  | +        | +        |
| Медицинская помощь и медицинское обследование           | +                  | +        | +        |
| Дезактивация территории                                 |                    | +        | +        |

Медицинские организации, попавшие в зону радиационной аварии или находящиеся вблизи неё, для защиты персонала и больных в её ранней фазе организуют:

- обеспечение противорадиационной защиты мед. организации;
- проведение йодной профилактики больным и персоналу ЛПУ;
- медицинское обеспечение работ, выполняемых спасателями;
- организацию амбулаторного приёма населения, в том числе и путём выездной формы прибытия к нему;
- медико-санитарное обеспечение эвакуации населения.

**3.4. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций химического характера**

Существование человечества невозможно без химических веществ (ХВ), широко применяющихся в различных сферах его деятельности. Стремительно возрастают объёмы их производства, увеличивается количество вновь синтезируемых ХВ, обладающих высокой токсичностью, значительная часть которых не имеет ограничений по доступности для населения. Сегодня коммерчески



доступны до 15 млн. ХВ; при этом 60-70 тысяч из них широко используют в различных отраслях промышленности, в быту и медицине. На химических предприятиях Европы ежегодно производят, хранят и используют более 0,5 млрд. смертельных для человека доз мышьяка, 5 млрд. доз бария, 100 млрд. доз аммиака, фосгена и синильной кислоты, 10 трлн. доз хлора. Эти обстоятельства являются причиной значительного числа острых отравлений химической этиологии в развитых странах мира.

В условиях производства и обращения (хранение, применение, транспортировка) воспламеняющихся, горючих, окисляющих, взрывчатых и токсичных ХВ возрастает вероятность возникновения аварий на химически-опасных объектах (ХОО), на которых могут произойти массовые поражения людей опасными химическими веществами (ОХВ). К ХОО относят:

- предприятия химической, нефтеперерабатывающей, целлюлозно-бумажной, лесоперерабатывающей отраслей промышленности, на которых производятся, накапливаются и используются различные ОХВ;
- предприятия пищевой, мясомолочной промышленности и производств, имеющих холодильные установки, где используется аммиак;
- водозаборные и очистные сооружения, использующие хлор и кислород для обеззараживания воды;
- нефтебазы, автозаправочные станции, станции заправки газом;
- медицинские организации с различным спектром ХВ в лабораториях и иных отделениях;
- склады с запасами ядовитых веществ, использующихся для дезинфекции и дератизации хранилищ с зерном и продуктов его переработки, жилых и производственных зданий;
- автомобильные и железнодорожные магистрали, по которым на соответствующих транспортных средствах перевозятся ОХВ.

Наличие большого спектра ОХВ и их огромные объёмы обуславливают возникновение химических катастроф с тяжёлыми медико-социальными последствиями\* и необходимость совершенствования профилактических, лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий и мероприятий по медицинскому снабжению.

**Химическая авария (катастрофа)** – непланируемый и неуправляемый выброс (пролив, разлив, россыпь) ОХВ, возникший в результате нарушений персоналом химико-технологических процессов на ХОО, а также вследствие пожара, взрыва, поломки оборудования, нарушения целостности транспортной ёмкости или трубопровода и иных причин, вызвавших негативное воздействие на состояние окружающей среды и здоровье человека. Выбросы газообразных, пароаэрозольных и проливы жидких ОХВ с загрязнением окружающей среды сопровождают 88% аварий на ХОО<sup>3\*</sup>.

Нередко, химические аварии происходят с несколькими ХВ; при этом в ходе их трансформации могут образовываться новые, иногда более токсичные соединения, а в ряде случаев, и менее токсичные. При химических авариях к основному поражающему фактору (химическому) могут добавляться и другие факторы: механические, термические, биологические, радиационные, что способствует развитию комбинированных поражений.

По оценкам Организации по экономическому сотрудничеству в США имеется более 10 тыс. ХОО, немного меньше – в странах Европы и в Китае.

В России функционирует около 3,5 тыс. ХОО, в технологических процессах которых используется более 30 тыс. ХВ 4-х классов опасности: (чрезвычайно-опасные (1 класс), высоко-опасные (2 класс), умеренно-опасные (3 класс), малоопасные (4 класс), угрожающих населению общим числом в 50 млн. человек.

Национальный перечень ОХВ, утверждённый Минздравом России 21.04.1998 г. включает 31 соединение всех классов опасности и разным характером действия на организм человека (табл. 12).

Таблица 12

**Первоочередной национальный перечень ОХВ,  
классы их опасности и характер действия на организм**

| <b>Химическое вещество</b> | <b>Класс опасности</b> | <b>Характер действия на организм</b> |
|----------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| Азотная кислота            | III                    | Раздражающее                         |
| Аммиак                     | IV                     | Раздражающее                         |

<sup>3</sup> \*При аварии на химическом комбинате в Бхопале (Индия), происшедшей ночью 3 декабря 1984 г. одномоментно погибли 3,8 тыс. человек, около 10 тыс. – умерли в течение первых суток и 20 тыс. – в течение 2-х недель с момента аварии. Общее число поражённых, получивших отравления различной степени тяжести, составило более 300 тыс. человек.

|                               |      |              |
|-------------------------------|------|--------------|
| Ацетонитрил                   | III  | Смешанное    |
| Ацетонциангидрин              | I    | Резорбтивное |
| Гидразин и его производные    | I    | Смешанное    |
| Диметиламин                   | II   | Смешанное    |
| Диоксид серы (сернистый газ)  | III  | Раздражающее |
| Дихлорэтан                    | IV   | Резорбтивное |
| Метилакрилат                  | III  | Смешанное    |
| Метилбромид (бромметан)       | I    | Резорбтивное |
| Метиловый спирт (метанол)     | III  | Резорбтивное |
| Метилхлорид (хлорметан)       | II   | Смешанное    |
| Оксид углерода                | IV   | Резорбтивное |
| Оксихлорид фосфора            | I    | Раздражающее |
| Серная кислота                | II   | Раздражающее |
| Сероводород                   | II   | Смешанное    |
| Сероуглерод                   | II   | Смешанное    |
| Синильная кислота             | I    | Резорбтивное |
| Соляная кислота               | II   | Раздражающее |
| Триметиламин                  | III  | Смешанное    |
| Трихлорид фосфора             | II   | Раздражающее |
| Формальдегид                  | II   | Раздражающее |
| Фосген                        | II   | Смешанное    |
| Фосфорорганические соединения | I-II | Резорбтивное |
| Фтористоводородная кислота    | II   | Смешанное    |
| Хлор                          | II   | Раздражающее |
| Хлорпикрин                    | I    | Раздражающее |
| Хлорциан                      | I    | Смешанное    |
| Четыреххлористый углерод      | IV   | Резорбтивное |
| Этилендиамин                  | III  | Смешанное    |
| Этиленоксид                   | II   | Раздражающее |

Критериями отбора для формирования этого перечня, явились:

- анализ наиболее распространенных отечественных и зарубежных перечней ХВ, способных стать причиной крупных аварий и вызвать масштабные негативные медицинские последствия;
- наличие ХВ (производимых, транспортируемых, используемых, хранящихся) в количествах, обуславливающих возможность возникновения массовых поражений среди людей;
- возможность ХВ вызывать при авариях, преимущественно ингаляционные поражения;
- способность ХВ к быстрому распространению в окружающей среде и созданию опасных для жизни и здоровья людей концентраций;

- статистика аварий с ХВ, которые в последние годы становились причинами крупных химических аварий и катастроф.

Наиболее часты, по данным статистики, из представленного перечня аварии с аммиаком (22%), кислотами (19%) и хлором (12%). Большинство химических аварий (55%) происходит при транспортировке ОХВ, а 45% – непосредственно на ХОО.

Таким образом, ОХВ, включённые в этот перечень, относятся, в основном, к 1-2 классам опасности. Ряд веществ, относящихся к 3-4 классам опасности, включены в перечень с учётом их взрывопожароопасности, способной привести к развитию химических катастроф. По характеру возникающего эффекта эти вещества обладают:

- **раздражающим действием**, вызывая при контакте с кожными покровами и слизистыми оболочками немедленный эффект в виде их повреждения. В тяжёлых случаях возможно развитие токсического отёка гортани и лёгких с последующей гибелью человека от рефлекторной остановки дыхания и сердечной деятельности;

- **резорбтивным действием**, которое по механизму может быть пульмонотоксическим, нейротоксическим, гепатотоксическим, нефротоксическим, гастроэнтеротоксическим, гематоксическим, цитотоксическим и общетоксическим, что следует учитывать при выборе методов и способов оказания медицинской помощи и осуществления последующего лечения;

- **смешанным действием**, сочетающим в себе эффекты раздражающего и резорбтивного действий.

Указанные ОХВ подразделяются:

а) по скорости развития патологического процесса на:

- **ОХВ быстрого действия** – с развитием симптомов интоксикации мгновенно или во временном промежутке до одного часа;

- **ОХВ замедленного действия** – с развитием интоксикации в течение нескольких часов и даже суток.

б) по времени сохранения поражающего эффекта на:

- **стойкие ОХВ** – сохраняющие поражающий эффект в течение нескольких часов, дней и даже месяцев;

- **нестойкие ОХВ** – имеющие кратковременный поражающий эффект, как правило, до одного часа.

Высока вероятность использования высокотоксичных ХВ, обладающих ингаляционным и кожно-резорбтивным действием при совершении террористических актов. Такие вещества можно приобрести под видом использования для бытовых нужд или:

- легко изготовить в производственных и лабораторных условиях;
- удобно хранить, скрытно доставить к месту совершения теракта и незаметно перевести в токсическое состояние. ХВ террористами могут использоваться в любых дозируемых количествах и способны обеспечить заданное время действия на организм человека (от секунд до суток и более).

Скрытное применение ХВ в целях поражения населения может привести к значительным человеческим жертвам и иным социально-опасным последствиям, оказать тяжёлое психическое воздействие на людей, сопровождаться паникой, дезорганизацией работы оперативных и спасательных служб, включая и службу медицины катастроф.

Поражающее действие ХВ определяется их способностью при проникновении в организм человека через органы дыхания, кожные покровы и слизистые оболочки вызывать болевые эффекты, нарушать витальные функции и приводить к летальным исходам в весьма короткие сроки (5-10 минут). Степень и характер поражений определяются токсическими свойствами ХВ, уровнем их токсодозы, временем её воздействия, обеспеченностью населения средствами защиты и умением ими пользоваться.

Таким образом, функционирование большого числа ХОО в России, многообразие ОХВ, использующихся во всех сферах человеческой деятельности, определяют проблему химической безопасности крайне актуальной, в которой медицинская составляющая занимает особое место.

В результате химических аварий с ОХВ образуются очаги химического поражения, под которыми понимают территории, подвергшиеся воздействию ОХВ и на которых возникли массовые поражения людей, изменения в окружающей среде с ухудшением её санитарных условий. С медико-тактических позиций выделяют следующие **очаги химического поражения:**

- стойкий очаг быстрого действия;
- нестойкий очаг быстрого действия;

- стойкий очаг замедленного действия;
- нестойкий очаг замедленного действия.

На формирование медико-тактической обстановки в зонах химического поражения оказывают влияние следующие факторы:

- физико-химические свойства ОХВ (удельный вес, плотность паров, температура кипения и плавления, растворимость в воде и других средах);
- величина токсической дозы ОХВ;
- пути поступления ОХВ в организм человека;
- особенности клиники поражений ОХВ;
- наличие эффективных средств защиты, в том числе медицинских;
- географические условия и характеристика территории;
- метеоусловия (температура воздуха, скорость ветра, наличие осадков, движение воздушных потоков по вертикали и горизонтали – инверсия, изотермия, конвекция);
- численность и плотность населения в зоне воздействия ОХВ и в непосредственной близости от неё;
- количество поражённых в целом, и в зависимости от степени тяжести;
- своевременность прибытия АСФ, включая и формирования СМК, в зону ЧС, уровень их оснащённости и подготовленности к действиям в очагах и районах ОХВ.

По числу поражённых аварии с ОХВ подразделяются на группы:

- а) без поражения людей;
- б) с числом поражённых в 1-2 человека;
- в) малые аварии – 3-10 поражённых;
- г) средние – 11-49 поражённых;
- д) крупные – 50 и более поражённых.

Как показывает статистика промышленных аварий с ОХВ, доля поражённых в зависимости от тяжести химической травмы составляет:

- лёгкой степени – 85-90%;
- средней степени – 5-10%;
- тяжёлой степени – 1-4%;
- смертельно-отравленных – 1-2%.

Велика химическая составляющая и в повседневной медицинской практике. По данным ВОЗ, ежегодно в мире острые отравления уносят жизни до 300 тысяч человек (4,3 чел. на 100 тыс. населения), в том числе детей до 15-16 тысяч, и они составляют одну из ведущих причин смертности; при этом до 87% отравленных погибает на догоспитальном этапе. По данным Минздрава России в нашей стране регистрируется около 150 тыс. острых отравлений ХВ, более 30 тыс. которых завершаются летальным исходом.

На фоне общего увеличения острых отравлений нередко встречаются **массовые бытовые отравления**. Они регистрируются по всей России. Наиболее часты отравления окисью углерода, метанолом, витамином Д и метгемоглобинообразователями (нитрит натрия, аммиачная селитра). Эти факты требуют от медицинского персонала:

- быть в постоянной готовности к оказанию эффективной неотложной медицинской помощи в условиях одномоментного поступления большого числа пострадавших ОХВ;
- необходимости оперативно решать организационные, лечебно-эвакуационные, клинико-тактические вопросы, которые существенно отличаются от таковых при функционировании ЛПУ в условиях распределённого во времени поступления больных в повседневных условиях.

Приведённые данные о возможных отравлениях (поражениях) ХВ свидетельствуют о необходимости изучения медицинским персоналом перечня ХВ и опасностей на территории проживания, их медико-тактической характеристики, клинико-диагностических особенностей массовых отравлений, организационных принципов оказания ЭМП поражённым ХВ и отработки обеспечения готовности медицинского персонала к оперативным и слаженным действиям в очагах химического поражения.

Организация оказания медицинской помощи поражённым ОХВ включают последовательное выполнение следующих мероприятий:

1. Оказание в максимально сжатые сроки (по возможности, минуты) первой помощи в порядке само- и взаимопомощи или силами аварийно-спасательных формирований (спасательные формирования, государственная инспекция по безопасности дорожного движения, дорожно-патрульная служба, пожарно-

спасательные формирования и т.п.). Её мероприятия, включающие защиту органов дыхания, применение противоядий, проведение частичной санитарной обработки и осуществление немедленной эвакуации за пределы очага поражения, позволяют предупредить или значительно ослабить токсическое действие ОХВ.

2. При возникновении химического очага следует оперативно организовать проведение разведки с целью:

- а) уточнения границ очага возможного поражения ОХВ;
- б) определения вида, дозы или концентрации ОХВ;
- в) уточнения мест нахождения поражённых, их количества и степени тяжести поражения;
- г) определения мест для временных пунктов сбора поражённых.

3. Первичная медико-санитарная помощь по жизненным показаниям организуется вне очага поражения силами специалистов БСкМП, врачебно-сестринских бригад (ВСБ) ближайших ЛПУ. При оказании этого вида помощи важная роль отводится эвако-транспортной сортировке поражённых и их медицинской эвакуации в ЛПУ.

4. Первичная медико-санитарная помощь с элементами специализированной может быть оказана бригадами экстренного реагирования (БЭР) ТЦМК, специализированными БСкМП или прибывающими в район ЧС бригадами специализированной медицинской помощи (БСМП), создаваемыми в многопрофильных и специализированных клиниках и включаемых в структуру СМК.

5. Специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, и последующее лечение поражённых ОХВ осуществляются врачами-специалистами в токсикологических отделениях (центрах) ЛПУ, оснащённых необходимым медицинским имуществом и оборудованием с достаточным наличием врачей-токсикологов.

В заключение следует отметить, что при химических катастрофах координация деятельности всех заинтересованных служб (связи и оповещения, спасательной, медицинской, охраны общественного порядка, противопожарной, коммунально-технической, транспортной, охраны окружающей среды и др.) является гарантией успеха, как в спасении и сохранении здоровья поражённых ОХВ, так и в поддержании экологического комфорта для населения пострадавших территорий.



### 3.5. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций пожаровзрывоопасного характера

Объекты, на которых производятся, хранятся, используются и транспортируются пожаровзрывоопасные вещества (ПВОВ) или вещества, приобретающие при определённых условиях способность к возгоранию или взрыву, называются пожаровзрывоопасными объектами (ПВОО).

К таким объектам относят нефтеперерабатывающие и лакокрасочные заводы, химические и мясомолочные предприятия, целлюлозно-бумажные и деревообрабатывающие комбинаты, склады нефтепродуктов, автомобильный, железнодорожный, морской и речной транспорт, осуществляющий транспортировку ПВОВ и доставку их к месту назначения, а также трубопроводы, по которым транспортируются ПВОВ (газ, нефть и др.).

К ПВОВ относят: химические элементы (фосфор, кислород, хлор, бром, и др.), химические соединения, содержащие порох, термит, целлулоид, различные виды топлива (бензин, бутан, пропан) и лакокрасочные материалы.

**Пожар** – неконтролируемый процесс горения, сопровождающийся уничтожением ценностей, наносящий ущерб окружающей среде и создающий опасность для жизни и здоровья людей. Различают 3 вида пожаров (табл. 13).

Причинами техногенных пожаров и взрывов являются поломка оборудования, нарушения технологической дисциплины работающим персоналом, неисправность электропроводки, ветхость зданий, а их следствиями – повреждения производственных и жилых помещений, техники и оборудования, утечка высокотоксичных веществ (ОХВ, РВ, БС) и их распространение, разнообразные поражения людей и их гибель, изменение химического состава атмосферы.

Таблица 13

#### Классификация пожаров

| Виды пожаров | Распределение пожаров по месту возникновения, их причины                                                                                                                               |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Техногенные  | На производстве, на транспорте, вызванные взрывами, возгоранием неисправной электропроводки, связанные с обрушением зданий и их конструкций или нарушением технологической дисциплины. |
| Природные    | Лесные, торфяные, ландшафтные и обусловленные стихийными бедствиями.                                                                                                                   |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Социально-бытовые | Происшедшие в быту (квартира, дом, дача), на отдыхе, в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения, учреждениях образования, культуры и других учреждениях, предприятиях по вине граждан, обусловленной их асоциальным поведением или пренебрежением мерами пожарной безопасности. |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Природные пожары чаще отмечаемые в весенне-летний, реже – в осенний и зимний периоды быстро распространяются, нередко, захватывая обширные площади, уничтожая лесное богатство, в ряде случаев, подступая к жилым и производственным территориям, создавая, при этом, зону стихийного бедствия. Причинами возникновения таких пожаров являются нарушения правил пожарной безопасности при пребывании людей в лесных массивах, удары молнии в стволы лесных деревьев, самовозгорание торфа и леса при засушливой и жаркой погоде. Природные пожары сложны для тушения и могут продолжаться неделями и месяцами.

Причинами социально-бытовых пожаров являются неправильная эксплуатация печного отопления, нарушение правил курения, пользования переносными обогревателями и бесконтрольное обращение детей с огнем. В эту группу включаются и умышленные поджоги сооружений жилого и социального назначения, поджоги личного имущества граждан, пожары в быту, в учреждениях и на предприятиях, причиной которых является асоциальное поведение людей, обусловленное, в ряде случаев, приёмом алкогольных напитков, наркотических средств или психической неполноценностью людей.

**Взрыв** – быстропротекающий процесс физических и химических превращений ряда веществ, сопровождающийся высвобождением большого количества энергии в ограниченном объёме с образованием и распространением ударной волны, создающей угрозу жизни и здоровью людей, наносящей ущерб народному хозяйству и окружающей среде.

Величина потерь населения от пожаров и взрывов зависит от их масштабов и мощности, характера и плотности застройки местности, огнестойкости зданий и сооружений, численности населения, пребывающего в очаге пожара или взрыва. Оказывают влияние на здоровье людей и метеоусловия (скорость ветра, наличие или отсутствие осадков и т.п.), время суток и оперативность реагирования на пожары специальных служб.

В результате воздействия поражающих факторов пожаров и взрывов возможны изолированные, сочетанные и комбинированные поражения: термические, механические и акустические травмы и ранения, отравления продуктами горения, радиационные и химические поражения, нервно-психические нарушения различной степени выраженности. При подходе лесных пожаров к населенным пунктам, вследствие воздействия высоких температур окружающего воздуха, сильного задымления и загазованности территорий у населения возможно возникновение перегревания организма лёгкой, средней и тяжёлой степени, вплоть до возникновения теплового удара и декомпенсации в системе терморегуляции организма. Наиболее подвержены этим процессам лица с аллергическими и соматическими заболеваниями.

Принципы оказания первой помощи пострадавшим при пожарах и взрывах идентичны таковым при других ЧС, но в числе особенностей необходимо предусмотреть:

- тщательный розыск пострадавших на задымленной территории и внутри горящих зданий, помещений, тушение у них горячей одежды, их вынос из очага пожара с последующим введением (дачей) анальгетиков, сердечных и дыхательных analeптиков, назначений ингаляций противодымной смеси или фицилина. К проведению таких мероприятий следует привлекать специалистов пожарно-спасательных формирований, обученных оказанию первой помощи;
- необходимость оказания первой помощи обожжённым, получившим отравления угарным газом, дымом и другими высокотоксичными веществами, образующимися при пожарах.

Первичная медико-санитарная помощь должна быть приближена к месту ЧС и оказана в максимально сжатые сроки. Её объём предусматривает и организацию медицинской эвакуации пострадавших в многопрофильные или специализированные ЛПУ, которые, по-возможности, должны быть усилены комбустиологическими бригадами, оснащены необходимыми лекарственными средствами и оборудованием.

При определении очередности эвакуации приоритет отдаётся детям и обожжённым с нарушением дыхания, вследствие ожога верхних дыхательных путей, или с сопутствующими повреждениями сосудов. Затем эвакуируются тяжело пострадавшие с обширными ожогами в положении лёжа на санитарном транспорте, а

легко пострадавшие – в положении сидя, в том числе и на общем транспорте (автобусы, крытые грузовые автомобили, железнодорожные вагоны, самолёты, вертолёт) с медицинским сопровождением.

В случае лесных и торфяных пожаров и их подступе к населённым пунктам, следует предусмотреть проведение экстренно-плановой эвакуации населения, организация которой возлагается на органы исполнительной власти территории, а медицинское обеспечение – на органы управления территориальным здравоохранением.

### 3.6. Медико-тактическая характеристика террористических актов

**Терроризм** – социальная ЧС с оттенками политического, военного, бытового и криминального характера являющаяся характерной особенностью современного мира и характеризуется:

- массовыми человеческими жертвами с различными видами травм, поражений и другими нарушениями здоровья у людей;
- возникновением страха, ужаса, паники и, как следствие, нарушением психического равновесия у значительных групп населения;
- разрушением и утратой материальных и культурных ценностей;
- провокациями ненависти в социальных, национальных и конфессиональных группах.

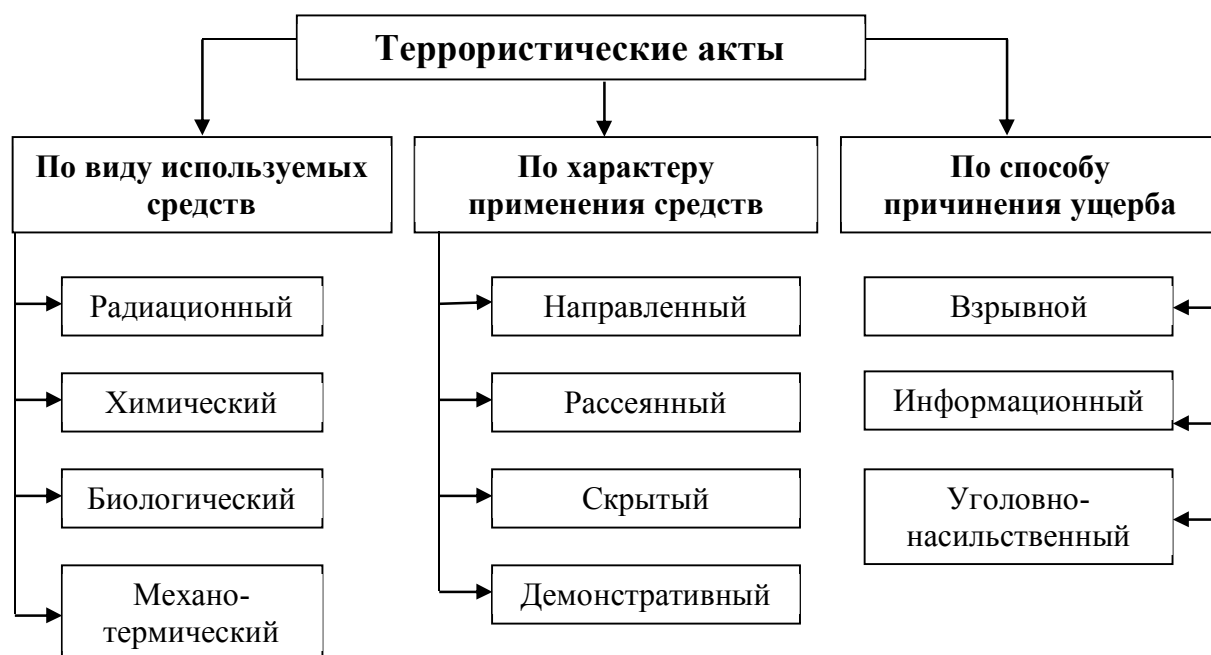
Терроризм, используя в своих преступных целях достижения науки и техники, превратился в глобальную мировую проблему, стал социально-опасным для мирового сообщества и способствует подрыву международной безопасности.

Тема терроризма в современном мире и в его информационном поле весьма актуальна, поскольку он угрожает обществу, а эффективного лекарства пока не разработано. К тенденциям, характеризующих террор относятся:

- расширение географии его распространения;
- увеличение финансирования террористов со стороны заказчиков;
- влияние политических, экономических, военных и иных факторов на распространение и усиление терроризма;
- использование терроризма для вмешательства в политику страны.

Террористические акты подразделяются на группы, признаками которых являются вид используемых средств для совершения терактов, характер их применения и способ причинения ущерба (рис. 10)

В зависимости от средств устрашения, избранных террористами, поражение людей вследствие теракта может быть достигнуто за счёт формирования в пространстве и во времени поражающих факторов: физических, химических, биологических, механических, термических, приводящих к возникновению у пострадавших изолированных, множественных, сочетанных и комбинированных повреждений.



**Рис. 10. Классификация террористических актов по виду используемых средств, характеру их применения и способу причинения ущерба**

По характеру применения террористических средств различают теракты направленные, рассеянные, скрытые и демонстративные. При направленном теракте страдают конкретный объект или физическое лицо, при рассеянном – жертвами становятся случайные люди. При скрытых терактах террористы не стремятся привлекать внимания общественности, прибегая к отравлениям и похищениям людей, а при демонстративных – придают максимальный общественно-политический резонанс путём осуществления взрывов, расстрела отдельных личностей или группы людей с целью посеять страх, ужас и панику среди населения.

Наиболее распространёнными по числу жертв, масштабам социально-экономического ущерба являются теракты взрывного и уголовно-насильственного характера. На них приходится до 95% всех случаев терроризма; при этом 50% - это подрыв автомобилей, снаряжённых взрывчатыми веществами.

Широка палитра целей и способов осуществления террористических актов, которые в совокупности определяют их масштабы (табл. 14).

Таким образом, целями терактов являются физическое устранение отдельных лиц (политические деятели, бизнесмены, конкуренты и т.п.) и провоцирование военного конфликта или изменение политического строя. Для их осуществления могут быть использованы огнестрельное и холодное оружие, а также применены средства массового поражения населения.

**Масштабы террористических актов  
в зависимости от целей и способов их осуществления**

| <b>Цели теракта</b>                                                                  | <b>Способы осуществления теракта</b>              | <b>Масштаб теракта</b>                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Физическое устранение оппонентов                                                     | Применение огнестрельного оружия                  | Преступление против личности                                                                              |
| Устрашение населения                                                                 | Организация взрывов, поджогов и т.п.              | Большое число жертв и массовое количество пострадавших среди населения. Значительные материальные потери. |
| Осложнение межнациональных и межконфессиональных отношений                           | Организация промышленных и транспортных катастроф |                                                                                                           |
| Дестабилизация деятельности государственной власти и нанесение экономического ущерба | Применение средств массового поражения            | Нанесение урона (экономического, политического, нравственного) стране или её субъектам.                   |
| Изменение политического строя                                                        | Информационно-психологическое воздействие         | Значительная часть территории государства                                                                 |

Вариабельны и масштабы последствий террористических актов – от отдельных личностей до значительного числа людских жертв, огромных материальных потерь и возникновения экологических катастроф.

Особенностями терактов, оказывающими влияние на организацию оказания медицинской помощи пострадавшим, являются:

- их непредсказуемость, внезапность и жестокость;
- одномоментное возникновение значительного числа пострадавших, требующих экстренной медицинской помощи;
- наличие среди пострадавших различных групп населения (мужчины, женщины, дети) с различными видами травм и психопатологическими реакциями;
- необходимость участия в оказании медицинской помощи пострадавшим врачей-специалистов с использованием ими специальной медицинской техники;
- зависимость организационно-тактических принципов оказания медицинской помощи пострадавшим от вида применённых средств.

По месту исполнения теракты возможны на открытой местности, в закрытом помещении и на транспорте. Соотношение погибших к раненым на открытой местности составляет 1:10, а в замкнутом пространстве – 1:5.

Анализ совершённых террористических актов за последние десятилетия позволяет заключить, что безвозвратные потери населения в них составляли 10-25%. Основными причинами летальных исходов в 25% случаев являлись проникающие ранения груди с повреждением лёгких (41%), крупных сосудов (18%) и сердца (14%). У 26% погибших имели место проникающие ранения живота и у 49% - черепно-мозговые повреждения.

Из числа пострадавших, доставленных из очага теракта в стационар, 87% имели лёгкие, 3% - средние и 10% - тяжёлые травмы; при этом до 25% пострадавших нуждалась в стационарном лечении, а 10% – в интенсивной терапии. Среди госпитализированных тяжёлые травмы зарегистрированы у 19%, средней степени – у 9% и лёгкие – у 72% пострадавших.

При терактах, совершённых в закрытых помещениях, у пострадавших преобладали ранения мягких тканей (53,8%), ожоги (41,4%), разрывы барабанной перепонки (36,5%), переломы костей (34,6%), повреждения органов зрения (12,5%) и ушибы лёгких (4,8%). У 33-35% пострадавших отмечались сочетанные травмы. При терактах, произведённых на открытой местности, выявлена иная структура повреждений: конечности – 39,6%, голова, шея – 19,3%, акустическая и психическая травма – по 16,3%, грудь – 6,5%, живот – 4,7%, спина и ожоги – по 4,0%.

Любое явление терроризма – это сильнейший стресс и глубокая психическая травма, имеющая различные клинические проявления: повышенное нервное напряжение, тревожность, страх, скованность, депрессия и астения, обострение эндогенных психических заболеваний. К факторам психотравмирующего характера при терактах следует отнести:

- отсутствие, в ряде случаев, достоверной информации о свершившемся теракте и сложившейся после него ситуации;
- состояние горя, безысходности и неадекватности в поведении лиц, потерявших родных и близких;
- состояние тревоги у лиц, чьи родные и близкие оказались в числе заложников у террористов;
- терроризация сознания людей, оказавшихся в заложниках, их незащищённость и уязвимость от жестоких действий террористов.



Следует отметить, что в терактах, повреждения получают профессиональные спасатели и лица, привлекаемые к спасательным работам (строители, механизаторы, пожарные, курсанты военных училищ и т.п.). Они, работая в пыли в дыму, разбирая завалы, туша пожары и руководствуясь правилом – быстрее прийти на помощь пострадавшим, нередко, сами получают травмы и повреждения, из которых преобладают конъюнктивиты, ларингиты и поверхностные повреждения кожных покровов. Возможны механические травмы, отравления и стрессовые реакции.

При организации оказания медицинской помощи пострадавшим в терактах, прежде всего, необходимо обеспечить общее руководство лечебно-эвакуационным процессом. Исходя из массового характера безвозвратных и санитарных потерь населения и огромного общественного резонанса терактов, руководство этим процессом является обязанностью первых руководителей здравоохранения территории, на которой возник теракт, с привлечением в качестве консультантов специалистов по тому или иному виду патологии, развивающейся у пострадавших или способной у них развиваться. Такое взаимодействие позволит принимать оптимально правильные управленческие решения по медицинскому обеспечению пострадавших в сложившейся, а порой, и быстро изменяющейся обстановке.

Опираясь на существующую систему лечебно-эвакуационного обеспечения, в основу организации оказания медицинской помощи пострадавшим при терактах следует положить следующие принципы:

1. В зону теракта сразу же направляются оперативная группа и бригада экстренного реагирования ЦМК, а также бригады ССкМП. При необходимости, задействуются другие формирования службы медицины катастроф, находящиеся в готовности (ВСБ, БСМП, в том числе психолого-психиатрического профиля), комплектуемые и оснащаемые в ЛПУ территории.

Оперативная группа ЦМК осуществляет координацию действий привлечённых сил и средств СМК для работы в зоне ЧС и организацию их взаимодействия со спасательными формированиями других ведомств. Свои задачи формирования СМК обязаны выполнять на безопасных расстояниях (угроза повторных взрывов, обрушения зданий, возникновения осколочных полей), которое, в зависимости от ситуации, может быть от 100 до 1000 м.

2. После оказания пострадавшим адекватной медицинской помощи в зоне теракта или вблизи от неё, нуждающиеся в стационарном лечении эвакуируются медицинским или привлечённым транспортом в ближайшие ЛПУ для оказания специализированной медицинской помощи и проведения последующего лечения. В ряде случаев (значительная удалённость ЛПУ от места террора, захват террористами ЛПУ) вблизи зоны теракта развёртывается мобильный модульный госпиталь ЦМК или для медицинских целей используется привлечение общественных зданий. Пострадавшие с тяжёлыми травмами, ранениями и заболеваниями, находящиеся в транспортабельном состоянии, могут быть эвакуированы транспортными средствами в специализированные ЛПУ, как субъекта РФ, так и, при необходимости, в ЛПУ федерального значения. С этой целью, в этих медицинских организациях осуществляется экстренный сбор персонала, свободного от работы, высвобождаются, при необходимости, оперативные койки, согласно заданию и используется медицинское имущество резерва.

3. На федеральном уровне при ВЦМК «Защита» в постоянной готовности к убытию в зону теракта находятся оперативная группа штаба ВСМК, консультанты, полевой многопрофильный госпиталь, бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) различного предназначения, резерв медикаментов и медицинского имущества.

Проведение аварийно-спасательных работ в районах крупных терактов с массовой гибелью людей высвечивает проблему организации работы судебно-медицинских экспертов по идентификации трупов и частей тел, расчленённых в момент взрыва или изуродованных при разрушении зданий. Для этого в зоне спасательных работ развёртывается площадка для сбора трупов, где работает бригада судебно-медицинских экспертов с представителями прокуратуры, к которой обеспечивается свободный подъезд машин для перевозки трупов. Здесь же предусматривается развёртывание палатки для размещения медицинского имущества и носилок. Полный комплекс мероприятий по идентификации погибших с вынесением заключения осуществляется в бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ).

Если больница оказалась захваченной террористами, медицинский персонал должен быть подготовлен к таким инцидентам заранее, знать, уметь и применять на

практике рекомендации по поведению заложников. Общими правилами в этих случаях являются:

- находясь внутри помещения, старайтесь расположиться возле капитальных стен здания ближе к окнам и выходам;
- не выделяйтесь своим поведением и внешним видом: не кричите, не требуйте ничего у террористов, не делайте резких движений;
- выполняйте все команды террористов, совершайте только разрешенные ими действия и не смотрите на них в упор;
- психологический настрой должен быть на спасение и понимание того, что помощь придёт обязательно;
- при начале активных действий (штурм здания, самолета, вагона и т.п.) необходимо лечь на пол и закрыть голову руками;
- при явной угрозе гибели следует предпринять всё возможное для спасения (бегство, прыжок из окна, нанесение поражающего повреждения террористу, завладение его оружием и т.п.).

Таким образом, терроризм на современном этапе развития человечества многолик по идеологии и мотивации, целям и способам осуществления, по масштабам своих последствий. Он превратился в мировую проблему, для эффективной борьбы с которой требуются усилия всего мирового сообщества, а также координация действий на национальном и глобальном уровнях.

### **3.7. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций биолого-социального характера**

В XXI веке эпидемиологическая обстановка в мире и России сохраняет негативную тенденцию. Этому способствуют расширение международной торговли и туристической деятельности, продолжающиеся на планете войны и вооруженные конфликты, социальная напряжённость, активизация миграции населения, в том числе из неблагополучных в эпидемиологическом отношении государств и его размещение в условиях, не соответствующих санитарно-гигиеническим нормам. Определённое значение имеет наличие природных очагов особо-опасных инфекций (ООИ). Эти процессы являются причиной возникновения опасных инфекционных болезней среди людей, животных и растений, а значит и условием возникновения биолого-социальных чрезвычайных ситуаций (БСЧС).

**Биолого-социальная ЧС** – обстановка на определенной территории, при которой среди значительного числа людей (животных, растений) развивается опасная инфекционная болезнь или вспышечная заболеваемость, связанная между собой по виду возбудителя и механизму его распространения. Одновременно на территории развития БСЧС возникает эпидемиологическое неблагополучие, нарушаются нормальные условия жизнедеятельности людей и созревают условия, угрожающие их здоровью и жизни.

**Источниками биосоциальных ЧС** являются:

- случайный или аварийный производственный выброс (разлив, россыпь) биологических средств (БС), в том числе и боевого предназначения;
- мотивированное боевое, диверсионное или террористическое применение БС.
- больной человек (животное, растение), имеющие инфекционное заболевание, способное передаваться от одного к другому или человек, являющийся носителем такого заболевания без клинических проявлений;
- санитарно-эпидемиологическое неблагополучие территории, возникшее вследствие природных или техногенных катастроф с большим числом погибших и масштабными коммунально-техническими проблемами;

**Факторами**, способными привести к возникновению и распространению биолого-социальных ЧС являются:

- наличие природных очагов ООИ;
- разрушение коммунально-технических и энергетических систем;
- дезорганизация социальных структур жизнеобеспечения населения;
- некачественные вода и продукты питания;
- снижение иммунитета у людей;
- несоблюдение людьми правил гигиенического поведения.

В ликвидации биолого-социальных ЧС особая роль отводится:

- лечебной сети, осуществляющей комплекс лечебно-диагностических мероприятий среди пострадавших;
- учреждениям Роспотребнадзора, организующим, осуществляющим и контролирующим проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в районе ЧС, в том числе экстренную неспецифическую и специфическую профилактику.

Своевременность и качество проведения экстренной профилактики определяется количеством прививочных бригад.

Расчёт прививочных бригад определяется по формуле:  $X = H / (A \times B)$ , где:

- X** – число прививочных бригад;
- H** – число лиц, подлежащих прививанию;
- A** – число лиц, прививаемых в течение часа;
- B** – время работы прививочной бригады.

Важными направлениями деятельности специалистов подсистемы санитарно-эпидемиологического надзора РСЧС при угрозе возникновения и факте развития биолого-социальной ЧС являются:

- организация и ведение санитарно-эпидемиологической разведки;
- организация и осуществление контроля за правилами поведения заболевших, контактных и лиц, работающих в очаге БСЧС;
- осуществление мероприятий по локализации, изоляции и ликвидации очага биолого-социальной ЧС;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи формированиям и учреждениям СМК, участвующим в мероприятиях по ликвидации последствий эпидемического очага;

- выработка предложений по оптимальному режиму работы объектов экономики и социальной сферы, оказавшихся в очаге биолого-социальной ЧС и в непосредственной близости от него.

В целях предупреждения распространения инфекционных заболеваний при возникновении эпидемических очагов осуществляется проведение режимно-ограничительных и режимно-изоляционных мероприятий в виде обсервации или карантина.

**Обсервация** – комплекс режимно-ограничительных мероприятий, предусматривающих усиление медицинского наблюдения за людьми, ограничение их перемещения, проведение лабораторных исследований и мероприятий по профилактической дезинфекции. При обсервации ограничиваются въезд и транзитный проезд через район биолого-социальной ЧС, контакты между людьми, вводятся и выполняются особые правила поведения в очаге и районе ЧС.

**Карантин** – система организационных, лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий, предусматривающих введение комплексных режимно-ограничительных и режимно-изоляционных мер, направленных на предупреждение распространения, локализацию, изоляцию и ликвидацию эпидемического очага. Карантин вводится при появлении больных ООИ или при возникновении групповых инфекционных заболеваний с их нарастанием в короткие сроки. Режим предполагает полную изоляцию очага, масштабную дезинфекцию территории, прекращение функционирования рынков и запрет на проведение культурно-массовых мероприятий.

Изоляцию карантинизированного очага организуют органы исполнительной власти по решению КЧС и ОПБ территории во взаимодействии с правоохранительными структурами, путём выставления, при необходимости, вооружённой охраны по периметру зоны карантина.

На магистральных путях сообщения, аэропортах, железнодорожных, автомобильных, морских и речных вокзалах карантинной зоны создаются контрольно-пропускные пункты (КПП) с входящими в их состав санитарно-контрольными пунктами (СКП), ветеринарно-контрольными пунктами (ВКП) и приёмно-передаточными пунктами (ППП), задачей которых является осуществление

контроля пропускного режима, соответствующего противоэпидемическим требованиям.

Санитарно-контрольный пункт возглавляется врачом, а на его медицинский персонал возлагаются следующие задачи:

- проверка у лиц, убывающих из зоны карантина, документов о прохождении обсервации;
- проверка у лиц, въезжающих в зону карантина, документов о проведении экстренной профилактики;
- медицинское наблюдение за личным составом КПП, выявление среди них подозрительных на наличие признаков заболевания или заболевших с целью принятия организационно-медицинского решения вплоть до их изоляции, при необходимости;
- осуществление надзора за санитарным состоянием зоны карантина.

Выезд (выход) людей из зоны карантина разрешается только после прохождения обсервации и полной санитарной обработки с предъявлением соответствующих документов, а вывоз грузов – при наличии документов, выданных органами санитарного надзора.

В зону карантина беспрепятственно допускается личный состав спасательных формирований (в том числе медицинских), направленный для проведения мероприятий по ликвидации последствий эпидемического очага, а также население, зарегистрированное и постоянно проживающее на данной территории, но выезжавшее из неё до установления режима карантина. При въезде в зону карантина этим категориям лиц проводится экстренная специфическая профилактика.

При проведении режимно-ограничительных и режимно-изоляционных мероприятий в полную готовность приводятся:

- группы надзора за эпидемически-значимыми объектами: объекты водопользования и канализации, торговли и питания, дошкольные и школьные учреждения, предприятия коммунально-бытового обслуживания и места временного расселения лиц, вовлеченных в очаг биолого-социальной чрезвычайной ситуации;
- мобильные и стационарные санитарно-обмывочные пункты для проведения полной санитарной обработки населения, а также станции

обеззараживания одежды, обуви, другого имущества и оборудования, с которыми контактирует человек;

- формирования коммунально-технических служб для обеззараживания территории и объектов внешней среды;
- транспортные средства, специальная техника и средства связи;
- подразделения и части Росгвардии МВД, внутренних войск МВД, МО и МЧС России;
- вся сеть медицинских организаций в районе ЧС с созданием запасов средств экстренной профилактики, с готовностью, при необходимости, к доразвёртыванию и/или перепрофилированию коечного фонда для последующего функционирования и решения задач по предназначению в условиях обсервации и карантина.

### 3.8. Чрезвычайные ситуации природного характера

Природные ЧС, исходя из сущности и характера базовых явлений и процессов, лежащих в основе их развития, подразделяются на следующие виды (табл. 15).

Таблица 15

#### Классификация природных катастроф (стихийных бедствий)

| Вид природных ЧС                            | Опасные явления                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Геофизические                               | Землетрясения, извержения вулканов.                                                                                                                                                                      |
| Геологическая                               | Оползни, обвалы, сели, склоновый смыв, пыльные бури.                                                                                                                                                     |
| Метеорологические<br>гидрометеорологические | Буря (9-11 баллов), ураганы (12-15 баллов), смерчи, шквалы; сильный снегопад, метель, крупный град, гололед, мороз, заморозки; сильный туман; сильный дождь (ливень), сильная жара, засуха.              |
| Гидрологические                             | Наводнение, половодье, высокие уровни воды, дождевые паводки, заторы и зажоры, ветровые нагоны воды.                                                                                                     |
| Морские гидрологические                     | Тропические циклоны (тайфуны), цунами, сильное волнение (5 баллов и больше); ранний ледяной покров или припай, интенсивный дрейф льдов, труднопроходимый лёд, отрыв прибрежных льдов; обледенение судов. |
| Гидрогеологические                          | Высокие или низкие уровни грунтовых вод.                                                                                                                                                                 |
| Природные пожары                            | Лесные, торфяные пожары, подземные пожары горючих ископаемых.                                                                                                                                            |
| Космогенные                                 | Магнитные бури, столкновение Земли с метеоритами, кометами, астероидами.                                                                                                                                 |



### 3.8.1. Медико-тактическая характеристика наводнений

В России более 5 млн. рек, морей, озер, болот и других водоёмов. Ежегодно в той или иной её части наблюдаются наводнения, при которых выявляются безвозвратные и санитарные потери среди населения, регистрируются материальный и экономический ущербы. По данным МЧС России, угроза наводнений реальна для почти 800 городов и нескольким тысяч сельских населенных пунктов. Ежегодный ущерб от наводнений оценивается десятками и сотнями миллиардов рублей.

**Наводнение** – временное затопление местности водой, вышедшей из берегов в результате подъёма её уровня в различных водных бассейнах.

**Причинами** наводнений являются сезонное таяние снегов и ледников, ледовые заторы и зажоры на реках, нагонные ветры на морских побережьях и в устьях рек, выпадающих в море, проливные дожди, подводные землетрясения и извержения вулканов, разрушения гидротехнических сооружений, вследствие аварий и свершения террористических актов на них.

Медико-санитарные последствия от наводнений определяются степенью внезапности их развития, скоростью движения воды, рельефом местности, площадью затопления, временем суток, температурой воды и воздуха, численностью и плотностью населения, проживающего в зоне наводнения, своевременностью его оповещения и готовностью аварийно-спасательных служб к действиям в этих условиях.

В зоне наводнений выделяют **территорию катастрофического затопления**, на которой произошла гибель людей и животных, повреждены или уничтожены материальные ценности и нанесен ущерб природной среде. По протяжённости, скорости течения и времени прохождения водной волны эта территория подразделяется на 4 зоны (табл. 16), характеризующиеся величиной потерь среди населения в зависимости от периода суток.

При возникновении наводнений в структуре потерь среди населения на затопленных территориях, возможны утопления, переохлаждения, ознобления, острые нарушения дыхательной и сердечнососудистой деятельности, психоневрологические расстройства и различные виды механических и термических травм.

Механические травмы являются следствием непосредственного динамического гидровоздействия, травмирующего действия обломков зданий и сооружений, разрушаемых водой, а также действием различных предметов, вовлечённых в движение водной волной.

В среднем общие потери населения при катастрофических затоплениях составляют от 20% днём до 35% ночью, в том числе безвозвратные – 15 и 30% и санитарные – 85 и 70%, соответственно. В холодное время года величина общих потерь может увеличиваться на 10-20%.

Таблица 16

**Размеры потерь по зонам катастрофического затопления**

| Зоны катастрофического затопления                                                                                          | Потери от численности населения, % |       |               |       |            |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|---------------|-------|------------|-------|
|                                                                                                                            | Общие                              |       | в том числе:  |       |            |       |
|                                                                                                                            |                                    |       | безвозвратные |       | санитарные |       |
|                                                                                                                            | днем                               | ночью | днем          | ночью | днем       | ночью |
| <b>Первая:</b><br>протяжённость – 6-12 км;<br>скорость течения – 30 км/час<br>время прохождения волны – 30 мин.            | 60                                 | 90    | 40            | 75    | 60         | 25    |
| <b>Вторая:</b><br>протяжённость – 15-25 км;<br>скорость течения – 15-20 км/ч<br>время прохождения волны – 50-60 мин.       | 13                                 | 25    | 10            | 20    | 90         | 80    |
| <b>Третья:</b><br>протяжённость – 30-50 км;<br>скорость течения – 10-15 км/ч<br>время прохождения волны – 2-3 часа.        | 5                                  | 15    | 7             | 15    | 93         | 85    |
| <b>Четвертая:</b><br>протяжённость – 35-70 км;<br>скорость течения – 5-10 км/ч<br>время прохождения волны – более 3 часов. | 2                                  | 10    | 5             | 10    | 95         | 90    |

Деление затоплений на зоны позволяет аварийно-спасательным формированиям (АСФ) лучше ориентироваться в сложившейся обстановке, повышает качество и эффективность использования сил и средств СМК для оказания медицинской помощи пострадавшим при наводнениях.

В первые минуты и часы развития наводнений ликвидация их последствий осуществляется местным населением и нештатными объектовыми АСФ. Учитывая, что уровень их подготовки и оснащения не всегда высок и хорош, работы, как правило, выполняются хаотично и направлены на розыск, спасение пострадавших людей, на укрепление (возведение) простейших защитных гидротехнических сооружений и перемещение личного имущества на более высокие места.

При прибытии на место ЧС профессиональных спасателей и проведении ими планомерных спасательных мероприятий, в зависимости от обстановки, используются различные виды плавучих средств (надувные лодки, катера, амфибии, плавающие транспортеры и т.п.) и вертолёты.

Оказание помощи пострадавшему населению включает проведение мероприятий по извлечению его из воды, доставку на берег или на спасательные суда. Последние, как правило, усиливаются медицинским персоналом, обученным методам реанимации и проведения противошоковых мероприятий.

На берегу следует развёртывать временные пункты сбора извлечённых из воды с созданием в их составе медицинских бригад. На этих пунктах пострадавшие обогреваются, по возможности, переодеваются в сухую одежду, получают питание и готовятся к эвакуации в места расселения, а при необходимости – в ближайшие ЛПУ. Организуют развёртывание пунктов сбора и их оснащение необходимым имуществом органы исполнительной власти территории.

При оказании медицинской помощи пострадавшим следует учитывать, что определённая их часть, пребывая длительное время в воде, обессилена, переохлаждена, эмоционально истощена, лишилась крова, питьевой воды и продуктов питания, а значит, пребывает не только в неблагоприятных метеоусловиях, но и в условиях постоянно ухудшающейся санитарно-эпидемиологической обстановки. В результате вслед за развитием наводнения у людей возрастает угроза возникновения простудных заболеваний, вспышечной инфекционной заболеваемости в виде дизентерии, дисбактериоза, иных кишечных болезней и повышается уровень воспалительных процессов во внутренних органах (лёгкие, печень, почки). Следовательно, районы наводнения должны подвергнуться полномасштабному санитарно-эпидемиологическому надзору и контролю, а их жители – находиться под пристальным медицинским наблюдением.

В преддверии весеннего паводка рек на потенциально затапливаемых территориях органам управления здравоохранения субъектов РФ необходимо провести комплекс превентивных мер для снижения безвозвратных и санитарных потерь среди населения. В их числе следует рекомендовать:

- временное отселение местных жителей (особенно детей и инвалидов, беременных женщин, хронических больных) на не затапливаемые территории с размещением их по принципу интерната или в стационарных медицинских организациях;
- обеспечение ФАПов, амбулаторий и близрасположенных ЛПУ медицинским имуществом и продуктами питания;
- предусмотреть порядок медицинского обеспечения пострадавших, заболевших (в том числе в период выходных и праздничных дней) на случай возникновения ЧС, обусловленных весенним паводком;
- проверку действенности схемы оповещения персонала медицинских организаций.
- проведение инструктажа с дежурным персоналом медицинских организаций, обратив при этом особое внимание на:
  - а) знание алгоритма действий при возникновении наводнений и появлении, при этом, значительного числа пострадавших, заболевших;
  - б) организацию, порядок, пути и способы медицинской эвакуации больных и населения с затапливаемых территорий;
  - в) организацию взаимодействия здравоохранения с экстренными оперативными и аварийно-спасательными службами и формированиями территории (пожарные, полиция, спасатели, коммунальные службы и др.).

### 3.8.2. Медико-тактическая характеристика землетрясений

**Землетрясение** – колебания земной поверхности вследствие возникающих подземных толчков из-за внезапных смещений и разрывов в земной коре, передающихся на большие расстояния.

Доля землетрясений среди всех ЧС составляют 8%. В России до 20% её территории входит в сейсмоопасную зону с интенсивностью 7 баллов (Северный Кавказ, Крым), а около 5% – в чрезвычайно опасные 8-9 бальные зоны (Курилы, Камчатка, Сахалин, Якутия, Прибайкалье), в которых проживает до 20 млн. человек.

Землетрясения сопровождаются значительными человеческими жертвами, массовыми санитарными потерями, нанесением серьёзного материального ущерба окружающей среде, нарушением условий жизнедеятельности людей и функционирования медицинских организаций на пострадавшей территории.

Величина людских потерь при землетрясениях зависит от:

- силы, площади и скорости развития, этого стихийного бедствия;
- плотности проживающего (пребывающего) в его зоне населения;
- вида застройки местности, степени и вида разрушения зданий;
- периода суток и времени года;
- присоединения вторичных очагов поражения;
- своевременности и качества проведения спасательных работ в зоне ЧС,

в том числе и по оказанию первой и различных видов медицинской помощи пострадавшим.

Количество пострадавших при 8-бальном землетрясении может достигать 40-50% от численности населения, а количество погибших – до половины от числа пострадавших. Величина потерь населения при ряде землетрясений показана в табл. 17.

Таблица 17

#### Потери населения при землетрясениях

| Регион землетрясения | Год  | Потери населения |            |
|----------------------|------|------------------|------------|
|                      |      | безвозвратные    | санитарные |
| Италия               | 1980 | 2614             | 8800       |
| Армения              | 1988 | 25000            | 31000      |
| Иран                 | 1990 | 50000            | 200000     |

|         |      |       |              |
|---------|------|-------|--------------|
| Сахалин | 1995 | 1958  | 510          |
| Китай   | 2008 | 72500 | около 4 млн. |

Большинство пострадавших при землетрясениях получают различные травматические повреждения, нередко, сочетанные и комбинированные. Определенную лепту в это вносят разрушение радиационно- и химически-опасных объектов, объектов газонефтяной и микробиологической промышленности. Анализ причин травм при землетрясениях показал, что в 45% случаев они были получены в результате обрушения зданий и их конструкций, а в 55% – от неправильного поведения и необоснованных действий самих пострадавших, обусловленных паникой и страхом.

У большого числа людей в результате землетрясений отмечаются острые реактивные состояния с длительностью до нескольких дней и даже месяцев, психические расстройства, гипертонический криз, стенокардия, инфаркт миокарда и другие заболевания. Это обуславливает необходимость широкого применения седативных, сердечных и других медицинских средств по неотложным показаниям для значительного числа пострадавших.

Осложняют медико-тактическую обстановку в очаге землетрясений безвозвратные и санитарные потери среди медицинского персонала, разрушение ЛПУ и дезорганизация функционирования здравоохранения на пострадавшей территории. Это определяет необходимость экстренного привлечения сил и средств СМК из соседних районов (городов) для оказания медицинской помощи пострадавшим в землетрясении, выработки у персонала формирований Службы способности немедленного реагирования и выдвигения в район ЧС с полным оснащением.

При проведении спасательных работ в очаге землетрясения выделяют 3 фазы: изоляции – 3-5 часов, спасения – до 5 суток, восстановления – 2 и более месяцев.

**В период изоляции** первая помощь, имеющая решающее значение для спасения жизни пострадавших, оказывается в порядке само- и взаимопомощи.

**В период спасения** силами АСФ, как сохранившихся местных, так и прибывших извне, проводится поиск и извлечение пострадавших из-под завалов,

оказание им первой помощи с учётом воздействия поражающих факторов и доставка пострадавших на пункты сбора.

Эвакуация пострадавших с пунктов сбора, оказание им первичной медико-санитарной помощи осуществляется мобильными бригадами СМК, прибывшими с территорий, не затронутых очагом землетрясения или с территорий соседних субъектов РФ. Для этого вблизи очага ЧС развёртываются формирования СМК силами субъектового и ведомственного здравоохранения, а в ряде случаев, и соседних государств. Одним из требований, предъявляемых к этим формированиям, является их полная автономность функционирования, достаточность в медицинском, санитарно-хозяйственном имуществе, технике, энерго-, водоснабжении и в обеспеченности продуктами питания.

При создании в зоне землетрясения группировки сил и средств СМК необходимо ориентироваться на количество пострадавшего населения и эффективный срок оказания им первичной медико-санитарной помощи (3-6 часов) с момента получения травмы. Превышение этого срока приводит к увеличению летальности пострадавших в 2 раза.

Оказание пострадавшим при землетрясениях специализированной, в том числе и высокотехнологичной медицинской помощи, а также последующее их лечение осуществляется в ЛПУ, функционирующими за пределами зоны ЧС. Для медицинской эвакуации пострадавших в ЛПУ необходимо привлечение всех видов транспорта, медицинское сопровождение пострадавших и транспортная доступность (расчётка магистральных маршрутов, готовность аэропортов и парка транспортных средств).

**В период восстановления** осуществляется комплекс медико-реабилитационных мероприятий, направленный на восстановление утраченных функций у пострадавших. Он проводится с привлечением сети стационарных, амбулаторно-поликлинических, санаторно-курортных учреждений, а при необходимости, и протезно-ортопедических предприятий.

### **3.9. Структура травм (поражений), нарушений здоровья и их исходов у пострадавших в чрезвычайных ситуациях (классификация)**

Виды травматических повреждений (поражений) и нарушений здоровья у пострадавших в различных видах ЧС представлены в нами разработанной Медико-тактической классификации травм (поражений), нарушений здоровья и их исходов у пострадавших в ЧС (табл. 18).

Таблица 18

**Медико-тактическая классификация травм (поражений), нарушений здоровья и их исходов у пострадавших в чрезвычайных ситуациях**

| Позиция                                                            | Виды и характер повреждения (поражения), нарушения здоровья и их последствия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. По виду травм и нарушению здоровья                              | <p>1.1. Механические травмы (изолированные, множественные, сочетанные).</p> <p>1.2. Криминальные травмы (изолированные, множественные, сочетанные).</p> <p>1.3. Термические травмы.</p> <p>1.4. Радиационные травмы, поражения.</p> <p>1.5. Химические травмы, поражения.</p> <p>1.6. Биологические травмы, поражения (бактериальные заболевания).</p> <p>1.7. Психоневрологические нарушения.</p> <p>1.8. Изолированные травмы.</p> <p>1.9. Множественные травмы.</p> <p>1.10. Сочетанные травмы.</p> <p>1.11. Комбинированные травмы.</p> <p>1.12. Нарушения соматического здоровья.</p> <p>1.13. Социальные травмы и нарушения здоровья вследствие социально-политических, социально-экономических и социально-нравственных инцидентов (митинги, шествия, демонстрации и возникающие при этом беспорядки).</p> |
| 2. По механизму и причине возникновения травм и нарушений здоровья | <p>2.1. Механические и криминальные травмы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ссадины, ушибы, контузии, растяжения и разрывы связок, переломы различных видов;</li> <li>- ножевые и огнестрельные ранения мягких тканей, лица, шеи, конечностей, туловища (непроникающие и проникающие во внутренние полости);</li> <li>- черепно-мозговые травмы (закрытые – сотрясения головного мозга; открытые – с повреждением черепной коробки);</li> <li>- ушибы и разрывы спинного мозга;</li> <li>- синдром длительного раздавливания;</li> <li>- отрывы частей тела;</li> <li>- повреждения и разрывы внутренних органов;</li> <li>- повреждения органа зрения;</li> <li>- повреждения ЛОР-органов;</li> <li>- психо-эмоциональные и шоковые состояния.</li> </ul>                                           |



|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>2.2. Термические травмы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- действие высокой температуры – тепловая усталость, тепловой обморок, тепловое истощение, перегревание (гипертермия), ожоги, тепловой дерматит;</li> <li>- действие низкой температуры – ознобление; переохлаждение (гипотермия), отморожение, холодовой нейроваскулит.</li> </ul> <p>2.3. Радиационные травмы, поражения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лучевая реакция, местные лучевые поражения (дерматит, ожоги, катаракта, эпиляция);</li> <li>- лучевая болезнь (острая и хроническая);</li> <li>- стохастические эффекты, оцениваемые по параметру риска развития злокачественных новообразований, болезней крови, сокращения продолжительности жизни;</li> <li>- тератогенное действие (выкидыши при беременности, смерть новорожденного, умственная отсталость, физические недостатки и уродства у детей, родившихся от людей, облученных РВ, в том числе облученных в перинатальный период);</li> <li>- в отдаленном периоде – лейкозы, опухоли, генные мутации, хромосомные aberrации.</li> </ul> <p>2.4. Химические травмы, поражения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- поражения ОХВ различных токсикологических групп и классов опасности;</li> <li>- групповые (массовые) отравления окисью углерода, выхлопными газами, метаном и другими химическими веществами;</li> <li>- отравления алкоголем и его суррогатами;</li> <li>- отравления медикаментами;</li> <li>- при длительном (производственном) воздействии субтоксических концентраций химических веществ (аммиак, хлор, ртуть и др.) в отдаленном периоде могут быть субатрофические изменения дыхательных путей, пищеварительного тракта, гепато-, нефро- и нейротоксические синдромы, дерматиты, генные мутации, тератогенное действие.</li> </ul> <p>2.5. Биологические травмы, поражения (бактериальные заболевания):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вспышечные инфекционные заболевания – пищевые токсикоинфекции (ОКИ, дизентерия, сальмонеллез, псевдотуберкулез и др.);</li> <li>- вирусные инфекции (корь, менингит и др.);</li> <li>- особо опасные инфекции (холера, чума, сибирская язва, туляремия, натуральная оспа, вирус Эбола и др.);</li> <li>- поражение биологическим оружием (ботулотоксин, тетрадотоксин, сакситоксин и др.);</li> <li>- ЧС, осложняющие санитарно-эпидемиологическое состояние территории и соблюдение санитарно-</li> </ul> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>противоэпидемического режима в медицинских организациях (наводнения, землетрясения, крупные коммунально-технические аварии с длительными последствиями, вооруженные конфликты, масштабные диверсии, террористические акты, войны, и т.п.).</p> <p>2.6. Психоневрологические нарушения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ситуационные реакции;</li> <li>- реактивные состояния;</li> <li>- неврастении и неврозы;</li> <li>- психопатии и психозы;</li> <li>- посттравматический стрессовый синдром (ПТСС).</li> </ul> <p>2.7. Сочетанные травмы (воздействие одного поражающего фактора на различные анатомические области):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ушиб грудной клетки и перелом бедра;</li> <li>- торакоабдоминальное ранение;</li> <li>- отморожение кистей рук и стоп;</li> <li>- ожог лица, живота и бедер;</li> <li>- множественные ушибы лица с кровоподтеками и повреждения внутренних органов;</li> <li>- полиорганное химическое поражение одним химическим веществом (ртуть, бензин и иные нефтепродукты);</li> <li>- другие сочетания.</li> </ul> <p>2.8. Комбинированные травмы (воздействие разных поражающих факторов на человека) – требуют участия в лечении специалистов различного профиля:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- травма + ожог + радиационное воздействие;</li> <li>- травма + отморожение;</li> <li>- травма + поражение АОХВ;</li> <li>- травма + соматические + психические нарушения;</li> <li>- другие комбинации.</li> </ul> <p>2.9. Соматические нарушения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отклонения в деятельности кардиореспираторной, пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной систем и гуморальной регуляции;</li> <li>- изменения в кроветворении и в органах чувств;</li> <li>- гиповитаминозы, генетические и другие изменения.</li> </ul> <p>2.10. Социальные травмы и заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- травмы и поражения вследствие террористических актов;</li> <li>- травмы и заболевания вследствие геноцида, этнических чисток, насильственного обнищания населения, пребывания в концентрационных лагерях и лагерях смерти и т.п.;</li> <li>- травмы и поражения вследствие участия в несанкционированных митингах, шествиях, забастовках и</li> </ul> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                    | <p>при столкновениях на основе расовой, религиозной, национальной и иной неприязни;</p> <p>- заболевания, проявляющиеся в процессе вынужденных и объявленных голодовок.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>3. По характеру возникновения и нарушению здоровья</p>                                          | <p>3.1. Техногенные травмы, поражения, заболевания.</p> <p>3.2. Биолого-социальные поражения, заболевания.</p> <p>3.3. Социально-бытовые, в том числе криминальные травмы, поражения.</p> <p>3.4. Социально-политические травмы, заболевания.</p> <p>3.5. Социально-экономические травмы, заболевания.</p> <p>3.6. Социально-нравственные травмы, заболевания.</p> <p>3.7. Травмы, заболевания, обусловленные природными ЧС (ураган, смерч, цунами, наводнения, землетрясения, сели, сход лавин, извержения вулканов и др.)</p> <p>3.8. Нарушения здоровья от экологически-неблагоприятной среды обитания, возникающей при развитиях ЧС, обуславливающие:</p> <p>- превышение предельно-допустимых концентраций (ПДК) или предельно-допустимых доз (ПДД) химических, радиоактивных, биологических веществ в воздухе, воде, почве и иных средах, а также на объектах и оборудовании;</p> <p>- значительные материальные разрушения в окружающей человека среде, нарушения санитарно-эпидемиологического благополучия и экологического равновесия.</p> <p>3.9. Травмы, поражения и заболевания вследствие осуществления террористических актов.</p> <p>3.10. Травмы, поражения и заболевания при ведении военных действиях или вследствие этих действий.</p> |
| <p>4. По скорости развития травм, характеру течения заболеваний, виду осложнений и последствий</p> | <p>4.1. Острые травмы (заболевания).</p> <p>4.2. Подострые заболевания (нарушения).</p> <p>4.3. Хронические (вялотекущие) заболевания.</p> <p>4.4. Рецидивирующие заболевания.</p> <p>4.5. Ранние осложнения травм, заболеваний.</p> <p>4.6. Поздние осложнения травм, заболеваний.</p> <p>4.7. Отдалённые последствия.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>5. По степени тяжести травм, заболеваний и виду лечения</p>                                     | <p>5.1. Лёгкие травмы и поражения, требующие медицинской помощи на месте ЧС и/или последующего амбулаторного лечения.</p> <p>5.2. Травмы и поражения средней тяжести, требующие амбулаторного или стационарного лечения.</p> <p>5.3. Тяжёлые травмы и поражения, требующие экстренных медицинских мероприятий и обязательного стационарного лечения.</p> <p>5.4. Крайне тяжёлые травмы и поражения, требующие активных реанимационных мероприятий, при необходимости, осуществления хирургических,</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                   | <p>травматологических или иных видов стационарного лечения.</p> <p>5.5. Травмы и поражения, не совместимые с жизнью, требующие динамического медицинского сопровождения (проведения паллиативных мероприятий).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 6. ЧС по территориальному признаку                                | <p>6.1. Локальные (объектовые) ЧС – ЧС, свершившиеся на объекте экономики (ОЭ), при этом их поражающие факторы не выходят за его пределы.</p> <p>6.2. Муниципальные (местные) ЧС – ЧС, затрагивающие территорию одного муниципального образования субъекта РФ.</p> <p>6.3. Межмуниципальные ЧС – ЧС, поражающее действие которых распространилось на территорию 2-х соседних (пограничных) муниципальных образований.</p> <p>6.4. Региональные (субъектовые) ЧС – ЧС, поражающее действие которых распространилось на территорию нескольких муниципальных образований субъекта РФ, либо на всю его территорию.</p> <p>6.5. Межрегиональные (окружные) ЧС – ЧС, поражающее действие которых распространилось на два и более субъекта РФ в пределах одного административного округа.</p> <p>6.6. Федеральные ЧС – ЧС, затрагивающие интересы всей или значительной части РФ.</p> <p>6.7. Трансграничные ЧС – ЧС, затрагивающие интересы двух и более соседних государств.</p> |
| 7. ЧС по количеству пострадавших                                  | <p>7.1. Локальные ЧС – от 2 до 10 человек.</p> <p>7.2. Муниципальные и межмуниципальные ЧС – от 4 до 25 человек.</p> <p>7.3. Региональные ЧС – от 25 до 250 чел.</p> <p>7.4. Межрегиональные ЧС – от 250 до 500 человек.</p> <p>7.5. Федеральные ЧС – более 500 человек.</p> <p>7.6. Трансграничные ЧС – более 3-5 тыс. человек.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 8. По привлечению сил и средств СМК для ликвидации последствий ЧС | <p>8.1. Групповые травмы, поражения, заболевания, не требующие привлечения сил и средств СМК извне.</p> <p>8.2. Групповые (массовые) травмы, поражения, заболевания, требующие привлечения сил и средств СМК субъектового уровня, включая ведомственную структуру здравоохранения.</p> <p>8.3. Групповые (массовые) травмы, поражения, заболевания, требующие привлечения сил и средств СМК соседних субъектов РФ и/или сил и средств СМК федерального уровня.</p> <p>8.4. Групповые (массовые) травмы, поражения, заболевания, требующие привлечения сил и средств СМК других государств.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 9. По исходу травм, заболеваний                                   | <p>9.1. Травмы, поражения, заболевания с полным выздоровлением.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 | <p>9.2. Травмы, поражения, заболевания с частичным выздоровлением, приведшие в процессе лечения к улучшению состояния здоровья, но требующие в последующем динамического врачебного наблюдения.</p> <p>9.3. Травмы, поражения, заболевания, ставшие причиной развития инвалидности.</p> <p>9.4. Травмы, поражения, заболевания, вызвавшие летальный исход.</p>                                                                                                                                                   |
| 10. По влиянию на трудоспособность пострадавших | <p>10.1. Травмы, поражения, заболевания, не вызвавшие утраты трудоспособности пострадавшего.</p> <p>10.2. Травмы, поражения, заболевания, ограничившие трудоспособность пострадавшего и требующие перевода его на более лёгкий труд.</p> <p>10.3. Травмы, поражения, заболевания, вызвавшие утрату трудоспособности пострадавшего на срок до 4-х месяцев.</p> <p>10.4. Травмы, поражения, заболевания, вызвавшие утрату трудоспособности на срок более 4-х месяцев и требующие перевода его на инвалидность.</p> |

В представленной классификации две позиции (6,7) с 12 видами (подвидами) повреждений, заболеваний характеризуют ЧС по территориальному признаку и количеству пострадавших. Другие 8 позиций (1-5, 8-10) с 57 видами и 54 подвидами повреждений и нарушений здоровья, отмечающихся у пострадавших, распределяют ЧС по виду травм и нарушению здоровья; механизму и причине возникновения травм и нарушению здоровья; характеру возникновения травм и нарушению здоровья; скорости развития травм, характеру течения заболеваний, виду осложнений и последствий; степени тяжести повреждений; по привлечению сил и средств СМК для ликвидации последствий ЧС; исходу повреждений и заболеваний; прогностическому признаку повреждений, заболеваний, влияющих на трудоспособность пострадавших.

Настоящая классификация позволяет:

- прогнозировать развитие медицинской обстановки в зонах ЧС, выявлять и оценивать возможные нарушения здоровья и их исходы у пострадавших;
- определять варианты оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС и порядок взаимодействия сил и средств СМК с её ведомственными структурами и оперативными службами территории;
- разрабатывать тактику действий медицинского персонала в отношении пострадавших в зависимости от возникшего очага ЧС;

- ориентировать врачей и провизоров на создание качественных и эффективных комплектов (наборов, упаковок) медицинского имущества для использования их в прогнозируемых ЧС, исходя из их вида, числа пострадавших и климатогеографических особенностей территории;
- прогнозировать исходы травм, повреждений у пострадавших в ЧС и оценивать характер их трудоспособности по завершению лечебно-реабилитационных мероприятий.

#### **4. ОСНОВЫ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И МОБИЛИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации (2015) отмечено, что на современном этапе развития человечества в мире возрастают уровень и масштабы угроз в военной сфере. Несмотря на то, что Россия постоянно проводит целенаправленную работу по недопущению возникновения войн и вооруженных конфликтов, отдавая предпочтение политическим и дипломатическим методам в разрешении проблемных вопросов, угроза их возникновения не снимается с повестки дня.

Вопросы мобилизации касаются не только Вооружённых Сил (ВС) и других войск РФ, но и многочисленных секторов гражданской экономики, включая и здравоохранение. Это обстоятельство и обуславливает необходимость усвоения медицинским персоналом основ мобилизационной подготовки и организации мобилизации здравоохранения.

Мобилизационная подготовка здравоохранения (МПЗ) является составной частью мобилизационной подготовки экономики государства и включает в себя комплекс мероприятий, проводимых в мирное время по подготовке персонала органов управления и учреждений здравоохранения к действиям по предназначению в период мобилизации и в военное время.

Основной целью МПЗ является создание в мирное время медицинского потенциала, адекватного военным потребностям страны, как для медицинского обеспечения личного состава ВС РФ и иных силовых ведомств, так и для медицинского обеспечения гражданского населения, которое может в ходе ведения военных действий или вследствие этих действий получать повреждения, поражения и заболевания.

Основными принципами мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения являются: централизованное руководство, плановость проведения мобилизационных мероприятий, их комплексность и взаимосогласованность.

Общее руководство МПЗ осуществляет Министр здравоохранения РФ, повседневное — возложено на одного из его заместителей, а методическое руководство и координацию исполнения мобилизационных мероприятий в

здравоохранении страны осуществляет отдел мобилизационной подготовки и мобилизации Минздрава России.

В субъектах РФ непосредственную ответственность за МПЗ и выполнение мобилизационного задания в части здравоохранения несут руководители субъектового и объектового здравоохранения. Для организации выполнения работ по мобилизационной подготовке, исходя из объёмов и характера мобилизационного задания, в органах управления и подведомственным им медицинских организациях создаются мобилизационные подразделения или назначаются специалисты, ответственные за это направление деятельности.

Мобилизационная подготовка регулируется рядом нормативных правовых актов, основными из которых являются:

- Конституция Российской Федерации (1993);
- федеральный закон от 31.05.1996 г. № 61-ФЗ «Об обороне»;
- федеральный закон от 26.02.1997 г. № 31-ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации»;
- федеральный закон от 28.03.1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе»;
- федеральный закон от 12.02.1998 г. № 28-ФЗ «О гражданской обороне»;
- федеральный закон от 29.12.1994 г. № 79-ФЗ «О государственном материальном резерве».

Ряд положений названных федеральных законов нашли детальное развитие в документах Правительства РФ, а касающиеся здравоохранения – в приказах Минздрава России и других ведомственных документах.

Мобилизационная подготовка здравоохранения включает в себя:

- разработку нормативно-правовых и методических документов по мобилизационной работе и мобилизации отрасли;
- разработку мобилизационных планов здравоохранения, их изучение, уяснение и отработку на практических мероприятиях (учения и т.п.);
- организацию ведения воинского учёта персонала здравоохранения;
- отмобилизование специальных формирований здравоохранения (СФЗ) и развёртывание в больницах ГО оперативных коек для использования их в целях ВС РФ;



- доразвёртывание учреждений службы крови до штатов военного времени с созданием и наращиванием их мобилизационных мощностей с целью выполнения установленного мобилизационного задания;
- создание, накопление, хранение и освежение медицинского и санитарно-хозяйственного имущества и оборудования мобилизационного резерва;
- организацию взаимодействия субъектового и объектового здравоохранения с органами военного командования, военными комиссариатами, мобилизационными управлениями (отделами) государственной и муниципальной власти и ведомственной сетью здравоохранения по качественному выполнению возложенного мобилизационного задания;
- проведение практических мероприятий по совершенствованию готовности персонала здравоохранения к работе в условиях военного времени;
- повышение квалификации руководящего состава и персонала здравоохранения по мобилизационной подготовке и мобилизации отрасли;
- выполнение научных исследований по вопросам совершенствования мобилизационной готовности здравоохранения.

#### **4.1. Организация ведения воинского учёта среди персонала здравоохранения**

Для учёта и анализа, имеющихся в стране призывных и мобилизационных людских ресурсов во всех медицинских организациях организуется и ведётся воинский учёт граждан, являющийся одной из составных частей мобилизационной подготовки здравоохранения. Правовой основой воинского учёта являются Федеральный закон от 12.02.1998 г. № 28-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» и постановление Правительства РФ от 27.11.2006 г. № 719 «Об утверждении Положения о воинском учёте», которыми определены порядок и организация ведения воинского учёта и бронирования граждан РФ.

**Воинский учёт (ВУ)** – это государственная система регистрации призывных и мобилизационных людских ресурсов, в ходе которой осуществляется комплекс мероприятий по сбору, обобщению и анализу сведений об их количественном составе и качественном состоянии.

Основными целями ВУ в здравоохранении являются:

1. Обеспечение в мирное время полного и качественного доукомплектования призывными и мобилизационными людскими ресурсами медицинских частей, учреждений и формирований Вооруженных сил и других войск РФ путём заблаговременного предназначения граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ) ВС РФ и работающих в структуре гражданского здравоохранения, в состав военно-медицинских частей, учреждений, и специальных формирований здравоохранения (СФЗ), развёртываемых для нужд Минобороны России на период мобилизации и в военного времени;

2. Комплектование органов управления и учреждений гражданского здравоохранения для выполнения ими задач по предназначению в период мобилизации и в военное время путём бронирования руководителей и квалифицированных специалистов из числа граждан, пребывающих в запасе ВС РФ и работающих в системе гражданского здравоохранения.

Реализация указанных целей достигается решением следующих задач:

1. Обеспечение исполнения гражданами воинской обязанности, установленной законодательством РФ.

2. Документальное оформление сведений о гражданах, состоящих на воинском учете.

3. Осуществление анализа количественного состава и качественного состояния призывных и мобилизационных людских ресурсов для эффективного использования их в интересах обеспечения обороны страны и безопасности государства.

4. Проведение плановой работы с ГПЗ, как предназначенными на период мобилизации и в военное время для призыва в ВС РФ, в другие войска и специальные формирования здравоохранения, так и с ГПЗ, забронированными на эти же периоды за медицинскими организациями.

Показатели оценки деятельности по осуществлению ВУ граждан на объектах экономики, включая и медицинские организации, обеспечиваются Минобороны России. Методическую помощь по этому виду деятельности оказывают военные комиссариаты территорий, мобилизационные органы государственной и муниципальной власти, а в части здравоохранения, кроме того, мобилизационные подразделения Минздрава России и органов управления здравоохранением субъектов РФ.

Ведение ВУ в организациях возложено на специалистов по воинскому учёту (приложение 5). Штатное их количество определяется исходя из следующих норм:

- один специалист, выполняющий обязанности по совместительству – при наличии на ВУ менее 500 граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ) ВС РФ;
- один штатный специалист – при наличии на ВУ 500-2000 ГПЗ;
- два штатных специалиста – при наличии на ВУ 2-4 тыс. ГПЗ. На каждые последующие 3 тыс. военнообязанных дополнительно вводится должность одного штатного специалиста. При двух и более штатных специалистах по ВУ создается военно-учётное подразделение.

-

#### **Воинскому учёту подлежат:**

1. Граждане мужского пола в возрасте 18-27 лет, обязанные состоять на воинском учёте и не пребывающие в запасе ВС РФ (призывники).

2. Граждане мужского пола, пребывающие в запасе ВС РФ (их обязанности по воинскому учёту изложены в приложении 6):

- уволенные с военной службы с зачислением в запас ВС РФ;
  - завершившие обучение согласно программе подготовки офицеров запаса в федеральных государственных образовательных учреждениях высшего образования и окончившие эти учреждения;
  - не прошедшие военную службу в связи с предоставлением отсрочек от призыва на неё до достижения возраста 27 лет;
  - прошедшие альтернативную гражданскую службу.
3. Работающие граждане женского пола, имеющие военно-учетные специальности (ВУС), согласно приложению 11.

Все ГПЗ ВС РФ, в зависимости от воинских званий, возраста и пола, подразделяются на 3 разряда (табл. 19).

Таблица 19.

**Распределение граждан, пребывающих в запасе, по разрядам\***

| Воинские звания ГПЗ ВС РФ                                                   | Возраст ГПЗ ВС РФ |               |               |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|                                                                             | первый разряд     | второй разряд | третий разряд |
| Солдаты, матросы, сержанты, старшины, прапорщики и мичманы                  | до 35 лет         | до 45 лет     | до 50 лет     |
| Младшие офицеры (лейтенанты, ст. лейтенанты, капитаны, капитан-лейтенанты)  | до 50 лет         | до 55 лет     | до 60 лет     |
| Старшие офицеры (майоры, капитаны 3 ранга; подполковники, капитаны 2 ранга) | до 55 лет         | до 60 лет     | до 65 лет     |
| Полковники, капитаны 1 ранга                                                | до 60 лет         | до 65 лет     | -             |
| Высшие офицеры (генералы, адмиралы)                                         | до 65 лет         | до 70 лет     | -             |

\* 1. Женщины, пребывающие в запасе ВС РФ, относятся к третьему разряду:

- имеющие воинские звания офицеров пребывают в запасе ВС РФ до 50 лет;
- не имеющие воинских званий офицеров пребывают в запасе ВС РФ до 45 лет.

2. ГПЗ, достигшие предельного возраста пребывания в запасе ВС РФ или признанные негодными к военной службе по состоянию здоровья, переводятся военным комиссариатом или иным органом, осуществляющим воинский учёт, в отставку и снимаются с ВУ.

**Не подлежат воинскому учёту граждане:**

- проходящие военную службу;
- отбывающие наказание в виде лишения свободы;
- граждане женского пола, не имеющие ВУС;
- постоянно проживающие за пределами РФ.

Воинский учёт граждан, пребывающих в запасе ВС РФ и работающих в медицинской организации осуществляется по личной карточке формы Т-2, во втором разделе которой отражаются сведения о воинском учёте (приложение 14). Этот раздел заполняется на основании предоставления работником:

- военного билета или временного удостоверения, выданного взамен него – для ГПЗ ВС РФ;
- удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу (призывники).

Личные карточки на принятых на работу граждан, поставленных на воинский учёт, хранятся, согласно алфавитному порядку в отдельной картотеке, распределенной на группы:

- первая - личные карточки на офицеров запаса;
- вторая - личные карточки на солдат, матросов, сержантов, старшин, прапорщиков и мичманов запаса;
- третья - личные карточки на военнообязанных запаса женского пола;
- четвертая - личные карточки на призывников.

При наличии в медицинской организации на воинском учёте свыше 500 граждан личные карточки военнообязанных, имеющих мобилизационные предписания и отметки в военных билетах о вручении мобилизационных предписаний, помещаются в 5 группу картотеки.

Личные карточки на граждан, достигших предельного возраста пребывания в запасе, и граждан, признанных не годными к военной службе по состоянию здоровья, изымаются из специальной картотеки граждан, пребывающих в запасе, и хранятся в общей картотеке.

Воинский учёт подразделяется на специальный и общий.

На специальном ВУ состоят ГПЗ, которые, согласно «Перечню должностей и профессий по которым бронируются ГПЗ ВС РФ ...» (далее – Перечень должностей и профессий), бронируются на периоды мобилизации и военного времени за медицинской организацией, в которой работают и следовательно не могут быть призваны в ВС РФ (в течение 12 месяцев) в эти периоды.

На общем воинском учёте состоят ГПЗ, которые не подлежат бронированию, поскольку:

- а) либо они имеют мобилизационные предписания, согласно которым в период мобилизации и в военное время призываются в ВС РФ;
- б) либо они не имеют мобилизационных предписаний и не забронированы, а значит, при необходимости, могут быть призваны в ВС РФ, как состоящие в свободных ресурсах военкомата.

**Мобилизационное предписание (МП)** – документ, выдаваемый военным комиссариатом гражданам, пребывающим в запасе ВС РФ, состоящим на общем воинском учёте, которые на периоды мобилизации и военного времени приписаны в команды ВС РФ и/или в специальные формирования здравоохранения для выполнения задач по предназначению, согласно имеющейся специальности. МП клеивается на последнюю страницу военного билета и указывает порядок действий ГПЗ ВС РФ при объявлении мобилизации и в военное время. Они бывают розового и белого цветов.

Граждане, пребывающие в запасе ВС РФ, имеющие МП розового цвета, при объявлении мобилизации, выполняя требования, изложенные на его оборотной стороне, обязаны прибыть в указанные в нём время и место.

Граждане, пребывающие в запасе ВС РФ, имеющие МП белого цвета, при объявлении мобилизации могут привлекаться военным комиссариатом, по согласованию с руководителем медицинской организации, к временным работам для обеспечения мобилизационных мероприятий на срок до 10 суток. По выполнению этих мероприятий, они возвращаются к постоянному месту работы. Такие военнообязанные, подпадающие под условия бронирования, могут быть забронированы.

**МП розового цвета** имеет лицевую и оборотную стороны. Лицевая сторона состоит из 3 частей:

1. Основная часть МП заполняется военным комиссариатом, где указываются следующие сведения о ГПЗ:

- воинское звание, фамилия, имя и отчество;
- номер команды в цифровом исполнении, в которую предназначен ГПЗ, а в ряде случаев дополняется литером с буквенной символикой;

- номер военно-учётной специальности (ВУС);
- наименование и код должности, на которую предназначен ГПЗ в приписанной команде;
- время и адрес прибытия ГПЗ на пункт встречи пополнения (ПВП) и другой дополнительный адрес также с указанием времени прибытия (дополнительный адрес указывается при невозможности своевременного прибытия ГПЗ на ПВП в связи с отпуском, командировкой, болезнью и т.п.).

Основная часть МП заверяется личной подписью военного комиссара, скрепляемой гербовой печатью военного комиссариата с указанием даты предназначения ГПЗ в приписанную команду.

1. Контрольные талоны №№ 1 и 2 имеют все вышеперечисленные сведения о ГПЗ: один из них изымается на ПВП, а второй – по прибытию в войсковую часть или СФЗ, в которое он предназначен.

На оборотной стороне МП отражена справка для ГПЗ с указанием:

- перечня документов и имущества, которые он обязан иметь по прибытию на ПВП или на место по второму адресу;
- рекомендации о порядке хранения МП;
- меры ответственности ГПЗ за невыполнение возложенных обязанностей по обороне страны.

**МП белого цвета** имеет основную часть и один контрольный талон, изымающийся у ГПЗ по прибытию на ПВП. В ряде случаев (при отсутствии в военном комиссариате МП белого цвета) ГПЗ ВС РФ, может быть выдано МП розового цвета с одним контрольным талоном для учёта прибытия ГПЗ по месту его временного предназначения.

Специалист по ВУ при работе с ГПЗ ВС РФ, имеющими МП, обязан:

- отмечать в личной карточке формы Т-2 номер команды, в которую приписан ГПЗ;
- осуществлять хранение личных карточек формы Т-2 на ГПЗ этой группы отдельно от карточек ГПЗ, состоящих на общем воинском учёте, но не имеющих мобилизационных предписаний;

- информировать военный комиссариат об изменении персональных данных ГПЗ, занимаемой ими должности, места жительства, состава семьи, о повышении квалификации с представлением подтверждающих документов;
- составлять планы оповещения и замены ГПЗ, убывающих по мобилизации и в военное время в ВС РФ, согласно предназначению, указанному в мобилизационном предписании\*.

**Бронирование граждан, пребывающих в запасе ВС РФ** – комплекс мероприятий, направленных на обеспечение в период мобилизации и в военное время органов государственной власти, органов местного самоуправления и организаций трудовыми ресурсами (руководителями, специалистами, высококвалифицированными рабочими и служащими) путём заблаговременного и рационального распределения их между ВС РФ, ФОИВ, имеющими запас, органами государственной власти, ОМСУ и организациями.

Бронирование является составной частью воинского учёта, включающей в себя осуществление мероприятий по предоставлению ГПЗ ВС РФ отсрочки от призыва на военную службу на период мобилизации и в военное время. Кроме того, забронированные граждане, пребывающие в запасе ВС РФ, освобождаются и от призыва на военные сборы в мирное время.

Основная задача бронирования граждан, пребывающих в запасе ВС РФ, – закрепление квалифицированных руководителей, специалистов, рабочих и служащих из числа ГПЗ за органами управления и учреждениями гражданского здравоохранения на период мобилизации и в военное время.

Принципами бронирования ГПЗ являются:

- учёт потребности в трудовых ресурсах из числа ГПЗ на период мобилизации и в военное время для органов управления и учреждений гражданского здравоохранения и для укомплектования личным составом медицинских частей и учреждений ВС РФ и СФЗ;
- приоритетное бронирование военнообязанных, работающих в медицинских организациях, имеющих мобилизационные задания;



- установление ограничений в предоставлении отсрочки от призыва военнообязанным, предназначенным для укомплектования воинских частей постоянной готовности, и военнообязанным, имеющим дефицитные ВУС.

Бронирование осуществляется:

1. Согласно Перечню должностей и профессий, по которым бронируются ГПЗ ВС РФ, работающие в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях, утверждаемому Межведомственной комиссией.

Перечень включает:

- наименование основных видов экономической деятельности организаций и их структурных подразделений;

- наименование должностей и профессий по которым ГПЗ представляется отсрочка;

- условия представления отсрочки;

- приоритеты и ограничения в бронировании отдельных категорий граждан

2. По отдельным решениям МВК осуществляется персональное бронирование ГПЗ, не подлежащих бронированию по Перечню.

3. В обязательном порядке бронированию подлежат сотрудники мобилизационных органов независимо от занимаемой должности, возраста, состава, звания и ВУС.

Забронированные ГПЗ освобождаются от призыва на военную службу по мобилизации и последующих призывов в военное время на время предоставления отсрочки, а также от военных сборов в мирное время<sup>4\*</sup>. Отсрочка предоставляется на срок до 12 месяцев со дня объявления мобилизации.

Бронированию не подлежат граждане, пребывающие в запасе ВС РФ:

- не прошедшие военную службу по призыву, не имея на то законных оснований, в соответствии с заключением призывной комиссии и зачисленные в запас по достижении ими возраста 27 лет;

---

<sup>4\*</sup> Военнообязанные, имеющие право на отсрочку от призыва в ВС РФ, но не забронированные по вине мед. организации, подлежат призыву в ВС РФ по мобилизации.

Военнообязанные, назначенные приказом руководителя исполняющими обязанности по штатным вакантным должностям руководящего состава медицинских организаций (главные врачи, заведующие отделениями, отделами и т.п.), бронируются на равных основаниях с работниками, утверждёнными в указанных должностях.

- работающие водителями транспортных средств, машин и механизмов, предназначенных для поставки по мобилизации в ВС РФ;
- предназначенные в специальные формирования здравоохранения;
- заключившие контракт о пребывании в мобилизационном людском резерве до прекращения действия контракта.

Предоставленные отсрочки от призыва могут быть аннулированы в случаях:

- решения МВК об аннулировании отсрочки;
- утраты оснований для бронирования;
- истечения сроков отсрочки;
- перемещения военнообязанных на должности, по которым отсрочка им, в том числе и персональная, не предоставляется;
- изменения военно-учётных признаков (ВУС, разряда учёта, годности к военной службе по состоянию здоровья, состава и воинского звания), в результате которых ГПЗ теряют право на отсрочку;
- увольнения военнообязанных из медицинской организации, в которой была предоставлена отсрочка от призыва;
- предназначения в СФЗ для прохождения военной службы на воинских должностях или для работы на должностях гражданского персонала, предусмотренных штатами военного времени;
- отчисления студентов, аспирантов (докторантов) из образовательного учреждения, в котором была предоставлена отсрочка;
- выезда военнообязанных за границу на срок свыше 6 месяцев;
- ликвидации медицинской организации, изменения наименования или её банкротства.

Бронирование ГПЗ в медицинских организациях предусматривает:

- ведение их учёта по месту работы (учебы);
- определение необходимой на период мобилизации и военного времени численности персонала медицинской организации (включая руководителей, специалистов, рабочих и служащих) из числа ГПЗ ВС РФ;
- оформление забронированным гражданам документов о постановке их на специальный воинский учёт и на право получения отсрочки от призыва на военную службу;

- выработку предложений для внесения изменений в Перечень должностей и профессий, по которым бронируются ГПЗ ВС РФ;
- осуществление анализа обеспеченности медицинской организации ГПЗ ВС РФ на период мобилизации и в военное время;
- предоставление отчётности в контролирующие органы о проводимой работе по бронированию ГПЗ.

**Порядок работы специалистов по ВУ и бронированию граждан, пребывающих в запасе ВС РФ.** Специалисты по воинскому учёту в медицинских организаций обязаны:

1. При осуществлении работы по ВУ и бронированию ГПЗ ВС РФ:
  - проверять наличие отметок в паспортах граждан РФ об их отношении к воинской обязанности (МР ГШ ВС РФ);
  - проверять при приёме на работу у ГПЗ ВС РФ наличие и подлинность документов воинского учёта (военные билеты, временные удостоверения, выданные взамен военных билетов; удостоверения граждан, подлежащих призыву на военную службу), подлинность осуществлённых в них записей, отметок о постановке на ВУ по месту жительства или месту временного пребывания, наличие мобилизационных предписаний и жетонов с личными номерами ВС РФ (при наличии в военных билетах отметок о их вручении);
  - проверять соответствие сведения в документах воинского учёта паспортным данным гражданина, наличие фотографии и её соответствие владельцу, а во временных удостоверениях, выданных взамен военных билетов, кроме того, и срок действия. При обнаружении в указанных документах не оговорённых исправлений, неточностей, подделок или неполного количества листов, их владельцы направляются в военный комиссариат, в котором они состоят на воинском учете или не состоят, но обязаны состоять на воинском учёте, для уточнения документов воинского учёта;
  - заполнять личные карточки формы Т-2 в соответствии с записями в документах ВУ, уточняя при этом сведения о семейном положении, образовании, месте работы, должности, месте жительства или месте временного пребывания;
  - разъяснять ГПЗ ВС РФ установленный законодательством России порядок исполнения ими обязанностей по ВУ, мобилизационной подготовке и мобилизации,

осуществлять контроль их исполнения и информировать ГПЗ об ответственности за неисполнение обязанностей;

- информировать военные комиссариаты (ВК) об обнаруженных в документах ВУ неоговоренных исправлений, неточностей и подделок, неполном количестве листов и случаях неисполнения ГПЗ обязанностей в сфере ВУ;

- направлять граждан, подлежащих постановке на воинский учёт, в ВК по месту жительства;

- направлять в 2-х недельный срок по запросам ВК сведения о гражданах, состоящих на ВУ и о гражданах, не состоящих, но обязанных состоять на ВУ;

- предоставлять ежегодно в сентябре в ВК списки юношей 15-16-летнего возраста, а до 1 ноября – списки юношей, подлежащих первоначальной постановке на ВУ в следующем году;

- сверять не реже 1 раза в год сведения о воинском учете, содержащиеся в личных карточках, со сведениями, содержащимися в документах воинского учета граждан;

- сверять не реже одного раза в год сведения о воинском учёте ГПЗ в личных карточках с документами ВУ военных комиссариатов;

- вносить в личные карточки сведения об изменениях семейного положения, образования, структурного подразделения медицинской организации, должности, места жительства, состояния здоровья ГПЗ и в 2-х недельный срок сообщать об изменениях в ВК;

- оповещать ГПЗ о вызовах в ВК и обеспечивать своевременную их явку в места, указанные ВК, в том числе в период мобилизации и в военное время;

- своевременно оформлять бронирование военнообязанных за организацией на период мобилизации и на военное время;

- представлять в ВК установленную отчётность, в том числе о численности работников организаций.

2. При оформлении документов по предоставлению забронированным гражданам, пребывающим в запасе, отсрочки от призыва на военную службу соблюдать следующие требования:

- удостоверения, извещения и личные карточки (форма Т-2) заполняются ручкой с пастой одного цвета, помарок и подчисток не допускается; изменения в указанные документы вносить не более 2-х раз;
- в извещениях строки «домашний адрес ГПЗ» и «наименование военкомата, в котором он состоит на учёте» заполняются карандашом;
- удостоверение об отсрочке от призыва по мобилизации и в военное время и извещения о зачислении ГПЗ на специальный ВУ (форма № 4) оформляются в 10-дневный срок;
- в удостоверении и извещении ГПЗ об отсрочке от призыва продолжительность отсрочки указывается прописью в соответствующей строке, а в строке «на основании» – указываются номер Перечня должностей и профессий, его раздел и пункт, по которым произведено бронирование ГПЗ, либо дата и номер постановления МВК о предоставлении персональной отсрочки от призыва, а также номер извещения о предоставлении такой отсрочки (форма № 3);
- заполненные бланки извещений о зачислении ГПЗ на специальный ВУ подписываются руководителем медицинской организации, а подпись скрепляется гербовой печатью этой организации;
- бланки форм №№ 3 и 4 (при оформлении персональной отсрочки) заполненные на ГПЗ, доставляются в ВК по месту нахождения медицинской организации для оформления отсрочек от призыва и сдаются под расписку в журнале передачи (форма № 11) бланков специального ВУ;
- обратный приём от ВК оформленных бланков форм №№ 3, 4 на ГПЗ производится также с распиской о получении в журнале формы № 11.

3. При работе по бронированию ГПЗ, специалисты ВУ обязаны иметь следующие сведения: общее количество работающих граждан; количество забронированных ГПЗ; количество ГПЗ, имеющих мобилизационные предписания.

Военные комиссариаты осуществляют: контроль бронирования ГПЗ; обеспечение бланками документов для оформления отсрочки от призыва на военную службу и контроль правильности их расходования; оформление отсрочки от призыва ГПЗ по мобилизации и в военное время, в соответствии с Перечнем должностей и профессий, по которым бронируются ГПЗ и в соответствии с постановлениями МВК.

4. При аннулировании у ГПЗ отсрочек от призыва в ВС РФ по мобилизации и в военное время специалисты по ВУ обязаны:

- сообщить в 10-дневный срок в ВК, в котором ГПЗ состоят на воинском учёте, дату и причину аннулирования отсрочек;
- изъять удостоверения и аннулировать отметки в личных карточках о зачислении на специальный учёт;
- сдать изъятые удостоверения в военный комиссариат;
- произвести запись в книге по учёту бланков специального ВУ (форма № 13) об израсходовании удостоверений.

5. При изменении у забронированного ГПЗ места жительства, специалисты по ВУ обязаны сообщить об этом в военный комиссариат по прежнему месту жительства. При получении от ВК на этих граждан извещений (форма № 4) специалисты по ВУ направляют извещение в ВК по новому месту жительства лица, подлежащего бронированию.

6. При выезде забронированных граждан в командировки, на учебу, в отпуск или на лечение на срок более 3-х месяцев с сохранением ими должностей, специалисты по ВУ выдают им удостоверения формы № 4 под расписку об этом в ведомости выдачи удостоверений (форма № 9а). Извещения на ГПЗ ВС РФ, полученные из ВК по основному месту жительства, хранятся в медицинской организации до возвращения ГПЗ из мест временного пребывания.

7. При перемещении забронированных ГПЗ на другие должности в медицинской организации, изменении квалификации или военно-учётных признаков (военно-учётной специальности, воинского звания, возраста и др.), дающих право на бронирование, предоставленные отсрочки сохраняются. В этих случаях специалисты ВУ обязаны в 10-дневный срок внести изменения в удостоверения формы № 4 и представить их в военкомат.

8. Военнообязанным из числа студентов, аспирантов образовательных учреждений предпоследнего и последнего курсов обучения отсрочки от призыва по мобилизации и в военное время предоставляются независимо от возраста, воинского звания и ВУС, если Перечнем должностей и профессий не предусмотрены иные условия бронирования.

Зачисление этих ГПЗ на специальный воинский учёт проводится по спискам (форма № 14), подписанными руководителями образовательных учреждений, которые высылаются в ВК по месту жительства ГПЗ к 1 ноября ежегодно. Копии списков хранятся в делах с символом «М» (мобилизация). В личных карточках забронированных ГПЗ в строке «состоит на специальном воинском учете» указывается: «Перечень должностей и профессий №\_\_, раздел №\_\_, пункт №\_\_, список исх. №\_\_, число \_\_, месяц \_\_, год \_\_, подшит в дело № \_\_».

9. В каждой медицинской организации специалистами по ВУ разрабатываются следующие документы:

- приказ руководителя «Об организации воинского учёта и бронирования граждан, пребывающих в запасе»;
- план работы на год по ведению воинского учёта и бронирования ГПЗ, утверждаемый руководителем;
- картотека личных карточек формы № Т-2 на граждан из числа призывников и граждан, пребывающих в запасе;
- - журнал проверок осуществления воинского учёта и бронирования граждан, пребывающих в запасе ВС РФ;
- расписки в приёме от граждан документов воинского учета;
- служебное делопроизводство (отдельное дело) по вопросам ведения воинского учёта граждан и бронирования ГПЗ в организации;
- план замены специалистов, работающих в организации и призываемых на военную службу по мобилизации и в военное время;
- план мероприятий о вручении удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время забронированным гражданам, пребывающим в запасе и работающим в медицинской организации;
- список уполномоченных от структурных подразделений организации, для вручения удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время;
- ведомость на выдачу удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу работающим в медицинской организации и забронированным ГПЗ по мобилизации и в военное время;

- ведомость на выдачу удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время уполномоченным организации для вручения забронированным гражданам, пребывающим в запасе и работающим в организации;

- памятка уполномоченному по вручению забронированным ГПЗ, удостоверений об отсрочке от призыва по мобилизации и в военное время;

- ведомость на выдачу удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время ГПЗ, работающим в организации, при выезде их на срок выше трех месяцев или работающим вахтовым методом;

- книга по учёту бланков специального ВУ;

- книга учёта передачи бланков: специального воинского учета, военных билетов и личных карточек;

- - личная карточка формы Т-2;

- карточка учёта медицинской организации; (Форма 18)

- расписка о принятии военного билета;

- сведения об обеспеченности трудовыми ресурсами (руководителями, специалистами, квалифицированными рабочими и служащими) на период мобилизации и на военное время;

- другие документы по требованиям военных комиссариатов.

10. Медицинские организации по итогам работы за календарный год, по состоянию на 31 декабря, представляют в органы управления здравоохранением субъекта РФ отчёты о состоянии работы по ВУ и бронированию ГПЗ. В состав отчёта входит пакет документов, включающий:

- доклад о состоянии работы по воинскому учёту и бронированию персонала медицинской организации с выводами и предложениями;

- отчёт о численности работающих и забронированных граждан, пребывающих в запасе ВС РФ, (форма № 6);

- таблица распределения медицинских специалистов по ВУС;

- анализ обеспеченности медицинской организации трудовыми ресурсами из числа ГПЗ на период мобилизации и в военное время;

- список персонала медицинской организации (составляется по категориям работников в алфавитном порядке);



- карточка учёта организации (форма № 18).

Орган управления здравоохранением субъекта РФ, на основании сводных данных, представляет годовой отчёт в Минздрав России в соответствии с установленными сроками.

#### **4.2. Специальные формирования здравоохранения: виды, предназначение, задачи и структура**

Специальные формирования здравоохранения (СФЗ) – это медицинские организации, создаваемые гражданским здравоохранением в период мобилизации для продолжения лечебно-восстановительного процесса раненым и больным военнослужащим, поступающим в них в военное время с этапов медицинской эвакуации ВС РФ. К СФЗ относятся органы управления СФЗ, доля которых в структуре СФЗ составляет 6%, тыловые госпитали – 92% и обсервационные пункты – 2%.

Для обеспечения организации создания и функционирования СФЗ, порядка приёма ими раненых и больных военнослужащих на лечение, осуществления оперативного руководства функционированием СФЗ и порядка взаимодействия с руководителями гражданского здравоохранения штабами военных округов развёртываются местные эвакуационные пункты.

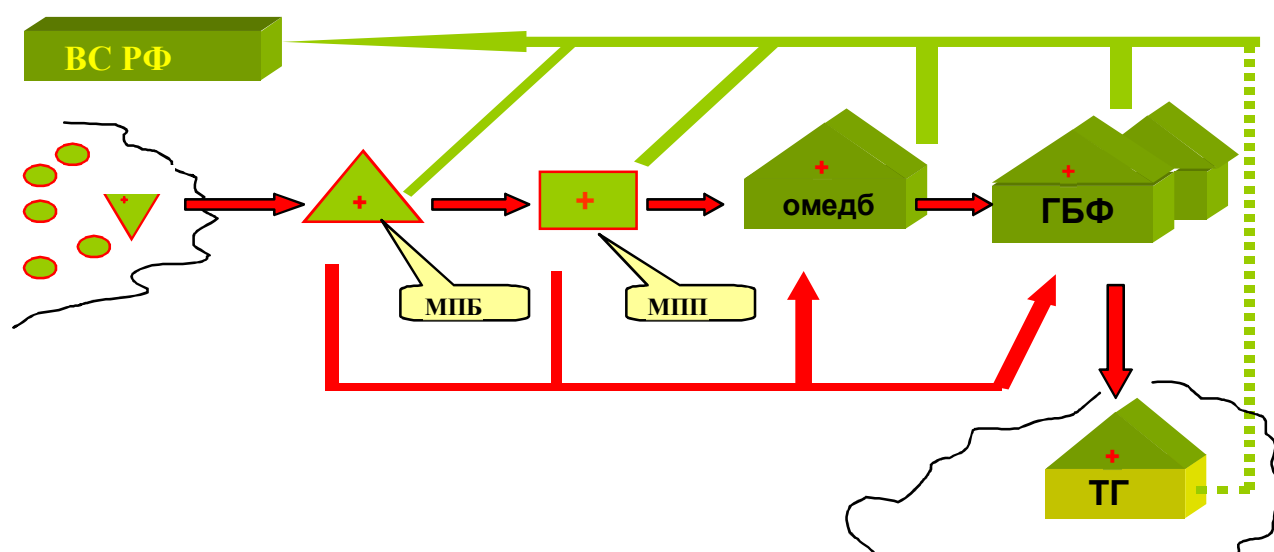
Местные эвакуационные пункты (МЭП) – это территориальный орган управления медицинской службы военного округа, на который возлагается:

- осуществление оперативного руководства за созданием и организацией работы СФЗ всех видов;
- организация доставки раненых и больных военнослужащих с этапов медицинской эвакуации ВС РФ к местам отмотилизования тыловых госпиталей;
- организация развёртывания эвакуационных приёмников в морских, речных и авиационных портах, на железнодорожных и автобусных станциях и последующего руководства их работой;
- руководство загрузкой тыловых госпиталей ранеными и больными военнослужащими;
- оказание помощи в организации приёма и размещения раненых и больных военнослужащих в СФЗ;

- осуществление контроля проведения лечебно-диагностического и восстановительного процессов раненым и больным военнослужащим, находящимся на лечении в тыловых госпиталях и обсервационных пунктах;
- осуществление контроля за обеспечением военнослужащих, находящихся на лечении в СФЗ, всеми видами довольствия по линии Минобороны России.

**Тыловые госпитали (ТГ)** – специализированные лечебные учреждения, создаваемые и развёртываемые (отмобилизовываемые) гражданским здравоохранением. Они являются составной частью современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения личного состава ВС РФ в военное время и входят в структуру мобилизационного развертывания войск (рис. 11).

Тыловые госпитали предназначены для оказания специализированной медицинской помощи раненым и больным военнослужащим, поступающим с театров военных действий или этапов медицинской эвакуации ВС РФ для продолжения



лечения, осуществления реабилитационных мероприятий до достижения окончательных исходов ранения, поражения, заболевания. Завершив лечение в тыловых госпиталях, раненые и больные военнослужащие могут быть возвращены в строй ВС РФ, уволены из ВС РФ по состоянию здоровья и направлены по месту жительства, либо эвакуированы в госпитали для ветеранов войн с целью продолжения лечения.

**Примечание:** Условные обозначения этапов медицинской эвакуации ВС РФ:  
 МПБ – медицинский пункт батальона;  
 МПП – медицинский пункт полка;

омедб – отдельный медицинский батальон дивизии;  
ГБФ – госпитальная база фронта (флота);  
ТГ – тыловой госпиталь.

**Рис. 11. Этапы медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих в структуре Вооружённых Сил Российской Федерации**

Принципы отмотилизования тыловых госпиталей:

1. Виды и количество ТГ определяются постановлением Правительства Российской Федерации.
2. Дислокация ТГ устанавливается Генеральным штабом (ГШ) ВС РФ.
3. Штатная структура, табели оснащения и нормы обеспечения ТГ согласовываются с Минздравом России и утверждаются ГШ ВС РФ.
4. Комплектование ТГ осуществляется людскими ресурсами из системы гражданского здравоохранения.
5. Обеспечение и оснащение ТГ осуществляется:
  - зданиями, строительными материалами, коммунальными услугами, продуктами питания;
  - медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом;
  - техникой и материально-техническими средствами;
  - средствами связи, культурно-просветительным и иным имуществом.

Комплектуются ТГ персоналом и оснащаются имуществом в мирное время, приводятся в готовность при объявлении мобилизации, а развёртываются для функционирования по назначению – с получением Указа Президента РФ о введении мобилизации.

Тыловые госпитали создаются по 6 видам: 4 многопрофильных (базовый, травматологический, нейрохирургический, терапевтический) и 2 монопрофильных госпиталя (кожно-венерологический и туберкулезный). Коечная ёмкость ТГ определяется структурой прогнозируемого потока раненых и больных, исходя из чего, они развёртываются по 3 литерам: на 400, 500 и 600 коек.

Тыловые госпитали решают следующие **задачи**:

- приём, медицинская сортировка и санитарная обработка поступающих раненых и больных военнослужащих с осуществлением, при необходимости, дегазации, дезактивации и дезинфекции их личных вещей, обмундирования и доставившего их транспорта;

- оказание раненым и больным специализированной медицинской помощи (если ранее не была оказана или требует дополнительного оказания);
- медицинское обследование поступивших раненых и больных и их лечение до определившегося исхода повреждения, поражения, заболевания;
- проведение военно-врачебного контроля (ВВК) находящимся на лечении раненым и больным военнослужащим;
- проведение медико-социальной экспертизы (МСЭ) раненым и больным военнослужащим, увольняемых из рядов Вооружённых Сил РФ;
- осуществление выписки раненых и больных военнослужащих из госпиталя по выздоровлению или перевод их по медицинским показаниям в другие тыловые госпитали или в ЛПУ Минздрава России;
- оказание консультативной помощи раненым и больным военнослужащим по профилю ТГ;
- финансовое и материально-бытовое обеспечение раненых и больных;
- проведение воспитательной и культурно-просветительной работы с ранеными и больными;
- ведение медицинского, материального, финансового учёта и отчётности;
- проведение специальной подготовки личного состава госпиталя;
- выполнение научных исследований;
- организация охраны госпиталя и обеспечение его защиты от воздействия боевого оружия и поражающих факторов ЧС.

Учитывая представленный спектр задач, возложенных на ТГ, для их полноценного и гарантированного развёртывания в период мобилизации и последующего функционирования в военное время, требуется целенаправленная подготовка в мирное время персонала, приписанного в их состав. Организуют и обеспечивают эту подготовку мобилизационные подразделения органов управления здравоохранением субъектов РФ.

**Базовый тыловой госпиталь (БТГ)** осуществляет приём раненых с тяжёлыми осложнениями при проникающих ранениях грудной клетки и брюшной полости, с повреждением внутренних органов, а также раненых с изолированными ожогами груди, живота и конечностей, с множественными сочетанными и комбинированными поражениями. Госпиталь развёртывает следующие отделения и кабинеты:

- приёмно-сортировочное отделение с диагностическими койками;
- сортировочно-эвакуационное отделение;
- хирургические отделения (торакальное, абдоминальное, гнойной хирургии, травматологическое, ожоговое и нейрохирургическое) с операционным блоком и стерилизационной;
- реанимационно-анестезиологическое отделение с кабинетами гемодиализа и гипербарической оксигенации;
- гинекологическое отделение;
- стоматологическое отделение с зубопротезной лабораторией;
- отделение переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;
- терапевтическое, физиотерапевтическое отделения и рентгеновское отделение с кабинетом ультразвуковой диагностики (УЗИ);
- лабораторное отделение и отделение лечебной физкультуры;
- кабинеты функциональной диагностики и эндоскопии.

В структуре госпиталя развёртывается и аптека.

Помимо решения вышеуказанных задач **базовые госпитали** в местах выгрузки раненых (железнодорожные и автомобильные станции, аэропорты, водные пристани) силами приёмно-сортировочного отделения развёртывают **эвакоприёмники** и организуют разгрузку прибывающих санитарных транспортов. Базовые госпитали, выполняя функции сортировочного госпиталя, осуществляют временное размещение и лечение нетранспортабельных раненых и больных с последующей подготовкой их к дальнейшей эвакуации в ТГ по профилю повреждения, заболевания.

**Травматологический тыловой госпиталь (ТТГ)** предназначен для стационарного лечения раненых с механическими и термическими травмами опорно-двигательного аппарата и комбинированными поражениями. В нём развёртываются отделения:

- приёмно-сортировочное отделение с диагностическими койками;
- травматологические, ожоговое, хирургическое, гнойной хирургии с операционным блоком и стерилизационной;
- челюстно-лицевой хирургии и стоматологии с зубопротезной лабораторией;

- реанимационно-анестезиологическое с кабинетами гемодиализа и гипербарической оксигенации;
- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;
- лабораторное;
- психоневрологическое;
- физиотерапевтическое и рентгеновское с кабинетом УЗИ;
- лечебной физкультуры.

В структуре госпиталя имеются кабинеты функциональной диагностики, эндоскопии и аптека.

**Нейрохирургический тыловой госпиталь (НхТГ)** осуществляет приём и лечение раненых и больных с повреждениями крупных нервных стволов, ЛОР-органов и глаз, с челюстно-лицевыми повреждениями и психоневрологическими расстройствами. В нём развёртываются отделения:

- приёмно-сортировочное отделение с диагностическими койками;
- два нейрохирургических, хирургическое, офтальмологическое, оториноларингологическое с операционным блоком;
- челюстно-лицевой хирургии и стоматологии с зубопротезной лабораторией;
- реанимационно-анестезиологическое с кабинетами гемодиализа и гипербарической оксигенации;
- психоневрологическое;
- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;
- физиотерапевтическое и рентгеновское с кабинетом УЗИ;
- лабораторное и лечебной физкультуры.

В структуре госпиталя развёртывают кабинеты функциональной диагностики, эндоскопии и аптеку.

**Терапевтический тыловой госпиталь (ТТГ)** предназначен для приёма и лечения больных с тяжёлыми формами острой лучевой болезни, тяжёлыми последствиями отравлений и тяжёлыми формами соматических заболеваний. В госпитале осуществляют лечение и поражённых с реактивными состояниями и нервно-психическими нарушениями, развивающимся при церебральных и экстрацеребральных ранениях. Структура развёртывающихся отделений:

- приёмно-сортировочное отделение с диагностическими койками;
- кардиологическое, пульмонологическое, гастроэнтерологическое, неврологическое, психиатрическое, психоневрологическое, инфекционное, общетерапевтическое;
- хирургическое с операционным блоком и стерилизационной;
- стоматологическое с зубопротезной лабораторией;
- реанимационно-анестезиологическое с кабинетами гемодиализа и гипербарической оксигенации;
- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;
- рентгеновское с кабинетом УЗИ;
- физиотерапевтическое;
- лабораторное;
- лечебной физкультуры.

В структуре госпиталя развёртываются кабинеты функциональной диагностики, эндоскопии и аптека.

**Кожно-венерологический тыловой госпиталь (КВГ)** предназначен для лечения больных военнослужащих с пиодермиями, микозами, дерматитами, токсикодермиями, инфицированными эритемами, вирусными болезнями кожи, сифилисом и венерическими уретритами. Для чего в госпитале развёртываются следующие отделения:

- приёмно-сортировочное отделение с диагностическими койками;
- кожно-венерологические отделения;
- хирургическое с операционным блоком и стерилизационной;
- терапевтическое;
- стоматологическое с зубопротезной лабораторией;
- реанимационно-анестезиологическое с кабинетами гемодиализа и гипербарической оксигенации;
- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;
- рентгеновское с кабинетом УЗИ;
- лабораторное, физиотерапевтическое и лечебной физкультуры;

Также развёртываются кабинеты лазерной терапии, функциональной диагностики, эндоскопии и аптека,

**Туберкулезный тыловой госпиталь (ТбТГ)** предназначен для лечения раненых и больных военнослужащих с подтвержденным туберкулезом различных органов и систем, а также для направления военнослужащих с целью осуществления дифференциальной диагностики туберкулеза и неспецифических заболеваний, в первую очередь, лёгких. Основными отделениями госпиталя являются:

- приёмно-сортировочное отделение с диагностическими койками;
- туберкулёзное легочное и туберкулёзное легочно-хирургическое;
- туберкулёзное для больных костно-суставным туберкулёзом;
- туберкулёзное для больных урогенитальным туберкулёзом;
- операционный блок со стерилизационной;
- стоматологическое с зубопротезной лабораторией;
- реанимационно-анестезиологическое с кабинетами гемодиализа и гипербарической оксигенации;
- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;
- рентгенологическое с кабинетом УЗИ;
- физиотерапевтическое и лечебной физкультуры;
- лабораторное.

В госпитале развёртывают кабинеты функциональной диагностики, эндоскопии, а также аптеку.

**Обсервационные пункты здравоохранения (ОПЗ)** предназначены для временной обсервации и/или изоляции воинских контингентов при возникновении среди них эпидемиологического неблагополучия в процессе их передислокации различными видами транспортных средств в период мобилизации и в военное время.

Из этого следует, что ОПЗ выполняют барьерную функцию, предупреждая занос и распространение инфекционных заболеваний среди личного состава ВС РФ и гражданского населения путём проведения комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Комплектуются ОПЗ персоналом и оснащаются имуществом в мирное время, приводятся в готовность – при объявлении мобилизации, а разворачиваются для функционирования – по факту развития эпидемиологического неблагополучия среди перевозимого контингента военнослужащих в период мобилизации и в военное время.



Общее руководство ОПЗ осуществляет орган управления здравоохранением субъекта РФ, на территории которого они функционируют; оперативное руководство и контроль за их работой возложены на МЭП (местный эвакуационный пункт), комплектуемый и создаваемый управлением медицинской службы военного округа, а непосредственное – на органы управления по руководству СФЗ.

Для развёртывания ОПЗ отводятся здания вблизи транспортных магистралей с возможностью временного размещения в них до 2000 обсервируемых. Обсервации подлежат воинские контингенты при выявлении среди них:

- одного или более случаев особо-опасных инфекционных заболеваний;
- более 2% больных с однородными или 5% - с разнородными инфекционными заболеваниями.

ОПЗ в своей деятельности решают следующие задачи:

- осуществляют приём и проведение полной санитарной обработки воинским контингентам, поступающим в обсерватор, а их имущество, оборудование и транспортные средства, их доставившие, подлежат полной дезинфекции;
- осуществляют медицинское наблюдение за обсервируемыми с целью своевременного выявления среди них инфекционных больных (путём проведения медицинского осмотра с опросом жалоб, выявления вялости, усталости, безразличия и т.п., а также измерения температуры тела до 3 раз в день) для последующей их госпитализации в инфекционные стационары;
- проводят по показаниям, лабораторные исследования с целью выявления бактерионосителей и профилактические прививки;
- заключительный медицинский осмотр по окончании обсервации;
- организуют финансовое и материально-техническое обеспечение обсервируемых в период их пребывания в ОПЗ;
- осуществляют культурно-досуговую работу с обсервируемыми;
- предоставляют в установленные сроки донесения и отчёты в МЭП, к которым приписаны ОПЗ, и в органы управления гражданского здравоохранения, которым они подчинены.

Численность личного состава ОПЗ составляет 74 человека. Структура ОПЗ включает управление, основные подразделения и подразделения обеспечения (рис. 12).



**Рис. 12. Организационно-штатная структура наблюдательного пункта здравоохранения (в скобках указано количество персонала)**

**Организация и порядок наблюдения.** Воинские контингенты, у которых в ходе осуществления передислокации транспортными средствами выявляется подозрение на развитие эпидемиологического неблагополучия (признаки вирусной или кишечной инфекции), подлежат наблюдению.

Распоряжение на наблюдение отдаёт командующий войсками военного округа на основании представления начальника медицинской службы округа и донесения начальника транспортного эшелона о возникновении в среде передислоцирующегося воинского контингента эпидемиологического неблагополучия. Это распоряжение о задержке воинского транспорта и организации ОПЗ дается коменданту ближайшего порта (станции) и начальнику гарнизона. Одновременно информируются администрация исполнительной власти субъекта РФ, по которому передвигается эшелон, его орган управления здравоохранением и МЭП военного округа.

Приведение ОПЗ в готовность к функционированию производится по распоряжению органа управления здравоохранением субъекта РФ, которым для

приёма эшелона на обсервацию назначается комиссия в составе: представителей штаба военного округа и его медицинской службы, начальника ОПЗ, начальника эшелона перевозящего воинский контингент, и представителя органа управления здравоохранением субъекта РФ. Эта комиссия актирует санитарно-эпидемиологическое состояние эшелона и перевозимого контингента.

Затем производится медицинский осмотр обсервируемых, по результатам которого больные с выраженной клиникой направляются в ближайшие инфекционные стационары, а с подозрением на инфекционное заболевание помещаются в изолятор ОПЗ. Остальные подвергаются полной санитарной обработке с дезинфекцией их одежды, обуви и личных вещей. Транспортные средства, доставившие обсервируемых, также подлежат дезинфекции силами и средствами ведомственного здравоохранения. При отсутствии последнего эти задачи решает территориальное здравоохранение.

Срок обсервации устанавливается начальником медицинской службы военного округа с учётом вида возникшей инфекции.

**Органы управления по руководству специальными формированиями здравоохранения (СФЗ).** К ним относятся Главное управление по руководству СФЗ, отделы и секторы по руководству ТГ. Они комплектуются в мирное время персоналом, работающим в системе гражданского здравоохранения, из числа специалистов органов управления и медицинских организаций с учётом опыта и деловых качеств, способных обеспечить преемственность в работе военного и гражданского здравоохранения. Расформирование органов управления СФЗ осуществляется после завершения работы тыловых госпиталей и обсервационных пунктов.

В повседневный период мобилизационные отделы органов управления здравоохранением организуют с управленческим персоналом СФЗ изучение документов, структуры, порядка и организации работы СФЗ, привлечение его к проведению совещаний, учений, тренировок по отмобилизованию СФЗ. В период мобилизации организуется развёртывание тыловых госпиталей в местах их дислокации и определение мест создания обсервационных пунктов здравоохранения, с последующим исполнением ими в военное время лечебной и хозяйственной

деятельности в соответствии с возложенными задачами, функциями и порядком взаимодействия.

**Главное управление по руководству СФЗ (ГУ СФЗ)** создается на базе Минздрава России. В его структуре функционируют: руководство ГУ СФЗ (начальник, его заместитель, главные специалисты – хирург и терапевт), 3 управления (организационно-плановое, лечебно-профилактическое, медицинского снабжения) и 2 отдела (финансово-экономический и защиты государственной тайны). В составе управлений и отделов имеются, соответственно, отделы и отделения.

**Отдел по руководству тыловыми госпиталями (ТГ)** – в его составе 11 человек: начальник, его заместитель, главные специалисты (хирург и терапевт), врач-инспектор, провизор-инспектор, инспектор по спецработе, бухгалтер, делопроизводитель, машинистка и водитель.

**Сектор по руководству ТГ** – в составе 5 человек (начальник, врач-инспектор, провизор-инспектор, делопроизводитель и водитель).

Задачами органов управления по руководству СФЗ являются:

1. Оказание методической и практической помощи по организации своевременного развёртывания, приведения в готовность СФЗ к приёму раненых и больных военнослужащих с осуществлением в последующем их лечения, реабилитации, проведения им военно-врачебной комиссии и медико-социальной экспертизы.

2. Организация проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в СФЗ и на прилегающих к ним территориях.

3. Организация обеспечения СФЗ всеми видами медицинского, продовольственного, материально-технического и финансового довольствия в период мобилизации и в военное время.

4. Организация взаимодействия с Главным военно-медицинским управлением (ГВМУ) Минобороны России, медицинской службой военного округа, его местным эвакуационным пунктом (МЭП), военными комиссариатами, органами управления здравоохранением субъектов РФ и администрациями муниципальных образований, на территории которых развёрнуты и работают СФЗ по вопросам:

- обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи и лечении раненых и больных военнослужащих;

- организации справочной работы о поступивших раненых и больных, динамики их здоровья в процессе лечения и исходах заболевания;
  - снабжения СФЗ в период мобилизации и в военное время различными видами имущества;
  - обеспечения СФЗ нормативными, методическими и инструктивными документами Минздрава России и Минобороны России.
5. Сбор, анализ и обобщение текущей информации и своевременная подача установленных докладов и донесений в соответствующие инстанции.
  6. Организация научно-исследовательской и научно-методической работы в сфере деятельности СФЗ.
  7. Оказание всесторонней помощи и осуществление контроля за расформированием СФЗ по завершению работы.

#### **4.3. Комплектование и оснащение специальных формирований здравоохранения различными видами ресурсов**

**Комплектование СФЗ людскими ресурсами** осуществляется гражданами мужского и женского пола, прежде всего, работающими в местах их отмотилизования и:

а) пребывающими в запасе Вооруженных Сил (ВС) РФ, состоящими на общем воинском учёте и имеющими мобилизационные предписания для зачисления в СФЗ. В правом верхнем углу таких предписаний карандашом ставится отметка «СФЗ»;

б) пребывающими в запасе ВС РФ, состоящими на общем воинском учете и находящимися в свободных ресурсах военкомата. Их отбор в СФЗ производится с учетом имеющейся специальности;

в) гражданами, работающими в органах управления и медицинских организациях, не состоящими на воинском учёте, но изъявившими желание работать в СФЗ. С этой категорией граждан в мирное время заключаются трудовые договоры (контракты) по исполнению ими в период мобилизации и в военное время должностных обязанностей в СФЗ;

г) неработающими гражданами и гражданами, не состоящими на воинском учете, путём привлечения их к трудовой деятельности в СФЗ в период мобилизации и в военное время по найму.

При недостатке людских ресурсов для комплектования СФЗ в местах их отмотилизования привлекаются необходимые специалисты из числа граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ) ВС РФ из других муниципальных образований субъекта РФ, а в ряде случаев, и из других субъектов, находящихся в границах военного округа, по распоряжению его командующего.

При комплектовании СФЗ нецелесообразно предназначать на административные должности врачей дефицитных специальностей и высокой квалификации, в том числе и из числа офицеров медицинской службы запаса. Качественная характеристика укомплектованности СФЗ личным составом определяется по двум составляющим: прямой военно-учётной специальностями (ВУС) и прямому должностному предназначению.

Укомплектованность специалистами по прямой ВУС считается полноценной, если должности в СФЗ укомплектованы ГПЗ ВС РФ, согласно требуемой ВУС или согласно ведомости её замены (наличие ВУС, не требующей дополнительной подготовки). Укомплектованность специалистами по прямому должностному предназначению считается полноценной, если ГПЗ ВС РФ, предназначенные на должности:

- имеют военную подготовку по ВУС, указанную в штате СФЗ;
- прошли военную службу в ВС РФ и имеют опыт работы по предназначенной должности;
- не служили в ВС РФ, но получили подготовку по этой должности на учебных сборах.
- имеют опыт работы на гражданской должности соответствующего профиля;

Качественное укомплектование СФЗ личным составом достигается персональным подбором, изучением и целесообразной его расстановкой на должности. В ряде случаев, при невозможности укомплектования СФЗ профильными специалистами, разрешается назначать специалистов других специальностей с планируемой им последующей подготовки по предназначаемой должности.

Работа по приписке ГПЗ в СФЗ осуществляется мобилизационными подразделениями органов управления здравоохранением субъектов РФ, которые разрабатывают и направляют в штабы военных округов заявки на выделение, а в военные комиссариаты субъектов РФ – заявки на призыв и поставку людских ресурсов.

Военные комиссариаты подтверждают выполнение заявок высылкой руководителю органа управления здравоохранением субъекта РФ копий исполненных нарядов.

Начальники СФЗ обязаны ежегодно изучать моральные и деловые качества приписанного персонала. Основными методами изучения являются:

- ознакомление с приписными картами, поступающими на персонал из военкоматов;
- ознакомление с личными делами и послужными картами на ГПЗ ВС РФ, имеющимися в военных комиссариатах;

- личное общение с персоналом, приписанным к СФЗ, в процессе трудовой деятельности и в ходе учебных мобилизационных мероприятий.

На укомплектование СФЗ не предназначаются ГПЗ ВС РФ:

- имеющие неснятую судимость за совершение тяжкого преступления;
- забронированные в порядке, определённом Правительством РФ;
- члены Совета Федерации и депутаты Государственной Думы;
- признанные временно не годными к военной службе по состоянию здоровья на срок до 6 месяцев;
- имеющие на иждивении 4-х и более детей (для женщин – 1 ребенок);
- граждане, матери которых кроме них имеют 4-х и более детей в возрасте до 8 лет и воспитывают их без мужа;
- граждане, занятые постоянным уходом за близким родственником (отец, мать, жена, муж, родные брат или сестра, дедушка, бабушка, усыновитель), если последние:

- а) нуждаются по состоянию здоровья (по заключению врачебно-консультационной комиссии - ВКК) в постоянном уходе (помощи, надзоре);

- б) являются инвалидами 1 группы, членами семьи, не достигшими 16-летнего возраста, при отсутствии других лиц, обязанных по закону содержать указанных граждан.

**Комплектование СФЗ материально-техническими средствами и зданиями.** Номенклатура и количество материально-технических средств СФЗ определяются их штатами, табелями и нормами обеспечения, утверждёнными Минздравом России и Минобороны России.

**Министерством обороны России СФЗ** в период мобилизации и в военное время обеспечиваются:

- автомобильным транспортом с полной заправкой его бака топливом, пакетом ГСМ и наличием запасных частей;
- средствами радиационной, химической и биологической разведки и защиты;
- стрелковым вооружением и боеприпасами для офицеров;
- техникой и имуществом продовольственной службы;
- вещевым имуществом для офицеров, проходящих службу в СФЗ и военнослужащих, находящихся в них на лечении;



- техническими средствами связи, воспитания и обучения;
- печатями, штампами, бланками служебных документов, документами учёта и отчётности, воинскими уставами, наставлениями и инструкциями.

Это же ведомство безвозмездно выделяет Минздраву России продовольствие и обменный фонд обмундирования для раненых и больных военнослужащих, находящихся на лечении в ТГ.

Доставка материальных средств со складов Минобороны РФ в пункты развёртывания СФЗ производится силами и средствами формирователей СФЗ. Выделение недостающих транспортных средств для этой цели осуществляется органами исполнительной власти на основании заявок, подаваемых формирователями СФЗ на имя начальников гарнизонов или военных комиссаров территории.

Все виды материальных средств номенклатуры Минобороны РФ отпускаются формирователям СФЗ согласно мобилизационным нарядам, высылаемым штабами военных округов в мирное время. В дальнейшем снабжение СФЗ осуществляется довольствующими органами военных округов по месту дислокации.

**Минздрав России, управление Росрезерва, органы исполнительной власти субъектов РФ и их муниципальных образований** в период мобилизации и в военное время обеспечивают СФЗ медицинским, санитарно-хозяйственным имуществом, специальной техникой, топливом и горюче-смазочными материалами (ГСМ), коммунальными ресурсами, строительными и другими материалами в соответствии со штатами, табелями к ним и мобилизационными планами.

Недостающее до полной табельной потребности имущество приобретается при объявлении мобилизации из ресурсов субъектов РФ в соответствии с планом, который разрабатывается в мирное время.

**Финансирование** мероприятий по мобилизационной подготовке СФЗ в мирное время осуществляется Минздравом России из средств федерального бюджета, а в период мобилизации – органом исполнительной власти субъекта РФ по сметам чрезвычайных расходов, разрабатываемым и утверждаемым в мирное время.

Выплата заработной платы гражданскому персоналу СФЗ производится за счёт сметы расходов органа управления здравоохранением субъекта РФ в порядке и по нормам, установленным для гражданского персонала Минобороны России.

Выплата денежного довольствия раненым и больным военнослужащим, находящимся на лечении в СФЗ, осуществляется за счёт сметы Минобороны России и производится военными округами по месту дислокации СФЗ через МЭП, а в ряде случаев, в соответствии с п. 3. «Инструкции о порядке учёта, отчётности и расходования тыловыми госпиталями денежных средств» по смете Министерства обороны Российской Федерации и в соответствии с распоряжением начальника финансово-экономического управления военного округа может быть возложена на ближайшую воинскую часть или учреждение Минобороны России, осуществляющее самостоятельную финансовую деятельность.

Обеспечение раненых и больных военнослужащих воинскими перевозочными документами для следования к месту дальнейшего назначения после выписки из ТГ осуществляется военкоматами или воинскими частями, закреплёнными решением органа военных сообщений.

Обеспечение продовольствием гражданского персонала СФЗ в период мобилизации и в военное время осуществляется органом исполнительной власти субъекта РФ по нормам, установленным Правительством РФ. Продовольственными пайками и военным обмундированием гражданский персонал не обеспечивается.

**Органами исполнительной власти субъекта РФ и органами местного самоуправления** для СФЗ предоставляются здания, сооружения, земельные участки и коммуникации. После передачи зданий для развёртывания СФЗ комиссией органа исполнительной власти субъекта РФ составляется акт об отводе здания (приложение 21), который утверждается руководителем субъекта РФ. К акту прилагаются технический паспорт здания, экспликация помещений и прилегающей территории, схема расположения функциональных подразделений, сведения об объёме приспособительных работ и наряд на выделение материальных средств из местных ресурсов. Утверждённые акты об отводе здания являются основанием оформления «Ордера на право занятия здания», который передается органу управления здравоохранением субъекта РФ для разработки проектно-сметной документации по приспособлению и оборудованию зданий (приложение 22).

Сужеными заседаниями органов исполнительной власти принимаются и утверждаются в мирное время постановления об отводе, приспособлении и оборудовании зданий для развёртывания СФЗ, о назначении организаций-

исполнителей приспособительных работ по перечням №№ 1 и 2 (приложения 23, 24) и другим вопросам, касающимся отомобилизации СФЗ. Эти постановления включаются в мобилизационные планы и отрабатываются.

Для развёртывания СФЗ отводятся здания и территория медицинских организаций (больниц, санаториев, домов отдыха, профилакториев), независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности. При отсутствии в субъекте РФ таких ЛПУ достаточной коечной мощности под СФЗ отводятся здания образовательных учреждений, гостиниц и иных учреждений, требующие минимальных затрат для их приспособления.

В период мобилизации и в военное время отведённые для развёртывания СФЗ здания, коммуникации, земельные участки, транспортные средства с запасом топлива, твёрдый и мягкий инвентарь, средства связи и другие материальные средства передаются организацией-владельцем здания в ведение начальника СФЗ по акту приёма-передачи. Экземпляры этого акта хранятся в организации-владельце здания, у начальника СФЗ и в органе управления здравоохранением субъекта РФ.

При расформировании СФЗ здания и материальные средства возвращаются первоначальному владельцу по акту приема-передачи. Понесённые убытки по использованию зданий и материальных средств возмещаются государством в порядке, установленном Правительством РФ.

Источники обеспечения СФЗ людскими и материальными ресурсами представлены в табл. 20.

Таблица 20

**Источники обеспечения специальных формирований здравоохранения  
людскими и материальными ресурсами**

| <b>Министерство обороны РФ обеспечивает СФЗ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- автомобильным транспортом с полной заправкой его бака топливом, пакетом ГСМ и наличием запасных частей;</li><li>- средствами радиационной, химической, биологической разведки и защиты;</li><li>- техническими средствами связи, воспитания и обучения личного состава;</li><li>- стрелковым вооружением и боеприпасами;</li><li>- техникой и имуществом продовольственной службы;</li><li>- вещевым имуществом;</li><li>- печатями, штампами, бланками служебных документов, документами учета и отчетности, воинскими уставами, наставлениями и инструкциями;</li><li>- денежным содержанием военнослужащих СФЗ, раненых и больных, находящихся на лечении.</li></ul> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Минздрав России и Федеральное агентство «Росрезерв» во взаимодействии с Минобороны РФ обеспечивают СФЗ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- врачебно-сестринским, техническим, вспомогательным и иным персоналом;</li> <li>- медицинским, санитарно-хозяйственным имуществом и оборудованием;</li> <li>- медицинским и специализированным медико-санитарным транспортом;</li> <li>- выплату заработной платы гражданскому персоналу СФЗ.</li> </ul>                                                                                                      |
| <b>Органы исполнительной власти субъектов РФ и их муниципальных образований обеспечивают СФЗ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- зданиями и сооружениями с находящимся в них имуществом;</li> <li>- коммуникациями и земельными участками;</li> <li>- коммунальными ресурсами и услугами;</li> <li>- топливом и ГСМ для автомобильной техники;</li> <li>- строительными материалами для проведения приспособительных работ в зданиях, отведенных для СФЗ;</li> <li>- дополнительной автотракторной техникой и ремонтными услугами.</li> </ul> |

#### **4.4. Понятие об оперативных койках, развёртываемых в системе государственного здравоохранения, организация их развёртывания**

**Оперативные койки (ОК)** – это койки (палаты), создаваемые на период мобилизации и первый месяц военного времени в больницах государственной сети здравоохранения для стационарного обследования и лечения военнослужащих, осуществляющих передислокацию с целью выполнения боевых задач или поступающих из воинских частей, расположенных на ближайшей к больнице территории.

По виду оперативные койки подразделяются на: хирургические, терапевтические, инфекционные и создаются в соответствующих отделениях многопрофильных или специализированных больниц. Количество оперативных коек и сроки их развёртывания в больницах ГО определяются Командующим военным округом, согласно мобилизационному заданию, распределяются органами управления здравоохранением субъекта РФ и утверждаются суженными заседаниями администраций субъектов РФ.

Главные врачи больниц ГО, получившие задание на создание оперативных коек, в повседневный период определяют места их развёртывания, а в период мобилизации приводят оперативные койки в готовность к использованию по назначению. Освобождение оперативных коек, временно занятых гражданскими лицами, производится немедленно при возникновении потребности военнослужащих в них. Руководители больниц ГО организуют регулярное предоставление донесений

о загруженности оперативных коек военнослужащими, как в орган управления здравоохранением субъекта РФ, так и в МЭП военного округа.

Госпитализация военнослужащих на оперативные койки производится, на основании сопроводительных документов, оформляемых врачом воинской части или иными военно-медицинскими специалистами. Военнослужащие, поступающие для лечения на оперативные койки, должны иметь при себе продовольственный, денежный и вещевой аттестаты, а раненые и больные военнослужащие, переведённые из других ЛПУ – дополнительно и выписки из историй болезни с результатами специальных исследований.

Переименование или, при необходимости, перемещение больниц ГО по территории субъекта РФ не освобождает их руководителей от исполнения мобилизационного развёртывания оперативных коек.

Обеспечение военнослужащих, поступивших для лечения на оперативные койки больниц ГО, денежным содержанием производится на основании денежных аттестатов за счёт сметы Минобороны РФ или военными комиссариатами и воинскими частями, дислоцированными на территории субъекта РФ. Другими видами довольствия они обеспечиваются на общих основаниях по нормам, установленных Минздравом России за счет средств, отпускаемых на содержание ЛПУ.

Расходы, связанные с содержанием на оперативных койках раненых и больных военнослужащих, и расходы по их перевозке от железнодорожной (водной) станции до больницы ГО транспортом гражданских организаций, оплачиваются непосредственно МЭП военного округа. При большом удалении больниц ГО от МЭП оплата этих расходов может быть возложена на ближайшую воинскую часть, осуществляющую финансовую деятельность (п. 3 «Инструкции» - стр. 233).

#### **4.5. Мобилизационная подготовка учреждений службы крови**

Служба крови (СК) является составной частью здравоохранения и предназначена для забора донорской крови, производства из неё компонентов, снабжения ими ЛПУ различных ведомств, в том числе СФЗ и оказания их персоналу методической помощи в проведении инфузионно-трансфузионной терапии раненым, поражённым и больным.

Служба крови представлена институтами и станциями переливания крови, относящимся к учреждениям службы крови (УСК), а также филиалами станций переливания крови. Мобилизационная подготовка УСК является одним из важных разделов их деятельности и существенным направлением мобилизации здравоохранения. Она включает в себя:

- подготовку специалистов, способных возглавить мобилизационную деятельность УСК и организовать решение задач в этом направлении;
- разработку мобилизационного плана Службы в соответствии с установленным заданием и его практическую отработку в повседневных условиях;
- создание и развитие мобилизационных мощностей по заготовке донорской крови и производству её компонентов, согласно мобилизационному заданию;
- доукомплектование персоналом до штатов военного времени;
- комплектование резерва донорских кадров;
- создание и отработку согласованных действий выездных бригад по заготовке донорской крови, обеспечение их транспортными средствами и мобильным оборудованием;
- отработку взаимодействия УСК с ведомственным здравоохранением, транспортными организациями, военными комиссариатами;
- создание и накопление в УСК материальных средств для выполнения установленного мобилизационного задания с учётом средств, использующихся в повседневной деятельности и хранящихся в мобилизационном резерве;
- обеспечение кровепродукцией медицинских служб силовых структур в количествах, определённых мобилизационным заданием;
- организацию оказания методической и консультативной помощи ЛПУ по вопросам трансфузиологии, хранения и использования компонентов крови в период мобилизации и в военное время.

Мобилизационный план представляет совокупность документов, определяющих порядок осуществления мобилизационного развёртывания, как всей службы крови, так и её отдельных учреждений, организацию перевода их на работу в условиях военного времени. От полноты и качества исполнения мобилизационного плана зависит качество мобилизационного развёртывания Службы, её отдельных учреждений и выполнение плановых показателей мобилизационного задания.

На уровне субъектового здравоохранения распоряжением его руководителя в службе крови создается постоянная техническая комиссия (ПТК). Свою работу в режиме повседневной деятельности она организует и проводит в соответствии с планом работы на год, который разрабатывается и подписывается руководителем Службы, а утверждается руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ. Планом предусматривается практическая отработка элементов мобилизационного развёртывания в ходе учений и тренировок, в том числе с приписанным военными комиссариатами персоналом, согласно заявке руководителя УСК. На ПТК возлагается:

- изучение нормативных документов по организации работы Службы в период мобилизации и в военное время;
- планирование и распределение показателей выполнения мобилизационного задания между УСК и её филиалами в субъекте РФ;
- проверка качества документов мобилизационного плана;
- контроль наличия и состояния производственных площадей, эксплуатируемого оборудования, хода работ по созданию мобилизационных мощностей для производства компонентов донорской крови и разработки мероприятий по их совершенствованию;
- порядок доукомплектования УСК персоналом и обучение его тактике действий в период мобилизации и в военное время, согласно предназначению;
- проверка готовности УСК, их филиалов и персонала к действиям по выполнению мобилизационного задания;
- обеспечение контроля за количественным и качественным состоянием донорских кадров в УСК субъекта РФ;
- проверка готовности выездных бригад по заготовке донорской крови к работе в период мобилизации и в военное время;

- проверка организации взаимодействия УСК по вопросам планирования, обеспечения и проведения мобилизационных мероприятий с органами исполнительной власти, органами военного командования, транспортными предприятиями, оперативными службами территории, другими организациями и учреждениями;
- изучение количества и качества мобилизационного имущества и оборудования, хранящегося на складах резерва и предназначенного для УСК;
- осуществление мероприятий по развёртыванию УСК в загородной зоне с размещением эвакуируемого персонала и членов его семей;
- участие в учениях и тренировках, организуемых руководителем службы крови, руководителем субъектового здравоохранения и мобилизационными органами управления.

Ответственность за мобилизационную готовность службы крови несут руководитель субъектового здравоохранения и руководитель Службы крови. Контроль качества мобилизационной готовности Службы крови осуществляют Минздрав России, а в части поставки компонентов крови силовым структурам, согласно мобилизационному плану – руководители их ведомственных медицинских служб.



#### **4. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Анализ людских потерь в войнах XX века показал, что наряду с личным составом вооружённых сил огромные потери несёт и гражданское население. Так, в годы первой мировой войны потери среди гражданского населения составили 5%, во вторую мировую – 48% от общего числа людских потерь

Это обстоятельство обусловило необходимость создания системы защиты гражданского населения в военное время. Впервые такая система в нашей стране была создана в октябре 1932 г. в виде местной противовоздушной обороны (МПВО), в состав которой входила медико-санитарная служба (МСС). С появлением ракетно-ядерного оружия и расширением задач по защите населения в июле 1961 г. МПВО была реорганизована в гражданскую оборону (ГО), а МСС – в медицинскую службу ГО (МСГО).

В конце XX века произошел решительный поворот к разработке новых форм, способов и методов ведения вооружённой борьбы. В частности, в концепции современных войн решающая роль отводится высокоточному оружию и оружию, основанному на новых физических и психологических принципах. Применение этих видов оружия имеет своей целью разрушение промышленных и военных объектов, что должно бы снижать потери среди гражданского населения. Но, как показали войны, прошедшие в Корее, Вьетнаме, Афганистане, агрессия Грузии в Южной Осетии (2008 г.) доля потерь среди гражданского населения составила от 84 до 95-97%. В войне на территории Югославии, где применялись современные образцы боевого оружия, соотношение погибших военнослужащих к гражданскому населению составило 1:15.

С учетом указанных обстоятельств, в современных условиях важная роль в системе национальной безопасности отводится мероприятиям ГО, направленным на мобилизационную активность населения, сохранение жизни и здоровья гражданского населения и обеспечение надежного социально-экономического потенциала страны в военное время.

Сегодня медицинское обеспечение российских граждан, которые в ходе выполнения различных, в том числе и профессиональных, задач в военное время способны получить многочисленные виды травм, поражений и заболеваний

возложено на ГО в сфере здравоохранения (ГОЗ). Это название возникло в связи с тем, что федеральным законом от 22.08.2004 года № 122-ФЗ «О внесении изменений в федеральные законы ...» были внесены поправки и в федеральный закон «О гражданской обороне» (1998). В частности, в этом федеральном законе раздел «Службы гражданской обороны» признан утратившим силу, а значит и термин «медицинская служба гражданской обороны» утратил свою легитимность.

### **5.1. Задачи, структура и основы работы гражданской обороны в сфере здравоохранения**

Основными задачами ГОЗ являются:

1. Оказание всех видов медицинской помощи населению, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий, с целью быстрого возвращения его к труду, максимального снижения у него летальности и инвалидности.
2. Проведение полного комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых поражений населения, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, а при их развитии – на локализацию, изоляцию и ликвидацию инфекционных очагов с целью обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия территорий и населения, проживающего на них.
3. Организация снабжения формирований и учреждений ГОЗ медицинским, санитарно-хозяйственным и иным имуществом и оборудованием.
4. Проведение комплексных мероприятий по защите больных, персонала ЛПУ и других медицинских организаций от воздействия поражающих факторов современных средств ведения боевых действий и всевозможных катастроф в военное время.
5. Обеспечение систематической и планомерной специальной подготовки персонала медицинских организаций к выполнению своих обязанностей в военное время.
6. Обучение различных категорий населения приёмам и способам оказания первой помощи пострадавшим и правилам их адекватного поведения при возникновении различных видов очагов массовых потерь населения в военное время.

## 7. Проведение учёта, отчётности и аналитической деятельности в системе ГОЗ.

Организационно структура ГОЗ включает в себя: руководство, органы управления, силы и средства.

**Руководство** представлено начальниками ГОЗ, которыми являются:

- в Российской Федерации – Министр здравоохранения РФ;
- в субъекте РФ – руководитель органа управления здравоохранением субъекта РФ;
- в медицинских организациях – их руководители (главный врач, директор, начальник), а на объектах экономики немедицинского профиля, имеющие здравпункты (медпункты) – их заведующие.

**Органы управления ГО в сфере здравоохранения** на всех уровнях представлены штабами ГО, создающимися при соответствующих начальниках ГОЗ (от федерального до объектового уровней), которые обязаны находиться в постоянной готовности к решению возложенных на них задач. Этими задачами являются:

- разработка и ежегодная корректировка (чаще – при необходимости) Плана медико-санитарного обеспечения населения субъекта РФ на военное время (в медицинских организациях – Плана ГО) с последующим осуществлением контроля исполнения включённых в него мероприятий;
- организация и осуществление специальной подготовки медицинского персонала и медицинской подготовки персонала, не имеющего медицинского образования, а также прочего населения к практическим действиям в военное время;
- подготовка службы крови субъекта РФ к доукомплектованию её персоналом, дооснащению имуществом и оборудованием, исходя из мобилизационного задания Правительства РФ;
- создание больниц ГО и мобильных формирований на их базе в соответствии с мобилизационным планом-заданием здравоохранению, утверждённым губернатором субъекта РФ на военное время, и поддержание их в готовности к действиям по предназначению;

- создание, накопление, хранение и освежение резерва медицинского имущества на дополнительные специализированные койки, объёмы которого определяются мобилизационным планом-заданием;
- планирование и организация осуществления медицинского обеспечения эвакуации и рассредоточения населения городов, отнесённых к группам по ГО (категоризированных городов) в загородную зону;
- отработка мероприятий по переводу здравоохранения на работу в условиях военного времени (при необходимости);
- организация взаимодействия с ведомственными медицинскими службами и службами ГО территорий;
- создание надёжной и устойчивой системы оповещения, управления и связи на всех уровнях функционирования ГОЗ;
- отработка готовности субъектового и объектового здравоохранения к работе в условиях военного времени и его функционирования в различных условиях обстановки;
- совершенствование организации и тактики действий сил и средств ГОЗ в зависимости от прогнозируемых очагов поражения населения.

Для организации управления силами и средствами ГОЗ, исполнения ими мероприятий по переводу субъектового здравоохранения из периода повседневной деятельности на работу в различные степени готовности ГО (повышенная, военная опасность, полная) и обеспечения взаимодействия с ГО других министерств и ведомств, в составе штаба ГО органа управления здравоохранением субъекта РФ создаются группы контроля:

1. Установление связи и взаимодействия с:
  - Минздравом России;
  - органами исполнительной власти различных уровней;
  - руководителями медицинских организаций, дислоцированных на подведомственной территории, включая ведомственные и частные медицинские организации;
  - Главным управлением МЧС России в субъекте РФ и управлениями (отделами) ГО в администрациях муниципальных образований;

- оперативными службами территорий и предприятий повышенной опасности, функционирующими в зоне ответственности ГОЗ.

2. Организации защиты персонала и больных, находящихся на лечении в медицинских организациях путём подготовки защитных сооружений для их укрытия, включая нетранспортабельных больных, и путём накопления средств индивидуальной защиты.

3. Разработки проектов решений штаба ГО о состоянии готовности территориальной ГОЗ по:

- выполнению возложенного мобилизационного задания;
- обеспечению формирований и учреждений ГОЗ медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным, продовольственным и иным имуществом и оборудованием для устойчивой работы по назначению.

Органы управления здравоохранением РФ и её субъектов в военное время выполняют свои задачи на загородном запасном пункте управления (ЗПУ). При выходе из строя основного органа управления здравоохранением субъекта РФ из строя или невозможности выполнять им задачи в боевой обстановке, в одном из муниципальных образований загородной зоны создается и отрабатывается к реальному выполнению задач по руководству здравоохранением субъекта РФ его дублер, который берёт на себя функции органа управления здравоохранением.

**Силы ГОЗ** – учреждения и формирования с включённым в их состав персоналом, предназначенные для:

- оказания различных видов медицинской помощи населению, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий;
- проведения комплексных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых потерь населения;
- осуществления операций по медицинскому снабжению;
- выполнения вспомогательных и технических функций при решении задач по медицинскому обеспечению пострадавшего населения в период военных действий или вследствие этих действий.

Комплектуются учреждения и формирования ГОЗ военнообязанными гражданами, пребывающими в запасе (ГПЗ) ВС РФ и состоящими на специальном

воинском учёте, а также за счёт граждан, не состоящих на воинском учёте (см. главу 4 учебного пособия).

При дефиците персонала в государственном здравоохранении к оказанию медицинской помощи поражённому населению обязаны привлекаться кадровые ресурсы медицинских организаций ведомственной и частной форм собственности (на условиях договоров, соглашений), а также медицинский персонал из числа пенсионеров и работающих в других отраслях экономики.

**Средства ГОЗ** – это медицинское, санитарно-хозяйственное, специальное имущество, оборудование, специализированный медицинский транспорт и транспорт общего назначения, привлекаемый для медицинских целей. Комплектование средствами ГОЗ осуществляется за счёт:

1. Имущества повседневного обеспечения медицинских организаций в мирное время;
2. Имущества мобилизационного резерва, содержащегося на складах медицинских центров (МЦ) «Резерв» и получаемого по доверенностям, согласно имеющему мобилизационному заданию:
  - а) на развёртывание учреждений и формирований ГОЗ;
  - б) на развёртывание дополнительных специализированных больничных коек в больницах ГО.
3. Имущества резерва и неснижаемого запаса СМК, создаваемого в медицинских организациях согласно плану, определяемому органом управления здравоохранения субъекта РФ, на случай возникновения ЧС в мирное время.

В основу создания, комплектования, обучения сил и средств ГОЗ положены следующие основные принципы:

- 1. Территориально-производственный,** определяющий, что органы управления, учреждения и формирования ГОЗ создаются на базе существующих органов управления здравоохранения и медицинских организаций в субъекте РФ с максимальным использованием их людских и материальных ресурсов.
- 2. Универсализма подготовки** – органы управления, учреждения и формирования ГОЗ готовятся к работе в прогнозируемых на военное время очагах массового поражения (ядерном, химическом, биологическом, механо-термическом, комбинированном и т.п.) без кадровой реорганизации.

**3. Функционального предназначения** – учреждения и формирования ГОЗ предназначаются для оказания гражданскому населению, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий, определённого вида и объёма медицинской помощи.

В основу организации оказания медицинской помощи поражённым и больным в системе ГО положены принципы, раскрытые на рис. 13.



**Рис. 13. Основные принципы организации оказания медицинской помощи поражённым и больным в системе гражданской обороны**

К учреждениям ГОЗ относят:

- больницы ГО (головные, многопрофильные, профилированные) с поликлиническими отделениями в их составе;
- станции (институты) переливания крови;
- станции скорой медицинской помощи;
- бюро судебно-медицинской экспертизы и иные медицинские организации в субъектах РФ (госпитали для ветеранов войн, станции переливания крови, центры медицинской профилактики, центры медицины катастроф, медицинские информационно-аналитические центры и т.п.), а также центры гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ), склады медицинского снабжения, аптеки и образовательные учреждения по подготовке медицинского персонала.

Эти учреждения предназначены для:

- оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, проведения комплексного лечения населению, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий. Опыт прошедших войн и катастроф показал, что в специализированной медицинской помощи и последующем лечении нуждается до 30% пострадавших из очага, обусловленного массированным применением огнестрельного оружия, до 50% - из ядерного очага, до 70% - из химического очага и до 100% - из биологического очага;

- проведения профилактической, информационно-аналитической и иной работы в сфере лечебно-эвакуационного аспекта здравоохранения;

- заготовки донорской крови и производства из неё компонентов для последующего их использования в процессе лечения тяжёлых больных;

- осуществления санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых потерь населения;

- обеспечения больниц ГО медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом;

- проведения профессиональной подготовки и переподготовки медицинского персонала, в том числе для целей ГОЗ.

В военное время в субъектах РФ для медицинского обеспечения гражданского населения создается и развёртывается **больничная база (ББ) ГО**, включающая в себя:

- управление ББ, как орган руководства ГОЗ в военное время. Оно создается на базе органа управления здравоохранением в мирное время;

- ЛПУ, функционирующие в загородной зоне и доразвёртывающиеся в больницы ГО до объёмов установленного мобилизационного задания;

- ЛПУ категорированных городов, доразвёртывающиеся до объёмов мобилизационного задания в больницы ГО, а при необходимости, и эвакуирующиеся в загородную зону;

- ЛПУ категорированных городов, остающиеся в них на период военного времени для осуществления медицинского обеспечения персонала работающих смен предприятий, продолжающих производственную деятельность на месте своей постоянной дислокации;



- лечебно-эвакуационные направления (ЛЭН) – пути эвакуации (автомобильные, железнодорожные, водные и др.), проходящие через территории муниципальных образований субъекта РФ с развернутой на них сетью учреждений ГОЗ.

Общая коечная ёмкость ББ ГО определяется суммарной величиной коечного фонда здравоохранения субъекта РФ в мирное время и дополнительно развёртываемой, согласно мобилизационному заданию, специализированной коечной сетью в больницах ГО. В структуре ГОЗ различают следующие виды больниц ГО:

- **многопрофильные больницы (МПБ) ГО** – их, как правило, создают наиболее крупные ЛПУ (областные, краевые, республиканские, городские больницы, центральные районные и центральные городские больницы – ЦРБ, ЦГБ), имеющие в своем составе значительный спектр лечебных отделений, в том числе отделения хирургического профиля;

- **профилированные (монопрофильные, специализированные) больницы (ПБ) ГО** – создаются на базе специализированных ЛПУ, функционирующих в мирное время (инфекционные, туберкулезные, кожно-венерологические, акушерско-гинекологические, офтальмологические, терапевтические, психоневрологические, реабилитационные и др.). При создании терапевтических больниц следует предусмотреть функционирование различных отделений (кардиологических, гастроэнтерологических, пульмонологических, эндокринологических и т.п.), исходя из возможностей ЛПУ, на базе которых они создаются.

**МПБ ГО** включают в свой состав лечебно-диагностические отделения хирургического и терапевтического профилей, исходя из:

- штатных возможностей персонала (числа забронированных за больницей военнообязанных и наличия среди работающих невоеннообязанных), а также привлекаемых по найму в военное время;

- прогнозируемой структуры повреждений, травм и заболеваний, способных развиться (обостриться) у населения при ведении военных действий или вследствие этих действий на обслуживаемой территории.

В структуру МПБ ГО включают следующие отделения:

- приёмно-сортировочное;

- реанимации, анестезиологии и интенсивной терапии;
- хирургическое, травматологическое, ожоговое, нейрохирургическое (при невозможности их отдельного создания формируют объединённое общехирургическое отделение);
- терапевтическое, кардиологическое, пульмонологическое, эндокринологическое и т.д. (либо – общетерапевтическое);
- гинекологическое, родильное, детское;
- психоневрологическое;
- поликлиническое, физиотерапевтическое, рентгенологическое (рентген-кабинет), лабораторное, медицинского снабжения;
- по возможности, «узкоспециализированные» (офтальмологическое, ЛОР, челюстно-лицевое, кожно-венерологическое и др.).

Помимо вышеуказанных отделений МПБ ГО, создаваемые на базе ЦРБ (ЦГБ), включают в свой состав отделение скорой медицинской помощи и инфекционное отделение. При развёртывании МПБ следует ориентироваться на число хирургических коек в объёме 60-65% от общего коечного фонда.

Из числа, как правило, ЦРБ, расположенных на основных транспортных магистралях вблизи городов, отнесённых к группам по ГО (категорированных городов), для руководства организацией оказания медицинской помощи поражённым внутри каждого ЛЭН, определяют **головные больницы (ГБ) ГО**, являющиеся по своей структуре МПБ ГО. В целях рационального распределения потоков поражённых по лечебным учреждениям ЛЭН головная больница развёртывает **медицинский распределительный пункт (МРП)**, с возложением на него следующих задач:

- определение загруженности больниц ГО на конкретном лечебно-эвакуационном направлении поражёнными и больными для выявления последующей рациональной госпитализации пострадавших в них;
- осмотр поступающих поражённых и больных с оказанием им первичной медико-санитарной помощи;
- выявление тяжелобольных, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в отделениях головной больницы ГО;

- выявление профиля и характера поражения, ранения, заболевания у поражённых и больных, нуждающихся в лечении в больницах ГО, расположенных на данном ЛЭН в зоне ответственности ГБ ГО;

- определение и выделение транспорта для эвакуации поражённых и больных в больницы ГО, расположенные в пределах ЛЭН с учётом их специализации и загрузки;

- учёт поступивших поражённых, больных и направленных в больницы ГО с последующим информированием начальников ГОЗ.

В составе МРП работают врач, медицинская сестра и 6 санитарных дружинниц (последние не имеют медицинского образования, но прошли подготовку по оказанию пострадавшим, заболевшим первой помощи). На месте развёртывания МРП оборудуют платформу для подъезда автомобиля (автобуса) с ранеными с целью осуществления их осмотра, ознакомления с медицинской документацией и оказания, при необходимости, неотложной врачебной медико-санитарной помощи.

На месте дислокации МРП устанавливается указатель остановки транспорта и оборудуется место для отдыха его персонала. С МРП пострадавших, сгруппированных по виду и профилю поражения (заболевания), направляют на транспортных средствах в больницы ГО определённого ЛЭН; при этом водителю автомобиля выдается маршрутный лист, в котором указывается адрес больницы ГО, куда эвакуируются поражённые и больные.

В структуре многопрофильных и профилированных больниц ГО обязательно развёртываются хозяйственные подразделения и пищеблок, а при создании их на базе ЦГБ (ЦРБ) и морг.

Многопрофильные больницы, не являющиеся головными, и профилированные больницы ГО при въезде на её территорию оборудуют **временный распределительный пост (ВРП)** в составе фельдшера и 2-3 сандружинниц, с которого раненых и больных направляют в приёмно-сортировочное отделение (где оборудуется отделение специальной обработки), либо непосредственно в лечебно-диагностические отделения, если они не нуждаются в санитарной и специальной обработке.

Для приёма (отправки) поражённых и больных с целью их временного размещения на вокзалах, пристанях, аэропортах следует предусмотреть

развёртывание **эвакуационных приёмников (ЭП)**. При их развёртывании создают сортировочно-эвакуационное и хозяйственное отделения, а для оказания экстренной медицинской помощи поражённым и больным – перевязочную. Развёртывание эвакоприёмника возлагается на ведомственное здравоохранение (железнодорожное, авиационное, морское, речное), а при их отсутствии – на государственное здравоохранение, функционирующее в субъекте РФ.

**Станция (подстанции) скорой медицинской помощи**, как учреждение с входящими в его состав мобильными бригадами, работает в военное время по своему прямому назначению, а при осуществлении эвакуации населения категорированных городов в загородную зону привлекаются к его медицинскому обеспечению. По выполнению этих задач бригады скорой медицинской помощи (БСкМП) эвакуируются в загородную зону, оставляя часть из них в категорированных городах для медицинского обеспечения персонала работающих смен предприятий, продолжающих производственную деятельность в этих городах.

Для целей ГО в сфере здравоохранения, помимо БСкМП, создаются, комплектуются персоналом и оснащаются имуществом мобильные формирования, предназначенные для оказания первой помощи и различных видов медицинской помощи пострадавшим в ходе военных действий или вследствие этих действий. Эти формирования в зависимости от вида, объёма и характера выполняемой работы подразделяются на 3 группы:

**1. Объектовые формирования** – создаются на объектах экономики, как правило, немедицинского профиля и предназначаются для оказания первой помощи поражённым и больным, проведения простейших санитарно-противоэпидемических мероприятий в очагах массовых людских и материальных потерь и обучения населения правилам поведения в таких очагах. К этим формированиям относятся санитарные посты (СП), санитарные дружины (СД) и отряды санитарных дружин (ОСД). В их состав **не включаются** лица, имеющие медицинское образование, а также студенты старших курсов высших и средних медицинских образовательных учреждений.

**Санитарный пост (СП)** – создаётся из персонала объектов экономики различной формы собственности, включая и образовательные учреждения, из расчёта один пост на 200 работающих (обучающихся), а при численности работающих менее

200 человек – один СП на объект. В состав СП включают 4 человека, каждый из которых обязан быть экипирован форменной одеждой, средствами индивидуальной защиты органов дыхания и кожных покровов и иметь на оснащении санитарную сумку. На 2-х санпостовцев выдают одни санитарные носилки и плечевые лямки к ним.

В мирное время персонал СП готовится к оказанию первой помощи пострадавшим при производственных травмах и острых заболеваниях, а также для проведения оздоровительных мероприятий среди работающего персонала объектов экономики. В военное время он выполняет те же функции в условиях возникновения массовых поражений (повреждений) на объекте экономики. За 10 часов работы подготовленный персонал СП обязан оказать первую помощь не менее 100 раненым и поражённым.

**Санитарная дружина (СД)** – включает в свой состав 23 человека: командир, связной (по-совместительству и завхоз), шофёр и 5 звеньев по 4 сандружинника в каждом. Санитарная дружина предназначена для оказания первой помощи пострадавшим на внешней границе очагов массового поражения; Она способна работать как автономно, так и в составе формирований и учреждений ГОЗ, либо объединяться в отряды санитарных дружин (ОСД), включающие в себя 4-5 СД, и выполнять возложенные на них функции. СД обеспечиваются военным комиссариатом приписанным автотранспортом и предназначенными водителями.

Комплектуются СД персоналом, как правило, на одном объекте экономики; при малой численности последних дополняются персоналом из соседних организаций той же сферы деятельности. Оснащение СД: форменная одежда, сумки санитарные, противохимические и перевязочные пакеты, индивидуальные средства защиты органов дыхания и кожных покровов (приобретаются за счёт объектов экономики, формирующих СД).

Специальная подготовка личного состава СД осуществляется силами территориального или ведомственного здравоохранения по заявке предприятий и учреждений, на которых они создаются на компенсационной основе со стороны заявителей. Основными формами подготовки являются практические занятия, штабные тренировки и тактико-специальные учения (см. главу 7).

Одна СД способна за 10 часов работы оказать первую помощь 500 пострадавшим, а в условиях биологического поражения за ней закрепляется территория с населением до 1500 человек для проведения простейших противоэпидемических мероприятий и обучения населения правилам поведения на заражённой местности.

**2. Формирования, создаваемые на базе лечебно-профилактических учреждений** – мобильные медицинские отряды (ММО), бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) и их отряды (ОСМП), подвижные госпитали (хирургический – ХПГ, токсико-терапевтический – ТТПГ, инфекционный – ИПГ).

**Мобильный медицинский отряд (ММО)** – формирование оперативной готовности, предназначенное для приёма, медицинской сортировки, проведения частичной специальной обработки раненым, больным и поражённым, оказания им первичной медико-санитарной помощи, осуществления временной изоляции инфекционных больных, лиц с реактивными состояниями и поражённых ОВ и РВ, а также для подготовки их к дальнейшей эвакуации. Создаётся на базе ЛПУ, как правило, амбулаторно-поликлинического профиля.

Штатная численность ММО включает 37 человек, в том числе 5 врачей (из них начальник отряда – 1, врач общей практики – 3, врач-педиатр – 1), средний медицинский персонал – 10, санитаров – 4, санитар-дозиметрист – 1, санитаров-медрегистраторов – 2, санитаров-носильщиков – 8, слесарей-ремонтников – 2, кладовщик – 1, электрик – 1, водителей – 3.

ММО за смену (12 часов) может принять, провести медицинскую сортировку, оказать первичную врачебную медико-санитарную помощь 100 поражённым и подготовить их к последующей эвакуации.

Обеспечение ММО медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом осуществляется за счёт имущества медицинской организации-формирователя, имущества мобилизационного резерва и имущества из местных ресурсов. Нормы этих видов имущества рассчитаны на автономную работу отряда в течение 3-х суток.

Автомобильный транспорт для ММО приписывается военкоматом, горюче-смазочными материалами (ГСМ) обеспечивается органами исполнительной власти и организацией-формирователем.

Приведение в готовность ММО к приёму поражённых 60 минут после его прибытия к месту развёртывания; полная готовность летом – 2 часа, зимой – 2,5 часа.

Для развёртывания ММО выбирается площадка на границе очага поражения размером не менее 120х120 метров, максимально приближённая к району возникновения массовых санитарных потерь. В зависимости от условий, ММО может развёртываться в пневмокаркасных сооружениях (модулях), в сохранившихся зданиях, комбинированно (в зданиях и модулях) и в палатках.

Схема развёртывания ММО может меняться в зависимости от условий, но во всех случаях должны быть следующие функциональные подразделения:

- сортировочно-эвакуационное отделение с сортировочным постом, сортировочной площадкой, площадкой специальной обработки, приёмно-сортировочной палаткой и эвакуационной. Сортировочно-эвакуационное отделение обеспечивает одновременный приём и временное размещение до 40 поражённых, включая 15 – носилочных;

- изоляторы для инфекционных больных и лиц с реактивными состояниями;

- перевязочная;

- аптека и отделение материально-технического обеспечения.

В ММО оборудуются места для размещения агонирующих.

На СП работает санитар-дозиметрист. На сортировочной площадке – сортировочная бригада в составе: врач – 1, медсестра – 2, санитар – 3 (в том числе 2 регистратора). За 1 час эта бригада может провести медицинскую сортировку 20 поражённым. Приёмно-сортировочная палатка оборудуется из расчёта одновременного размещения 10 поражённых, заболевших. В эвакуационной постоянно работает медицинская сестра.

Перевязочная развёртывается в пневмокаркасном сооружении медицинском (ПСМ-6). В неё поступает до 25% поражённых от числа всех поступивших в ММО. Работают 2 врача, 4 медсестры и 1 санитар; оказывается первичная врачебная медико-санитарная помощь.

Более подробная информация о ММО изложена в приложении 25.

**Бригада специализированной медицинской помощи (БСМП)** – создается на базе многопрофильных и монопрофильных городских, областных и республиканских больниц, а также на базе клиник высших образовательных учреждений медицинского профиля. В составе БСМП, создающихся в структуре ГОЗ, работают 2 врача-специалиста, 2 медсестры и водитель.

Профиль БСМП определяется специальностью врачей, включённых в их состав (общехирургическая, детская хирургическая, травматологическая, нейрохирургическая, анестезиологическая, токсико-терапевтическая, акушерско-гинекологическая, офтальмологическая, трансфузиологическая, психоневрологическая и др. – всего 17 профилей). Оснащение БСМП производится учреждением-формирователем, согласно таблице, за счёт средств бюджета здравоохранения субъекта РФ. Имущество хранится в ЛПУ-формирователе в укладках и в готовности к немедленному использованию.

Используются БСМП для усиления больниц ГО, в отдельных случаях могут придаваться ММО для временной работы по оказанию первичной медико-санитарной помощи, особенно в первые сутки массового поступления поражённых. Возможно их использование для оказания медицинской помощи пострадавшим на внешней границе очага поражения с последующей передислокацией для работы в больницу ГО.

Возможности БСМП определяются профилем бригады. Так, БСМП хирургического профиля за 10 часов работы способны выполнить 6-10 оперативных вмешательств, а БСМП терапевтического профиля за это же время способны оказать специализированную медицинскую помощь 50-100 поражённым и больным.

**Отряд специализированной медицинской помощи (ОСМП)** – формируется при возникновении масштабных очагов массовых людских потерь среди населения с различными видами патологии, включает в себя не менее 8 разнопрофильных БСМП с управлением, представленным начальником, его заместителем и водителем-радистом.

**Хирургический подвижной госпиталь (ХПГ)** – комплектуется персоналом многопрофильной больницы, имеющей в своем составе хирургические отделения, и предназначен для оказания хирургической помощи, в основном по жизненным показаниям, и последующего лечения населения, пострадавшего в ходе ведения



военных действий или вследствие этих действий. Развёртывается в модулях общей емкости на 300 коек.

В составе госпиталя работает 173 человека, из них 15 врачей (в том числе 8 хирургов), 65 – среднего медицинского персонала, 50 – младшего и 43 человека прочего персонала. ХПГ оснащён 15 автомобилями (2 легковых, 12 грузовых, 1 санитарный автобус), 2 автоцистернами и 2 дезинфекционно-душевыми автомобилями (ДДА). Срок готовности ХПГ к приёму поражённых и больных – 3 часа после прибытия к месту развёртывания, а полная его готовность в течение 6-8 часов. В составе госпиталя:

- управление, медицинская часть, отдел материально-технического обеспечения;
- основные лечебно-диагностические отделения (приёмно-эвакуационное, первое хирургическое с операционно-перевязочным блоком, реанимационной палатой и палатой интенсивной терапии; второе и третье хирургические отделения с палатами интенсивной терапии);
- вспомогательные подразделения: лаборатория, рентгеновский и физиотерапевтический кабинеты, аптека, морг. Имеются хозяйственное отделение, столовая и электростанция.

**Токсико-терапевтический подвижной госпиталь (ТТПГ)** – комплектуется персоналом токсикологических центров или больниц, имеющих в своём составе токсикологические отделения. Госпиталь предназначен для оказания специализированной медицинской помощи поражённым боевыми химическими веществами и последующего их лечения. Развёртывается на 300 коек в модулях, заложенных в мобрезерв.

Количество личного состава ТТПГ – 171 человек, из них 18 врачей (в том числе 11 терапевтов-токсикологов, 2 анестезиолога-реаниматолога), 47 средних, 60 младших медицинских работников и 46 человек прочего персонала. К ТТПГ приписывается 20 единиц автотранспорта (2 легковых и 12 грузовых автомобилей, 1 санитарный автобус, 1 прицеп-фургон для подвоза хлеба, 2 автоцистерны и 2 ДДА).

В своём составе ТТПГ имеет управление, медицинскую часть и лечебно-диагностические отделения (приёмно-эвакуационное, два терапевтических, психоневрологическое, физиотерапевтическое и стоматологическое). Оборудуются

лаборатория, рентгенкабинет, аптека, морг, отделение МТО, столовая, электростанция. Готовность к приёму поражённых 2 часа с момента прибытия к месту развёртывания, а полная к работе – 3 часа.

**Инфекционный подвижной госпиталь (ИПГ)** – комплектуется из персонала ЛПУ инфекционного профиля по типовому штату и предназначен для проведения лабораторной индикации биологических (бактериальных) средств, оказания специализированной медицинской помощи, лечения инфекционных больных и оказания консультативной помощи медицинскому персоналу, работающему в очагах вспышечной инфекционной заболеваемости. В составе ИПГ 138 человек, из них 17 врачей, 42 средних медицинских работника и 79 человек прочего персонала.

ИПГ имеет свой палаточный фонд модульного типа, закладываемый в мобилизационный резерв. В его составе развёртываются приёмно-диагностическое, два лечебно-диагностических отделения, клинико-диагностическая и бактериологическая лаборатории, аптека, обмывочно-дезинфекционное, хозяйственное, транспортное отделения и столовая.

При развёртывании в инфекционном очаге ИПГ способен обеспечить специализированное лечение 200 больных в течение месяца, а в очаге особо опасных инфекций (ООИ) его ёмкость сокращается до 100 коек без изменения штатной численности персонала.

ИПГ укомплектовывается 13 единицами автотехники (1 легковой и 8 грузовых автомобилей, 1 мотоцикл, 1 санитарный автобус, 1 санитарно-бактериологическая лаборатория и 1 автоцистерна). Ему придаются один ДДА и один дезинфекционно-душевой прицеп (ДДП).

Госпиталь прекращает свою деятельность после выписки выздоровевших больных, проведения заключительной дезинфекции, обсервации и полной санитарной обработки медицинского и обслуживающего персонала.

**3. Формирования, создаваемые на базе учреждений санитарно-эпидемиологического профиля** – они, как правило, создаются и формируются на базе ФГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», при необходимости, с привлечением медицинского персонала управления Роспотребнадзора в субъекте РФ. Мобильные формирования и лаборатории СНЛК, создаваемые в сети Роспотребнадзора,

предназначенные для работы в очагах ЧС мирного времени, используются и в очагах военного времени. Их структура, задачи и возможности изложены в разделе 2.4.

## **5.2. Организация медицинского обеспечения эвакуации и рассредоточения населения в загородную зону**

В связи с изменениями в концепции ведения войн, произошедшими на стыке веков, и переносом акцента с использования ядерного оружия на высокоточное и оружие, основанное на новых физических принципах, вероятность материальных разрушений и массового поражения мирного населения снижается. Это обусловлено тем, что применение современных видов оружия направлено, прежде всего, на промышленные и военные объекты. Однако гибель и поражение части гражданского населения все же неизбежны. Значит население, проживающее в городах, отнесенных к группам по ГО (категорированные города), и вблизи потенциально опасных объектов экономики, обязано эвакуироваться в загородную зону. В ряде случаев, это мероприятие, как способ защиты гражданского населения является безальтернативным.

При изложении настоящего раздела следует усвоить следующие основные понятия, определяющие сущность эвакуационных мероприятий.

**Эвакуация населения** – комплекс мероприятий по организованному вывозу всеми видами имеющегося транспорта и выводу пешим порядком населения из категорированных городов в загородную зону с целью его последующего в ней размещения, проживания и организации трудовой деятельности.

Эвакуации подлежат неработающее население, дети дошкольного и школьного возраста, студенты высших и средних образовательных учреждений, персонал объектов социально-экономической сферы, деятельность которых без ущерба для экономики страны может быть перенесена в загородную зону.

**Рассредоточение населения** – комплекс мероприятий по организованному вывозу из категорированных городов в загородную зону рабочих и служащих объектов экономики, продолжающих свою производственную деятельность в условиях военного времени на месте их постоянной дислокации, с целью последующего размещения персонала этих объектов для отдыха и обустройства в загородной зоне.

**Загородная зона (ЗЗ)** – территория в пределах административных границ субъекта РФ, расположенная вне зон возможных разрушений от воздействия современных боевых средств, вне прогнозируемых очагов радиоактивного,

химического или биологического поражения, вне зон катастрофического затопления и заблаговременно подготовленная для размещения, проживания, первоочередного жизнеобеспечения, организации трудовой деятельности эвакуируемого населения из категорированных городов в 3З, а также для отдыха свободного от рабочих смен персонала объектов экономики, продолжающих производственную деятельность в категорированных городах в военное время.

Рассредоточиваемое население размещается на внешней границе загородной зоны, а эвакуируемое – на всю её глубину.

Непосредственное осуществление мероприятий по организации подготовки и проведению эвакуации и рассредоточению населения, эвакуации материальных и культурных ценностей осуществляют эвакуационные комиссии (ЭК) территорий, работающие под руководством органов исполнительной власти различных уровней и во взаимодействии с ГУ МЧС России по субъекту РФ. В состав территориальных ЭК обязательно включается представитель органа управления здравоохранением, который организует медицинское обеспечение эвакуационных мероприятий.

Эвакуация предусматривает массовое перемещение людей в ограниченные сроки, что обуславливает возможность возникновения у них острых заболеваний и травм, обострения хронических недугов, нарушений в психической сфере, осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки территории, а значит, требует всестороннего медицинского обеспечения. Проживание эвакуированных (преимущественно старики, женщины, дети) в местах временного расселения загородной зоны может принять долговременный характер.

Кроме того, опыт прошедших локальных войн и военных конфликтов свидетельствует, что при разрушении крупных городов, за их границами возможна концентрация не только организованно эвакуируемого населения, но и большого количества вынужденных переселенцев, прибывающих в результате стихийной миграции и не имеющих крова, продуктов питания и предметов первой необходимости для обеспечения жизнедеятельности.

Эти факты и обстоятельства требуют проведения активной подготовительной работы с населением и обязательного медицинского обеспечения эвакуируемого и рассредоточиваемого населения. Оно осуществляется в соответствии с федеральным законом «О гражданской обороне» и с постановлением Правительства РФ от

22.06.2004 г. № 303 «Об утверждении Положения об эвакуации населения, материальных и культурных ценностей в безопасные районы» путём проведения мероприятий по первоочередному жизнеобеспечению населения, предусматривающих:

- оказание первой помощи пострадавшим и заболевшим в ходе эвакуации в виде само- и взаимопомощи, либо персоналом различных видов оперативных немедицинских групп, обеспечивающих эвакуацию населения в загородную зону, в местах его концентрации (сборные и приёмные пункты эвакуации, пункты посадки на транспорт и высадки с него, места расселения эвакуированного населения);

- организацию госпитализации на стационарное лечение в ЛПУ остро заболевших лиц, из числа эвакуируемых;

- медицинское обеспечение населения, эвакуируемого в загородную зону, на всех этапах эвакуации и в местах его расселения;

- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в местах временного расселения эвакуированного населения.

Особое значение придается организации эвакуации медицинских организаций и медицинскому обеспечению персонала предприятий, продолжающих своё функционирование в категорированных городах в военное время.

Медицинское обеспечение эвакуации населения:

- организуется по территориально-производственному принципу и возложено на руководителей здравоохранения-начальников ГОЗ субъекта РФ;

- включает проведение организационных, профилактических, лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на охрану жизни и здоровья эвакуируемого населения, своевременное оказание медицинской помощи заболевшим и травмированным в ходе эвакуации, на предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний среди населения, а при их возникновении — на своевременную локализацию, изоляцию и ликвидацию их.

При проведении эвакуационных мероприятий на ГОЗ возлагаются задачи по:

- организации медицинского обеспечения населения в ходе эвакуации;
- выводу формирований ГОЗ в загородную зону;

- эвакуации медицинских организаций из категорированных городов в загородную зону и их развёртыванию на её территории;
- организации лечения нетранспортабельных больных в больницах ГО категорированных городов;
- организации медицинского обеспечения рабочих и служащих объектов экономики, продолжающих работу в военное время;
- защите больных и персонала медицинских организаций от поражающих факторов современных средств боевого воздействия.

Для решения этих задач проводятся следующие мероприятия:

- развёртывание медицинских пунктов (МП) и организация их круглосуточной работы для оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим и больным из числа эвакуируемых на сборных эвакуационных пунктах (СЭП) и пунктах посадки (ПП), на маршрутах эвакуации, промежуточных пунктах эвакуации (ППЭ), пунктах высадки (ПВ), приёмных эвакуационных пунктах (ПЭП) и в местах расселения эвакуированного населения;
- осуществление санитарно-эпидемиологического надзора и контроля за проведением эвакуационных мероприятий, за состоянием мест размещения эвакуированного населения, за организацией его питания, водоснабжения и банно-прачечного обслуживания в ходе эвакуации и в местах расселения;
- непрерывное наблюдение за санитарно-эпидемиологической обстановкой, а при её осложнении – выявление инфекционных больных, их изоляция, лечение и выполнение противоэпидемических мероприятий;
- медицинское обеспечение нетранспортабельных больных, размещенных в защищённых стационарах ЛПУ категорированных городов;
- организация работы медпунктов (здравпунктов) на объектах экономики, продолжающих свою деятельность в военное время;
- снабжение медицинским имуществом медицинских пунктов, развёртываемых на путях эвакуации, и медицинских организаций, привлекаемых для медицинского обеспечения эвакуируемого населения;
- эвакуация в загородную зону медицинского персонала, членов их семей, транспортабельных больных, медицинского имущества и оборудования медицинских организаций, функционирующих в категорированных городах.

Успешное решение задач по медицинскому обеспечению эвакуационных мероприятий достигается заблаговременным планированием. Для этого штабы ГО органов управления здравоохранением различных уровней обязаны располагать определенными исходными данными, которыми являются:

- численность эвакуируемого населения, как в городе, так и в его административных округах (включая детей в детских учреждениях);
- количество, места расположения и пропускная способность СЭП, ПП;
- количество населения, распределяемого для эвакуации в составе автоколонны (железнодорожного состава, теплохода, пешей колонны и т.п.);
- маршруты и способы эвакуации населения;
- транспортная доступность к эвакуационным пунктам;
- знание дислокации ППЭ и ПВ;
- численность подлежащего расселению населения;
- знание обустройства районов расселения эвакуируемого населения;
- численность и квалификация медицинского персонала, привлекаемого для медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий;
- наличие укладок медицинского имущества, готовых для экстренного применения по назначению в этих условиях;
- возможность привлечения транспорта (медицинского и иного) для проведения эвакуационных мероприятий.

На основании полученных сведений руководство ГОЗ определяет потребность в различных категориях медицинского персонала, в медицинском имуществе, оборудовании и санитарном транспорте для обслуживания эвакуируемых на путях эвакуации.

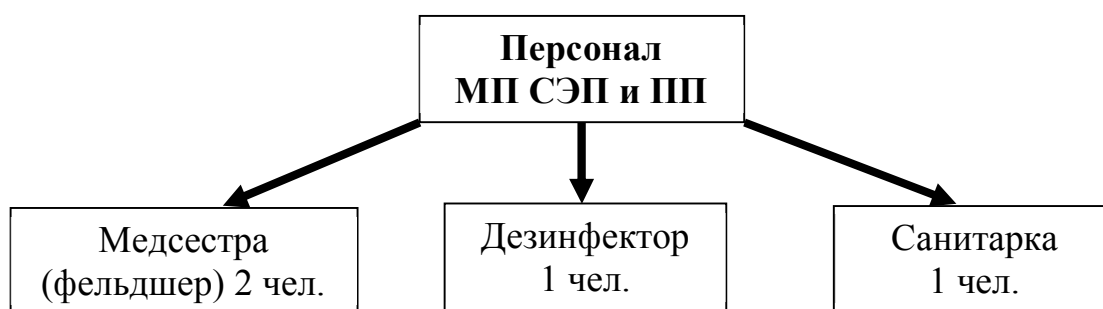
На ПП и ПВ, медицинские пункты создаются, комплектуются и оснащаются за счёт сил и средств ведомственного здравоохранения (при его наличии), а при его отсутствии – за счёт территориального здравоохранения.

**На медицинские пункты, создаваемые при СЭП и ПП,** выделяется медицинский персонал из расчёта работы в смену (8 часов): 2 средних медицинских работника (при этом один из них постоянно находится на СЭП, а другой – наблюдает за поведением и внешним состоянием здоровья формирующихся в колонны), 1 санитарка, 1 дезинфектор. (рис. 14).



В случае необходимости консультации врача или госпитализации вызывается БСкМП категорированного города, которые работают в нём до завершения эвакуационных мероприятий.

Медицинские пункты, развёртываемые на путях эвакуации, обеспечиваются имуществом для оказания медицинской помощи теми ЛПУ, которыми они создаются. Персонал МП обязан быть готовым по вопросам оказания неотложной медицинской помощи, выявления и изоляции инфекционных больных или лиц, подозрительных на эти заболевания, включая детские контингенты, а также по вопросам принятия простейших управленческих медицинских решений в складывающейся обстановке.

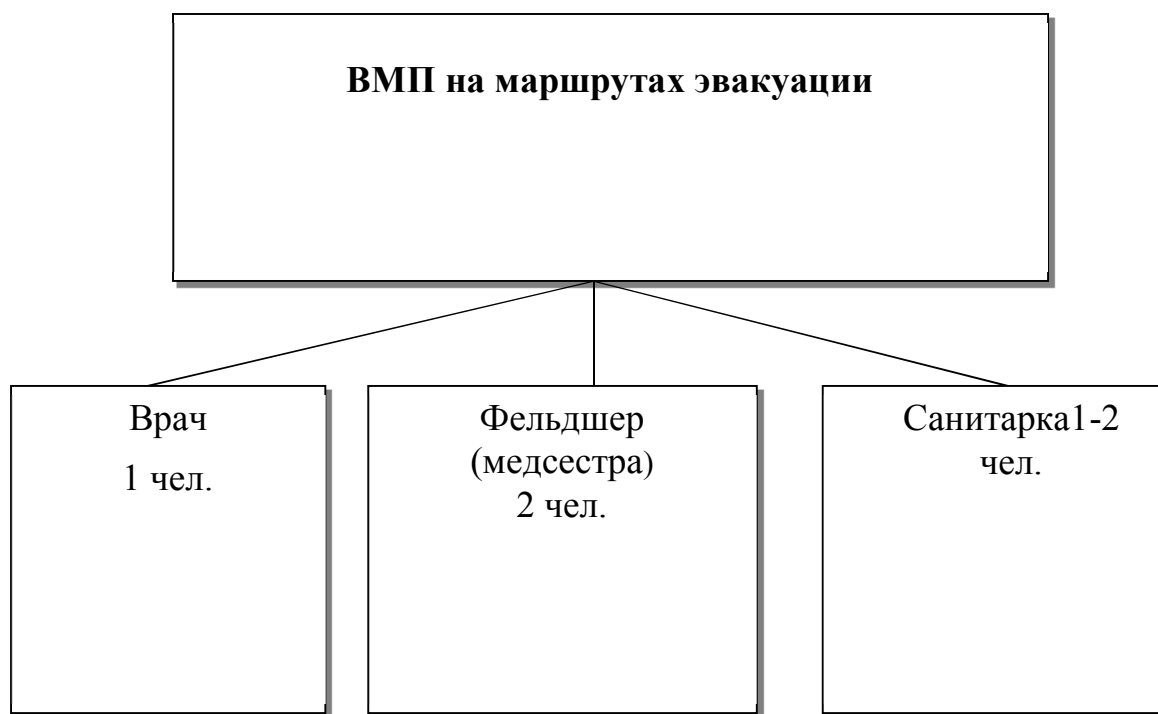


**Рис. 14. Структура медицинского пункта, создаваемого на сборных эвакуационных пунктах и пунктах посадки**

Для медицинского обеспечения населения, эвакуируемого автомобильными колоннами, железнодорожными эшелонами, водным транспортом в состав колонн, эшелонов, судов включают 2-х средних медицинских работников (из числа эвакуируемых)) с соответствующим оснащением. В пути следования они, при необходимости, оказывают первичную доврачебную медико-санитарную помощь заболевшим, принимают решения в части тактики ведения больных и пострадавших.

При пешей эвакуации в колонну численностью 500 человек выделяется один средний медицинский работник. Кроме того, к медицинскому обеспечению привлекаются ЛПУ, расположенные на путях эвакуации. Места их расположения обязаны обозначаться указательными знаками на дорогах. В ряде случаев на каждый маршрут эвакуации по принципу патрулирования выделяется не менее 2-х БСкМП в составе врача (фельдшера) и медицинской сестры.

Если на маршрутах эвакуации колонн отсутствуют ЛПУ, то в местах больших привалов при ППЭ развёртывается **временный медицинский пункт (ВМП)** с привлечением для работы на нём персонала ближайшего ЛПУ. Его состав 1 врач, 2 медицинские сестры, 1-2 санитарки (рис. 15).



**Рис. 15. Структура временного медицинского пункта, создаваемого в местах больших привалов при пунктах промежуточной эвакуации**

С появлением среди эвакуируемых заболевших (пострадавших), ЛПУ загородной зоны, находящиеся вблизи маршрутов эвакуации, согласно плану медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий, направляют дежурный санитарный автотранспорт с медицинским персоналом на железнодорожные станции или водные пристани для приёма, медицинского осмотра заболевших (пострадавших) и принятия решения о тактике их дальнейшего лечения.

На ПВ и ПЭП развёртываются МП, по структуре и штатному составу, аналогичные создаваемым на ПП и СЭП. Пострадавшим и заболевшим, из числа прибывшего населения, медицинская помощь по неотложным показаниям оказывается в объёме первичной медико-санитарной, а при необходимости, они госпитализируются в ближайшие стационары или направляются на амбулаторное лечение.

В местах расселения эвакуированного населения его медицинское обслуживание осуществляется по участково-территориальному принципу ЛПУ сельской местности или эвакуированными ЛПУ из категорированных городов и развернувшимися для работы в загородной зоне.

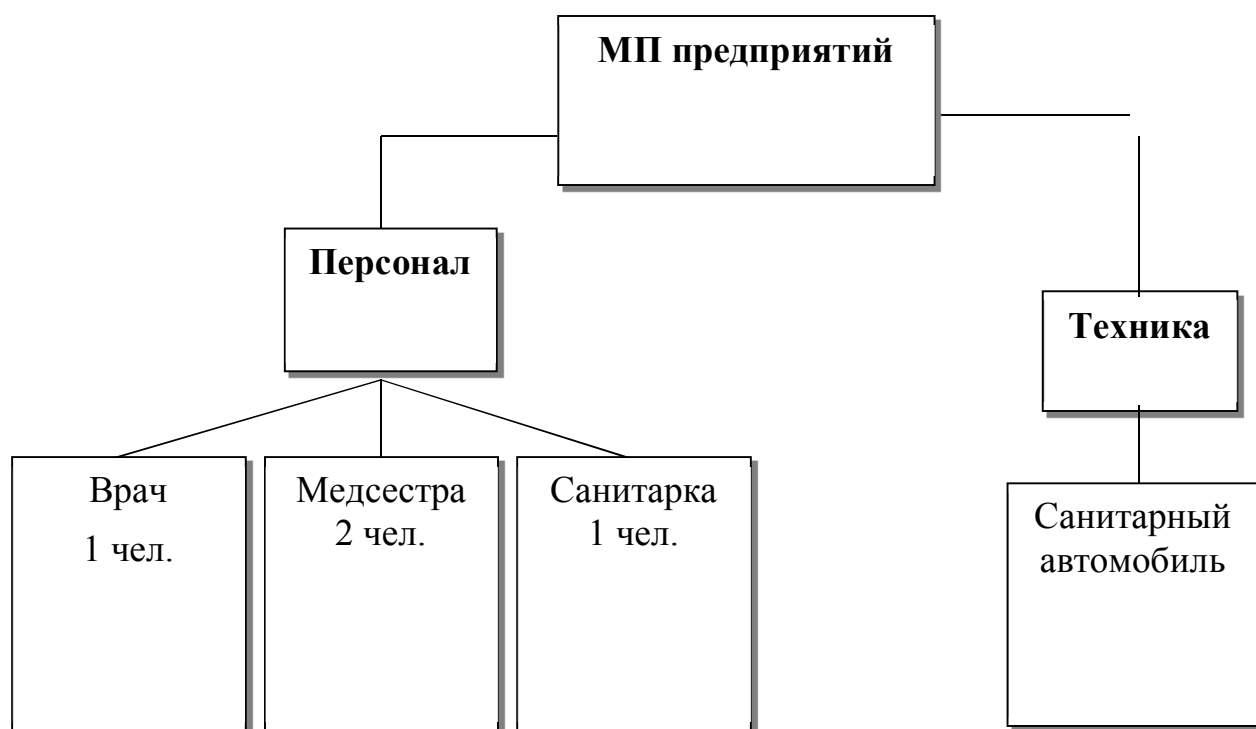
Санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение эвакуируемого населения осуществляется на всём пути его эвакуации и возлагается на учреждения Роспотребнадзора, создающие для этой цели мобильные формирования, выполняющие следующие функции:

- непрерывное эпидемиологическое наблюдение и ведение бактериологической разведки на маршрутах эвакуации и в местах дислокации эвакуируемого населения;
- выявление, совместно с лечебной сетью, инфекционных больных, организацию их изоляции и госпитализации;
- осуществление контроля за соблюдением санитарно-гигиенических правил на объектах питания и водоснабжения, организацией банно-прачечного обслуживания населения, удалением или обеззараживанием пищевых отходов, обеззараживанием туалетов на маршрутах движения и в районах расселения эвакуируемого населения.
- организация мероприятий по дезинфекции, дезинсекции и дератизации территорий и помещений;
- организация экстренной неспецифической и специфической профилактики, а при необходимости, и иммунизации населения и личного состава сил ГО;
- проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

С началом проведения эвакуационных мероприятий учреждения Роспотребнадзора направляют свои формирования в районы, предназначенные для размещения эвакуируемого населения с целью оценки санитарно-эпидемиологического состояния этих районов и организации противоэпидемического обеспечения эвакуируемого населения. При выявлении эпидемиологического неблагополучия в каком-либо районе, предназначенном для размещения рассредоточиваемого или эвакуируемого населения, учреждения Роспотребнадзора извещают о неблагополучии органы исполнительной власти категорированных городов, из которых планируется эвакуация населения, для принятия ими необходимых мер, вплоть до перераспределения районов эвакуации.

Дальнейшее медицинское обеспечение эвакуированного населения (включая мигрантов и беженцев) в местах их расселения в загородной зоне строится на долговременной основе в соответствии с действующим принципом медицинского обслуживания по месту жительства.

В категорированных городах ряд предприятий продолжает работу в военное время. Медицинское обеспечение персонала работающих смен на этих предприятиях возлагается на руководителя медицинского подразделения предприятия (медсанчасть, здравпункт), а при их отсутствии – на начальника ГОЗ субъекта РФ. Для этого на предприятии создается медицинский пункт, в состав рабочей смены которого представлен на рис.16. Медпункту придаётся санитарный автомобиль из расчёта на 2,5 тысячи работающих (рис. 16).



**Рис. 16. Структура медицинского пункта предприятий, продолжающих работу в военное время в месте постоянной дислокации**

Если на предприятии менее 2,5 тысяч работающих, то в МП выделяется 1-2 медицинские сестры на рабочую смену. Оснащение имуществом осуществляется за счёт медико-санитарных частей, поликлиник, здравпунктов предприятий, продолжающих работу в военное время в месте постоянной дислокации. МП может осуществлять медицинское обеспечение рабочих и служащих и других, расположенных поблизости объектов экономики, если обслуживаемый контингент не будет превышать 2,5 тыс. человек.

Таким образом, в военное время при неполной обеспеченности индивидуальными и коллективными средствами защиты населения, эвакуация его в загородную зону является основным способом, решающим проблему защиты от современных средств боевого воздействия. Грамотное организация её осуществления и чёткое медицинское обеспечение этого мероприятия позволит сохранить жизнь и здоровье населения для выполнения социально-экономических задач и укрепления обороноспособности государства.

### **5.3. Организация эвакуации лечебно-профилактических учреждений в загородную зону**

Эвакуация лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) из категоризированных городов в загородную зону (ЗЗ) производится с целью обеспечения защиты больных и персонала, сохранения документации и материальных ценностей ЛПУ с целью последующего их развёртывания и функционирования в загородной зоне в виде больниц ГО. Основной задачей больниц ГО является оказание специализированной медицинской помощи пострадавшему при ведении военных действий или вследствие этих действий населению и лечение заболевших, пострадавших до окончательного исхода их заболевания, поражения, травмы.

Эвакуация ЛПУ в ЗЗ планируется и готовится. Ответственность за её проведение возлагается на их руководителей. Исходными данными для планирования эвакуации являются:

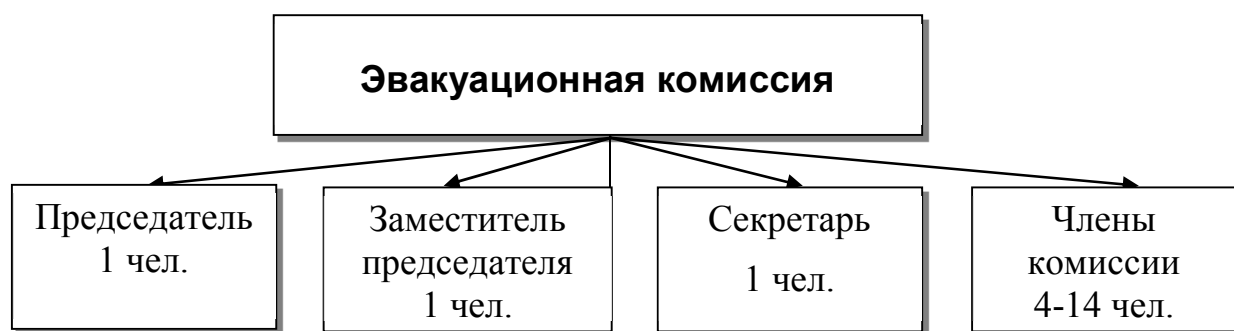
- количество эвакуируемых больных, персонала и членов их семей;
- виды эвакуируемого имущества и оборудования;
- сроки и последовательность эвакуации;
- количество и профилизация коек, развёртывающихся в загородной зоне (для стационаров);
- виды и количество транспорта, выделяемого для эвакуации больных, персонала с членами семей и необходимого имущества;
- изучение мест размещения ЛПУ в загородной зоне;
- условия и порядок работы в загородной зоне (ЗЗ).

Подготовка ЛПУ к эвакуации в ЗЗ предусматривает:

- согласование с военным командованием маршрутов движения;
- формирование погрузо-разгрузочных команд;
- решение вопроса о вывозе членов семей персонала;
- определение мест погрузки больных, персонала с членами их семей, имущества по подразделениям эвакуируемого ЛПУ и их очерёдности в зависимости от выделяемых транспортных средств;

В ЛПУ приказом руководителя создается эвакуационная комиссия (ЭК), численный состав которой определяется структурой и коечной ёмкостью этой медицинской организации, видом выполняемой деятельности и объёмом

эвакуационных мероприятий. В состав ЭК медицинской организации входят председатель, его заместитель, секретарь и (в зависимости от вида, мощности ЛПУ и решаемых им задач) от 4 до 14 её членов (рис. 17).



**Рис. 17. Состав эвакуационной комиссии медицинской организации**

Эвакуационная комиссия разрабатывает и ежегодно уточняет, совместно со штабом ГО медицинской организации, план эвакуации, согласовывает его с органом управления здравоохранением субъекта РФ и ГУ МЧС по субъекту РФ (управлением ГО и ЧС города, сельского района), а затем утверждает у руководителя медицинской организации. В плане указываются:

- количественный и качественный состав эвакуируемых, адрес пункта посадки их на транспорт, порядок медицинского обеспечения эвакуируемых;
- осуществление мероприятий по освоению закреплённого пункта эвакуации ЛПУ в ЗЗ (изучение отведённых зданий и помещений, разработка или уточнение поэтажных планов размещения функциональных отделений и подразделений ЛПУ, планов проведения приспособительных работ, подготовка поквартирной схемы размещения сотрудников ЛПУ и членов их семей в ЗЗ);
- организация развёртывания медицинского пункта на СЭП (при наличии задания медицинской организации), приведение в готовность защитных сооружений (при их наличии);
- схема оповещения персонала ЛПУ о начале эвакуации, времени прибытия их и членов семей.

Эвакуацию имущества ЛПУ целесообразно планировать и осуществлять автомобильным транспортом с целью уменьшения числа его перегрузок с одного вида транспорта на другой. При эвакуации больных на значительные расстояния автомобильный транспорт не является идеальным и щадящим.

Если эвакуация ЛПУ автомобильным транспортом невозможна или затруднена, следует использовать железнодорожный (водный) транспорт; при этом руководитель ЛПУ обязан владеть информацией о пунктах посадки и высадки. При эвакуации больных необходимо определить способ их транспортировки (сидя, лёжа), предусмотреть порядок и последовательность эвакуации больных, персонала и имущества.

**Не допускается** перевозка персонала и больных на непригодном автотранспорте (прицепы, фургоны) и эвакуация их пешим порядком. На каждый автомобиль (автобус) назначается старший, который обязан иметь списки персонала и членов их семей, подлежащих эвакуации, знать маршрут движения к месту размещения ЛПУ в ЗЗ, места дислокации других ЛПУ на маршруте эвакуации и контролировать выполнение мер безопасности при проведении эвакуации. О проведении эвакуации и времени её осуществления ставится в известность управление ГИБДД УМВД и военное командование гарнизона. При движении автоколонны с эвакуируемыми больными осуществляется её охрана силами местной ГИБДД.

При подготовке медицинского имущества к эвакуации, следует определить его перечень и количество для оснащения формирований ГОЗ и для защищённых стационаров для нетранспортабельных больных. Необходимо определить вес и габаритный объём имущества, подлежащего эвакуации, произвести расчёт потребности транспортных средств для его перевозки и нуждаемости в нём отделений ЛПУ.

Эвакуация ЛПУ осуществляется в следующей последовательности:

1. Выезд в ЗЗ формирований ГОЗ, созданных в ЛПУ;
2. Эвакуация транспортабельных больных с сопровождающим персоналом и вывоз основной части медицинского и санитарно-хозяйственного имущества. На эвакуируемых больных медицинский персонал обязан иметь истории болезни, а для оказания им неотложной медицинской помощи в ходе эвакуации – соответствующие медицинские укладки (комплекты);
3. Эвакуация остального персонала и членов их семей, а также вывоз оставшейся части медицинского и санитарно-хозяйственного имущества;
4. Консервация зданий ЛПУ и сдача их под охрану УМВД территории.



Больным, подлежащим выписке на амбулаторное лечение, выдается справка со сведениями об обследовании, лечении и рекомендациями.

Нетранспортабельные больные с противопоказаниями к эвакуации укрываются в защищённых стационарах (ЗС), ёмкость которых равняется 10% штатного коечного фонда ЛПУ. В них эвакуируются и нетранспортабельные больные из других ЛПУ, внезапно заболевшие (травмированные) при проведении эвакомероприятий, заболевшие и травмированные из числа персонала работающих смен предприятий, продолжающих деятельность в категорированном городе. При улучшении состояния их здоровья и необходимости продолжения стационарного лечения они переводятся в больницы ГО 33. Штат защищённого стационара формируется персоналом ЛПУ его имеющего. Из расчёта на 50 коек он представлен на рис. 18.



**Рис. 18. Штат защищённого стационара ЛПУ на 50 коек**

**Примечание:** на каждые последующие 50 коек дополнительно выделяется 50% персонала от указанного состава.

В повседневный период для подготовки персонала ЛПУ к проведению эвакуационных мероприятий необходимо проводить тренировочные занятия с привлечением статистов и отработкой следующих вопросов:

- оповещение и экстренный сбор персонала;
- медицинская сортировка поражённых и больных по эвакуационным признакам и оформление документации на их эвакуацию;
- массовая одномоментная выписка больных на амбулаторное лечение;
- порядок перевода нетранспортабельных больных в ЗС;
- выделение медицинского персонала для работы в ЗС, организация и порядок выполнения ими должностных обязанностей;
- определение вида и количества транспортных средств для эвакуации больных и персонала, порядок истребования транспорта;
- порядок вывода (выноса) больных из ЛПУ и их посадка (погрузка) на транспорт;
- выявление количества и структуры членов семей персонала ЛПУ, эвакуируемых в загородную зону;
- организация приобретения тары, определение вида, количества медицинского имущества и оборудования для эвакуации, подбор, укладка и погрузка (разгрузка) его на транспорт (с транспорта).

После выполнения подготовительных мероприятий, проведения тренировочных занятий проводится комплексное объектовое учение с введением вводных и решением ситуационных задач. Результаты занятий и учений анализируются на заседаниях штаба ГОЧС медицинской организации с выявлением позитивных и негативных элементов, при необходимости, осуществляется корректировка плана эвакуации ЛПУ в загородную зону и пакета, входящих в него документов. Недостатки берутся на заметку, разрабатывается план их устранения и на следующих учениях подлежат повторной практической отработке.

Таким образом, эвакуация медицинских организаций и, прежде всего, лечебно-профилактических в загородную зону – важная составляющая сохранения медицинского потенциала и надлежащего его функционирования в военное время.

#### **5.4. Степени готовности гражданской обороны. Виды и объём мероприятий, выполняемых здравоохранением при их введении**

Гражданская оборона в сфере здравоохранения с её учреждениями и формированиями функционирует в установленных Правительством России 4-х степенях готовности: повседневная готовность, первоочередные мероприятия ГО первой группы (ПМ-1), первоочередные мероприятия ГО второй группы (ПМ-2) и общая готовность, выполняя специфические для каждой степени готовности мероприятия.

Планомерный перевод ГОЗ в различные степени готовности обеспечивает устойчивое управление её силами и средствами, снижение потерь среди населения, персонала здравоохранения, а также в структуре медицинского имущества и оборудования.

В **Повседневной готовности** ГОЗ осуществляет текущее и перспективное планирование своей деятельности, проводит подготовительные мероприятия, направленные на обеспечение её готовности к действиям в условиях военного времени. В частности, к числу таких мероприятий относятся:

- прогнозирование медико-санитарных последствий от применения противником современных средств боевого воздействия;
- разработка планов медико-санитарного обеспечения, как пострадавшего, так и не пострадавшего населения территорий в военное время;
- разработка планов ГО отдельных медицинских организаций;
- подготовка органов управления ГОЗ всех уровней к организационно-управленческой деятельности в военное время;
- подготовка пунктов управления ГОЗ к непрерывной и устойчивой работе в военное время;
- подготовка штаба-дублера на случай выхода из строя основного штаба ГОЗ или потери связи с ним с разработкой для него пакета нормативных документов;
- создание и подготовка к развёртыванию учреждений и формирований ГОЗ, поддержание их в готовности к действиям в военное время;
- планирование организации медицинского обеспечения эвакуируемого и рассредоточиваемого населения;

- планирование и организация проведения приспособительных работ в зданиях загородной зоны, отведённых для развёртывания больниц ГО, эвакуируемых из категорированных городов;

- создание резервов медицинского, санитарно-хозяйственного, специального и иного имущества для формирований и учреждений ГОЗ;

- планирование и проведение мероприятий, повышающих устойчивость функционирования органов управления и медицинских организаций в военное время;

- подготовка персонала органов управления, формирований и учреждений ГОЗ к действиям и взаимодействию в военное время;

- участие в обучении населения приёмам и способам оказания первой помощи раненым, поражённым и больным.

Члены штаба ГО органов управления и медицинских организаций обязаны иметь рабочие документы (планы работы по степеням готовности ГО, проекты приказов, распоряжений, нормативные и справочные материалы по виду своей деятельности и зоны ответственности, а также личные рабочие тетради или электронные накопители информации).

С получением распоряжения о переводе экономики страны на работу в условиях военного времени организуется выполнение **мероприятий по степени готовности ПМ-1**. В связи с этим, начальник ГОЗ, получив информацию от вышестоящего руководителя, организует оповещение и экстренный сбор членов штаба ГО, а сам приступает к предварительной оценке обстановки и вырабатывает решение. После прибытия членов штаба ГО доводит до них сложившуюся обстановку и ставит задачи по выполнению решения. Объём мероприятий по этой степени готовности включает:

- организацию круглосуточного дежурства личного состава штаба ГО на основном пункте управления;

- уточнение плана медико-санитарного обеспечения населения на военное время (плана ГО медицинской организации);

- проверку готовности систем управления и связи;

- приведение в готовность защитных сооружений в ЛПУ для укрытия нетранспортабельных больных и обслуживающего их персонала;

- проверку наличия средств индивидуальной защиты, подготовку их к выдаче и организацию изготовления простейших средств защиты персонала;
- организацию проведения санитарно-радиационной, санитарно-химической и биологической разведки в районе размещения медицинских организаций;
- организацию взаимодействия с санитарно-эпидемиологической службой, ведомственными медицинскими организациями и структурами ГО в других сферах экономики;
- приведение в готовность в санитарно-эпидемиологической службе сети наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК), технических средств, для индикации РВ, ОХВ и БС в продуктах питания, питьевой воде, предметах медико-санитарного имущества, оборудования и техники;
- уточнение укомплектованности формирований и учреждений ГОЗ персоналом, обеспеченности их имуществом, оборудованием и техникой;
- уточнение количества медицинского персонала, находящегося в командировках, отпусках и иных мест их пребывания;
- выявление количества врачей, медицинских сестер из числа пенсионеров и лиц, работающих в коммерческих и частных структурах с целью привлечения их в формирования и учреждения ГОЗ;
- организацию проведения подготовительной работы по досрочному выпуску студентов старших курсов медицинских образовательных учреждений высшего и среднего профессионального образования;
- подготовку заявок на недостающее имущество и технику;
- уточнение готовности дублёров штабов ГО различных уровней на способность управления деятельностью ГОЗ в военное время;
- проверку организации связи с органами управления и учреждениями здравоохранения субъекта РФ и порядка управления ими в военное время;
- уточнение объёма мероприятий по приведению в готовность зданий, предназначенных постановлениями суженых заседаний администрации субъекта РФ для развертывания больниц ГО;
- отработку порядка и сроков представления донесений об обстановке;

- проведение подготовительных мероприятий по введению режима скрытности, усиления охраны, функциональной, противопожарной и иной устойчивости и безопасности медицинских организаций.

При введении в действие готовности **ПМ-2** предусматриваются:

- перевод ГОЗ на круглосуточный режим работы (по сменам боевого расчёта);
- направление на запасной пункт управления (ЗПУ) оперативной группы (ОГ) штаба ГО органа управления здравоохранением (задачи ОГ ЗПУ см. в приложении 4);

- приведение в полную готовность мобильных формирований ГОЗ, бригад скорой медицинской помощи, формирований ГО общего назначения (охраны общественного порядка, противопожарные, связи, коммунально-технические, обслуживания защитных сооружений и др.), системы связи и взаимодействия, защищённых стационаров ЛПУ и организации в них круглосуточного дежурства групп (звеньев) технического обслуживания;

- проверка защитных сооружений на работоспособность и герметичность, наличие функционирующих средств связи, аварийных запасов воды, продовольствия;

- организация отзыва медицинского персонала, находящегося в командировках и отпусках;

- уточнение плана выезда на ЗПУ основного состава штаба ГО;

- осуществление контроля за комплектованием и оснащением медицинских пунктов, амбулаторий и больниц, обслуживающих объекты экономики и продолжающих работу в военное время, за наличием медицинских аптек в убежищах категоризированных городов и, при необходимости, их пополнение;

- осуществление проверки работоспособности коммунально-энергетических систем медицинских организаций на устойчивость функционирования;

- выдача медицинскому персоналу средств индивидуальной защиты (в т.ч. медицинской) из запасов медицинской организации;

- выписка части больных из стационаров на амбулаторное лечение, сокращение сроков стационарного лечения больных и прекращение госпитализации больных на плановое лечение;

- переадресовка поставок медицинского имущества от промышленных предприятий в ЛПУ при их эвакуации в загородную зону;

- перевод на круглосуточный режим работы учреждений СНЛК с ведением постоянного наблюдения (2-3 раза в сутки) за радиационной, химической и бактериологической обстановкой на закрепленной территории;
- проведение массовой иммунизации населения при наличии эпидемических показаний;
- выдача препаратов стабильного йода персоналу РОО и населению, проживающему в 30-километровой зоне от РОО;
- проведение неотложных мероприятий по повышению устойчивости работы медицинских организаций (готовность пунктов управления, их средств связи, наличие автономных источников энергоснабжения, средств санитарно-радиационной, санитарно-химической и биологической (РХБ) разведки, пожарной безопасности и т.п.);
- проведение мероприятий по подготовке больниц ГО к развёртыванию дополнительных специализированных коек (проверка наличия доверенностей на получение медицинского имущества со складов мобилизационного резерва, наличия ордеров на приписанные здания, степень их готовности к развёртыванию или готовности к выполнению приспособительных работ второй очереди и др.);
- уточнение наличия в ЛПУ медицинского имущества текущего довольствия и резерва медицинского имущества, предназначенного для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС мирного времени;
- организация получения медицинского имущества для больниц ГО со складов мобилизационного резерва;
- подготовка к вывозу в загородную зону действующих и архивных документов (при получении распоряжения на эвакуацию);
- уточнение с органами военного командования маршрутов проведения эвакуационных мероприятий и порядка создания группировки сил в загородной зоне.

При введении в действие степени ГО **Общая готовность:**

- приводятся в полную готовность органы управления, формирования и учреждения ГОЗ и СНЛК в соответствии с разработанными планами;
- устанавливается и поддерживается связь с выше- и нижестоящими штабами ГОЗ, взаимодействие с ведомственными медицинскими и аварийно-спасательными службами территории;

- обеспечивается защита персонала медицинских организаций и больных, находящихся в них на лечении;
- уточняются планы медицинского обеспечения населения территорий в военное время, планы медицинского обеспечения мероприятий ГО органов управления здравоохранением и планы ГО медицинских организаций;
- приводятся в полную готовность все формирования ГОЗ без прекращения работы медицинских организаций, на базе которых они создаются;
- завершается подготовка к эвакуации больниц ГО в загородную зону. Для этого в больницах:
  - а) с учётом состояния больных, находящихся на лечении, производится выписка их на амбулаторное лечение, определяются нетранспортабельные больные для перевода в защищённые стационары и больные, подлежащие эвакуации в загородную зону;
  - б) уточняется количество и порядок вывоза медицинского имущества;
  - в) уточняется количество транспортных средств для эвакуации и т.п.;
  - г) направляются оперативные группы ЛПУ в места развёртывания больниц ГО в загородной зоне для приёма приписанных зданий и завершения в них приспособительных работ;
- на СЭП, ПП, ППЭ, ПВ и ПЭП направляется персонал ЛПУ для развёртывания медицинских пунктов и обеспечения готовности их к работе;
- проводится комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний на всей территории, включая места рассредоточения и эвакуации населения;
- приводятся в готовность и передаются в оперативное подчинение начальнику ГОЗ субъекта РФ бригады станции скорой медицинской помощи и санитарно-транспортные формирования;
- обеспечивается усиление мероприятий в медицинских организациях по обеспечению комплексной безопасности;
- вывозятся в загородную зону (при эвакуации медицинских организаций) действующие и архивные документы, запасы медицинского имущества;



- организуется медицинское обеспечение эвакуации населения в загородную зону.

Срок проведения основных мероприятий по каждой степени готовности определяется распоряжением вышестоящего руководителя, а при проведении учебных мероприятий он составляет одни сутки (24 часа).

**При внезапном применении средств боевого воздействия** реально, одномоментное появление массовых безвозвратных и санитарных потерь среди населения, нанесение значительного ущерба силам и средствам объектов экономики, в том числе и объектам здравоохранения. В этих условиях разработанные в повседневный период планы по медико-санитарному обеспечению населения и осуществлению мероприятий ГО вводятся в действие немедленно и в полном объёме, т.е. всех мероприятий по степеням готовности ГО, а штаб ГО здравоохранения субъекта РФ:

- оценивает сложившуюся медицинскую обстановку, выявляет медицинские организации, не пострадавшие и способные к восстановлению с минимальными затратами;

- принимает меры по восстановлению нарушенного управления силами и средствами здравоохранения;

- запрашивает в управлениях МЧС России данные об инженерной, радиационной, химической и биологической обстановке, ориентировочном количестве потерь среди населения;

- оценивает полученные данные в интересах ГОЗ, определяет объём работ, направление главных усилий деятельности, места развёртывания этапов медицинской эвакуации, маршруты эвакуации, необходимое количество сил и средств для оказания медицинской помощи пострадавшим и их наиболее целесообразное использование. Затем на основе поступающих распоряжений руководителем ГОЗ субъекта РФ:

- отдаются указания о подготовке к предстоящим действиям;

- организуется ведение медицинской разведки, в ходе которой:

- а) выявляются места нахождения поражённых, устанавливается их количество и состояние, намечаются пути вывода, выноса и вывоза их к местам развёртывания формирований ГОЗ и к сохранившимся ЛПУ;

б) определяются объёмы работ и требуемое количество сил и средств ГОЗ для оказания медицинской помощи раненым и поражённым из числа гражданского населения;

в) уточняется санитарно-эпидемиологическая обстановка в очагах поражения и на маршрутах эвакуации;

- организуется ведение РХБ-разведки в местах размещения медицинских организаций;

- осуществляется подготовка сведений начальнику ГОЗ для принятия решения и последующего доклада начальнику ГО территории;

- разрабатывается и доводится до подчинённых приказ начальника ГОЗ по организации медицинского обеспечения населения.

При внезапном боевом воздействии основу группировки сил и средств ГОЗ в очагах массовых потерь населения составят силы и средства здравоохранения сельской местности и городов, которые не подверглись разрушению. Штаб ГО органа управления здравоохранением субъекта РФ в этих условиях осуществляет маневр медицинскими силами и средствами, направленный на выполнение задач по медицинскому обеспечению раненых и больных из числа гражданского населения в условиях дефицита кадровых и материальных ресурсов. В случае же выхода из строя основного состава штаба, функции управления ГОЗ принимает на себя штаб-дублер.

## **6. МОБИЛИЗАЦИОННЫЙ РЕЗЕРВ МЕДИЦИНСКОГО И САНИТАРНО-ХОЗЯЙСТВЕННОГО ИМУЩЕСТВА**

Искусство длительно сохранять накопленные запасы передается из поколения в поколение. И сегодня человек заготавливает впрок запасы продовольствия до нового урожая и на случай непредвиденных обстоятельств, а государства создают государственные материальные запасы (резервы) продовольствия, топлива, строительных и промышленных материалов, военного снаряжения, медицинского имущества и других ценностей.

**Государственный резерв** – это создаваемые, планомерно пополняемые и регулярно освежаемые государством запасы сырья, материалов, имущества и оборудования, необходимые для бесперебойного функционирования экономики, обороны государства, ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и других целей. Государственный резерв предназначен для:

- оказания государственной поддержки отдельным отраслям народного хозяйства, субъектам РФ и организациям в целях стабилизации экономики при временных нарушениях снабжения топливно-энергетическими ресурсами, важнейшими видами сырья, продовольствием и другими материалами;
- осуществления регулирующего воздействия на внутренний рынок при возникновении диспропорций между спросом и предложением;
- проведения неотложных работ при ликвидации последствий ЧС;
- обеспечения мобилизационных нужд государства;
- оказания гуманитарной помощи.

Создание, накопление, хранение и обслуживание запасов государственного резерва обеспечивается Федеральным агентством по государственным резервам (Росрезерв), деятельность которого регулируется Федеральным законом от 29.12.1994 г. № 79-ФЗ «О государственном материальном резерве», а структура государственного резерва и порядок управления его запасами определяются Правительством России.

Составной частью государственного резерва является **мобилизационный резерв медицинского и санитарно-хозяйственного имущества**, система которого включает в себя:

- федеральные органы исполнительной власти с находящимися в их ведении федеральными государственными учреждениями здравоохранения, учреждениями Роспотребнадзора и медицинской науки;

- медицинский центр мобилизационных резервов «Резерв» (МЦ «Резерв») Минздрава России;

- предприятия по производству иммунологических препаратов;

- центральные медицинские склады Главного военно-медицинского управления (ГВМУ) Минобороны России, медицинские склады военных округов, управления делами Президента РФ, Минтранса РФ, а в субъектах РФ – медицинские центры мобилизационных резервов «Резерв» с подведомственными им складами.

Мобилизационный резерв медицинского и санитарно-хозяйственного имущества создается для оснащения специальных формирований здравоохранения (СФЗ), дооснащения учреждений службы крови, учреждений и формирований ГОЗ. Формируется этот вид резерва согласно заданию на расчётный год для оказания медицинской помощи раненым и больным военным служащим и гражданскому населению, пострадавшему в ходе ведения военных действий или вследствие этих действий.

Мобилизационное задание субъекту РФ по созданию, комплектованию и оснащению СФЗ, созданию оперативных коек (ОК) на период мобилизации и военного времени в больницах ГО для лечения раненых и больных военным служащим, а также мобилизационное задание по заготовке донорской крови и производству из неё компонентов для обеспечения медицинских служб силовых ведомств даётся федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения (Минздрав России).

Мобилизационное задание субъекту РФ по созданию на его территории учреждений и формирований, создаваемых в структуре санитарно-эпидемиологической службы, даётся федеральным органом управления Роспотребнадзора и им же финансируется.

Мобилизационное задание субъекту РФ по созданию, комплектованию, оснащению учреждений и формирований ГОЗ, развёртывания дополнительных специализированных коек в больницах ГО, предназначенных для оказания специализированной медицинской помощи и лечения гражданского населения,

пострадавшего в ходе военных действий или вследствие этих действий, разрабатывается органами исполнительной власти субъекта РФ и финансируется из бюджета этого субъекта.

**Медицинское имущество мобилизационного резерва** – это материальные средства, предназначенные для профилактики, диагностики, оказания медицинской помощи, лечения и реабилитации поражений и заболеваний, возникающих у раненых и больных из числа военнослужащих и гражданских лиц, пострадавших в военных действиях или вследствие этих действий, а также используемые для проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых людских потерь и на прилегающей к ним территории. Медицинское имущество мобилизационного резерва представлено:

- медикаментами, включая антитоксические и радиопротекторы, антибиотики и витамины, наркотические, сильнодействующие и другие лекарственные средства;
- иммунобиологическими препаратами, дезинфицирующими средствами и перевязочными материалами;
- врачебно-медицинскими предметами, приборами и аппаратами;
- рентгеновским, физиотерапевтическим, лабораторным и иным лечебно-диагностическим оборудованием и имуществом.

**Санитарно-хозяйственное имущество мобилизационного резерва** – это мягкий и твёрдый инвентарь (нательное и постельное бельё, полотенца, одеяла; спецодежда для персонала и туфли госпитальные; носилки санитарные, кровати; кухонное оборудование, столовая посуда, другие хозяйственные предметы).

Медицинское и санитарно-хозяйственное имущество и оборудование классифицируется по учётным, фармакологическим, товароведческим и другим признакам, по порядку использования, качественному состоянию и способу содержания.

По учётным признакам и порядку использования медицинское и санитарно-хозяйственное имущество подразделяется на расходное и инвентарное (табл. 21).

Таблица 21

**Классификация медицинского имущества  
по учётному признаку и порядку использования**

| Расходное имущество | Инвентарное имущество |
|---------------------|-----------------------|
|---------------------|-----------------------|

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Медикаменты (лекарственные средства различных фармакологических групп, витамины, гормональные препараты и т.п.).<br>Компоненты и препараты крови.<br>Иммунобиологические препараты.<br>Перевязочные и шовные материалы. | Медицинское оборудование, техника и инструментарий, их наборы и комплекты.<br>Аппараты для травматологии, ортопедии и механотерапии<br>Аппараты и приборы для анестезии и искусственной вентиляции лёгких<br>Аппараты для физиотерапии<br>Электродиагностические аппараты и приборы |
| Зубоврачебные и зуботехнические материалы                                                                                                                                                                               | Зубоврачебные и зуботехнические аппараты и инструменты                                                                                                                                                                                                                              |
| Лабораторные материалы и реактивы                                                                                                                                                                                       | Лабораторные аппараты и инструменты<br>Врачебные предметы и приборы.                                                                                                                                                                                                                |
| Рентгеновская пленка                                                                                                                                                                                                    | Рентгеновская аппаратура и приборы                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Дезинфицирующие, дезинсекционные, дератизационные средства и репелленты                                                                                                                                                 | Стерилизационное и дезинфекционное оборудование                                                                                                                                                                                                                                     |
| Медицинские и аптечные расходные предметы                                                                                                                                                                               | Медицинское и аптечное оборудование и мебель                                                                                                                                                                                                                                        |
| Очки и корригирующие стекла                                                                                                                                                                                             | Приборы радиометрического, дозиметрического и химического контроля                                                                                                                                                                                                                  |
| Химические реактивы.<br>Книги и бланки                                                                                                                                                                                  | Медицинская и санитарная техника на шасси                                                                                                                                                                                                                                           |
| Столовая посуда, сервисные приборы                                                                                                                                                                                      | Санитарно-хозяйственное имущество, оборудование, тара укладочная                                                                                                                                                                                                                    |

**Расходное имущество** представлено:

- предметами разового пользования, используемыми одномоментно и безвозвратно (медикаменты, реактивы, шовный материал и т.п.);
- предметами, которые приходят в негодное состояние после кратковременного применения (перчатки, иглы хирургические, боры зубоврачебные, стеклянная посуда, нательное и постельное белье и т.п.).

Расходное имущество по мере использования списывается и подлежит пополнению. Основанием для списания его с учёта служат рецепты и требования. Медикаменты и другие препараты, имеющие ограниченный срок годности, периодически, исходя из этих сроков, освежаются.

**Инвентарное имущество** — это предметы длительного использования (аппаратура, оборудование, инструментарий) и быстроамортизирующиеся (грелки, пузыри, дыхательные трубки и др.) с установленным сроком эксплуатации.

Качественное состояние медицинского имущества должно отвечать требованиям Государственной фармакопеи или техническим условиям. По этому

признаку медицинское имущество подразделяется на расходное имущество 3-х видов и инвентарное – 5-ти категорий (табл. 22).

Таблица 22

**Классификация медицинского имущества  
по качественному состоянию**

| <b>Расходное имущество</b>                     | <b>Инвентарное имущество</b>                                                                                                    |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Новое                                          | I категории – новое и не бывшее в эксплуатации                                                                                  |
| Годное – находящееся или бывшее в эксплуатации | II категории – годное к использованию, находящееся или бывшее в эксплуатации, в том числе после среднего и капитального ремонта |
| Негодное                                       | III категории – требующее среднего ремонта                                                                                      |
|                                                | IV категории – требующее капитального ремонта                                                                                   |
|                                                | V категории – негодное для использования и ремонта                                                                              |

Номенклатура медицинского имущества, закладываемая в мобрезерв для оснащения СФЗ, учреждений и формирований ГОЗ отбирается с учётом устойчивости при длительном хранении, удобства использования в экстремальных условиях и с обеспечением качества оказания медицинской помощи пострадавшим. В её состав входят лекарственные средства основных фармакологических групп, как правило, отечественная медицинская техника, пригодная для эксплуатации в стационарных и полевых условиях. Перечень медицинского имущества мобрезерва и его количество, необходимое для оснащения СФЗ, учреждений и формирований ГОЗ, устанавливаются на основе нормирования, исходя из:

- а) решаемых задач;
- б) количества и структуры прогнозируемых санитарных потерь;
- в) вида и объёма медицинской помощи, оказываемой пострадавшим;
- г) вида учреждений и формирований, создаваемых на военное время.

Имущество мобилизационного резерва нормируется. Под **нормой снабжения** понимают научно обоснованные количественные и качественные показатели имущества, необходимого для обеспечения медицинских учреждений и формирований с целью выполнения задач по предназначению.

Документ, устанавливающий перечень и количество имущества для оснащения того или иного учреждения или формирования называется **табелем**, а имущество, в него включенное – **табельным**. Состав табельного имущества позволяет оказать

медицинскую помощь, установленного вида и объёма, определенному количеству пострадавших в течение конкретного периода времени. По завершению работ в очаге массовых потерь состав табельного имущества обязан пополняться до установленных норм.

Медицинское имущество мобилизационного резерва хранится на складах МЦ «Резерв», в установленные сроки, определенными постановлением Правительства РФ от 01.07.1996 г. № 786, реализуется по сниженным ценам с последующей заменой путём закладки на хранение аналогичных препаратов с большим сроком годности (табл. 23).

Таблица 23

**Сроки реализации и размеры снижения цен  
на лекарственные средства резерва**

| <b>Установленный срок годности, лет</b> | <b>Остаточный срок годности перед реализацией, мес.</b> | <b>Предельные размеры снижения цен, %</b> |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| > 3                                     | 24-18                                                   | 15                                        |
| 2-3                                     | 18-12                                                   | 25                                        |
| 1-2                                     | 10-6                                                    | 35                                        |
| Независимо от срока годности            | < 6                                                     | По договорной цене                        |

Имущество, хранящееся на складах резерва, содержится в состоянии, обеспечивающем приведение его в готовность для использования по назначению в кратчайшие сроки. В ряде случаев, оно может быть использовано, с разрешения Минздрава России, для ликвидации медико-санитарных последствий масштабных ЧС в мирное время.

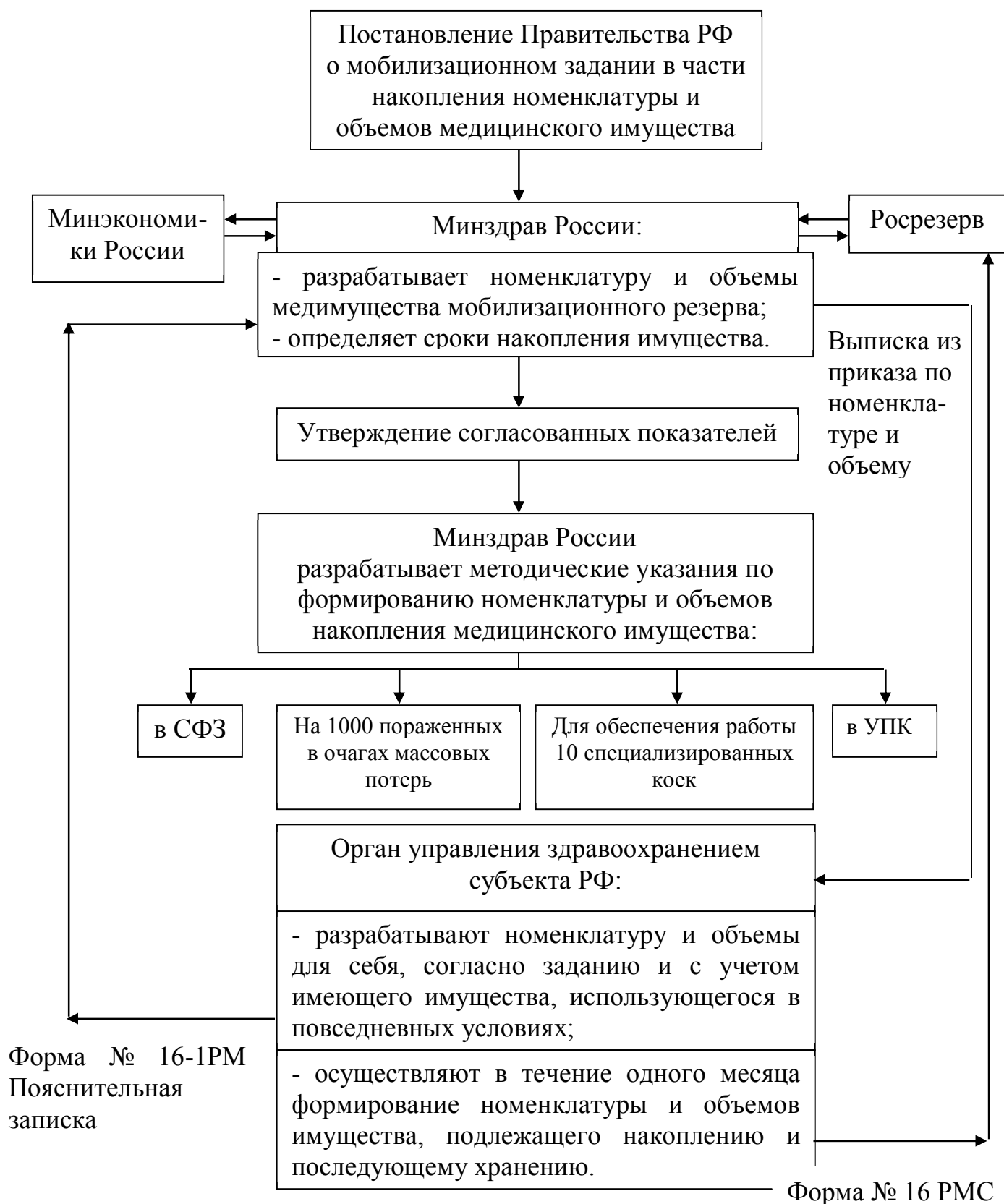
Комплекс мероприятий по обеспечению медицинских учреждений и формирований имуществом мобилизационного резерва называется **медицинским снабжением**, основными принципами которого являются:

- соответствие существующей в системе здравоохранения организации и порядку обеспечения медицинским имуществом;
- соответствие структуре и задачам создаваемых учреждений и формирований медицинского профиля;
- обеспечение готовности здравоохранения к действиям в различных видах очагов массовых потерь населения и в различных климатических зонах.



Формирование и обслуживание резерва медицинского и санитарно-хозяйственного имущества осуществляется в соответствии с Положением о мобилизационном резерве, а его хранение регламентируется «Инструкцией по хранению мобилизационного резерва медицинского и санитарно-хозяйственного имущества», утвержденной приказом Минздрава России от 03.10.2005 г.

Порядок формирования номенклатуры и объемов накопления медицинского имущества мобилизационного резерва представлен на рис. 19.



**Рис. 19. Порядок формирования номенклатуры и объемов накопления медицинского имущества мобилизационного резерва**

Минздрав России, во исполнение постановления Правительства РФ о мобилизационном задании, разрабатывает номенклатуру, объёмы имущества, определяет сроки его накопления в мобилизационном резерве, согласовывая эти показатели с Минэкономки России и Росрезервом. Затем, Минздрав своим приказом утверждает эти показатели, разрабатывает методические указания по организации и порядку формирования в федеральных медицинских организациях и медицинских организациях субъекта РФ:

- номенклатуры, объёмов накопления имущества мобрезерва и норм обеспечения им СФЗ и станций переливания крови;
- номенклатуры, объёмов накопления имущества мобрезерва и норм обеспечения по оказанию специализированной медицинской помощи гражданскому населению, пострадавшему в военное время из расчёта на 1000 поражённых в очагах массовых потерь и обеспечения работы из расчёта на 10 специализированных коек в течение одного месяца.

Органы управления здравоохранением субъектов РФ и руководители федеральных государственных медицинских организаций, исходя из методических указаний, разрабатывают номенклатуру и объёмы накопления имущества в мобрезерве для выполнения мобилизационного плана с учётом:

- состояния и содержания мобрезерва здравоохранения субъекта РФ;
- материально-технического обеспечения учреждений, предназначенных для развёртывания СФЗ (ЛПУ, санатории, профилактории, приспособленные здания немедицинского профиля) и наличия имеющихся местных ресурсов;
- наличия всех видов имущества ЛПУ, на базе которых развёртываются формирования и учреждения ГОЗ;
- имущества тех ЛПУ, которые по постановлению суженных заседаний администраций субъекта РФ и его муниципальных образований прекращают функционирование в военное время;

Разработанные предложения по номенклатуре и объёмам мобрезерва направляются в Минздрав России (форма № 16-1РМ) с приложением пояснительной записки.

Обобщенная номенклатура и её объёмы согласовываются с Минэкономки РФ и Росрезервом, затем в виде приказа Минздрава РФ доводятся до Росрезерва, а

выписками из приказа – до органов управления здравоохранением субъектов РФ, федеральных государственных медицинских организаций и окружных управлений Росрезерва.

Получив выписку из приказа, органы управления здравоохранением субъектов РФ в месячный срок формируют номенклатуру и объёмы накопления имущества мобилизационного резерва, подлежащего хранению, и представляют их в окружное управление Росрезерва по форме № 16-РМС.

Объёмы накопления в мобрезерве медицинского и санитарно-хозяйственного имущества для отмобилизования СФЗ, развёртывания формирований и учреждений ГОЗ устанавливаются, исходя из потребности на 1-2 месяца работы. Расходное имущество закладывается на квартальную потребность. Потребность в недостающем имуществе учитывается при разработке заявки к мобилизационному плану и планируется к поставке в течение 1-2 месяцев с момента ввода в действие этого плана. Имущество, закладываемое в мобрезерв:

- должно соответствовать утверждённой номенклатуре;
- отвечать требованиям технической документации;
- подтверждаться сертификатами качества, паспортами и протоколами испытаний;
- закладываться на хранение целыми единицами (кипы, ящики, коробки).

Орган управления здравоохранением субъекта РФ обязан обеспечить количественную и качественную сохранность имущества мобрезерва, планово осуществлять его накопление и освежение, согласно установленным срокам годности, и ежегодно проводить его инвентаризацию.

Контроль за количественной и качественной сохранностью имущества мобилизационного резерва на складах, за организацией его учёта и отчётности, за соблюдением правил, условий и порядка хранения, освежения, замены и проведения испытаний хранимого имущества, за осуществлением проверок работоспособности медицинской техники и готовностью складов к работе в зимних условиях возлагается на постоянную техническую комиссию (ПТК), создаваемую приказом органа управления здравоохранением субъекта РФ. Результаты проверок ПТК оформляются актами, в которых даётся оценка хранения имущества, указываются выявленные

недостатки и вносятся предложения по их устранению с указанием сроков исполнения.

Имущество мобрезерва, здания, сооружения и земельные участки в которых и на которых оно размещено, согласно Федеральному закону «О государственном материальном резерве», не подлежат приватизации и продаже и не используются в качестве залога. МЦ «Резерв», осуществляя работу с имуществом мобрезерва, проводит с ним следующие операции:

**1. Закладка** – принятие имущества на хранение в мобрезерве с целью его накопления в соответствии с установленным заданием;

**2. Ответственное хранение** – хранение заложенного на склады МЦ «Резерв» имущества без права пользования им до принятия в установленном порядке решения о выпуске его из резерва;

**3. Выпуск** – безвозмездная передача имущества определенному получателю, либо его реализация на рынке;

**4. Освежение** – выпуск имущества из мобрезерва по истечению срока хранения или при возникновении обстоятельств, способных повлечь за собой ухудшение качества имущества до истечения срока хранения, с последующей поставкой и закладкой равного количества аналогичного имущества;

**5. Заимствование** – выпуск имущества из мобрезерва с последующим возвратом в него равного количества аналогичного имущества;

**6. Разбронирование** – выпуск имущества из мобрезерва без последующего возврата;

**7. Замена** – выпуск имущества из мобрезерва при одновременной закладке в него равного количества аналогичного или другого однотипного имущества в связи с изменением стандартов и технологии его изготовления.

Выпуск имущества мобрезерва в порядке замены и освежения производится на основании решений Росрезерва, с учётом сроков его годности и хранения. Выпуск имущества в порядке заимствования и разбронирования производится по ходатайству Минздрава России или органа управления здравоохранением субъекта РФ на основании заключения Росрезерва, которым определяются получатели, сроки и условия выпуска, порядок и сроки возврата. Заимствование имущества мобрезерва возможно и по запросам МЧС России, органов исполнительной власти субъектов РФ

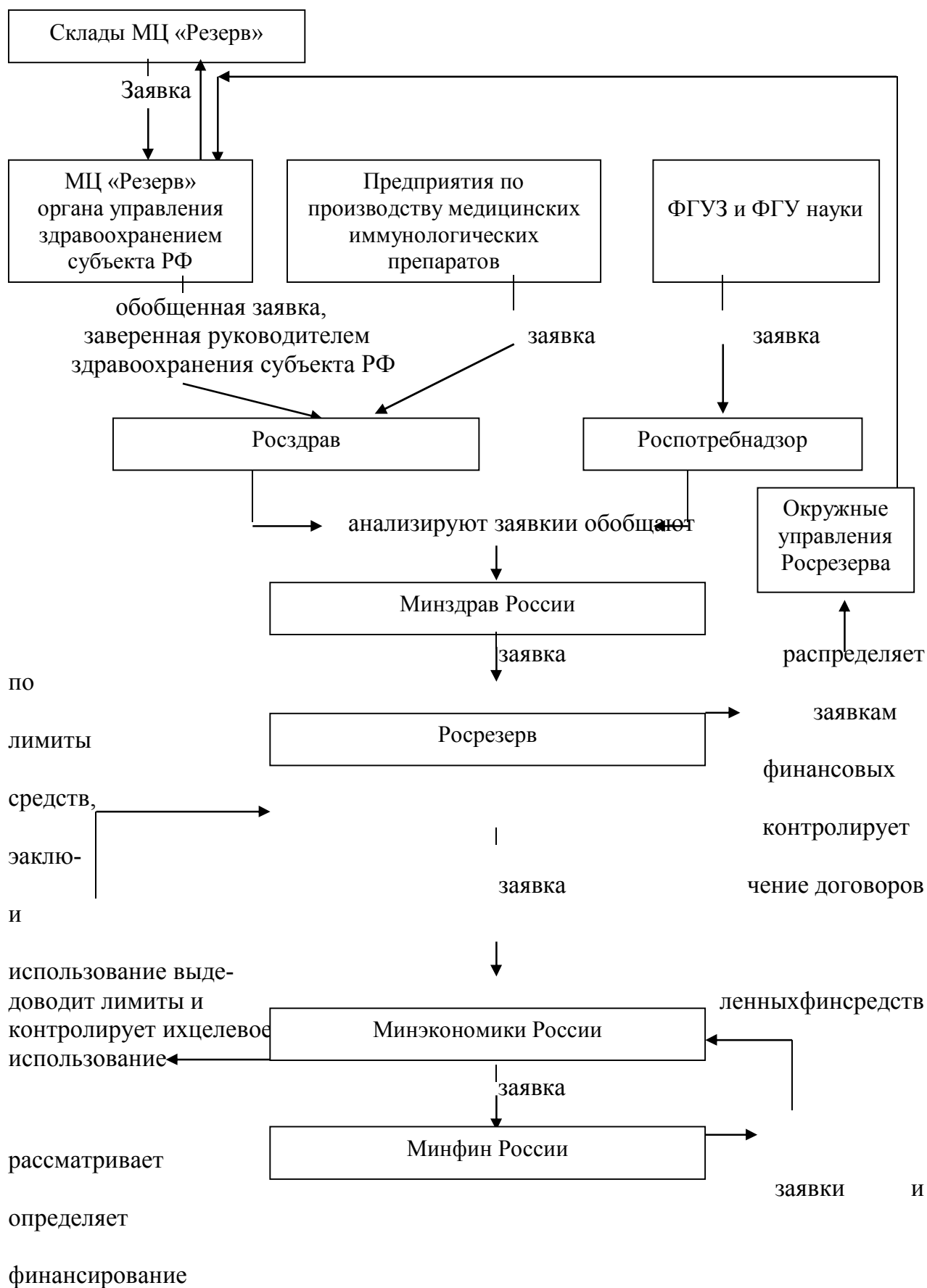
для выполнения работ по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС с последующим докладом в 10-дневный срок Правительству России. При разбронировании имущества порядок и сроки не оговариваются.

Минздрав России по согласованию с Росрезервом имеет право разрешать органу управления здравоохранением субъекта РФ:

- разбронировать имущество по решению Правительства РФ, либо утрате необходимости его хранения (новая номенклатура и объёмы накопления);
- использовать имущество при проведении учений без оплаты стоимости, с возвратом его в мобрезерв с сохраненным качеством;
- перемещать имущество мобрезерва со склада одного субъекта РФ другому;
- проводить замену и освежение имущества с разрывом во времени между выпуском и закладкой до 6 месяцев;
- уничтожать имущество, в установленном Минздравом России порядке, в связи с истечением сроков годности, которое не может быть использовано для текущих нужд.

Осуществление операций по накоплению, хранению и освежению медицинского и санитарно-хозяйственного имущества мобилизационного резерва требует финансирования. Эти операции оплачиваются Росрезервом или его окружными управлениями в соответствии с заключенными договорами на ответственное хранение имущества мобрезерва.

Схема разработки заявки на потребность в финансовых средствах для выполнения работ с имуществом мобрезерва представлена на рис. 20.



**Рис. 20. Этапы и последовательность расчета годовой потребности в финансовых средствах для выполнения работ по накоплению, хранению и освежению медицинского и санитарно-хозяйственного имущества мобилизационного резерва**

После утверждения Росрезервом предварительных объемов финансирования, Минздрав России направляет органам управления здравоохранения субъектов РФ уведомления для заключения договоров на поставку имущества в мобрезерв. Торги на поставку имущества в мобрезерв проводятся окружными управлениями Росрезерва. В договорах организации, независимо от форм собственности, победившие в конкурсе на поставку продукции, фигурируют в роли поставщика, окружные управления Росрезерва – в роли плательщика, а органы управления здравоохранением субъектов РФ – в роли получателей.



## **7. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ ПЕРСОНАЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К РАБОТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО И ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ**

Подготовка персонала здравоохранения к работе в ЧС мирного и военного времени осуществляется с целью выработки согласованных действий в составе формирований и учреждений службы медицины катастроф (СМК) и гражданской обороны в сфере здравоохранения (ГОЗ). Она предусматривает планирование мероприятий по подготовке к действиям в ЧС, подготовку к развёртыванию и организации работы учреждений и формирований СМК, больниц ГО и их формирований в зонах ЧС мирного и военного времени, овладение медицинским персоналом методиками обследования пострадавших, приёмами оказания им различных видов медицинской помощи, порядка пользования табельной техникой и осуществление лечения на этапах медицинской эвакуации.

Планирование подготовки персонала организуется и осуществляется в режиме повседневной деятельности органами управления здравоохранением всех уровней, включая объектовый уровень. При планировании анализируются состояние учебной и материально-технической базы, профиль и предназначение формирований и учреждений СМК и ГОЗ, установленный срок их готовности, наличие и состояние укомплектованности их персоналом, уровень его знаний и готовности к действиям в ЧС, степень оснащённости учреждений и формирований медицинским и иным имуществом и техникой.

Подготовка персонала здравоохранения к работе в ЧС по оказанию своевременной и качественной экстренной медицинской помощи (ЭМП), направленной на сохранение жизни и восстановление здоровья пострадавших, включает последовательно проводимые мероприятия:

1. Отработку планирующих документов по организации перевода здравоохранения и его медицинских организаций на режим работы в ЧС.
2. Постановку задач медицинским организациям и их персоналу к работе в ЧС.
3. Создание, комплектование и оснащение медицинскими организациями формирований и учреждений СМК и ГОЗ.
4. Обучение персонала формирований и учреждений СМК и ГОЗ к действиям в ЧС.

5. Повышение устойчивости функционирования формирований СМК и ГОЗ в условиях прогнозируемых ЧС.

6. Отработку вопросов управления формированиями и учреждениями СМК и ГОЗ в ходе практических занятий и учений.

Подготовка персонала медицинских организаций к действиям в ЧС мирного и военного времени подразделяется на оперативную, методическую и специальную, осуществляемые по группам:

- руководящий состав (КЧС, штаб ГО медицинской организации);
- врачи и средний медицинский персонал;
- прочий персонал (рабочие, служащие, водители, и прочие специалисты медицинской организации).

**Оперативная подготовка** направлена на обучение руководителей решению задач по всестороннему медицинскому обеспечению в ЧС мирного времени и управлению мобилизационным развёртыванием здравоохранения. Цель – привитие руководящему составу умений и навыков управления силами и средствами СМК и ГОЗ в условиях ЧС, обеспечение взаимодействия с различными ведомствами и организациями по медицинскому, материально-техническому, транспортному и коммунально-техническому обеспечению.

**Методическая подготовка** направлена на повышение мастерства руководящего состава и всего персонала здравоохранения по выполнению возложенных функций для выработки единых подходов к решению задач в ЧС мирного времени и в период военного времени.

**Специальная подготовка** направлена на совершенствование навыков медицинского персонала по проведению в условиях ЧС лечебно-эвакуационных, санитарно-противоэпидемических мероприятий и мероприятий по медицинскому снабжению, лекарственному обеспечению поражённых и больных и обеспечению комплексной безопасности (психологической, пожарной, энергетической, химической, радиационной, биологической, коммунально-технической и иной) в медицинских организациях.

Подготовка персонала медицинских организаций организуется в соответствии с итоговым приказом его руководителя. В констатирующей, подводящей итоги, части приказа отмечаются успешно выполненные в течение года мероприятия и их

исполнители, наличие недостатков и упущений, фактов неисполнительности с указанием по чьей вине они произошли. Во второй, приказной, части определяются меры по устранению имевших место недостатков, задачи по подготовке персонала в очередном году, поощрения за успешное выполнение проводимых мероприятий и взыскания за упущения. В приказе указывается порядок его доведения до исполнителей и организация контроля исполнения недостатков.

К приказу, в виде приложения, отрабатывается календарный план основных мероприятий на очередной год, в котором раскрывается содержание мероприятий, сроки и продолжительность их проведения, ответственные исполнители, кто на них привлекается (персонал, отделения, формирования), предполагаемые материальные и финансовые затраты.

В соответствии с приказом, для проведения занятий по специальной подготовке персонала медицинских организаций создаются учебные группы руководящего состава, врачей, средних медицинских работников, персонала, входящего в состав мобильных формирований СМК и ГОЗ и прочего персонала (работников хозяйственной части, финансово-экономического блока, пищеблока, службы безопасности и др.). В каждой группе назначаются руководители занятий, их заместители и определяется время проведения занятий.

Специальная подготовка руководящего состава осуществляется в количестве 15 часов в год; для персонала, входящего в состав формирований СМК и ГОЗ – 20 часов с учетом профиля и предназначения формирований; для остального врачебно-сестринского персонала – 24 часа, а для прочего персонала – 12 часов. В подготовке следует предусмотреть теоретическую и практическую части.

Руководящий состав изучает нормативные документы по организации работы СМК и ГОЗ, по вопросам мобилизационной готовности отрасли, приобретает практические навыки по оценке прогнозируемой обстановки и тактике управления силами и средствами здравоохранения, привлекаемыми к работе в ЧС.

Врачебный состав совершенствует знания и навыки по медицинской сортировке и медицинской эвакуации пострадавших, оказанию им ЭМП, лечению в условиях их массового поступления с учётом патологии в прогнозируемых ЧС. Особое внимание обращается на подготовку врачей нехирургического профиля к оказанию ЭМП при массовых травмах, отравлениях, ранениях.

Средний медицинский персонал прививает и совершенствует практические навыки в выполнении обязанностей, предусмотренных планами перевода медицинских организаций на режимы работы в ЧС мирного и военного времени, на совместных занятиях с врачами отрабатывает практические приёмы взаимодействия с ними при поступлении массового числа поражённых и больных. В условиях дефицита врачей средним медицинским персоналом отрабатываются приёмы оказания и навыки проведения простейших врачебных манипуляций.

Прочий персонал медицинских организаций обучается признакам оценки неотложных состояний (обморок, шок, инсульт, инфаркт миокарда и др.) у пострадавших, приёмам оказания первой помощи, правилам ухода за ранеными и больными, их медицинскому сопровождению при эвакуации и правилам адекватного поведения на заражённых территориях.

В специальной подготовке персонала медицинских организаций следует предусмотреть:

- территориальный компонент в патологии возможных поражений (по прогнозам ЧС и их медико-тактической характеристике);
- климатогеографические, топографические и социально-экономические особенности территории и их влияние на организацию оказания ЭМП пострадавшим;
- отработку рациональных методов взаимодействия в условиях массового поступления раненых и больных.

Организационные вопросы, основы планирования медицинского обеспечения в ЧС, порядок управления СМК и ГОЗ, изученные на занятиях закрепляются в ходе: штабных, командно-штабных, тактико-специальных тренировок и учений, объектовых тренировок и комплексных учений;

**Штабная тренировка (ШТ)** – начальная форма тактической подготовки руководящего состава органов управления, формирований и учреждений СМК и ГОЗ. Продолжительность её, в зависимости от тематики, составляет 2-4 часа с периодичностью проведения раз в квартал.

В ходе ШТ изучаются планирующие документы, отрабатываются функциональные обязанности должностных лиц КЧС, штаба ГО, персонала формирований, проигрывается порядок приведения органа управления в готовность в ограниченные сроки с отработкой схемы оповещения и экстренного сбора

должностных лиц в рабочее и во внерабочее время. Проводят ШТ руководители медицинских организаций или их заместители.

Для проведения ШТ разрабатывается план, в котором указываются: тема, учебные цели, дата, время и место проведения ШТ, состав обучаемых, вопросы и порядок их отработки.

Основными методами ШТ являются: практическая работа должностных лиц с документами, заслушивание руководителем должностных лиц по знанию обязанностей в ЧС, решению ими ситуационных задач и тестов, обмен мнениями по содержанию работы КЧС и ОПБ, штаба ГО и мобильных формирований медицинской организации к действиям в ЧС.

**Штабное учение (ШУ)** – проводится с органами управления, когда их должностные лица имеют достаточную подготовку для решения ситуационных задач по обстановке. Продолжительность ШУ 4-6 часов.

К штабному учению привлекаются органы управления и руководители структурных подразделений медицинской организации, задействуются средства связи, отрабатываются вопросы с учётом замысла учения. Цель ШУ - привить практические навыки руководящему составу и должностным лицам органа управления по оценке обстановки и отработке документов, по управлению силами и средствами служб, по выработке умений в кратчайшие сроки доводить распоряжения до исполнителей, используя при этом средства связи. На ШУ проверяется реальность планирования мероприятий по организации перевода органа управления медицинской организации на режимы работы в условиях массового поступления пострадавших в ЧС мирного и военного времени.

В соответствии с темой и целями учения разрабатываются его замысел и план проведения. В замысле отражаются исходная обстановка, её развитие в ходе учения, ожидаемые действия обучающихся. В плане ШУ указываются тема, учебные цели и отрабатываемые вопросы, время и место проведения ШУ, состав участников, действия руководителя и обучающихся по астрономическому и оперативному времени в соответствии с обстановкой, доводимой при отработке каждого учебного вопроса. Если в ходе учения предусматриваются оперативные скачки во времени, то в плане указывается скачковая обстановка, т.е. те события, которые произошли за

период оперативного времени. Основой для разработки плана проведения ШУ являются замысел и План действий медицинской организации в ЧС.

Основной метод проведения ШУ – заслушивание должностных лиц по оценке обстановки и выработка ими управленческих решений по вводным с подготовкой распоряжений и представлением донесений. ШУ завершается разбором действий обучаемых и подведением итогов.

**Командно-штабное учение (КШУ)** – высшая форма подготовки руководящего состава. Его продолжительность до 2-3 суток. В КШУ принимают участие руководитель и члены КЧС (штаба ГО) медицинской организации, персонал формирований СМК (ГОЗ), задействуется транспорт, средства связи. На КШУ используются наглядные пособия (схемы, таблицы, указатели, видеотехника с демонстрационными материалами и т.п.), применяющиеся в реальной обстановке.

КШУ может быть успешно проведено, если:

- качественно отработаны плановые документы;
- должностные лица, привлекаемые на учение, знают свои функциональные обязанности, порядок действия и взаимодействия в ЧС.

В ходе КШУ обязательно хронометрирование отработываемых мероприятий (экстренного сбора персонала, сроков приведения в готовность структурных подразделений, формирований СМК и ГОЗ медицинской организации, выдачи и получения имущества резерва, пропускной способности приёмно-сортировочного отделения при массовом поступлении поражённых, приведения в готовность других отделений и т.д.).

При разборе КШУ оценивается работа членов КЧС, структурных отделений и формирований СМК и ГОЗ медицинской организации.

**Тактико-специальное учение (ТСУ)** – наиболее эффективная форма подготовки персонала формирований СМК и ГОЗ для решения ими задач в ЧС мирного и военного времени. На ТСУ привлекается весь персонал формирований, оснащённый техникой и имуществом, согласно табелю. Учение должно готовиться и проводиться ежегодно. На него отводится до 6 часов. Основные задачи ТСУ:

- совершенствование управленческих навыков руководителей формирований в условиях ЧС;

- выработка согласованных действий персонала формирований и порядка их взаимодействия с другими оперативными службами территорий;
- оценка готовности формирований к действиям в очагах ЧС.

Руководителем ТСУ является руководитель медицинской организации или его заместитель по вопросам ЧС и ГО. Если в учении задействуется одно формирование, то руководителем назначается командир формирования. Для проведения учения могут привлекаться посредники из числа наиболее опытных специалистов в этой сфере деятельности.

При подготовке ТСУ определяются тема, учебные цели и вопросы, сроки, время и место проведения учения, его этапы, силы и средства для имитации, вопросы материально-технического обеспечения. В ходе учения анализируются отдаваемые распоряжения, степень и качество их выполнения, осуществляется контроль обеспечения безопасности.

Учение начинается с оповещения и сбора персонала формирования, вывода техники и проверки их готовности к действиям. После вручения вводных руководителям формирований предоставляется время для уяснения полученной задачи, оценки обстановки, принятия решения и постановки задач подчинённым.

Решение руководителя формирования заслушивает и утверждает руководитель учения. Если принято недостаточно обоснованное решение, руководитель учения путём постановки дополнительных вопросов побуждает руководителя формирования глубже вникнуть в обстановку, заново оценить её и принять более целесообразное решение. При необходимости, руководитель учения может объявить частный отбой, разобрать допущенные ошибки, уточнить решение и продолжить учение. Приостановка учения допустима и при отработке наиболее важных приёмов и способов действий.

Наращивание обстановки при проведении ТСУ достигается введением новых вводных, имитирующих различные элементы ЧС (обвал, пожар, взрыв, выброс химических или радиоактивных веществ, подтопление с увеличением количества условно пострадавших и т.п.). Это позволяет осуществлять маневр силами и средствами формирования с учётом изменения обстановки, принятия новых решений, изыскания возможности проявления инициативы и находчивости.

Заканчивается ТСУ по выполнению всех поставленных задач с последующим их разбором, оценкой действий руководителя и персонала формирования, в целом, и по этапам учения.

Для проверки отдельных положений разработанных проектов нормативных документов, касающихся внедрения новых форм, методов и способов действий в очагах ЧС, в соответствии с решениями вышестоящих начальников организуется проведение опытно-исследовательского ТСУ.

В стационарных ЛПУ с малой коечной ёмкостью и в амбулаторно-поликлинических учреждениях проводятся **объектовые тренировки (ОТ)**, а в ЛПУ с большой коечной ёмкостью (500 и более) – **комплексные учения**. Целесообразная периодичность их проведения один раз в три года с продолжительностью ОТ – 1-2 суток, а комплексного учения – 2-3 суток.

**При проведении комплексного учения** участвуют орган управления ЛПУ в полном составе, эвакуационная комиссия, комиссия по устойчивости функционирования, формирования общего и медицинского назначения. К учению одномоментно привлекается не менее 30-40% штатного состава функциональных отделений ЛПУ. Проводится оно без прекращения основной работы, а значит, следует планировать участие персонала отделений и формирований по графику.

Основные цели комплексного учения – практическая отработка тех мероприятий, которые содержатся в плане перевода ЛПУ на режим работы в ЧС мирного и военного времени, организация согласованных действий структурных отделений, выявление наиболее сложных вопросов по организации работы в ЧС и поиск оптимальных решений по их реализации.

Для проведения комплексного учения разрабатываются замысел, план проведения, определяется материально-техническое обеспечение учения и предусматривается его финансирование.

По итогам учения составляются отчёт и план устранения выявленных замечаний и недостатков, вносятся соответствующие коррективы в План ГО ЛПУ и/или в План действий ЛПУ в ЧС и в процесс подготовки персонала.

Комплексные учения проводятся на объектовом и территориальных уровнях. Их цель – отработка вопросов взаимодействия структурных отделений медицинской организации с территориальным и ведомственным здравоохранением, экстренными



оперативными и аварийно-спасательными службами территории (охраны общественного порядка, противопожарной, спасательной, связи, транспортной, коммунально-технической, энергетической и др.).

**В ходе объектовой тренировки** отрабатывается меньший объём вопросов. Её цель – проверить реальность отдельных положений планирующих документов, дать должностным лицам практику в выполнении функциональных обязанностей при работе в составе формирований и отделений медицинской организации. Для проведения объектовой тренировки отрабатываются аналогичные документы, что и для комплексного учения. Заканчивается ОТ её разбором и подведением итогов.

Хорошей школой подготовки руководящего состава здравоохранения к действиям в ЧС является продуманная и чётко спланированная **организация проведения заседаний комиссии по чрезвычайным ситуациям и обеспечению пожарной безопасности (КЧС и ОПБ), а также штаба ГО**. Это позволяет расширить кругозор и углубить компетентность руководителей по вопросам СМК и ГОЗ, снизить с их стороны панические реакции, растерянность, порою, страх при возникновении ЧС и обеспечить на должном уровне выполнение решаемых задач от объектового до субъектового звена здравоохранения.

Заседания КЧС и ОПБ и/или штаба ГО протоколируются, по их итогам принимаются решения. Материалы заседания подписываются председателем КЧС и ОПБ (начальником штаба ГО) и утверждаются руководителем медицинской организации.

Решения заседаний в 10-дневный срок доводятся до коллектива на врачебных, сестринских конференциях или на общих собраниях.

Контроль исполнения принятых решений на этих заседаниях осуществляет председатель КЧС и ОПБ (начальник штаба ГО), который на последующих заседаниях информирует членов КЧС и ОПБ (штаба ГО) об их выполнении, о проблемах, трудностях, не выполненных решениях и путях их реализации.

Примерный перечень вопросов, выносимых для рассмотрения на заседания КЧС и ОПБ, и/или штаба ГО медицинской организации, представлен в приложении 26.

Совершенствование знаний и навыков действий персонала медицинских организаций осуществляется в процессе самостоятельной подготовки и на циклах

повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала, на конференциях по СМК и ГОЗ, при тестировании и решении ситуационных задач персоналом в процессе обходов учреждения, осуществляемых руководителями медицинской организации.

Следовательно, применение и совершенствование рассмотренных форм и методов подготовки персонала медицинских организаций к действиям в ЧС, соблюдение принципа «от простого к сложному» раскрывает сущность медицинских проблем в ЧС, повышает интерес к приобретению персоналом профессиональных компетенций при работе в этих условиях, совершенствует навыки руководителей медицинских организаций по управлению процессом ликвидации медико-санитарных последствий в ЧС мирного и военного времени.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### **О заместителе главного врача по медицинской части для мобилизационной работы и гражданской обороне**

Приказом Минздрава России от 09.06.2003 г. № 230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения...» утверждены штатные нормативы структурных подразделений, специально уполномоченных на решение задач в области гражданской обороны государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (УЗ).

В соответствии с утвержденными нормативами в любом УЗ с численностью работающих до 500 человек вводится штатная должность заместителя главного врача (директора, начальника) по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороны). При количестве работающих свыше 500 человек дополнительно вводятся должности специалистов по гражданской обороне.

В дополнение к приказу письмом Минздрава России от 19.11.2003 г. № 2510/12909-03-32 разъясняется, что при назначении на должность заместителя главного врача специалиста с высшим медицинским образованием, он именуется как заместитель главного врача по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороны). При назначении на эту должность специалиста с иным высшим (или средним) профессиональным образованием – как заместитель главного врача по мобилизационной работе и гражданской обороне.

В целях определения требований к кандидатам на замещение вышеуказанной должности, а также для понимания объема и сущности решаемых задач по вопросам мобилизационной работы, гражданской обороны и службы медицины катастроф объектового здравоохранения, нами предлагается вариант должностного регламента заместителя главного врача по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороны) медицинской организации.

#### **ДОЛЖНОСТНОЙ РЕГЛАМЕНТ заместителя главного врача (директора, начальника) по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороны) медицинской организации (вариант)**

### **1. Общие положения**

1.1. Должность заместителя главного врача (директора, начальника) по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороны) медицинской организации укомплектовывается специалистом с высшим медицинским образованием, а должность заместителя главного врача (директора, начальника) по мобилизационной работе и гражданской обороне медицинской организации – специалистом с иным высшим или средним профессиональным образованием. Далее в обоих случаях этот специалист указывается как заместитель главного врача по МР и ГО.

1.2. На должность заместителя главного врача по МР и ГО назначается специалист, имеющий опыт организационной и практической работы по данному направлению деятельности не менее 3-х лет.

1.3. Назначается заместитель главного врача по МР и ГО на должность и освобождается от нее руководителем медицинской организации.

1.4. Заместитель главного врача по МР и ГО подчиняется непосредственно руководителю медицинской организации.

1.5. Заместитель главного врача по МР и ГО в своей деятельности руководствуется Конституцией РФ, федеральными, областными (республиканскими, краевыми, окружными) и муниципальными нормативными правовыми актами по вопросам МР, ГО и СМК; Уставом медицинской организации, приказами и распоряжениями её руководителя, решениями КЧС и ПБ, а также штаба ГО медицинской организации, постановлениями аналогичных комиссий (штабов) вышестоящих органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и настоящей должностной инструкцией.

1.6. Заместитель главного врача по МР и ГО при наличии допуска (после соответствующей проверки) к сведениям, составляющим государственную тайну, руководствуется при работе с ними положениями «Инструкции ...», утвержденной постановлением Правительства России 05.01.2004 г. № 3-1.

1.7. В структуре КЧС и ОПБ медицинской организации заместитель главного врача по МР и ГО является председателем комиссии, а в структуре штаба ГО - его начальником.

1.8. Заместитель главного врача по МР и ГО центральных районных больниц организует работу в сфере своей деятельности во всех ЛПУ района и обеспечивает контроль её выполнения. При подготовке докладов, отчётов и другой информации им предоставляются сведения по всем ЛПУ района.

1.9. Должностной регламент заместителя главного врача по МР и ГО разрабатывается с учетом профиля, особенностей медицинской организации и утверждается его руководителем.

## **2. Основные задачи и обязанности**

### **2.1. Задачами заместителя главного врача по МР и ГО являются:**

2.1.1. Организация исполнения директивных документов вышестоящих органов исполнительной власти, приказов главного врача, решений заседаний КЧС и ОПБ, штаба ГО медицинской организации, личного годового плана и аналогичного плана медицинской организации по вопросам МР, ГО и СМК, утверждаемых главным врачом.

2.1.2. Организация исполнения утверждённого суженым заседанием администрации субъекта РФ (администрации муниципального образования, на территории которого находится медицинская организация) мобилизационного задания, и задания по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС мирного времени, утверждённого руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ.

2.1.3. Организация работы КЧС и ОПБ, штаба ГО медицинской организации и реализация исполнения их решений.

2.1.4. Оказание методической помощи заведующим структурными отделениями (подразделениями) медицинской организации в проведении работы по подготовке персонала к действиям в ЧС мирного и военного времени.

2.1.5. Разработка проектов организационных и методических документов по МР, ГО и СМК медицинской организации.

2.1.6. Организация и проведение учебно-методической работы с персоналом медицинской организации по вопросам МР, ГО и СМК.

2.1.7. Организация обеспечения безопасности и повышения устойчивости функционирования медицинской организации.

2.1.8. Обеспечение взаимодействия с мобилизационными органами управления здравоохранением, центрами медицины катастроф и соседними медицинскими организациями, в том числе ведомственными, управлениями МЧС России (отделами ГОЧС) в территориях, службами жизнеобеспечения населения, военными комиссариатами и другими структурами, задействованными в мероприятиях по предупреждению и ликвидации последствий ЧС и осуществлению МР и ГО.

2.1.9. Осуществление контроля выполнения руководящим составом и персоналом медицинской организации, в целом, а также создаваемых ею формирований СМК и ГО в сфере здравоохранения (ГОЗ), мероприятий по режимам функционирования СМК и степеням мобилизационной готовности.

2.1.10. Обобщение и анализ деятельности по МР, ГОЗ и СМК, внедрение её достижений в повседневную практику.

**2.2. Во исполнение возложенных задач заместитель главного врача по МР и ГО обязан:**

2.2.1. Планировать работу по всем вопросам, входящим в его компетенцию в соответствии с настоящей Инструкцией.

2.2.2. Разрабатывать проекты приказов и методических документов по вопросам МР, ГО и СМК для персонала медицинской организации, по выполнению установленного мобилизационного задания, комплектованию и подготовке формирований ГОЗ и СМК, по осуществлению текущей работы и осуществлять контроль их исполнения.

2.2.3. Разрабатывать, совместно с членами КЧС и ОПБ, штаба ГО, и не реже одного раза в год корректировать План ГО медицинской организации с разделом медицинского обеспечения мероприятий ГО и План её действий в ЧС мирного времени, а также организовывать и осуществлять контроль их исполнения.

2.2.4. Осуществлять ведение документации по вопросам ГОЗ и СМК в соответствии с установленными требованиями.

2.2.5. Знать организационно-штатную структуру ГОЗ и СМК от федерального до объектового уровня, предназначение, принципы, порядок комплектования и организацию работы их учреждений и формирований, пункты и сроки их отмобилизации.

2.2.6. Знать обеспеченность учреждений и формирований ГОЗ и СМК личным составом, медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным и другим имуществом, транспортом, помещениями и зданиями.

2.2.7. Иметь сведения о списочном составе формирований ГОЗ и СМК, наличии и состоянии их имущества и прикрепленной техники.

2.2.8. Изучать деловые и профессиональные качества персонала, предназначенного на должности учреждений и формирований ГОЗ и СМК.

2.2.9. Осуществлять анализ количественного и качественного состава призывных и мобилизационных ресурсов медицинской организации.

2.2.10. Иметь схемы развёртывания и поэтажные планы больниц ГО, развёртываемых на основной базе и в загородной зоне.

2.2.11. Иметь перечни и графики проведения приспособительных работ в зданиях, отведённых для развёртывания больниц ГО (включая загородную зону), а также список организаций и лиц, участвующих в этом процессе.

2.2.12. Разрабатывать проекты личных годовых и квартальных планов работы и годовых планов работы КЧС и ОПБ, штаба ГО.

2.2.13. Готовить и организовывать проведение заседаний КЧС и ПБ, штаба ГО медицинской организации.

2.2.14. Совместно с членами КЧС и ОПБ, штаба ГО разрабатывать функциональные обязанности для них, организацию и порядок действия их в тех или иных ЧС.

2.2.15. Организовывать отработку членов КЧС и ОПБ, штаба ГО и всего персонала медицинской организации по вопросам специальной подготовки в теоретическом и практическом варианте.

2.2.16. Иметь сведения о наличии в медицинской организации средств индивидуальной защиты персонала, ведения радиационно-химической и биологической разведки и принимать меры по их накоплению.

2.2.17. Организовывать контроль за правильностью хранения в медицинских организациях средств индивидуальной защиты персонала, работоспособностью приборов радиационно-химической разведки и другого имущества, предназначенного для использования в ЧС мирного и военного времени, периодически лично проверять их состояние.

2.2.18. Разрабатывать перечень мер по повышению устойчивого функционирования медицинской организации в условиях возможных ЧС, выносить их на рассмотрение КЧС и ОПБ и организовывать внедрение в практику.

2.2.19. Совместно с членами КЧС и ОПБ, штаба ГО разрабатывать планы и задания проведения тренировок, учений в медицинской организации, а также планировать даты их проведения.

2.2.20. Разрабатывать методические документы по проведению учений, тренировок, инструкции, памятки для персонала медицинской организации по действиям в ЧС.

2.2.21. Осуществлять контроль уровня специальных знаний и навыков персонала в структурных отделениях медицинской организации в соответствии с профилем их специальности, решаемых задач и периодически осуществлять проверки состояния его готовности к действиям в ЧС.

2.2.22. Разрабатывать схемы всестороннего взаимодействия медицинской организации в части эффективного решения задач по ликвидации последствий ЧС мирного и военного времени.

2.2.23. Принимать участие в мероприятиях, организуемых вышестоящими КЧС и ОПБ, штабами ГО.

2.2.24. Осуществлять контроль работы специалиста по воинскому учету и бронированию персонала медицинской организации.

2.2.25. Знать персонал медицинской организации, состоящий на специальном и общем воинском учете, в том числе имеющий мобилизационные предписания, и его количественную и качественную характеристику.

2.2.26. Организовывать составление сметы чрезвычайных расходов по выполнению мобилизационного задания, возложенного на медицинскую организацию.

2.2.27. Готовить и представлять по подчинённости в установленные сроки доклады, донесения, информации, заявки, по вопросам МР, ГО и СМК.

2.2.28. Соблюдать режим конфиденциальности при разработке документов и при выполнении должностных обязанностей обеспечивать их сохранность.

### **3. Права и ответственность**

**3.1. В целях обеспечения выполнения задач и функций заместителю главного врача по МР и ГО предоставлено право:**

3.1.1. Проверять организацию работы в структурных отделениях медицинской организации по вопросам, входящим в его компетенцию.

3.1.2. Отдавать распоряжения сотрудникам этих отделений по вопросам своей компетенции и осуществлять контроль их исполнения.

3.1.3. Заслушивать должностных лиц КЧС и ОПБ, штаба ГО, руководителей отделений и руководителей созданных формирований СМК и ГО о выполнении ими функциональных обязанностей, повышении специальных знаний по вопросам МР, ГО и СМК и о степени их готовности.

3.1.4. По поручению главного врача представлять на мероприятиях во всех организациях по вопросам, отнесённым к его компетенции.

3.1.5. Постоянно совершенствовать профессиональную подготовку, в том числе и на циклах усовершенствования по вопросам МР, ГО и СМК не реже 1 раза в 5 лет.

3.1.6. Вносить предложения главному врачу по:

а) улучшению организации работы по вопросам МР, ГО и СМК;

б) подбору и расстановке специалистов на штатные должности с учётом их деловых, профессиональных и моральных качеств;

в) повышению квалификации персонала по вопросам МР, ГО и СМК в соответствии с занимаемой должностью, имеемой специальностью и решаемыми задачами в составе КЧС и ОПБ, штаба ГО и созданных формирований и учреждений СМК и ГО;

г) тематике проведения учений, тренировок, совещаний, семинаров, сборов по вопросам МР, ГО и СМК;

д) вопросам для обсуждения на совещаниях и для рассмотрения на коллегии вышестоящего органа управления здравоохранением, на суженых заседаниях администраций субъекта РФ и его муниципальных образований.

е) поощрению персонала за качественную работу по ГО и СМК и о наложении на них взысканий за упущения при решении задач по этому виду деятельности;

ж) другим вопросам, входящим в его компетенцию.

**3.2. Заместитель главного врача по МР и ГО несёт дисциплинарную ответственность** за выполнение возложенных на него настоящим должностным регламентом задач и обязанностей, квалифицированное и качественное выполнение поручений, за соблюдение правил внутреннего трудового распорядка медицинской организации, а также за использование данных ему прав.

**Мобильные формирования службы медицины катастроф (медицины чрезвычайных ситуаций),  
их штат и возможности**

| Наименование формирований                                   | База создания                                                                                                 | Предназначен.                                                      | Вид оказываемой помощи, задачи                                                            | Возможности                         | Специальность медицинского персонала               | Кол-во медперсонала                       |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1                                                           | 2                                                                                                             | 3                                                                  | 4                                                                                         | 5                                   | 6                                                  | 7                                         |
| Бригада доврачебной медико-санитарной помощи (БДП)          | Участковые, районные, городские больницы, ЦРБ, поликлиники, ведомственные ЛПУ, здрав (мед) пункты предприятий | Для работы в очаге или на его границе (в зависимости от его вида). | Первичная доврачебная медико-санит. помощь, мед. сортировка, мед. эвакуация пострадавших. | 50 пострадавших за 12 часов работы. | Фельдшер (м/с) санитар водит.-санитар              | 2<br>1<br>1                               |
| Врачебно-сестринская бригада (ВСБ).                         | Участковые, районные, городские больницы, ЦРБ, поликлиники, ведомственные ЛПУ                                 | -----«-----                                                        | Первичная врачебная медико-санит. помощь, мед. сортировка, мед. эвакуация пострадавших.   | 50 пострадавших за 12 часов работы. | Врач медсестра водит.-санитар                      | 1<br>2<br>1                               |
| Мобильный медицинский отряд (ММО)                           | ЦРБ, городские б-цы, ведомственные ЛПУ.                                                                       | -----«-----                                                        | Первичная врачебная медико-санит. помощь, мед. сортировка, мед. эвакуация пострадавших.   | До 250 пострадавших за 12 часов     | Старший врач Врачи Медсёстры Санитар Водит.-санит. | 1<br>2 - 5<br>10 - 25<br>5 - 10<br>5 - 10 |
| Бригады скорой мед.пом. (БСкМП):<br>- линейная фельдшерская | Станция (отделение) скорой медицинской помощи (ССкМП) ССкМП                                                   |                                                                    |                                                                                           | До 25 чел. за 12 часов              |                                                    |                                           |



|                               |             |                                               |                                                                                                                |                                   |                                              |             |
|-------------------------------|-------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|-------------|
| - линейная<br>врачебная       | ССкМП       | Для работы в<br>очаге или на<br>границе очага | Первичная довра-<br>чебная медико-<br>санитарн. помощь,<br>мед. сортировка,<br>мед. эвакуация<br>пострадавших. | До 50 чел.<br>за 12 часов         | Фельдшер,<br>санитар,<br>водит.-санитар      | 1<br>1<br>1 |
|                               |             | Для работы в<br>очаге или на<br>границе очага | Первичная врачебная<br>медико-санитарн.<br>помощь, мед.<br>сортировка, мед.<br>эвакуация<br>пострадавших.      |                                   | Врач,<br>фельдшер (м/с)<br>водит.-санитар    | 1<br>1<br>1 |
| специализир.ре<br>анимацион   | ССкМП       | Для работы на<br>границе очага                | Противошоковые и<br>реанимационные<br>мероприятия                                                              | 20<br>пострадавших<br>за 12 часов | Реаниматолог,<br>фельдшер,<br>водит.-санитар | 1<br>2<br>1 |
| специализир.<br>кардиологич.  | -----«----- |                                               |                                                                                                                | 25<br>пострадавших<br>за 12 часов |                                              | 1<br>2<br>1 |
| специализир.<br>психоневрол.  | -----«----- | -----«-----                                   | Скорая специализ.<br>мед. помощь                                                                               | До 25 человек<br>за 12 часов      | Кардиолог,<br>фельдшер,<br>водит.-санитар    | 1<br>2<br>1 |
|                               |             | -----«-----                                   | -----«-----                                                                                                    | До 25 человек<br>за 12 часов      | Психоневрол.<br>фельдшер,<br>водит.-санитар  | 1<br>1<br>1 |
| специализир.<br>педиатрическ. | -----«----- | -----«-----                                   | -----«-----                                                                                                    |                                   | Педиатр,<br>фельдшер,<br>водит.-санитар      | 1<br>2<br>1 |
|                               |             | -----«-----                                   | -----«-----                                                                                                    |                                   |                                              |             |

| Бригады специализир. медицинской помощи (БСМП): | Областные (краевые, республиканские), городск. многопроф. б-цы; ЦРБ и ведомств. ЛПУ | Для работы в стационарных условиях | Специализирован. медицинская помощь |                         |                                                                                                           |                            |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| хирургическая БСМП                              | -----«-----                                                                         | -----«-----                        | -----«-----                         | 10 операций за 12 часов | хирург<br>анестезиол.-реаниматолог<br>операц. сестра<br>м/с анестезист<br>водит.-санитар                  | 2<br>1<br>2<br>1<br>1      |
| детская хирургическая БСМП                      | -----«-----                                                                         | -----«-----                        | -----«-----                         | 10 операций за 12 часов | детск. хирург<br>анестезиолог-реаниматол.<br>опер. м/сестра<br>м/с анестезист<br>водит.-санитар           | 2<br>1<br>1<br>2<br>1      |
| травматологическая БСМП                         | -----«-----                                                                         | -----«-----                        | -----«-----                         | 10 операций за 12 часов | травматолог,<br>анестезиол.-реаним.,<br>опер.м/сестра,<br>м/с анестезист<br>мед. сестра<br>водит.-санитар | 2<br>1<br>2<br>1<br>1<br>1 |
| нейрохирург. БСМП                               | Областные (краевые, республиканские),                                               |                                    | Специализирован. медицинская помощь | 6 операций За 12 часов  | нейрохирург                                                                                               | 2<br>1                     |

|                               |                                                                           |                                                     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                          |                           |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| акушерско-гинекологич. БСМП   | городск. многопроф. б-цы; ЦРБ и ведомств. ЛПУ.<br><br>-----«-----         | Для работы в стационарах зоны ЧС<br><br>-----«----- | -----«-----                         | До 50 человек<br>За 12 часов | анестезиол.-реаним.,<br>опер. м/сестра,<br>м/с анестезист,<br>мед сестра<br>водит.-санитар<br><br>акушер-гинеколог,<br>анест.-реаним.<br>акушерка, опер.<br>м/сестра м/с<br>анестезист<br>водит.-санитар | 2<br>1<br>1<br>1<br><br>2 |
| токсико-терапевтическая БСМП  | Центры отравлений, ЛПУ, имеющие в своем составе токсиколог.отделения      | -----«-----                                         | Специализирован. медицинская помощь | 20-25 человек<br>за 12 часов | токсиколог,<br>анест.-реаним.<br>терапевт<br>м/с анестезист<br>лабор.-химик<br>водит.-санитар                                                                                                            | 1<br>1<br>1<br>1<br>1     |
| радиолого-терапевтическ. БСМП | ЛПУ, имеющие в своём составе радиологические и гематологические отделения | -----«-----                                         | -----«-----                         | 100 человек<br>за 12 часов   | радиолог<br>терапевт<br>гематолог<br>медсестра<br>дозиметрист,<br>водит.-санитар                                                                                                                         | 1<br>1<br>1<br>1<br>1     |

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Йодная профилактика – эффективный метод защиты щитовидной железы от воздействия радиоактивных изотопов йода. В качестве средства йодной профилактики используется калия йодид в таблетках, содержащие стабильный йод, запасы которого создаются для населения, проживающего и работающего в 30-км зоне от ядерного объекта.

Йодид калия обеспечивает защиту щитовидной железы от поступления радиоактивного йода, а в случае проникновения последнего в щитовидную железу – снижает её облучение с эффектом до 95%. В зависимости от возраста и физиологического состояния человека, йодид калия применяется следующим образом:

| Категория населения                                 | Порядок применения йодида калия                                                                   |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Взрослые                                            | По 1 таблетке (0,125 гр.) один раз в сутки в течение всего срока выброса РВ, но не более 10 суток |
| Дети от 3 до 14 лет                                 | По ½ табл. (0,063 гр.) один раз в сутки до 10 дней                                                |
| Дети до 3 лет                                       | По ½ табл. (0,063 гр.) один раз в сутки после еды с чаем или другой жидкостью в течении 2 суток   |
| Беременные женщины и кормящие матери                | По 1 табл. (0,125 гр.) один раз в сутки в течение 2 дней                                          |
| Новорожденные, находящиеся на грудном вскармливании | Получают необходимую дозу йодида калия с молоком матери                                           |

Организация проведения йодной профилактики и обеспечение населения йодидом калия возлагается на органы исполнительной власти, руководителей предприятий, учреждений, социальных структур при обязательном контроле и консультациях представителей здравоохранения.

При отсутствии йодистого калия с одинаковым эффектом может применяться 5% спиртовой раствор йода путем нанесения его на область межпальцевых складок или сеточкой на предплечье, голень: ежедневно на одну межпальцевую складку или предплечье и голень до 8 дней.

Возможно применение настойки йода и внутрь по следующей схеме:

- взрослым и детям старше 2-х лет – по 3-5 капель на стакан молока или воды 3 раза в день после еды в течение 7 дней;
- детям до 2-х лет – по 1-2 капли на 100 мл молока или питательной смеси 3 раза в день в течение 7 дней.

Йодная профилактика максимально эффективна, если она начинается до воздействия радиоактивных веществ (за 30-40 мин. до контакта с радиоактивными веществами) или в ближайшие часы после радиационной аварии, катастрофы.

**ЗАДАЧИ,  
решаемые оперативной группой здравоохранения субъекта РФ  
на загородном запасном пункте управления**

В целях приведения в готовность загородного пункта управления (ЗПУ) и последующего обеспечения с него руководства здравоохранением субъекта Российской Федерации по степени готовности ГО «Военная опасность» на ЗПУ выдвигается оперативная группа для решения следующих задач:

1. Приведения в готовность имеющихся на ЗПУ средств связи.
2. Установления связи с:
  - основным пунктом Правительства субъекта РФ;
  - Минздравом России;
  - основным пунктом управления здравоохранением субъекта РФ;
  - Главным управлением МЧС по субъекту РФ;
  - руководителями учреждений здравоохранения субъекта РФ.
3. Организации взаимодействия с руководителями оперативных служб и органами военного командования на территории субъекта РФ.
4. Осуществления подготовительных мероприятий к приёму руководящего состава здравоохранения и создания условий для его работы.
5. Осуществления закладки медикаментов и медицинского имущества на загородный ЗПУ в соответствии с табельными нормами обеспечения.
6. Проведения контроля качества продовольствия, закладываемого на загородный ЗПУ.

В период передислокации руководящего состава здравоохранения субъекта РФ с основного на загородный пункты управления оперативная группа принимает на себя управление всеми его силами и средствами.

Оперативная группа обязана иметь:

1. План медицинского обеспечения населения области на военное время.
2. План медицинского обеспечения мероприятий ГО области.
3. План размещения руководящего состава здравоохранения на ЗПУ.
4. Автомобиль с водителем.

**ДОЛЖНОСТНОЙ РЕГЛАМЕНТ  
СПЕЦИАЛИСТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ПО ВОИНСКОМУ УЧЁТУ ГРАЖДАН, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ЗАПАСЕ  
ВООРУЖЁННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (вариант)**

**1. Общие положения**

1.1. Должность специалиста по воинскому учёту (ВУ) граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ) Вооружённых Сил Российской Федерации (ВС РФ), в медицинских организациях вводится, исходя из следующих норм:

- при наличии на ВУ менее 500 ГПЗ работа по ведению ВУ возлагается по совместительству, в установленном порядке, на одного из работников медицинской организации (как правило, специалиста отдела кадров).

- при наличии на ВУ от 500 до 2000 ГПЗ – вводится штатная должность специалиста по ВУ. При наличии на ВУ от 2000 до 4000 ГПЗ вводятся 2 штатные должности, а на каждые последующие 3000 ГПЗ – еще один работник. При наличии 2-х и более штатных работников в структуре организации создаётся отдел по воинскому учёту.

1.2. Специалист по ВУ назначается на должность, перемещается и увольняется с неё приказом руководителя медицинской организации.

1.3. В своей работе специалист по ВУ руководствуется Конституцией РФ (1993), Федеральным законом от 28.03.1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе», постановлением Правительства РФ от 27.11.2006 г. № 719 «Об утверждении Положения о воинском учёте», другими нормативно-правовыми актами РФ, приказами, указаниями, распоряжениями Минздрава России, нормативными документами органа исполнительной власти субъекта РФ, органа управления здравоохранением субъекта РФ и органа местного самоуправления по вопросам ВУ и бронирования ГПЗ.

**2. Основные обязанности**

Специалист по воинскому учёту медицинской организации **обязан:**

2.1. Проверять при приеме на работу у ГПЗ военные билеты (временные удостоверения, выданные взамен военных билетов), а у граждан, подлежащих призыву на военную службу – удостоверения гражданина, подлежащего призыву на военную службу.

2.2. Установить, состоят ли граждане, принимаемые на работу, на ВУ.

2.3. Направлять граждан, подлежащих постановке на ВУ, в военный комиссариат по месту жительства.

2.4. Разъяснять ГПЗ, поступающим на работу их права и обязанности в части ВУ.

2.5. Обеспечить качество ВУ ГПЗ и гражданам, подлежащих призыву на военную службу, из числа работающих в медицинской организации.

2.6. Сверять не реже одного раза в год сведения о ВУ граждан в личных карточках с документами ВУ военных комиссариатов, а в населенных пунктах, где нет военных комиссариатов – с учетными данными органа местного самоуправления, внося при этом необходимые изменения;

2.7. Направлять в 2-хнедельный срок по запросам военных комиссариатов или иных органов, осуществляющих ВУ, сведения о:

- гражданах, вставших на ВУ в организации;
- гражданах, состоящих на ВУ;
- гражданах, не состоящих, но обязанных состоять на ВУ;
- численности работников медицинской организации, в том числе забронированных на период мобилизации и на военное время.

2.8. Сообщать в 2-хнедельный срок в военные комиссариаты обо всех гражданах, пребывающих в запасе, гражданах, подлежащих призыву на военную службу, принятых на работу или уволенных с нее.

2.9. Своевременно оформлять бронирование ГПЗ путем заполнения и направления в военные комиссариаты документов, необходимых для предоставления отсрочки от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время.

2.10. Оповещать граждан о вызовах в военный комиссариат.

2.11. Обеспечивать гражданам возможность своевременной явки по вызовам (повесткам) в военные комиссариаты для постановки на ВУ.

2.12. Разрабатывать планы мероприятий по вручению удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу забронированным ГПЗ и составлять списки уполномоченных от структурных подразделений медицинской организации для вручения удостоверений.

2.13. Проводить систематический анализ обеспеченности медицинской организации на военное время трудовыми ресурсами из числа ГПЗ, готовить предложения по этому вопросу, составлять план замены персонала, убывающего по мобилизации и в военное время, разрабатывать и осуществлять необходимые мероприятия по подготовке кадров для замены ГПЗ, подлежащих призыву на военную службу.

2.14. Осуществлять работу, связанную с бронированием ГПЗ на период мобилизации и на военное время, в строгом соответствии с действующим законодательством по обеспечению режима конфиденциальности.

2.15. Обеспечивать тесное взаимодействие с заместителем руководителя медицинской организации по мобилизационной работе и гражданской обороне (специалистом по ГО) при работе по ВУ персонала.

2.16. Ежегодно представлять в органы управления здравоохранением по подчиненности отчет об организации работы по ВУ и бронированию ГПЗ в соответствии с существующими требованиями, а его копию – в территориальную комиссию по вопросам бронирования ГПЗ.

2.17. Организовывать изготовление стендов, уголков, других материалов наглядной агитации по вопросам ВУ, размещать и обновлять на них необходимую для ГПЗ информацию.

### **3. Права и ответственность**

3.1. Специалист по ВУ медицинской организации **имеет право:**

- вносить предложения о совершенствовании работы по ВУ и бронированию ГПЗ руководителю медицинской организации и в вышестоящие органы управления здравоохранением;

- по согласованию с руководителем медицинской организации от его имени отдавать распоряжения персоналу по вопросам ВУ и бронирования ГПЗ;
- обращаться за консультацией по неясным или спорным вопросам в сфере своей деятельности в вышестоящие органы управления здравоохранением, военные комиссариаты и мобилизационные органы исполнительной власти территорий;
- проводить семинары, практические занятия, тренировки с персоналом медицинской организации, относящимся к категории военнообязанных, по вопросам ВУ и бронирования ГПЗ;
- участвовать в работе научно-практических конференций, учебно-методических сборов, семинаров, совещаний по вопросам ВУ и бронирования ГПЗ;
- повышать свою квалификацию на базе военных комиссариатов, мобилизационных органов исполнительной власти территорий и на циклах повышения квалификации не реже одного раза в пять лет.

3.2. Специалист по ВУ медицинской организации, виновный в невыполнении обязанностей по ВУ и бронированию ГПЗ, **несет дисциплинарную, административную, гражданскую и уголовную ответственность** в соответствии с действующим законодательством РФ.



## **ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОИНСКОМУ УЧЁТУ, МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ И МОБИЛИЗАЦИИ**

### **I. Обязанности граждан по воинскому учёту**

#### **1.1. Граждане РФ, подлежащие воинскому учёту, обязаны:**

- состоять на воинском учёте (ВУ) по месту жительства в военном комиссариате, а в населенном пункте, где нет военных комиссариатов – в органах местного самоуправления. Граждане, имеющие воинские звания офицеров и пребывающие в запасе Службы внешней разведки РФ и Федеральной службы безопасности РФ, состоят на воинском учёте в этих органах;

- прибывать в установленные время и место по вызову (повестке) в военный комиссариат или иной орган, осуществляющий ВУ по месту жительства или временного пребывания, имея при себе военный билет (временное удостоверение взамен военного билета) или удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу, а также паспорт гражданина РФ. Гражданин, имеющий водительское удостоверение на право управления транспортным средством, должен иметь его при себе;

- при увольнении с военной службы в запас ВСРФ явиться в 2-х недельный срок со дня исключения из списков личного состава воинской части в военный комиссариат или иной орган, осуществляющий ВУ, по месту жительства для постановки на воинский учет;

- сообщить в 2-х недельный срок в военный комиссариат или иной орган, осуществляющий ВУ, по месту жительства об изменении семейного положения, образования, места работы или должности, места жительства в пределах района, города без районного деления или иного муниципального образования;

- сняться с ВУ при переезде на новое место жительства или место временного пребывания (на срок более 3 месяцев), а также при выезде из РФ на срок свыше 6 месяцев и встать на воинский учет в 2-х недельный срок по прибытии на новое место жительства, место временного пребывания, либо по возвращению в РФ;

- бережно хранить военный билет (временное удостоверение, выданное взамен военного билета), а также удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу; в случае утраты указанных документов в 2-х недельный срок обратиться в военный комиссариат или иной орган, осуществляющий ВУ, по месту жительства для решения вопроса о получении документов взамен утраченных.

1.2. Граждане, подлежащие призыву на военную службу и выезжающие в период проведения призыва на срок более 3 месяцев с места жительства, должны лично сообщить об этом в военный комиссариат или иной орган, осуществляющий ВУ по месту жительства.

1.3. Граждане, получившие мобилизационные предписания или повестки военного комиссариата, обязаны выполнять изложенные в них требования.

1.4. Граждане (кроме граждан, подлежащих призыву на военную службу, и офицеров запаса) для постановки на ВУ и снятия с него сдают военный билет (временное удостоверение, выданное взамен военного билета) должностному лицу, ответственному за регистрацию граждан, в военном комиссариате. В населенных

пунктах, где нет военных комиссариатов, граждане для постановки на ВУ или снятия с ВУ прибывают в орган местного самоуправления.

1.5. Граждане, подлежащие призыву на военную службу, для постановки на ВУ и снятия с него, а также офицеры запаса обязаны лично являться в военные комиссариаты.

Снятие с ВУ граждан, подлежащих призыву на военную службу, производится по их письменным заявлениям с указанием причины снятия и нового места жительства или места временного пребывания.

1.6. В паспорте гражданина РФ военным комиссариатом делается отметка о его отношении к воинской обязанности.

## **II. Обязанности граждан по мобилизационной подготовке и мобилизации**

2.1. В целях обеспечения мобилизационной подготовки и мобилизации граждане обязаны:

- прибывать по вызову в военные комиссариаты для определения своего предназначения в период мобилизации и в военное время;
- выполнять требования, изложенные в полученных ими мобилизационных предписаниях и повестках военных комиссаров.

2.2. Граждане в период мобилизации и в военное время привлекаются к выполнению работ в целях обеспечения обороны страны и безопасности государства, а также зачисляются в специальные формирования в установленном порядке.

2.3. Гражданам, состоящим на ВУ, с момента объявления мобилизации запрещается выезд с места жительства без разрешения военных комиссариатов.

2.4. Граждане РФ за неисполнение обязанностей в области мобилизационной подготовки и мобилизации несут ответственность согласно законодательству.

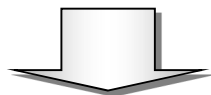
С обязанностями гражданина по воинскому учету, мобилизационной подготовке и мобилизации ознакомлен:

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
билета)

\_\_\_\_\_  
(личная подпись владельца военного

**ПАМЯТКА  
РУКОВОДИТЕЛЮ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ ВОЕННО-УЧЕТНОЙ РАБОТЫ**

**КОРОТКО**



**Для организации военно-учетной работы необходимо:**

1. Назначить работника, ответственного за ведение воинского учета.
2. Направить его для консультации в мобилизационный отдел органа управления здравоохранением субъекта РФ, в управление (отдел) мобилизационной работы администрации муниципального образования и в военный комиссариат.

**ПОМНИТЕ!**

**Вы организуете и обеспечиваете ведение военно-учетной работы и несете ответственность перед законом.**

**извлечения из федеральных законов**



**Об обороне**

**Статья 8**

1. Организации, независимо от форм собственности, в соответствии с законодательством Российской Федерации ...

б) осуществляют воинский учет работников ...

2. Должностные лица организаций, независимо от форм собственности ...

2) создают работникам необходимые условия для исполнения ими воинской обязанности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

**О воинской обязанности  
и военной службе**

**Статья 8**

6. Порядок воинского учета граждан определяется настоящим Федеральным законом и Положением о воинском учете, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

7. ... организации и их должностные лица исполняют обязанности по организации и ведению воинского учета граждан в соответствии с настоящим Федеральным законом и Положением о воинском учете.

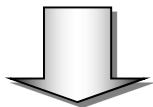
...



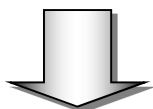
В соответствии с Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ руководители и иные должностные лица организаций привлекаются к административной ответственности в форме наложения административного штрафа в ...

**ИТАК**

**РЕЗЮМЕ:**



**ОРГАНИЗУЙТЕ ВЕДЕНИЕ ВОЕННО-УЧЕТНОЙ РАБОТЫ  
В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**



**ОСУЩЕСТВЛЯЙТЕ КОНТРОЛЬ ЗА НАПРАВЛЕНИЕМ  
НЕОБХОДИМЫХ СВЕДЕНИЙ В ВОЕННЫЙ  
КОМИССАРИАТ И ПРОВЕДЕНИЕМ СВЕРОК  
ДОКУМЕНТОВ ВОИНСКОГО УЧЕТА**



**ПРЕДСТАВЛЯЙТЕ ЕЖЕГОДНЫЕ ОТЧЕТЫ  
В ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ  
И В ОРГАНЫ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ  
В УСТАНОВЛЕННЫЕ СРОКИ И ТРЕБУЕМОЙ ФОРМЕ**

Угловой штамп  
медицинской организации

### ПРИКАЗ (проект)

Об организации ведения воинского учета и  
бронирования граждан, пребывающих в запасе

Во исполнение федеральных законов РФ от 31.05.1996 г. «Об обороне», от 28.03.1998 г. «О воинской обязанности и военной службе», от 26.02.1997 г. «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации» и постановлений Правительства РФ от 27.11.2006 г. № 719 «Об утверждении Положения о воинском учете» и от 26.02.1998г. № 258 «Основные положения по бронированию граждан Российской Федерации, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти, имеющий запас, и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях», **приказываю:**

1. Заместителю главного врача по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороны) \_\_\_\_\_

*фамилия, инициалы*

организовать ведение воинского учета и бронирование граждан, пребывающих в запасе.

2. Обязанности по ведению воинского учета и бронированию граждан, пребывающих в запасе, хранение бланков строгой отчетности возложить на специалиста по воинскому учету \_\_\_\_\_

*фамилия, инициалы*

3. При убытии в отпуск, командировку или на лечение специалиста по воинскому учету временное исполнение его обязанностей в части воинского учета и бронирования граждан, пребывающих в запасе, возложить на \_\_\_\_\_.

*Должность, фамилия, инициалы*

4. Приказ довести до руководителей структурных подразделений.

5. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части \_\_\_\_\_.

*фамилия,*

*инициалы*

Руководитель

учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

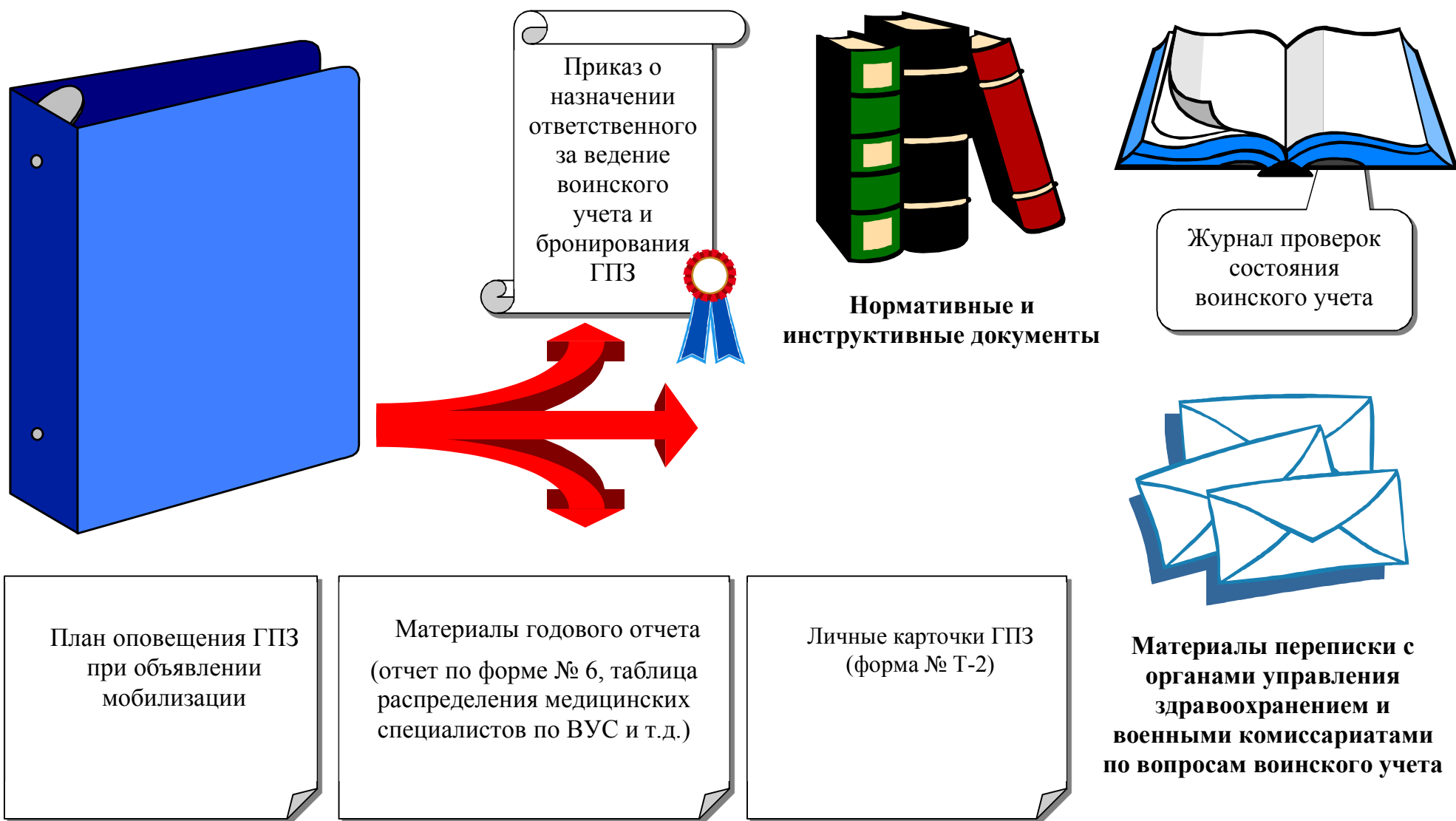
*подпись, инициалы,*

*фамилия*

**Примечание:** копия приказа направляется в военный комиссариат, осуществляющий свою деятельность в пределах территории, на которой расположена медицинская организация, либо в орган местного самоуправления сельского

поселения, осуществляющий первичный воинский учет на территориях, где нет военных комиссариатов.

# УЧЁТНО-ОТЧЁТНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ВЕДЕНИЮ ВОИНСКОГО УЧЁТА ГРАЖДАН, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ЗАПАСЕ, И РАБОТАЮЩИХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ



Угловой штамп  
учреждения здравоохранения

Гриф по заполнению  
«Для служебного пользования»

**ТАБЛИЦА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ПО ВОЕННО-УЧЁТНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ (ВУС)**

наименование органа управления (учреждения) здравоохранения

| <b>№№<br/>ВУС</b> | <b>Наименование специальностей</b>                                                           | <b>Коли-<br/>чество<br/>ГПЗ</b> | <b>В т.ч.<br/>заброниро-<br/>ванных</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>900100</b>     | <b>ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО<br/>ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ<br/>РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b> |                                 |                                         |
| 900101            | Организация медицинского обеспечения в наземных войсках                                      |                                 |                                         |
| 900104            | Организация медицинского обеспечения в ВМФ                                                   |                                 |                                         |
| 900105            | Организация медицинского обеспечения в ГО                                                    |                                 |                                         |
| <b>901000</b>     | Лечебное дело в наземных войсках (общая практика)                                            |                                 |                                         |
| <b>901100</b>     | Лечебное дело в авиации                                                                      |                                 |                                         |
| <b>901200</b>     | Лечебное дело на кораблях (общая практика)                                                   |                                 |                                         |
| <b>901300</b>     | <b>ХИРУРГИЯ</b>                                                                              |                                 |                                         |
| 901301            | Хирургия общая в наземных войсках                                                            |                                 |                                         |
| 901302            | Хирургия общая на кораблях                                                                   |                                 |                                         |
| 901303            | Нейрохирургия                                                                                |                                 |                                         |
| 901304            | Хирургия торакальная                                                                         |                                 |                                         |
| 901305            | Хирургия сердечно-сосудистая                                                                 |                                 |                                         |
| 901306            | Хирургия легочного туберкулеза                                                               |                                 |                                         |
| 901310            | Хирургия онкологических заболеваний                                                          |                                 |                                         |
| 901311            | Хирургия детская                                                                             |                                 |                                         |
| 901312            | Хирургия челюстно-лицевая                                                                    |                                 |                                         |
| 901313            | Хирургия травматологическая и ортопедическая                                                 |                                 |                                         |
| 901314            | Хирургия термических поражений                                                               |                                 |                                         |
| <b>901400</b>     | <b>Анестезиология и реаниматология</b>                                                       |                                 |                                         |
| 901401            | Анестезиология                                                                               |                                 |                                         |
| 901402            | Реаниматология                                                                               |                                 |                                         |
| <b>901500</b>     | <b>Трансфузиология (переливание крови)</b>                                                   |                                 |                                         |
| <b>901600</b>     | <b>Операционная сестра</b>                                                                   |                                 |                                         |
| <b>902000</b>     | <b>ТЕРАПИЯ (внутренние болезни)</b>                                                          |                                 |                                         |
| 902001            | Терапия общая                                                                                |                                 |                                         |
| 902002            | Кардиология (серечно-сосудистые болезни)                                                     |                                 |                                         |
| 902003            | Гастроэнтерология (болезни ЖКТ)                                                              |                                 |                                         |
| 902004            | Пульмонология (легочные болезни)                                                             |                                 |                                         |
| 902005            | Эндокринология (болезни органов внутренней секреции)                                         |                                 |                                         |
| 902006            | Гематология (болезни крови)                                                                  |                                 |                                         |
| 902007            | Нефрология (болезни почек)                                                                   |                                 |                                         |



|               |                                                            |  |  |
|---------------|------------------------------------------------------------|--|--|
| 902008        | Аллергология и иммунология                                 |  |  |
| 902009        | Диетология                                                 |  |  |
| <b>902100</b> | <b>ПЕДИАТРИЯ</b>                                           |  |  |
| <b>902200</b> | <b>ФТИЗИАТРИЯ</b> (туберкулезные болезни)                  |  |  |
| <b>902300</b> | <b>ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ</b>                                |  |  |
| 902301        | Инфекционные болезни (общая практика)                      |  |  |
| 902302        | Особо-опасные болезни                                      |  |  |
| <b>902400</b> | <b>НЕВРОЛОГИЯ</b> (нервные болезни)                        |  |  |
| 902401        | Неврология общая                                           |  |  |
| 902402        | Иглорефлексотерапия (иглоукалывание)                       |  |  |
| <b>902500</b> | <b>ПСИХИАТРИЯ</b>                                          |  |  |
| 902501        | Психиатрия общая                                           |  |  |
| 902502        | Психиатрия наркологическая                                 |  |  |
| 902503        | Психиатрия судебно-экспертная                              |  |  |
| 902504        | Психоневрология                                            |  |  |
| <b>902600</b> | <b>ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ</b>                                  |  |  |
| 902601        | Дерматология (кожные болезни)                              |  |  |
| 902602        | Венерология (венерические болезни)                         |  |  |
| 902603        | Микология (грибковые заболевания кожи)                     |  |  |
| <b>902700</b> | <b>ОФТАЛЬМОЛОГИЯ</b>                                       |  |  |
| 902701        | Офтальмология общая                                        |  |  |
| 902702        | Офтальмология хирургическая                                |  |  |
| <b>902800</b> | <b>ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ</b>                                 |  |  |
| 902801        | Оториноларингология общая                                  |  |  |
| 902802        | Оториноларингология хирургическая                          |  |  |
| <b>902900</b> | <b>СТОМАТОЛОГИЯ</b>                                        |  |  |
| 902901        | Стоматология общая                                         |  |  |
| 902902        | Стоматология хирургическая                                 |  |  |
| 902903        | Стоматология ортопедическая                                |  |  |
| <b>903000</b> | <b>ЗУБОВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО</b>                                  |  |  |
| <b>903100</b> | <b>АКУШЕРСТВО и ГИНЕКОЛОГИЯ</b>                            |  |  |
| 903101        | Акушерство и гинекология общая                             |  |  |
| 903102        | Акушерство и гинекология хирургическая                     |  |  |
| <b>903200</b> | <b>ОНКОЛОГИЯ</b>                                           |  |  |
| <b>903400</b> | <b>ФИЗИОТЕРАПИЯ</b>                                        |  |  |
| <b>903500</b> | <b>Гипербарическая оксигенация</b>                         |  |  |
| <b>903600</b> | <b>Лечебная физкультура</b>                                |  |  |
| <b>903700</b> | <b>Лечебная физкультура (методист)</b>                     |  |  |
| <b>903800</b> | <b>Спортивная медицина</b>                                 |  |  |
| <b>903900</b> | <b>Клиническая физиология и функциональная диагностика</b> |  |  |
| <b>904000</b> | <b>ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ</b>                                     |  |  |
| <b>904100</b> | <b>Специальная физиология</b>                              |  |  |
| <b>904200</b> | <b>РЕНТГЕНОЛОГИЯ</b>                                       |  |  |
| <b>904300</b> | <b>Лабораторное дело клинических лабораторий</b>           |  |  |
| <b>904500</b> | <b>ТОКСИКОЛОГИЯ</b>                                        |  |  |
| 904501        | Токсикология терапевтическая                               |  |  |
| 904502        | Токсикология гигиеническая                                 |  |  |

|                              |                                                                     |  |  |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--|--|
| 904600                       | Лабораторное дело токсикологических лабораторий                     |  |  |
| 904700                       | РАДИОЛОГИЯ                                                          |  |  |
| 904701                       | Радиология терапевтическая                                          |  |  |
| 904702                       | Радиология гигиеническая                                            |  |  |
| 904800                       | Лаборантское дело радиологических лабораторий                       |  |  |
| 905000                       | ЭПИДЕМИОЛОГИЯ                                                       |  |  |
| 905001                       | Эпидемиология общая                                                 |  |  |
| 905002                       | Эпидемиология особо опасных инфекций                                |  |  |
| 905100                       | Дезинфекционное дело                                                |  |  |
| 905200                       | Бактериология и вирусология медицинская общая                       |  |  |
| 905300                       | Бактериология и вирусология медицинская особо опасных инфекций      |  |  |
| 905500                       | Лабораторное дело медицинских бактериологических лабораторий        |  |  |
| 905600                       | ГИГИЕНА                                                             |  |  |
| 905700                       | Лабораторное дело санитарно-гигиенических лабораторий               |  |  |
| 906000                       | Нормальная анатомия человека                                        |  |  |
| 906100                       | Патологическая анатомия человека                                    |  |  |
| 906200                       | ГИСТОЛОГИЯ                                                          |  |  |
| 906300                       | Лаборантское дело патоморфологических и гистологических лабораторий |  |  |
| 906400                       | Нормальная физиология человека                                      |  |  |
| 906500                       | Патологическая физиология человека                                  |  |  |
| 906800                       | Биохимия медицинская                                                |  |  |
| 907100                       | Микробиология                                                       |  |  |
| 907200                       | Судебная медицина                                                   |  |  |
| 907300                       | УРОЛОГИЯ                                                            |  |  |
| 907301                       | Урология общая                                                      |  |  |
| 907302                       | Урология хирургическая                                              |  |  |
| 909000                       | ФАРМАЦИЯ (провизоры)                                                |  |  |
| 881000                       | Врачи (провизоры), не имеющие ВУС                                   |  |  |
|                              | Врачи, имеющие другие ВУС                                           |  |  |
|                              | ИТОГО ВРАЧЕЙ:                                                       |  |  |
| СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ |                                                                     |  |  |
| 879064                       | Главная медицинская сестра                                          |  |  |
| 879249                       | Медицинская сестра                                                  |  |  |
| 879544                       | Операционная медсестра                                              |  |  |
| 879250                       | Медсестра-анестезистка                                              |  |  |
| 879962                       | Фельдшер                                                            |  |  |
| 879959                       | Фармацевт                                                           |  |  |
| 879108                       | Зубной врач                                                         |  |  |
| 879109                       | Зубной техник                                                       |  |  |
| 879224                       | Лаборант бактериологической лаборатории                             |  |  |
| 879226                       | Лаборант клинической лаборатории                                    |  |  |
| 879232                       | Лаборант                                                            |  |  |

|               |                                                  |  |  |
|---------------|--------------------------------------------------|--|--|
| <b>879255</b> | <b>Методист ЛФК</b>                              |  |  |
| <b>879649</b> | <b>Рентгенлаборант</b>                           |  |  |
| <b>879650</b> | <b>Рентгентехник</b>                             |  |  |
| <b>879659</b> | <b>Инструктор по трудотерапии</b>                |  |  |
| <b>879660</b> | <b>Инструктор-дезинфектор</b>                    |  |  |
|               | Средний медицинский персонал, имеющий другие ВУС |  |  |
|               | <b>ИТОГО СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА</b>     |  |  |

**Подпись руководителя учреждения**

М.П.

**Примечание:** образец таблицы распределения медицинских специалистов по ВУС разработан во исполнение указания Минздрава России от 14.09.2000 г. № 211-03/216дсп.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЕННО-УЧЕТНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ И ПРОФЕССИЙ, СОГЛАСНО КОТОРЫМ ГРАЖДАНЕ ЖЕНСКОГО ПОЛА, ПОДЛЕЖАТ ПОСТАНОВКЕ НА ВОИНСКИЙ УЧЕТ**

### **1. СВЯЗЬ**

**Профессии:** монтажник оборудования связи, монтажник связи-антенщик, монтажник связи-кабельщик, монтажник связи-линейщик, монтажник связи-спайщик, оператор связи, электромонтер линейных сооружений телефонной связи и радиофикации, электромонтер по ремонту и монтажу кабельных линий, электромонтер-релейщик, электромонтер по ремонту и обслуживанию аппаратуры и устройств связи, электромонтер стационарного оборудования радиорелейных линий связи, электромонтер стационарного оборудования радиофикации, электромонтер стационарного оборудования телеграфной связи, электромонтер стационарного оборудования телефонной связи, электромонтер стационарного радиооборудования, электромонтер приемопередающей станции спутниковой связи, радист-радиолокаторщик, радиотелеграфист, радиотехник, телеграфист, телефонист, электрофотограф, фотолаборант, лаборант-фотометрист.

**Специальности среднего профессионального образования:** электроника и микроэлектроника, радиотехника, телекоммуникации, микроэлектроника и твердотельная электроника, электронные приборы и устройства, радиоаппаратостроение, сети связи и системы коммутации, многоканальные телекоммуникационные системы, радиосвязь, радиовещание и телевидение, эксплуатация метеорологических радиотехнических систем, эксплуатация средств связи, эксплуатация оборудования радиосвязи и электрорадионавигации судов, аудиовизуальная техника и звукотехническое обеспечение аудиовизуальных программ, техническое обслуживание и ремонт радиоэлектронной техники (по отраслям), радиотехнические комплексы и системы управления космических летательных аппаратов.

**Специальности высшего профессионального образования:** радиотехника, радиоэлектронные системы, средства радиоэлектронной борьбы, проектирование и технология радиоэлектронных средств, телекоммуникации, сети связи и системы коммутации, многоканальные телекоммуникационные системы, радиосвязь, радиовещание и телевидение, средства связи с подвижными объектами, защищенные системы связи.

### **2. ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ ТЕХНИКА**

**Профессии:** оператор электронно-вычислительных и вычислительных машин, электромеханик по ремонту и обслуживанию вычислительных машин.

**Специальности среднего профессионального образования:** информатика и вычислительная техника, вычислительные машины, комплексы, системы и сети, автоматизированные системы обработки информации и управления (по отраслям), программное обеспечение вычислительной техники и автоматизированных систем, техническое обслуживание средств вычислительной техники и компьютерных сетей.

**Специальности высшего профессионального образования:** информатика и вычислительная техника.

### **3. ОПТИЧЕСКИЕ И ЗВУКОМЕТРИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ИЗМЕРЕНИЯ И МЕТЕОРОЛОГИИ**

**Профессии:** метеоролог, техник-метеоролог, синоптик, оптик, оптик-механик, аэрофотогеодезист, геодезист.

**Специальности среднего профессионального образования:** гидрология, метеорология, геодезия, прикладная геодезия, аэрофотогеодезия.

**Специальности высшего профессионального образования:** гидрометеорология, геодезия.

#### **4. МЕДИЦИНА**

**Профессии:** дезинфектор, оператор дезинсекционных установок, инструктор-дезинфектор, медицинский дезинфектор, фельдшер, фельдшер-лаборант, младший фармацевт, фармацевт, зубной врач, зубной техник, рентгенлаборант, рентгеномеханик.

**Специальности среднего профессионального образования:** лечебное дело, медико-профилактическое дело, стоматология, фармация, сестринское дело, лабораторная диагностика, стоматология ортопедическая, стоматология профилактическая.

**Специальности высшего профессионального образования:** лечебное дело, педиатрия, медико-профилактическое дело, стоматология, фармация, сестринское дело.

#### **5. ПОЛИГРАФИЯ**

**Профессии:** гравер, гравер валов, гравер печатных форм, гравер шрифта, фотоцинкограф, наладчик полиграфического оборудования.

**Специальности среднего профессионального образования:** издательское дело.

**Специальности высшего профессионального образования:** полиграфия, технология полиграфического и упаковочного производства.

#### **6. КАРТОГРАФИЯ, ТОПОГЕОДЕЗИЯ, ФОТОГРАММЕТРИЯ И АЭРОФОТОСЛУЖБА**

**Профессии:** гравер оригиналов топографических карт, техник аэрофотографической лаборатории, техник аэрофотосъемного производства, техник-аэрофотограмметрист.

**Специальности среднего профессионального образования:** география и картография, картография.

**Специальности высшего профессионального образования:** география и картография.

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ**  
**граждан, пребывающих в запасе, по разрядам**

| Состав запаса<br>(воинские звания)                                          | Возраст ГПЗ      |                  |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
|                                                                             | первый<br>разряд | второй<br>разряд | третий<br>разряд |
| Солдаты, матросы, сержанты, старшины, прапорщики и мичманы                  | до 35 лет        | до 45 лет        | до 50 лет        |
| Младшие офицеры (лейтенанты, ст. лейтенанты, капитаны, капитан-лейтенанты)  | до 50 лет        | до 55 лет        | до 60 лет        |
| Старшие офицеры (майоры, капитаны 3 ранга; подполковники, капитаны 2 ранга) | до 55 лет        | до 60 лет        | до 65 лет        |
| Полковники, капитаны 1 ранга                                                | до 60 лет        | до 65 лет        | -                |
| Высшие офицеры (генералы, адмиралы)                                         | до 65 лет        | до 70 лет        | -                |

**Примечание:**

1. Граждане женского пола, пребывающие в запасе, относятся к третьему разряду:

- имеющие воинские звания офицеров пребывают в запасе до 50 лет;
- не имеющие воинских званий офицеров – до 45 лет.

2. ГПЗ, достигшие предельного возраста пребывания в запасе или признанные, в установленном порядке, не годными к военной службе по состоянию здоровья, переводятся военным комиссариатом, либо должностным лицом иного органа, осуществляющего воинский учет, в отставку и снимаются с воинского учета.

**Т А Б Л И Ц А**  
**возрастов граждан, пребывающих в запасе, подлежащих снятию**  
**с воинского учёта в связи с достижением предельного возраста**  
**пребывания в запасе ВС РФ**

| <b>Год<br/>снятия<br/>воин-<br/>ского<br/>учета</b> | <b>Женщины</b>                                                                        |               | <b>Мужчины</b>                                                                |                             |                                                                               |                                            |                       |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|
|                                                     | <b>45 лет</b>                                                                         | <b>50 лет</b> | <b>50 лет</b>                                                                 | <b>55 лет</b>               | <b>60 лет</b>                                                                 | <b>60 лет</b>                              | <b>65 лет</b>         |
|                                                     | Прапор-<br>щики,<br>мичманы,<br>сержанты<br>,<br>старшин<br>ы,<br>солдаты,<br>матросы | Офицер<br>ы   | Прапор-<br>щики,<br>мичманы,<br>сержанты,<br>старшины,<br>солдаты,<br>матросы | Млад-<br>шие<br>офицер<br>ы | Майоры,<br>капитаны<br>3 ранга,<br>подпол-<br>ковники,<br>капитаны<br>2 ранга | Полков-<br>ники<br>капитан<br>ы<br>1 ранга | Высшие<br>офицер<br>ы |
| <b>2018</b>                                         | 1973                                                                                  | 1968          | 1968                                                                          | 1963                        | 1958                                                                          | 1958                                       | 1953                  |
| <b>2019</b>                                         | 1974                                                                                  | 1969          | 1969                                                                          | 1964                        | 1959                                                                          | 1959                                       | 1954                  |
| <b>2020</b>                                         | 1975                                                                                  | 1970          | 1970                                                                          | 1965                        | 1960                                                                          | 1960                                       | 1955                  |
| <b>2021</b>                                         | 1976                                                                                  | 1971          | 1971                                                                          | 1966                        | 1961                                                                          | 1961                                       | 1956                  |
| <b>2022</b>                                         | 1977                                                                                  | 1972          | 1972                                                                          | 1967                        | 1962                                                                          | 1962                                       | 1957                  |
| <b>2023</b>                                         | 1978                                                                                  | 1973          | 1973                                                                          | 1968                        | 1963                                                                          | 1963                                       | 1958                  |
| <b>2024</b>                                         | 1979                                                                                  | 1974          | 1974                                                                          | 1969                        | 1964                                                                          | 1964                                       | 1959                  |
| <b>2025</b>                                         | 1980                                                                                  | 1975          | 1975                                                                          | 1970                        | 1965                                                                          | 1965                                       | 1960                  |
| <b>2026</b>                                         | 1981                                                                                  | 1976          | 1976                                                                          | 1971                        | 1966                                                                          | 1966                                       | 1961                  |
| <b>2027</b>                                         | 1982                                                                                  | 1977          | 1977                                                                          | 1972                        | 1967                                                                          | 1967                                       | 1962                  |
| <b>2028</b>                                         | 1983                                                                                  | 1978          | 1978                                                                          | 1973                        | 1968                                                                          | 1968                                       | 1963                  |
| <b>2029</b>                                         | 1984                                                                                  | 1979          | 1979                                                                          | 1974                        | 1969                                                                          | 1969                                       | 1964                  |
| <b>2030</b>                                         | 1985                                                                                  | 1980          | 1980                                                                          | 1975                        | 1970                                                                          | 1970                                       | 1965                  |
| <b>2031</b>                                         | 1986                                                                                  | 1981          | 1981                                                                          | 1976                        | 1971                                                                          | 1971                                       | 1966                  |
| <b>2032</b>                                         | 1987                                                                                  | 1982          | 1982                                                                          | 1977                        | 1972                                                                          | 1972                                       | 1967                  |
| <b>2033</b>                                         | 1988                                                                                  | 1983          | 1983                                                                          | 1978                        | 1973                                                                          | 1973                                       | 1968                  |
| <b>2034</b>                                         | 1989                                                                                  | 1984          | 1984                                                                          | 1979                        | 1974                                                                          | 1974                                       | 1969                  |
| <b>2035</b>                                         | 1990                                                                                  | 1985          | 1985                                                                          | 1980                        | 1975                                                                          | 1975                                       | 1970                  |

## Унифицированная форма карточки № Т-2(образец)

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| Форма по<br>ОКУД<br>по<br>ОКПО | Код     |
|                                | 0301002 |
|                                |         |

наименование организации

| Дата<br>состав-<br>ления | Табель-<br>ный<br>номер | ИНН<br>налогоплательщик<br>а | Номер<br>страхового<br>свидетельств<br>а госуд.<br>пенсион.стра<br>хования | Алф<br>а<br>вит | Характер<br>работы | Вид работы<br>(основная,<br>по совмести-<br>тельству) | Пол<br>(муж.,<br>жен.) |
|--------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|
|                          |                         |                              |                                                                            |                 |                    |                                                       |                        |

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА работника**  
**I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

Трудовой договор

|           |  |
|-----------|--|
| номе<br>р |  |
| дата      |  |

1. Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

|                     |                                                                                                             |             |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 2. Дата рождения    | _____                                                                                                       | Код         |
|                     | день, месяц, год                                                                                            |             |
| 3. Место рождения   | _____                                                                                                       | по<br>ОКАТО |
| 4. Гражданство      | _____                                                                                                       | по ОКИН     |
| Знание иностранного |                                                                                                             |             |
| 5. языка            | _____                                                                                                       | по ОКИН     |
|                     | наименование      степень знания                                                                            |             |
|                     | _____                                                                                                       | по ОКИН     |
| Образовани          |                                                                                                             |             |
| 6. е                | _____                                                                                                       | по ОКИН     |
|                     | среднее (полное) общее, начальное<br>профессиональное, среднее профессиональное,<br>высшее профессиональное |             |

|                                                |                                                                              |       |       |                      |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----------------------|
| Наименование<br>образовательного<br>учреждения | Документ об образовании,<br>о квалификации или наличии<br>специальных знаний |       |       | Год<br>окончани<br>я |
|                                                | наименование                                                                 | серия | номер |                      |
|                                                |                                                                              |       |       |                      |
| Квалификация по документу<br>об образовании    | Направление или специальность по<br>документу                                |       |       |                      |



|  |                |  |
|--|----------------|--|
|  | Код по<br>ОКСО |  |
|--|----------------|--|

|                                                   |                                                                              |                      |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Наименование<br>образовательного<br>учреждения    | Документ об образовании,<br>о квалификации или наличии<br>специальных знаний | Год<br>окончан<br>ия |
|                                                   | наименование    серия    номер                                               |                      |
| Квалификация по документу<br>об образовании       | Направление или специальность по<br>документу                                |                      |
|                                                   | Код по<br>ОКСО                                                               |                      |
| Послевузовское<br>профессиональное<br>образование | Код по<br>ОКИН                                                               |                      |
| аспирантура, адъюнктура,<br>докторантура          |                                                                              |                      |

|                                                          |                                                |                      |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|
| Наименование<br>образовательного,<br>научного учреждения | Документ об образовании, номер,<br>дата выдачи | Год<br>окончан<br>ия |
|                                                          |                                                |                      |
|                                                          | Направление или специальность<br>по документу  |                      |
|                                                          | Код по<br>ОКСО                                 |                      |
| 7. Професси<br>я                                         | по<br>ОКПД<br>ТР                               | Код                  |
| основная                                                 | по<br>ОКПД<br>ТР                               |                      |

### Оборотная сторона формы № Т-2

Стаж работы по  
8. состоянию на: “ ” 20 г.:

Общий \_\_\_\_\_ дней \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_ лет  
 Непрерывный \_\_\_\_\_ дней \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_ лет  
 Дающий право на надбавку за выслугу  
 лет \_\_\_\_\_ дней \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_ лет  
 \_\_\_\_\_ дней \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_ лет

9. Состояние в браке \_\_\_\_\_ Код по  
ОКИН

10. Состав семьи:

| Степень родства<br>(ближайшие<br>родственники) | Фамилия, имя, отчество | Год рождения |
|------------------------------------------------|------------------------|--------------|
| 1                                              | 2                      | 3            |
|                                                |                        |              |
|                                                |                        |              |
|                                                |                        |              |
|                                                |                        |              |
|                                                |                        |              |

11 Паспо  
. рт: № \_\_\_\_\_ Дата  
Выдан \_\_\_\_\_ выдачи “ ” \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_   
наименование органа, выдавшего паспорт

Дата регистрации по месту \_\_\_\_\_  
жительства “ ” \_\_\_\_\_ г.  
Номер \_\_\_\_\_  
телефона \_\_\_\_\_

## II. СВЕДЕНИЯ О ВОИНСКОМ УЧЕТЕ в форме Т-2

1. Категория запаса

2. Воинское звание

3. Состав (профиль)

Полное кодовое

4. обозначение ВУС

Категория

годности к

5. военной службе

6 Наименование

. военного

комиссариата по месту

жительства

7 Состоит на воинском

. учете:

а) общем (номер

команды, партии)

б) специальном

8

. \_\_\_\_\_  
отметка о снятии с воинского учета

Работник кадровой  
службы

\_\_\_\_\_   
должность

\_\_\_\_\_   
личная подпись

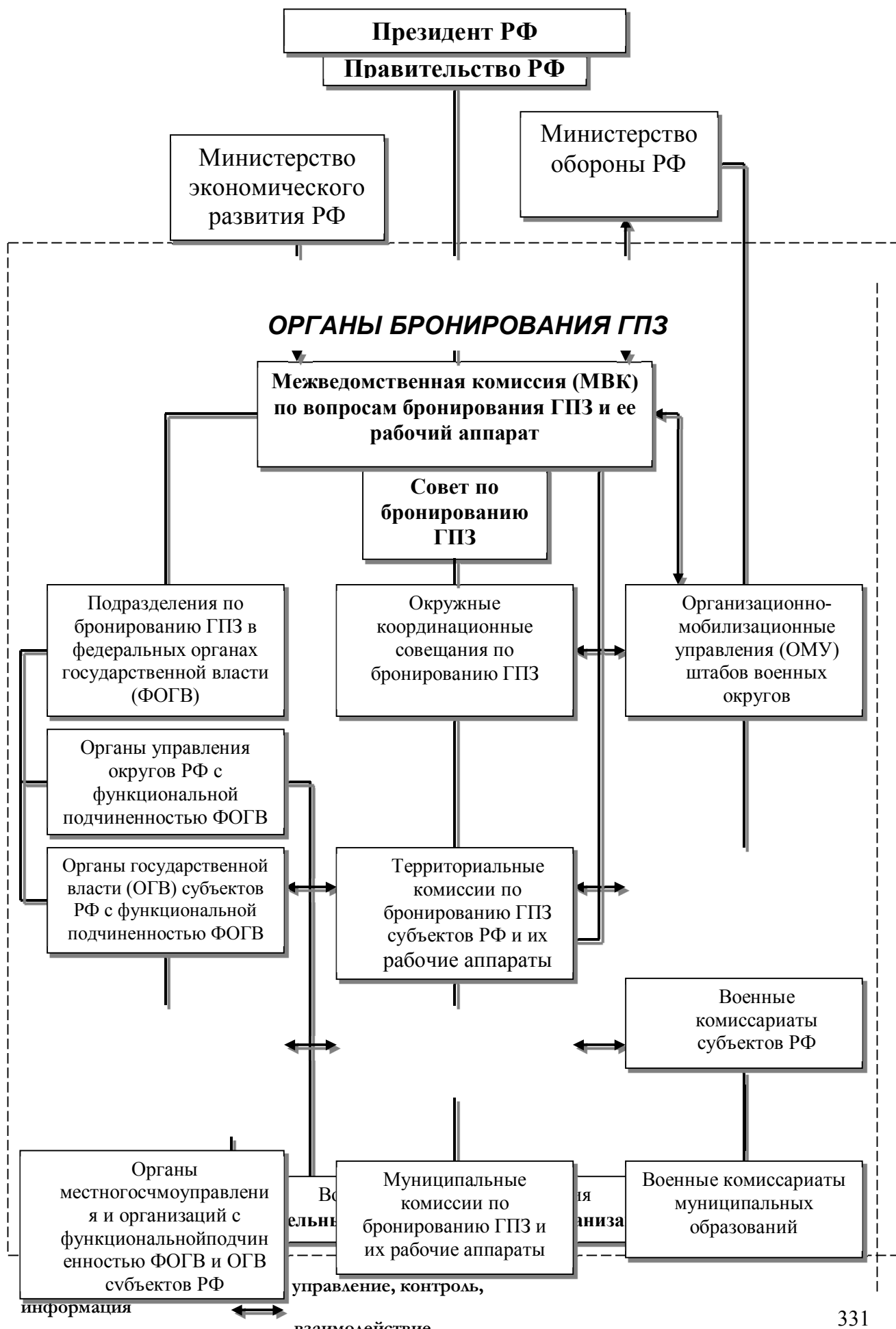
\_\_\_\_\_   
расшифровка  
подписи

Специалист по  
ВУ

\_\_\_\_\_   
личная подпись

“ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

# СИСТЕМА БРОНИРОВАНИЯ ГРАЖДАН, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ЗАПАСЕ, ВООРУЖЁННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ\*



**\* См. пояснения к схеме  
на следующей странице**

**Президент РФ** – устанавливает порядок организации и определяет основные направления работы по бронированию ГПЗ.

**Министерство экономического развития РФ** – делегирует должностных лиц в МВК, организует мобилизационный отдел в своем составе – рабочий аппарат МВК, обеспечивает деятельность аппарата данной комиссии.

**Межведомственная комиссия (МВК) по вопросам бронирования ГПЗ и её рабочий аппарат** – разрабатывает проекты решений Правительства РФ по вопросам бронирования, осуществляет нормирование и методическое обеспечение бронирования, утверждает перечни должностей и профессий, принимает решения по персональному бронированию, представляет ежегодный доклад Правительству РФ.

**Подразделения по бронированию ГПЗ в федеральных органах государственной власти (ФОГВ)** – организуют работу по бронированию ГПЗ в организациях, находящихся в сфере их ведения, анализируют обеспечение отраслей специалистами из числа ГПЗ на военное время, разрабатывают проекты перечней должностей и профессий и предложения по персональному бронированию, представляют отчетность в МВК.

**Организационно-мобилизационные управления (ОМУ) штабов военных округов** – осуществляют руководство военными комиссариатами по организации и ведению воинского учета и контроль за бронированием ГПЗ, участвуют в работе координационных совещаний, взаимодействуют с членами Совета по вопросам бронирования.

**Территориальные комиссии по бронированию ГПЗ субъектов РФ и их рабочие аппараты** – организуют работу по бронированию ГПЗ на территории субъектов РФ, разрабатывают предложения в территориальные перечни должностей и профессий по персональному бронированию, анализируют обеспеченность

организаций в пределах субъекта РФ специалистами из числа ГПЗ на военное время, представляют отчетность в МВК.

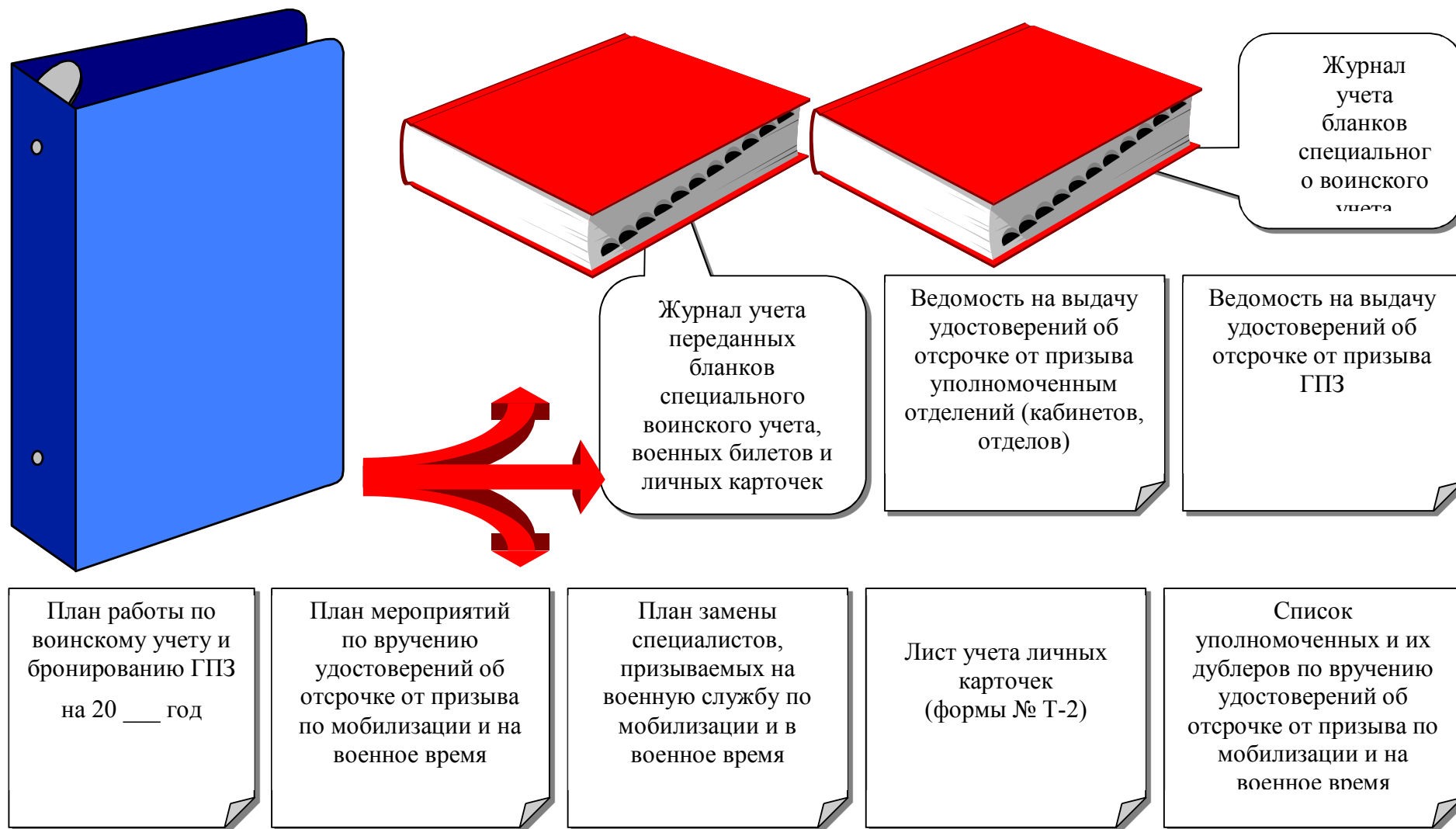
**Военные комиссариаты субъектов РФ** – осуществляют руководство ведением воинского учета граждан и контроль за бронированием ГПЗ. Представители военных комиссариатов входят в состав территориальных комиссий по бронированию.

**Местные комиссии по бронированию ГПЗ и их рабочие аппараты** – ведут учет организаций и лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, определяют организации, в которых необходимо проводить бронирование ГПЗ, анализируют обеспечение на военное время организаций специалистами из числа ГПЗ, представляют отчетность.

**Военные комиссариаты районов, городов** – ведут воинский учет граждан, оформляют документы по отсрочкам, контролируют правильность бронирования в организациях, обеспечивают организации бланками документов по данному направлению. Представители военных комиссариатов входят в состав районных комиссий по бронированию.

**Военно-учетные подразделения (отдельные должностные лица) организаций** – ведут воинский учет работающих граждан, заполняют и направляют в военные комиссариаты документы по бронированию, выдают гражданам документы об отсрочке, анализируют обеспечение специалистами из числа ГПЗ на военное время, представляют отчетность.

# **УЧЁТНО-ОТЧЁТНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ВОПРОСАМ БРОНИРОВАНИЯ ГРАЖДАН, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ЗАПАСЕ ВС РФ И РАБОТАЮЩИХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**



**МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ**  
**Российской Федерации**

**УДОСТОВЕРЕНИЕ** серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
**об отсрочке от призыва ГПЗ на военную службу по**  
**мобилизации и в военное время**  
(действительно при наличии военного билета)

Выдано \_\_\_\_\_ военным комиссариатом

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(района, города, иного муниципального образования субъекта РФ)

Гражданину \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество

год рождения \_\_\_\_\_, состав

(профиль) \_\_\_\_\_

ВУС № \_\_\_\_\_, воинское

звание \_\_\_\_\_

работающему

\_\_\_\_\_

наименование и адрес организации

\_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_ должности \_\_\_\_\_ (по \_\_\_\_\_ профессии)

\_\_\_\_\_ "

"разряда,

в том, что ему на основании постановления Межведомственной комиссии по вопросам бронирования граждан, пребывающих в запасе, или перечня должностей и профессий (нужное подчеркнуть) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., раздел \_\_\_\_\_, пункт \_\_\_\_\_ предоставлена отсрочка (в т.ч. персональная) от призыва на военную службу (нужное подчеркнуть) сроком на \_\_\_\_\_ месяцев со дня объявления мобилизации.

**М.П. Военный комиссар**

\_\_\_\_\_

наименование военного комиссариата

\_\_\_\_\_

воинское звание, подпись, инициалы, фамилия

**Начальник \_\_\_\_\_ отделения \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

воинское звание, подпись, инициалы, фамилия

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_ г.

**Примечание:** Гражданин, имеющий на руках настоящее удостоверение, обязан кроме правил, изложенных в военном билете, выполнять следующее:

1. Хранить удостоверение при себе, вложенным в военный билет.
2. При увольнении из организации сдать удостоверение администрации организации и прибыть в военный комиссариат по месту состояния на воинском учете.
3. При перемене места жительства сообщить об этом в трехдневный срок администрации учреждения и в военный комиссариат по месту жительства.
4. За три дня до истечения срока действия отсрочки от призыва на военную службу сдать удостоверение администрации организации.



**ИЗВЕЩЕНИЕ №**  
**о зачислении ГПЗ на специальный воинский учет**

Гражданин, пребывающий в запасе \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество

год рождения \_\_\_\_\_, состав (профиль) \_\_\_\_\_

ВУС № \_\_\_\_\_, воинское звание \_\_\_\_\_  
работающий \_\_\_\_\_

наименование и адрес организации

в должности (по профессии) \_\_\_\_\_  
" " разряда,

годность к военной службе по состоянию здоровья: *годен, годен с незначительными ограничениями, ограниченно годен, не годен* (нужное подчеркнуть), на основании постановления Межведомственной комиссии по вопросам бронирования граждан, пребывающих в запасе, от " " г. № \_\_\_\_\_ или перечня должностей и профессий № \_\_\_\_\_, раздел \_\_\_\_\_, пункт \_\_\_\_\_, имеет право на отсрочку от призыва на военную службу (в т.ч. персональную, извещение о предоставлении персональной отсрочки № \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ месяцев со дня объявления мобилизации).

Наименование военного комиссариата, в котором ГПЗ состоит на воинском учете

Домашний адрес гражданина, пребывающего в запасе \_\_\_\_\_

руководитель организации, подпись, инициалы, фамилия

**М.П.**

" " 20\_\_ г.

**Зачислить на специальный воинский учет**

**М.П.**

**Военный комиссар** \_\_\_\_\_  
наименование военного комиссариата

воинское звание, подпись, инициалы, фамилия

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение 19

Расписка о получении документа воинского учёта

Формат 145 x 210 мм

**КОРЕШОК РАСПИСКИ № \_\_\_\_**

в приеме

\_\_\_\_\_  
(наименование документа воинского  
учета)

1.

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя и отчество

2. Число, месяц и год рождения

3. Воинское звание

4. № ВУС

5. Для какой цели принят документ  
воинского учета серии \_\_\_\_ №

Подпись

\_\_\_\_\_  
должность и фамилия принявшего  
документ воинского учета

**РАСПИСКА № \_\_\_\_**

Дана

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя и отчество

Л

И

Н

И

Я

О

Т

Р

Е

З

А

\_\_\_\_\_  
года рождения  
Воинское звание  
\_\_\_\_\_  
,  
№ ВУС \_\_\_\_\_ в том,  
что принадлежащий ему (ей)

\_\_\_\_\_  
наименование документа воинского  
учета

\_\_\_\_\_  
серии \_\_\_\_\_ №  
принят \_\_\_\_\_ для

\_\_\_\_\_  
указать, для какой цели принят  
документ воинского учета

Расписка действительна по

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_  
должность и фамилия лица,

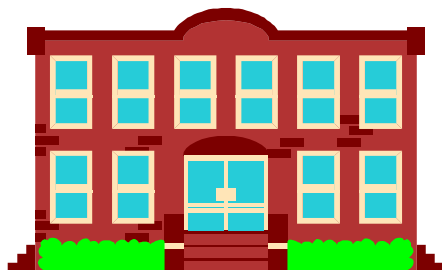
“ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

М.П.

“ ” 20 \_\_\_\_Г.

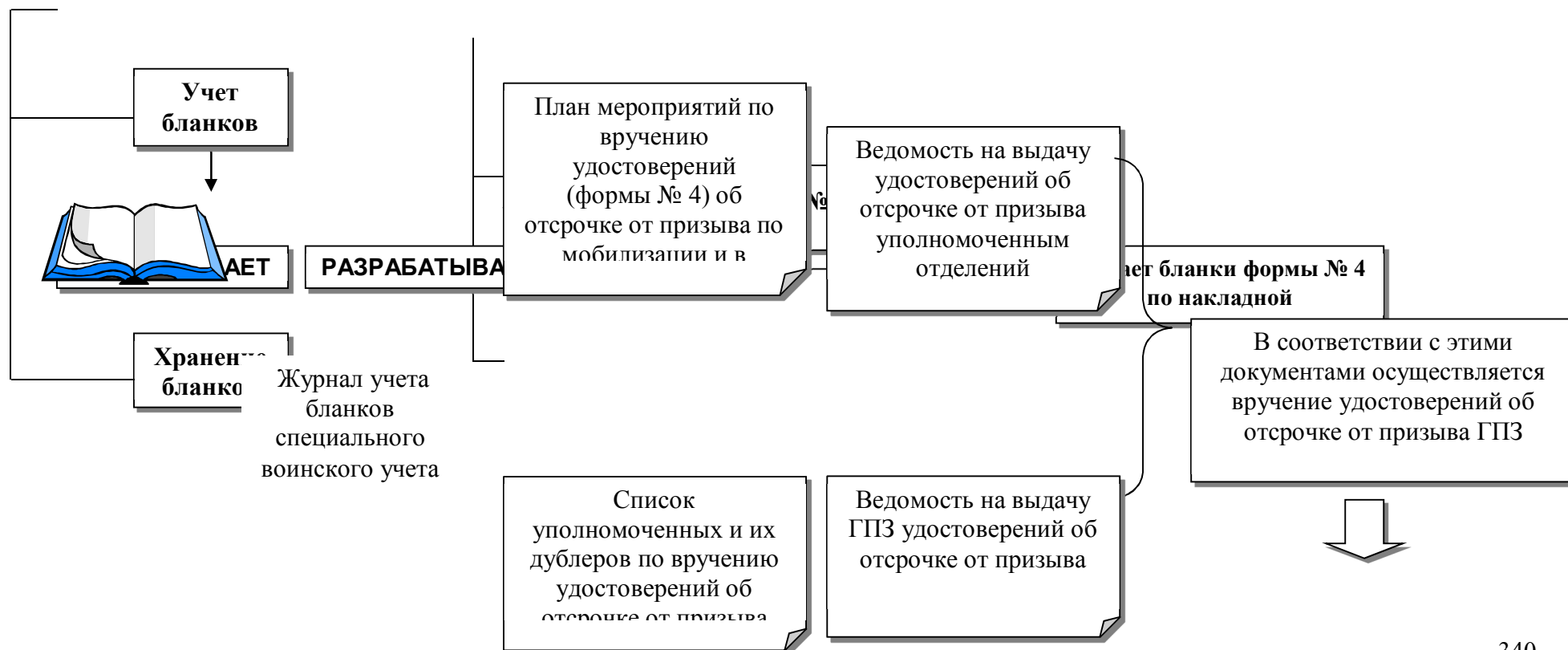
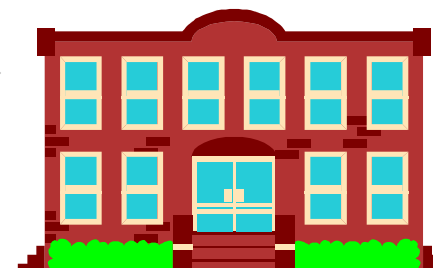
# **ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ БЛАНКОВ СТРОГОЙ ОТЧЕТНОСТИ (форма № 4) В ВОЕННОМ КОМИССАРИАТЕ И ВРУЧЕНИЯ ИХ ГРАЖДАНАМ, ПРЕБЫВАЮЩИМ В ЗАПАСЕ ВС РФ**

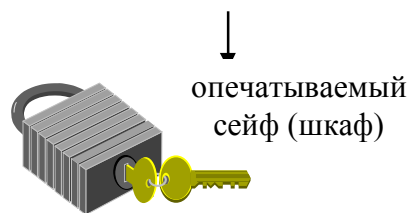
Учреждение здравоохранения



- Заявка на получение бланков формы № 4
- доверенность

Военный комиссариат





ГПЗ

УТВЕРЖДЁН

постановлением \_\_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

## АКТ ОБ ОТВОДЕ ЗДАНИЯ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Во исполнение постановления органа исполнительной власти субъекта РФ

\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»  
\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., комиссия по отводу зданий для

\_\_\_\_\_

наименование специального формирования

в составе:

- заместителя руководителя администрации \_\_\_\_\_,
- и представителей:
- органа местного самоуправления \_\_\_\_\_,
- органа управления здравоохранением \_\_\_\_\_,
- органа управления Роспотребнадзора \_\_\_\_\_,
- военного комиссариата \_\_\_\_\_,
- начальника специального формирования \_\_\_\_\_,
- жилищно-коммунального хозяйства \_\_\_\_\_,
- организации-владельца здания \_\_\_\_\_

составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В период с \_\_\_ по \_\_\_ 20\_\_\_ г. комиссией осмотрено здание в городе (поселке) \_\_\_\_\_, в котором при объявлении мобилизации планируется разместить

\_\_\_\_\_

наименование специального формирования

2. Для размещения \_\_\_\_\_

(наименование специального формирования)

на \_\_\_\_\_ коек отвести здание, расположенное по улице \_\_\_\_\_, дом № \_\_\_\_\_, принадлежащее \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

наименование учреждения – владельца здания

3. Отводимые под специальное формирование здания в количестве \_\_\_\_\_ расположены в \_\_\_\_\_ км от железнодорожной станции (водной пристани, аэродрома), до которой(го) имеется \_\_\_\_\_.

указать тип дороги: шоссейная,  
грунтовая и т.п.

4. Характеристика каждого отводимого здания, в том числе и для подсобных целей:

| Наименование здания | Кол-во этажей | Общая площадь | Кол-во палат (м²) | Коридоры (м²) | Пищеблок (м²) | Санузлы (кол-во) |
|---------------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|---------------|------------------|
|                     |               |               |                   |               |               |                  |
|                     |               |               |                   |               |               |                  |
|                     |               |               |                   |               |               |                  |

**Примечание:** аналогично характеризуется здание, отводимое для проживания привлекаемого персонала специального формирования.

5. Характеристика коммуникаций и инвентаря, подлежащих передаче вместе со зданиями, отводимыми под специальное формирование:

| Коммуникации           | Инвентарь, подлежащий передаче со зданием |
|------------------------|-------------------------------------------|
| Отопление              | Кровати                                   |
| Освещение              | Тумбочки прикроватные                     |
| Водоснабжение          | Столы (обеденные, письменные и др.)       |
| Канализация            | Стулья                                    |
| Система вентиляции     | Табуретки                                 |
| Радио-видео трансляция | Оборудование, в т.ч. медицинское          |
| И т.д.                 | Белье нательное, постельное               |
|                        | И т.д.                                    |

Стоимость передаваемого имущества - \_\_\_\_\_ (тыс. руб.)

6. Ремонтные и приспособительные работы, осуществляемые в отводимых под специальное формирование зданиях:

По перечню № 1:

| Перечень работ | Исполнители работ |
|----------------|-------------------|
|                |                   |
|                |                   |

По перечню № 2:

| Перечень работ | Исполнители работ |
|----------------|-------------------|
|                |                   |
|                |                   |

7. Итоговая сумма передаваемого имущества с учетом проведения приспособительных работ по Перечню № 2 \_\_\_\_\_

Настоящий акт составлен в \_\_\_\_ экземплярах, каждый из которых подписан, скреплен печатью и выдан всем членам комиссии.

Председатель комиссии \_\_\_\_\_

Представители: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ОРДЕР**  
**на право занятия для специальных формирований здравоохранения зданий,**  
**помещений и использования земельных участков в период мобилизации и в**  
**военное время**

На основании постановления \_\_\_\_\_

наименование органа исполнительной власти субъекта РФ или органа местного самоуправления

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

наименование

постановления

Дом № \_\_\_\_\_ по улице \_\_\_\_\_ находящийся в собственности

и занимаемый

\_\_\_\_\_, размером: жилой площади \_\_\_\_\_ м<sup>2</sup> и  
нежилой \_\_\_\_\_ м<sup>2</sup> с имеющимся запасом топлива подлежит немедленной передаче в  
распоряжение начальника специального формирования здравоохранения № \_\_\_\_\_

Одновременно со зданием и его помещениями передаются следующие  
транспортные средства, оборудование, мебель и другой инвентарь в соответствии с  
перечнем:

---

---

---

Прием и сдачу зданий, помещений и инвентаря произвести по акту.

Дата и подпись  
руководителя органа исполнительной власти  
субъекта РФ или органа местного самоуправления

Печать

Примечания:



## **ПЕРЕЧЕНЬ № 1**

### **мероприятий, выполняемых в мирное время, по приспособлению и оборудованию зданий, отведенных для развертывания в период мобилизации специальных формирований здравоохранения**

1. Монтаж водопроводных и канализационных труб во всех помещениях, предназначенных для санитарной обработки людей, устройства кухонь, туалетных и ванных комнат, перевязочных, процедурных и операционных, а также выполнение других работ, обеспечивающих устойчивое функционирование специальных формирований здравоохранения (тыловые госпитали, наблюдательные пункты).
2. Установка оборудования для централизованной подачи горячей воды в душевую санпропускника, к лечебным ваннам, в предоперационные и перевязочные.
3. Устройство и приспособление специальных помещений, предназначенных для рентгеновских кабинетов, дезинфекционных и холодильных камер и других необходимых помещений.
4. Расширение, при необходимости, существующих дверных проемов, а также оборудование дополнительных выходов из здания.
5. Устройство водонепроницаемых полов и водостоков в помещениях, предназначенных для кухонь, ванных, душевых, туалетных и умывальных комнат.
6. Установка дополнительного оборудования для увеличения пропускной способности ванных, душевых, умывальных, туалетных комнат.
7. Устройство вытяжных каналов в помещениях, предназначенных для кухонь, ванных, курительных комнат и лабораторных помещений, где требуется установка вытяжных шкафов и вентиляторов.
8. Проведение работ, обеспечивающих прием и утилизацию всего объема канализационных и сточных вод специального формирования.
9. Устройство вводов для подачи электроэнергии в специальные кабинеты (рентгеновский, физиотерапевтический и т.п.).
10. Устройство и приспособление помещений, предназначенных для продовольственных и вещевых складов, овощехранилищ, холодильных камер, гаражей и мастерских.
11. Проведение противопожарных мероприятий.
12. Благоустройство подъездных путей от мест разгрузки санитарно-транспортных средств с ранеными и больными к зданиям, отведенным под специальные формирования.

**ПЕРЕЧЕНЬ № 2**

**мероприятий, выполняемых в период мобилизации и в военное время, по приспособлению и оборудованию зданий, отведенных для развертывания специальных формирований здравоохранения**

1. Мелкий ремонт зданий и их помещений: побелка, покраска масляной краской операционных, предоперационных и перевязочных комнат; починка полов, дверей, лестниц, ремонт окон, устройство фрамуг и т.п.
2. Устройство перегородок, согласно техническому проекту.
3. Выполнение монтажных работ по установке ванн, водогрейных колонок, душей, кипятильников, раковин, кранов, умывальников, смывных бачков и других, которые в мирное время не могли быть проведены.
4. Устройство кухонных плит с котлами (при необходимости).
5. Переоборудование электроосветительной сети в соответствии с потребностями и условиями работы специального формирования здравоохранения, а также установка автономного аварийного электроснабжения.
6. Обустройство специальных кабинетов и лабораторий.
7. Монтаж отделения медицинского снабжения (аптеки).
8. Установка холодильных и дезинфекционных камер.
9. Оборудование светомаскировки (щиты, занавесы на окна и двери).

## **МОБИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОТРЯД, ЕГО СТРУКТУРА, ЗАДАЧИ, ШТАТЫ**

**Мобильный медицинский отряд (ММО)** является нештатным оперативным формированием и предназначен для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи населению, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий. На ММО возлагаются следующие задачи:

- приём, регистрация, медицинская сортировка, оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи поступающим раненым, поражённым и больным и подготовка их к дальнейшей эвакуации (см. далее);
- проведение, при необходимости, частичной санитарной обработки поражённым и больным дезактивации, дегазации и дезинфекции их одежды, обуви, средств защиты и других личных предметов, подвергшихся воздействию радиоактивных, химических веществ и биологических средств (РВ, ХВ и БС);
- временная изоляция поражённых с подозрением на инфекционное заболевание;
- временная изоляция поражённых с реактивными состояниями.

ММО за смену может принять, провести медицинскую сортировку, оказать первичную медико-санитарную помощь и подготовить к дальнейшей эвакуации до 100 поражённых и больных.

ММО формируется в соответствии со штатом и табелем к нему, как правило, на базе амбулаторно-поликлинического учреждения. Ответственность за организацию и качество подготовки персонала ММО возлагается на руководителя медицинской организации-формирователя.

ММО возглавляет начальник, который подчиняется руководителю медицинской организации-формирователя, а с момента включения ММО в группировку сил ГО – руководителю ликвидации медико-санитарных последствий военных действий. Начальник ММО отвечает за постоянную готовность отряда к выполнению возложенных на него задач. Он обязан:

- создать ММО, организовать подготовку персонала и поддерживать ММО в режиме постоянной готовности к действиям;
- обеспечить своевременное и полное получение табельного имущества ММО и подготовку его к работе;
- обеспечить своевременное выдвижение и развёртывание ММО вблизи очага массовых санитарных потерь, приём, регистрацию, медицинскую сортировку, оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи поражённым и подготовку их к последующей эвакуации;
- устанавливать в соответствии с обстановкой объём медицинской помощи;
- поддерживать постоянную связь с руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ, своевременно докладывать ему о прибытии к месту развёртывания, начале, ходе и окончании работы в очаге массовых санитарных потерь, представлять заявки на транспорт для эвакуации поражённых.

Персонал ММО комплектуется на основании приказа главного врача медицинской организации-формирователя из числа сотрудников, продолжающих работу в период мобилизации и в военное время.

В штате ММО состоит 37 человек: врачей – 5 (начальник ММО – 1, врач общей практики – 3, врач-педиатр – 1), средний медицинский состав – 10, санитаров – 4,

санитаров-дозиметристов – 1, санитаров-медрегистраторов – 2, санитаров-носильщиков – 8, слесарей-ремонтников – 2, кладовщиков – 1, электриков – 1, водителей – 3.

Подготовка медицинского персонала ММО осуществляется в соответствии с программой подготовки, утверждённой Минздравом России.

Для выполнения возложенных задач ММО должен быть обеспечен соответствующим оснащением и оборудованием. Обеспечение медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом осуществляется за счёт имущества организации-формирователя, имущества мобилизационного резерва, имущества из местных ресурсов. Нормы медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества ММО рассчитаны на работу отряда в течение 3-х суток.

Обеспечение ММО грузовым, санитарным и специальным автомобильным транспортом, горюче-смазочными материалами (ГСМ) осуществляется организацией-формирователем, а при их недостаточном количестве или отсутствии – за счёт приписанного транспорта (на договорной основе).

ММО выдвигается и развёртывается в соответствии с планом медицинского обеспечения населения, пострадавшего в результате войны и военных действий. Время развёртывания его основных функциональных подразделений ММО и приведение в готовность к приёму поражённых (готовность первой очереди) – 60 минут после прибытия отряда к месту развёртывания. Полная готовность: летом – через 2 часа, зимой – 2,5 часа.

Схема развёртывания ММО может меняться в зависимости от условий, однако, во всех случаях должны быть развёрнуты следующие функциональные медицинские подразделения:

- сортировочно-эвакуационное отделение, в котором предусматривается оборудование сортировочного поста, приёмно-сортировочной палатки с сортировочной площадкой, эвакуационной и площадки специальной обработки;
- перевязочная;
- изоляторы (для инфекционных больных и для лиц с реактивными состояниями);
- аптека и отделение материально-технического обеспечения.

Также выделяются и оборудуются места для размещения агонирующих.

Для развёртывания ММО выбирается площадка размером не менее 120х120 метров (на внешней границе очага поражения), максимально приближённая к району возникновения массовых санитарных потерь. В зависимости от конкретных условий, ММО может развёртываться в пневмокаркасных сооружениях (модулях), в сохранившихся зданиях, комбинированно (в зданиях и пневмокаркасных модулях) и палатках.

При выборе площадки для развёртывания отряда учитывается наличие удобных путей подвоза для автомобильного транспорта, защитных и маскирующих свойств местности. В непосредственной близости от места развёртывания ММО рекомендуется оборудовать вертолётную площадку.

### **Организация работы и оснащение сортировочно-эвакуационного отделения ММО**

Отделение развёртывается силами персонала отряда. Сортировочно-эвакуационное отделение развёртывается в составе сортировочного поста (СП),

приёмно-сортировочной с сортировочной площадкой, эвакуационной и площадки специальной обработки (приложение 5,6). Его задачи:

- приём, регистрация и временное размещение поражённых, поступивших в ММО;
- выявление нуждающихся в оказании первичной медико-санитарной помощи, определение очерёдности и места её оказания, выделение поражённых, не нуждающихся в оказании медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации и определение очерёдности их эвакуации;
- выявление поражённых, представляющих опасность для окружающих, и проведение им частичной санитарной обработки при их заражении РВ, ОВ и БС;
- дезактивация и дегазация одежды и обуви поражённых;
- подготовка поражённых к эвакуации.

Ёмкость сортировочно-эвакуационного отделения должна обеспечить одновременный приём и временное размещение до 40 человек, включая 15 носилочных.

Сортировочный пост (СП) развёртывается у въезда в ММО на расстоянии 30-50 м от сортировочной площадки. На нём работает 1 санитар-дозиметрист и осуществляется:

- проведение медицинской сортировки поражённых и больных;
- наблюдение за воздушной обстановкой и подачи сигналов оповещения, а также сигналов о прибытии транспорта с поражёнными;
- встреча поражённых, прибывающих самостоятельно или на транспорте;
- проведение дозиметрического и химического контроля средств защиты, одежды, обуви, транспорта.

Оборудуется и оснащается СП:

- комплектом защитной одежды (накидка, комбинезон, резиновые сапоги, перчатки, противогаз);
- медицинским прибором химической разведки (МПХР) и приборами дозиметрического контроля;
- приспособлением для подачи звуковых сигналов;
- костылями деревянными с твёрдым подмышечником (для легкораненых с повреждением нижних конечностей);
- лестницей приставной для грузовых автомобилей;
- таблицей сигналов, флаг Красного Креста, фонарём «летучая мышь» (для обозначения места нахождения ММО ночью);
- шлагбаумом или цепью металлической и грибом для укрытия.

**Организация работы СП.** Работу на сортировочном посту проводят в определённой последовательности: транспорт, прибывший с поражёнными на СП, останавливают у шлагбаума. Санитар уточняет у водителя (старшего машины) откуда доставлены поражённые. При поступлении поражённых из очага ядерного взрыва санитар проверяет уровень заражения РВ прибывшего транспорта и, в случае обнаружения высоких уровней, частично дезактивирует его (метёлкой очищает задний борт грузовых автомобилей). Затем, по команде: «Кто может – из машины выходи!», поражённые, сохранившие способность к самостоятельному передвижению, выходят из автомобиля. На основании опроса и результатов дозиметрического контроля выделяются потоки по следующим направлениям:

- на площадку специальной обработки направляются поражённые, нуждающиеся в специальной обработке (поражённые РВ и ОВ выше допустимых уровней);

- в изоляторы – поражённые с реактивными состояниями и с подозрением на инфекционное заболевание;

- на сортировочную площадку – все остальные ходячие поражённые.

Непосредственно на автомобиле, доставившем поражённых, проводится медицинская сортировка носилочных по тем же принципам, что и ходячих поражённых. Если прибывающий автотранспорт не нуждается в специальной обработке, то поражённых на этом же автотранспорте отправляют на сортировочную площадку. При неотложных состояниях поражённые, минуя приёмно-сортировочное отделение, направляются в перевязочную.

В ряде случаев (особенно в условиях массового поступления поражённых) медицинская сортировка может проводиться врачом непосредственно на автомобиле, доставившем поражённых. При этом с автомобиля снимаются только поражённые, нуждающиеся в оказании медицинской помощи по жизненным показаниям (с продолжающимся кровотечением, явлениями асфиксии и т.п.) Остальные на тех же автомобилях, на которых были доставлены в ММО, могут направляться на следующий этап медицинской эвакуации.

Сортировочная площадка – участок местности непосредственно перед приёмно-сортировочной палаткой. Она предназначается для разгрузки прибывающих поражённых, их размещения, проведения медицинской сортировки и оказания медицинской помощи (если позволяют погодные условия). На сортировочной площадке работает сортировочная бригада в составе: врач – 1, медсестра – 2, санитар – 3 (из них 2 регистратора).

Для размещения поражённых сортировочная площадка оборудуется подставками под носилки, складными скамьями для ходячих. Кроме того, на площадке развёртываются: складной столик с лекарственными средствами, необходимым медицинским инструментарием и перевязочным материалом, транспортные шины, кислородная и дыхательная аппаратура, создаётся обменный фонд носилок. Здесь же находится книга учёта поражённых и больных, первичные медицинские карточки, сортировочные марки (в специальном регистрационном планшете).

Организация работы на сортировочной площадке. В момент выгрузки поражённых из транспорта производится осмотр прибывших сортировочной бригадой для выявления нуждающихся в неотложной медицинской помощи и её оказании на сортировочной площадке или в их немедленном направлении в перевязочную (выборочная медицинская сортировка). Остальные поражённые размещаются рядами на носилках с соблюдением свободного подхода. При одномоментном поступлении большого числа поражённых с целью ускорения медицинской сортировки создаётся дополнительная сортировочная бригада за счёт временного привлечения начальника ММО и персонала других подразделений. Одна сортировочная бригада может провести медицинскую сортировку до 10 поражённым за 1 час работы.

На всех поражённых заполняется первичная медицинская карточка (ПМК). Врач на основании опроса поражённого, оценки его общего состояния, качества наложенной повязки или иммобилизации (без снятия повязки) и учёта данных

дозиметрии ставит диагноз, определяет прогноз и принимает лечебно-эвакуационное заключение.

Схематично процесс принятия такого заключения врачом сортировочной бригады может быть представлен как последовательный ответ на вопросы:

- нуждается ли пораженный в первичной медико-санитарной помощи, которая может быть оказана в приёмно-сортировочном отделении;
- нуждается ли пораженный в первичной медико-санитарной помощи оказываемой по неотложным показаниям в перевязочной, а если да, то в какую очередь?;
- в какую очередь, в каком положении (лёжа или сидя), какими транспортными средствами пораженный подлежит эвакуации;
- нуждаются ли пораженные в изоляции;
- является ли пораженный агонирующим и если да, то он должен быть направлен в специально отведенное место.

Приняв соответствующее решение, врач диктует его регистратору для записи в ПМК, а медсестре даёт указания на проведение необходимых медицинских манипуляций. Регистратор записывает сведения в ПМК, отмечает принятое сортировочное заключение с помощью сортировочных марок. Затем, с другим регистратором и второй медицинской сестрой врач переходит к следующему пораженному.

В процессе сортировки значительная часть пораженных получает медицинскую помощь. По мере необходимости, пораженным делаются инъекции обезболивающих средств, дыхательных analeptиков, сердечно-сосудистых средств, антибиотиков, столбнячного анатоксина.

Пораженных, нуждающихся в оказании медицинской помощи в перевязочной, целесообразно сосредоточить в приёмно-сортировочной.

Регистратор отмечает в карточке принятое сортировочное заключение и выдаёт сортировочные марки.

Пополнение медикаментов и имущества сортировочной бригады осуществляет медицинская сестра в аптеке ММО.

Приёмно-сортировочная развёртывается в холодное время года или в непогоду в палатке, предназначенной для временного размещения пораженных, проведения им медицинской сортировки и оказания медицинской помощи. Оборудуется из расчёта одновременного размещения 10-ти пораженных. В ряде случаев для этих целей используются помещения сохранившихся зданий.

Оборудование и оснащение: подставки под носилки, столик складной с лекарственными средствами и необходимым инструментарием, перевязочный материал, транспортные шины, кислородные ингаляторы и дыхательная аппаратура.

Работа с пораженными проводится по тем же правилам, что и на сортировочной площадке. Как правило, выделяется группа пораженных, оказание первичной медико-санитарной помощи которым (в случае массовых санитарных потерь) можно отсрочить и перенести на следующий этап медицинской эвакуации. К ним относятся пораженные с повреждениями длинных трубчатых костей без признаков шока с надёжной иммобилизацией, с поражением мягких тканей, которым введение антибиотиков может быть отсрочено.

К пораженным, которым первичная медико-санитарная помощь может быть оказана в условиях сортировочно-эвакуационного отделения ММО относятся пораженные:

- с открытыми и закрытыми повреждениями органов брюшной полости и таза;
- с проникающими ранениями грудной клетки с угрозой кровотечения;
- раненые в череп с нарастающей компрессией мозга.

Таким поражённым лечебные мероприятия ограничиваются введением антибиотиков, кровезаменителей, противостолбнячной сыворотки, анальгетиков, сердечно-сосудистых средств. Их направляют в эвакуационную и при наличии санитарного транспорта эвакуируют в первую очередь.

Площадка специальной обработки (ПСО) развёртывается на открытом воздухе с подветренной стороны от других функциональных подразделений и предназначена для:

- проведения частичной санитарной обработки поражённых, имеющих загрязнение РВ выше предельно допустимых уровней;
- дезактивации, дегазации средств защиты, одежды, обуви и санитарного транспорта.

ПСО делится на грязную и чистую половины, оборудуется умывальниками, тазами эмалированными, подставками под носилки и оснащается индивидуальными противохимическими пакетами, щётками, вениками, верёвками, дезинфицирующими средствами, пикетажными знаками «Заражено», обменным фондом белья и носилок.

Организацией работы на ПСО руководит санитар. Он находится в средствах защиты (противогаз, ватно-марлевая повязка, резиновый фартук, перчатки, сапоги). Количество персонала, необходимого для работы на ПСО устанавливается начальником ММО в соответствии с обстановкой.

На ПСО поступают поражённые, имеющие загрязнения РВ выше допустимых уровней радиации. Частичная специальная обработка (ЧСО) производится путём механической очистки одежды и обуви (выколачиванием, обметанием веником, чисткой щётками, обмыванием водой открытых участков тела, полосканием полости рта и носоглотки, промыванием глаз). Ходячие поражённые выполняют эти мероприятия самостоятельно. После проведения ЧСО поражённых направляют на сортировочную площадку или по показаниям в перевязочную.

Автотранспорт, доставивший поражённых, дезактивируют или дегазируют силами водителей на специально отведенной площадке. Внутреннюю поверхность кузовов автомобилей протирают влажной ветошью. Полная дегазация автотранспорта осуществляется силами и средствами ГО муниципалитетов.

Эвакуационная развёртывается в палатках или в помещениях сохранившихся зданий и предназначена для временного размещения пострадавших и их подготовки к дальнейшей эвакуации. В ней проводятся лечебно-профилактические мероприятия поражённым, поступившим в эвакуационную из приёмно-сортировочной, перевязочной и других функциональных подразделений ММО, обеспечивается их уход и согревание, а при необходимости – повторное введение обезболивающих и других лекарственных средств.

В эвакуационной постоянно работает медицинская сестра. Поражённые группируются по принципу очередности, способу эвакуации и виду транспорта:

- первая группа – поражённые, доставленные из перевязочной (в основном носилочные, как правило, не нуждающиеся в дополнительной медицинской помощи на этом этапе). При наличии санитарного автотранспорта их необходимо эвакуировать в первую очередь;
- вторая группа – носилочные, доставленные из приёмно-сортировочной;



- третью группа – ходячие поражённые, поступившие с сортировочной площадки или с площадки специальной обработки. Большинство из них будут нуждаться во введении антибиотиков и противостолбнячной сыворотки. Они эвакуируются во вторую или третью очередь санитарным транспортом или транспортом общего назначения.

Эвакуация осуществляется имеющимся в распоряжении начальника ГО территории санитарным транспортом или транспортом общего назначения.

Оборудование и оснащение: обменный фонд носилок, подставки под носилки, скамьи складные, столы складные для регистрации, размещения лекарственных и профилактических средств, перевязочного материала, питьевой воды и чая.

Перевязочная развёртывается в пневмокаркасном медицинском сооружении типа ПСМ-6 и предназначена для оказания неотложных мероприятий первичной медико-санитарной помощи (до 25% от числа поступивших в ММО). В ней работают: врач – 2, медсестра – 4, санитар – 1. Направлению в перевязочную подлежат поражённые, эвакуация которых без оказания первичной медико-санитарной помощи опасна для жизни, а также нуждающиеся:

- в остановке наружного кровотечения путём наложением кровоостанавливающего зажима на кровеносный сосуд или его перевязки в ране;
- в устранении асфиксии посредством трахеотомии или прошивания языка;
- в пункции плевры при клапанном пневмотораксе, в наложении окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, в кровопускании при отёке лёгких;
- в противошоковых мероприятиях, применении различного вида блокад при переломах костей, при отсечении конечности, висящей на лоскуте, при ранениях грудной клетки;
- в переливании компонентов крови или кровезамещающих жидкостей (при остановленном кровотечении);
- в катетеризации или пункции мочевого пузыря;
- в исправлении или наложении транспортной иммобилизации (при отсутствии возможности выполнить её в условиях приёмно-сортировочной).

Оборудование и оснащение перевязочной: два перевязочных полевых стола, стол складной для стерильного перевязочного материала, стол складной для медикаментов и растворов, умывальник, тазы для мытья рук, держатели тазов, биксы, медикаменты, перевязочные средства, стол складной для документов учёта и документы учёта (первичные медицинские карточки, журналы учёта наркотических средств, переливания кровезаменителей и др.), сортировочные марки.

Изолятор для инфекционных больных развёртывается в палатке типа Памир-8 или в приспособленном помещении сохранившегося здания в стороне от остальных функциональных подразделений отряда и основных путей движения поражённых, а также от источников водоснабжения. Он предназначен для временной изоляции больных с подозрением на инфекционное заболевание до их эвакуации. В изоляторе больные находятся под наблюдением медицинской сестры. При необходимости проводится консультация врача. Если в ММО инфекционных больных нет, то медицинская сестра изолятора привлекается к работе в других функциональных подразделениях.

Оборудование и оснащение изолятора: подставки под носилки низкие, умывальник, таз эмалированный, держатель таза умывальника, дезинфекционные средства и аппаратура, медикаменты, термометры, халат и колпак

медицинский для персонала. Перед входом в изолятор необходимо иметь маты, пропитанные дезраствором (велтограном).

Больные с повышенной температурой и больные с желудочно-кишечными заболеваниями размещаются в изоляторе отдельно. Их пребывание в изоляторе должно быть кратковременным. Эвакуация больных должна проводиться специально выделенным транспортом. После эвакуации больных изолятор подвергается тщательной заключительной дезинфекции.

Изолятор для поражённых с реактивными состояниями развёртывается в палатке или в приспособленном помещении. Предназначен для поражённых с нервно-психическими расстройствами, нуждающихся во временной изоляции. Больные находятся под наблюдением медицинской сестры. Для купирования психомоторного возбуждения применяют различные литические смеси. Методы физического ограничения применяются только в крайних случаях. При необходимости проводится консультация врача.

Оборудование и оснащение изолятора для лиц с реактивными состояниями: подставки под носилки низкие, стол и стул складные, закрывающийся на замок ящик с медикаментами. Все предметы, находящиеся в психоизоляторе должны быть закреплены. Пребывание поражённых в изоляторе должно быть кратковременным. Эвакуация их осуществляется под наблюдением медицинского работника.

Аптека развёртывается в палатке типа или в приспособленном помещении сохранившегося здания и предназначена для:

- получения медицинского, санитарного имущества из организации-формирователя, со складов медицинского центра мобилизационных резервов «Резерв» и из местных ресурсов;
- хранения запасов медицинского имущества;
- отпуска медицинского имущества функциональным подразделениям ММО;
- ведения документального и оперативного учёта, составления отчётных документов по медицинскому имуществу.

В аптеке работает специально подготовленная медицинская сестра (фармацевт). После выдачи медицинского имущества медсестра по распоряжению начальника ММО может привлекаться к работе в другом функциональном подразделении.

Оборудование и оснащение аптеки: стол складной для медикаментов, умывальник, таз эмалированный, держатель таза умывальника, лекарственные средства и приборы, стол складной для ведения документов. В работе ММО используются только готовые лекарственные формы. Нормы табельного оснащения медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом ММО представлены. Для средств, обладающих опасными свойствами (кислород в баллонах, дезинфицирующие препараты) выделяется отдельное место.

Отделение материально-технического обеспечения развёртывается в палатке типа Памир-8 или в приспособленном помещении сохранившегося здания. Оно включает место для хранения имущества и место для отдыха персонала. Штат: кладовщик – 1, электрик – 1, слесарь – 2, водитель – 2.

Пункт питания и пункт выдачи одежды организуется за счёт приданных сил по распоряжению начальника ГО территории.

Важным элементом в управленческой деятельности начальника ММО является информационно-статистическая работа, направленная на сбор, накопление,

обобщение, анализ и передачу медицинской информации в интересах ММО на основе применения методов, систем и технологий информатики и статистики.

Учёт поражённых ведётся в соответствии с международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Документы учёта и отчётности являются основным источником информации, необходимой для оперативного руководства деятельностью ММО, планирования его работы и медицинского снабжения отряда, оценки эффективности выполненных лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Ряд документов учёта имеет важное юридическое значение и используется для справочных целей.

При типовом развёртывании ММО целесообразно следующее распределение документов медицинского учёта по функциональным подразделениям:

- сортировочно-эвакуационное отделение: «Книга учёта поражённых и больных», «Первичная медицинская карточка», «Книга учёта переливаний гемотрансфузионных и кровезамещающих жидкостей», «Книга учёта наркотических средств», «Эвакуационный паспорт»;
- перевязочная: «Книга учёта переливаний гемотрансфузионных и кровезамещающих средств», «Книга учёта перевязок и процедур», «Книга учёта наркотических средств»;
- изолятор для инфекционных больных: «Карта эпидемиологического обследования инфекционного заболевания», «Эвакуационный паспорт»;
- изолятор для поражённых и больных с реактивными состояниями: «Книга учёта перевязок и процедур», «Эвакуационный паспорт».

### **Обязанности должностных лиц ММО по информационно-статистической работе**

#### Обязанности начальника ММО:

- организует и контролирует ведение документов медицинского учёта и отчётности;
- проводит анализ данных о санитарных потерях и проведённых лечебно-эвакуационных мероприятиях.

#### Обязанности руководителей подразделений ММО:

- организуют, контролируют ведение медицинской документации находящейся в их подразделениях и представляют начальнику ММО сведения о работе подразделения за смену.

Обязанности медицинского статистика (один из руководителей функциональных подразделений):

- хранит бланки и книги медицинского учёта и следит за их правильным использованием в функциональных подразделениях ММО;
- производит выборку данных из документов медицинского учёта, необходимых для составления медицинской отчётности;
- помогает начальнику ММО в составлении документов медицинской отчётности и проведении анализа деятельности ММО.

#### Обязанности санитар-регистратора:

- заполняет паспортную часть первичных медицинских карточек на поступивших поражённых (в случае, если они не были заполнены ранее);

- ведёт книгу учёта поражённых, записывает общие данные о поступивших на основании представленных документов и опроса, а медицинские – по указанию врача;
- после завершения мероприятий по оказанию медицинской помощи поражённым, производит выборку данных из документов медицинского учёта, необходимых для составления донесений.

### **Объём и содержание первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой в мобильном медицинском отряде**

Мобильный медицинский отряд по своему составу и оснащению рассчитан на оказание раненым и поражённым первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь (ПВМСП) – комплекс лечебно-эвакуационных мероприятий, выполняемых врачами, и направленный на устранение последствий поражения, непосредственно угрожающих жизни поражённых, на предупреждение у них развития осложнений и подготовку их в случае необходимости к дальнейшей эвакуации.

Объём первичной врачебной медико-санитарной помощи включает:

- проведение реанимационных мероприятий при угрожающих жизни состояниях (асфиксия, кровотечение, кровопотеря, напряжённый или открытый пневмоторакс, острая сердечнососудистая и дыхательная недостаточность);
- профилактику шока и проведение противошоковых мероприятий;
- проведение общего и местного обезболивания;
- наложение и исправление повязок и иммобилизацию;
- коррекцию выявленных общесоматических расстройств;
- проведение антибактериальной терапии, введение лечебных сывороток, анатоксина и гамма-глобулинов;
- профилактику раневой инфекции;
- подготовку поражённых к эвакуации.

ПВМСП по срочности оказания делится на две группы мероприятий: неотложные, которые проводятся при состояниях, угрожающих жизни поражённого и мероприятия, выполнение которых может быть отсрочено и перенесено на следующий этап медицинской эвакуации.

К неотложным мероприятиям ПВМСП относятся:

- временная остановка наружного кровотечения (введение тампона в рану с наложением кожных швов, прошивание сосуда в ране, наложение зажима на кровоточащий сосуд, контроль правильности и целесообразности наложения жгута или наложение жгута при наличии показаний);
- устранение асфиксии (отсасывание слизи, рвотных масс и крови из верхних дыхательных путей, введение воздуховода, прошивание языка, отсечение или подшивание свисающих лоскутов мягкого нёба и боковых отделов глотки), искусственная вентиляция лёгких, ингаляция кислорода;
- ингаляция паров этилового спирта при отёке лёгких, наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, пункция плевральной полости или торакоцентез при напряжённом пневмотораксе, трахеостомия по показаниям;
- проведение противошоковых мероприятий (переливание кровезамени-телей, проведение новокаиновых блокад, введение обезболивающих и сердечно-сосудистых средств);

- транспортная иммобилизация (или её улучшение) при переломах костей и обширных повреждениях мягких тканей, угрожающих развитием опасных для жизни осложнений, наложение стандартной пращевидной шины при переломах челюстей);
- катетеризация или капиллярная пункция мочевого пузыря с эвакуацией мочи при задержке мочевыделения;
- проведение мероприятий, направленных на устранение десорбции химических веществ с одежды и позволяющих снять противогаз с поражённых, поступивших из очага химического поражения (частичная санитарная обработка открытых участков кожи, дегазация повязок и одежды, замена при возможности одежды, заражённой стойкими ОВ, снятие противогазов с тяжелораненых);
- промывание глаз при поражении ОВ кожно-нарывного действия с последующим введением в конъюнктивальный мешок специальных глазных мазей;
- обработка раны при загрязнении стойкими химическими веществами;
- введение по показаниям антидотов, антибиотиков, противосудорожных, бронхорасширяющих, противорвотных, сердечно-сосудистых и десенсибилизирующих средств;
- применение антитоксической сыворотки при отравлениях бактериальными токсинами и проведение неспецифической профилактики инфекционных заболеваний;
- промывание желудка с помощью зонда при попадании ОВ и РВ в желудок, дача адсорбента.

При состояниях, не угрожающих жизни поражённых, к мероприятиям ПВМСП, которые могут быть отсрочены, относятся:

- устранение недостатков оказания первой помощи (исправление повязок, улучшение транспортной иммобилизации);
- инъекции антибиотиков и серопротектика столбняка при открытых травмах и ожогах;
- смена повязки при загрязнении раны РВ;
- назначение различных симптоматических средств при состояниях, не представляющих угрозы для жизни поражённого.

Изменение объёма медицинской помощи в ММО касается, прежде всего, упомянутых двух групп мероприятий. В тех случаях, когда количество поступающих поражённых не превышает возможности ММО по оказанию ПВМСП всем в ней нуждающимся, она осуществляется в полном объёме (выполняются мероприятия обеих групп). Если же условия обстановки исключают возможность выполнения полного объёма медицинской помощи, мероприятия второй группы не проводятся.

### **Организация проведения медицинской сортировки в мобильном медицинском отряде**

В условиях, когда ММО одновременно вынужден принять большое количество поражённых с различной патологией и степенью тяжести, очерёдность в оказании ПВМСП и эвакуации определяется в соответствии с медицинскими показаниями.

Медицинская сортировка – один из обязательных элементов ЛЭО, при которой поражённые распределяются на группы по принципу нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в зависимости от медицинских показаний и конкретных условий обстановки. Она проводится в целях

обеспечения своевременного оказания максимально эффективной медицинской помощи и рационального использования медицинских сил и средств.

Медицинскую сортировку проводят подготовленные и допущенные к этой работе врачи или сортировочные бригады, имеющие в своём составе врача.

Методы диагностики последствий поражения, а также тактика проведения медицинской сортировки должны обеспечивать своевременность и преемственность оказания медицинской помощи поражённым на этапах медицинской эвакуации.

Выделяют два вида медицинской сортировки – внутрипунктовую и эвакуационно-транспортную.

Внутрипунктовая сортировка проводится с целью распределения поражённых на группы для направления в соответствующие функциональные подразделения ММО и установления очередности оказания медицинской помощи.

Эвакуационно-транспортная сортировка проводится с целью распределения поражённых на однородные группы по очередности эвакуации, виду транспорта, положению на транспорте (сидя, лёжа) и решения вопроса о том, куда эвакуировать (эвакуационное предназначение) с учётом локализации, характера и тяжести поражения. Решение этих вопросов осуществляется на основе диагноза и прогноза;

Медицинская сортировка проводится на основе данных внешнего осмотра поражённых, их опроса, применения физических методов исследования и использования простейшей диагностической аппаратуры.

При одинаковой степени тяжести поражения, дети имеют преимущество перед взрослым населением при оказании медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;

В оказании медицинской помощи в первую очередь нуждаются поражённые с продолжающимся кровотечением, находящиеся в шоковом состоянии, с признаками асфиксии, судорог, без сознания, с проникающими ранениями в грудную полость и полость живота.

Для оформления результатов медицинской сортировки используются:

- первичная медицинская карточка (ПМК) с отрывными полосами;
- сортировочные марки, являющиеся вспомогательными средствами для распределения и установления очередности (куда и в какую очередь) направления поражённых;
- эвакуационный паспорт в котором отражаются сведения о профиле поражённых, находящихся в транспорте, их количество, в т. ч. носилочных и сидячих, а также время отправления транспорта.

**ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ,  
ВЫНОСИМЫХ НА РАССМОТРЕНИЕ ЗАСЕДАНИЙ  
КОМИССИИ ПО ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ И ОБЕСПЕЧЕНИЮ  
ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ (КЧС и ОПБ), ШТАБА ГРАЖДАНСКОЙ  
ОБОРОНЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

1. Социально-экономическая характеристика территории, прогнозируемых ЧС и их медико-тактическая оценка.
2. Структура возможных поражений, заболеваний и травм населения в ЧС мирного и военного времени.
3. Характеристика органов управления, сил и средств СМК и ГОЗ, их задачи, варианты использования.
4. Перечень документов, создаваемых и отрабатываемых в медицинских организациях и в их структурных подразделениях, по СМК и ГОЗ.
5. Порядок создания, накопления, хранения, освежения и использования медицинского имущества оперативно-тактического и стратегического резервов для СМК и ГОЗ. Состав, комплектование и оснащение мобильных формирований СМК и ГОЗ.
6. Организация обеспечения пострадавших препаратами и компонентами донорской крови в системах СМК и ГОЗ.
7. Организация развертывания и работы формирований, учреждений СМК и ГОЗ для работы в очагах массового поражения населения в мирное и военное время.
8. Порядок взаимодействия сил и средств СМК и ГОЗ с органами исполнительной власти, федеральными и ведомственными медицинскими организациями и оперативными службами территории при возникновении крупномасштабных ЧС.
9. Организация взаимодействия со здравоохранением соседних территорий по оказанию медицинской помощи пострадавшим в ЧС, разработка и утверждение положений о взаимодействии.
10. Организация подготовки персонала медицинских организаций к действиям в ЧС.
11. Подготовка личного состава оперативных служб общественной безопасности (УВД, ГИБДД, пожарные, спасатели и т.п.), персонала санитарных постов и санитарных дружин, водителей транспортных средств, педагогов, работающих с детьми и др. категорий граждан приемам и способам оказания первой помощи, действиям в ЧС и правилам адекватного поведения на пораженных территориях.
12. Сущность медицинской сортировки пострадавших в ЧС, её виды, организация проведения на этапах медицинской эвакуации.
13. Виды и способы медицинской эвакуации, их характеристика. Порядок привлечения транспорта территории для эвакуации пострадавших из зоны крупномасштабных ЧС, варианты его использования.
14. Порядок привлечения транспорта для эвакуации больных и персонала при возникновении ЧС в медицинских организациях.
15. Организация привлечения транспорта для получения медицинского имущества со склада мобилизационного резерва для обеспечения работы формирований и учреждений ГОЗ в военное время.

16. Оценка состояния готовности медицинской организации, в целом, и её структурных отделений к действиям в ЧС мирного и военного времени.
17. Оценка состояния готовности формирований и учреждений СМК и ГОЗ к действиям в ЧС мирного и военного времени.
18. Пути повышения устойчивости функционирования медицинской организации и её отделений в ЧС мирного и военного времени.
19. Состояние обеспеченности персонала и больных средствами индивидуальной защиты, проблемы и меры по их устранению.
20. Виды защитных сооружений для больных и персонала медицинской организации, требования, предъявляемые к ним, и варианты их использования в мирное время.
21. Цели и задачи воинского учета граждан, пребывающих в запасе и работающих в здравоохранении. Организация его ведения.
22. Вопросы комплектования персоналом формирований и учреждений ГОЗ. Проблемы и пути их решения.
23. Сущность мобилизационного задания, проблемы и возможные пути их решения.
24. Виды приспособительных работ при развертывании больниц ГО и специальных формирований здравоохранения.
25. Организация подготовки к проведениям штабных тренировок, командно-штабных и тактико-специальных учений, объектовых тренировок и комплексных учений. *(Тематика тренировок и учений должна быть представлена прогнозируемыми ЧС, на территории; при этом не должна исключаться возможность возникновения чрезвычайных и нештатных ситуаций в медицинской организации).*
26. Анализ деятельности СМК (за определенный отрезок времени – год и более) по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (техногенные, в том числе транспортные, социальные, стихийные бедствия и т.п.), пути совершенствования работы с пострадавшими, внедрение новых организационных форм деятельности службы.
27. Научно-исследовательская тематика по вопросам медицины катастроф (планирование, выполнение, отчетность).



## **СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ В УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОМ ПОСОБИИ**

### **Безопасность жизнедеятельности (БЖД):**

а) состояние среды обитания человека (условий питания, труда, учебы, отдыха), при котором исключена или снижена до допустимых пределов возможность возникновения опасных и вредных факторов, угрожающих здоровью и жизни людей, их имуществу, культурным и духовным интересам;

б) учебная дисциплина, преподаваемая в высших и средних профессиональных образовательных учреждениях, рассматривающая проблемы безопасности в быту и различных сферах деятельности человека, а также меры по предотвращению, снижению и смягчению поражающих факторов ЧС на жизнедеятельность человека и общества.

**Биологические (бактериальные) средства (БС)** – основной элемент биологического оружия; биологические агенты, способные вызывать массовые заболевания и поражения людей, животных и растений. К ним относятся болезнетворные микроорганизмы (вирусы, бактерии, риккетсии, грибки) и продукты их жизнедеятельности. К БС могут быть отнесены и насекомые – вредители и мелкие грызуны.

**Бронирование граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ) Вооруженных Сил РФ** – осуществление в мирное и военное время комплекса мероприятий по предоставлению отдельным категориям работающих граждан, из числа пребывающих в запасе Вооруженных Сил РФ (ВС РФ), отсрочки от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время. ГПЗ на период бронирования получают отсрочку и привлечения к работе на должностях гражданского персонала ВС РФ и специальных формирований.

**Вводная** – оперативные сведения о тактической обстановке, сообщаемые руководителем в процессе проведения учений. До участников учения они доводятся устно, посредством средств связи, с помощью документа, имитацией и обозначением действий «противника».

**Виды жизнеобеспечения населения** – совокупность мероприятий, сходных по функциональному предназначению, свойствам услуг и соответствующих материально-технических средств, предназначенных для удовлетворения потребности населения. Различают медицинское обеспечение, обеспечение продуктами питания и водой, коммунально-бытовыми услугами, строительными и горюче-смазочными материалами и т.п.

**Военная доктрина** – официально принятая в государстве система взглядов на сущность, цели и характер возможной войны, на военное строительство, подготовку страны к обороне, организацию противодействия угрозам военной опасности, на использование Вооруженных Сил и других войск РФ для защиты интересов государства.

**Военнообязанный** – гражданин, подлежащий призыву в ВС РФ, или гражданин, пребывающий в запасе (ГПЗ) ВС РФ.

**Военно-учётная специальность (ВУС)** – военно-учетный признак, отражающий ВУС граждан, пребывающих в запасе ВС РФ. Каждой ВУС присваивается свой цифровой код. Перечень ВУС утвержден Правительством РФ (см. приложение 10).

**Военно-учётные признаки офицеров запаса** – показатели, устанавливаемые Минобороны РФ и характеризующие офицеров запаса по принадлежности к виду ВС РФ, роду войск, имеющейся ВУС или полученной подготовке, профилю подготовки, разряду учета в зависимости от воинского звания и возраста.

**Военно-учётные признаки солдат, матросов, сержантов и старшин запаса** – показатели, устанавливаемые Минобороны РФ и характеризующие солдат, матросов, сержантов и старшин запаса по возрасту (разряд учета), продолжительности военной службы (категория учета), прохождению военной службы (группа учета), степени готовности к военной службе по состоянию здоровья.

**Военный комиссариат (ВК)** – территориальный орган Минобороны РФ в республике, крае, области, городе и ином населенном пункте, входящий в состав военного округа, на территории которого он находится. Является юридическим лицом, имеет гербовую печать и расчетный счет в банке.

**Воинский учет** – общегосударственная система учета, анализа и определения количественного и качественного состава имеющих в стране призывных и мобилизационных ресурсов. Подразделяется на:

- **воинский учёт общий** – вид воинского учета граждан, пребывающих в запасе, которые не забронированы за организациями, на период мобилизации и в военное время.

- **воинский учёт первоначальный** – комплекс мероприятий по медицинскому освидетельствованию граждан мужского пола, которым в год постановки на воинский учет исполняется 17 лет. Его цель – определение годности к военной службе по состоянию здоровья, профессиональный и психологический отбор для определения пригодности к подготовке по военно-учетным специальностям и принятие решения о постановке на воинский учет, либо зачисления в запас или об освобождении гражданина от исполнения воинской обязанности.

- **воинский учёт персональный** – вид воинского учета, предназначенный для всестороннего изучения людских мобилизационных ресурсов по биографическим данным, видам трудовой деятельности, моральным качествам, прохождению военной службы и подготовке в период пребывания в запасе.

- **воинский учёт специальный** – вид воинского учета граждан, пребывающих в запасе, которые в установленном порядке бронируются за организациями на период мобилизации и военного времени.

**Выброс (разлив, слив, россыпь)** – поступление в окружающую среду загрязняющих веществ в результате техногенной деятельности человека, аварий и катастроф. Он может быть плановым (прогнозируемым), подлежащим нормированию, и неплановым (следствием действий человека и катастроф).

**Государственная система бронирования граждан, пребывающих в запасе** – совокупность юридически и организационно оформленных органов, осуществляющих бронирование граждан, пребывающих в запасе, и действующих при проведении этой работы в соответствии и на основании нормативных правовых актов, методических документов, определяющих их полномочия и методы работы в РФ.

**Государственный резерв** – заблаговременно созданный федеральный запас материальных ценностей, предназначенных для удовлетворения мобилизационных нужд РФ (мобилизационный резерв) и обеспечения неотложных потребностей при ликвидации последствий ЧС.

**Граждане, подлежащие призыву на военную службу по мобилизации** – граждане, пребывающие в запасе, не имеющие права на отсрочку от призыва на военную службу по мобилизации.

**Граждане, пребывающие в запасе (ГПЗ)** – это граждане:

- уволенные с военной службы по её завершению с зачислением в запас;
- прошедшие обучение по программе подготовки офицеров запаса на военных кафедрах при государственных или имеющих государственную аккредитацию образовательных учреждениях высшего профессионального образования;
- не прошедшие военную службу в связи с освобождением от призыва на военную службу;
- не прошедшие военную службу в связи с предоставлением отсрочки по достижении ими возраста 27 лет;
- не призванные на военную службу по каким-либо другим причинам;
- прошедшие альтернативную гражданскую службу;
- женского пола, имеющие военно-учетную специальность.

**Гражданская защита** – комплекс мероприятий по подготовке к защите населения, материальных и культурных ценностей страны от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий и в ЧС природного и техногенного характера.

**Группа воинского учёта** – военно-учетный признак воинского учета, согласно которому граждане, пребывающие в запасе, учитываются по группам учета: «Российская армия» (РА), «Военно-Морской Флот» (ВМФ), «Военно-космические силы» (ВКС) и т.п.

**Дегазация** – нейтрализация токсичных химических веществ до нетоксичных продуктов или снижение химической заражённости их с поверхности объектов и местности до допустимых норм.

**Дезактивация** – удаление радиоактивных веществ или снижение уровня загрязнения ими поверхностей объектов или сред. Осуществляется механическими и физико-химическими способами.

**Дезинфекция** – комплекс мероприятий по уничтожению возбудителей инфекционных болезней человека и животных во внешней среде физическими, химическими и биологическими методами.

**Документы воинского учёта** – документы, подтверждающие пребывание гражданина в запасе и его военно-учетные признаки.

**Документы мобилизационные** – законодательные и нормативные акты в области мобилизационной подготовки и мобилизации; приказы директивы, методические указания по планированию и организации мобилизационной подготовки и мобилизации; мобилизационные планы, расчеты и переписка по вопросам мобилизационной подготовки.

**Жизнеобеспечение населения** – совокупность взаимосвязанных по времени, месту и ресурсам мероприятий, направленных на создание и поддержание условий, минимально необходимых для сохранения жизни, поддержания здоровья и трудоспособности людей в условиях ЧС мирного и военного времени.

**Загородная зона** – территория для размещения эвакуируемого из города, отнесенного к группе по ГО, населения, расположенная за пределами зоны возможных разрушений и поражения людей, нанесения ущерба их здоровью, окружающей среде и материальным ценностям в случае воздействия поражающих факторов ЧС и современных боевых средств.

**Задание на расчётный год:**

- директивный мобилизационный документ, устанавливающий задание предприятию (учреждению) по производству продукции в течение календарного года с момента перевода предприятия на работу по условиям военного времени с указанием его номенклатуры, количества, сроков поставки и потребителей;
- задание по выполнению работ или оказанию услуг в военное время.

**Замысел учения** – основное содержание решения руководителя на организацию и проведение учения. В замысле отражаются: тема, учебные цели, задачи, время проведения учения, его этапы, их содержание и продолжительность (по астрономическому и оперативному времени), отрабатываемые учебные вопросы, учебная оперативная обстановка и состав привлекаемых участников.

**Запас Вооруженных Сил** – военнообязанные, пребывающие в запасе (ГПЗ), состоящие на воинском учете, прошедшие военную службу или освобожденные от нее по различным причинам, но годные к ней в военное время.

**Запасной пункт управления (ЗПУ)** – комплекс специально оборудованных сооружений и помещений, оснащенных техническими средствами связи и необходимыми коммуникациями, предназначенными для обеспечения управления подчиненными структурами в военное время и размещения соответствующего аппарата управления.

**Защита населения** – комплекс мероприятий, проводимых в целях уменьшения потерь населения от воздействия современных боевых средств и поражающих факторов ЧС мирного времени. Включает в себя:

- оповещение населения об угрозе возникновения ЧС, возникновении ЧС или применении противником средств боевого воздействия;
- ведение радиационной, химической и биологической разведки;
- оборудование населенных пунктов защитными сооружениями;
- обеспечение населения индивидуальными средствами защиты;
- эвакуацию населения из городов, отнесенных к группам по ГО, в загородную зону;
- организацию оказания медицинской помощи пострадавшим;
- проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- проведение аварийно-спасательных работ в очагах поражения;
- контроль заражения окружающей среды, продуктов питания и воды.

**Зона заражения** – территория или акватория, в пределах которых распространены радиоактивные, химические или биологические вещества, создающие опасность для людей, животных и растений.

**Зона поражения** – территория или акватория, в пределах которой имеются пораженные высокотоксичными веществами, нуждающиеся в оказании экстренной медицинской помощи (ЭМП).

**Инструкция** – юридический подзаконный акт, издаваемый в целях разъяснения и определения порядка применения законодательного акта или приказа (распоряжения) руководителя.

**Информация** – сведения, используемые для анализа и выработки наиболее целесообразных решений в управлении.

**Карта приписная** – воинский учетный документ, предназначенный для изучения граждан, пребывающих в запасе, с целью принятия решения о зачислении их в воинскую команду или специальное формирование.

**Категория годности граждан к военной службе** – характеристика годности граждан к военной службе по состоянию здоровья. Определяется категория военно-врачебными комиссиями. Различают следующие категории: А - годен к военной службе; Б - годен к военной службе с незначительными ограничениями; В - ограниченно годен к военной службе; Г - временно не годен к военной службе; Д - не годен к военной службе.

**Категория воинского учёта** – военно-учетный признак солдат, матросов, сержантов и старшин, пребывающих в запасе ВС РФ, подразделяющий их на 2 категории:

- 1-я категория представлена ГПЗ, прослужившими в ВС РФ более года, участниками боевых действий и лицами, прошедшими военные сборы в общей сложности более года;

- 2-я категория – остальные ГПЗ, в том числе и граждане женского пола.

**Командно-штабное учение (КШУ)** – форма обучения аппарата органа управления работе в повседневный период к действиям в ЧС мирного и военного времени, в период мобилизации, в военное время, характеризующаяся широким кругом решаемых задач. На КШУ могут привлекаться представители управляемых структур для решения задач, как в практическом исполнении, так и условно.

**Командно-штабная тренировка (КШТ)** – форма обучения аппарата управления практическим действиям по какому-либо одному вопросу. Управленческие решения в КШТ выполняются условно и до управляемых структур не доводятся.

**Комиссия эвакуационная** – комиссия, создаваемая для организации и разработки планов приема, размещения и обеспечения жизнедеятельности эвакуируемого населения.

**Контроль мобилизационной готовности** – комплекс мероприятий по проверке, анализу и оценке уровня мобилизационной готовности органов управления и учреждений к работе в период мобилизации и в военное время.

**Личная карточка (форма Т-2)** – карточка, предназначенная для учета работающих граждан, пребывающих в запасе, и содержащая сведения об элементах воинского учета.

**Личный состав запаса** – граждане, состоящие на воинском учете, не достигшие предельного возраста пребывания в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации, и признанные по состоянию здоровья годными к военной службе, предназначенные на воинские должности и должности гражданского персонала в воинские части и специальные формирования.

**Медицинские средства индивидуальной защиты** – медицинские препараты и изделия, предотвращающие или ослабляющие воздействия на человека поражающих факторов ЧС или средств боевого поражения.

**Мобилизационная подготовка кадров** – система мероприятий, направленных на совершенствование знаний, умений и навыков должностных лиц по организации и проведению мобилизационной работы.

**Мобилизационная подготовка организации** – комплекс организационно-технических и специальных мероприятий, проводимых в мирное время и направленных на выполнение услуг и обеспечение выпуска продукции, предусмотренных мобилизационным заданием.

**Мобилизационное задание** – задание, определяющее создание (сохранение) в мирное время соответствующей производственной мощности для производства

устанавливающей номенклатуры продукции, выполнения услуг, оформленное в виде директивного документа.

**Мобилизационное предписание** – документ, выдаваемый военным комиссариатом гражданину, пребывающему в запасе, и определяющий его действия при объявлении мобилизации.

**Мобилизационные людские ресурсы** – контингент граждан, пребывающих в запасе, предназначенный для доукомплектования воинских частей и других команд до штатов военного времени и укомплектования специальных формирований при их отмотмобилизации.

**Мобилизационные мощности** – производственные мощности, предназначенные для выполнения мобилизационных заданий, с учетом их мобилизационного развертывания.

**Мобилизационные органы** – штатные подразделения или специально назначенные работники в организациях, имеющих мобилизационные задания и задачи по мобилизационной работе, на которые возлагается организация планирования мероприятий по мобилизационной подготовке и мобилизации, координация и контроль, проводимых в этой сфере работ.

**Мобилизационный план** – утвержденная руководителем совокупность планирующих и расчетно-информационных документов, определяющих содержание, порядок и сроки проведения мероприятий по переводу объекта экономики на работу в условиях военного времени.

**Мобилизационный резерв материальных ценностей** – имущество, оборудование, техника и другие материальные ценности, накапливаемые в мирное время и предназначенные для обеспечения бесперебойной работы в военное время в целях обеспечения защиты государства.

**Мобилизация** – комплекс мероприятий по переводу экономики и ВС РФ на условия работы военного времени.

**Мобилизация населения** – процесс призыва на военную службу ГПЗ, направление трудоспособного населения в организации различных отраслей экономики и привлечение граждан к трудовой повинности в военное время.

**Начальник гражданской обороны (ГО)** – должностное лицо, осуществляющее руководство ГО на территории, в органах исполнительной власти и в организациях, учреждениях, независимо от форм собственности.

**Номенклатура материальных ценностей государственного резерва** – перечень материальных ценностей, подлежащих закладке в государственный резерв.

**Обстановка радиационная, химическая, биологическая** – совокупность последствий радиоактивного, химического, биологического заражения местности, акватории, воздушного пространства, оказывающих влияние на состояние здоровья населения и выполнение им решаемых задач.

**Объект гражданской обороны** – организация, независимо от организационно-правовой формы собственности, отнесенная к той или иной категории по ГО в зависимости от ее социально-экономического значения и требующая сохранения в военное время.

**Оперативный скачок** – методический прием, заключающийся в переносе оперативного времени в ходе учебных занятий по оперативной, тактической, мобилизационной подготовке на более позднее время относительно астрономического. Осуществляется после отработки одного или нескольких учебных вопросов для перехода к следующему этапу учения.

**Оценка обстановки** – выявление, изучение и анализ факторов и условий, влияющих на подготовку, процесс и результаты выполнения задач.

**Первая помощь** – вид помощи, оказываемый гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными её оказывать и имеющими соответствующую подготовку. К числу таких лиц относятся личный состав органов внутренних дел Российской Федерации, военнослужащие и работники Государственной противопожарной службы, спасатели аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб. Водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

**Первичная медико-санитарная помощь** – оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний, травм и поражений и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами). Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

**Период мобилизации** – календарное время от начала объявления мобилизации до завершения выполнения основного объема работ, по переводу экономики страны на работу в условиях военного времени.

**Период мобилизационного развертывания** – время от начала объявления перевода государства и его хозяйственных объектов на работу по условиям военного времени до момента полного развертывания, установленного в плане на расчетный год и готовности к выполнению мобилизационного задания.

**Пожарная безопасность** – состояние объекта, при котором с регламентируемой вероятностью исключается возможность возникновения и развития пожара, обеспечивается защита людей и материальных ценностей от поражающих факторов пожара.

**Потери безвозвратные** – убитые, пропавшие без вести, люди, умершие от ран, отравлений и поражений, а также техника и другие материальные ценности, которые нельзя восстановить и использовать по назначению.

**Потери санитарные** – пострадавшие, пораженные, раненые и больные, утратившие трудоспособность (боеготовность) не менее чем на одни сутки и поступившие для лечения в медицинские организации.

**Приемный эвакуационный пункт** – эвакуационный пункт, развертываемый в местах высадки эвакуированного населения и предназначенный для его встречи и отправки в места последующего размещения.

**Промежуточный пункт эвакуации** – эвакуационный пункт, развертываемый за пределами внешней границы очага поражения или зоны ЧС и обеспечивающий учет, перерегистрацию, радиационный и химический контроль, санитарную обработку, пересадку на незараженный транспорт и отправку населения в безопасные

районы размещения. Эти пункты размещаются вблизи железных, шоссейных дорог и речных вокзалов.

**Разряд воинского учета** – военно-учетный признак воинского учета граждан, пребывающих в запасе, по возрасту и воинскому званию.

**Расчётный год** – год, состояние экономики которого, политическая, психологическая и военная подготовка населения страны взяты за отправные показатели для разработки мобилизационного задания. Расчетный год равен календарному году, а ввод его в действие осуществляется Указом Президента Российской Федерации.

**Санитарная обработка** – комплекс мероприятий по обеззараживанию кожных покровов и слизистых оболочек людей, подвергшихся заражению химическими, биологическими веществами и загрязнению радиоактивными веществами, а также по обеззараживанию участков одежды и обуви, непосредственно прилегающих к открытым участкам тела человека. Является составной частью специальной обработки. Различают частичную и полную санитарную обработку.

**Сборный эвакуационный пункт** – эвакуационный пункт, предназначенный для сбора и регистрации эвакуируемого населения, формирования эвакуационных колонн и отправки эвакуируемых в безопасные районы или пункты посадки на транспорт. Размещаются в местах, обеспечивающих условия для сбора людей (образовательные учреждения, киноконцертные залы, дворцы культуры и т.п.).

**Светомаскировка** – скрывание световых демаскирующих объектов от визуальной, оптической, телевизионной и др. систем разведки и от наведения оружия противника в военное время. Светомаскировка осуществляется электрическим, светотехническим, механическим и технологическим способами.

**Специализированная медицинская помощь** – оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний, травм и поражений требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а при необходимости, и медицинской реабилитации. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение сложных и (или) уникальных методов лечения, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

**Специальная обработка** – комплекс мероприятий по удалению, уничтожению и нейтрализации, радиоактивных, химических веществ и бактериальных средств с поверхности тела человека, других поверхностей и объектов внешней среды. Подразделяют на санитарную обработку, дезактивацию, дегазацию и дезинфекцию.

**Специальные формирования здравоохранения (СФЗ)** – учреждения, создаваемые на военное время персоналом гражданского здравоохранения для решения задач по медицинскому обеспечению военнослужащих, получивших ранение и болезнь в период мобилизации и военное время.

**Стимулирование мобилизационной подготовки (налоговое)** – в соответствии с Законом РФ от 13.12.1991 г. № 2030-1 «О налоге на имущество предприятий» и «Инструкции Государственной налоговой службы Российской Федерации» от 08.06.1995 г. № 33 (ст. 6, пункт «и») стоимость имущества предприятия, исчисляемая для налогообложения, уменьшается на балансовую



стоимость мобилизационного резерва и мобилизационных мощностей. От уплаты земельного налога полностью освобождаются предприятия за земельные участки, непосредственно используемые для хранения материальных ценностей, заложенных в мобилизационный резерв РФ в соответствии с «Инструкцией Государственной налоговой службы Российской Федерации» от 17.04.1995 г. № 29 (подпункт 14 пункта 5).

**Стратегия национальной безопасности** – система взглядов на обеспечение безопасности личности, общества и государства от внешних и внутренних угроз во всех сферах жизнедеятельности человека.

**Схема мобилизационного развертывания** – совокупность документов, определяющих содержание, объем, порядок и сроки проведения мероприятий по мобилизационному развертыванию воинских частей и специальных формирований.

**Схема оповещения** – документ, являющийся приложением к оперативным планам, содержащий графическую и текстовую информацию об очередности и порядке вызова в рабочее и вне рабочее время должностных лиц аппарата органа управления. В схеме указываются адреса, телефоны, вид транспорта, срок прибытия на рабочее место и другая необходимая информация.

**Тактико-специальное учение (ТСУ)** – форма подготовки персонала создаваемых формирований к действиям в ЧС мирного и военного времени.

**Территория, отнесенная к группе по гражданской обороне** – территория, на которой расположен город или иной населенный пункт, имеющий важное оборонное или экономическое значение с находящимися в нем объектами, представляющими высокую степень опасности возникновения ЧС в военное и мирное время.

**Удостоверение об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время** – документ строгой отчетности, подтверждающий предоставленную гражданину, пребывающему в запасе, отсрочку от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время.

**Условия бронирования граждан, пребывающих в запасе ВС РФ** – совокупность военно-учетных признаков (состава, возраста, воинского звания, профиля и т.п.), соответствие которых дает основание для бронирования граждан, пребывающих в запасе ВС РФ, по перечню должностей и профессий.

**Учетная карточка** – воинский учетный документ персонального учета прапорщиков, мичманов, сержантов, старшин, солдат и матросов запаса, в который вносятся социально-демографические данные, военно-учетные признаки и периоды прохождения военной службы на указанных лиц. Ведется военным комиссариатом.

**Химическая безопасность** – система организационно-технических мероприятий на химически-опасных объектах, максимально снижающая или исключая возможность возникновения вредного воздействия химических веществ на людей и окружающую среду.

**Эвакуационные мероприятия** – мероприятия по организованному вывозу или выводу населения и пострадавших из зон поражения, реальной или вероятной ЧС, а также по жизнеобеспечению эвакуируемых в районе размещения.

**Эвакуационные органы** – органы, на которые возлагается планирование, организация, и проведение эвакуации населения. К ним относятся: эвакуационные комиссии, сборные, приемные и промежуточные эвакуационные пункты, пункты посадки и высадки, группы управления на маршрутах эвакуации пешим порядком, оперативные группы вывоза (вывода) эвакуируемого населения.

**Эвакуационные средства** – различные виды транспортных средств, привлекаемые для эвакуации и рассредоточения населения, культурных и материальных ценностей, эвакуации пострадавших людей из очагов поражения и зон ЧС.

**Энергетическая безопасность** – защищенность энергетической системы страны от угрозы дефицита в обеспечении потребителей экономически доступными топливно-энергетическими ресурсами приемлемого качества в условиях нормального функционирования и ЧС.

**Эпидемия** – массовое, прогрессирующее во времени и пространстве распространение инфекционного заболевания людей в какой-либо местности, стране, значительно превышающее обычный уровень заболеваемости.

**Явка граждан, подлежащих призыву на военную службу по мобилизации** – прибытие граждан в установленные сроки на пункты сбора военного комиссариата.

**Ядерная безопасность** – система организационно-технических мероприятий на радиационно-опасных объектах, максимально снижающая или исключающая возможность возникновения вредных воздействий ионизирующего излучения на людей и окружающую среду.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Безопасность жизнедеятельности. Безопасность в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера: Учебное пособие / В.А. Акимов, Ю.Л. Воробьев, М.И. Фалеев и др. Изд. 2-е, перераб. М.: Высшая школа, 2007. 592 с.
2. Бодогаров М.Ю., Шапошников А.А., Шефер Ю.М и др. Работа городской больницы в ЧС. М.: «МП Гигиена», 2006. 226 с.
3. Борчук Н.И. Медицина экстремальных ситуаций: Учебное пособие. М.: Высшая школа, 1998. 240 с.
4. Васин М.В. Медицинские аспекты радиационных аварий. М., 2003. 64с.
5. Гончаров С.Ф., Шефер Ю.М. Городская больница в чрезвычайной ситуации. М.: ВЦМК «Защита». 1999. 104 с.
6. Губченко Н.П. Медико-санитарное обеспечение населения и действие сил в кризисных ситуациях. Калуга: Манускрипт, 2005. 528 с.
7. Замковой В.И., Ильчиков М.З. Терроризм – глобальная проблема безопасности. М., 1996. 75 с.
8. Золотарев В.А. Россия (СССР) в локальных войнах и военных конфликтах второй половины XX века. М., 2000.
9. Лобачев А.И. Безопасность жизнедеятельности: конспект лекций. Изд. Юрайи, 2009. 191 с.
10. Медицина катастроф: Учебное пособие / Под ред. В.М. Рябочкина, Г.И. Назаренко. М.: «ИНИ Лтд», 1996. 272 с.
11. Методические рекомендации по бронированию граждан РФ, утвержденными постановлением межведомственной комиссией по бронированию граждан пребывающих в запасе от 5.07.2017 № 16:
12. Мобилизационная подготовка здравоохранения: Учебное пособие / Под ред. Ю.И. Погодина. М., 2006. 224 с.
13. Онищенко Г.Г., Ефременко В.И., Гржибовский Г.М. Противоэпидемическое обеспечение населения в условиях вооруженного конфликта в Чеченской Республике. Ставрополь: Гос. предприятие – изд. Полиграф. Фирма «Ставрополь», 1996. 256 с.
14. Организация медицинского снабжения в чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие для врачей. М.: ФГБУ ВЦМК «Защита», 2015. 68 с.
15. Основные понятия и определения медицины катастроф: Словарь (библиотека ВСМК). М.: ВЦМК «Защита», 1997. 245 с.
16. Основы организации и тактики медицинской службы гражданской обороны. Под ред. В.И. Михайлова. М., 1981. 300 с. Автор О.В. Воронков.
17. Организация медицинской службы гражданской обороны РФ. Под ред. Ю.И. Погодина и С.В. Трифонова М., 2002. 212 с.
18. Постановление Правительства Российской Федерации от 03.05.1994 г. № 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами».
19. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.02.1996 г. № 195 «Вопросы Всероссийской службы медицины катастроф».
20. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.1995 г. № 1113 «О создании единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций».

21. Постановление Правительства Российской Федерации от 03.08.1996 г. № 924 «О силах и средствах Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций».
22. Постановление Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 г. № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании».
23. Постановления Правительства РФ от 27.05.2005 N 335
24. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.02.2014 г. № 109) .....
25. Постановления Правительства Российской Федерации от 30.11.2016 г. № 1267.
26. Постановлением Правительства РФ от 18.07.2018 № 840
27. Приказ Минздрава России от 27.10.2000 г. № 380. «О положении о службе медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации».
28. Приказ Минздравсоцразвития России от 03.02.2005 г. № 112 (в ред. от 17.09.2007 г. № 601) «О статистических формах службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».
29. Рябочкин В.М., Ваганов Н.Н., Державин В. М. и др. Катастрофы и дети: Под ред. акад. Ю.Ф. Исакова. М.: «Полтекс», 1997. 280 с.
30. Сахно В.И., Захаров Г.И., Карлин Н.Е., Пильник Н.М. Организация медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие. СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003. 248 с.
31. Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные вопросы): Учебник. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. 560 с.
32. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 1939-1945 г.г., изд. 2, М.: Медицина, 1979. 527 с.
33. Терминологический словарь «Мобилизационная подготовка экономики» (изд. второе дополненное), М. 2001. 272 с.
34. Управление Всероссийской службой медицины катастроф: Учебное пособие для врачей. М.: ФГБУ ВЦМК «Защита», 2016. 130 с. (под ред. академика РАН, проф. С.Ф. Гончарова)
35. Федеральный закон от 21.12.1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».
36. Федеральный закон от 29.12.1994 г. № 79-ФЗ (в ред. от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ) «О государственном материальном резерве».
37. Федеральный закон от 26.02.1997 г. № 31-ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации».
38. Федеральный закон от 12.02.1998 г. № 28-ФЗ (в ред. от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ) «О гражданской обороне».
39. Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
40. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Учебное издание

# МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Учебное пособие

Редактор *В.А. Белова*

Компьютерная верстка *М.С. Шушпановой*

---

Подписано в печать 26.12.2019.

Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная.

Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.

Усл. печ. л. 23,1. Уч.-изд. л. 16,6.

Тираж 300 экз. Заказ № 2179

---

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»

163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51

Телефон (8182) 20-61-90. E-mail: izdatelnsmu@yandex.ru

ISBN 978-5-91702-339-7







**БАРАЧЕВСКИЙ Юрий Евлампиевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск). Полковник медицинской службы в отставке. Главный специалист Министерства здравоохранения Архангельской области по медицине катастроф. Автор более 300 научных работ. Сфера научных интересов: медицина чрезвычайных ситуаций, безопасность жизнедеятельности, токсикология, радиология, общественное здоровье и здравоохранение.



**ИВАНОВ Андрей Олегович** – ведущий научный сотрудник НИИ спасания и подводных технологий ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия», ведущий научный сотрудник АО «Ассоциация разработчиков систем мониторинга».

Доктор медицинских наук, профессор. Полковник медицинской службы запаса. Действительный член Международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности. Автор более 500 научных и учебно-методических работ, 11 патентов на изобретение. Научные интересы: безопасность жизнедеятельности, физиология военного труда, психофизиология, медицина чрезвычайных ситуаций.



**ГРОШИЛИН Сергей Михайлович** – заведующий кафедрой безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф Ростовского государственного медицинского университета. Доктор медицинских наук, профессор. Полковник медицинской службы в отставке. Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, член-корреспондент Академии военных наук, член-корреспондент Международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности. Автор 300 научных и учебно-методических работ, 2 патентов на изобретения.



**КУБАСОВ Роман Викторович** – доцент кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск). Кандидат биологических наук. Член-корреспондент Петровской академии наук. Автор более 200 научных и учебно-методических работ. Научные интересы: физиология человека, безопасность жизнедеятельности, медицина чрезвычайных ситуаций.