

**Главное управление Министерства Российской Федерации  
по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и  
ликвидации последствий стихийных бедствий  
по Республике Саха (Якутия)**

---

**Утверждаю  
Заместитель начальника  
Главного управления  
(по гражданской обороне  
и защите населения)**

**полковник**

**Р.Р. Платонов**

**«31» 01 2020 г.**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**по медицинскому обеспечению  
населения при проведении мероприятий  
гражданской обороны**

г. Якутск - 2020 г.

**Список принятых сокращений:**

АСО - автосанитарный отряд;  
АСЭ - авиасанитарная эскадрилья;  
АХОВ - аварийно химически опасные вещества;  
БО - биологическое оружие;  
БС - биологические средства;  
БСМП - бригада специализированной медицинской помощи,  
БСМП - бригада специализированной медицинской помощи ВМП - временные  
медицинские пункты;  
ВСМК и Всероссийская служба медицины катастроф;  
ГБ - головные больницы;  
ГО - гражданская оборона;  
ГУ ГОЧС - Главное управление по делам гражданской обороны и чрезвычайным  
ситуациям;  
ГЭР - группа эпидемиологической разведки;  
ЗПУ - запасные пункты управления;  
ЗСГО – защитное сооружение гражданской обороны  
КПП - контрольно-пропускной пункт;  
КИМГЗ – Комплект индивидуальный медицинский гражданской обороны;  
ЛПУ - лечебно-профилактическими учреждениями;  
ЛЭН - лечебно-эвакуационное направление;  
ЛЭО - лечебно-эвакуационное обеспечение;  
МС ГО - медицинская служба гражданской обороны;  
МСИЗ - медицинские средства индивидуальной защиты;  
ОВ - отравляющие вещества;  
ОПМ - отряд первой медицинской помощи;  
ОСМП - отряд специализированной медицинской помощи; ОХП - очаг химического  
поражения;  
ПМП - первая медицинская помощь;  
ПП - пункты посадки;  
ППМ - пакет перевязочный медицинский;  
ППЭ - промежуточные пункты эвакуации;  
РВ - Радиоктивные вещества;  
СД - санитарная дружина;  
СКП - санитарно-контрольный пункт;  
СПК - станции переливания крови;  
СПЭБ - специализированные противозидемические бригады; СЭО -  
санитарно-эпидемиологические отряды;  
СЭП - сборные эвакуопункты;  
ФОВ - фосфорорганические отравляющие вещества.

## **МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ**

Гражданская оборона (ГО) является составной частью системы общегосударственных оборонных мероприятий, осуществляемых в мирное и военное время.

Задачи, решаемые гражданской обороной по защите населения, материальных и культурных ценностей на территории Российской Федерации от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий, играют важную роль в обеспечении устойчивости экономики, повышении мобилизационной готовности страны и в значительной степени определяют жизнестойкость государства.

Медицинское обеспечение при проведении мероприятий включает в себя комплекс профилактических, лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий. К медицинскому обеспечению относятся также мероприятия по медицинской защите населения и личного состава сил ГО от поражающих факторов современного оружия и источников ЧС различного происхождения, а также обеспечение медицинским имуществом формирований и учреждений гражданской обороны.

Указанные мероприятия проводятся с целью сохранения здоровья и работоспособности личного состава сил ГО и населения, своевременного оказания всех видов медицинской помощи поражённым, их эвакуации в лечебные учреждения для лечения и реабилитации, а также в целях предупреждения возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний.

Перечень и содержание основных мероприятий по медицинскому обеспечению на территории субъекта Российской Федерации определяются соответствующим разделом, плана ГО области республики и планом медицинской службы ГО.

Руководство мероприятиями по медицинскому обеспечению осуществляет руководитель медицинской службы ГО и его штаб. Медицинская служба гражданской обороны выполняет свои задачи в тесном взаимодействии с другими службами ГО и под общим оперативным руководством органов управления по делам ГОЧС.

Подразделение главного управления по делам ГОЧС по субъекту Российской Федерации координирует и контролирует выполнение медицинских мероприятий гражданской обороны на подведомственной территории.

Медицинские мероприятия ГО проводятся в мирное время, при переводе ГО на военное положение, а также при возникновении очагов поражения.

### **Медицинские мероприятия ГО, проводимые в мирное время**

Наличие на вооружении у вероятного противника высокоэффективных современных средств нападения, способных поражать объекты в глубоком тылу нашей страны, требует от всей системы гражданской обороны и в том числе от медицинской службы ГО высокой готовности к выполнению задач военного времени. Следовательно, медицинская служба гражданской обороны должна быть постоянно готова к быстрому и чётко организованному переводу на военное положение, проведению всего комплекса мероприятий по медицинскому обеспечению населения при решении задач гражданской обороны.

Перевод медицинской службы ГО на военное положение - это один из наиболее

ответственных и сложных периодов её деятельности.

Не исключается возможность, что перевод с мирного на военное положение будет осуществляться в условиях ведения войны с применением противником обычных средств нападения и действий диверсионно-разведывательных групп в тыловых регионах страны. Это существенно осложнит процесс перевода медицинской службы ГО на военное положение и выполнение стоящих перед ней задач в военное время. Перевод МС ГО на военное положение, порядок и последовательность выполнения всех медицинских мероприятий осуществляются по установленным степеням готовности ГО, которые определяются заблаговременно в мирное время.

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

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

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

- прогнозирование возможных медико-санитарных последствий применения противником современных средств поражения и планирование мероприятий медицинского обеспечения населения;
- подготовка органов и пунктов управления МС ГО на всех уровнях;
- создание формирований МС ГО и поддержание их в высокой готовности;
- планирование и выполнение приспособительных работ в общественных зданиях безопасных районов, предназначенных для развёртывания на их базе лечебных учреждений больничной базы МС ГО;
- подготовка учреждений МС ГО к развёртыванию и работе в условиях применения противником современных видов оружия;
- планирование медицинского обеспечения эвакуируемого и рассредоточиваемого населения;
- создание запасов медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества для оснащения формирований и учреждений МС ГО;
- планирование и проведение работ, повышающих устойчивость работы органов и учреждений здравоохранения в военное время;
- разработка планов по медицинской защите личного состава ГО и населения в военное время;
- подготовка кадров для органов управления, медицинских формирований и учреждений МС ГО;
- участие в обучении населения приёмам и методам оказания первой медицинской помощи в очагах поражения в порядке само- и взаимопомощи.

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

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

обеспечения, наряды, ордера, накладные. Руководящие кадры здравоохранения, входящие в состав органов управления МС ГО, должны иметь рабочие папки, в которых находятся личные планы работы по степеням готовности ГО, проекты приказов, распоряжений, справочные материалы.

В случае возникновения крупномасштабных, ситуаций мирного времени, обусловленных стихийными бедствиями и техногенными катастрофами, силы и средства медицинской службы ГО могут привлекаться к ликвидации их медико-санитарных последствий.

### **Содержание и последовательность проведения медицинских мероприятий при переводе гражданской обороны с мирного на военное положение.**

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

Для сокращения сроков перевода МС ГО на военное положение, ещё до ввода в действие планов гражданской обороны, предусматривается выполнение первоочередных мероприятий первой и второй группы, повышающих готовность медицинской службы гражданской обороны.

Эти мероприятия должны выполняться скрытно, под видом учений, тренировок и ремонтных работ.

При планомерном переводе системы гражданской обороны с мирного на военное положение руководитель МС ГО осуществляет оповещение и сбор руководящего состава МС ГО, после чего доводит обстановку, полученную от соответствующего органа управления по делам ГОЧС, ставит задачу работникам своего органа управления, распределяет руководящий состав службы согласно штату и направлениям деятельности.

Непосредственно в пункте постоянной дислокации органа управления здравоохранением организуется круглосуточное дежурство руководящего состава органа управления МС ГО, члены которого приступают к выполнению своих обязанностей согласно штатному расписанию.

Разделы плана медицинского обеспечения уточняются всеми главными специалистами органа управления здравоохранением и членами органа управления МС ГО в соответствии со своими функциональными обязанностями по следующим направлениям:

1. Прогноз возможной медицинской обстановки.
2. Ожидаемые санитарные потери среди населения, их величина и структура.
3. Укомплектованность службы кадрами, медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом.
4. Готовность медицинской службы к оказанию медицинской помощи поражённым в очагах поражения.
5. Состояние коечной сети лечебно-профилактических учреждений с учётом развёртываемых больниц в загородной зоне (мощность и структура).

развёртываемых больниц в загородной зоне (мощность и структура).

6. Порядок снабжения формирований и учреждений МС ГО имуществом и донорской кровью.

7. Наличие средств индивидуальной защиты, в том числе медицинской, порядок их выдачи личному составу службы.

8. Наличие защитных сооружений, предназначенных для укрытия медицинского персонала учреждений и больных, их техническое состояние, объём и порядок проведения работ по высвобождению защитных сооружений, занятых под нужды объектов здравоохранения в мирное время. Уточняется перечень объектов здравоохранения, не имеющих защитных сооружений.

9. Расчёт обеспеченности запасных пунктов управления и ЗСГО коллективными аптечками.

10. План взаимодействия МС ГО с военным командованием и военно-медицинской службой гарнизона.

В ходе выполнения мероприятий ГО приводятся в готовность защищённые стационары для укрытия нетранспортабельных больных и обслуживающего персонала.

В этих целях главный врач больницы отдаёт распоряжение ответственному лицу за содержание ЗСГО или руководителю объекта освободить защитные сооружения от хранящегося в них имущества, укомплектовать их источниками аварийного освещения, необходимым инструментом, инвентарём и пожарным оборудованием; проверить защитные сооружения на герметичность и техническое состояние их систем жизнеобеспечения.

В этот период осуществляется подготовка к выдаче средств индивидуальной защиты личному составу формирований из запасов объектов экономики.

На запасные пункты управления (ЗПУ) министерств и ведомств, органов управления ГОЧС республики осуществляется закладка медикаментов.

Со складов мобилизационного резерва организуется вывоз на пункты выдачи противогазов, приборов радиационной и химической разведки.

Учреждения государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН), входящие в состав сети наблюдения и лабораторного контроля ГО (СНЛК), в это время также должны быть приведены в готовность к выполнению задач военного времени, для чего приводятся в рабочее состояние технические средства и оснащение учреждений ГСЭН, предназначенные для обнаружения и индикации радиоактивного, химического и биологического заражения продуктов, пищевого сырья и питьевой воды.

Уточняется укомплектованность медицинских формирований личным составом, обеспеченность техникой и имуществом. При этом проверяется в первую очередь укомплектованность всех структур МС ГО командно-начальствующим составом и дефицитными специалистами; определяется наличие и исправность автомобильной и другой техники, поступающей на доукомплектование из различных организаций; подготавливается заявка соответствующему руководителю ГО на недостающее количество техники и имущества согласно нормам оснащения.

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

1. Обеспеченность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), станций

электроэнергии.

2. Состояние укомплектованности ЛПУ хирургического профиля врачами-хирургами, операционными медсёстрами, лаборантами.

3. Обеспеченность ЛПУ и формирований медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом, консервированной кровью и её препаратами.

4. Готовность дублёров пунктов управления МС ГО взять на себя управление службой.

5. Состояние связи и управления. Одновременно на объектах здравоохранения проводятся подготовительные мероприятия к введению режимов светомаскировки и для усиления мер противопожарной защиты.

*При выполнении мероприятий ГО* осуществляется перевод руководящего состава медицинской службы ГО на круглосуточную работу. Руководитель МС ГО области республики даёт распоряжение всем подчиненным органам управления на организацию посменной круглосуточной работы и контролирует его выполнение. На запасной пункт управления (ЗПУ) МС ГО направляется оперативная группа.

Приводится в полную готовность система связи со всеми подчинёнными органами управления МС ГО. Уточняется план выезда на ЗПУ основного состава органа управления МС ГО, доводится до работников органа управления места сбора и их основные обязанности.

Запасные пункты управления МС ГО создаются заблаговременно. Они оборудуются вне зон возможных разрушений, а также вне зон возможного катастрофического затопления и радиационного, биологического и химического заражения. При выборе мест расположения ЗПУ учитывается возможность использования существующих и строящихся линий связи.

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

Одновременно приводятся в готовность все имеющиеся у медицинской службы сооружения, предназначенные для укрытия личного состава службы и больных. В этих целях организуется круглосуточное дежурство звеньев по обслуживанию ЗСГО. В необходимых местах устанавливаются указатели, изготавливаются нары для укрываемых, пополняются запасы ГСМ для дизельных электростанций.

Осуществляется проверка ЗСГО на герметичность и работоспособность систем, проверка наличия аварийных запасов воды, продовольствия, проверка наличия средств связи и оповещения в защитных сооружениях и подготовка их к работе.

В ЗСГО категорированных городов закладываются медикаменты и другое медицинское имущество, предназначенное для оказания медицинской помощи укрываемых.

Закладка коллективных медицинских аптек в ЗСГО категорированных городов осуществляется непосредственно медицинскими службами городов, городских районов, объектов экономики в срок до 12 часов, а в быстровозводимые

ЗСГО - по мере их введения в эксплуатацию.

Номенклатура и количество медикаментов, перевязочных средств, медицинских предметов зависят от количества укрываемых.

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

Аптечки коллективные и наборы комплектуются медицинскими учреждениями (медпунктами), медико-санитарными частями, амбулаториями (поликлиниками), обслуживающими объекты экономики в период приведения в готовность защитных сооружений за счёт имущества текущего, снабжения и приобретения недостающих предметов в специализированных магазинах.

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

В этот период производится выписка части больных из лечебных учреждений на амбулаторное лечение. Сокращается госпитализация больных для планового лечения.

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

Отобранные пробы с объектов внешней среды, продовольствия, воды направляются в учреждения СНЛК для проведения исследований. При обнаружении в полученных пробах радиоактивного, химического и бактериального заражения учреждения сети наблюдения и лабораторного контроля немедленно докладывают об этом в соответствующие органы управления по делам ГОЧС и органы управления МС ГО.

На основании оценки полученных данных и предложений руководителя медицинской службы ГО соответствующий руководитель гражданской обороны принимает решение по защите населения, личного состава формирований, продуктов питания, воды и по ликвидации последствий заражения.

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

Готовятся к вывозу в безопасный район действующие и архивные документы медицинской службы ГО, составляются списки на вывозимые документы, которые для сохранности во время транспортировки укладываются в отдельные облегченные хранилища.

В целях обеспечения радиационной безопасности, персоналу АЭС и населению, проживающему в 30-ти километровой зоне, в этот период выдаются препараты стабильного йода. Выдача препаратов йода рабочим и служащим организуется на рабочих местах, а населению по месту жительства — в жилищно-эксплуатационных конторах, дирекциях эксплуатации зданий на пунктах выдачи противогазов.

На объектах здравоохранения проводятся неотложные мероприятия по повышению устойчивости работы объектов здравоохранения — приводятся в



готовность автономные источники энергоснабжения, пункты управления объектов, подготавливается аварийное освещение. Проводятся мероприятия по предотвращению возникновения вторичных факторов поражения, для чего с территории объектов удаляются пожаро- и взрывоопасные предметы и вещества.

Одним из наиболее важных мероприятий, проводимых в этот период, является проведение подготовки к развёртыванию больничной базы республики в безопасном районе. В этих целях руководитель МС ГО республики совместно с начальником управления больничной базы МС ГО во взаимодействии со специалистом отдела ИТМ, РХБ, МЗ и ПЖОН главного управления по делам ГО и ЧС республики организуют проверку наличия ордеров приписываемых зданий и помещений для развёртывания лечебных учреждений больничной базы, а также степени готовности этих зданий к развёртыванию в них лечебных учреждений ББ МС ГО в соответствии с заданием. Проводятся мероприятия по завершению в сжатые сроки выполнения приспособительных работ второй очереди.

В целях обеспечения своевременного развёртывания лечебных учреждений в загородной зоне за каждой больничной базой МС ГО закрепляется необходимое количество формирований гражданской обороны.

Для оснащения лечебных учреждений МС ГО подготавливается медицинское имущество, уточняется их обеспеченность санитарно-хозяйственным и специальным имуществом. Лечебным учреждениям безопасных районов осуществляется выдача медицинского имущества со складов мобилизационного резерва.

В этот период приводятся в готовность имеющиеся ЗСГО, ведётся работа по приспособлению подвалов для укрытия медицинского персонала и больных в лечебных учреждениях. Личному составу формирований МС ГО выдаются приборы радиационной и химической разведки, медицинские средства индивидуальной защиты вывозятся со складов мобилизационного резерва. В ЗСГО объектов экономики категорированных городов, продолжающих производственную деятельность в военное время, развёртываются медицинские пункты.

Выполнение всех перечисленных первоочередных мероприятий ГО осуществляется структурами МС ГО скрытно, под видом проведения учений, проверок, реконструкции объектов здравоохранения.

При приведении в готовность ГО органа управления медицинской службы ГО совместно со специалистом медицинской защиты главного управления по делам ГОЧС республик) приводит в готовность органы управления, формирования и учреждения службы, организует работу учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора в составе СНЛК, проводит мероприятия по защите личного состава службы и больных, находящихся в лечебных учреждениях.

С этой целью организуется своевременное оповещение и сбор личного состава органов управления, их работа по установлению связи с выше- и нижестоящими органами управления МС ГО, взаимодействие с военно-медицинской службой, другими службами ГО, уточнение планов медицинского обеспечения населения.

Осуществляется подготовка к эвакуации медицинских учреждений и к вывозу запасов медицинского имущества из зон опасности.

Проводится комплекс санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний.

Не прекращая работу в медицинских учреждениях, на базе которых они создаются, приводятся в готовность все формирования медицинской службы ГО. В

этот период в круглосуточном режиме организуется работа учреждений СНЛК по ведению наблюдения и лабораторного контроля за заражённостью объектов внешней среды, атмосферного воздуха, продовольствия и питьевой воды РВ, ОВ, БС.

При переводе ГО на военное положение особое внимание должно уделяться проведению мероприятий по защите личного состава формирований МС ГО, медицинского персонала и больных, находящихся в лечебных учреждениях, от средств поражения вероятного противника путём укрытия их в защитных сооружениях.

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

Нетранспортабельные больные в категорированных городах укрываются в стационарах, развёртываемых в ЗСГО, строительство которых предусматривается из расчёта 10% коечной ёмкости учреждения мирного времени.

Проводится подготовка лечебных учреждений из зон опасности к эвакуации в безопасные районы, что требует большого внимания со стороны медицинской службы ГО: необходимо провести подготовку к выписке больных на амбулаторное лечение (в среднем до 40%); определить группы нетранспортабельных больных и больных, подлежащих эвакуации; наметить очерёдность вывоза имущества, с учётом его необходимости при оказании медицинской помощи, выслать оперативные группы к местам развёртывания лечебных учреждений больничной базы с целью приёма приписанных помещений и организации приспособительных работ в них; уточнить количество необходимых для эвакуации ЛТП транспортных средств.

Важным мероприятием, особенно с учётом возможности внезапного нападения противника в этот период, является развёртывание в безопасном районе больничной базы МС ГО силами здравоохранения. После завершения мероприятий по приведению ГО в готовность указанные лечебные учреждения должны быть развёрнуты по штатам военного времени и готовы к приёму поражённых.

При внезапном нападении противника следует предусматривать в качестве дополнительной меры в условиях дефицита коечного фонда возможность размещения поражённых в жилом секторе.

Проведение комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при приведении в готовность ГО направлено на сохранение здоровья населения и личного состава формирований и учреждений ГО, а также на профилактику возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний. Эти мероприятия проводятся Центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора и создаваемыми на их базе санитарно-противоэпидемическими формированиями ГО на всей территории республики, в том числе в районах, предназначенных для размещения рассредотачиваемых рабочих, служащих и эвакуированного населения, а также на маршрутах эвакуации и в местах развёртывания эвакуационных органов.

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

### **Организация медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий.**

В условиях современной войны одной из важнейших проблем является защита населения от воздействия оружия массового поражения. В военное время для обеспечения обороноспособности государства крайне важно сохранить свои

обеспечения обороноспособности государства крайне важно сохранить свои производительные силы, основу которых составляют люди.

Одной из главных задач гражданской обороны является защита населения на всей территории страны с учётом экономического, политического и оборонного значения городов, районов и объектов.

Наиболее эффективным способом защиты населения от оружия массового поражения следует считать его укрытие в защитных сооружениях.

Однако вопрос по созданию необходимого количества защитных сооружений для рабочих, служащих и населения категорированных городов пока не решён. Поэтому проведение эвакуационных мероприятий по вывозу (выводу) населения этих городов и размещение его в загородной зоне является основным способом его защиты от современных средств поражения.

Планирование и осуществление эвакуационных мероприятий осуществляется в соответствии с Планами эвакуации субъекта РФ.

Эвакуация населения - это комплекс мероприятий по организованному вывозу всеми видами имеющегося транспорта и выводу пешим порядком населения из категорированных городов и размещению его в загородной зоне.

Распределение представляет собой комплекс мероприятий по организованному вывозу (выводу) из категорированных городов и размещение в загородной зоне для проживания и отдыха рабочих и служащих объектов экономики, продолжающих производственную деятельность в военное время, и организаций, обеспечивающих производство и жизнедеятельность объектов категорированных городов (городских электросетей, объектов коммунального хозяйства, общественного питания, здравоохранения, транспорта и связи, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления).

Наибольшая работающая смена объектов категорированных городов, продолжающих производственную деятельность в военное время, должна быть обеспечена защитными сооружениями.

В зависимости от особенностей возникновения и развития военных действий планируется проведение различных видов эвакуации населения.

Общая эвакуация проводится на территории всей страны или на территории нескольких субъектов Российской Федерации и предусматривает эвакуацию в безопасный район всех категорий населения, кроме нетранспортабельных больных, обслуживающего их персонала и лиц, имеющих мобилизационные предписания.

Частичная эвакуация проводится при угрозе нападения противника до проведения общей эвакуации. Этот вид эвакуации осуществляется без нарушения действующих графиков работы транспорта.

При частичной эвакуации вывозится нетрудоспособное и незанятое в производстве и сфере обслуживания население (студенты, воспитанники детских домов, интернатов, других детских учреждений, лица, находящиеся в домах престарелых и инвалидов совместно с преподавателями, обслуживающим персоналом и членами их семей).

Эвакуация населения из районов приграничной полосы планируется и осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с оперативными планами командования приграничных военных округов и пограничных войск.

Эвакуация населения из зоны возможного катастрофического затопления в пределах 4-часового добегания волны прорыва гидротехнического сооружения

проводится заблаговременно при общей эвакуации или эвакуации из приграничной зоны.

Проведение эвакуационных мероприятий осуществляется по решению Президента Российской Федерации или Руководителя Гражданской обороны Российской Федерации - Председателя Правительства Российской Федерации. В случаях, требующих немедленного решения, эвакуация может проводиться по решению руководителя гражданской обороны субъекта Российской Федерации с последующим докладом по подчинённости.

Ответственность за организацию планирования, обеспечение, проведение эвакуации населения и его размещение в безопасном районе возлагается на соответствующих руководителей гражданской обороны.

Непосредственное осуществление мероприятий по организации, подготовке и проведению эвакуационных мероприятий возложено на эвакуационные органы, которые работают во взаимодействии с соответствующими органами ГОЧС и службами гражданской обороны.

В состав эвакуационных и эвакуационных комиссий обязательно включаются представители служб ГО, в том числе и представитель медицинской службы, который должен осуществлять взаимодействие с другими службами ГО по вопросам эвакуации учреждений здравоохранения, а также проведение медицинского обеспечения эвакуируемого населения. Для организованного проведения эвакуации населения заблаговременно планируются мероприятия по следующим видам обеспечения: связи и оповещения, медицинскому, транспортному, охране общественного порядка и обеспечению безопасности дорожного движения, инженерному, материально-техническому, финансовому, разведке и коммунально-бытовому.

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

Медицинское обеспечение эвакуации населения из зон опасности организуется по территориально-производственному принципу и осуществляется соответствующими руководителями органов управления здравоохранением административно-территориальных образований Российской Федерации.

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

При проведении эвакуационных мероприятий перед медицинской службой ГО стоят следующие задачи:

1. Организация медицинского обеспечения населения на всех этапах эвакуации и в местах расселения.
2. Эвакуация медицинских учреждений из зон опасности в безопасные районы.
3. Вывод медицинских формирований ГО в безопасные районы.
4. Организация лечения нетранспортабельных больных.

5. Развёртывание коечной сети в безопасных районах за счёт эвакуированных больниц.

6. Организация медицинского обеспечения рабочих и служащих объектов, продолжающих работу в военное время.

7. Защита медицинского персонала и больных от поражающих факторов оружия массового поражения и обычных средств ведения войны.

Успешное выполнение задач по медицинскому обеспечению эвакуации населения достигается заблаговременным чётким планированием.

Для планирования медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий органы управления МС ГО должны располагать определёнными исходными данными, которые они получают от соответствующего органа управления ГО ЧС. Исходные данные должны содержать следующие сведения:

- численность эвакуируемого населения (в том числе детских учреждений и детей) в целом по городу и отдельно по его районам;
- места расположения, количество и суточная пропускная способность сборных эвакуопунктов (СЭП);
- маршруты и способы эвакуации населения;
- места расположения пунктов посадки (ПП) и количество эвакуируемого населения в каждой автоколонне или железнодорожном составе (теплоходе);
- дислокация промежуточных пунктов эвакуации (ППЭ) и пунктов высадки (ПВ);
- районы расселения и численность населения, подлежащего эвакуации из них.

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

Медицинское обеспечение эвакуационных мероприятий организуется на СЭП и ПП, в пути следования, в ППЭ, в местах больших и малых привалов, в пунктах высадки и местах расселения.

Медицинское обеспечение на сборных эвакуопунктах, пунктах посадки организует руководитель МС ГО; на путях следования, на промежуточных пунктах эвакуации, эвакуоприёмных пунктах, пунктах высадки и местах расселения - руководитель МС ГО соответствующего сельского района.

На сборных эвакуопунктах и пунктах посадки в специально выделенных по плану помещениях развёртываются медицинские пункты, организующие свою работу круглосуточно до окончания эвакуации.

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

Для работы в медицинских пунктах СЭП, ПП выделяется медицинский персонал из расчёта: 2 средних медицинских работника, 1 санитарка (сандружинница), 1 дезинфектор в смену. В отдельных случаях предусматривается выделение врача. Для перевозки поражённых и больных в медпункте имеется 1 санитарный автомобиль. Нуждающиеся в стационарном лечении больные и поражённые из медпунктов СЭП и ПП эвакуируются в ближайшие лечебные учреждения безопасного района.

Предполагается, что во время проведения эвакуационных мероприятий среди заболевших и получивших травмы людей до 1,5% будут нуждаться в стационарном лечении.

Нетранспортабельных больных госпитализируют в защищённые стационары,

развёрнутые в ЗСГО ЛПУ. Эвакуация таких больных осуществляется машинами станций скорой помощи или специально выделенным на медпункт транспортом.

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

Медицинские пункты, развёрнутые для работы на путях эвакуации, обеспечиваются имуществом для оказания медицинской помощи теми лечебными учреждениями, за счёт которых они создаются.

Медицинский персонал должен быть хорошо подготовлен в вопросах оказания неотложной медицинской помощи, в выявлении и изоляции инфекционных больных, особенно среди детских контингентов.

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

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

Для медицинского обеспечения пеших колонн используются местные лечебные учреждения, расположенные в населённых пунктах вблизи маршрутов эвакуации. Места размещения этих медицинских учреждений должны обозначаться указательными знаками на дорогах.

Если на маршрутах эвакуации колонн отсутствуют медицинские учреждения, то в этом случае в местах больших привалов и при ППЭ развёртываются временные медицинские пункты (ВМП) за счёт местных лечебных учреждений. В составе медпункта 1-2 врача, 2-3 средних медицинских работника, 1-2 санитарки (сандружинницы). В некоторых случаях вместо медицинских пунктов на каждый маршрут выделяется подвижная медицинская бригада на автомобиле, в состав которой входят 1 врач (фельдшер) и 1-2 медсестры.

Бригада оснащается специальной укладкой медицинского имущества для оказания неотложной помощи.

Согласно плану обеспечения эвакуационных мероприятий больницы безопасного района, находящиеся вблизи маршрутов эвакуации, направляют дежурный санитарный автотранспорт на железнодорожные станции, пристани для приёма заболевших, которые по состоянию здоровья нуждаются в снятии с эшелона, теплохода и направлении в лечебное учреждение.

В пунктах высадки прибывшему населению первая медицинская и первая врачебная помощь обеспечивается по неотложным показаниям. Здесь развёртываются медицинские пункты с выделенным органом управления МС ГО сельского района медицинским персоналом.

Медицинское обслуживание эвакуируемого населения в местах расселения осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями сельской местности по участково-территориальному принципу.

Сельские лечебно-профилактические учреждения при необходимости могут усиливаться медицинским персоналом, прибывающим из категорированных городов.

Перемещение больших масс населения при проведении эвакуации в безопасные районы неизбежно связано с ухудшением санитарно-гигиенических условий жизни, ростом эпидемической напряжённости и угрозой возникновения массовых инфекционных заболеваний.

Организация санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения эвакуируемого населения осуществляется на всех этапах эвакуации - на сборных и приёмных эвакуопунктах посадки (высадки), в пути следования, в местах отдыха (привала), на промежуточных пунктах эвакуации, в местах размещения и возлагается на санитарно-эпидемиологические учреждения и формирования.

Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в ходе медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий включают:

- ведение непрерывного эпидемиологического наблюдения и бактериологической разведки на маршрутах эвакуации и в местах дислокации эвакуируемого населения;
- осуществление контроля за санитарным состоянием мест размещения эвакуируемого населения;
- выявление инфекционных больных, их изоляцию и госпитализацию;
- осуществление контроля за соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил на объектах питания и водоснабжения;
- проведение мероприятий по дезинфекции, дезинсекции и дератизации территорий и помещений;
- осуществление контроля за удалением и обеззараживанием пищевых отходов и туалетов на маршрутах движения и в районах расселения;
- проведение при необходимости экстренной профилактики и иммунизации среди населения и личного состава сил ГО;
- осуществление контроля за организацией банно-прачечного обслуживания населения в местах его расселения;
- проведение санитарно-просветительной работы среди эвакуированного населения.

С объявлением начала проведения эвакуационных мероприятий санитарно-эпидемиологические учреждения направляют специальные формирования в районы, предназначенные для расселения эвакуантов с целью оценки санитарно-эпидемиологического состояния и противоэпидемического обеспечения прибывающего населения.

В случае неблагоприятного санитарно-эпидемиологического состояния в каком-либо районе, предназначенном для размещения рабочих и служащих, а также эвакуированного населения, санитарно-эпидемиологические учреждения своевременно извещают органы управления ГОЧС и органы управления МС ГО сельских и городских районов, из которых планируется эвакуация населения, для принятия необходимых мер вплоть до перераспределения районов эвакуации.

При применении противником биологического оружия для проведения иммунизации населения на базе лечебно-профилактических учреждений и формирований гражданской обороны, при больницах и поликлиниках, в медико-санитарных частях (здравпунктах) предприятий организуются подвижные и временные прививочные пункты. Прививочные пункты создаются в городах и районах рассредоточения и эвакуации. Для работы на этих пунктах формируются прививочные бригады.

Прививочные бригады создаются в составе одного врача, двух средних медицинских работников или одного среднего медицинского работника и двух санитарных дружинниц (в этом случае во главе 3-4 таких бригад должен быть врач).

Организация и осуществление мероприятий по санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому обеспечению эвакуации населения возлагается на главных

врачей центров государственного санитарно-эпидемиологического контроля, дислоцированных в безопасных районах.

При планировании медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий следует учитывать особенности климатических, географических условий, а также наличие очагов природно-очаговых заболеваний, ядовитых змей и других возможных опасностей для жизни и здоровья людей на путях эвакуации и в местах расселения.

В условиях морозной зимы и низкой температуры воздуха при проведении эвакуационных мероприятий за счёт переохлаждения возможно возникновение вспышек простудных заболеваний и случаев обморожений среди эвакуируемого населения.

Поэтому для работы в зимний период времени, а также при эвакуации через горные перевалы медицинские пункты на этапах эвакуации должны иметь для обогрева возможных пациентов запас тёплой одежды, горячий чай в термосах, грелки. Санитарный транспорт должен быть соответствующим образом утеплён.

При необходимости, на путях эвакуации планируется развёртывание обогревательно-питательных пунктов.

Проведение указанных мероприятий должно осуществляться за счёт службы продовольственного и вещевого снабжения и автотранспортной службы ГО.

Находясь в жарком, пустынном климате, при интенсивном солнечном облучении и нехватке воды, следует учитывать возможность возникновения солнечных и тепловых ударов, вспышек инфекционных заболеваний среди эвакуируемого населения. В этих условиях приобретает особую важность контроль за качеством питьевой воды и соблюдением питьевого режима.

### **Организация эвакуации медицинских учреждений из категорированных городов в безопасный район.**

Во время проведения эвакуационных мероприятий, наряду с организацией медицинского обеспечения эвакуируемого населения большое значение имеет чёткая организация эвакуации медицинских учреждений и вывода формирований МС ГО из зон опасности в безопасные районы.

Эти мероприятия проводятся с целью защиты больных, персонала лечебных учреждений, личного состава формирований медицинской службы ГО от современных средств поражения вероятного противника, а также для сохранения медицинского и санитарно-хозяйственного имущества.

Своевременная эвакуация медицинских учреждений и вывод формирований МС ГО из зон опасности городов позволит сберечь кадровые и материальные ресурсы службы для медицинского обеспечения населения в очагах поражения и выполнения задач по развёртыванию больничной базы МС ГО в безопасных районах.

Эвакуации подлежат все медицинские формирования и учреждения, расположенные в зонах возможных сильных разрушений и катастрофического затопления, в зонах радиационного, химического и биологического заражения (загрязнения).

Медицинские формирования ГО повышенной готовности выводятся из зон опасности с получением специального распоряжения на вывод формирований ГО повышенной готовности в безопасный район.

Вывод формирований МС ГО целесообразно планировать в безопасные районы, куда намечается последующая эвакуация лечебных учреждений-формирователей, на



базе которых они были созданы. В этом случае их личный состав можно будет использовать в работе по подготовке помещений к развёртыванию лечебных учреждений согласно заданию. С целью ускорения развёртывания в безопасном районе больничной базы МС ГО эвакуация из категорированных городов медицинского персонала лечебных учреждений и медицинского имущества (аптеки, склады и т.д.) предусматривается в первую очередь. Ответственными за эвакуацию медицинских учреждений в безопасный район являются их главные врачи.

Большое значение в организации и проведении эвакуации медицинских учреждений имеет тщательное её планирование и соответствующая подготовка медицинского персонала.

Руководители МС ГО в мирное время разрабатывают детальный план мероприятий по эвакуации, медицинских учреждений из зон опасности, доводят до сведения руководителей каждого лечебного учреждения данные, необходимые для разработки конкретных планов эвакуации своих лечебных учреждений.

Исходными данными для планирования эвакуации медицинских учреждений являются:

- сроки и последовательность эвакуации;
- вид и количество транспорта, выделяемого для эвакуации медицинского учреждения;
- маршрут эвакуации;
- место размещения в безопасном районе;
- количество и профилизация коек;
- порядок работы учреждения в безопасном районе.

Эвакуация лечебных учреждений, как правило, должна планироваться и осуществляться автомобильным транспортом с целью уменьшения количества перегрузок больных и имущества с одного вида транспорта на другой. В первую очередь для этих целей следует предусматривать использование автосанитарных колонн и отрядов.

При планировании, эвакуации лечебно-профилактических учреждений железнодорожным и водным транспортом руководителям этих учреждений сообщается о пунктах погрузки и выгрузки. Недопустимо планировать эвакуацию медперсонала лечебных учреждений пешим порядком.

Руководители медицинских учреждений, находящихся в зонах опасности, получив соответствующее задание, осматривают на месте помещения, выделенные для развёртывания больниц в безопасном районе в составе больничной базы МС ГО. Для успешного выполнения этой работы составляется план приспособительных работ в отведённых помещениях, разрабатываются поэтажные планы размещения функциональных подразделений больницы, распределяется персонал.

К расчёту распределения персонала прикладывают поимённые списки личного состава в соответствии с его предназначением.

При определении численности транспортабельных больных необходимо определить способ их транспортировки (сидя, лёжа).

При подготовке расчёта распределения медикаментов, медицинского имущества следует определить количество имущества, подлежащего выделению для доукомплектования ОПМ, БСМП, ЗСГО для нетранспортабельных больных и медицинских пунктов на этапах эвакуации. Необходимо также определить тоннаж и объём имущества, подлежащего эвакуации с больницей, произвести расчёт потребности транспортных средств для перевозки этого имущества. В каждом

медицинском учреждении должны быть составлены списки членов семей персонала, подлежащих эвакуации, и расчёт распределения транспорта.

Одновременно надо предусмотреть порядок и последовательность эвакуации больных, персонала и имущества.

В мирное время для подготовки персонала медицинских учреждений к работе в период эвакуации необходимо проводить с ним тренировочные занятия с привлечением в качестве статистов учащихся медицинских училищ или выздоравливающих больных. На этих занятиях отрабатываются следующие вопросы:

- сбор персонала;
- медицинская сортировка больных и оформление документации;
- выписка больных на амбулаторное лечение;
- вывод (вынос) больных и их посадка (погрузка) на транспорт;
- организация перевозки нетранспортабельных больных в защищённые стационары;
- получение тары, укладка имущества и погрузка его на транспорт;
- посадка персонала и членов его семей на транспорт.

После проведения нескольких тренировочных занятий рекомендуется провести комплексное объектовое учение (если объект здравоохранения имеет 600 и более коек). Эти учения явятся хорошей проверкой готовности, и в то же время средством подготовки лечебного учреждения к действиям в военное время. Результаты занятий и учений необходимо учитывать при корректировке плана эвакуации больницы в безопасный район.

Эвакуация медицинских учреждений из зон опасности проводится в следующей последовательности:

а) выводятся в безопасный район все формирования МС ГО, создаваемые на базе данного лечебного учреждения;

б) эвакуируются транспортабельные больные с сопровождающим персоналом, медикаменты, перевязочный материал, основная часть медицинского и санитарно-хозяйственного имущества;

в) затем, эвакуируется остальной персонал и члены семей персонала с оставшейся частью медицинского и санитарно-хозяйственного имущества.

При проведении эвакуации лечебного учреждения истории болезней следуют с больными. Больным, подлежащим выписке на амбулаторное лечение, выдаётся на руки справка, в которую вносятся краткие сведения о проведённом обследовании и лечении.

Медицинский персонал, выделенный для сопровождения транспортабельных больных, обеспечивается сумками неотложной помощи и должен иметь истории болезни на эвакуируемых больных.

Заключительным этапом при завершении эвакуации медицинского учреждения является консервация здания и сдача его под охрану.

### **Организация медицинского обеспечения нетранспортабельных больных, рабочих и служащих объектов экономики, продолжающих производственную деятельность в военное время**

Нетранспортабельные больные, находящиеся в лечебно-профилактических учреждениях зон опасности во время проведения эвакуационных мероприятий должны быть укрыты в специально оборудованных ЗСГО (защищённых стационарах).

Согласно СНиП П-11-77, в лечебных учреждениях зон опасности создаются ЗСГО для нетранспортабельных больных из расчёта 10% от коечной ёмкости данной больницы по штатам мирного времени.

В тех случаях, когда лечебное учреждение не имеет ЗСГО, орган управления МС ГО района должен заранее определить места укрытия нетранспортабельных больных. Для медицинского обслуживания нетранспортабельных больных формируется штат защищённого стационара, медицинский персонал для которого выделяется лечебным, учреждением, на базе которого создан защищённый стационар из расчёта на 50 коек — 2 врача, 3 дежурных медсестры, 4 санитарки, 2 операционных сестры, 1 процедурная сестра.

На каждые последующие 50 коек выделяется дополнительно 50% персонала от штатного состава. Кроме того, на ЗСГО выделяется обслуживающий персонал: слесари — 2, дизелист — 1, электрик — 1, буфетчица — 1. В защищённых стационарах для нетранспортабельных больных должны быть предусмотрены основные и вспомогательные помещения.

Помещения для укрываемых больных и персонала, пункты управления, медицинские пункты, операционно-перевязочные и предоперационно-стерилизационные относятся к основным помещениям.

Вспомогательные помещения - это санитарные узлы, фильтровентиляционные помещения, помещения для дизельных электростанций, электрощитовая, баллонная, станция перекачки, тамбуры.

Для размещения указанных помещений определены следующие нормы площади (см. таблицу № 10).

Таблица № 10

*Нормы площади для помещений основного и вспомогательного назначения в защищённых стационарах для нетранспортабельных больных.*

№ п/п	Наименование помещений	Площадь помещения в м.кв. при вместимости ЗСГО на	
		150 коек	300 коек
1	Места для больных (на 1 укрываемого)		
	- при высоте помещений 3 м.	1,9	1,0
	- при высоте помещений 2,5 м.	2,2	2,2
2	Операционно-перевязочная (для оказания неотложной хирургической помощи).	20	25
3	Предоперационно - стерилизационная	10	12
4	Санитарная комната для дезинфекции суден и хранения отходов в контейнерах.	7	10
5	Буфетная с помещением для подогрева пищи и кладовой для хранения продуктов.	16	20
6	Места для отдыха медицинского и обслуживающего персонала (на 1 чел.).	0,5	0,5

В зависимости от высоты помещений в ЗСГО и способа установки больничных коек определены следующие нормы их размещения:

- а) в ЗСГО высотой 3 м: 80% двухъярусных и 20% одноярусных коек;
- б) в ЗСГО высотой 2,5 м: 60% двухъярусных и 40% одноярусных коек.

Медицинской службой ГО и службой торговли и питания должна быть

спланирована организация питания нетранспортабельных больных.

Необходимо учесть, что в ЗСГО для нетранспортабельных больных будут направляться внезапно заболевшие в период проведения эвакуации, а также заболевшие из числа работающих смен, если они по состоянию здоровья не могут быть эвакуированы в лечебные учреждения безопасного района. По мере улучшения состояния здоровья и появления возможности для их транспортировки больные из защищённого стационара должны быть эвакуированы в безопасный район.

В категорированном городе ряд объектов экономики, имеющих оборонное значение, будет продолжать свою работу в военное время. На таких предприятиях одна (отдыхающая) смена рассредоточена и находится в безопасном районе, а другая (работающая) смена продолжает работу на объекте, т.е., работа на таких предприятиях организуется посменно. Медицинская служба ГО данных объектов организует медицинское обеспечение работающих смен.

Для медицинского обеспечения работающих смен создаются медицинские пункты в ЗСГО. В состав медицинского пункта включаются: 1 врач, 2 медсестры, 1 сандружинница в смену, а также выделяется 1 санитарный автомобиль на каждые 2,5 тысячи работающих. Если на предприятии работающих менее 2,5 тысячи чел. — выделяется лишь 1-2 средних медицинских работника в смену.

Медицинский персонал для обеспечения работающих смен выделяется из состава медико-санитарных частей, поликлиник, здравпунктов объектов экономики. Медицинский пункт может осуществлять медицинское обеспечение работающих не только своего объекта, но и других объектов, если обслуживаемый контингент не будет превышать 2,5 тыс. человек.

Организация медицинского обеспечения работающих смен объекта экономики, продолжающего работу в военное время, возлагается на главного врача медицинского учреждения данного объекта, а при отсутствии на объекте такого учреждения - на руководителя МС ГО района (города).

### **Организация медицинского обеспечения ГО после нападения противника**

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

В настоящее время органами управления МС ГО предусматривается два варианта медицинского обеспечения в военное время: при планомерном выполнении мероприятий ГО и при внезапном нападении противника.

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

При внезапном нападении противника, когда мероприятия ГО не проводились или проведены не полностью, возможны не только массовые потери среди населения, но также значительные потери сил и средств МС ГО и ВСМК.

После нападения противника МС ГО принимает меры по восстановлению управления медицинскими силами, запрашивает от органа управления ГОЧС данные об инженерной, радиационной, химической и биологической обстановке, ориентировочном количестве санитарных потерь и оценивает полученные данные в

интересах медицинской службы. При оценке обстановки следует также учитывать состояние климатических и погодных условий, время года и суток, экономическое состояние районов. На основании оценки медико-тактической обстановки определяются: объём работ, направления главных усилий медицинской службы, необходимое количество сил и средств для оказания всех видов медицинской помощи поражённому населению, районы развёртывания первого этапа медицинской эвакуации, вероятные маршруты эвакуации поражённых в лечебные учреждения больничной базы МС ГО в безопасном районе, наиболее рациональное использование сил и средств медицинской службы ГО.

Одновременно отдаются распоряжения по организации медицинской и биологической (бактериологической) разведки, готовятся руководителю МС ГО данные для оценки обстановки, принятия решения и для доклада руководителю гражданской обороны.

На основе предварительных распоряжений соответствующего органа управления по делам ГОЧС и руководителя медицинской службы отдаются указания подчинённым органам управления, формированиям и учреждениям МС ГО о подготовке к предстоящим действиям.

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

Медицинская разведка выявляет места нахождения поражённых, устанавливает их количество и, состояние, намечает пути выноса пострадавших и их эвакуации, районы развёртывания ОПМ и медицинских подразделений частей и соединений ГО, определяет объём работ по оказанию медицинской помощи и потребное количество медицинских сил и средств, безопасные места сбора и погрузки пострадавших на транспорт для эвакуации из очагов поражения, определяет санитарно-эпидемиологическую обстановку на маршрутах движения и в очагах поражений, районах эвакуации населения и расположения сил ГО.

Биологическая (бактериологическая) разведка проводится в целях своевременного обнаружения применения противником биологического оружия, последствий аварий на биологически опасных объектах, а также предупреждения и локализации особо опасных эпидемий среди населения.

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

Данные, полученные медицинской и биологической разведкой, используются для принятия решения по медицинскому обеспечению населения в очагах поражения.

На основании решения руководителя медицинской службы ГО орган управления МС ГО разрабатывает приказ (распоряжение) на организацию медицинского обеспечения и доводит его до подчинённых.

### **Особенности организации медицинского обеспечения при внезапном нападении противника.**

При внезапном нападении противника организация медицинского обеспечения будет осуществляться в сложных условиях медико-тактической обстановки, характеризующейся большим количеством поражённых, нарушением связи и управления силами и средствами, отсутствием времени для приведения в готовность формирований и учреждений МС ГО, невозможностью проведения эвакуации

медицинских учреждений из зон опасности и, как следствие, выходом из строя, и уничтожением значительных кадровых и материальных ресурсов медицинской службы гражданской обороны.

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

Больничная база МС ГО при внезапном нападении будет развёртываться только за счёт лечебных учреждений безопасного района, что значительно ослабит её возможности по оказанию поражённым квалифицированной и специализированной медицинской помощи, а также стационарного лечения.

В этой сложной обстановке, на основе получения и изучения информации об оперативной и медицинской обстановке и в соответствии с решением руководителя службы, орган управления МС ГО осуществляет манёвр медицинскими силами и средствами, направленный на выполнение задач по медицинскому обеспечению поражённых в условиях резкого дефицита кадровых и материальных ресурсов службы.

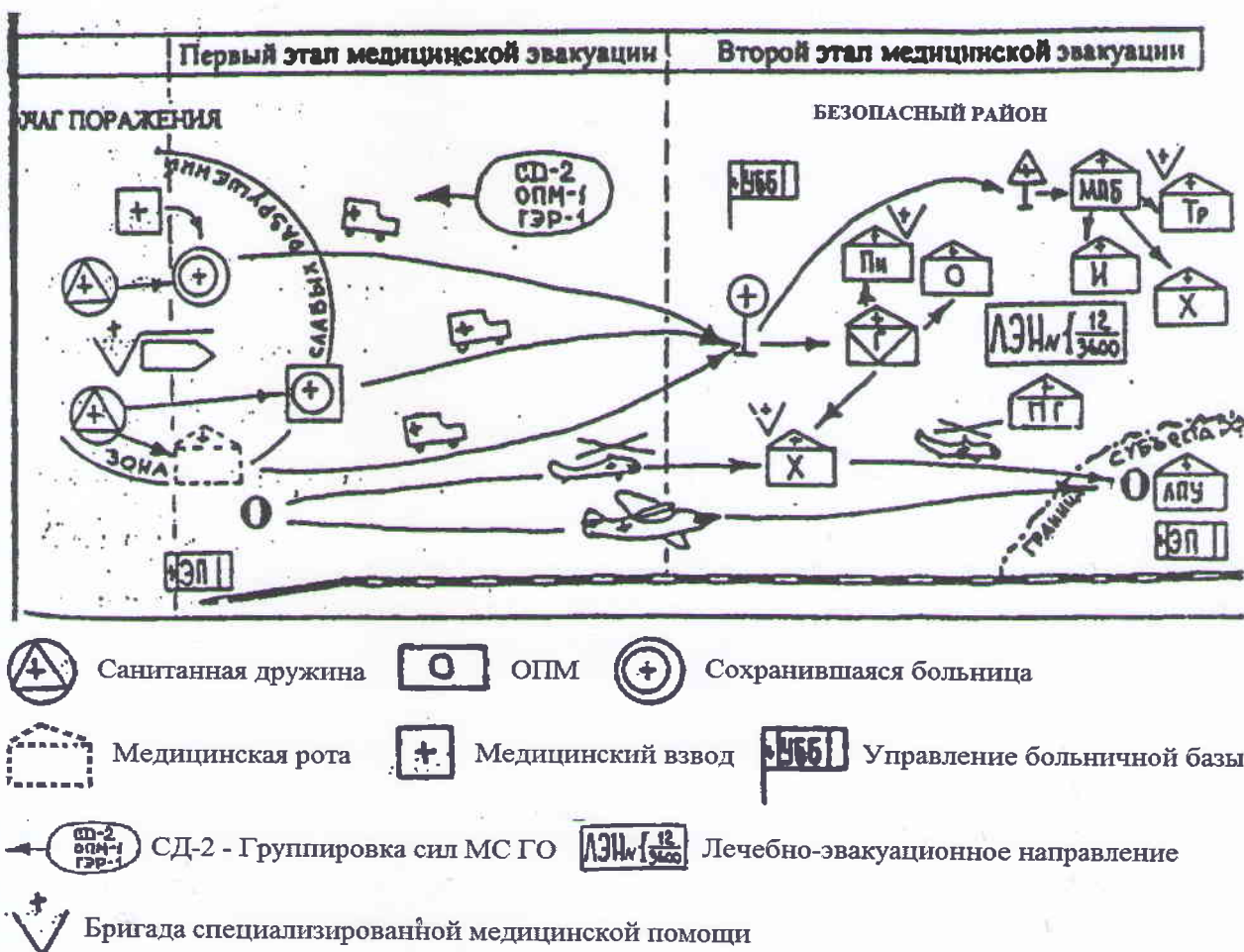
В случае выхода из строя основного органа управления МС ГО его функции управления службой принимает штаб-дублёр, которым, как правило, назначается орган управления МС ГО одного из сельских районов. План по подготовке сил и средств МС ГО к действиям при внезапном нападении противника должен быть отработан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

### **Лечебно-эвакуационное обеспечение поражённого населения**

В условиях крупномасштабной войны с применением современных средств вооружённой борьбы, включая оружие массового поражения, вследствие уничтожения лечебно-профилактических учреждений, запасов медицинского имущества и выхода из строя медицинского персонала в очагах поражения, как правило, будет отсутствовать возможность для оказания на месте исчерпывающей медицинской помощи поражённым. Поэтому в целях оказания полноценной медицинской помощи поражённому населению и осуществления стационарного лечения планируется его эвакуация в лечебные учреждения больничной базы МС ГО, развёрнутые в безопасном районе. Для решения этой задачи в МС ГО принята двухэтапная система лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) поражённого населения с эвакуацией по назначению. ЛЭО. представляет собой комплекс своевременных, последовательно проводимых, преемственных мероприятий по оказанию экстренной медицинской помощи поражённым в очагах поражения в сочетании с эвакуацией в лечебные учреждения для последующего лечения.

Для реализации этой системы при введении в действие планов ГО планируется отоблагодороживание формирований и учреждений МС ГО с развёртыванием двух этапов медицинской эвакуации поражённых из очагов в больничную базу МС ГО. Принципиальная схема организации ЛЭО поражённого населения в очагах массовых санитарных потерь представлена на схеме № 10.

Принципиальная схема организации лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных



Под этапом медицинской эвакуации понимаются медицинские формирования и учреждения МС ГО, сохранившиеся учреждения здравоохранения, медицинские подразделения войск ГО, развёрнутые на путях медицинской эвакуации и предназначенные для осуществления приёма, медицинской сортировки поражённых, оказания им медицинской помощи в определённом объёме, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации. Первым этапом являются ОПМ, медицинские подразделения и части войск ГО и сохранившиеся в очаге поражения лечебные учреждения. Вторым этапом служат лечебные учреждения больничной базы МС ГО.

Безусловно, при локальных войнах оптимальным является вариант ЛЭО, при котором поражённые после оказания им первой медицинской помощи в очаге поражения через несколько десятков минут, минуя промежуточные этапы, сразу доставлялись бы в лечебные учреждения, где им оказывалась бы квалифицированная и специализированная медицинская помощь. Эту задачу весьма успешно решает военно-медицинская служба при обеспечении боевых действий Вооружённых Сил, используя санитарные вертолёты или развёртывая МОСН вблизи района боевых действий. Однако при организации медицинского обеспечения поражённого населения это не всегда является возможным, т.к. в условиях вооружённых конфликтов планы гражданской обороны в действие не приводятся и формирования МС ГО не отобилизовываются, а ВСМК не располагает силами и средствами, предназначенными для розыска и оказания первой медицинской помощи поражённым

в местах их обнаружения. Спасательные формирования РСЧС, на которых возложены эти задачи, также пока не имеют достаточных ресурсов для эффективного решения этих задач в полном объёме. Подтверждением этих выводов могут послужить данные опыта работы ПМГ ВЦМК «Защита» в районе вооружённого конфликта в Чечне, которые свидетельствуют о том, что состояние доставленных в госпиталь раненых усугублялось тем, что подавляющее большинство из них поступало на лечение без оказания им первой врачебной, а нередко и первой медицинской помощи (Назарова И.А., Смирнов И.А., 1999).

Недостаточны также возможности ВСМК и МС ГО для осуществления быстрой и щадящей эвакуации поражённых из района боевых действий в лечебные учреждения. Для этого нужны санитарные вертолёты и защищённые от снайперов противника санитарные машины.

Поэтому, несмотря на то, что новая военная доктрина РФ предусматривают вероятность различных сценариев военных действий, помимо мировой ракетно-ядерной войны, принципиальная схема лечебно-эвакуационных мероприятий в системе МС ГО остаётся прежней, хотя учёные ведут интенсивный поиск путей по её адаптации к различным вариантам развязывания и развития войн и вооружённых конфликтов. Специалисты военно-медицинской службы, например, считают, что принцип эшелонирования медицинской помощи, сохраняет своё значение и для условий войн ограниченного масштаба (Большаков В.Н., Зубков И.А., 1999 г.).

По мнению указанных авторов передовой догоспитальный район, где поражённому оказывается медицинская помощь, должен выделяться при любом подходе к организации лечения в экстремальной ситуации, обусловленной войной или крупной катастрофой. Число же промежуточных этапов медицинской эвакуации, зависит от конкретной обстановки (интенсивности, продолжительности, масштаба военных действий, организационно-технических возможностей эвакуации) и должно быть сведено к минимуму.

Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку.

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

К видам медицинской помощи относятся:

1. первичная медико-санитарная помощь;
2. специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
3. скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
4. паллиативная медицинская помощь.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;



3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формами оказания медицинской помощи являются:

1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Первичная медико-санитарная помощь:

1. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

2. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 настоящего Федерального закона.

3. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

4. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

5. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

6. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

7. В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной

форме.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

1. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

2. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

3. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, 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.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

3. На территории Российской Федерации в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

4. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

5. Медицинская эвакуация включает в себя:

1) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую воздушными судами;  
2) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.

6. Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

7. Медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти вправе осуществлять медицинскую эвакуацию в порядке и на

условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Перечень указанных медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

8. Выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи оказывается медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи.

#### Паллиативная медицинская помощь

1. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

2. Паллиативная медицинская помощь подразделяется на паллиативную первичную медицинскую помощь, в том числе доврачебную и врачебную, и паллиативную специализированную медицинскую помощь.

3. Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи. Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, организациями, указанными в части 2 статьи 6 настоящего Федерального закона, в том числе в целях предоставления такому пациенту социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки) в соответствии с законодательством Российской Федерации, мер психологической поддержки и духовной помощи.

4. При оказании паллиативной медицинской помощи пациенту предоставляются для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека. Перечень таких медицинских изделий утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Существует прямая зависимость количества смертельных исходов у пораженных от своевременности оказания им первой медицинской помощи. Опыт свидетельствует, что если первая медицинская помощь при тяжёлых механических повреждениях была оказана через 1 час после получения травмы, то погибает 30% пораженных, если через 3 часа - 60%. В случае отсрочки ПМП на время более 6 часов погибает 90% пораженных. Оптимальный срок оказания первой медицинской помощи - в течение 30 мин. с момента поражения. Если она оказывается в первые полчаса с момента после ранения, то даже при отсрочке оказания первой врачебной помощи до одних суток вероятность смертельного исхода снижается в три раза. При оказании первой медицинской помощи в очаге химического поражения (ОХП) следует учитывать быстроту воздействия большинства современных ОВ и многих АХОВ.

Поэтому первая медицинская помощь поражённым химическим оружием должна быть оказана в кратчайшие сроки. Например, при применении противником ФОВ и цианидов - в течение первых минут с момента поражения.

Объём первой медицинской помощи поражённым в ОХП включает надевание противогаза на поражённого, введение антидота, проведение частичной санитарной обработки открытых частей тела и быстрейшую эвакуацию за пределы очага.

На первом этапе медицинской эвакуации поражённым оказывается первая врачебная помощь и осуществляется их подготовка к медицинской эвакуации в больничную базу. Необходимость развёртывания первого этапа определяется в основном удалённостью очага поражения от лечебных учреждений. В условиях, когда определённая часть поражённых может не выдержать длительной эвакуации и погибнуть, оказание первой врачебной помощи поражённым на первом этапе медицинской эвакуации повышает вероятность их выживания. Оптимальный срок оказания первой врачебной помощи поражённым с механическими травмами - 4-5 часов с момента получения травмы или ранения.

Первая врачебная помощь поражённым ОВ должна оказываться за пределами очага химического поражения на незаражённой территории. Она включает в себя полную или частичную санитарную обработку и комплексную терапию с интенсивным применением антидотов в сочетании с сердечнососудистыми, противосудорожными и другими средствами в зависимости от типа ОВ. При поражении высокотоксичными быстродействующими ОВ (зарин, зоман, V-газы, цианиды) первая врачебная помощь должна быть оказана не позже 2-3 часов после введения антидота.

На втором этапе медицинской эвакуации под руководством Управления больничной базы МС ГО в лечебных учреждениях в безопасном районе осуществляется приём, медицинская сортировка и оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи поражённым и их лечение до окончательного исхода.

Руководство работой профилированных и многопрофильных больниц загородной зоны, входящих в состав лечебно-эвакуационных направлений (ЛЭН) больничной базы, осуществляют главные врачи головных больниц (ГБ). В целях наиболее рационального размещения поражённых в лечебных учреждениях ЛЭН на путях медицинской эвакуации автомобильным транспортом за счёт ГБ развёртываются медицинские распределительные пункты.

Медицинской эвакуацией называется система мероприятий по транспортировке поражённых из очагов санитарных потерь в медицинские формирования и учреждения для оказания им необходимой медицинской помощи и лечения. В основном медицинская эвакуация осуществляется по принципу «на себя». Для этой цели в системе ГО используется санитарный транспорт, транспорт санитарно-транспортных формирований ГО (АСК, АСО, ЭСП, АСЭ), а также другие транспортные средства, выделенные соответствующими руководителями ГО.

В МС ГО различают два вида медицинской эвакуации: по направлению и по назначению. По направлению эвакуация начинается в общем потоке с места оказания первой медицинской помощи и заканчивается в головной больнице больничной базы МС ГО, откуда поражённых направляют по назначению в больницы загородной зоны в соответствии с видом поражения. При медицинской эвакуации поражённых железнодорожным, водным или воздушным транспортом соответственно на вокзалах, в портах и на аэродромах развёртываются эвакуационные приёмники,

предназначенные для временного размещения поражённых до прибытия транспортных средств. В целях обеспечения своевременного оказания медицинской помощи поражённым и рациональной медицинской эвакуации из очагов массовых санитарных потерь проводится медицинская сортировка поражённых. Медицинская сортировка представляет собой способ распределения поражённых на группы по признаку их нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях. Различают внутripунктовую и эвакуационно-транспортную сортировку.

Внутripунктовая сортировка поражённых проводится с целью распределения их на группы для направления в определённые функциональные подразделения этапа и определения очередности оказания им медицинской помощи в зависимости от опасности для окружающих и нуждаемости в оказании медицинской помощи на данном этапе эвакуации.

Эвакуационно-транспортная сортировка проводится с целью распределения поражённых на группы в зависимости от того куда, каким транспортом и в каком положении необходимо эвакуировать поражённого (сидя или лёжа). Медицинская сортировка проводится в очаге поражения и на этапах медицинской эвакуации.

При оказании медицинской помощи поражённым детям необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности детского организма, обусловленные слабостью и незрелостью различных органов и систем, а также, то обстоятельство, что дети не в состоянии оказывать первую медицинскую помощь в порядке само- и взаимопомощи.

Поэтому дети должны иметь преимущество перед взрослым населением при получении медицинской помощи, как в очаге поражения, так и на этапах медицинской эвакуации.

### **Санитарно-гигиеническое и противозидемическое обеспечение населения в очагах поражения**

Накопленный опыт минувших войн свидетельствует о том, что ведение боевых действий и применение противоборствующими сторонами всего спектра средств нападения направлены не только на поражение людей, но и на уничтожение среды их обитания. Разрушение жилищ, водопроводных и канализационных сетей, уничтожение системы энергоснабжения, уничтожение медицинских и противозидемических учреждений, большое количество неубранных трупов людей и животных угрожают населению вспышками инфекционных заболеваний. Большую опасность для здоровья людей представляет возможное заражение продовольствия, воды и воздуха РВ, ОВ и БС.

Санитарно-гигиеническое и противозидемическое обеспечение населения в условиях применения противником современных средств поражения представляет собой комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья населения, предупреждение воздействия на организм людей вредного воздействия поражающих факторов применённого оружия, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, профилактику возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Выполнение этих задач достигается:

- проведением санитарного надзора за соблюдением норм и правил размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания личного состава сил ГО и населения, захоронением погибших в очагах поражения, а также гигиенической

экспертизой продовольствия и воды;

- выполнением комплекса мероприятий по предупреждению заноса, возникновения и распространения инфекционных заболеваний, локализации и ликвидации эпидемические очагов;

- проведением мероприятий по защите личного состава сил ГО и населения от биологического оружия и ликвидации очагов биологического поражения.

Мероприятия санитарного надзора, санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения проводятся в соответствии с разделами плана медицинского обеспечения, разрабатываемого в органах управления ГО ЧС и МС ГО.

Силами формирований и учреждений МС ГО, созданных на базе структур государственного санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляется контроль за заражённостью, продовольствия и питьевой воды РВ, ОВ, БС и выдача экспертного заключения об их пригодности к употреблению. На маршрутах ввода формирований, в очаги поражения, в самих очагах и на этапах медицинской эвакуации проводятся санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия.

Эту работу выполняют специалисты центров государственного санитарно-эпидемиологического контроля, других учреждений санитарного профиля, а также созданные на их базе формирования МС ГО и ВСМК - группы эпидемиологической разведки (ГЭР), санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО), специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ) и др. Выполнение мероприятий по санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому обеспечению населения составляет одну из основных задач МС ГО.

Важной задачей, решаемой МС ГО в военное время, является санитарный надзор за очисткой очагов поражения и срочным захоронением трупов. Доставка погибших к местам захоронения производится специальными командами, в распоряжение которых выделяется транспорт, инструменты, инженерная техника, рабочая одежда подменного фонда и дезинфекционные средства. Санитарный надзор за срочным захоронением трупов включает:

- контроль представителей МС ГО за соблюдением санитарно-гигиенических требований при выборе мест для братских могил и выполнением правил захоронения;

- контроль за проведением дезинфекционных мероприятий при захоронении трупов, а также проверку полноты сжигания и правильности закапывания опасных для здоровья населения материалов;

- контроль за обеспеченностью специальной одеждой личного состава, осуществляющего санитарную очистку очагов поражения и захоронение трупов, и за организацией его помывки по окончании работы.

Противоэпидемические мероприятия включают выявление и оценку санитарно-эпидемиологической и биологической обстановки, предупреждение заноса и возникновения инфекционных заболеваний, ликвидацию эпидемических очагов и очагов биологического поражения. В целях выявления и оценки санитарно-эпидемиологической и биологической обстановки ведётся санитарно-эпидемиологическая и биологическая разведка. Санитарно-эпидемиологическая разведка проводится в целях выявления условий, влияющих на санитарно-эпидемиологическое состояние населения, и установления путей возможного заноса инфекционных заболеваний. Санитарно-эпидемиологическая разведка проводится санитарно-эпидемиологическими учреждениями Минздрава России, других министерств и ведомств и создаваемыми на их базе формированиями МС ГО (группами эпидемиологической разведки). Она является составной частью

медицинской разведки.

Биологическая разведка проводится в целях своевременного обнаружения факта применения противником биологического оружия (БО), в т.ч. индикации и определения вида применённого противником возбудителя. Биологическая разведка подразделяется на общую и специальную. Общая биологическая разведка ведётся силами постов радиационного и химического наблюдения, учреждениями СНЛК, разведывательными дозорами, частями и органами управления ГОЧС путём наблюдения и неспецифической индикации биологических средств (БС) с целью установления факта применения противником БО. Приборы неспецифической разведки регистрируют обнаружение БС в воздухе подачей звуковой или цветовой сигнализации. После получения сигнала население и силы ГО должны быть немедленно оповещены о применении противником БО. Специфическую индикацию возбудителя в системе ГО осуществляют санитарно-эпидемиологические учреждения СНЛК. Отбор проб для специфической индикации и их доставку в лаборатории осуществляют группы эпидемиологической разведки ЦГСЭН и СЭО.

Для предупреждения возникновения инфекционных заболеваний МС ГО проводит мероприятия, направленные на выявление лиц с острыми, хроническими и затяжными формами инфекционных заболеваний и бессимптомных носителей инфекции. Выявление источников инфекции достигается путём опроса населения, проведения медицинских осмотров и обследований лиц, работающих на объектах питания и водоснабжения.

Предупреждение заноса инфекционных заболеваний включает мероприятия по недопущению заражения населения и сил ГО от беженцев, военнопленных и в природных очагах инфекции. В целях предупреждения заражения дополнительно осуществляются профилактическая дезинфекция, дезинсекция и дератизация. Предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний достигается также путём проведения профилактических прививок. Прививки проводятся в плановом порядке и по эпидемическим показаниям на прививочных пунктах, развёртываемых лечебно-профилактическими учреждениями по планам МС ГО субъектов РФ, городов, районов.

При применении противником биологического оружия в очагах биологического поражения проводятся карантинные и обсервационные мероприятия. Под карантином следует понимать систему государственных мероприятий, включающих режимные, административно-хозяйственные, противозидемические, санитарные и лечебно-профилактические меры, направленные на локализацию и ликвидацию очага биологического поражения.

Карантин вводится приказом руководителя гражданской обороны субъекта Российской Федерации немедленно после получения данных о применении биологического оружия на определённой административной территории. Карантин сохраняется при подтверждении факта применения в качестве БО возбудителей особо опасных инфекций (чумы, холеры, натуральной оспы) или при появлении массовых заболеваний мелиоидозом, сапом, сибирской язвой, сыпным тифом, жёлтой лихорадкой. При применении в качестве биологического оружия малоконтагиозных заболеваний карантин заменяется обсервацией.

Обсервация - это комплекс изоляционно-ограничительных, противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на локализацию очага заражения и ликвидации в нём инфекционных заболеваний. Основной задачей обсервации является своевременное обнаружение инфекционных

заболеваний с целью принятия мер по их локализации.

При введении карантина предусматривается проведение более строгих, чем в зоне обсервации, режимных мероприятий:

Оцепление и вооружённая охрана границ очага заражения в целях его изоляции от населения окружающих территорий.

Развёртывание на основных транспортных магистралях контрольно - пропускных (КПП) и санитарно-контрольных пунктов (СКП) для контроля за въездом и выездом граждан из зоны карантина, ввозом продовольствия, медикаментов и предметов первой необходимости для населения.

Организация комендантской службы для охраны изоляторов, обсерваторов и ограничения общения между отдельными группами населения.

Проведение биологической разведки с целью уточнения вида возбудителя, применённого противником.

Активное выявление, изоляция и госпитализация инфекционных больных.

Развёртывание обсерваторов для лиц, нуждающихся в выезде за пределы зоны карантина.

Установление строгого противоэпидемического режима работы медицинских учреждений.

Обеззараживание (дезинфекция) квартирных очагов, территории, транспорта, одежды, санитарная обработка людей. Медицинская служба проводит заключительную и текущую дезинфекцию квартирных очагов и осуществляет контроль за обеззараживанием объектов внешней среды и санитарной обработкой людей, проводимыми другими службами ГО.

Проведение общей экстренной и специфической профилактики лицам, находящимся в зоне заражения.

На объектах экономики, продолжающих производственную деятельность в зоне карантина, вводится строгий противоэпидемический режим работы.

Проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

Карантин и обсервация отменяются распоряжением руководителя ГО субъекта РФ по истечении срока максимального инкубационного периода данного инфекционного заболевания с момента изоляции последнего больного, после проведения заключительной дезинфекции и санитарной обработки населения.

### **Медицинское снабжение в системе ГО**

Медицинское снабжение представляет собой комплекс мероприятий, направленных на своевременное и полное обеспечение потребности формирований и учреждений МС ГО различными видами имущества и создание условий для устойчивого функционирования службы в условиях ЧС мирного и военного времени.

Состояние обеспеченности формирований и учреждений службы необходимым для их работы имуществом является одним из определяющих показателей их готовности к выполнению задач в чрезвычайных ситуациях. Это обусловлено тем, что оказание медицинской помощи и лечение всех категорий поражённых связано с постоянным потреблением различного медицинского имущества. По ориентировочным данным, для проведения мероприятий по медицинскому обеспечению населения крупного города, в случае его поражения ядерным оружием, потребуется столько медицинского имущества, сколько его хватило бы ещё на три года мирного времени.



В военное время применение противником современных средств поражения может вызвать не только разрушение инфраструктуры городов и массовые санитарные потери среди населения, но и привести к потере значительной части материальных ресурсов МС ГО. Разрушение аптек, складов, баз, специализированных магазинов может вызвать появление резкого дефицита медицинского имущества, необходимого для оказания медицинской помощи поражённым. Поэтому медицинское снабжение является важнейшим видом медицинского обеспечения в системе ГО.

Основными задачами медицинского снабжения являются:

- определение потребности в имуществе для проведения формированиями и учреждениями МС ГО лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- создание, накопление, хранение и своевременное освежение запасов имущества, необходимого для табельного оснащения формирований и учреждений МС ГО;
- выявление, ведение заготовок и использование местных материальных ресурсов;
- разработка плана медицинского снабжения;
- обеспечение имуществом формирований и учреждений МС ГО и ВСМК, пополнение их необходимым имуществом в процессе работы;
- ведение установленного учёта и отчётности по медицинскому снабжению;
- организация защиты медицинского имущества от поражающих факторов ЧС мирного и военного времени.

Всё имущество, предназначенное для формирований и учреждений МС ГО, принято делить на медицинское, санитарно-хозяйственное и специальное.

К медицинскому имуществу относятся: медикаменты, кровь и кровезаменители, биологические препараты, медицинские аппараты и приборы, перевязочные материалы, дезинфицирующие средства и дезинфекционная аппаратура, хирургические инструменты, оборудование специализированных отделений, лабораторное и аптечное имущество.

К санитарно-хозяйственному имуществу относятся: нательное и постельное бельё, хозяйственная и больничная мебель, производственное и кухонное оборудование, инвентарь, столовая и чайная посуда, одежда, обувь и др.

К специальному имуществу относятся: средства индивидуальной защиты органов дыхания и кожных покровов, дозиметрическая аппаратура, приборы химической, бактериологической разведки и питание к ним, технические средства связи и оповещения, медицинские средства индивидуальной защиты, электроосветительные средства, съёмное оборудование для транспортных средств, типовое санитарное оборудование - ТСО, универсальное санитарное приспособление для грузовых автомобилей - УСП-Г и др.

По учётному признаку медицинское имущество делится на расходное и инвентарное. К расходному имуществу относятся медикаменты, биологические препараты, перевязочный материал. Расходное имущество одноразового или короткого срока использования. Оно списывается по расходному документу (рецепт, накладная, требование) сразу после его отпуска из аптеки (склада). Инвентарное имущество должно находиться в пользовании в течение установленного срока, после которого с учётом его технического состояния, может быть списано по акту.

Основными источниками снабжения медицинских формирований и учреждений ГО медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом являются:

1. Имущество длительного хранения - имущество целевого назначения и централизованного обеспечения МС ГО. Оно накапливается по решению Правительства РФ и хранится по плану Министерства здравоохранения России. Место его хранения - склады длительного хранения в безопасном районе. Ответственность за его хранение возлагается на областные отделы (департаменты, управления) здравоохранения. Это имущество выдаётся со складов с введением общей готовности ГО. После выдачи имущества длительного хранения склады остаются и выполняют функции по получению, хранению и выдаче учреждениям здравоохранения поступающего имущества.

2. Неснижаемые запасы основных видов медицинского имущества - имущество, накапливаемое медицинскими учреждениями для нужд МС ГО в строго определённом объёме и номенклатуре из расчёта на больничную койку мирного времени для работы на определённый срок. Запасы этого вида имущества целесообразно хранить в безопасном районе и поручить освежение тем медицинским учреждениям, которые создают запасы этого имущества.

3. Имущество текущего довольствия - это имущество отпускается медицинским учреждениям для повседневной работы. В мирное время медицинское имущество текущего довольствия находится в основном в аптечной сети (аптека, аптечные склады, базы). Лекарственное обеспечение стационарных больных осуществляется в основном за счёт больничных аптек, а амбулаторных больных - хозрасчётных и коммерческих аптек.

Каждая аптека имеет определённый запас медикаментов, перевязочного материала в пределах двух - трёхмесячной потребности. Все аптеки снабжаются с аптечного склада или непосредственно с предприятий изготовителей через дилеров.

4. Имущество, приписанное к МС ГО по решению «СЗ» (Малого Совета) территориальных органов управления от других служб ГО и учреждений.

Основными требованиями, предъявляемыми к имуществу МС ГО и ВСМК, являются комплектность и удобство в обращении. Комплектность предусматривает создание наборов необходимых медикаментов, инструментов и аппаратов, другого имущества по видам медицинской помощи или функциональным подразделениям.

Комплект медицинского имущества рассчитан на оказание медицинской помощи определённому количеству поражённых или выполнение определённого комплекса медицинских мероприятий (объёма медицинской помощи). Примером комплектов могут служить различного рода аптечки, сумки (КИМГЗ, сумка санитарная).

К органам управления медицинским снабжением относятся производственное объединение «Фармация» и территориальное производственное объединение «Медтехника», имеющиеся во всех республиках в составе РФ, краях, областях и крупных городах. В распоряжении этих органов находятся учреждения медицинского снабжения, базы спецмедснабжения, склады, аптеки, аптечные киоски, магазины медицинской техники.

Общее руководство медицинским снабжением осуществляют руководителями МС ГО. Основным документом, определяющим действия работников медицинского снабжения, является план медицинского снабжения.

Он включает в себя содержание, объём и сроки проведения мероприятий, ответственных исполнителей и их дублёров, силы и средства, вопросы и объёмы взаимодействия имеющимися запасами медицинского имущества с медицинской службой Вооружённых Сил. В плане должен быть разработан также вопрос защиты

всех видов имущества от оружия массового поражения (от загрязнения РВ, ОВ и БС). План медицинского снабжения в мирное время не реже одного раза в год корректируется.

Оснащение медицинских формирований и медицинских учреждений ГО производится согласно табелям оснащения. Табелем называется перечень имущества, предназначенного для оснащения формирований и учреждений МС ГО с указанием количества его по каждому предмету.

Наличие имущества по табелю оснащения полностью обеспечивает работу того или иного формирования или учреждения МС ГО, по оказанию предусмотренного вида медицинской помощи определённому количеству поражённых за определенный срок.

Санитарные дружины оснащаются по табелю оснащения за счёт тех учреждений, объектов экономики, на базе которых они создаются. СД, входящие в состав формирований ГО повышенной готовности, обеспечиваются имуществом за счёт медицинского имущества длительного хранения. Отряды первой медицинской помощи первоначально обеспечиваются за счёт имущества текущего довольствия лечебного учреждения-формирователя.

ОПМ повышенной готовности обеспечиваются за счёт имущества длительного хранения, которое рассчитано на оказание первой врачебной помощи 3000 поражённых в течение 3 суток.

Отряды и бригады специализированной медицинской помощи (ОСМП и БСМП), а также специализированные противозидемические бригады (СПЭБ) обеспечиваются имуществом за счёт имущества текущего довольствия формирующих их медицинских учреждений согласно табелю оснащения.

Медицинские учреждения ГО частично обеспечиваются медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом за счёт имущества текущего довольствия. Однако этого количества имущества в военное время будет явно недостаточно.

Поэтому в мирное время ЛПУ создают запасы имущества с учётом их работы в военное время на определённый срок (один-два месяца). Это имущество относится к неснижаемым запасам основных видов имущества для МС ГО.

Для некоторых ЛПУ создаются запасы медицинского имущества на складах длительного хранения. На этих складах в первую очередь создаются запасы медицинского и другого имущества для головных больниц (ГБ), а также запасы специального имущества для всех медицинских учреждений МС ГО. Большое значение для организации работы медицинских формирований и учреждений, обеспечивающихся за счёт имущества длительного хранения, имеет его своевременное получение со складов, для чего к этим складам в мирное время приписываются погрузочные команды.

После возникновения очагов поражения неизбежно резко возрастает расход медицинского имущества, что потребует периодического пополнения его запасов в ходе спасательных работ. Порядок снабжения медицинским и другим имуществом формирований и учреждений, участвующих в оказании медицинской помощи поражённым, устанавливается соответствующим руководителем МС ГО.

Ответственность за пополнение медицинского имущества СД, работающих в очагах поражения, возлагается на начальников ОПМ, работающих на том же участке (объекте) ведения спасательных работ. Доставка медицинского имущества санитарным дружинам производится попутным транспортом, следующим из ОПМ в очаг поражения.

Для оперативного и бесперебойного обеспечения медицинским имуществом работающих в очаге медицинских формирований и учреждений создаются подвижные аптечные летучки на автомашинах, катерах, вертолётах. Комплект аптечной летучки рассчитан на оказание медицинской помощи 300 поражённым. По опыту учений одна аптечная летучка может обеспечить медицинским имуществом 10 ОПМ при плече подвоза до 50 км.

Штат аптечной летучки состоит из 3 человек: руководителя летучки (провизора или фармацевта), санитаря (рабочего) и шофёра.

Пополнение израсходованного имущества БСМП и ОСМП осуществляется теми лечебными учреждениями больничной базы МС ГО, где они работают, а СЭО и СПЭБ - формирующими их учреждениями. Обеспечение лечебных учреждений кровью и кровезаменителями осуществляется за счёт развёртывания в больницах отделений и пунктов переливания крови, а также областными, краевыми станциями переливания крови по заявкам управления больничной базы.

После окончания спасательных работ в очаге поражения снабжение лечебно-профилактических учреждений и аптек будет осуществляться по территориальному принципу.

#### **Характеристика медицинских средств индивидуальной защиты и порядок обеспечения ими населения**

Медицинские мероприятия по защите населения от оружия массового уничтожения проводятся в совокупности с общими мероприятиями по защите населения, которые планируются заблаговременно и осуществляются по степеням готовности.

Медицинские средства индивидуальной защиты — это химические, химиотерапевтические, биологические препараты и перевязочные средства, предназначенные для защиты одного человека от поражающих факторов оружия массового уничтожения и используемые либо самостоятельно, либо в порядке взаимопомощи.

К медицинским средствам индивидуальной защиты (МСИЗ) относятся:

- комплект индивидуальный медицинский гражданской защиты (КИМГЗ);
- индивидуальный противохимический пакет (ИПП- 8, ИПП-10);
- пакет перевязочный медицинский (ППМ);
- профилактический антидот ФОб (П-6).

Согласно «Положению о порядке накопления, хранения, освежения и выдачи медицинских средств в индивидуальной защиты» аптечками индивидуальными, индивидуальными противохимическими пакетами, пакетами перевязочными медицинскими обеспечиваются:

- в первую очередь - личный состав формирований (гражданских организаций) гражданской обороны;

- во вторую очередь - не вошедшие в состав формирований гражданской обороны рабочие и служащие территорий, отнесённых к группам по гражданской обороне.

Комплект индивидуальный медицинский гражданской защиты – КИМГЗ – предназначен для оказания первой помощи (в порядке само- и взаимопомощи) при возникновении чрезвычайной ситуации в очагах поражения, с целью предупреждения или максимального ослабления эффектов воздействия поражающих факторов

химической, радиационной и биологической природы.

Применение лекарственных препаратов, входящих в состав КИМГЗ, осуществляется только по назначению медицинских работников.

1. КИМГЗ, которым обеспечивается личный состав формирований, выполняющий задачи в районах возможного химического загрязнения (заражения) фосфорсодержащими органическими соединениями, включая отравляющие вещества, комплектуется лекарственными препаратами, обеспечивающими антидотный, антиэметический и анксиолитический эффекты, в количествах не менее:

- карбоксим, раствор для внутримышечного введения 150 мг/мл, ампулы 1 мл - 1 ампула;

- ондансетрон, таблетки покрытые оболочкой 4 мг - 2 таблетки.

КИМГЗ допускается комплектовать взамен лекарственного препарата карбоксим лекарственным препаратом пеликсим, раствор для внутримышечного введения, 1 мл в шприц-тюбик, в количестве не менее 1 шприц-тюбика.

2. КИМГЗ, которым обеспечивается личный состав формирований, выполняющий задачи в районах возможных пожаров, комплектуется лекарственными препаратами, обеспечивающими антидотный, антиэметический и анксиолитический эффекты, в количествах не менее:

- цинка бисвинилимидазола диацетат, капсулы 120 мг - 1 капсула;

- ондансетрон, таблетки покрытые оболочкой 4 мг - 2 таблетки.

КИМГЗ допускается комплектовать взамен лекарственного препарата цинка бисвинилимидазола диацетат, капсулы 120 мг, лекарственным препаратом цинка бисвинилимидазола диацетат, раствор для внутримышечного введения 60 мг/мл, 1 мл в ампуле, в количестве не менее 1 ампулы.

3. КИМГЗ, которым обеспечивается личный состав формирований, выполняющий задачи в районах возможного радиоактивного загрязнения (заражения), комплектуется лекарственными препаратами, обеспечивающими радиозащитный, антиэметический и анксиолитический эффекты, в количествах не менее:

- калия йодид, таблетки 125 мг - 1 таблетка;

- калий-железо гексацианоферрат, таблетки 500 мг - 2 таблетки;

- ондансетрон, таблетки покрытые оболочкой 4 мг - 2 таблетки.

КИМГЗ, которым обеспечивается личный состав формирований, выполняющий задачи в очагах, в том числе вторичных, радиоактивного загрязнения (заражения), дополнительно комплектуется радиозащитным лекарственным препаратом Б-190, таблетки 150 мг, в количестве не менее 3 таблеток.

4. КИМГЗ, которым обеспечивается личный состав формирований, выполняющий задачи в районах возможного биологического загрязнения (заражения), комплектуется лекарственным препаратом, обеспечивающим бактериостатический эффект в широком спектре, доксицилин, капсулы 100 мг в количестве не менее 2 капсул.

5. КИМГЗ, которым обеспечивается личный состав формирований, комплектуется лекарственным препаратом, обеспечивающим обезболивающий эффект, в количестве не менее:

- кеторолак, таблетки 10 мг - 1 таблетка.

КИМГЗ допускается комплектовать взамен лекарственного препарата кеторолак, таблетки 10 мг, лекарственным препаратом кеторолак, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл, 1 мл в ампуле, в количестве не менее 1 ампулы.

КИМГЗ, которым обеспечивается личный состав формирований при его привлечении для проведения контртеррористической операции и в военное время, допускается дополнительно комплектовать лекарственным препаратом бупренорфин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 0,3 мг/мл, 1 мл в шприц-тюбике, в количестве не менее 1 шприц-тюбика.

6. КИМГЗ, которым обеспечивается личный состав формирований для профилактики (предупреждения или снижения тяжести последствий) поражений с использованием лекарственных препаратов в виде раствора для внутримышечного введения или раствора для внутривенного и внутримышечного введения, комплектуется медицинскими изделиями в количестве:

- шприц инъекционный однократного применения, 1 мл, с иглой 0,6 мм - пропорционально количеству ампул лекарственных препаратов в виде раствора для внутримышечного введения и (или) раствора для внутривенного и внутримышечного введения;

салфетка антисептическая из нетканого материала спиртовая - пропорционально количеству лекарственных препаратов в виде раствора для внутримышечного введения и (или) раствора для внутривенного и внутримышечного введения.

7. КИМГЗ, которым обеспечивается население (взрослое население и дети в возрасте старше 12 лет), проживающее или находящееся в районах возможного радиоактивного загрязнения (заражения), комплектуется лекарственными препаратами, обеспечивающими радиозащитный, антиэметический и анксиолитический эффекты, в количествах, не менее:

- калия йодид, таблетки 125 мг - 1 таблетка;
- калий-железо гексацианоферрат, таблетки 500 мг - 2 таблетки;
- ондансетрон, таблетки покрытые оболочкой 4 мг - 2 таблетки.

8.. КИМГЗ, которым обеспечивается население (взрослое население и дети в возрасте старше 12 лет), проживающее или находящееся в районах возможного биологического загрязнения (заражения), комплектуется лекарственным препаратом, обеспечивающим бактериостатический эффект в широком спектре, доксицилин, капсулы 100 мг в количестве не менее 2 капсул.

9.. КИМГЗ, которым обеспечивается население (дети в возрасте до 12 лет), проживающее или находящееся в районах возможного радиоактивного загрязнения (заражения), комплектуется лекарственными препаратами, обеспечивающими радиозащитный, антиэметический и анксиолитический эффекты, в количествах не менее:

- калия йодид, таблетки 40 мг - 2 таблетки;
- калий-железо гексацианоферрат, таблетки 500 мг - 1 таблетка;
- ондансетрон, таблетки покрытые оболочкой 4 мг - 1 таблетка.

10.. КИМГЗ, которым обеспечивается население (дети в возрасте до 12 лет), проживающее или находящееся в районах возможного биологического загрязнения (заражения), комплектуется лекарственным препаратом, обеспечивающим бактериостатический эффект в широком спектре, амоксициллин + клавулановая кислота, таблетки покрытые плёночной оболочкой 250 мг + 125 мг, в количестве не менее 2 таблеток.

10.1.. КИМГЗ, которым обеспечиваются работники особо радиационно опасных и ядерно опасных производств и объектов, комплектуется лекарственными препаратами, обеспечивающими радиозащитный, антиэметический и анксиолитический эффекты, в количествах не менее:

- калия йодид, таблетки 125 мг - 1 таблетка;
- калий-железо гексацианоферрат, таблетки 500 мг - 2 таблетки;
- ондансетрон, таблетки покрытые оболочкой 4 мг - 2 таблетки;
- Б-190, таблетки 150 мг - 3 таблетки.

11.. КИМГЗ, которым обеспечивается личный состав формирований для выполнения им мероприятий по оказанию первой помощи пострадавшим, комплектуется медицинскими изделиями в количествах не менее:

- устройство для проведения искусственного дыхания «рот-устройство-рот» одноразовое плёночное - 1 штука;
- жгут кровоостанавливающий матерчато-эластичный - 1 штука;
- пакет перевязочный медицинский стерильный - 1 штука;
- салфетка антисептическая из нетканого материала с перекисью водорода - 1 штука;
- средство перевязочное гидрогелевое противоожоговое стерильное с охлаждающим и обезболивающим действием (не менее 20 см x 24 см) – 1 штука;
- лейкопластырь рулонный (не менее 2 см x 5 м) - 1 штука;
- перчатки медицинские нестерильные, смотровые - 1 пара;
- маска медицинская нестерильная трёхслойная из нетканого материала с резинками или с завязками - 1 штука;
- салфетка антисептическая из нетканого материала спиртовая - 1 штука.

КИМГЗ, которым обеспечивается личный состав формирований для выполнения им мероприятий по оказанию первой помощи пострадавшим, допускается дополнительно комплектовать следующими медицинскими изделиями:

- средство перевязочное гемостатическое стерильное с аминокaproновой кислотой (не менее 6 см x 10 см);
- средство перевязочное гемостатическое стерильное на основе цеолитов или алюмосиликатов кальция и натрия или гидросиликата кальция (не менее 50 г);
- средство перевязочное гидрогелевое для инфицированных ран стерильное с антимикробным и обезболивающим действием;
- средство перевязочное гемостатическое стерильное на основе хитозана - 2 штуки;
- салфетка из нетканого материала с раствором аммиака.

12.. КИМГЗ . подлежит комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации. Допускается комплектация КИМГЗ лекарственными препаратами и медицинскими изделиями перед его выдачей личному составу формирований или населению для использования. Условия временного размещения лекарственных препаратов и медицинских изделий до их использования по назначению должны соответствовать установленным их производителями требованиям по хранению.

13. Лекарственные препараты и медицинские изделия, которыми в соответствии с настоящими Требованиями комплектуется КИМГЗ, не подлежат замене лекарственными препаратами и медицинскими изделиями других наименований.

14. Количества лекарственных препаратов в настоящих требованиях приведены из расчёта однократного выполнения назначений медицинских работников.

15. По истечении сроков годности лекарственных препаратов и медицинских изделий или в случае их применения КИМГЗ, в случае предполагаемого дальнейшего его использования, подлежит пополнению.

16. Не допускается использование, в том числе повторное, медицинских изделий загрязнённых кровью и (или) другими биологическими жидкостями.

В состав аптечки войсковой индивидуальной (АВИ) включены следующие препараты:

- гнездо 1 - будаксима раствор - 2 шприц-тюбика;
- гнездо 2 - промедола раствор - 2 шприц-тюбика;
- гнездо 3 - РС-1 (цистамин) - 2 пенала по 6 таблеток;
- гнездо 4 - доксициклин 0,2 - 2 пенала по 1 капсуле;
- гнездо 5 - препарат П-6 – 1 пенал с 10 таблетками.

Индивидуальный противохимический пакет (ИПП) - предназначен для проведения частичной санитарной обработки при заражении ОВ с целью предотвращения их проникновения в организм через кожные покровы.

ИПП-8 состоит из стеклянного флакона с навинчивающейся пробкой, заполненного полидегазирующей смесью, четырёх ватно-марлевых тампонов и инструкции, вложенных в полиэтиленовый пакет.

При попадании ОВ на кожу необходимо немедленно вскрыть пакет, обильно смочить жидкостью из флакона и протереть им открытые участки тела и шлем- маску противогаса, затем снова смочить тампон и протереть воротник, обшлага (манжеты) рукавов, нужно также обработать те участки одежды, где видны капли ОВ. С 1987 г. осуществляется замена устаревших ИПП-8 на ИПП-10.

ИПП-10 представляет собой алюминиевый баллон с насадкой, заполненный полидегазирующей профилактической защитной рецептурой на основе ланглика. Обработка кожных покровов производится за 30-40 минут до входа в очаг химического заражения или до химического нападения. Поочерёдно наливая жидкость на ладони по 10-15 мл, равномерно наносят её на всю поверхность кистей рук, лица и шеи. Жидкость даёт защитный эффект на 12-24 часа за счёт создания в толще кожи защитной плёнки. При попадании ОВ на кожу проводится повторная обработка её открытых участков, но в более отдалённые сроки с учётом обстановки.

Пакет перевязочный медицинский (ППМ) применяется для наложения асептической повязки раненым, обожженным. Наложённая повязка обеспечивает защиту раны (ожоговой поверхности) от вторичного заражения микроорганизмами и остановку кровотечения. ППМ состоит из бинта и двух стерильных ватно-марлевых подушечек. Одна из подушечек закреплена на конце бинта, другая — подвижная. Благодаря этому при сквозных ранениях имеется возможность закрыть с помощью одного пакета и входное, и выходное раневое отверстия. Цветными нитками помечены поверхности подушечек, за которые можно брать руками при наложении повязки. Для закрепления повязки в пакете имеется булавка. Содержимое пакета упаковано в бумажную, а затем герметическую оболочку из прорезиненной ткани. В настоящее время разрабатывается новый ППМ с использованием синтетических материалов, обладающих травматическими и повышенными адсорбционными свойствами, обеспечивающий полноценное закрытие ран при поражении современным стрелковым оружием и при минно-взрывной травме.

Антидот против ФОВ препарат П-6 используется в качестве профилактического средства при угрозе химического нападения, при котором предполагается контакт с ФОВ, а также при подозрении на отравление ФОВ. Применяется внутрь по 0,1-0,2 (1-2 таблетке) на приём. Защитный эффект наступает через 30 мин. Продолжительность действия 1-3 часа

Применение медицинских средств индивидуальной защиты в комплексе с



другими способами защиты населения позволит избежать или значительно уменьшить количество потерь среди населения от оружия массового поражения в современной войне.

Накопление медицинских средств индивидуальной защиты осуществляется министерствами и ведомствами России, правительствами республик в составе Российской Федерации, администрацией краев (областей) в мирное время путём закладки их в мобилизационный резерв и создания запасов объектов экономики.

Сроки хранения медицинских средств индивидуальной защиты:

- КИМГЗ - 2 года;
- ПШМ - 5 лет;
- П-6 - 3 года;
- ИПП-10 - 5 лет;
- ИПП-8 - 20 лет (по истечении срока хранения не освежается).

Накопление индивидуальных противохимических пакетов в мобилизационном резерве проводится по ежегодным планам, утверждённым правительством РФ.

Размеры и сроки накопления медицинских средств индивидуальной защиты в запас объектов экономики определяются министерствами и ведомствами РФ, администрацией края (области) в соответствии с планами, утверждёнными соответствующими руководителями гражданской обороны. Потребность в медицинских средствах индивидуальной защиты определяется исходя из численности:

- личного состава формирований (гражданских организаций) ГО;
- рабочих и служащих, без учёта их семей, на территориях, отнесённых к группам по гражданской обороне.

В настоящее время снабжение медицинскими средствами индивидуальной защиты осуществляется децентрализованно и централизованно.

Оплата индивидуальных противохимических пакетов, накапливаемых в мобилизационном резерве, производится за счёт средств федерального бюджета. Оплата медицинских средств индивидуальной защиты, накапливаемых в запас объектов экономики, производится за счёт средств предприятий, организаций и учреждений.

Вся работа по вопросам медицинской защиты должна находиться под неослабным вниманием органов управления по делам ГО и ЧС. Основным направлением их деятельности по вопросам обеспечения формирований ГО, рабочих и служащих МСИЗ следует считать руководство и контроль за правильным накоплением и распределением имеющихся и поступающих медицинских средств индивидуальной защиты, организацией их учёта, хранения, освежения, определением порядка их выдачи личному составу формирований ГО, рабочим и служащим. Главная роль в выполнении этих мероприятий возлагается на отделы медицинской защиты главных управлений по делам ГОЧС субъектов РФ.

Выдача МСИЗ из мобилизационного резерва производится по решению Правительства Российской Федерации, а из запасов объектов экономики — по решению руководителей объекта с введением в действие планов гражданской обороны, в установленном порядке.