

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России)  
Кафедра скорой медицинской помощи, мобилизационной  
подготовки здравоохранения и медицины катастроф ФПК и ППС

**ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ  
МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ  
И ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ  
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

учебное пособие  
для врачей циклов повышения  
квалификации и профессиональной  
переподготовки специалистов

Краснодар  
2011

УДК 614.2:355.72(075.4)

ББК 58

И 32

**Составители:** Заведующий кафедрой скорой медицинской помощи, мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ФПК и ППС КубГМУ, к.м.н., доцент **А.С. Багдасарьян**

Ассистент кафедры скорой медицинской помощи, мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф КубГМУ ФПК и ППС, к.м.н. **Д.В. Пухняк**

Ассистент кафедры скорой медицинской помощи, мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф КубГМУ ФПК и ППС **Ж.А. Камалян**

Заместитель главного врача МУЗ КГК БСМП по медицинской части, мобилизационной работе и гражданской обороне **А.И. Вечкутов**

Под редакцией ректора ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, доцента **С.Н. Алексеенко**

**Рецензенты:** Проректор по лечебной работе и последипломному образованию КубГМУ, зав. кафедрой инфекционных болезней и фтизиопульмонологии КубГМУ, д.м.н., профессор **М.Г. Авдеева**  
Зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины КубГМУ, д.м.н., профессор **Б.А. Войцехович**

Избранные вопросы мобилизационной подготовки и гражданской обороны в сфере здравоохранения: Учебное пособие. Краснодар, КубГМУ, 2011. – 119 с.

Учебное пособие посвящено одному из важных разделов мобилизационной подготовки здравоохранения Российской Федерации – специальным и мобильным формированиям здравоохранения, их роли и месту в системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения.

Составлено на основе «Типовой программы дополнительного профессионального образования врачей и среднего медицинского персонала по мобилизационной подготовке и гражданской обороне в сфере здравоохранения» (2007).

Может быть использовано врачами и средним медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений, специалистами службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны.

Рекомендовано к изданию ЦМС КубГМУ,  
протокол № \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2011 г.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебное пособие «Избранные вопросы мобилизационной подготовки и гражданской обороны в сфере здравоохранения» составлено с целью расширения и углубления знаний врачей практического здравоохранения по ряду вопросов организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск и населения в военное время и при чрезвычайных ситуациях мирного времени.

С учетом перемен в Военной доктрине нашего государства, во взглядах на характер возможных войн, развития современных средств вооруженной борьбы, совершенствования общих сил ГО и методов их действий, усложнения и утяжеления современной боевой патологии, требуется изменение системы оказания медицинской помощи личному составу войск и населению в новых условиях. Основными направлениями этой работы являются: повышение эффективности организации оказания первой помощи пострадавшему населению, оказание своевременной первой врачебной помощи, обеспечение своевременной и щадящей медицинской эвакуации, организация в оптимальные сроки квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

С этой целью в настоящее время осуществляется реорганизация имеющихся лечебно-профилактических учреждений и формирований на военное время и создание новых, мобильных формирований. Однако учебно-методической литературы по организационно-штатной структуре и организации работы этих формирований в новых условиях явно недостаточно. Малый тираж этих изданий делает их малодоступными и затрудняет их использование для усвоения учебного материала.

В учебном пособии сжато и в доступной форме изложены вопросы законодательного нормативного правового обеспечения мобилизационной подготовки и мобилизации в РФ, организации бронирования граждан пребывающих в запасе, организационно-штатной структуры и организации работы специальных формирований здравоохранения, мобильных формирований медицинской службы гражданской обороны и учреждений переливания крови. Учебное пособие иллюстрировано рисунками, таблицами, схемами.

Использование данного пособия позволит практическим врачам циклов тематических усовершенствований и профессиональной переподготовки специалистов более эффективно освоить теоретический материал изучаемой дисциплины в соответствии с функциональными обязанностями должностей и избранных специальностей на мирное и военное время.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ММО – мобильный медицинский отряд  
МСГО – медицинская служба Гражданской обороны  
УЗ – учреждения здравоохранения  
МО – медицинский отряд  
ОПМ – отряд первой врачебной помощи  
БСМП – бригада специализированной медицинской помощи  
ОМП – оружие массового поражения  
ТСО – типовое санитарное оборудование  
УСП-Г – универсальное санитарное приспособление для грузовых автомобилей  
ЧС – чрезвычайная ситуация  
СЗ – суженное заседание  
ГСМ – горюче-смазочные материалы  
СД – санитарная дружина  
ОПО – операционно-перевязочное отделение  
ЧСО – частичная санитарная обработка  
РВ – радиоактивные вещества  
ПСО – приемно-сортировочное отделение  
РП – распределительный пост  
ГМР – группа медицинской разведки  
РХБ – радиационная, химическая, биологическая обстановка  
ФОб – фосфорорганические отравляющие вещества  
МРП – медицинский распределительный пункт  
ЭП – эвакуационный приемник  
ООИ – особо опасная инфекция  
МРГ – медицинская распределительная группа  
ТГЗ – тыловые госпитали здравоохранения  
ОПВП – отряд первой врачебной помощи  
ПМГ – подвижный многопрофильный госпиталь  
ПИГ – подвижный инфекционный госпиталь  
УПК – учреждение переливания крови

## СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	7
<b>Тема №1. ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ НОРМАТИВНОЕ ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И МОБИЛИЗАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b> .....	9
1.1 Основные понятия, принципы и содержание мобилизационной подготовки и мобилизации экономики Российской Федерации.....	9
1.2 Полномочия Президента Российской Федерации и органов исполнительной власти Российской Федерации в области мобилизационной подготовки и мобилизации.....	12
1.3 Полномочия Федеральных органов исполнительной власти.....	14
1.4 Полномочия и функции органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления...	15
1.5 Обязанности организаций и граждан в области мобилизационной подготовки и мобилизации.....	16
1.6 Организационные основы мобилизационной подготовки и мобилизации.....	18
<b>Тема №2. БРОНИРОВАНИЕ ГРАЖДАН, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ЗАПАСЕ</b> .....	19
2.1 Бронирование граждан, пребывающих в запасе. Определение, задачи, принципы бронирования.....	19
2.2 Органы, осуществляющие бронирование граждан, пребывающих в запасе и их функции.....	21
2.3 Основание для организации бронирования и виды бронирования граждан, пребывающих в запасе.....	23
2.4 Порядок оформления отсрочек от призыва гражданам, пребывающим в запасе на период мобилизации и в военное время.....	26
2.5 Отчетность о состоянии работы по бронированию граждан, пребывающих в запасе.....	30
<b>Тема №3. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (СФЗ), ИХ МЕСТО И РОЛЬ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК</b> .....	33
3.1 Определение, классификации и предназначение специальных формирований здравоохранения.....	33
3.2 Органы управления специальных формирований здравоохранения, их организация, задачи и функции.....	35
3.3 Тыловые госпитали здравоохранения (ТГЗ), типы ТГЗ и предназначение.....	37
3.4 Обсервационные пункты. Задачи, порядок формирования и работы.....	55

3.5	Оперативные койки лечебных учреждений. Порядок выделения и использования.....	57
	<b>Тема №4. ПОДВИЖНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ФОРМИРОВАНИЯ. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ПОРЯДОК РАБОТЫ.....</b>	<b>60</b>
4.1	Предназначение, организационно-штатная структура, оснащение и организация работа мобильного медицинского отряда (ММО МСГО).....	61
4.2	Предназначение, организационно-штатная структура, оснащение и организация работа подвижного многопрофильного госпиталя...	84
4.3	Предназначение, организационно-штатная структура, оснащение и организация работа подвижного инфекционного госпиталя.....	91
	<b>Тема №5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ КОЙКИ (ДСК).....</b>	<b>94</b>
5.1	Определения и основные понятия о дополнительных специализированных больничных койках.....	94
5.2	Порядок расчета количества дополнительных специализированных коек.....	97
5.3	Материально-техническое обеспечение дополнительных специализированных коек.....	100
	<b>Тема № 6. МОБИЛИЗАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ (УПК).....</b>	<b>103</b>
6.1	Мероприятия мобилизационной подготовки УПК и организация их проведения.....	103
6.2	Содержание и порядок разработки планов мобилизационной подготовки УПК.....	107
6.3	Порядок комплектования УПК людскими ресурсами, донорскими кадрами и транспортными средствами.....	111
6.4	Организация подготовки и переливания крови в ТГМЗ.....	112
	<b>КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТНОМУ ЗАНЯТИЮ.....</b>	<b>117</b>
	<b>ЛИТЕРАТУРА.....</b>	<b>119</b>

## ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие произошел решительный поворот к разработке новой концепции войны, новых форм и способов вооруженной борьбы. При качественно новых средствах вооруженной борьбы, создаваемых на базе новейших технологий, в том числе – высокоточного оружия и оружия, основанного на новых физических принципах, неизбежно изменится характер войны. В связи с этим в концепции войн нового поколения решающая роль отводится не живой силе, не ядерному, а высокоточному оружию и оружию на новых физических принципах.

Опыт минувших войн убедительно свидетельствует, что равноценной альтернативы хорошо продуманной, обученной и оснащенной системе гражданской обороны не существует. По мере совершенствования оружия и средств его доставки система гражданской обороны, а вместе с ней и федеральная медицинская служба гражданской обороны, совершенствовались и были предназначены для организации медицинского обеспечения населения в условиях ракетно-ядерной войны.

Переход России к рыночной экономике, пересмотр военной доктрины страны и ее экономические возможности привели к ослаблению готовности сил и средств МСГО по медицинскому обеспечению населения в очагах поражения, а кое-где и к утрате медицинских и санитарно-транспортных формирований. Во многом указанные недостатки связаны с тем, что специальные задания субъектам Российской Федерации формировались в соответствии с действовавшей до 2010 года военной доктриной для решения задач медицинского обеспечения пораженного населения в крупномасштабной войне с применением средств массового поражения. Существующая до настоящего времени организационно-штатная структура формирований в соответствии с принятым специальным заданием в особый период, а именно, отрядов первой медицинской помощи, специализированных бригад, подвижных госпиталей, лечебных учреждений, развертываемых в загородной зоне, вошла в противоречие с характером современных военных угроз, экономическими возможностями государства, уровнем развития здравоохранения и медицинской науки.

Такое положение дел вынуждает искать новые подходы к решению важнейшей экономической и социальной задачи – сохранению жизни и здоровья населения страны, пострадавшего в военных конфликтах. При этом, при планировании лечебно-эвакуационного обеспечения населения в особые периоды, необходимо исходить из реальных возможностей здравоохранения субъекта РФ и его способности к созданию предлагаемых медицинских формирований, развертыванию дополнительных коек в лечебных учреждениях или осуществлению их перепрофилирования.

В условиях ограничения людских, материальных и транспортных ресурсов система медицинского обеспечения населения в угрожаемый и особый периоды должна быть простой и опираться на силы и средства, проверенные опытом работы в чрезвычайных ситуациях мирного времени с новой организационно-штатной структурой мобильных формирований.

Повседневные задачи, связанные с медицинским обеспечением мероприятий мобилизации и гражданской обороны, должны решаться всеми силами системы здравоохранения Российской Федерации, специалистами профилактической и клинической медицины, организаторами здравоохранения. Это влечет за собой необходимость углубленного обучения врачей всех специальностей вопросам мобилизационной подготовки здравоохранения и медицинского обеспечения мероприятий гражданской обороны.

# **Тема №1. ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ НОРМАТИВНОЕ ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И МОБИЛИЗАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

## **Учебные вопросы:**

1. Основные понятия, принципы и содержание мобилизационной подготовки и мобилизации экономики Российской Федерации.
2. Полномочия Президента Российской Федерации и органов исполнительной власти Российской Федерации в области мобилизационной подготовки и мобилизации.
3. Полномочия Федеральных органов исполнительной власти.
4. Полномочия и функции органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.
5. Обязанности организаций и граждан в области мобилизационной подготовки и мобилизации.
6. Организационные основы мобилизационной подготовки и мобилизации.

## **1.1 Основные понятия, принципы и содержание мобилизационной подготовки и мобилизации экономики Российской Федерации**

**Мобилизационная подготовка** – комплекс мероприятий, проводимых в мирное время, по заблаговременной подготовке экономики Российской Федерации, экономики субъектов Российской Федерации и экономики муниципальных образований, подготовке органов государственной власти, органов местного самоуправления и организаций, подготовке Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и создаваемых на военное время специальных формирований к обеспечению защиты государства от вооруженного нападения и удовлетворению потребностей государства и нужд населения в военное время.

**Мобилизация** – комплекс мероприятий по переводу экономики Российской Федерации, экономики субъектов Российской Федерации и экономики муниципальных образований, переводу органов государственной власти, органов местного самоуправления и организаций на работу в условиях военного времени, переводу Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и специальных формирований на организацию и состав военного времени.

Мобилизация в Российской Федерации может быть общей и частичной.

**Основные принципы и содержание мобилизационной подготовки и мобилизации:**

1. Мобилизационная подготовка и мобилизация в Российской Федерации проводится в соответствии с Федеральным законом от 26.02.1997 г. № 31-ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилиза-

ции в Российской Федерации», Федеральным законом от 31.05.1996 г. № 61-ФЗ «Об обороне» и являются составными частями организации обороны Российской Федерации.

2. Основными принципами мобилизационной подготовки и мобилизации являются: централизованное руководство; заблаговременность, плановость и контроль; комплектность и взаимосогласованность.

**В содержание мобилизационной подготовки и мобилизации входят:**

1. нормативное правовое регулирование в области мобилизационной подготовки и мобилизации;
2. научное и методическое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации;
3. определение условий работы и подготовка органов государственной власти, органов местного управления и организаций к работе в период мобилизации и в военное время;
4. проведение мероприятий по переводу органов государственной власти, органов местного самоуправления и организаций на работу в условиях военного времени;
5. подготовка Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и специальных формирований к мобилизации;
6. проведение мобилизации Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и специальных формирований;
7. разработка мобилизационных планов экономики Российской Федерации, экономики субъектов Российской Федерации и экономики муниципальных образований, мобилизационных планов Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и специальных формирований (далее – мобилизационные планы);
8. подготовка экономики Российской Федерации, экономики субъектов Российской Федерации и экономики муниципальных образований, подготовка организаций к работе в период мобилизации и в военное время;
9. проведение мероприятий по переводу экономики Российской Федерации, экономики субъектов Российской Федерации и экономики муниципальных образований, переводу организаций на работу в условиях военного времени;
10. оценка состояния мобилизационной готовности Российской Федерации;
11. создание, развитие и сохранение мобилизационных мощностей и объектов для производства продукции, необходимой для удовлетворения потребностей государства, Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и специальных формирований и нужд населения в военное время;
12. создание и подготовка специальных формирований, предназначенных

- при объявлении мобилизации для передачи в Вооруженные Силы Российской Федерации или использования в их интересах, а также в интересах экономики Российской Федерации;
13. подготовка техники, предназначенной при объявлении мобилизации для поставки в Вооруженные Силы Российской Федерации, другие войска, воинские формирования, органы и специальные формирования или использования в их интересах;
  14. создание, накопление, сохранение и обновление запасов материальных ценностей мобилизационного и государственного резервов, неснижаемых запасов продовольственных товаров и нефтепродуктов;
  15. создание и сохранение страхового фонда документации на вооружение и военную технику, важнейшую гражданскую продукцию, объекты повышенного риска, системы жизнеобеспечения населения и объекты, являющиеся национальным достоянием;
  16. подготовка и организация нормированного снабжения населения продовольственными и непродовольственными товарами, его медицинского обслуживания и обеспечения средствами связи и транспортными средствами в период мобилизации и в военное время;
  17. создание в установленном порядке запасных пунктов управления органов государственной власти, органов местного самоуправления и организаций и подготовка указанных пунктов управления к работе в условиях военного времени;
  18. подготовка средств массовой информации к работе в период мобилизации и в военное время;
  19. организация воинского учета в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях;
  20. подготовка граждан по военно-учетным специальностям для комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и специальных формирований в период мобилизации и в военное время;
  21. бронирование на период мобилизации и на военное время граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти, имеющих запас (далее – граждане, пребывающие в запасе), и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях;
  22. проведение учений и тренировок по мобилизационному развертыванию и выполнению мобилизационных планов;
  23. повышение квалификации работников мобилизационных органов;
  24. международное сотрудничество в области мобилизационной подготовки и мобилизации.

**Правовыми основами мобилизационной подготовки и мобилизации** являются Конституция Российской Федерации, международные договоры Российской Федерации, Гражданский кодекс Российской Федерации, Федеральный закон «Об обороне», Федеральный закон «О воинской обязанно-

сти и военной службе», настоящий Федеральный закон, другие федеральные законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в данной области.

## **1.2 Полномочия Президента Российской Федерации и органов исполнительной власти Российской Федерации в области мобилизационной подготовки и мобилизации**

### **Президент Российской Федерации:**

- определяет цели и задачи мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации; издает нормативные правовые акты в области мобилизационной подготовки и мобилизации;
- обеспечивает согласованное функционирование и взаимодействие органов государственной власти в области мобилизационной подготовки и мобилизации;
- устанавливает порядок представления ежегодных докладов о состоянии мобилизационной готовности Российской Федерации;
- ведет переговоры и подписывает международные договоры Российской Федерации о сотрудничестве в области мобилизационной подготовки и мобилизации; в случаях агрессии против Российской Федерации или непосредственной угрозы агрессии, возникновения вооруженных конфликтов, направленных против Российской Федерации, объявляет общую или частичную мобилизацию с незамедлительным сообщением об этом Совету Федерации и Государственной Думе;
- устанавливает режим работы органов государственной власти, органов местного самоуправления и организаций в период мобилизации и в военное время;
- устанавливает порядок организации работ по бронированию на период мобилизации и на военное время граждан, пребывающих в запасе и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях;
- предоставляет (приостанавливает) право на отсрочку от призыва на военную службу по мобилизации гражданам или отдельным категориям граждан.

Согласно закону:

### **а) Совет Федерации:**

- рассматривает расходы на мобилизационную подготовку, установленные принятым Государственной Думой федеральным законом о федеральном бюджете;
- рассматривает принятые Государственной Думой федеральные законы области обеспечения мобилизационной подготовки и мобилизации.

### **б) Государственная Дума:**

- устанавливает расходы на мобилизационную подготовку федеральным законом о федеральном бюджете;
- принимает федеральные законы в области обеспечения мобилизационной подготовки и мобилизации.

**Правительство Российской Федерации** осуществляет руководство мобилизационной подготовкой и мобилизацией в Российской Федерации. И в рамках выполнения данной функции:

- определяет полномочия федеральных органов исполнительной власти, а также руководит их деятельностью в области мобилизационной подготовки и мобилизации;
- организует согласованное функционирование и взаимодействие федеральных органов исполнительной власти с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по вопросам мобилизационной подготовки и мобилизации;
- организует разработку мобилизационных планов для удовлетворения потребностей государства, Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и специальных формирований и нужд населения в военное время;
- определяет порядок заключения договоров (контрактов) о выполнении организациями мобилизационных заданий (заказов) и об обеспечении указанных заданий (заказов) материально-техническими ресурсами;
- определяет порядок финансирования мероприятий по мобилизационной подготовке и мобилизации;
- решает в пределах своих полномочий вопросы об ассигнованиях на мобилизационную подготовку и мобилизацию из федерального бюджета и о предоставлении льгот организациям, имеющим мобилизационные задания (заказы);
- разрабатывает проекты нормативных правовых актов, подлежащих введению в действие в период мобилизации и в военное время, а также проекты нормативных правовых актов в области мобилизационной подготовки;
- организует выполнение обязательств, содержащихся в международных договорах Российской Федерации о сотрудничестве в области мобилизационной подготовки и мобилизации; ведет международные переговоры в области мобилизационной подготовки и мобилизации; организует научное, методическое и информационное обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации;
- организует повышение квалификации работников мобилизационных органов;
- организует мобилизационную подготовку и осуществляет контроль за ней, устанавливает статистическую отчетность, оценивает состояние мобилизационной готовности Российской Федерации в пределах своих

полномочий и ежегодно докладывает об этом Президенту Российской Федерации;

- при объявлении мобилизации осуществляет в пределах своих полномочий контроль проведения мероприятий по переводу Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и специальных формирований на организацию и состав военного времени;
- при объявлении мобилизации организует в установленном порядке перевод экономики Российской Федерации, экономики субъектов Российской Федерации и экономики муниципальных образований на работу в условиях военного времени;
- организует бронирование на период мобилизации и на военное время граждан, пребывающих в запас и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях;
- организует проведение учений и тренировок по мобилизационному развертыванию и выполнению мобилизационных планов;
- определяет порядок создания, накопления, сохранения, обновления и использования мобилизационных запасов, материальных ценностей мобилизационного и государственного резервов, неснижаемых запасов продовольственных товаров и нефтепродуктов;
- определяет порядок создания, сохранения и использования страхового фонда документации на вооружение и военную технику, важнейшую гражданскую продукцию, объекты повышенного риска, системы жизнеобеспечения населения и объекты, являющиеся национальным достоянием.

### **1.3 Полномочия Федеральных органов исполнительной власти**

Эти полномочия заключаются в следующем:

- организации и обеспечении мобилизационной подготовки и мобилизации;
- руководстве мобилизационной подготовкой организаций, деятельность которых связана с деятельностью указанных органов или которые находятся в сфере их ведения;
- создании мобилизационных органов;
- определении необходимых объемов финансирования работ по мобилизационной подготовке;
- разработке мобилизационных планов;
- проведении во взаимодействии с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации мероприятий, обеспечивающих выполнение мобилизационных планов;
- заключении договоров (контрактов) о выполнении мобилизационных заданий (заказов) с организациями, деятельность которых связана с дея-

тельностью указанных органов или которые находятся в сфере их ведения;

- при объявлении мобилизации организации во взаимодействии с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации проведения комплекса мероприятий по переводу организаций на работу в условиях военного времени.

Кроме того, федеральные органы исполнительной власти:

- вносят в Правительство Российской Федерации предложения по совершенствованию мобилизационной подготовки и мобилизации;
- в случае несостоятельности (банкротства) организаций, имеющих мобилизационные задания (заказы), принимают меры по передаче этих заданий (заказов) другим организациям, деятельность которых связана с деятельностью указанных органов или которые находятся в сфере их ведения;
- организуют воинский учет и бронирование на период мобилизации и на военное время граждан, пребывающих в запасе и работающих в федеральных органах исполнительной власти и организациях, деятельность которых связана с деятельностью указанных органов или которые находятся в сфере их ведения, и обеспечивают представление отчетности по бронированию;
- организуют повышение квалификации работников мобилизационных органов.

#### **1.4 Полномочия и функции органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления**

**Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления осуществляют следующие полномочия в области мобилизационной подготовки и мобилизации:**

- организуют и обеспечивают через соответствующие органы мобилизационную подготовку и мобилизацию;
- руководят мобилизационной подготовкой муниципальных образований и организаций, деятельность которых связана с деятельностью указанных органов или которые находятся в сфере их ведения;
- разрабатывают мобилизационные планы;
- проводят мероприятия по мобилизационной подготовке экономики субъектов Российской Федерации и экономики, муниципальных образований;
- проводят во взаимодействии с федеральными органами исполнительной власти мероприятия, обеспечивающие выполнение мобилизационных планов;
- заключают договоры (контракты) с организациями о поставке продукции, проведении работ, выделении сил и средств, об оказании услуг в целях обеспечения мобилизационной подготовки и мобилизации субъектов Российской Федерации и муниципальных образований;

- при объявлении мобилизации проводят мероприятия по переводу экономики субъектов Российской Федерации и экономики муниципальных образований на работу в условиях военного времени;
- в случае несостоятельности (банкротства) организаций, имеющих мобилизационные задания (заказы), принимают меры по передаче этих заданий (заказов) другим организациям, деятельность которых связана с деятельностью указанных органов или которые находятся в сфере их ведения;
- оказывают содействие военным комиссариатам в их мобилизационной работе в мирное время и при объявлении мобилизации, включая:
  - а) организацию в установленном порядке своевременного оповещения и явки граждан, подлежащих призыву на военную службу по мобилизации, поставки техники на сборные пункты или в воинские части, предоставление зданий, сооружений, коммуникаций, земельных участков, транспортных и других материальных средств в соответствии с планами мобилизации;
  - б) организацию и обеспечение воинского учета и бронирования на период мобилизации и на военное время граждан, пребывающих в запасе и работающих в органах государственной власти субъектов Российской Федерации, органах местного самоуправления и организациях, деятельность которых связана с деятельностью указанных органов или которые находятся в сфере их ведения, обеспечение представления отчетности по бронированию в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;
- вносят в органы государственной власти предложения по совершенствованию мобилизационной подготовки и мобилизации.

### **1.5 Обязанности организаций и граждан в области мобилизационной подготовки и мобилизации**

#### **Организации независимо от форм собственности обязаны:**

- организовывать и проводить мероприятия по обеспечению своей мобилизационной готовности;
- создавать мобилизационные органы или назначать работников, выполняющих функции мобилизационных органов (далее мобилизационные работники);
- разрабатывать мобилизационные планы в пределах своих полномочий;
- проводить мероприятия по подготовке производства в целях выполнения мобилизационных заданий (заказов) в период мобилизации и в военное время;
- выполнять мобилизационные задания (заказы) в соответствии с заключенными договорами (контрактами) в целях обеспечения мобилизационной подготовки и мобилизации;

- при объявлении мобилизации проводить мероприятия по переводу производства на работу в условиях военного времени;
- оказывать содействие военным комиссариатам в их мобилизационной работе в мирное время и при объявлении мобилизации, включая:
  - а) обеспечение своевременного оповещения и явки граждан, подлежащих призыву на военную службу по мобилизации и состоящих с ними в трудовых отношениях, на сборные пункты или в воинские части;
  - б) обеспечение поставки техники на сборные пункты или в воинские части в соответствии с планами мобилизации;
- предоставлять в соответствии с законодательством Российской Федерации здания, сооружения, коммуникации, земельные участки, транспортные и другие материальные средства в соответствии с планами мобилизации с возмещением государством понесенных ими убытков в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;
- создавать военно-учетные подразделения, выполнять работы по воинскому учету и бронированию на период мобилизации и на военное время граждан, пребывающих в запасе и работающих в этих организациях, обеспечивать представление отчетности по бронированию.

**Организации не вправе** отказываться от заключения договоров (контрактов) о выполнении мобилизационных заданий (заказов) в целях обеспечения обороны страны и безопасности государства, если с учетом мобилизационного развертывания производства их возможности позволяют выполнить эти мобилизационные задания (заказы). Возмещение государством убытков, понесенных организациями в связи с выполнением ими мобилизационных заданий (заказов), осуществляется в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Организации обязаны предоставлять информацию, необходимую для разработки и осуществления мобилизационных мероприятий.

### **Граждане Российской Федерации обязаны:**

являться по вызову в военные комиссариаты для определения своего предназначения в период мобилизации и в военное время;

выполнять требования, изложенные в полученных ими мобилизационных предписаниях, повестках и распоряжениях военных комиссаров;

предоставлять в соответствии с законодательством Российской Федерации в военное время в целях обеспечения обороны страны и безопасности государства здания, сооружения, транспортные средства и другое имущество, находящиеся в их собственности, с возмещением государством понесенных ими убытков.

Граждане в период мобилизации и в военное время привлекаются к выполнению работ в целях обеспечения обороны страны и безопасности государства, а также зачисляются в специальные формирования в установленном порядке.

Граждане за неисполнение своих обязанностей в области мобилизационной подготовки и мобилизации несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **1.6 Организационные основы мобилизационной подготовки и мобилизации**

Должностные лица органов государственной власти, органов местного самоуправления и организаций несут персональную ответственность за исполнение возложенных на них обязанностей в области мобилизационной подготовки и мобилизации, создают необходимые условия работникам мобилизационных органов для исполнения возложенных на них обязанностей.

В целях выполнения установленных мобилизационных заданий (заказов или задачи по мобилизационной работе, для организации мероприятий по мобилизационной подготовке и мобилизации и контроля за их проведением федеральные органы исполнительной власти, организации создают мобилизационные органы.

Структура и штаты мобилизационных органов определяются исходя из характера и объема мобилизационных заданий (заказов) или задач по мобилизационной работе. В зависимости от объема указанных заданий (заказов) или задач вместо создания мобилизационного органа могут назначаться мобилизационные работники.

Руководители мобилизационных органов или мобилизационные работники подчиняются непосредственно соответствующим руководителям. Последние утверждают «Положение о мобилизационном органе».

Функции, права и обязанности мобилизационных органов определяются в соответствии с примерным положением о мобилизационных органах, утвержденных Правительством Российской Федерации.

Согласно закону для обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и специальных формирований транспортными средствами в период мобилизации и в военное время в Российской Федерации устанавливается военно-транспортная обязанность. Порядок исполнения военно-транспортной обязанности определяется Положением о военно-транспортной обязанности (Указ Президента Российской Федерации от 2 октября 1998 года).

Работы по мобилизационной подготовке в целях обеспечения обороны и безопасности Российской Федерации являются расходными обязательствами Российской Федерации.

Финансирование мероприятий по мобилизации осуществляется в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Организация работы и защита информации в области мобилизационной подготовки и мобилизации осуществляются в соответствии с Законом Российской Федерации «О государственной тайне» и нормативными правовыми актами по вопросам секретного делопроизводства.

## **Тема №2. БРОНИРОВАНИЕ ГРАЖДАН, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ЗАПАСЕ**

### **Учебные вопросы:**

1. Бронирование граждан, пребывающих в запасе. Определение, задачи, принципы бронирования.
2. Органы, осуществляющие бронирование граждан, пребывающих в запасе и их функции.
3. Основание для организации бронирования и виды бронирования граждан, пребывающих в запасе.
4. Порядок оформления отсрочек от призыва гражданам, пребывающим в запасе на период мобилизации и в военное время.
5. Отчетность о состоянии работы по бронированию граждан, пребывающих в запасе.

### **2.1 Бронирование граждан, пребывающих в запасе. Определение, задачи, принципы бронирования**

**Бронирование граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ) и работающих в организациях здравоохранения** – это осуществление этими организациями комплекса мероприятий, направленных на обеспечение их в период мобилизации и в военное время трудовыми ресурсами из числа граждан, пребывающих в запасе.

Эта работа заключается в предоставлении определенным категориям работающих граждан, пребывающих в запасе, отсрочки от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время.

**Основной задачей** бронирования ГПЗ является закрепление на период мобилизации и в военное время за организациями руководителей, специалистов, высококвалифицированных рабочих и служащих из числа ГПЗ, путем заблаговременного и рационального распределения их между Вооруженными Силами Российской Федерации, другими войсками, воинскими формированиями, органами, специальными формированиями, органами государственной власти, органами местного самоуправления и организациями.

Забронированные ГПЗ освобождаются от призыва на военную службу и по мобилизации и последующих призывов в военное время, а также от призыва на военные сборы на срок действия предоставленной отсрочки.

Освобождение от призыва ГПЗ на военную службу по мобилизации и в военное время может предоставляться на весь предполагаемый срок ведения военных действий в современных условиях (но не более чем на 6 месяцев).

Бронированию на период мобилизации и на военное время подлежат ГПЗ, кроме уволенных с военной службы в запас I разряда в течение первых 5 лет пребывания в запасе I разряда.

Граждане, не призванные по каким-либо причинам на военную службу и зачисленные в запас, могут быть забронированы только при достижении ими 29-летнего возраста.

***Граждане, пребывающие в запасе, подразделяются на три разряда:***

Составы запаса (воинские звания)	Возраст граждан, пребывающих в запасе		
	Первый разряд	Второй разряд	Третий разряд
Солдаты и матросы, сержанты и старшины, прапорщики и мичманы	до 35 лет	до 45 лет	до 50 лет
Младшие офицеры: младший лейтенант, лейтенант, старший лейтенант, капитан, капитан-лейтенант	до 45 лет	до 50 лет	до 55 лет
Старшие офицеры: майор, капитан 3 ранга, подполковник, капитан 2 ранга	до 50 лет	до 55 лет	до 60 лет
Полковник, капитан I ранга	до 55 лет	до 60 лет	
Высшие офицеры: генерал-майор, контр-адмирал, генерал-лейтенант, вице-адмирал, генерал-полковник, адмирал, генерал армии, Маршал Российской Федерации	до 60 лет	до 65 лет	

**Граждане женского пола, пребывающие в запасе,** относятся к третьему разряду:

- имеющие воинские звания офицеров пребывают в запасе до достижения ими возраста 50 лет;
- остальные – до достижения 45 лет.

Граждане, пребывающие в запасе, и достигшие предельного возраста пребывания в запасе или признанные в установленном федеральным законом «О воинской обязанности военной службе» порядке не годными к военной службе по состоянию здоровья, переводятся военным комиссариатом, либо должностным лицом иного органа, осуществляющего воинский учет, в отставку и снимаются с воинского учета.

ГПЗ и имеющие право на отсрочку от призыва, но не зачисленные на специальный воинский учет вследствие не оформления им отсрочек по вине администрации, подлежат призыву по мобилизации.

Бронирование ГПЗ осуществляется на основании следующих **принципов:**

1. учет потребности для обеспечения на период мобилизации и в военное время организации трудовыми ресурсами из числа ГПЗ;
2. приоритетное бронирование граждан пребывающих в запасе, работающих в организациях, имеющих мобилизационное задание, а также обеспечивающих жизнедеятельность населения;
3. установление ограничений в предоставлении отсрочки от призыва ГПЗ, предназначенным для доукомплектования воинских частей и команд постоянной готовности Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и создаваемых на во-

енное время специальных формирований, а также ГПЗ, имеющим особо дефицитные военно-учетные специальности.

**Бронирование ГПЗ, включает выполнение следующих основных мероприятий:**

1. ведение учета ГПЗ по месту их работы (учебы);
2. определение необходимой на период мобилизации и в военное время численности руководителей, специалистов, высококвалифицированных рабочих и служащих (учащихся) из числа ГПЗ;
3. выработку предложений для внесения изменений в перечни должностей и профессий, по которым бронируются ГПЗ;
4. оформление забронированным ГПЗ документов на право отсрочки от призыва на военную службу и постановка их на специальный воинский учет;
5. анализ обеспеченности на период мобилизации и в военное время организаций трудовыми ресурсами из числа ГПЗ и отчетность о проводимой работе по бронированию ГПЗ.

## **2.2 Органы, осуществляющие бронирование граждан, пребывающих в запасе и их функции**

Руководство, контроль, нормативное и методическое обеспечение работ по бронированию ГПЗ в Российской Федерации осуществляет Межведомственная комиссия по вопросам бронирования граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти, имеющих запас, и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях (далее – Комиссия).

Бронирование ГПЗ в субъектах Российской Федерации и муниципальных образованиях (городах, районах, округах) организуют территориальные комиссии, районные комиссии, суженные заседания и их рабочие аппараты из состава мобилизационных органов.

Методическое руководство по воинскому учету и бронированию ГПЗ в организациях здравоохранения осуществляет мобилизационный орган Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

- Функции учреждений, организаций и предприятий Минздрава России:
- ведут учет работающих (учащихся) граждан, пребывающих в запасе, и граждан подлежащих призыву на военную службу, по нормативам, методикам и формам, устанавливаемым Министерством обороны Российской Федерации, Российским статистическим агентством и Комиссией;
  - оформляют и представляют в военные комиссариаты по месту нахождения организаций документы, необходимые для предоставления отсрочки от призыва на военную службу забронированным гражданам, пребывающим в запасе;

- выдают в установленном порядке гражданам, пребывающим в запасе, забронированным за организациями, документы об отсрочке от призыва на военную службу;
- направляют в вышестоящие органы по подчиненности, в особых случаях, ходатайства о предоставлении гражданам, пребывающим в запасе, персональных отсрочек от призыва на военную службу, а также обоснованные предложения об изменениях и дополнениях, которые целесообразно внести в перечни должностей и профессий,
- представляют в установленном порядке необходимую информацию и отчетность о проводимой работе по бронированию граждан, пребывающих в запасе, а организации, деятельность которых связана с деятельностью Минздрава России или находящихся в сфере его ведения, кроме отчетов по форме № 6 в Минздрав России, представляют копии отчетов в районные комиссии субъектов Российской Федерации по месту нахождения этих организаций;
- проводят систематический анализ обеспеченности на военное время организаций трудовыми ресурсами из числа граждан, пребывающих в запасе, и готовят предложения по этому вопросу в районные комиссии, составляют планы замены специалистов, убывающих по мобилизации и в военное время, разрабатывают и осуществляют необходимые мероприятия по подготовке кадров для замены граждан, пребывающих в запасе и подлежащих призыву на военную службу.

При этом в организациях Минздрава России должны быть следующие данные:

- общее количество работающих граждан;
- количество забронированных граждан, пребывающих в запасе, остающихся для работы в период мобилизации и на военное время;
- количество граждан, пребывающих в запасе, имеющих мобилизационные предписания и подлежащие призыву по мобилизации.

## **Органы Министерства Обороны Российской Федерации**

### **Военные комиссариаты:**

- ведут специальный воинский учет забронированных граждан, пребывающих в запасе, по месту их жительства;
- осуществляют контроль за правильностью бронирования граждан, пребывающих в запасе, в организациях, расположенных на соответствующей территории;
- обеспечивают организации бланками документов, необходимыми для оформления отсрочки от призыва на военную службу, ведут контроль за правильностью их расходования,
- оформляют в соответствии с перечнями должностей и профессий, по которым бронируются граждане, пребывающие в запасе, и постановле-

- ниями Комиссии отсрочку от призыва по мобилизации и в военное время;
- разрабатывают и представляют соответствующим органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления предложения, направленные на совершенствование работы по бронированию граждан, пребывающих в запасе.

Правовой основой в проведении работы по бронированию граждан, пребывающих в запасе является:

Конституция Российской Федерации, федеральные законы «Об обороне», «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации», «О воинской обязанности и военной службе», Указ Президента Российской Федерации от 14 августа 1992 года № 890 «Об организации работы по бронированию граждан Российской Федерации, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти, имеющих запас, и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях»; постановления Правительства Российской Федерации от 2 декабря 1992 года № 924 (в новой редакции постановление Правительства Российской Федерации от 26 февраля 1998 года № 257) «Положение о Межведомственной комиссии по вопросам бронирования граждан, пребывающих в запасе...» (далее именуется – Комиссия), от 11 июля 1994 года № 821 (в новой редакции постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 1998 года № 258) «Основные положения по бронированию граждан Российской Федерации...», от 25 декабря 1998 г. № 1541 «Об утверждении Положения о воинском учете» и другие нормативные акты Российской Федерации.

### **2.3 Основание для организации бронирования и виды бронирования граждан, пребывающих в запасе**

Забронированные граждане, пребывающие в запасе, *освобождаются от призыва на военную службу по мобилизации и последующих призывов в военное время*, на срок действия предоставленной отсрочки (до шести месяцев), а также от призыва на военные сборы.

**Основанием для предоставления отсрочки от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время являются:**

- перечни должностей и профессий, по которым бронируются граждане, пребывающие в запасе (в системе здравоохранения действовал Перечень № 214, в 1999 году вводится новый Перечень № 29);
- постановления Комиссии, устанавливающие условия и порядок бронирования граждан, пребывающих в запасе; постановления Комиссии о предоставлении персональной отсрочки отдельным гражданам, пребывающим в запасе.

Все организации, которые находятся в ведении Минздрава России или чья деятельность связана с ним, **обязаны стоять на учете в органах местного самоуправления.**

Для ведения воинского учета и бронирования граждан, пребывающих в запасе на основании **Положения о воинском учете**, в организациях должны содержаться специальные работники.

Персональный состав и функциональные обязанности работников по ведению воинского учета и бронированию граждан определяется приказом руководителя организации.

Назначение, перемещение и увольнение работников, занимающихся воинским учетом и бронированием граждан, пребывающих в запасе, проводится по согласованию с территориальной комиссией по бронированию граждан, пребывающих в запасе.

При временном убытии работника, осуществляющего воинский учет и бронирование граждан, пребывающих в запасе, руководитель организации приказом назначает другого работника. В этом случае вновь назначенному лицу передаются по акту все документы, необходимые для работы по воинскому учету и бронированию граждан, пребывающих в запасе, в том числе бланки специального учета (форма № 4), личные карточки (форма № Т-2).

Воинский учет граждан ведется по личной карточке формы № Т-2, утвержденной Государственным комитетом Российской Федерации по статистике (Российское статистическое агентство) от 30.10.97г. № 71а, раздел 2 которой содержит сведения о воинском учете:

- воинское звание;
- военно-учетная специальность;
- годность к военной службе;
- наименование военкомата по месту жительства;
- состоит на специальном учете №\_\_.

Основными документами воинского учета, на основании которых заполняется раздел 2 личной карточки формы № Т-2 являются:

- для граждан, пребывающих в запасе – **военный билет (временное удостоверение, выданное взамен военного билета)**;
- для граждан подлежащих призыву на военную службу – **удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу.**

**Для осуществления воинского учета ответственные за военно-учетную работу должностные лица обязаны:**

- проверять при приеме на работу (учебу) у граждан, пребывающих в запасе – **военные билеты**, а подлежащих призыву на военную службу – **удостоверения гражданина, подлежащего призыву на военную службу.** При приеме указанных документов гражданам выдается расписка. Если при проверке документов установлено, что принимаемый на работу в учреждение гражданин не стоит на воинском учете, то не-

- обходимо направить его в соответствующий орган**, осуществляющий воинский учет по месту жительства, для постановки на воинский учет;
- доводить до граждан их обязанности по воинскому учету, установленные федеральным законом «О воинской обязанности и военной службе» и «Положением о воинском учете»;
  - не реже одного раза в год сверять сведения о воинском учете граждан с документами воинского учета военных комиссариатов. Отметка о проведении сверки производится путем проставления простым карандашом даты сверки и подписи лица, ответственного за воинский учет, путем проставления работником военного комиссариата соответствующего штампа с указанием даты сверки и подписи.
  - направлять по запросам военных комиссариатов или иных органов, осуществляющих воинский учет по месту жительства, в 2-недельный срок сведения, необходимые для занесения в документы воинского учета, о гражданах, встающих на воинский учет, о гражданах, состоящих на воинском учете, а также о гражданах, не состоящих, но обязанных состоять на воинском учете;
  - ежегодно в сентябре месяце представлять в военные комиссариаты списки юношей 15 и 16 летнего возраста, а до 1 ноября – списки юношей, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет в следующем году;
  - оповещать граждан о вызовах в военный комиссариат;
  - сообщать в 2-недельный срок в военные комиссариаты о всех гражданах, пребывающих в запасе, гражданах, подлежащих призыву на военную службу, и принятых на работу (учебу) или уволенных с работы (отчисленных из образовательных учреждений).

Для сверки учетных сведений личных карточек формы № Т-2 с учетными данными граждан состоящих на воинском учете в других военных комиссариатах разрешается отправлять списки граждан, пребывающих в запасе, с указанием: фамилии, имени, отчества, даты и места рождения, семейного положения и состава семьи, образования, занимаемой должности, адреса места жительства, ВУС, состоит на общем или специальном воинском учете. Списки отправляются в 2-х экземплярах, третий экземпляр списка с указанием регистрационного номера и даты отправки хранится в организации.

Личные карточки формы № Т-2 хранятся порядком, установленным для секретных документов, строго в алфавитном порядке в отдельной картотеке, которая должна делиться на группы:

- первая – личные карточки граждан, пребывающих в запасе – врачей;
- вторая – личные карточки граждан, пребывающих в запасе – средний медицинский персонал;

– третья – личные карточки граждан, пребывающих в запасе – других специалистов.

На граждан, пребывающих в запасе и забронированных за здравоохранением, личные карточки выделять отдельно в каждой из вышеуказанных групп. Личные карточки на лиц, исключенных с воинского учета по возрасту или состоянию здоровья, хранить в общей картотеке организации.

В конце года для проведения анализа наличия мобилизационных ресурсов в учреждении подготавливаются данные по составу запаса и количеству, граждан по ВУС, числящихся 1, 2, 3 разрядах воинского учета.

#### **2.4 Порядок оформления отсрочек от призыва гражданам, пребывающим в запасе на период мобилизации и в военное время**

Условия бронирования и бронирование граждан, пребывающих в запасе, определены перечнем должностей и профессий и ведется по занимаемым должностям или по рабочим профессиям.

##### **Перечни должностей и профессий включают:**

- наименование структурных подразделений аппаратов органов государственной власти и организаций (разделы перечней и должностей);
- наименование должностей и рабочих профессий, по которым бронируются граждане, пребывающие в запасе;
- условия бронирования граждан, пребывающих в запасе (профили, военно-учетные специальности, воинские звания и возраст граждан, пребывающих в запасе, подлежащих бронированию по установленной номенклатуре должностей и рабочих профессий);
- ограничения в бронировании граждан, пребывающих в запасе, имеющих дефицитные военно-учетные специальности, а также по другим признакам,

В случае, когда в перечне должностей и профессий предусмотрены ограничения в бронировании граждан, пребывающих в запасе, по возрасту, отсрочка от призыва им предоставляется после 1 января следующего за годом, в котором гражданам, пребывающим в запасе, исполнилось указанное в перечне должностей и профессий количество лет.

Руководящий состав органов государственной власти, местного самоуправления и организаций и их структурных подразделений подлежит бронированию и в тех случаях, когда должности имеют различные наименования по отношению к тем, которые указаны в перечнях должностей и профессий.

Например, если в перечне должностей и профессий указаны должности: «директора объединений и заводов, НИИ, НПО, центров, начальники трестов, начальники отделов», а по штатному расписанию эти должности на-

зываются: «генеральные директора, директор НИИ – Генеральный директор НПО, управляющие, заведующие, руководители», то в этом случае последние подлежат бронированию по условиям, установленным для директоров, начальников и. т. п.

В случаях, когда в перечнях должностей и профессий предусмотрены условия бронирования граждан, пребывающих в запасе, занимающих должности «инженеров, конструкторов, технологов, экономистов, контролеров, инспекторов, техников, научных сотрудников, лаборантов, медицинских сестер и т.п.», то по этим условиям бронируются и граждане, пребывающие в запасе, занимающие должности главных, ведущих, старших и всех категорий: инженеров, конструкторов, технологов, экономистов, контролеров, инспекторов, техников, научных сотрудников и т.п., а также младших научных сотрудников, младшие лаборанты, старшие лаборанты, главные лаборанты, главная операционная сестра, старшая операционная сестра, операционная сестра, если эти должности не выделены – самостоятельные пункты перечня должностей и профессий.

В тех случаях, когда в перечнях должностей и профессий указаны должности: «инженеры», «техники», «механики», «водители», «врачи-специалисты» и т.п., по этим пунктам подлежат бронированию и граждане, пребывающие в запасе, занимающие штатные должности с двойным или тройным названием: «инженеры-конструкторы-испытатели», «технико-плановики», «механики-установщики», «водители-радисты», «врачи сердечно-сосудистой хирургии», «врачи анестезиологи-реаниматологи», «врачи травматологи-ортопеды», «врачи аллергологи-иммунологи» и т.п., если эти должности не выделены в самостоятельные.

Бронирование граждан, пребывающих в запасе, имеющих рабочие профессии проводится согласно присвоенным им тарифным разрядам, указанным в перечне должностей и профессий, если эти профессии не выделены в самостоятельный пункт перечня должностей и профессий.

Рабочие, у которых профессии совпадают с наименованием должностей специалистов (например, «механики, энергетика, электрики, операторы, контролеры» и т.п.) подлежат бронированию по условиям, предусмотренным для рабочих соответствующих разрядов.

Гражданам, пребывающим в запасе, работающим в организациях водителями автотракторной, дорожно-строительной и подъемно-транспортной техники, предназначенной по нарядам военного комиссариата для поставки по мобилизации в Вооруженные Силы Российской Федерации, другие войска, воинские формирования, органы и создаваемые на военное время специальные формирования, отсрочки от призыва не предоставляются, независимо от условий бронирования, предусмотренных перечнями должностей и профессий.

Граждане, пребывающие в запасе, назначенные временно исполняющими обязанности по штатным вакантным должностям руководящего состава или специалистов (директоров, начальников цехов, мастеров и т.п.) бро-

нируются на равных основаниях с работниками, утвержденными в указанных должностях.

Предусмотренные перечнем должностей и профессий ограничения в бронировании офицеров запаса по возрасту (по разрядам) распространяется не только на граждан, пребывающих в запасе, имеющих указанные в перечне должностей и профессии воинские звания, но и на всех граждан, пребывающих в запасе, имеющих воинские звания ниже указанных.

Например, если по перечню должностей и профессий предусмотрены отсрочки от призыва офицерам запаса включительно «До майора в возрасте старше 40 лет», то это значит что в данном случае бронируются все офицеры запаса, имеющие воинские звания от младшего лейтенанта до майора включительно и им равные в возрасте старше 40 лет.

Если по перечням должностей и профессий предусмотрены отсрочки от призыва офицерам запаса включительно «До капитана кроме запаса 1-го разряда», то в данном случае бронированию не подлежат все офицеры запаса 1-го разряда, имеющие воинские звания от младшего лейтенанта до капитана включительно и им равные.

При выезде забронированных граждан, пребывающих в запасе, в служебные командировки, на учебу, в отпуск или для лечения на срок свыше **трех месяцев** с сохранением занимаемых ими должностей, работники военно-учетных подразделений организаций выдают им на время выезда удостоверения (форма № 4), под расписку в ведомости на выдачу удостоверений (форма № 9а), а извещения на этих граждан, пребывающих в запасе, полученные от военных комиссариатов, хранятся в организациях до их возвращения.

По этим удостоверениям граждане, пребывающие в запасе, по месту командировки, учебы, отпуска или лечения после постановки на воинский учет зачисляются на специальный воинский учет военным комиссариатом.

При перемещении забронированных граждан, пребывающих в запасе, на другие должности в этой же организации, изменении квалификации или военно-учетных признаков (военно-учетной специальности, воинского звания, возраста, состава и профиля), дающих право на бронирование их по новым должностям, предоставленные им отсрочки сохраняются. В этих случаях работники военно-учетного подразделения организации в десятидневный срок обязаны внести необходимые изменения в удостоверения (форма № 4) и представить их в военный комиссариат. Эти изменения подписываются военным комиссаром и заверяются гербовой печатью военного комиссариата. При внесении изменений в удостоверения об отсрочке от призыва забронированным гражданам, пребывающим в запасе, организация обязана в пятидневный срок сообщить военным комиссариатам по месту их жительства содержание изменений для внесения их в извещения (форма № 4).

Отсрочки от призыва не переоформляются и исправления в удостоверения и извещения не вносятся при переводе забронированных граждан, пребывающих в запасе:

- рабочих на другие рабочие специальности (или изменения разрядов), если основание к предоставлению отсрочки (пункт раздела перечня должностей и профессий) не изменяется из вспомогательных цехов в основные производственные цеха и, наоборот, из основных цехов во вспомогательные, если за гражданами, пребывающими в запасе, сохраняется право на бронирование и это не вызывает изменения основания (пункта раздела перечня должностей и профессий) к предоставлению отсрочки;
- внутри организации на временные работы до трех месяцев с сохранением должностей, по которым граждане, пребывающие в запасе, бронированы.

В мирное время организации разрабатывают планы мероприятий по вручению удостоверения об отсрочке от призыва по мобилизации и в военное время забронированным гражданам, пребывающим в запасе (форма № 15), и изготавливается необходимое количество бланков ведомости на выдачу удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу граждан, пребывающих в запасе (форма № 9), заполнение которых производится в процессе выдачи гражданам пребывающим в запасе, удостоверений об отсрочке от призыва граждан форма (№ 4). В этих планах указываются уполномоченные лица для вручения удостоверения гражданам, пребывающим в запасе, порядок оповещения уполномоченных и граждан, пребывающих в запасе, порядок, место и сроки вручения гражданам пребывающим в запасе, удостоверений об отсрочке от призыва, а также назначаются лица ответственные за выполнение этой работы. Указанные планы утверждаются руководителями организации. Уполномоченные от цехов, отделов, служб и т.п. с объявлением мобилизации получают в военно-учетных подразделениях удостоверения об отсрочке от призыва по мобилизации и в военное время по ведомости (форма № 10) и вручают их забронированным ГПЗ, под расписку в раздаточной ведомости (форма № 9).

**Персональные отсрочки от призыва по мобилизации и на военное время** гражданам, пребывающим в запасе, из числа квалифицированных рабочих и служащих организаций, не подпадающих под действие условия бронирования, установленных перечнями должностей и профессий, но крайне необходимых для обеспечения бесперебойной работы организации в военное время представляются **Межведомственной комиссией по вопросам бронирования граждан, пребывающих в запасе (МВК).**

Персональная отсрочка от призыва по мобилизации и в военное время предоставляется гражданам, пребывающим в запасе, по занимаемой должности на сроки, определяемые МВК.

Для проведения работы по бронированию граждан, пребывающих в запасе, организации получают в установленном порядке утвержденные перечни должностей и профессий (или выписки из них), отдельные постановления, распоряжения (выписки из них) МВК, устанавливающие условия и порядок бронирования граждан, пребывающих в запасе, специальные извещения

(форма № 3) о предоставлении гражданам, пребывающим в запасе, персональных отсрочек от призыва, а также постановления, распоряжения (или выписки из них) об изменениях и дополнениях, которые необходимо внести в перечни должностей и профессий.

На основании полученных документов военно-учетные подразделения (или специально назначенные работники) организаций обязаны:

- внести в перечни должностей и профессий (в выписки из них) принятые изменения и дополнения с обязательным указанием даты и номера постановления, (распоряжения) МВК;
- определить, на основании данных воинского учета по личным карточкам (форма № Т-2) граждан, пребывающих в запасе, подлежащих бронированию по перечню должностей и профессий (выписки из них) или по отдельным постановлениям, распоряжениям МВК;
- получить под расписку (форма № 12) от граждан, пребывающих в запасе, подлежащих бронированию, военные билеты;
- заполнить удостоверения об отсрочке от призыва по мобилизации и на военное время и извещения о зачислении граждан, пребывающих в запасе, на специальный воинский учет (форма № 4) и в **десятидневный срок** оформить им отсрочки от призыва по мобилизации и на военное время в установленном порядке.

## **2.5 Отчетность о состоянии работы по бронированию граждан, пребывающих в запасе**

**В каждой организации разрабатываются и ведутся следующие документы:**

- приказ «Об организации воинского учета и бронирования граждан, пребывающих в запасе» (приложение 5 № 1);
- план работы по осуществлению воинского учета и бронирования граждан, пребывающих в запасе (приложение 5 № 8);
- план оповещения граждан, пребывающих в запасе, при объявлении мобилизации (приложение 5 № 9);
- план замены специалистов, призываемых на военную службу по мобилизации и в военное время (приложение 5 № 10);
- план мероприятий по вручению удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и на военное время гражданам, пребывающим в запасе (приложение 5 № 11);
- список уполномоченных по вручению удостоверений об отсрочке от призыва (форма № 4) забронированным гражданам, пребывающим в запасе (приложение 5 № 12);
- ведомость на выдачу удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время забронированным гражданам, пребывающим в запасе (приложение 5 № 13);

- ведомость на выдачу удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу (форма № 4) уполномоченным для вручения забронированным гражданам, пребывающим в запасе (приложение 5 № 14);
- ведомость на выдачу удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу (форма №4) забронированным гражданам при выезде их на срок свыше трех месяцев (приложение 5 № 15);
- книга учета бланков специального воинского учета (приложение 5 № 16);
- книга учета передачи бланков специального воинского учета, военных билетов и личных карточек (приложение 5 № 17);
- книга учета воинских документов (военных билетов) (приложение 5 № 18);
- картотека учета наличия личных карточек формы № Т-2 граждан, пребывающих в запасе и граждан, подлежащих призыву (приложение 5 № 19);
- личная карточка по форме № Т-2 (приложение 5 № 5);
- карточка учета организации (приложение 5 № 20);
- вариант приказа о порядке оформления и выдачи гражданам, пребывающим в запасе, удостоверений об отсрочке от призыва по мобилизации и в военное время (приложение 5 № 21);
- журнал проверок состояния воинского учета и бронирования граждан, пребывающих в запасе (приложение 5 № 22);
- расписка о принятии военного билета (приложением 5 № 23);
- анализ обеспеченности трудовыми ресурсами;
- памятка уполномоченному по вручению забронированным гражданам, пребывающим в запасе, удостоверений об отсрочке от призыва по мобилизации и в военное время (приложение 5 № 24);
- таблица возрастов граждан, пребывающих в запасе, подлежащих исключению с воинского учета (приложение 5 № 4);
- дело по переписке по вопросам воинского учета и бронирования граждан, пребывающих в запасе;
- другие документы в соответствии с требованиями военных комиссариатов.

Все организации обязаны ежегодно представлять отчеты (форма № 6) (приложение 5 № 25) о численности работающих и забронированных граждан, пребывающих в запасе. Отчет (форма № 6) и доклад к нему представляются четко по ведомственной принадлежности. Сроки представления отчетов по воинскому учету и бронированию граждан, пребывающих в запасе, представлены в приложении 5 № 26. Состав и сроки отчетности могут ежегодно уточняться постановлениями, распоряжениями МВК, указаниями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, других федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Отчет по форме № 6 и анализ составляется и проводится по состоянию на 31 декабря отчетного года и являются основными ежегодными документами о состоянии работы по бронированию граждан, пребывающих в запасе и обеспеченности организаций трудовыми ресурсами на период мобилизации и на военное время.

Руководители органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации отчет по форме № 6 с анализом обеспеченности трудовыми ресурсами, выводами и предложениями представляют в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Руководители организаций подведомственных соответствующим федеральным службам и агентствам – по ведомственной подчиненности. Федеральные службы и агентства – в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Отчеты по форме № 6 имеют гриф «Секретно», если количество забронированных граждан, пребывающих в запасе, и работающих в организации, более или равно 300 человек.

Те же сведения по организации, где численность забронированных составляет менее 300 человек, разрешается относить к документам с грифом «Для служебного пользования».

Выписки из перечней должностей и профессий относить к документам с грифом «Для служебного пользования».

Всем документам по бронированию граждан, пребывающих в запасе, с грифом «секретно» присваивается литер «М».

## **Тема №3. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (СФЗ), ИХ МЕСТО И РОЛЬ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК**

### **Учебные вопросы:**

1. Определение, классификации и предназначение специальных формирований здравоохранения.
2. Органы управления специальных формирований здравоохранения, их организация, задачи и функции.
3. Тыловые госпитали здравоохранения (ТГЗ), типы ТГЗ и предназначение.
4. Обсервационные пункты. Задачи, порядок формирования и работы.
5. Оперативные койки лечебных учреждений. Порядок выделения и использования.

### **3.1 Определение, классификация и предназначение специальных формирований здравоохранения**

В соответствии с Федеральными законами «Об обороне», «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации» в стране при объявлении мобилизации создаются специальные формирования, предназначенные для выполнения специальных задач по обеспечению боевой деятельности Вооруженных Сил Российской Федерации.

Для участия в медицинском обеспечении личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации (в период мобилизации и в военное время) в тылу страны создаются специальные формирования, которые предназначены, в первую очередь, для специализированного лечения наиболее тяжелых контингентов раненых и больных, их реабилитации, восстановления бое- и трудоспособности, а также для участия в проведении противоэпидемических мероприятий среди войск, осуществляющих передислокацию.

Специальные формирования здравоохранения создаются для использования в интересах Вооруженных Сил Российской Федерации, в состав Вооруженных Сил Российской Федерации не передаются. Они являются структурными подразделениями отраслевых органов управления (Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации) и подведомственными им (или находящимися в сфере их деятельности) учреждениями здравоохранения.

Под специальными формированиями здравоохранения понимаются органы управления и медицинские учреждения, создаваемые в период мобилизации и в военное время для выполнения задач по медицинскому обеспечению личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации.

К специальным формированиям здравоохранения относятся:

- 1) органы управления специальными формированиями;
- 2) тыловые госпитали здравоохранения;
- 3) обсервационные пункты.

Органы управления специальными формированиями – это Главное управление по руководству специальными формированиями здравоохранения, которое создается в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также отделы и секторы по руководству специальными формированиями здравоохранения, которые создаются в органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

В структуре специальных формирований здравоохранения органы управления составляют около 6% от общей их численности.

Тыловые госпитали здравоохранения являются специальными формированиями здравоохранения, предназначенными для приема раненых и больных военнослужащих (далее – раненые и больные), поступающих из госпитальных баз фронтов (флотов), войск военных округов (в том числе, из очагов массовых санитарных потерь), оказания им специализированной медицинской помощи, лечения до определившихся исходов и реабилитации.

Тыловые госпитали здравоохранения Российской Федерации (далее тыловые госпитали) являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению. Из тыловых госпиталей раненые и больные, по завершению лечения, могут быть возвращены в строй, эвакуированы для дальнейшего лечения в госпитали для ветеранов войн или уволены из Вооруженных Сил Российской Федерации и направлены по месту жительства.

Тыловые госпитали здравоохранения составляют около 92% от общей численности специальных формирований здравоохранения.

Обсервационные пункты являются противоэпидемическими учреждениями здравоохранения военного времени. Они предназначены для временной изоляции и обсервации следующих по железнодорожным, водным и воздушным путям сообщения воинских контингентов при их эпидемическом неблагополучии и выполняют функции противоэпидемических барьеров по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний в войсках и среди населения.

Обсервационные пункты составляют около 2% от общей численности специальных формирований здравоохранения.

Эта стройная система участия здравоохранения страны в медицинском обеспечении Вооруженных Сил формировалась на различных исторических этапах развития военного и гражданского здравоохранения и была проверена временем.

Здравоохранение страны всегда занимало важное место в общей системе организации и проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым и больным, сохранению их боеспособности и трудоспособности.

### 3.2 Органы управления специальных формирований здравоохранения, их организация, задачи и функции

Органы управления специальными формированиями здравоохранения (Главное управление по руководству специальными формированиями здравоохранения, отделы и секторы по руководству тыловыми госпиталями) являются структурными подразделениями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Они формируются при объявлении мобилизации для руководства тыловыми госпиталями здравоохранения и наблюдательными пунктами.

Органы управления специальными формированиями здравоохранения пользуются всеми правами других аналогичных подразделений отраслевых органов управления здравоохранением. Их указания и распоряжения по вопросам специальных формирований являются обязательными для исполнения всеми нижестоящими органами управления здравоохранением и подведомственными учреждениями.

На органы управления специальными формированиями здравоохранения возлагаются следующие **задачи**:

- руководство работой специальных формирований в период мобилизации и в военное время;
- оказание методической помощи руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и муниципальных образований по вопросам развертывания специальных формирований, их материально-технического и финансового обеспечения, организации медицинского обеспечения и подготовки к работе в период мобилизации и в военное время;
- организация взаимодействия с Главным военно-медицинским управлением Министерства обороны Российской Федерации (медицинской службой военного округа военного времени, управлением местного эвакуационного пункта) по вопросам обеспечения преемственности оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных;
- организация и осуществление контроля качества лечения раненых и больных, их реабилитацией и своевременной выпиской, проведением военно-врачебной и медико-социальной экспертизы;
- руководство проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- руководство организацией справочной работы о поступивших в тыловые госпитали раненых и больных и исходах их лечения;
- руководство организацией обеспечения специальных формирований нормативными, методическими и инструктивными документами, материалами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерства обороны РФ;
- организация научно-исследовательской работы по вопросам деятель-

- ности специальных формирований;
- организация и планирование мероприятий по специальной подготовке и усовершенствованию медицинского состава специальных формирований;
  - организация медицинского снабжения специальных формирований в период мобилизации и в военное время;
  - руководство медицинским и бухгалтерским учетом и отчетностью подведомственных специальных формирований, представление установленных отчетов, докладов и донесений;
  - организация и проведение статистического анализа лечебной работы в тыловых госпиталях, подготовка справочных материалов о движении раненых и больных и исходах их лечения;
  - оперативное руководство и контроль за расформированием тыловых госпиталей и обсервационных пунктов.

В зависимости от объема решаемых задач состав органов управления специальными формированиями может быть различным.

Главное управление по руководству специальными формированиями здравоохранения предусматривается сформировать в составе: руководитель, его заместители, главные медицинские специалисты (хирург, терапевт), три управления (организационно-плановое, лечебно-профилактическое, медицинского снабжения) и два отдела (финансово-экономический и защиты государственной тайны). Управления и отделы, в свою очередь, состоят из отделов и отделений, обеспечивающих выполнение задач, возложенных на Главное управление по руководству специальными формированиями здравоохранения.

**Отдел по руководству** тыловыми госпиталями формируется в составе: начальника отдела, его заместителя, главных медицинских специалистов (хирург, терапевт), инспекторов-врачей, инспектора-провизора, инспектора (по спецработе), бухгалтера, делопроизводителя, машинисток и водителя.

**Сектор по руководству** тыловыми госпиталями формируется в составе: начальника сектора, инспектора-врача, инспектора-провизора, делопроизводителя и водителя.

Комплектование органов управления личным составом производится в мирное время с учетом их опыта работы, деловых качеств и способностей, которые должны обеспечить преемственность в работе между соответствующими подразделениями мирного и военного времени.

Начальники органов управления специальными формированиями подчинены руководителям отраслевых органов управления здравоохранением, пользуются правами их заместителей и являются прямыми начальниками для подчиненных и подведомственных специальных формирований и находящихся в них на лечении раненых и больных.

Расформируются органы управления специальными формированиями после завершения работы подведомственных тыловых госпиталей и

обсервационных пунктов по приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ, который издается на основании постановления Правительства РФ и директивы Начальника Генерального штаба ВС РФ. Вся медицинская документация расформированных тыловых госпиталей высылается Военно-медицинскому музею Министерства обороны РФ, приказы по личному составу и другие документы общего делопроизводства госпиталей – в Центральный архив Министерства обороны РФ.

О расформировании каждого тылового госпиталя местные органы здравоохранения представляют донесения Министерству здравоохранения РФ и Министерству обороны РФ.

### **3.3 Тыловые госпитали здравоохранения (ТГЗ), типы ТГЗ и предназначение**

В соответствии с существующей в настоящее время организационно-штатной структурой ТГЗ подразделяются на шесть типов: 4 многопрофильных госпиталя (базовый, нейрохирургический, травматологический, терапевтический) и 2 узкоспециализированных госпиталя (кожно-венерологический и туберкулезный). Коечная емкость тыловых госпиталей установлена в объемах 400, 500, 600 коек. Структура коечного фонда в каждом госпитале приведена к структуре вероятного входящего потока раненых и больных с учетом современных достижений и требований по специализированному лечению боевой патологии.

В соответствии с задачами и структурой коечного фонда в составе тыловых госпиталей планируются к развертыванию следующие основные функциональные подразделения:

#### **1. Базовый тыловой госпиталь:**

отделения: приемное (медицинской сортировки с диагностическими койками), сортировочно-эвакуационное (подвижное), хирургические (торакальное, абдоминальное, гнойной хирургии, нейрохирургическое, травматологическое, ожоговое, стоматологическое с зубопротезной лабораторией, гинекологическое, хирургическое с операционными блоками, анестезиологи и реанимации, реанимации и интенсивной терапии (с кабинетами гемодиализа, гипербарической оксигенации, переливания крови и лаборатории экспресс-диагностики), терапевтические, физиотерапевтическое, рентгеновское (с кабинетом ультразвуковой диагностики), лабораторное, лечебной физкультуры;

кабинеты: функциональной диагностики, эндоскопический;

#### **2. Нейрохирургический тыловой госпиталь:**

отделения: приемное (медицинской сортировки с диагностическими койками), нейрохирургические, хирургическое, отоларингологическое, офтальмологическое, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии с зубопротезной лабораторией, хирургическое с операционными блоками, анестезиологи и реанимации, реанимации и интенсивной терапии (с кабинетами гемо-

диализа, гипербарической оксигенации, переливания крови и лаборатории экспресс-диагностики), психоневрологическое, физиотерапевтическое, рентгеновское (с кабинетом ультразвуковой диагностики), лабораторное, лечебной физкультуры;

кабинеты: функциональной диагностики, эндоскопический;

### 3. Травматологический тыловой госпиталь:

отделения: приемное (медицинской сортировки с диагностическими койками), ожоговое, травматологические, хирургическое, гнойной хирургии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии с зубопротезной лабораторией, хирургическое с операционными блоками, анестезиологи и реанимации, реанимации и интенсивной терапии (с кабинетами гемодиализа, гипербарической оксигенации, переливания крови и лаборатории экспресс-диагностики), психоневрологическое, физиотерапевтическое, рентгеновское (с кабинетом ультразвуковой диагностики), лабораторное, лечебной физкультуры;

кабинеты: функциональной диагностики, эндоскопический;

### 4. Терапевтический тыловой госпиталь:

отделения: приемное (медицинской сортировки с диагностическими койками), кардиологическое, пульмонологическое, гастроэнтерологическое, неврологическое, психиатрическое, психоневрологическое, общетерапевтические, инфекционные, хирургическое (с операционным блоком и стерилизационной), стоматологическое с зубопротезной лабораторией, анестезиологи и реанимации, реанимации и интенсивной терапии (с кабинетами гемодиализа, гипербарической оксигенации, переливания крови и лаборатории экспресс-диагностики), физиотерапевтическое, рентгеновское (с кабинетом ультразвуковой диагностики), лабораторное, лечебной физкультуры;

кабинеты: функциональной диагностики, эндоскопический;

### 5. Кожно-венерологический госпиталь:

отделения: приемное (медицинской сортировки с диагностическими койками), кожно-венерологические, хирургическое (с операционным блоком и стерилизационной), стоматологическое с зубопротезной лабораторией, терапевтическое, анестезиологи и реанимации, реанимации и интенсивной терапии (с кабинетами гемодиализа, гипербарической оксигенации, переливания крови и лаборатории экспресс-диагностики), физиотерапевтическое, рентгеновское (с кабинетом ультразвуковой диагностики), лабораторное;

кабинеты: лазерной терапии, функциональной диагностики, эндоскопический, лечебной физкультуры;

### 6. Туберкулезный тыловой госпиталь:

отделения: приемное (медицинской сортировки с диагностическими койками), туберкулезное (легочно-хирургическое), туберкулезное (для больных костно-суставным туберкулезом), туберкулезное (для больных урогенитальным туберкулезом), туберкулезные (легочные), хирургическое (с опера-

ционным блоком и стерилизационной), стоматологическое с зубопротезной лабораторией, анестезиологи и реанимации, реанимации и интенсивной терапии (с кабинетами гемодиализа, гипербарической оксигенации, переливания крови и лаборатории экспресс-диагностики), физиотерапевтическое, рентгеновское (с кабинетом ультразвуковой диагностики), лабораторное, лечебной физкультуры;

кабинеты: функциональной диагностики, эндоскопический.

В зависимости от количества и структуры поступающих в госпитали раненых, больных и пораженных, одноименных отделений в госпиталях может быть несколько.

На тыловые госпитали здравоохранения возлагаются следующие задачи:

- прием, медицинская сортировка и санитарная (специальная) обработка поступающих в госпиталь раненых и больных, дезинфекция, дезинсекция и дезактивация их вещей, обмундирования и доставившего их транспорта;
- своевременное медицинское обследование поступивших раненых и больных, оказание им специализированной медицинской помощи, лечение до определившихся исходов и медицинская реабилитация;
- проведение военно-врачебной экспертизы всех находящихся на лечении раненых и больных, а также организация и проведение (совместно с органами МСЭК) медико-социальной экспертизы всех увольняемых из Вооруженных Сил Российской Федерации;
- своевременная выписка из госпиталей раненых и больных по выздоровлению или перевод их по медицинским показаниям в другие тыловые госпитали или реабилитационные центры;
- подготовка к эвакуации раненых и больных, подлежащих переводу в другие лечебные учреждения;
- организация охраны госпиталя, а также его защиты от оружия массового поражения и неблагоприятных экологических факторов;
- оказание консультативной помощи по своему профилю другим тыловым госпиталям;
- материально-бытовое обеспечение раненых и больных и выплата им денежного довольствия;
- проведение воспитательной и культурно-досуговой работы с ранеными и больными;
- ведение медицинского, материального и финансового учета и отчетности;
- проведение специальной подготовки личного состава госпиталя;
- проведение научно-исследовательской работы в госпитале;

На тыловые госпитали – базовые, кроме того, возлагаются следующие задачи:

- развертывание силами приемно-эвакуационных отделений на железнодорожных станциях, в портах и аэропортах в районах дислокации базовых ТГЗ эвакуационных приемников и организация разгрузки прибывающих санитарных транспортов;
- прием, медицинская сортировка, временное размещение и подготовка к дальнейшей эвакуации раненых и больных, подлежащих лечению в других тыловых госпиталях, и организация их доставки в эти госпитали;
- оказание неотложных мероприятий квалифицированной медицинской помощи поступившим непрофильным раненым и больным, находящимся в нетранспортабельном состоянии, их временная госпитализация и лечение до восстановления транспортабельности.

Учитывая вышеизложенное, мы можем сделать вывод о том, что для обеспечения гарантированного развертывания тыловых госпиталей здравоохранения (и СФЗ в целом) в период мобилизации и выполнения ими задач по предназначению необходима их заблаговременная подготовка в мирное время.

Планирование и организация мобилизационной подготовки СФЗ возлагается на органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации под общим руководством Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Генеральный штаб Вооруженных Сил Российской Федерации осуществляет координацию мобилизационной подготовки тыловых госпиталей и контроль за состоянием их мобилизационной готовности.

Непосредственная работа по планированию и организации проведения мероприятий по мобилизационной подготовке СФЗ возлагается на мобилизационные подразделения организаций-исполнителей.

В соответствии с существующей нормативной правовой базой в ходе мобилизационной подготовки должны быть решены следующие основные вопросы:

1. Комплектование СФЗ медицинским и обслуживающим персоналом (далее – личным составом);
2. Материальное, техническое и финансовое обеспечение СФЗ;
3. Отвод, приспособление и оборудование зданий, предназначенных для развертывания СФЗ.

Учитывая, что тыловые госпитали составляют более 90% общей численности СФЗ, а принципы мобилизационной подготовки для всех едины, дальнейшее изложение материала будем осуществлять на их примере.

### **Характеристика раненых и больных эвакуируемых в ТГЗ**

По современным взглядам на лечение в ТГЗ будут направляться наиболее тяжелые контингенты раненых и больных (см. выше), причем, многие из

них будут иметь сочетанные ранения (плечо и грудь, бедро и живот и т.д.) или комбинированные поражения (огнестрельные ранения с поражением ОВ, поражения ионизирующим излучением и травма и др.).

Чтобы понять сложность возлагаемых на ТГЗ задач, мы считаем целесообразным рассмотреть тот контингент раненых и больных, который может быть эвакуирован из ГБФ и поступить на лечение в госпитали.

1. Из числа раненых нейрохирургического профиля:
  - раненые после операции трепанации черепа с образованием значительных костных дефектов;
  - раненые с последствиями инфекционных осложнений проникающих ранений черепа и головного мозга;
  - раненые с остеомиелитом костей черепа;
  - раненые с неудаленными инородными телами в полости черепа;
  - раненые с последствиями тяжелой закрытой травмы мозга и выраженными неврологическими нарушениями;
  - раненые с повреждениями спинного мозга и позвоночника.
2. При ранениях ЛОР-органов:
  - раненые с тяжелыми повреждениями ЛОР-органов, нуждающиеся в многоэтапных пластических операциях (отрывы ушных раковин и большей части наружного носа, ранения глотки, гортани и трахеи, после операций шейной медиастинотомии и ларингофиссур);
  - раненые с наличием инородных труднодоступных тел, вызывающих функциональные расстройства ЛОР-органов;
  - лица с тяжелыми формами баротравмы при упорных слуховых и вестибулярных расстройствах;
  - раненые и больные при наличии гнойных осложнений в виде рецидивирующих абсцессов, флегмон и остеомиелитов, требующих длительного лечения; при развитии хронической гнойной инфекции у контуженных (гнойные отиты, синуситы).
3. Из числа раненых в челюстно-лицевую область:
  - раненные в челюстно-лицевую область, имеющие обширные дефекты костных и мягких тканей с выраженными анатомическими и функциональными нарушениями;
  - раненые с множественными переломами челюстей, с выраженными расстройствами функции жевания, глотания и речи;
  - раненые с обширными глубокими ожогами лица (IIIа и IIIб степени);
  - раненые с повреждениями челюстно-лицевой области, осложненными остеомиелитом или стойкой контрактурой.
4. При ранениях и травмах органа зрения:
  - раненые с двухсторонними прободными ранениями глазного яблока, осложненными: разрушением или полным помутнением хрусталика; кровоизлиянием в стекловидное тело или формированием в нем тяжей и мембран; отслойкой сетчатки или подозрением на нее;

- раненые с ранениями глазницы, сопровождающимися грубой деформацией ее стенок, смещением глазного яблока и стойкой (более двух недель) диплопией;
  - раненые после энуклеации разрушенного глазного яблока, если ранение сочеталось с повреждением и грубой деформацией стенок глазницы;
  - раненые при контузии с разрывом и деформацией оболочек глазного яблока, кровоизлияниями в полость глаза;
  - раненые с тяжелыми двухсторонними ожогами глазного яблока и век;
  - раненые с ожогами макулярной области обоих глаз световым излучением ядерного взрыва;
  - раненые при заболеваниях глаз (иридоциклит, неврит зрительного нерва, флегмона глазницы), требующих длительного лечения или имеющих неясный, сомнительный прогноз.
5. При ранениях и травмах груди:
- раненые с проникающими ранениями груди и проведенной операции широкой торакотомии;
  - раненые с сочетанными торакоабдоминальными ранениями;
  - раненые с наличием инородных тел в корне легкого и средостении;
  - раненые с различными осложнениями ранений и при закрытых травмах: бронхиальный свищ, ограниченная эмпиема плевры, абсцесс легкого и другие.
6. При ранениях и травмах живота:
- раненые после лапаротомии при наличии осложнений, требующих хирургического лечения (кишечный, каловый свищ и др.);
  - раненые с тяжелыми нарушениями функций органов пищеварения после перенесенных оперативных вмешательств.
- Возможные сроки готовности к эвакуации раненых в живот: при эвакуации железнодорожными (автомобильными, морскими) транспортными средствами – не ранее 10-15 суток после операции, авиационными средствами транспортными средствами – 3-4 суток.
7. При ранениях и травмах мочеполовой системы:
- раненые с повреждениями почек, осложненными воспалительным процессом, мочевыми свищами и нарушениями функции органа;
  - раненые с повреждениями мочеиспускательного канала, сопровождающимися нарушением мочеиспускания;
  - раненые с обширными повреждениями наружных половых органов, требующими восстановительного оперативного лечения.
8. При ранениях и повреждениях длинных трубчатых костей, крупных суставов, костей таза:
- раненые с ампутацией конечностей на любом уровне;
  - раненые с переломами бедренной, плечевой, большеберцовой костей, обеих костей предплечья;
  - раненые с ранениями (разрушениями) суставных поверхностей тазобе-

- ренного, коленного, плечевого и локтевого суставов;
- раненые с переломами костей таза, сопровождающимися нарушениями целостности тазового кольца;
  - раненые с повреждениями магистральных кровеносных сосудов и нервных стволов.
9. При ожогах:
- глубоких поражений кожного покрова площадью свыше 10% поверхности тела;
  - глубоких ожогов лица и функционально важных и высоко активных областей тела (кисть, стопа, промежность, крупные суставы).
10. Из числа пораженных ионизирующим излучением:
- лица с острой лучевой болезнью третьей степени после купирования проявлений первичной реакции и достаточно надежного установления степени тяжести поражения.
11. Из числа пораженных ОВ:
- тяжелопораженные фосфорорганическими веществами при развитии у них тяжелых соматических (абсцедирующие пневмонии) или неврологических осложнений (токсические полиневриты, интоксикационные энцефаломиелопатии, психоорганический синдром, затяжные астено-невротические состояния);
  - пораженные ипритами с абсцедирующими пневмониями, выраженными анемиями и значительным упадком питания;
  - пораженные окисью углерода со стойкими органическими изменениями центральной нервной системы.
12. Из числа пораженных ботулотоксином эвакуации в ТГЗ подлежат лица, имеющие абсцедирующую пневмонию или стойкие неврологические осложнения (периферические полиневриты, затяжные астенические состояния).
13. Из числа больных:
- больные активной формой туберкулеза легких;
  - больные абсцедирующей пневмонией;
  - больные с гипертонической болезнью III стадии;
  - больные с тяжелыми формами ишемической болезни сердца;
  - больные с ревмокардитом в активной фазе;
  - больные с затяжной формой острого диффузионного гломерулонефрита, а также с обострением хронического гломерулонефрита;
  - больные с хроническим пиелонефритом при нарушении концентрационной или азотовыделительной функции почек;
  - больные с заболеваниями системы крови и диффузными заболеваниями соединительной ткани;
  - больные с тяжелыми формами эндокринных заболеваний (сахарный диабет, тиреотоксический зоб);
  - больные с распространенными дерматозами (экзема, нейродерматит, пузырчатка, псориаз).

14. Из числа раненых и больных психоневрологического профиля:
- больные с тяжелыми формами закрытой травмы головного мозга, сопровождающимися параличами, парезами, судорожными припадками;
  - пораженные ФОВ и ботулотоксином с выраженными и стойкими неврологическими (полиневриты, очаговые поражения ЦНС) и психическими (нарушения интеллекта и памяти) расстройствами;
  - больные с затяжными реактивными состояниями и психозами (депрессией, бредом, псевдодеменцией);
  - больные эпилепсией с психическими нарушениями;
  - больные с органическими заболеваниями ЦНС;
  - больные с последствиями заболеваний периферических нервов, сопровождающиеся глубоким нарушением функций;
  - больные с затяжными симптоматическими психозами;
  - больные с органическими инфекционными психозами с затяжным течением.
15. Из числа женщин-военнослужащих эвакуации в ТГЗ подлежат раненые и больные с вышеперечисленными ранениями (заболеваниями), а также раненые, имеющие:
- сочетанные ранения и травмы органов женской половой сферы живота;
  - с осложнениями проникающих ранений живота, тупой травмы и повреждением внутренних органов, требующих хирургического лечения (кишечные свищи, каловые свищи);
  - сочетанные ранения и травмы женских гениталий и органов мочеполовой системы;
  - обширные ранения (повреждения) женских наружных половых органов, требующих восстановительного лечения.
- Из числа больных женщин-военнослужащих эвакуации в ТГЗ подлежат:
- гинекологические больные с рецидивирующими хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, при наличии опухолевого процесса, недержания мочи;
  - беременные со сроком беременности 32 недели и более;
  - родильницы (с 6 дня после родов).

### **Комплектование тыловых госпиталей личным составом**

Организация комплектования тыловых госпиталей личным составом осуществляется в порядке, определенном Правительством Российской Федерации, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерством обороны Российской Федерации, и осуществляется в соответствии с существующими штатами:

а) специалистами из числа граждан, пребывающих в запасе и работающих в мирное время в организациях-исполнителях.

Комплектование указанными специалистами является приоритетным при выполнении мобилизационных заданий.

Предназначение указанных граждан, прежде всего специалистов дефицитных профессий, осуществляется в индивидуальном порядке, как на воинские должности, так и на должности гражданского персонала, предусмотренные штатами тыловых госпиталей.<sup>1</sup>

б) гражданами, пребывающими в запасе и состоящими на общем воинском учете.<sup>2</sup>

в) специалистами из числа граждан, не состоящих на воинском учете и работающих в мирное время в организациях-исполнителях (в мирное время с указанными гражданами заключаются трудовые договоры (контракты) по исполнению ими в период мобилизации и в военное время должностных обязанностей в тыловом госпитале).

г) гражданами, не состоящими на воинском учете, путем их найма на работу в период мобилизации и в военное время на соответствующие штатные должности тылового госпиталя.

В случаях, когда должности начальников тыловых госпиталей, их заместителей и помощников невозможно укомплектовать офицерами запаса, работающими в органах здравоохранения, разрешено предназначать офицеров медицинской службы запаса 2 и 3 разрядов, состоящих на общем воинском учете.

На должности медицинского и обслуживающего персонала (врачей, рентген-техников, зубных техников, старших операционных сестер, фельдшеров и лаборантов и других), подлежащих замещению в военное время служащими по вольному найму, разрешено предназначать соответствующих специалистов из числа граждан, пребывающих в запасе 2 и 3 разрядов, в том числе ограниченно годных к военной службе, и женщин.

Граждане, пребывающие в запасе, работающие в организациях-формирователях и предназначенные в тыловые госпитали, не подлежат бронированию на период мобилизации и в военное время; при этом эти граждане (предназначенные в тыловые госпитали) в другие команды и партии не приписываются (не предназначаются). Для этого в мобилизационных предписаниях граждан, пребывающих в запасе, предназначенных в тыловые госпитали, ставится отличительная отметка в правом верхнем углу «СФ».

Комплектование ТГЗ личным составом запаса осуществляется военными комиссариатами соответствующих территорий во взаимодействии с организациями-формирователями порядком, определяемом Генеральным штабом Вооруженных сил Российской Федерации по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

---

<sup>1</sup> Граждане, пребывающие в запасе, работающие в мирное время в организациях-исполнителях и предназначенные в тыловые госпитали, бронированию не подлежат и к другим специальным формированиям и воинским частям не приписываются.

<sup>2</sup> Отбор граждан, предназначаемых для комплектования как воинских должностей, так и должностей гражданского персонала тыловых госпиталей, производится в первую очередь из числа специалистов с учетом гражданской специальности.

Конкретный порядок, сроки подачи и приема личного состава для тыловых госпиталей, как правило, определяет командующий войсками военного округа (флотом).

Работа по приписке (предназначению) граждан, пребывающих в запасе (далее по тексту – ГПЗ), в тыловые госпитали осуществляется мобилизационными подразделениями организаций-исполнителей, которые с получением соответствующих указаний из Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации разрабатывают и направляют в штабы военных округов (флотов) заявки на выделение и заявки на призыв и поставку в разрезе военных комиссариатов субъектов Российской Федерации.

Врачи, предназначенные на должности начальников тыловых госпиталей, обязаны изучить и знать моральные и деловые качества личного состава, приписанного на укомплектование их учреждения. Поэтому они должны ежегодно изучать личный состав, приписанный на укомплектование тыловых госпиталей.

### **Материальное, техническое и финансовое обеспечение тыловых госпиталей. Отвод, приспособление и оборудование зданий, предназначаемых для развертывания СФЗ**

Номенклатура и количество вооружения, техники и других материальных средств тыловых госпиталей определяются их штатами и табелями к штатам, а также нормами обеспечения (снабжения), утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерством обороны Российской Федерации.

В штатах указывается количество основных образцов вооружения и техники, а в табелях к штатам - в полном объеме техника, имущество и другие материальные средства. Отдельным разделом в табелях к штатам указываются вооружение, боеприпасы, военная техника и другие материальные средства, обеспечение которыми возложено на Министерство обороны Российской Федерации.

#### **Нормы обеспечения (снабжения) устанавливаются:**

1. По вооружению, боеприпасам, военно-техническому имуществу связи, химическому и инженерному имуществу, продовольствию и вещевому имуществу, горючему и смазочным материалам для автомобильной техники – Министерством обороны Российской Федерации.
2. По медицинскому имуществу, медицинской и санитарной технике – Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации по согласованию с Министерством обороны Российской Федерации.

Тыловые госпитали в период мобилизации и в военное время обеспечиваются Министерством обороны Российской Федерации стрелковым вооружением, боеприпасами, средствами радиационной, химической и биологиче-

ческой защиты, инженерной техникой, средствами заправки и транспортирования горючего (военных образцов), техническими средствами воспитания и обучения личного состава, техникой и имуществом продовольственной службы, вещевым имуществом, техникой связи, автомобильным и гужевым транспортом, печатями, штампами, бланками служебных документов, документами учета и отчетности медицинской службы и служб тыла, воинскими уставами, наставлениями и инструкциями. Обеспечение раненых и больных воинскими перевозочными документами для следования к месту дальнейшего назначения после выписки из госпиталя осуществляется военными комиссариатами или закрепленными воинскими частями по решению органов военных сообщений военных округов.

Министерство обороны Российской Федерации в период мобилизации и в военное время безвозмездно выделяет Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации продовольствие и обменный фонд обмундирования для обеспечения раненых и больных военнослужащих, находящихся на лечении в тыловых госпиталях.

Все виды вооружения, техники, продовольствия и других материальных средств номенклатуры Министерства обороны Российской Федерации отпускаются организациям-исполнителям или непосредственно тыловым госпиталям в мобилизационный период согласно мобилизационным нарядам, высылаемым штабами военных округов в мирное время. В дальнейшем тыловые госпитали зачисляются на снабжение техникой, имуществом и продовольствием в довольствующие органы военных округов по месту дислокации.

Доставка материальных средств со складов Министерства обороны Российской Федерации в пункты развертывания тыловых госпиталей производится силами и средствами организаций-исполнителей. Выделение недостающих для этих целей транспортных средств осуществляется органами местного самоуправления на основании заявок, подаваемых в мирное время организациями-исполнителями начальникам гарнизонов или военным комиссарам.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и организации-исполнители в период мобилизации и в военное время обеспечивают создаваемые ими тыловые госпитали медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом, специальной техникой, оборудованием, топливом, горючим, смазочными материалами, средствами заправки и транспортирования горючего и другими материальными средствами в соответствии с утвержденными штатами и табелями к ним.

Обеспечение тыловых госпиталей медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом осуществляется путем:

- накопления его в мирное время в мобилизационном резерве согласно табелям к штатам тыловых госпиталей и нормам снабжения;

- приписки к госпиталям табельного имущества длительного использования и положенных по штату специальных кабинетов лечебно-профилактических учреждений мирного времени.

Недостающее до полной табельной потребности имущество приобретается при объявлении мобилизации из ресурсов субъектов Российской Федерации в соответствии с планом, который разрабатывается в мирное время.

Накопление материальных ценностей в мобилизационном резерве для тыловых госпиталей, их содержание, освежение и замена осуществляются организациями-исполнителями в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Финансирование мероприятий по мобилизационной подготовке тыловых госпиталей в мирное время осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации за счет средств федерального бюджета.

Финансирование тыловых госпиталей в период мобилизации производится федеральными органами исполнительной власти и организациями по сметам расходов, которые разрабатываются в мирное время.

Выплата денежного довольствия личному составу тыловых госпиталей из числа военнослужащих и заработной платы гражданскому персоналу будет производиться за счет сметы органов здравоохранения в порядке и по нормам, установленным для военнослужащих и гражданского персонала Министерства обороны Российской Федерации.

Обеспечение продовольствием гражданского персонала тыловых госпиталей в период мобилизации и в военное время осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по нормам, устанавливаемым Правительством Российской Федерации.

Гражданский персонал тыловых госпиталей продовольственными пайками и военным обмундированием не обеспечивается.

Расходы тыловых госпиталей на выплату денежного довольствия раненым и больным военнослужащим, находящимся на лечении, производятся за счет сметы Министерства обороны Российской Федерации. Выделение денежных средств для этих целей производится военными округами по месту дислокации тыловых госпиталей через соответствующие МЭП (РЭП).

Учет и отчетность тыловых госпиталей по материально-техническому и финансовому обеспечению ведется порядком и по формам, установленными соответствующими довольствующими органами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства обороны Российской Федерации.

### **Отвод, приспособление и оборудование зданий, предназначенных для развертывания СФЗ**

В соответствии с действующими нормативными правовыми документами здания, сооружения, коммуникации, земельные участки для тыловых

госпиталей предоставляются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления.

Решения об отводе, приспособлении и оборудовании зданий для развертывания тыловых госпиталей, о назначении организаций – исполнителей работ принимаются и утверждаются в мирное время на специальных заседаниях органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления (далее именуются – специальные заседания).

Решения специальных заседаний включаются в мобилизационные планы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

В первую очередь для размещения тыловых госпиталей отводятся здания и помещения лечебно-профилактических учреждений независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности (госпитали ветеранов войн, больницы, санатории, дома отдыха, профилактории и т.д.) и прилегающая к ним территория. В исключительных случаях отводятся здания и помещения учебных заведений, гостиниц и других учреждений, требующие минимальных затрат материальных средств для их приспособления в период мобилизации и в военное время.

После отбора зданий для развертывания тыловых госпиталей специальная комиссия органа исполнительной власти субъекта РФ обязана в течение месячного срока составить акт об отводе здания, определить объем специальных строительных работ, выполняемых в мирное время, по перечню № 1 и по перечню № 2.

Акт об отводе здания (по каждому зданию) рассматривается на суженных заседаниях и утверждается руководителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

К акту прилагаются: технический паспорт здания; экспликация помещений и прилегающей территории; схема расположения функциональных подразделений; данные о планируемом объеме приспособительных работ; технико-экономическое обоснование выбранного варианта размещения специального формирования и наряд на выделение материальных средств (оказание услуг) из местных ресурсов.

Наряды на выделение материальных средств (оказание услуг) из местных ресурсов, необходимых для производства работ по перечню № 2, хранятся в организации-исполнителе работ.

Утвержденные акты об отводе здания является основанием для оформления «Ордера на право занятия зданий...», которые затем передаются органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в мирное время.

Назначенные на основании решений специальных заседаний организации – исполнители работ в течение четырех месяцев со дня утверждения акта об отводе здания разрабатывают технический проект, смету и план строительно-монтажных работ по его приспособлению и оборудованию, которые утверждаются руководителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

В период мобилизации и в военное время отведенные и приспособленные для развертывания тыловых госпиталей здания, сооружения, коммуникации земельные участки, транспортные средства, имеющийся запас топлива, твёрдый и мягкий инвентарь, средства связи и энергоснабжения, а также другие необходимые материальные средства передаются организацией-владельцем здания в соответствии с решением суженного заседания в ведение начальника тылового госпиталя по акту приема-передачи с указанием в нем стоимости передаваемого имущества. Экземпляр этого акта хранится в организации-владельце здания, в органе исполнительной власти субъектов Российской Федерации или в органе местного самоуправления, а также у начальника тылового госпиталя.

К акту прилагается список работ по перечню № 2, подлежащих выполнению в период мобилизации и в военное время.

Возмещение государством убытков, понесенных организациями и гражданами в связи с предоставлением ими зданий, сооружений, коммуникаций, земельных участков, транспортных средств и другого имущества в интересах обороны страны, производится в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

### **Комплектование тыловых госпиталей техникой**

Комплектование тыловых госпиталей техникой организаций и граждан осуществляется военными комиссариатами во взаимодействии с организациями-формирователями порядком, определяемым Генеральным штабом ВС РФ по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Техника принимается в технически исправном состоянии, обеспеченная запасными частями, инструментом, агрегатами, узлами, механизмами, специальным и другим оборудованием по нормам, установленным соответствующими нормативными правовыми актами Российской Федерации по военно-транспортной обязанности, с регистрационными документами и знаками, технической документацией (ведомостями комплектации завода-изготовителя, ведомостями комплектов запасных частей и принадлежностей (далее именуются – ЗИП) и т.д.), паспортами на специальное оборудование, паспортами на специальные кузова (цистерны), санитарными паспортами).

Дорожно-строительная техника (далее именуется – ДСТ) и прицепные электростанции, подлежащие освидетельствованию, принимаются при наличии разрешения на эксплуатацию от органа Госгортехнадзора (Госэнергонадзора).

Техника считается технически исправной при условии наличия заключения органа Государственной инспекции безопасности дорожного движения Министерства внутренних дел Российской Федерации (далее именуется – орган ГИБДД) или органа государственного надзора и контроля за техническим состоянием транспортных средств в Российской Федерации (далее именуется – орган гостехнадзора) о разрешении эксплуатации этой техники и (или) не

имеющая неисправностей, указанных в Перечне неисправностей, при наличии которых техника, предоставляемая организациями и гражданами в период мобилизации и в военное время, не принимается войсками, воинскими формированиями и органами (далее именуется – Перечень).

Прием техники и технического имущества от организации тыловыми госпиталями включает в себя оформление (заполнение): ведомости контроля хода поступления техники, листов осмотра техники, маршрутного листа, именного списка водителей, а также перерегистрацию техники и выдачу владельцу (представителю владельца) техники и технического имущества Справки.

Справки подписываются военным комиссаром (начальником тылового госпиталя) и представителем организации (гражданином) и заверяются гербовой печатью военного комиссариата (тылового госпиталя).

Военные комиссариаты на основании Справок оформляют и выдают владельцу (представителю владельца) техники и технического имущества квитанции на подтверждение передачи организациями и гражданами в соответствии с планами мобилизации, мобилизационными заданиями (заказами) и (или) технического имущества, в том числе находящихся в их собственности. Оформление и выдача Квитанций производится военным комиссариатом, как правило, после завершения выполнения основных мобилизационных мероприятий на территории района, города (без районного деления).

Паспорта принятой техники, ранее выданные органами ГИБДД и гостехнадзора, передаются в отдел материально-технического обеспечения тылового госпиталя с целью дальнейшего оформления перехода права собственности. На основании сведений, указанных в паспортах принятой техники в течение следующих после приема техники 3-х суток оформляются паспорта (формуляры) техники. Паспорта принятой техники, ранее выданные органами ГИБДД и гостехнадзора, накладные на техническое имущество и приемосдаточные акты хранятся в тыловом госпитале до окончания мобилизации (военного времени) и принятия решения о дальнейшем использовании техники и технического имущества, поступивших от организаций и граждан в период мобилизации и в военное время.

О ходе отмотобилизования начальники тыловых госпиталей представляют доклады и донесения руководителю органа местного самоуправления, руководителю органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и командующему войсками военного округа в соответствии с выпиской из «Табеля срочных донесений».

На основании донесения начальника тылового госпиталя о завершении отмотобилизования и готовности к работе командующий войсками округа дает указание начальникам служб округа о постановке госпиталя на все виды довольствия.

### **Роль и место тыловых госпиталей здравоохранения**

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что специальные

формирования здравоохранения, прежде всего, тыловые госпитали были и являются важным звеном в системе медицинского обеспечения войск и не утратили своей роли и значения в современных условиях.

Эвакуация раненых и больных в тыловые госпитали здравоохранения РФ в условиях современной войны может быть представлена как комплекс организационных, медицинских и технических мероприятий по отбору и подготовке раненых и больных к эвакуации, погрузке их в транспортные средства, оказанию медицинской помощи и уходу за ранеными и больными в пути следования, разгрузке транспортных средств в пунктах назначения и доставке раненых и больных в соответствующие ТГЗ.

По современным представлениям эвакуации из госпитальных баз фронтов в ТГЗ подлежат, раненые и больные, которые после окончания лечения не могут быть возвращены в строй (независимо от продолжительности лечения), а также раненые и больные, нуждающиеся в длительном лечении, превышающем установленные для ГБФ сроки.

Объем и сроки медицинской эвакуации раненых и больных во внутренние районы страны будут зависеть не только от величины и структуры санитарных потерь, но и от обстановки на фронтах, состояния развернутой в глубине страны коечной сети, эвакуационных возможностей транспортных коммуникаций, наличия санитарно-транспортных средств и т.д.

В 1943-1944 годах число эвакуируемых из ГБФ составляло в среднем 1,5 миллиона человек в год. В современных условиях, по данным учений и результатам специальных исследований, в случае перехода к применению сторонами ядерного оружия, эвакуации в ТГЗ будут подлежать 30-45% раненых и больных в зависимости от сроков лечения, установленных для ГБФ.

При ведении операций с применением обычных видов оружия эти показатели могут быть значительно выше и, соответственно, равняться 50-70 и более процентов.

Возможные сроки готовности раненых и больных к эвакуации из ГБФ в тыл страны в современных войнах будут определяться тяжестью ранения (поражения), временем, необходимым для подготовки раненых и больных к эвакуации и установления прогноза, видом эвакуационно-транспортных средств. Согласно «Руководству по эвакуации раненых и больных из госпитальных баз фронтов в тыловые госпитали Министерства здравоохранения» для значительной части раненых и больных эвакуация за пределы фронта ВСП и СТС может быть начата с 5-7 суток после их поступления в ГБФ, эвакуация авиационным транспортом – со 2-3 суток.

В современной системе лечебно-эвакуационных мероприятий в организации эвакуации раненых и больных принимают участие: во фронте - военно-медицинское управление, ЭП(ф), управления ГБФ; во внутреннем районе страны – эвакуационные пункты распределительные, местные, перегрузочных районов, медицинская служба ВО ВВ (территориального командования). Общее руководство эвакуацией раненых и больных в ТГЗ осуществляется ГВМУ МО. Кроме органов управления к эвакуации раненых и больных привлекается большое количество сил и средств как военного, так и гражданско-

го ведомств. В связи с этим успешное решение задач по эвакуации раненых и больных из ГБФ в ТГЗ возможно только при четкой организации взаимодействия между органами управления здравоохранения, военно-медицинской службы, службы военных сообщений, МЧС, местных органов власти и т.д.

В общей системе эвакуации раненых и больных в ТГЗ военно-медицинское управление фронта планирует эвакуацию раненых и больных из ГБФ, представляет донесения в ГВМУ МО о количестве и структуре раненых и больных, подготовленных к эвакуации, и представляет заявки в службу военных сообщений фронта для эвакуации, а также контролирует организацию эвакуации за пределы фронта.

На госпитальные базы возлагаются чрезвычайно сложные и ответственные задачи по отбору и подготовке раненых и больных к эвакуации в предельно сжатые сроки, так как массовая эвакуация за пределы фронта начинается с 5-7 суток операции. Кроме того, управления госпитальных баз организуют развертывание прирельсовых (приаэродромных) эвакоприемников своими силами и средствами, обеспечивают доставку раненых и больных к местам погрузки и погрузку раненых и больных в транспортные средства, если ЭП фронта возлагает на них эту задачу.

Непосредственное руководство эвакуацией раненых и больных из ГБФ осуществляет ЭП(ф), который организует отбор и подготовку раненых и больных, развертывание эвакуационных приемников, доставку в них раненых и больных и погрузку на санитарно-транспортные средства.

Подготовка раненых и больных к эвакуации включает выполнение следующих обязательных требований:

- завершения оказания раненому (больному) квалифицированной и специализированной медицинской помощи;
- замену транспортной иммобилизации на лечебную (гипсовую повязку, аппарат для внеочаговой фиксации, остеосинтез переломов);
- проведение медицинских мероприятий, обеспечивающих транспортабельное состояние раненых и больных с учетом условий транспортировки и длительность эвакуации (восполнение кровопотери, стойкое купирование болевого синдрома и психомоторного возбуждения, детоксикационная терапия и др.);
- проведение полной санитарной обработки раненого (больного);
- оформление медицинских документов эвакуируемого (истории болезни, эвакуационного конверта);
- выдачу раненым и больным продовольственного, вещевого и денежного аттестатов;
- выдачу личных вещей, орденов и медалей, принадлежащих эвакуируемому;
- экипировку эвакуируемого (выдачу обмундирования в соответствии со временем года и погодой).

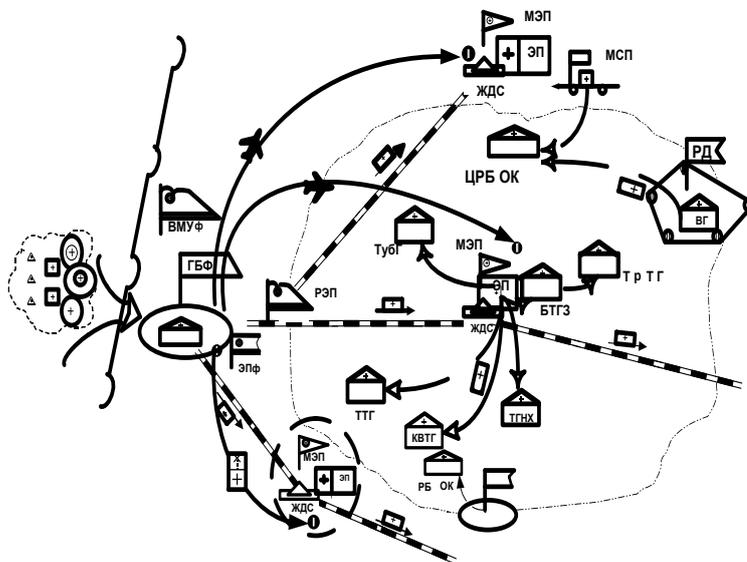
В целях обеспечения преемственности в лечении раненых и больных в переводном эпикризе истории болезни указываются время поступления в

госпиталь, диагноз основного и сопутствующего ранения (заболевания), выполненные в госпитале лечебные мероприятия (оперативные вмешательства), послеоперационное течение, данные объективных исследований, обоснование перевода в ТГМЗ, необходимые медицинские мероприятия в пути следования.

В современной системе этапного лечения с эвакуацией по назначению важное место занимают местные эвакуационные пункты – это орган управления эвакуацией раненых и больных, с которым руководители СФЗ будут осуществлять наиболее тесное взаимодействие в процессе своей работы.

Местный эвакуационный пункт (МЭП) является территориальным органом управления медицинской службы, предназначенным для организации приема раненых и больных, эвакуируемых из госпитальных баз фронтов, флотов, войск военного округа военного времени, соединений и частей родов войск и видов Вооруженных Сил, дислоцированных на территории ВО ВВ, и войск, проходящих по его территории, доставки поступающих раненых и больных в тыловые госпитали МЗ и оперативного руководства деятельностью тыловых госпиталей. МЭП непосредственно подчинён начальнику медицинской службы ВО ВВ, на территории которого расположены приписанные к нему ТГЗ

(Принципиальная схема эвакуации раненых и больных из ГБФ в ТГЗ приведена на схеме).



Принципиальная схема эвакуации раненых и больных военнослужащих из ГБФ в специальные формирования здравоохранения субъекта Российской Федерации

Совершенствование медицинской науки и техники, способов и методов лечения современной боевой патологии предопределяет совершенствование организационной структуры специальных формирований здравоохранения, их мобилизационной подготовки и мобилизации.

### **3.4 Обсервационные пункты. Задачи, порядок формирования и работы**

Обсервационные пункты здравоохранения Российской Федерации предназначены для временной изоляции и обсервации, следующих по железнодорожным, водным и воздушным путям сообщения воинских контингентов при их эпидемическом неблагополучии и выполнения функций противоэпидемических барьеров по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний в войсках и среди населения. **Обсервационные пункты формируются при объявлении мобилизации или по особому распоряжению Правительства Российской Федерации.**

На обсервационные пункты возлагаются следующие задачи:

- прием, полная санитарная обработка воинских контингентов, поступающих в обсерватор, с обязательной дезинфекцией обмундирования и других вещей обсервируемых;
- медицинское наблюдение за обсервируемым личным составом с целью своевременного выявления инфекционных больных (подозрительных на инфекционное заболевание), их изоляция и госпитализация в ближайшие инфекционные больницы (отделения);
- лабораторные обследования (по показаниям) с целью выявления бактерионосителей;
- проведение (по эпидпоказаниям) профилактических прививок;
- материальное обеспечение обсервируемых и выплата им денежного довольствия за время пребывания в обсерваторе;
- проведение с обсервируемыми воспитательной, санитарно просветительной и культурно-досуговой работы;
- организация по окончании обсервации заключительного медицинского осмотра и санитарной обработки обсервируемых.

**В соответствии с существующими штатами обсервационный пункт состоит из:**

- управления;
- основных подразделений (приемно-диагностического отделения с изолятором на 50 коек, бактериологической лаборатории и дезинфекционного отделения);
- подразделений обеспечения (аптеки, столовой, склада и хозяйственного отделения).

Здания (помещения) для обсервационного пункта отводятся заблаговременно в мирное время вблизи от железнодорожных станций (железнодорожных разъездов, веток), портов пристаней, аэродромов, стратегических автомобильных дорог и приспособляются в соответствии с общими требованиями, установленными для СФЗ.

При этом следует обратить внимание на то, что при отводе зданий под обсервационные пункты (для размещения его структурных подразделений),

также должны предусматриваться здания и помещения для временного размещения (на 2000 человек) воинских контингентов, подлежащих обсервации.



Организация комплектования обсервационного пункта медицинским и обслуживающим персоналом осуществляется в порядке, определенном для всех специальных формирований здравоохранения.

**Порядок обсервации.** Обсервации подвергаются воинские контингенты, следующие по железнодорожным, водным и воздушным путям сообщения, при наличии среди них более **2% однородных** или **5% разнородных инфекционных заболеваний**, а также при обнаружении среди них **хотя бы одного случая** чумы, оспы и других, опасных высококонтагиозных заболеваний на основании распоряжения командующего войсками военного округа, по территории которого следует воинский транспорт.

Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации при получении распоряжения о необходимости обсервации воинских контингентов приводит обсервационный пункт в состояние готовности к работе. Для приема эшелона на обсервацию назначается комиссия в составе: представителя штаба военного округа, начальника обсервационного пункта, гарнизонного врача, начальника эшелона, врача эшелона и представителя органа управления здравоохранением субъекта РФ, которые составляют акт в двух экземплярах и делают запись в паспорте эшелона.

После приема воинского эшелона на обсервацию производится медицинский осмотр всего обсервируемого личного состава с привлечением медицинского состава эшелона.

Инфекционные больные (с выраженной клиникой заболевания) направляются в стационарные лечебные учреждения, выделяемые для этой цели органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Больные с подозрением на инфекционное заболевание помещаются в изолятор.

Весь остальной личный состав эшелона подвергается полной санитарной обработке, после чего размещается в специально предназначенных зданиях.

Лица, бывшие в контакте с больными, размещаются изолированно.

Дезинфекция транспортных средств, на которых следовали обсервируемых, производится по распоряжению ведомственной медицинской службы силами и средствами этой службы.

Санитарная обработка обсервируемого личного состава проводится силами и средствами обсервационного пункта.

### **3.5 Оперативные койки лечебных учреждений. Порядок выделения и использования.**

Оперативные больничные койки лечебных учреждений Министерства здравоохранения РФ, развертываемые в период мобилизации и в военное время сроком на 1 месяц предназначаются для медицинского обеспечения дислоцированных на данной территории воинских контингентов в случае возникновения массовых санитарных потерь среди личного состава военных округов военного времени на период до развертывания тыловых госпиталей Министерства здравоохранения (ТГМЗ).

Задание на развертывание в особый период и в военное время оперативных коек здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации и содержание в этих целях в мобилизационном резерве определенных запасов медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества устанавливается постановлением Правительства РФ.

Время развертывания оперативных больничных коек в интересах Вооруженных Сил РФ, их дислокация и специализация, порядок и источника комплектования кадрами, материальными и финансовыми средствами определяются решениями органов исполнительной власти субъектов РФ и местного самоуправления по согласованию с ГВМУ и медицинской службой военных округов военного времени с учетом местных условий и имеющихся по этим вопросам нормативных актов и методических рекомендаций Министерства здравоохранения РФ и ГВМУ.

Непосредственную ответственность за организацию развертывания оперативных больничных коек на территории субъекта РФ несет руководитель органа управления здравоохранением данного субъекта и руководители медицинских учреждений, на которых возложено соответствующее задание.

Перечни лечебно-профилактических учреждений, выделяющих оперативные койки в период мобилизации и в военное время в интересах Министерства обороны, конкретные задания каждому учреждению, выделение и приспособление в этих целях дополнительных зданий и помещений, порядок перевода учреждений на организацию и штаты военного времени и т.д., определяются решениями суженных заседаний органов исполнительной власти субъектов РФ и местного самоуправления.

Количество и специализация оперативных коек сети здравоохранения устанавливаются органом управления здравоохранением данного субъекта РФ с учетом географических, экономических и демографических особенностей, вероятных санитарных потерь при ведении военных действий, возможностей и специализации имеющихся лечебно-профилактических учреждений.

При этом должны учитываться рекомендации Министерства здравоохранения РФ и Главного военно-медицинского управления МО РФ:

**Хирургический профиль** – 70-75%, в том числе:

- нейрохирургические – 10-11%;
- торакоабдоминальные – 11-12%;
- травматологические – 18-19%;
- ожоговые – 7-8%;
- общехирургические – 17%;
- для легкораненых – 7-8%.

**Терапевтический профиль** – 25-30%, в том числе:

- терапевтические – 13-14%;
- психоневрологические – 5-6%;
- инфекционные – 4-6%;
- гинекологические – 1-1,5%;
- туберкулезные – 1-1,5%;
- кожно-венерологические – 1%.

С получением задания на развертывание оперативных больничных коек в органах управления здравоохранением субъектов РФ разрабатываются **мероприятия по их развертыванию**:

- задания местным органам управления здравоохранением на развертывание оперативных коек в ЛПУ;
- порядок доукомплектования ЛПУ медицинскими кадрами;
- источники, сроки и порядок обеспечения материальными средствами, медицинской и другой техникой.

Руководитель учреждения разрабатывает конкретные мероприятия по организации развертывания больничных коек, доукомплектованию необходимыми кадрами, обеспечению имуществом, техническими и иными средствами, которые отражаются в разрабатываемых планах и иных документах.

Укомплектование ЛПУ специалистами и обслуживающим персоналом осуществляется за счет персонала этих учреждений, не подлежащих призыву в Вооруженные Силы. При этом исходят из нормативов:

- на 100 коек хирургического профиля – не менее одного хирурга и двух врачей нехирургической специальности и шести медицинских сестер;
- на 100 коек терапевтического профиля – не менее двух врачей терапевтического профиля и четырех медицинских сестер.

## **Тема №4. ПОДВИЖНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ФОРМИРОВАНИЯ. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ПОРЯДОК РАБОТ.**

### **Учебные вопросы:**

1. Предназначение, организационно-штатная структура, оснащение и организация работы мобильного медицинского отряда (ММО МСГО)
2. Предназначение, организационно-штатная структура, оснащение и организация работы подвижного многопрофильного госпиталя.
3. Предназначение, организационно-штатная структура, оснащение и организация работы подвижного инфекционного госпиталя.

Чрезвычайная ситуация для здравоохранения определяется как неожиданная, внезапно возникающая обстановка, сложившаяся на объекте (зоне, районе) в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, эпидемии, эпизоотии, военных действий, характеризующаяся наличием или возможностью появления значительного числа пораженных (больных), резким ухудшением условий жизнедеятельности населения и требующая привлечения для медико-санитарного обеспечения сил и средств здравоохранения, находящихся за пределами объекта (зоны, района) ЧС, а также – особой организации работы медицинских учреждений и формирований, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

При планировании мероприятий ГО и ВЦМК на объектах здравоохранения в соответствии с федеральными законами «О гражданской обороне» (1998г.), «Об обороне» (1996г.) «О мобилизационной подготовке и мобилизации в РФ» (1997г.) по заданию вышестоящего органа управления создаются организации (формирования) медицинской службы и гражданской обороны и медицины катастроф. Основой для планирования медицинского обеспечения населения района является задание вышестоящего органа управления, решение руководителя комиссии по чрезвычайной ситуации и решение руководителя органа здравоохранения. Оно принимается на основании анализа возможной чрезвычайной ситуации, задания и решения руководителя комиссии по чрезвычайной ситуации.

В соответствии с мобилизационным заданием для своевременной и качественной ликвидации медико-санитарных последствий ЧС развертываются территориальные и федеральные формирования и учреждения МСГО и ВСМК.

С учетом перемен в военной доктрине нашего государства во взглядах на характер возможных войн, существенно изменились правительственные задания здравоохранению на военное время, в связи с развитием средств вооруженной борьбы, совершенствованию общих сил ГО и методов их действий, усложнением и утяжелением современной боевой патологии.

Для своевременного и качественного оказания исчерпывающей медицинской помощи в оптимальные сроки в современных условиях предусмат-

ривается максимальное приближение сил и средств первой врачебной помощи к очагам поражения, быстрая эвакуация пораженных из очагов для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи предусмотрено создание подвижных, мобильных медицинских формирований медицинской службы гражданской обороны, которыми являются:

- медицинский мобильный отряд МСГО;
- подвижный многопрофильный госпиталь;
- подвижный инфекционный госпиталь.

#### **4.1 Предназначение, организационно-штатная структура, оснащение и организация работы мобильного медицинского отряда (ММО МСГО)**

Мобильный медицинский отряд является основным подвижным формированием медицинской службы гражданской обороны, предназначенным для оказания первой врачебной помощи в военное время пострадавшему населению в очагах поражения, а также в районах стихийных бедствий на границе очага массовых санитарных потерь, временного размещения пораженных и подготовки их к эвакуации в больницы здравоохранения (лечебные учреждения больничной базы загородной зоны). Кроме того, он может привлекать для проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Отряд формируется в соответствии со штатом и табелем на базе одного учреждения здравоохранения (УЗ) города или района согласно плана-задания органа управления здравоохранением. Ответственность за организацию и качество подготовки личного состава МО возлагается на руководителя учреждения-формирователя.

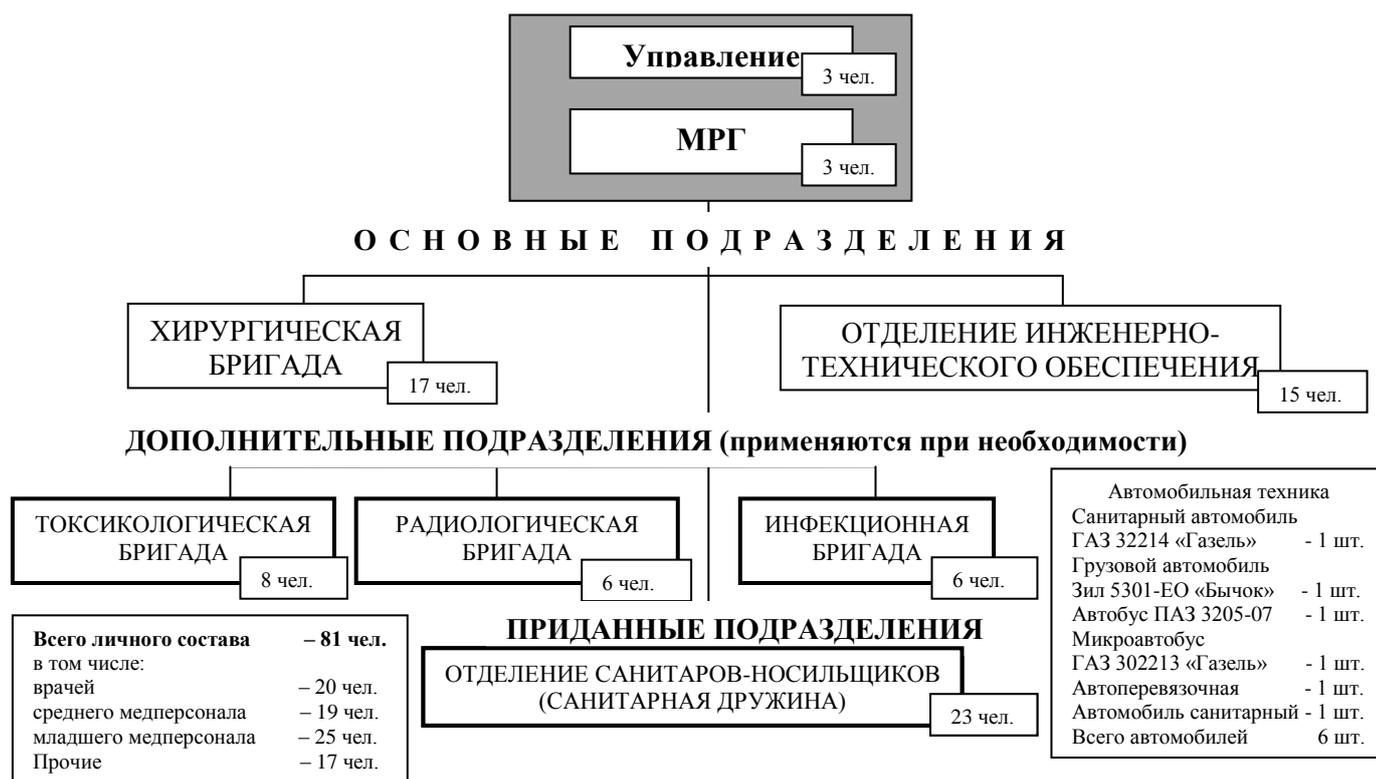
Медицинский отряд выполняет следующие основные **задачи**:

- ведение медицинской разведки на маршрутах выдвижения и в районе расположения отряда; участие в проведении медицинской разведки в очагах поражения;
- осуществление эвакуации пораженных на себя из очагов поражения;
- обеспечение массового приема и регистрации пораженных;
- проведение медицинской сортировки пораженных;
- оказание пораженным первой врачебной помощи и временная госпитализация их по нетранспортабельности;
- подготовка пораженных к эвакуации в лечебные учреждения;
- проведение частичной санитарной обработки пораженных, а также частичной дезактивации, дегазации и дезинфекции их одежды и обуви;
- временная изоляция пораженных с острыми психическими расстройствами и инфекционных больных;
- участие в проведении лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах поражения;
- проведение мероприятий по защите личного состава отряда и пораженных от поражающих факторов оружия массового поражения;

- ведение медицинского учета и отчетности;
- участие в снабжении медицинским имуществом санитарных дружин работающих на участке отряда.

Медицинский отряд имеет в своем составе основное подразделение – **хирургическую бригаду**, обеспечивающую сортировку пораженных, оказание первой врачебной и квалифицированной помощи по жизненным показаниям и подготовку их к эвакуации в лечебные учреждения. Для усиления мобильного медицинского отряда могут направляться и другие БСМП необходимых профилей. При необходимости в очаг направляются дополнительные бригады отряда (токсикологическая, радиологическая, инфекционная), имеющие табельное оснащение. При работе отряда в очаге, оказание первой помощи осуществляется аварийно-спасательными формированиями ГО, в том числе санитарной дружиной, приписанной к данному отряду.

### Организационная структура мобильного медицинского отряда



### Организационно-штатное расписание мобильного медицинского отряда ММО

№ п/п	Наименование должностей	Количество должностей
<b>Управление</b>		
1.	Главный врач	1
2.	Заместитель главного врача	1
3.	Главная медицинская сестра	1

	<b>Итого:</b>	3
<b>Медицинская распорядительная группа (МРГ)</b>		
1.	Руководитель группы врач-специалист	1
2.	Врач-специалист	1
3.	Водитель	1
	<b>Итого:</b>	3
	<b>Всего:</b>	6
<b>Основные подразделения</b>		
<b>Хирургическая бригада</b>		
1.	Руководитель бригады врач-хирург	1
2.	Врач-хирург	1
3.	Врач анестезиолог-реаниматолог	1
4.	Медицинская сестра операционная	1
5.	Медицинская сестра-анестезист	1
6.	Медицинская сестра	6
7.	Медицинский регистратор	6
	<b>Итого:</b>	17
<b>Отделение инженерно-технического обеспечения</b>		
1.	Начальник отделения	1
2.	Инженер по обслуживанию пневмокаркасных модулей	1
3.	Техник	5
4.	Водитель	6
5.	Радист-телефонист	1
6.	Электрик	1
	<b>Итого:</b>	15
	<b>Всего:</b>	38
<b>Дополнительные подразделения</b>		
<b>Токсикологическая бригада</b>		
1.	Руководитель бригады – врач-токсиколог	1
2.	Врач-токсиколог	1
3.	Врач анестезиолог-реаниматолог	1
4.	Химик-эксперт	1
5.	Медицинская сестра-анестезист	2
6.	Медицинская сестра	2
	<b>Итого:</b>	8
<b>Радиологическая бригада (применяется при необходимости)</b>		
1.	Руководитель бригады – врач-радиолог	1
2.	Врач-радиолог	1
3.	Дозиметрист	1
4.	Медицинская сестра	2
5.	Фельдшер-лаборант	1
	<b>Итого:</b>	6
<b>Инфекционная бригада (применяется при необходимости)</b>		
1.	Руководитель бригады – врач-инфекционист	1
2.	Врач эпидемиолог	1
3.	Помощник врача эпидемиолога	1
4.	Медицинская сестра	2
5.	Медицинский дезинфектор	1
	<b>Итого:</b>	6
<b>Отделение санитаров-носильщиков (санитарная дружина)</b>		

1.	Начальник отделения	1
2.	Санитар	22
	<b>Итого:</b>	23
	<b>Всего дополнительно:</b>	43
	<b>ВСЕГО</b>	81
	<b>Автомобильный транспорт</b>	
	<b>Наименование транспорта</b>	Количество
1.	Легковые автомобили УАЗ – 469	1
2.	Грузовые автомобили КамАЗ	2
3.	Санитарные автомобили «Газель», УАЗ – 31512	2
4.	Автобусы ЛИАЗ, ПАЗ	2
	<b>Итого:</b>	7
	<b>Прицепы</b>	
1.	Автоприцепы (2-ПН-2М)	2
2.	Прицеп-цистерна для воды ЦВ-1,2	2
	<b>Итого:</b>	4

Отряд формируется в соответствии со штатом и табелем на базе одного учреждения здравоохранения (УЗ) города или района согласно плана-задания органа управления здравоохранением.

В состав отряда зачисляются мужчины в возрасте от 16 до 60 лет и женщины от 16 до 55 лет, за исключением военнообязанных, инвалидов 1 и 2 групп, беременных женщин и женщин, имеющих детей до 8 лет.

Назначение и перемещение личного состава отряда осуществляется приказом по УЗ. В отряд могут привлекаться медицинские работники пенсионного возраста при удовлетворительном состоянии здоровья и студенты старших курсов медицинских учебных заведений, а при работе в очагах массовых санитарных потерь и местное население.

В состав отряда включаются санитарные дружины из объектов экономики. Они приписываются к отряду решением местных органов власти.

Укомплектование отряда автомобилями с водителями производится также на основе решения местных органов власти. Отряд за 12-16 часов работы должен принять, провести медицинскую сортировку, оказать первую врачебную помощь и подготовить к эвакуации до **500** пораженных.

При планомерном проведении мероприятий ГО отряд действует в соответствии с порядком ввода формирований ГО к очагу поражения и планом проведения спасательных работ.

Личный состав ММО МС ГО в районах размещения, а при ведении спасательных работ и поступающие в отряд пораженные, обеспечиваются специальными формированиями гражданской обороны питанием, обменной одеждой, бельем и обувью.

Снабжение отряда водой осуществляется из сохранившегося водопровода (артезианских скважин, шахтных колодцев, каптажей), а также путем подвоза воды силами и средствами инженерной службы ГО

Личный состав отряда в мирное время на период привлечения для ликвидации последствий стихийных бедствий и катастроф обеспечивается бесплатным питанием, жильем, спецодеждой и транспортом для проезда к месту

работы и обратно к месту жительства. Связанные с этим расходы производятся различными ведомственными службами на основании Федерального закона «Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателей» от 22.08.98 № 151-ФЗ.

Для выполнения своих задач отряд должен быть соответствующим образом оснащен и оборудован. Все имущество, предназначенное для медицинского отряда, принято делить на медицинское, санитарно-хозяйственное и специальное.

К медицинскому имуществу относятся: медикаменты, кровь и кровезаменители, медицинские аппараты и приборы, перевязочные материалы, дезинфицирующие средства и дезинфекционная аппаратура, лабораторное и аптечное имущество.

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

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

Основными источниками снабжения медицинских отрядов МС ГО являются:

1. Имущество длительного хранения – запасы всех видов имущества целевого назначения и централизованного обеспечения МС ГО. Оно накапливается по решению правительства РФ, и хранится на складах длительного хранения медицинских центров «Резерв» в загородной зоне. Это имущество выдается со складов с введением общей готовности ГО.
2. Имущество текущего довольствия, которое находится в аптечной сети (аптека, аптечные склады, базы). Каждая аптека имеет запас медикаментов, перевязочных средств, в пределах двух-трехмесячной потребности.
3. Запасы медицинского имущества в УЗ на случай чрезвычайной ситуации (ЧС) природного и техногенного характера.
4. Имущество, приписанное к МС ГО по решению суженного заседания (СЗ) соответствующих органов исполнительной власти и органов местного самоуправления.

Табельное оснащение МО рассчитано на оказание первой врачебной помощи 500 пострадавшим. Медицинский отряд повышенной готовности обеспечивается за счет имущества длительного хранения, которое рассчитано на оказание первой врачебной помощи 3000 пораженных в течение 3 суток. Запасы медицинского имущества содержатся комплектно для каждого МО по

номенклатуре и в количествах согласно табелю. На каждый комплект имущества на складе формирователя заранее подготовлены и хранятся по два экземпляра нарядов на выдачу. Имущество, не хранящееся или хранящееся не полностью (может составлять 10-50% от положенного по табелю) предусматривается пополнять согласно планам МС ГО за счет имущества текущего снабжения из наличия у формирователя.

Ответственность за своевременное оснащение табельным имуществом МО несут главные врачи учреждений-формирователей. Контроль за их укомплектованием осуществляют начальники МСГО области (города, района) через помощников по медицинскому снабжению. Порядок, место и время получения табельного имущества, предназначенного для МО, указывается в плане медицинского обеспечения ГО и плане-задании для учреждения-формирователя.

Отпуск медицинского имущества производится по указанию органов здравоохранения и осуществляется по имеющемуся у его хранителя наряду при предъявлении получателем доверенности.

Учреждение, на складе которого хранится медицинское имущество для МО, при получении соответствующего распоряжения готовит его к отпуску. При этом имущество, хранящееся россыпью, упаковывается в специальную тару (ящики, мешки, коробки и т.д.). Имущество размещается в таре с расчетом, чтобы масса одного места не превышала 40 кг. Ориентировочная потребность в таре для одного МО 30-35 ящиков. Медицинское имущество получает начальник аптеки отряда. Получение, погрузка и доставка имущества к месту назначения (район формирования, сосредоточения) осуществляется, как правило, силами и средствами МО. По данным учений время на выдачу имущества со склада одному отряду составляет 1-1,5 часа.

Полученное со склада имущество учитывается. Лекарственные и перевязочные средства сосредотачиваются в основном в аптеке, и в дальнейшем отпускается по требованиям по мере необходимости. Медицинская техника, специальное и санитарно-хозяйственное имущество, как правило, распределяется по функциональным подразделениям отряда и приводится в рабочее состояние. Для ускорения отпуска имущества на каждое подразделение заранее оформляются накладные в двух экземплярах. Примерное распределение табельного медицинского имущества по функциональным подразделениям отряда приведено в Приложении 3 инструктивно-методических рекомендаций «Организация работы медицинского снабжения (аптеки) ОПМ» М: – МЗ СССР 1977 стр. 32-49.

Порядок снабжения медицинским и другим имуществом МО, участвующих в оказании медицинской помощи пораженным, устанавливается соответствующим начальником МС ГО. Обычно МО пополняет израсходованное в ходе спасательных работ имущество со складов и баз ПО «Фармация» и ТПО «Медтехника». Чаще это будет осуществляться с использованием подвижных аптечных летучек на автомашинах, катерах, вертолетах. Комплект аптечной летучки рассчитан на оказание медицинской помощи 300 пораженным.

Обеспечение МО грузовым, санитарным и **специальным** транспортом, водительским составом, горюче-смазочными материалами (ГСМ) осуществляется за счет автомобилей и имущества, имеющегося в учреждении-формирователе для обеспечения повседневной деятельности, а при их отсутствии или недостаточном количестве – за счет заблаговременного закрепления (решением СЗ органов исполнительной власти) за МО автомобилей и имущества других организаций. Для работы медицинских отрядов рекомендуется использовать следующие автотранспортные средства: для перевозки персонала МО – пассажирский автобус типа ЗИЛ 325000; для перевозки табельного имущества – бортовой грузовой автомобиль типа ЗИЛ 433110 (грузоподъемность – 6000 кг) и автомобильный прицеп типа ГКБ 817 М 1 (грузоподъемность – 6500 кг)

Табелем оснащения предусматривается радиостанция, электростанция и др. специальная техника и имущество (Приложение 1 методических указаний Минздрава РФ от 24.04.2001 г. № 2510/4291-01-27 «О создании гражданских организаций гражданской обороны»).

### **Организация развертывания и работы мобильного медицинского отряда в очагах ядерного и обычного средств поражения**

Медицинский отряд при планомерном проведении мероприятий ГО действует в соответствии с порядком ввода формирований ГО в очаг поражения и планом проведения спасательных работ.

При постановке задач на выдвижение, развертывание и организацию работы отряда начальник МО доводит до личного состава: обстановку (кратко) на лечебно-эвакуационном направлении и на маршруте выдвижения (подробно) с указанием маршрута выдвижения отряда до очага поражения; задачи медицинской распределительной группы (МРГ); порядок построения колонны МО; время прибытия его к очагу поражения; место встречи с МРГ; время и место развертывания МО.

МРГ проводит медицинскую разведку маршрута выдвижения отряда к очагу поражения и месте его развертывания, выявляет пригодные для развертывания отряда помещения в заданном районе, ведет медицинскую разведку в районе действия МО и на маршрутах вывоза пораженных к месту развертывания отряда. По завершении медицинской разведки МРГ прибывает в МО.

На основании данных МРГ начальник отряда уточняет задачи и отдает распоряжение на продолжение марша к месту развертывания и направляет туда рекогносцировочную группу (начальников приемно-сортировочного операционно-перевязочного и эвакуационного отделений с необходимым количеством личного состава).

По прибытии МО к месту развертывания и после доклада старшего рекогносцировочной группы, начальник отряда объявляет решение на размещение и срок готовности каждого отделения к приему пораженных: указывает место для распределительного поста (РП), стоянки транспорта, площадки

специальной обработки, сортировочной площадки (в летних условиях), а также для размещения подразделений обеспечения, кухни, автоцистерны, электростанции, радиостанция и другой спецтехники, помещений для личного состава и морга.

Медицинский мобильный отряд разворачивается в составе следующих функциональных подразделений:

1. Приемно-сортировочное и эвакуационное отделения в составе:
  - распределительного поста;
  - сортировочной площадки;
  - приемно-сортировочной для ходячих больных и носилочных пораженных;
  - перевязочной для легко раненых;
  - эвакуационной.
2. Операционно-перевязочного отделения в составе:
  - операционная на два операционных стола с предоперационной;
  - перевязочная на шесть перевязочных столов с предперевязочной;
  - противошоковые (интенсивной терапии) палаты для пораженных с травматическими и ожоговыми поражениями на 80-100 мест;
  - стерилизационной и автоклавной.
3. Госпитальное отделение в составе:
  - палат для нетранспортабельных на 80-100 мест;
  - инфекционного изолятора на две инфекции и изолятор для пораженных острыми психическими расстройствами;
  - анаэробной с перевязочной;
  - палаты для агонирующих;
  - палат для рожениц, родильниц и новорожденных;
  - процедурной с одним перевязочным столом и место для медицинского персонала.
4. Отделение частичной санитарной обработки и дезактивации одежды и обуви, в составе:
  - площадки частичной специальной обработки для ходячих и носилочных;
  - площадки частичной дезактивации одежды и обуви;
  - места для обработки автомобилей.
5. Отделения медицинского снабжения (аптека).
6. Управление (штаб медицинского отряда).
7. Хозяйственное отделение с подвижными пунктами питания и вещевого снабжения.
8. Морг.

## Принципиальная схема развертывания мобильного медицинского отряда МСГО



Медицинская сестра, находящаяся на сортировочном посту, останавливает санитарный транспорт, доставивший пораженных и больных из очагов массовых санитарных потерь в медицинский отряд. Она выясняет у водителя автомобиля, откуда доставлены пораженные, проводит дозиметрический контроль радиационного заражения автомобиля. Если уровень радиации превышает 200 мр/ч и выше, то автомобиль вместе с ранеными направляется на площадку специальной обработки.

При отсутствии радиоактивного поражения, пораженные и больные сохранившие способность к самостоятельному передвижению выходят из автомобиля, подвергаются короткому осмотру и опросу и дозиметрическому контролю открытых частей тела и обмундирования. При этом она выделяет следующие группы раненых, больных и пораженных (опасных для окружающих):

- подлежащих изоляции (инфекционные больные и лица с заболеваниями, подозрительными не заразные) – направляются в инфекционный изолятор;
- подлежащими изоляции в психоневрологическом изоляторе;
- нуждающихся в санитарной обработке (имеющих заражение открытых частей тела и радиоактивными веществами, если уровень радиации составляет 50 мр/ч и более – направляются в отделение ЧСО).

Всех остальных раненых и больных медицинская сестра направляет на сортировочную площадку или в приемно-сортировочную для ходячих. Носилочные раненые и больные осматриваются непосредственно в автомобиле и при этом выявляются менее нуждающиеся в санитарной обработке и подлежащих изоляции. Эти контингенты обозначаются соответствующими сортировочными марками и на том же транспорте направляются на площадку специальной обработки.

В отделении ЧСО дезактивация одежды и обуви, индивидуальных средств защиты ходячими пораженными и больными выполняется самостоятельно путем встряхивания, выколачивания, обметания веником на «грязной» половине площадки. На «чистой» половине площадки обмывают водой открытые участки тела (лицо, руки, шею), прополаскивают водой полость рта и промывают глаза 3% раствором борной кислоты. Дезактивацию индивидуальных средств защиты, одежды, обуви и санитарную обработку носилочных пораженных осуществляет санитар (сандружинница) и выделенный в помощь ему выздоравливающий пораженный (больной). Санитар и другие лица, работающие в отделении ЧСО используют индивидуальные средства защиты органов дыхания и кожи. Контроль качества выполнения дезактивации осуществляет медицинская сестра. После санитарной обработки пораженные направляются (переносятся) на сортировочную площадку (приемно-сортировочную).

Частичная дезактивация, дегазация транспорта проводится самим водителем дегазирующими (дезактивирующими) растворами на площадке обработки транспорта.

На площадке специальной обработки транспорта санитар проводит дезактивацию и дегазацию носилок.

На сортировочной площадке или в приемно-сортировочной палатке сортировочная бригада проводит медицинскую сортировку. Практически сортировка пораженных и больных начинается с их осмотра в процессе выгрузки из автомобиля.

Вначале проводится выборочная сортировка – выявляются нуждающиеся в неотложной врачебной помощи в операционной или перевязочной (поражения с продолжающимся наружным кровотечением, явлениями асфиксии, открытым пневмотораксом, в состоянии шока). Эта группа раненых направляется сразу в перевязочную или операционную. При занятости перевязочных (операционных) столов, пораженных сосредотачивают в приемно-сортировочной, обозначив при этом обязательно сортировочной маркой очередности их направления в перевязочную, операционную, противошоковую. При необходимости пораженные получают соответствующую неотложную помощь на сортировочной площадке или в приемно-сортировочной палатке.

После выявления пораженных, нуждающихся в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи в перевязочной (операционной), сортировочная бригада продолжает медицинскую сортировку и оказание медицинской помощи остальным пострадавшим.

Врач на основе осмотра, оценки состояния пострадавшего (больного), осмотра места повреждения, качества наложения повязки, шины (без снятия их), учета показаний дозиметров и доз облучения, записанных в карточке учета доз облучения, ставит диагноз, делает назначения и определяет порядок дальнейшей эвакуации. При этом врач диктует регистратору диагноз и необходимые лечебно-профилактические мероприятия для записи в первичную медицинскую карточку, дает указание об обозначении сортировочного заключения сортировочной маркой. В то время, когда фельдшер (медицинская сестра) выполняет назначения, врач с другим средним медицинским работником и регистратором переходит к следующему пораженному или больному.

При массовом поступлении пораженных и больных к работе на сортировочной площадке (в приемно-сортировочной) может привлекаться личный состав из других функциональных подразделений.

В результате медицинской сортировки на сортировочной площадке (в приемно-сортировочной) пораженных и больных разделяют на следующие группы:

1. Пораженные, нуждающиеся в первой врачебной помощи по неотложным показаниям в перевязочной (операционной). К этой группе относят раненых, эвакуация которых без неотложной врачебной помощи опасна для жизни (пораженные с наружным кровотечением с ранее наложенными жгутами; явлениями асфиксии; раненные в грудь с открытым и клапанным пневмотораксом; пораженные в состоянии шока с недостаточной транспортной иммобилизацией; с массивной кровопотерей, переломами, угрожающими развитием шока, обширными ожогами и повреждениями мягких тканей, с задержкой мочеиспускания и др.)

2. Пораженные, нуждающиеся во врачебной помощи в перевязочной (операционной) в порядке очередности. К этой группе относятся те, врачебную помощь которым можно отсрочить и даже перенести на следующий этап медицинской эвакуации (с переломами или повреждениями длинных трубчатых костей, позвоночника без признаков шока, нуждающиеся в транспортной иммобилизации или в ее улучшении; пораженные, повязки у которых заражены РВ; раненные в мягкие ткани, которым показано введение антибиотиков в окружность раны; обожженные с ожогами 3-4 степени и др.

3. Пораженные и больные, первая врачебная помощь которым может быть оказана на сортировочной площадке (в приемно-сортировочной) или госпитальном отделении. К этой группе относятся пораженные с открытыми и закрытыми повреждениями органов брюшной полости и таза, закрытыми травмами головного мозга; с проникающими ранениями груди, осложненным кровотечением; ранение в череп с нарастающей компрессией мозга; обожженные с ожогами 2-3 степени; больные с острой лучевой болезнью в различные периоды заболевания; пораженные отравляющими веществами; больные с заболеваниями внутренних органов, с реактивными состояниями.

Особое внимание в этой группе уделяется тем, которые минуя перевязочную должны быть срочно эвакуированы на следующий этап медицинской

эвакуации (нуждающиеся в оказании квалифицированной хирургической помощи по неотложным показаниям: с открытыми и закрытыми повреждениями органов брюшной полости, таза; с проникающими ранениями груди, осложненными кровотечением; раненные в череп с нарастающей компрессией мозга; с анаэробной инфекцией ран). Лечебно-профилактические мероприятия у них ограничиваются введением антибиотиков, столбнячного анатоксина, обезболивающих и сердечных средств, улучшением повязки, согреванием.

4. Агонирующие направляются в госпитальное отделение в палату для агонирующих.

5. Легкопораженные и легкобольные. При их осмотре врачом принимается решение о дальнейшей эвакуации или возвращении по месту жительства. К их числу относят пораженных, сохранивших способность к самостоятельному передвижению, имеющих хорошее или удовлетворительное общее состояние, при отсутствии признаков проникающего ранения в полости и глазное яблоко, повреждения длинных трубчатых костей, суставов, нервных стволов и магистральных сосудов.

В процессе медицинской сортировки на сортировочной площадке пораженным и обожженным, не направленным в перевязочную (операционную), а также больным оказывается необходимая медицинская помощь (по показаниям): введение столбнячного анатоксина, антибиотиков, обезболивающих средств, сердечно-сосудистых и дыхательных analeптиков, наложение шин, улучшение иммобилизации переломов, исправление повязок, подбинтование. Кроме того, раненых согревают, дают им горячее питье, пищу. Пораженные и больные, эвакуируемые из МО, регистрируются в книге учета.

Больным с первичной реакцией на облучение проводится купирование ее проявлений, а при поступлении больных с острой лучевой болезнью в период разгара начинается применение лекарственных средств по схеме комплексного лечения лучевой болезни. В группу пострадавших с крайне тяжелыми комбинированными поражениями (агонирующие) войдут пострадавшие, у которых ведущим компонентом будет крайне тяжелое поражение несовместимое с жизнью (ожог, механическая травма, острая лучевая болезнь).

В процессе медицинской сортировки большинство пораженных получают медицинскую помощь. Если при выборочной сортировки выявлены нуждающиеся в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи, а в перевязочной (операционной) заняты все столы, то эта помощь оказывается в приемно-сортировочной:

- при асфиксии проводится туалет полости рта и носоглотки (удаляются рвотные массы и инородные тела), используются воздуховоды и дыхательные трубки (ТД);
- при продолжающемся наружном кровотечении на конечность накладывают жгут;
- при явлениях острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности раненым и больным вводятся сердечные средства и дыхательные analeптики;

- при нарушениях функции дыхания производится искусственная вентиляция легких и кислородная ингаляция;
- при болевом синдроме вводятся анальгетики;
- для прекращения неукротимой рвоты при первичной реакции на облучение применяются таблетные противорвотные препараты.

Кроме того, всем раненым вводится столбнячный анатоксин, промедол и антибиотики.

При расширении объема помощи, т.е. при оказании в приемно-сортировочной первой врачебной помощи в полном объеме, дополнительно к перечисленным неотложным мероприятиям осуществляются:

- инъекции детоксикационных, десенсибилизирующих и других лекарственных средств;
- подбинтование повязок (без снятия их);
- улучшение иммобилизации переломов;
- введение антибиотиков при радиационных поражениях.

По завершению оказания первой врачебной помощи в приемно-сортировочной пораженные (больные) после регистрации в книге учета направляются в эвакуационную с заполненной первичной медицинской карточкой и сортировочной маркой, определяющей очередность эвакуации. В перевязочной (операционной) в зависимости от обстановки первая врачебная помощь раненым оказывается в полном объеме или по неотложным показаниям.

К неотложным мероприятиям первой врачебной помощи, выполняющимся в перевязочной (операционной), относятся:

- остановка продолжающегося наружного кровотечения посредством давящей повязки, тугой тампонады раны, прошиванием сосуда в ране вместе с мягкими тканями; контроль за правильностью ранее наложенного жгута;
- устранение асфиксии путем трахеостомии, фиксации языка, иммобилизации отломков челюстей, обеспечения полной проходимости верхних дыхательных путей;
- наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе и торакоцентез при клапанном пневмотораксе;
- новокаиновые блокады и транспортная иммобилизация при ранениях и переломах костей конечностей, осложненных шоком; введение обезболивающих средств и противошоковых растворов;
- переливание кровезаменителей при значительном обескровливании и условии временной остановки кровотечения;
- катетеризация или капиллярная пункция мочевого пузыря при задержке мочи;
- отсечение конечности висящей на лоскуте;
- введение раненым и обожженным антибиотиков и столбнячного анатоксина.

К мероприятиям, которые могут быть отсрочены, относятся:

- новокаиновые блокады и устранение недостатков транспортной иммобилизации у раненых в конечности, при отсутствии признаков шока;
- введение обезболивающих средств и противошоковых растворов;
- введение антибиотиков в окружность раны;
- смена повязок при их загрязнении или заражении РВ, наложение контурных повязок при ожогах.

Полный объем первой врачебной помощи включает неотложные мероприятия и те, проведение которых может быть отсрочено.

Из противошоковых мероприятий в МО проводятся только те, которые дают возможность эвакуировать раненых в больницу МСГО. Полное выведение из состояния шока в задачу МО не входит.

Снятие шин и наложение новых производится только в тех случаях, когда без этого нельзя исправить иммобилизующую повязку, а также в тех случаях, когда недостатки транспортной иммобилизации угрожают развитием шока.

При нарушении дыхания, вызванном западением языка (черепные и челюстные ранения), его прошивают лигатурой и фиксируют к коже подбородка. Эвакуация таких раненых осуществляется в положении лицом вниз. При явлениях в результате гортанно-трахеального ранения производится трахеотомия.

После подготовки перевязочной (операционной) к работе звено санитаров подает на носилках на перевязочный стол раненого. Медицинская сестра (фельдшер) снимает повязку (шину). Одежду при необходимости разрезают по шву. Врач в это время обрабатывает руки, с помощью медицинской сестры (фельдшера) надевает стерильные перчатки.

В результате осмотра пораженного и места ранения врач ставит диагноз, диктует регистратору назначенные мероприятия, с помощью медицинской сестры выполняет необходимые врачебные манипуляции. Сменив перчатки, врач переходит к следующему раненому. Медицинская сестра завершает оказание помощи.

Врачи в перевязочной (операционной) работают в стерильных перчатках, меняя их после оказания помощи каждому раненому. Медицинская сестра (перевязочная, операционная) работает в стерильном халате. По указанию врача она готовит необходимые для работы инструменты и выкладывает их на инструментальный столик в стерильном почкообразном тазике.

На всех, получивших первую врачебную помощь в перевязочной (операционной), заполняется первичная медицинская карточка. В ней делается отметка об очередности и способе эвакуации, виде транспорта, положение в нем. Регистратор, обозначив сортировочной маркой очередность эвакуации, дает команду звену санитаров на переноску носилочного пораженного в эвакуационную.

Фельдшер (медицинская сестра) в эвакуационной осуществляет контроль за состоянием пораженных и больных, уход и наблюдение за ними,

подготавливает их к эвакуации (введение при необходимости болеутоляющих, сердечных средств, исправление шин, повязок, подбинтование, согревание и питание), организует погрузку раненых и больных на транспортные средства, проверяет наличие первичной медицинской карточки у эвакуируемых.

В эвакуационной пораженных и больных группируют по признаку очередности эвакуации, эвакуационному направлению, виду транспорта, которым целесообразно их эвакуировать, и положения в нем.

При поступлении в эвакуационную пораженных, выделенных в результате выборочной сортировки и нуждающихся в неотложных мероприятиях квалифицированной хирургической помощи, фельдшер (медицинская сестра) готовит их к эвакуации в первую очередь (вводит им промедол, столбнячный анатоксин и антибиотики, заполняет на них первичные медицинские карточки и осуществляет контроль за их состоянием). При необходимости фельдшер (медицинская сестра) вызывает в эвакуационную начальника МО.

Пораженные и больные, которым была оказана первая врачебная помощь в перевязочной (операционной, протившоковой) или в приемно-сортировочной, как правило, подготовлены к эвакуации и поэтому фельдшер (медицинская сестра) осуществляет только контроль за их состоянием.

При сокращении объема первой врачебной помощи в МО фельдшер (медсестра) исправляет недостатки транспортной иммобилизации, подбинтовывает повязки, делает по показаниям инъекции обезболивающих, сердечно-сосудистых и других средств.

В эвакуационной раненые и больные обеспечиваются горячим чаем, питанием и обогреваются.

По прибытии транспорта фельдшер (медсестра) организует погрузку раненых и больных согласно очередности и эвакуационному назначению. На погрузку в санитарный автомобиль выделяется звено санитаров (санитарных дружин). Водитель помогает в кузове своего автомобиля. Фельдшер проверяет, чтобы у каждого пораженного и больного имелась заполненная первичная медицинская карточка и другие документы (ценности). Врач, ответственный за эвакуацию, может прийти в эвакуационную (если он не занят на сортировке и оказании помощи в приемно-сортировочной) для контроля состояния пораженных и больных перед их погрузкой и для проверки соблюдения очередности эвакуации. Ходячие пораженные помогают друг другу занять места в грузовом автомобиле. У всех эвакуированных отбираются сортировочные марки, а сопровождающийся обеспечивается эвакуационным конвертом.

## Особенности работы мобильного медицинского отряда при ликвидации очагов химического поражения

При ликвидации очагов химического поражения медицинский отряд разворачивается на незараженной территории вне очага химического поражения с наветренной стороны, вблизи незагрязненных источников водоснабжения.

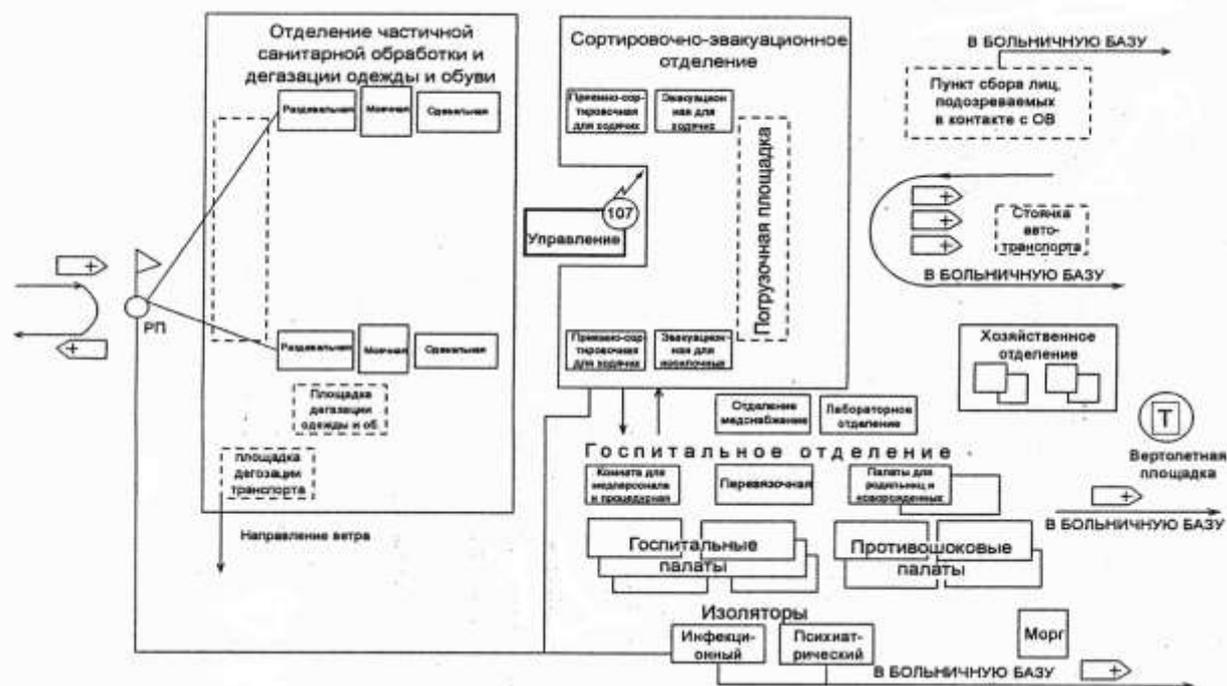
Медицинский отряд разворачивает: управление, отделение частичной санитарной обработки и дегазации одежды и обуви, сортировочно-эвакуационное отделение, госпитальное отделение, отделение медицинского снабжения (аптека), хозяйственное отделение, морг, вертолетную площадку.

В сортировочно-эвакуационном отделении и отделении ЧСО персонал работает в средствах индивидуальной защиты органов дыхания и кожи. В период массового поступления пораженных эти отделения максимально усиливаются. При необходимости и наличии условий, медицинский отряд может усиливаться силами и средствами дезинфекционного отделения СЭО.

При организации работы по оказанию медицинской помощи пораженным ФОВ учитываются следующие их особенности: быстрота поражающего действия при ингаляционном поражении (минуты); непродолжительный скрытый период при перкутантном поражении; превалирование в структуре санитарных потерь тяжелопораженных.

На РП осуществляется распределение пораженных на носилочных и ходячих, которые направляются в отделение частичной санитарной обработки. Лица без видимых признаков интоксикации направляются на специально выделенную площадку (помещение) для эвакуации.

### Принципиальная схема развертывания медицинского мобильного отряда при ликвидации очага химического поражения



Отделение частичной санитарной обработки и дегазации одежды и обуви развертывается по обычной схеме отдельно для носилочных и ходячих. При необходимости и наличии условий отделение усиливается. Прибывший в отряд транспорт обезвреживают на площадке обеззараживания транспорта. Для носилочных развертывают площадку для ожидания санитарной обработки, раздевальню, моечную и одевальную. На площадке ожидания санитарной обработки предусматривается помощь пораженным, которая включает введение антидотов, стимуляторов дыхания, сердечно-сосудистых средств и кислорода.

Санитары снимают с пораженных верхнюю одежду, обувь и складывают их в прорезиненные или пластиковые мешки, в которых имущество отправляется на дегазацию. Открытые части тела обрабатывают дегазирующими растворами.

Пораженных без верхней одежды и обуви перекадывают на чистые носилки, покрытые простыней, а поверх нее клеенкой (защитными накидками). Противогазы с пораженных не снимают, медицинскую помощь не оказывают. **В последнюю очередь снимают** нательное белье, противогаз и переносят пораженного в моечную. После снятия противогаза при необходимости пораженным вводят кардиотонические средства, антидоты и дают кислород.

В моечной частичную санитарную обработку тяжелопораженных проводят путем обработки кожных покровов тампонами (ветошью), смоченными дегазирующими растворами, после чего протирают тело увлажненной водой полотенцем (простыней). По мере обработки кожных покровов клеенку, покрывающую носилки, подвертывают загрязненной поверхностью внутрь так, чтобы обработанные участки тела оказались на чистой простыне. Медицинскую помощь в моечной не оказывают.

В одеальной на пораженных надевают сменное белье или покрывают простыней и одеялом, затем переносят (перевозят) в приемную для носилочных сортировочно-эвакуационного отделения. В одеальной предусмотрено оказание неотложной медицинской помощи.

Для ходячих развертывают площадку для ожидания санитарной обработки, раздевальню, моечную и одевальную. В раздевальне пораженные снимают сначала верхнюю одежду, обувь, затем нательное белье и переходят в моечную. Перед помывкой легкопораженных обрабатывают дегазирующим раствором открытые участки кожи (лицо, шею, руки).

В моечной легкопораженные обмываются теплой водой с мылом. При недостатке воды проводится частичная санитарная обработка незащищенных кожных покровов.

В одеальной пораженные получают чистую одежду и направляются в приемную для ходячих сортировочно-эвакуационного отделения. Антидоты вводят в случае развития судорожных приступов.

Площадки дегазации предназначены для дегазации транспорта, прибывшего с пораженными из очага, носилок, одежды и обуви, различного ме-

дицинского имущества отряда. На площадке оборудуют стоки и поглощающие колодцы для отработанных вод.

В приемных для носилочных сортировочно-эвакуационного отделения пораженных сортируют по группам:

- тяжелопораженные с выраженным судорожным синдромом или в коматозном состоянии направляются в госпитальное отделение или палаты интенсивной терапии;
- пораженные с резко выраженными психическими расстройствами или подозрением на инфекционное заболевание направляются в соответствующие изоляторы;
- пораженные с резко выраженными психическими расстройствами или подозрением на инфекционное заболевание направляются в соответствующие изоляторы;
- пораженные средней тяжести, не нуждающиеся в неотложной помощи, направляются в палаты госпитального отделения;
- нуждающиеся в срочной акушерско-гинекологической помощи – в родильную палату.

В приемной для ходячих при сортировке выделяют следующие группы:

- пораженные с усиливающейся интоксикацией направляются в госпитальное отделение;
- пораженные с легкими признаками отравления и подозреваемые в контакте с ОВ, но без видимых признаков поражения направляются в эвакуационную сортировочно-эвакуационного отделения.

Госпитальное отделение развертывает перевязочную, процедурную, палаты для тяжелопораженных и агонирующих, палаты интенсивной терапии, изоляторы для инфекционных и психических больных, родильную палату. В отделении осуществляется комплексное лечение пораженных, включающее методы специфической, патогенетической и симптоматической терапии.

В эвакуационных сортировочно-эвакуационного отделения организуют медицинское наблюдение за пораженными, оказание им медицинской помощи, подготовку к эвакуации и погрузку на транспорт. Эвакуации подлежат к концу первых суток легкопораженные со стойким улучшением общего состояния, через 3-5 суток тяжелопораженные после ликвидации судорожного синдрома, острых явлений интоксикации, купирования дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Пораженные ФОВ эвакуируются с сопровождающим.

Особенностью работы отделения медицинского снабжения является обеспечение подразделений антидотами ФОВ, реактиваторами холинэстеразы, холинолитическими, противосудорожными препаратами, инъекционными растворами, медицинским кислородом, дегазирующими растворами.

При поражении ОВ кожно-резорбтивного действия эффективность медицинской помощи в значительной степени зависит от сроков проведения частичной санитарной обработки в очаге, а по выходе из него – от сроков повторной и полной санитарной обработки.

Следует помнить, что поражающие свойства ОВ кожно-резорбтивного действия характеризуются возникновением поражений ингаляционным путем, через кожу и слизистые оболочки, желудочно-кишечный тракт, а также наличием скрытого периода действия 5-6 ч и более. При ипритных поражениях специального антидота нет. При поражениях люизитом применяется антидот унитиол.

Общие принципы развертывания и работы МО по оказанию первой врачебной помощи пораженным ипритами идентичны таковым при поражении ФОВ. Основные силы личного состава МО в начальный период работы сосредотачиваются в отделении ЧСО и сортировочно-эвакуационном отделении.

Пораженные с начальными явлениями отравления (зуд, гиперемия, отечность кожи) после проведения санитарной обработки подлежат срочной эвакуации в лечебные учреждения загородной зоны (больничной базы). Пораженные с буллезными, гангренозными поражениями кожи, с признаками общерезорбтивного действия (непрерывная рвота, судороги, ступор и т.д.) нетранспортабельны.

При поражении ОВ общедовитого действия (типа синильной кислоты) развертывание отделения частичной санитарной обработки в МО не требуется. Повышенную значимость приобретает госпитальное отделение и работа палат интенсивной терапии реанимации.

Эвакуацию тяжелопораженных проводят после выведения их из коматозного состояния и при условии полного восстановления функций дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

При поражении ОВ удушающего действия (фосген, дифосген) отделение частичной санитарной обработки не развертывается, максимально усиливаются сортировочно-эвакуационное и госпитальное отделения с палатами интенсивной терапии, в которых как можно раньше проводятся мероприятия по предупреждению токсического отека легких.

Все пораженные удушающими ОВ, независимо от их субъективного состояния и транспортабельности, рассматриваются как носилочные. Пораженных, не имеющих в момент прибытия в отряд никаких признаков поражения, наблюдают в течение 12 часов, после чего они могут быть эвакуированы. Пораженные средней тяжести и тяжелопораженные могут быть эвакуированы только после ликвидации явлений дыхательной и сердечнососудистой недостаточности (не ранее чем через 4-5 суток).

При развертывании МО для приёма пораженных ОВ психотомиметического действия наибольшая нагрузка ляжет на отделения ЧСО, сортировочно-эвакуационное, госпитальное и психоневрологические изоляторы. Мероприятия первой врачебной помощи включают: оказание неотложной медицинской помощи (устранение острого психомоторного возбуждения, времен-

ную госпитализацию) и лечение пораженных средней и тяжелой степени тяжести. Пораженных эвакуируют с сопровождающими.

Таким образом, в отличие от очага ядерного поражения, работа МО в очаге химического поражения имеет ряд особенностей. Во-первых, оказание медицинской помощи пораженным будет проводиться почти во всех отделениях; во-вторых, для пораженных некоторыми ОВ потребуется проведение полной санитарной обработки; в-третьих, с наибольшей нагрузкой будет работать госпитальное отделение. После оказания первой врачебной помощи большинство пораженных ОВ подлежат эвакуации в больницы терапевтического профиля.

### **Особенности работы медицинского мобильного отряда в очаге биологического поражения**

В очаге бактериологического (биологического) поражения МО может использоваться:

- для организации и проведения комплекса лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- для развертывания временного инфекционного стационара.

Ввод отряда в очаг бактериологического поражения осуществляется в установленном порядке через санитарно-контрольные пункты. Личный состав отряда обеспечивается средствами индивидуальной защиты, ему в обязательном порядке проводится общая экстренная профилактика. Вакцинация личного состава осуществляется при наличии соответствующей вакцины и с учетом времени формирования иммунитета. До установления вида возбудителя личный состав МО работает в противочумных костюмах первого типа (комбинезон или пижама, капюшон или косынка, противочумный халат, респиратор или ватно-марлевая повязка, защитные очки, резиновые перчатки, резиновые сапоги, носки или чулки, клеенчатый фартук, клеенчатые нарукавники, полотенце). После установления вида возбудителя тип защитного костюма определяется в соответствии с видом возбудителя.

#### **Личный состав МО в очаге бактериологического поражения:**

- проводит подворные отходы в целях выявления температурающих больных, их обследования и госпитализации;
- осуществляет профилактические мероприятия (экстренная профилактика, вакцинация, дезинфекция);
- выполняет другие медицинские мероприятия по распоряжению вышестоящего медицинского начальника.

Для выявления температурающих больных и проведения экстренной профилактики создаются бригады в составе одной медицинской сестры и четырех санитарных дружинниц. Медицинская сестра, получив определенный сектор (участок) для работы, проводит инструктаж, намечает для дружинниц объекты (улицы, дома), подлежащие подворному (поквартирному) обходу и осуществляет контроль за их работой. Одна бригада при выявлении темпера-

турящих больных путем подворных (поквартирных) обходов за 10 ч работы может обследовать 200-300 дворов (квартир).

Одновременно с выявлением больных и проведением экстренной профилактики проводится выявление лиц, находящихся в контакте с больными. Сведения о выявленных в квартире температурающих и лицах, имевших контакты с больными, сандружинницы представляют медсестре, которая передает их начальнику МО или участковому врачу.

Термометрию население проводит самостоятельно (в необходимых случаях – под контролем сандружинниц) не реже двух раз в сутки. Результаты термометрии регистрируются на импровизированных температурных листах и вывешиваются на дверях квартир самими жильцами.

Выявленных на дому температурающих больных до госпитализации изолируют на месте (в отдельной комнате, части комнаты, огороженной ширмой, простыней и т.д.). О них немедленно сообщают по телефону или нарочным начальнику отряда или участковому врачу.

Начальник МО принимает срочные меры для обследования выявленных больных. Для этой цели создаются врачебные бригады в составе врача, медсестры и сандружинницы. Для консультации первых заболевших должны быть привлечены врач-инфекционист (поликлиники или больницы) и эпидемиолог.

Одна врачебная бригада может обследовать на дому за 10 ч работы 35-40 температурающих больных.

Выявленных инфекционных больных эвакуируют на специально выделенном автотранспорте в инфекционные больницы, подвижные инфекционные госпитали или временные инфекционные стационары, а в помещении, где находился больной, проводят заключительную дезинфекцию силами и средствами органов санэпиднадзора.

Лиц, находящихся в контакте с больными (члены семьи, соседи и т.д.), подвергают санитарной обработке и наблюдению на срок инкубационного периода, установленного для данного заболевания.

Категорически запрещается перевозить инфекционных больных вместе с неинфекционными, подвозить на попутном транспорте, а также останавливаться в населенных пунктах при следовании к месту назначения. Транспорт после каждой перевозки должен подвергаться дезинфекции на территории того учреждения, куда доставляются больные (для этой цели отводится специальная площадка), а сопровождающие должны пройти санитарную обработку.

Лиц, осуществляющих эвакуацию больных особо опасной инфекцией (ООИ), обеспечивают средствами индивидуальной защиты: противогазом, респиратором или ватно-марлевой повязкой с защитными очками, косынкой или капюшоном, комбинезоном, резиновыми перчатками и сапогами. При невозможности госпитализации всех инфекционных больных (в первые дни) МО организует их лечение на дому. Больных, временно оставленных на дому, размещают в изолированных комнатах или отдельных квартирах с соблюдением правил строгого противоэпидемического режима при ООИ и

обеспечивают патронажем (посещение больных средним медицинским персоналом медицинского отряда или УЗ) под контролем врачей. При необходимости медицинский персонал производит забор материала для лабораторных исследований.

Уход за больными на дому и текущую дезинфекцию осуществляют родственники больного, проинструктированные медицинским персоналом. Ухаживающему персоналу должны быть сделаны прививки и проведен курс экстренной профилактики.

На дверях квартиры, где оставляют больного, делают надпись мелом: «Вход воспрещен - заразный больной». При необходимости выставляют предупредительный пост (из числа санитарного актива).

По окончании работы персонал МО в обязательном порядке проходит санитарную обработку, после чего допускается в распоряжение казарменного размещения личного состава отряда.

В случае придания отряда УЗ личный состав МО работает под руководством главного врача этого учреждения.

### **Развертывание и организация работы инфекционного стационара**

Для госпитализации и лечения больных ООИ временный инфекционный стационар развертывают, как правило, в очаге поражения. В исключительных случаях допустимо развертывание его за пределами очага поражения в заранее подготовленных изолированных от населения помещениях (санаториях, домах отдыха, казармах и т.д.) с последующим включением этой территории в границы зоны карантина или обсервации. Помещения стационара и его территорию подвергают сначала механической очистке, а затем тщательной дезинфекции, дезинсекции и дератизации, при этом окна должны быть плотно закрыты, форточки (фрамуги) засечены.

Временный инфекционный стационар, как и всякое инфекционное учреждение (больница), где находятся инфекционные больные, делится на зону строгого противоэпидемического режима и зону ограничения.

В состав зоны строгого противоэпидемического режима входят:

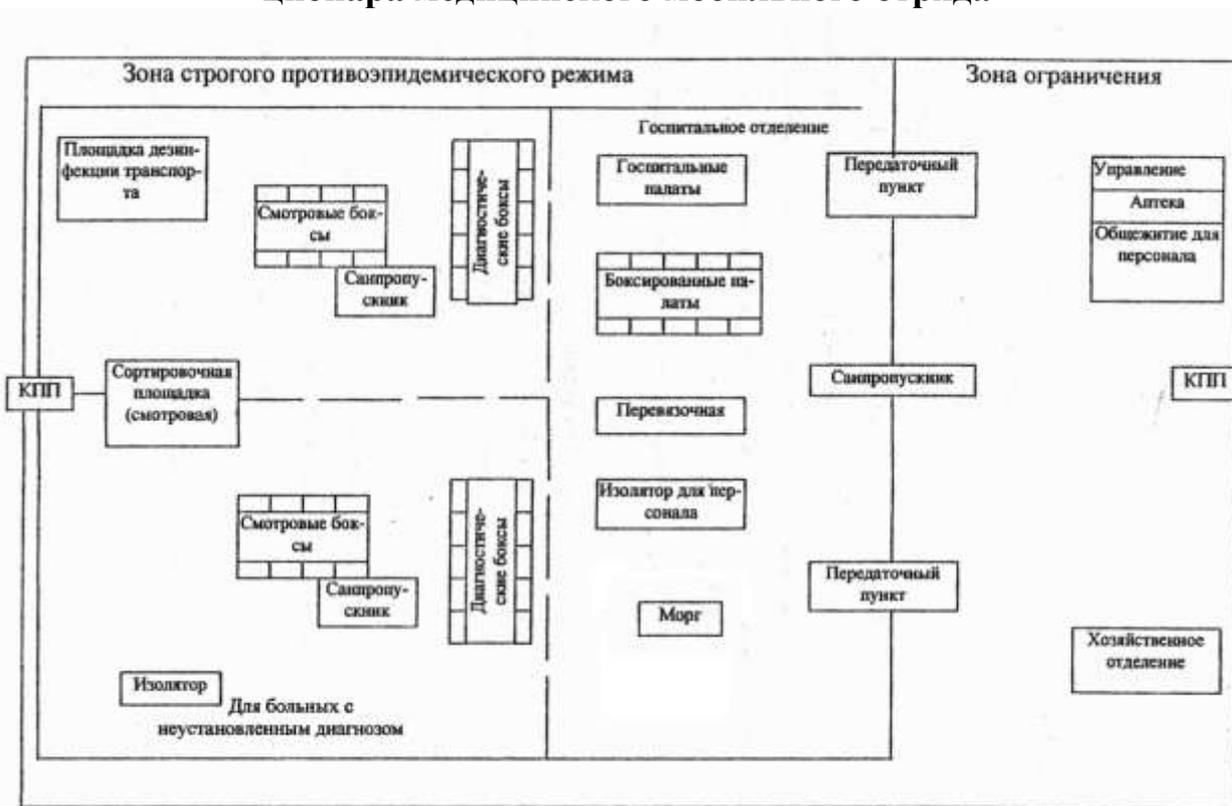
- приемно-диагностическое отделение с санитарным пропускником отдельно для больных с установленным диагнозом и для больных с сомнительным (неустановленным) диагнозом;
- смотровые и диагностические боксы отдельно для больных с установленным диагнозом и для больных с сомнительным диагнозом;
- изолятор для больных с неустановленным диагнозом;
- площадка дезинфекции транспорта;
- госпитальное отделение;
- перевязочная;
- изолятор для персонала.

В зоне ограничения стационара предусматриваются: управление, аптека, хозяйственное отделение, общежитие для персонала.

Между зонами располагают санитарный пропускник для персонала и передаточные пункты для пищи, медицинского и хозяйственного имущества.

Режим работы персонала для обслуживания инфекционных больных, санитарные требования к содержанию госпитальных отделений (палат), часы работы и т.д. устанавливаются в соответствии с принятыми для инфекционных больниц правилами (инструкциями), утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

### Принципиальная схема развертывания временного инфекционного стационара медицинского мобильного отряда

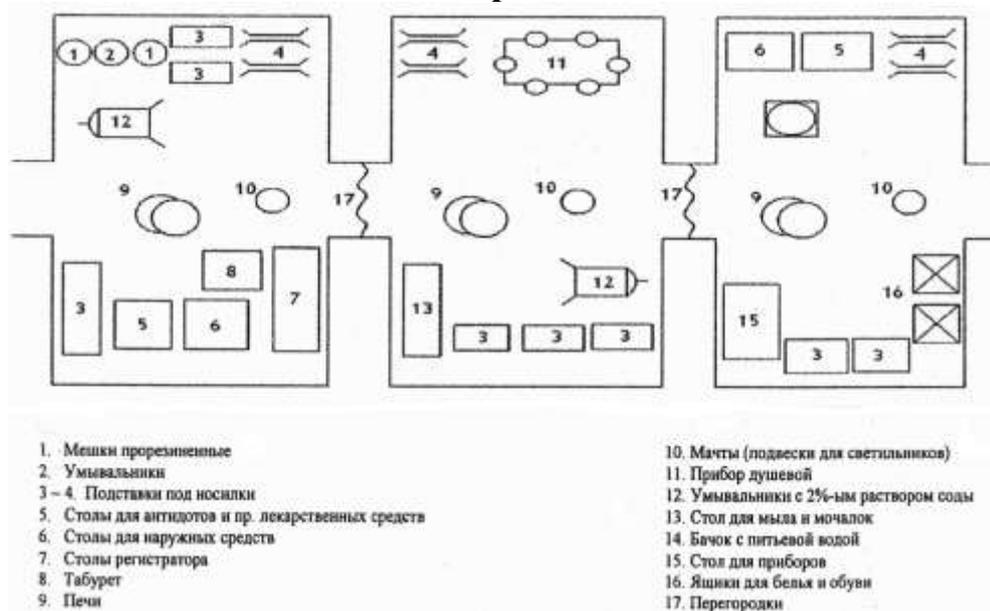


### Организация работы отделений стационара

Приемно-диагностическое отделение состоит из контрольно-пропускного поста (КПП), сортировочной площадки, смотровых боксов раздельно для больных с установленным и неустановленным диагнозом, санитарного пропускника. Приемно-диагностическое отделение вместе с отделением ЧСО обеспечивает прием, медицинскую сортировку, санитарную обработку больных, дезинфекцию их одежды и обуви, забор материала для лабораторного исследования и направление пораженных в госпитальное отделение. Медицинская помощь в смотровых боксах приемно-диагностического отделения оказывается по жизненным показаниям.

На КПП оборудуют площадки для больных, прибывающих на автомобильном транспорте. С КПП больных направляют в приемно-диагностическое отделение. Больных следует размещать на сортировочной площадке рассредоточено, не допуская контакта друг с другом.

### Принципиальная схема размещения и оборудования отделения санитарной обработки



## 4.2 Предназначение, организационно-штатная структура, оснащение и организация работы подвижного многопрофильного госпиталя

Подвижный многопрофильный госпиталь (ПМГ) является мобильным лечебно-диагностическим формированием медицинской службы гражданской обороны.

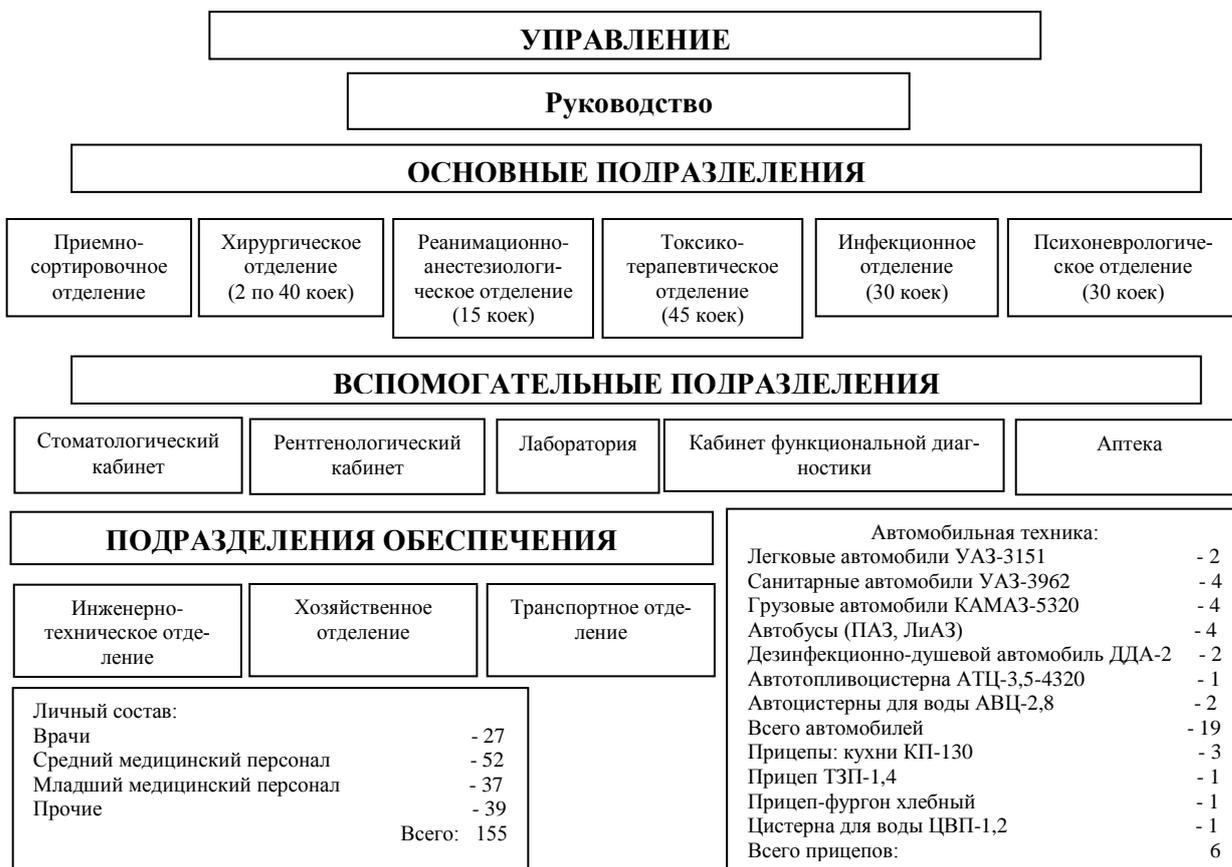
Он предназначен для выдвигения в зону чрезвычайных ситуаций, прием пораженного населения, их сортировки, оказания квалифицированной и отдельных видов специализированной медицинской помощи, подготовки их к эвакуации, временной госпитализации нетранспортабельных, а также амбулаторной помощи населению. При полном развертывании для госпитализации нетранспортабельных, госпиталь может развернуть до 200 коек.

Подвижные многопрофильные госпитали чаще будут использоваться в очагах ЧС, при выходе из строя лечебных учреждений. Развертываются в основном как хирургические, однако в зависимости от характера ЧС, медико-тактической обстановки, госпитали могут комплектоваться специализированными бригадами медицинской помощи (БСМП) различного профиля и развертываться в следующих вариантах:

- хирургический госпиталь – для приема пораженных, имеющих механическую травму (очаги землетрясения, транспортные аварии);
- токсико-терапевтический госпиталь – для приема пораженных токсикологического профиля при химических авариях;

- радиологический госпиталь – для приема пораженных с комбинациями поражений, вызванных различными поражающими факторами (механическими, термическими, химическими и др.);
- терапевтический госпиталь – для приема и лечения больных;
- педиатрический госпиталь – для приема и лечения больных из числа детского населения.

### Схема подвижного многопрофильного госпиталя на 200 коек



В районе ЧС ПМГ разворачивают следующие функциональные подразделения:

- управление;
- приемно-сортировочное отделение;
- 2 хирургических отделения на 40 коек каждое;
- реанимационно-анестезиологическое отделение на 15 коек;
- токсико-терапевтическое отделение на 45 коек;
- инфекционное отделение на 30 коек;
- психоневрологическое отделение на 30 коек;
- стоматологический кабинет;
- рентгеновский кабинет;
- лабораторию;
- кабинет функционально диагностики;
- аптеку;
- инженерно-техническое отделение;
- хозяйственное отделение;

- транспортное отделение.

### Организационно-штатная структура ПМГ гражданской обороны здравоохранения на 200 коек

№ п/п	Наименование должностей	Количество должностей
<b>Управление</b>		
1.	Начальник госпиталя – врач-организатор	1
2.	Заместитель начальника госпиталя по медицинской части врач-хирург	1
3.	Помощник начальника госпиталя по материально- техническому обеспечению	1
4.	Главная медицинская сестра	1
5.	Медицинский статистик	1
	<b>Всего:</b>	5
<b>Основные подразделения</b>		
<b>Приемно-сортировочное отделение</b>		
1.	Начальник отделения – врач-хирург	1
2.	Врач-ординатор (терапевт)	1
3.	Старшая медицинская сестра	1
4.	Медицинская сестра	2
5.	Медицинский регистратор	1
6.	Санитар-носильщик	10
	<b>Итого:</b>	16
<b>Хирургическое отделение на 40 коек (2 отделения)</b>		
1.	Начальник отделения – врач-хирург	2
2.	Врач-ординатор (хирург)	2
3.	Врач-ординатор (анестезиолог-реаниматолог)	2
4.	Врач-ординатор (детский хирург)	1
5.	Врач-ординатор (хирург-гинеколог)	1
6.	Старшая медицинская сестра	2
7.	Медицинская сестра-анестезистка	4
8.	Операционная медицинская сестра	4
9.	Медицинская сестра	8
10.	Санитар	10
	<b>Итого:</b>	36
<b>Реанимационно-анестезиологическое отделение на 15 коек</b>		
1.	Начальник отделения – врач-анестезиолог-реаниматолог	1
2.	Врач-ординатор (анестезиолог-реаниматолог)	1
3.	Старшая медицинская сестра	1
4.	Медицинская сестра-анестезистка	1
5.	Медицинская сестра	3
6.	Санитар-носильщик	2
	<b>Итого:</b>	9
<b>Токсико-терапевтическое отделение на 45 коек</b>		
1.	Начальник отделения – врач-терапевт	1
2.	Врач-ординатор (терапевт-токсиколог)	1
3.	Старшая медицинская сестра	1
4.	Медицинская сестра-анестезист	1

5.	Медицинская сестра	3
6.	Санитар-носильщик	4
	<b>Итого:</b>	11
	<b>Инфекционное отделение на 30 коек</b>	
1.	Начальник отделения – врач-инфекционист	1
2.	Врач-ординатор врач-инфекционист	1
3.	Старшая медицинская сестра	1
4.	Медицинская сестра	4
5.	Санитар	4
	<b>Итого:</b>	11
	<b>Психоневрологическое отделение на 30 коек</b>	
1.	Начальник отделения – врач-невропатолог	1
2.	Врач-ординатор врач-психо–невролог	1
3.	Старшая медицинская сестра	1
4.	Медицинская сестра	2
5.	Санитар	4
	<b>Итого:</b>	9
	<b>Вспомогательные подразделения</b>	
	<b>Стоматологический кабинет</b>	
1.	Начальник кабинета – врач-стоматолог-хирург	1
2.	Врач-стоматолог	1
3.	Медицинская сестра	2
4.	Санитар	1
	<b>Итого:</b>	5
	<b>Рентгенологический кабинет</b>	
1.	Начальник кабинета- врач-рентгенолог	1
2.	Врач-рентгенолог-ультразвуковой диагностики	1
3.	Рентгенлаборант	1
	<b>Итого:</b>	3
	<b>Лаборатория</b>	
1.	Врач-лаборант	1
2.	Фельдшер-лаборант	2
3.	Санитар	1
	<b>Итого:</b>	4
	<b>Кабинет функциональной диагностики</b>	
1.	Врач функциональной диагностики	1
2.	Старшая медицинская сестра	1
3.	Медицинская сестра	2
	<b>Итого:</b>	4
	<b>Аптека</b>	
1.	Начальник аптеки – провизор	1
2.	Фармацевт	2
3.	Санитар	1
	<b>Итого:</b>	4
	<b>Всего:</b>	20
	<b>Подразделения обеспечения</b>	
	<b>Инженерно-техническое отделение</b>	
1.	Начальник отделения – инженер по ремонту медицинской аппаратуры	1
2.	Техник	1



Госпиталь развертывается в целом по той же схеме, что и другие формирования (учреждения), предназначенные для оказания пораженным и больным квалифицированной медицинской помощи. Это же относится и к содержанию и организации работы функциональных подразделений, так как госпиталь практически выполняет те же задачи, что и другие этапы медицинской эвакуации, обеспечивающие оказание квалифицированной медицинской помощи. Однако следует учитывать, что госпиталь часто усиливается различными бригадами специализированной медицинской помощи. Это влечет за собой некоторое изменение в схеме развертывания госпиталя (развертывание дополнительных перевязочных и операционных, госпитальной и др.) и расширение комплекса возможных лечебных мероприятий,

Развертывание ПМГ для ликвидации последствий ЧС химического и радиационного характера встречается не часто. Это обуславливается тем, что при ЧС вызванной химической аварией, все виды медицинской помощи пораженным должны быть оказаны в самое ближайшее время после поражения. Следовательно, в большинстве случаев рассчитывать на своевременное выдвигание, развертывание госпиталя и оказание в нем пораженным квалифицированной и специализированной медицинской помощи не представляется возможным.

Токсико-терапевтический госпиталь может принимать активное участие в ликвидации последствий ЧС химического характера в том случае, если он в режиме постоянной готовности находится вблизи от места химической аварии, или при наличии возможности заблаговременного выдвигания госпиталя, например в случае захвата террористами заложников на химически опасном объекте и угрозы взрыва емкостей для хранения АОХВ.

Другим вариантом использования ПМГ в качестве токсико-терапевтического госпиталя могут быть катастрофические землетрясения в регионах, на территории которых дислоцированы химические предприятия.

Аналогичная ситуация может возникнуть при крупных пожарах как на самих химических предприятиях, так и на химически опасных объектах, расположенных вблизи.

Во-первых, при радиационной аварии пораженных, нуждающихся в квалифицированной и специализированной медицинской помощи, немного. Во-вторых, вблизи наиболее опасных объектов атомной энергетики (АЭС) имеются мощные медико-санитарные части, специально предназначенные для ликвидации медико-санитарных последствий таких ЧС. Наконец, в-третьих, лечебно-профилактические мероприятия, в которых нуждаются облученные, в полном объеме (за исключением купирования явления первичной реакции на облучение) выполнить в госпитале едва ли возможно. Однако при заблаговременном развертывании госпиталя или при его расположении вблизи от места радиационной аварии использование ПМГ не исключается.

В подобных вариантах развития события госпиталь, выезжая для работы в ЧС, наряду с обычным оснащением и оборудованием должен иметь все необходимое для приема пораженных из очага химической аварии.

Наиболее благоприятным вариантом развертывания ПМГ в районе химической аварии для оказания пораженным квалифицированной и неотложной специализированной медицинской помощи будет развертывание его на базе местных ЛПУ (МСЧ, больницы, диспансера и т.д.). В случае отсутствия подходящей базы госпиталь развертывается на незагрязненной территории с подветренной от химического очага стороны с использованием для этих целей штатного палаточного фонда (пневнокаркасных модулей).

В районе ЧС в госпитале развертываются: управление, сортировочно-диагностическое и эвакуационное отделение (сортировочный пост, сортировочная площадка, сортировочные и эвакуационные палатки), отделение специальной обработки, операционно-перевязочное и противошоковое отделение, госпитальное отделение для пораженных АОХВ, госпитальное отделение для пораженных с травмами, помещение для персонала, столовая; организуется стоянка для автотранспорта.

Развертывание ПМГ в варианте радиологического госпиталя целесообразно при аварии на транспорте (железнодорожном, авиационном и др.), перевозящем радиоактивные грузы. При подобной аварии может произойти разгерметизация контейнеров с радиоактивным грузом, что приведет к радиоактивному загрязнению окружающей среды с превышением уровней радиации, регламентированных нормативными документами для контролируемых условий, и к незапланированному облучению людей. Чаще всего специализированных медицинских учреждений в подобных случаях поблизости не бывает. В этих условиях ПМГ будет развертываться для работы в радиологическом варианте в пневнокаркасных модулях в полевых условиях. Для подобных вариантов необходимо иметь специальный палаточный фонд, поскольку после работы в очаге он будет загрязнен радиоактивными веществами, и последующее использование его в других (нерадиационных) ЧС будет практически невозможно.

Принцип развертывания ПМГ в варианте радиологического госпиталя определяется медико-санитарной обстановкой, которая складывается в районе ЧС. При данном варианте в районе ЧС в составе госпиталя развертываются: управление, сортировочно-диагностическое и эвакуационное отделение, отделение частичной специальной обработки с площадкой для дезактивации одежды и обуви, операционно-перевязочное отделение, госпитальное отделение с изолятором и психоприемником, аптека, хозяйственное отделение и помещения для отдыха персонала.

Наряду с оказанием медицинской помощи пораженным, на ПМГ могут возлагаться задачи по обследованию в зоне бедствия персонала бригад ликвидаторов, выходящих после окончания смены на отдых. В этом случае целесообразно развертывание ПМГ осуществлять на стационарной базе МСЧ предприятия атомной энергетики.

Кроме того, ПМГ может привлекаться к обследованию населения, попавшего в зону радиоактивного загрязнения, на которой техногенный радиационный фон превышает уровни, установленные компетентными органами.

Вероятность одновременного разрушения химически опасных объектов, АЭС и других ядерных энергетических установок в результате катастрофического землетрясения полностью исключить нельзя. При этом ПМГ разворачивается в качестве многопрофильного госпиталя для одновременного приема пораженных с травматическими повреждениями в комбинации с поражениями АОХВ и радиационными поражениями (травма + АОХВ, травма + радиация и др.).

В подобном варианте госпиталь должен выходить в район предназначения в полном составе со всеми своими подразделениями и развертывать следующие подразделения: управление госпиталя, сортировочно-диагностическое и эвакуационное отделение, отделение специальной обработки, операционно-перевязочное и противошоковое отделение, госпитальные отделения (для пораженных АОХВ, облученных пораженных с механической травмой и ожогами), лабораторию, рентгеновский кабинет, изоляторы для инфекционных больных (на две инфекции) и для пораженных с острыми психическими расстройствами, подразделения обслуживания, морг, помещения для отдыха персонала госпиталя, столовую, склад и электростанцию.

Использование ПМГ в качестве терапевтического и педиатрического обычно осуществляется в местах массового скопления населения (беженцев) в результате локальных вооруженных конфликтов и террористических актов.

#### **4.3 Предназначения, организационно-штатная структура, оснащение и организация работы подвижного инфекционного госпиталя.**

**Инфекционный подвижный госпиталь (ИПГ) МСГО** создается приказом руководителя органа управления здравоохранения субъекта РФ на базе одного из лечебных учреждений инфекционного профиля (больницы) по типовому штату.

ИПГ предназначается для оказания специализированной медицинской помощи и лечения инфекционных больных; оказания квалифицированной консультативной помощи медицинскому персоналу, работающему в очагах особо опасных инфекций; проведения лабораторной индикации бактериальных средств.

В мирное время ИПГ используется для работы в очагах инфекционных заболеваний, в военное время – в очагах массового поражения (биологического и комбинированного).

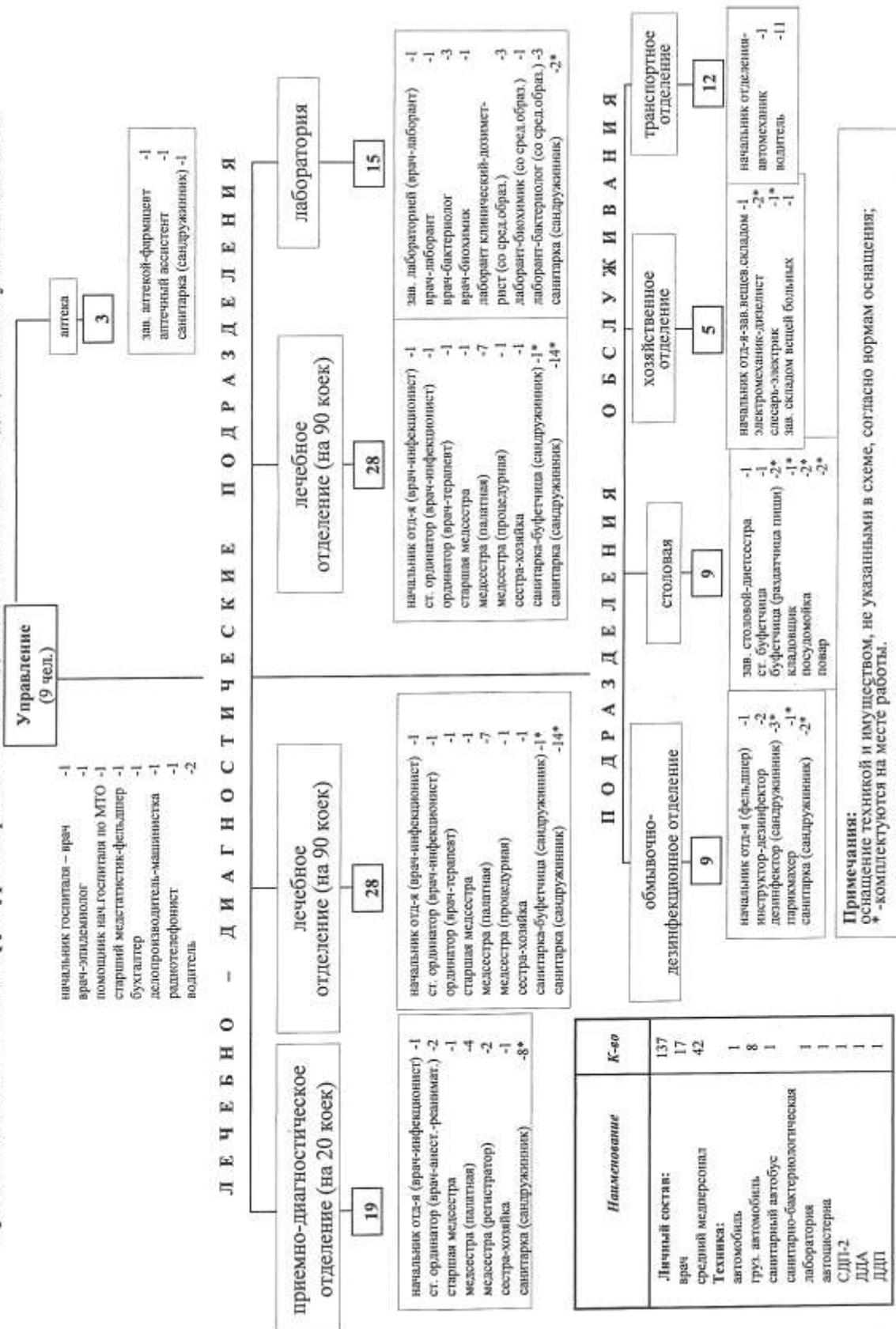
Численный состав ИПГ – 137 человек, в том числе: врачей – 17; средних медицинских работников – 42.

Комплектование ИПГ личным составом производится за счет учреждения – формирования. ИПГ способен обеспечить специализированное лечение в течение месяца 200 инфекционных больных. При развертывании ИПГ в очаге особо опасных инфекций его емкость сокращается до 100 коек без изменения штатной структуры.

В своем составе ИПГ имеет: управление; аптеку; лечебно-диагностические подразделения (приемно-диагностическое отделение на 20

**СХЕМА**

**организационно-штатной структуры инфекционного подвижного госпиталя медицинской службы на 200 коек**



коек; 2 лечебных отделения на 90 коек каждое; клинико-диагностическую бактериологическую лабораторию); подразделения обслуживания (обмывочно-дезинфекционное отделение; столовая; хозяйственное отделение; транспортное отделение).

Техническое обеспечение:

1. легковой автомобиль – 1
2. грузовой автомобиль – 8
3. санитарный автобус – 1
4. санитарно-бактериологическая лаборатория (ЛМП) – 1
5. автоцистерна – 1
6. СДП – 1
7. ДДА – 1
8. ДДП-2 – 1

Кроме проведения лечебно-диагностических мероприятий, госпиталь способен осуществить:

1. противоэпидемиологические и санитарно-гигиенические мероприятия – за 10 часов работы на территории с населением 25-30 тыс. человек;
2. помывка больных – 1440-2160 человек;
3. дезинфекция одежды – 210-420 комплектов;
4. Заключительная дезинфекция – 23-30 к очагов
5. отбор проб с проведенных лабораторных анализов – 30 проб в сутки.

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

## **Тема №5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ КОЙКИ (ДСК)**

### **Учебные вопросы:**

1. Определения и основные понятия о дополнительных специализированных больничных койках.
2. Порядок расчета количества дополнительных специализированных коек.
3. Материально-техническое обеспечение дополнительных специализированных коек.
4. План-задание федеральных органов исполнительной власти по развертыванию дополнительных специализированных коек в Южном федеральном округе.

### **5.1 Определения и основные понятия о дополнительных специализированных больничных койках**

Чрезвычайная ситуация для здравоохранения определяется как неожиданная, внезапно возникающая обстановка, сложившаяся на объекте (зоне, районе) в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, военных действий, характеризующаяся наличием или возможностью появления значительного числа пораженных (больных), резким ухудшением условий жизнедеятельности населения и требующая привлечения для медико-санитарного обеспечения сил и средств здравоохранения, находящихся за пределами объекта (зоны, района) ЧС, а также – особой организации и работы медицинских учреждений и формирований, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

При планировании мероприятий ГО и ВСМК на объектах здравоохранения в соответствии с федеральными законами «О гражданской обороне» (1998 г.), «Об обороне» (1996 г.), «О мобилизационной подготовке и мобилизации в РФ» (1997 г.), указа Президента Российской Федерации «О неотложных мерах по повышению эффективности борьбы с терроризмом» от 13.09.2004 г. № 1167, приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук от 31.01.2005 г. № 103/4 «О готовности учреждений здравоохранения и научных учреждений Российской академии медицинских наук к оказанию специализированной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях», по заданию вышестоящего органа управления создаются организации (формирования) медицинской службы гражданской обороны и медицины катастроф. Основой для планирования медицинского обеспечения населения района является задание вышестоящего органа управления, решение руководителя комиссии по чрезвычайной ситуации и решение руководителя органа здравоохранения. Оно прини-

мается на основе анализа возможной чрезвычайной ситуации, задания и решения руководителя комиссии по чрезвычайной ситуации.

Дополнительные специализированные койки здравоохранения, развертываемые на военное время на территории РФ, предназначаются для медицинского обеспечения проживающего на данной территории населения в случае возникновения массовых санитарных потерь при ведении военных действий, вследствие этих действий или чрезвычайных ситуаций мирного времени.

Задание на развертывание в военное время дополнительных больничных коек здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации и содержание в этих целях в мобилизационном резерве определенных запасов медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества устанавливается постановлением Правительством Российской Федерации.

Время развертывания дополнительных больничных коек, их дислокация и специализация, порядок и источники комплектования кадрами, материальными и финансовыми средствами определяются решениями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления с учетом местных условий и имеющихся по этим вопросам нормативных правовых актов и методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

Основными принципами организации развертывания дополнительных больничных коек здравоохранения являются:

- многовариантное планирование развертывания дополнительных больничных коек здравоохранения, предусматривающее поэтапное (по месту, срокам и объемам) решение этой задачи в условиях как планомерного выполнения мероприятий гражданской обороны, так и внезапного осложнения обстановки;
- обеспечение выполнения заданий по развертыванию дополнительных больничных коек, во-первых, за счет максимально возможного сверхштатного наращивания коечного фонда существующих в мирное время отделений лечебно-профилактических учреждений, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности; во-вторых, за счет создания в составе существующих лечебно-профилактических учреждений новых лечебно-диагностических отделений и филиалов учреждений, в-третьих, за счет создания новых лечебных учреждений;
- максимально возможное сохранение на переходный период существующих в мирное время возможностей по оказанию раненым и больным специализированной медицинской помощи, их лечению и медицинской реабилитации. Эвакуация лечебно-профилактических учреждений из приграничных районов, возможных зон заражения радиоак-

тивными и аварийно химически опасными веществами, зон возможного катастрофического затопления, а также из городов, отнесенных к группам по гражданской обороне, при угрозе ядерного нападения производится по решениям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом обеспечения их развертывания и работы в безопасных районах;

- использование имеющихся в мирное время в лечебно-профилактических учреждениях переходящих запасов медицинского и другого имущества для обеспечения работы существующего и дополнительно развертываемого коечного фонда до начала поставок имущества по планам расчетного года;
- принятие заблаговременных решений суженных заседаний органов исполнительной власти о выделении дополнительных зданий и помещений, кадровых ресурсов, а также на получение и приобретение необходимой техники, материальных и иных средств для обеспечения работы существующих и развертываемых дополнительных больничных коек здравоохранения;
- сохранение и укрепление существующей территориальной системы управления имеющимися в мирное время и дополнительно развертываемыми в военное время силами и средствами здравоохранения.

Перечни лечебно-профилактических учреждений, подлежащих доразвертыванию в военное время, конкретные задания каждому учреждению, выделение и приспособление в этих целях дополнительных зданий и помещений, порядок перевода учреждений на организацию и штаты военного времени, порядок выделения дополнительного медицинского и обслуживающего персонала, необходимых материальных и финансовых средств определяются решениями суженных заседаний органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления.

Конкретные источники обеспечения учреждений медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным имуществом и другими видами материальных средств устанавливаются для каждого лечебного учреждения отдельно с учетом местных условий, варианта развертывания дополнительных больничных коек и их специализации.

Для доразвертывания существующих больниц, создания в их составе дополнительных отделений или филиалов, а также размещения лечебных учреждений, эвакуируемых в безопасные районы, используются близлежащие здания и помещения круглогодичного функционирования, и наибольшей степени отвечающие требованиям, предъявляемым к больничным учреждениям. В первую очередь используются здания и помещения, заранее приспособленные для этих целей. При этом, как правило, хирургические отделения размещаются на основной базе, а отделения, не требующие специального оборудования в больших объемах, - в приписанных зданиях.

Порядок приспособления зданий и помещений для развертывания лечебных учреждений и источники финансирования указанных работ устанавливаются Правительством Российской Федерации.

При создании в составе больниц дополнительных филиалов или лечебно-диагностических отделений на базе придаваемых зданий и помещений эти больницы остаются едиными учреждениями и возглавляются руководителем учреждения-формирователя, на которого возлагается полная ответственность за подготовку учреждения к работе в военное время.

Лечебно-профилактические учреждения, имеющие мобилизационные задания на развертывание в военное время дополнительных больничных коек, а также больничные учреждения, создаваемые на военное время по решению органов исполнительной власти, относятся к учреждениям федеральной медицинской службы гражданской обороны.

Лечебно-профилактические учреждения, развертывающие дополнительные больничные койки, наряду с выполнением своих повседневных функций по приему и лечению больных решают следующие основные задачи:

- проведение эвакуации пораженных из очагов массовых санитарных потерь (этапа оказания первой врачебной помощи) «на себя» с использованием санитарно-транспортных формирований;
- проведение при необходимости дозиметрического контроля, санитарной обработки пораженных, дезинфекции, дегазации и дезактивации их одежды и обуви;
- обеспечение приема и проведение медицинской сортировки пораженных;
- выявление и временная изоляция инфекционных больных и пораженных с выраженными явлениями нарушения психики с последующим направлением их в больницу соответствующего профиля;
- оказание пораженным квалифицированной и специализированной медицинской помощи и лечение их до окончательных исходов;
- осуществление мероприятий по защите медицинского и обслуживающего персонала, пораженных и больных, находящихся в стационаре, от воздействия современных средств поражения.

## **5.2 Порядок расчета количества дополнительных специализированных коек**

Количество и специализация развертываемых дополнительных больничных коек на территории субъекта Российской Федерации должны соответствовать вероятной величине и структуре раненых и больных среди населения в военное время.

При оценке величины потерь среди населения после применения противником современных обычных средств поражения за основной интегрирующий критерий принимается степень поражения города (городского района).

Степень поражения города определяется как отношение площади города (городского района), оказавшейся в зоне полных и сильных разрушений ко всей площади города (городского района). При степени поражения города (городского района) равной 0,3 общие потери незащищенного населения составят 10%; населения, укрытого в убежищах, – 1,0%; населения в простейших укрытиях – 1,5%; санитарные потери – соответственно 7,5%, 0,7% и 0,5% (по данным А.И. Лобанова, Академия гражданской защиты).

Количество и специализация коечной сети здравоохранения (койки мирного времени и дополнительно развертываемые больничные койки) устанавливаются органом управления здравоохранением данного субъекта Российской Федерации с учетом географических, экономических и демографических особенностей, вероятных потерь среди населения при ведении военных действий или вследствие этих действий, уровня заболеваемости среди населения данной территории, возможностей и специализации имеющихся лечебно-профилактических учреждений.

При этом должны учитываться следующие рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации по примерной специализации дополнительно развертываемых больничных коек:

Хирургический профиль – 70-75%, в том числе: нейрохирургические<sup>3</sup> – 10-11%; торакоабдоминальные – 11-12%; травматологические – 18-19%; ожоговые – 7-8%; общехирургические – 17%; для легкораненых – 7-8%.

Терапевтический профиль – 25%-30%, в том числе: терапевтические – 13-14%; психоневрологические – 5-6%; инфекционные – 4-6%; гинекологические – 1-1,5%; туберкулезные – 1-1,5% и кожно-венерологические – 1%.

Из общего количества коек детские составляют до 20%. При этом кроме специализированных детских учреждений предусматривается развертывание детских отделений (палат) во всех других лечебных учреждениях. В субъектах Российской Федерации, где удельный вес детей среди населения выше или ниже средних значений по стране, количество коек для пораженных детей соответственно увеличивается или уменьшается.

Указанная выше структура дополнительных больничных коек является ориентировочной и может меняться в зависимости от местных условий, планируемых сроков наращивания коечного фонда, конкретных прогнозов величины и структуры раненых и больных среди населения и сроков их поступления, кадровых, материальных и иных возможностей здравоохранения по наращиванию мощности или созданию тех или иных новых лечебных отделений.

С получением задания на развертывание дополнительных больничных коек в органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации разрабатываются мероприятия по их развертыванию, которые включа-

---

<sup>3</sup> Под нейрохирургическими койками имеются ввиду койки не только для раненых в голову и позвоночник, но и для раненых в ЛОР-органы, органы зрения и челюстно-лицевую область.

ются в план гражданской обороны здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Мероприятиями предусматриваются:

- задания местным органам управления здравоохранением на развертывание дополнительных больничных коек в лечебно-профилактических учреждениях;
- порядок доукомплектования лечебно-профилактических учреждений, развертывающих дополнительные больничные койки, медицинскими кадрами;
- источники, сроки и порядок обеспечения материальными средствами, медицинской и другой техникой.

Местные органы управления здравоохранением подготавливают предложения для принятия решений на суженных заседаниях органов исполнительной власти о развертывании дополнительных больничных коек конкретными лечебно-профилактическими учреждениями, выделении в этих целях дополнительных зданий и помещений, кадровых ресурсов, необходимых материальных, технических и иных средств, необходимом объеме работ для приспособления зданий и помещений к развертыванию дополнительных больничных коек.

Руководитель учреждения-формирователя разрабатывает конкретные мероприятия по организации развертывания дополнительных больничных коек, доукомплектования необходимыми кадрами, обеспечения имуществом, техническими и иными средствами, которые отражаются в ряде разрабатываемых документов (ведомость укомплектованности личным составом и техникой, схема организации оповещения и сбора личного состава, ведомость обеспечения имуществом и техническими средствами, наряды и накладные на получение материальных средств и т.д.).

Комплектование лечебно-профилактических учреждений, развертывающих дополнительные больничные койки в военное время, личным составом осуществляется за счет персонала этих учреждений, не подлежащего призыву в Вооруженные Силы, приписки специалистов и обслуживающего персонала решениями суженных заседаний органов местного самоуправления из других учреждений и организаций независимо от форм собственности, свободных ресурсов военных комиссариатов, найма на работу пенсионеров. При определении потребности в медицинских кадрах для больничных учреждений медицинской службы гражданской обороны следует исходить из следующих нормативов:

- на 100 коек хирургического профиля – не менее одного хирурга и двух врачей нехирургической специальности, шести медицинских сестер;
- на 100 коек терапевтического профиля – не менее двух врачей терапевтического профиля и четырех медицинских сестер.

Ответственность за полное и качественное комплектование личным составом лечебно-профилактического учреждения, развертывающего дополни-

тельные больничные койки, правильную расстановку кадров, обеспечение учреждения медицинскими и другими материальными средствами возлагается на главного врача данного учреждения. Решение на расстановку медицинских кадров и обслуживающего персонала оформляется приказом главного врача учреждения-формирователя.

Медицинские специалисты, предназначенные для развертывания дополнительных больничных коек в военное время, проходят заблаговременное усовершенствование по специальности на специальных циклах в медицинских высших учебных заведениях последиplomного образования, на местных учебных базах, а также на учебных сборах с отрывом от производства (не более 12 дней в год), с сохранением среднего заработка по месту работы и выплатой иногородним командировочных расходов.

Развертывание дополнительных больничных коек здравоохранения проводится при введении в действие планов гражданской обороны субъектов Российской Федерации в случаях объявления состояния войны, фактического начала военных действий или введения Президентом Российской Федерации военного положения на территории страны или в отдельных ее регионах.

Оповещение учреждений-формирователей о введении в действие планов гражданской обороны объектов здравоохранения осуществляется в общей системе оповещения Гражданской обороны.

С получением установленного сигнала руководитель лечебно-профилактического учреждения организует развертывание дополнительных больничных коек, доукомплектование медицинским и обслуживающим персоналом, получение медицинского, санитарно-хозяйственного и другого имущества, занятия с личным составом по подготовке его к работе, представляет в органы управления здравоохранением установленные формы донесений о проделанной работе.

### **5.3 Материально-техническое обеспечение дополнительных специализированных коек**

Для оснащения и обеспечения работы дополнительных больничных коек, развертываемых лечебно-профилактическими учреждениями в соответствии с мобилизационным заданием, создаются запасы медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества в составе мобилизационного резерва осуществляется на складах медицинских центров «Резерв» органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Для обеспечения работы больничных учреждений медицинской службы гражданской обороны, кроме того, используется медицинское, санитарно-хозяйственное и специальное имущество текущего довольствия и запасы медицинского имущества, накопленные для ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, находящееся в лечебно-профилактических учреждениях, развертывающих дополнительные больничные койки.

Обеспечение больничных учреждений медицинской службы гражданской обороны дополнительным автомобильным транспортом, продовольствием и другими видами материально-технических средств осуществляется на основании решений органов исполнительной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления.

Ответственность за организацию снабжения больничных учреждений всеми видами имущества в военное время несут ответственность соответствующие начальники медицинской службы ГО.

Финансирование мероприятий по развертыванию дополнительных больничных коек должно предусматриваться сметами чрезвычайных расходов, составляемыми исполнительными органами власти субъектов РФ на период мобилизации и в первый месяц войны.

### **План-задание федеральных органов исполнительной власти по развертыванию дополнительных специализированных коек в Южном федеральном округе**

В дополнение к специализированным медицинским больничным койкам, развертываемым по мобилизационным заданиям субъектов РФ, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук от 31.01.2005 года № 103/4 «О готовности учреждений здравоохранения и научных учреждений Российской академии медицинских наук к оказанию специализированной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях», для оказания специализированной медицинской помощи населению Российской Федерации, разработан План-задание руководителям учреждений здравоохранения, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, подведомственных Минздравсоцразвития РФ и научных учреждений, подведомственных РАМН, на экстренное развертывание коек, предназначенных для оказания специализированной помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях по Центральному, Северо-Западному, Южному, Приволжскому, Сибирскому, Дальневосточному федеральным округам, общей численностью 8585 специализированных дополнительных больничных коек.

Для обеспечения нижеследующих лечебных учреждений медицинским имуществом в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8.12.2004 года № 305 «О создании резерва медицинского имущества МЗ и социального развития РФ для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций», функции по накоплению и содержанию резерва медицинского имущества возложены на Всероссийский центр медицины катастроф «Защита».

## ПЛАН-ЗАДАНИЕ

РУКОВОДИТЕЛЯМ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА, НАХОДЯЩИХСЯ В ВЕДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ И НАУЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ РАМН, НА ЭКСТРЕННОЕ РАЗВЕРТЫВАНИЕ КОЕК, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ЧС

№ п/п	Наименование учреждений, штатная численность коечного фонда	План-задание на экстренное развертывание коек в ЧС
1.	Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону 860 коек	Всего 195 коек, в том числе 40 – хирургические; 10 – урологические; 30 – психиатрические; 10 – торакальные; 10 – сосудистой хирургии; 30 – нейрохирургические; 5 – кардиологические; 20 – офтальмологические; 30 – терапевтические; 10 – педиатрические (соматические)
2.	Ростовский НИИ акушерства и педиатрии, г. Ростов-на-Дону 360 коек	Всего 30 коек, в том числе 30 – педиатрические (соматические)
3.	Ростовский НИИ онкологии, г. Ростов-на-Дону 864 коек	Всего 50 коек, в том числе 50 – радиологические
4.	Государственное учреждение "Южный окружной медицинский центр", г. Ростов-на-Дону 285 коек	Всего 70 коек, в том числе 10 – хирургические; 10 – травматологические; 10 – отоларингологические; 10 – урологические; 10 – неврологические; 10 – терапевтические; 10 – педиатрические
5.	Государственное учреждение "Новороссийский медицинский центр", г. Новороссийск 475 коек	Всего 140 коек, в том числе 45 – хирургические; 20 – травматологические; 15 – урологические; 20 – неврологические; 10 – терапевтические; 5 – отоларингологические; 5 – офтальмологические; 20 – педиатрические
6.	Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации г. Сочи Черноморского зонального Управления спецсанаториев, г. Сочи 245 коек	Всего 40 коек, в том числе 30 – неврологические; 10 – кардиологические
7.	Туапсинский клинический комплекс Государственное учреждение "Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова", Краснодарский край, г. Туапсе 215 коек	Всего 140 коек, в том числе: 40 – хирургические; 30 – травматологические; 20 – урологические; 30 – терапевтические; 20 – неврологические
8.	Государственное учреждение Межотраслевой Научно-технический комплекс "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н.Федорова", Краснодарский филиал, г. Краснодар 226 коек	Всего 50 коек, в том числе 50 – офтальмологические
9.	Государственное учреждение "Межотраслевой научно-технический комплекс "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н.Федорова", г. Волгоград 229 коек	Всего 50 коек, в том числе 50 – офтальмологические
Всего по ЮФО	3759 коек	765 коек

## **Тема №6. МОБИЛИЗАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ (УПК)**

### **Учебные вопросы:**

1. Мероприятия мобилизационной подготовки УПК и организация их проведения.
2. Содержание и порядок разработки планов мобилизационной подготовки УПК.
3. Порядок комплектования УПК людскими ресурсами, донорскими кадрами и транспортными средствами.
4. Организация подготовки и переливания крови в ТГМЗ.

### **6.1 Мероприятия мобилизационной подготовки УПК и организация их проведения**

К учреждениям службы переливания крови относятся институты, станции, отделения в больницах для заготовки донорской крови, компонентов и препаратов крови, кровезамещающих жидкостей.

Учреждения службы крови по административно-территориальному признаку подразделяются на республиканские, краевые, областные и городские. Кроме того, имеются также ведомственные учреждения службы крови – министерств путей сообщения, обороны и др.

В структуру учреждений (станций) переливания крови могут входить девять основных подразделений:

1. Отделение комплектования и медицинского освидетельствования доноров, обеспечивающее подбор доноров, их учет, медосмотр, иммунизацию доноров для получения лечебно-профилактических иммунных препаратов.
2. Отделение заготовки крови и ее компонентов, осуществляющее забор крови и плазмы от доноров, производство компонентов крови. В состав отделения входит операционный блок, выездные бригады, вспомогательные службы и экспедиция. Экспедиция выдает лечебно-профилактическим учреждениям трансфузионные среды и стандартные групповые сыворотки, а также получает оперативную информацию о запасах крови в лечебных учреждениях и подразделениях службы крови.
3. Клиническая лаборатория, проводящая исследование крови донора и консервированной крови (определение групповой и резус-принадлежности, количества гемоглобина, числа эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, ретикулоцитов, лейкоцитарной формулы, содержания билирубина, постановку СОЭ, реакций на сифилис, гепатиты В, С, аланинаминотрансферазу, ВИЧ-1, ВИЧ-2).

4. Лаборатория стандартных сывороток, производящая стандартные групповые (AB0), антилейкоцитарные, антирезусные сыворотки, определяющая титр специфических антител в крови иммунизированных доноров, в иммунной плазме и иммуноглобулинах.
5. Резус-лаборатория, устанавливающая резус-принадлежность крови доноров, проводящая исследование ее на изоиммунные антитела, индивидуальный подбор и титрование крови доноров и реципиентов.
6. Бактериологическая лаборатория, осуществляющая контроль стерильности выпускаемой продукции, а также надзор за соблюдением требований асептики в ходе производственного процесса.
7. Отделение лиофилизации биопрепаратов, производящее высушивание плазмы, препаратов крови и их полуфабрикатов лиофильным методом.
8. Лаборатория (отдел, отделение) фракционирования плазмы, проводящая выделение белковых фракций плазмы и выпускающая готовые лекарственные формы.
9. Отдел технического контроля, осуществляющий надзор за соблюдением нормативно-технических требований и контроль качества выпускаемой продукции.

В структуру станций переливания крови может входить также организационно-методический отдел, осуществляющий контроль, методическую и консультативную помощь учреждениям здравоохранения по вопросам переливания крови. Состав и численность персонала СПК определяются штатными нормативами, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития РФ и зависят от объема производственной деятельности – заготовки и переработки крови, в том числе фракционирования плазмы.

**Мобилизационная готовность объекта здравоохранения** – это способность органов управления, сил и средств его ГО решать задачи в соответствии с предназначением, которые определены на военное время.

План гражданской обороны объекта здравоохранения – основной документ, определяющий деятельность гражданской обороны объекта при переводе с мирного на военное положение и в военное время.

Устойчивость функционирования объекта здравоохранения – заблаговременная целевая подготовка объекта к работе в военное время, включающая административно-организационные, инженерно-технические, материально-экономические, санитарно-противоэпидемические, режимные, образовательные (подготовка кадров) мероприятия, в результате которых снижается риск поражения объекта и обеспечивается выполнение задач военного времени. Управление гражданской обороной на объекте здравоохранения – целенаправленная деятельность руководителя – начальника гражданской обороны и руководящего штаба ГО ЧС, гражданских организаций по обеспечению готовности объекта и организации его работы в военное время в соответствии с предназначением.

Содержание задач определяется предназначением гражданской обороны и объектов здравоохранения на военное время. Задачи могут быть общи-

ми (для всех объектов здравоохранения) и частными (для определенной группы объектов, здравоохранения с учетом их предназначения на военное время).

К числу **общих задач** учреждений переливания крови относятся:

1. Создание и подготовка органа управления гражданской обороной учреждения переливания крови (создание штаба ГО ЧС).
2. Прогнозирование возможной обстановки в учреждении переливания крови в военное время и ее оценка при возникновении военной опасности.
3. Разработка плана действий ГО учреждения переливания крови на военное время.
4. Изучение организации гражданской обороны города (района), взаимодействующих объектов, органов управления по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям, органов здравоохранения ведомственного подчинения, организация взаимодействия.
5. Разработка документов по планированию повседневной деятельности гражданской обороны учреждения переливания крови (годового и месячных планов).
6. Создание, оснащение и подготовка гражданских организаций общего назначения (объектовых) и медицинских в соответствии с заданием в состав медицинской службы гражданской обороны.
7. Организация защиты учреждения переливания крови от воздействия современных средств ведения войны, при террористических акциях, возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.
8. Подготовка персонала учреждений переливания крови к действиям по сигналам ГО и выполнению своих функциональных обязанностей в составе чрезвычайных организаций (формирований).
9. Проведение мероприятий по повышению устойчивости функционирования учреждений переливания крови в военное время.

**Частными задачами** гражданской обороны учреждения переливания крови являются:

1. Создание неснижаемого суточного запаса крови, кровезаменителей, иммуноглобулинов (эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, криопреципитата, альбумина) в соответствии с заданиями на особый период.
2. Обеспечение гемотранфузионными средствами раненых и больных лечебно-профилактических учреждений.
3. Оказание консультативной и практической помощи по вопросам трансфузионной терапии пострадавших.
4. Заготовка донорской крови.
5. Заготовка «тёплой» крови от доноров экстренного резерва.
6. Разработка программ гемотранфузионной терапии.

7. Создание нештатных трансфузиологических бригад экстренного реагирования.
8. Проведение спасательных и аварийно-восстановительных работ в учреждении переливания крови, восстановление работы учреждения.
9. Перевод работы учреждения переливания крови на противоэпидемический режим работы при возникновении соответствующей эпидемической обстановки и на особый режим работы в условиях радиоактивного и химического заражения территории.

Задачи ГО учреждений переливания крови решаются в режиме их повседневной деятельности, при переводе ГО с мирного на военное время и в военное время.

При создании организационной структуры гражданской обороны в учреждениях переливания крови, необходимо учитывать, что они имеют задания по Всероссийской службе медицины катастроф, созданной в стране постановлением Правительства Российской Федерации от 3.05.1994 г. № 420.

### **Организация и ведение гражданской обороны в учреждениях переливания крови**

Гражданская оборона в учреждениях переливания крови создается приказом его руководителя на базе структурных подразделений учреждения в соответствии с **заданием** вышестоящего органа здравоохранения по подчиненности учреждения и выдается письменно. Задание должно корректироваться, а при отсутствии изменений подтверждаться, через каждые 3 года также в письменной форме. В соответствии с заданием учреждение переливания крови составляет смету расходов по гражданской обороне. В связи с этим задание учреждению является документом, определяющим не только организацию гражданской обороны, но и ее финансирование.

В задании указывается:

- основные задачи учреждения переливания крови по гражданской обороне по принципу реальности их выполнения в установленные сроки;
- статус органа управления ГО учреждения с определением численности штатных должностей. При этом в учреждениях, имеющих 65 врачебных должностей – имеется штатная должность начальника штаба ГО ЧС. В других учреждениях должность начальника штаба ГО ЧС исполняется должностным лицом объекта здравоохранения по решению главного врача – начальника ГО объекта;
- количество и профиль создаваемых формирований МСГО с указанием порядка их оснащения, обеспечения транспортом, сроков приведения в готовность и предназначения;
- объем содержания неснижаемого запаса крови, кровезаменителей, иммуноглобулинов и др. препаратов крови;

- порядок обеспечения препаратами крови лечебно-профилактических учреждений;
- вопросы взаимодействия по взаимному оказанию помощи между объектами здравоохранения по организации и ведению гражданской обороны, порядок предоставления отчетности;
- сроки разработки планирующих документов и завершения создания организационной структуры гражданской обороны учреждения.

Руководитель – начальник гражданской обороны УПК анализирует полученное задание на организацию гражданской обороны и оценивает возможности по его выполнению, а в случае нереальности отдельных положений задания – представляет письменно обоснованные предложения по внесению в него соответствующих изменений (дополнений).

Недопустимо самовольное решение вопросов мобилизационной подготовки объектов здравоохранения, которые возложены на гражданскую оборону, они должны решаться на реальной основе в соответствии с нормативно-правовой базой ГО и возможностями УПК.

Первоочередным мероприятием по выполнению задания является создание органа управления ГО УПК – штаба ГО ЧС. Его структура и состав определяются в зависимости от предназначения на военное время и задач ГО.

Основным принципом создания органа управления ГО ЧС в УПК является включение в его состав основных руководящих работников и определение их функциональных обязанностей в соответствии с характером выполняемой ими повседневной работы.

Функциональные обязанности должностных лиц отрабатываются, руководствуясь задачами, которые определены в приказе главного врача о создании штаба и организации его подготовки каждым должностным лицом штаба ГО ЧС под руководством начальника штаба, обсуждаются на заседании штаба, подписываются исполнителем и начальником штаба, а утверждаются начальником ГО УПК.

Функциональные обязанности должностных лиц хранятся: первый экземпляр – у начальника штаба, а второй – в рабочей папке должностного лица.

## **6.2 Содержание и порядок разработки планов мобилизационной подготовки УПК**

Созданный орган управления ГО – штаб ГО ЧС проводит мероприятия по ведению гражданской обороны на объекте в соответствии с определенными ему задачами по гражданской обороне.

Руководствуясь организационными указаниями вышестоящего органа управления здравоохранением по подготовке гражданской обороны на год, в УПК разрабатывается приказ начальника ГО «Об итогах подготовки гражданской обороны объекта здравоохранения в прошедшем году и задачах на текущий год».

В приказе дается оценка состояния мобилизационной готовности УПК и в целом готовности его работы в военное время. Отмечаются имевшие место положительные примеры выполнения мероприятий и не выполненные, или проведенные с наличием недостатков, указываются должностные лица, проводившие эти мероприятия.

В постановляющей части приказа определяются задачи на текущий год, которые подробно излагаются в приложении к приказу – **«Календарном плане основных мероприятий ГО УПК»**. В нем указываются мероприятия, проводимые гражданской города и собственные мероприятия, ответственные исполнители, привлекаемые силы и средства, сроки проведения мероприятий. Календарный план разрабатывается начальником ГО УПК и под роспись доводится до ответственных исполнителей.

Среди задач ГО УПК первоочередной является прогнозирование возможной обстановки, которая может сложиться на объекте в военное время, и планирование действий УПК по его защите и выполнению задания.

Разработке плана действий ГО объекта в военное время предшествует изучение:

- возможной (прогнозируемой) обстановки, основные исходные сведения о которой получаются в органе управления ГО ЧС города (района);
- характеристики УПК (его структура по подразделениям, кадровый состав персонала);
- размещение УПК по отношению к объектам, представляющим опасность возникновения вторичных очагов поражения;
- планировка территории УПК, его застройка, наличие пожаро-, химически опасных и других факторов, сейсмостойкость зданий, коммунально-технические сети и энергоснабжение, т.е. все те факторы, которые представляют опасность поражения УПК в военное время;
- состояние материально-технического обеспечения подразделений УПК.

Начальник штаба ГО ЧС организует изучение исходных данных для планирования с участием всех членов штаба, обобщает их данные и докладывает начальнику ГО УПК предложения по разработке плана ГО УПК на военное время, представляет проект приказа об организации работы штаба ГО ЧС.

В приказе начальника ГО УПК определяется:

- состав группы разработчиков плана, основное ядро которой составляет штаб ГО ЧС. В состав группы включаются заведующие основными отделениями (лабораториями);
- сроки разработки документов плана и основные исходные данные для их содержания, вытекающие из задания по организации ГО в УПК;
- организация и сроки проверки реальности разработанного плана действий ГО УПК.

Разработанные документы Плана согласовываются и утверждаются в сроки, установленные приказом начальника ГО УПК. Проверка реальности планирования мероприятий проводится на штабных тренировках и учениях, при практических тренировках с подразделениями УПК. Корректировка Плана проводится по состоянию на 1 января и 1 июля ежегодно, о чем вносятся записи в лист корректировки.

План разрабатывается текстово и графически в виде приложений к текстовой его части. Текстовая часть Плана подписывается главным врачом – начальником ГО УПК, согласовывается с территориальным управлением по делам ГО ЧС (местным), утверждается руководителем органа управления здравоохранением по подчиненности УПК.

Приложения к текстовой части подписываются начальником штаба ГО ЧС УПК и должностным лицом, отвечающим за выполнение указанных в приложении мероприятий, утверждаются начальником ГО УПК.

Содержание текстовой части Плана:

1. Краткая характеристика УПК и прогнозируемая обстановка на территории объекта при возможности его поражения.

Краткая характеристика административно-топографического положения УПК, территории и застройки корпусов, транспортных и коммунально-энергетических коммуникаций, метеорологических условий и других факторов, оказывающих влияние на работу.

Структура объекта.

Прогнозируемая обстановка в границах территории УПК и вне территории при применении современных средств поражения. При этом указываются, по возможности, количественные показатели опасности, продолжительность воздействия, потери персонала, возможность функционирования УПК и в каком объеме.

2. Содержание мероприятий в угрожаемый период (режим повышенной готовности, общая готовность ГО):
  - Задачи УПК в соответствии с планом-заданием;
  - Силы, необходимые для решения задач в соответствии с планом-заданием;
  - Состав и профиль привлекаемых функциональных подразделений и формирований к выполнению задач с указанием сроков приведения их в готовность;
  - Сроки готовности к приему доноров по месту дислокации УПК и при развертывании в загородной зоне;
  - Организация развертывания отделения заготовки крови и ее компонентов, в т.ч. операционного блока и выездных бригад; отделения комплектования и медицинского освидетельствования доноров;
  - Организация снабжения медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным имуществом;
  - Организация транспортного обеспечения УПК по месту дислокации и в загородной зоне;

- Организация защиты персонала УПК по месту постоянной дислокации и после эвакуации: укрытие в защитных сооружениях в городе и в загородной зоне, обеспечение средствами индивидуальной защиты персонала, организация эвакуации УПК;
- Организация эвакуации УПК в загородную зону с указанием сроков вывода его подразделений и сроков их развертывания в составе больничной базы, порядка размещения персонала и членов семей для проживания;
- Порядок снабжения ЛПУ гемотранфузионными средствами.

С учетом прогнозируемой обстановки для УПК предусматривается планирование организационных и инженерно-технических мероприятий, обеспечивающих предупреждение или снижение поражающего воздействия на УПК.

### 3. Организация мероприятий, проводимых при возникновении очагов поражения.

К текстовой части плана отрабатываются приложения, раскрывающие основные положения планируемых мероприятий:

- |                  |                                                                                                                           |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Приложение I.    | Характеристика территории и планировки УПК, кадровый состав по подразделениям.                                            |
| Приложение II.   | Прогнозируемая обстановка при возникновении возможных чрезвычайных ситуаций.                                              |
| Приложение III.  | Расчет создания нештатных трансфузионных бригад.                                                                          |
| Приложение IV.   | Расчет распределения кадров для комплектования подразделений УПК.                                                         |
| Приложение V.    | Схема развертывания УПК по месту постоянной дислокации.                                                                   |
| Приложение VI.   | Расчет создания объектовых формирований.                                                                                  |
| Приложение VII.  | Расчет снабжения формирований и ЛПУ кровью, ее компонентами и препаратами.                                                |
| Приложение VIII. | Расчет снабжения подразделений УПК медицинским имуществом.                                                                |
| Приложение IX.   | Расчет снабжения подразделений УПК санитарно-хозяйственным имуществом.                                                    |
| Приложение X.    | Расчет снабжения подразделений УПК специальным имуществом.                                                                |
| Приложение XI.   | Расчет обеспечения УПК транспортом для функционирования УПК в военное время.                                              |
| Приложение XII.  | Расчет укрытия персонала УПК в защитных сооружениях (по месту постоянной дислокации и после эвакуации в загородную зону). |
| Приложение XIII. | Расчет обеспечения персонала УПК средствами индивидуальной защиты, медицинскими средствами индивидуальной защиты.         |
| Приложение XIV.  | Расчет транспортного обеспечения эвакуации                                                                                |

	УПК (персонала, членов семей).
Приложение XV.	Схема развертывания УПК в загородной зоне.
Приложение XVI.	Расчет расселения персонала и членов семей в загородной зоне (при эвакуации УПК).
Приложение XVII.	Календарный план основных мероприятий по переводу УПК с мирного на военное положение.
Приложение XVIII.	Схема оповещения сбора руководящего состава и подразделений УПК.
Приложение XIX.	Схема управления в лечебно-профилактическом учреждении.

Приложения отрабатываются графически, подписываются начальником штаба ГО ЧС и утверждаются начальником ГО УПК – главным врачом.

Кроме планирования мероприятий по гражданской обороне (на военное время), в соответствии с методическими рекомендациями, планируются мероприятия по подготовке УПК и организации работы при ликвидации медико-санитарных последствий при техногенных и природных катастрофах мирного времени.

В УПК создаются формирования приказом руководителя – начальника ГО, исходя из имеющихся возможностей, предназначенных для проведения мероприятий ГО в УПК:

1. Пост радиационного и химического наблюдения;
2. Звено по обслуживанию убежищ и укрытий;
3. Звено связи;
4. Отделение пожаротушения;
5. Звено охраны общественного порядка;
6. Аварийно-спасательная группа.

Большим разделом ведения гражданской обороны в УПК является повышение устойчивости их функционирования в военное время путем решения конкретных задач каждого отдельного подразделения и организации четкого взаимодействия между ними и взаимодействия с другими службами ГО.

### **6.3 Порядок комплектования УПК людскими ресурсами, донорскими кадрами и транспортными средствами**

Комплектование УПК людскими ресурсами осуществляется в соответствии с общими требованиями, предъявляемыми к формированиям ГО Российской Федерации:

- В формирования медицинской службы гражданской обороны могут быть зачислены граждане Российской Федерации: мужчины в возрасте от 18 до 60 лет, женщины в возрасте от 18 до 55 лет за исключением военнообязанных, имеющих мобилизационные предписания, инвали-

дов I, II и III группы, беременных женщин, женщин, имеющих детей в возрасте до 8 лет, а также женщин, получивших среднее или высшее медицинское образование, имеющих детей в возрасте до трех лет.

- Порядок накопления, хранения, освежения и использования медицинского, санитарно-хозяйственного и специального имущества мобилизационного резерва для учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны определяется «Положением о мобилизационном резерве», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 14.05.97 № 570-27, и «Положением о накоплении, хранении и использовании в целях гражданской обороны запасов материально-технических, продовольственных, медицинских и иных средств», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 27.04.2000 № 379 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000., № 18 ст. 1991).
- Ответственными за организацию снабжения учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом в военное время являются соответствующие начальники медицинской службы гражданской обороны.

Обеспечение учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны автомобильным транспортом, продовольствием и другими видами материально-технических средств осуществляется на основании решений органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

Заготовка крови и ее компонентов в мирное время осуществляется в соответствии с Законом РФ от 9.06.1993 г. № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов».

Заготовка донорской крови в условиях отделений ЛПУ в военное время должна быть минимальной. ЛПУ должны обеспечиваться за счет централизованных поставок компонентов и препаратов крови.

Заготовка «тёплой» (свежеконсервированной) крови в условиях массового поступления в ЛПУ раненых и больных осуществляется за счет укомплектованной группы обследованных доноров экстренного резерва, сроки предшествующей сдачи крови у них должны быть в пределах от 2 до 12 месяцев.

#### **6.4 Организация подготовки и переливания крови в ТГМЗ**

В системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск военного округа, важное место занимает трансфузиологическое обеспечение раненых и больных, поступающих в ТГМЗ из очагов массовых санитарных потерь. Весьма значимым звеном в этой системе является обеспечение гемотрансфузионными средствами (ГТС) пострадавших непосредственно в очаге санитарных потерь или вблизи него, реализация оптимальной (для конкретного

пациента) программы гемотрансфузионной терапии (ГТТ). Накопленный в 1980-1999 годах опыт в этой области указывает на наличие непосредственного влияния своевременности и достаточности трансфузиологического обеспечения на конечные результаты лечебно-эвакуационных мероприятий, то есть на исходы лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями, сопровождающимися острой массивной кровопотерей. При выборе варианта организации трансфузиологического обеспечения в таких условиях необходимо учитывать все основные факторы, оказывающие влияние на его эффективность. В частности, к таким факторам следует отнести:

- вариабельность повреждающих факторов, определяющих вид и тяжесть повреждений у пострадавших, их количество;
- отсутствие какого-либо резерва времени для выполнения подготовительных работ;
- разнообразие климатогеографических условий, в которых может осуществляться работа медицинского персонала.

Перечисленные факторы определяют необходимость заблаговременного решения узловых организационных вопросов. Одним из наиболее доступных вариантов организации трансфузиологического обеспечения раненых и больных в ТГМЗ должно быть создание нештатных трансфузиологических бригад экстренного реагирования (ТБЭР).

### **Организация заготовки крови в ТГМЗ**

Проблема обеспечения раненых и больных ГТС в ТГМЗ должна решаться преимущественно за счет централизованных поставок компонентов и препаратов крови. В свете современных представлений о максимальной эффективности и безопасности ГТТ заготовка донорской крови в ТГМЗ должна быть минимизирована.

Заготовка так называемой «теплой» (свежеконсервированной) крови в условиях массового приема раненых и больных в ТГМЗ из очагов массового поражения на территории военного округа сопряжена с риском нарушений инфекционной и иммунологической безопасности и производится при невозможности иных решений и реальной угрозе гибели пациента. Для этой цели в данном лечебном учреждении должна быть укомплектована группа обследованных доноров экстренного резерва.

Показанием к переливанию «теплой» донорской крови является острая массивная кровопотеря, обусловленная ранением (травмой), при отсутствии консервированных гемокомпонентов.

Комплектование доноров для заготовки «теплой» крови в экстренных ситуациях осуществляет старший врач ТБЭР, из числа сотрудников госпиталя, дающих кровь или плазму не реже 1-2 раз в год.

Должны быть разработаны:

1. список доноров из расчета 3-6 человек каждой группы с учетом ее резус-принадлежности;

2. карточки доноров с внесенными в них данными о групповой и резус-принадлежности и результатах лабораторных исследований на ВИЧ, гепатит В, С, сифилис, аланинаминотрансферазу (по результатам предыдущей кроводачи);
3. практические вопросы заготовки крови в экстремальной ситуации.

Сроки предшествующей кроводачи у доноров экстренного резерва должны быть в пределах от 2 до 12 месяцев. Так как о безопасности (в отношении ВИЧ, гепатита В, С, сифилиса и др.) кропи можно судить по результатам исследования только в день ее заготовки, взятая и перелитая «теплая» донорская кровь является необследованной.

Показания для переливания «теплой» необследованной донорской крови устанавливает консилиум в составе начальника хирургического отделения, старшего врача ТБЭР и врача-реаниматолога.

Лечащий врач обязан проинформировать больного о необходимости такой трансфузии и получить его согласие. При невозможности информировать больного или его родственников в истории болезни делается соответствующая запись (непосредственно после обоснования показания для переливания «теплой» крови).

Перед взятием крови донор должен быть осмотрен врачом (для исключения противопоказаний). Исследуются: температура тела, частота пульса, артериальное давление, величины гемоглобина). Кроме того, до гемоэкфузии необходимо выполнить все исследования для установления совместимости крови выбранного донора с сывороткой реципиента.

Взятие крови у доноров осуществляется с использованием полимерных контейнеров «Гемакон 500» в соответствии с требованиями «Руководства по военной трансфузиологии» (раздел 3). Гемоконтейнер с «теплой» кровью маркируют общепринятым способом с указанием даты заготовки, гемоконсерванта, количества взятой крови и фамилии врача, осуществившего взятие крови. Такая кровь хранению не подлежит и должна быть перелита в течение 4 часов с момента эксфузии у донора.

Подготовка и переливание «теплой крови» проводится общепринятым способом. В тех случаях, когда взятие и переливание крови осуществляют разные лица, обязательным является выполнение проб на совместимость лицом, проводящим гемотрансфузию, несмотря на то, что такие исследования были выполнены до взятия крови.

Протокол переливания «теплой» крови вносится непосредственно после записи консилиума с обоснованием показаний к такой гемотрансфузии.

По завершению взятия крови в полимерный гемоконтейнер берется 6-10 мл в 2 пробирки, маркируемые полоской лейкопластыря с указанием на ней клиники, фамилии, имени и отчества донора (для проведения ретроспективного исследования перелитой крови: на содержание аланинаминотрансферазы, ВИЧ-1, ВИЧ-2, антиген гепатита В, антител к вирусу гепатита С и сифилис).

Ответственность за правильную организацию заготовки и переливания «теплой» крови от доноров экстренного резерва несет старший врач трансфузиологической бригады.

### **Организация переливания крови в ТГМЗ**

Оснащение трансфузиологической бригады медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом осуществляется заблаговременно, исходя из прогнозируемого объема работы. Имущество бригады комплектуется и хранится в специальных укладках.

Ответственность за поддержание бригады в постоянной готовности к работе возлагается на начальника госпиталя и старшего врача бригады.

Основными задачами ТБЭР в экстремальных ситуациях военного времени являются:

- развертывание и оборудование рабочих мест для подготовки и проведения гемотрансфузий;
- организация определения групповой и резус-принадлежности крови больных (раненых) в районе боевых действий;
- подготовка предложений по определению потребности в ГТС, своевременное истребование необходимых ГТС и их использование при полном и точном соблюдении мер предупреждения посттрансфузионных реакций и осложнений;
- организация приема и хранения ГТС, поставляемых по указанию старшего медицинского начальника;
- организация интраоперационного сбора и реинфузии крови пострадавшим;
- принятие экстренных мер по оказанию помощи при возникновении у больных посттрансфузионных реакций (осложнений);
- оказание консультативной и практической помощи по вопросам трансфузионной терапии пострадавших;
- заготовка (при возникновении экстренной необходимости) «теплой» крови от доноров экстренного резерва и ее переливание;
- организация и проведение работы по предупреждению посттрансфузионных осложнений;
- ведение установленной учетной медицинской документации, контроль правильности ведения протоколов гемотрансфузий.

С позиции сложности решения вопросов трансфузиологического обеспечения наибольшего внимания требуют ситуации, характеризующиеся преобладанием раненых (пострадавших) с тяжелыми механическими повреждениями. В этих условиях использование компонентов и препаратов крови, «теплой» донорской крови имеет «жесткую» связь с проведением комплекса противошоковых мероприятий, включая соответствующие хирургические оперативные вмешательства. Поэтому, трансфузиологическая бригада в своей работе взаимодействует с персоналом отделения анестезиологии и реани-

мации госпиталя, для усиления которого она предназначена. При этом на первом этапе работы (прием, сортировка и проведение противошоковых мероприятий) персонал ТБЭР может привлекаться к налаживанию и проведению инфузионной терапии (ИТ), в первую очередь – у лиц с острой массивной кровопотерей ( $> 40\%$  ОЦК), не получивших такую помощь непосредственно в очаге и в процессе транспортировки в госпиталь.

Объем и содержание трансфузиологической помощи пострадавшим должны полностью соответствовать объему медицинской помощи, установленному для данного госпиталя. При этом должны быть предусмотрены следующие направления работы бригады:

- обеспечение потребности в ГТС (по номенклатуре и количеству) и эффективности их использования с лечебной целью;
- обеспечение безопасности использования средств и методов трансфузионной терапии.

Личный состав ТБЭР должен владеть всем комплексом методов и методик инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ), предтрансфузионных лабораторных исследований крови, обследования доноров, заготовки «теплой» донорской крови, сбора и реинфузии аутокрови.

В зависимости от варианта построения лечебно-эвакуационных мероприятий объем трансфузиологической помощи пострадавшим может существенно изменяться. Так, в тех случаях, когда предусматривается максимально быстрая эвакуация раненых и больных из ТГМЗ в другие специализированные лечебные учреждения, то ИТТ проводится только по жизненным показаниям и не должна быть причиной задержки эвакуации. В этом случае показаниями к проведению ИТТ на месте являются острая массивная кровопотеря, травматический шок; тяжелые интоксикации, обезвоживание.

Во всех этих случаях целью ИТТ является стабилизация гемодинамики на период транспортировки больного в лечебное учреждение по назначению. Это достигается посредством внутривенного введения кровезаменителей гемодинамического действия (полиглюкин, полифер, реополиглюкин, реоглюман, желатиноль и др.) 400-800 мл в комплексе с солевыми инфузионными растворами (лактасол, 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, мафусол) в дозе 1-3 л. В случае острой интоксикации в программу ИТТ включается гемодез (неогемодез) в дозе 500 мл в сочетании с инфузионными растворами. При острой массивной кровопотере ( $> 40\%$  ОЦК) для коррекции нарушений свертывания крови показаны трансфузии свежзамороженной плазмы. Для пострадавших, которым планируется оказание квалифицированной или исчерпывающей медицинской помощи, трансфузиологическое обеспечение предусматривается в объеме, соответствующем данному виду помощи.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТНОМУ ЗАНЯТИЮ

1. Определение понятия мобилизационной подготовки и мобилизации.
2. Основные принципы и содержание мобилизационной подготовки и мобилизации.
3. обязанности организаций и граждан в области мобилизационной подготовки и мобилизации.
4. Организационные основы мобилизационной подготовки и мобилизации.
5. Определение, задачи и принципы бронирования граждан, пребывающих в запасе.
6. Основание для организации бронирования и виды бронирования граждан, пребывающих в запасе.
7. Порядок оформления отсрочек от призыва гражданам, пребывающим в запасе на период мобилизации и в военное время.
8. Определение понятия специальных формирований здравоохранения, их классификация и предназначение.
9. Органы управления специальными формированиями здравоохранения, их задачи и функции.
10. Тыловые госпитали здравоохранения, их типы и предназначение.
11. Задачи тыловых госпиталей здравоохранения.
12. Характеристика раненых и больных, эвакуируемых в ТГЗ нейрохирургического профиля.
13. Характеристика раненых и больных, эвакуируемых в ТГЗ отолярингологического профиля.
14. Характеристика раненых и больных, эвакуируемых в ТГЗ стоматологического профиля.
15. Характеристика раненых и больных, эвакуируемых в ТГЗ офтальмологического профиля.
16. Характеристика раненых и больных, эвакуируемых в ТГЗ хирургического профиля.
17. Характеристика раненых и больных, эвакуируемых в ТГЗ урологического профиля.
18. Характеристика раненых и больных, эвакуируемых в ТГЗ травматологического профиля.
19. Характеристика раненых и больных, эвакуируемых в ТГЗ терапевтического профиля.
20. Характеристика раненых и больных, эвакуируемых в ТГЗ акушерско-гинекологического профиля.
21. Характеристика раненых и больных, эвакуируемых в ТГЗ психоневрологического профиля.
22. Комплектование тыловых госпиталей личным составом, медико-санитарным имуществом и другими видами довольствия.
23. Организация работы тыловых госпиталей по медицинскому обеспечению раненых, больных и пораженных.

- 24.Обсервационные пункты. Организационно-штатная структура и организация работы.
- 25.Понятие об оперативных койках здравоохранения. Порядок их выделения и использования, профилизация и расчет количества коек.
- 26.Предназначение, задачи мобильного медицинского отряда МСГО и его возможности по оказанию медицинской помощи пострадавшему населению.
- 27.Организационно-штатная структура мобильного медицинского отряда МСГО.
- 28.Порядок укомплектования медицинского мобильного отряда личным составом, техникой, медико-санитарным и другими видами имущества.
- 29.Принципиальная схема развертывания медицинского мобильного отряда.
- 30.Организация работы медицинского мобильного отряда в очагах ядерного и обычного средств поражения.
- 31.Особенности работы медицинского мобильного отряда при ликвидации очагов химического поражения.
- 32.Особенности работы медицинского мобильного отряда в очаге биологического поражения.
- 33.Развертывание и организация работы мобильного медицинского отряда для работы в виде временного медицинского стационара.
- 34.Предназначение и организация работы подвижного многопрофильного госпиталя.
- 35.Организационно-штатная структура подвижного многопрофильного госпиталя.
- 36.Предназначение, организационно-штатная структура, оснащение и организация работы подвижного инфекционного госпиталя.
- 37.Определение и основные понятия о дополнительных специализированных больничных койках.
- 38.Порядок расчета количества дополнительных специализированных коек.
- 39.Порядок комплектования ЛПУ, развертывающих дополнительные специализированные койки, персоналом, медико-санитарным и другими видами имущества.
- 40.Структура учреждений (структура) переливания крови, предназначение функциональных подразделений.
- 41.Общие задачи учреждений переливания крови.
- 42.Частные задачи гражданской обороны учреждения переливания крови.
- 43.Организация и ведение гражданской обороны в учреждениях переливания крови.
- 44.Содержание и порядок разработки планов мобилизационной подготовки учреждений переливания крови.
- 45.Организация подготовки и переливания крови в ТГЗ.

## ЛИТЕРАТУРА

### Основная:

1. Мобилизационная подготовка здравоохранения. Учебное пособие / Под ред. Погодина Ю.И. – М.:ООО «Типография Парадиз», 2006.
2. Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные вопросы) – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 360 с.
3. Погодин Ю.И. Избранные лекции по мобилизационной подготовке здравоохранения. – М.:ООО «Типография Парадиз», 2006.
4. Основы организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС: Пособие для врачей. – М.: ВЦМК «Защита», 2001. – 43 с.
5. Программа по слаживанию тыловых госпиталей Министерства здравоохранения. – М., 2001, том 1-3.

### Дополнительная:

1. Белков А.Н., Мешков В.В., Жуков В.А. с соавт. Медицинская сортировка пораженных в чрезвычайных ситуациях. – М.: Медикас, 1991. – 62 с.
2. Гражданская оборона: уч. пособие / Под ред. Завьялова В.Н. – М.: Медицина, 1989. – 271 с.
3. Лобанов А.И. Характеристика медицинских сил, привлекаемых к ликвидации последствий ЧС. Учебное пособие. АГЗ МЧС России. – Новогорск, 1996. – 54 с.
4. Лобанов А.И. Служба медицины катастроф в военное время // Гражданская защита, 1998, № 4, С. 77-79.
5. Медицина катастроф. Учебное пособие / Под ред. Рябочкина В.М., Назаренко Г.И. – М.: ИМН Лтд, 1996, С. 51-60.
6. Организация оказания первой врачебной помощи в системе медицинской службы гражданской обороны: учеб. пособие / Под ред. С.В. Кобышева. ВИТУ. – СПб., 2006. – 150 с.
7. Организация медицинской службы гражданской обороны Российской Федерации / Под ред. Ю.И. Погодина, С.В. Трифонова – М.: ГУП «Медицина для Вас», 2002. – 211 с.
8. Руководство по медицинской службе ГО / Под ред. Бурназяна А.И. – М.: Медицина, 1983. – 495 с.
9. Сборник нормативных правовых и методических документов по вопросам мобилизационной подготовки и гражданской обороне / Под ред. Ю.И. Погодина, В.В. Кульбачинского. Москва, 2005, том 1,2.