**Методическая разработка к теме №2**

**«МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ»**

* + 1. **Организационная структура и основные задачи органов управления медицинской службы ГО. Медицинская служба ГО федеральных органов исполнительной власти и ведомственных учреждений и их взаимодействие с медицинской службой ГО здравоохранения.**

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

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

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

Федеральная медицинская служба гражданской обороны в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации.

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

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

Создание и организационно – методическое руководство федеральной медицинской службой гражданской обороны возложено на Министерство здравоохранения Российской Федерации. Нормативные правовые акты Минздрава России по медицинскому обеспечению населения в военное время обязательны для исполнения всеми федеральными органами исполнительной власти, а также организациями независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности.

Организационно МС ГО представляет собой систему органов управления, учреждений и формирований, предназначенных для организации и проведения комплекса лечебно-эвакуационных, санитарно – гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья населения, а также своевременное оказание медицинской помощи пораженным и больным гражданам и их лечение в целях возвращения к трудовой деятельности, снижения инвалидности и смертности.

**Основными задачами федеральной медицинской службы гражданской обороны являются:**

– прогнозирование медико-санитарных последствий военных действий и их влияния на организацию медицинского обеспечения населения;

– разработка нормативных и методических документов по организации медицинского обеспечения населения страны, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий;

– организация и проведение мероприятий, направленных на сохранение и повышение устойчивости функционирования учреждений здравоохранения в военное время;

– планирование, организация и проведение мероприятий по медицинскому обеспечению населения в военное время;

– подготовка органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения к работе в условиях военного времени;

– создание и подготовка сил и средств службы к выполнению задач при проведении мероприятий гражданской обороны;

– создание и содержание запасов медицинских, санитарно-хозяйственных и других средств, предназначенных для учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны;

– организация снабжения учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны медицинским, санитарно – хозяйственным и специальным имуществом;

– участие в разработке медицинских средств защиты населения от современных средств поражения;

– подготовка специалистов по вопросам медицинского обеспечения населения в военное время;

– участие в подготовке населения по вопросам оказания первой медицинской помощи пораженным и больным гражданам в военное время;

– участие в подготовке санитарных дружин, создаваемых в организациях;

– своевременное оказание медицинской помощи пораженным и больным гражданам, их лечение в целях возвращения их к трудовой деятельности, снижения инвалидности и смертности;

– организация и проведение санитарно – гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и поддержание санитарно – эпидемиологического благополучия населения;

– медицинское обеспечение рассредоточиваемого и эвакуируемого населения.

В субъектах Российской Федерации, городах, городских районах и сельских округах медицинская служба гражданской обороны создается по решениям соответствующих органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, а в организациях – по решению руководителей этих организаций.

Создание и руководство медицинской службой гражданской бороны возлагается на органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, руководителей организаций.

Выполнение стоящих перед МС ГО задач имеет большое государственное значение и осуществляется в постоянном взаимодействии с МЧС России и его территориальными органами, медицинской службой ВС Российской Федерации, медицинской службой МВД России, другими службами гражданской обороны. МС ГО организуется по территориально – производственному принципу на базе органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения и имеет четыре уровня:

федеральный – включает силы и средства МС ГО на территории всей

РФ;

* территориальный – включает силы и средства МС ГО на территории субъекта РФ (области, края, республики в составе РФ);
* местный – включает силы и средства МС ГО на территории города, городского района, сельского округа;
* объектовый – представлен силами и средствами МС ГО организаций (объектов экономики).

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

Принципиальная схема организации МС ГО представлена на рис. 2.

К руководству относятся начальники медицинской службы гражданской обороны всех уровней. Начальниками медицинской службы гражданской обороны являются:

– федеральной медицинской службы гражданской обороны – первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации;

– субъектов Российской Федерации, городов, городских районов – руководители органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, городов, городских районов;

– сельских округов – главные врачи округов;

– организаций – главные врачи медико-санитарных частей этих организаций.

Органами управления медицинской службы гражданской обороны являются:

– штаб федеральной медицинской службы гражданской обороны;

– штабы медицинской службы гражданской обороны субъектов Российской Федерации;

– штабы медицинской службы гражданской обороны городов, городских районов и сельских округов.

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

Штаб федеральной медицинской службы гражданской обороны создается приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В состав штаба федеральной медицинской службы гражданской обороны включаются:

Начальник штаба – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации.

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

Члены штаба:

– руководители структурных подразделений Минздрава России;

– главные медицинские специалисты Минздрава России;

– представители Российской академии медицинских наук;

– специалисты ВЦМК «Защита»;

– представители заинтересованных органов исполнительной власти и организаций;

– представитель Российского общества Красного Креста.

В состав штаба медицинской службы гражданской обороны субъекта Российской Федерации включаются:

Начальник штаба – заместитель руководителя органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Заместитель начальника штаба – начальник Второго отдела органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Члены штаба:

– руководители структурных подразделений органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации;

– главный государственный санитарный врач по субъекту Российской Федерации;

– главные медицинские специалисты;

– главный врач станции переливания крови;

– руководитель территориального центра медицины катастроф;

– другие лица.

В состав штабов медицинской службы гражданской обороны городов, городских районов и сельских округов включаются должностные лица органов управления здравоохранением и руководители учреждений здравоохранения по аналогии с составом штаба медицинской службы гражданской обороны субъекта Российской Федерации.

Начальники штабов медицинской службы гражданской обороны являются заместителями соответствующих начальников медицинской службы гражданской обороны.

Органы управления здравоохранением, на базе которых создаются штабы медицинской службы гражданской обороны, с введением военного положения переводятся на штаты военного времени. Структура и численность органов управлений здравоохранением определяется решениями органов исполнительной власти, исходя из объема мобилизационного задания.

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

– учреждения здравоохранения, имеющие мобилизационные задания на развертывание в военное время дополнительных больничных коек, создание медицинских формирований (гражданских организаций гражданской обороны);

– учреждения здравоохранения, создаваемые на военное время по решению органов исполнительной власти (профилированные больницы и другие);

– организации государственной санитарно – эпидемиологической службы, включенные в сеть наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК) гражданской обороны Российской Федерации;

– аптечные учреждения, в том числе склады медицинских центров «Резерв»;

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

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

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

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

**2.** **Формирования МСГО; задачи организационно-штатная структура; возможности по оказанию медицинской помощи поражённым**

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

Гражданские организации МС ГО (далее формирования МС ГО) представляют собой мобильные силы службы, создаваемые по территориально-производственному принципу на базе учреждений здравоохранения, независимо от их организационно – правовой формы, не входящие в состав Вооруженных Сил РФ, соответствующим образом оснащенные и подготовленные для медицинского обеспечения населения, пострадавшего от военных действий или вследствие этих действий.

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

В 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, инвалидов 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).

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

К **объектовым медицинским формированиям** относятся санитарные посты и санитарные дружины.

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

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

**Объектовые формирования МС ГО.**

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

**Санитарные посты (СП)** создаются из состава сотрудников предприятий, учреждений, учебных заведений, сельхозпредприятий.

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

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

СП включает начальника и 3 санпостовцев. Он имеет следующее табельное оснащение: аптечка санитарного поста, санитарные носилки, носилочные лямки, средства индивидуальной защиты, нарукавную повязку с эмблемой Красного Креста. За 5 ч работы СП может оказать первую медицинскую помощь 50 поражённым (без розыска и выноса).

**Санитарные дружины (СД)** создаются на предприятиях, в учреждениях, сельхозпредприятиях, в учебных заведениях из рабочих, служащих и студентов. На предприятиях и в учреждениях СД создаются в каждой смене. На крупных предприятиях, в учреждениях и учебных заведениях могут создаваться отряды санитарных дружин (ОСД). Организационная структура СД (ОСД) приведена на схеме 2

Санитарная дружина состоит из 23 человек, в том числе командир, связной (он же выполняет функции завхоза), водитель и 5 звеньев, каждое из которых состоит из командира и 3 сандружинниц.

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

СД предназначены для работы в очагах поражения в составе сводных (спасательных) отрядов (команд), а также в медицинских формированиях и лечебных учреждениях ББ. При работе в составе сводного (спасательного) отряда (команды) СД, являясь его штатным подразделением, осуществляют розыск пораженных, оказание им первой медицинской помощи, организуют их вынос и погрузку на транспортные средства для вывоза в ОПМ (сохранившиеся лечебные учреждения). Работая в составе ОПМ, личный состав СД обеспечивает разгрузку поступающих пораженных с транспортных средств и доставку их в развернутые отделения, а в госпитальном отделении – уход за пораженными.

Для работы в составе ППЭО личный состав СД обучается проведению мероприятий по санитарной обработке поражённых, дезинфекции (дезинсекции, дератизации) в очагах бактериологического поражения, подворных обходов, раздаче антибиотиков при экстренной профилактике, измерению температуры у населения в очаге.

При работе СД в больницах МС ГО их личный состав будет в основном ухаживать за больными.

Создание СД (ОСД) и их использование осуществляется по планам штабов гражданской обороны.

Оснащение СД медицинским и специальным имуществом осуществляется в соответствии с табелем оснащения установленным порядком. Для перевозки личного состава СД приписывается от объекта экономики грузовой автомобиль (автобус). Специальная подготовка личного состава дружин проводится медицинским персоналом учреждений здравоохранения.

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

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

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

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

К формированиям МС ГО, предназначенным для оказания первой врачебной помощи населению в очагах поражения, относятся **отряды первой медицинской помощи**. **Отряд первой медицинской помощи (ОПМ)** – это основное медицинское формирование МС ГО, предназначенное для приёма поражённых, их сортировки, оказание им первой врачебной помощи, временной изоляции инфекционных и психически больных, проведения частичной санитарной обработки пострадавших с заражением РВ (выше допустимых уровней), ОВ, БС, а также для подготовки пораженных к дальнейшей эвакуации в лечебные учреждения ББ. Они создаются местными органами здравоохранения на базе лечебно-профилактических учреждений городов и районов сельской местности независимо от их ведомственной принадлежности.

В штабе ОПМ имеются врачи, средний медицинский персонал, СД и другой личный состав. Отряд имеет табельное медицинское и санитарно-хозяйственное имущество, автомобильный транспорт для перевозки имущества личного состава и для эвакуации пораженных и др.

В очаге бактериологического поражения ОПМ может быть использован для развёртывания временного инфекционного стационара.

Численность личного состава ОПМ 143 человека, в том числе:

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

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

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

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

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

**Токсико-терапевтический подвижной госпиталь (ТТПГ) MC ГО** сойдется на базе токсикологических центров или многопрофильных больниц, имеющих в своем составе терапевтические отделения. Он предназначен для оказания специализированной медицинской помощи и лечения пораженных ОВ и АХОВ. Схеме развертывания ТТПГ представлена насхеме №5

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

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

ТТПГ располагает автотранспортной техникой в количестве 19 единиц, в том числе: 2 легковых автомобиля, 11 грузовых, 1 санитарный автобус. Госпиталь развертывает 300 штатных коек в палатках. Готовность к приему пораженных через 2 часа после прибытия к месту развертывания, срок полной готовности – 3 часа. ' Укомплектование ТТПГ медицинским составом, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом производится за счет учреждения-формирователя.

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

**Инфекционный подвижной госпиталь (ИПП)** МС ГО создается приказом руководителя органа управления здравоохранением субъекта РФ на 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.

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

Комплектование ИПГ личным составом производится за счет учреждения – формирователя. ИПГ способен обеспечить специализированное лечение в течение месяца 200 инфекционных больных. При развертывании ИПГ в очаге особо опасных инфекций его емкость сокращается до 100. В своем составе ИПГ имеет: лечебно-диагностические отделения (приемно-диагностическое, лечебное), а также клинико-диагностическую и бактериологическую лабораторию. В состав ИПГ входят также аптека и следующие подразделения: транспортное, хозяйственное, обмывочно-дезинфекционное, столовая.

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

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

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

При массовом поступлении пораженных ХПГ МС ГО оказывает хирургическую помощь в основном по жизненным показаниям.

Основными подразделениями госпиталя являются:

* приемно-эвакуационное отделение;
* первое хирургическое отделение с операционно-перевязочным блоком, реанимационной палатой и палатой интенсивной терапии;
* второе хирургическое отделение с палатой интенсивной терапии;
* третье хирургическое отделение с палатой интенсивной терапии;
* рентгеновский кабинет;
* лаборатория;
* физиотерапевтический кабинет;
* аптека;
* морг.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Многопрофильные больницы** планируется создавать на базе центральных районных больниц, а также крупных районных и городских больниц, имеющих в своем составе не менее двух хирургических отделений.

**Профилированные больницы** – на базе специализированных лечебно-профилактических учреждений или больниц, имеющих отделения соответствующего профиля. Развертывание учреждений МС ГО в загородной зоне планируется осуществлять на базе общественных зданий круглогодичного функционирования.

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

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

1) в условиях планомерного выполнения мероприятий ГО, когда лечебно-профилактические учреждения категорированных городов эвакуируются в загородную зону и вместе с существующими там ЛПУ развертывают лечебные учреждения МС ГО;

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

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

* 1. Хирургический профиль – 70–75%, в т.ч.:
* нейрохирургические – 10–11%,
* торакоабдоминальные – 11–12%,
* травматологические – 18–19%,
* ожоговые – 7–8%,
* общехирургические – 17%,
* гинекологические – 1–1,5%,
* для легкораненых – 7–8%.

2. Терапевтический профиль – 25–30%, в т.ч.:

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

При этом детские койки должны составлять не менее 20% от общего числа дополнительно развертываемых больничных коек МС ГО; Оперативное руководство развертыванием и работой лечебных учреждений МС ГО осуществляет штаб МС ГО субъекта РФ и его оперативные группы. Медицинские силы и средства различных министерств и ведомств при оказании медицинской помощи населению в очагах поражения должны использоваться совместно.

Все формирования и учреждения МС ГО для своей работы должны быть оснащены имуществом и техникой в соответствии с табелем оснащения.

**Имущество МС ГО** делится на медицинское, санитарно – хозяйственное и специальное:

**медицинское имущество –** медикаменты, антибиотики, антидоты, препараты крови и кровезаменители, бактерийные препараты, дезинфицирующие средства, перевязочные средства, инструментарий, предметы ухода за больными и т.п. (таблица №2);

**санитарно-хозяйственное имущество** – нательное и постельное белье, госпитальные халаты и тапочки, столовый и кухонный инвентарь, мебель и т.п. (таблица №3);

**специальное имущество** – противогазы, респираторы, средства защиты кожи, радиостанции, приборы радиационной и химической разведки и т.п.(таблица №3).

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

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

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

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

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

**3. Подготовка и укомплектование кадрами формирований МС ГО. Подготовка специалистов дефицитных специальностей**

Специальная подготовка личного состава медицинской службы гражданской обороны является составной частью подготовки учреждений здравоохранения к работе в условиях военного времени.

Уровень подготовки медицинских и фармацевтических работников для выполнения обязанностей по занимаемой должности в мирное время и по предназначению на военное время является основным показателем готовности органа управления здравоохранением, учреждения здравоохранения к выполнению задач в военное время.

В мирное время для подготовки к работе в составе штабов, учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны в обязательном порядке привлекаются все работники с высшим и средним медицинским (фармацевтическим) образованием в соответствии с законодательством.

Специальная подготовка в органах управления здравоохранением и учреждениях здравоохранения планируется и проводится дифференцированно с различными категориями обучаемых, с учреждением, формированием в целом, в ходе плановых занятий, учений, на учебных сборах.

Тематика занятий с личным составом штабов, учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны определяется исходя из предназначения и уровня подготовки обучаемых.

Основной формой подготовки штабов медицинской службы гражданской обороны к выполнению задач являются командно-штабные учения и командно-штабные (штабные) тренировки.

С учреждениями медицинской службы гражданской обороны проводятся комплексные объектовые учения; с формированиями – тактико-специальные занятия и тактико-специальные учения.

Периодичность и продолжительность учений с штабами, учреждениями и формированиями медицинской службы гражданской обороны устанавливаются организационно – методическими указаниями Минздрава России по подготовке органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения в области гражданской обороны.

Занятия и учения с личным составом штабов, учреждений и формирований медицинской службы гражданской обороны проводятся в часы, установленные руководителями органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения.

Руководитель органа управления здравоохранением и учреждения здравоохранения:

– организует специальную подготовку работников органа управления здравоохранением, учреждения здравоохранения и руководит ею;

– лично проводит учения и занятия;

– осуществляет контроль и оказывает необходимую помощь руководителям занятий и учений;

– проводит мероприятия, способствующие повышению эффективности обучения подчиненных;

– систематически проверяет и анализирует уровень подготовки подчиненных и принимает меры по поддержанию их профессиональных знаний и навыков на должном уровне.

Усовершенствование руководящего состава органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, врачей – специалистов по вопросам организации медицинского обеспечения населения в военное время проводится на циклах тематического усовершенствования в медицинских высших учебных заведениях, на местных учебных базах, на учебных сборах в установленном порядке.