**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**«БАРАБИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

Специальность 060101 Лечебное дело

**ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе**

**Раздел 3. Организация и оказание неотложной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях**

**МДК 03.01. Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе.**

**Тема 3.2. Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны**

2015

Одобрена на заседании цикловой

методической комиссии

профессиональных модулей

Протокол №\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Председатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ О.А.Казак

Автор: О.А. Казак преподаватель первой квалификационной категории

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Методический лист 4
2. Примерная хронокарта занятия 8
3. Исходный материал 9-31
4. Задания для закрепления и систематизации знаний на входе

 (Приложение 1) 32-34

1. Задания для предварительного контроля новых знаний на выходе (Приложение 2) 34
2. Задание для самостоятельной внеаудиторной работы студентов

(Приложение 3) 34

1. Список использованных источников 35

**МЕТОДИЧЕСКИЙ ЛИСТ**

**Вид занятия:** комбинированное занятие.

**Методы обучения**  – объяснительно-иллюстративный, репродуктивный.

**Уровень усвоения информации**:

уровень первый (узнавание), второй (воспроизведение)

**Место проведения:** аудитория колледжа

**Продолжительность аудиторной работы** – 90 мин.

**Продолжительность самостоятельной внеаудиторной работы** – 45 мин.

**Цели занятия**

**1. Учебные цели:**

- формирование профессиональных компетенций:

ПК 4.8. Организовывать и оказывать неотложную медицинскую помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Формирование знаний:

* принципы организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны.

**2. Развивающие цели:**

**-** формирование понимания сущности и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес (ОК. 1).

**3. Воспитательные цели:**

- формирование общих компетенций: организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество (ОК 2);

- принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность (ОК 3).

**Выписка из ФГОС СПО**

### Квалификация – фельдшер

**1.3. Цели и задачи учебной дисциплины – требования к результатам освоения учебной дисциплины:**

В результате освоения учебной дисциплины обучающийся должен **уметь:**

**уметь:**

* проводить обследование пациента при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;
* определять тяжесть состояния пациента;
* проводить сердечно-легочную реанимацию;
* контролировать основные параметры жизнедеятельности;
* определять показания к госпитализациии и осуществлять транспортировку пациента;
* организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам;
* обучать пациентов само- и взаимопомощи;
* организовывать и проводить медицинскую сортировку, первую медицинскую, доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях;
* пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;
* оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений в чрезвычайных ситуациях;

**знать:**

* правила, принципы и виды транспортировки пациентов в лечебно-профилактическое учреждение;
* правила заполнения медицинской документации;
* принципы организации, задачи, силы и средства службы меди­цины катастроф и медицинской службы гражданской обороны;
* классификацию чрезвычайных ситуаций, основные поражающие факторы и медико-тактическую характеристику природных и техногенных катастроф;
* основы лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения в чрезвычайных ситуациях;

**Выписка из рабочей программы профессионального модуля**

**ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе**

**Раздел 3. Организация и оказание неотложной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях**

**МДК 03.01. Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе.**

**Тема 3.2. Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны**

**Выписка из рабочей программы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Тема 3.2. Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны** | **Содержание учебного материала** | **2** |  |
| 1 | Назначения и задачи гражданской обороны | **1** |
| 2 | Содержание и организация мероприятий по локализации последствий чрезвычайных ситуаций при ведении военных действий или вследствие ведения этих действий | **1** |
| 3 | Организация защиты и жизнеобеспечения населения в чрезвычайных ситуациях (коллективные, индивидуальные и медицинские средства защиты, защита путем рассредоточения и эвакуации). | **1** |
| **Лабораторная работа** | **-** |  |
|  |  |
| **Практические занятия**  | **-** |
|  |  |

**Мотивация**

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

В 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.

**ПРИМЕРНАЯ ХРОНОКАРТА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

**ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе**

**Тема 3.2. Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | Время(м) | Название этапа | **Цель****этапа** | **Деятельность****преподавателя** | Деятельность**студента** | Оснащение |
| 1. | **2** | Организационный | Выявление готовности аудитории, посещаемости **способствует развитию способности организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем (ОК 2)** | Приветствие, заполнение журнала | Отчет дежурного о готовности к началу занятия | Журнал |
| 2 | **3** | Целевая установка, мотивация изучения новой **темы 3.2 Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны** | Обозначение целей, выявление главной цели, формулировка интегративных связей, **развивает у студентов понимание сущности и социальной значимости своей будущей профессии, формирование к ней устойчивого интереса (ОК 1)****развивает у студентов способность принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность (ОК 3)** | Обосновывает значимость темы | Слушают | Методическая разработка |
| 3. | **15** | Контроль знаний по **теме 3.1****Принципы организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф. Основные формирования ВСМК** | Оценка уровня сформированности знаний | Инструктирует и проводит контроль | Дают письменный ответ на тестовые задания | Приложение №1 |
| 4. | **50** | Изложение нового материала по плану **тема 3.2 Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны** | Ознакомить с новой информацией | Изложение нового материала, демонстрация пособий | Слушают, конспектируют | Методическая разработкапрезентация |
| 5. | **2** | Ответы на вопросы | Систематизация, закрепление материала | Уточняет, разъясняет наиболее сложные моменты | Задают вопросы, проверяют правильность информации в конспекте | Доска, мел, плакаты  |
| 6 | **15** | Контроль усвоения материала **Тема 3.2. Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны** | Систематизация, закрепление материала, способствует. | Контролирует степень усвоения ключевых моментов нового материала | Отвечают на вопросы | Приложение № 2 |
| 7. | **3** | Домашнее задание | Уточнить объем информации для самоподготовки, облегчить поиск информации,  | Заранее пишет на доске источники информации по теме  | ЗаписываютСм. «Домашнее задание» | Доска приложение 3 |

**Тема 3.2. Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны**

**План лекции**

1. **Задачи, принципы организации и ведения гражданской обороны**

1.1. **Формирования служб ГО**

1.2. **Основные задачами федеральной МСГО**

1.3. **Органы управления МСГО**

2. **Задачи и основы организации федеральной медицинской службы гражданской обороны**

2.1.О**бъектовые медицинским формированиям**

2.1.1. Санитарный пост

2.1.2. Санитарная дружина

2.2.. **К территориальным формированиям**

2.2.1. **Медицинский отряд**

2.2.2.. **Медицинский мобильный отряд**

**2.2.3. Бригады специализированной медицинской помощи**

**2.2.4. Токсико-терапевтический подвижной госпиталь**

**2.2.5. Санитарно-эпидемиологические отряды и санитарно-эпидемиологические бригады**

**2.2.6. Специализированные противоэпидемические бригады**

**2.2.7. Группы эпидемиологической разведки**

**2.2.8. Лечебные учреждения больничной базы**

3. Организация защиты и жизнеобеспечения населения

3.1.Укрытие населения в защитных сооружениях

3.2.Рассредоточение и эвакуация населения

3.2.1.Организация и проведение рассредоточения и эвакуации.

3.3. Использование средств индивидуальной защиты

3.3.1.Средства защиты органов дыхания.

3.3.2.Средства защиты кожи.

3.4.Медицинские средства индивидуальной защиты

5.Содержание и организация мероприятий по локализации последствий чрезвычайных ситуаций при ведении военных действий или вследствие ведения этих действий

**Лекция**

**Задачи, принципы организации и ведения гражданской обороны**

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

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

Медицинское обеспечение населения РФ, пострадавшего от военных действий или вследствие этих действий, возложено на Федеральную медицинскую службу гражданской обороны.

**Гражданская оборона (ГО) -** система мероприятий по подготовке к защите и по защите населения, материальных и культурных ценностей на территории Российской Федерации от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий.

**Службы гражданской обороны** предназначены для проведения мероприятий по ГО, включая подготовку необходимых сил и средств и обеспечение действий гражданских организаций ГО в ходе проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ приведении военных действий или вследствие этих действий.

**Гражданские организации ГО** - формирования, создаваемые по территориально-производственному принципу, не входящие в состав Вооруженных Сил Российской Федерации, владеющие специальной техникой и имуществом и подготовленные для защиты населения и организаций от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствиеэтих действий.

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

Формирования подразделяются:

• по подчиненности - на территориальные и объектовые;

• по предназначению - на формирования общего назначения и формирования служб гражданской обороны.

**Территориальные формирования** создаются на базе организаций и применяются для выполнения мероприятий ГО в интересах области (края), города (района), наращивания группировки сил ГО при проведении аварийно-спасательных и других неотложных работ на наиболее важных участках.

**Объектовые формирования** создаются на базе организаций и предназначены для проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ, как правило, в тех организациях, на базе которых они созданы.

**Формирования общего назначения** предназначаются для выполнения аварийно-спасательных и других неотложных работ в очагах массового поражения (загрязнения) и зонах катастрофического затопления. К формированиям общего назначения относятся: сводные команды (группы), сводные команды (группы) механизации работ, спасательные команды группы).

**Формирования служб ГО** создаются службами ГО и предназначены для выполнения специальных мероприятий в ходе аварийно-спасательных и других неотложных работ, усиления формирований общего назначения и всестороннего обеспечения их действий, а также самостоятельного выполнения задач ГО.

В соответствии с законом о Гражданской обороне основными **задачами в области ГО являются:**

• обучение населения способам зашиты от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действии;

• [оповещение населения](http://prizvanie.su/?p=1944) об опасностях, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;

• эвакуация населения, материальных и культурных ценностей в безопасные районы;

• предоставление населению убежищ и средств индивидуальной защиты;

• проведение мероприятий по световой маскировке и другим видам маскировки;

• проведение аварийно-спасательных работ в случае возникновения опасностей для населения при ведении военных действий или вследствие этих действий;

• первоочередное обеспечение населения, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий, в том числе медицинское обслуживание, включая оказание первой медицинской помощи, срочное предоставление жилья и принятие других мер;

• борьба с пожарами, возникшими при ведении военных действий или вследствие этих действий;

• обнаружение и обозначение районов, подвергшихся радиоактивному загрязнению, химическому, биологическому заражению и др.;

• обеззараживание населения,техники, зданий, территорий и проведение других необходимых мероприятий;

• восстановление и поддержание порядка, в районах, пострадавших при ведении военных действий или вследствие этих действий;

• срочное восстановление функционирования необходимых коммунальных служб в военное время;

• срочное захоронение трупов в военное время;

• разработка и осуществление мер, направленных на сохранение объектов, существеннонеобходимых для устойчивого функционирования экономики и выживания населения в военное время;

• обеспечение постоянной готовности сил и средств ГО.

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

Гражданская оборона организуется натерритории Российской Федерации по **территориально-производственному принципу,**

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

***Введение ГО*** на территории Российской федерации или в отдельных ее местностях начинается с момента объявления состояния войны, фактического начала военных действий или введения Президентом Российской Федерации военного положения на территории Российской федерации или в отдельных ее местностях,

**Руководство ГО** в Российской Федерации осуществляет Правительство Российской Федерации; в федеральных органах исполнительной власти и организациях - их руководители, являющиеся по должности начальниками ГО указанных органов и организаций;на территориях субъектов Российской федерации и муниципальных образований - главы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и руководители местного самоуправления, являющиесяпо должности начальниками ГО.

**Управление ГО** осуществляется соответствующими органами (штабами по делам ГО) всех уровней, специально уполномоченными на решение задач в области ГО,созданными в установленном порядке.

**Силами ГО** являются воинские формирования, специально предназначенные для решения задач в области ГО, организационно объединенные в войска ГО, а также гражданские организации (формирования) ГО.

Вооруженные Силы Российской Федерации, другие войска и воинские формирования (воинские части и подразделения), аварийно-спасательные службы и аварийно-спасательные формирования привлекаются для решения задач в области ГО в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В гражданские организации ГО (формирования) могут быть зачислены граждане Российской Федерации: мужчины в возрасте 18-60 лет, женщины в возрасте 18-55 лет, за исключением военнообязанных, имеющих мобилизационные предписания, инвалидов I, II, III групп, беременных женщин, женщин, имеющих детей в возрасте до 8 лет, а также женщин, получивших среднее или высшее образование и имеющих детей в возрасте до 3 лет.

В Российской Федерации созданы и функционируют **федеральные службы гражданской обороны:**

* федеральная [медицинская служба гражданской обороны](http://prizvanie.su/?p=1940);
* федеральная противопожарная служба гражданской обороны;
* федеральная служба гражданской обороныпо охране общественного порядка;
* федеральная служба гражданской обороны по защите животных и растений;
* федеральная служба гражданской обороны по защите культурных ценностей.

На федеральные службы ГО возлагается решение следующих основных задач:

• на федеральную медицинскую службу ГО - организация и проведение медико-санитарного обеспечения населения;

• на федеральную противопожарную службу ГО - организация и проведение мероприятий, направленных на противопожарное обеспечение населенных пунктов и организаций, локализацию и тушение пожаров;

• на федеральную службу ГО охраны общественного порядка - организация и проведение мероприятий, направленных на поддержание общественного порядка в городах и населенных пунктах, на маршрутах эвакуации населения, а также обеспечение охраны материальных и культурных ценностей;

• на федеральную службу ГО защиты животных и растений - организация и проведение мероприятий, направленных на обеспечение устойчивой работы организаций сельскохозяйственного производства, а также мероприятий по защите сельскохозяйственных животных и растений;

• на федеральную службу ГО культурных ценностей - организация и проведение мероприятий, направленных на защиту культурных ценностей, памятников истории и культуры.

**Задачи и основы организации федеральной медицинской службы гражданской обороны**

Федеральная медицинская служба гражданской обороны (МСГО) создана в соответствии с Федеральным законом от 12.02.1998 г. № 28-ФЗ “О гражданской обороне”, постановлением Правительства Российской Федерации от 18.11.99 № 1266 “О федеральных службах гражданской обороны” и “Положением о федеральной медицинской службе гражданской обороны”, утвержденном приказом Минздрава России от 03.07. 2000 г. №242.

Она является специальной организацией в системе здравоохранения страны и одной из служб ГО.

Федеральная МСГО - это система органов управления учреждений и формирований, предназначенных для организации и проведения комплекса лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья населения, а также своевременное оказание медицинской помощи пораженным и больным гражданам и их лечение в военное время в целях возвращения к трудовой деятельности, снижения инвалидности и смертности.

Федеральная МСГО осуществляет свою деятельность во взаимодействии с МЧС России и его территориальными органами, с другими службами ГО, а также с медицинскими службами Вооруженных Сил Российской Федерации и других войск в установленном порядке.

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

**Основными задачами федеральной МСГО являются:**

• прогнозирование медико-санитарных последствий военных действий и их влияния на организацию медико-санитарного обеспечения населения;

• разработка нормативных и методических документов по организации медико-санитарного обеспечения населения страны, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий;

• организация и проведение мероприятий, направленныхна coxpaнение и повышение устойчивости функционирования учреждений здравоохранения в военное время;

• планирование, организация и проведение мероприятий по медико-санитарному 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 ГО;

• создание и содержание запасов медицинских, санитарно-хозяйственных и других средств, предназначенных для учреждений и формирований МСГО;

• организация снабжения учреждений и формирований МСГО 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 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](http://prizvanie.su/?p=1921) возникновения и распространения инфекционных заболеваний и поддержание санитарно-элидемиологического благополучия населения;

• медико-санитарное обеспечение рассредоточиваемого и эвакуируемого населения.

Федеральная МСГО организуется по территориально-производственному принципу на базе органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения.

В состав МСГО входят: руководство, органы управления, учреждения, формирования (гражданские организации гражданской обороны).

**К руководству относятся** начальникиМСГО всех уровней.

Начальниками МСГО являются:

• федеральной МСГО - 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 (главные врачи центральных районных больниц);

• организаций - главные врачи медико-санитарных частей этих организаций, заведующие здравпунктами.

Руководство обеспечивает подготовку формирований и учреждений МСГО, организуетих развертывание и работу, осуществляет контроль за деятельностью органов управления.

**Органы управления МСГО** представлены штабами МСГО и управлениями больничными базами.

Штабы МСГО как органы оперативного руководства создаются при начальниках МСГО всех степеней вплоть до объекта экономики. В состав штабов МСГО входят должностные лица, функциональные обязанности которых по занимаемым должностям всистеме здравоохранения позволяют им решать вопросы подготовки службы и организации ее работы в ЧС.

**Органами управления МСГО являются:**

• штаб федеральной МСГО;

• штабы МСГО субъектов Российской Федерации;

• штабы МСГО городов, городских районов и сельских округов.

Штабы МСГО создаются в мирное время приказами соответствующих руководителей органов управления здравоохранением, главных врачей сельских округов.

Штаб федеральной МСГО создаетсяприказом Минздрава России. В состав штаба включаются: начальник штаба - заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации; заместитель начальника штаба - директор Всероссийского центра медицины катастроф “Защита”.

Члены штаба:

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

В состав штаба МСГО 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 субъекта Российской Федерации;
* главные медицинские специалисты;
* главный врач станции переливания крови;
* руководитель территориального центра медицины катастроф;
* другие лица.

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

Начальники штабов МСГО являются заместителями соответствующих начальников МСГО. Органы управления здравоохранением, на базе которых создаются штабы МСГО, с введением военного положения переводятся на штаты военного времени. Структура и численность органов управления здравоохранением определяется решениями органов исполнительной власти, исходя из объема мобилизационного задания.

Управление больничной базы как орган управления МСГО создается для руководства развертыванием и работой больниц загородной зоны на территории области (края, республики).

Органы управления МСГО должны находиться в состоянии постоянной готовности к решению возложенных на них задач по медицинскому обеспечению населения в ходе проведения мероприятий гражданской обороны.

**К учреждениям, входящим в состав федеральной МСГО, относятся:**

* учреждения здравоохранения, имеющие мобилизационные задания на развертывание в военное время дополнительныхбольничных коек, создание медицинских формирований (гражданских организаций гражданской обороны);
* учреждения здравоохранения, создаваемыена 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 т. ч. склады медицинских центров «Резерв»;
* учреждения здравоохранения, привлекаемые решениями органов исполнительной власти к участию в проведении мероприятий гражданской обороны.

Общей характерной особенностью **медицинских формирований** является их предназначение для работы непосредственно в очаге поражения (исключение составляют бригады специализированной медицинской помощи, предназначенные для работы в лечебных учреждениях загородной зоны). При этом каждое формирование выполняет определенный, заранее установленный для него конкретный перечень лечебно-профилактических или противоэпидемических мероприятий. После выполнения задач в очаге массового поражения формирования возвращаются в свои учрежде­ния-формирователи для работы в их составе.

Медицинские формирования ГО в зависимости от подчиненности подразделяются на объектовые и территориальные.

**К объектовым медицинским формированиям ГО** относятся санитарные посты и санитарные дружины. Они создаются на объектах экономики, в учреждениях, учебных заведениях.

**Санитарный пост** состоит из 4 человек: начальника поста и 3 санитарных дружинниц. Санитарные посты создаются на предприятиях, в учреждениях, высших и средних специальных учебных заведениях. В их оснащение входят: аптечки, санитарные носилки, носилочные лямки, [средства индивидуальной защиты](http://prizvanie.su/?p=1948), нарукавные повязки и эмблемы Красного Креста и др. Они предназначены для оказания первой помощи в ЧС на своем объекте. Санитарные посты в мирное время оборудуют на предприятиях и в учреждениях «Уголки здоровья». В очаге ядерного поражения [личный состав](http://prizvanie.su/?p=2128) санитарных постов за 1 ч работы может оказать первую медицинскую помощь 10 пораженным (без розыска и выноса).

**Санитарная дружина** состоит из 24 чел.: командира, заместителя командира, связного (он же завхоз), шофера и 5 звеньев санитарных дружинниц по 4 чел. в каждом звене, один из которых является командиром звена. Санитарные дружины создаются на предприятиях, в учреждениях. Табелем оснащения предусмотрены: санитарные сумки (каждой дружиннице), средства индивидуальной защиты, санитарные носилки, носилочные лямки, индивидуальные фляги для воды, нарукавные знаки Красного Креста и др. Табельное имущество, в том числе и санитарные сумки, накапливается, хранится и освежается на объектах экономики, где оно сформировано.

Санитарные дружины предназначены для розыска и оказания первой помощи в очагах массового поражения, участия в организации выноса и вывоза пораженных к местам погрузки их на транспортные средства, а также для работы в других формированиях и медицинских учреждениях. За 1 ч работы в ядерном очаге одна санитарная дружина может оказать первую медицинскую помощь 50 пораженным.

Санитарные дружины и санитарные посты - это массовые формирования медицинской службы. Они создаются и используются в соответствии с планами штабов по делам ГОЧС. За их формирование, экипировку и оснащение несут ответственность руководители объектов совместно с организациями общества Красного Креста, а за медицинскую подготовку - органы здравоохранения.

**К территориальным формированиям МСГО относятся:**

• медицинские отряды;

• подвижные госпитали (токсико-терапевтические, инфекционные, хирургические и другие);

• бригады специализированной медицинской помощи;

• санитарно-эпидемиологические отряды;

• санитарно-эпидемиологические бригады: эпидемиологические, радиологические, санитарно-гигиенические (токсикологические);

• специализированные противоэпидемические бригады;

• группы эпидемиологической разведки.

**Медицинский отряд** (МО) - основное подвижное формирование МСГО, предназначенное для оказания первой врачебной помощи пораженным (больным) гражданам в очаге (на границе очага) массового поражения, временного размещения и подготовки их к эвакуации в учреждения здравоохранения. Они создаются в соответствии с планами штабов по делам ГОЧС области (города) на базе ЛПУ (больниц, поликлиник). По штату в состав отряда могут входить 6-8 (9) врачей, до 35-38 средних медицинских работников, до двух санитарных дружин и другой личный состав. Отряд имеет табельное медицинское и санитарно-хозяйственное имущество, радиостанцию, подвижную электростанцию, средства индивидуальной защиты, дозиметрическую аппаратуру, приборы химической разведки и другое имущество; палаточным фондом не располагает. Для перевозки личного состава и имущества к очагу поражения и эвакуации пораженных с объекта руководителем спасательных работ отряду выделяются автотранспортные средства.

В структуре отряда имеются отделения: приемно-сортировочное, операционно-перевязочное, госпитальное, эвакуации пораженных, лабораторное, частичной санитарной обработки пораженных и дезактивации, медицинского снабжения (аптека) и хозяйственное.

Полностью укомплектованный кадрами и оснащенный табельным имуществом медицинский отряд за 12 ч работы может принять, провести медицинскую сортировку, оказать первую врачебную помощь и подготовить к эвакуации до 500 пораженных.

**Медицинский мобильный отряд** - новое (опытный образец) формирование МСГО, предназначенное для оказания первой врачебной помощи пораженным и больным в очаге (на границе очага) массовых санитарных потерь мирного и военного времени. В его состав входят 108 чел., из них 14 врачей (в том числе 3 врача-педиатра), 22 средних медицинских работника и другой личный состав.

Отряд способен на штатном транспорте выдвигаться в районы ЧС, а также перевозиться на железнодорожном и авиационном транспорте. За счет возимых запасов отряд способен работать в автономном режиме до 3 сут.

Медицинский мобильный отряд укомплектован 6 автоперевязочными АП-2 с приписанным постоянным персоналом за счет ЛПУ и развертывает следующие функциональные подразделения: приемно-сортировочное (с сортировочным постом), перевязочное, эвакуационное отделения, аптеку, а также подразделения обеспечения и управления.

Запасы имущества обеспечивают оказание помощи 100-120 пораженным. Время готовности АП-2 к работе после прибытия в район ЧС - 10-15 мин. Рабочей ячейкой в модуле всех блоков является врачебно-сестринская бригада,

Медицинский мобильный отряд предназначен для решения следующих задач:

• ведение медицинской разведки на маршрутах выдвиженияи в районе расположения отряда;

• обеспечение массового приема и регистрации пораженных;

• проведение медицинской сортировки пораженных;

• оказание пораженнымпервой врачебной помощи;

• временная (до прибытия, транспорта) изоляция пораженных, представляющих опасность для окружающих;

• подготовка пораженных к эвакуации в лечебные учреждения;

• ведение медицинского учета и отчетности.

Отряд имеет табельное медицинское и санитарно-хозяйственное имущество, радиостанцию, подвижную электростанцию, средства индивидуальной защиты, дозиметрическую аппаратуру, приборы химической разведки, палаточный фонд. Для перевозки личного состава и имущества к очагу поражения и эвакуации пораженных с объекта ведения спасательных работ отряд располагает автотранспортными средствами. (До выхода «Положения о федеральной медицинской службе гражданской обороны» 2000 г это формирование называлось «отрядом первой медицинской помощи»).

**Бригады специализированной медицинской помощи** создаются на базе медицинских вузов, институтов (академий) последипломного образования, крупных городских, областных (краевых, республиканских) больниц, научно-исследовательскихинститутов и научных центров. Профиль бригад определяется специальностью врачей, включенных в их состав, и соответствующим табельным оснащением.

По штатному расписанию в состав бригады специализированной медицинской помощи входят: 2 врача, 2 медицинские сестры (фельдшера) и 1 водитель.

Основным предназначением бригад является усиление учреждений здравоохранения, больниц МСГО загородной зоны, организация и оказание в них специализированной медицинской помощи пораженным. Создаются бригады по следующим профилям: нейрохирургические, офтальмологические, травматологические, торако-абдоминальные, ожоговые, токсико-терапевтические, психоневрологические и др.

Возможности бригады по оказанию специализированной медицинской помощи пораженным находятся в прямой зависимости от ее профиля. Так, например, личный состав бригады хирургического профиля за 10 часов работы может выполнить 10-12 хирургических вмешательств.

**Токсико-терапевтический подвижной госпиталь** создается на базе токсикологических центров или многопрофильных больниц, имеющих в своем составе терапевтические отделения; предназначен для оказания специализиро­ванной медицинской помощи и лечения пораженных АОХВ.

В своем составе госпиталь имеет: управление, медицинскую часть, отделение материально-технического обеспечения; развертывает приемно-эвакуационное, два терапевтических и психоневрологическое отделения. Кроме того, в его составе предусмотрены лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения (рентгеновский кабинет, лаборатория, аптека, электростанция и др.). Имея палаточный фонд, госпиталь развертывается вблизи очага химического поражения.

**Инфекционный подвижной госпиталь** формируется на базе ЛПУ инфекционного профиля. Он предназначен для оказания специализированной медицинской помощи и лечения инфекционных больных; оказания консультативной помощи медицинскому персоналу, работающему в очагах опасных инфекций; проведения лабораторной индикации бактериальных средств.

В составе госпиталя развертываются: приемно-диагностическое, лечебно-диагностическое и лечебные отделения, а также клинико-диагностическая и бактериологическая лаборатории. Он имеет аптеку, транспортное, обмывочно-дезинфекционное, хозяйственное отделения, столовую.

**Санитарно-эпидемиологические отряды и санитарно-эпидемиологические бригады** - эпидемиологические, санитарно-гигиенические (токсикологические), радиологические - создаются центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора и предназначаются для организации и проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

**Специализированные противоэпидемические бригады** создаются на базе противочумных институтов и станций. Они предназначены для проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий в условиях чрезвычайных санитарно-эпидемиологических ситуаций или при угрозе их возникновения.

В составе бригады имеются: управление, эпидемиологическое и бактериологическое отделения. Штатным расписанием в составе данного формирования предусмотрено 30 чел., в том числе 10 врачей и 11 помощников эпидемиолога и санитарного врача.

**Группы эпидемиологической разведки** формируются на **базе** центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН). Они предназначены для проведения эпидемиологического обследования инфекционных очагов, эпидемиологической разведки и отбора проб с объектов внешней среды.

Группа эпидемиологической разведки состоитиз 3 чел., в том числе командира - врача-эпидемиолога, помощника эпидемиолога-фельдшера (лаборанта) и шофера-санитара. Оснащается она укладками для отбора проб и противочумными костюмами за счет формирователя - ЦГСЭН. Группа в состоянии в течение 1 ч обследовать территорию в 2 км[2](http://prizvanie.su/)с отбором 8 проб с объектов внешней среды.

При необходимости для выполнения задач, возлагаемых на МСГО, решениями органов исполнительной власти и руководителей организаций могут создаваться и другие формирования медицинской службы гражданской обороны.

**Лечебные учреждения больничной базы** развертываются в загородной зоне и предназначены для оказания специализированной медицинской помощи и лечения пораженных. К этим лечебным учреждениям относятся: головные, многопрофильные, профилированные (травматологические, терапевтические, инфекционные, психоневрологические) больницы, а при большом количестве пораженных соответствующего контингента могут развертываться ожоговые, детские больницы и больницы для легкопораженных.

**Организация защиты и жизнеобеспечения населения**

Защита объектов экономики и населения от чрезвычайных ситуаций – это совокупность взаимосвязанных по времени, ресурсам и месту проведения мероприятий РСЧС, направленных на предотвращение или предельное снижение экономического ущерба, потерь производственного персонала, населения и угрозы их жизни и здоровью от поражающих факторов и воздействий источников чрезвычайной ситуации.

Организация защиты базируется на определенных принципах и способах ее осуществления. В настоящее время основные принципы защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций определены Федеральным Законом "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера". Выделим основные:

1. Мероприятия, направленные на предупреждение ЧС, а также на максимально возможное снижение ущерба и потерь в случае их возникновения, должны проводится ЗАБЛАГОВРЕМЕННО.
2. Планирование и осуществление мероприятий по защите населения и территорий от ЧС должны проводится с учетом экономических, природных и иных характеристик, особенностей территорий и степени реальной опасности возникновения ЧС.
3. Объем и содержание мероприятий по защите населения и территорий от ЧС должны определяться, исходя из принципа необходимой достаточности и максимально возможного использования имеющихся сил и средств. Принцип достаточности имеет важное экономическое значение. Не всегда увеличение затрат ведет к пропорциональному этим затратам возрастанию надежности защиты, а иногда и нет в этом необходимости.
4. Ликвидация ЧС должна осуществляться силами и средствами организации, органов местного самоуправления, органов исполнительной субъектов Российской Федерации, на территории которых сложилась чрезвычайная ситуациях. При недостаточности вышеуказанных сил и средств в установленном законодательством Российской Федерации порядке привлекаются силы и средства федеральных органов исполнительной власти.

Привлечение тех или иных сил и средств для ликвидации чрезвычайных ситуации (последствий аварий, катастроф или стихийных бедствий) определяется масштабами чрезвычайных ситуаций.

Защита населения в ЧС есть совокупность взаимосвязанных по времени ресурсам и месту проведения мероприятий РСЧС, направленных на предотвращение или предельное сокращение, снижение потерь населения и угрозы его жизни и здоровью от поражающих факторов и воздействий источников ЧС: прогнозирование; оповещение населения; ведение радиохимической и биологической разведки; использование средств индивидуальной защиты; ликвидация и локализация очагов ЧС (ГОСТ 22.0.02.-.94).

* своевременное оповещение об угрозе возникновения ЧС, радиоактивного, химического, бактериологического (биологического) заражения, катастрофического затопления, а также о крупных производственных авариях, катастрофах и стихийных бедствиях;
* комплексным применением основных способов защиты – укрытием в защитных сооружениях, проведением эвакуации рассредоточения, использованием СИЗ и медицинских средств индивидуальной защиты;
* проведением аварийно-спасательных и других неотложных работ в очагах поражения;
* обучением населения по гражданской обороне (УМЦ ГО, курсы ГО).

**Основными способами защиты** населения от чрезвычайных ситуаций являются:

* укрытие людей в приспособленных под нужды защиты населения помещениях производственных, общественных и жилых зданий, а также в специальных защитных сооружениях;
* эвакуацию населения из зон ЧС;
* использование средств индивидуальной защиты органов дыхания и кожных покровов;
* проведение мероприятий медицинской защиты;
* проведение аварийно-спасательных и других неотложных работ в зонах ЧС.

**Укрытие населения в защитных сооружениях**

Защитные сооружения – это сооружения, специально предназначенные для защиты населения от ядерного, химического и бактериологического (биологического) оружия и обычных средств поражения, а также от поражающих факторов природного и техногенного характера. Эти сооружения подразделяются на убежища, противорадиационные укрытия (ПРУ) и простейшие.

**Убежища** – это сооружения, наиболее надежно защищающие укрываемых от всех поражающих факторов ядерного взрыва, отравляющих веществ и бактериальных средств, высоких температур и вредных газов в зонах пожаров, обвалов и обломков разрушенных зданий.

Их можно классифицировать по:

1) вместимости (объему);

2) месту возведения (оборудования);

3) времени возведения;

4) защитным свойствам.

***В зависимости от вместимости они подразделяются на:***

а) малые – до 100 чел;

б) средние – до 450 чел;

в) большие – более 450 чел.

***По месту возведения (оборудования):***

а) встроенные;

б) отдельно стоящие.

***По времени возведения:***

а) заблаговременно возведенные;

б) быстровозводимые (из готовых элементов).

***По их защитным свойствам подразделяются по классам:***

I – для ПУ;

II, III, IV – для населения;

V – подвалы оборудованные под защитные сооружения.

Убежища, как правило, состоят из основных и вспомогательных помещений. К основным относятся: помещения для укрываемых, тамбуры, шлюзы; к вспомогательным: фильтровентиляционные камеры, санитарные узлы, защищенные дизельные электростанции, входы и выходы, медицинская комната и кладовая для продуктов. Для вентиляции и очистки воздуха, подаваемого в убежище, оборудуется система фильтровентиляции, которая может работать в 2-х режимах: чистой вентиляции (очистка от грубо дисперсионных частиц радиоактивной пыли) и фильтровентиляции (от остальных РВ, а также ОВ и БС).

**Убежища должны удовлетворять ряду требований**.

К основным из них относятся:

- на одного человека должно предусматриваться не менее 0,5 кв. м площади пола и 1,5 куб. м объема;

- высота помещений должна быть не менее 2,2 м;

- минимальный запас воды в проточных емкостях создается из расчета 6 л для питья и 4 л для санитарно-гигиенических нужд на каждого укрываемого;

- оборудуется не менее двух входов в противоположных сторонах убежища и аварийный выход, с прочными защитно-герметическими дверями, в не заваливаемую зону (1/2 высоты окружающих зданий + 3 м);

- должно подаваться от 7 до 20 куб м/ч (в режиме чистой вентиляции) и от 2 до 8 куб м/ч (в режиме фильтровентиляции) на каждого человека;

- устраиваются защитно-герметические двери на входе, в тамбурах и предтамбурах;

- оборудуются следующие инженерные системы – электроснабжения и связи; водоснабжения и канализации; отопления.

Строительство и оборудование отдельно стоящих заглубленных убежищ допускается при невозможности устройства встроенных убежищ на расстояниях от зданий и сооружений равном их высоте. Такие убежища полностью или частично заглублены и обсыпаны грунтом сверху и с боков.

**Противорадиационные укрытия.** Защищают людей от гамма-излучения и непосредственного попадания радиоактивной пыли в органы дыхания, на кожу и одежду, а также от светового излучения ЯВ. Кроме того, от непосредственного попадания на кожу и одежду капель ОВ и аэрозолей БС. Защитные свойства ПРУ оценивают коэффициентом ослабления уровня радиации. ПРУ оборудуются, как правило, в подвальных этажах зданий и сооружений (подвалы ослабляют радиацию в каменных домах – в 200-300 раз, в деревянных – в 7-12 раз). Вместимость ПРУ – 50 чел и более.

***Отличие ПРУ от убежищ:***

- высота помещений – 1,7-1,9 м;

- площадь пола на одного укрываемого – 0,4-0,5 кв м;

- на входах ставят обычные двери с уплотнением;

- при емкости ПРУ до 50 чел вентиляция осуществляется естественным проветриванием через приточный (с противопыльным фильтром) и вытяжной (на 1,5-2 м выше приточного для улучшения тяги) короба;

- запас воды из расчета 3-4 л воды на одного укрываемого.

Кроме того под ПРУ могут приспосабливаться: погреба, каменные дома, комнаты, подвалы, заглубленные хозяйственные и складские постройки.

**Простейшие укрытия.** К простейшим укрытиям относятся в основном – щели (открытые и закрытые, с одеждой крутостей и без нее). В открытых щелях поражение людей от проникающей радиации, светового излучения и ударной волны уменьшается в 1,5-2 раза, а в закрытой: – от светового излучения – защищает полностью, – от ударной волны – уменьшает в 2,5-3 раза, проникающей радиации – в 200-300 раз при толщине грунтовой обсыпки 60-70 см. Кроме того, она защищает людей от непосредственного попадания на кожу и одежду капель ОВ и БС, а также от поражений обломками зданий и сооружений.

При защите от ОВ и БС в щели необходимо находится в средствах индивидуальной защиты. Строят щели вне зон возможных завалов (1/2 высоты зданий + 3 м).

Основные характеристики щели:

* глубина 170 – 180 см;
* длина щели 8-10 м (из расчета 7 мест для сидения (по 0,5-0,6 м) и 3 места для лежания (1,5-1,8 пог м) и более;
* вместимость щели- обычно 10-15 чел, максимальная -50 чел;
* расстояния между щелями – не менее 10 м;
* трудоемкость возведения – открытой – 10-12 ч, перекрытой – сутки (для рабочей команды из 3 чел).

**Рассредоточение и эвакуация населения**

**Эвакуация** – комплекс мероприятий по организованному выводу и (или) вывозу персонала и населения из зон чрезвычайной ситуации, а также жизнеобеспечение эвакуированных в районе размещения.

Под **рассредоточением** понимают организованный вывоз из городов и других населенных пунктов и размещение в загородной зоне свободной от работы смены рабочих и служащих объектов, продолжающих работу в военное время.

**Эвакуация** – это организованный вывоз или вывод из городов и других населенных пунктов и размещение в загородной зоне остального населения, а также вывоз или вывод населения из зон возможного затопления. В отличии от рассредоточения эвакуированные постоянно проживают в загородной зоне до особого распоряжения.

**Загородная зона** – это территория за пределами зон возможных разрушений в городе (населенном пункте). Заблаговременно каждому учреждению, предприятию, учебному заведению города назначается в загородной зоне район размещения населения включающий один или несколько населенных пунктов, необходимых для расселения рассредоточиваемых.

Расселение рассредоточиваемых рабочих, служащих и членов семей необходимо осуществлять с соблюдением производственного принципа. Эвакуированное население размещают в более отдаленных районах загородной зоны.

**Организация и проведение рассредоточения и эвакуации.**

Эвакуация может проводиться либо при угрозе возникновения, либо в условиях возникновения чрезвычайной ситуации.

В первом случае проводится упреждающая эвакуация персонала объектов и населения из опасных районов. Основанием для ее проведения является краткосрочный прогноз возникновения чрезвычайной ситуации, которая выдается на период от нескольких десятков минут до нескольких часов и уточняется в течение этого срока.

Во втором случае при возникновении чрезвычайной ситуации проводится экстренная эвакуация персонала объектов и населения из зон бедствия и их выход из этих зон осуществляется в минимальные сроки. Эти сроки могут составлять от нескольких минут до нескольких часов. Одной из особенностей экстренной эвакуации является то, что она может завершаться в условиях воздействия различных поражающих факторов на эвакуируемых.

Эвакуация из зон бедствия, в зависимости от их масштабов, может быть локальной или местной.

Локальная эвакуация проводится в случае, если в зоне чрезвычайной ситуации зона возможного поражения (заражения) ограничена пределами отдельных городских микрорайонов или сельских населенных пунктов. При этом численность подлежащего эвакуации персонала объектов и населения может составлять от нескольких десятков до нескольких тысяч человек и, как правило, их размещают в ближайших населенных пунктах и не пострадавших районах города от воздействия чрезвычайной ситуации.

Местная эвакуация проводится в случае, если в зону чрезвычайной ситуации попадают средние города, отдельные районы крупных и крупнейших городов, сельские районы. При этом численность подлежащего эвакуации персонала объектов и населения может быть от нескольких тысяч до сотен тысяч человек, а размешаются они в более удаленных безопасных районах пострадавшей или соседней области.

В зависимости от ожидаемых масштабов поражения (заражения) в зоне чрезвычайной ситуации, достоверности прогноза возникновения опасности, природно-климатических особенностей и хозяйственного освоения опасных районов, технологических режимов работы предприятий, попавших в зону чрезвычайных ситуаций, и других факторов, может проводится общая или частная эвакуация. При этом из зоны возможного поражения (заражения) выводится (вывозится) соответственно весь персонал объекта и все население.

Рассредоточение и эвакуация рабочих, служащих и членов их семей организуется и проводится по производственному принципу, а эвакуация населения – по территориальному принципу. Рассредоточение и эвакуацию организуют и проводят после получения распоряжения о их проведении начальники и штабы ГО объектов и эвакуационные комиссии. Рассредоточение и эвакуация проводятся всеми видами транспорта, а также пешим порядком. Автомобильным транспортом вывоз населения производится на небольшие расстояния. Определенная часть населения, особенно подлежащая эвакуации, может выводится пешим порядком.

Для организованного движения пеших колонн разрабатывают схему их маршрута, на которой указывают состав колонн, маршрут движения, исходный пункт, пункты регулирования движения и время их прохождения; районы и продолжительность привалов; медицинские пункты и пункты обогрева; промежуточный пункт эвакуации; порядок и сроки вывода (вывоза) колонны из этого пункта в район постоянного размещения; сигналы управления и оповещения.

Рассредоточение и эвакуация населения проводится через сборные эвакуационные пункты (СЭП) предназначенные для сбора, регистрации и отправки населения, эвакуируемого транспортом, на станции, пристани и другие пункты посадки, а эвакуируемого в пешем порядке на исходные пункты пешего движения.

Население объекта о начале эвакуации оповещается через предприятия, учреждения, учебные заведения, ДЭЗ, милицию, радиотрансляционную сеть и местное телевидение. При движении эвакуированного населения одним из видов транспорта на каждый эшелон (судно) назначается начальник эшелона (судна), на автоколонну – старший автоколонны, на каждый ж/д вагон – старший вагона.

Движение пеших колонн осуществляется по заранее установленным маршрутам протяженностью на один суточный переход (10-12 ч движения). Численность пеших колонн - 500 – 1000 чел. Скорость движения колонн – 4-5 км/ч. Через каждые 1-1,5 ч делают малые привалы длительностью 10-15 мин, в начале второй половины суточного перехода устраивают большой привал 1-2 часа.

Для приема рассредоточиваемого и эвакуируемого населения создаются приемные эвакуационные комиссии и приемные населенные пункты (ПЭП) сельских районов. На ПЭП возлагается: встреча прибывшего населения, распределение его по населенным пунктам, оказание первой необходимой помощи, организованная отправка людей к местам расквартирования. Первые двое суток люди должны питаться запасами продуктов, привезенных (принесенных) с собой.

Эвакуированное население привлекают для работы сельской местности и на предприятиях, вывезенных из города и продолжающих работу в загородной зоне.

**Использование средств индивидуальной защиты**

Классификация средств индивидуальной защиты

Средства индивидуальной защиты населения предназначаются для защиты от попадания внутрь организма, на кожные покровы и одежду радиоактивных, отравляющих веществ и бактериальных средств.

Они подразделяются на:

1. средства защиты органов дыхания;
2. средства защиты кожи.

К первым относятся:

* + фильтрующие и изолирующие противогазы;
	+ респираторы;
	+ противопыльные тканевые маски;
	+ ватно-марлевые повязки.

Ко вторым:

* одежда специальная изолирующая защитная;
* защитная фильтрующая (ЗФО);
* приспособленная одежда населения.

Классификация средств индивидуальной защиты (СИЗ):

– ***по принципу защиты:***

1. фильтрующие;
2. изолирующие.

Принцип фильтрации заключается в очищении воздуха необходимого для жизни человека при прохождении через средства защиты, а принцип изоляции – в полном исключении контакта с внешней средой на определенный срок с помощью материалов, непроницаемых для воздуха и вредных примесей.

- ***по способу изготовления:***

1. изготовленные промышленностью;
2. простейшие, изготовленные населением;
3. из подручных материалов.

***- по способу оснащения:***

1. табельные (предусматривают обеспечение по табелям (нормам) оснащения в зависимости от организационной структуры формирований;
2. нетабельные (предназначены для обеспечения формирований в дополнение к табельным средствам или в порядке их замены).

**Средства защиты органов дыхания.**

Противогазы являются наиболее надежным средством защиты органов дыхания людей и предназначены для защиты органов дыхания, лица и глаз человека от вредных примесей, находящихся в воздухе.

Фильтрующие противогазы являются основным средством индивидуальной защиты органов дыхания. Принцип их защитного действия основан на предварительном очищении (фильтрации) вдыхаемого человеком воздуха от различных вредных примесей.

В настоящее время используются противогазы: ГП-5, ГП-5м, ГП-7 состоящие из фильтрующе-поглощающей коробки, лицевой части, сумки для противогаза, соединительной трубки, коробки с не запотевающими пленками (в ГП-5м применяется шлем-маска с мембранной коробкой).

Фильтрующие противогазы от окиси углерода не защищают. Для устранения этого недостатка используется дополнительный патрон с гопкалитом. Фильтрующее поглощающая система ФПС коробочного противогаза представляет собой коробку, изготовленную из металла или пластмассы. В коробке расположен противоаэрозольный фильтр (ПАФ), изготовленный из волокон различной природы (целлюлоза, асбест, стекло-волокно, полимерные волокна) и сорбент (шихта).

Дополнительные патроны к фильтрующим гражданским и детским противогазам разработаны с целью расширения возможностей противогазов по защите от АХОВ. Дополнительный патрон ДПГ -1 предназначен, в основном, для защиты от оксида углерода, а дополнительный патрон ДПГ -3 – от аммиака. Чтобы обеспечить использование ДПГ -1 и ДПГ -3 с противогазами малого габарита в состав комплекта дополнительных патронов включена соединительная трубка. В общую фильтрующе-поглощаюшую систему дополнительный патрон подсоединяется за фильтрующе-поглощающей коробкой по току воздуха (между коробкой и лицевой частью).

***Защитные свойства по АХОВ противогазов ГП-5 (ГП-5М), ГП-7 (ГП-7В, ГП-7ВМ)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование АХОВ | Концентрация мл/л | Время защитного действия |
| Противогаз без патрона  | Противогаз с патроном ДПГ-1 | Противогаз с патроном ДПГ -3 |
| Аммиак | 5,0 | 0 | 30 | 60 |
| Диметиламин | 5,0 | 0 | 60 | 80 |
| Диоксид азота | 1,0 | 0 | 30 | 0 |
| Метил хлористый | 0,5 | 0 | 35 | 0 |
| Оксид углерода | 3,0 | 0 | 40 | 0 |
| Оксид этилена | 1,0 | 0 | 25 | 0 |
| Сероводород | 10,0 | 25 | 50 | 30 |
| Соляная кислота | 5,0 | 20 | 30 | 30 |
| Хлор | 5,0 | 40 | 60 | 100 |
| Этилмеркаптан | 5,0 | 40 | 120 | 120 |

Промышленные противогазы являются средствами индивидуальной защиты органов дыхания, глаз, лица работающего персонала, различных объектов экономики. Они предназначены для защиты от конкретных вредных примесей и потому имеют узкую направленность по обеспечению защиты.

Изолирующие противогазы являются специальным средством защиты органов дыхания, глаз, кожи лица от всех вредных примесей, содержащихся в воздухе. Их используют в случаях недостатка кислорода в воздухе, а также тогда, когда фильтрующие противогазы не обеспечивают необходимую защиту. Имеются в настоящее время ИП-4, ИП-5, ИП-46 (М).

Противогаз состоит из: лицевой части, регенеративного патрона, дыхательного мешка, каркаса и сумки. Необходимый для дыхания воздух обогащается в ИП кислородом в регенеративном патроне, снаряженном специальным веществом (перекись и надперекись натрия).

По способу резервирования кислорода дыхательные аппараты делятся на три группы:

* со сжатым воздухом (АСВ-2, ВЛАДА) или сжатым кислородом (КИП- 7, КИП-8);
* с жидким кислородом (Комфорт);
* с химически связанным кислородом (ИП-4, ИП-4М).

Респираторы, противопыльные тканевые маски и ватно-марлевые повязки

Респираторы применяются для защиты органов дыхания от радиоактивной и грунтовой пыли и при действиях во вторичном облаке бактериальных средств.

В зависимости от кратности использования респираторы могут быть одноразового и многоразового применения. У последних предусмотрена возможность смены фильтров (патронов) или их многократная регенерация.

К противопылевым респираторам относятся ШБ-1 "Лепесток", "Кама", У- 2К (Р-2) и др. В качестве основного фильтрующего материала, обеспечивающего защиту от аэрозолей, в противопылевых респираторах используют тонковолокнистые полимерные материалы.

Наибольшее распространение получили материалы из перхлорполивинилхлорида ФПП (так называемые фильтры Петрянова). Благодаря особой технологии изготовления, волокна материалов ФПП несут электростатический заряд, что придает им высокие фильтрующие свойства.

Наибольшее распространение имеют респираторы Р-2. Они представляют собой фильтрующую полумаску с 2-мя клапанами вдоха, клапаном выдоха, оголовьем (из эластичных и нерастягивающихся тесемок и носовым зажимом).

Маска состоит из двух основных частей – корпуса (из 2-4 слоев ткани) и крепления. В корпусе вырезаны смотровые отверстия со вставленными в них стеклами. Маску используют при угрозе радиоактивного заражения. При выходе из зараженного района при первой возможности ее дезактивируют (вытряхивают и моют в горячей воде с мылом.

Респиратор ШБ-l "Лепесток" выпускают трех типов: "Лспссток-200", "Лепесток-40", "Лепесток-5". Различаются они марками материала ФПП, а внешне – цветом наружного круга (соответственно – белый, оранжевый и голубой). Цифры говорят о том, что респираторы можно применять для защиты от высоко- и среднедисперсных аэрозолей (радиус частиц до 1 мкм) при концентрациях, не превышающих ПДК соответственно в 200, 40 и 5 раз. Для защиты от грубодисперсной пыли (радиус частиц более 3 мкм) применение любого из этих типов респираторов возможно при запыленности, превышающей ПДК не более чем в 200 раз.

Противогазовый респиратор РПГ-67 предназначен для защиты органов дыхания от различных паров и газов, присутствующих в воздухе производственных помещений, при их содержании в воздухе не выше 10-15 ПДК. Состоит из резиновой полумаски ПР-7, имеющей три отверстия. В два боковых отверстия помещены полиэтиленовые манжеты с клапанами вдоха. В манжеты вставляют сменные патроны различных марок. В нижнем отверстии расположен клапан выдоха с предохранительным экраном.

РПГ-67 комплектуется патронами четырех марок, различающихся по составу поглотителей, а по внешнему виду – буквенной маркировкой. Конкретная марка респиратора соответствует марке патрона

Газопылезащитные респираторы предназначены для защиты органов дыхания от вредных веществ, одновременно присутствующих в воздухе в виде паров, газов и аэрозолей (пыль, дым, туман). Конструктивно представляют собой сочетание элементов противопылевых и противогазовых респираторов. Например газопылезащитный респиратор РУ-60М состоит из тех же элементов и такой же полумаски, как и противогазовый респиратор РПГ-67. Отличие состоит в том, что патроны марок А, В, КД, Г содержат не только специализированные поглотители, но и противоаэрозольные фильтры из материала ФПП-15.

Ватно-марлевая повязка изготавливается из марли на которую накладывают слой ваты толщиной 1-2 см, длиной 30 см и шириной 20 см. При необходимости повязкой зарывают рот и нос, для защиты глаз используют противопыльные защитные очки.

Противопыльная тканевая маска ПТМ-1 и ватно-марлевая повязка. Они предназначены для защиты органов дыхания человека от радиоактивной пыли и при действиях во вторичном облаке бактериальных средств. От ОВ они не защищают. Изготовляются они в основном самим населением.

**Средства защиты кожи.**

Специальные средства (табельные) надежно защищают кожу людей от паров и капель ОВ, РВ и бактериальных средств, полностью защищают от воздействия альфа-частиц и ослабляют световое излучение ядерного взрыва. По принципу защиты кожи они бывают изолирующие и фильтрующие.

Фильтрующее средство – комплект защитной фильтрующей одежды (ЗФО). Его основное предназначение – защита кожных покровов от воздействия ОВ в парообразном состоянии. Кроме того, защищает от радиоактивной пыли и бактериальных средств в аэрозольном состоянии. Кроме того могут использоваться простейшие средства защиты кожи – обычная одежда и обувь, наиболее массовое средство для защиты населения.

Фильтрующие СЗК изготавливают из воздухо- и паропроницаемых тканей, нетканных материалов. Указанное обстоятельство делает возможным их длительное непрерывное использование без существенного влияния на эргономические свойства человека. Отдельные образцы фильтрующих СЗК предназначены для многомесячного постоянного ношения в угрожаемый период применения противником ОМП. Их применяют в комплекте с противогазами или ИДА. сапогами и перчатками.

Защитное действие фильтрующих СЗК от АХОВ, в том числе ОВ, основано на физико-химическом или химическом взаимодействии паров (газов) вредной примеси с веществом (пропиткой), наносимым на ткань средства зашиты. СЗК фильтрующего типа предназначены, главным образом, для невоенизированных формирований ГО промышленных объектов.

Комплект защитной фильтрующей одежды (ЗФО) предназначен для защиты от паров и аэрозолей АХОВ, ОВ, БС и РП.

Комплект защитный ФЛ-Ф предохраняет кожные покровы от высокотоксичных паров производных гидразина, алифатических аминов и окислов азота при выполнении регламентных ремонтных работ.

Универсальная защитная фильтрующая одежда КСВ-2 состоит из куртки с капюшоном, брюк и резиновых защитных перчаток. При воздействии открытого пламени в течение 10-12 сек. не горит, не тлеет.

Для защиты персонала объектов экономики и населения могут применяться фильтрующие СЗК ВС РФ. Общевойсковой комплексный защитный костюм QK3K (ОКЗК-М) предназначен для защиты кожных покровов от паров и аэрозолей АХОВ, ОВ, теплового излучения, радиоактивной пыли и бактериальных аэрозолей.

Импрегнированное обмундирование ДГ, в состав комплекта которого входят летнее армейское хлопчатобумажное обмундирование и подшлемник, импремированные хемосорбционной пропиткой.

Изолирующие средства изготавливают из прорезиненной ткани и применяют при длительном нахождении людей на зараженной местности, при выполнении дегазационных, дезактивационных и дезинфекционных работ в очагах поражения и зонах заражения. Их используют только для защиты личного состава формирований. К ним относятся: Л-1; защитный комбинезон и костюм; ОЗК.

Изолирующие СЗК сильно влияют на теплообмен организма. При высокой температуре и тяжелой работе организм сильно перегревается, что может привести к тепловому удару. По этой причине использование изолирующих СЗК ограничено по времени. Время пребывания людей в изолирующих СЗК при различной температуре наружного воздуха

|  |  |
| --- | --- |
| Температура наружного воздуха, С | Время пребывания в изолирующих СЗК |
| без влажного экранирующего комбинезона | с влажным экранирующим комбинезоном |
| 30 и выше 25-29 20-24 15- 19 ниже 15  | 15-20 мин. до 30 мин. до 45 мин. до 2 ч более 3 ч  | 1-1, 5 ч 1,5-2 ч 2-2,5 ч более 3 ч  |

Легкий защитный костюм Л-1 является специальным средством защиты гражданских организаций ГО объекта и используется при длительных действиях на зараженной местности, а также при выполнении дезактивационных, дегазационных работ. В состав комплекта входят: куртка с капюшоном, брюки с чулками, две пары перчаток, импрегнированный подшлемник и сумка для переноски. Куртка и брюки изготовлены из прорезиненных тканей, а импрегнированный подшлемник – из хлопчатобумажной ткани с пропиткой хемосорбционного или абсорбционного типа.

Общевойсковой защитный комплект ОЗК имеет аналогичное с Л-1 назначение. В состав комплекта входят защитные плащ ОП-1 с капюшоном, чулки, перчатки (летние пятипалые и зимние двупалые). Плащ ОП-1 в зависимости от того, для каких целей используют ОЗК, может быть применен в виде накидки, надетым в рукава или в виде комбинезона.

Так, в виде накидки его применяют при защите от выпадающих из зараженного облака РВ, капельножидких АХОВ (ОВ) и БС. Когда плащ надет в рукава, ОЗК используют при ликвидации последствий аварии на местности, зараженной РВ и БС, а также при выполнении работ по обеззараживанию техники, транспорта, технологического оборудования. При действиях в районах, очагах и на участках, зараженных АХОВ (ОВ), при сильном пылеобразовании на участках, зараженных РВ и БС. комплект применяют в виде комбинезона.

Костюмы защитные изолирующие "Авария" и "Авария – 1" предназначены для зашиты кожных покровов человека от воздействия вредных, агрессивных и радиоактивных веществ. Состоят из комбинезона, выполненного воедино с чулками ("Авария"), с чулками и со шлемом ("Авария-1”)

Костюм защитный изолирующий КЗИМ предназначен для защиты кожных покровов людей, работающих в условиях высокой загрязненности воздуха и оборудования радиоактивными и другими агрессивными веществами. Состоит из куртки, выполненной воедино с капюшоном и полукомбинезона с бахилами.

Костюм изолирующий химический КИХ-4 (КИХ-5") предназначен для защиты при выполнении работ в условиях воздействия высоких концентраций ОХВ (хлора, аммиака, азотной и серных кислот, а также жидкого аммиака). В комплект входят комбинезон с капюшоном, резиновые и хлопчатобумажные перчатки. В лицевую часть капюшона вклеено панорамное стекло. Брюки комбинезона имеют притачанные резиновые сапоги.

Комплект автономного изолирующего снаряжения КАИС предназначен для защиты работающих от комплексного воздействия тепла и токсичных или агрессивных веществ, находящихся в воздухе рабочих помещений в виде аэрозолей, паров (газов) и брызг. Используется при проведении аварийно-спасательных работ на предприятиях химической промышленности. Марка входящих в комплект противогаза и перчаток выбирается в зависимости от условий на рабочем месте.

Пневмокостюм ЛГ-5 (пленочный изолирующий) предназначен для ремонтных и аварийных работ при значительной загрязненности воздуха и технологического оборудования рабочих помещений радиоактивными и токсичными веществами. Обеспечивает изоляцию органов дыхания и поверхности тела работающего от внешней среды. Может применяться в атомной, радиохимической, химической, нефтехимической промышленности и в сельском хозяйстве.

Костюм защитный аварийный КЗА предназначен для комплексной защиты от кратковременного воздействия открытого пламени, теплового излучения и газообразных АХОВ. В комплект входят два костюма (теплоотражательный и теплозащитный), сапоги с бахилами и рукавицы. Используется с ИДА АСВ-2 или КИП-8, размещаемых в подкостюмном пространстве.

**Медицинские средства индивидуальной защиты**

Медицинские средства индивидуальной защиты (МСИЗ) предназначены для профилактики поражения и оказания первой медицинской помощи.

Аптечка индивидуальная АИ-2 предназначена для оказания самопомощи и взаимопомощи при ранениях и ожогах, а также для предупреждения и ослабления воздействия отравляющих веществ, бактериальных средств и ионизирующих излучений. Содержит лекарственные средства, антидод и радиопротекторы.

В состав аптечки входит:

1. шприц-тюбик с противоболевым средством (2%-й раствор промедола);
2. средство для предупреждения (ослабления) поражения фосфорсодержащими ОВ (тарен-6 таблеток) – пенал красного цвета (при сигнале “ХТ”, возможно еще одно применение таблетки при нарастании признаков отравления, повторно можно принимать через 5-6 часов);
3. противобактериальное средство № 2 (сульфадиметоксин – 15 таблеток) – в большом круглом пенале без окраски (при желудочно-кишечных расстройствах), в первые сутки – 7 таблеток в один прием, последующие двое суток – по 4 таблетки;
4. радиозащитное средство № 1 (цистамин) в двух восьмигранных пеналах розового цвета по 6 таблеток в каждом (при угрозе облучения – 6 таблеток за один прием, при новой угрозе – еще 6 таблеток, но не ранее чем через 4-5 часов);
5. противобактериальное средство № 1 (тетрациклин, гидрохлорид) в двух четырехгранных пеналах без окраски (при непосредственной угрозе или бактериальном заражении, а также при ранениях и ожогах, сначала один пенал принять (5 таблеток), затем через 6 часов принимают содержимое второго пенала (5 таблеток);
6. радиозащитное средство № 2 (калий йодид – 10 таблеток) в четырехгранном пенале белого цвета (принимать по одной таблетке ежедневно 10 дней после выпадения радиоактивных осадков);
7. противорвотное средство (этаперазин – 5 таблеток) в круглом пенале голубого цвета (при появлении тошноты принять одну таблетку).

Индивидуальный противохимический пакет (ИПП- 8, ИПП- 10) – предназначен для обеззараживания фосфорорганических АХОВ и ОВ, а также ОВ кожно-нарывного действия на открытых участках кожи, одежде и индивидуальных средствах защиты в качествечастичной специальной обработки,

ИПП-8 имеет один стеклянный флакон с дегазирующей жидкостью, четыре марлевые салфетки и инструкцию, упакованные в полиэтиленовый герметичный пакет. Жидкость флакона не обладает дезинфицирующим действием. Кожа, одежда или средства защиты, на которых обнаружены капли ОВ, необходимо обработать тампонами, смоченными жидкостью из флакона.

В ИПП-10 дегазирующая жидкость находится в металлическом баллоне. Обработка ею производится путем наливания в ладонь и обтирания ею лица, шеи и кистей рук. Жидкость пакета обладает и дезинфицирующим действием. Обработка кожи, одежды жидкостью ИПП производится немедленно после попадания на них АХОВ (ОВ).

Пакет перевязочный индивидуальный (ППИ) предназначен для наложения первичной повязки на рану, ожоговую поверхность. Он содержит обеззараженный перевязочный материал, который заключен в две оболочки: наружную из прорезиненной ткани, с напечатанным на ней способом вскрытия и употребления, и внутреннюю – из бумаги. В складке внутренней оболочки имеется безопасная булавка.

Оболочки обеспечивают стерильность перевязочного материала, предохраняют его от механических повреждений, сырости и загрязнения. Материал, находящийся в пакете, состоит из марлевого бинта шириной 10 см и длиной 7 м и двух равных по величине ватно-марлевых подушек размером 17x32 мм. Одна из подушек пришита к бинту, другая связана с ним подвижно и может свободно передвигаться по длине бинта. Для оказания само- и взаимопомощи в качестве индивидуальных средств используют также индивидуальные перевязочные пакеты (ИПП), которые по своему устройству принципиально не отличаются от пакета перевязочного индивидуального (ПЛИ), но вместо прорезиненной оболочки покрыты оболочкой из вощеной бумаги, которая вскрывается путем разрыва вклеенной в нее нитью.

**Содержание и организация мероприятий по локализации последствий чрезвычайных ситуаций при ведении военных действий или вследствие ведения этих действий**

Основы организации ликвидации чрезвычайных ситуаций

Ликвидация ЧС включает проведение в зоне ЧС и в прилегающих к ней районах силами и средствами ликвидации чрезвычайных ситуаций всех видов разведки и неотложных работ, а также организацию жизнеобеспечения пострадавшего населения и личного состава этих сил.

Организация ликвидации ЧС зависит от их характера и масштабов, а также от последствий. Основным организатором ликвидации ЧС является комиссия по чрезвычайным ситуациям – функциональная структура органа исполнительной власти и органа управления объектом народного хозяйства.

Органы управления ГО ЧС, являясь структурным органом исполнительной власти, предназначены для повседневного управления и контроля в пределах своей компетенции за выполнением мероприятий по ГО, предупреждению ЧС и готовностью к действиям при их возникновении, а также для организации ликвидации ЧС на подведомственной территории. Используя прогностические данные о возможных ЧС в определенном подведомственном районе (объекте), их характере и масштабах орган управления ГО ЧС составляет план ликвидации ЧС, который может предусматривать:

* краткую характеристику зоны бедствия (очага поражения); силы и средства, привлекаемые для выполнения задач по ликвидации ЧС; очередность работ;
* порядок охраны общественного порядка в зоне ЧС;
* специальные мероприятия с учетом специфики района (территории, объекта);
* меры медицинского обеспечения;
* обеспечение безопасности;
* организацию управления;
* вопросы материально-техническою обеспечения и др.

Эффективность ликвидации ЧС во многом зависит от экстренности реагирования на них. Это заключается в осуществлении взаимосвязанных действий органов руковоства и повседневного управления РСЧС по незамедлительному получению информации о факте возникновения ЧС, своевременному оповещению об этом населения и заинтересованных организаций, а также уточнению и анализу обстановки, принятию решений и организации действий сил и средств ликвидации ЧС.

Получив информацию о возникновении ЧС, орган управления ГО ЧС но аппаратуре оповещения организует оперативное оповещение населения города (поселка) о возникновении ЧС.

Председатель комиссии по ГО ЧС, используя прогностические данные и первоначальные данные о характере и масштабах ЧС, принимает решение, в котором, как минимум, указывает основные задачи, состав сил и средств, указания о защите личного состава формирований и порядке спасения людей.

Для получения достоверной информации в зоне бедствия (часть зоны ЧС, требующая дополнительной и немедленно предоставляемой помощи и материальных ресурсов для ликвидации ЧС) организуется комплексная разведка, которая включает специалистов-химиков, инженеров, пожарных и медиков.

Звено радиационной и химической разведки определяет наличие радиоактивного загрязнения (мощности дозы в различных точках, динамику их увеличения или спада) и химического заражения (тип опасного химического вещества, направление и скорость ветра, температуру воздуха и почвы, требуемые средства индивидуальной защиты при производстве работ).

Звено инженерной разведки устанавливает характер и степень разрушения дорог, сооружений, коммунально-энергетических сетей, вид завалов, определяет ориентировочный объем работ и необходимуюи нженерную технику.

Звено разведки команды пожаротушения выявляет пожарную обстановку – участки сплошных и отдельных пожаров, рубежи локализации и способы тушения пожаров, положение водоисточников и примерную потребность в противопожарных силах.

Звено медицинской разведки оценивает санитарно-гигиеническую обстановку, выявляет места нахождения пораженных, их примерное количество и виды поражения, устанавливает необходимый объем работ по оказанию медицинской помощи. При необходимости в звено включают специалистов-эпидемиологов, которые отбирают пробы воздуха и почвы для лабораторного определения вида возбудителей инфекции. Для разведки на объектах сельскохозяйственного производства привлекаются специалисты фитосанитарного надзора и ветеринары.

На основе данных, полученных из различных органов и специальной комплексной разведки, председатель комиссии по ГО ЧС в комплексе оценивает обстановку и принимает решение.

Аварийно-спасательные и другие неотложные работы

Проведение аварийно-спасательных и других неотложных работ (АСДНР) в зонах бедствия района чрезвычайной ситуации является одной из основных задач сил и средств РСЧС (в том числе и ГО).

Целью проведения АСДНР в очагах поражения является спасение людей и оказание медицинской помощи пораженным, локализация аварий и устранение повреждений, препятствующих ведению спасательных работ, создание условий для последующего проведения восстановительных работ.

Аварийно-спасательные работы проводятся в целях розыска пораженных и извлечения их из-под завалов и из разрушенных защитных сооружений, оказания им первой медицинской и первой врачебной помощи и эвакуации их из очагов поражения и зон затопления в лечебные учреждения.

Содержание аварийно-спасательных работ: − ведение разведки маршрутов выдвижения формирований и участков (объектов) работ;

* локализация и тушение пожаров на участках (объектах) работ и путях выдвижения к ним;
* розыск пораженных, извлечение их из поврежденных и горящих зданий, завалов, загазованных, затопленных и задымленных помещений;
* вскрытие разрушенных, поврежденных и заваленных защитных сооружений и спасение находящихся в них людей;
* подача воздуха в заваленные защитные сооружения;
* оказание первой медицинской и первой врачебной помощи пораженным и эвакуация их в лечебные учреждения;
* вывод (вывоз) населения из опасных мест в безопасные районы;
* санитарная обработка людей и обеззараживание их одежды, территории, сооружений, техники, продовольствия, воды.

В основу организации аварийно-спасательных работ должен быть положен дифференцированный подход в зависимости от обстановки, предусмотрена двухэтапная система лечебно-эвакуационного обеспечения: первая и первая врачебная помощь, оказываемая непосредственно в зоне бедствия, а также специализированная помощь и стационарное лечение за пределами района аварии (в лечебных учреждениях).

Для эвакуации пострадавших установлены определенные правила. В первую очередь на транспорт грузят тяжелопораженных, а затем пораженных средней тяжести, которые могут ехать сидя, последними – легкопораженных.

Основное требование к организации первой медицинской помощи – оказывать ее максимальному числу пострадавших в минимально короткие сроки и осуществить их эвакуацию в лечебные учреждения.

Другие неотложные работы имеют целью создать условия для проведения спасательных работ и обеспечения работоспособности объекта. Содержание других неотложных работ:

* прокладка колонных путей и устройство проездов (проходов) в завалах и зонах заражения;
* локализация аварий на газовых, энергетических, водопроводных, канализационных и технологических сетях;
* укрепление или обрушиванию конструкций зданий и сооружений, угрожающих обвалом и препятствующих безопасному проведению аварийно-спасательных работ;
* ремонт и восстановление разрушенных линий связи и коммунально-нергетических сетей;
* обнаружение, обезвреживание и уничтожение взрывоопасных предметов;
* ремонт и восстановление поврежденных защитных сооружений.

Объем и условия проведения АСДНР во многом зависят oт масштабов аварий и катастроф. Наиболее сложные условия для ведения АСДНР могут возникать в очаге комбинированного поражения. В зависимости от объема работ для ликвидации последствий ЧС привлекаются различные силы и средства в каком количестве, чтобы они обеспечили непрерывность АСДНР. Непрерывность работ достигается своевременным наращиванием усилий, умелым маневром силами и средствами, своевременной заменой подразделений, полным обеспечением их материальными средствами, быстрым ремонтом и возвращением в строй поврежденной техники.

В планах комиссий по ЧС предусматривается создание группировки сил и средств, предназначенной для проведения АСДНР в ходе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в заданном районе. Состав и построение группировки уточняется при угрозе возникновения ЧС и после ее возникновения с учетом сложившейся обстановки, реального наличия и состояния сил и средств и объема работ в очагах поражения.

В группировку сил включаются объектовые и территориальные формирования повышенной готовности, специализированные, специальные и ведомственные формирования. В их состав могут привлекаться воинские части ГО, инженерные части и части войск радиационной, химической и биологической защиты Минобороны России. Для обеспечения непрерывного проведения работ группировка сил состоит из формирований первого эшелона, второго эшелона и резерва.

Первый эшелон группировки сил и средств предназначен для ведения первоочередных аварийно-спасательных работ, особенно на объектах, продолжающих работу.

Второй эшелон – для наращивания усилий и расширения фронта аварийно-спасательных работ, а также для замены формирований первого эшелона.

Резерв – для решения внезапно возникающих задач, наращивания усилий, замены части первого (второго) эшелона, переноса усилий на новые участки (объекты) работ.

Формирования, входящие в состав эшелонов, распределяются по сменам с соблюдением целостности их организационной структуры и производственного принципа.

Состав эшелонов и смен определяются, исходя из конкретной обстановки в очаге поражения, наличия сил и средств. Для обеспечения беспрепятственного продвижения группировки сил к очагу поражения (участкам работ) по решению председателя КЧС создаются отряды обеспечения движения (ООД) по одному на маршрут. Основу ООД составляет сводный отряд (команда), усиленный формированиями служб (разведывательными, противопожарными, инженерными, радиационной и химической защиты).

ООД восстанавливает разрушенные участки дорог и мосты, при необходимости организует объезды, проводит обеззараживание участков дорог и другие работы.

Успешное проведение АСДНР достигается:

* своевременной организацией и непрерывным ведением разведки, добыванием ею достоверных данных к установленному сроку;быстрым вводом формирований в очаги поражения для выполнения задач; высокой выучкой и морально-психологической подготовкой личного состава; знанием и строгим соблюдением личным составом правил поведения и мер безопасности при проведении работ:
* заблаговременным изучением командирами формирований особенностей вероятных участков (объектов) работ, характера их застройки, наличия коммунально-энергетических и технологических сетей, мест хранения опасных химических веществ (АХОВ), мест расположения и характеристики защитных сооружений;
* непрерывным и твердым управлением, четкой организацией взаимодействия сил и средств, привлекаемых к работам, и всесторонним их обеспечением.

Специфика организации практических действий в аварийной ситуации с АХОВ требует большого объема первичной информации о конкретном токсичном веществе, определяющем химическую обстановку в районе аварии.

Для работы на объекте в зоне заражения командиру формирования выдается наряд-допуск, утвержденный председателем комиссии по ЧС и подписанный начальником отдела ГО объекта.

Наряд-допуск готовится по произвольной форме, но в любом случае он должен содержать следующие вопросы:

* −ответственное лицо за выполнение работы;
* −место, время (начало, окончание), характер работы (тип АХОВ, концентрация и плотность заражения, температура воздуха и т.п.), задача подразделению (формированию ГО, команде);
* обязательные СИЗ;
* список личного состава с распиской в ознакомлении с требованиями безопасности;
* основные требования безопасности;
* фамилии, инициалы и подписи инструктирующего и инструктируемого, начальника газоспасательной службы, ответственного за химический контроль и эксплуатацию СИЗ.

Наряды-допуски подшивают в отдельные дела и хранят в архиве длительное время (не менее 50 лет). Ликвидация последствий химических аварий должна быть закончена в предельно короткие сроки, поэтому все работы следует проводить круглосуточно.

**Приложение № 1**

Контроль знаний по теме на входе **тема 3.1.**

**Принципы организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф. Основные формирования ВСМК.**

Выполните следующие задания и выберите правильные ответы на предложенные тестовые задания:

***Вопрос 1: Всероссийская служба медицины катастроф является организационно-функциональной подсистемой (1ответ):***

1. МЧС Российской Федерации

2. Минздравсоцразвития РФ

3. Министерства обороны РФ

***Вопрос 2: Укажите основные задачи ВСМК (5 ответов):***

1. Организация и осуществление медико-санитарного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях;

2. Обеспечение готовности формирований службы медицины катастроф к действиям в чрезвычайных ситуациях;

3. Сбор, обработка, обмен и представление информации медико-санитарного характера в области защиты населения и территории в условиях ЧС.

4. Создание и рациональное использование резервов медицинских ресурсов для обеспечения службы.

5. Разработка и постоянное совершенствование единой системы медицинского обеспечения населения при возникновении ЧС.

6. Прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий ЧС.

7. Участие в подготовке населения и спасателей к оказанию первой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

8. Научно-исследовательская работа по развитию и совершенствованию структуры и деятельности службы.

***Вопрос 3: Укажите организационно-структурные уровни ВСМК(3 ответа):***

1. Федеральный

2. Межрегиональный

3. Региональный

4. Муниципальный

5. Объектовый

***Вопрос 4: Что является руководящим органом службы медицины катастроф* субъекта РФ (1 ответ)*:***

1. Министерство здравоохранения субъекта РФ.

2. Межведомственная координационная комиссия службы медицины катастроф субъекта РФ.

3. Территориальный центр медицины катастроф.

***Вопрос 5: Перечислите нештатные формирования службы медицины катастроф (3 ответа):***

1. Специализированный медицинский отряд специального назначения.

2. Санитарные дружины

3. Врачебно-сестринские бригады.

4. Бригады специализированной медицинской помощи.

5. Группы эпидемиологической разведки.

***Вопрос 6: Укажите мероприятия, проводимые СМК в режиме повседневной деятельности (3 ответа):***

1. Наблюдение, оценка и прогнозирование медико-тактической и санитарно-эпидемиологической обстановки.

2. Сбор, обработка и обмен в установленном порядке информацией в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций.

3. Разработка и реализация целевых и научно-технических программ и мер по предупреждению или минимизации медико-санитарных последствий ЧС.

4. Планирование мероприятий по снижению медико-санитарных последствий ЧС, участие в повышении уровня защиты населения, а так же в обучении населения правилам оказания первой медицинской помощи.

5. Обеспечение постоянной готовности органов управления, сил и средств службы.

6. Поддержание взаимодействия между органами управления, силами и средствами территориальной подсистемы РСЧС.

7. Руководство созданием, размещением и освежением запасов медицинских ресурсов для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

8. Ведение статистической отчетности, обобщение опыта работы по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

***Вопрос 7. Укажите мероприятия, проводимые службой медицины катастроф в режиме повышенной готовности (4 ответа)****:*

1. Прогнозирование возможного развития обстановки и подготовка предложений по организации медицинского обеспечения населения при возникновении ЧС.

2. Оповещение руководителей и должностных лиц органов управления службы, введение при необходимости круглосуточного дежурства на стационарных пунктах управления.

3. Постоянный сбор, обработка и передача органам управления и передача органам управления службы данных о прогнозируемых медико-санитарных последствиях ЧС, информирование населения о приемах и способах медицинской защиты от них.

4. Принятие оперативных мер по предупреждению возникновения и развития медико-санитарных последствий ЧС, снижение размеров ущерба и потерь в случае их возникновения, а так же повышению устойчивости и безопасности функционирования организаций в условиях ЧС.

5. Уточнение плана медико-санитарного обеспечения и плана взаимодействия в ЧС.

6. Приведение сил и средств службы в готовность к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

7. Восполнение при необходимости резервов медицинских ресурсов, созданных для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

8. Проведение при необходимости эвакуационных мероприятий.

***Вопрос 8: Укажите мероприятия, проводимые службой медицины катастроф в режиме чрезвычайной ситуации (8 ответов)****:*

1. Прогнозирование развития ЧС и ее медико-санитарных последствий.

2. Оповещение органов управления, учреждений и формирований службы о возникновении ЧС.

3. Непрерывный сбор информации о медико-санитарной обстановке в зоне ЧС, ее оценка и подготовка предложений по организации медико-санитарного обеспечения населения.

4. Выдвижение в зону ЧС оперативных групп, подразделений и формирований службы.

5. Организация и осуществление медицинского обеспечения населения, пострадавшего при ЧС.

6. Организация медицинского обеспечения личного состава формирований и учреждений, участвующих в ликвидации последствий ЧС.

7. Организация и проведение судебно-медицинской экспертизы.

8. Организация и осуществление санитарно-противоэпидемического обеспечения населения в районе ЧС во взаимодействии с территориальным управлением Роспотребнадзора.

9. Обеспечение непрерывного и оперативного управления силами и средствами службы.

10. Всестороннее обеспечение сил и средств Службы, участвующих в ликвидации последствий ЧС.

11. Организация и поддержание постоянного взаимодействия с органами управления, силами и средствами территориальной подсистемы РСЧС.

**Критерии оценки**

**- оценка «5» -** КУ- 90%, один неправильный ответ

**- оценка « 4» -** КУ- 80%, два неправильных ответа

**-оценка-«3» -** КУ -70%, три неправильных ответа

**- оценка «2» -** четыре и более неправильных ответов

**КУ –коэффициент усвоения**

**Приложение 2**

**Задания для предварительного контроля новых знаний**

1. Дайте определение медицинской службы гражданской обороны, задачи МС ГО.
2. Перечислите принципы организации МС.ГО
3. Перечислите принципы взаимодействия МС ГО
4. Назовите формирования медицинской службы ГО: штатные и нештатны на всех уровнях.

**Приложение3**

Задание для самостоятельной внеаудиторной работы

**Тема 3.2. Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **цель** | **вид** | **Источник информации** |
| 1. Закрепление знаний, понимания сущности и социальной значимости своей будущей профессии

**Тема 3.2. Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны** | 1. Используя текст учебника, конспект лекции составьте глоссарий по **теме 3.2. Принципы организации, задачи, силы и средства медицинской службы гражданской обороны** | 1. Кошелев, А.А. Медицина катастроф. Теория и практика [текст]/А.А.Кошелев. изд. 2-е дополненное и перераб. – СПб. «ЭЛБИ-СПб», 2005- 320 с. С20 - 252.Конспект лекции. |

**Список используемой литературы**

1. Кошелев, А.А. Медицина катастроф. Теория и практика [текст]/А.А.Кошелев. изд. 2-е дополненное и перераб. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005- 320 с.
2. Мельникова, М.М. Медицина катастроф: учебное пособие [текст]/М.М.Мельникова, Р.И. Айзман, Н.И. Айзман, В.Г.Бубнов. – Новосибирск: АРТА, 2011. – 272с.
3. Ястребов, Г.С. Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф [текст]/Г.И.Ястребов. Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. – 397 с.