

РАБОЧАЯ ЛЕКЦИЯ ПО ТЕМЕ 2.9 «Специальные формирования здравоохранения»

СЛ. 3

Введение

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

СЛ. 4

Федеральный закон от 31.05.1996 г. № 61-ФЗ «Об обороне»

Раздел 1

6. Для выполнения отдельных задач в области обороны привлекаются инженерно-технические и дорожно-строительные воинские формирования при федеральных органах исполнительной власти (далее - воинские формирования), Служба внешней разведки Российской Федерации, органы федеральной службы безопасности, федеральный орган специальной связи и информации, федеральные органы государственной охраны, федеральный орган обеспечения мобилизационной подготовки органов государственной власти Российской Федерации (далее - органы), а также создаваемые на военное время специальные формирования.

(в ред. Федерального закона от 30.06.2003 N 86-ФЗ)

9. Создание и существование формирований, имеющих военную организацию или вооружение и военную технику либо в которых предусматривается прохождение военной службы, не предусмотренных федеральными законами, запрещаются и преследуются по закону.

(в ред. Федерального закона от 30.12.1999 N 223-ФЗ)

Федеральный закон № 31 –ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации» от 26.02.1997 г.

Раздел 1 ст.2

12) создание и подготовка специальных формирований, предназначенных при объявлении мобилизации для передачи в Вооруженные Силы Российской Федерации или использования в их интересах, а также в интересах экономики Российской Федерации;

20) подготовка граждан по военно-учетным специальностям для комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и специальных формирований в период мобилизации и в военное время;

СЛ.5**Вопрос 1. Определение, классификация и предназначение специальных формирований здравоохранения**

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

СЛ. 6

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

Что же представляют собой специальные формированиям здравоохранения?

СЛ. 7

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

К специальным формированиям здравоохранения относятся:

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

СЛ. 8

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

руководству специальными формированиями здравоохранения, которые создаются в органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

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

СЛ. 9

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

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

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

СЛ. 10

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

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

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

СЛ. 11

Вопрос 2. История создания специальных формирований здравоохранения

СЛ. 12

Лечебно-эвакуационное обеспечение войск представляет собой систему мероприятий по оказанию медицинской помощи пораженным и больным, их эвакуации и лечению.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что здравоохранение страны всегда занимало важное место в общей системе организации и проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым и больным, сохранению их боеспособности и трудоспособности.

Первые документы, позволяющие сделать вывод, о попытках создания системы и органов управления эвакуацией раненых и больных с театра военных действий в тыл страны в России относятся к семидесятым годам XIX века. Опыт войн конца XVIII и начала XIX веков показал, что с началом боевых действий имевшиеся в войсках лечебные учреждения быстро заполнялись ранеными и больными. Это затрудняло передвижение войск, вело к большому отставанию от них госпиталей. Возникла необходимость эвакуации в тыл страны большого числа раненых и больных.

В период Крымской войны 1853-1856 гг., несмотря на плохие дороги, из Крыма в ближайшие губернии (Екатеринославскую, Полтавскую, Харьковскую и Херсонскую) было эвакуировано более 12 000 раненых и больных, что составило 24,3 % от общего числа санитарных потерь.

Вместе с тем эвакуация раненых и больных и их последующее лечение в тылу страны были организованы плохо. Удручающее состояние существовавшей организации эвакуации и лечения раненых и больных отмечал Н.И. Пирогов, подводя итоги лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии в войне 1853-1856 гг. Вся система лечебно-эвакуационного обеспечения по определению Н.И. Пирогова строилась на принципе «эвакуация, во что бы то ни стало!». Лечение во время эвакуации не предусматривалось, поэтому летальность среди раненых и больных в этот период достигала 14,5 %.

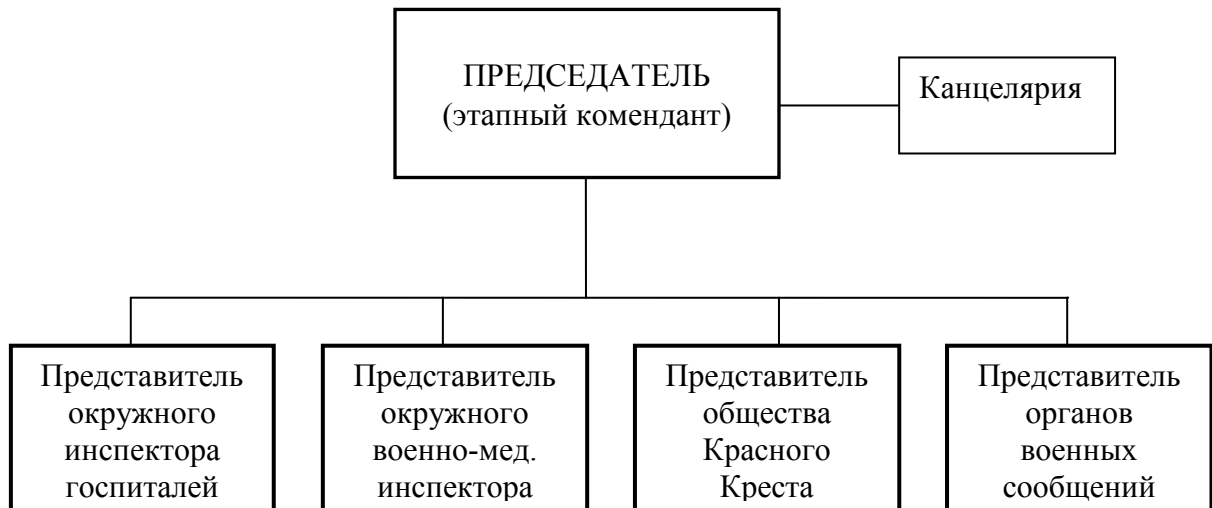
СЛ. 13

Разработанные в трудах Н.И. Пирогова основные принципы медицинской сортировки по нуждаемости в оказании медицинской помощи, опасности для окружающих и нуждаемости в эвакуации, а также руководства эвакуацией раненых и больных в тыл страны широко применялись в лечебно-эвакуационном обеспечении войск России, Пруссии, США и других государств, а затем были положены в основу "Проекта организации эвакуации", составленного Главным штабом России в 1876 году. Они явились теоретической предпосылкой к возникновению органов управления эвакуацией раненых и больных и организацией их лечения в тылу страны.

Во время русско-турецкой войны 1877-1878 гг. эвакуация раненых и больных с театра военных действий проводилась в более широком масштабе и на большую территорию страны, чем в предыдущие войны. Только из Дунайской армии в период с апреля 1877 по март 1878 годов перевезено в Россию по железной дороге более 125 000 и по морю более 81 000 раненых и больных.

СЛ. 14

Рис.1



Организационная структура эвакуационной комиссии
в период русско-турецкой войны 1877-1878 гг.

Вместе с тем в эту войну мало что изменилось в лучшую сторону в организации эвакуации и лечения раненых и больных: врачи были отстранены от руководства эвакуацией раненых и больных, эвакуация же была оторвана от лечения. Возглавляли эвакуационные комиссии по – прежнему строевые генералы (офицеры), которые не подчинялись медицинской службе. В результате эвакуация раненых и больных теряла всякий медицинский смысл и часто носила нерациональный характер. Например, легкораненые могли быть в местные эвакуационные пункты.

Необходимо подчеркнуть, что недостатки в деле лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии в те годы можно объяснить несколькими основными причинами:

- отсутствием специального медицинского органа управления в стране, руководящего эвакуацией раненых и больных;
- отсутствием предварительных разработок по предполагаемому количеству санитарных потерь на войне и нуждаемости в эвакуации;
- неподготовленностью необходимого количества санитарного транспорта для эвакуации раненых и больных;

- неподготовленностью госпиталей с соответствующим количеством коек и помещений для их развертывания, в том числе и в тылу страны;
- несовершенством организационно-штатной структуры эвакуационных комиссий.

Дальнейшее развитие система эвакуации раненых и больных и лечения их в тылу страны получили в первую мировую войну 1914-1918 годов. С августа 1914 года по 15 ноября 1916 годов с театра военных действий во внутренние районы страны было эвакуировано 4 154 493 раненых и больных, для лечения которых было сформировано значительное количество госпиталей, главным образом за счет общественных организаций - Союзов городов, общества Красного Креста, Земского общества и других. Общая коечная ёмкость госпиталей составляла 427 000 коек (43,5 % от общего числа коек в тылу страны и на ТВД).

СЛ. 15

По определению Е.И.Смирнова санитарная служба царской армии почти ничего не извлекла из уроков русско-турецкой и русско-японской войны и вошла в первую мировую войну с системой развоза раненых и больных и принципами медицинского обеспечения, суть которых сводилась к оказанию первой медицинской помощи и сбору раненых и больных ночью (в периоды затишья), к хирургической бездеятельности в войсковом районе и к эвакуации "во что бы то ни стало".

Во время иностранной военной интервенции и гражданской войны 1918-1920 годов и, особенно, в послевоенный период система эвакуации раненых и больных в тыл страны продолжала совершенствоваться. Были созданы условия для качественно нового подхода к организации лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках, организован единый центр управления военно-санитарной службой Военно-санитарное управление РККА, в котором уже в первой половине 1918 года полностью сосредоточилось управление всем лечебно-эвакуационным обеспечением войск как на фронте, так и в тылу страны. Это было закреплено во "Временной инструкции учреждениям и заведениям, ведающим эвакуацией". В тяжелых условиях гражданской войны удалось приступить к созданию системы медицинской эвакуации раненых и больных, в которой лечение и эвакуация составляли единый и неразрывный процесс.

В 1929 году было введено в действие «Руководство по санитарной эвакуации в РККА», в котором законодательно закреплялись основные принципы лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии. Общее руководство санитарной эвакуацией было сосредоточено в Военно-санитарном управлении РККА (далее - ВСУ РККА). Основными учреждениями санитарной эвакуации являлись: в армейском и фронтовом тыловых районах - полевые, фронтовые и вспомогательные эвакуационные пункты, а во внутреннем районе страны - распределительные (РЭП) и местные (МЭП) эвакуационные пункты.

В ходе советско-финляндской войны, несмотря на её непродолжительный характер (с 30.11.1939 по 12.03.1940 гг.), Красная Армия понесла значительные потери. С ноября 1939 года по август 1940 года из госпитальной базы Северо-Западного фронта было эвакуировано в эвакогоспитали тыла страны 142 925 раненых и больных, причем из них 11 200 человек - транзитом без оказания медицинской помощи в ГБФ из-за её большой перегрузки.

Для лечения раненых и больных, поступающих с фронта, в восьми военных округах (Киевском, Московском, Орловском, Приволжском, Уральском, Белорусском, Харьковском и Северо-Кавказском) было развернуто 214 эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР (ЭГ НКЗ), приписанных к восемнадцати МЭП. Общая ёмкость эвакогоспиталей на 1.08.1940 г. составляла 81 412 коек. Кроме того, в составе госпитальной базы Северо-Западного фронта было развернуто 14 ЭГ НКЗ на 4083 койки.

Очень важный итог советско-финляндской войны состоял в том, что санитарная служба Красной Армии и гражданское здравоохранение приобрели ценный опыт совместного решения задач по медицинскому обеспечению войск на фронте и в тылу страны, который был обобщен и частично реализован в руководящих документах НКО и НКЗ СССР.

С началом Великой Отечественной войны 1941-1945 годов на территории страны развернулось формирование обширной сети эвакуационных госпиталей, объединённых под руководством управлений местных и распределительных эвакуационных пунктов в госпитальные базы тыла страны. Работа велась параллельно: Наркоматом обороны формировались органы управления эвакуацией, Наркомздравом формировались ЭГ НКЗ и выделялись оперативные койки. Первыми начали функционировать управления распределительных и местных эвакуационных пунктов, которые до создания гражданских органов управления взяли на себя руководство всеми сторонами деятельности формируемых эвакогоспиталей.

В конце июня – начале июля 1941 года Наркомат обороны и Наркомздрав СССР сформировали ЭГ на 658 000 коек, кроме того, в гражданских больницах некоторых городов, главным образом крупных, Наркомздрав обязывался выделить 34 100 оперативных коек. Оперативные койки находились на учете в соответствующих фронтовых, распределительных и местных эвакуационных пунктах и занимались по их распоряжению. Формирование ЭГ и коек в них из месяца в месяц возрастало и на 1 октября 1941 года составило 1 миллион коек (Военно-Санитарное Управление еще в ноябре 1940 года считало необходимым иметь этих госпиталей на 1,2 млн. коек). Задерживало формирование ЭГ необходимость проведения приспособительных работ в выделенных зданиях (в довоенный период были приспособлены здания только 1/3 госпиталей, которые предназначались к формированию). Не все гладко обстояло с обеспечением госпиталей мягким и жестким инвентарем, а также медицинским оборудованием. Слишком резко и быстро возросла потребность в этом имуществе. Наблюдались задержки в оснащении, неурядицы в

укомплектовании госпиталей врачебными кадрами, в первую очередь специалистами хирургического профиля. Здесь уместно подчеркнуть громадный объем работы по формированию ЭГ в тылу страны и размещению прибывших с запада ЭГ, а также медицинских и научно-исследовательских институтов. Кроме размещения ЭГ на 395 636 коек, прибывших из прифронтовых районов, Наркомздрав СССР, Совнаркомы союзных и автономных республик, краевые, областные, городские Советы депутатов трудящихся должны были сформировать ЭГ почти на 1 млн. коек. Работу такого огромного масштаба нельзя было осуществить без активного участия общественности и, в первую очередь, медицинской – 700-тысячной армии врачей, специалистов со средним медицинским образованием, младшего медицинского и обслуживающего персонала.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

1. Организованная массовая эвакуация раненых и больных в тыл страны возникла в войнах XIX столетия как мероприятие, необходимое для освобождения действующей армии от большого количества раненых и больных, сковывавших ее действия, и, пройдя тернистый путь совершенствования в условиях смены социальных систем, развития медицинской науки, железнодорожного и других видов транспорта, материально-технической базы военного и гражданского здравоохранения, получила окончательное теоретическое и организационно-штатное оформление в сороковых годах XX века в виде системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению, основанной на принципах единой военно-полевой медицинской доктрины.

2. Опыт Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. подтвердил жизненность системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению. ЭГ НКЗ как конечный этап медицинской эвакуации для наиболее тяжелых контингентов раненых и больных, лечение которых не могло быть закончено в госпитальных базах армий и фронтов, внесли весьма существенный вклад в дело сохранения жизни раненых и больных и восстановления их бое - и трудоспособности в тяжелых условиях военного времени. В ЭГ тыла страны за годы войны было эвакуировано 7 705 968 раненых и больных (38,8 % от числа санитарных потерь), из которых возвращено в строй 3 552 760 человек (46,1 % от числа лечившихся в ЭГ). Летальность в ГБТС составила за войну 0,89 % среди пораженных в боях и 5,13 % среди больных. Успешному решению задач по лечению раненых и больных в тылу страны способствовало организованное на основе взаимодействия тесное рабочее сотрудничество на всех уровнях органов НКЗ СССР и ГВСУ Красной Армии, партийных и советских органов, ВЦСПС и общественных организаций.

3. Руководство всеми сторонами деятельности эвакуационных госпиталей тыла страны осуществлялось одновременно двумя органами управления: управлениями МЭП и отделами (управлениями) ЭГ НКЗ или ВЦСПС. Однако из-за маломощности гражданских органов управления ЭГ основные функции по руководству деятельностью ГБТС вынуждены были

взять на себя управления МЭП, далеко выходя за рамки задач, стоящих перед ними, особенно в вопросах организации лечебно-диагностической работы. Но двойственное подчинение ЭГ и нечеткое разграничение функций между военными и гражданскими органами управления, которые часто находились в разных областях, приводило к несогласованности в действиях и параллелизму в работе, противоречиям в силу как объективных, так и субъективных причин, что в итоге отрицательно сказывалось на результатах работы ГБТС.

За годы, прошедшие после Великой Отечественной войны 1941-1945 годов, принципиальных изменений в порядке формирования и использования специальных формирований здравоохранения не произошло. Менялись только типы тыловых госпиталей, перерабатывались штаты и таблицы к штатам, совершенствовались вопросы их мобилизационной подготовки и мобилизации.

СЛ. 16

Современная система лечебно-эвакуационного обеспечения носит название система этапного лечения с эвакуацией по назначению, сущность которой состоит в проведении последовательных и преемственных лечебных мероприятий на этапах медицинской эвакуации в сочетании с эвакуацией пораженных и больных в специализированные лечебные учреждения по медицинским показаниям и в соответствии с боевой и медицинской обстановкой.

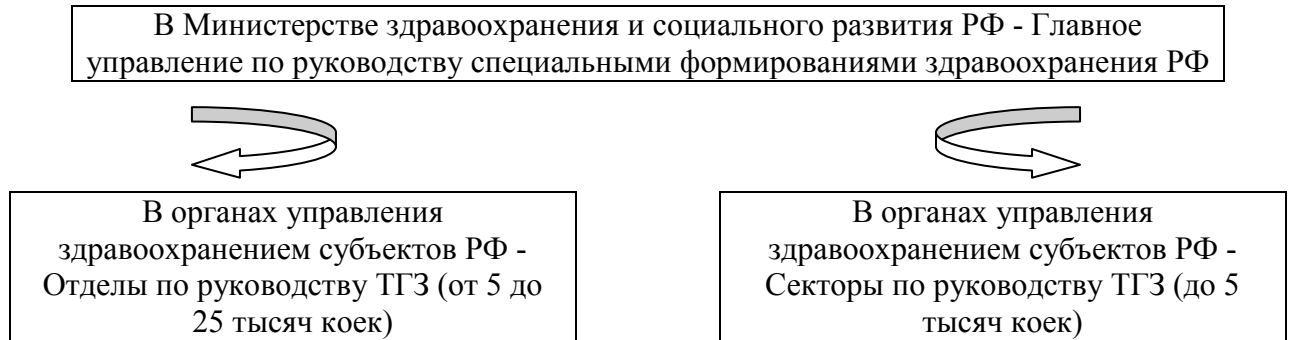
СЛ. 17

Вопрос 3. Органы управления СФЗ

СЛ.18

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

Рис.7



Органы управления специальными формированиями здравоохранения РФ

Если в структуре здравоохранения субъекта Российской Федерации создаются тыловые госпитали здравоохранения коечной емкостью более 5.000 койк – создается Отдел по руководству ТГЗ, если же коечная емкость создаваемых ТГЗ не превышает 5.000 койк – сектор по руководству ТГЗ.

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

СЛ. 19

На органы управления специальными формированиями здравоохранения возлагаются следующие задачи:

- руководство работой специальных формирований в период мобилизации и в военное время;
- оказание методической помощи руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и муниципальных образований по вопросам развертывания специальных формирований, их материально-технического и финансового обеспечения, организации медицинского обеспечения и подготовки к работе в период мобилизации и в военное время;
- организация взаимодействия с Главным военно-медицинским управлением Министерства обороны Российской Федерации (медицинской службой военного округа военного времени, управлением местного эвакуационного пункта) по вопросам обеспечения преемственности оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных;

- организация и осуществление контроля за качеством лечения раненых и больных, их реабилитацией и своевременной выпиской, проведением военно-врачебной и медико-социальной экспертизы;
- руководство проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- руководство организацией справочной работы о поступивших в тыловые госпитали раненых и больных и исходах их лечения;
- руководство организацией обеспечения специальных формирований нормативными, методическими, инструктивными документами, материалами Министерства здравоохранения и Министерства обороны Российской Федерации;
- организация научно-исследовательской работы по вопросам деятельности специальных формирований;
- организация и планирование мероприятий по специальной подготовке, и усовершенствованию медицинского состава специальных формирований;
- организация медицинского снабжения специальных формирований в период мобилизации и в военное время;
- руководство медицинским и бухгалтерским учетом и отчетностью подведомственных специальных формирований, представление установленных отчетов, докладов и донесений;
- организация и проведение статистического анализа лечебной работы в тыловых госпиталях, подготовка справочных материалов о движении раненых и больных и исходах их лечения;
- оперативное руководство и контроль за расформированием тыловых госпиталей и обсервационных пунктов.

Помещения для органов управления специальными формированиями выделяются за счет площадей, имеющих в распоряжении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

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

СЛ. 20

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

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

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

СЛ. 21

Вопрос 4. Обсервационные пункты

Деятельность медицинского персонала по противоэпидемической защите населения страны, войск действующей Красной Армии в годы Великой Отечественной войны вошла в летопись второй мировой войны славной страницей.

Впервые, пожалуй, в истории войн, которые вела наша страна, войска действующей армии не служили источником заражения и распространения эпидемических заболеваний среди гражданского населения.

На возможных путях заноса инфекционных заболеваний в войска действующей армии была создана, в целом, эффективная система противоэпидемических барьеров, принципиальными положениями которой руководствуются до настоящего времени.

СЛ. 22

Роль первого противоэпидемического барьера выполняли медицинская служба запасных полков и бригад, пополнявших войска по мобилизации, отдельных дорожно-эксплуатационных батальонов, а собственно на железных дорогах – силы и средства санитарно-противоэпидемического отдела ГВСУ НКПС.

Вторым противоэпидемическим барьером на пути контингентов следующих на фронт и обратно были обсервационные пункты НКЗ СССР, а также нештатные, а с 12.03.1942 года и штатные санитарно-контрольные пункты (далее СКП) Санитарной службы Красной Армии.

Обсервационные пункты Наркомздрава СССР были сформированы в соответствии с директивой Генерального штаба РККА от 14.07.1941 года и развернуты на 17 крупных железнодорожных узлах.

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

Количество ОП, формируемых на военное время, дислокация и сроки их развертывания определяются ГШВС РФ по согласованию с Минздравсоцразвития России и утверждаются постановлением Правительства РФ, как правило, на каждый расчетный год.

СЛ. 23

На обсервационные пункты возлагаются следующие задачи:

1. Прием, полная санитарная обработка воинских контингентов, поступающих в обсерватор, с обязательной дезинфекцией обмундирования и других вещей обсервируемых.
2. Медицинское наблюдение за обсервируемым личным составом с целью своевременного выявления инфекционных больных (подозрительных на инфекционное заболевание), их изоляция и госпитализация в ближайшие инфекционные больницы (отделения).
3. Лабораторные обследования (по показаниям) с целью выявления бактерионосителей.
4. Проведение (по эпидпоказаниям) профилактических прививок.
5. Материальное обеспечение обсервируемых и выплата им денежного довольствия за время пребывания в обсерваторе.
6. Проведение с обсервируемыми воспитательной, санитарно-просветительной и культурно-досуговой работы.
7. Организация по окончании обсервации заключительного медицинского осмотра и санитарной обработки обсервируемых.

После окончания изучения лекции ответить на вопросы тестов по ссылке

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScVaJ8s-c_gi2CvAf2cxG_5vqxVNt_pRZzuPguXRzUWeT6ftg/viewform