

ГБОУ ВПО РостГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ
Кафедра безопасности жизнедеятельности
и медицины катастроф

ГБОУ ВПО СГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения
и медицины катастроф

Ю.Е. Барачевский

ВСЕРОССИЙСКАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Учебное пособие

Ростов-на-Дону
2016

ГБОУ ВПО РостГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ
Кафедра безопасности жизнедеятельности
и медицины катастроф

ГБОУ ВПО СГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения
и медицины катастроф

Ю.Е. Барачевский

ВСЕРОССИЙСКАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Учебное пособие

Ростов-на-Дону
2016

УДК 614.8(075.8)

ББК 51.1(2)2я7

Б 24

Барачевский Ю.Е. Всероссийская служба медицины катастроф: учеб. пособие / Ю.Е. Барачевский; соавторы: Иванов А.О., Скокова В.Ю., Шатов Д.В. [и др.]; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, каф. безопасности жизнедеятельности и мед. катастроф, ГБОУ ВПО СГМУ Минздрава России, каф. мобилизационной подготовки здравоохранения и мед. катастроф. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2016. – 98 с.

Издание разработано, в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования России. В нём представлены учебные материалы по соответствующей теме учебной программы дисциплины «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф».

Учебное пособие рекомендуется для изучения студентами всех факультетов медицинских ВУЗов при освоении лекционно-практического курса данной учебной дисциплины.

Соавторы:

Иванов А.О., Скокова В.Ю., Шатов Д.В., Слесарев Ю.М., Афендииков С.Г., Анистратенко Л.Г., Грошилин С.М.

Рецензенты:

Линченко С.Н., доктор медицинских наук, профессор, кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России.

Елисеев Д.Н., доктор медицинских наук, профессор, начальник учебного военного центра ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России.

Утверждено на заседании центральной методической комиссии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Протокол №-5 от 2 февраля 2016 г.

Утверждено цикловой предметной комиссией по гигиеническим дисциплинам. Протокол №-4 от 15 декабря 2015 г.

Рассмотрено на конференции кафедры безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф. Протокол №-4 от 3 декабря 2015 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Список сокращений	5
Введение	8
Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК)	12
1. Задачи и организационная структура ВСМК	12
2. ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Министерства здравоохранения Российской Федерации.....	30
3. Правила и обязанности медицинского персонала при работе в чрезвычайных ситуациях	44
4. Мероприятия, осуществляемые службой медицины катастроф в режимах её функционирования	45
5. Организация медицинского снабжения службы медицины катастроф	47
6. Организация управления службой медицины катастроф	50
7. Организация взаимодействия службы медицины катастроф	61
8. Организация информационного обеспечения управления службой медицины катастроф	66
9. Основы планирования медико-санитарного обеспечения населения, пострадавшего в чрезвычайных ситуациях	69
10. Учет и отчетность в службе медицины катастроф	71
11. Организация подготовки и проведения экстренной эвакуации больных и персонала лечебно-профилактических учреждений	73
Приложение: мобильные формирования службы медицины катастроф, их штат и возможности	89
Список использованной литературы	95

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АСФ аварийно-спасательные формирования
БДП..... бригады доврачебной помощи.
БС биологические (бактериальные) средства
БСМПбригада специализированной медицинской помощи
БСМП ПГ...БСМП постоянной готовности
БСкМП бригада скорой медицинской помощи
БрСМЭ бригада судебно-медицинских экспертов
БЭР бригада экстренного реагирования
БСМЭ бюро судебно-медицинской экспертизы
ВС РФ Вооруженные Силы Российской Федерации
ВСБ врачебно-сестринская бригада
ВСМК Всероссийская служба медицины катастроф
ВСП врачебно-сестринский персонал
ДТП дорожно-транспортное происшествие
ДТК дорожно-транспортная катастрофа
КС кризисная ситуация
КЧСиПБ ... комиссия по чрезвычайным ситуациям и пожарной безопасности
КЭС коммунально-энергетические системы
ЛПУ лечебно-профилактические учреждения
ЛЭМ лечебно-эвакуационные мероприятия
ЛЭО лечебно-эвакуационное обеспечение
БЭР бригада экстренного реагирования центра медицины катастроф
МВД Министерство внутренних дел Российской Федерации
МИАЦ медицинский информационно-аналитический центр
МП медицинский пункт
МЧС Министерство Российской Федерации по гражданской обороне,
предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных
ситуаций

ЦРБ	центральная районная больница	11
ЦУКС.....	центр управления в кризисных ситуациях	12
ЧС	чрезвычайная ситуация	13
ЭБ	эпидемиологическая бригада	14
ЭК	эвакуационная комиссия	15
ЭМП	экстренная медицинская помощь	16
ЭП	эвакуационный приемник	17
ЭПК	эвако-приёмная комиссия	18

ВВЕДЕНИЕ

Аварии и катастрофы XX века с большим количеством жертв и пострадавших среди населения показали, что функционировавшая в то время медицинская служба гражданской обороны (МСГО), а в нынешней транскрипции – гражданская оборона в сфере здравоохранения (ГОЗ), ориентированная на работу в очагах массовых потерь военного времени, была не способна своевременно и эффективно выполнить необходимый комплекс мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения, пострадавшего в ЧС мирного времени. Это обстоятельство и определило необходимость создания в стране новой структуры, способной экстренно реагировать на различные по характеру чрезвычайные ситуации (ЧС) природного, техногенного и социального характера – Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК).

Развитие ВСМК начинается с издания постановления Совета Министров СССР от 07.04.1990 г. № 339 «О создании в стране службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях». Постановлением предписывалось создать Минздраву СССР центры экстренной медицинской помощи вплоть до областного (краевого) уровня и осуществлять многоаспектную подготовку персонала здравоохранения к действиям в ЧС. Аналогичное постановление было принято и Советом Министров РСФСР от 14.06.1990 г. № 192.

В развитие названных постановлений приказами Минздрава СССР от 14.05.1990 г. № 193 и Минздрава РСФСР от 11.07.1990 г. № 115 были определены организационные принципы создания службы, её материальная и кадровая основа. Впоследствии (1991 г.) Положением о службе определена её структура, организационная основа медико-санитарного обеспечения населения в ЧС, порядок планирования, управления, снабжения формирований и учреждений службы имуществом, оборудованием, техникой, а также система финансирования службы.

Но, несмотря на правильность концептуальных основ развития службы, разобщенность ее сил и средств по различным ведомствам не позволяли качественно решать вопросы управления службой и регулировать процесс ее совершенствования. Кроме того, возросли масштабы ЧС, участились локальные вооруженные конфликты, стали совершаться террористические акты, требовавшие разработки и внедрения новых принципов организации работы службы по всем направлениям (структура, управление, подготовка персонала и т.п.).

Исходя из этих обстоятельств, постановлением Правительства РФ от 03.05.1994 г. № 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами» и постановлением Правительства РФ от 05.11.1995 г. № 1113 «О Единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» было регламентировано создание Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК).

ВСМК - является службой функционально объединяющей службы медицины катастроф различных министерств и ведомств (Минздрава России, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия населения, Федерального медико-биологического агентства, Минобороны, Минтранса, Министерства внутренних дел РФ и других федеральных органов исполнительной власти) при координирующей роли Минздрава России. Первое положение о ВСМК утверждено постановлением Правительства РФ от 28.02.1996 г. № 195 «Вопросы Всероссийской службы медицины катастроф».

Всероссийская служба медицины катастроф – это функциональная подсистема Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС) Российской Федерации, объединяющая органы управления, учреждения и формирования здравоохранения федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти

субъектов РФ и их муниципальных образований, предназначенных для медицинского обеспечения населения в ЧС, террористических актах и военных конфликтах.

Организационно-методическое руководство и координацию деятельности ВСМК осуществляет Министерство здравоохранения России через штаб ВСМК и совещательные органы в установленном порядке. Руководителем ВСМК является Министр здравоохранения РФ, штабом ВСМК – Всероссийский центр медицины катастроф (ВЦМК) «Защита».

В интересах ВЦМК, выполняя стратегическую задачу по подготовке кадров для службы медицины катастроф (СМК), работают многочисленные медицинские ВУЗы, в том числе и преподавательский состав кафедр безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф.

История преподавания учебных дисциплин по оказанию медицинской помощи населению в ЧС мирного и военного времени берёт своё начало в прошлом веке.

В ходе Великой Отечественной войны, когда резко возросли потребности в офицерах медицинской службы и требования к уровню их специальной подготовки, постановлением Совета Народных комиссаров 1944 года № 413 в стране были образованы кафедры военно-медицинской подготовки. В 1955 году на них возложена задача обучения студентов основам медицинского обеспечения населения в военное время и в ЧС мирного времени, что явилось первым шагом к введению в преподавание материала по гражданской обороне.

Начало созданию отдельных кафедр и курсов гражданской обороны в высших учебных заведениях СССР положено приказом Министра высшего и среднего специального образования от 31 июля 1962 года № 285 «Об утверждении Положения о кафедрах (курсах)» «Гражданская оборона» высших учебных заведений СССР. Указанным приказом введено обязательное преподавание этого предмета в высших учебных заведениях. В дальнейшем, на протяжении более полувека, преподавание военно-медицинской

подготовки, основ гражданской обороны, организации медицинского обеспечения населения в ЧС мирного и военного времени студентам высших учебных заведений проводилось на учебной базе военных кафедр с участием военных и гражданских преподавателей.

С 2007 года ввиду расформирования кафедр военной и экстремальной медицины, в медицинских ВУЗах стали создаваться самостоятельные кафедры медицины катастроф, которые в 2008 году, были реорганизованы в кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф, организационно вошедшие в состав ВУЗов как структурные учебные подразделения.

В настоящее время решение задач подготовки кадров для службы медицины катастроф возложено на кафедры безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф, созданные в 2013 году в процессе продолжающегося реформирования системы высшего медицинского образования и являющиеся преемниками кафедр мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф.

За этот период коллективами указанных кафедр была проведена большая учебно-воспитательная, методическая, научно-исследовательская и общественная работа, в результате которой подготовлено значительное количество врачей-специалистов различных профилей. Они успешно выполняют задачи по охране здоровья граждан нашей страны, как в повседневных условиях, так и в условиях возникновения ЧС, характеризующихся массовым числом пострадавших и требующих оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП).

ВСЕРОССИЙСКАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

1. ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК) на современном этапе развития общества – это централизованная государственная система, включающая в себя органы управления, учреждения и формирования лечебного, санитарно-эпидемиологического и фармацевтического профиля различных министерств и ведомств с присущими им методами работы, объединенные для совместных действий по своевременной и эффективной ликвидации медико-санитарных последствий ЧС природного, техногенного и социального характера.

Задачами ВСМК являются:

- выявление потенциальных источников ЧС, прогнозирование и оценка развития возможных медико-санитарных последствий ЧС, организация проведения комплекса мероприятий по медицинской защите населения;
- организация планирования мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения в зонах возможных ЧС;
- разработка и внедрение в практику здравоохранения организационных, методических и научных основ медицинского обеспечения населения в ЧС;
- подготовка и поддержание в готовности к действиям в ЧС органов управления, учреждений, формирований и персонала службы;
- обучение личного состава аварийно-спасательных формирований (АСФ) немедицинского профиля, лиц с профессиями повышенного риска и других категорий населения приемам и способам оказания первой помощи (ПП) пострадавшим в ЧС и правилам адекватного поведения в ЧС;
- создание, накопление, хранение, освежение, учет и контроль медицинского имущества оперативно-тактического резерва для работы формирований и учреждений службы в очагах ЧС;

- своевременное проведение пострадавшим в ЧС лечебно-эвакуационных мероприятий с целью быстрого оказания им экстренной медицинской помощи (ЭМП), восстановления здоровья, возвращения к трудовой деятельности, снижения инвалидности и летальности;

- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и снижение психоневрологического и эмоционального воздействия ЧС на население и его быструю реабилитацию;

- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения в районах ЧС и прилегающих к ним территориям;

- обеспечение экстренных поставок лекарственных средств, для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

- проведение судебно-медицинской экспертизы погибших и освидетельствования пострадавших в ЧС для определения степени тяжести поражения последних и прогноза их трудоспособности;

- организация оперативного управления силами службы, маневра ими и порядка взаимодействия с другими формированиями, участвующими в ликвидации последствий ЧС;

- сохранение здоровья личного состава службы, организация проведения ему медицинской реабилитации;

- подготовка и аттестация специалистов ВСМК с последующим повышением их квалификации;

- проведение научно-исследовательской и научно-методической работы по совершенствованию структуры, принципов и видов деятельности ВСМК;

- международное и межтерриториальное сотрудничество в области медицины катастроф.

Для решения указанных задач и создана структура ВСМК. Она, как и РСЧС, имеет 5-ти уровневую структуру; на каждом из уровней имеются свои органы управления, формирования и учреждения. Создание и функционирование ВСМК опирается на следующие основные принципы:

- государственный и приоритетный характер. Обеспечивается соответствующими нормативно-правовыми документами и решением важнейшей государственной задачи, направленной на сохранение жизни и здоровья человека;

- территориально-производственный принцип. Создается с учетом экономических и территориальных особенностей территорий на базе существующих учреждений здравоохранения, в том числе ведомственного подчинения, с использованием людских и материальных ресурсов;

- централизация и децентрализация управления. Централизация предполагает единое управление на всех уровнях службы, а децентрализация - ведущую роль определенного уровня управления в конкретной ситуации на определенной территории;

- универсализм подготовки формирований и учреждений Службы, т.е. их способность работать в любых ЧС, без кадровой реорганизации;

- функциональное предназначение и этапность при оказании медицинской помощи пострадавшим в ЧС. Формирования Службы предназначаются для выполнения определенного вида и объема медицинской помощи;

- постоянная готовность, оперативность и мобильность формирований и учреждений Службы к работе в ЧС. Достигается наличием мобильных оснащенных формирований, способных работать автономно, и регулярными тренировками персонала, входящего в их состав.

Федеральный уровень Службы включает:

- Всероссийский центр медицины катастроф (ВЦМК) «Защита» с его штатными формированиями и учреждениями;

- Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) с входящими в ее состав учреждениями здравоохранения санитарно-эпидемиологического профиля и формированиями, создаваемыми на базе этих учреждений;

- Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА) с его учреждениями и формированиями, предназначенными для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

- Всеармейский центр медицины катастроф с медицинскими формированиями и учреждениями центрального подчинения Минобороны России;

- формирования и учреждения МВД, Минтранса России, ОАО «Российские железные дороги», других министерств и ведомств, предназначенные для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

В интересах ВСМК могут быть использованы клинические и научные базы Минздрава России, других министерств и ведомств с созданными на их базе нештатными формированиями для работы в очагах ЧС по ликвидации их медико-санитарных последствий.

Окружной уровень представлен:

- окружным центром медицины катастроф, являющимся филиалом ВЦМК «Защита», с входящими в его состав штатными формированиями и учреждениями Службы в отдельных федеральных округах;

- клиническими, санитарно-эпидемиологическими и научными медицинскими центрами с формированиями службы на окружном уровне Минобороны, МВД, Минтранса России, других министерств и ведомств, для использования в очагах ЧС по назначению.

Субъектовый уровень (республики, края, области, автономные округа РФ, города Москва, Санкт-Петербург и Севастополь) представлен:

- территориальным (республиканским, краевым, областным) центром медицины катастроф (ТЦМК) с входящими в его состав филиалами и формированиями;

- управлением Роспотребнадзора и ФГУЗ «ЦГиЭ» в субъектах РФ с нештатными формированиями санитарно-эпидемиологического профиля;

- нештатными формированиями лечебного и фармацевтического профилей, создаваемыми субъектовым здравоохранением;

- медицинскими учреждениями ФМБА, Минобороны, МВД России, иных министерств и ведомств, функционирующими на территории субъекта РФ и привлекаемые к работам по ликвидации медико-санитарных последствий в очагах ЧС и на госпитальном этапе медицинской эвакуации в соответствии с соглашениями о взаимодействии.

Муниципальный (местный) уровень (в масштабе города, сельского района) включает:

- филиал ТЦМК (в муниципальных образованиях, где они созданы);
- станцию (отделение) скорой медицинской помощи с входящими в их состав медицинскими бригадами различного предназначения;
- филиал ФГУЗ «ЦГиЭ» (в городах и районах субъекта РФ) с нештатными формированиями санитарно-эпидемиологического профиля;
- нештатные формирования, создаваемые в медицинских учреждениях Минобороны, МВД России, других министерств и ведомств, расположенных на территории, и предназначенные для работы в очагах ЧС по ликвидации их медико-санитарных последствий.

Объектовый уровень представлен должностными лицами, организующими работу по медицинскому обеспечению пострадавших на объекте, а также нештатными формированиями СМК.

При создании и развитии ВСМК особое внимание уделяется субъектовому, муниципальному и объектовому уровням службы, так как именно на этих уровнях чаще развиваются ЧС, а значит, от готовности персонала СМК этих территорий и объектов зависит эффективность медико-санитарного обеспечения населения в ЧС.

Основой ВСМК является СМК Минздрава России, выполняющая стоящие перед ней задачи совместно с Роспотребнадзором и ФМБА во взаимодействии с органами управления и учреждениями здравоохранения других министерств и ведомств.

Руководителем СМК Минздрава РФ является Министр здравоохранения РФ, руководителем СМК на окружном уровне – представитель Министра

здравоохранения РФ в федеральном округе, на субъектовом и муниципальном уровне - руководители соответствующих органов управления здравоохранением, а на объектовом – руководитель учреждения здравоохранения.

На федеральном и субъектовом уровнях в исполнительных органах управления здравоохранением создаются ведомственные комиссии по чрезвычайным ситуациям (КЧС), являющиеся коллегиальными органами управления Службой. Возглавляют их соответствующие руководители органов управления здравоохранением. Одной из целей их создания является разработка моделей действий СМК по ликвидации медико-санитарных последствий в ЧС различного характера. На заседаниях КЧС, проводимых не реже, чем раз в квартал решаются вопросы:

- совершенствования структуры СМК, в части определения перечня ее учреждений и формирований, количества, вида и мест их создания, а также, порядка их оснащения медицинским имуществом;

- осуществления согласованных и взаимосвязанных мероприятий по предупреждению ЧС, защите человека и среды его обитания от поражающих факторов ЧС, повышению устойчивости функционирования здравоохранения при работе в очагах ЧС;

- комплексного использования входящих в состав СМК учреждений и формирований, в том числе и ведомственной принадлежности, при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (с приглашением на эти заседания руководителей ведомственного здравоохранения);

- определения порядка и характера взаимодействия здравоохранения с оперативными и аварийно-спасательными службами территории по вопросам сбора, обмена информации о ЧС с целью создания оптимальной группировки сил и средств для работы в очагах ЧС (с приглашением руководителей этих служб);

- координации создания и рационального использования резервов финансовых, медицинских (медицинского, санитарно-хозяйственного имущества, медицинской техники, оборудования) и иных ресурсов;

- разработки нормативных документов, относящихся к компетенции СМК, включая и план медико-санитарного обеспечения населения в ЧС;
- разработки и выполнения целевых программ по совершенствованию организации и деятельности СМК;
- комплексной подготовки персонала органов управления, учреждений и формирований СМК к решению задач в очагах ЧС;
- организации международного и межтерриториального сотрудничества по медицине катастроф.

В СМК создаются и функционируют различные формирования, предназначенные для работы в ЧС, как в автономном режиме, так и в составе учреждений. Формирования могут быть штатными и нештатными. Медицинским имуществом, оборудованием и техникой они обеспечиваются в соответствии с табелями оснащения.

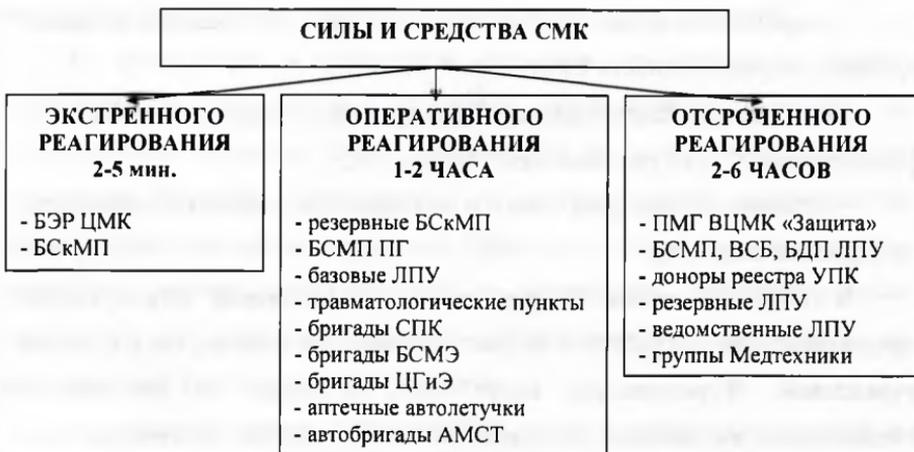
К штатным формированиям относятся формирования, финансируемые за счет средств, выделяемых на СМК.

Нештатные формирования создаются в УЗ различного профиля, где они комплектуются персоналом и оснащаются имуществом. Ответственность за их готовность к действиям в ЧС возлагается на руководителей УЗ. При возникновении ЧС формирования поступают в оперативное подчинение органа управления СМК соответствующего уровня.

Учреждения и формирования, входящие в СМК, составляют силы и средства СМК, подразделяемые на 3 вида: экстренного, оперативного и отсроченного реагирования со сроками готовности, указанными на рис. 1.

Основным лечебно-диагностическим формированием СМК мобильного варианта является **Полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) ВЦМК «Защита»**. Он предназначен для работы в зонах ЧС, где осуществляет прием пострадавших и больных, их медицинскую сортировку, оказание медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, временную госпитализацию и подготовку пострадавших к последующей эвакуации. В

очагах ЧС ПМГ также осуществляет оказание амбулаторной помощи заболевшим, пострадавшим.



Примечание: при необходимости привлекаются силы и средства ВСМК и СМК соседних субъектов: ожидаемое время их прибытия к месту ЧС – 8-18 часов.

Рис. 1. Силы и средства СМК и временные параметры их реагирования на чрезвычайные ситуации

При полном развертывании ПМГ способен за сутки принять до 250 пострадавших и развернуть до 150 коек для нетранспортабельных больных.

Штатными подразделениями ПМГ являются:

- управление;
- медицинские отделения (приемно-диагностическое, хирургическое, реанимационно-анестезиологическое, госпитальное, эвакуационное);
- подразделения обеспечения (аптека, материально-технический отдел, инженерно-техническое отделение).

В зависимости от вида и характера ЧС, ПМГ комплектуется полностью или частично, может развертываться в виде многопрофильного или монопрофильного госпиталя.

ПМГ выдвигаясь к очагу ЧС способен привлекать к работе нештатные бригады специализированной медицинской помощи (БСМП), комплектуемые по 17 видам – экстренного реагирования (дежурная),

сортировочная, диагностическая, общехирургическая, хирургическая детская, травматологическая, нейрохирургическая, ожоговая, офтальмологическая, реанимационная, экстракорпоральной детоксикации, терапевтическая, психиатрическая, инфекционная, токсикологическая, радиологическая и эвакуационная. Комплекуются БСМП квалифицированными специалистами, работающими в ЛПУ различных субъектов РФ.

Бригады экстренного реагирования (БЭР) – создаются в центрах медицины катастроф и их филиалах, являются основными функциональными формированиями для работы в очагах ЧС и предназначены для оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим с элементами специализированной медицинской помощи. БЭР оснащаются реанимобилем со штатным оборудованием и укладками с медикаментами и медицинским имуществом. В очагах ЧС руководитель БЭР совместно с ее персоналом организует:

- оперативное управление силами и средствами СМК различной ведомственной принадлежности, работающими на месте ЧС в части организации медицинского обеспечения пострадавших и организации взаимодействия с немедицинскими оперативными службами, участвующими в ликвидации последствий ЧС;

- постоянную связь с оперативно-диспетчерским отделом ЦМК, выявляя готовность ЛПУ к приему пострадавших, наличие и профиль свободных больничных коек в них;

- медицинскую эвакуацию пострадавших из зоны ЧС в лечебные учреждения, согласно профилю и структуры повреждения.

Бригады скорой медицинской помощи (БСкМП) – создаются на станциях (подстанциях, отделениях) скорой медицинской помощи и являются их штатными формированиями, использующимися, как для повседневной работы, так и в режиме ЧС. Они подразделяются на специализированные, линейные врачебные и линейные фельдшерские. В структуре СМК являются штатными формированиями и относятся к формированиям экстренного

реагирования. Предназначены для проведения медицинской эвакуационно-транспортной сортировки пострадавших, оказания им доврачебной или врачебной медико-санитарной помощи, подготовки и осуществления медицинской эвакуации пострадавших в ЛПУ, исходя из характера и тяжести повреждений, профиля и загруженности ЛПУ.

При возникновении масштабных ЧС с большим числом пострадавших к работе в очагах ЧС привлекается до 50% БСкМП, находящихся на дежурстве. В случае крайней необходимости по решению старшего врача ССкМП в очаг ЧС могут направляться **резервные БСкМП** штатного состава для выполнения тех же функций, что и основные БСкМП.

Бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) – мобильные нештатные формирования СМК, предназначенные для усиления ЛПУ, участвующих в ликвидации медицинских последствий ЧС и способные оказывать специализированную медицинскую помощь. Формируются на основании плана-задания на базе республиканских (областных, краевых), городских многопрофильных и специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, клиник медицинских вузов и научно-исследовательских институтов, а также на базе центральных районных (городских) больниц.

Комплекуются БСМП высококвалифицированными специалистами учреждений-формирователей и включают основной и дублирующий составы. Снабжение БСМП имуществом осуществляется также учреждением-формирователем, которое комплектуется в соответствии с табелем обеспечения и хранится в этом ЛПУ в укладках, готовых к быстрой выдаче.

Доставка БСМП к месту работы в ЧС осуществляется решением территориального органа управления здравоохранением или комиссии по ЧС и ПБ (КЧС и ПБ).

Руководитель учреждения-формирователя несет прямую ответственность за формирование БСМП и их готовность к действиям по предназначению. В режимах повседневной деятельности и угрозы ЧС БСМП

подчиняются руководителю учреждения-формирователя, а с возникновением ЧС переходят в оперативное подчинение руководителя ЦМК.

В состав БСМП, в зависимости от профиля, включается врачебно-сестринский персонал от 5 до 7 человек (приложение 1). Режим работы бригад в очагах ЧС – 12 часов в сутки. За это время БСМП способны выполнить:

- хирургическая, детская хирургическая и травматологическая – до 10 оперативных вмешательств;

- нейрохирургическая – до 6 оперативных вмешательств;

- ожоговая и токсико-терапевтическая – оказать помощь 30 пострадавшим;

- акушерско-гинекологическая и трансфузиологическая – оказать помощь 50 пострадавшим;

- психиатрическая и инфекционная – оказать помощь 50-100 пострадавшим.

В крупных ЛПУ создаются штатные **БСМП постоянной готовности (БСМП ПГ)**, которые в нерабочее время, выходные и праздничные дни осуществляют дежурство на дому по графику, утвержденному руководителем ЛПУ и согласованным с директором территориального ЦМК (руководителем филиала ЦМК). В режиме ЧС руководство действиями БСМП ПГ возлагается на руководителя органа управления субъектового здравоохранения и директора ЦМК.

Базовые ЛПУ – это основные многопрофильные и специализированные ЛПУ, находящиеся в постоянной (круглосуточной) готовности к приему массового числа пострадавших, оказания им экстренной медицинской помощи (ЭМП) хирургического и терапевтического профиля, осуществления внутрипунктовой медицинской сортировки и организации последующего стационарного лечения до определившегося исхода. При возникновении ЧС такие ЛПУ осуществляют оповещение и экстренный сбор персонала, его распределение по функциональным отделениям, приводят, при необходимости, в готовность, согласно имеющемуся плану-заданию,

операционные, реанимационные и оперативные койки (ОК) для пострадавших. Приведение ОК в готовность осуществляется путем досрочной выписки находящихся на лечении больных или путем развертывания дополнительных коек в свободных помещениях ЛПУ. Режим работы ЛПУ в ЧС устанавливается его руководителем и согласовывается с директором ЦМК (руководителем филиала ЦМК).

При масштабных ЧС с наличием большого числа пострадавших, нуждающихся в стационарном лечении, в готовность приводятся **резервные ЛПУ**, включая и учреждения ведомственного здравоохранения. Порядок приведения их в готовность и режим работы в ЧС аналогичен базовым ЛПУ.

При возникновении ЧС пострадавшие поступают и в **травматологические пункты**. Усиление их дежурных смен к работе в ЧС достигается путем оповещения и экстренного сбора персонала, свободного от работы, концентрации его усилий по осуществлению медицинской сортировки и оказанию ЭМП пострадавшим.

Создаются формирования СМК бригадного состава и в **учреждениях переливания крови (УПК)** – станции (институты) переливания крови, гематологические центры – для взятия крови у **активных и резервных доноров реестра УПК**, комплектования и поставки набора препаратов и компонентов крови в ЛПУ, оказания консультативно-методической помощи персоналу ЛПУ, осуществляющему инфузионно-трансфузионную терапию пострадавшим в ЧС.

На базе бюро судебно-медицинской экспертизы для проведения экспертизы погибших и освидетельствования пострадавших в ЧС создаются **специализированные судебно-медицинские бригады постоянной готовности (ССМБ ПГ)** и **бригады судебно-медицинских экспертов (БрСМЭ)**.

В городских, центральных районных, участковых больницах, врачебных амбулаториях, поликлинических учреждениях, здравпунктах предприятий создаются **нештатные врачебно-сестринские бригады (ВСБ)**. Они

предназначены для проведения медицинской сортировки, оказания медико-санитарной помощи, пострадавшим в очагах ЧС, подготовки их к эвакуации и для медицинского сопровождения в ЛПУ. Работают, в зависимости от вида ЧС, либо в очагах ЧС, либо на их внешней границе.

Комплектование ВСБ персоналом, медицинским имуществом, согласно таблицю, осуществляется учреждением-формирователем. Имущество, готовое к работе храниться в специальных укладках также в ЛПУ-формирователе. Транспорт бригады обеспечивается либо учреждением-формирователем, либо по решению администрации города (района, поселка). Состав бригады представлен врачом, двумя медицинскими сестрами и водителем, которые за 12 часов способны оказать врачебную помощь 50 пострадавшим.

В дополнение к ВСБ или при невозможности создать адекватное их количество, исходя из прогнозируемой обстановки и расчетного числа санитарных потерь, этими же ЛПУ для выполнения тех же задач с акцентом на оказание пострадавшим доврачебной помощи создаются **бригады доврачебной помощи (БДП)**. Комплектование их персоналом, имуществом и транспортом осуществляется по принципу комплектования ВСБ. Состав БЭДП, включающий фельдшера, медицинскую сестру и водителя, способен за 12 часов оказать доврачебную помощь 50 пострадавшим.

Учитывая, что у значительного числа пострадавших в ЧС и их родственников (до 30-90% в зависимости от вида очага ЧС) отмечаются нарушения психики, для повышения эффективности лечебно-диагностического процесса в структуре СМК создаются **психолого-психиатрические бригады**. Они формируются, как территориальным, так и ведомственным здравоохранением. Предназначены для работы в очагах ЧС, в ЛПУ, куда госпитализируются пострадавшие, в моргах, где производится опознание погибших, и в местах концентрации косвенно пострадавших (гостиницы и другие места для их временного размещения).

Для обеспечения формирований СМК, работающих в очаге ЧС и на этапах медицинской эвакуации лекарственными средствами, медицинским

имуществом и техникой, а также для обеспечения своевременности доставки персонала бригад СМК и пострадавших из районов ЧС создаются мобильные бригады в ГУП «Фармация», «Медтехника», автохозяйстве медицинского и санитарного транспорта (АМСТ). Это аптечные автолечушки, мобильные ремонтные группы Медтехники и автомобили с водителями АМСТ.

В целях улучшения санитарно-гигиенического состояния и нормализации эпидемиологического благополучия в районах ЧС и на этапах медицинской эвакуации создаются нештатные специализированные формирования СМК и в сети учреждений Роспотребнадзора:

Санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО) – формируются федеральным государственным учреждением здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте РФ» (ФГУЗ «ЦГиЭ») совместно с управлением Роспотребнадзора в субъекте РФ из штатной численности их персонала. Укомплектование СЭО транспортом, необходимым имуществом и оборудованием для работы в ЧС осуществляется указанными учреждениями в период повседневной деятельности.

СЭО функционально объединяет эпидемиологическую, санитарно-гигиеническую (токсикологическую), радиологическую бригады и группу санитарно-эпидемиологической разведки. Количество бригад в составе СЭО (от одной до трех) определяется руководителями учреждений в зависимости от конкретной санитарно-эпидемиологической обстановки и решаемых задач. Такие формирования способны решать задачи, как в составе СЭО, так и автономно. По прибытии на место ЧС они работают под руководством штаба по ликвидации последствий ЧС и руководителя СМК.

Основными задачами СЭО являются:

- осуществление эпидемиологического обследования территорий и внешней среды в очагах ЧС и на прилегающей к ним территориям;
- оценка и прогноз санитарно-эпидемиологической обстановки в очагах ЧС и проведение в них санитарно-профилактических мероприятий;

- оказание практической помощи органам исполнительной власти и УЗ в проведении анализа эпидемиологического состояния окружающей среды.

В составе СЭО – 21 человек: начальник СЭО, врач по радиационной гигиене, инженер-радиолог, 2 врача по общей гигиене, врач-эпидемиолог, 2 врача-дезинфекциониста, 2 врача-лаборанта, 2 врача-бактериолога, 2 техника-дозиметриста, помощник санитарного врача, помощник эпидемиолога, лаборант-химик, лаборант-микробиолог, инструктор-дезинфектор и 2 водителя.

В составе бригад – 5 человек: 2 врача по профилю бригады, помощник врача (фельдшер), а также инструктор-дезинфектор в эпидемиологической бригаде, лаборант-химик в санитарно-гигиенической бригаде и техник-дозиметрист в радиологической бригаде. Бригады обеспечиваются автомобилем и комплектуются водителями.

Готовность СЭО к работе в ЧС в отрыве от базы формирования – 24 часа, а бригад – 12 часов; при работе на объекте формирования этот срок не превышает 2-4 часов.

Группы санитарно-эпидемиологической разведки (ГСЭР) – создаются на базе ЦГиЭ и его филиалов. В ее состав включаются врач-эпидемиолог, помощник эпидемиолога и водитель. Задачами ГСЭР являются:

- проведение эпидемиологической разведки в инфекционных очагах;
- отбор проб из объектов внешней среды;
- экспертиза воды и продовольствия на зараженность ОХВ, РВ и БС.

ГСЭР оснащается имуществом в укладках и автомобилем за счет учреждения-формирователя. В течение одного часа работы ГСЭР может обследовать территорию в 2 км² и отобрать 8 проб с объектов внешней среды.

При невозможности создания полноценных бригад быстрого реагирования ГСЭР могут быть усилены специалистами с расширением при этом решаемых группой задач и выполняемых функций.

Специализированные противозидемические бригады (СПЭБ) – создаются на базе противочумных институтов и станций. Предназначаются

для работы в очагах особо опасных и других инфекционных заболеваний, а также в очагах инфекционных заболеваний неясной этиологии. Они участвуют в проведении комплекса экстренных противозидемических мероприятий по выявлению, локализации и ликвидации таких очагов, осуществляют диагностику заболеваний неясной этиологии и индикацию возбудителей инфекционных заболеваний во внешней среде.

В классическом варианте штатная численность СПЭБ составляет 44 человека. Руководство деятельностью СПЭБ осуществляет начальник (врач-эпидемиолог) и его помощник, назначаемый на должность руководителем учреждения, формирующего СПЭБ. В структуре СПЭБ, помимо управления, развертываются:

- эпидемиологическое отделение с зоопаразитологической группой в составе 12 человек, в том числе 6 врачей-эпидемиологов (один из них начальник отделения – заместитель начальника СПЭБ), врача-паразитолога, врача-инфекциониста, врача по общей гигиене, помощника врача-эпидемиолога, зоолога и медицинского дезинфектора;

- бактериологическое отделение с вирусологической группой и группой для проведения ПЦР-анализа в составе 26 человек, в том числе 8 врачей-бактериологов (один из них – начальник отделения), врача-вирусолога, 12 лаборантов и 5 медицинских дезинфекторов;

- хозяйственное отделение в составе инженера и 3 водителей.

Основными задачами СПЭБ являются:

- осуществление оценки санитарно-эпидемиологической обстановки;

- организация проведения профилактических мероприятий санитарно-противозидемического характера;

- выдвижение оперативных групп и формирований в районы осложненной санитарно-эпидемиологической обстановки;

- участие в организации и проведении комплекса экстренных противозидемических мероприятий по выявлению, локализации и ликвидации очагов карантинных, опасных инфекционных заболеваний, в том

числе и завозных из-за рубежа, а также очагов, возникших вследствие активации природной инфекционной заболеваемости;

- диагностика заболеваний неясной этиологии и индикация возбудителей инфекционных болезней на объектах внешней среды;

- оказание консультативной помощи учреждениям Роспотребнадзора и ЛПУ в проведении противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционной заболеваемости, в развертывании инфекционных стационаров, бактериологических лабораторий или перепрофилировании больниц под них;

- разработка рекомендаций по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения и аварийно-спасательных формирований, участвующих в ликвидации вспышечной заболеваемости и осуществление контроля их выполнения.

- отбор, доставка проб и проведение экспертизы продовольствия, питьевой воды, источников водоснабжения на загрязнение РВ, ОХВ и БС с выдачей заключения о возможности их использования населением;

- серологическая диагностика вирусных инфекций, сбор и направление материала для вирусологических исследований в специализированные учреждения;

- санитарно-бактериологические исследования объектов внешней среды;

- организация и проведение эпизоотологических обследований;

- организация и проведение дезинфекционных, дератизационных и дезинсекционных мероприятий.

Приведение СПЭБ в готовность, направление ее в район ЧС в полном, ограниченном и усиленном составе, передислокация и возвращение к месту постоянного базирования осуществляются по распоряжению руководителей управлений Роспотребнадзора в субъектах РФ. Противочумные учреждения помимо СПЭБ формируют также профильные группы экспертов для предварительной оценки ситуации в очагах ЧС.

В условиях ЧС формирования СМК, создаваемые УЗ различного профиля, работают круглосуточно, согласно режиму, определяемому

руководителем УЗ, согласованному с директором ЦМК или руководителем его филиала и утвержденным руководителем субъектового здравоохранения.

Временной режим готовности сил и средств СМК к работе в ЧС, представлен на рис. 1 (стр. 20).

В СМК всех уровней создается, хранится и регулярно освежается запас оперативно-тактического резерва (ОТР) медицинского имущества, предназначенный для оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС. На субъектовом, муниципальном и объектовом уровнях ОТР обязан обеспечивать оказание медицинской помощи прогнозируемому числу пострадавших в течение 3-х суток и, как правило, размещаться в базовых ЛПУ. Для прогнозируемого числа пострадавших в ЧС, нуждающихся в стационарной медицинской помощи, в ЛПУ определяются койки постоянной готовности, создается резерв лекарственных и иммунологических препаратов – для реагирования на акты биологического терроризма и вспышечную инфекционную заболеваемость, а в учреждениях переливания крови – создается и содержится в готовности резерв препаратов и компонентов крови.

Для экстренной доставки персонала формирований СМК в районы ЧС и расположенные вблизи от них ЛПУ используют воздушный (вертолеты, самолеты), автомобильный, железнодорожный, морской и речной транспорт. Для этого с транспортными подразделениями заблаговременно на случай ЧС заключаются договоры (соглашения) о взаимодействии и оказании услуг.

СМК Минобороны России имея большой опыт работы по организации медицинского обеспечения локальных вооруженных конфликтов и других боевых операций, нередко, привлекается и к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС мирного времени. В состав службы входят предназначенные для этой цели медицинские отряды специального назначения (МОСН), медицинские формирования воинских частей, формирования, создаваемые в медицинских военно-образовательных и научно-исследовательских учреждениях РФ. Руководство деятельностью службы осуществляет Главное военно-медицинское управление Минобороны России. Аналогичные

формирования и учреждения СМК создаются в структуре МВД, РАО «РЖД», других министерствах и ведомствах.

Координация деятельности ведомственных СМК, входящих в структуру ВСМК, и организация их взаимодействия возложена на СМК Минздрава России, которая обеспечивает:

- разработку научно-методических принципов деятельности ВСМК;
- подготовку, повышение квалификации и аттестацию специалистов;
- разработку методических основ подготовки личного состава оперативных служб, спасателей и населения приемам и способам оказания первой помощи пострадавшим в ЧС;
- руководство силами и средствами СМК различных ведомств, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Таким образом, в РФ создана и функционирует стройная и эффективная структура ВСМК, имеющая государственный статус и выполняющая приоритетную роль в системе РСЧС по решению основной задачи – спасения жизни, сохранения и укрепления здоровья населения, пострадавшего в ЧС.

2. ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Всероссийский центр медицины катастроф (ВЦМК) «Защита» является головным учреждением по проблемам медицины катастроф в России, Евроазиатским региональным центром медицины катастроф стран СНГ и Сотрудничающим центром ВОЗ по медицине катастроф и чрезвычайным ситуациям. Организационно-методическое руководство и координацию деятельности Всероссийской службой медицины катастроф (ВСМК) осуществляет Минздрав России через штаб ВСМК, которым является Всероссийский центр медицины катастроф (ВЦМК) «Защита».

ВЦМК «Защита» создан приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.11.1993 г. № 279 «О создании единого Всероссийского научно-практического центра медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации».

Директор Федерального государственного бюджетного учреждения (ФГБУ) «ВЦМК «Защита» Минздрава России – ГОНЧАРОВ Сергей Федорович – главный внештатный специалист по медицине катастроф Минздрава России, заведующий кафедрой медицины катастроф Российской медицинской академии последиplomного образования, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации; главный редактор журнала «Медицина катастроф» и информационного сборника «Медицина катастроф. Служба медицины катастроф».

ВЦМК «Защита»:

обеспечивает:

- организацию и оказание медицинской помощи пораженным в ЧС, обусловленными стихийными бедствиями, техногенными авариями и катастрофами, социальными актами;

- координацию взаимодействия органов управления, сил и средств СМК Минздрава России;

- разработку научно-методических принципов деятельности Службы;

- повышение квалификации и аттестацию специалистов Службы;

- разработку предложений по подготовке населения к оказанию первой помощи в ЧС;

участвует в разработке предложений по государственной политике на территории России в области защиты жизни и сохранения здоровья населения при ЧС, по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, по выполнению программ совершенствования деятельности ВСМК;

осуществляет оперативное руководство деятельностью Службы, координацию подготовки органов управления и учреждений здравоохранением к действиям в ЧС;

разрабатывает методологию медицинской профилактики и реабилитации основных соматических и психических заболеваний у лиц опасных профессий;

осуществляет разработку и внедрение новых медицинских технологий по оказанию медицинской помощи пострадавшим в ЧС, по коррекции функциональных и адаптационных нарушений у лиц опасных профессий;

содержит резерв медицинского имущества и организует снабжение им формирований Службы, работающих в зоне ЧС;

ВЦМК «Защита» обладает высоким научным потенциалом: работает более 20 докторов и более 50 кандидатов наук; функционируют ученый и диссертационный советы.

издаётся:

- научно-методическая литература по проблемам медицины катастроф;
- периодический журнал «Медицина катастроф»;
- информационный сборник «Медицина катастроф. Служба медицины катастроф»;

имеется богатый информационный фонд литературы по медицине катастроф на бумажных и электронных носителях, **создана и совершенствуется** электронная база данных по медицине катастроф.

организуются и проводятся научно-практические конференции по медицине катастроф;

функционируют музей Всероссийской службы медицины катастроф и постоянно действующая и обновляющая выставка «Медицина катастроф». В музее собраны материалы, отражающие работу Центра с момента его создания в 1993 году.

История создания и развития Всероссийского центра медицины катастроф «Защита»

В 80-е годы прошлого столетия ряд крупных ЧС (Чернобыльская катастрофа на АЭС, землетрясение в Армении, Башкирская железнодорожная трагедия и др.), происшедшие в нашей стране потребовали:

- реорганизации службы экстренной медицинской помощи для эффективного реагирования на ЧС с большим числом пострадавших;

- создания государственной системы организации оказания медицинской помощи населению, пострадавшему в ЧС;

- создания в здравоохранении единого органа управления, планирования и организации ликвидации масштабных медико-санитарных последствий ЧС.

Исходя из этого, Постановлением Правительства СССР от 07.04.1990 г. № 339 в Москве были созданы Всесоюзный научно-практический центр экстренной медицинской помощи при Институте хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР и Специализированный научно-практический центр экстренной медицинской помощи в системе 3-го Главного управления Минздрава СССР.

Объективная оценка состояния службы экстренной медицинской помощи в те годы позволяет считать правомерным приказ, подписанный Министром здравоохранения Российской Федерации, членом-корреспондентом РАН Э.А. Нечаевым от 25.11.1993 г. № 279 «О создании единого Всероссийского научно-практического центра медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации. Этот приказ предписывал:

1. Создать на базе Специализированного центра экстренной медицинской помощи «Защита» Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России (ВЦМК «Защита») – головное научно-практическое государственное учреждение по проблемам медицины катастроф с функциями повседневного управления службой экстренной медицинской помощи в Российской системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

2. Передать в установленном порядке в состав Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава России:

- Всероссийский научно-практический центр экстренной медицинской помощи;

- Специализированный центр экстренной медицинской помощи «Защита».

Первыми задачами, которые необходимо было решить, стали разработка организационной структуры ВЦМК «Защита» и обеспечение начала работы его основных подразделений. Эти мероприятия следовало выполнить наряду с обеспечением постоянной готовности Центра к ликвидации последствий возможных ЧС и с выполнением заданий Правительства Российской Федерации Минздраву России, содержащихся в Постановлении Правительства России от 03.05.1990 г. № 420. В частности, было необходимо:

- разработать положения о ВСМК и ВЦМК «Защита», государственную целевую комплексную программу развития и совершенствования ВСМК, программу подготовки населения по вопросам оказания первой медицинской помощи;

- завершить кадровое формирование автономного госпиталя;

- разработать организационную систему и систему управления ВСМК;

- создать информационную систему ВСМК;

- разработать программу подготовки медицинских кадров по медицине катастроф и решить вопрос о создании кафедры по этой проблеме.

При создании ВЦМК «Защита» было указано на необходимость соблюдения следующих основных подходов. Центр должен был:

- являться эффективным органом управления ВСМК, обеспечивающим ее постоянное развитие и готовность как Службы, включающей все силы и средства здравоохранения, в том числе ведомственные, участвующие в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

- обеспечивать тесное взаимодействие ВСМК и МЧС России;

- иметь мощное, хорошо подготовленное и оснащенное многопрофильное лечебное учреждение, способное быстро выдвинуться в район ЧС и провести там необходимые медицинские мероприятия;

- обеспечивать методическое руководство ВСМК и подготовку руководящих кадров службы;
- выполнять комплекс мероприятий по сохранению и восстановлению здоровья спасателей;
- иметь значительный резерв медицинского имущества, в том числе стратегического назначения;
- быть основным научным учреждением по проблемам медицины катастроф;
- завоевать авторитет в международной системе аналогичных служб.

Стало очевидным, что для решения оперативных и других вышеупомянутых масштабных задач, а также координации действий в системе ВСМК следует иметь специальное подразделение. Для этих целей приказом Минздрава России от 12.10.1994 г. № 204 на базе Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» был создан Штаб Всероссийской службы медицины катастроф. Создание ВЦМК «Защита» и Штаба ВСМК сыграло важную роль в организации деятельности, как ВСМК, так и СМК Минздрава России.

По предложению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в соответствии с приказом Минздрава России от 10.12.1996 г. на базе Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» был организован Сотрудничающий центр ВОЗ по медицине катастроф и чрезвычайным ситуациям.

Приказом Минздрава России от 08.07.1997 г. утверждено Положение о Службе медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации, в котором указывалось, что на федеральном уровне Служба представлена ВЦМК «Защита» с входящими в него формированиями, подразделением экстренной и планово-консультативной медицинской помощи населению, подразделением скорой и неотложной медицинской помощи. ВЦМК «Защита» определен как головное научно-практическое учреждение и орган управления ВСМК и Службы медицины катастроф

Минздрава России. Одновременно, на ВЦМК «Защита» возложено выполнение функций регионального ЦМК Центрального округа Российской Федерации и Евразийского ЦМК стран-участников СНГ.

С функционированием Центра совершенствовалась его организационная структура, рос научный и практический потенциал, созданы кафедра медицины катастроф, научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, отдел международных связей и др.

В дальнейшем приказом Минздрава России от 27.10.2000 г. № 380 утверждено новое Положение о Службе медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации, которое определяло, что:

- ВЦМК «Защита» - это государственное головное многопрофильное учреждение особого типа Минздрава России, выполняющее функции органа управления ВСМК и СМК Минздрава России федерального и регионального уровней, а также образовательного, научно-исследовательского и лечебно-профилактического учреждения;

- ВЦМК «Защита» имеет статус Сотрудничающего центра ВОЗ и выполняет функции Евразийского регионального центра по проблемам медицины катастроф стран-членов СНГ;

Основными подразделениями ВЦМК «Защита» являются: Штаб ВСМК; филиалы ВЦМК «Защита» в федеральных округах (в особых случаях по решению Минздрава России филиалы могут временно создаваться в отдельных субъектах Российской Федерации); клиника медицины катастроф с полевым многопрофильным госпиталем (ПМГ), Институт проблем медицины катастроф и дополнительного профессионального образования специалистов службы медицины катастроф; центр медицинской экспертизы и реабилитации (ЦМЭиР); научно-исследовательский отдел медико-технических проблем экстремальной медицины; отделы организации медицинской помощи при радиационных и химических авариях; отдел медицинского снабжения (склад медицинского имущества резерва Минздрава России для ЧС).

Указанные в Положении функции и структура ВЦМК «Защита» в

основном сохранились до настоящего времени. В последующих нормативных актах в основном конкретизировались функции ВЦМК «Защита».

Штаб ВСМК является постоянно действующим органом управления на федеральном уровне, одновременно выполняющим функции органа повседневного управления ВСМК.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.08.2013 г. № 734 были отменены аналогичные Постановления от 28.02.1996 г. № 195 (действовало 17 лет) и от 12.08.2011 г. № 660 и определено, что ВЦМК «Защита» является органом повседневного управления ВСМК на федеральном уровне и обеспечивает выполнение следующих нижеприведённых задач, которые в настоящее время успешно реализуются:

- координацию взаимодействия органов управления, сил и средств ВСМК;
- разработку научно-методических принципов деятельности ВСМК;
- подготовку, повышение квалификации и аттестацию специалистов ВСМК;
- разработку предложений по подготовке населения к оказанию первой помощи в ЧС.

Штаб Всероссийской службы медицины катастроф является исполнительным органом КЧС и ПБ Минздрава России и осуществляет организационно-техническое обеспечение ее работы.

Специалисты Штаба ВСМК осуществляют:

- планирование медико-санитарного обеспечения населения в ЧС;
- оперативно-тактическое руководство и координацию деятельностью ВСМК в ходе подготовки и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- обеспечение готовности органов управления, системы связи и оповещения, формирований и учреждений Службы к действиям в ЧС;
- прогнозирование и оценку медико-санитарных последствий ЧС;
- сбор, обработку, обмен и предоставление информации медико-санитарного характера в области защиты населения и территорий в ЧС;

- разработку и совершенствование Единой системы медико-санитарного обеспечения населения в ЧС в мирное и военное время;

- информационное взаимодействие с федеральными органами исполнительной власти, с национальным центром управления кризисными ситуациями (НЦУКС) МЧС России;

- развитие автоматизированной геоинформационной системы ВСМК, интегрированной с РСЧС;

- совершенствование структуры и организационно-методическое руководство гражданской обороной в сфере здравоохранения;

- поддержание непрерывного управления и взаимодействия с органами управления, силами и средствами ВСМК, совершенствование их деятельности, мониторинг и ведение баз данных;

- организацию и поддержание постоянного взаимодействия с министерствами и ведомствами, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

- участие в научно-исследовательской работе по развитию и совершенствованию структуры и деятельности ВСМК;

- международное сотрудничество в области медицины катастроф.

Особое внимание в Службе уделяется проведению тактико-специальных и командно-штабных учений, а также командно-штабным тренировкам как эффективным формам оперативной подготовки органов управления учреждений и формирований к действиям в ЧС.

Структура Штаба ВСМК представлена:

- руководством штаба;

- центром управления в кризисных ситуациях (ЦУКС) Штаба ВСМК;

- управлением планирования и обеспечения готовности ВСМК;

- управлением организации медицинского обеспечения в ЧС;

- управлением по работе с регионами;

- управлением организации гражданской защиты здравоохранения;

- управлением организации медицинской защиты населения от

экстремальных факторов ЧС;

- отделом связи;

- общим отделом;

- отделом материально-технического обеспечения.

Центр управления в кризисных ситуациях (ЦУКС) Штаба ВСМК в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций создан в 2009 г.

Цели его создания являются:

- повышение эффективности управления силами и средствами ВСМК;

- постоянное взаимодействие с МЧС России и другими ведомствами при угрозе ЧС и ликвидации их последствий;

- сокращение времени принятия согласованных решений по оказанию помощи пострадавшим в ЧС и их эвакуации.

В режиме повседневной деятельности, при угрозе возникновения и возникновении ЧС ЦУКС ведет с НЦУКС МЧС России, ТЦМК и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации постоянный обмен информацией об оперативной обстановке, силах и средствах, привлекаемых к ликвидации последствий ЧС. Оперативная информация передается в виде донесений, карт, графических схем, таблиц, что обеспечивает наглядность и эффективность ее восприятия.

Для обмена служебной информацией используются защищенные каналы связи. Плановые и экстренные селекторные совещания с участием оперативных служб МЧС и Минздрава России позволяют за несколько минут визуально оценить обстановку в районе ЧС, получить актуальную информацию и согласовать совместные действия.

ЦУКС Штаба ВСМК обеспечивает функционирование видеосвязи сети Минздрава России, объединяющей руководителей органов управления здравоохранением и медицинских организаций на территории России и включают свыше 1 тыс. абонентов.

Спутниковая сеть связи с ТЦМК и мобильными пунктами управления

позволяет независимо от масштабов ЧС, даже при повреждении наземных линий связи в районе ЧС, сохранить управление медицинскими силами и средствами. Эта сеть работает автономно, ее мобильные комплексы позволяют передавать информацию непосредственно с места ЧС.

Перспективы и направления развития ЦУКС:

- создание объединенной с МЧС России защищенной системы видеоконференцсвязи и передачи данных, охватывающей учреждения СМК и органы управления здравоохранением на всей территории России;

- создание и поддержание в актуальном состоянии баз данных с геоинформационным отображением по силам и средствам ВСМК для оперативного использования в РСЧС;

- оснащение средствами видеоконференцсвязи, телемедицины, высокоскоростными каналами передачи данных и системами спутниковой связи травмоцентров I уровня в субъектах РФ и медицинских центров федерального уровня для сокращения сроков оказания специализированной помощи пострадавшим в ЧС.

Центр медицинской эвакуации

Основной задачей Центра медицинской эвакуации (ЦМЭ) как структурного подразделения ВЦМК «Защита», подведомственного Минздраву России, является организация и оказание скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (медицинская эвакуация) больным и пострадавшим в режиме ЧС и режиме повседневной деятельности. Проведение медицинской эвакуации пациентов на территории России, а также из-за рубежа различными видами транспорта (специальный авиационный транспорт, регулярные авиарейсы, санитарный транспорт, железнодорожный транспорт и др.). Деятельность ЦМЭ осуществляется в рамках государственного задания по поручению Минздрава России, а также по заявкам организаций и ведомств.

Структура ЦМЭ: главный врач центра; заместитель главного врача; заместитель главного врача по оперативной работе.

Отделения ЦМЭ: оперативно-диспетчерское; лечебно-эвакуационное; лечебно-консультативное.

Направления деятельности оперативно-диспетчерского отделения (ОДО) ЦМЭ:

- организация круглосуточной работы диспетчерского пульта;
- прием поступающих заявок;
- управление и контроль работой выездных бригад;
- взаимодействие с оперативными службами смежных организаций;
- ведение отчетной документации.

Направления деятельности лечебно-эвакуационного отделения ЦМЭ:

- организация и оказание скорой медицинской помощи больным и пострадавшим в рамках государственного задания;
- решение организационных вопросов медицинской эвакуации пациентов;
- взаимодействие с заинтересованными структурами и ведомствами по вопросам медицинской эвакуации;
- проведение медицинской, в том числе санитарно-авиационной, эвакуации пациентов по территории Российской Федерации, а также из-за рубежа различными видами транспорта;
- осуществление документооборота.

Направления деятельности лечебно-консультативного отделения ЦМЭ:

- организация и проведение консультаций специалистами различного профиля по заявкам медицинских организаций;
- участие в организации и проведении консультаций посредством телемедицинских информационных технологий.

Центр медицинской экспертизы и реабилитации

Центр медицинской экспертизы и реабилитации (ЦМЭиР) ФГБУ «ВЦМК «Защита» Минздрава России открыт в соответствии с лицензией серии ФС № ФС-99-01-008996 от 12.02.2015 г., выданной Федеральной

службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) и осуществляет медицинскую деятельность по следующим направлениям:

- первичная врачебная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь. Включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации заболеваний и состояний, наблюдение за течением беременности, формированием здорового образа жизни и мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения;

- первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами;

- специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами;

- медицинская помощь в условиях дневного стационара терапевтического профиля. Показанием для госпитализации пациентов в дневной стационар является необходимость проведения комплексного курсового лечения, включающего курс интенсивной терапии (внутривенные и внутримышечные инъекции, капельные инфузии лекарственных препаратов), при отсутствии необходимости круглосуточного наблюдения;

- медицинское освидетельствование и экспертиза профессиональной пригодности лиц опасных профессий. Проводится врачами-специалистами, имеющими специализацию по профессиональной патологии;

- предварительные, периодические и углубленные медицинские осмотры различных профессиональных коллективов и групп - проводятся на договорной основе.

Структурными подразделениями ЦМЭиР ВЦМК «Защита» являются:

- администрация: главный врач, заместители главного врача по медицинской части и по экспертизе профессиональной пригодности;

- поликлиническое отделение, включающее кабинеты терапевта, невролога, кардиолога, хирурга, риноотоларинголога, офтальмолога, гинеколога, вакцинопрофилактики, процедурный, перевязочный;

- отделение функциональной диагностики;

- отделение лабораторной диагностики;
- отделение физиотерапии;
- стоматологический кабинет;
- отделение реабилитации: кабинеты психотерапии, биорезонансной терапии, рефлексотерапии и рефлексодиагностики, нормобарической гипокситерапии, мануальной терапии;
- отделение медицинской экспертизы профессиональной пригодности;
- отдел медицинской статистики и страховой медицины;
- регистратура.

Центр учебно-методической работы

В целях подготовки специалистов формирований ВСМК к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС Центр учебно-методической работы ВЦМК «Защита» организует и проводит образовательную деятельность по актуальным проблемам медицины катастроф в виде циклов повышения квалификации.

Помимо вышеуказанных подразделений в ВЦМК «ЗАЩИТА» Минздрава России функционируют:

- управление медицинского снабжения;
- отдел организации медицинской помощи при радиационных авариях;
- отдел организации медицинской помощи при химических авариях;
- отдел организации выставок;
- отдел международных связей;
- управление информационного обеспечения;
- отдел научно-технической информации;
- организационно-плановый отдел.

3. ПРАВИЛА И ОБЯЗАННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

При возникновении ЧС, резко осложняющих общую и медицинскую обстановку, от медицинского персонала, уже на догоспитальном этапе, требуется надлежащая организация проведения работ в необычных условиях, характеризующихся одномоментным появлением большого числа пострадавших, нуждающихся в оказании ЭМП, ухудшением санитарно-эпидемиологической обстановки, временным дефицитом, несоответствием между наличием и потребностями в силах и средствах здравоохранения.

В этих условиях обязательными правилами работы врачебно-сестринского персонала являются умения:

- проводить медицинскую сортировку пострадавших с использованием минимума инструментально-лабораторных методов обследования;
- диагностировать поражения на основании сочетания установленных и вероятных признаков патологии;
- осуществлять в сжатые сроки обследование и оказание медицинской помощи пострадавшим;
- организовывать и быстро выполнять неотложные мероприятия по жизненным показаниям максимально возможному числу пострадавших для повышения их шансов на выживание;
- оперативно решать вопросы эвакуации пострадавших, оказания им медицинской помощи при транспортировке и осуществления защиты от неблагоприятных факторов внешней среды, воздействия ОХВ, РВ, БС.

Следовательно, ЭМП на догоспитальном этапе имеет своей целью сохранение и поддержание жизненно-важных функций организма пострадавших в ЧС, предупреждение развития у них осложнений. Эти мероприятия следует расценивать как начало интенсивной терапии, которая продолжается в условиях стационара в расширенном виде.

Исходя из этого, врачи всех специальностей при работе в ЧС обязаны:

- уметь оценивать общую, медико-тактическую, санитарно-эпидемиологическую, радиационно-химическую обстановку и производить необходимые расчеты;

- знать перечень организационно-медицинских мероприятий, которые необходимо выполнять в отношении пострадавших на догоспитальном этапе;

- быстро организовывать и эффективно осуществлять пострадавшим ЭМП по жизненным показаниям в очаге ЧС и в ходе эвакуации в ЛПУ;

- уметь организовывать защиту пострадавших от воздействия поражающих факторов ЧС и климатических факторов территории.

4. МЕРОПРИЯТИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ СЛУЖБОЙ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В РЕЖИМАХ ЕЁ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

СМК, как функциональная подсистема РСЧС, осуществляет решение возложенных на неё задач в 3-х режимах функционирования: повседневной деятельности, повышенной готовности (угрозы возникновения ЧС) и в чрезвычайной ситуации.

В режиме повседневной деятельности выполняются:

- текущее планирование в части разработки плана медико-санитарного обеспечения населения при возникновении ЧС и отработка его элементов в ходе учебной деятельности;

- обучение различных категорий персонала здравоохранения к действиям в ЧС, совершенствование форм и методов контроля его готовности;

- организация и осуществление наблюдения за средой обитания населения и обстановкой на потенциально-опасных объектах;

- прогнозирование возможных ЧС, оценка их масштабов и медико-санитарных последствий;

- организация и обеспечение эффективного функционирования дежурно-диспетчерской службы;

- создание и поддержание в готовности к работе в ЧС органов управления, формирований и учреждений СМК;

- организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения очагов инфекционных заболеваний в зонах возможных ЧС;

- создание и хранение резервов медицинского имущества, осуществление контроля его накопления и освежения;

- осуществление медицинской подготовки личного состава аварийно-спасательных формирований других ведомств и различных групп населения;

- совершенствование материально-технической базы СМК, накопление средств защиты, обеспечивающих оптимальное решение задач при работе в очагах ЧС различного характера;

- совершенствование организации взаимодействия СМК с оперативными службами и службами ГОЧС других отраслей экономики.

В режиме повышенной готовности выполняются:

- приведение в готовность органов управления, сил и средств СМК к действиям в ЧС (оповещение и экстренный сбор руководящего состава СМК, перевод его на круглосуточный режим работы, усиление дежурно-диспетчерской службы, создание дополнительных оперативных групп, обеспечение последних транспортом и средствами мобильной связи);

- анализ причин, обусловивших введение этого режима, прогнозирование возможного развития обстановки, разработка и подготовка предложений по тактике использования сил и средств СМК;

- уточнение планов медико-санитарного обеспечения населения, планов действий УЗ в ЧС и основных положений взаимодействия.

В режиме ЧС и ликвидации ее последствий осуществляются:

- оповещение и экстренный сбор персонала формирований и учреждений СМК;

- ведение медицинской разведки и сбор информации об обстановке в районе

ЧС, ее оценка и подготовка предложений по ликвидации возникших медико-санитарных последствий;

- введение в действие плана медико-санитарного обеспечения населения территорий (плана действий УЗ в ЧС) и их частных планов;

- немедленное выдвижение в зону ЧС оперативных групп ЦМК, формирований и учреждений СМК;

- оперативное проведение лечебно-эвакуационных мероприятий пострадавшим в ЧС и приведение в готовность ЛПУ к их массовому приему;

- проведение судебно-медицинской экспертизы погибших (при их наличии) и освидетельствования пострадавших;

- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очаге ЧС;

- разработка схемы оперативного пополнения формирований и учреждений СМК медицинским имуществом и персоналом;

- оперативное управление силами и средствами СМК при работе в очаге ЧС и порядком их взаимодействия с ведением учета и отчетности.

Указанные мероприятия, проводимые СМК во все периоды ее функционирования, относятся, как ко всей СМК, так и к ее отдельным составляющим – субъектовому, муниципальному и объектовому уровням.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Важным направлением деятельности СМК является обеспечение ее материально-техническими средствами, в том числе медицинским имуществом и оборудованием (далее – медицинское имущество).

Комплекс мероприятий по обеспечению СМК медицинским имуществом во всех режимах ее деятельности называется **медицинским снабжением**, основными принципами которого являются:

- соответствие существующей в системе здравоохранения организации обеспечения медицинским имуществом;

- количественное и качественное соответствие медицинского имущества структуре и задачам СМК;

- обеспечение готовности СМК к действиям в различных очагах ЧС и климатических зонах.

Эти принципы определяют медицинскому снабжению СМК следующие задачи:

- разработка нормативных документов по медснабжению в ЧС;

- расчет потребности в медицинском имуществе для ликвидации прогнозируемых ЧС с учетом величины и структуры санитарных потерь;

- оценка местных ресурсов медицинского имущества в интересах СМК;

- обеспечение готовности учреждений медицинского снабжения к действиям в различных режимах функционирования СМК;

- создание резервов медицинского имущества для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

- организация бесперебойного обеспечения медицинским имуществом учреждений и формирований СМК, работающих в очагах ЧС;

- отработка системы учета и отчетности медицинского снабжения в ЧС;

- разработка мер защиты медицинского имущества от поражающих факторов ЧС;

- организация взаимодействия с органами медицинского снабжения различных уровней и органами исполнительной власти территорий;

- участие в подготовке и повышении квалификации специалистов, работающих в системе медицинского снабжения, по вопросам СМК;

- участие в международном и межтерриториальном сотрудничестве по совершенствованию организации медицинского снабжения в условиях ЧС;

- проведение научно-исследовательских работ по совершенствованию организации медицинского снабжения в условиях ЧС.

Решение указанных задач возлагается на органы управления медицинским снабжением. К ним относятся предприятия «Фармация» и «Медтехника» с входящими в их состав учреждениями (аптеки, склады), а также с отделами медицинского снабжения ЦМК.

Объем и содержание задач, решаемых учреждениями медицинского снабжения, зависят от режима функционирования СМК.

В режиме повседневной деятельности осуществляются:

- определение, совместно с ЦМК, потребности в структуре и количестве медицинского имущества резерва и его распределение по объектам хранения;
- содержание резерва медицинского имущества в постоянной готовности к использованию по назначению;
- надлежащее хранение и своевременное освежение имущества резерва;
- отработка вариантов экстренной поставки имущества резерва в ЛПУ районов ЧС;
- подготовка, профессиональная выучка и тренировка штатного персонала учреждений медицинского снабжения к работе в условиях ЧС;
- методическая работа с подчиненными учреждениями по организации медицинского снабжения в различных режимах функционирования СМК.

В режиме повышенной готовности:

- уточняется наличие жизненно-важных лекарственных средств в аптечных учреждениях зоны возможной ЧС и прилегающих территорий;
- принимаются меры для доукомплектования недостающего и поставки дополнительно необходимого имущества;
- определяется потребность в транспортных средствах и рабочей силе для доставки медицинского имущества в район предполагаемой ЧС (создание аптечных автолетучек);
- при угрозе воздействия радиационных, химических или биологических компонентов, принимаются меры по защите медицинского имущества от их поражающих факторов.

В режиме ЧС и ликвидации ее медико-санитарных последствий осуществляются:

- изъятие медицинского имущества из резерва и доставка в зону ЧС и контроль его использования;
- формирование дополнительного медицинского имущества, недостающего для эффективной ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. При крупномасштабных ЧС медицинское имущество может поступать, в порядке оказания помощи из других регионов страны и других государств;
- открытие аптечного киоска при медицинском пункте зоны ЧС для обеспечения пострадавшего населения и спасателей лекарственными средствами с учетом предполагаемых или реальных травм и поражений;
- учет медицинского имущества, направленного и поступившего в зону ЧС из различных источников.

6. ОРГАНИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

В создании и совершенствовании СМК, организации оказания ЭМП пострадавшим в очагах ЧС, одним из ведущих факторов является наличие стройной, четкой и эффективной системы управления Службой и входящими в ее состав формированиями и учреждениями.

Управление – целенаправленная, творческая деятельность руководителя СМК подчиненными органами управления, учреждениями и формированиями Службы по поддержанию ее в готовности к решению задач по рациональному, эффективному использованию сил и средств СМК в целях медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения и территорий в очагах ЧС. Управление – это информационный процесс, включающий следующие этапы: получение первичной информации о ЧС, её анализ и выработку решения, постановку задач объектам управления, контроль выполнения принятых решений и отданных распоряжений (рис. 2).

В условиях ЧС управление должно быть непрерывным, устойчивым и мобильным. Это достигается совершенствованием знаний и навыков руководителей, созданием основных и запасных пунктов управления, оснащением их средствами связи, электронной техникой и заблаговременной подготовкой дублеров.

Основными принципами, определяющими сущность, содержание и методы управления являются:



Рис. 2. Схема управления СМК

Единоначалие при осуществлении распорядительных функций – свойство руководителей СМК всех уровней, наделенных необходимыми властными функциями, нести персональную ответственность за организацию ЭМП пострадавшему в ЧС населению на административных территориях. Персональная ответственность – определяется обязанностями руководителя и предоставленными ему полномочиями.

Централизация управления – это способность руководителя в короткие сроки объединить в своих руках руководство подчиненными ему силами и средствами СМК, вне зависимости от их ведомственной принадлежности, и направить усилия по единому замыслу для выполнения поставленных задач.

Централизация управления не исключает предоставление подчиненным инициативы в определении тактики решаемых задач, умении анализировать обстановку, предвидеть ее развитие и делать выводы из ее оценки.

Твердость и настойчивость в реализации принятых решений – способность руководителя принимать обоснованные решения и сохранять в своих руках руководство подчиненными силами и средствами СМК в любой обстановке. Принцип предполагает жесткий контроль исполнения, высокую требовательность к подчиненным и оказание им практической помощи.

Оперативность и гибкое реагирование на изменение обстановки – достигается наличием знаний у руководителя СМК, умением выделять главное, быстро принимать решения и немедленно доводить их до исполнителей.

Научность и предвидение способность руководителя опираться на законы общественного развития, требования нормативных документов и его умение прогнозировать обстановку, предвидеть изменения и последствия.

К руководителю предъявляется ряд требований:

Готовность – умение в сжатые сроки организовать работу СМК по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Оперативность – способность быстро анализировать обстановку, выделять главное и своевременно реагировать на ее изменение.

Квалифицированность – знание теории и практики организации медико-санитарного обеспечения населения в ЧС и способность опираться на советы, помощь специалистов по направлениям деятельности.

Принципы и требования, предъявляемые к управлению и руководителю, находятся в тесном взаимодействии и их учет позволяет руководителям СМК принимать наиболее эффективные, целесообразные и грамотные решения.

Обязательными качествами руководителя должны быть умение сплачивать коллектив, эффективно руководить им, видеть недостатки в процессе управления. Во многом это зависит от стиля работы руководителя, в

соответствии с которым они подразделяются на руководителей формального, демократического, авторитарного и динамического типов.

Руководители формального типа:

- минимально вмешиваются в работу подчиненных и коллектива;
- осуществляют легкие формы воздействия на людей, ориентируясь на их сознательность и добросовестность;
- инициативу подчиненных не замечают, не поощряют и не подавляют;
- создают возможность появления неформального лидера и присвоения им властных функций.

Руководители демократического типа:

- осуществляют контроль деятельности подчиненных, используя их компетентность, советуется с ними, поощряя инициативу и творчество;
- на фоне высокого такта, выдержки, доброжелательности и заботы о подчиненных проявляют к ним разумную требовательность;
- информируют коллектив о состоянии дел в нем;
- передают решение второстепенных задач подчиненным, что приводит к децентрализации управления и укреплению авторитета помощников.

Руководители авторитарного типа:

- приверженцы централизации власти, их помощники работают в условиях крайне ограниченных властных полномочий, подчиненные имеют минимум информации;
- с подчиненными редко консультируются, их деятельность жестко регламентируется, инициатива не одобряется и не поощряется;
- в поведении и общении с подчиненными резки и прямолинейны, на критику реагируют болезненно.

Руководители динамического типа – для них характерно изменение тактики управленческой деятельности в зависимости от компетентности коллектива, решаемых задач и конкретной обстановки. Этот стиль является универсальным и определяет высокий профессионализм руководителя.

Формирование и совершенствование стиля работы руководителя – это непрерывный процесс, в основе которого лежат следующие положения:

- постоянная, настойчивая работа по совершенствованию специальных знаний, выработке интеллекта и овладению наукой управления;
- умение кратко и четко излагать свои мысли, ставить задачи подчиненным, делать анализ работы исполнителей и коллектива, в целом;
- умение готовить коллектив к решению сложных задач, опираясь на помощников и предоставляя исполнителям определенную свободу действий;
- быть всегда приветливым, доброжелательным, уметь выслушивать людей, знать их и благодарить за хорошо выполненную работу;
- быть скромным в оценке своей личности, своих знаний и заслуг.

Для организации управления в ЧС, при органах управления здравоохранением создаются штабы СМК. В их состав входят заместители руководителя (один из них возглавляет штаб, являясь его начальником), руководители отделов (управлений) и главные штатные специалисты (консультанты, советники). На заседания штаба, при необходимости, могут приглашаться руководители УЗ, привлекаемых к участию в ликвидации последствий ЧС. В составе штаба СМК определяют оперативные группы:

1. Управления и обработки оперативных данных.
2. Информации и связи.
3. Организации оказания ЭМП и координации работы СМК.
4. Организации проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий.
5. Организации обеспечения медицинским, санитарно-хозяйственным, а при необходимости, и специальным имуществом.
6. Организации эвакуации больных из УЗ (при необходимости) и обеспечения устойчивой работы последних.
7. Судебно-медицинской экспертизы пострадавших и погибших.
8. Организации работы с населением в зонах временного расселения

эвакуируемых по выявлению, профилактике и лечению реактивных и неврологических состояний, а также инфекционных заболеваний.

Руководитель СМК и функционирующий при нем штаб работают также в трех режимах: повседневной деятельности, повышенной готовности, развития ЧС и ликвидации ее медико-санитарных последствий.

Основными задачами штаба **в режиме повседневной деятельности** является разработка «Плана медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях» и других планирующих документов, позволяющих обеспечивать устойчивость управления, рациональное использование сил и средств СМК в складывающейся обстановке. В этом же режиме деятельности на руководителя СМК и его штаб возлагается подготовка органов управления к работе в ЧС, создание оперативных групп, совершенствование системы связи. Руководитель и его штаб несут ответственность:

- за планирование подготовки врачебно-сестринского персонала СМК;
- за накопление различных видов имущества Службы;
- за организацию обучения населения, личного состава оперативных служб и аварийно-спасательных команд приемам и способам оказания первой помощи и защиты от ОХВ, РВ и БС, а также правилам их адекватного поведения на территориях, подвергшихся воздействию ЧС;
- за организацию взаимодействия с ведомственными медицинскими и оперативными службами территории.

Штаб СМК территории разрабатывает задания для подчиненных штабов, исходя из прогноза ЧС на промышленных предприятиях и транспорте, возможности возникновения стихийных бедствий, вспышечной и иной массовой заболеваемости;

На основании задания руководитель СМК и его штаб до возникновения ЧС обязан спрогнозировать ожидаемую обстановку и принять решение на разработку «Плана медико-санитарного обеспечения населения территории в ЧС». Планирование медико-санитарного обеспечения пострадавших в ЧС является важнейшими элементом управления СМК.

Выработка правильного решения по планированию медико-санитарного обеспечения населения в ЧС зависит от индивидуальных качеств руководителя, его подготовленности, личного опыта, имеющихся навыков и проводится в следующей последовательности:

- сбор и систематизация исходной информации о ЧС;
- уяснение задач стоящих перед СМК и ее подразделениями;
- определение мероприятий, указания, по проведению которых надо отдать немедленно;
- последующая оценка прогнозируемой обстановки и проведение медико-тактических расчетов;
- выработка замысла медико-тактического обеспечения;
- принятие предварительного решения на медико-санитарное обеспечение пострадавших в ЧС;
- получение дополнительных данных от взаимодействующих служб и органов управления РСЧС;
- оформление и утверждение окончательного решения.

Решение оформляется текстуально с отражением следующих позиций:

1. Выводы из обстановки с указанием величины и структуры потерь среди пострадавших.
2. Задачи СМК на ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС.
3. Организация перевода СМК на работу в ЧС.
4. Расчет потребности в силах СМК для работы в очагах ЧС (расчет формирований и учреждений СМК).
5. Организация медицинской эвакуации пострадавших из очагов, расчет транспортных средств.
6. Перечень и виды стационаров для госпитализации пострадавших с тяжелой и средней степенью поражения.
7. Организация амбулаторной помощи легкопораженным, спасателям и отселяемому населению.

8. Порядок снабжения формирований и учреждений СМК медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом.

9. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах ЧС и на прилегающей к ним территории.

10. Порядок проведения судебно-медицинского освидетельствования пострадавших и судебно-медицинской экспертизы погибших.

11. Организация защиты персонала, работающего в очагах ЧС и на этапах медицинской эвакуации, а также больных в ЛПУ.

12. Организация взаимодействия с ведомственными мед. службами, коммунально-техническими и оперативными службами территории.

13. Управление силами и средствами СМК.

Решения, принятые начальником СМК, являются основой для разработки приказа на медико-санитарное обеспечение населения в ЧС.

В режиме повышенной готовности (угрозы возникновения ЧС) работа руководителя СМК начинается со сбора данных о ЧС и анализа обстановки. С этой целью в угрожаемый очаг для уточнения случившегося направляется оперативная группа штаба СМК с целью оценки медицинской обстановки и определения тактики действий Службы.

Руководитель СМК вначале знакомится с решением председателя территориальной КЧС и ПБ, уясняет задачу, стоящую перед Службой в сложившейся обстановке. При уяснении задачи имеют значение:

- величина и структура прогнозируемых санитарных и безвозвратных потерь в возможном очаге;

- размер и характер разрушений, заражение территории высокотоксичными веществами (ОХВ, РВ, БС);

- санитарно-эпидемиологическое состояние очага поражения;

- возможности формирований и учреждений СМК, привлекаемых для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (виды, количество, укомплектованность персоналом, оснащенность транспортом и имуществом).

Уяснив задачу, руководитель СМК:

- определяет мероприятия, которые нужно провести немедленно для быстрой подготовки Службы к действиям в ЧС;

- ориентирует подчиненных о характере предстоящей работы и дает им необходимые указания;

- определяет общий бюджет времени по организации медицинского обеспечения пострадавших, из которого наибольшее время отдается подчиненным, а оставшееся – используется им самим для оценки обстановки, принятия решения и доведения его до подчиненных.

Оценка обстановки – это анализ факторов и условий, оказывающих влияние на медико-санитарное обеспечение пострадавшего в ЧС населения.

При оценке обстановки учитываются:

- величина и структура прогнозируемых санитарных потерь;
- возможность возникновения первичных и вторичных очагов ОХВ, РВ и БС;
- возможности развертывания временных медицинских пунктов;
- количество и качество готовности формирований и учреждений СМК, планируемых для привлечения к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС с учетом слаженности действий персонала, загрузки ЛПУ больными, их возможностей и потребностей в сложившейся ситуации;
- санитарно-гигиеническое и противозидемическое состояние в очаге и на прилегающих к нему территориях;
- метеорологические условия (характер погоды, температура воздуха, скорость ветра, наличие осадков и т. п.);
- наличие автомобильных, железных дорог, воздушных трасс, водных магистралей и соответствующих видов транспорта, как для подвоза медицинских бригад и имущества в возможный очаг поражения, так и для эвакуации прогнозируемых пострадавших.

В заключение оценки обстановки руководитель СМК формулирует общие выводы, которые берутся за основу решения по ликвидации медико-

санитарных последствий ЧС. Решение в виде приказа или распоряжения доводится до подчиненных. В нем отражаются следующие вопросы:

- сроки и количество выдвигаемых сил и средств СМК в очаг ЧС организация и порядок их использования;
- организация защиты персонала СМК, работающего в очаге поражения;
- подготовка отделений стационарных ЛПУ для приема пострадавших, согласно ранее разработанному плану;
- организация амбулаторной, в том числе и медико-психологической помощи спасателям и населению на пострадавшей территории;
- порядок и организация работы БСкМП;
- санитарно-эпидемиологическое состояние территории и организация проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- порядок снабжения формирований и учреждений СМК медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом;
- организация управления СМК, порядок взаимодействия ее с другими службами и определение видов и характера связи с ними.

В режиме ЧС и ликвидации ее медико-санитарных последствий осуществляется комплекс мероприятий, которые обеспечивают руководитель СМК и созданный при нем штаб с нижеуказанными оперативными группами.

На группу по организации оказания медицинской помощи возлагается:

- амбулаторно-поликлиническая помощь пострадавшим с легкими формами поражения, медицинская помощь, при необходимости, спасателям и медицинским работникам, работающим в зонах ЧС;
- стационарная медицинская помощь в сохранившихся или развернувшихся вблизи очага ЧС ЛПУ с привлечением, при необходимости, медицинского персонала извне;
- подготовка к медицинской эвакуации пострадавших, нуждающихся в специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи.

На группу по организации выявления, профилактики и лечения реактивных и невротических состояний возлагается оказание психоневрологи-

ческой и психотерапевтической помощи пострадавшим.

На группу судебно-медицинских экспертов возлагается организация экспертизы погибших и освидетельствования пострадавших.

На группу по организации проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий возлагается обеспечение эпидемиологического благополучия в зонах ЧС и осуществление контроля организации обеспечения населения водой, продуктами питания и условиями размещения его в зонах временного размещения за пределами очагов поражения.

На группу по организации работы с населением в зонах слабого заражения и временного расселения эвакуируемых возлагается организация оказания скорой, неотложной, амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, ознакомление населения с порядком размещения, питания, водоснабжения и правилами адекватного поведения на территории.

На группу информации и связи возлагается организация взаимодействия со СМИ, оповещение населения о факте ЧС, информирование о количестве пострадавших, их состоянии и месте пребывания, о пропавших без вести, погибших (умерших) и организация связи с их родственниками.

От качества работы штаба и его оперативных групп зависит сохранение здоровья населения в зонах ЧС и предупреждение возникновения эпидемий. Штаб СМК в период ЧС работает круглосуточно, проводит оперативные совещания по итогам работы за истекшие сутки, определяет очередные задачи руководителям формирований и учреждений СМК, организует проведение предусмотренных планом мероприятий с их уточнением, согласно сложившейся обстановке. Штаб также контролирует заполнение ЛПУ пострадавшими, прибытие и развертывание в очаге ЧС и вблизи него формирований СМК, организацию медицинской эвакуации пострадавших в специализированные ЛПУ за пределами зоны ЧС, представление донесений о ходе выполнения решаемых задач в вышестоящие органы управления.

При необходимости штаб, в связи со складывающейся обстановкой, переносит свою деятельность на запасной пункт управления (ЗПУ), который

обязан быть оснащен дублирующими документами управления, оборудован средствами связи, иметь помещения для работы и отдыха личного состава штаба, обеспечивающие их защиту.

Для поддержания в готовности органов управления важное место отводится контролю и проверке исполнения принятых решений и поставленных задач. **Контроль** – это изучение фактического состояния дел в подчиненных звеньях управления, учреждениях и формированиях СМК. Его методами являются: контрольные, документальные и комплексные проверки, проверки в ходе учений и тренировок. Результаты контроля оформляются в виде письменных актов или справок, в которых обобщается опыт проделанной работы, отмечаются недостатки и определяются меры по их устранению. По результатам проверок издаются приказы, распоряжения.

Своевременно проведенный контроль, проверка исполнения решаемых задач способствуют повышению готовности СМК и достижению лучших результатов в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

7. ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Организация эффективного и оперативного взаимодействия СМК с ведомственным здравоохранением и иными функциональными подсистемами РСЧС, участвующими в ликвидации последствий ЧС – важнейший элемент управления, обеспечивающий успешное выполнение задач по спасению жизни и сохранению здоровья пострадавших в ЧС, в том числе различных категорий спасателей.

Взаимодействие – это система согласованных и взаимосвязанных (по целям и задачам, месту и времени, принципам и методам, способам и объему) мероприятий, обеспечивающих подготовку органов управления, формирований и учреждений СМК и других функциональных подсистем

РСЧС к действиям по предупреждению и ликвидации последствий ЧС.
Взаимодействие предусматривает:

- эффективное прогнозирование и оценку обстановки в очагах ЧС;
- грамотное планирование и проведение аварийно-спасательных работ;
- выполнение мероприятий по управлению силами и средствами СМК в процессе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Взаимодействие осуществляется на всех уровнях Службы в строгом соответствии с планами медико-санитарного обеспечения населения в ЧС или планами действий УЗ в ЧС. В его основе лежат следующие принципы:

- единство государственной политики в области предупреждения и ликвидации последствий ЧС;
- единство подходов в прогнозировании и оценке медико-санитарной обстановки при угрозе и возникновении ЧС и учет возможностей аварийно-спасательных формирований, включая формирования медицинского профиля;
- приоритет сохранения жизни и здоровья различных категорий населения при возникновении и ликвидации последствий ЧС;
- единство доктрины подготовки и использования сил и средств СМК, организации проведения комплекса лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий и мероприятий по медицинскому снабжению в ЧС;
- наличие единых учетно-отчетных документов и единой организации обмена информацией.

Организация и порядок взаимодействия определяются двусторонними Положениями, которые разрабатываются ЦМК, согласовываются с руководителями взаимодействующих сторон, утверждаются председателем КЧС и ПБ территории и реализуются на практике. Взаимодействие по организации ликвидации последствий ЧС должно быть обеспечено с:

- ведомственными ЛПУ и ЛПУ частной формы собственности;
- управлением Роспотребнадзора и ЦГиЭ в территориях;
- государственными предприятиями «Фармация» и «Медтехника»;

- общественной организацией «Российский Красный Крест»;
- МЧС России и его структурами;
- оперативными службами потенциально-опасных объектов экономики;
- командованием гарнизона и воинских частей;
- учреждениями образования, культуры и искусства;
- средствами массовой информации.

В положениях о взаимодействии с ведомственными УЗ определяются задания по количеству и профилю выделяемых коек для госпитализации пострадавших, количеству и виду создаваемых формирований СМК и организация их привлечения к работе в ЧС.

Взаимодействие с МЧС России предусматривает:

- взаимное обеспечение информацией об угрозе и возникновении ЧС;
- организацию поиска и сбора пострадавших (пораженных), оказание им первой помощи с проведением эвакуации из опасных зон;
- предоставление сведений о состоянии пострадавших, поступивших на лечение в ЛПУ;
- медицинское обеспечение спасателей и лиц, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС;
- оказание содействия в медицинской подготовке спасателей и в пополнении медицинского имущества аварийно-спасательных формирований;
- организацию методического руководства обучением специалистов СМК по вопросам защиты населения и территорий от ЧС;
- организацию доставки сил и средств СМК в районы ЧС;
- участие в согласовании нормативных правовых актов по вопросам оказания медицинской помощи пострадавшему в ЧС населению.

Крайне важно взаимодействие СМК со службой спасения территории, своевременные и качественные действия которой во многом определяют результаты ликвидации последствий ЧС и бесперебойный характер работы СМК в очаге ЧС и за его пределами. В положении о взаимодействии с этой службой определяются виды и количество необходимых сил и средств

(формирований), выделяемых для обеспечения работы СМК по оказанию медицинской помощи пострадавшим, осуществлению их быстрой эвакуации в ЛПУ и обеспечению устойчивого функционирования последних.

При возникновении ЧС в ЛПУ, характер которых предусматривает необходимость проведения экстренной эвакуации больных и персонала, необходима организация взаимодействия ЛПУ с:

- учреждениями образования и культуры (школы, театры, концертные залы) для временного размещения в них больных, эвакуируемых из ЛПУ;

- автотранспортными предприятиями – для осуществления эвакуации больных, как в места временного размещения, так и в другие ЛПУ для временной госпитализации с продолжением стационарного лечения. Не следует забывать и о необходимости проведения последующей реэвакуации.

Многие ЧС повышают вероятность развития вспышек инфекционных заболеваний, вследствие уязвимости систем жизнеобеспечения населения, приводящих к нарушению энергоснабжения, дефициту питьевой воды и неудовлетворительному ее качеству, сложностям в функционировании канализации, к снижению температурных показателей в помещениях, в совокупности способные ухудшить гигиенические условия и нарушить эпидемиологическое равновесие. Риск развития эпидемий прямо зависит от плотности населения в зоне ЧС, масштабов разрушений территории, затоплений населенных пунктов вследствие наводнений, затяжных дождей и штормовых ветров.

Учитывая это, органы управления здравоохранением совместно с управлением Роспотребнадзора в субъекте РФ и ФГУЗ «ЦГиЭ» обязаны обработать: - систему сбора данных об обстановке;

- порядок проведения эпидемиологического надзора и контроля;

- перечень потенциальных инфекционных заболеваний, способных развиться при возникновении ЧС и механизмы их предупреждения или ликвидации;

- алгоритмы действий персонала УЗ в очагах
эпидемиологического неблагополучия.

Положениями о взаимодействии с предприятиями «Фармация, «Медтехника» и отделениями Красного Креста предусматриваются:

- обеспечение формирований и учреждений СМК, работающих в очаге ЧС, медицинским имуществом и оборудованием (а при необходимости, и ремонтом последнего) по типу авиолетучек;

- подготовка населения к оказанию первой помощи пострадавшим в ЧС и правилам адекватного поведения в зонах ЧС.

Судебно-медицинская служба, как составляющая СМК, готовится к выполнению мероприятий по осуществлению экспертизы погибших и освидетельствованию пострадавших в ЧС, организации идентификации тел и останков погибших, выписыванию свидетельств о смерти при жестком временном лимите. С этой целью в БСМЭ создают и готовят к работе в ЧС бригады судебно-медицинских экспертов (БрСМЭ) и специализированные судебно-медицинские бригады постоянной готовности (ССМБ ПГ). Большое число погибших и пострадавших в ЧС, недостаток штатных мест в холодильных камерах бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) и в моргах ЛПУ для хранения тел или останков погибших при высокой температуре атмосферного воздуха, определяют необходимость взаимодействия БСМЭ с транспортными предприятиями для привлечения с этой целью автомобильных и/или железнодорожных рефрижераторов.

При ЧС велика роль получения разведывательных данных об обстановке и проведении профилактических и защитных мероприятий. Эти задачи СМК может решить путем взаимодействия с воинскими частями, территориальными и объектовыми КЧС и ПБ, гидрометеослужбой и получать от них следующую информацию:

- о наличии токсических примесей в атмосфере, воде, почве, на объектах внешней среды и в продуктах питания;

- о выявлении путей и мест эвакуации пострадавших, мест нахождения водоисточников, складов с различными видами имущества;

- об определении возможностей по обеспечению сил, участвующих в ликвидации последствий ЧС теплом, электроэнергией, связью и т.п.

8. ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ

Одной из задач СМК при ликвидации последствий ЧС является получение своевременной и достоверной информации, способной снизить напряженность, преувеличивающую угрозу ЧС среди населения, снять с него негативные последствия сложившейся обстановки. Кроме того, своевременное получение достоверной информации позволяет улучшить управление процессом ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и принимать грамотные решения по осуществлению маневра силами и средствами СМК. Сбор и передачу информации на уровне субъектового здравоохранения целесообразно возложить на медицинские информационно-аналитические центры (МИАЦ), входящие в его структуру, с определением им следующих задач в режиме ЧС:

- учет пострадавшего населения и доведение сведений о нем официальным службам и родственникам;

- изучение потребности в медицинском, санитарно-хозяйственном имуществе, лабораторном, рентгеновском, физиотерапевтическом и другом оборудовании;

- взаимодействие со СМИ по вопросам ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и доведение до них масштабов и последствий возникшей ЧС;

- исключение ложных, непроверенных сообщений о ЧС, предотвращение слухов и противодействие им.

В период повседневной деятельности персонал МИАЦ обязан отрабатывать алгоритмы подачи информации с учетом их лаконичности,

точности и ясности, а при возникновении ЧС его оперативная группа располагается в созданном вблизи зоны ЧС штабе и решает эти задачи.

Эффективность сбора и передачи информации значительно повышается при внедрении в СМК автоматизированной информационно-управляющей системы (АИУС), которая, являясь функциональной подсистемой АИУС РСЧС, интегрируется в федеральную сеть, в сеть министерств и ведомств, силы и средства которых привлекаются к предупреждению и ликвидации ЧС.

Внедрение АИУС в практику работы СМК позволяет:

- улучшить сбор и обработку информации об угрозе и возникновении ЧС
- оперативно выявлять проблемы, осложняющие оказание медицинской помощи пострадавшим
- оптимизировать выработку путей их решения и доведения до исполнителей
- облегчить контроль хода ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Эта система способствует определению эффективных способов мобилизации и доставки медицинского имущества туда и тогда, где и когда оно более необходимо, выявлению готовности персонала СМК к действиям в ЧС.

Основные позиции по реализации задач СМК в части управления, взаимодействия и организации работы Службы представлены на рис. 3, исходя из которых, начальник СМК, совместно со штабом Службы, выполняя постановления КЧС и ПБ территориальных органов исполнительной власти, осуществляет оперативное управление силами и средствами СМК, организует выполнение мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, определяет организацию и порядок взаимодействия с органами исполнительной власти территории, организациями и учреждениями, привлекаемыми для аварийно-спасательных и ремонтно-восстановительных работ в очаге ЧС.

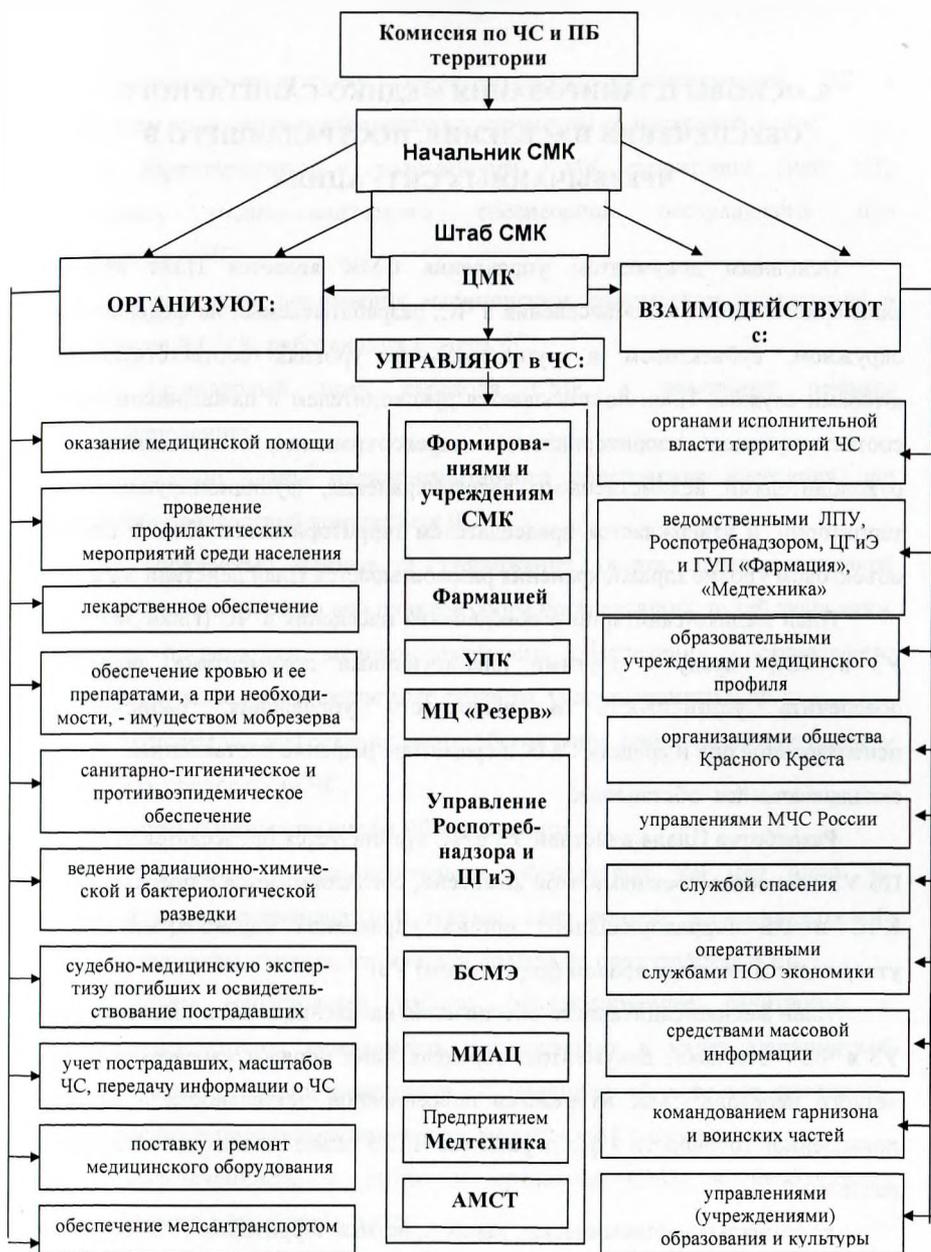


Рис. 3. Структура организации, управления и взаимодействия СМК по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС

9. ОСНОВЫ ПЛАНИРОВАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПОСТРАДАВШЕГО В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Основным документом управления СМК является План медико-санитарного обеспечения населения в ЧС, разрабатываемый на федеральном, окружном, субъектовом и муниципальном уровнях соответствующими штабами службы. План подписывается руководителем и начальником штаба соответствующего территориального здравоохранения, согласовывается с руководителями ведомственного здравоохранения, функционирующего на территории, и утверждается председателем территориальной КЧС и ПБ. На объектовом уровне здравоохранения разрабатывается План действий УЗ в ЧС.

План медико-санитарного обеспечения населения в ЧС (План действий УЗ в ЧС), наряду с другими планирующими документами, позволяет обеспечить устойчивость и надежность управления, рациональное использование сил и средств СМК и грамотное решение поставленных задач в складывающейся обстановке.

Разработка Плана действий УЗ в ЧС организуется председателем КЧС и ПБ УЗ совместно с членами этой комиссии, согласовывается с председателем КЧС и ПБ территориального органа управления здравоохранением и утверждается главным врачом (директором) УЗ.

План медико-санитарного обеспечения населения в ЧС и план действий УЗ в ЧС – это пакет документов, определяющих порядок своевременного и четкого перевода СМК из режима повседневной деятельности в режимы повышенной готовности и факта развития ЧС. В плане излагаются следующие разделы:

а) социально-экономическая характеристика территории (УЗ) с учетом существующих опасностей и прогнозируемых ЧС. Для Плана действий УЗ в ЧС – характеристика учреждения здравоохранения;

б) медико-тактическая характеристика прогнозируемых ЧС с отражением количества пострадавших и структуры повреждений у них;

в) характеристика и возможности СМК территории (или УЗ), организация медико-санитарного обеспечения пострадавших при возникновении ЧС;

г) организация пополнения медицинским имуществом учреждений и формирований СМК, работающих в очаге ЧС;

д) календарный план перевода СМК в различные режимы функционирования;

е) частные планы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий конкретных ЧС;

ж) справочные данные и приложения (карта административной территории с указанием на ней пунктов сбора пострадавших, путей эвакуации, вариантов организации медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения, а также схемы, расчетные таблицы, условные знаки и др.);

з) организация информационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

В частных планах по видам ЧС отражаются:

- содержание медико-санитарного обеспечения той или иной ЧС (массовой дорожно-транспортной травмы, авиационной, железнодорожной, водной катастрофы, теракта, взрыва или пожара на производстве и т.п.);

- объем предстоящей работы (прогнозируемые санитарные и безвозвратные потери, нуждаемость пострадавших в видах медицинской помощи и осуществлении эвакуационных мероприятий, характер санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очаге);

- обеспеченность в силах и средствах СМК и необходимая дополнительная потребность в них;

- варианты организации лечебно-эвакуационного и санитарно-противоэпидемического обеспечения (привлекаемые силы и средства, сроки и порядок выдвижения их в зону ЧС, готовность к работе);

- организация снабжения и пополнения формирований СМК медицинским имуществом и иными материально-техническими средствами;
- содержание мероприятий по медицинской защите населения и спасателей, включая персонал формирований и учреждений СМК;
- организация управления, связи и взаимодействия при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

При разработке Плана медико-санитарного обеспечения и Плана действий в ЧС руководствуется теми же принципами, что и при разработке решения на ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС.

10. УЧЁТ И ОТЧЁТНОСТЬ В СЛУЖБЕ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Одним из путей оптимизации управленческого процесса является совершенствование форм и содержания документов медицинского учета и отчетности, применяемых в СМК. Их роль в решении задач медицинского обеспечения пострадавшего в ЧС населения имеет большое значение, так как они являются основными источниками получения необходимой информации для принятия оптимально обоснованных решений. Кроме того, документы учета и отчетности СМК – важное средство отображения информации о складывающейся медицинской обстановке в зоне ЧС. Используя их, руководители органов управления здравоохранением и СМК накапливают и анализируют информацию медико-санитарного характера. На их основе:

- оценивается медико-тактическая обстановка;
- рационально используются силы и средства СМК различной подчиненности;
- обеспечивается преемственность и последовательность в проведении мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- готовятся донесения, отчеты и доклады о выполнении решаемых задач, изменениях в обстановке, принятых решениях и о состоянии дел в СМК.

В современных условиях с использованием АИУС, учетные и отчетные документы СМК не утратили своего значения, но требуют стандартизации, унификации и рационализации алгоритмов и программ их заполнения.

В настоящее время в СМК используется учетно-отчетная документация, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 03.02.2005 г. № 112 (в ред. от 17.09.2007 г. № 601) «О статистических формах службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития РФ». Она включает следующие учетно-отчетные документы:

- таблиць срочных донесений СМК Минздрава России;
- форму № 165/у-05 «Донесение о чрезвычайной ситуации (первичное, последующее, заключительное);
- форму № 167/у-05 «Сопроводительный лист (для пораженного в ЧС)»;
- форму № 1/МК «Сведения о медико-санитарных последствиях чрезвычайной ситуации за 1 квартал, первое полугодие, 9 месяцев, год»;
- форму № 2/МК «Сведения о формированиях службы медицины катастроф, участвовавших в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций за 1 квартал, первое полугодие, 9 месяцев, год»;
- форму № 3/МК «Сведения о наличии, использовании и восполнении резерва медицинского имущества территориального центра медицины катастроф за полугодие, год»;
- форму № 4/МК «Сведения о наличии, использовании и восполнении неснижаемого запаса учреждения здравоохранения за полугодие, год»;
- форму № 5/МК «Сведения о создании, наличии, использовании и восполнении запасов медицинского имущества для чрезвычайных ситуаций за год»;
- форму № 6/МК «Пояснительная записка к годовому отчету службы медицины катастроф субъекта Российской Федерации»;
- форму № 55 «Сведения о деятельности учреждения здравоохранения (медицинского формирования), принимавшего участие в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций»;

- форму № 56 «Сведения о сети и кадрах службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации».

Вышеуказанным приказом утверждены и рекомендации по заполнению этих форм, изучение которых должно осуществляться на всех уровнях Службы.

Перечисленные учетно-отчетные документы СМК не исключают введение дополнительных форм по инициативе субъектов РФ, министерств и ведомств, отражающих территориальные, социально-экономические, климатогеографические особенности и специфику работы.

Ведение учетно-отчетной документации СМК крайне важно для обобщения опыта ее работы, анализа мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий, разработки тактики и стратегии действий формирований и учреждений СМК и, как следствие, для совершенствования управления ею.

11. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ЭВАКУАЦИИ БОЛЬНЫХ И ПЕРСОНАЛА ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В современных условиях ЛПУ, нередко, попадают в нештатные ситуации (НС), которые обуславливают проблемы их нормального функционирования и необходимость принятия экстренных мер по обеспечению устойчивого режима работы, сохранение здоровья и жизни находящихся в них людей. Исходя из этого, все НС, возникающие в ЛПУ, следует рассматривать, как ЧС. О возникновении ЧС необходимо немедленно оповещать местные оперативные службы, руководство ЛПУ и органы управления ими.

В частности, такие ЧС в ЛПУ, как пожары, отключения электро-, водо-, теплоснабжения, теракты, их угрозы, подтопление, затопление ЛПУ в период наводнения, обрушение зданий или его отдельных конструкций, внутренние и

внешние технологические аварии требуют частичной или полной экстренной (экстренно-плановой) эвакуации больных, персонала, документации и имущества, необходимые для работы с эвакуируемым контингентом и последующего обеспечения процесса лечения.

Указанные ЧС могут возникнуть в любое время, в том числе в выходные и праздничные дни. Естественно, во втором случае организация проведения экстренной эвакуации более сложна, поскольку в это время в ЛПУ:

- количество медицинского персонала ограничено дежурной сменой;
- руководящий состав всех уровней и, в значительной степени, технический персонал служб обеспечения отсутствует на рабочих местах;
- возможно наличие посетителей (родственники, друзья, знакомые);
- могут иметь место некомпетентность дежурного персонала к действиям в ЧС, низкая требовательность ответственного дежурного, неспособность его принимать адекватные решения и, как следствие, реальны паника, растерянность, страх неспособность к целенаправленной деятельности со стороны персонала и пациентов;
- имеет значение и то, что во второй половине ночи отмечается утяжеление больных, особенно пожилого и старческого возраста.

Опыт ликвидации последствий ЧС, реальная угроза их повторения свидетельствуют о необходимости подготовки:

- руководителей и ответственных дежурных ЛПУ – принятию грамотных управленческих решений и определению стратегических задач по проведению эвакуации в зависимости от вида ЧС и сложившейся обстановки. В одних случаях обязательны немедленные действия, в других – активно-выжидательная позиция с проведением подготовительных мероприятий.

- остального персонала – тактике действий при возникновении ЧС, знанию персональных обязанностей и отработке мероприятий по ликвидации последствий ЧС, требующих осуществления эвакуационных мероприятий с учетом профиля ЛПУ и категории эвакуируемых больных.

Согласованность действий по эффективному и быстрому проведению должностными лицами ЛПУ мероприятий по эвакуации больных и персонала, обеспечению их защиты, сохранению здоровья и жизни людей, оказавшихся в зоне ЧС, может быть достигнута при заблаговременном и реальном выполнении следующих условий:

- изучением характера возможных разрушений, их последствий и структуры потерь в прогнозируемых ЧС;

- наличием инструкций, памяток, планов и других документов по действиям в этих ситуациях, неформальным изучением их персоналом и регулярным его тренингом в ходе повседневной деятельности по отработке основных положений, изложенных в названных документах;

- отработкой четкого и согласованного взаимодействия персонала ЛПУ с оперативными службами территории (спасатели, пожарные, личный состав УВД и др.), автотранспортными предприятиями, с расположенными вблизи учреждениями образования, культуры, а также с другими ЛПУ территории;

- ежедневным распределением находящихся в ЛПУ больных по эвакуационным группам в зависимости от их физиологического состояния. Выполнение этого мероприятия возлагается на лечащих врачей, а осуществляется – путем маркировки титульного листа истории болезни. Как вариант, предлагается следующая символика:

А (амбулаторные) – подлежат немедленной выписке;

Тн – транспортабельные, нуждающиеся во временном размещении во внебольничных условиях (школы, кинотеатры, театры, дворцы культуры, клубы и т.п.) с обязательным наблюдением их персоналом ВСБ, оснащенных укладками неотложной медицинской помощи. Эвакуация таких больных, в зависимости от расстояния до объекта временного размещения, может осуществляться пассажирским транспортом общего назначения (автобусы, легковые машины) и, в крайнем случае, пешим порядком;

То – транспортабельные, нуждающиеся в переводе в другие ЛПУ пассажирским транспортом общего назначения с медицинским сопровождением;

Тс – транспортабельные, нуждающиеся в переводе в другие ЛПУ специализированным транспортом (машины скорой медицинской помощи, включая реанимобили).

Следует отметить, что при возникновении в ЛПУ ЧС, угрожающей жизни и здоровью пациентов, нетранспортабельных больных быть не может. В частности, при эвакуации больных, подключенных к аппаратам искусственной вентиляции легких, искусственной почке, искусственного кровообращения, а также травматологических больных, находящихся на вытяжении и больных в стадии оперативного лечения, необходимо принимать меры к осуществлению щадящей эвакуации специализированным транспортом с использованием портативных реанимационных средств и обязательного осуществления медицинского сопровождения.

В целях эффективной подготовки к проведению экстренной эвакуации больных, персонала и имущества из ЛПУ, разрабатывается частный план эвакуации, как раздел Плана действий ЛПУ в ЧС. Он включает в себя пакет документов, в которых отражаются следующие вопросы (с учетом рабочего и нерабочего времени):

1. Параметры и алгоритмы оценки сложившейся ЧС, варианты принятия предварительного решения по ней и его исполнение;

2. Организация экстренного доведения информации до руководителя ЛПУ или лица его замещающего о причине, определяющей необходимость проведения экстренной эвакуации и принятых мерах по ее подготовке и осуществлению, порядок доставки руководителя в ЛПУ для руководства аварийно-спасательными мероприятиями.

3. Организация оповещения и экстренного сбора к очагу ЧС (к ЛПУ):

- членов штаба ГОЧС ЛПУ;

- руководящего состава из числа персонала структурных отделений ЛПУ;

- персонала медицинских и аварийно-спасательных формирований, созданных в ЛПУ, порядок оснащения их имуществом;

- других сотрудников ЛПУ (по заранее определенному списку в зависимости от вида ЧС, складывающейся обстановки и дополнительно – по распоряжению прибывшего руководителя). Необходимость их привлечения определяет руководитель отделения (подразделения) конкретного ЛПУ.

4. Организация взаимодействия ЛПУ:

- с оперативными службами территории (милиция, кинологи, пожарные, спасатели, станции скорой медицинской помощи, центр медицины катастроф и его филиалы);

- с автотранспортными предприятиями, в том числе автохозяйством медицинского и санитарного транспорта, с целью выделения автобусов для транспортировки эвакуируемых больных, а в холодное время года и для временного размещения медицинского персонала, закончившего выполнение возложенных задач по осуществлению эвакуационных мероприятий. При запросе на привлечение автотранспорта указываются вид, марка автобусов и необходимое их количество;

- с другими ЛПУ (по заранее определенному перечню), в том числе ведомственными, для приема эвакуируемых больных тяжелой и средней степени тяжести;

- с расположенными вблизи учреждениями образования, культуры и т.п. для временного приема и размещения больных легкой степени.

В части взаимодействующих объектов, в документах указываются телефоны руководителей (по возможности, и домашние), оперативных дежурных круглосуточных служб, вариант разговора с ними со ссылкой на заранее заключенные (продленные) договоры о взаимодействии с указанием даты и лиц их подписавших.

5. Задачи и порядок действий персонала ЛПУ (его структурных отделений) по выполнению работ в ЧС с указанием ответственных исполнителей эвакуации больных, медицинского имущества и аппаратуры.

6. Организация сбора информации о количестве больных, распределении их на эвакуационные группы (с учетом полового признака, количества детей, нозологии, степени тяжести, необходимости оказания специализированной медицинской помощи и, по возможности, их местожительства).

7. Организация доведения информации до больных (по отделениям) о необходимости экстренной эвакуации из ЛПУ.

8. Координация действий персонала ЛПУ по подготовке больных к эвакуации (сбор личных вещей, получение одежды и т.п.).

9. Организация сопровождения эвакуируемых больных до ожидаемого их транспорта или до вывода из ЛПУ.

10. Организация выноса (вывода) тяжелобольных из ЛПУ (отделения) с определением путей эвакуации и мест посадки на автотранспорт.

11. Организация создания и размещения силами ЛПУ справочной службы для информирования родственников больных об их состоянии, месте пребывания, а также для вызова такси по просьбе больных.

12. Организация сбора и направления необходимой медицинской документации на больных, эвакуируемых в другие ЛПУ.

13. Перечень медицинского имущества, оборудования, документации, подлежащих экстренной эвакуации из ЛПУ, его примерная весовая оценка, порядок и организация выноса.

14. Организация распределения и направления медицинского персонала в другие ЛПУ с эвакуированными больными в соответствии с планом эвакуации и по согласованию с принимаемыми ЛПУ.

15. Организация медицинского обеспечения (выделение ВСБ с укладками медицинского имущества), питания, водообеспечения, временно эвакуируемых больных в учреждения немедицинского профиля.

16. Схема движения специального транспорта по территории ЛПУ с указанием путей въезда, передвижения по территории и выезда с нее, с

указанием мест перекрытия въезда на территорию ЛПУ транспортных средств, не задействованных в ликвидации ЧС.

17. Схема, порядок и последовательность обследования кинологовскими группами (после их прибытия) корпусов и структурных отделений ЛПУ.

18. Организация доступа дежурного персонала, личного состава оперативных групп в помещения ЛПУ, которые не функционируют в нерабочее время.

19. Организация обесточивания и закрытия структурных отделений ЛПУ после их полной эвакуации, обследования кинологами в целях профилактики пожара и мародерства.

20. Организация реэвакуации больных в стационары (при необходимости с привлечением взаимодействующих сил и средств других организаций, учреждений) после завершения полного комплекса мероприятий по обследованию ЛПУ силами оперативных служб и получения разрешения от них на последующую эксплуатацию ЛПУ по назначению.

При проведении эвакуации больных, персонала и имущества ЛПУ следует руководствоваться следующими положениями:

1. Решение на эвакуацию принимает руководитель ЛПУ или лицо его временно замещающее, а в исключительных случаях, требующих мгновенных действий, – ответственный дежурный. В последнем случае ответственный дежурный, получив информацию о ЧС от любого источника (извне или внутри ЛПУ) убеждается в его достоверности, вырабатывает предварительное решение на ликвидацию возможных последствий, организует его выполнение и оповещение служб общественной безопасности. О возникшей ЧС немедленно докладывает по телефону руководителю ЛПУ, который либо выработанное ответственным дежурным решение одобряет, либо дополняет, либо предлагает свое и требует исполнения и доведения до персонала. Затем руководитель задействует схему оповещения личного состава штаба ГОЧС и выезжает в ЛПУ.

Ответственный дежурный ЛПУ о факте ЧС и принятых мерах производит запись в журнале приема-сдачи дежурств и приступает к руководству и реализации полученных указаний. По прибытию в ЛПУ руководитель берет руководство эвакуационными мероприятиями на себя, опираясь при решении проблемных вопросов на членов штаба КЧС ЛПУ.

При прибытии на объект или в зону ЧС руководящего состава служб общественной безопасности и представителей исполнительной власти территории, руководитель ЛПУ докладывает им сложившуюся обстановку, доводит принятые решения, ход их выполнения, указывает проблемные вопросы, возможные пути их решения.

Прибывшим в ЛПУ представителям органов власти и руководителям оперативных служб (если позволяет обстановка, имеется запас времени и отсутствует драматические последствия) целесообразно:

- предложить размещение в отдельном кабинете (желательно поблизости с кабинетом руководителя ЛПУ);
- обеспечить их телефоном и консультантами из числа членов КЧС ЛПУ;
- ознакомить с Планом действий ЛПУ в ЧС, схемой размещения корпусов на территории, а по их запросу – другими документами и материалами. При выработке этими лицами рациональных решений по действию в сложившейся ЧС, они предлагают их руководителю ЛПУ для уяснения, оценки и принятия решения.

При угрозе воздействия поражающих факторов ЧС на прибывших в ЛПУ лиц, уполномоченных решать задачи по ликвидации ее последствий, следует предложить им размещение за пределами зоны возможного поражения (разрушения) с обеспечением условий, указанных выше. Вариантом в этих случаях может быть радиофицированный штабной автомобиль.

2. В ходе проведения эвакуационных мероприятий возможны сложности при организации движения потоков больных, концентрации на отдельных участках тех, кто не передвигается самостоятельно (места выхода из ЛПУ,

получения одежды, сбора перед погрузкой на транспорт). В этих случаях, среди эвакуируемых возможны паника, давка и, как следствие, обострение заболеваний или получение травм. Для исключения таких явлений необходимы координация движения потоков эвакуируемых и выделение персонала для оказания неотложной медицинской помощи, обеспечения порядка и бесперебойной организации проведения эвакуации.

В случае размещения больных в коридорах ЛПУ, в целях освобождения путей эвакуации и исключения нежелательных эмоциональных и медицинских последствий, эвакуация этой категории пациентов должна осуществляться в первую очередь.

3. При отсутствии лифтов и пандусных спусков освобождать ЛПУ от носилочных больных следует методом ручного выноса. Это обстоятельство требует постоянного обучения персонала ЛПУ, привлечения выздоравливающих больных к выносу носилочных лестничными маршами. Отработка такого мероприятия позволит предотвратить растерянность, снизить панические реакции и успешнее решать выполняемые задачи. В то же время, следует помнить, что пользование лифтами при ряде ЧС (пожары, угроза взрыва, угроза обрушения здания и его конструкций) противопоказано, а при отключении электроэнергии – невозможно.

4. Для сокращения сроков эвакуации больных следует оснащать отделения ЛПУ каталками и носилками (10 единиц на 100 коек), обучать и привлекать ходячих больных к перекладыванию носилочных с постели на каталку (носилки) и выкатыванию (выносу) их к выходам из ЛПУ. С этой целью должно быть открыто максимальное количество выходов, которые, в свою очередь, не должны оставаться без контроля и охраны персоналом.

5. Для эвакуации больных из ЛПУ необходимо иметь расчет привлекаемого транспорта. Он производится с учетом наличия носилочных и ходячих больных. С этой целью, следует ежедневно вести количественный учет больных в отделениях ЛПУ с указанием оценки тяжести их состояния. Носилочные, как правило, эвакуируются специализированным транспортом

или другим транспортом, пригодном для размещения носилок. Ходячие больные эвакуируются транспортом общего назначения. Заказ транспортных средств, производится исходя из количества эвакуируемых больных по заранее согласованному договору.

При несвоевременной поставке транспортных средств эвакуации больных или при перебоях с их своевременным прибытием, необходимо оборудовать на первых этажах ЛПУ временные «накопители», что особенно актуально в зимнее время года.

6. При проведении экстренной эвакуации в связи с получением информации об угрозе взрыва ЛПУ и при своевременном прибытии кинологовических групп, последних, в первую очередь, необходимо направлять на обследование операционных (при выполнении в них оперативных вмешательств), реанимационных, травматологических, родильных, инфекционных отделений, а также в отделения, расположенные по стояку ниже и выше названных, включая подвалы и чердаки. При отрицательном визуальном и кинологовическом результате обследования, с эвакуацией находящихся в них больных и обслуживающего персонала целесообразно повременить.

7. Больные, эвакуируемые для временного размещения в учреждения немедицинского профиля, не должны лишаться медицинского обеспечения. С этой целью предназначается медицинский персонал с укладками для оказания неотложной врачебной помощи из расчета одна ВСБ на 40-50 человек эвакуированных. Эвакуированным должны быть предоставлены места для сидения, возможность получать питьевую воду, посещать туалеты, а врачи, их обеспечивающие, - иметь доступ к аппаратам связи.

8. ЛПУ, принимающие эвакуированных больных, обязаны также перестроить свою работу, перейти на режим ЧС и осуществить им надлежащий прием, размещение, питание, организацию оказания медицинской помощи, не нанося при этом ущерба больным, продолжающим лечиться в этих учреждениях.

Необходимость привлечения медицинского персонала эвакуированного ЛПУ для медицинского обеспечения эвакуированных больных в принимающих ЛПУ согласовывается на уровне руководителей обеих сторон. При их привлечении должны быть созданы надлежащие условия для работы в ЛПУ, принявших эвакуированных больных.

При масштабной эвакуации, принимающие ЛПУ после оценки ситуации производят внутригоспитальное перемещение «своих» больных или, если позволяет состояние, частичную их досрочную выписку.

9. При эвакуации больных из ряда специализированных ЛПУ необходимо учитывать характерные для них особенности. В частности:

9.1. При осуществлении эвакуационных мероприятий из **педиатрических стационаров** (в т.ч. и детских отделений многопрофильных больниц) следует учитывать не только медицинский, но и социальный аспект. Это объясняется тем, что даже здоровый ребенок не может быть выписан из стационара без присутствия его родителей или родственников. Следовательно, такая категория больных должна эвакуироваться либо в соответствующие профилированные стационары (отделения), либо в другие учреждения как медицинского, так и немедицинского профиля под обязательное наблюдение и контроль персонала ВСБ эвакуированного ЛПУ.

9.2. Эвакуация больных из **инфекционных ЛПУ** (отделений) должна осуществляться с учетом оценки их тяжести и вида инфекции. Необходимо предусмотреть меры, исключающие контакт больных с разными инфекциями, как в процессе эвакуации, так в местах временного размещения.

Размещение эвакуированных необходимо заранее спланировать в аналогичных отделениях других ЛПУ, либо в учреждениях фтизиатрического или кожно-венерологического профиля. При временном размещении в учреждениях немедицинского профиля, по возможности, обеспечить соблюдение надлежащего режима содержания больных и их лечения.

После проведения реэвакуационных мероприятий в отношении инфекционных больных следует организовать и осуществить силами

персонала эвакуированных ЛПУ с привлечением персонала санитарно-эпидемиологической службы весь комплекс специфических дезинфекционных мероприятий в учреждениях, где пребывали больные, временно эвакуированные из инфекционных ЛПУ. Финансовые затраты на приобретение дезинфекционных средств, относятся к ЛПУ, из которого эвакуировались больные по причине возникновения ЧС.

9.3. При эвакуации больных из ЛПУ психиатрического профиля, учитывая их характерологические особенности, поведенческие реакции, фазу заболевания и т.п., следует заранее распределить ВСП эвакуируемого ЛПУ на группы, обеспечивающие эвакуацию, определить им обязанности по действию в ЧС, не оставлять больных без контроля и медицинского обеспечения, как в ходе эвакуации, так и в местах временного размещения.

Эвакуация больных из особо режимных отделений подобных ЛПУ должна осуществляться с привлечением личного состава и техники специальных подразделений управления федеральной службы исправления наказаний (УФСИН) по утвержденным УФСИН правилам, но с обязательным учетом тяжести заболевания и соблюдением рекомендаций, выданных врачами и зарегистрированных в журнале приема-передачи дежурств. Эвакуация таких больных осуществляется в места, определяемые УФСИН, а организация психиатрического обеспечения согласовывается руководителями ЛПУ и УФСИН.

9.4. Эвакуация персонала и имущества станций (подстанций, отделений) скорой медицинской помощи (ССМП) организуется с учетом:

- сохранения бесперебойной работы оперативно-диспетчерской службы ССМП по приему и выполнению экстренных вызовов от населения;
- сохранения в готовности к использованию медицинского имущества, находящегося в укладках;
- обеспечения защиты медицинского транспорта;
- экстренного информирования бригад, находящихся на вызовах с указанием места и адреса их новой временной дислокации. Этот пункт должен

быть включен в должностные обязанности старшего врача дежурной смены ССМП.

В целях выполнения указанных условий следует предусмотреть:

- оборудование резервных линий «03» (во взаимодействии с органами управления здравоохранения и организациями по телефонизации). В зависимости от местных условий и структуры скорой медицинской помощи, они могут быть оборудованы либо на подстанциях, либо в других учреждениях как медицинского, так и немедицинского профиля;

- эвакуацию дежурного персонала ССМП вместе с их повседневными укладками медицинского имущества и укладками, скомплектованными для реагирования на ЧС;

- организацию выезда медицинского транспорта ССМП с мест постоянных стоянок и оборудование площадки для концентрированного его размещения вне угрожаемого объекта.

9.5. При проведении эвакуации учреждений здравоохранения судебно-медицинского профиля, патологоанатомических отделений ЛПУ, помимо эвакуации персонала и имущества, следует предусмотреть эвакуацию тел умерших (погибших), находящихся в морге. Для этого необходимо обеспечить взаимодействие с автотранспортными организациями, имеющими рефрижераторы-холодильники с целью привлечения их на себя и последующего размещения в них тел умерших. При этом, каждое тело умершего предварительно должно помещаться (с указанием пола, фамилии, имени, отчества, по возможности — года рождения и т.п.) в специальные обозначенные застегивающиеся мешки и транспортироваться в безопасное место. При невозможности возвращения тел умерших в морг изыскиваются места их размещения в других учреждениях (отделениях) подобного типа. В этом случае руководитель учреждения организует принятие мер по извещению родственников об изменении места нахождения тела умершего, его причины и указания нового адреса.

10. При возникновении ЧС в ЛПУ, обусловленных крупными авариями на тепловых, водопроводных и энергетических сетях, ликвидация которых, предположительно, затягивается на длительное время (дни, недели), также должно быть предусмотрено проведение мероприятий по освобождению ЛПУ от людей. В этом случае у руководителя имеется определенный запас времени, и подобное мероприятие осуществляется в планово-экстренном режиме с дозированной досрочной выпиской больных на дом или их эвакуацией в другие родственные ЛПУ с обеспечением условий получения адекватного лечения.

В этих случаях, для эвакуации перемещаемых может привлекаться собственный транспорт ЛПУ, транспорт ССМП, автохозяйства медицинского и санитарного транспорта, взаимодействующих ЛПУ и личный транспорт членов семей, родственников больных, находящихся на лечении, а также транспорт городских автотранспортных предприятий.

11. При некоторых коммунально-энергетических авариях, возникающих вследствие разрыва подземных водоводов, обрыва линий электропередач по причине их обмерзания, обильных снегопадов, поваленных столбов, деревьев от штормовых и ураганных ветров возможно прекращение водоснабжения или электрообеспечения ЛПУ, обуславливающих возникновение ЧС и определяющих функционирование их в режиме ЧС. Эвакуацию больных и персонала в этом случае можно не производить, а воспользоваться заранее отработанными алгоритмами действий. В частности:

- при внезапном прекращении водоснабжения ЛПУ с перспективой длительного (часы, сутки и более) его отсутствия руководитель ЛПУ (в рабочее время) или ответственный дежурный (в нерабочее время) в целях обеспечения устойчивой работы ЛПУ должны принять меры по подвозу воды в необходимом количестве через структуру «Водоканала» или пожарных частей. Персонал ЛПУ обязан организовать ее прием и размещение по отделениям в количестве, достаточном для обеспечения функционирования ЛПУ в ЧС и выполнения возложенных задач;

- при ЧС, обусловленных длительным (сутки и более) отсутствием электрообеспечения ЛПУ, следует в начальном периоде использовать подручные средства электроосвещения (фонари ручные, керосиновые лампы, стеариновые свечи), а затем обращаться в территориальные службы жизнеобеспечения для привлечения автомобильных установок (автогенераторов электроэнергии) для подачи освещения в ЛПУ. Такое взаимодействие позволяет ЛПУ в течение 2-3 суток эффективно функционировать. В целях обеспечения бесперебойной работы ЛПУ (особенно операционных и реанимационных отделений), целесообразны плановое приобретение и установка автономных источников электрической энергии (дизельных электростанций).

Наряду с принятием мер по обеспечению ЛПУ минимальным освещением, необходимо предусмотреть сохранение качественного и полноценного питания больных. Для этого в ЛПУ, использующих в повседневных условиях для приготовления пищи электроплиты, следует иметь в резерве готовые к подключению газовые плиты, а, в крайнем случае, на срок 1-2 суток, организовать питание больных в виде выдачи высококалорийных сухих пайков, соков и бутилированной воды.

В заключение следует отметить, что для качественной отработки вопросов эвакуации больных, персонала и имущества на всех этапах ее проведения, а также вопросов эффективного функционирования ЛПУ в ЧС необходимо:

- включить в «План действий ЛПУ в ЧС» частный раздел «Организация экстренной эвакуации больных, персонала и имущества», в котором предусмотреть порядок ее проведения и действия должностных лиц отделений, подразделений ЛПУ при ее осуществлении;

- внедрить в систематическую подготовку персонала ЛПУ комплекс цикловых занятий и тренировок с привлечением сил и средств взаимодействующих учреждений, на которых регулярно отрабатывать порядок совместных действий при возникновении ЧС, требующих экстренной

или планово-экстренной эвакуации больных, либо организацию продолжения функционирования ЛПУ в условиях ЧС. Подобные мероприятия позволят не только обучить персонал к действиям в этих условиях, но и более грамотно, оперативно подготовиться к выполнению задач в случае возникновения реальных ЧС, а также смягчить нежелательные негативные последствия;

- руководящему составу ЛПУ при подготовке к работе в условиях ЧС и в ходе ликвидации их последствий координировать свои действия с руководителями территориальных органов управления здравоохранением, а также с руководителями центров медицины катастроф и их филиалов, управлений МЧС, служб спасения и обеспечения жизнедеятельности.

Таким образом, выполнение рассмотренных требований персоналом УЗ в режиме повседневной деятельности, отработка их положений на тренировках и учениях позволят организованно, в кратчайшие сроки провести необходимые эвакуационные мероприятия при возникновении ЧС, сохранить жизнь и здоровье или смягчить негативные последствия для больных и персонала.

Наименование формирований	База создания	Предназначение	Вид оказываемой помощи, задачи	Возможности работы	Специальность медицинского персонала	Кол-во медперсонала
Бригада доврачебной помощи (БДП).	Городские больницы, ЦРБ, районные и участковые больницы, поликлиники, ведомственные ЛПУ, здрав (мед) пункты предприятий.	Для работы в очаге или на его границе (в зависимости от поражающего фактора).	Первичная доврачебная медико-санитарная помощь, проведение мед. сортировки и мед. эвакуации пострадавших.	50 пострадавших за 12 часов работы.	Фельдшер (м/с) санитар водит.-санитар	2 1 1
Врачебно-сестринская бригада (ВСБ).	Городские больницы, ЦРБ, районные и участковые больницы, поликлиники, ведомственные ЛПУ.	-----«-----	Первичная врачебная медико-санитарная помощь, проведение мед. сортировки и мед. эвакуация пострадавших.	50 пострадавших за 12 часов работы.	Врач медсестра водит.-санитар	1 2 1

Наименование формирований	База создания	Предназначение	Вид оказываемой помощи, задачи	Возможности работы	Специальность медицинского персонала	Кол-во медперсонала
Медицинский отряд (МО) (в составе от 5 до 10 БДП и ВСБ в совокупности)	Городские больницы, ЦРБ, ведомственные ЛПУ.	-----«-----	Первичная доврачебная и врачебная медико-санитарн. помощь, мед. сортировка и мед. эвакуация пострадавших.	До 250 пострадавших за 12 часов	Старший врач Врачи Медсестры Санитар Водит.-санит.	1 2 - 5 10 - 25 5 - 10 5 - 10
Бригады скорой медицинской помощи (БСкМП):	Станция (отделение) скорой медицинской помощи (ССкМП)	Для работы в очаге, на границе очага				
- линейная фельдшерская	-----«-----	-----«-----	Первичная доврачебная медико-санитарная помощь	До 25 человек за 12 часов	Фельдшер, санитар, водит.-санитар	1 1 1
- линейная врачебная	-----«-----	-----«-----	Первичная врачебная медико-санитарная помощь	До 50 человек за 12 часов	Врач, фельдшер(м/с) водит.-санитар	1 1 1

Наименование формирований	База создания	Предназначение	Вид оказываемой помощи, задачи	Возможности работы	Специальность медицинского персонала	Кол-во медперсонала
специализированная реанимационная	Станция скорой медицинской помощи	Для работы на границе очага	Противошоковые и реанимационные мероприятия	20 пострадавших за 12 часов	Реаниматолог, фельдшер, водит.-санитар	1 2 1
специализированная кардиологическая	-----«-----	-----«-----	Первичная медико-санитарная помощь с элементами специализированной мед. помощи	25 пострадавших за 12 часов	Кардиолог, фельдшер, водит.-санитар	1 2 1
специализированная психоневрологическая	-----«-----	-----«-----	-----«-----	До 25 человек за 12 часов	Психоневрол. фельдшер, водит.-санитар	1 1 1
специализированная педиатрическая	-----«-----	-----«-----	-----«-----	До 25 человек за 12 часов	Педиатр, фельдшер, водит.-санитар	1 2 1

Наименование формирований	База создания	Предназначение	Вид оказываемой помощи, задачи	Возможности работы	Специальность медицинского персонала	Кол-во медперсонала
Бригады специализированной медицинской помощи (БСМП):	Областные (краевые, республиканские), городские многопрофильные больницы, ЦРБ, ведомственные ЛПУ.	Для работы в условиях стационара вблизи очага ЧС	Экстренная специализированная медицинская помощь			
- хирургическая БСМП	-----«-----	-----«-----	-----«-----	10 человек за 12 часов	Хирург Анестезиол.-реаниматолог Оперативная сестра м/с анестезист водит.-санитар	2 1 2 1 1
- детская хирургическая БСМП	-----«-----	-----«-----	-----«-----	10 человек за 12 часов	Детский хирург Анестезиолог-реаниматолог Детский травматолог Оперативная м/сестра м/с анестезист водит.-санитар	1 1 1 2 1 1

Наименование формирований	База создания	Предназначение	Вид оказываемой помощи, задачи	Возможности работы	Специальность медицинского персонала	Кол-во медперсонала
- травматологическая БСМП	-----«-----	-----«-----	-----«-----	10 человек за 12 часов	Травматолог, анестезиолог-реаниматол, опер. м/сестра, м/с анестезист водит.-санитар	2 1 2 1 1
- акушерско-гинекологическая БСМП	Областные (краевые, республиканские), городские многопрофильные больницы, ЦРБ, ведомственные ЛПУ.	Для работы в условиях стационара вблизи очага ЧС	Экстренная специализированная медицинская помощь	До 50 человек за 12 часов	Акушер-гинеколог, анест.-реаним. акушерка, опер. м/сестра м/с анестез. дет. м/сестра водит.-санитар	2 1 1 2 1 1 1
- токсико-терапевтическая	Центры острых отравлений, ЛПУ, имеющие в своем составе токсиколог. отделения	-----«-----	Экстренная квалифицированная медицинская помощь	20-25 человек за 12 часов	Токсиколог, Терапевт Анаест.-реаним м/с анестезист медсестра водит.-санитар	1 1 1 1 2 1

92

Наименование формирований	База создания	Предназначение	Вид оказываемой помощи, задачи	Возможности работы	Специальность медицинского персонала	Кол-во медперсонала
- радиологическая терапевтическая	ЛПУ, имеющие в своём составе радиологические отделения	-----«-----	-----«-----	100 человек за 12 часов	Радиолог Терапевт Педиатр медсестра лабор.-дозим. водит.-санитар	1 1 1 3 1 1
Бригада специализированной медицинской помощи пост. готовн. (БСМП ПГ).	Областные, городские многопрофильные больницы, крупные ведомственные ЛПУ	Для работы в стационарных условиях	Экстренная специализированная медицинская помощь	10 пострадавших за 12 часов	Врач-специалист мед. сестра водит.-санитар	2 2-4 1

93

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барачевский Ю.Е. Нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность здравоохранения по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций мирного времени и определяющие работу в период мобилизации и в военное время: информ.-справ. материалы / Ю.Е. Барачевский, Р.В. Кубасов, С.М. Groшилин. – Ростов н/Д: Копицентр, 2014. – 108 с.
2. Безопасность жизнедеятельности. Безопасность в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера: учеб. пособие / В.А. Акимов, Ю.Л. Воробьев, М.И. Фалеев [и др.]. - Изд. 2-е, перераб. – М.: Высшая школа, 2007. - 592 с.
3. Работа городской больницы в чрезвычайных ситуациях / М.Ю. Бодогаров, А.А. Шапошников, Ю.М. Шефер [и др.]. – М.: МП Гигиена, 2006. – 226 с.
4. Васин М.В. Медицинские аспекты радиационных аварий / М.В. Васин. – М., 2003. – 64 с.
5. Гончаров С.Ф. Городская больница в чрезвычайной ситуации / С.Ф. Гончаров, Ю.М. Шефер. - М.: ВЦМК «Защита», 1999. - 104 с.
6. Губченко Н.П. Медико-санитарное обеспечение населения и действие сил в кризисных ситуациях / Н.П. Губченко. – Калуга: Манускрипт, 2005. – 528 с.
7. Жилиев Е.Г. Организация и оказание медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях: учебник / Е.Г. Жилиев, Г.И. Назаренко. - М.: Руссаки, 2001. – 320 с.
8. Замковой В.И. Терроризм – глобальная проблема безопасности / В.И. Замковой, М.З. Ильчиков. – М., 1996. – 75 с.
9. Левчук И.П. Медицина катастроф: курс лекций / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 240 с.
10. Сидоров П.И. Медицина катастроф: учебное пособие / Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Сарычев А.С. – М.: Академия, 2013. – 320 с.

11. Организация обеспечения медицинским имуществом в чрезвычайных ситуациях: учебное пособие / под ред. Разгулина С.А.; НГМА. - Нижний Новгород, 2013. - 76 с.
12. Основы управления службой медицины катастроф. – М.: ВЦМК Защита, 2001. – 60 с.
13. Организация медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях: учебное пособие / В.И. Сахно, Г.И. Захаров, Н.Е. Карлин, Н.М. Пильник. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003. - 248 с.
14. Сахно И.И. Медицина катастроф (организационные вопросы): учебник / И.И. Сахно, В.И. Сахно. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 560 с.

Автор:

Барачевский Юрий Евлампиевич - заведующий кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент.

Соавторы:

Скокова Вероника Юрьевна - доцент курса военной и экстремальной медицины кафедры скорой медицинской помощи ФПК и ППС, кандидат медицинских наук.

Иванов Андрей Олегович - научный сотрудник научно-исследовательского отдела обитаемости кораблей и медицинского обеспечения личного состава ВМФ НИИ кораблестроения и вооружения ВМФ Военного учебно-научного центра ВМФ «Военно-морская академия им. Адмирала Флота Советского Союза Н. Г. Кузнецова, доктор медицинских наук, профессор

Шатов Дмитрий Викторович - начальник государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук.

Слесарев Ю.М. – старший преподаватель кафедры безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Афендииков С.Г. - преподаватель кафедры безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Анистратенко Л.Г. - доцент кафедры безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кандидат медицинских наук.

Грошилиин С.М. – заведующий кафедрой безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

Учебное пособие
для студентов медицинских ВУЗов

Барачевский Ю.Е

Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК).

Сдано в набор 16.02.2016. Подписано в печать 02.02.2016.

Печать цифровая. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс».

Формат 60x84/16. Объем 4.0 уч.-изд.-л.

Заказ № 4247. Тираж 150 экз.

Отпечатано в КМЦ «КОПИЦЕНТР»

344006, г. Ростов-на-Дону, ул. Суворова, 19, тел. 247-34-88
