

ПОДГОТОВКА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ К РАБОТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Мероприятия по повышению устойчивости функционирования лечебно-профилактического учреждения в чрезвычайных ситуациях

Важная роль в выполнении задач медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях (ЧС) принадлежит объектам здравоохранения: больницам, поликлиникам, центрам государственного санэпиднадзора, станциям переливания крови, аптекам и аптечным складам. Одни из них являются базой создания учреждений и формирований службы медицины катастроф, участвуют в выполнении лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, другие обеспечивают объекты здравоохранения и службу медицины катастроф средствами оказания медицинской помощи и лечения. От готовности, степени устойчивости функционирования объектов здравоохранения, организации взаимодействия между ними во многом зависит решение задач по медико-санитарному обеспечению населения в ЧС.

Как уже отмечалось, на органы и учреждения здравоохранения возлагаются задачи по оказанию медико-санитарной помощи в ЧС, что ставит учреждения здравоохранения перед необходимостью устойчивой работы в любой экстремальной обстановке.

В этих целях к существующим или планируемым к строительству лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ) предъявляются медико-технические требования, которые подразделяются на общие и специальные.

К общим медико-техническим требованиям относятся требования, специфичные для учреждений здравоохранения и реализуемые во всех проектах.

К специальным относятся требования, зависящие от природных факторов (сейсмичность, вечная мерзлота, низкие грунтовые воды и т.д.), от региона застройки (близость АЭС, химически опасных объектов, взрыво- и пожароопасных объектов и т.д.), от типа учреждения (больница, поликлиника, станция переливания крови и т.д.). Для некоторых категорий больниц при их планировке необходимо предусмотреть площадку для посадки вертолетов (самолетов), обязательно обеспечить возможность раздельного въезда и выезда прибывающего в ЛПУ автотранспорта, а также оборудовать приспособления для погрузки и выгрузки больных. При отводе земельного участка под строительство ЛПУ учитывается «роза ветров».

Решение всех этих вопросов входит в перечень повышения устойчивости функционирования ЛПУ. Кроме того, выполняется ряд технических и других требований.

При определении системы надежности энергоснабжения и электроосвещения учреждений здравоохранения должны предусматриваться варианты аварийного освещения с помощью подвижных электростанций, устанавливаемых вне зданий или в защитных сооружениях и обеспечивающих подключение к сетям внутри здания.

Мощность подстанции (30 и более кВт) используется в первую очередь для освещения операционных (родовых), перевязочных, реанимационных, палат интенсивной терапии, стерилизационных, а также для подключения переносных электроламп в приемном отделении, палатах и коридорах с помощью запасных штепсельных розеток. Особое внимание обращается на технические устройства подключения к электросетям, способность их противостоять резким колебаниям при землетрясении (в сейсмоопасных зонах).

Аварийное теплоснабжение обеспечивается созданием запасов газа в баллонах и других видов топлива (для котельных или печей) на период восстановления основного источника теплоснабжения, а также возможностью подачи газа от внешних сетей с помощью гибких муфт и специальных устройств.

Водоснабжение в ЧС обеспечивается путем создания запасов питьевой воды из расчета 2 л/сут на больного (пострадавшего) и технической воды - по 10 л/сут на койку. Аварийные емкости устанавливаются в верхней части здания или в отдельной водонапорной башне (бассейне). Предусматривается возможность подачи воды с помощью трубопроводов (гибких шлангов) от внешних сетей или подвижных средств с применением специальных присоединительных конструкций.

Канализационная система в лечебных учреждениях, которые по плану предназначены для приема пораженных с территорий, находящихся на следе радиоактивного облака, должна обеспечивать проведение дезактивации с учетом безопасности для персонала и окружающей среды (специальные отстойники в системе очистных сооружений).

При проектировании ЛПУ, в которые могут поступать пораженные после воздействия РВ, необходимо соблюдать требования, соответствующие II классу работ с радиоактивными источниками.

Для защиты зданий лечебных учреждений от радиоактивных и химических веществ, задымленности и других вредных факторов создается максимально возможная герметичность внутренних помещений при закрытых окнах; система вентиляции должна при необходимости создавать подпор воздуха в палатах, операционных и процедурных и иметь систему фильтров в местах забора воздуха.

Система внутрибольничной безопасности от поражающих факторов (пожаро- и взрывоопасные вещества, устройства и материалы; ядовитые и радиоактивные вещества; материалы, содержащие патогенные для человека бактерии, вирусы и грибы) должна планироваться и создаваться таким образом, чтобы больные и пораженные не имели контактов с перечисленными факторами. Это достигается рациональным распределением потоков больных и обслуживающего персонала, а также рациональным размещением и оборудованием соответствующих помещений больницы, созданием системы вентиляции и шлюзов, препятствующих распространению вредных факторов за пределы рабочих помещений.

Для защиты больных в стационарных учреждениях предусматривается строительство защитных сооружений (убежищ или противорадиационных укрытий) согласно СНиП П-11-77, дополнениям и изменениям к ним.

Средства связи в больнице должны обеспечивать постоянную возможность быстрой подачи сигнала тревоги во все помещения, где находятся больные и персонал, через радиосеть или другую систему громкой связи. Дежурная смена во главе с руководством больницы оснащается портативными переносными средствами связи для работы внутри здания и вне его в пределах слышимости. Эти же средства связи могут использоваться при выезде медицинских бригад в ЧС.

В крупных лечебных учреждениях необходимо иметь автоматизированную систему регистрации пораженных и банк данных об историях болезни для их быстрой статистической обработки.

Система экстренной эвакуации больных должна быть дополнена индивидуальными спасательными устройствами, которые могут использоваться при нарушениях эвакуации обычным порядком: через окна на первом этаже, а начиная со второго и выше - с использованием трапов, запасных лестниц, специальных сетей или других устройств, позволяющих опустить человека на безопасную площадку.

Важнейшим элементом устойчивости работы учреждений здравоохранения являются резервы медицинского имущества, которые создаются на случай ЧС.

К медицинскому имуществу относят: лекарственные средства, антидоты, радиопротекторы, изделия медицинского назначения, медицинскую технику, дезинфекционные средства и другие расходные материалы, средства транспортировки, автономные источники электропитания к приборам и др. Их накопление производится по табелям оснащения медицинских формирований, создаваемых на период ЧС.

В проекте строительства учреждений здравоохранения необходимо предусматривать специальные складские помещения для хранения указанных комплектов имущества в укладках. Эти помещения целесообразно располагать на первом этаже вблизи приемного отделения.

Для таких учреждений, как станции скорой медицинской помощи, станции переливания крови, центры Госсанэпиднадзора, помимо общих требований по устойчивости их работы, обязательно предусматриваются складские помещения с холодильниками (камерами), емкость которых определяется потребностью в хранении препаратов, требующих соблюдения температурного режима.

Соблюдение перечисленных требований с учетом особенностей учреждения во многом повысит устойчивость функционирования его при возникновении любой ЧС.

Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в больнице

Готовность объектов здравоохранения определяется созданием соответствующих формирований, подготовленностью к проведению мероприятий в ЧС, обученностью персонала, достаточной обеспеченностью необходимым имуществом, организацией четкого управления в соответствии с имеющимися планами и конкретной обстановкой в ЧС (*рис. 12*).

Общими задачами для всех объектов здравоохранения по предупреждению последствий ЧС являются:

- прогнозирование возможной обстановки и ее оценка при возникшей ЧС;
- планирование работы объекта в ЧС;
- организация мероприятий по подготовке объекта к работе в ЧС;
- организация защиты персонала и материальных средств от воздействия поражающих факторов с учетом прогнозируемой обстановки;
- повышение устойчивости функционирования объекта в ЧС.

Специфические задачи определяются для каждой группы объектов здравоохранения, исходя из предназначения в системе здравоохранения и возложенных задач в ЧС.

Для организации и проведения этих мероприятий в больнице создается объектовая комиссия по чрезвычайным ситуациям, которая возглавляется главным врачом или его



Рис. 12. Принципиальная схема организации гражданской обороны в лечебно-профилактическом учреждении.

заместителем по лечебной работе.

Ответственность за создание и подготовку органов управления и формирований в больнице для работы в ЧС несет главный врач, который по положению является начальником гражданской обороны (ГО) своего объекта.

В больницах приказом начальника ГО объекта (главного врача) создается орган управления - штаб ГО объекта. Состав штаба определяется в зависимости от структуры больницы, ее возможностей и решаемых задач в ЧС. В его состав включаются основные

руководящие работники, которым определяются функциональные обязанности в соответствии с характером выполняемой ими повседневной работы. Вариант организации штаба ГО больницы и распределения обязанностей должностных лиц показан на рис. 13.

Функциональные обязанности отрабатываются каждым должностным лицом штаба ГО объекта под руководством начальника штаба, обсуждаются на заседаниях штаба, подписываются исполнителем и начальником штаба и утверждаются начальником ГО объекта. Первый экземпляр документа с указанием функциональных обязанностей должностных лиц хранится у начальника штаба, а второй - в рабочей папке должностного лица.

Для обеспечения плановой, целенаправленной подготовки больницы к работе в ЧС ее руководству выдается задание. В нем кратко излагается возможная (прогнозируемая) обстановка в границах административной территории при возникновении ЧС. Это необходимо для того, чтобы персонал больницы мог сделать соответствующие выводы и использовать их при планировании мероприятий. В задании определяется: какие медицинские формирования и с каким сроком готовности создать, порядок их обеспечения медицинским и другим имуществом, транспортом. С учетом профиля больницы, ее возможностей предписывается: какого профиля пораженных и в каком количестве необходимо принять, срок готовности к приему и время, в течение которого необходимо проводить прием, порядок дальнейшей эвакуации пораженных.

Эти данные необходимы, чтобы персонал больницы мог наиболее рационально спланировать экстренную выписку больных, находящихся на лечении, перепрофилировать лечебные отделения, развернуть на базе приемного отделения приемно-сортировочное, подготовить другие отделения, учитывая возможный профиль поступления пораженных в ЧС.

От срока готовности к приему пораженных зависят организация выписки больных из отделений и время развертывания приемно-сортировочного и других отделений. Количество и темп поступления пораженных обуславливают интенсивность их разгрузки, проведения медицинской сортировки в приемно-сортировочном отделении, а следовательно, и потребность в сортировочных бригадах, санитарах-носильщиках, средствах транспортировки в отделения больницы.

Получив задание, начальник штаба готовит проект приказа по лечебному учреждению, в соответствии с которым к работе привлекают весь состав штаба и персонал отделений, участвующий в ликвидации ЧС.

Работа штаба организуется в зависимости от режимов функционирования больницы. В режиме повседневной деятельности штаб разрабатывает планы защиты от поражения радиоактивными, ядовитыми веществами и биологическими средствами, организационные вопросы оказания медицинской помощи при прогнозируемых ЧС в соответствии с возложенными задачами; проводит подготовку (обучение) личного состава формирований и санитарно-просветительную работу; организует мероприятия по подготовке больницы к устойчивой работе в условиях ЧС.

При угрозе возникновения ЧС (режим повышенной готовности) осуществляются следующие мероприятия:

- оповещение и сбор персонала больницы;
- введение круглосуточного дежурства руководящего состава;
- установление постоянного наблюдения, уточнение порядка работы постов наблюдения, выдача персоналу СИЗ, приборов радиационной и химической разведки;
- подготовка больницы к приему пораженных;
- прогнозирование возможной обстановки на территории больницы;
- проверка готовности органов управления и врачебно-сестринских бригад к оказанию медицинской помощи пораженным в районе бедствия и медицинскому обслуживанию населения в местах его проживания (сосредоточения);
- усиление контроля за соблюдением правил противопожарной безопасности на объекте и готовностью звеньев пожаротушения;
- повышение защиты больницы от поражающих факторов;
- проверка готовности сил и средств больницы к эвакуации в безопасное место;
- закладка медицинского имущества в убежища города и объектов народного

хозяйства, в стационары для нетранспортабельных;

- уточнение знания медицинским персоналом особенностей патологии поражения возможными факторами ожидаемой ЧС.

При возникновении ЧС (режим чрезвычайной ситуации) осуществляются следующие мероприятия:

- о случившемся и о проводимых мероприятиях информируется вышестоящий начальник;

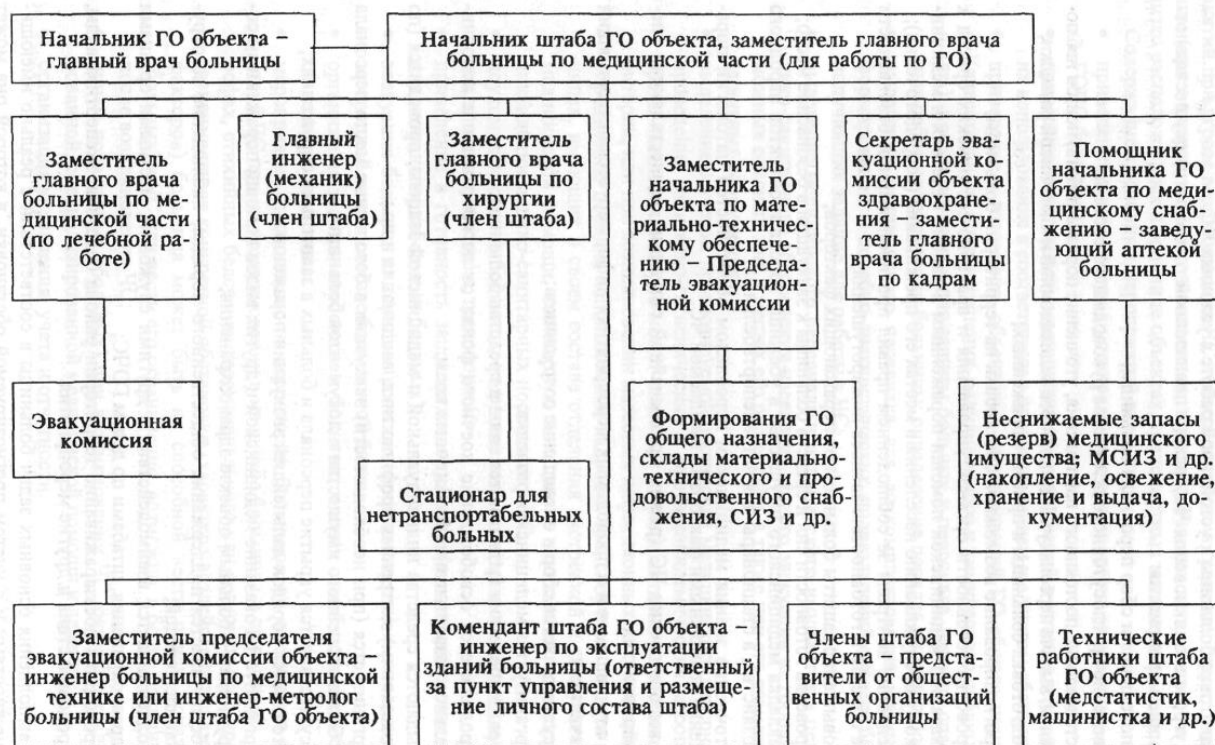


Рис. 13. Схема организации штаба гражданской обороны больницы на 600 и более коек (вариант).

- осуществляется сбор и оповещение сотрудников;
- организуется медицинская разведка;
- в район бедствия выдвигаются силы и средства больницы;
- продолжается освобождение коечного фонда от легкобольных и дополнительное развертывание больничных коек;
- выдаются средства индивидуальной и медицинской защиты, проводится (по показаниям) экстренная профилактика, вакцинация и др.;
- организуется (при необходимости) эвакуация в безопасные места персонала и больных, ценного имущества и документов больницы;
- осуществляется укрытие персонала и больных в защитных сооружениях;
- уточняется порядок дальнейшей эвакуации пораженных;
- организуется оказание медицинской и других видов помощи пораженным сотрудникам и больным объекта здравоохранения;
- обеспечивается поддержание общественного порядка, наблюдение за окружающей средой;
- поддерживается взаимодействие с другими службами, местными органами здравоохранения, штабами по делам ГОЧС;
- проводятся обеззараживание территории района бедствия, экспертиза воды, продовольствия и другие мероприятия.

Для выполнения основных задач больницы в соответствии с реально имеющимися возможностями и с учетом прогнозируемой обстановки, в которой она может оказаться при возникновении наиболее вероятных ЧС, планируется проведение мероприятий при угрозе возникновения ЧС непосредственно в границах территории больницы (при пожарах, взрывах,

затоплениях, террористических актах и др.), на других близко расположенных к больнице объектах, транспортных магистралях и др.

Содержанием основных мероприятий являются:

- приведение в готовность в установленные сроки органа управления – штаба ГОЧС больницы;
- приведение в готовность медицинских формирований в установленные сроки, их использование в соответствии с предназначением и с учетом обстановки;
- приведение в готовность объектовых формирований ГО общего назначения (спасательных, пожаротушения, радиационного и химического наблюдения и др.), предназначенных для защиты больных и персонала, ведения спасательных работ на территории больницы; определение порядка их использования;
- выделение медицинского персонала для доукомплектования медицинских формирований и лечебно-диагностических подразделений других больниц, получивших задание для работы в ЧС;
- выделение медицинского персонала и медицинского имущества в целях медико-санитарного обеспечения населения при его эвакуации из города и возможных опасных зон, в местах его расселения, а также при его размещении в защитных сооружениях;
- выделение с учетом прогнозируемой обстановки медицинского персонала для проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий среди населения, которое может оказаться на радиоактивно загрязненной территории, или при возникновении массовых инфекционных заболеваний;
- определение порядка использования кадров и транспортных средств в больницах, имеющих в своем составе отделения экстренной и консультативной медицинской помощи, санитарную авиацию и санитарный транспорт, при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- доукомплектование больницы медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным имуществом, транспортом;
- приведение в готовность защитных сооружений (в том числе стационаров для нетранспортабельных больных);
- эвакуация больниц из городов (если она предусмотрена) и развертывание в загородной зоне в составе больничной базы;
- организация защиты персонала и больных, членов семей персонала больницы в загородной зоне;
- мероприятия, проводимые на территории больницы, по ликвидации последствий ЧС при их возникновении в масштабе больницы и при авариях, катастрофах, стихийных бедствиях территориального или регионального уровня. В зависимости от конкретной обстановки (характера воздействия поражающих факторов) больница может быть не способной вести прием пораженных (больных) в ЧС или вести его ограниченно, возможно, в более поздние сроки после возникновения ЧС;
- прием пораженных (больных) при возникновении ЧС, оказание квалифицированной, специализированной медицинской помощи и лечение;
- организация управления, учета и отчетности.

Больница, руководствуясь заданием, планирует выполнение тех мероприятий из числа перечисленных, которые обеспечивают решение задач при возникновении ЧС.

Наиболее сложным для больниц является создание запасов медицинского имущества для формирований и перепрофилируемых коек. Потребности в имуществе определяются соответствующими органами здравоохранения и центрами медицины катастроф. В больницах необходимо иметь оперативно-тактический запас для работы формирований в очаге ЧС и оперативно-стратегический запас для работы в военное время. Расходы по их накоплению, хранению и обновлению включаются в ежегодный бюджет больницы.

Основными формами подготовки персонала больницы, ее штаба ГО и формирований являются штабные тренировки и учения, командно-штабные учения, а подготовки больницы в целом - комплексные учения и тренировки на объектах.

7.3. Организация работы больницы в чрезвычайных ситуациях

Работа лечебного учреждения в ЧС организуется в соответствии с планом работы штаба ГО объекта в мирное время.

При возникновении ЧС больница может решать две разные по содержанию задачи. Если больница подвергается воздействию поражающих факторов ЧС, то необходимо прежде всего обеспечить защиту больных, персонала, уникального оборудования, других материальных средств и, в зависимости от обстановки, приступить к оказанию медицинской помощи пораженным, в том числе и своему персоналу, а также больным, которые могут подвергаться воздействию поражающих факторов.

Если больница не подвергается воздействию поражающих факторов ЧС, она, в соответствии с имеющимся заданием, приводит в готовность создаваемые на ее базе медицинские формирования службы медицины катастроф, перепрофилирует коечную сеть некоторых отделений, обеспечивает прием пораженных и оказание им квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Медицинские формирования, созданные в больнице, используются в соответствии со сложившейся обстановкой и полученным распоряжением вышестоящего органа здравоохранения.

Получив информацию об угрозе возникновения ЧС, ответственный дежурный по больнице задействует схему оповещения и сбора руководящего состава и одновременно принимает меры к выполнению мероприятий, предусмотренных планом:

- ставятся в известность вышестоящие органы здравоохранения;
- организуется работа штаба ГО объекта и ставятся конкретные задачи подчиненным;
- приводятся в готовность к выдвигению соответствующие формирования (сбор персонала, получение имущества и т.п.);
- выставляется (при необходимости) пост наблюдения радиационной и химической разведки;
- на улице и внутри помещения устанавливается пикетаж с указанием направления движения потока пораженных;
- приводятся в готовность СИЗ и МСИЗ, а также средства коллективной защиты персонала и больных;
- при необходимости повышаются защитные свойства здания больницы (оконных проемов, дверей и т.п.);
- уточняются списки больных, которые могут быть выписаны на амбулаторно-поликлиническое лечение;
- принимаются меры к увеличению коечной емкости больницы для пораженных не только за счет выписывания больных, но и использования дополнительных площадей (ординаторских, коридоров и т.п.);
- увеличивается численность персонала приемного отделения; проверяется знание персоналом инструкции по приему и сортировке пораженных, готовность санитарного пропускника к проведению частичной и полной санитарной обработки, наличие обменного фонда носилок и белья;
- в операционно-перевязочном отделении, в отделении реанимации и интенсивной терапии принимаются меры к увеличению коечной емкости и увеличению пропускной способности. Устанавливается дополнительное количество операционных, перевязочных столов, штативов и других приспособлений для крепления инфузионных средств, кислородной аппаратуры и др.;
- устанавливается круглосуточное дежурство медицинского персонала. При возможности привлекаются к работе пенсионеры, студенты старших курсов медицинских учебных заведений;
- осуществляется замена медицинского персонала, убывающего в составе формирований;
- проверяется наличие аварийного освещения и водоснабжения.

В соответствии с заданием и складывающейся обстановкой больница может развертываться по нескольким вариантам: для приема пораженных с механической травмой, для приема пораженных с механической травмой и ожогами (рис. 14), для приема пораженных

АОХВ (рис. 15) и др.

При поступлении пораженных в больницу проводится их сортировка. Для этого разворачиваются сортировочный пост (СП), сортировочная площадка, площадка санитарной обработки и приемное отделение. СП выставляется при въезде в больницу на расстоянии зрительной и звуковой связи с приемным отделением. Там работают фельдшер (медицинская сестра) и дозиметрист. Они ведут постоянное наблюдение за окружающей обстановкой и встречают транспорт с пораженными.

От СП транспорт направляется на сортировочную площадку (к приемному отделению) для выгрузки пораженных. При неблагоприятной погоде выгрузка осуществляется непосредственно в приемно-сортировочное помещение. При первичном беглом осмотре выделяются ходячие и носилочные больные. При выходе из транспорта ходячих размещают в отведенном для этого месте отдельно от носилочных.

При сортировке выделяют подозрительных на инфекционное заболевание или явно больных и направляют их в инфекционный изолятор, пораженных в состоянии психомоторного возбуждения - в психоизолятор. Пораженные, непрофильные для данного лечебного учреждения, не снимаются с машины, а эвакуируются дальше по назначению в соответствующее лечебное учреждение. При направлении пораженных в соответствующие отделения данной больницы устанавливается очередность с учетом их состояния и срочности выполнения лечебно-профилактических мероприятий.

Личный состав СП использует СИЗ по обстановке. Пораженные, поступающие из зоны радиоактивного загрязнения, подвергаются дозиметрическому контролю. При этом предпочтительнее использовать приборы типа СРП-68-01 или ДРГ-01-Т.

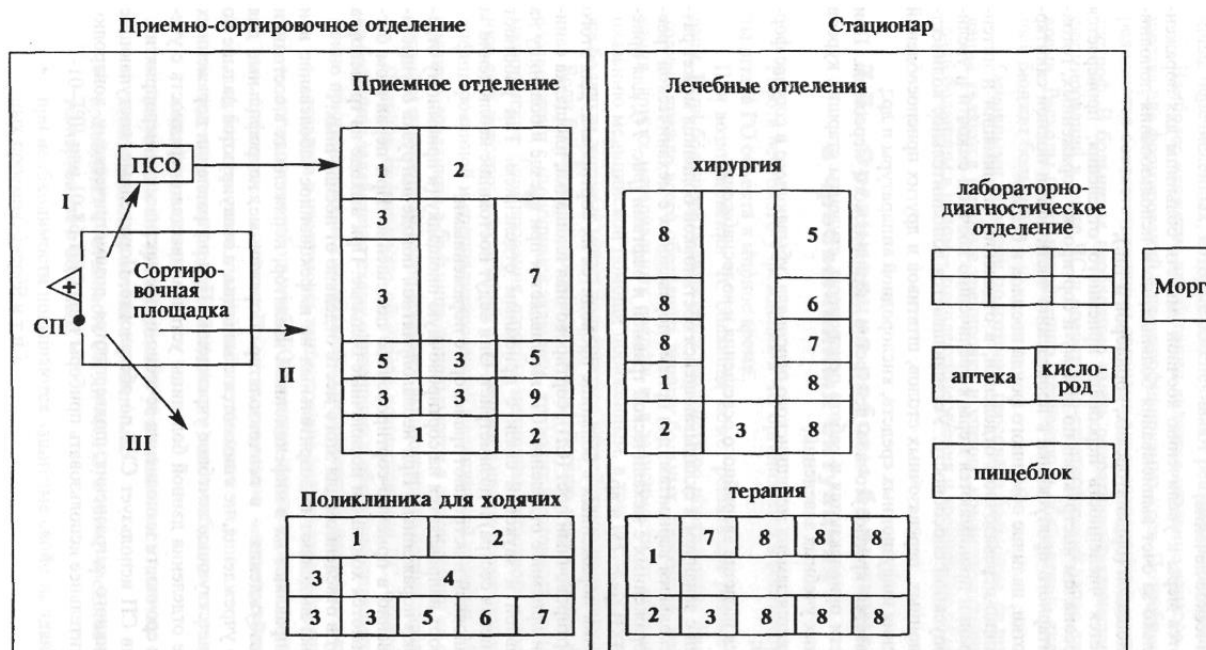


Рис. 14. Схема развертывания городской больницы в ЧС при приеме пораженных с механическими травмами и ожогами. Условные обозначения: → – сортировочные потоки пораженных; I – загрязненные РВ, загрязненные АОХВ; II – носилочные больные; III – ходячие больные; СП – сортировочный пост; ПСО – площадка санитарной обработки; 1 – вестибюль; 2 – санпропускник; 3 – смотровой кабинет; 4 – временный стационар; 5 – перевязочная; 6 – операционная; 7 – процедурная; 8 – палата для больных; 9 – рентгеновский кабинет.

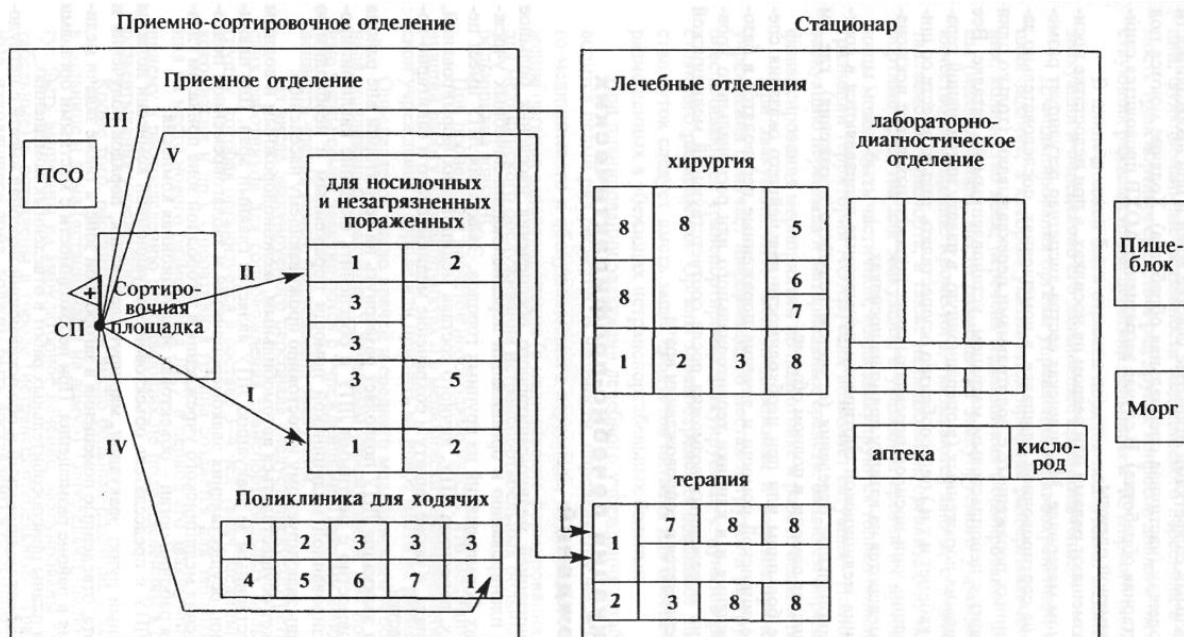


Рис. 15. Схема развертывания городской больницы в ЧС при приеме пораженных, загрязненных АОВВ. Условные обозначения: —> — сортировочные потоки пораженных; I — загрязненные носилочные; II — незагрязненные носилочные; III — загрязненные ходячие; IV — незагрязненные ходячие; V — в крайне тяжелом состоянии; СП — сортировочный пост; ПСО — площадка санитарной обработки; 1 — вестибюль; 2 — санпропускник; 3 — смотровой кабинет; 4 — временный стационар; 5 — перевязочная; 6 — операционная; 7 — процедурная; 8 — палата для больных; 9 — рентгеновский кабинет.

При наличии загрязнения РВ выше допустимого уровня носилочным пораженным протирают влажными салфетками открытые участки кожи и при необходимости снимают верхнюю одежду (частичная специальная обработка). Ходячие моются под душем (полная санитарная обработка). В случае загрязнения АОВВ проводится санитарная обработка с заменой одежды.

Носилочных размещают рядами или веером на носилках, а при недостатке носилок - на подстилочном материале. Медицинская сестра-диспетчер регулирует размещение пораженных на сортировочной площадке, в помещениях, последовательно заполняя их. Доставленных пораженных с политравмами перекладывают (только один раз!) с носилок на щит с пенопластовым матрасом, установленным на каталке. Все дальнейшие перемещения пораженных (в операционную, в палату интенсивной терапии, рентгеновский кабинет и т.п.) целесообразно осуществлять только вместе со щитом. При использовании шин-носилков перекладывание пораженных вовсе исключается, так как они помещаются на каталку прямо на носилках.

После проведения медицинской сортировки пораженные направляются в соответствующие функциональные отделения (с учетом ведущего поражения), где им оказывается медицинская помощь в полном объеме.

При перегрузке больницы или при необходимости дальнейшего оказания специализированной медицинской помощи и лечения пораженные переводятся в базовые лечебные учреждения и в клиники территориального или регионального уровней. Эвакуация таких пораженных возможна после соответствующей медицинской подготовки и осуществляется в сопровождении врача.

7.4. Эвакуация лечебно-профилактических учреждений

Наряду с организацией медико-санитарного обеспечения населения большое значение

придается планированию и организации передислокации лечебных учреждений и медицинских формирований из крупных городов. Эвакуация ЛПУ имеет целью защиту больных, персонала ЛПУ, личного состава медицинских формирований, членов семей персонала, а также защиту и сохранение медицинского и санитарно-хозяйственного имущества.

Своевременная эвакуация ЛПУ позволяет развернуть на территории вне района ЧС сеть больниц совместно с местными ЛПУ и обеспечить оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи пораженным и необходимую медицинскую помощь эвакуируемому и постоянно проживающему населению.

Эвакуация может осуществляться автомобильным, железнодорожным и водным транспортом. Ответственным за эвакуацию ЛПУ является главный врач. Для планирования, организации, осуществления эвакуационных мероприятий и заблаговременной подготовки места размещения медицинского учреждения в загородной зоне приказом главного врача создается рабочий орган - объектовая эвакуационная комиссия.

Руководитель ЛПУ и председатель объектовой эвакуационной комиссии должны заранее знать конечный пункт эвакуации, маршрут следования, порядок получения и выделения транспорта, отведенные помещения в загородной зоне, а также задачи медицинского учреждения в районе размещения. При необходимости с местными органами власти составляются планы приспособительных работ в отведенных помещениях.

Эвакуации подлежат медицинский и обслуживающий персонал вместе с нетрудоспособными членами их семей, транспортабельные больные, а также медицинское имущество, твердый и мягкий инвентарь первой необходимости. Очередность эвакуации, функциональные обязанности медицинского персонала в этот период, необходимость транспортных средств и ряд других вопросов должны быть отражены в соответствующих разделах плана действий больницы в ЧС мирного и военного времени.

В плане должен быть отражен порядок подготовки медицинского учреждения к эвакуации и определено его дальнейшее предназначение.

Для планирования органы управления здравоохранением каждому ЛПУ выдают план-задание, в котором указывается профиль развертываемого лечебного учреждения, количество коек, перечень медицинских формирований для работы вне больницы (поликлиники), место размещения эвакуируемого учреждения, необходимое количество помещений. Кроме того, указываются данные о видах и количестве предоставляемого транспорта, а также наименование организаций, выделяющих автотранспортные средства для эвакуации, с указанием сроков их прибытия. Эвакуация больницы может быть частичной, когда эвакуируются только больные и персонал (при загрязнении территории АОВ, если позволяет ситуация). Полная эвакуация включает эвакуацию персонала и материальных средств. Заданием определяется также порядок финансирования мероприятий по подготовке и работе больницы в ЧС.

При эвакуации ЛПУ железнодорожным и водным транспортом руководитель учреждения получает информацию о местах погрузки и разгрузки и об организации, обеспечивающей транспортировку эвакуируемых с пунктов разгрузки до места постоянного размещения. Органы здравоохранения сообщают также, на какое количество суток следует иметь запас продуктов питания для обеспечения эвакуируемых и размещенных в убежищах нетранспортабельных больных.

При планировании эвакуации лечебного учреждения штабом ГО объекта производится целый ряд расчетов. В частности, определяется численность врачей, среднего медицинского и обслуживающего персонала, подлежащего выделению в распоряжение органов здравоохранения (в медицинские формирования, в эвакуационные пункты и др.), для медицинского обслуживания нетранспортабельных больных и для развертывания больниц вне зоны ЧС.

При проведении расчетов необходимо учесть, что медицинский персонал, закончивший работу на эвакуационных пунктах и в медицинских формированиях, обязан вернуться в свои учреждения в городе или прибыть на новое место их размещения.

Определяется число врачей и среднего медицинского и обслуживающего персонала, подлежащих эвакуации с лечебным учреждением. Как правило, нетрудоспособные члены семей эвакуируются с учреждениями. Поэтому необходимо уточнить численность членов семей, подлежащих эвакуации.

Из числа эвакуируемого персонала следует предусмотреть выделение медицинских работников для сопровождения транспортабельных больных и в оперативную группу, которая организуется в составе 3-4 чел. (врач, медицинская сестра, член эвакукомиссии и др.). Оперативная группа создается для заблаговременного направления на место нового размещения ЛПУ в период его эвакуации с целью подготовки к приему и распределению прибывающих по подразделениям в соответствии с планом развертывания учреждения.

Кроме того, рассчитывается число больных различных категорий, находящихся в больнице и дома («стационары на дому»). Определяют число больных, которые могут быть выписаны на амбулаторное лечение, эвакуированы с больницей (транспортабельные) и оставлены в городе (нетранспортабельные). Транспортабельные больные, находящиеся дома, должны быть доставлены в больницу и эвакуированы вместе с ЛПУ. Нетранспортабельные больные, находящиеся дома, подлежат перевозу в стационары для этой категории больных. При определении числа больных в стационаре и на дому необходимо указывать способ их транспортировки (сидя, лежа).

Все больные, находящиеся на лечении в данном лечебном учреждении, по эвакуационному назначению распределяются на три основные группы:

а) больные, не нуждающиеся в дальнейшем продолжении стационарного лечения и подлежащие выписке (около 50%); они после выписки самостоятельно следуют до места жительства, а затем, при необходимости, до сборного эвакуационного пункта или пункта посадки, откуда эвакуируются наравне с другим населением; при выписке, если необходимо, их следует обеспечить медикаментами на 2-3 дня, так как в этот период из города эвакуируются поликлинические и аптечные учреждения;

б) транспортабельные больные, которые по состоянию здоровья не могут быть выписаны из больницы, но в состоянии без значительного ущерба для здоровья эвакуироваться с этим учреждением (около 45%);

в) нетранспортабельные больные, которые не способны без ущерба для здоровья перенести эвакуацию (около 5%). Эта группа больных должна быть оставлена в городе и укрыта в специально оборудованном убежище лечебного учреждения (лечебном стационаре для нетранспортабельных больных); нетранспортабельность больных определяется «Перечнем неотложных форм и состояний, при которых больные не могут подлежать транспортировке», утвержденным Минздравом России.

Производится также расчет и распределение медикаментов, перевязочного материала, медицинского и санитарно-хозяйственного имущества, в том числе для обеспечения нетранспортабельных больных и комплектования сумок (укладок) неотложной помощи, которые выдают медицинскому персоналу для оказания медицинской помощи эвакуируемому населению на эвакуопунктах и при сопровождении транспортабельных больных в пути следования.

Для расчета потребности транспортных средств необходимо определить тоннаж и объем имущества, подлежащего эвакуации с лечебным учреждением.

Транспортные средства для эвакуации учреждения рассчитываются в машино-рейсах (следование автомашины туда и обратно). Время на путь следования определяется из расчета скорости движения в колонне (25-30 км/час). При недостатке выделенного транспорта определяются порядок и последовательность эвакуации несколькими рейсами. Рассчитывается время, которое потребует затратить на эвакуацию всего учреждения, в зависимости от количества машино-рейсов.

Проводится расчет количества помещений для размещения больных вне района ЧС (в загородной зоне) и потребность в помещениях для укрытия нетранспортабельных больных в лечебном стационаре для нетранспортабельных, необходимое количество медицинского персонала, обслуживающего персонала для организации питания, водоснабжения и обеспечения этой категории больных лекарственными средствами и т.д.

Заблаговременно в каждом отделении лечебного учреждения назначаются лица, ответственные за выписку больных, подготовку транспортабельных к эвакуации и

перемещение нетранспортабельных в защитные сооружения.

Рекомендуется в истории болезни транспортабельных больных делать пометку: «эвакуируется с больницей», а нетранспортабельных - «остается в больнице как нетранспортабельный». История болезни подписывается врачом, заместителем главного врача по медицинской части, а для нетранспортабельных, кроме того, заверяется круглой печатью больницы. Истории болезни следуют с больными. Больным, подлежащим выписке на амбулаторное лечение, помимо пометки в истории болезни «выписан на амбулаторное лечение», выдается на руки справка, в которую вносят краткие сведения о проведенных исследованиях и лечении.

На основе проведенных расчетов разрабатываются следующие документы:

- схема оповещения для сбора персонала учреждения;
- обязанности персонала на период подготовки и проведения эвакуации учреждения;
- распределение медицинского персонала учреждения по подразделениям и по предназначению;
- план размещения нетранспортабельных больных и список выделяемого медицинского и обслуживающего персонала;
- расчет распределения медицинского и санитарно-хозяйственного имущества;
- схема эвакуации учреждения с указанием порядка и последовательности эвакуации больных, персонала и имущества;
- тематика и график проведения тренировочных занятий с медицинским и другим персоналом;
- план проведения учений по эвакуации учреждения.

При поступлении распоряжения на эвакуацию руководитель учреждения обязан:

- оповестить об этом подчиненный личный состав;
- направить оперативную группу в район эвакуации;
- организовать выписку больных, подлежащих амбулаторному лечению;
- разместить нетранспортабельных больных в убежище стационара, оставив для их обслуживания часть медицинского персонала;
- организовать эвакуацию медицинских формирований, созданных на базе данного учреждения, в заранее намеченные районы;
- последовательно эвакуировать транспортабельных больных, персонал, членов семей, необходимое медицинское и санитарно-хозяйственное имущество, запасы питания и воды.

При проведении эвакуации инфекционной больницы соблюдается необходимый санитарно-эпидемиологический режим (больные эвакуируются на специальном транспорте согласно графику использования дорог, выделенных для их движения).

Эвакуация психиатрических больниц и диспансеров (вместе с больными) также имеет свои характерные особенности, что отражается в планах данных лечебных учреждений.

Заключительным этапом эвакуационных мероприятий является консервация здания и сдача его под охрану.