

А.М. Шелепов, Р.Н. Лемешкин,
С.В. Бутузов, Е.Г. Кручинин

Перспективы создания объединенной медицинской группировки в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Опыт ликвидации медико-санитарных последствий радиационной катастрофы Чернобыльской атомной электростанции показал наличие проблемных вопросов планирования медицинского обеспечения, в частности межведомственного взаимодействия заинтересованных министерств и ведомств с целью сохранения здоровья населения, оказание пораженным соответствующих видов медицинской помощи в оптимальные сроки. В каждом случае межведомственное взаимодействие строится на принципах единства взглядов государственной политики в области предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, приоритета спасения жизни и сохранения здоровья населения, учета возможностей медицинских подразделений, частей и организаций. Построение системы медицинского обеспечения в современных условиях невозможно без анализа использования органов управления медицинскими силами и средствами в реальных условиях деятельности (ликвидации последствий радиационных аварий). При этом ключевая роль, особенно на начальных этапах ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, должна отводиться формированию, способному выполнить весь комплекс мероприятий медицинского обеспечения (медицинская разведка, санитарно-противоэпидемические мероприятия, лечебно-диагностическая работа, снабжение медицинской техникой и имуществом и др.). Учитывая опыт применения медицинских сил и средств при ликвидации медико-санитарных последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции, перспективным направлением решения данного вопроса может явиться создание объединенной медицинской группировки, которая будет в состоянии решить весь спектр поставленных задач. Для успешного функционирования объединенная медицинская группировка должна отвечать следующим характеристикам: быстрота реагирования, рациональность, гибкость, достижимость целей и задач, живучесть, экономичность, интеграция.

Ключевые слова: медико-санитарные последствия, межведомственное взаимодействие, силы и средства, сводный отряд, объединенная медицинская группировка, медицинское формирование, пункты управления, уровни взаимодействия, радиационная авария.

Введение. В ночь на 26 апреля 1986 г. на четвертом энергоблоке Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС), расположенной на территории Украины на правом берегу реки Припять, произошла крупнейшая в истории мировой атомной энергетики авария. В окружающую среду было выброшено сотни миллионов кюри (Ки) радиоактивных веществ. (Радиоактивность вещества равна 1 Ки, если в нём каждую секунду происходит 3,7 радиоактивных распада). В результате аварии радиацией была загрязнена территория площадью почти 160 тыс. км². Пострадали северная часть Украины, Беларусь и запад России. Сразу же после катастрофы погиб 31 человек, а 600 тыс. ликвидаторов, принимавших участие в тушении пожаров и расчистке, получили высокие дозы радиации.

По данным на 1 марта 2011 г. в Российском государственном медико-дозиметрическом регистре было зарегистрировано более 194 тыс. ликвидатора аварии на ЧАЭС, из них с установленной дозой внешнего облучения и датами въезда и выезда в зону радиационноопасных работ – более 134 тыс. человек.

Цель исследования. Определить основные пути межведомственного взаимодействия органов управления, сил и средств медицинской службы для спасения жизни и сохранения здоровья населения при радиационных катастрофах на современном этапе.

Материалы и методы. Изучен и обобщен опыт применения сил и средств медицинской службы Вооруженных сил (ВС) и медицинских сил и средств Министерства здравоохранения Союза Советских Социалистических Республик (Минздрава СССР), использован метод исторического сопоставления, изучены информационные потоки предметной деятельности рассматриваемых ведомств на примере создания группировки медицинского обеспечения. Проанализированы приказы, наставления и директивы по ликвидации последствий ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.

Результаты и их обсуждение. С первых дней после катастрофы на ЧАЭС военные медики приняли участие в оказании помощи пораженным. В составе объединенной группировки войск в Черно-

быле, в 30-километровой зоне, была создана своя медицинская служба. Ей подчинялись медпункты войсковых частей, отдельные медицинские батальоны (омедб), радиометрические лаборатории, санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО). Кроме того, медицинская помощь населению и ликвидаторам оказывали медицинские службы военных округов (Киевский, Белорусский, Прикарпатский). В их состав вошли 39 медицинских учреждений и подразделений общей численностью медицинского персонала 1468 человек [4].

В каждом из трёх секторов 30-километровой зоны, по которым распределялись войска, была организована медицинская служба во главе с начальником медицинской службы, включавшая главных специалистов (радиолога, эпидемиолога, терапевта) и старшего офицера. В непосредственном подчинении медицинской службы секторов находились омедб и СЭО. При развертывании медицинских частей и учреждений была проявлена высокая оперативность [2]. В ближайшие два дня в районе Чернобыля было сформировано и развернуто 5 омедб, 20 медпунктов полков, 5 радиометрических лабораторий, 4 СЭО. Для усиления развернутых формирований по приказанию начальника Центрального военно-медицинского управления (ЦВМУ) в район катастрофы были командированы 200 высококвалифицированных врачей (100 из московских военно-медицинских учреждений и 100 из Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМА), 25 гематологических бригад, каждая из которых была снабжена всем необходимым для массовых исследований периферической крови

(одна бригада на пять тысяч исследований), 10 главных радиологов военных округов и флотов [4]. О схеме развертывания медицинских частей и учреждений и их работе ежедневно в течение первого периода работы начальник ЦВМУ докладывал Министру обороны СССР лично. Для руководства медицинским обеспечением войск, привлеченных к участию в ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС в составе оперативной группы Министерства обороны СССР, была создана медицинская служба. В непосредственном подчинении начальника медицинской службы оперативной группы были главные специалисты – радиолог, хирург, терапевт, эпидемиолог, гигиенист и два старших офицера [3]. Несколько позже была введена должность главного лаборанта для организации гематологического контроля периферической крови, так как несовершенство физической дозиметрии не всегда обеспечивало объективную оценку степени радиационного воздействия (рис. 1).

В ходе ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС военно-медицинская служба решала две основные задачи:

- оказание органам здравоохранения практической и методической помощи в обследовании и лечении населения, подвергшегося воздействию ионизирующих излучений;
- проведение мероприятий по предупреждению переоблучения военнослужащих, привлекаемых к ликвидации последствий катастрофы, с санитарно-эпидемической обработкой как в районах действия войск, так и в районах проживания населения [1].

В дальнейшем прибавились и другие направления

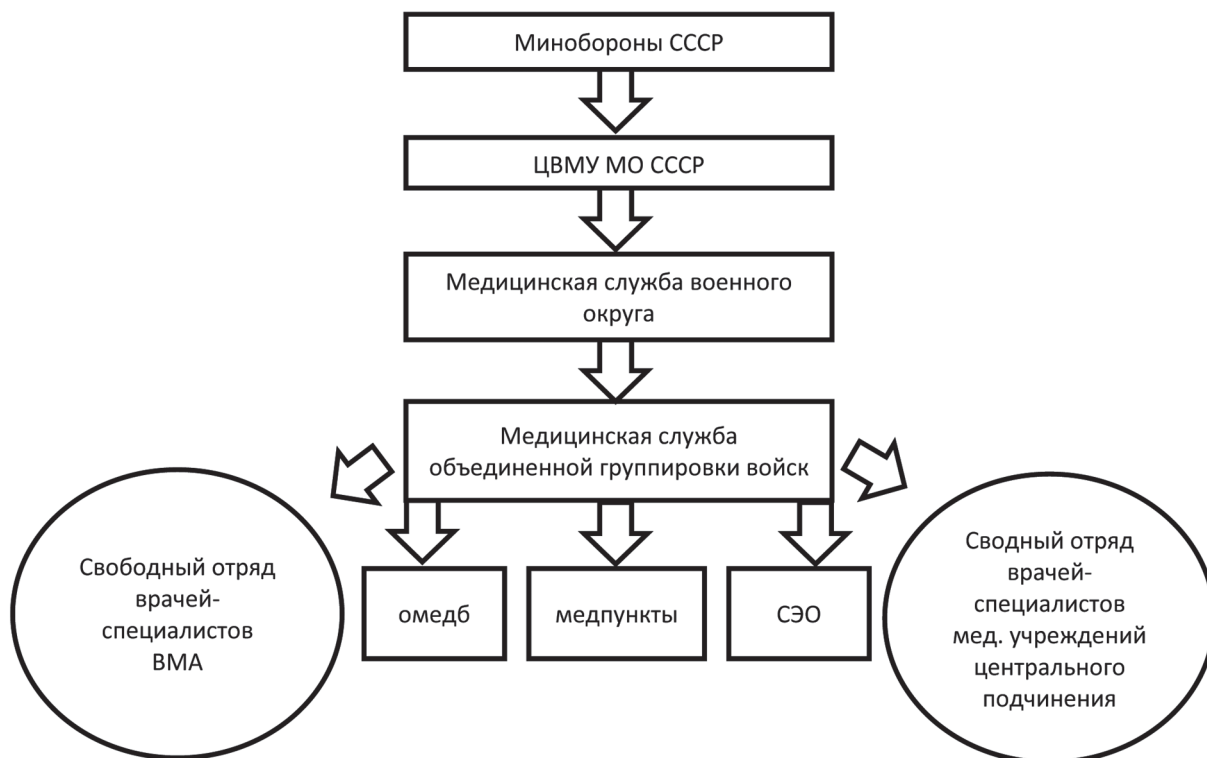


Рис. 1. Схема управления медицинским обеспечением войск при ликвидации медико-санитарных последствий катастрофы на ЧАЭС

в работе военных медиков, такие как диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья личного состава участвующего в проведении радиационноопасных работ, а также военнослужащих и членов их семей, рабочих и служащих Советской армии, проходящих службу на загрязненной радиоактивными веществами территории. Учитывая рассредоточенность эвакуированного населения и необходимость выполнения большого объема работ в сжатые сроки, из состава развернутых медицинских учреждений было сформировано более 30 медицинских бригад по проведению медицинских осмотров населения гематологических и радиометрических исследований [4].

В качестве примера организации обследования населения можно привести деятельность медицинской службы Киевского военного округа в Бородянском районе Киевской области. Здесь к работе были привлечены отдельный медицинский батальон, радиометрическая лаборатория, четыре полковых медпункта и десять подвижных медицинских групп – терапевтических лабораторных и радиологических. Состав подвижных медицинских групп был непостоянным, а их оснащение определялось из численности населения подлежащего обследованию в каждом населенном пункте и сроками его проведения. В каждую группу, как правило, входили начальник, врачи-терапевты, врач-лаборант, лаборанты и санитарки. Группы укомплектовывались дозиметрическими приборами, микроскопами, лабораторным имуществом, санитарными автомобилями и работали в основном на базе местных учреждений здравоохранения. На проведение радиологического обследования одного человека в среднем затрачивалось 2–3 минуты. Исследования крови проводились одновременно с дозиметрическим контролем. На начальном этапе ликвидации последствий катастрофы медицинская служба ВС СССР столкнулась с рядом трудностей, связанных прежде всего с уникальностью ситуации и отсутствием опыта работ в подобных условиях [1].

Группа пострадавших в количестве около 100 человек, получивших субклинические дозы облучения, была направлена в ВМА в клинику военно-полевой терапии, где была оказана высококвалифицированная медицинская помощь. Эта клиника имела опыт оказания терапевтической помощи пострадавшим при авариях на атомных подводных лодках [4].

В первые дни после катастрофы за счет 408 окружного военного госпиталя и Черниговского военного госпиталя были сформированы четыре врачебные бригады. Выделено медицинского имущества: 25 тыс. аптек индивидуальных, 500 палаток, 25 литров донорской крови и альбумина, комплекты медицинского имущества «Луч», санитарные машины. В районе катастрофы на начальном этапе был развернут стационар на 20 коек [2].

К 11 мая 1986 г. работа по массовому обследованию населения, оказавшегося в районах радиоактивного заражения, была практически завершена. Одной из первых и узловых проблем стало установление

предельно допустимых доз облучения уровней загрязнения радиоактивными веществами кожи, одежды, продуктов питания, воды и объектов окружающей среды. У представителей различных министерств и ведомств, ученых не было единого мнения о степени опасности тех или иных радиационных факторов и способах защиты от их воздействия. При активной и целенаправленной деятельности представителей военно-медицинской службы был обоснован и введен в действие предел облучения для военнослужащих, привлекаемых к ликвидации последствий катастрофы, равный уровню аварийного облучения лиц, постоянно работающих с радиоактивными веществами (РВ) – 25 бэр [2, 8].

Поставленные перед военно-медицинской службой задачи выполнялись в три этапа:

– на первом этапе (в течение первых нескольких суток после катастрофы) основное внимание уделялось оказанию медицинской помощи населению;

– на втором (май 1986 г.) – проведению массовых обследований населения оказавшегося в районах бедствия;

– на третьем (до завершения участия войск в ликвидации последствий) – организации медицинского обеспечения войск привлеченных к ликвидации последствий катастрофы.

Задачи первого этапа выполнялись силами врачебных бригад медицинской службы КВО. Для выполнения задач второго и третьего этапов в район ЧАЭС из военных округов было направлено дополнительно 25 медицинских бригад (в составе врач-лаборант, два лаборанта, санитар с медицинским имуществом на 5 тыс. анализов). В район Чернобыльской катастрофы дополнительно прибыло около 300 врачей.

Медицинской службой осуществлялось также радиометрическое обследование объектов внешней среды (почвы, воды), продуктов питания. Проводилась активная санитарно-просветительная работа, оказывалась консультативная помощь местным органам здравоохранения [3]. Уже с первых дней медицинская служба столкнулась с трудностями, вызванными отсутствием опыта ликвидации последствий в условиях такого рода катастроф. Положение осложнялось отсутствием единого мнения у специалистов Минздрава СССР и Минобороны СССР о степени опасности тех или иных радиационных факторов и способов защиты от их воздействия. В связи с этим специалисты-медики ЦВМУ совместно со специалистами химических войск и Минздрава СССР приняли участие в разработке нормативов, регламентирующих допустимые дозы облучения, а также предельные величины радиоактивного заражения одежды, воды, продовольствия и различных объектов внешней среды. Были изданы руководящие и методические документы по обеспечению радиационной безопасности по организации медицинского контроля за внутренним и внешним облучением, методике обследования и лечения лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения. Из-за сложности радиационной обстановки

и неопределенности в выработке единых подходов при установлении допустимых доз облучения уровни заражения пересматривались в приказах Министра обороны шесть раз. В конечном варианте принятые нормативы по радиационно-гигиеническому контролю продовольствия и воды способствовали существенному снижению допустимых доз внутреннего облучения населения и личного состава группировки войск. При отсутствии такого жесткого контроля, как показывают расчеты, дозы, обусловленные потреблением местных продуктов питания, могли быть в несколько раз выше, чем дозы внешнего облучения. Для профилактики переоблучения военнослужащих была составлена комплексная программа контроля за состоянием их здоровья. Она предусматривала медицинское освидетельствование военно-врачебными комиссиями всех лиц, направляемых в район катастрофы, проведение дозиметрии и учет доз. Всем военнослужащим еженедельно, а также незамедлительно при облучении более 5 бэр производился клинический анализ крови.

Особая ответственность за профилактику лучевого поражения населения и действенность санитарного надзора легла на врачей-радиологов. Положение усугублялось тем, что в начальный период ликвидации последствий катастрофы организационно-штатная структура медицинских батальонов не соответствовала требованиям обстановки. Несостоятельной оказалась организация дозиметрического контроля. Индивидуальные дозиметры, войсковые средства радиометрического контроля оказались недостаточно чувствительными для регистрации малых доз облучения и низких энергий внешнего гамма-излучения, штатные приборы контроля не позволяли получать нужную информацию о величине альфа-, бета-заражения различных объектов. Применяемые средства защиты органов дыхания оказались недостаточно эффективными в связи с мелкодисперсным составом аэрозолей [1].

В процессе санитарного надзора за соблюдением норм радиационной безопасности воинские части направлялись в те или иные районы только после предварительной оценки радиационной обстановки. Производился контроль за правильностью оборудования и содержания военных городков, продовольственных объектов, мест общего пользования, качеством санитарной обработки, своевременностью замены загрязненного радиоактивными веществами постельного и нательного белья, за организацией его дезактивации, мероприятиями по предотвращению заноса радионуклидов из мест работ в жилые городки, организацией водоснабжения и др. В частности, по рекомендации медицинской службы для водоснабжения использовалась вода только из артезианских скважин с глубиной залегания водоносного горизонта не менее 60 м. Физико-химические и бактериологические исследования воды проводились ежемесячно, радиометрические – еженедельно [2].

Большое значение придавалось систематическому

контролю за состоянием здоровья личного состава, предупреждение среди них массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний. Непосредственно в войсковых частях врачами проводился опрос жалоб на состояние здоровья, выполнялись необходимые гематологические и другие исследования [1].

Бесперебойное проведение основных медицинских мероприятия в течение всего периода работ осуществлялось благодаря четкой организации медицинского снабжения, созданному с первых дней резерву медикаментов, лабораторных приборов и реактивов, дезинфекционных средств и другого имущества. Для медицинского обеспечения личного состава войск, принимавших участие в ликвидации последствий только в 1986 г., было поставлено 160 тонн медицинского имущества и 66 единиц медицинской и санитарной техники [2].

В целях накопления научной информации, анализа состояния здоровья военнослужащих, подвергшихся воздействию радиационных факторов в результате взрыва на ЧАЭС, а также разработки мероприятий по поддержанию и сохранению здоровья данной категории личного состава в 1986 г. при ВМА был создан Всеармейский регистр. Наблюдение за состоянием здоровья было организовано медицинскими службами частей и учреждений, а после увольнения в запас – в учреждениях по месту жительства или работы. Диспансерное динамическое наблюдение за этими лицами осуществлялось дифференцированно, в зависимости от полученной дозы, состояния здоровья и срока, прошедшего с момента облучения. Результаты динамического наблюдения заносились в медицинские книжки военнослужащих и специальные карты, которые в конце каждого года высылались во Всеармейский регистр. Преемственность между военно-медицинской службой и Минздравом СССР в организации диспансерного динамического наблюдения за военнослужащими, уволенными в запас, обеспечивалась направлением в органы здравоохранения через военкоматы установленных медицинских документов, вторых экземпляров «Регистрационной карты», позволяющих организовывать наблюдение на местах и вводить информацию об этих военнослужащих во Всесоюзный регистр лиц, подвергшихся облучению в результате катастрофы на ЧАЭС [1].

Для предупреждения переоблучения была разработана комплексная система контроля за состоянием здоровья военнослужащих, включая медицинское освидетельствование военно-врачебными комиссиями лиц, направляемых в район ЧАЭС, периодический врачебный лабораторный контроль в процессе работы, стационарное обследование при получении дозы свыше 25 бэр и длительное динамическое наблюдение после прекращения облучения. Обследовано амбулаторно 75 тыс., стационарно – 4 тыс. военнослужащих [2].

Преемственность с Минздравом СССР диспансерного наблюдения военнослужащих, призванных

из запаса, обеспечивалась направлением в военные комиссариаты установленных документов, позволяющих ввести информацию об этих лицах во Всесоюзный регистр.

Таким образом, при изучении информационных потоков предметной деятельности Министерства здравоохранения СССР и медицинской службы ВС СССР нами были получены данные в области решения совместных задач (рис. 2)

Опыт работы по ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС показал, что требуется совершенствование материальной базы радиационного контроля. Многообразие новых проблем, с которыми столкнулась медицинская служба, предопределило проведение комплекса научно-исследовательских работ, осуществление которого началось в процессе выполнения практических работ в зараженной зоне [1].

Использованный нами метод исторического сопоставления, а также изучения информационных

потоков предметной деятельности рассматриваемых ведомств позволил сопоставить деятельность заинтересованных министерств при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС с действиями в современных условиях.

Взаимодействие сил и средств министерств осуществляется на федеральном, межрегиональном, региональном, территориальном и муниципальном уровнях единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций в режимах повседневной деятельности; повышенной готовности и ЧС [9–11].

Принципами данного взаимодействия являются:

1. Единство общегосударственной политики в области предупреждения и ликвидации ЧС, охраны здоровья населения и профилактики заболеваний.

2. Приоритет сохранения жизни и здоровья населения и воинских контингентов при возникновении ЧС природного и техногенного характера.

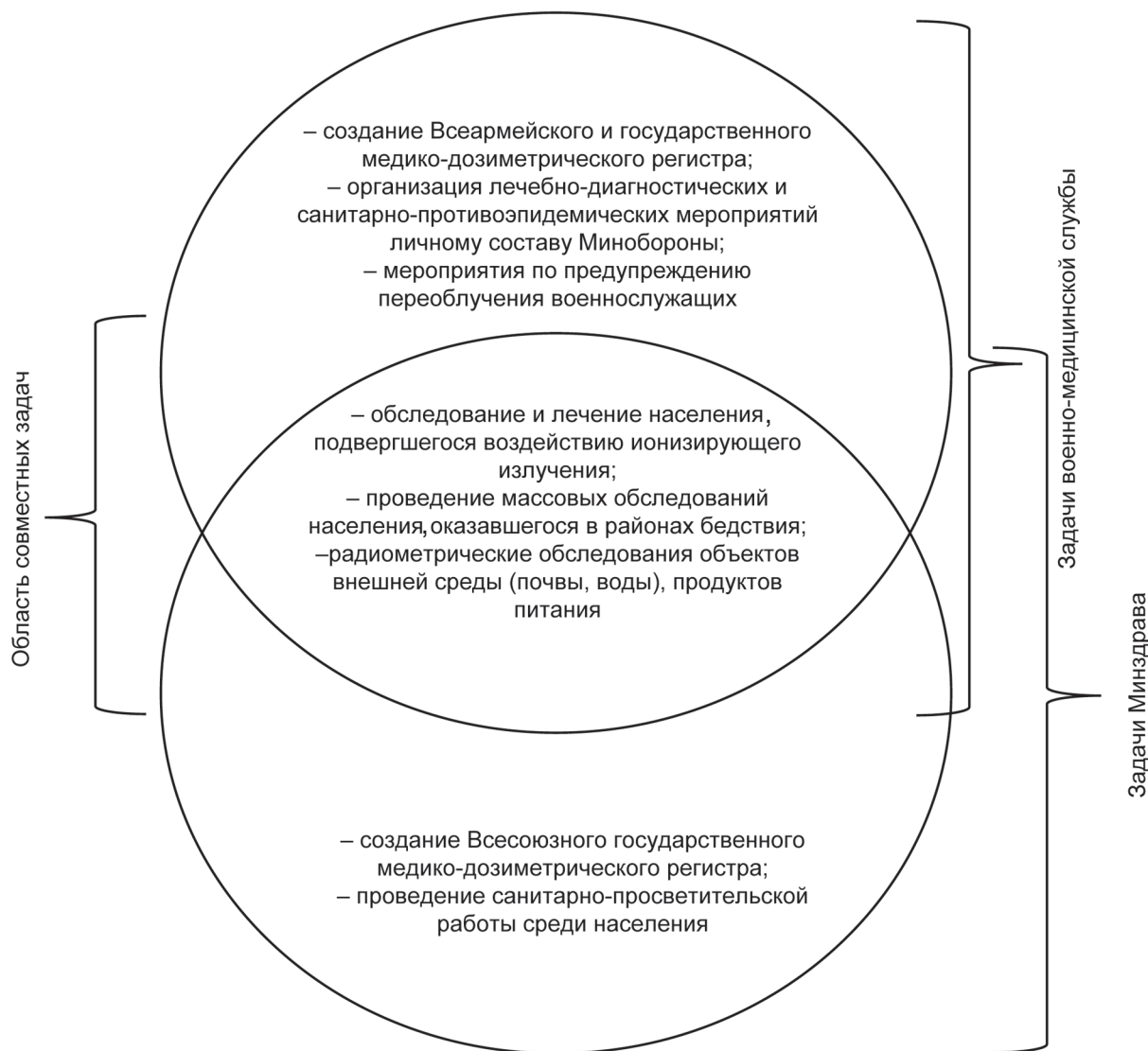


Рис. 2. Совместная область предметной деятельности медицинских служб

3. Применение единых методов и критериев оценки и прогнозирования медико-санитарной обстановки при различных ЧС с учетом возможностей медицинских подразделений, формирований и организаций Минобороны и Минздрава России [11].

Взаимодействие по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций осуществляется в соответствии с планами взаимодействия, которые включают в себя: таблицу взаимодействия, пояснительную записку и, при необходимости, карту (схему). Вопросы взаимодействия рассматриваются в рабочем порядке на заседаниях комиссии по предупреждению и ликвидации ЧС и обеспечению пожарной безопасности.

Направлениями взаимодействия являются:

- совместное прогнозирование, наблюдение и оценка медико-санитарных последствий ЧС;
- взаимный обмен информацией медико-санитарного характера при угрозе и возникновении ЧС;
- взаимное выделение сил и средств для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- согласование усилий при совместных действиях по медицинской защите населения и воинских контингентов, своевременному оказанию медицинской помощи пострадавшим, организации и проведению санитарно-гигиенических, противоэпидемических и других специальных мероприятий по эвакуации пострадавших из зон ЧС;
- оценка обстановки, проведение медицинской разведки в зоне ЧС;
- проведение мероприятий по защите и сохранению здоровья личного состава аварийно-спасательных и медицинских подразделений, воинских частей и формирований, привлекаемых к ликвидации последствий ЧС;
- создание и использование запасов медицинского имущества, материальных и финансовых средств необходимых для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- организация подготовки (переподготовки) руководящего состава и специалистов в области предупреждения и ликвидации последствий ЧС и медицины катастроф;
- проведение совместных тренировок и учений;
- выполнение мероприятий по медицинской реабилитации личного состава аварийно-спасательных и медицинских подразделений, воинских частей и формирований, привлекаемых к ликвидации ЧС, а также населения, пострадавшего в ЧС;
- разработка и реализация целевых программ, нормативных правовых документов в области предупреждения и ликвидации ЧС;
- участие в осуществлении государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий от ЧС;
- совместное выполнение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по проблемам медицинской защиты и медицинского обеспечения населения и личного состава воинских частей и подразделений при возникновении ЧС;

– укрепление международного сотрудничества в области организации медицинского обеспечения частей и подразделений Вооруженных сил Российской Федерации, а также гражданского населения в чрезвычайных ситуациях [10, 11].

Оповещение организуется:

- на федеральном уровне – между Главным военно-медицинским управлением (ГВМУ) Минобороны России и Всероссийским центром медицины катастроф «Защита» Минздрава России;
- на межрегиональном (региональном) уровне – начальниками медицинских служб военных округов (оперативно-стратегических командований), региональными центрами медицины катастроф;
- на территориальном и муниципальном уровнях – начальниками медицинской службы гарнизонов и территориальными центрами медицины катастроф, соответствующими органами управления здравоохранением и соответствующими отделами Роспотребнадзора [11].

Схема взаимодействия Минздрава России (Всероссийской службы медицины катастроф) и Минобороны России (ГВМУ МО РФ) при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций представлена на рисунке 3.

На наш взгляд, основным инструментом управления разведомственными силами и средствами при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС является объединенная медицинская группировка (особенно при ликвидации последствий ЧС техногенного и социального характера).

К наиболее важным характеристикам объединенной медицинской группировки при организации медико-санитарного обеспечения ликвидации последствий ЧС относятся:

1. Быстрота реагирования – важнейшая характеристика медико-санитарного обеспечения ликвидации последствий ЧС. Она предусматривает своевременное создание и развертывание в зоне ЧС необходимых сил и средств в нужном месте и в установленное время, включает способность определять потребности в объеме, сроках оказания медицинской помощи, проведения комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и своевременного восполнения медицинской техники и имущества.
2. Рациональность – избегание заранее невыполнимых ситуаций как при планировании, так и при организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий ЧС. Так, например, плановые занятия по специальной подготовке, включающие вопросы медицины катастроф, позволяют упростить организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
3. Гибкость – адаптация структур и процедур организации всех видов обеспечения к условиям обстановки, целям и задачам ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.
4. Достижимость целей и задач – разумный минимум привлекаемых сил и средств, необходимых для

ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Руководители структурных подразделений должны определять минимально необходимый уровень своего функционирования в зоне чрезвычайных ситуаций;

5. Живучесть – способность выполнять функции в течение всего периода ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

6. Экономичность – рациональное использование ресурсов, особенно в условиях неопределенной обстановки ЧС.

7. Интеграция – согласованность межведомственных действий по медико-санитарному обеспечению при ликвидации последствий ЧС. В замысле плана медицинского обеспечения это достигается за счет уяснения задач вышестоящего руководства и согласования планов по видам обеспечения. Интеграция предусматривает координацию действий и взаимную поддержку между всеми заинтересованными министерствами и ведомствами.

Непосредственно в режиме ЧС или при их возникновении уточняются и согласовываются следующие действия и мероприятия, выполняемые под управлением объединенной медицинской группировки:

– прогнозируемая (складывающаяся) и фактическая обстановка;

– величина санитарных потерь среди населения и воинского контингента, санитарно-эпидемическое состояние района ЧС;

– состав сил и средств, привлекаемых для ликвидации ЧС, порядок их доставки, действия и наращивания;

– организация оказания медицинской помощи пострадавшему населению, выполнение специальных медицинских и противоэпидемических мероприятий в зонах ЧС;

– организация эвакуации пострадавших в лечебные организации;

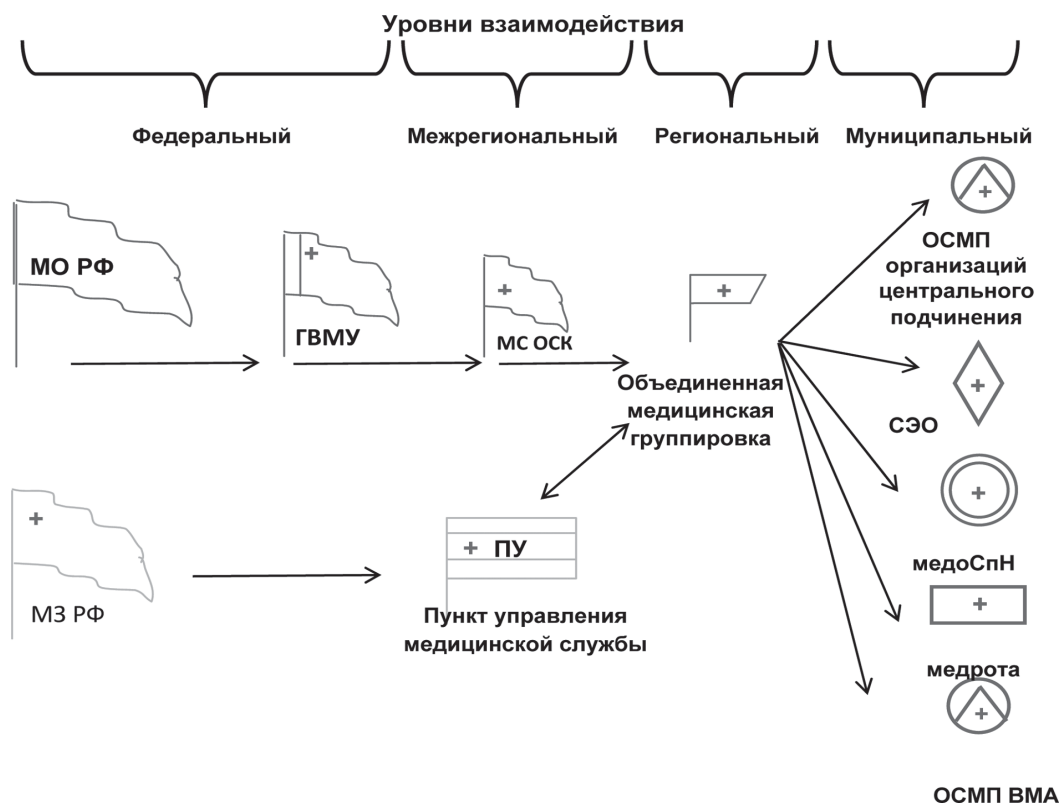
– наличие, порядок использования и пополнения запасов медицинского имущества, необходимого для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

– вопросы материально-технического обеспечения аварийно-спасательных частей и подразделений, участвующих в ликвидации ЧС;

– организация связи;

– объем предоставляемой информации и порядок информирования населения о степени риска для здоровья и условий жизнедеятельности людей в результате ЧС [11].

Результаты сопоставления и изучения информационных потоков предметной деятельности рассматриваемых ведомств позволил вскрыть ряд нерешенных



МС ОСК – медицинская служба объединенного стратегического командования
 ОСМП – отряд специализированной медицинской помощи
 медоСпН – медицинский отряд специального назначения

Рис. 3. Проецирование современной системы медицинского обеспечения на организацию межведомственного взаимодействия на основе опыта ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС

вопросов межведомственного взаимодействия, остающимися актуальными и по сей день:

- отсутствие единой нормативно-правовой базы использования сил и средств при ликвидации последствий катастроф;
- различный подход к формированию комплектно-табельного оснащения при ликвидации последствий катастроф, а также отсутствие единой точки зрения к расчету и комплектованию привлекаемых сил и средств;
- планирование и принятие решения в отношении медико-санитарных последствий катастроф, а также отсутствие единого плана медицинского обеспечения мероприятий (плана действий) и подхода к его разработке.

Заключение. Задача эффективного использования органов управления, сил и средств для спасения жизни и сохранения здоровья населения при радиационных катастрофах заключается:

- в разработке единства взглядов реализации государственной политики в области ликвидации последствий ЧС, охраны здоровья населения, а также единстве подходов и критериев при прогнозировании и оценке медико-санитарной обстановки при ликвидации последствий радиационных катастроф, учете возможностей спасательных медицинских формирований и учреждений различных заинтересованных министерств и ведомств;
- в необходимости создания объединенной медицинской группировки, имеющей единый орган управления, лечебно-эвакуационный модуль, модуль скрининговой диагностики, модуль санитарно-гигиенического мониторинга и оценки риска;
- в эффективности функционирования объединенной медицинской группировки. Последняя должна соответствовать следующим характеристикам: быстрота реагирования, рациональность, гибкость,

достижимость целей и задач, живучесть, экономичность, интеграция.

Литература

1. Дьяченко, А.А. Опыт ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы. Научно-публицистическая монография к 18-летию катастрофы (в 2-х частях) / А.А. Дьяченко. – М., 2004. – С. 129–134 с.
2. Жилыев, Е.Г. Медицинское обеспечение войск в период ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС и основные направления научных исследований по профилактике отдаленных последствий / Е.Г. Жилыев, Н.А. Мешков. – М., 1998. – 126 с.
3. Алфёров, А.П. Военные медики. Чернобыль. Катастрофа, подвиг, уроки и выводы / А.П. Алфёров, С.Н. Черняк. – М., 1996. – 211 с.
4. Комаров, Ф.И. Военные медики в Чернобыле / Ф.И. Комаров, В.Г. Чвырев. – М., 2000. – С. 166–173.
5. Когатко, Г.И. Верные присяге / Г.И. Когатко. – М., 1998. – 203 с.
6. Селидовкин, Г.Д. Медицинская помощь пострадавшим в зоне катастрофы / Г.Д. Селидовкин. – М., 1996. – 64 с.
7. Дьяченко, А.А. Опыт применения силовых структур при ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС / А.А. Дьяченко // Военная мысль. – 2003. – № 4. – С. 28–31.
8. Шойгу, С.К. Российский национальный доклад. 25 лет Чернобыльской аварии. Итоги и перспективы преодоления ее последствий в России / С.К. Шойгу, Л.А. Большова // Мат. междунар. конф., посвящ. 25-летию Чернобыльской аварии – М.: Наука, 2011. – С. 5–7.
9. Шелепов, А.М. Организационные аспекты ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций: учебное пособие / А.М. Шелепов, Р.Н. Лемешкин, А.С. Гоголевский. – СПб: НУ «ЦСИ», 2011. – 268 с.
10. Экстремальная и военная медицина: учебник / А.М. Шелепов, [и др.] // под ред. А.Н. Бельских – СПб: НУ «ЦСИ», 2012. – 704 с.
11. Шелепов, А.М. Организация управления подчиненными силами и средствами службы медицины катастроф и медицинскими силами гражданской обороны здравоохранения: учебное пособие / А.М. Шелепов, Р.Н. Лемешкин, А.С. Гоголевский. – СПб: НУ «ЦСИ», 2013. – 176 с.

A.M. Sheleпов, R.N. Lemeshkin, S.V. Butuzov, E.G. Kruchinin

Prospects of creation of the joint medical groups in the conditions of emergency situations

Abstract. Experience of elimination of health consequences of radiation catastrophe at Chernobyl atomic power station showed the presence of problem questions of planning of health care, in particular interagency cooperation with the interested ministries and departments with the purpose of preservation health of people, to provide affected the corresponding kinds of medical aid in optimal terms. In every case of interdepartmental interaction is based on the principles of unanimity of the state of civil policy in the field of prevention and liquidation of emergency situations, the priority of the life-saving and the health of the population, taking into account the capacity of the medical units, parts and organizations. Construction of a system medical service in modern conditions is impossible without an analysis of the use of controls, medical forces and means to reevaluate the conditions of activities (liquidation of consequences of radiation accidents). The key role, especially in the early stages of disaster management, should be given to the formation, the ability to perform all the activities of medical support (medical intelligence, sanitation and disease control measures, medical-diagnostic work, supply of medical equipment and property, etc.). Given the experience of the application of medical forces and assets in liquidation health consequences of the Chernobyl nuclear power plant, promising avenue to address this issue may be the creation of an integrated medical group that will be able to solve the whole range of tasks. The successful operation of the combined medical group must meet the following characteristics: responsiveness, rationality, flexibility, achievable goals and objectives, survivability, efficiency, integration.

Key words: the health consequences of, interagency cooperation, medical forces, consolidated unit, joint medical group, medical formation, control points, levels of interaction, a radiation accident.

Контактный телефон: 292-34-47; e-mail: butuzov@list.ru