

АЛГОРИТМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПОЖАРАХ В МЕГАПОЛИСЕ

Гуменюк С.А.², Алексанин С.С.¹

¹ ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

² ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»

По данным Министерства по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий на территории Российской Федерации ежегодно регистрируется свыше 150 тысяч пожаров, а количество пожаров в пересчете на 1 миллион человек составляет в среднем около 2 000 единиц. Наибольшее количество пожаров (около 65,0%) возникает в городах. Так, в Москве количество пожаров колебалось в пределах от 8249 в 2010 году до 6846 в 2014 году – в среднем 7537 пожаров в год или около 21 пожара ежесуточно за 5-летний период с 2010 по 2014 год.

Эффективность организации оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе в значительной степени определяется оперативностью и качеством последовательных организационных мер, создающих оптимальные в реальной обстановке условия для оказания медицинской помощи пострадавшим.

Своевременная связь с диспетчерской ТЦМК в интерактивном режиме является основой для эффективного информационного обеспечения службы и корректировки управленческих решений, в том числе по введению дополнительных медицинских сил, повышению готовности профильных медицинских организаций государственной системы здравоохранения. По запросу ответственного за организацию оказания медицинской помощи в зоне пожаров диспетчер ТЦМК дает команду на выдвижение бригад медицинских организаций государственной системы здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а ответственный на месте происшествия организует их работу на временных медицинских пунктах.

Выявляемые недостатки организации медицинского обеспечения пострадавших при пожарах на догоспитальном этапе на территории мегаполиса в большинстве случаев обусловлены несоблюдением основного принципа медицины катастроф – единого оперативного управления медицинскими силами в зоне ЧС, что, в свою очередь, связано как с нечетким выполнением возложенных функций ответственными за организацию медицинской помощи специалистами ТЦМК, так и с дезорганизацией работы из-за несогласованных действий подведомственных и неподведомственных городским службам.

В ряде случаев отмечаются объективные факторы сложной обстановки, затрудняющие проведение всех предписанных организационных мер.

Наиболее сложным аспектом скординированной работы по организации оказания медицинской помощи пострадавшим в зоне пожара является самостоятельное прибытие на место происшествия ведомственных медицинских сил и групп психологов и их автономные действия с отказом от согласования их и представления оперативной информации.

Разработанными алгоритмами предусмотрено взаимодействие всех работающих на месте происшествия медицинских работников, но практический опыт свидетельствует о невыполнимости данного организационного принципа, что делает актуальной дальнейшую проработку вопроса заинтересованными ведомствами.