

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2011  
УДК 616 — 083.98 (477.63)

## Досвід розбудови територіальної ланки Державної служби медицини катастроф на прикладі Дніпропетровської області

С.О.Гур'єв, Р.А.Шевченко

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф,  
Дніпропетровський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф  
Київ, Дніпропетровськ, Україна

Статтю присвячено проблемам розбудови територіальної ланки Державної служби медицини катастроф України. На основі практичного досвіду роботи Дніпропетровського обласного центру екстреної медичної допомоги запропоновані конкретні шляхи вирішення окремих питань.

**Ключові слова:** медицина катастроф, територіальна ланка, надзвичайна ситуація, медико-санітарні наслідки.

### Постановка проблеми

На нинішньому етапі розвитку української держави доводиться розв'язувати чимало складних проблем, пов'язаних з виникненням різноманітних надзвичайних ситуацій (НС).

Тому проблема подолання короткострокових і довгострокових наслідків природних і техногенних катастроф на території України, країнах СНД і Східної Європи останнім часом стає принципово новим стратегічним завданням. Небезпеки і загрози сьогодні носять більш комплексний взаємозв'язаний характер. Антропогенна діяльність веде до збільшення ризику техногенних і природних катастроф. Глобальні загрози стають джерелами надзвичайних ситуацій у різних сферах життєдіяльності суспільства.

Усе частіше виникають надзвичайні ситуації на спеціальних об'єктах, у закритих для більшої частини суспільства сферах діяльності. До перерахованих небезпек необхідно додати також загрози, які можуть виникнути у зв'язку зі збереженням хімічної та ядерної зброї, відпрацьованих атомних реакторів. Посилюється синергетичний характер дії НС. Масштаб, тяжкість економічних і соціальних наслідків НС усе більшою мірою визначається не тільки рівнем несприятливого діяння подій, але і станом суспільства в цілому. З'явилися й нові, нетрадиційні види небезпек — в інформаційній сфері, нові види захворювань, тероризм тощо.

Протягом I півріччя 2010 р. в Україні зареєстровано 126 НС. Відповідно до Державного класифікатора надзвичайних ситуацій вони

розподілилися таким чином: техногенного характеру — 66; природного характеру — 51; соціально-політичного характеру — 9. Внаслідок цих НС загинули 203 особи (з них 27 дітей) та 235 осіб (з них 49 дітей) постраждали. За масштабами НС були державного рівня — 2; регіонального рівня — 5; місцевого рівня — 61; об'єктового рівня — 58 [1].

Подолання медико-санітарних наслідків НС покладено на Державну службу медицини катастроф (ДСМК) України, яка була створена Постановою Кабінету Міністрів України від 14.04.1997 р. №343 «Про створення Державної служби медицини катастроф».

До складу ДСМК увійшли медичні сили та засоби центрального та територіального рівнів, визначені наказом МОЗ України, та лікувальні заклади інших відомств [2, 3].

З моменту створення ДСМК проведена значна робота з розбудови та наукового обґрунтування правової та нормативної бази для її функціонування. Разом з тим залишаються невирішеними деякі принципові питання діяльності ДСМК територіального рівня, які суттєво ускладнюють виконання поставлених перед службою завдань.

### Розв'язання проблеми

Відповідно до Закону України «Про аварійно-рятувальні служби», постанови Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 р. №827 «Про затвердження положення про Державну службу медицини катастроф» та на підставі рішен-

ня сесії Дніпропетровської обласної ради від 16.11.2001 р. №467-18/XXIII було створено комунальний заклад «Обласний центр екстреної медичної допомоги». З 02.08.2002 р. обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі Центр) починає функціонувати як самостійна юридична особа (раніше Центр входив до складу обласної клінічної лікарні ім. І.І.Мечникова).

У 2004 р. рішенням сесії Дніпропетровської обласної ради від 06.09.2004 р. №436-18/XXIV «Про перейменування» КЗ «Обласний центр екстреної медичної допомоги» перейменовано в КЗ «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» (КЗ ОЦЕМД та МК). Завданнями Центру є:

- направлення в район НС оперативної групи, спеціалізованих формувань ДСМК з метою проведення аналізу та оцінки медико-санітарних наслідків НС; організація надання екстреної медичної допомоги постраждалим при НС, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків НС;

- організація надання екстреної та консультативної спеціалізованої медичної допомоги мешканцям Дніпропетровської області;

- виконання функції вузла інформаційно-аналітичної обробки інформації головного управління охорони здоров'я в межах функціональної підсистеми МОЗ України Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань НС;

- організація виїзної екстреної та планової консультативної медичної допомоги в межах адміністративної території;

- організація навчання та практичної підготовки з питань екстреної медичної допомоги та медицини катастроф медичних і немедичних працівників.

Штат Центру затверджено з численністю 135,25 шт.од. (у тому числі лікарів — 63,5; молодшого медичного персоналу — 23,25; водіїв — 29).

Консультативну допомогу здійснюють 115 лікарів: співробітники ОЦЕМД та МК, співробітники медичної академії, співробітники провідних спеціалізованих закладів області. Серед них: 2 доктори медичних наук, 9 кандидатів медичних наук, 107 лікарів вищої та першої категорії.

У Центрі сформовано п'ять штатних спеціалізованих бригад постійної готовності другої черги: анестезіологічна доросла, анестезіологічна дитяча, хірургічна, нейрохірургічна, травматологічна, дитяча реанімаційна.

Протягом 2008 р. обслуговано 2309 викликів, евакуйовано до спеціалізованих клінік 1266 хворих, проконсультовано 2433 хворих, проведено 417 оперативних втручань.

Для надання високоспеціалізованої допомоги мешканцям області лікарі-консультанти Центру виїждять на виклики не з пустими руками. На балансі Центру знаходяться 19 реанімобілів (8 Мерседесів, 6 Фольксвагенів, 3 Рено, 2 Тойоти). Сьогодні в арсеналі наших фахівців високочастотний електричний хірургічний апарат для коагуляції на автономному живленні, комплект ехоенцефалоскопічних та доплерографічних обстежень «Сономед-325» для поліпшення якості діагностики нейрохірургічних захворювань, фіброгастроскоп «FG-IZ» та комплект ендовідеохірургії «ЕКОНТ-КОМПЛЕКС» для більш якісної діагностики шлунково-кишкових виразок, кровотечі, іншої патології черевної порожнини та ефективної боротьби з ними, портативний апарат УЗД «SonoSate» з конвексним датчиком, фібробронхоскоп, апарат для ускладненої інтубації трахеї, апарат для візуалізації та документування ендоскопічних втручань, найсучасніша дихальна та слідкуюча апаратура. Це обладнання дозволяє значно підвищити рівень якості надання медичної допомоги хворим та постраждалим, а також звести нанівець термін «нетранспортабельність».

Центр, як об'єкт функціональної підсистеми МОЗ України в межах Урядової інформаційно-аналітичної системи, повністю забезпечений оргтехнікою, що надає можливість виконання покладених на нього функцій зі збору, обробки та передачі інформації у разі виникнення НС. У диспетчерській встановлений архіватор голосовий 4-канальний та комп'ютер для можливості документування робочої інформації та, як наслідок, вдосконалення роботи відділу екстреної медичної допомоги.

Частково сформований регіональний резерв ліків, медичного обладнання та видаткового матеріалу для подолання медико-санітарних наслідків НС.

Наша служба налагоджує зв'язки з іншими структурами, які, згідно із законодавством, беруть участь у ліквідації наслідків НС. Як результат — спільні навчання бригад екстреної медичної допомоги з підрозділами МНС.

На виконання наказу МОЗ України від 18.03.2005 р. №120 та наказу ГУОЗ облдержадміністрації від 25.07.2008 р. №402 на базі Центру як структурний підрозділ створений учбово-тренувальний центр. Учбовий центр працює з 01.08.2008 р. Структура центру забезпечує підготовку слухачів за «програмою підготовки медичних працівників, особового складу аварійно-рятувальних формувань та населення з невідкладної медичної допомоги у надзвичайних ситуаціях». Діяльність центру регламен-

тується діючим законодавством України, наказами МОЗ України, головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації та статутом ОЦЕМД та МК.

У структурі учбово-тренувального центру: завідувач центром (лікар з медицини невідкладних станів) — 0,5 ставки, лікар-анестезіолог — 0,5 ставки, лікар ортопед-травматолог — 0,5 ставки, медичний реєстратор — 1 ставка, прибиральниця — 1 ставка.

Метою підготовки слухачів є удосконалення теоретичних знань та набуття практичних навичок з надання медичної допомоги хворим та постраждалим, що знаходяться в невідкладних станах, пов'язаних з порушенням життєво важливих функцій організму.

В основу програми покладено освоєння медичними працівниками практичних прийомів з надання невідкладної медичної допомоги при порушеннях або зупинці дихання, серцево-судинних порушеннях, зупинці серця, значній кровотечі, пошкодженнях голови і хребта.

Проте під час відокремлення від Обласної клінічної лікарні постає необхідність існування організації в правовому полі із застосуванням законодавчої бази, розробленої і безпосередньо пристосованої для функціонування територіальних центрів екстреної медичної допомоги. На жаль, часом доводиться користуватися у своїй діяльності або наказами МОЗ СРСР 70-х рр. XX ст., або методичними рекомендаціями та довідковими матеріалами.

На наш погляд, найбільш важливими є наступні питання, вирішення яких неможливе на рівні органів місцевого самоврядування і потребує державного реагування.

I. Створення нормативної бази закладів служби медицини катастроф територіального рівня. Вважаємо доцільним створення типового штату ОЦЕМД та МК, а в зв'язку із цим необхідно:

1. Визначити склад спеціалізованих бригад постійної готовності II черги.

2. Розробити норматив лікарських ставок та ставок середнього медичного персоналу, які б забезпечили цілодобове чергування ургентних спеціалістів, що входять до складу бригад постійної готовності (із розрахунку 4,75 ставки на спеціальність). Перелік бригад визначений Республіканським Реєстром та включений до складу ДСМК України. Діючий наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 (додаток 31) не забезпечує передбаченим штатним розкладом виконання завдань, що стоять перед ОЦЕМД та МК. Існуючий норматив забезпечення лікарськими ставками (0,65 ставки на 100000 населення)

не дозволяє створити повноцінні спеціалізовані бригади II черги та не забезпечує екстрену та планову консультативну допомогу населенню області. Так, на сьогодні для забезпечення роботи нашого центру визначено 23,0 лікарські ставки. Але для цілодобового функціонування 6 штатних спеціалізованих бригад II черги ОЦЕМД та МК (хірургічної, нейрохірургічної, травматологічної, 2 анестезіологічно-реанімаційних та дитячої реанімаційної), які входять до складу Державної служби медицини катастроф, необхідно мати 57 лікарських (12 по 4,75) та 42,75 ставки середнього медичного персоналу (9 по 4,75). Означена кількість ставок визначена у відповідності до рекомендацій Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги і медицини катастроф [3].

3. Ввести до штату ОЦЕМД та МК відділ екстреної та планової консультативної допомоги з виділенням 4,75 лікарських ставок на спеціальність для забезпечення цілодобових чергувань лікарів-консультантів вдома з оплатою 0,5 год. за 1 год. чергування. У теперішній час відповідно до наказу Мінпраці та соціальної політики і МОЗ України №161/137 (із змінами від 30.05.2003 р. №144/239) ОЦЕМД та МК оплачує час чергування вдома лише за 5 основними лікарськими спеціальностями, чого не вистачає для надання спеціалізованої консультативної допомоги населенню області. Ми пропонуємо клопотати про розширення переліку спеціальностей лікарів-консультантів до 15 з відділенням 4,75 ставки на кожну спеціальність. Введення до ОЦЕМД та МК відділу екстреної та планової консультативної допомоги дозволить розмежувати функції лікарів, які входять до складу бригад постійної готовності та лікарів, які здійснюють консультативну медичну допомогу. Це дозволить внести ясність в існуючу в наказі суперечливу трактовку: «Лікарі для надання консультативної та екстреної медичної допомоги, в тому числі у складі спеціалізованих бригад постійної готовності».

II. Система зв'язку закладів ДСМК територіального рівня.

У службі медицини катастроф, на жаль, не створено діючої системи зв'язку та оперативного інформування про загрозу виникнення екстремальних випадків, отримання інших необхідних повідомлень. Вирішенням цієї проблеми, на наш погляд, є створення єдиної системи радіозв'язку центрів екстреної медичної допомоги, станції швидкої медичної допомоги з виділенням визначених частот та ліцензуванням їх у масштабі держави.

При взаємодії управління охорони здоров'я області та регіонального представника фір-



ми «КиївСтар» ми частково вирішили проблему шляхом закупівлі 20 мобільних телефонів та створення корпорації ОЦЕМД та МК, завдяки якій забезпечено стійкий зв'язок виїзних бригад з диспетчерською службою та керівництвом Центру.

III. Забезпеченість автомобільним транспортом та медичним майном.

В Україні і по сьогоднішній день не розроблені нормативи забезпечення ОЦЕМД та МК санітарним транспортом. За нормативами Радянського Союзу (наказ МОЗ СРСР від 25.03.1976 р. №300) це питання не визначене у зв'язку з тим, що ОЦЕМД та МК у той час просто не існували.

Пропонуємо розробити такі норми, виходячи з розрахунку 1 санітарний та 1 легковий автомобілі для забезпечення екстреної та консультативної медичної допомоги на кожні 200 тис. населення області, включаючи міста.

Досвід надання медичної допомоги за умов НС при масових санітарних втратах вказує на те, що навіть при наявності великої кількості санітарного транспорту його завжди не вистачає для евакуації постраждалих до лікувальних закладів. Прикладом цього можуть бути події, які сталися в Москві під час захвату заручників на Дубровці в жовтні 2002 р.

Одна з причин недостатності санітарного транспорту полягає в тому, що 1 бригада ШМД може надати допомогу та евакуювати лише 1 постраждалого. На наш погляд, частково вирішити цю проблему можливо шляхом створення на базі ОЦЕМД та МК підрозділу евакуації постраждалих у складі 4-5 санітарних автомобілів, обладнаних для одночасної перевозки 4 постраждалих. Тобто за один рейс цей підрозділ зможе евакуювати 16-20 постраждалих, що в умовах недостатності медичного персоналу скоротить потребу в ньому, а також зменшить витрати на ліквідацію надзвичайних ситуацій щонайменше в 4 рази (на 75%).

Окрім санітарних автомобілів, у штаті необхідно передбачити наявність реанімаційних автомобілів для дорослих та 2 реаніобілі для надання допомоги дітям (один з них неонатологічного профілю) зі спеціальним обладнанням.

Одним із завдань, що стоїть перед ОЦЕМД та МК, є медичне супроводження осіб, які охороняються державою. Для цього вважаємо за необхідне утримувати в ОЦЕМД та МК 2 спеціальні автомобілі, які повинні бути оснащені необхідним обладнанням, у тому числі реанімаційним.

Успішне виконання завдання з ліквідації наслідків НСМЧ залежить, в першу чергу, від забезпечення формувань медичним обладнан-

ням та майном. Основним завданням ДСМК (постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 р. №827) [4] є створення і раціональне використання резерву матеріально-технічних ресурсів для здійснення заходів Служби на центральному та територіальному рівні.

Наказом МОЗ України від 10.08.2001 р. №331 затверджена номенклатура резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання для запобігання і подолання медико-санітарних наслідків НС [4]. Окрім територіального резерву ОЦЕМД та МК повинні утримувати запас майна для спеціалізованих бригад постійної готовності як I, так й II черги. До речі, перелік табельного оснащення цих бригад не регламентовано наказом МОЗ України, у зв'язку з чим ми не маємо правового обґрунтування для створення запасів, які внесені до Реєстру ДСМК України.

На сьогоднішній день методичними рекомендаціями пропонуються тільки табелі спеціалізованих профільних бригад [5].

Наприклад, Дніпропетровський ОЦЕМД та МК повинен мати 2-добовий запас для 46 спеціалізованих бригад постійної готовності I черги, які не входять у систему швидкої медичної допомоги, 3-добовий запас для забезпечення роботи 6 спеціалізованих бригад постійної готовності II черги, які формуються ОЦЕМД та МК, а також 2-добовий запас для 19 позаштатних спеціалізованих бригад постійної готовності II черги, формування яких покладено на інші лікувально-профілактичні заклади.

Враховуючи те, що маса комплекту табельного медичного майна 1 бригади дорівнює 450-500 кг [6], загальна вага оснащення усіх формувань, покладених на ОЦЕМД та МК, складатиме від 66 до 74 тон. Для доставки таких значних об'ємів майна необхідно мати спеціальні транспортні засоби. Існуючими нормативами в ОЦЕМД та МК не передбачено жодного вантажного автомобіля. Вирішення цієї проблеми бачимо у введенні до складу Центру по 1 вантажному (малолітражному) автомобілю типу «Газель» на кожну спеціалізовану бригаду постійної готовності II черги та 2 автомобілі для транспортування територіального резерву медичного майна та медикаментів до осередку масових санітарних втрат.

IV. Створення госпітальної бази територіальних центрів в умовах дефіциту бюджетних коштів.

Сьогодні необхідно якомога раціонально використовувати медичний персонал і штатних спеціалістів бригад ОЦЕМД та МК, а також щоденно підвищувати їх професійний рівень за

рахунок роботи в профільних відділеннях, проведення клінічних нарад і конференцій зі співробітниками профільних кафедр.

Рішення цих проблем ми бачимо у створенні госпітальної бази ОЦЕМД та МК, яка повинна мати у своєму складі реанімаційне, травматологічне, нейрохірургічне, комбустіологічне, токсикологічно-терапевтичне відділення, відділення політравми і невідкладної хірургії, а також біохімічну та клініко-діагностичну лабораторію та рентген-кабінет. Медичний персонал цієї госпітальної бази буде надавати спеціалізовану медичну допомогу при виникненні медико-санітарних наслідків НС як на своїй базі, так і на базі лікувальних закладів, які розташовані поблизу масових санітарних втрат. Крім того, особовий склад госпітальної бази використову-

ватиметься для укомплектування або підсилення мобільного госпіталю МНС України.

## Висновки

Аналіз стану існуючої системи надання екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях мирного часу свідчить про необхідність її подальшого удосконалення і реорганізації, в першу чергу, на територіальному рівні. Визначені авторами проблеми і пропозиції щодо їх вирішення є наслідком власного практичного досвіду роботи в галузі формування служби екстреної медичної допомоги в Дніпропетровській області. Пропонуємо провести на сторінках журналу наукову дискусію з означених питань і висловити свої думки щодо подальшого розвитку цієї надзвичайно важливої та актуальної служби.

## Література

1. Аналіз надзвичайних ситуацій, що виникли протягом I півріччя 2010 р. [Електронний ресурс] // <http://www.mns.gov.ua/opinfo/4766.html>.
2. Територіальні центри екстреної медичної допомоги у складі Державної служби медицини катастроф України. Правові і нормативні акти. Довідковий посібник. / Г.Г.Рощін, В.О.Волошин, А.П.Картиш [та ін.]. — УНПЦ ЕМД та МК, 1998. — 147 с.
3. Медичні сили та заклади Державної служби медицини катастроф України територіального рівня та їх визначення (методичні рекомендації) / Г.Г.Рощін, В.О.Волошин, П.Б.Волянський [та ін.]. — К.: МОЗ України, Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 1998. — 40 с.
4. Правові основи Державної служби медицини катастроф України / Г.Г.Рощін, В.О.Волошин [та ін.]. — К.: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, 2002. — 242 с.
5. Медичне постачання формувань і закладів державної служби медицини катастроф України. Метод. рек. / Г.Г.Рощін, В.О.Волошин, Т.Р.Дідківська [та ін.]. — К.: МОЗ України, Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 1998. — 150 с.
6. Терент'єва А.В. Складське господарство державного і територіального рівнів державної служби медицини катастроф / Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. — 2000. — Вип.7. — С. 345-350.

**С.Е.Гурьев, Р.А.Шевченко. Опыт создания территориального уровня государственной службы медицины катастроф на примере Днепропетровской области. Киев, Днепропетровск, Украина.**

**Ключевые слова:** медицина катастроф, территориальный уровень, чрезвычайная ситуация, медико-санитарные последствия.

Стаття посвящена проблемам создания территориального уровня Государственной службы медицины катастроф. На основании собственного опыта работы Днепропетровского областного центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф предложены варианты решения некоторых вопросов.

**S.E.Guryev, R.A.Shevchenko. Experience of territorial level creation of state service of disaster medicine on the example of the Dnipropetrovsk area. Kyiv, Dnipropetrovsk, Ukraine.**

**Key words:** disaster medicine, territorial level, extreme situation, medical sanitary consequences.

The article is devoted to the problems of creating territorial level of the State Service for disaster medicine. Based on our own experience of Dnipropetrovsk regional center for emergency medical care and disaster medicine solutions to some issues were offered.

Надійшла до редакції 30.11.2010 р.