
© О.В. Бабенко, М.М. Авхименко, 2012

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

О.В. Бабенко, М.М. Авхименко

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

E-mail: rsmu@rsmu.ru

Изложены общие вопросы безопасности объектов здравоохранения в условиях чрезвычайных ситуаций (аварии, угроза взрыва, пожар, теракт, отключение систем энерго- и водоснабжения и др.).

Ключевые слова: безопасность объектов здравоохранения, аварии, пожар, теракт, охрана объекта.

В соответствии с Законом Российской Федерации «О безопасности» от 05.03.92 №2446-1, безопасность рассматривается как состояние защищенности жизненно важных интересов личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз.

В Концепции национальной безопасности Российской Федерации уточнены приоритетные сферы обеспечения защиты национальных инте-

ресов: экономическая, внутривластная, социальная, международная, информационная, военная, пограничная и экологическая. В последние годы возросли масштаб и тяжесть последствий для гражданского населения техногенных катастроф, природных бедствий и вооруженных конфликтов.

Следует отметить, что отечественный и зарубежный опыт ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) мирного и военного времени свидетельствует о необходимости усиления внимания к обеспечению безопасности объектов здравоохранения, которые, как и другие объекты, нередко подвергаются воздействию опасных факторов природного, техногенного, биолого-социального и военного характера. Больницы, аптеки, санитарно-противоэпидемические учреждения разрушаются, а медицинские работники погибают и получают поражения не реже, а иногда и чаще, чем другие граждане, так как, принимая участие в спасательных операциях, работая в круглосуточном режиме, врачи и медсестры нередко вынуждены находиться в зоне воздействия поражающих факторов ЧС. Жертвами ЧС могут становиться и пациенты, находящиеся на лечении, обследовании или реабилитации в лечебных и оздоровительных учреждениях [2,3].

Американские специалисты в области медицины катастроф считают, что ЧС в больнице могут быть обусловлены следующими причинами [9]:

- стихийными бедствиями – землетрясения, ураганы (торнадо), штормы, наводнения, пожары;
- антропогенными катастрофами – терроризм, захват заложников, аварии на радиационно-химически опасных объектах;
- ЧС внутри больницы – нарушения энерго- и водоснабжения, работы системы связи и лифтов; наводнения, химические и радиационные аварии, взрывы и пожары, утечка газов, угроза взрывов, паника среди персонала.

Перечисленные ситуации в последние годы возникали и в лечебных учреждениях России (например, экстренные эвакуации стационаров в ряде городов, проведенные по различным причинам – пожар, отключение теплоснабжения, угроза взрыва и др.).

Несмотря на положение Женевских конвенций о неприкосновенности медицинских учреждений в зонах военных конфликтов (в силу их гуманной и милосердной деятельности), объекты здравоохранения нередко подвергаются обстрелам противостоящих сторон, становятся местом противоправных действий боевиков, мародеров, при этом медицинский персонал и больные могут подвергаться насилию, получать травмы, увечья и поги-

бать, а медицинское имущество объектов здравоохранения уничтожаться и расхищаться.

В последние годы совершаются теракты, объектами которых стали многие лечебные учреждения на территории России. Наиболее тяжелые последствия имели теракты с захватом заложников в Буденновске, бесчинства боевиков в отношении больных и медицинского персонала центральной районной больницы (1995), разграбление и минирование сепаратистами лечебных учреждений в зоне вооруженного конфликта в Чеченской Республике, убийство трех врачей Ставропольской специализированной противоэпидемической бригады в 2000 г. в Грозном, подрыв военного госпиталя в Моздоке (2004). Поэтому понятна важность планирования и осуществления мероприятий по обеспечению безопасности объектов здравоохранения.

Если объект здравоохранения находится в зоне химического, радиоактивного загрязнения и биологического заражения, необходимо предусмотреть использование наиболее рациональных способов защиты персонала и пациентов (применение табельных средств индивидуальной защиты, укрытие в защитных сооружениях, эвакуация в безопасный район; в экстренных случаях и при отсутствии табельных средств – герметизация помещений и использование подручных средств защиты от поражающих факторов источника ЧС).

На основе анализа действий лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) при экстренной эвакуации больных из опасной зоны предложены лечебно-эвакуационные категории пациентов, идентичные для ЛПУ любого профиля:

- больные, нуждающиеся в жизнеобеспечении при помощи аппаратов и специальных медицинских пособий (больные в отделении реанимации, блоке интенсивной терапии, родильницы и родильницы);
- больные, которые самостоятельно не передвигаются (транспортировка сидя, лежа на носилках);
- больные, которые передвигаются самостоятельно (ходячие и амбулаторные);
- нетранспортабельные больные [5].

Наиболее частый вариант угрозы безопасности объекта здравоохранения – возникновение ЧС непосредственно на объекте в условиях повседневного режима деятельности. Такие ЧС наиболее часто наблюдаются при пожаре, взрыве кислородных баллонов, обрушении зданий, минировании, телефонном терроризме, отключении систем энерго- и водоснабжения, выходе из строя канализации, захвате объекта террористами, при хулиганских действиях больных, посетителей (в том числе криминальных субъектов, бомжей, пьяниц), нападении наркоманов с целью завладения наркотиками.

К общим проблемам обеспечения безопасности в ЛПУ следует отнести:

- наличие значительного количества больных и беспомощных людей на ограниченной территории (в здании), в том числе – в ночное время, когда имеется только дежурный персонал;
- зависимость технологического цикла лечебного процесса, жизни и здоровья больных от многих внешних факторов – энергоснабжения, освещения, теплоснабжения, наличия медикаментов, подготовленных кадров, особенно в операционных, реанимационных, родильных отделениях – там, где витальные функции человека зависят от четкого и непрерывного машинного цикла и, будучи прерванными (приостановленными) в критический момент даже на несколько секунд, могут привести к неминусовой смерти пациента;
- низкий уровень подготовки личного состава нештатных аварийно-спасательных формирований, предназначенных для ведения аварийно-спасательных и других неотложных работ в ЛПУ;
- низкая обеспеченность лечебных учреждений средствами индивидуальной и коллективной защиты.

Несмотря на регламентируемую соответствующими постановлениями Правительства организацию защиты государственных объектов, в настоящее время нет четкой методики комплексной защиты учреждений здравоохранения от преступных посягательств и терактов. Отсутствуют инструкции и директивные документы, разработанные конкретно для учреждений здравоохранения. Наличие во всех министерствах Московской области «Паспортов антитеррористической защищенности» не подкреплено обязательной в этом случае нормативной и финансовой составляющими. До сегодняшнего дня в большинстве регионов не установлены критерии и не утверждены классификаторы потребности в постах охраны, объемах технической защиты (кроме системы вневедомственной охраны МВД) и соответствующие финансовые затраты. Не утверждены на федеральном уровне базовые требования для регионов к расчету стоимости поста охраны объектов негосударственными охраняемыми структурами [6].

Введение в учреждениях бюджетной сферы института охраны повлекло за собой целый ряд проблем, ранее стоявших только перед профессионалами. Вопросы защиты учреждений здравоохранения возложены на главных врачей и их заместителей по безопасности. В целом в нашей стране до 2004 г. не было должности заместителя руководителя по безопасности медицинского учреждения.

В подавляющем большинстве этих учреждений имелись структуры, готовившие медперсонал только к организации гражданской обороны. Те, на кого в настоящий момент легла функция обеспечения безопасности, как правило, не имеют специальной профильной подготовки по антитеррористической деятельности, а также по организации физической и технической охраны учреждений социальной сферы. Понимая важность обеспечения защиты своих объектов, руководители учреждений здравоохранения организуют ее, как правило, в зависимости от наличия средств и в соответствии со своей компетентностью. Однако гарантии, что эти средства будут использованы с достаточной эффективностью, нет. Неясно, в каких учреждениях здравоохранения следует иметь интегрированные комплексы систем защиты, а в каких достаточно простых систем защиты. Не определено число постов охраны, достаточных в данном учреждении для обеспечения безопасности объекта, и число необходимых видеокамер.

Обеспечение безопасности объектов здравоохранения требует продуманного подхода. Для начала следует определить, какой уровень защиты достаточен для обеспечения защищенности объекта здравоохранения при минимальных затратах бюджетных средств. Для определения необходимого и достаточного уровня обеспечения безопасности объектов здравоохранения предлагается классифицировать их по количественным характеристикам, уровню технической защищенности, режиму работы. Целесообразность введения таких классификаций обсуждалась с представителями Главного управления региональной безопасности Московской области, ФСБ и МВД России. Отмечено, что это позволит адекватно определить уровень затрат (рис. 1).

Малые: площадь до 150 м², численность персонала – от 3 до 15 человек, число посетителей – от 20 до 100 человек (фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты, амбулатории, аптеки).

Средние: площадь от 150 до 500 м², численность персонала – от 15 до 100 человек, число посетителей – от 50 до 200 человек, число стационарных коек – до 50 (диспансеры, поликлиники, станции скорой медицинской помощи).

Крупные: площадь от 500 до 1500 м², численность персонала – от 100 до 250 человек, число посе-

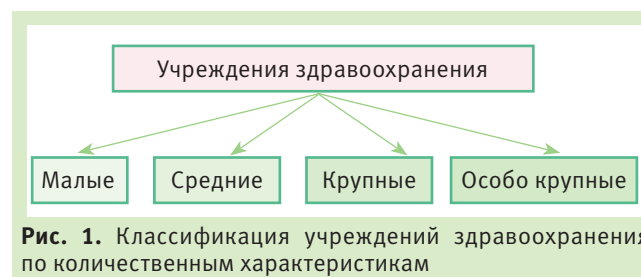


Рис. 1. Классификация учреждений здравоохранения по количественным характеристикам

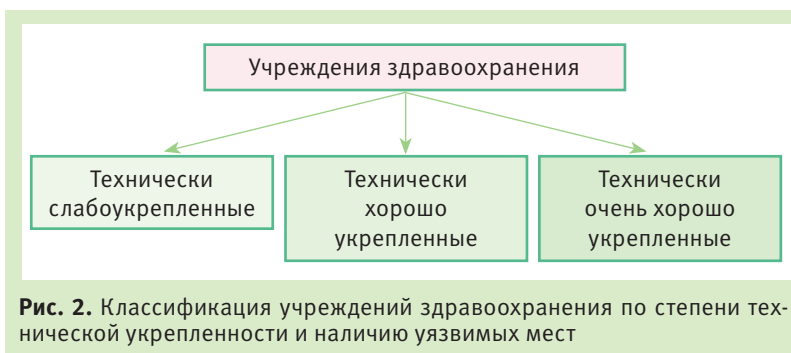


Рис. 2. Классификация учреждений здравоохранения по степени технической укрепленности и наличию уязвимых мест

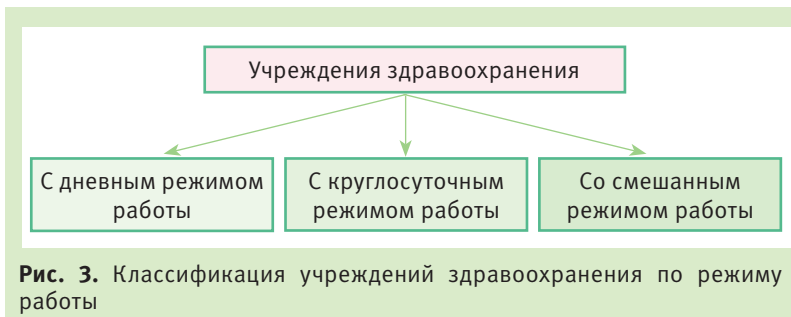


Рис. 3. Классификация учреждений здравоохранения по режиму работы

тителей – от 200 до 600 человек, число стационарных коек – до 150 (городские больницы и поликлиники, в том числе детские и специализированные, диспансеры).

Особо крупные: площадь от 1500 м² и более, численность персонала – свыше 250 человек, число посетителей – от 600 человек и более, число стационарных коек – свыше 150 (медицинские центры федерального значения, областные и районные больницы).

Значение инженерно-технических средств безопасности возрастает по мере усиления технологизации преступности. Это – оборотная сторона технического прогресса, влекущая за собой повышение технической оснащенности криминала. Учреждения здравоохранения можно классифицировать и в зависимости от их технической укрепленности и наличия уязвимых мест (рис.2).

Инженерно-технические средства охраны включают в себя:

- инженерные средства – ограждения, контрольно-пропускные пункты (КПП), шлагбаумы, противотаранные блокираторы, дополнительные заграждения, оконные решетки и т. д.;
- технические средства – системы охранно-пожарной сигнализации, видеонаблюдения, контроля и управления доступом, тревожной сигнализацией, системой оповещения, охранного освещения, металлодетекторы и т. д.

Технически слабоукрепленные объекты учреждений здравоохранения имеют значительное число уязвимых мест, многие из которых охраной не контролируются (большинство учреждений здравоохранения относятся к этой группе, так как технические средства представлены в них только охранно-пожарной и тревожной сигнализацией).

Технически хорошо укрепленные имеют незначительное число уязвимых мест, которые известны охране и контролируются ею (это учреждения здравоохранения, имеющие локальные системы безопасности).

Технически очень хорошо укрепленные практически не имеют уязвимых мест (к ним относятся учреждения здравоохранения, имеющие комплексную систему безопасности).

Практически все учреждения здравоохранения можно отнести к числу технически слабоукрепленных.

Режим работы лечебных учреждений различается (дневной, смешанный, круглосуточный), что также позволяет сгруппировать их в 3 категории для принятия решения об обеспечении охраняемыми мероприятиями (рис.3).

К объектам с дневным режимом работы относятся городские и стоматологические поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты, амбулатории, аптечные учреждения, медицинские колледжи (училища); со смешанным – бюро судебно-медицинской экспертизы, профилактории, здравпункты (врачебные и фельдшерские), дежурные аптеки, поликлинические отделения в составе больниц; с круглосуточным – городские, районные больницы, диспансеры, станции скорой медицинской помощи, станции переливания крови, санаторно-курортные учреждения.

Приведенная классификация необходима для разработки алгоритмов создания систем физической защиты учреждений здравоохранения разных категорий.

Принадлежность учреждения здравоохранения к определенной категории позволит определить тактику действий сил охраны (необходимое число постов, длительность, охрана, место расположения постов и характер несения охраны), а также оптимальные число, качество и взаимное расположение компонентов комплекса инженерно-технических средств охраны.

Так, для достижения достаточного уровня защищенности учреждения здравоохранения из категории «особо крупный объект с круглосуточным режимом работы» требуется комплексная система безопасности (охранно-пожарная и тревожная сигнализация, системы охранного видеонаблюдения и контроля, управление доступом). Для защиты «малого объекта с дневным режимом работы», например амбулатории, достаточно проведения инженерно-технических мероприятий (укрепление дверей; установка решеток, охранной сигнализации с выходом на пульт ведомственной охраны МВД).

Правильное определение принадлежности учреждения здравоохранения к определенному классу позволит сэкономить ресурсы и обеспечить достаточно эффективную защиту объекта от агрессивных действий злоумышленников.

При решении вопроса об обеспечении защиты учреждения здравоохранения необходимо учесть, что абсолютной безопасности, как и абсолютной защиты от преступных посягательств, достичь практически невозможно. Можно вплотную приблизиться к 100% защите, но тогда затраты на ее достижение могут оказаться чрезвычайно высокими, а у нарушителей все же останется шанс проникнуть на объект и совершить преступление. В этих условиях работа руководства учреждения и службы безопасности должна быть направлена на заблаговременное создание условий, максимально затрудняющих преступные действия и заставляющих нарушителей отказаться от реализации преступного замысла.

Создание эффективной системы защиты учреждения здравоохранения – задача многоплановая, требующая комплексного научного подхода и довольно значительных затрат. Поэтому при создании системы защиты объекта на первый план выдвигается необходимость оптимизации ее структуры по критерию «эффективность – стоимость», т.е. максимум эффективности при минимуме затрат.

В решении проблемы антитеррористической готовности учреждений здравоохранения РФ можно выделить 2 аспекта [4]:

- защищенность ЛПУ как объекта нападения террористов;
- готовность администрации и медицинского персонала ЛПУ к ликвидации медико-санитарных последствий теракта.

Мероприятия по обеспечению защищенности ЛПУ как объекта нападения террористов:

- организация охраны объекта (КПП, строгий пропускной режим; досмотр автотранспорта; исключение возможности проникновения посторонних лиц на объекты жизнеобеспечения ЛПУ; организация взаимодействия с местными органами внутренних дел, МЧС); усиление на период проведения праздничных мероприятий охраны объектов здравоохранения, расположенных в крупных городах, нарядами милиции;
- техническая оснащенность охраны объекта (средства инженерной защиты, охранная сигнализация).

Мероприятия по обеспечению готовности администрации и медицинского персонала ЛПУ к ликвидации медико-санитарных последствий теракта:

- действия персонала учреждения здравоохранения (личное участие и контроль руководи-

телей ЛПУ за подготовкой и проведением антитеррористических мероприятий, четкое распределение функциональных обязанностей персонала при угрозе и возникновении теракта);

- обеспечение бдительности и психологической готовности персонала к действиям в условиях терактов; создание в коллективе «антитеррористического микроклимата»; психологическая устойчивость руководителей к стрессу позволяет принять верное решение и избежать неадекватных реакций.

Другой аспект антитеррористической готовности учреждений здравоохранения – готовность к оказанию неотложной медицинской помощи при массовом поступлении пострадавших в ЧС. Основным критерием оценки готовности ЛПУ к оказанию медицинской помощи в условиях ЧС служит наличие достаточных сил и средств, необходимых для приема пострадавших и оказания неотложной медицинской помощи при массовом их поступлении (не менее 4% от планового коечного фонда в час) [4].

В медицинских учреждениях должен иметься запас средств индивидуальной защиты, медицинских препаратов, антидотов и индивидуальных противохимических пакетов на случай возможных террористических актов химического, биологического и радиационного характера [7, 8, 10].

Период подготовки стационара к приему большого числа пораженных должен быть кратким, причем весьма болезненной проблемой является освобождение коек в реанимационных отделениях (больные с искусственной вентиляцией легких; больные, находящиеся на гемодиализе, и др.). Как показывает наш опыт и опыт зарубежных коллег, при массовом поступлении пораженных в ЧС не хватает именно дыхательной аппаратуры.

Создание в различных районах мегаполиса запаса расходных материалов, обеспечивающего функционирование хирургического стационара в течение нескольких суток, является, как показал опыт Москвы, надежной гарантией эффективного оказания медицинской помощи в ЧС. Это же подтвердили медики США; так, по свидетельству В. Eiseman и соавт., во время событий 11.09.01 крупные госпитали Нью-Йорка испытывали трудности в снабжении, поскольку передвижение грузовика в зоне Манхэттена было невозможным в течение почти 48 ч [1].

Необходимость усиления диспетчерской службы связана с тем, что от ее четкого функционирования зависит связь с центром управления стационаром, бригадами скорой медицинской помощи, возможность вызвать дополнительного сотрудника при перегрузке приемно-диагностического отделения.

Наконец, чрезвычайно важные составляющие успешного оказания хирургической помощи пораженным – четкая организация работы по освобождению подъездных путей, разгрузке санитарного транспорта, частных автомобилей; соблюдение порядка на площадках, отведенных для стоянки санитарного транспорта, и на отдельных стоянках для автотранспорта родственников пораженных.

Следует также выделить специальных сотрудников для работы с родственниками пораженных и представителями средств массовой информации.

Важная фаза работы – прием и сортировка пораженных. Сортировка – непрерывный и динамический процесс, свойственный всем этапам медицинского обеспечения пораженных, начиная с работы спасателей и кончая решением вопроса о реабилитации после стационарного лечения.

Многие зарубежные авторы подчеркивают, что при массовом поступлении пораженных неверная оценка тяжести состояния в ходе сортировки приводит к заполнению стационара легкопораженными и к затруднениям при выявлении пораженных в критическом состоянии. В частности, из-за большого числа пораженных, пришедших самостоятельно, опаздывают с оказанием помощи лицам с тяжелыми поражениями. Кроме того, существует прямая связь между уровнем летальности среди последних и неверной оценкой степени поражения при сортировке. Именно поэтому в приемно-диагностическом отделении должны работать наиболее опытные хирурги под непосредственным контролем руководителя хирургической службы стационара, у которого налажена постоянная связь с другим ответственным лицом, работающим в операционном блоке, и координатором анестезиологической службы, что создаст условия для управления бригадами хирургов и анестезиологов в зависимости от обстановки.

Следует признать, что первичная медицинская сортировка в зоне ЧС не может быть стопроцентно эффективной из-за экстремальной обстановки и ограниченных возможностей. Кроме того, фактор времени и сама транспортировка могут существенно скорректировать состояние пораженного.

Задачи медицинской сортировки в стационаре заключаются не столько в формировании, как это принято в военно-полевой хирургии, 4 сортировочных групп, в том числе группы безнадежных, сколько (по опыту американских хирургов) в разделении легко- и тяжелопораженных [1].

Задачи диагностики на этом этапе – оценка тяжести состояния, выявление дыхательных нарушений, кровопотери, шока, повреждения костей и определение площади разрушения мягких тканей. При острой дыхательной недостаточности, гипотонии, нарушении сердечного ритма, агональном

состоянии необходимо немедленно пересмотреть ранее принятые решения.

Нельзя согласиться с концепцией американских специалистов, согласно которой:

- госпитализация показана только при абсолютной необходимости;
- лабораторные анализы и рентгенологическое исследование проводятся только у пораженных в критическом состоянии.

Такая тактика может привести к потере времени, особенно при сочетанных повреждениях [11].

Специалисты НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского считают [1], что все без исключения пациенты, доставленные в стационар, должны быть осмотрены хирургом и при малейшем подозрении на травму внутренних органов подлежат УЗИ. В случае сомнений пострадавшего необходимо госпитализировать.

Определенную проблему при массовом поступлении пораженных хирургического профиля представляет организация санитарной обработки перед направлением в операционную. Для обработки пораженных с сильным загрязнением тела требуются дополнительный персонал и оборудование, большое число душевых установок. Достаточно сказать, что в госпитале Белльвью (Нью-Йорк) до 11.09.01 в приемном отделении имелось всего 2 душевых, после теракта их стало 42. Считаем, что многопрофильные стационары, в которые возможно массовое поступление пораженных, должны располагать большим числом душевых.

При определении объема хирургического вмешательства следует исходить из того, что каждая полостная операция занимает не менее 1,5 ч и в ней задействована бригада опытных хирургов и анестезиологов, имеются операционный стол и наркозная аппаратура. Следовательно, хирургическое вмешательство, главная цель которого – спасение жизни пораженного, должно быть минимальным по времени и объему.

Прогрессивность внедрения в практику новых хирургических технологий, прецизионных методов восстановительной хирургии, конечно, трудно переоценить. Однако в период массового поступления пациентов их применению неизбежно сопутствуют затраты времени. И, если выбирать между повышением качества жизни у выживших и снижением летальности, то предпочтение, несомненно, следует отдать последнему.

В заключение приведем примеры недостатков в организации хирургической помощи при массовом поступлении пораженных в ЧС в мегаполисе.

1. В течение первых 2 ч в Центральный городской госпиталь Нью-Йоркского университета, расположенный вблизи разрушенного Центра мировой

торговли, поступили 350 пораженных, к концу дня их число достигло 448. Однако работа в стационаре была практически парализована: стены и оборудование покрыты толстым слоем золы и пыли, телефонная связь, кондиционеры и сканирующая аппаратура вышли из строя. В то же время в госпитале Белльевью, расположенном в 3 км от Центра мировой торговли, было развернуто 24 реанимационных и 45 операционных коек. К 14 ч стало ясно, что в этот госпиталь, где были созданы все условия и имелся многочисленный персонал, значительное число пораженных не поступило.

2. Отправка медработников на место катастрофы подвергает их, а также пораженных, которым оказывают помощь на месте, излишнему риску. Такой подход отражает незнание классического и прогнозируемого феномена «второго удара», который имел место 11.09.01 в Нью-Йорке, когда произошло обрушение зданий, в результате чего погибли более 400 спасателей, медиков и пораженных.

3. Большинство практических хирургов этих госпиталей не знали о плане действий на случай массового поступления пораженных, хотя такой план у администрации госпиталей имелся.

Очевидно, что уроки, извлеченные американскими коллегами из этих трагических событий, полезны и для нас. В частности, концепция военно-полевой хирургии, согласно которой квалифицированная и специализированная хирургическая помощь должна быть максимально приближена к очагу катастрофы, не подходит к условиям оказания хирургической помощи в мегаполисе. Такую помощь необходимо развертывать за пределами зоны ЧС, там, где могут быть созданы надлежащие условия для медицинского обеспечения пораженных.

Литература

1. Абакумов М.М. Опыт оказания хирургической помощи при массовом поступлении пораженных в стационар// Медицина катастроф. – 2005; 3–4: 82–3.
2. Авхименко М.М., Шефер Ю.М. Чрезвычайная ситуация в больнице// Медицина катастроф. – 1999; 2: 48–50.
3. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медика// Медицинская помощь. – 2003; 2: 25–30.
4. Баранов Л.И. Особенности автоматизации работы приемного отделения госпиталя с учетом обеспечения бесперебойной работы в условиях ликвидации последствий чрезвычайной ситуации// Мед. вестник МВД. – 2009; 3: 51–3.
5. Исаева И.В. Роль службы медицины катастроф при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций// Казанский медицинский журнал. – 2011; №1: 82–5.
6. Лобанов А.И., Власенко В.Ф., Пичугин В.Ю. Обеспечение безопасности объектов здравоохранения// Медицина катастроф. – 2007; 3: 14–6.
7. Мальцин Г.Х. Определение необходимого уровня антитеррористической и противокриминальной защиты учреждений здравоохранения// Альманах клин. мед.. – 2008; 19: 65–9.
8. Петров В.П. Методология организации антитеррористических мероприятий в учреждениях здравоохранения// Здравоохранение. – 2005; 11: 175–182.
9. Трифонов С.В., Авхименко М.М. Пожары на объектах здравоохранения (причины, последствия, меры профилактики)// Медицинская сестра. – 2010; 7: 39–40.
10. Adhababian R., Plevis C., Gans L., et al. Disasters within hospitals//Ann. emergency med. – 1994; 23 (4): 771–777.
11. Arnold J. Hospital disaster and emergency planning// Prehosp. Dis. Med. – 2003; 18; (1):17–18.

PROBLEMS IN SAFETY PROVISION OF HEALTHCARE OBJECTS IN EMERGENCY

O.V. Babenko, M.M. Avkhimenko, Cand. Med. Sci

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

The paper outlines general issues of the safety of healthcare objects in different emergencies (accidents, threatening explosion, fire, an act of terror, disconnection of energy and water supply systems, etc.).

Key words: safety of healthcare objects; accidents; fire; act of terror; object guarding.