

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

Кафедра «Медицины катастроф»

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО
ЗАНЯТИЯ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ**

Тема 2.1. «Современная система ЛЭО населения при ЧС мирного и военного времени».

1. Продолжительность практического занятия – 7 часов (315 минут)
2. План практического занятия (хронокарта)
 - а) Актуальность проблемы, цель практического занятия – 5 минут.
 - б) Обработка алгоритма постановки диагноза пострадавшего в ЧС – 40 минут.
 - в) Решение ситуационных задач – 225 минут.
 - г) Контроль конечного уровня знаний – 45 минут.
3. Краткая аннотация теоретического материала занятия.

Виды медицинской помощи

Под *видом медицинской помощи* понимается официально установленный комплекс лечебно-профилактических мероприятий (лечебно-диагностических), решающий определенные задачи в общей системе оказания медицинской помощи и лечения, требующий соответствующей подготовки лиц, её оказывающих, необходимого оснащения и определенных условий.

В системе этапного лечения пораженных и больных с их эвакуацией по назначению различают следующие виды медицинской помощи: первая помощь, первичная медико-санитарная доврачебная помощь (доврачебная, врачебная, специализированная), первичная врачебная помощь, скорая специализированная, медико-санитарная медицинская помощь.

В общем плане все виды медицинской помощи решают аналогичные задачи, а именно:

- устранение явлений, угрожающих жизни пораженного или больного в данный момент;
- проведение мероприятий, устраняющих и снижающих возможность возникновения (развития) тяжелых осложнений;
- выполнение мероприятий, обеспечивающих эвакуацию пораженных и больных без существенного ухудшения их состояния.

Первая помощь - это комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых непосредственно на месте поражения или вблизи него в порядке само- и взаимопомощи, а

также участниками аварийно-спасательных работ, в т.ч. и (так же сотрудниками МВД РФ; МЧС РФ; МО РФ), с использованием табельных и подручных средств.

Целью первой помощи являются: прекращение воздействия факторов, способных утяжелить состояние пораженных или привести к смертельному исходу; устранение

явлений, непосредственно угрожающих их жизни (кровотечения, асфиксии и др.); предупреждение осложнений и обеспечению эвакуации пораженных без существенного ухудшения их состояния.

Время оказания - в течение первых 30 мин. после травмы.

Содержание первой помощи зависит от характера полученных людьми поражений. При остановке дыхания прекращения сердечной деятельности это время сокращается до 5 минут.

При травматических повреждениях первая помощь включает следующие *основные мероприятия*:

- извлечение пораженных из-под завалов, разрушенных убежищ, укрытий;
- восстановление проходимости верхних дыхательных путей (удаление из полости рта инородных предметов - выбитых зубов, сгустков крови, комков земли и др.), искусственную вентиляцию легких методом «изо рта в рот» или «изо рта в нос» и др.;
- придание физиологически выгодного положения пораженному;
- временную остановку наружного кровотечения всеми доступными методами (давящей повязкой, пальцевым прижатием сосуда на протяжении, наложением жгута и т.п.);
- непрямой, закрытый массаж сердца;
- герметическую повязку при открытом пневмотораксе;
- наложение повязки на рану;
- иммобилизацию конечностей при переломах, обширных повреждениях мягких тканей и ожогах;
- фиксацию туловища к доске или щиту при травмах позвоночника;
- обильное теплое питье (при отсутствии рвоты и данных, указывающих на травму органов брюшной полости) с добавлением 1/2 чайной ложки соды и соли на 1 литр жидкости;
- согревание пораженного.

При ожогах в дополнение к перечисленным мероприятиям проводится тушение горящей одежды.

При катастрофах с выбросом в окружающую среду АОХВ в порядке первой помощи осуществляется:

- защита органов дыхания, зрения и кожи от непосредственного воздействия на них АОХВ путем применения средств индивидуальной защиты, ватно-марлевых повязок, укрыванием лица влажной марлей, платком, полотенцем и т.д.;
- введение антидотов;
- скорейший вынос пораженного из зоны загрязнения;
- при попадании АОХВ в желудок - обильное питье с целью беззондового промывания желудка («ресторанным» способом), питье молока, прием адсорбентов;
- частичная специальная обработка открытых участков частей тела проточной водой с мылом, 2% раствором соды;
- частичная дегазация одежды и обуви.

При радиационных авариях первая помощь включает:

- проведение мероприятий по прекращению поступления радиоактивных веществ внутрь организма с вдыхаемым воздухом, водой, пищей;
- прекращение внешнего облучения пораженных путем быстрой их эвакуации за пределы загрязненной радиоактивными веществами территории;
- парентеральное применение средств профилактики и купирования первичной реакции {при возникшей рвоте);
- частичная специальная обработка открытых частей тела;
- удаление радиоактивных веществ с одежды и обуви.

При массовых инфекционных заболеваниях в очагах бактериологического (биологического) заражения первая помощь включает:

- использование подручных и (или) табельных средств индивидуальной защиты;
- активное выявление и изоляцию температурающих больных, подозрительных на инфекционное заболевание;
- применение средств экстренной неспецифической профилактики;
- проведение частичной или полной специальной обработки.

Первичная медико-санитарная доврачебная помощь - вид медицинской помощи, мероприятия которой дополняют первую помощь. Оказывается фельдшером или медицинской сестрой в очаге (зоне) поражения с использованием табельных средств медицинского имущества.

Время оказания – 1 - 2 часа после травмы.

Доврачебная медицинская помощь включает (по показаниям):

- искусственную вентиляцию легких с помощью введения 5-образной трубки - воздуховода или аппарата типа «АМБУ»;
- надевание противогаза (ватно-марлевой повязки, респиратора) на пораженного при нахождении его на загрязненной (зараженной) местности;
- вливание инфузионных средств;
- введение обезболивающих и сердечно-сосудистых препаратов;
- введение и прием внутрь антибиотиков, противовоспалительных, седативных, противосудорожных и противорвотных препаратов;
- прием сорбентов, антидотов и т.п.;
- контроль правильности наложения жгутов, повязок и шин;
- необходимости их исправление и дополнение с использованием табельных средств;
- наложение асептических и окклюзионных повязок.

Медицинский персонал, оказывающий доврачебную помощь, кроме того, осуществляет контроль за правильностью оказания первой помощи.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь - вид медицинской помощи, включающий комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачом, как правило, на соответствующем этапе медицинской эвакуации (пункте медицинской помощи, развертываемом врачебно-сестринскими бригадами, в амбулаторно-поликлиническом учреждении, здравпункте объекта или другом ближайшем лечебно-профилактическом учреждении).

Время оказания – 4 - 5 часов после травмы.

При поступлении на этот этап медицинской эвакуации значительного числа пораженных создается ситуация, когда нет возможности своевременно (в допустимые сроки) оказывать всем нуждающимся первичную врачебную медико-санитарную помощь в полном объеме.

Учитывая такую ситуацию, мероприятия данного вида медицинской помощи разделяются на 2 группы: неотложные мероприятия и мероприятия, которые могут быть вынужденно отсрочены или оказаны на следующем этапе. К неотложным относятся мероприятия, которые должны быть обязательно выполнены на первом этапе медицинской эвакуации, где оказывается первичную врачебную медико-санитарную помощь; невыполнение этого требования грозит пораженному (больному) гибелью или большой

вероятностью возникновения тяжелого осложнения.

К неотложным мероприятиям относятся:

- устранение асфиксии (удаление слизи, рвотных масс и крови из верхних

дыхательных путей; введение воздуховода; прошивание и фиксация языка; отсечение или подшивание свисающих лоскутов мягкого неба и боковых отделов глотки; трахеостомия по показаниям; искусственная вентиляция легких; наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе; пункция плевральной полости или торакоцентез при напряженном пневмотораксе);

- остановка наружного кровотечения (прошивание сосуда в ране или наложение зажима на кровоточащий сосуд, контроль за правильностью и целесообразностью наложения жгута или наложение жгута при наличии показаний);
- проведение противошоковых мероприятий (переливание кровезаменителей при значительном обескровливании, проведение новокаиновых блокад, введение обезболивающих и сердечно-сосудистых средств);
- отсечение конечности, висящей на лоскуте мягких тканей;
- катетеризация или капиллярная пункция мочевого пузыря с эвакуацией мочи при задержке мочевыделения;
- проведение мероприятий, направленных на устранение десорбции химических веществ с одежды и позволяющих снять противогаз с пораженных, поступающих из очага химического поражения;
- введение антидотов, применение противосудорожных, бронхорасширяющих и противорвотных средств;
- дегазация раны при загрязнении ее стойкими химическими веществами;
- промывание желудка при помощи зонда и случае попадания химических и радиоактивных веществ в желудок;
- применение антитоксической сыворотки при отравлении бактериальными токсинами и неспецифическая профилактика инфекционных заболеваний.

К мероприятиям, которые могут быть отсрочены, относятся:

- устранение недостатков первой и доврачебной помощи (исправление повязок, улучшение транспортной иммобилизации);
- смена повязки при загрязнении раны радиоактивными веществами;
- проведение новокаиновых блокад при повреждениях средней тяжести;
- инъекции антибиотиков и серопрфилактика столбняка при открытых травмах и ожогах;
- назначение различных симптоматических средств при состояниях, не представляющих угрозы для жизни пораженного.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь - вид медицинской помощи, включающий комплекс исчерпывающих лечебных мероприятий, выполняемых врачами-специалистами различного профиля в специализированных лечебных учреждениях с использованием специального оснащения.

Время оказания – 18 - 24 часа после травмы.

Различают хирургическую и терапевтическую специализированную медицинскую помощь.

Основными видами хирургической специализированной медицинской помощи, оказываемой пораженным в различных ЧС, являются: нейрохирургическая, офтальмологическая, оториноларингологическая, стоматологическая (эти четыре вида специализированной хирургической помощи часто объединяются понятием «специализированная помощь пораженным с повреждениями головы, шеи и позвоночника»);

травматологическая; помощь пораженным с повреждением органов грудной полости, брюшной полости, мочеполовой системы (эти три вида специализированной хирургической помощи часто объединяются понятием «торакоабдоминальная и урологическая специализированная медицинская помощь»); комбустиологическая, педиатрическая (хирургическая), акушерско-гинекологическая, нефрологическая, ангиохирургическая,

общехирургическая.

Основными видами терапевтической специализированной медицинской помощи являются: токсикологическая, радиологическая, помощь соматическим больным, психоневрологическая, помощь инфекционным больным, педиатрическая.

Организация медицинской сортировки при лечебно-эвакуационном обеспечении населения и персонала медицинских учреждений при ЧС.

Важнейшим организационным мероприятием, обеспечивающим четкую реализацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения, является медицинская сортировка. Основы ее разработаны выдающимся русским хирургом Н.И. Пироговым. Впервые в широких масштабах медицинская сортировка была применена в период Крымской войны 1853-1856 гг. Было доказано ее особое значение при одномоментном поступлении на этапы медицинской эвакуации значительного числа пораженных.

Медицинская сортировка представляет собой распределение пораженных на группы по признакам нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, установленным объемом помощи на данном этапе медицинской эвакуации и принятым порядком эвакуации.

Цель сортировки и ее основное назначение состоят в том, чтобы обеспечить оказание пораженным своевременной медицинской помощи в оптимальном объеме, разумно использовать имеющиеся силы и средства и провести рациональную эвакуацию.

К медицинской сортировке необходимо предъявлять следующие три принципиально важных *требования*. Она должна быть непрерывной, преемственной и конкретной. *Непрерывность* сортировки заключается в том, что она должна начинаться непосредственно на пунктах сбора пораженных (на месте поражения, если перед лицом, оказывающим первую медицинскую помощь, находится несколько пораженных) и далее проводиться на всех этапах медицинской эвакуации и во всех функциональных подразделениях, через которые проходят пораженные.

Преемственность состоит в том, что на данном этапе медицинской эвакуации сортировка проводится с учетом следующего этапа медицинской эвакуации (куда направляется пораженный), на котором сортировка не должна повторяться, она должна быть более квалифицированной и дифференцированной.

Конкретность медицинской сортировки означает, что в каждый конкретный момент группировка пораженных должна соответствовать условиям работы этапа медицинской эвакуации в данный момент и обеспечивать успешное решение задач в сложившейся обстановке.

Медицинская сортировка проводится на основе определения сортировочных признаков (диагноза поражения или заболевания).

В зависимости от задач, решаемых в процессе сортировки, выделяют следующие виды медицинской сортировки:

- первичная;
- внутрипунктовая - это распределение пораженных и больных на группы в зависимости от нуждаемости в лечебно-профилактических мероприятиях на данном этапе медицинской эвакуации, по месту и очередности их выполнения.
- эвакуационно-транспортная сортировка - предполагает разделение пораженных и больных в интересах четкой и своевременной их дальнейшей эвакуации.

Непосредственно в очаге поражения санитарными дружинницами проводится *первичная* медицинская сортировка. При этом выделяют две группы пораженных:

- нуждающиеся в оказании медицинской помощи и эвакуации в первую очередь;
- нуждающиеся в оказании медицинской помощи и эвакуации во вторую очередь.

В первую группу следует отнести лиц с наружным или внутренним кровотечением, находящихся в состоянии шока или асфиксии, с открытым или клапанном пневмотораксом и др.

При проведении медицинской сортировки пораженные (больные) распределяются на группы. *Ведущими признаками*, на основании которых осуществляется распределение пораженных на группы, являются:

- нуждаемость пораженных в изоляции или в специальной обработке (учет признаков опасности для окружающих);
- нуждаемость пораженных в медицинской помощи, место и очередность ее оказания;
- целесообразность и возможность дальнейшей эвакуации.

На этапах медицинской эвакуации, где оказывается первичная врачебная медико-санитарная помощь, пораженные (больные) распределяются на следующие группы:

1. Исходя из нуждаемости в специальной обработке и изоляции:

- нуждающиеся в частичной специальной обработке;
- нуждающиеся в изоляции в изоляторах для больных с желудочно-кишечными или респираторными инфекционными заболеваниями, острыми психическими расстройствами;
- не нуждающиеся в специальной обработке и изоляции.

2. Исходя из нуждаемости «медицинской помощи, места и очередности ее оказания:

- нуждающиеся в медицинской помощи в перевязочной (в первую или во вторую очередь);
- не нуждающиеся в медицинской помощи в перевязочной или нуждающиеся в такой помощи, но она в сложившихся условиях оказана быть не может.

3. Исходя из возможности и целесообразности дальнейшей эвакуации, вида транспортных средств, очередности и способа транспортировки:

- подлежащие дальнейшей эвакуации (каким транспортом, в какую очередь - в первую или вторую, лежа, сидя);
- подлежащие направлению по месту жительства (для амбулаторного лечения).

На этапе, предназначенном для оказания первичной специализированной медико-санитарной медицинской помощи, пораженные (больные) распределяются на следующие группы:

1. Исходя из нуждаемости в специальной обработке и необходимости изоляции:

- нуждающиеся в специальной обработке: частичной, полной (в первую или во вторую очередь);
- нуждающиеся в изоляции: в изоляторах для больных с желудочно-кишечными или респираторными инфекционными заболеваниями, острыми психическими расстройствами;
- не нуждающиеся в специальной обработке и изоляции.

2. Исходя из нуждаемости в медицинской помощи, места и очередности ее

оказания:

- нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации; пораженные (больные) этой группы сразу распределяются по месту и очередности ее оказания: в операционную (в первую или во вторую очередь), в перевязочную (в первую или во вторую очередь), в противошоковую и т.д.;

- не нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации или нуждающиеся в медицинской помощи, но она в сложившихся условиях не может быть оказана;

- имеющие не совместимые с жизнью поражения.

3. Исходя из возможности и целесообразности дальнейшей эвакуации, вида транспортных средств, очередности и способа транспортировки, эвакуационного предназначения:

- подлежащие дальнейшей эвакуации в другие лечебные учреждения; пораженные (больные) этой группы распределяются: по эвакуационному назначению (определяется, в какое лечебное учреждение надлежит эвакуировать пораженного), очередности эвакуации (в первую или во вторую очередь), виду транспортных средств (авиационный, санитарный, автомобильный и т.д.), способу транспортирования (лежа, сидя), по месту в транспортном средстве (на первом, втором, третьем ярусе) и нуждаемости в медицинском наблюдении в пути следования;

- подлежащие оставлению в данном лечебном учреждении (до окончательного исхода, или временно, в связи с тяжестью состояния - нетранспортабельностью);

- подлежащие возвращению по месту жительства (расселения) или кратковременной задержке для медицинского наблюдения.

Результаты медицинской сортировки фиксируются с помощью сортировочных марок, а также записи в *первичной медицинской карточке* пораженного, истории болезни.

Сортировочные марки прикрепляют к одежде пораженного (больного) на видном месте булавками или специальными зажимами. Обозначения на марках служат основанием для направления пораженного (больного) в то или иное функциональное подразделение и определения очередности его доставки. Медицинская сортировка продолжается при прохождении пораженных через функциональные подразделения, при выполнении обозначенного маркой мероприятия она заменяется на другую. Последнюю марку отбирают при погрузке пораженного (больного) в транспортное средство для его эвакуации.

Для успешного проведения медицинской сортировки на каждом этапе медицинской эвакуации требуется тщательная её организация. Для этого необходимо:

а) выделение самостоятельных функциональных подразделений с достаточной емкостью помещений для размещения пораженных, обеспечение удобных подходов к поражённым;

б) организация вспомогательных функциональных подразделений для сортировки - сортировочные посты (СП), сортировочные площадки и т.п.

в) создание сортировочных бригад и их оснащение необходимыми простейшими средствами диагностики;

г) обязательная фиксация результатов сортировки (сортировочные марки, первичные медицинские карточки и т.п.) в момент ее проведения;

д) выделение медицинской сестры-диспетчера для регулирования размещения поступающих пораженных и их дальнейшего движения.

Медицинская сортировка является организационным мероприятием, способствующим своевременному оказанию пораженному или больному необходимой медицинской помощи и рациональной его эвакуации.

Одним из главных условий успешного проведения медицинской сортировки является следующее: лицо, проводящее сортировку, должно по своей квалификации, ос-

нащению и условиям работы иметь возможность выявить те сортировочные признаки, на основе которых может быть принято правильное сортировочное решение.

Сортировочная площадка - участок местности непосредственно перед приемно-сортировочной, предназначенный для размещения поступивших пораженных и больных и их медицинской сортировки; летом, в светлое время суток, при благоприятной погоде здесь может выполняться основной объем задач, возлагаемых на приемно-сортировочное (приемно-эвакуационное) подразделение.

Оптимальный состав сортировочной бригады для носилочных - врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков; для легкопораженных - врач, медицинская сестра и регистратор.

Врач сортировочной бригады должен быть достаточно опытным, способным быстро оценить состояние пораженных, определить диагноз (ведущее поражение) и прогноз, не снимая повязки и не применяя трудоемких методов исследования, выявить нужные сортировочные признаки, позволяющие установить характер и срочность необходимой медицинской помощи и порядок эвакуации.

Для расчета потребности в сортировочных бригадах можно использовать следующую формулу:

$$П=(К \times t) : Т$$

П - потребность в сортировочных бригадах,

К - количество пораженных, поступивших в течение суток,

Т - продолжительность работы сортировочной бригады (14 ч- 840 мин),

t - время, затраченное на сортировку одного пораженного (3-5 мин).

После распределения по потокам пораженных (больных) на СП, автомобили с тяжелобольными следуют к приемно-сортировочной площадке для носилочных (сортировочной площадке). Здесь в момент разгрузки медицинская сестра (фельдшер) выявляет пораженных, нуждающихся в первоочередной помощи (с наружным кровотечением, асфиксией, судорожным состоянием, находящихся в состоянии шока, рожениц, детей и др.).

После осмотра врачом они направляются в соответствующее функциональное подразделение. Остальных прибывших поражённых размещают рядами на сортировочной площадке или в свободных рядах в приёмно-сортировочных помещениях. Размещать вновь поступивших поражённых в рядах, где находятся поражённые, прошедшие сортировку, нельзя.

При *медицинской сортировке носилочных больных* может быть рекомендован следующий порядок работы бригады.

Врач на основе опроса поражённого (больного), его осмотра и обследования (как правило, применяются простейшие методы) принимает сортировочное решение, диктует сопровождающему его регистратору необходимые данные для записи в первичной медицинской карточке и даёт указание медицинской сестре (фельдшеру) о выполнении необходимых медицинских мероприятий и обозначении сортировочного заключения. Затем врач с другим фельдшером (медицинской сестрой) переходит к следующему поражённому. Приняв сортировочное решение по второму поражённому, врач с медицинской сестрой и регистратором, которые оставались у первого поражённого, переходит к третьему и т.д. Звено санитаров-носильщиков

реализует решение врача, обозначенное сортировочной маркой, переносит поражённых в назначенное функциональное подразделение этапа медицинской эвакуации.

Для сортировки легкопоражённых оборудуется специальное место (стол для врача и медицинский стол медицинской сестры). Легкопоражённые в порядке очереди (под

наблюдением санитаря) подходят к врачу, который проводит сортировку, принимает решение, диктует регистратору необходимые данные для записи в первичной медицинской карточке и дает указание медицинской сестре о необходимых медицинских мероприятиях и обозначении принятого решения.

4. Цель практического занятия:

- совершенствование практических навыков и умений по организации лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС мирного и военного времени.

5. Содержание занятия.

В водной части преподаватель доводит до ординаторов перечень основных учебных вопросов и порядок их отработки, подчеркивая роль врача в организации медико-санитарного обеспечения населения в ЧС мирного и военного времени.

Ординатор должен уметь:

- определить объем и вид медицинской помощи пострадавшим в ЧС в зависимости от медицинской обстановки;

- оказывать все виды медицинской помощи вне медицинских организаций, стационарно и амбулаторно при экстренных и неотложных состояниях в ЧС;

- решать задачи по расчету выделения необходимых сил и средств ВСМК для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи пораженным в ЧС;

- определять потребность в медицинском имуществе для учреждений и формирований, предназначенных для медико-санитарного обеспечения населения в ЧС.

При отработке алгоритма постановки диагноза пострадавшего в ЧС следует подчеркнуть, что оказание медицинской помощи пораженным в режиме ЧС существенно отличается от индивидуального медицинского обслуживания пациентов при отравлениях и заболеваниях в условиях повседневной деятельности учреждений здравоохранения.

Характер поражающего фактора ЧС определяет не только технологию и алгоритм оказания медицинской помощи пострадавшему, но и предъявляет жесткие требования к срокам ее оказания, к квалификации медицинского работника, его подготовленности, номенклатуре необходимого медицинского имущества и оборудования.

В результате одновременного или последовательного воздействия на людей двух и более (например, механического и химического, термического и радиационного) возникают комбинированные поражения, требующие привлечения к оказанию медицинской помощи и комплексному лечению пострадавших нескольких специалистов соответствующего профиля – травматологов и токсикологов, комбустиологов и радиологов и других, имеющих необходимое оснащение.

Таким образом, каждый вид медицинской помощи пострадавшим в ЧС, независимо от места ее оказания, должен учитывать особенности фактора, вызвавшего поражение людей.

Для отработки умений определять объем, вид медицинской помощи и необходимые мероприятия пострадавшему используется комплект обучающих ситуационных задач (прилагается отдельно).

Контроль конечного уровня знаний оценивается в процессе индивидуального собеседования, тестирования и разбора курсовых работ (рефератов).

6. Контрольные вопросы для определения конечного уровня усвоения знаний и тестовые задания:

1). Назначение службы медицины катастроф:

1. лечение поражённых;
2. медицинское обеспечение населения;
3. эвакуация поражённых в ЛПУ;
4. медицинское обеспечение поражённых в ЧС;

5. оказание врачебной помощи.
- 2). Основным документом управления службой МК является:
1. план медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях;
 2. план действия в чрезвычайных ситуациях;
 3. план перевода службы в режим повышенной готовности и чрезвычайной ситуации;
 4. характеристика службы данного уровня;
- 3). Кто входит в состав врачебно-сестринской бригады:
1. два врача, две медсестры, водитель-санитар;
 2. фельдшер, две медсестры, водитель-санитар;
 3. врач, старшая медсестра, две медсестры, три водителя-санитара;
 4. врач, старшая медсестра, две медсестры, санитар, водитель-санитар;
- 4). Какой вид медицинской помощи оказывает врачебно-сестринская бригада:
1. первая помощь;
 2. доврачебная помощь;
 3. квалифицированная медицинская помощь;
 4. первичная медико-санитарная (первая врачебная) помощь;
 5. специализированная медицинская помощь.
- 5). Какому количеству пораженных может оказать врачебно-сестринская бригада за 6 часов работы:
1. 30 чел.;
 2. 50 чел.;
 3. 80 чел.;
 4. 100 чел.;
 5. 150 чел.
- 6). На базе каких лечебных учреждений создаются бригады специализированной медицинской помощи:
1. с коечной ёмкостью 300 и выше;
 2. с коечной ёмкостью 400 и выше;
 3. с коечной ёмкостью до 500;
 4. с коечной ёмкостью 500 и выше.
- 7). Какому количеству поражённых может оказать бригада доврачебной помощи за 6 часов работы:
1. 10 чел.;
 2. 30 чел.;
 3. 50 чел.;
 4. 70 чел.;
 5. 100 чел.
- 8). Учреждениями службы медицины катастроф Минздрава России являются:
1. центры формирования медицины катастроф, больницы и базы снабжения;
 2. центры медицины катастроф, больницы и базы снабжения, формирования МСГО;
 3. центры медицины катастроф, больницы и базы снабжения, учреждения МО РФ;
 4. центры медицины катастроф, больницы и базы снабжения.
- 9). План медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях включает:

1. - медико-тактическую характеристику данной территории (объекта) с учётом вероятных ЧС;
- характеристику службы данного уровня;
- календарный план перевода службы медицины катастроф в различные режимы готовности.

2. - медико-тактическую характеристику данной территории (объекта) с учётом вероятных ЧС;
- характеристику службы данного уровня;
- календарный план перевода службы медицины катастроф в различные режимы готовности;
- частные планы медико-санитарного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий конкретных (наиболее вероятных) ЧС.

3. - медико-тактическую характеристику данной территории (объекта) с учётом вероятных ЧС;
- календарный план перевода службы медицины катастроф в различные режимы готовности.
- частные планы медико-санитарного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий конкретных (наиболее вероятных) ЧС.

10). Органами управления ВСМК являются:

1. командир бригады;
2. межведомственная координационная комиссия;
3. командир взвода;
4. начальник РСЧС.

11). План медицинского обеспечения населения в ЧС разрабатывает на региональном уровне:

1. Министр здравоохранения субъекта РФ;
2. Штаб службы медицины катастроф;
3. Главный врач областной (республиканской) больницы.

12). По какому принципу создаётся служба медицины катастроф:

1. устойчивости;
2. территориально-производственному;
3. планово-подготовительному;
4. надежности.

13). На муниципальном уровне служба представлена:

1. председателем правительства РФ;
2. аварийно-спасательными формированиями;
3. силами и средствами муниципальных учреждений здравоохранения (включая станции скорой помощи);
4. силами и средствами ВЦМК «Защита».

14). Руководителем Службы на федеральном уровне является:

1. председатель Правительства РФ;
2. Министр по делам ГО, ЧС и ликвидации последствий стихийных бедствий;
3. Министр здравоохранения РФ;
4. директор ВЦМК «Защита»;
5. Президент РФ.

15). Руководителем Службы на региональном уровне является:

1. глава администрации субъекта РФ;

2. глава администрации медицинского образования;
3. главный врач областной (республиканской) больницы;
4. Министр здравоохранения субъекта РФ.

Правильные ответы:

- 1) 4
- 2) 1
- 3) 4
- 4) 4
- 5) 2
- 6) 4
- 7) 3
- 8) 4
- 9) 2
- 10) 2
- 11) 2
- 12) 2
- 13) 3
- 14) 3
- 15) 4

7. Условия проведения занятия – мультимедийная презентация, обучающие ситуационные задачи, схемы:

- а) Этапы медицинской эвакуации.
- б) Пункт медицинской помощи.
- в) Организация развертывания многопрофильного госпиталя.

7. Условия проведения занятия мультимедийная презентация, обучающие ситуационные задачи, схемы:

- а) Этапы медицинской эвакуации.
- б) Пункт медицинской помощи.
- в) Организация развертывания многопрофильного госпиталя.

8. Рекомендуемая литература :

Основная:

1. ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
2. ФЗ РФ от 21.12.1994 г. № 68 «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера»;
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 03.05.94 № 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами»;
4. Постановление Правительства РФ от 5.11.95 № 1113 «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации ЧС (РСЧС)»;
5. ФЗ РФ от 30.03.1999 г. № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в редакции от 30.12.2008 г.)
6. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 г. № 322 с изменениями от 3.05.2006 г. № 305 «Положение о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека»;
7. «Положение о функциональной подсистеме надзора за санитарно-эпидемиологической обстановкой Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС» утверждённое Роспотребнадзором и Главным государственным санитарным врачом РФ от 5.10.2005 г. №) 01-12/176-05);
8. Постановление Госстандарта РФ от 22.12.1994 г. № 324 «Безопасность в ЧС, лечебно-эвакуационное обеспечение населения».
9. Постановление Правительства РФ от 26.08.2013г. №734 «Об утверждении положения

- о Всероссийской службе медицины катастроф».
10. Обеспечение безопасности жизнедеятельности в здравоохранении: Учебное пособие под редакцией С.А.Разгулина, Н. Новгород, 2014г.
 11. Медицинское обеспечение мероприятий гражданской обороны: учебное пособие под редакцией С.А.Разгулина - Н.Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2011г.
 12. «Основы организации оказания медицинской помощи пострадавшим при ЧС», Методические рекомендации. Москва ВЦМК «Защита», 2016 год. (Библиотека ВСМК) Авторы: С.Ф.Гончаров, Г.П.Лобанов, И.И.Сахно, М.В.Бистров, Б.В.Бабий.
 13. «Медицина ЧС», уч.пособие В 6 ч. (под ред. С.А.Разгулина; 2 изд. – Н.Новгород, изд. НГМА, 2017 год).

Дополнительная:

1. Медицина катастроф. Курс лекций: учеб. Пособие для мед. вузов / И.П.Левчук, Н.В. Третьяков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 240с.
2. Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф: Учебник. - М., 2002г.
3. Безопасность и защита населения в чрезвычайных ситуациях. Учебно-методическое пособие. / Под ред. Кириллова Г. Н. - М.: «Издательство НЦ ЭНАС», 2005г.

9. Автор методической разработки:

доцент кафедры «Медицина катастроф» Кравцов А.И..

Дата составления «_____»_____ 2020 г.

Дата обсуждения на кафедральном совещании «_____»_____ 2020 г.