

Reanimator Extreme Edition

ВІЙСЬКОВО-
МЕДИЧНА
ПІДГОТОВКА ТА
МЕДИЦИНА
НАДЗВИЧАЙНИХ
СИТУАЦІЙ

Збірник лекцій та карток ООД

User

Біла Церква 2016 р.

ЗМІСТ

	Стор.
Лекція №1	3
Лекція №2	9
Лекція №3	14
Лекція №4	24
Лекція №5	26
Лекція №6	32
Картки ООД	36

ЛЕКЦІЯ № 1

Основні завдання медичної служби Збройних сил України у воєнний період. Уражуюча сила сучасної зброї та санітарні втрати

Збройні сили України складаються з чотирьох видів: сухопутні, військово – повітряні, війська протиповітряної оборони, військово – морські сили.

Військово – медична служба є штатною організацією в складі всіх видів збройних сил і призначена для організації та проведення медичного забезпечення їх особового складу. Перед медичною службою на воєнний час стоять **основні завдання**, від рішення яких залежить успіх медичного забезпечення в цілому.

1. Організація та проведення системи заходів з надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування з метою збереження життя та відновлення боєздатності і працездатності.

Формами і методами реалізації цього завдання залежить від системи лікувально – евакуаційного та лікувально – профілактичного забезпечення військ на воєнний час. Для аналізу ефективності цієї роботи використовують показники:

- Кількість поранених, що загинули на полі бою без надання медичної допомоги;
- Летальність серед поранених і хворих, що надійшли на етапи медичної евакуації;
- Своєчасність надання допомоги пораненим і хворим, що надійшли на етапи медичної евакуації;
- Число поранених і хворих, які повернулися до строю чи звільнені за небоєздатністю.

2. Організація і здійснення медичних заходів з метою збереження боєздатності, зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню захворювань.

Зазначений напрямок роботи складається з проведення медичною службою:

- Систематичного контролю за станом здоров'я особового складу військ;
- Всебічного санітарного нагляду за побутом й боєвою діяльністю;
- Санітарно – гігієнічних і протиепідемічних заходів.

3. Проведення заходів щодо захисту особового складу військ, медичних підрозділів, частин і закладів від зброї масового ураження та вражаючих факторів при руйнуванні небезпечних об'єктів атомної та хімічної промисловості.

Заходи медслужби з захисту особового складу військ поділяються на дві частини: до їх застосування та після їх застосування.

Заходи медслужби до застосування зброї масового ураження:

- Забезпечення особового складу спеціальними медичними препаратами та індивідуальними засобами захисту;

- Навчання особового складу правилам і прийомам використання індивідуальних засобів захисту при наданні першої медичної допомоги;
- Участь у психологічній підготовці військ до дій в умовах застосування противником зброї масового ураження;
- Проведення санітарно – гігієнічних та протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження або зниження вражаючої сили зброї масового ураження на особовий склад;
- Виділення сил і засобів медслужби для участі в ліквідації наслідків застосування зброї масового ураження.

Заходи медслужби після застосування зброї масового ураження:

- Участь в оцінці наслідків застосування зброї;
- Участь в проведенні лікувально – евакуаційних, санітарно – гігієнічних та протиепідемічних заходів в осередках ураження;
- Медичний контроль за військовослужбовцями, які зазнали впливу зброї, але зберегли боєздатність.

4. Удосконалення системи медичного забезпечення на основі аналізу характеру підготовки і ведення бойових дій, особливостей виникнення, характеру і перебігу бойових уражень та захворювань, досягнень медичної науки, практики, досвіду роботи медичної служби в бойових умовах.

На сьогодні в Україні створена основа і база для розвитку військово – медичної науки та освіти.

Медична служба у воєнний час проводить:

- Забезпечення табельним медичним майном і технікою;
- Роботу та бойову підготовку підрозділів медичної служби;
- Пропаганду гігієнічних знань та здорового способу життя серед особового складу військ, поранених і хворих;

Основними умовами діяльності медичної служби у воєнний час є:

- Відновити свою боєздатність, взяти участь в ліквідації наслідків нападу, організувати медичне забезпечення бойових дій;
- Висока бойова готовність, маневреність, взаємозамінність, чітка взаємодія;
- Багато потреб, а сил мало, особливо на початок війни;
- Одномоментне виникнення масових санітарних втрат навіть без застосування ядерної та хімічної зброї;
- Похідно – бойові умови, різноманітність умов місцевості, пори року, метеофактори - ускладнюють роботу медичних підрозділів та умови розміщення особового складу, поранених, хворих на етапах медичної евакуації;
- Загроза виникнення і розповсюдження інфекційних хвороб в армії;
- Особливість структури уражень та поранень, перебігу бойової патології, клініки уражень та захворювань;
- Небезпека ураження підрозділів і частин медичної служби бойовими засобами противника.

За 4 роки другої світової війни вбито, пропало без вести, померли від ран і захворювань : лікарі – 6.224 особи, середній та молодший персонал – 11.651 осіб, всього – 17.875 осіб.

Необхідною умовою виконання завдань , що поставлені перед медичною службою, є тісна взаємодія з іншими службами і родами військ. В сучасній війні неможливо організувати медичне забезпечення без допомоги органів тилу, без залучення до цього залізничного, автомобільного, водного і повітряного транспорту.

Медична служба представляє собою спеціальну організацію, що включає медичні підрозділи, частини, заклади, з'єднання і органи управління, призначені для медичного забезпечення військ в мирний і воєнний час.

1. Підрозділи медичної служби – медичні пункти батальйонів, полків, медичні роти механізованих (танкових) бригад. Очолюють і працюють них – фельдшера, помічники лікарів, лікарі загальної практики – сімейної медицини, хірурги, терапевти, анестезіологи.

2. Частини медичної служби – окремі самостійні медичні формування – медичні роти, санітарно – транспортні частини, військові польові госпіталі, військові санаторії, санітарно – епідеміологічні заклади, заклади медичного постачання. Всі керівники – офіцери медичної служби.

3. З'єднання медичної служби – медичні бригади армійських корпусів, госпітальні бази.

Категорії медичної служби:

1. Лікарі – хірурги, терапевти, стоматологи, анестезіологи, реаніматологи, неврологи, гігієністи, епідеміологи, токсикологи – радіологи, бактеріологи. Понад 60 спеціальностей.

2. Середній медичний персонал – фельдшери, медичні та операційні сестри, фармацевти, анестезисти, лаборанти, особи, які мають медичну освіту за фахом – бакалавр, молодший спеціаліст.

3. Молодший медичний персонал – особи строкової служби з кваліфікацією – робітник і які мають підготовку в спеціальних підрозділах (санітарні інструкторі, дезінфектори).

За масштабом та характером пошкоджень сучасна зброя поділяється **на зброю масового ураження та звичайну** .

До зброї масового ураження відносять **ядерну, хімічну і біологічну**.

До звичайної – **вогнепальну, високоточну зброю, боєприпаси об'ємного вибуху, запальнювальні суміші**.

Ядерна зброя – атомні, термоядерні та нейтронні боєприпаси. Енергія вибуху утворюється внаслідок поділу ядер урану або плутонію при приведенні маси цих елементів до надкритичного стану – **це атомні боєприпаси.**

У термоядерних – **енергія вибуху виникає внаслідок синтезу ізотопів водню – дейтерію та тритію у важчі елементи.**

У бойових умовах застосовують повітряні, наземні, підземні, підводні ядерні вибухи.

Ураження військ може бути на великих площах і носити масовий характер. Ядерні вибухи мають сильний психологічний вплив на особовий склад військ. Ядерна зброя викликає масові ураження людей, техніки, на великих площах руйнує споруди, заражає місцевість радіоактивними речовинами, здійснює сильну психологічну дію під час вибуху. Виникає 5 факторів:

- Ударна хвиля;
- Світлове випромінювання;
- Проникаюча радіація;
- Радіоактивне зараження місцевості та об'єктів;
- Електромагнітний імпульс.

Ударна хвиля – діє на 5 км від епіцентру вибуху. Під час ураження ударною хвилею виділяють такі види пошкоджень:

- Контузії різного ступеню;
- Баротравми;
- Звукові або акустичні травми;
- Вібраційні травми.

Світлове випромінювання – час ураження 10 – 20 секунд. Він запалює різні предмети, викликає у людей опіки на відстані від 1 до 25км.

Проникаюча радіація - дії 15- 20 секунд, радіус впливу до 2 км і є собою потік гамма – випромінювання та нейтронів.

Радіоактивне забруднення місцевості та об'єктів – хмара гриба переноситься повітрям та поступове розсіюється, радіоактивні речовини осідають і створюють забруднення.

Електромагнітний імпульс – побідне до блискавки, може наводити сильні струми в антенах, вражає електронну і радіотехнічну апаратуру та може уразити людей електронним струмом.

Радіологічна зброя – технічні прилади для розпилення бойових радіоактивних речовин (БРР). Вона приводить до зараження місцевості, об'єктів радіоактивними речовинами. БРР використовуються в рідкому, паро та порошкоподібному вигляді, а також у вигляді туману або бути змішаними з клейкими речовинами, що прилипають до шкіри, одягу, зброї. Доставка БРР до району використання через ракети, авіабомби, торпеди, артилерійські снаряди. У них відсутні колір, смак, запах. Визначити БРР можливо тільки за допомогою дозиметричних приладів.

Хімічна зброя - та її вражаюча дія : застосовується ракетами, бомбами, снарядами. Вона використовується для масового ураження людей, зараження місцевості, будівель, техніки, води, провізії. Використовують токсини мухоморів, отруту змії – кобри, гримучої змії, отруту морського планктону, отруйних риб, гербіциди. До складу гербіцидів входить діоксин, який довгочасно зберігається у ґрунті та робить його непридатним для росту рослин протягом тривалого часу. Отруйні речовини застосовуються у вигляді газів, парів, туману, диму. При смертельних ураженнях потерпілі гинуть від кількох десятків секунд до 2-3 діб.

Бактеріологічна зброя – боєприпаси заражені мікроорганізмами та призначені для ураження людей, тварин, рослин. Для неї характерно:

- Викликає масові санітарні втрати;
- Тривалість дії, здатність розповсюджуватися самостійно;
- Здатність проникати до негерметичних приміщень;
- Використовується в будь – яку пору року;
- Психологічно діє на особовий склад військ.

Застосовується: авіабомби, міни, снаряди, ракети, літаки, пряме зараження продуктів, води шляхом проведення диверсій. Крім аерогенного шляху зараження можливі аліментарний, контактний, трансмісивний. Шляхи проникнення мікробів в організм людини через ніс, рот, очі, шкіру.

Вогнепальна зброя – використовується малокаліберна куля (5,45мл, 5,60мл) з швидкістю 1000м/сек. Попадаючи в тіло людини вона спричиняє значні деструктивні зміни, розриває м'які тканини і порожнисті органи, судини, нерви, трощить кістки, змінює при цьому напрямок руху. Тому рановий канал має зигзагоподібний хід із рваним вихідним отвором і масивними uszkodженнями. До вогнепальної зброї належать:

- Боєприпаси вибухової дії – протипіхотні, протитанкові міни, гранати, артилерійські снаряди, бомби, боєприпаси об'ємного вибуху;
- Боєприпаси із стрілоподібними елементами;
- Касетні боєприпаси;
- Високоточна зброя.

Усі втрати особового складу військ, що виникли протягом бойових дій, називають **загальними**. Вони поділяються на **безповоротні та санітарні**.

Безповоротні втрати - це втрати, що включають вбитих, тих, хто пропав без вісти, а також тих, хто потрапив у полон.

До **санітарних втрат** відносять поранених різними видами зброї та хворих, які втратили боєздатність не менш, ніж на добу, надійшли на ЕМЕ (медпункт, мед.рота), були там зареєстровані й отримали лікарську допомогу.

Санітарні втрати поділяються на **бойові та не бойові**.

Бойові санітарні втрати – втрати особового складу спричинені під час виконання бойового завдання. Вони поділяються на класи:

- Механічні;
 - Термічні;
 - Радіаційні;
 - Ураження отруйними речовинами;
 - Ураження біологічними засобами;
 - Стани від застосування зброї масового ураження; відмороження.
- У залежності від дії різних видів зброї розрізняють:**

- Комбіновані – вогнепальна зброя та ураження ОР.
- Множинні;
- Поєднані - пошкодження одним вражаючим агентом двох і більше суміжних органів.

До не бойових санітарних втрат - це хворі і ті, хто отримав не бойову травму.

Для лікувально – евакуаційної характеристики поранених і хворих користуються класифікацією за ступеням тяжкості:

- **Тяжкопоранені** – пошкодження життєво важливих органів чи систем, великих кровоносних судин, нервів, кісток;
- **Поранені середньої тяжкості** – пошкодження тулубу, кінцівок, потребують тривалого часу лікування (2 міс.);
- **Легкопоранені** – легка механічна, термічна, радіаційна травма, тимчасове втратили боєздатність, але самостійно пере двигаются і самообслуговуються.

Існує кваліфікація санітарних втрат за **здатністю поранених до пересування:**

- Які можуть самостійно пересуватися і на потребують ліжкового режиму;
- Поранені та хворі на ношах – потребують лежачого положення і не здатні самостійно пересуватися.

За профілем поділяються на : **хірургічного та терапевтичного.**

Визначальними показниками санітарних втрат, що головним чином впливають на організацію медичного забезпечення, є їх **величина та структура.**

Величина – розміри санітарних втрат в абсолютних цифрах або у відсотках від чисельності особового складу військ.

Структура – це відсоткове співвідношення різних категорій поранених і хворих серед загальної кількості санітарних втрат від усіх або окремих видів зброї.

Величина санітарних втрат залежить від **комплексу чинників:**

- Співвідношення сил і засобів сторін, що протидіють;
- Вид і тривалість бою;
- Завдання військового формування;інтенсивність бойових дій;
- Характер місцевості, час року, погода;
- Бойовий, фізичний, моральний стан особового складу;
- Досвід командирів.

Застосування сучасних засобів ураження обумовлюють значне зростання втрат. У сучасних умовах при веденні перших військових операцій розмір і структура можливих санітарних втрат буде залежить від видів зброї, складу угруповань військ, їх ешелонування, ступеня захищеності своїх військ, а також виду бойових дій (оборона, наступ).

Величина можливих санітарних втрат танкової бригади за добу в сучасних воєнних конфліктах:

Наступ: звичайна зброя – 8%;
СДОР – до 1,5%; Хворі – 0,1%

Оборона : звичайна зброя – 5%;
СДОР – до 1,5%; Хворі – 0,1%

У сучасній війні потрібно очікувати суттєвих змін характеру та с структури санітарних втрат, виникнення нових видів бойової патології, можливе різке зростання питомої ваги тяжких і дуже тяжких пошкоджень механо – термічного та контузійного характеру.

Санітарні втрати від боєприпасів з об'ємно – детонуючою сумішшю характеризується:

- Пошкодження легкого ступеню – 45%
- Пошкодження середнього ступеню – 40%
- Пошкодження важкого ступеню – 10%
- Пошкодження дуже важкого ступеню – 5%
- Частка комбінованих пошкоджень складає – 20%

Санітарні втрати від високоточної зброї:

- Дуже важкі – 70%
- Важкі та середнього ступеню – 3%
- Легкі – 27%

Зростає кількість психічно травмованих до 30%.

Санітарні втрати в умовах сучасних бойових дій будуть відрізнятися значними розмірами, складністю та різноманітністю структури і тяжкістю пошкоджень.

ЛЕКЦІЯ № 2

Основи організації лікувально-організаційного забезпечення військ

Вирішення завдань, що стоять перед медичною службою Збройних сил України, досягається вмілою організацією та чітким здійсненням медичного забезпечення військ. Воно включає:

- Лікувально – евакуаційне забезпечення;
- Санітарно – епідеміологічне забезпечення;

- Забезпечення підрозділів, частин медичним майном;
- Заходи медслужби щодо захисту особового складу від зброї масового ураження.

У комплексі заходів медичного забезпечення в умовах сучасної війни найскладніша роль належить **лікувально – евакуаційному забезпеченню**.

Лікувально – евакуаційне забезпечення – це розділ медичного забезпечення у воєнний час і в умовах надзвичайних ситуацій мирного часу, що є собою система заходів з надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх евакуація, подальше лікування та реабілітація.

Історія військової медицини знає багато різних форм і методів в організації лікувально – евакуаційного забезпечення у військах.

Лікувально – евакуаційне забезпечення характеризується **двома тенденціями**:

- **Перша – це лікування поранених і хворих поблизу зони бойових дій.**
- **Друга – якомога більше евакуювати поранених і хворих із зони бойових дій.**

У 1916 році професор ВМА (м. Санкт- Петербург) **Володимир Андрійович Опель** обґрунтував необхідність зв'язку лікувальних та евакуаційних заходів в єдину систему.

Сучасна система лікувально – евакуаційних заходів передбачає розподіл медичної допомоги і лікування поранених і хворих у діючій армії на окремі, чітко визначені лікувально - профілактичні заходи, які проводяться на ЕМЕ.

Етапи медичної евакуації – це сили і засоби медичної служби, які розгорнути на шляхах медичної евакуації для приймання і сортування поранених і хворих, надання їм медичної допомоги і підготовки за показниками до медичної евакуації. До основних ЕМЕ належать :

- МПП;
- Окремий медичний батальйон дивізії;
- Військові госпіталі.

До ЕМЕ може бути віднесений МПБ, якщо він розгортається та працює на місці, н-д в обороні.

Усі ЕМЕ розгортаються за єдиною системою, мають підрозділи для приймання і сортування поранених і хворих, проведення їм спеціальної обробки, надання медичної допомоги, госпіталізації, ізоляції інфекційних хворих, лікування та евакуації. Кожному етапу медичної евакуації характерний типовий вид медичної допомоги. Н-д: МПП- перша лікарська допомога; польовий госпіталь – кваліфікована медична допомога. Кожному ЕМЕ перед початком роботи встановлюється визначений обсяг медичної допомоги - сукупність лікувально – евакуаційних заходів, який може бути скороченим або розширеним залежно від умов бойової та медичної обстановки. Місця розгортання ЕМЕ повинні відповідати вимогам:

- Бути достатніми за площею;
- Розташовуватися неподалік до основних шляхів підвозу та евакуації, мати хороші дороги, придатні для руху транспорту;

- Знаходитись на достатній відстані від об'єктів, що можуть привертати увагу противника;
- Використовувати захисні властивості місцевості для захисту від дії зброї масового ураження;
- Мати свої джерела водопостачання;
- Мати благополучний санітарно – епідемічний стан.

Система лікувально – евакуаційного забезпечення передбачає розчленування процесу надання медичної допомоги на окремі види. Кожен вид включає визначений **перелік** лікувально – профілактичних заходів, які проводять особи, що мають відповідну медичну освіту та оснащення, з урахуванням місця її надання. **Усього 5 видів медичної допомоги:**

- Перша медична;
- Долікарська (фельдшерська);
- Перша лікарська;
- Кваліфікована;
- Спеціалізована.

Перша медична допомога – надається безпосередньо на місці поранення або в укритті самими військовослужбовцями у порядку само і взаємодопомоги, а також санітарами, водієм – санітаром, санітарним інструктором, особовим складом підрозділів, що виділяються для рятувальних робіт в осередках масових уражень. При наданні цього виду допомоги насамперед використовують **вміст засобів індивідуального медичного оснащення (АІ,ІІІ,ІІІІ) потерпілого**, а потім – майно із сумки санітара чи військової медичної сумки санітарного інструктора.

Мета першої медичної допомоги – тимчасове усунення явищ, що виникли внаслідок поранення або захворювання (ураження) і загрожують життю пораненого чи хворого, а також запобігання можливим ускладненням.

Долікарська (фельдшерська) допомога – доповнює першу медичну допомогу. Надається фельдшером батальйону в медичному пункті. **Метою** її є також боротьба з розладами, які загрожують життю поранених та хворих. Використовується майно МПБ.

Обсяг медичної допомоги – це сукупність лікувально – профілактичних заходів, що проводяться пораненим і хворим на даному етапі медичної евакуації.

Обсяг першої медичної допомоги включає:

- Витягування постраждалих із бойових машин, важкодоступних місць, осередків пожеж та із – під завалів;
- Гасіння палаючого одягу й запалювальних сумішей, що попали на тіло;
- Одягання протигазу при знаходженні на зараженій місцевості;
- Тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі;
- Введення антидотів ураженням ОР;
- Усунення асфіксії шляхом звільнення верхніх дихальних шляхів від слизу, крові, сторонніх тіл, фіксацію язика при його западанні, введення повітропроводу;
- Введення знеболюючих засобів за допомогою шприц – тубика;
- Накладання асептичної пов'язки на рану або опікову поверхню, а при відкритому пневмотораксі – оклюзійну пов'язку з використанням гумової обкладинки індивідуального пакету;

- Часткову санітарну обробку відкритих ділянок шкіри і дегазацію одягу за допомогою індивідуального протихімічного пакету;
- Застосування антибіотиків, протиблювотних та інших лікарських засобів з АІ.
- Іммобілізацію пошкоджених кінцівок із використанням табельних і підручних засобів;

Обсяг долікарської допомоги включає:

- Усунення асфіксії (введення повітропроводу, ШВЛ за допомогою апаратів, інгаляція кисню);
- Контроль за правильністю й доцільністю накладання джгута, накладання джгута при кровотечі, яка продовжується;
- Накладання і виправлення неправильно накладених пов'язок;
- Повторне введення знеболюючих засобів, антидотів за показниками, застосування антибіотиків;
- Покращення транспортної іммобілізації за допомогою табельних і підручних засобів;
- Введення серцево – судинних та інших лікувальних засобів за показниками;
- Повторна часткова санітарна обробка відкритих ділянок шкіри, дегазація одягу;
- Зігрівання поранених і хворих, дача гарячого чаю (за виключенням – поранених у живіт).

Медичне сортування – це розподіл поранених і хворих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально – евакуаційних і профілактичних заходах. Основи медичного сортування були розроблені хірургом МІ Пироговим. Сортування поранених і хворих проводиться на кожному з етапів медичної евакуації.

Мета сортування – забезпечити поранених і хворих своєчасним проведенням лікувально – профілактичних заходів на подальшу евакуацію.

Завдання сортування – визначити характер поранення, встановити необхідність, черговість і місце надання медичної допомоги, визначити порядок подальшої евакуації, куди евакуювати, у яку чергу, на якому транспорті, у якому положенні.

Медичне сортування завжди носить діагностичний та прогностичний характер. Є його види:

- **Внутрішнєпунктове** – розподілити поранених і хворих на групи для направлення їх у відповідні функціональні підрозділи даного ЕМЕ та встановити черговість їх направлення;
- **Евакуаційне – транспортне** – розподілення на групи згідно з евакуаційним призначенням, черговістю, способами та засобами подальшої їх евакуації і необхідністю медичного супроводу.

Принципи медичного сортування й вимоги до його проведення:

- Розпочинати в процесі надання медичної допомоги і продовжувати на всіх ЕМЕ;
- Постраждалих сортують на кожному ЕМЕ неодноразове (при надходженні, після надання допомоги);
- Сортування виконує кваліфікований працівник;

- Використовується єдина класифікація хвороб і травм та єдині вимоги до методики сортування;
- Результати сортування фіксуються спеціальними позначеннями та записами в медичних документах;
- Сортування спрямовується на надання першочергової допомоги пораненим, які перебувають у критичному стані та пораненим, які мають більше шансів повернутися до строю.

Під час сортування на ЕМЕ виділяють **основні групи поранених і хворих**:

- Які мають зараженість на ОР та БЗ, а також РР вище допустимого рівня і потребують спеціальної обробки;
- Які перебувають у стані психомоторного збудження і потребують ізоляції в психоізолятори;
- Які потребують ізоляції (інфекційні хворі та підозрілі на інфекцію);
- Які потребують медичної допомоги з урахуванням терміновості та місця її надання;
- Яких треба евакуювати на наступний ЕМЕ без надання медичної допомоги;
- Які отримали ураження, несумісне з життям, потребують тільки догляду та симптоматичного лікування (агонуючі);
- Які підлягають поверненню у свої підрозділи після отримання відповідної медичної допомоги та короткочасного відпочинку.

Результати медичного сортування фіксуються за допомогою **сортувальних марок**, що прикріплюються до обмундирування пораненого на видному місці і допомагають санітарам – носіям встановлювати черговість доставки поранених в інші функціональні підрозділи.

Медична евакуація – це заходи щодо транспортування поранених і хворих на ЕМЕ з метою своєчасного і повного надання їм медичної допомоги і лікування. Вона включає до себе збір і винесення (вивезення) поранених і хворих (уражених) з поля бою або осередків масових санітарних втрат на ЕМЕ.

Шлях, по якому здійснюється транспортування поранених і хворих у тил, носить назву - **шлях медичної евакуації**.

Сукупність шляхів медичної евакуації з розташуванням на них ЕМЕ і транспортом, що використовується для евакуації називається **евакуаційним напрямком**.

Головним принципом евакуації є **принцип «На себе»**, при якому відповідальність за евакуацію поранених і хворих з ЕМЕ нижчої ланки покладається на командування вищої ланки медичної служби. Не виключаються і варіанти **«Від себе»**, **«Мимо себе»**.

Для евакуації застосовуються різні **санітарно – транспортні засоби**:

- Санітарні колісні транспортери, бронетранспортери, машини піхоти;
- Броньова медична машина БТР – 70;
- Санітарний автомобіль УАЗ -3962;
- Санітарний автомобіль АС-66 (автобус);
- Санітарні літаки, вертольоти;
- Військово – санітарні потяги.

Для спостереження за станом поранених і хворих на надання їм невідкладної допомоги під час евакуації на транспортних засобах виділяється для супроводу **медичні працівники - середній медперсонал**.

Вони забезпечуються медичним майном (вимірювання тиску, інгаляція киснем, системи для переливання кровозамінників, шприци, стимулятори серцево – судинної діяльності, предметами догляду). Передається медична документація на поранених, які евакуюються.

ЛЕКЦІЯ № 3

Завдання та зміст ВПТ. Характеристика ядерної зброї. Радіаційні ураження. Особистості хімічної зброї. Характеристика осередку хімічного зараження. Ураження бойовими отруйними речовинами

В умовах сучасної війни одномоментність виникнення масових санітарних втрат створює труднощі в організації терапевтичної допомоги. Змінюється структура санітарних втрат, значно збільшується питома вага бойової терапевтичної патології та комбінованих уражень.

Військово – польова терапія – це клінічна дисципліна, що вивчає питання етіології, патогенезу, клініки, діагностики, профілактики і лікування захворювань терапевтичного профілю, що виникають у воєнний час при застосуванні бойових засобів ураження або пов'язаних із діяльністю військ в екстремальних умовах мирного часу. Ці ураження й захворювання класифікуються **на бойову терапевтичну патологію і терапевтичну патологію екстремальних ситуацій мирного часу**.

Основними завданнями ВПТ є:

- Розробка, удосконалення, запровадження в практику раціональних організаційних форм надання терапевтичної допомоги ураженим, хворим, пораненим у різних умовах бойової діяльності військ;
- Вивчення етіології, патогенезу, клініки захворювань, зумовлених впливом на організм засобів масового ураження (ядерної, хімічної видів зброї), розробка методів діагностики, профілактики та лікування;
- Вивчення особливостей виникнення, клінічного перебігу та лікування соматичних захворювань в умовах бойової діяльності військ;
- Удосконалення методів діагностики, профілактики і лікування захворювань внутрішніх органів у поранених, контужених, обпечених та при політравматичних ураженнях;
- Вивчення захворювань пов'язаних з впливом на організм військових несприятливих факторів військової праці (електромагнітних хвиль, компонентів ракетних палив, іонізуючої радіації);
- Розробка питань військово – лікарської експертизи та реабілітації хворих і уражених.

Перша медична допомога ураженим терапевтичного профілю складається із застосуванням індивідуальних засобів захисту - прийом радіозахисного засобу, введення антидоту за допомогою шприц – тюрбика, надягання протигазу, проведення часткової санітарної обробки, проведення штучного дихання. Ця елементарна симптоматична допомога надається в порядку само і взаємодопомоги, а також стрільцями – санітарами, санітарними інструкторами.

Долікарська допомога ураженим і хворим терапевтичного профілю надається фельдшером МПБ, з використанням медичного майна.

Заходи різноманітні:

- Введення антидотів, протиблювотних і серцево – судинних засобів;
- Промивання очей, шлунка (без зонда);
- Проведення штучного дихання, інгаляція кисню;
- Часткова санітарна обробка.

В умовах сучасної війни радіаційні ураження складають значну частину санітарних втрат. Вони виникатимуть як у момент ядерного вибуху і на сліді радіоактивної хмари. Вражаючими факторами ядерного вибуху є ударна хвиля, світлове випромінювання і іонізуюча радіація. Тому радіаційні ураження будуть зустрічатися як у чистому вигляді, так і , особливо, у поєднанні з травмами та опіками.

Радіаційні ураження класифікуються :

- За видом іонізуючого випромінювання (альфа, гамма, бета, нейтронне, рентгенівське), а також за його енергією та дозою;
- За локалізацією джерела (зовнішнє, внутрішнє, змішане);
- За розподілом дози в організмі людини (рівномірне, нерівномірне, місцеве);
- За тривалістю випромінювання (короткочасне, довготривале).

Гостра променева хвороба розвивається при одноразовому, повторному або тривалому (від кількох годин до 1-3 доби) зовнішньому гамма і нейтронному опромінюванні всього тіла або більшої частини його в дозі, яка перевищує 1 грей (100 рад). Це захворювання характеризується періодичністю перебігу і полісиндромністю клінічних проявів, серед яких головними є симптоми ураження системи кровотворення, кишечника, серцево –судинної і нервової систем. Після опромінення дозою від 1 до 10 грей виникає кістково – мозкова форма, при вищих дозах – кишкова, судинно- токсемічна, церебральна форми.

ГПХ має ступені тяжкості від дози :

- 1- 2-грея – I ст.;
- 2- 4 грея – II ст.;
- 4- 6 грея – III ст.;
- 6 - 10 грей – IV ст.

При цих ступенях і сучасному лікуванні можливість виживання є, при більше 10 грей – виживання неможливе. Характерною рисою кістково – мозкової форми ГПХ є фазність розвитку її основних симптомів. Виділяють 5 періодів, 4 ступені тяжкості. Періоди мають місце при будь – якому ступені тяжкості. Але вони найхарактерніші для уражень II та III ст.

Періоди ГПХ :

- Початковий або період загальної первинної реакції на опромінювання;
- Прихований або період уявного клінічного благополуччя;
- Період розпаду хвороби або виражених клінічних проявів;

- Період наслідків;
- Період віддалених наслідків.

Період загальної первинної реакції на опромінювання (ЗПР) – через короткий термін (хвилини, години) після опромінювання. **Симптоми:** нудота, блювання, пронос, непритомність, слабкість, головний біль, підвищення температури тіла, лімфоцитопенія, нейтрофільний лейкоцитоз, зміни шкіри, слизових оболонок в місцях найбільшого опромінювання.

Біль в епігастрії, відсутність або одноразова блювота через 2 години після опромінювання і пізніше свідчать про **легкий період**. Тоді як нестримна виснажлива блювота що виникає через 20 хвилин – вказує на вкрай тяжкий період.

Спрага, сухість в роті, млявість, сонливість, пригнічення, субфебрильна температура характерні для **другого і третього періодів**.

Запаморочення, температура 39 градусів, - розвиток **тяжкого та вкрай тяжкого періоду**.

Має діагностичне значення **м'язова слабкість** - від легкої при 1- 2 гр. до вираженої (зниження фізичної активності) при дозах понад 4 грея. Велике значення для оцінки тяжкості у фазі ЗПР приділяється **показникам крові:** з'являється нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво, лімфоцитопенія до ретикулоцитозу. Надійний об'єктивний показник: **первинна еритема** шкіри і слизових оболонок, у вкрай тяжких випадків – іктеричність склер. Тривалість цього періоду від кількох годину легких випадках, до 2 і більше днів при тяжких формах.

Прихований період ГПХ характеризується відносно задовільним станом. При легких ураженнях явища симптомів ЗПР зникають, а при вкрай тяжких – на симптоми ЗПР нашаровуються симптоми періоду розпаду хвороби. В цьому періоді з'являються ознаки прогресуючих порушень функціонального стану нервової, ендокринної систем, змін крові, дистонічних і обмінних розладів. Водночас може бути загальна слабкість, пітливість, періодичний головний біль, нестійкість настрою, розладу сну, знищення апетиту, диспепсичні розлади. Тривалість при легких – 3 -4 тижні, при вкрай тяжких – він може бути відсутнім.

Період розпаду ГПХ починається з погіршення загального стану, виявляються ознаки прогресуючого розладу кровотворення і обміну речовин, приєднається інфекційні ускладнення, у тяжких випадках – сепсис, кровоточивість, порушення сну, апетиту, різка загальна слабкість, адинамія, головний біль, запаморочення, серцебиття, біль у ділянці серця, постійно підвищена температура або гектична лихоманка з ознобом і проливним потом, пульс прискорений, серце розширюється в розмірах, тони глухі, над верхівкою – систолічний шум, приєднається бронхіт, пневмонія, глосит, стоматит, тонзиліт, ентероколіт. Через різку болючість слизової ясен і біль при ковтанні хворий не може їсти. Пітливість, висока температура, проноси приводять до зневоднення організму і розладу електролітичного гомеостазу. Кровоточивість з'являється спочатку на слизових оболонках рота, потім на шкірі – стегна, гомілки, передпліччя, живота, із

носа, кишкові кровотечі, гематурія. Волосся випадає на голові, пахових ділянках і на тулубі. У тяжких випадках виникає панцитопенія, лейкоцити, тромбоцити знижуються. Прогресує анемія, кістковий мозок спустошується. Період розпалу триває від 2 до 4 тижнів. Далі настає тривалий період одужання.

Період одужання - період наслідків: покращення кровотворення – позитивна прогностична ознака. У крові з'являються мієлобласти, промієлоцити, мієлоцити, ретикулоцити, через 1 – 3 доби збільшується кількість лейкоцитів, тромбоцитів, відновлюється кількість гранулоцитів. З відновленням функції кісткового мозку нормалізується температура тіла, зникають ознаки кровоточивості нормалізується функція нервової системи. Період одужання хворих з кістково – мозковою формою ГПХ I – II ст. завершується до 3 – 4 місяців. Тривалішого лікування потребують III – IV ст.

Період віддалених наслідків – помірна лейкопенія, тромбоцитопенія, антеро – вегетативний синдром, розвиток катаракти, виникнення лейкозів, новоутворень, погіршується якість життя.

Перша і долікарська допомога: евакуація уражених із осередку, часткова санітарна обробка витрушування обмундирування, обливання водою відкритих частин тіла), прийняття з АІ протиблювотного і радіозахисних засобів, одягання протигазу, респіраторів. Всіх уражених на МПБ поділяють на 2 групи:

- Тяжкоуражені, евакуація в першу чергу;
- Легкоуражені, евакуація в другу чергу

Долікарська допомога :

- При нудоті – повторно приймають протиблювотний засіб;
- Негайна евакуація із зони ураження;
- При необхідності перебування на місцевості з високим рівнем радіації – повторний прийом через 4 – 6 годин після першого прийому – радіозахисний засіб;
- Ліквідація проявів загальної променевої реакції –блювота що виникла – діметпрамід 1мл 2% в/м або аміназин 2мл 2,5% в/м, або атропін 1 мл 0,1% п/ш;
- Беззондове промивання шлунку з наступним прийомом адсорбентів;
- При комбінованих ураженнях – знеболювання та антибіотики;
- При психомоторному збудженні, фобіях –
1-2 табл. фенозепама, оксилідину, фенібуту або сібазону;
- При серцево – судинної недостатності – кордіамін 2мл п/ш, кофеїн 1мл 20% п/ш.

Комбіновані радіаційні ураження (КРУ), що виникають під впливом іонізуючого випромінювання та інших факторів ядерної чи неядерної зброї. Найчастіше виникають гострі променеві ураження з опіками та механічними травмами.

У клінічному перебігу КРУ виділяють **періоди:**

- Гострий період первинних реакцій на променеві та не променеві травми;
- Період переважання непроменевих компонентів;
- Період переважання променевих компонентів;

- Період відновлення.

КРУ розділяються : за складом етіологічних факторів, за ступенем тяжкості уражень, потребою в медичній допомозі й прогнозу. Для КРУ характерно **4 ступеня тяжкості:**

- I легкий – доза радіації до 2 грей, травми легкі, опіки I, II, III-A.
- II середній – доза до 3 грей, травми середньої тяжкості, опіки до 10% поверхневі, 5% - III-B, IV ст.;
- III тяжкий – доза до 4 грей, травми тяжкі, опіки всіх ступенів понад 10% поверхні тіла;
- IV вкрай тяжкий – доза понад 4 грей, травми тяжкі, опіки більше 10% поверхні тіла.

Від зброї масового ураження виділяють такі ураження : радіаційно – механічні (РМУ); радіаційно – термічні (РТУ); радіаційно – механо – термічні (РМТУ).

Перша медична допомога: боротьба з асфіксією, одягання протигазу, тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі, накладання асептичної пов'язки на рану або опікову поверхню, іммобілізація при переломах, ушкодженнях суглобів, введення знеболювального засобу (шприц – тубик з АІ), при блювоті – протиблювотний засіб

(диметкарб), прийом антибіотиків (доксидиклін), винесення потерпілих з поля бою або осередку ураження.

Заходи долікарської допомоги :

- Боротьба з асфіксією (рот до рота, рот в ніс, використання трубки ДТ, киснева інгаляція, введення дихальних аналептиків);
- Зупинка кровотечі або контроль за станом раніше накладеного джгута, пов'язок;
- Накладання асептичних пов'язок, оклюзійних пов'язок або контроль;
- Іммобілізація кінцівок стандартними шинами;
- Введення серцевих та знеболювальних засобів;
- Прийом всередину антибіотиків;
- Введення протиблювотних засобів (диметкарб, етаперазин по 1 – 2 табл., атропіну сульфату 1 мл п/ш, аміназин 20 – 50мг, аерон – 1 -2 табл.);
- Зігрівання потерпілих, які перебувають у щоді;
- Евакуація потерпілих.

Бойові отруйні речовини (БОР) об'єднуються у 3 групи:

- ОР смертельної дії (ФОР, іприт);
- ОР, які тимчасово виводять із строю (психохімічні);
- ОР, які короткочасно виводять із строю (подразливі та слезоточиві).

За дією класифікуються :

- Нервово – паралітичної дії (зарин, зоман, УІ – гази);

- Шкірноаривної дії (іприт,люїзит);
- Загальнотоксичної дії (синильна кислота, хлороціан);
- Задушливої дії (фосген, хлор, дифосген);
- Психоміметичної дії (БІ –зет);
- Сльозоточивої та подразливої дії (адамсит,дифенілхлорарсин, хлорацетофенон, бромбензилціанід).

Розрізняють **стійкі та нестійкі ОР**. **Нестійкі ОР** – термін дії від декількох хвилин до 1 – 2 години, застосовують в паро побідному та аерозольному стані. **Стойкі ОР** – використовують в аерозольному, крапельно – рідинному стані, а також у вигляді спеціальних згущених рецептур. Тривалість дії від кількох годин до багатьох тижнів або місяців.

ОР нервово – паралітичної дії: основним механізмом дії є порушення діяльності НС з наступним розладом функції дихання, серцевої діяльності, порушенням зору і розвитком судом і паралічів. Біомеханізм зводиться до пригнічення ферменту холін естерази, що контролює обмін ацетилхоліну, за допомогою якого по холінергічних нервах здійснюється передача нервових імпульсів. При пригніченні активності холінестерази в організмі накопичується ацетилхолін, що призводить до перезбудження ЦНС і парасимпатичної нервової системи. **Перший симптом ураження ФОР – стійкий міоз (звуження зіниць).**

Першу медичну допомогу (у порядку само і взаємодопомоги) надають з метою : профілактики ураження ФОР, припинення потрапляння в організм, максимально раннього початку лікування отруєння.

- Одягання протигазу;
- Обробка шкіри, одягу вмістом ППП;
- Введення антидоту в/м із шприц – тьюбіку з червоним ковпачком (афін або бутаксим). На шляху руху зараженої хмари особовий склад приймає по 2 табл. П -6 за командою командира за 30 хвилин до початку роботи в зоні зараження;
- Евакуація потерпілих в МПБ для надання долікарської допомоги.

Долікарська допомога :

- Повторне введення антидоту (афін або бутаксим); при зупинки дихання – ШВЛ;
- При відсутності афіну або бутаксим можна дати 2 табл. тарену;
- Повторна часткова санітарна обробка шкіри, одягу з ППП;
- Евакуація на відкритому транспорті в МПП.

ОР загальноотруйної дії – синильна кислота, хлороціан, які викликають швидкий розвиток клініки отруєнн і смерть від паралічу дихального центру. Синильна кислота з'єднуючись із тривалентним залізом дихальних ферментів, блокує дихання і призводить до розвитку кисневого голодування, зміни газового складу крові, розладу функцій ЦНС, кровообігу та інших органів. Клінічні форми : **блискавична і сповільна**. При блискавичній формі смерть настає в перші хвилини після зупинки дихання.

Сповільна форма – чітко через три ступені тяжкості : легка, середня, важка. **Діагноз ставиться на ознаках : запах гіркого міндалю у видихуваному повітрі, червонувате забарвлення шкіри, слизових оболонок, розширені зіниці, екзофтальм.**

Перша медична допомога :

- Одягання протигазу;
- Використання антидоту – пропіл нітрит або амілнітрит, який застосовують інгаляційно (ампулу роздавлюють під маскою протигазу).

Долікарська допомога :

- Введення судинних і дихальних аналептиків (кордіамін або камфора, лобелін або цитітон);
- Введення 1мл 20% розчину анти ціаніду в/м;
- Евакуація в МПП.

ОР шкірноаривної дії - іприт, люїзит.

Потрапляє в організм через дихання та шкіру, викликає місцеві ураження шкіри і органів дихання. Характерною особливістю іприту є відсутність у момент впливу суб'єктивних ознак ураження. Прихований період дії на шкіру 13 – 15 годин, на очі та дихання – 2 – 4 години. **Іприт** – масляниста рідина з запахом «гірчичний газ», в 5,5 разів тяжче повітря, погано розчиняється у воді, руйнується речовинами, які містять хлор.

Перша медична допомога – одягання протигазу; обробка шкіри із ППП; часткова санітарна обробка одягу; у випадках вживання зараженої їжі або води беззондове промивання шлунку; при зупинки дихання – ШВЛ; евакуація в МПБ.

Долікарська допомога : часткова санітарна обробка; промивання очей 2% розчином соди; беззондове промивання шлунку, активоване вугілля всередину; при ураженні люїзитом – введення антидоту – унітіол ; п/ш камфора, кофеїн.

ОР задушливої дії – фосген, діфосген, хлорпікрин, викликають ураження тільки інгаляційним шляхом. **Фосген** – безбарвний газ з неприємним запахом « прілого сіна і гнилих яблук». Першими ознаками є: неприємний смак у роті; подразнення очей; кашель, ядуха, біль в епігастрії, блювота, рефлекторна зупинка дихання. Це ознаки періоду благополуччя, який триває 2 – 8 годин. Потім настає період розпаду отруєння : задишка з виділенням великої кількості пінистої, інколи з кров'ю, мокроти до 1 – 1,5 л. набряк легень розвивається до кінця 1 – 2 доби. Шкірні покриви ціанотична, попелясте – сірого кольору, згущення крові, підвищення температури тіла, зниження АТ, ниткоподібний пульс, смерть від паралічу дихального центру.

Перша допомога: одягання протигазу, вдихання протидимної суміші, евакуація із зони зараження, промивання очей, полоскання рота водою із фляги, у випадку зупинки дихання – ШВЛ.

Долікарська допомога : при подразненні очей і ВДШ – промивання очей 2% розчином соди, вдихання протидимної суміші, кисню протягом 5 – 10 хвилин, зігрівання, спокій, п/ш кофеїн, кордіамін, евакуація в госпіталь на будь – якому транспорті у зв'язку із загрозою розвитку набряку легень.

ОР психоміметичної дії – похідні гліколевої (БІ-зет) та лізергінової (ДЛК) кислот, використовуються у вигляді димів та отрути для зараження води і продовольства. В організм потрапляють інгаляційно та ШКТ, прибудь – якому шляху виникає однакова клініка. БІ – зет проникає у мозок і вже через 2,5 хвилини досягає максимальної концентрації в більшості структур мозку. **Ознаки отруєння : 1 – 4 години** – тахікардія, запаморочення, порушення мови і ходи, блювота, сухість в роті, затуманення зору, сплутаність свідомості. **4 – 12 годин** – неспроможність адекватно реагувати на зовнішні подразники або пересуватися, порушення пам'яті, зорові, акустичні й тактильні галюцинації, коливання настрою від ейфорії до депресії. **12 – 96 годин** – посилення активності, безладно непередбачувана поведінка, поступове повернення до нормального стану, протягом 1 – 3 тижнів – астеничний стан, розвиток амнезії.

Перша допомога : вилучення зброї, одягання протигазу, часткова санітарна обробка за допомогою ІПП, при збудженні – промедол, винос із осередку.

Долікарська допомога : введення 1 – 2 мл трифтазин, промедолу, кордіаміну, фіксація до нош та евакуація під наглядом супровідника до МПП.

ОР слъзоточивої та подразливої дії: діють на нервові закінчення слизових оболонок дихальних шляхів, кон'юнктиви очей і викликають відчуття печії і болю. **ОР подразливої дії – адасит і дифенілхлорарсин. ОР слъзоточивої дії – хлорацетофенон і бромбензилціанід.**

Клініка розвивається з перших хвилин контакту – подразнення в носі та зіві, біль за грудиною, головний біль, біль у яснах, ділянці вух, виділення із носу, сухий болючий кашель, чхання, слинотеча, нудота, блювання, біль у животі.

Перша допомога : одягання протигазу, вдихання фіциліну під маску, за межами зони – промивання очей і полоскання порожнини рота, носоглотки водою, при болях – промедол із АІ п/ш.

Долікарська допомога : повторне вдихання фіциліну, промивання очей 2% розчином соди. Не дозволяється протирати очі руками. Обмундирування потрібно механічно очистити ще до зняття протигазу. Мазі в очі не рекомендується.

ЛЕКЦІЯ № 4

Організація захисту населення в надзвичайний період. Основи створення, структура та завдання Державної служби медицини катастроф

В останні часи в Україні збільшується кількість природних та техногенних катастроф. На території нашої держави п'ять атомних електростанцій, які мають 15 енергоблоків, кожний з яких містить 75 – 100 тонн ядерного палива. Понад 1500 промислових підприємств виробляють, використовують і зберігають близько 300 тис. тонн різноманітних СДОР. У зонах дії цих підприємств мешкає 20 млн. населення. Вантажі залізничного та автомобільного транспорту на 15% складається з вибухо та пожежонебезпечних і безлічі хімічних отруйних речовин. Територією України

проходить аміакопровід Тольятті – Одеса, декілька нафто та газопроводів, а також будуються нові. На ріках збудовано близько 2000 водосховищ. Аварії на ГЕС можуть стати причиною затоплень значної території. Тільки у районі м. Київ зона затоплень може скласти 42 км з населенням понад 420000 осіб. Велику увагу серед НС займають повені. Понад 27000км території належить до сейсмонебезпечних, на яких землетруси силою від 4 – 5 балів до 8 – 9 балів (регіон Києва), на території України можливе виникнення цілої низки небезпечних природних явищ і процесів геологічного, гідрогеологічного та метеорологічного характеру. Це – великі повені, катастрофічні затоплення, зсувні процеси, лісові та польові пожежі, великі снігопади, ожеледь, смерчі і шквальні вітри. Такі обставини стали поштовхом для утворення ДСМК. Згідно з постановою кабінету Міністрів від 14.04.1997 року за

№ 343 «Про утворення ДСМК» та затвердженими цією постановою «Положення про ДСМК», «Положення про координаційні комісії ДСМК». Служба об'єднує: МОЗ; Мін. з питань НС, Мін. Оборони, Мін. Внутрішніх справ, Мін. Транспорту. Керівництво покладається на МОЗ.

Основні завдання:

- Взаємодія медичних сил, засобів і лікувальних закладів у сфері медичного захисту населення на території у разі виникнення екстремальних ситуацій.
- Прогнозування медико – санітарних наслідків ситуацій та розроблення рекомендацій щодо проведення конкретних заходів для зниження їх негативного впливу.
- Ліквідація медико – санітарних наслідків ситуацій.

ДСМК відповідно до покладених на неї завдань:

- Надає потерпілим НС безкоштовну екстрену медичну допомогу на догоспітальному і госпітальному етапах;
- Організує і проводить комплекс санітарно – гігієнічних і протиепідемічних заходів в районах де трапилась НС;
- Забезпечує збереження здоров'я персоналу, який бере участь у ліквідації наслідків НС;
- Бере участь у підготовці медичних працівників на яких покладено надання медичної допомоги у разі виникнення НС.

Заклади ДСМК:

- Український науково – практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, утворено у 1997 році за наказом МОЗ № 171.
- Територіальні центри екстреної медичної допомоги; лікувальні заклади ДСМК;
- Санітарно – епідеміологічні заклади;

Формування ДСМК:

- Мобільні госпіталі;
- Медичні загони;
- Бригади постійної готовності першої черги;
- Спеціальні бригади постійної готовності другої черги;
- Санітарно – епідеміологічні загони;
- Спеціалізовані протиепідемічні бригади; санітарні дружини і санітарні пости.

Найтипівішими ознаками НС є:

- Масовість ураження та одночасність їх виникнення;
- Різноманітний характер та важкість уражень (від 20 до 40% хірургічний профіль);
- Поява незвичайних або рідко виникаючих уражень (хімічних, радіаційних).

У разі катастроф виникають специфічні умови діяльності сил, засобів та закладів . за таких умов визначальним показником ефективності роботи ДСМК є максимальне скорочення часі від моменту коли отримано ушкодження до моменту надання невідкладної допомоги. Разом з тим під час катастрофи виникає ***низка чинників, які перешкоджають своєчасному надання всіх видів медичної допомоги.***

- Руйнування будівель і споруд у містах та неаселених пунктах;
- Порушення роботи медичних закладів;
- Погіршення санітарно – епідеміологічного стану у районі, можливість виникнення масових інфекційних захворювань;
- Можливе зараження великих територій джерел води, продуктів харчування хімічними, радіоактивними речовинами;
- Складність керування роботою сил та засобів у районах катастрофи;
- Потужний психологічний вплив катастрофи та слабка підготовленість до цих подій не тільки населення, але й медпрацівників.

У сучасних умовах ліквідації наслідків катастроф використовують ***дві системи лікувально –евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ).***

Французька система ЛЕЗ: проведення в осередку катастрофи медичного розподілу уражених, надання їм першої медичної допомоги та евакуація у спеціально підготовлені лікувально – профілактичні заклади для надання кваліфікованої та спеціалізованої допомоги.

Англосаксонська система ЛЕЗ : спрямована на наближення медичної допомоги до осередку катастрофи. Безпосередньо у ньому або поблизу від нього проводиться медичний розподіл, надання першої лікарської та кваліфікованої допомоги з подальшою евакуацією післяопераційних потерпілих у відповідну лікарню для продовження лікування.

В Україні використовується ***змішана система ЛЕЗ, що поєднує принципи лікування на місці з евакуацією за призначенням.*** Роботу з надання медичної допомоги в осередку масових уражень умовно розділяють ***на три фази:***

- Фаза ізоляції – починається з моменту виникнення НС до початку організованого проведення рятувальних робіт. У цій фазі населення залишається напризволяще. Тривалість фази від декілька хвилин до годин. Тому все населення повинно знати методи надання само і взаємодопомоги;
- Фаза рятування – від початку рятувальних робіт до завершення евакуації потерпілих за межі осередку катастрофи. В осередок прибувають учасники рятувальних робіт, аварійно – пошукових формувань, бригади ШМД. Проводиться надання невідкладної допомоги за життєвими показниками і підготовка потерпілих до евакуації у ЛПЗ за межі осередку;
- Фаза відновлення – проведення планового лікування уражених та їх реабілітація.

Складними елементами ЛЕЗ є:

- Надання потерпілим усіх видів медичної допомоги та їх лікування;
- Проведення медичного сортування;
- Медична евакуація.

Медицина катастроф виділяє такі види медичної допомоги:

- Перша медична допомога;
- Долікарська допомога;
- Перша лікарська допомога;
- Кваліфікована медична допомога;
- Спеціалізована медична допомога.

Перша медична допомога – комплекс найпростіших медичних заходів, що виконуються на місці одержаних ушкоджень, найчастіше у порядку само і взаємодопомоги, а також учасниками рятувальних робіт, які прибули до осередку катастрофи. Основна мета – врятувати життя потерпілого, усунення впливу вражаючого чинника, що продовжує діяти та швидка евакуація із зони катастрофи. **Оптимальний термін надання – до 30 хвилин після отримання ушкодження.** У разі зупинки дихання, ураження СДОР – 5 – 10 хвилин. Перша медична допомога включає до себе виконання таких заходів:

- Витягування уражених із – під завалів, із сховищ, укриттів;
- Гасіння одягу, що спалахнув;
- Введення знеболювальних засобів за допомогою шприц – тьюбіку;
- Усунення асфіксії шляхом звільнення ВДШ від слизу, крові, сторонніх тіл, надання відповідного положення тілу (у разі западання язика, блювоти, носової кровотечі) та проведення ШВЛ методом рот до рота, рот до носа;
- Тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі;
- Накладання асептичної пов'язки на рани та опечену поверхню;
- Накладання оклюзійної пов'язки у разі відкритого пневмотораксу;
- Імобілізація ушкодженої кінцівки підручними засобами;
- Надягання протигазу, під час перебування на зараженій СДОР БОР місцевості;
- Введення антидотів;
- Часткова санітарна обробка;
- Застосування антибіотиків, сульфаніламідних препаратів, протиблювотних засобів.

Долікарська допомога – надається в осередку катастрофи або поблизу фельдшерськими (сестринськими) бригадами ШМД, персоналом ФАПУ, медичних пунктів підприємств. Використовуються комплектно табельне майно (сумки, укладки), яке є на оснащенні бригад. Вона доповнює першу медичну допомогу. **Основні заходи:**

- Усунення асфіксії (туалет ротової порожнини, носоглотки, введення повітропроводів, ШВЛ, інгаляція киснем);
- Контроль за правильністю та доцільністю накладання джгута бо його накладання у разі продовження кровотечі;
- Накладання або виправлення неправильно накладених пов'язок;
- Введення знеболювальних засобів, антидотів за показниками, застосування антибіотиків;
- Поліпшення чи накладання транспортної іммобілізації з використанням табельних або підручних засобів;
- Введення серцево – судинних та інших лікарських препаратів за показниками;

- Повторна часткова санітарна обробка відкритих ділянок шкіри та дегазація одягу, що торкається до тіла;
- Зігрівання потерпілих, вживання гарячого пиття (за винятком поранених у живіт).

Оптимальний термін надання допомоги – 1 година після отримання ушкодження.

Оптимальний термін надання першої лікарської допомоги – перші 4 – 6 годин після отриманні ушкодження.

У разі виникнення НС необхідно проводити **медичне сортування потерпілих**, то б то поділ потерпілих і хворих на групи, що ґрунтуються на потребі в однорідних лікувально – профілактичних і евакуаційних заходах залежно від медичних показників та конкретних обставин НС. Мета сортування – забезпечити потерпілих своєчасне надання необхідної допомоги та раціональну евакуацію. Медичне сортування проводиться починаючи з моменту надання першої медичної допомоги і продовжується під час надання усіх видів допомоги. **Розрізняють два види сортування:**

- **Внутрішньопунктове** – визначає порядок проходження потерпілого у середині ЛПЗ;
- **Евакотранспортне** – що проводиться з метою поділу потерпілих на однорідні групи за чергою евакуації, видами транспорту, положення потерпілого (сидячи, лежачи) та пунктом призначення.

Під час проведення сортування треба дотримувати **алгоритму огляду уражених:**

- Ревізія ротової порожнини, ВДШ з одночасним вилученням сторонніх тіл та відновлення функції зовнішнього дихання;
- Оцінка характеру і частоти дихання, вирішення питання про показання проведення ШВЛ, непрямого масажу серця;
- Визначення цілісності кровоносних судин з одночасною зупинкою зовнішньої кровотечі;
- Оцінка стану серцево – судинної системи (вимірювання АТ, аускультация серця не проводиться), визначається тільки пульс, його відсутність на променевих артеріях свідчить про зниження систолічного тиску нижче 80 мм.рт.ст.;
- Оцінка стану органів чуття, зору. Ступень важкості можна визначити залежно від того як розплющує очі потерпілий: за командою або у разі больових подразнень, чи взагалі не реагує на зовнішні впливи. Важливе значення має стан зіниць;
- Мовний контакт з потерпілим, а також наявність або відсутність активних і пасивних рухів кінцівок.

Під час надання першої медичної допомоги у процесі медичного сортування виділяють **такі групи:**

- Особи, які потребують медичної допомоги в першу чергу (палаючий одяг, артеріальна кровотеча, шок, асфіксія, судоми, колапс, втрата свідомості, травматична ампутація кінцівок, випадіння петель кишок, відкритий пневмоторакс, зміна кольору шкіри та слизових оболонок, виражена задишка);
- Уражені особи, допомога яким може бути надана у другу чергу, тобто відстрочена на найближчий час . Затримка у наданні їм допомоги не створює загрози для життя;
- Усі інші потерпіли;

- Потерпіли, які потребують винесення або вивезення у ЛПЗ в першу чергу – потерпіли, яким надана допомога у першу чергу, а також потерпілі у другу чергу – всі інші ураження;
- Легкоуражені (ходячі), які можуть самостійно або зі сторонньою допомогою дістатися до ЛПЗ.

Підгрунття медичного сортування є три головні сортувальні ознаки: небезпека для оточуючих; лікувальна ознака, евакуаційна ознака. За ознакою небезпечності для оточуючих потерпілих ділять на **групи**:

- Особи, які потребують санітарної обробки;
- Особи, які підлягають тимчасової ізоляції;
- Особи, які не потребують санітарної обробки.

Лікувальна ознака – ступінь потреби медичної допомоги. Поділяються на групи:

- Особи, яким потрібна невідкладна допомога;
- Особи, яким допомога може бути відстрочена;
- Особи, які перебувають у термінальному стані і потребують симптоматичного лікування.

Евакуаційна ознака – необхідність евакуації. Такі групи:

- Особи, які підлягають евакуації в інші ЛПЗ;
- Особи, які підлягають поверненню з місцем проживання для амбулаторного лікування;
- Особи, які залишаються у цьому ЛПЗ.

У приймальних відділеннях ЛПЗ формуються **сортувальні бригади у складі: лікар, фельдшер, медична сестра, два реєстратори, 4 особи – носильники**. Результат сортування фіксується сортувальними марками. Одна сортувальна бригада за 1 годину роботи може розсортувати від 20 до 40 потерпілих травматологічного профілю або уражених СДОР з наданням невідкладної допомоги.

Медична евакуація – система заходів щодо евакуації із зони катастрофи потерпілих, які потребують медичної допомоги та лікування за її межами. Починається з винесення (виведення, вивезення) потерпілих із зони катастрофи і завершується доставкою уражених в ЛПЗ. Вона забезпечує своєчасність надання допомоги та об'єднує розрізнені за місцем і часом лікувально – евакуаційні заходи в єдиний цілісний процес.

ЛЕКЦІЯ № 5

Аварії на АЕС і радіаційно-небезпечних об'єктах , їх медико-тактична характеристика. Хіміко-техногенні катастрофи. Класифікація сильно діючих отруйних речовин, симптоми отруєння. Основні лікувально-профілактичні заходи в осередку хімічного ураження

У світі експлуатується близько 450 ядерних енергетичних реакторів, на яких виробляється 20% усієї електроенергії. В Україні діють АЕС з 15 енергоблоками, два дослідних ядерних реакторів та більше ніж 800 підприємств, що використовують різноманітні РР. Загальні радіаційні аварії на АЕС з руйнуванням тільки одного реактора можуть створити зони забруднення площею 431200км на якій знаходиться 5249 населених

міст, де проживає 22722700 осіб. Крім цього, небезпеку для України становлять: Курська АЕС –Полтавська, Сумська, Харківська, Чернігівська області. АЕС, розташовані в Болгарії,Словаччині, Угорщині, Чехії – Закарпаття, Львівська, Одеська області.

Радіаційною аварією називають подію на об'єкті з радіаційно – ядерною технологією, що призвело до опромінення людей. Усі радіаційні аварії поділяються на **дві групи**:

- Аварії, що не супроводжуються радіоактивним забрудненням навколишнього середовища;
- Аварії з забрудненням навколишнього середовища.

Аварії можуть бути : **промислові та комунальні**. **Промислові аварії** отримують опромінення тільки персонал АЕС. **Комунальні аварії** відбувається забруднення навколишнього середовища де проживає населення. Локальні комунальні аварії – у зоні мешкає 10 тис. осіб. Регіональні аварії – більше 10 тис.,глобальні аварії – наслідки аварії поширюються на декількох країн. У розвитку комунальних аварій виділяють **3 фази**:

- **Рання фаза** – від початку аварії до моменту припинення викидів РР в атмосферу та закінчення формування радіоактивного сліду на місцевості. Вона триває від декількох годин до декількох діб. В цієї фазі формується хмара. Людина вражається інгаляційним шляхом.
- **Середня фаза** – від радіоактивного сліду до прийняття заходів захисту населення. Триває від декількох діб до року. Хмара осідає на ґрунт, споруди, на них формується радіоактивний слід. Людина заражується через продукти та воду.
- **Пізня фаза** – триває до зникнення необхідності у проведенні захисних заходів. Фаза закінчується із скасуванням усіх обмежень на життєдіяльність населення на забрудненій території..

За чинниками прийнято **виділяти варіанти** аварійного опромінення:

- Зовнішнє опромінення під час проходження хмари та від РР, що осіли на поверхню землі та об'єкти;
- Внутрішнє опромінення – вдихання аерозолей і споживання води, продуктів, забруднених РР;
- Контактне опромінення – забруднення шкіри та одягу;
- Посадана радіаційна дія зовнішніх джерел та внутрішнього опромінення;
- Комбінована дія радіаційних та нерадіаційних чинників;

Найбільша небезпека – перший варіант.

Радіаційні втрати – населення, яке одержало радіаційні ураження внаслідок дії іонізуючих випромінювань в районах ядерного вибуху, під час радіаційних аварій або в зонах радіоактивного зараження місцевості. Основними чинниками, які визначають розміри та структуру радіаційних втрат є : доза зовнішнього опромінення та тривалість її накопичення у часі. Залежно від радіаційної обстановки, захист населення забезпечується шляхом **виконання заходів**:

- Обмеження перебування населення на відкритій місцевості;
- Вживання лікарських препаратів стабільного йоду з метою попередження накопичення радіойоду у щитоподібній залозі (йодна профілактика);

- Евакуація населення;
- Виключення або обмеження вживання у їжу забруднених радіонуклідами продуктів;
- Переселення людей;
- Регулювання пересування автотранспорту на забрудненій території;
- Санітарна обробка населення;
- Найпростіша обробка продуктів харчування;
- Захист органів дихання підручними засобами;
- Герметизація житлових будівель;
- Невідкладна медична допомога;
- Переведення сільськогосподарських тварин на незабруднені пасовиська або на незабруднені фуражні корми;
- Дезактивація забрудненої місцевості.

Основними невідкладними заходами при аварії на АЕС є : **укриття, евакуація, йодна профілактика та обмеження перебування людей на відкритому повітрі.**

Принципи надання медичної допомоги персоналу, потерпілому під час аварії на АЕС можна **розділити на етапи:**

- **На робочому місці** – застосування засобів індивідуального захисту (йодна профілактика), само і взаємодопомога, дезактивація з проведенням дозиметричного контролю на санпропускнику;
- **На здоров'яз пункту АЕС** – повторний дозиметричний контроль та дезактивація за необхідністю, первинне сортування потерпілих, заповнення медичної документації, невідкладна медична допомога, купіруванню первинної реакції на опромінення;
- **Медико – санітарна частина АЕС** : дозиметричний контроль, дезактивація шкірних покривів, надання першої медичної допомоги після сортування потерпілих. Уражені з Іст. ГПХ – госпіталізуються, II – IV ст. ГПХ – евакуюються в спеціалізоване відділення обласної лікарні або Українського центру радіаційної медицини. Нетранспортабельних хворим надається симптоматичне лікування . Проводиться диспансерний нагляд за всіма, хто брав участь у ліквідації аварії.

При диспансеризації проводиться обстеження у такому обсязі:

- Загальний терапевтичний щорічний огляд;
- Клінічний аналіз крові (еритроцити, тромбоцити, лейкоцитарна формула);
- Біофізичні дослідження;
- Радіоізотопне дослідження функції щитоподібної залози.

У народному господарстві виробляються, зберігаються і транспортуються хімічні сполуки, що мають високу токсичність, можуть спричинити масові ураження людей, тварин і забруднення навколишнє середовище. **Такі сполуки називаються СДОР.**

СДОР проникають в організм через ВДШ, слизові оболонки, Травний канал у газо і пароподібному, аерозольному, крапельно – рідинному станах. Важливою характеристикою СДОР є токсичність. Вражаюча дія СДОР залежить від фізико – хімічних властивостей, можливостю їх проникнення, розподіл та перетворення в організмі, поведінкою на місцевості та в атмосфері **СДОР поділяються на стійкі і нестійкі.** Сійкі – сполуки з температурою кипіння більше 140 градусів, нестійкі – нижче 140. Нестійкі заражають місцевість на хвилини, десятки хвилин. До 1 години. Сійкі зберігаються від декількох годин до тижнів і місяців. **За швидкістю розвитку уражень СДОР**

поділяються на швидкодіючі – ураження через декількох хвилин після дії СДОР та сповільної дії – ураження від 1 до 10 – 12 годин.

Токсикологічна класифікація СДОР:

- Речовини задушливої дії – хлор, фосген, хлориди сірки;
- Речовини загальноотруйної дії – окис вуглецю, синильна кислота;
- Речовини задушливої та загальноотруйної дії – окис азоту, сірчаний ангідрид, сірководень;
- Нейротропні отрути – ФОС, сірковуглець;
- Речовини задушливої та нейротропної дії – аміак;
- Метаболічні отрути – метилбромід, метилхлорид, діоксин,

Територія заражена СДОР у небезпечних для життя людей межах, називається **зоною хімічного зараження (ЗХЗ)**.

Територія, у межах якої в результаті аварії виникли масові ураження людей, тварин, називається **осередком хімічного ураження (ОХУ)**. У медико – тактичному відношенні ОХУ СДОР характеризується :

- Раптовістю, швидкістю та масовістю виникнення уражень;
- Зараженням навколишнього середовища;
- Великою кількістю важких уражень;
- Наявністю комбінованих уражень (інтоксикація СДОР + опік; інтоксикація + механічна травма),

Осередки хімічного ураження СДОР від тривалості зараження місцевості та часу прояву вражаючої дії розподіляються **на 4 види**:

- Осередки ураження нестійкими швидкодіючими речовинами – синильна кислота, окис вуглецю;
- ОУ СДОР нестійкими сповільної дії – фосген, хлорпікрин, азотна кислота;
- ОУ стійкими швидкодіючими речовинами – ФОС, фурфурол, аналін;
- ОУ СДОР стійкими сповільної дії – сірчана кислота, тетраетил свинець.

Для осередків ураження, утворених швидкодіючими речовинами характерно:

- Одномоментне ураження значної кількості людей;
- Швидкий перебіг інтоксикації з перевагою важких уражень;
- Дефіцит часу в організації роботи органів охорони здоров'я;
- Необхідність надання медичної допомоги безпосередньо у вогнищі ураження і на етапах медичної евакуації;
- Швидка евакуація уражених із осередку за один рейс.

Особливості осередку ураження речовинами сповільної дії:

- Формування санітарних втрат відбувається поступово, протягом годин;
- Проведення заходів щодо активного виявлення уражених серед населення;
- Евакуація здійснюється у міру їх появи в декілька рейсів.

В осередку ураження стійкими речовинами довгий час зберігається небезпека ураження. Вона залишається після виходу із осередку за рахунок десорбції СДОР одягом, тому необхідно часткова або повна санітарна обробка і дегазація одягу, взуття і транспорту.

Медичний персонал працює протигазах і засобах захисту шкіри, а після завершення роботи – санітарна обробка.

Загальні принципи лікування гострих отруень включають етіологічну, патогенетичну та симптоматичну терапію. **Для лікування передбачається:**

- Виведення отрути та продуктів її перетворення з організму:
 - а) виведення отрути ,що не всмокталися
 - б) виведення отрути ,що всмокталися
- Знешкодження отрути в організмі за допомогою антидотної терапії;
- Усунення патологічних явищ:
 - а) відновлення та підтримка життєво важливих функцій організму (ССС, ДС);
 - б) відновлення та підтримка стабільності внутрішнього середовища – сольового, вітамінного, гормонального, кислотно – основної рівноваги;
 - в) запобігання ураженням окремих органів, систем, їх лікування;
 - г) усунення синдромів, спричинених дією отрути – судом, збудження, біль.

Надання медичної допомоги у разі пероральних отруєнь:

- Видалення отрути, що не всмокталися – промивання шлунку, виклик блювоти, призначення проносних засобів, очисних та сифонних клізм, застосування адсорбентів, в'язучих та обволікальних засобів;
- Видалення отрути, що всмокталися –методом форсованого діурезу та поза ниркового очищення – шляхом водного навантаження, підвищення лужності плазми, призначення сечогінних та речовин, що зумовлюють осмотичний діурез – сечовина, манітол, глюкоза, поліглюкін.

Надання медичної допомоги у разі інгаляційних отруєнь:

- Винесення потерпілого із зони отруєння;
- Зняття одягу що стискає тіло;
- Часткова та повна санітарна обробка;
- Промивання очей 2% содою, водою, ізотонічним розчином хлориду натрію;
- Полоскання носоглотки 1 – 2% содою, водою,вдихати проти димну суміш, інгаляція новокаїном 0,5 -2%, лужні парові інгаляції, при бронхоспазмі – ефедрин, ізадрин, еуфілін, при ларингоспазмі – п/ш атропін 1мл 0,1%, інкубація або трахеотомія. Можна використовувати промедол, морфін, при зупинки дихання – ШВЛ.

Перша медична допомога ураженим СДОР:

- Розшук,одягання протигазу, ВМП;
- Введення антидотів при наявності;
- Часткова санітарна обробка – видалення та знезараження стійких СДОР на шкірі, слизових оболонках очей, одязі;
- Проведення ШВЛ ручним методом та непрямого масажу серця(поза зоною);
- Надання тілу потерпілого певного положення (западання язика, блювання);
- Евакуація.

Перша медична допомога здійснюється само і взаємодопомога, допомога рятівниками.

Долікарська допомога :

- Медичне сортування за важкістю;
- Введення антидотів;
- Проведення ШВЛ, масажу серця;
- Введення серцево – судинних препаратів, а також засобів, що стимулюють дихання, знеболювання;

Оптимальний строк надання першої медичної допомоги – 5 – 20 хвилин, долікарської – 30 хвилин.

Перша медична допомога в осередку ураження **азотною кислотою**, що здійснюється у **порядку само і взаємодопомоги:**

- Промивання очей та обличчя водою;
- Надягання протигазу або ВМП, змоченою 2% содою;
- Змивання з відкритих ділянок шкіри крапель кислоти великою кількістю води протягом 15 хвилин;
- Вихід із осередку ураження.

Перша допомога , що проводиться рятівниками:

- Розшук потерпілих;
- Промивання очей содою, водою;
- Надягання протигазу або ВМП;
- Змивання крапель кислоти з одягу, шкіри;
- Забезпечення спокій, евакуація в положенні лежачі в лікарню.

Медична допомога , що надається в місцях збору потерпілих:

- Знімання протигазу, зігрівання, забезпечення спокою;
- Евакуація долі карні.

За показниками:

- Закапування в очі 2 – 3 краплі 1 – 2% новокаїну або 0,5% дикаїну з адреналіном;
- Змивання крапель зі шкіри та одягу водою;
- Якщо спазмована голосова щілина – прикладання тепла на шию, застосування атропіну 0,1мл / 10 кг маси тіла п/ш, не більше 1мл, папаверину – 2% 2мл в/м, платифіліну – 1мл 0,2% в/м;
- При зупинки дихання – ШВЛ;
- Інгаляція кисню, ін'єкції серцевих засобів.

Перша медична допомога у осередках **ураження аміаком**: також як при азотної кислоті, але промивають очі 1% розчином галуну, пов'язка змочена 5% розчином лимонної кислоти, на ділянки шкіри – примочка з 5% лимонної, оцтової або соляної кислоти, сильний кашель – кодеїн всередину.

Перша медична допомога в осередку **ураження окисом вуглецю** – само і взаємодопомога – одягання протигазу (фільтрувального ГП -5 з гопкалітовим патроном або КДП, або ізолювального протигазу, евакуація із осередку. Перша допомога рятівниками: розшук, надягання протигазу, винесення із зони ураження. Допомога у місцях збору: знімання протигазу, інгаляція кисню,

ШВЛ, евакуація тільки після відновлення дихання, проведення кисневої терапії на шляху евакуації. Перша медична допомога – як азотна кислота, шкіру обробляють мильним розчином.

ЛЕКЦІЯ № 6

Стихійні лиха. Класифікація та медико-тактичні особливості. Основи організації та проведення аварійно-рятувальних і невідкладних робіт, медична допомога в районах стихійного лиха

Велику шкоду наносять суспільству небезпечні природні явища. Лісові та торф'яні пожежі, землетруси, повені, зсуви, снігові заноси, бурі, урагани – ось далеко не повний перелік найчастіших стихійних лих. Щорічно на планеті спостерігається 100000 гроз, 10000 повеней, тисячі землетрусів, пожеж, зсувів та ураганів, сотні вивержень вулканів, тропічних циклонів.

За 20 років від стихійних лих загинуло 3млн. людей і близько 1 млрд. людей відчули на собі наслідки стихійних лих. Нині у світі щотижня реєструється катастрофа.

Катастрофа – великомасштабна аварія, що призводить до важких, трагічних наслідків.

Катастрофа – це раптова, швидкоплинна подія, викликана силами природи, що спричинила численні людські втрати, завдала шкоди чи створила загрозу здоров'ю значної кількості людей.

Серед НС природного походження на Україні **трапляються:**

- Геологічні явища (зсуви, обвали, просадки земної поверхні);
- Метеорологічні явища (зливи, ураган, снігопади, град, ожеледь);
- Гідрологічні явища (повені, паводки, підвищення ґрунтових вод);
- Природні пожежі лісових та хлібних масивів;
- Масові інфекційні хвороби людей.

У поняття медико – тактичних характеристик катастроф входять: **величина і структура втрат населення; наявність або відсутність зараження місцевості в районі катастрофи; розміри осередку ураження.** Катастрофи характеризуються раптовістю виникнення і багатьма чинниками. **Основними чинники : механічні, хімічні, радіаційні, термічні, біологічні.** Ці чинники можуть діяти одночасно або послідовно, зумовлюючи численні, поєднані, комбіновані ураження різного ступеню важкості.

Землетруси – підземні удари та коливання поверхні землі. Вони серед усіх стихійних лих складають 15%. В Україні сила землетрусів більше ніж 7 балів охоплює територію де проживає

2 млн. людей і розповсюджені Закарпаття, Одеська, Чернівецька області. Зона 8 – 9 балів з населенням 14 тис. людей. 5 балів – 11 областей – Івано – Франківська, Хмельницька, Вінницька, Миколаївська.

Всього площа складає 123700км, населення – 11 млн. **Травми – ушкодження кінцівок, забій м'яких тканин з значними кровотечами та скальпуванням шкірних покривів, СТС.** У людей – нервово – психічні розлади, стан емоціонального напруження, збудження, роздратування. 10% населення необхідна психоневрологічна допомога та стаціонарне лікування. Усе населення – прийом заспокійливих та седативних засобів.

Надаючи медичну допомогу необхідно передбачити:

- Своєчасне надання усіх видів медичної допомоги у разі всіх можливих видів ураження;
- Надання медичної допомоги особовому складу формувань, які ведуть рятувальні роботи;
- Проведення лікувально – профілактичних заходів спрямованих на зменшення кількості людей з нервово – психічними розладами, загостреннями соматичних захворювань, а також надання допомоги у разі передчасних та нормальних пологів;
- Запобігання виникненню і ліквідація можливих спалахів інфекційних захворювань.

Повені – тимчасове затоплення значної території суши водою внаслідок різких природних змін. Вони складають 40% усіх природних катастроф. В Україні 22400 рік і річок, довжина – 130000 км. Зонами можливих повеней є:

- Північні райони – ріки : Прип'ять, Десна;
- Західні регіони – Дністер, Прут, Західний Буг;
- Східні регіони – Псел, Ворскла, Сула;
- Південні райони – Дунай, Південний Буг.

Тривалість повеней може досягати 7 – 20 днів та більше.

Причини виникнення повеней:

- Природного характеру – високі рівні води, дощові паводки, затори, дія нагонного вітру;
- Гідродинамічні аварії – прориви гребель, дамб, шлюзів з утворенням хвилі прориву та проривного паводку.

Санітарні втрати – в основному **терапевтичного характеру.**

Ураження людей –

утоплення та загальне охолодження

(замерзання); можливо – гіпертонічні кризи, напади

бронхіальної астми, порушення мозкового кровообігу, передчасні пологи, поява психічних розладів, можуть бути – переломи, вивихи, поранення.

Селі, зсуви – раптовий тимчасовий потік, що формується в руслах гірських рік у Карпатах у вигляді зсувної маси. Селі рухаються окремими валами. Об'єм потоків можуть досягати сотень тисяч, інколи мільйонів кубічних метрів, розміри уламків –

3 – 4 м, маса 100 – 200 тонн, швидкість до 15 км/час, селі руйнують дороги, споруди.

Ураган – вітер величезної руйнівної сили, швидкість більше

30 км /год. або 30 м/секунду і значної тривалості. Руйнує споруди, звалює стовпи ліній електропередач, дерева, пошкоджує транспортні магістралі, мости, комунальне – енергетичні системи, призводить до людських жертв.

Різновидами урагану є буря і смерч. Швидкість вітру під час бурі 20 м/секунду. Смерч – вихровий рух повітря, що виникає у грозовій хмарі та поширюється у вигляді величезного чорного рукава або хобота, розрідженого усередині. Діаметр хобота – 30 м, висота – 800 – 1500 м, швидкість – 50 – 60 км / годину, торкаючись до землі, спричиняють великі руйнування. **У структурі ушкоджень людей переважають множинні та поєднані травми голови, груди, живота, кінцівок. Травми кінцівок складають до 83%, які можуть бути ізольовані, а також множинні.**

З моменту коли починається відчування **коливання землі** та до того як їх сила зросте до 8 балів проходить 20 – 30 секунд. Найбільш потужні коливання тривають декілька хвилин. Землетрус до 9 балів буває від 1 до 3 хвилин. **Спосіб поведінки людей при землетрусах :**

- Залишити будівлю або залишитися і зайняти в середині будівлі місце – дверні отвори у капітальних стінах;
- У будинку триматися подалі від окон, перегородок, остерігатися падіння штукатурки, арматури, плит перекриття, полиць з посудом та іншими предметами;
- Не слід користуватися ліфтом;
- Опинившись на вулиці – треба відбігти від будинку на середину вулиці або будь – якого вільного від забудови місця;
- Недопустимо перебування людей у об'єктів на території яких є вибухо, пожежонебезпечні речовини або СДОР.

Найчастіше травми можуть бути нанесені осколками скла, шиферу, черепиці, шматками дахового заліза, дошками, вивісками, небезпеку являють обірвані та не від'єднанні від електричної мережі дроти. Транспорт зупиняється, відкриваються двері.

Після землетрусу : розшук, вивільнення з – під завалів та надання першої медичної допомоги потерпілим. Забороняється без потреби ходити по завалам, заходити у зруйновані будинки, користуватися відкритим вогнем.

Велике значення **під час поеней** має своєчасне прогнозування, оповіщення населення та евакуація з районів імовірного затоплення людей, худоби, матеріальних цінностей. Перед евакуацією населення у район, який уникає затоплення, усі громадяни виконують роботи щодо захисту свого житла : відключають воду, газ, електропостачання, переносять на верхні поверхи речі домашнього вжитку, забивають двері та вікна дошками, фанерою. Громадяни, які підлягають евакуації, повинні прибути на місце збору і мати при себе документи, речі першої необхідності, невеликий запас води, продуктів. Евакуація проводиться у найближчі населені пункти.

Інформацію **про наближення урагану** надають установи гідрометеослужби. Місцеві жителі проводять заходи : укріплення споруд, будівель, зачиняють вікна, двері, люди переводяться в укриття, проводиться перегони худоби у безпечні місця. У зоні дії урагану необхідно дотримуватися правил безпеки:

- Не виходити з укриття відразу після ослаблення вітру;
 - Знаходитися якнайдалі від різних предметів, електропроводів;
 - Знаходячись поза укриття треба знайти яр, рів, яму або щільно припасти до землі.
- У ході ліквідації наслідків урагану : **розшук потерпілих, витягування з – під завалів, уламків будівель і споруд; надання допомоги та доставка у лікарню; гасіння пожеж; ліквідація аварій на промислових об'єктах.**

Здебільшого населення **про небезпеку селевого потоку** може бути попереджено лише за десятки хвилин, рідше за 1 – 2 години. Про наближення селевого потоку можна дізнатися за характерними звуком валунів та уламків каміння, що перекручуються і б'ють один одного. Це звук нагадує гуркіт потягу, який наближається на великій швидкості. Про початок зсуву **свідчать ознаки:**

- Поява шпарин на стінах будинків;
- розриви на дорогах, берегових укріплення і набережних;
- Випинання землі;
- Зміщення підвалів різних висотних конструкцій та дерев.

Головними причинами травмування та загибелі людей у разі селевих потоків і зсувів є :

- Завалення людей ґрунтом, камінням, деревами;
- Нанесення травм предметами, що падають, камінням, деревами;
- Завалення людей у зруйнованих будинках обваленими конструкціями;
- Захоплення людей бурхливим потоком води, селевої маси.

Після оповіщення про наближення селевого потоку **необхідно :**

Залишити приміщення, перебратися у безпечне місце, залишаючи приміщення – перекрити воду, газ, вимкнути світло, електроприлади, загасити вогонь у печі, підготувати жердини, канати, вірвовки для врятування людей, захоплених селевим потоком.

Дотримання **правил безпеки** допомагає уникнути нещасних випадків і втрат серед рятівників та населення під час виконання рятувальних і відновлювальних робіт у місцях катастроф. Тому особовому складу формувань треба завчасно роз'яснити характерні особливості самого осередку та наступних дій, порядок проведення робіт і правил техніки безпеки. При гасіння пожежі - використовувати протигаз, при роботі на воді – забороняється перевантажувати човни і катери.

Важливим для медичних формувань є вибір місця для розгортання і роботи у районі лиха.

Необхідно дотримуватися правил:

- Місце надання допомоги повинно бути максимально наближене до осередку масових санітарних втрат;
- Місця розгортання формувань повинні знаходитися поблизу шляхів евакуації потерпілих;
- Під час землетрусів забороняється розгортати медпунктів уцілілих будинках;
- Під час повеней місце для збору потерпілих і надання їм допомоги треба вибирати на незатопленій території;
- У зимову, холодну пору року необхідно устаткувати місця обігріву потерпілих.

Картки ООД

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Медичне оснащення механізованої роти і батальйону в оборонному та наступальному боях»

МЕТА: На основі знань про медичне забезпечення механізованої роти та батальйону в оборонному та наступальному боях, вміти організовувати та проводити заходи з медичного забезпечення підрозділів батальйону в оборонному та наступальному боях, виконувати обов'язки фельдшера МПБ.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>I. Ознайомитися:</p> <p>1.Організаційна структура Збройних сил України.</p> <p>2.Військові підрозділи частини, з'єднання та об'єднання сухопутних військ Збройних сил України.</p>	<p>Прочитати матеріал у підручнику:</p> <p>1. Склад та призначення Збройних сил України.</p> <p>2. Військові підрозділи частини, з'єднання та об'єднання сухопутних військ Збройних сил України.</p> <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007р.,стор. 172 – 179</p>
<p>II. Вивчити :</p> <p>1.Сучасний загальновійськовий бій та його характерні особливості, види.</p>	<p>1. Скласти таблицю – схему « Види бою та складові частини бою»</p> <p>2. Дати коротку характеристику складових частин бою.</p> <p>3. Перерахувати види загальновійськового бою.</p> <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007р.,стор. 179 -183</p>
<p>2.Організаційна структура механізованого батальйону.</p>	<p>1.Перерахуйте склад механізованого батальйону на бойових машинах піхоти.</p> <p>2.Перерахуйте склад бойових підрозділів МБ на БМП,</p> <p>3.Перерахуйте склад підрозділів бойового забезпечення МБ на БМП.</p> <p>4.Перерахуйте склад підрозділів матеріально – технічного та</p>

	<p>медичного забезпечення.</p> <p>5. Перерахуйте склад медичного пункту батальйону.</p> <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007р., стор. 183 – 185</p>
<p>3. Сили і засоби медичної служби у батальйоні, (роті, взводі) їх завдання.</p>	<p>1. Перерахуйте:</p> <p>а) завдання, що покладаються на МПБ в бою;</p> <p>б) особовий склад МПБ;</p> <p>в) обов'язки санітарів МПБ;</p> <p>г) обов'язки санітарних інструкторів роти;</p> <p>д) обов'язки стрільця – санітара.</p> <p>К.О.Пашко «ВМП», стор. 42 - 43</p>
<p>4. Побудова оборони механізованого батальйону, роти, ротний опорний пункт.</p> <p>5. Умови діяльності медичної служби в оборонному бою. Медичне забезпечення механізованого батальйону в оборонному бою.</p>	<p>1. Описати побудову оборони механізованого батальйону, роти, взводу; вказати розміри району оборони для батальйону, розміри для опорних пунктів для рот, взводу.</p> <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007р., стор. 185 – 186</p> <p>1. Описати умови діяльності медичної служби в оборонному бою.</p> <p>2. Перерахувати заходи, що проводить начальник МПБ (фельдшер) в період підготовки до оборонного бою.</p> <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007р., стор. 188 – 193</p> <p>3. Перерахуйте :</p> <p>а) обов'язки санітарного інструктора роти з проведення заходів медичного забезпечення роти в оборонному бою;</p> <p>б) обов'язки стрільців – санітарів взводів в оборонному бою.</p>

	бою. К.О.Пашко, стор. 51 - 57
6.Бойовий порядок механізованого батальйону, роти у наступальному бою.	1. Описати бойовий порядок механізованого батальйону, роти у наступальному бою. М.І.Бадюк «ВМП» 2007р.,стор. 186 – 188
7.Умови діяльності медичної служби у наступальному бою.	1. Описати умови діяльності медичної служби у наступальному бою. М.І.Бадюк «ВМП» 2007р.,стор. 193 -195
8.Медичне забезпечення механізованого батальйону (роти) у наступальному бою.	1. Прочитати та скласти короткий конспект по запитанню . М.І.Бадюк «ВМП» 2007р.,стор. 198 – 202 К.О.Пашко, стор. 45 – 51
9. МПБ, завдання, організаційна структура та оснащення.	1. Перерахуйте основні завдання МПБ. 2.Описати склад МПБ. 3. Описати оснащення МПБ. 4. Перерахуйте обов'язки фельдшера батальйону МПБ. М.І.Бадюк «ВМП» 2007р.,стор. 168 - 171

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Основи організації забезпечення медичним майном і технікою у воєнний час»

МЕТА: На основі знань основних завдань медичної служби щодо забезпечення військ медичним майном, вміти організувати та проводити медичне забезпечення військ медичним майном і технікою у воєнний час.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ				
<p>ВИВЧИТИ:</p> <p>1. Основні завдання медичної служби щодо забезпечення військ медичним майном і технікою у воєнний час.</p>	<p>1. Дати визначення поняття «медичне майно».</p> <p>2. Перерахувати основні завдання медичної служби Збройних сил України щодо забезпечення військ медичним майном.</p> <p>3. Перерахуйте принципи медичного постачання Збройних сил.</p> <p>4. Дати визначення поняття « норми постачання медичного майна».</p> <p>5. Які постачальні органи та заклади (підрозділи) є, їх завдання.</p> <p style="text-align: center;">М.І. Бадюк. 2007р., стор. 415 – 417</p>				
<p>2. Класифікація медичного майна .</p>	<p>1. Скласти таблицю класифікації медичного майна за відповідними принципами.</p> <p>2. Заповнити таблицю:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">МЕДИЧНЕ МАЙНО</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Витратне майно</td> <td style="text-align: center;">Інвентарне майно</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">М.І. Бадюк. 2007р., стор. 148</p>	МЕДИЧНЕ МАЙНО		Витратне майно	Інвентарне майно
МЕДИЧНЕ МАЙНО					
Витратне майно	Інвентарне майно				
<p>3. Медико - тактична характеристика комплектів для надання першої медичної та долікарської допомоги пораненим та ураженим.</p>	<p>1. Дати визначення поняття « комплект медичного майна».</p> <p>2. Описати медико – тактичну характеристику медичного майна для надання першої медичної допомоги :</p> <p style="text-align: center;">- із індивідуального оснащення військовослужбовців:</p> <p>а) аптечка індивідуальна (АІ)</p> <p>б) перев’язувальний пакет індивідуальний (ППП)</p> <p style="text-align: center;">К.О.Пашко «ВМП», стор. 128 – 132</p>				

	<p>в) індивідуальний протихімічний пакет (ІПП-8, ІПП -9, ІПП -10)</p> <p>г) таблетки для знезараження води (пантоцид, аквасепт, аква tabs)</p> <p>- із групового медичного оснащення :</p> <p>а) аптечка медична військова (АМВ)</p> <p>б) сумка санітара (СС)</p> <p>в) сумка медична військова (СМВ)</p> <p>М.І. Бадюк. 2007р., стор. 423 – 429</p> <p>3. Описати медико – тактичну характеристику комплектів для надання долікарської допомоги:</p> <p>а) комплект фельдшерський (КФ)</p> <p>б) комплект «Перев'язувальні засоби стерильні»</p> <p>в) комплект «Шини»</p> <p>г) інгалятор кисневий (КІ -4)</p> <p>д) апарат портативний ручний (ДП -10) для штучного дихання</p> <p>е) шолом для поранених в голову</p> <p>ж) лямка санітарна, ноши санітарні</p> <p>К.О.Пашко, стор. 132 – 137</p>
<p>4. Типове обладнання польових медичних закладів .</p>	<p>1. Скласти короткий конспект навчального матеріалу за темою «Типове обладнання польових медичних закладів» .</p> <p>2. Скласти короткий конспект навчального матеріалу за темою «Медична та санітарна техніка, що розміщена на автомобілях».</p>

	<p>3. Скласти короткий конспект навчального матеріалу за темою « <i>Санітарно – евакуаційні засоби</i>».</p> <p>4. Скласти короткий конспект навчального матеріалу за темою « <i>Типи наметів, що використовує медична служба</i>»</p> <p>М.І. Бадюк. 2007р., стор. 453 - 460</p> <p>К.О.Пашко, стор. 146 – 149, 153 - 161</p>
--	--

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Гігієна польового водопостачання»

МЕТА: На основі знань положень з організації польового водопостачання, вміти знезаражувати воду в польових умовах та використовувати для водопостачання.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>ВИВЧИТИ:</p> <p>1.Гігієна польового водопостачання .</p>	<p>1.Перерахуйте основні завдання медичної служби, що бере участь у розвідці джерел водопостачання: 1.....2.....3.....4.....5.....?</p> <p>2. Перерахуйте відповідальних осіб військової частини, які відповідають за якісне забезпечення особового складу доброякісною водою?</p> <p>3. Перерахуйте заходи санітарного нагляду за водопостачанням: 1....2....3.....4.....5....6.....7.....?</p> <p>4.Скласти таблицю «Мінімальні норми використання води для господарське – питних потреб у польових умовах».</p> <p>5. Описати методику знезаражування води у польових умовах за допомогою хлорвмісних таблеток.</p> <p>6. Які два методи знезаражування води за допомогою хлорного вапна?</p> <p>7. Скласти таблицю «Кількість хлору, що необхідно для знезаражування води різних водних джерел»,</p>

8. Що таке пункт водопостачання і для чого він призначений?

9. Рішити задачу:

Розрахуйте мінімальні норми використання води для особового складу взводу на 10 військових та батальйону на 200 військових на одну добу, якщо :

Мінімальні норми використання води у польових умовах :

Призначення води	Об'єм використання води на добу у літрах
1.Для приготування чаю (запас води у флягах)	2,5 л
2.Для приготування їжі, миття кухонного обладнання	3,5 л
3.Для миття індивідуального посуду	1 л
4.Для умивання	3 л
5.Тільки для пиття	2,5 л
6.Санітарна обробка та миття особового складу , на одну особу	45 л

10. Дати відповіді на тестові завдання:

1. Хто проводить санітарний нагляд за водопостачанням особового складу, який передбачає:

1.1. вибір джерела водопостачання;

1.2. контроль за дотриманням норм водопостачання;

1.3. контроль забезпечення особового складу індивідуальними флягами;

1.4. контроль забезпечення особового складу індивідуальними

	<p>засобами знезараження води і навчання правилам користування ними.</p> <p>2. Об'єктом водопостачання для військової частини є ріка.</p> <p>Де треба спланувати забір води для нужд пиття та приготування їжі ?</p> <p>3. Ділянку для умивання та купання солдат відводять.... за течією ріки ?</p> <p>4. Ділянку для прання білизни та обмундирування відводять за ділянкою для?</p> <p style="text-align: center;">11. Рішити задачу:</p> <p>Фельдшеру МПБ необхідно навчити військовослужбовців правилам знезараження індивідуальних запасів вод у флягах хлорвмісними таблетками – аквасептом або пантоцидом.</p>
--	---

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Техногенні катастрофи»

МЕТА: На основі знань про транспортні (техногенні)катастрофи, їх медико – тактичну характеристику, вміти організовувати та проводити лікувально – евакуаційні заходи в осередку транспортних (техногенних) катастроф і аварій.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>ВИВЧИТИ:</p> <p>1. Медико –тактична характеристика природних і техногенних катастроф.</p>	<p>1. Дати визначення поняття «аварія», « катастрофа», « надзвичайна ситуація».</p> <p>2. Дати визначення поняття « НС техногенного характеру».</p> <p>3. Дати визначення поняття « НС природного характеру».</p> <p>4. Описати чотири рівня НС.</p> <p>5. Рішити ситуаційні задачі:</p> <p>5.1. До якого рівні належить НС при таких умовах – - кількість потерпілих -200 осіб</p>

	<p>- кількість людей, які загинули – 4 особи</p> <p>- істотне погіршення умов мешканців на тривалий час – 2500 осіб.</p> <p>5.2. До якого рівні належить НС при таких умовах –</p> <p>- кількість потерпілих -500 осіб</p> <p>- кількість людей, які загинули – 10особи</p> <p>- істотне погіршення умов мешканців на тривалий час – 4500 осіб.</p> <p>5.3. До якого рівні належить НС при таких умовах –</p> <p>- кількість потерпілих -35 осіб</p> <p>- кількість людей, які загинули – 2 особи</p> <p>- істотне погіршення умов мешканців на тривалий час – 250 осіб.</p> <p>5.4. До якого рівні належить НС при таких умовах –</p> <p>- кількість потерпілих -18 осіб</p> <p>- кількість людей, які загинули – 1 особа</p> <p>- істотне погіршення умов мешканців на тривалий час 87 осіб.</p> <p>6. Перерахуйте основні уражаючі чинники НС.</p> <p>В.І.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 11- 16.</p>
<p>2. Транспортні катастрофи.</p>	<p>1. Перерахуйте аварії, що належать до транспортних катастроф.</p> <p>2. Чим характеризується аварія на залізничному транспорті?</p> <p>3.Чим характеризується аварія на річковому та морському транспорті?</p> <p>4. Чим характеризується дорожно - транспортні катастрофа?</p> <p>5. Чим характеризується авіаційна катастрофа?</p> <p>В.І.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 84 – 88.</p>
<p>3 Види медичної допомоги</p>	<p>1. Дати визначення поняття « вид медичної допомоги».</p>

постраждалим у НС.

2. Перерахуйте види медичної допомоги постраждалим у НС

3. Які види медичної допомоги належать до догоспітальних видів допомоги?

4. Рішить ситуаційні задачі:

Задача №1 : На місце ДТП прибула бригада ШМД. Постраждалий, чоловік 40 років, емоційно збуджений, в свідомості, висуває скарги, що не відповідають важкості ушкодження. Об'єктивно: пульс 90 уд.за 1 хв., АТ - 140/90мм.рт.ст.

Яка фаза шоку у потерпілого і як довго вона триває?

Задача №2: На місце ДТП прибула бригада ШМД. Постраждалий, чоловік 32 років, загальмований, АТ 100/50 мм.рт.ст., пульс 110 уд.за 1 хв., м'язовий тонус знижений, шкіра бліда з ціанозом слизових оболонок губ, позитивний симптом «блідої плями».

Яка фаза шоку у потерпілого?

Задача №3: На місце ДТП прибула бригада ШМД. Постраждалий, чоловік 27 років, без свідомості, пульс визначається тільки на сонних артеріях, зіниці не реагують на світло, дихання припинено.

Дії медичних працівників ШМД? (описати дії)

Задача №4: Під час урагану на автомобіль, що рухався зі швидкістю 90км/год. впало стовп лінії електропередач. Удар стовпа потрапив в ділянку плечового суглобу. Потерпілий скаржиться на сильний біль в суглобі. Об'єктивно: в області плечового суглобу крововилив, набряк, болісність під час пальпації плеча, відчувається крепітація відламків.

Діагноз травми? Невідкладна допомога ?

Задача №5 : На місце ДТП прибула бригада ШМД. Постраждалий, чоловік 20 років, скаржиться на біль у лівому плечовому суглобі. Об'єктивно: відмічається деформація лівої

	<p>ключиці, припухлість, гематома, центральний відломок виступає вперед та вгору, периферичний - опущено вниз.</p> <p>Діагноз травми? Невідкладна допомога?</p> <p>Задача №6: Чоловік 18 років попав в аварію, він врізався у дерево на мотоциклі. Постраждалий у свідомості, скаржить на біль у кульшовому суглобі. Об'єктивно: вкорочення правої нижньої кінцівки, в області травми припухлість, гематома. Під час розмови потерпілий втратив свідомість.</p> <p>Діагноз травми? Невідкладна допомога?</p> <p>Задача №7: На місце ДТП прибула бригада ШМД. Автомобіль, що рухався зі швидкістю 150км/год. перекинувся у кювет. Потерпілий у свідомості, скаржить на різкий біль у ділянці шиї, відчуває оніміння та поколювання в правій руці.</p> <p>Об'єктивно: АТ 90/50мм.рт.ст.</p> <p>Діагноз травми? Невідкладна допомога?</p> <p>Задача № 8: Під час автомобільної аварії потерпілий 29 років отримав прямий удар в обличчя. У постраждалого кровотеча із носа та рота, ознаки асфіксії, без свідомості.</p> <p>Дії медичних працівників ШМД?</p> <p>Задача № 9: Під час автомобільної аварії у постраждалого виявлено ознаки: ціаноз шкіри та слизових оболонок, задишка, деформація грудної клітки, відставання у диханні однієї з половини грудної клітки, пульс 100уд. за 1хв., біль у грудній клітці, що посилюється під час дихання.</p> <p>Діагноз травми? Дії медичних працівників ШМД?</p> <p>Задача № 10: Під час автомобільної аварії у постраждалого виявлено ознаки: загальна слабкість, запаморочення, шкіра та слизові оболонки бліді, відмічається мрамуровість кінцівок, пульс 95 уд./хв., АТ 100 /70мм.рт.ст., гематоми та садни на передній стінки живота, біль у животі.</p> <p>Діагноз травми? Дії медичних працівників ШМД?</p> <p>В.І.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 114</p>
4.Особливості діагностики та	1.Рішить тестові завдання:

<p>невідкладної медичної допомоги потерпілим у разі НС.</p>	<p>1.1. Абсолютні (прямі) ознаки переломів кісток:</p> <ul style="list-style-type: none">а) біль, припухлість, укорочення кінцівок, патологічна рухомість;б) кісткова деформація, кісткова крепітація, патологічна рухомість, укорочення кінцівок;в) біль під час пальпації, гематома, патологічна рухомість кісткова деформація. <p>1.2. Головними ознаками рани є:</p> <ul style="list-style-type: none">а) біль , зяяння, кровотеча;б) шок, анемія, гостра дихальна недостатність;в) біль , кровотеча, шок. <p>1.3. Основні принципи надання невідкладної медичної допомоги у разі СТС тканин:</p> <ul style="list-style-type: none">а) знеболювання, іммобілізація кінцівки, бинтування еластичним бинтом, інфузійну терапія, заходи боротьби з гіперкоагуляцією крові;б) накладання джгута, інфузійну терапія, іммобілізація кінцівки;в) накладання джгута або закрутки, циркулярна новокаїнова блокада, іммобілізація кінцівки. <p>1.4.Розрізняють три види черепно – мозкової травми:</p> <ul style="list-style-type: none">а) перелом кісток черепа, струс, забій головного мозку;б) перелом основи черепа, забій, здавлювання головного мозку;в) струс, забій, здавлювання головного мозку. <p>1.5. У разі перелому плечової кістки шину накладають:</p> <ul style="list-style-type: none">а) від здорової лопатки до основи пальців ушкодженої кінцівки, руку згинають під кутом у ліктьовому суглобі;б) від здорової лопатки до ліктьового суглобу ушкодженої руки;в) від лопатки до основи пальців, рука розігнута у ліктьовому суглобі. <p>1.6. У разі перелому кісток передпліччя шину накладають:</p>
---	---

- а) від верхньої третини плеча до основи пальців;
- б) від нижньої третини плеча до основи пальців;
- в) на передпліччя.

1.7. Потерпілі з переломом стегна транспортуються у положенні:

- а) напівсидячи;
- б) лежачи на ношах;
- в) сидячи.

1.8. У разі відкритих проникних ушкоджень грудної клітки, ускладнених відкритим пневмотораксом, транспортування потерпілого проводиться у положенні:

- а) горизонтальному на шиті;
- б) горизонтальному на ношах;
- в) напівсидячи.

1.9. «Шоківим» індексом Альговера визначається:

- а) ступінь важкості шоку;
- б) розлад свідомості;
- в) приблизний обсяг крововтрати.

1.10. Індексом Альговера є:

- а) частка від ділення частоти пульсу на величину систолічного артеріального тиску;
- б) частка від ділення об'єму циркулюючої крові на об'єм крововтрати;
- в) частка від ділення величини систолічного артеріального тиску на частоту серцевих скорочень.

1.11. У разі продовження кровотечі систолічний артеріальний тиск не можна піднімати вище за:

- а) 90 мм.рт.ст.;
- б) 100 мм.рт.ст.;
- в) 120 мм.рт.ст.

--	--

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Завдання та основи організації медичного забезпечення населення у надзвичайних ситуаціях»

МЕТА: На основі знань про організацію захисту населення у НС, екстрену медичну допомогу потерпілим і систему лікувально – евакуаційного забезпечення населення, вміти організувати захист населення, надавати екстрену медичну допомогу потерпілим і організувати лікувально - евакуаційне забезпечення населення у НС.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>1. Ознайомитися: Короткий історичний нарис.</p>	<p>Прочитати навчальний матеріал:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Історія виникнення медицини надзвичайних ситуацій.2. Заклади ДСМК. І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 97 -110.3. Рішить тестові завдання : 3.1. Державна служба медицини катастроф України була створена згідно з : а) «Положення про цивільну оборону України», затвердженим Постановою Кабміну від 10.05.1994р за № 299; б) Постановою Кабміну від 14.04. 1997р. за № 343; в) Наказом МОЗ України за № 171 від 04.06.1997р.3.2. ДСМК створена на двох рівнях: а) державному, територіальному; б) державному, обласному; в) центральному, місцевому.3.3. Бригади постійної готовності першої черги призначені для: а) надання екстреної медичної допомоги у догоспітальний період потерпілим за обставин, що загрожують життю та здоров'ю, під час термінової госпіталізації потерпілих у ЛПЗ за межами осередку катастрофи; б) надання першої медичної, долікарської та першої лікарської

	<p>допомоги потерпілим та їх евакуація за межі осередку;</p> <p>в) надання кваліфікованої т спеціалізованої медичної допомоги за життєвими показниками та евакуація за межі осередку.</p>
<p>2. Вивчити:</p> <p>2.1. Умови реалізації сучасної системи лікувально – евакуаційного забезпечення населення у районах катастроф.</p> <p>2.2. Суть системи лікувально – евакуаційного забезпечення населення у НС.</p> <p>2.3. Способи доставки потерпілих до транспорту.</p>	<p>1. Рішить тестові завдання:</p> <p>1.1. Фази надання медичної допомоги в осередках катастроф:</p> <p>а) ізоляція; рятування, відновлення;</p> <p>б) нейтралізація, надання допомоги, лікування;</p> <p>в) першої медичної допомоги, лікарської допомоги, лікування у стаціонарі.</p> <p>1.2. Основні елементи лікувально – евакуаційного забезпечення:</p> <p>а) сортування, евакуація, лікування;</p> <p>б) надання усіх видів медичної допомоги, евакуація, ізоляція;</p> <p>в) медичне сортування, надання усіх видів медичної допомоги, медична евакуація.</p> <p>1.3. Оптимальний термін надання медичної допомоги під час НС в осередках катастроф становлять:</p> <p>а) 30 хвилин;</p> <p>б) 1 година;</p> <p>в) 2-4 години.</p> <p>1.4. Оптимальний термін надання долікарської допомоги під час НС в осередках катастроф становлять:</p> <p>а) 50 хвилин;</p> <p>б) 1 година;</p> <p>в) 2-4 години.</p> <p>1.5. Оптимальний термін надання кваліфікованої допомоги під час НС в осередках катастроф становлять:</p> <p>а) 8 – 12 годин</p> <p>б) 20 - 24 години;</p> <p>в) 28 – 30 годин.</p>

<p>1.6. Види медичного сортування:</p> <ul style="list-style-type: none">а) долікарське, лікарське;б) діагностичне, прогностичне;в) внутрішньопунктове, евакотранспортне. <p>1.7. Основні ознаки медичного сортування:</p> <ul style="list-style-type: none">а) небезпека для оточуючих, діагностична, прогностична;б) небезпека для оточуючих, лікувальна, евакуаційна;в) лікувальна, евакотранспортне, прогностична. <p>1.8. За ступенем небезпеки для оточуючих під час медичного сортування виділяються такі групи:</p> <ul style="list-style-type: none">а) особи, що потребують спеціальної (санітарної) обробки, підлягають тимчасовій ізоляції, але не мають потреби у санітарній обробці;б) інфекційні хворі, заражені сильдіями отруйними речовинами, радіактивними речовинами, незаражені;в) ті, які потребують ізоляції, не потребують ізоляції. <p>1.9. У процесі медичного сортування за лікувальними ознаками виділяються такі групи потерпілих:</p> <ul style="list-style-type: none">а) особи, які потребують невідкладної медичної допомоги; такі, яким медична допомога може бути відстрочена; агонізуючі.Б) легко уражені, важко уражені, небезпечні для оточуючих;в) ходячі, носилкові, нетранспортабельні потерпілі. <p>1.10. У процесі медичного сортування за евакуаційною ознакою виділяються такі групи потерпілих:</p> <ul style="list-style-type: none">а) особи, які потребують винесення, вивезення, нетранспортабельні;б) особи, які підлягають подальшій евакуації; особи, яких необхідно залишити у даному лікувальному закладі; особи, яких необхідно направити за місцем проживання на амбулаторне лікування;в) особи, яких потрібно евакуювати санітарним транспортом, транспортом загального призначення, особи, які можуть вийти самостійно.
--

<p>1.11. Основна мета медичного сортування:</p> <p>а) забезпечити потерпілим своєчасне надання необхідної медичної допомоги та раціональну евакуацію;</p> <p>б) якнайшвидше видалити потерпілих із осередку катастрофи;</p> <p>в) забезпечити потерпілим своєчасне надання усіх видів медичної допомоги.</p> <p>Дати відповіді на питання:</p> <p>1. Перерахуйте специфічні умови діяльності сил хорони здоров'я у районах катастроф.</p> <p>2. Перерахуйте чинники, що перешкоджають своєчасному наданню всіх видів медичної допомоги потерпілим під час катастроф.</p> <p>3. Назвати основні системи лікувально – евакуаційного забезпечення населення у НС.</p> <p>4. Дати визначення системи ЛЕЗ населення у НС.</p> <p>5. Дати визначення поняття « перша медична допомога» при виникненні НС.</p> <p>6. Хто надає долікарську допомогу потерпілим при виникненні НС?</p> <p>7. Скласти короткий конспект питання: «Особливості надання догоспітальних видів медичної допомоги дітям в осередку катастроф».</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 119 – 121</p> <p>8.Замалюйте та позначте сортувальні марки, що використовують при медичному сортуванні потерпілих у разі виникнення НС.</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 312</p> <p>9.Ознайомитися з додатками №4, №5</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 313 – 315.</p> <p>10. Скласти конспект питання «Способи доставки потерпілих до транспорту».</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 130.</p>
--

--	--

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Стихійні лиха, їх класифікація та медико – тактичні особливості. Основи організації та проведення аварійно – рятувальних і невідкладних робіт, медична допомога в районах стихійних лих»

МЕТА: На основі знань про класифікацію та медико – тактичні особливості стихійних лих, основи організації та проведення аварійно – рятувальних і невідкладних робіт, вміння надавати медичну допомогу постраждалим в районах стихійних лих.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>Вивчити:</p> <p>Медико – тактична характеристика атмосферних, гідросферних та літосферних природних небезпек:</p> <p>а) землетруси</p> <p>б) повені</p> <p>в) селі, зсуви</p> <p>г) урагани</p>	<p>1. Описати ознаки природних небезпек:</p> <p>а) землетруси</p> <p>б) повені</p> <p>в) селі, зсуви</p> <p>г) урагани</p> <p>2. Дати відповіді на тестові завдання :</p> <p>2.1. Основні параметри, що характеризують силу та характер землетрусу:</p> <p>а) розмір руйнувань, глибина осередку, величина коливань поверхні;</p> <p>б) магнітуда, глибина осередку, інтенсивність проявів на поверхні землі;</p> <p>в) ступінь руйнування житлових будівель, глибина осередку, кількість людських втрат.</p> <p>2.2. У разі перебування у приміщенні під час землетрусу необхідно:</p> <p>а) стати у дверному проїзмі капітальної стіни, триматися якомога далі від вікон, скляних перегородок, берегтися від падіння штукатурки, арматури, меблів та інших важких</p>

<p>предметів;</p> <p>б) сховатися під ліжком, диваном або іншими меблями;</p> <p>в) вийти на міжквартирний майданчик багатоповерхового будинку.</p> <p>2.3. У разі перебування на вулиці під час землетрусу необхідно:</p> <p>а) берегтися від падіння уламків, вивісок, дроту, який не від'єднаний від електромережі, відбігти на вільне від забудови місце;</p> <p>б) відбігти від будинків та споруд до центру вулиці або інше вільне місце від будівель, берегтися від падіння уламків, розірваних та не від'єднаний від електромережі дротів;</p> <p>в) заховатися у найближчому підвалі або ямі.</p> <p>2.4. Повень – це:</p> <p>а) тимчасове затоплення значної частини суходолу водою унаслідок впливу сил природи;</p> <p>б) природне явище, що виникло внаслідок рясного випадіння атмосферних опадів;</p> <p>в) катастрофічне затоплення, спричинене дією нагонної хвилі.</p> <p>2.5. Головні можливі причини виникнення повеней на території України:</p> <p>а) прорив греблі, цунамі, інтенсивне танення снігу;</p> <p>б) рясне випадіння атмосферних опадів, інтенсивне танення снігу, дія нагонного вітру, прорив греблі з виникненням хвилі прориву;</p> <p>в) розлив річок під час повені.</p> <p>2.6. Про виникнення зсуву свідчать:</p> <p>а) гул та трясіння ґрунту, поява розколин у будинках;</p> <p>б) поява тріщин у будинках, розриви полотна шляхів, берегових укріплень набережних;</p> <p>в) випинання ґрунту, зміщення фундаментів різних будівель та конструкцій.</p> <p>2.?. Основні чинники травм та загибелі людей у разі селів та</p>

	<p>зсувів:</p> <p>а) завалення ґрунтом, камінням, деревами, зруйнованими конструкціями, ушкодження предметами, які падають, знесення бурхливим потоком води селевої маси; б) завалювання камінням, уламками будівель утоплення у воді;</p> <p>в) опіки від пожеж, травмування в результаті руйнування будинків, утоплення у селевих потоках.</p> <p>3. Описати правила поведінки населення та заходи безпеки під час виконання робіт щодо ліквідації наслідків катастроф:</p> <p style="padding-left: 40px;">а) землетруси</p> <p style="padding-left: 40px;">б) повені</p> <p style="padding-left: 40px;">в) селі, зсуви</p> <p style="padding-left: 40px;">г) урагани</p> <p style="text-align: center;">І.В.Кочін « Медицина катастроф», 2002р.</p> <p style="text-align: center;">Стор. 19 – 37; 270 – 275.</p>
--	--

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Екстрена медична допомога при масових ураженнях у мирний та воєнний час. Основні принципи і способи захисту населення при масових ураженнях у НС природного та техногенного характеру»

МЕТА: На основі знань про основні принципи і способи захисту населення при масових ураженнях у НС природного та техногенного характеру, вміти використовувати колективні й індивідуальні засоби захисту населення при масових ураженнях у НС природного та техногенного характеру.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>Вивчити:</p> <p>Основні принципи і способи захисту населення при масових ураженнях у</p>	<p>1. Перерахуйте основні принципи захисту населення при НС.</p> <p>2. Перерахуйте основні способи захисту населення при НС.</p> <p>3. Які три групи засобів індивідуального захисту?</p>

<p>НС природного та техногенного характеру.</p>	<p>4. Дати відповіді на запитання:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Протигази, респіратори, ватно – марлеві пов'язки – це засоби захисту2. Розрізняють протигази3. Як визначається розмір шолом –маски для протигазу типу ГП – 5 ?4. Протигаз ГП – 7 комплектується лицьовою частиною та5. Протигаз ГП – 7В комплектується лицьовою частиною та6. Підбір лицьовій частини ГП -7 та ГП -7В проводиться шляхом вимірювання іобхвату голови?7. Речовини - бензин, ацетон, бензол, сірковуглець, фосфор, від яких захищає протигаз з коробкою марки..... без аерозольного фільтру корпус кольору, з аерозольним фільтром корпус8. Речовини – сірчаний ангідрид, хлор, сірководень, синізна кислота, окиси азоту, фосген, хлористий водень , від яких захищає протигаз з коробкою марки..... без аерозольного фільтру корпус кольору, з аерозольним фільтром корпус9. Речовини – аміак, сірковуглець і їх суміш, від яких захищає протигаз з коробкою марки..... без аерозольного фільтру корпус кольору, з аерозольним фільтром корпус
---	---

	<p>10. Речовини – пари ртуті та ртуть – органічні отрутохімікати на основі етилмеркурхлориду , від яких захищає протигаз з коробкою марки..... без аерозольного фільтру корпус кольору, з аерозольним фільтром корпус</p> <p>11. Речовина – окис вуглецю, від якої захищає протигаз з коробкою марки.... корпус кольору</p> <p>12. Час захисної дії протигазу з коробкою марки СО?</p> <p>13. Час захисної дії протигазу з коробкою марки В, В8 корпус жовтий?</p> <p>14. Час захисної дії протигазу з коробкою марки КД сірий корпус?</p> <p>15. Час захисної дії протигазу з коробкою марки Г, Г8 корпус чорний з білою вертикальною смугою?</p> <p>16. Час захисної дії протигазу з коробкою марки А, А8 корпус коричневий з білою вертикальною смугою?</p> <p>17. Респіратори захищають від</p> <p>18. Респіратор протигазовий РПГ -67 захищає від бензину, ацетону, бензолу, спиртів, ефірів, використовується марка респіратора, який захищає протягомхвилин?</p> <p>19. Респіратор протигазовий РПГ -67 захищає від аміаку та сірковуглецю, використовується марка респіратора, який захищає протягомхвилин?</p> <p>20. Респіратор протигазовий РПГ -67 захищає від парів ртуті , використовується марка респіратора, який захищає</p>
--	---

	<p>протягомхвилин?</p> <p>21. «Лепесток – 200» , «Лепесток – 200М», «Уралець –П», У -2К, Ф – 62Ш належать до промислових респіраторів?</p> <p>22. Ватно- марлева пов'язка використовується?</p> <p>5.Заповнити таблицю</p> <p style="text-align: center;">«Санітарно – гігієнічні норми сховища»</p> <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th style="width: 50%;">Допустимі величини на одну людину</th><th style="width: 50%;">Призначені для укриття населення</th></tr></thead><tbody><tr><td>Площа</td><td></td></tr><tr><td>Об'єм повітря</td><td></td></tr><tr><td>Подача повітря в режимі фільтро - вентиляції</td><td></td></tr><tr><td>Гранично допустима температура у приміщеннях</td><td></td></tr><tr><td>Запас води для пиття</td><td></td></tr></tbody></table> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф», 2002р., стор. 253 – 268</p>	Допустимі величини на одну людину	Призначені для укриття населення	Площа		Об'єм повітря		Подача повітря в режимі фільтро - вентиляції		Гранично допустима температура у приміщеннях		Запас води для пиття	
Допустимі величини на одну людину	Призначені для укриття населення												
Площа													
Об'єм повітря													
Подача повітря в режимі фільтро - вентиляції													
Гранично допустима температура у приміщеннях													
Запас води для пиття													

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Організація санітарно – гігієнічних та протиепідемічних заходів у НС. Зміст і організація режимно – обмежувальних заходів в епідемічних осередках »

МЕТА: На основі знань про санітарно – гігієнічні та протиепідемічні заходи у НС, вміти організувати та проводити санітарно – гігієнічні та протиепідемічні заходи в осередках катастроф.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
-----------------	------------------------------

<p>Вивчити:</p> <p>1. Санітарно – гігієнічні заходи в осередках катастроф.</p>	<p>1. На що спрямовані санітарно – гігієнічні заходи в осередку катастроф?</p> <p>2. Перерахуйте усі об'єкти, що необхідно взяти під контроль і що мають гігієнічне значення.</p> <p>3. Описати заходи, що проводяться на гігієнічних об'єктах:</p> <ul style="list-style-type: none">а) водопровідні спорудиб) каналізаціяв) підприємства харчової промисловостіг) міста тимчасового розселення населення, рятувальників та будівельників
<p>2. Протиепідемічні заходи в осередку катастроф.</p>	<p>1. Описати роботу бригади мікродільниці, яка проводить подвірний (по квартирний) обхід населення в осередку катастрофи.</p> <p>2. Опишіть склад звітної документації, яку заповнює лікар бригади мікродільниці у кінці робочого дня.</p> <p>3.Що таке епідеміологічне бюро, мета його створення?</p> <p>4. Як доставляються інфекційні хворі у стаціонар?</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 131 – 151</p>

ТЕМА: «Хіміко – технологічні катастрофи. Класифікація СДОР, симптоми отруєння. Основні лікувально - профілактичні заходи в осередку хімічного ураження»

МЕТА: На основі знань про характерні ознаки та симптоми отруєння СДОР, вміти надавати догоспітальну допомогу постраждалим від дії СДОР.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>Вивчити:</p> <p>1. Характеристика СДОР, що зустрічаються найчастіше.</p> <p>Симптоми отруєння:</p> <p>а) азотна кислота</p> <p>б) бензин та бензол</p> <p>в) метиловий спирт (метанол)</p> <p>г) ФОР (інсектициди)</p> <p>д) метафос</p>	<p>1. Опишіть фізико – хімічні властивості:</p> <p>а) азотна кислота</p> <p>б) бензин та бензол</p> <p>в) метиловий спирт (метанол)</p> <p>г) ФОР (інсектициди)</p> <p>д) метафос</p> <p>2. Опишіть клінічні ознаки отруєння:</p> <p>а) азотна кислота</p> <p>б) бензин та бензол</p> <p>в) метиловий спирт (метанол)</p> <p>г) ФОР (інсектициди)</p> <p>д) метафос</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 228 - 237</p>
<p>2. Організація надання догоспітальних видів медичної допомоги при ураженні СДОР.</p>	<p>1. Описати усі види медичної допомоги ураженим СДОР.</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 226 – 227</p>
<p>3. Основні принципи надання догоспітальних видів медичної допомоги при отруєнні СДОР:</p> <p>1) азотна кислота</p> <p>2) бензин та бензол</p>	<p>1. Опишіть етапи медичної допомоги постраждалим при :</p> <p>1.1. Азотна кислота - а) дії першої медичної допомоги в осередку ураження, що здійснюється у порядку само та взаємодопомоги;</p> <p>б) перша медична допомога в осередку ураження, що проводиться рятувальниками;</p> <p>в) медична допомога, що надається у місцях збору</p>

<p>3) метиловий спирт (метанол)</p>	<p>постраждалих.</p> <p>1.2. Бензин та бензол - а) дії першої медичної допомоги в осередку ураження, що здійснюється у порядку само та взаємодопомоги;</p> <p>б) перша медична допомога в осередку ураження, що проводиться рятувальниками;</p> <p>в) медична допомога, що надається у місцях збору постраждалих.</p> <p>1.3. Метиловий спирт (метанол) - а) дії першої медичної допомоги в осередку ураження, що здійснюється у порядку само та взаємодопомоги;</p> <p>б) перша медична допомога в осередку ураження, що проводиться рятувальниками;</p> <p>в) медична допомога, що надається у місцях збору постраждалих.</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 228 - 237</p>
--	--

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Аварії на АЕС і радіаційно – небезпечних об’єктах, їх медико – тактична характеристика»

МЕТА: На основі знань про аварії на АЕС і радіаційно – небезпечних об’єктах, їх медико – тактичну характеристику, вміти надавати медичну допомогу персоналу, який потерпів під час аварії на АЕС.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>Вивчити:</p> <p>Характеристика радіанних аварій та зон радіоактивного забруднення під час аварій на АЕС.</p>	<p>1. Дати визначення поняття « радіаційна аварія».</p> <p>2. На які групи поділяються усі радіоактивні аварії?</p> <p>3. Дайте характеристику першої та другої групам радіаційних аварій.</p> <p>4. Що таке промислові та комунальні аварії?</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 50 – 58</p>

<p>Радіація: фізичні основи, джерела радіоактивних випромінювань, біологічна дія.</p>	<p>1. Дати відповіді на тестові завдання:</p> <p>1.1. Одиниця поглинутої дози за СІ: а) бекерель; б) бер; в) грей.</p> <p>1.2. Позасистемна одиниця поглинутої дози: а) рад; б) бер; в) зіверт.</p> <p>1.3. Найбільшу іонізуючу здатність мають а) нейтрони; б) гамма – випромінювання; в) альфа-частинки.</p> <p>1.4. Для вимірювання доз опромінення використовуються такі прилади: а) дозиметри; б) радіометри - рентгенометри; в) вимірювачі потужних доз.</p> <p>1.5. Особи, які постійно або тимчасово безпосередньо працюють із джерелами іонізуючих випромінювань, належать до категорій: а) Б; б) А; в) В.</p> <p>1.6. Фази радіаційної аварії: а) рання, середня, пізня; б) рання, проміжна, глобальна; в) регіональна, фаза стабілізації, очищення.</p> <p>1.7. Одним із найважливіших природних джерел внутрішнього опромінювання є: а) радій; б) уран; в) радон.</p> <p>1.8. У перші 1,5 – 2 місяця після аварії на ЧАЕС основним дозоутвірним радіаційним елементом був: а) цезій; б) плутоній; в) йод.</p>
<p>Характеристика чинників радіаційної небезпеки на різних етапах радіаційних аварій. Основні шляхи та медичні наслідки їх</p>	<p>1. Які фази виділяють у розвитку комунальних радіаційних аварій?</p> <p>2. Описати характерні ознаки основних часових фаз у розвитку комунальних радіаційних аварій.</p> <p>3. Перерахуйте основні етіологічні чинники аварійного</p>

<p>впливу на людину.</p>	<p>опромінювання.</p> <p>4. Які два періоду є у розвитку аварійного радіаційного становища?</p> <p>5. Що таке « Синдром взаємного обтяження»?</p> <p>6. Що таке «Радіаційні втрати»?</p> <p>7. Які чинники визначають розміри та структуру радіаційних втрат?</p> <p>8. Які категорії осіб визначені нормами радіаційної небезпеки, описати їх характерні ознаки.</p> <p>9. Залежно від радіаційної обстановки, що склалася, захист населення забезпечується шляхом виконання комплексу заходів. Перерахуйте ці заходи.</p> <p>10. Що належить до основних і найбільш ефективних невідкладних контрзаходів на початковій фазі аварії?</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 59 - 84</p>
<p>Основні принципи надання медичної допомоги персоналу, потерпілому під час аварії на АЕС.</p>	<p>1. Перерахуйте заходи безпеки:</p> <ul style="list-style-type: none">а) на робочому місці;б) на здоров'яз пункті АЕС;в) медико – санітарної частині АЕС; <p>2. Де лікуються уражені з I ст. ГПХ?</p> <p>3. Де лікуються уражені з II – IV ст. ГПХ?</p> <p>4. Де лікуються нетранспортабельні уражені?</p> <p>5. Які функції покладені на медико – санітарну частину АЕС?</p> <p>І.В.Кочін «Медицина катастроф» 2002р., стор. 74</p>

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Основи військової епідеміології. Завдання та основи протиепідемічного захисту військ. Загальна характеристика протиепідемічних сил і засобів, протиепідемічний захист на ЕМЕ. Санітарно – епідемічна розвідка. Протиепідемічний захист військ в умовах застосування ворогом бактеріологічної зброї»

МЕТА: На основі знань про завдання та основи протиепідемічного захисту військ, загальну характеристику протиепідемічних сил і засобів, протиепідемічний захист на ЕМЕ, санітарно – епідемічну розвідку, вміння проводити санітарно – епідеміологічну розвідку місцевості, протиепідемічний захист на ЕМЕ, захист військ в умовах застосування ворогом бактеріологічної зброї.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
Вивчити: Військова епідеміологія	1. Дати визначення поняття «Епідеміологія, Епідемічний процес, Військова епідеміологія». 2. Перерахуйте основні завдання військової епідеміології.
Протиепідемічний захист військ	Дати відповіді: 1. Які основні принципи протиепідемічного захисту військ? 2. Як оцінюється санітарно – епідемічний стан частини і район її дій?
Характеристика протиепідемічних сил і засобів	Дати відповіді: 1. Які заклади входять до складу санітарно – епідеміологічної управлінської вертикалі? 2. Хто проводить санітарно – епідеміологічні заходи у військових підрозділах і частинах?
Протиепідемічний захист на ЕМЕ	Дати відповіді: 1. З якою метою проводиться протиепідемічний захист на ЕМЕ? 2. Дайте визначення поняття «Протиепідемічний режим». 3. Які заходи включає до себе переведення ЕМЕ на суворий

	<p>протиепідемічний режим роботи?</p> <p>4. Який порядок одягання та зняття протичумного костюму?</p>
Санітарно – епідеміологічна розвідка	<p>Дати відповіді:</p> <p>1. Що таке санітарно – епідеміологічна розвідка, її завдання, вимоги, що висуваються до неї?</p> <p>2. Ким і як проводиться санітарно – епідеміологічна розвідка в наступі та обороні?</p>
Протиепідемічний захист військ в умовах застосування ворогом бактеріологічної зброї	<p>Дати відповіді:</p> <p>1. Що таке бактеріологічна зброя?</p> <p>2. За якими зовнішніми ознаками можна встановити факт застосування ворогом бактеріологічної зброї?</p> <p>3. Що таке індикація БЗ?</p> <p>4. Як здійснюється відбір проб із об'єктів зовнішнього середовища для індикації БЗ?</p> <p>5. Що таке карантин і обсервація? Яка між ними різниця?</p> <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007р., стор. 391 – 414</p> <p>6. Рішити тестові завдання:</p> <p>6.1. Збудники БЗ проникають в організм людини через :</p> <p>а) органи; б) шляхи.</p> <p>6.2. Епідемічний процес складається із: 1....2....3.....</p> <p>6.3. Джерело інфекції – це?</p> <p>6.4. Механізм передачі інфекції складається із фаз 1....2....3.....?</p>

	<p>6.5. Для захисту від зараження на інфекційні хвороби медичний персонал повинен працювати з хворими на ОНІ у?</p> <p>6.6. До якого типу ПЧК належать такі речі: комбінезон (піжама), халат, капюшон, фартух, ватно – марлева пов'язка, окуляри, нарукавники, гумові рукавички, чоботи, рушник?</p> <p>1) 4 тип 2) 3 тип 3) 2 тип 4) 1 тип</p> <p>6.7. Який тип ПЧК використовують при роботі в лікарні з хворими на бубонну, септичну або шкірну форму чуми?</p> <p>1) 4 тип 2) 3 тип 3) 2 тип 4) 1 тип</p> <p>6.8. Який тип ПЧК використовують під час роботи : евакуація у стаціонар осіб з підозрою на легеневу форму чуми, проведення дезінфекції в осередках чуми, в осередках легеневої форми сибірки, сапу, геморагічної гарячки Крим – Конго?</p> <p>1) 4 тип 2) 3 тип 3) 2 тип 4) 1 тип</p> <p>6.9. До режимно – обмежувальних заходів належать: 1....2...?</p> <p>6.10. Перерахуйте режимно – обмежувальні заходи, що належать до карантину і обсервації.</p>
--	--

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Основи військово – польової хірургії. Заходи першої медичної допомоги та долікарської допомоги при пораненнях та ураженнях. Травматичний шок. СТС. Термічні опіки, Відмороження»

МЕТА: На основі знань про клінічні ознаки травматичного шоку, СТС, термічних опіків, відмороженнях, пораненнях та ураженнях, вміти надавати першу медичну та долікарську допомогу потерпілим та ураженим.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
-----------------	------------------------------

Ознайомитися: Особливості військово – польової хірургії та шляхи її розвитку.	Прочитати матеріал у підручнику: 1. Історія виникнення та розвитку ВПХ. 2. Вклад М.І.Пирогова та В.А.Опеля у ВПХ. М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 228 -229
Зміст і завдання ВПХ.	1. Перерахуйте основні принципи ВПХ. 2. Перерахуйте основні завдання ВПХ. М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 230 – 231
Вивчити: Сучасна вогнепальна рана.	1. Дати визначення поняття « Рана, Вогнепальна рана». 2. Дати класифікацію вогнепальних ран : а) від снаряду; б) за характером; в) за локалізацією; г) за наслідками; д) за клінічним перебігом; е) за зовнішнім виглядом М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 2312 – 234
Медична допомога при вогнепальних пораненнях.	1. Описати етапи першої медичної допомоги при вогнепальних пораненнях. 2. Описати етапи долікарської допомоги , яку надає фельдшер МПБ при вогнепальних пораненнях. М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 234 – 235
Комбіновані ураження: 1. комбіновані радіаційні ураження 2. комбіновані хімічні ураження 3. комбіновані термомеханічні	Дати відповіді: 1. Комбіновані ураження, ступень тяжкості, медико – тактична характеристика. 2. принципи надання першої медичної та долікарської допомоги при комбінованих ураженнях.

ураження	М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 236 – 244
Травматичний шок.	<p>Дати відповіді:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Травматичний шок, патогенетичні фактори, що впливають на його виникнення.2. Фази травматичного шоку.3. Принципи профілактики, лікування.4. Етапне лікування травматичного шоку. <p>Рішити задачі:</p> <ol style="list-style-type: none">1. В МПБ доставлено потерпілого, у якого тиск 90 мм.рт.ст., пульс – 35 уд. за хвил., є ознаки задишки, температура – 35 градусів, шкіра бліда, ціаноз губ, слизові оболонки очей сухі, він без свідомості. В якій фазі травматичного шоку доставлено потерпілого?2. У потерпілого крововтрата до 1500 мл, пульс 100 уд. за хвил., тиск 80 мм.рт.ст., частота дихання – 30 за хвил. Це ознаки торпідної фази травматичного шоку ступеню? <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 245 – 250</p> <p>К.О.Пашко «ВМП» 1999р., стор. 162 – 171</p>
Синдром тривалого стискання тканин.	<p>Дати відповіді:</p> <ol style="list-style-type: none">1. СТС, етіопатогенез.2. Періоди СТС, їх клінічна картина.3. Принципи етапного лікування поранених. <p>Рішити задачу:</p> <p>Рядового К. доставлено в МПБ, його евакуйоване з-під завалу зруйнованого бліндажу, де він був протягом 5 годин при стисненні тканин лівої нижньої кінцівки. Він отримав на полі бою першу медичну допомогу. Фельдшер оглянув пораненого та з'ясував його стан: шкіра лівої кінцівки бліда, на гомілки – шкіра синьо – багрового кольору, рух у суглобах збережене, але послаблене, кінцівки набрякла. АТ 100 мм.рт.ст., пульс – 90 уд.</p>

	<p>за хвил.,слабкого наповнення. У пораненого збережені больова та тактильна чутливість.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Обґрунтуйте діагноз стану у пораненого.2. Скласти план дій фельдшера МПБ з надання долікарської допомоги. <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 253 – 261</p> <p>К.О.Пашко «ВМП» 1999р., стор. 174 – 181</p>
Термічні опіки.	<p style="text-align: center;">Дати відповіді:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Причини і частота термічних опіків у сучасній війні?2. Патоморфологічні зміни при опіках I, II, III –А, III-Б, IV ст.3. Особливості опіків унаслідок дії ядерної зброї та запалювальних суміші.4. Опікова травма, етіологія, патогенез.5. Етапне лікування опіків. <p style="text-align: center;">Рішити тестові завдання:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Опіки класифікуються за ступенями?2. За правилом «дев'яток» або « долоні» визначають?3. Площа опіку 9%, це опіки?4. Площа опіку $9\% \times 2 = 18\%$, це опіки?5. Площа опіку 1%, це опіки?6. Площа долоні потерпілого складає%?7. Обов'язкової госпіталізації потребують потерпілі, які мають :<ol style="list-style-type: none">а) опіки II ст. з площею понад%;б) опіки III –А ст. за площею понад%;в) опіки III –Б ст. і IV ст. з площею%.8. Як називається стан опікового шоку, якщо у потерпілого добовий діурез до 100мл? <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 262 - 275</p> <p>К.О.Пашко «ВМП» 1999р., стор. 187 - 204</p>

Зупинка зовнішньої кровотечі у поранених.	<p style="text-align: center;">Описати методики:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Пальцеве притискання пошкодженої судини.2. Накладання стискальної (тугої) пов'язки.3. Максимальне згинання кінцівки.4. Накладання гумового джгута, контроль застосування.5. Накладання джгута – закрутки. <p style="text-align: center;">К.О.Пашко «ВМП» 1999р., стор. 66 – 71</p>
Відкритий пневмоторакс.	<ol style="list-style-type: none">1. Описати методику накладання оклюзійної пов'язки у разі відкритого пневмотораксу. <p style="text-align: center;">К.О.Пашко «ВМП» 1999р., стор. 73</p>
Імобілізація ушкоджених кінцівок.	<p style="text-align: center;">Описати тактику санітарів при :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Переломи кісток кисти та передпліччя.2. Переломи плечової кістки.3. Переломи стегнової кістки.4. Переломи гомілки.5. Переломи хребта.6. Переломи кісток тазу. <p style="text-align: center;">К.О.Пашко «ВМП» 1999р., стор. 74 - 82</p>

ТЕМА: «Поняття про першу медичну допомогу та її види. Завдання та основні принципи її надання. Поняття про термінальні стани; ознаки життя і абсолютні ознаки смерті; поняття про клінічну, біологічну та соціальну смерть»

МЕТА: На основі знань про принципи організації першої медичної допомоги на догоспітальному етапі, реанімацію, її принципи і методи, вміти надавати першу медичну допомогу пораненим та проводити реанімаційні заходи.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>І. Вивчити:</p> <p>1.1 Поняття про першу медичну допомогу, її види, завдання, принципи надання.</p>	<p>1. Що таке – вид медичної допомоги?</p> <p>2. Перерахуйте види медичної допомоги пораненим у військах?</p> <p>3. Хто надає першу медичну допомогу у військах?</p> <p>4. Хто надає долікарську допомогу у військах?</p> <p>5. Що є метою першої медичної допомоги?</p> <p>6. Які етапи складають першу медичну допомогу пораненим?</p> <p>7. Які етапи складають долікарську допомогу пораненим?</p> <p>8. Перерахуйте індивідуальні засоби медичного захисту, що є у кожного військовослужбовця.</p> <p style="text-align: center;">К.О.Пашко «ВМП»1999року, стор. 63 – 66</p> <p style="text-align: center;">М.І.Бадюк «ВМП» 2007 року, стор. 117 – 121</p>
<p>1.2. Реанімаційні заходи першої медичної допомоги.</p>	<p>1. Перерахуйте ознаки клінічної та біологічної смерті, а також ознаки зупинки серця.</p> <p>2. Описати проведення штучної вентиляції легень за методами: а) із рота в рот б) із рота в ніс.</p> <p>3. Описати методику проведення закритого масажу серця.</p>

	<p>4. Перерахуйте критерії ефективності ШВЛ та закритого масажу серця.</p> <p>К.О.Пашко «ВМП»1999року, стор. 82 - 88</p>
--	---

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Поняття про кровотечу; клінічні ознаки кровотеч за джерелом; методи тимчасової зупинки кровотечі; особливості транспортування потерпілих з кровотечами»

МЕТА: На основі знань про клінічні ознаки кровотеч за джерелом та методи тимчасової зупинки кровотечі, вміти надавати медичну допомогу пораненим з ознаками зовнішньої кровотечі при транспортуванні до шпиталю.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>1. Вивчити:</p> <p>1.1 Кровотеча, клінічні ознаки за джерелом.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Що таке зовнішня та внутрішня кровотеча?2. Описати ознаки артеріальної кровотечі.3. Описати ознаки венозної кровотечі.4. Що таке «шоковий» індекс Альговера?5. Визначити «шоковий» індекс Альговера, якщо:<ol style="list-style-type: none">а) пульс 108/хв., АТ 90/50 мм.рт. ст.б) пульс 120/хв., АТ 80/40 мм.рт.ст.в) пульс 84/хв., АТ 120/ 80 мм.рт.ст.6. У разі втрати 20 – 30% об'єму циркулюючої крові індекс Альговера дорівнює: А)1,0 Б) 2,0 В) 2,57. У разі втрати понад 30% об'єму циркулюючої крові індекс Альговера дорівнює: А) 1,0 Б) 1,5 В) 2,0 Г) 3,5

<p>1.2 Методи тимчасової зупинки кровотечі.</p> <p>1.3 Особливості транспортування поранених з кровотечею.</p>	<p>8. У разі втрати понад 50% об'єму циркулюючої крові індекс Альговера дорівнює:</p> <p>А)1,0 Б) 2,0 В) 2,5 Г) 3,5</p> <p>9.У разі продовження кровотечі систолічний артеріальний тиск не можна піднімати вище за :</p> <p>А) 90 мм.рт.ст. Б) 100 мм.рт.ст. В) 120 мм.рт.ст.</p> <p>10. Смерть при пораненні артерій – стегнової, підключичної, сонної, плечової, підколінної може наступити через :</p> <p>А) 1-2хв. Б) 3-5хв. В) 5-10хв. Г) 8-15хв.</p> <p>11.Для надання першої медичної допомоги при пораненні кров'яних судин у кожного військовослужбовця є: 1....2.....</p> <p>12. Перерахуйте основні методи зупинки кровотечі.</p> <p>13. Описати методику накладання гумового еластичного джгута.</p> <p>14. Які терміни накладання джгута взимку та влітку?</p> <p>15.Скласти алгоритм дій з невідкладної допомоги потерпілим з обсягом крововтрати до 1000мл при транспортуванні до шпиталю протягом: а) 20-30хв. б)30-60хв.</p> <p>16. Скласти алгоритм дій з невідкладної допомоги потерпілим з обсягом крововтрати до 1500мл при транспортуванні до шпиталю протягом: а) 20-30хв. б)30-60хв.</p> <p>17. Скласти алгоритм дій з невідкладної допомоги потерпілим з обсягом крововтрати до 2000мл при транспортуванні до шпиталю протягом: а) 20-30хв. б)30-60хв.</p> <p>К.О.Пашко «ВМП»1999року, стор. 66 -72</p> <p>І.В.Кочін»Медицина катастроф» 2002рік, стор. 198 -199</p>
--	---

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Поняття про термічні, хімічні, радіаційні опіки; клінічні прояви, невідкладна допомога при термічних, хімічних, радіаційних опіках; особливості транспортування і догляду за потерпілими»

МЕТА: На основі знань про клінічні прояви термічних, хімічних, радіаційних опіків, вміти надавати невідкладну допомогу при усіх видах опіків, проводити транспортування потерпілих та необхідний догляд за ними.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>1. Вивчити:</p> <p>1.1 Клінічні прояви, невідкладна допомога, особливості транспортування і догляд за потерпілими з термічними опіками.</p>	<p>1. Дати відповіді на тестові завдання:</p> <p>1. Перерахуйте фактори, що утворюють опіки у людини: 1... 2... 3... 4...</p> <p>2. Опіки класифікуються за ступенями ?</p> <p>3. Утворення почервоніння та набряку шкіри – це ознакиступеню; поява на шкірі пухирців з прозорою жовтуватою рідиною – це ознаки ступеню; ознаки неповного некрозу шкіри – це ознаки ступеню; повний некроз по всій товщині шкіри до підшкірної клітковини з втратою чутливості – це ознакиступеню; ураження всій товщини шкіри разом з м'язами, сухожиллям, кістками – це ознакиступеню.</p> <p>4. За правилом «дев'яток» або «долоні» визначають.....?</p> <p>5.Площа опіку - 9%. Це опіки?</p> <p>6. Площа опіку - 9%. x 2 =18 % Це опіки?</p> <p>7. Площа опіку - 1%. Це опіки?</p> <p>8. Площа долоні потерпілого складає% ?</p> <p>9. Обов'язкової госпіталізації потребують потерпілі, які мають :</p> <ul style="list-style-type: none">1. опіки II ступеню з площею понад% ;2. опіки III А ступеню з площею понад% ;3. опіки III Б і IV ступеню з площею.....4. опіки частин тіла

<p>1.2. Клінічні прояви, невідкладна допомога, особливості транспортування і догляд за потерпілими з хімічними опіками.</p>	<p>10. Скласти алгоритм надання першої медичної допомоги потерпілому з опіками:</p> <p>11. При опіках II – IV ступеню більше 10% поверхні тіла або при опіку I ступеню, який займає 50% поверхні тіла розвивається, який триває</p> <p>12. Скласти клінічну картину двох фаз перебігу опікового шоку:</p> <p>13. Достовірний показник тяжкості опікового шоку є</p> <p>14. В нормі погодинний діурез складає у здорової людини</p> <p>15. При опіковому шоку погодинний діурез</p> <p>16. Як називається стан опікового шоку, якщо у потерпілого добовий діурез до 100мл ?</p> <p>17. Другий період опікової хвороби називається та характеризується ознаками, які тривають ?</p> <p>18. Третій період опікової хвороби називається та характеризується симптомами.....?</p> <p>19. Період реконвалесценції опікової хвороби триває протягом:</p> <p>1. Перерахуйте фізичні та хімічні властивості напалму :</p> <p>2. Напалм викликає опіки ... ступенів та характеризується опік ознаками.....?</p> <p>3. Дії санітарів або санітарних інструкторів при наданні першої медичної допомоги при напалмових ураженнях складаються з етапів:</p> <p style="text-align: center;">1... 2... 3.... 4... 5...</p> <p>4. Дії фельдшера МПБ при наданні потерпілим з опіками</p>
---	---

<p>1.3 Клінічні прояви, невідкладна допомога, особливості транспортування і догляд за потерпілими з радіаційними опіками.</p>	<p>напалмом складаються з:</p> <p>1.... 2.... 3.... 4....</p> <p>5. Перерахуйте недоліки накладання пов'язок потерпілим з опіками на полі бою :</p> <p>1... 2... 3... 4... 5... 6... 7...</p> <p>1. Описати перший період радіаційних опіків.</p> <p>2. Описати III період радіаційних опіків.</p> <p>3. Описати клінічні ознаки радіаційних опіків при дозі опромінення: а) 8-15 грей; б) 15-25 грей; в) понад 25 грей.</p> <p>К.О.Пашко «ВМП»1999року, стор. 187 – 204; 248.</p>
---	---

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Клінічні ознаки і допомога при укусах комах, тварин, змії, каракурта. Основні клінічні ознаки та невідкладна допомога при сторонніх тілах вуха, носа, ока, дихальних шляхів, шлунково – кишкового тракту»

МЕТА: На основі знань про клінічні ознаки при укусах комах, тварин, змії, каракурта, при сторонніх тілах вуха, носа, ока, дихальних шляхів, шлунково – кишкового тракту, вміти надавати невідкладну допомогу постраждалим.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>I.Вивчити:</p> <p>1.1 Клінічні ознаки і допомога при укусах комах, тварин, змії, каракурта.</p> <p>1.2. Клінічні ознаки і невідкладна допомога при сторонніх тілах вуха, носа, ока, дихальних шляхів, шлунково – кишкового тракту.</p>	<p>1. Скласти конспект по першому питанню картки ООД.</p> <p>2. Скласти алгоритми дій невідкладної допомоги постраждалим при укусах:</p> <p style="padding-left: 40px;">А) змії</p> <p style="padding-left: 40px;">Б) тварин</p> <p style="padding-left: 40px;">В) оси, бджоли</p> <p>1. Скласти конспект по другому питанню картки ООД.</p> <p>2. Скласти алгоритми дій невідкладної допомоги постраждалим при сторонніх тілах:</p> <p style="padding-left: 40px;">А) вуха</p> <p style="padding-left: 40px;">Б) носа</p> <p style="padding-left: 40px;">В) ока</p> <p style="padding-left: 40px;">Г) дихальних шляхів</p> <p style="padding-left: 40px;">Д) шлунково – кишкового тракту</p> <p style="text-align: center;">3. Дати відповіді на тестові завдання:</p> <p>1. Дії невідкладної допомоги при укусах змії : 1..... 2.....?</p> <p>2.Дії невідкладної допомоги при укусах тварин:</p> <p style="padding-left: 40px;">1... 2.... 3.... 4.....?</p> <p>3. Дії невідкладної допомоги при укусах комах: 1.... 2... 3..?</p> <p>4. Сторонній предмет у вусі дає клінічні ознаки:</p> <p style="padding-left: 40px;">1... 2..... 3..... 4.....?</p>

	<p>5. Дії при сторонніх предметах у вусі: 1... 2... 3... 4.....?</p> <p>6. Дії при сторонніх тілах у носі : 1.... 2.....?</p> <p>7.Дії при сторонніх тілах в оці: 1.... 2....?</p> <p>8. Дії при сторонніх тілах щлунково – кишкового тракту : а/ дрібні, круглі предмети б/ гострі та великі предмети ?</p> <p>9. Сторонні тіла дихальних шляхів – дії невідкладної допомоги?</p>
--	--

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Основні завдання медичної служби Збройних сил України у воєнний час»

МЕТА: Знати основні завдання медичної служби Збройних сил України у воєнний час.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ
<p>I. Ознайомитися:</p> <p>1.1 Історія військової медицини в Україні.</p> <p>1.2 Емблема військової медицини Збройних сил України.</p>	<p>1. Скласти конспект по першому та другому питанню картки ООД.</p> <p>2. Етапи становлення та розвитку військової медицини в Україні?</p> <p>3. Військова медицина в незалежній Україні?</p>
<p>II. Вивчити:</p> <p>1. Основні завдання медичної служби</p>	<p>1. Перерахуйте основні завдання медичної служби Збройних сил України у воєнний час.</p>

<p>Збройних сил України у воєнний час.</p>	<p>2. Перерахуйте склад медичної служби Збройних сил України у воєнний час.</p> <p>3. Доповнити речення:</p> <p>А) санітарний інструктор роти є підлеглим командира....., він виконує вказівки начальника із питань організації медичного забезпечення особового складу роти, а його накази виконують, які входять до складу роти;</p> <p>Б) начальник медичного пункту батальйону є підлеглим, а з питань медичного забезпечення виконує вказівки</p> <p>4. Хто можуть обіймати посади начальників медичних пунктів батальйонів?</p> <p style="text-align: center;">К.О.Пашко «ВМП»1999року, стор. 7 - 19</p> <p style="text-align: center;">М.І.Бадюк «ВМП» 2007 року, стор. 10 - 34</p>
--	--

Картка ООД для самостійної роботи студентів

ТЕМА: «Особливості першої медичної допомоги при пораненнях у військово – польових умовах. Поняття про військово – польову хірургію (ВПХ) та терапію (ВПТ), їх основні завдання та зміст»

МЕТА: На основі знань про клінічні ознаки вогнепальних поранень та уражень у військово – польових умовах, вміти надавати першу медичну та долікарську допомогу потерпілим та ураженим.

ЗАВДАННЯ	ВКАЗІВКИ ДО ВИКОНАННЯ

<p>Ознайомитися:</p> <p>Особливості військово – польової хірургії та шляхи її розвитку.</p>	<p>Прочитати матеріал у підручнику:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Історія виникнення та розвитку ВПХ.2. Вклад М.І.Пирогова та В.А.Опеля у ВПХ. <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 228 -229</p>
<p>Зміст і завдання ВПХ.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Перерахуйте основні принципи ВПХ.2. Перерахуйте основні завдання ВПХ. <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 230 – 231</p>
<p>Особливості військово – польової терапії та шляхи її розвитку, зміст і завдання ВПТ.</p>	<p>Прочитати матеріал у підручнику:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Зміст і завдання ВПТ.2. Особливості бойової терапевтичної патології.3. Медична допомога і етапне лікування терапевтичних хворих (уражених). <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 282 - 287</p>
<p>Вивчити:</p> <p>Сучасна вогнепальна рана.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Дати визначення поняття « Рана, Вогнепальна рана».2. Дати класифікацію вогнепальних ран :<ol style="list-style-type: none">а) від снаряду;б) за характером;в) за локалізацією;г) за наслідками;д) за клінічним перебігом;е) за зовнішнім виглядом

	<p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 231 – 234</p>
<p>Медична допомога при вогнепальних пораненнях.</p>	<p>1. Описати етапи першої медичної допомоги при вогнепальних пораненнях.</p> <p>2. Описати етапи долікарської допомоги , яку надає фельдшер МПБ при вогнепальних пораненнях.</p> <p>М.І.Бадюк «ВМП» 2007 р., стор. 234 – 235</p>