

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Дзацеева Д.В., Сабаев С.С., Калоев С.З.

Подготовка и организация работы лечебно- профилактических учреждений при чрезвычайных ситуациях

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по Медицине чрезвычайных ситуаций

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности:

- ✓ Акушерство и гинекология
- ✓ Анестезиология и реанимация
- ✓ Дерматовенерология
- ✓ Детская хирургия
- ✓ Инфекционные болезни
- ✓ Кардиология
- ✓ Клиническая фармакология
- ✓ Неврология
- ✓ Онкология
- ✓ Оториноларингология
- ✓ Офтальмология
- ✓ Патологическая анатомия
- ✓ Педиатрия
- ✓ Психиатрия
- ✓ Пульмонология
- ✓ Ревматология
- ✓ Рентгенология
- ✓ Скорая медицинская помощь
- ✓ Терапия
- ✓ Физиотерапия
- ✓ Фтизиатрия

Владикавказ 2023 г.

Методические рекомендации разработаны в соответствии с требованиями ФГОС ВО, предназначено для студентов старших курсов медицинских ВУЗов и факультетов, обучающихся по специальностям «фармация», «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело», «стоматология» к работе по оказанию медицинской помощи пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно - методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России (протокол № 6 от 6 июля 2020 г)

Цель: освоение дисциплины “медицины катастроф” является формирование безопасности, готовности и способности выпускника по специальностям “фармация”, «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело», «стоматология» к работе по оказанию медицинской помощи пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

Учебные вопросы:

1. Мероприятия по повышению устойчивости функционирования ЛПУ в ЧС.
2. Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий ЧС в медицинском учреждении здравоохранения.
3. Организация работы больницы в ЧС.
4. Эвакуация медицинских учреждений.

Введение

В результате воздействия поражающих факторов при ЧС, может нарушиться деятельность больниц, поликлиник, ЦГСЭН, СПК, аптек и аптечных складов, что может повлечь за собой не своевременное оказание медпомощи и тем самым возникновение не оправданных безвозвратные потери. Поэтому в режиме повседневно деятельности проводится подготовка, как всего здравоохранения в целом, так и самих учреждений здравоохранения и их персонала к работе в ЧС.

1 вопрос «Мероприятия по повышению устойчивости функционирования ЛПУ в ЧС»

Устойчивость работы здравоохранения в ЧС достигается путем:

1. Обеспечения жизнедеятельности медперсонала, членов их семей, а также больных, находящихся на лечении в учреждениях здравоохранения;
2. Рационального размещения медучреждений на территории страны;
3. Подготовкой учреждений медицинской и микробиологической промышленности к работе в условиях ЧС;
4. Освоением ЗЗ, т.е. заблаговременным строительством в сельских районах крупных многопрофильных межрайонных больниц (медкомплексов);
5. Проведением подготовительных мероприятий позволяющие в максимально сжатые сроки восстановлению функции медучреждений, вышедших из строя в ЧС;
6. Созданием устойчивой системы управления медицинской отраслью в ЧС.

Устойчивость работы учреждений здравоохранения в экстремальной обстановке достигается:

1. Реализацией медико-технических требований (МТТ) при их размещении и строительстве (Инструкция МЗ).

МТТ подразделяются на **общие и специальные** требования.

Общие требования реализуются во всех проектах учреждений здравоохранения.

Специальные требования – зависят от:

- природных факторов – сейсмичность, вечная мерзлота;
- вероятности КПА-АЭС, ХОО,
- типа учреждения (ЛПУ, СЭС, ССМП).

В соответствии с МТТ для некоторых категорий больниц при их планировке предусматривается:

- площадка для посадки вертолетов,
- возможность отдельного въезда и выезда прибывающего в ЛПУ автотранспорта, со свободным 2-х рядным проездом и стоянкой у приемного отделения,
- приспособление для погрузки и выгрузки больных на автотранспорт (пандус).
- внутрибольничные средства транспортировки больных и грузов.
- При отводе земельного участка под строительство ЛПУ учитывается «роза ветров».

Устойчивость работы ЛПУ в ЧС определяется также наличием:

2. Источников резервного аварийного освещения (подвижные электростанции, мощность 30 и более кВт).

1. **Источников резервного аварийного теплоснабжения** (обеспечивается созданием запасов газа в баллонах и других видов топлива (для котельных или печей) на период восстановления основного источника теплоснабжения).
2. **Источников резервного водоснабжения** (обеспечивается путем создания запасов питьевой воды из расчета 2 л/сут на больного (пострадавшего) и технической воды - по 10 л/сут. на койку.)
3. **Устойчивой работой канализационной системы** (ряд ЛУ, должны иметь специальные отстойники в системе очистных сооружений).
4. **Герметичностью внутренних помещений** для предотвращения попадания в помещения РВ, ОВ, других вредных факторов (система вентиляции должна при необходимости создавать подпор воздуха в палатах, операционных и процедурных и иметь систему фильтров в местах забора воздуха),
5. **Созданием внутрибольничной системы пожаро- и взрывобезопасности.**
6. **Рациональным размещением и оборудованием соответствующих помещений больницы.** (Это достигается рациональным распределением потоков больных и обслуживающего персонала, чтобы больные не имели контактов с материалами, содержащие патогенные для человека бактерии, вирусы и грибы.)
7. **Наличием ЗС** для защиты больных и медперсонала. (Расчет укрытия персонала и больных ЛПУ (аптеки) в ЗС отрабатывается в двух вариантах: в рабочее и нерабочее время).
8. **Наличием средства связи**, которые должны обеспечивать возможность быстрой подачи сигнала тревоги во все помещения, где находятся больные и персонал. Дежурная смена во главе с руководством больницы оснащается портативными

переносными средствами связи для работы внутри здания и вне его в пределах слышимости.

9. **Наличием системы экстренной эвакуации больных** (индивидуальные спасательными устройствами, которые могут использоваться при нарушениях эвакуации обычным порядком, например наличие трапов, запасных лестниц, специальных сетей или других устройств, позволяющих опустить человека на безопасную площадку).
10. **Наличием резервов медимущества**, которые создаются на случай ЧС. (В больницах необходимо иметь оперативно-тактический запас для работы формирований в очаге катастрофы в течение 12 часов и на одни сутки работы коечной сети).
11. Для ССМП, СПК, ЦГСЭН, обязательно предусматриваются складские помещения с **холодильниками (камерами)**, для хранения препаратов, требующих соблюдения температурного режима.
12. **Персонал больниц**, расположенных в городах, а также на весь л/с формирований ГО **обеспечивается СИЗ**, которые закладываются и хранятся на складах.

Запас противогазов ГП - 5(7), респираторов, Аи – 2, ИПП, ППИ, йодистого калия (7 доз по 0, 125 на человека) создается больницей (аптекой) на весь персонал и на 10 % численности больных. СЗ со складов ГО получают по особому распоряжению через пункты выдачи.

В каждой аптеке из специмущества и СИЗ должны быть:

- по 1 наим. на каждого сотрудника: АИ – 2; ППИ; ИПП; респираторы, ГП – 5А(7);
- по 1наим. на аптеку: носилки санитарные в комплекте с лямками по 2 шт. на каждые носилки); сумка СД (с набором медикаментов и перевязочных средств согласно описи).

При необходимости организуется изготовление сотрудниками и членами их семей простейших СЗ (ПТМ – 1 или ВПМ).

Соблюдение перечисленных требований во многом повысит устойчивость функционирования ЛПУ при возникновении любой ЧС.

2 вопрос: «Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий ЧС в медицинском учреждении здравоохранения»

На всех объектах здравоохранения для предупреждения и ликвидации последствий ЧС выполняются общие мероприятия (**общие задачи**) такие как:

- прогнозирование возможной обстановки на территории вокруг объекта здравоохранения и ее оценка при возникшей ЧС;
- планирование работы объекта в ЧС;
- организация мероприятий по подготовке объекта к работе в ЧС;
- организация защиты персонала и материальных средств от воздействия поражающих факторов с учетом прогнозируемой обстановки;
- проведение мероприятий повышающих устойчивость функционирования объекта в ЧС.

Некоторым объектам здравоохранения определяются и специфические задачи, исходя из предназначения ЛПУ в системе здравоохранения и возложенных задач в ЧС.

Для организации и проведения мероприятий по предупреждению и ликвидации последствий ЧС в медучреждении создается **объектовая КЧС**, которая возглавляется главным врачом или его зам. по лечебной работе.

Приказом начальника ГО объекта (главврача) создается орган управления - **штаб ГО объекта**. В его состав включаются основные руководящие работники, которым определяются функциональные обязанности.

Эти обязанности отрабатываются каждым должностным лицом штаба ГО объекта под руководством начштаба, подписываются исполнителем и начальником штаба и утверждаются начальником ГО объекта. Первый экземпляр документа хранится у начальника штаба, а второй - в рабочей папке должностного лица.

Органами управления здравоохранения, для **обеспечения плановой, целенаправленной подготовки больницы к работе в ЧС** ее руководству **выдается задание**.

В нем кратко излагается прогнозируемая обстановка в границах административной территории при возникновении ЧС.

Исходя из этого в задании определяется:

- какие медицинские формирования и с каким сроком готовности создать,
- порядок их обеспечения медицинским и другим имуществом, транспортом.
- предписывается какого профиля пораженных и в каком количестве необходимо принять,
- срок готовности к приему и время, в течение которого необходимо проводить прием, порядок дальнейшей эвакуации пораженных.

Получив задание, начальник штаба готовит проект приказа по ЛУ, в соответствии с которым к работе привлекают весь состав штаба и персонал отделений, участвующий в ликвидации ЧС.

-

В режиме повседневной деятельности в больнице штабом по ГО ЧС разрабатывает:

1. Планы защиты от поражения РВ, АОХВ и БС;
3. Проводит подготовку (обучение) личного состава формирований и санитарно-просветительную работу;
4. Организует мероприятия по подготовке больницы к устойчивой работе в условиях ЧС.

-

В режиме повышенной готовности осуществляются:

1. оповещение и сбор персонала больницы;

2. введение круглосуточного дежурства руководящего состава;
3. установление постоянного наблюдения
4. выдача персоналу СИЗ, приборов рад. и химической разведки;
5. подготовка больницы к приему пораженных;
6. проверка готовности органов управления и медформирований к оказанию медпомощи пораженным в районе бедствия;
7. усиление контроля за соблюдением правил противопожарной безопасности на объекте и готовностью звеньев пожаротушения;
8. повышаются защитные свойства больницы от воздействия поражающих факторов;
9. проводится закладка медимущества в убежища города, объекты народного хозяйства и в стационары для нетранспортабельных;
10. уточнение знания медперсоналом особенностей патологии при ожидаемой ЧС.

В режиме чрезвычайной ситуации проводится:

1. информирование вышестоящего начальства о случившемся, и о проводимых мероприятиях
2. осуществляется сбор и оповещение сотрудников;
3. организуется медицинская разведка;
4. в район бедствия выдвигаются силы и средства больницы;
5. проводится дополнительное развертывание больничных коек;
6. организуется (при необходимости) или эвакуация персонала, больных, ценного имущества и документов больницы в безопасные места или осуществляется укрытие персонала и больных в ЗС;
7. организуется оказание медицинской помощи пораженным сотрудникам и больным объекту здравоохранения;
8. обеспечивается поддержание общественного порядка,
9. поддерживается взаимодействие с другими службами, местными органами здравоохранения, штабами по делам ГОЧС;

Кроме этого в больнице планируется проведение мероприятий при угрозе возникновения ЧС непосредственно в границах территории больницы (при пожарах, взрывах, затоплениях, терактах и др.), на других близко расположенных к больнице объектах, транспортных магистралях и др.

3 вопрос «Организация работы больницы в ЧС»

Работа ЛУ в ЧС организуется в соответствии с планом работы ЛУ, разрабатываемого штабом ГО ЧС объекта на мирное время.

При возникновении ЧС больница в зависимости от складывающейся обстановки может решать две разные по содержанию задачи.

- Если больница подверглась воздействию поражающих факторов ЧС, то в первую очередь необходимо, прежде всего, обеспечить защиту больных, персонала, уникального оборудования, других материальных средств и, в зависимости от обстановки, приступить к оказанию медицинской помощи пораженным, в том числе и своему персоналу, а также больным

- Если больница **не подверглась воздействию поражающих факторов ЧС**, то она, приводит в готовность создаваемые на ее базе медформирования СМК, перепрофилирует коечную сеть некоторых отделений, обеспечивает прием пораженных и оказание им К и СМП.

Получив информацию об угрозе возникновения ЧС, ответственный дежурный по больнице задействует схему оповещения и сбор руководящего состава.

Одновременно в ЛПУ выполняются мероприятия, предусмотренных планом:

1. организуется работа штаба ГО объекта;
2. приводятся в готовность к выдвигению соответствующие формирования;
3. выставляется (при необходимости) пост рад. и химического наблюдения;
4. на улице и внутри помещения устанавливается пикетаж (указатели) с указанием направления движения потока пораженных;
5. приводятся в готовность СИЗ и МСИЗ, а также средства коллективной защиты персонала и больных;
6. при необходимости повышаются защитные свойства здания больницы;
7. уточняются списки больных, которые могут быть выписаны на амбулаторное лечение;
8. принимаются меры к увеличению коечной емкости больницы для пораженных за счет выписки больных и использования дополнительных площадей (ординаторских, коридоров и т.п.);
9. увеличивается численность персонала приемного отделения, проверяется знание персоналом инструкции по приему и сортировке пораженных, готовность санитарного пропускника к проведению санитарной обработки, наличие обменного фонда носилок и белья;
10. принимаются меры к увеличению коечной емкости и увеличению пропускной способности ОПО и ОРИИТ;
11. При возможности привлекаются к работе пенсионеры, студенты старших курсов медицинских учебных заведений;
12. проверяется наличие аварийного освещения и водоснабжения.

В соответствии с заданием и складывающейся обстановкой больница может развертываться по нескольким вариантам:

- для приема пораженных с механической травмой,
- для приема пораженных с механической травмой и ожогами,
- для приема пораженных АОХВ и др.

При поступлении пораженных в больницу проводится их **сортировка**. Для этого развертываются сортировочный пост (СП), сортировочная площадка, и приемно - сортировочное отделение.

СП выставляется при въезде в больницу на расстоянии зрительной и звуковой связи с приемным отделением. На нем работают фельдшер (медицинская сестра) и дозиметрист. Они ведут постоянное наблюдение за окружающей обстановкой и встречают транспорт с пораженными.

При первичном беглом осмотре выделяются ходячие и носилочные больные. При выходе из транспорта ходячих размещают в отведенном для этого месте отдельно от носилочных.

При сортировке выделяют подозрительных на инфекционное заболевание или явно больных и направляют их в инфекционный изолятор, пораженных в состоянии психомоторного возбуждения - в психоизолятор.

Личный состав СП использует СИЗ по обстановке. Пораженные, поступающие из зоны радиоактивного загрязнения, подвергаются дозиметрическому контролю. От СП транспорт направляется на сортировочную площадку (к приемному отделению) для выгрузки пораженных. При неблагоприятной погоде выгрузка осуществляется непосредственно в приемно-сортировочное помещение.

Пораженные, непрофильные для данного лечебного учреждения, не снимаются с машины, а эвакуируются дальше по назначению в соответствующее лечебное учреждение. При направлении пораженных в соответствующие отделения данной больницы устанавливается очередность с учетом их состояния и срочности выполнения лечебно-профилактических мероприятий.

При наличии загрязнения РВ выше допустимого уровня носилочным пораженными протирают влажными салфетками открытые участки кожи и при необходимости снимают верхнюю одежду (частичная специальная обработка). Ходячие моются под душем (полная санитарная обработка). В случае загрязнения АОХВ проводится санобработка с заменой одежды.

Носилочные на сортировочной площадке размещают рядами или веером на носилках, а при недостатке носилок - на подстилочном материале.

Медицинская сестра - диспетчер регулирует размещение пораженных на сортировочной площадке, в помещениях, последовательно заполняя их. Доставленных пораженных с политравмами перекадывают (только один раз!) с носилок на щит с пенопластовым матрацем, установленным на каталке. Все дальнейшие перемещения пораженных (в операционную, в ПИТ, рентгеновский кабинет и т.п.) целесообразно осуществлять только вместе со щитом.

После проведения медсортировки пораженные направляются в соответствующие функциональные отделения, где им оказывается медпомощь в полном объеме.

В приемно-сортировочном отделении пораженные (б) распределяются на следующие группы (после выделения пораженных и больных, нуждающихся в специальной обработке и в изоляции):

1. Нуждающиеся в неотложной медпомощи - направляются в соответствующие функциональные подразделения (перевязочную, операционную, анаэробную, противошоковую, ПИТ);

2. Нуждающиеся в сорт. при снятой повязке - направляются в перевязочную;
3. Нуждающиеся в рентгеновском исследовании для уточнения диагноза - направляются в рентгеновский кабинет;
4. Не профильные пораженные (Б) – эвакуируются в другие ЛУ.
5. Пораженные (Б) не нуждающиеся в лечении – отправляются на амб. лечение по месту жительства.
6. Все остальные пораженные и больные - распределяются по профильным отделениям.

При перегрузке больницы или при необходимости дальнейшего оказания СМП и лечения пораженные переводятся в базовые ЛУ и в клиники территориального или регионального уровней.

4 вопрос «Эвакуация медицинских учреждений»

В ряде ЧС и особенно в период угрозы нападения противника большое значение приобретает организация перемещения ЛУ и аптечных учреждений из крупных городов в безопасные районы.

Эвакуация ЛПУ имеет целью: *защиту больных, персонала и членов их семей, личного состава медформирований, а также *защиту и сохранение медицинского и санитарно - хозяйственного имущества.

Своевременная эвакуация ЛПУ позволяет развернуть на территории вне района ЧС сеть больниц совместно с местными ЛПУ и обеспечить оказание К и СМП пораженным и необходимую медпомощь эвакуируемому и постоянно проживающему населению.

Эвакуация может осуществляться автомобильным, железнодорожным и водным транспортом.

Ответственным за эвакуацию ЛПУ является главный врач.

Для организации и осуществления эвакуационных мероприятий приказом главного врача создается рабочий орган - объектовая эвакуационная комиссия.

Эвакуации подлежат:

- медицинский и обслуживающий персонал вместе с нетрудоспособными членами их семей,
- транспортабельные больные,
- медимущество, твердый и мягкий инвентарь первой необходимости.

Для планирования эвакуационных мероприятий органы управления здравоохранением каждому ЛПУ **выдают план-задание**, в котором указывается:

- профиль развешиваемого ЛУ и его задачи в районе размещения,

- количество коек,
- перечень медформирований для работы вне больницы,
- конечный пункт эвакуации и маршрут следования,
- место размещения эвакуируемого учреждения, необходимое количество отведенных помещений.
- указываются данные о видах и количестве предоставляемого транспорта, и наименование организаций, выделяющих автотранспортные средства для эвакуации, с указанием сроков их прибытия.

Эвакуация больницы может быть частичной, когда эвакуируются только больные и персонал (при загрязнении территории АОХВ, если позволяет ситуация). Полная эвакуация включает эвакуацию персонала и матсредств.

При эвакуации ЛПУ железнодорожным и водным транспортом руководитель учреждения получает информацию о местах погрузки и разгрузки, на какое количество суток следует иметь запас продуктов питания для обеспечения эвакуируемых и размещенных в убежищах Н/Т больных.

При планировании эвакуации ЛУ **штабом ГО объекта производится целый ряд расчетов.**

1. Проводится расчет распределение медперсонала.

А) Определяется численность врачей, среднего медицинского и обслуживающего персонала, подлежащего выделению в распоряжение органов управления здравоохранением (в медформирования, для мед. обеспечения эвакуации населения, для медобслуживания нетранспортабельных больных).

Б) Определяется число врачей и среднего мед и обслуживающего персонала, подлежащих эвакуации с ЛУ. Как правило, нетрудоспособные члены семей эвакуируются с учреждениями.

В) Выделение медработников для сопровождения транспортабельных больных и в оперативную группу, которая организуется в составе 3-4 чел. (врач, медсестра, член эвакукомиссии и др.). Оперативная группа создается для заблаговременного направления на место нового размещения ЛПУ с целью подготовки к приему прибывающих сотрудников ЛПУ.

2. Рассчитывается число больных по эвакуационным категориям, находящихся в больнице и дома («стационары на дому»).

Все больные, находящиеся на лечении в данном лечебном учреждении, по эвакуационному предназначению распределяются на три основные группы:

а) больные, не нуждающиеся в дальнейшем продолжении стационарного лечения и подлежащие выписке (около 50%); они после выписки самостоятельно следуют до места жительства, а затем, при необходимости, до СЭП откуда эвакуируются наравне с другим населением; при выписке их следует обеспечить медикаментами на 2-3 дня, так как в этот период из города эвакуируются поликлинические и аптечные учреждения;

б) транспортабельные больные, которые по состоянию здоровья не могут быть выписаны из больницы, но в состоянии без значительного ущерба для здоровья эвакуироваться с этим учреждением (около 40-45%);

в) нетранспортабельные больные, которые не способны без ущерба для здоровья перенести эвакуацию (около 5-10%). Эта группа больных должна быть оставлена в городе и укрыта в специально оборудованном убежище ЛУ (лечебном стационаре для нетранспортабельных больных);

Нетранспортабельность больных определяется «Перечнем неотложных форм и состояний, при которых больные не могут подлежать транспортировке», утвержденным Минздравом России.

Заблаговременно в каждом отделении ЛУ назначаются лица, ответственные за выписку больных, подготовку транспортабельных к эвакуации и перемещение нетранспортабельных в защитные сооружения.

Рекомендуется в истории болезни делать пометку: «эвакуируется с больницей» =Э=, «остается в больнице как нетранспортабельный» =Н=, подлежит выписке =В=. История болезни подписывается врачом, заместителем главного врача по медицинской части, а для нетранспортабельных, кроме того, заверяется круглой печатью больницы. Истории болезни следуют с больными. Больным, подлежащим выписке на амбулаторное лечение, помимо пометки в истории болезни «выписан на амбулаторное лечение», выдается на руки справка, в которую вносят краткие сведения о проведенных исследованиях и лечении.

3. Производится расчет и распределение, медицинского и санитарно-хозяйственного имущества (для обеспечения стационаров для нетранспортабельных больных, комплектования сумок (укладок) неотложной помощи, которые выдают медперсоналу для оказания медпомощи эвакуируемому населению на эвакуопунктах, при сопровождении транспортабельных больных в пути следования.

Для расчета потребности транспортных средств необходимо определить тоннаж и объем имущества, подлежащего эвакуации с ЛУ.

При недостатке выделенного транспорта определяются порядок и последовательность эвакуации несколькими рейсами.

4. Проводится расчет количества помещений для размещения больных вне района ЧС (в загородной зоне) и потребность в помещениях для укрытия нетранспортабельных больных в лечебном стационаре для нетранспортабельных.

При проведении эвакуации инфекционных больниц соблюдается необходимый санитарно-эпидемиологический режим (больные эвакуируются на спецтранспорте согласно графику использования дорог, выделенных для их движения).

Эвакуация психбольниц и диспансеров, также имеет свои характерные особенности, что отражается в планах данных лечебных учреждений.

Заключительным этапом эвакуационных мероприятий является консервация здания и сдача его под охрану.

Тесты

1. Устойчивость работы здравоохранения в ЧС достигается путем:
 - а) Обеспечения жизнедеятельности медперсонала, членов их семей, а также больных, находящихся на лечении в учреждениях здравоохранения;
 - б) Рационального размещения медучреждений на территории страны;
 - в) Подготовкой учреждений медицинской и микробиологической промышленности к работе в условиях ЧС;
 - г) Реализацией медико-технических требований (МТТ) при их размещении и строительстве (Инструкция МЗ).
2. В соответствии с МТТ для некоторых категорий больниц при их планировке предусматривается:
 - а) площадка для посадки вертолетов;
 - б) возможность раздельного въезда и выезда прибывающего в ЛПУ автотранспорта, со свободным 2-х рядным проездом и стоянкой у приемного отделения;
 - в) приспособление для погрузки и выгрузки больных на автотранспорт;
 - г) внутрибольничные средства транспортировки больных и грузов.
3. В режиме повседневной деятельности в больнице штабом по ГО ЧС разрабатывает:
 - а) планы защиты от поражения РВ, АОХВ и БС;
 - б) введение круглосуточного дежурства руководящего состава;
 - в) установление постоянного наблюдения
;
 - г) проводит подготовку (обучение) личного состава формирований и санитарно-просветительную работу;
 - д) организует мероприятия по подготовке больницы к устойчивой работе в условиях ЧС.
4. В режиме повышенной готовности осуществляются:
 - а) оповещение и сбор персонала больницы;
 - б) выдача персоналу СИЗ, приборов рад. и химической разведки;
 - в) организационные вопросы оказания медпомощи при прогнозируемых ЧС и в соответствии с возложенными задачами;
 - г) подготовка больницы к приему пораженных;
 - д) проверка готовности органов управления и медформирований к оказанию медпомощи пораженным в районе бедствия.

5. В режиме чрезвычайной ситуации проводится:

- а) информирование вышестоящего начальства о случившемся, и о проводимых мероприятиях ;
- б) повышаются защитные свойства больницы от воздействия поражающих факторов;
- в) осуществляется сбор и оповещение сотрудников;
- г) проводится закладка медимущества в убежища города, объекты народного хозяйства и в стационары для нетранспортабельных;
- д) организуется медицинская разведка;
- е) уточнение знания медперсоналом особенностей патологии при ожидаемой ЧС
- ж) в район бедствия выдвигаются силы и средства больницы.

6. В соответствии с заданием и складывающейся обстановкой больница может развертываться по нескольким вариантам:

- а) для приема пораженных с механической травмой;
- б) для приема пораженных с механической травмой и ожогами;
- в) для приема пораженных АОХВ ;
- г) для приема пораженных с отравлениями и шоком .

7. Ответственным за эвакуацию ЛПУ является:

- а) руководитель здравоохранения города;
- б) главный врач;
- в) заместитель главного врача по ГО и ЧС;
- г) председатель эвакуационной комиссии ЛПУ.

8. Эвакуация ЛПУ имеет целью:

- а) защиту больных;
- б) защиту личного состава формирований;
- в) защиту персонала ЛПУ и членов их семей;
- г) защиту и сохранение запасов всех видов имущества.

9. Все больные, находящиеся на лечении в данном лечебном учреждении, по эвакуационному предназначению распределяются на :

- а) больные, не нуждающиеся в дальнейшем продолжении стационарного лечения и подлежащие выписке ;
- б) транспортабельные больные;
- в) нетранспортабельные больные;
- г) транспортабельные и нетранспортабельные больные.

10. Эвакуация больницы может быть :

- а) частичной, когда эвакуируются только больные и персонал;
- б) частичной, когда эвакуируются больные;
- в) полной, когда эвакуируются персонал и матсредства;
- г) полной , когда эвакуируются больные и матсредства.

Ответы:

1-абв

2-абвг

3-agd

4-абгд

5-авдж

6-абв

7-б

8-абвг

9-абв

10-ав

Ситуационная задача.

В результате аварии на градообразующем горно-химическом комбинате образовалась зона радиоактивного заражения местности. В период проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ изменилось направление ветра, и зараженное облако движется в направлении городской больницы. Предполагаемый уровень радиоактивного загрязнения территории больницы может составить 25 кюри/м², а поглощенная доза, полученная персоналом, продолжающего работу вне помещений может составить 2 Грей.

Вопрос:

Примите управленческое решение по организации работы ЛПУ и режиму пребывания персонала и больных вне помещений.

Контрольные вопросы :

1. Перечислите мероприятия по повышению устойчивости функционирования ЛПУ в ЧС.
2. Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий ЧС в медицинском учреждении здравоохранения?
3. В чем заключается цель эвакуации?
4. Что разрабатывается в режиме повседневной деятельности в больнице штабом по ГО ЧС?
5. На какие три основные группы все больные, находящиеся на лечении в данном лечебном учреждении, по эвакуационному предназначению распределяются ?