

**Частное образовательное учреждение высшего образования
Новосибирский медико-стоматологический институт
ДЕНТМАСТЕР
(ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»)**

**КЛЮЧИ
К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ
дисциплины**

**Б1.Б.04
ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**
по основной профессиональной
образовательной программе
высшего образования - программе подготовки кадров
высшей квалификации
в ординатуре по специальности
31.08.75 Стоматология ортопедическая

Квалификация
«Врач – стоматолог-ортопед»
Виды профессиональной деятельности,
к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:
профилактическая;
диагностическая;
лечебная;
реабилитационная;
психолого-педагогическая;
организационно-управленческая
форма обучения - очная
срок получения образования по программе ординатуры – 2 года

на 2023-2024 учебный год

Новосибирск, 2023

5. Основные мероприятия по медицинской защите:

- содействие в обеспечении индивидуальными средствами профилактики поражений (антидотами, радиопротекторами, средствами специальной обработки и т.п.), медицинскими препаратами для оказания первой медицинской помощи, а также участие в обучении правилам и приемам пользования ими;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению или снижению отрицательного воздействия поражающих факторов ЧС;
- разработку (на основе оценки обстановки, сложившейся в ЧС) и выполнение комплекса мероприятий по медицинской защите населения и спасателей;
- участие в психологической подготовке населения и спасателей;
- организацию и соблюдение санитарного режима на этапах медицинской эвакуации, контроль радиоактивного и химического загрязнения пораженных (больных) и спасателей, а также выполнение других защитных мероприятий в формированиях и учреждениях Всероссийской службы медицины катастроф и МСГО.

6. К общим медико-техническим требованиям относятся требования, специфичные для учреждений здравоохранения и реализуемые во всех проектах. К специальным относятся требования, зависящие от природных факторов (сейсмичность, вечная мерзлота, низкие грунтовые воды и т.д.), от региона застройки (близость АЭС, химически опасных объектов, взрыво- и пожароопасных объектов и т.д.), от типа учреждения (больница, поликлиника, станция переливания крови и т.д.). Для некоторых категорий больниц при их планировке необходимо предусмотреть площадку для посадки вертолетов (самолетов), обязательно обеспечить возможность раздельного въезда и выезда прибывающего в ЛПУ автотранспорта, а также оборудовать приспособления для погрузки и выгрузки больных. При отводе земельного участка под строительство ЛПУ учитывается «роза ветров».

7. **Военный конфликт** - любое столкновение, противоборство, форма разрешения противоречий между государствами, народами, социальными группами с применением военной силы. В зависимости от целей сторон и масштабных показателей, таких, как пространственный размах, привлекаемые силы и средства, напряженность вооруженной борьбы, военные конфликты могут быть разделены на ограниченные (вооруженные конфликты, локальные и региональные войны) и неограниченные (мировая война).

8. **Вооруженный конфликт** - одна из форм разрешения противоречий с применением средств вооруженного насилия, при котором государства, вовлеченные в конфликт, не переходят в особое состояние, определяемое как война. К вооруженным конфликтам относятся различные военные инциденты, военные акции и другие вооруженные столкновения незначительного масштаба (низкой интенсивности) с применением регулярных или нерегулярных вооруженных формирований, при которых акт формального объявления войны отсутствует, а вооруженная борьба ограничивается пределами операционного направления.

9. **Локальная война** - ограниченный военный конфликт, в котором военные действия не выходят за пределы территории воюющих стран, а вооруженная борьба ограничивается пределами одного-двух стратегических направлений.

10. **Локальный вооруженный конфликт** - военные акции и другие вооруженные столкновения незначительного масштаба на ограниченной территории.

Критерии оценки ответа на вопросы (письменные/устные ответы на вопросы):

Оценка «отлично» выставляется ординатору, если содержание работы соответствует вопросу, ординатор владеет материалом, ответ полный и развернутый;

Оценка «хорошо» выставляется, если в работе содержание соответствует вопросу, ординатор владеет материалом, ответ неполный;

Оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, если содержание работы соответствует вопросу, ординатор владеет материалом, но не мог выделить в работе главную мысль, ответ не полный;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если работа не подготовлена, содержание не соответствует вопросу темы.

2. КЛЮЧИ К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ (ОРДИНАТОРОВ) ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Тестовые задания представлены в документе «Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б.04 ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ» (см. пункт 6.2.1, стр. 9-15).

Ключи к тестовым заданиям для оценивания результатов обучения в виде ЗНАНИЙ:

ТЕМА 1	1 – b	2 – a	3 – c	4 – e	
ТЕМА 2	1 – d	2 – a	3 – b	4 – d	
ТЕМА 3	1 – c	2 – d	3 – b	4 – a	5 – d
ТЕМА 4	1 – e	2 – a	3 – c	4 – d	
ТЕМА 5	1 – d	2 – c	3 – a	4 – c	
ТЕМА 6	1 – b	2 – d	3 – d	4 – c	
ТЕМА 7	1 – c	2 – c	3 – a	4 – c	5 – d
ТЕМА 8	1 – e	2 – c	3 – b	4 – a	

Критерии оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок более 85 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок более 65 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ (ОРДИНАТОРОВ) ПО ДИСЦИПЛИНЕ

3.1 Ключи к вопросам для промежуточной аттестации в виде УМЕНИЙ:

Вопросы представлены в документе «Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б.04 ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ» (см. пункт 6.3.1, стр. 16-17).

Ответы на вопросы:

1. Всероссийская служба медицины катастроф - это централизованная государственная система, включающая в себя органы управления, учреждения и формирования лечебного, санитарно-эпидемиологического и фармацевтического профиля, объединённые для совместных действий по своевременной и эффективной ликвидации медико-санитарных последствий различных видов ЧС. Её деятельность реализуется новым положением о ВСМК, утверждённым постановлением Правительства России от 26.08.2013 г. № 734.

Основными задачами ВСМК являются:

1. Быстрое реагирование, мобилизация материально-технических средств и персонала Службы на ЧС различного характера в целях спасения жизни и сохранения здоровья

наибольшего числа людей путём оказания им всех видов медицинской помощи своевременно и в полном объёме.

2. Ликвидация эпидемических очагов.

3. Создание резерва материальных запасов медицинского имущества и оборудования

4. Обучение оказанию медицинской помощи гражданам, в том числе медицинской эвакуации, при ЧС.

2. Лечебно-эвакуационное обеспечение (ЛЭО) пострадавших в ЧС - это система, взаимосвязанных мероприятий по осуществлению пострадавшим медицинской сортировки, оказанию им медицинской помощи в районе ЧС с последующей эвакуацией и лечением, согласно предназначению, в медицинские организации, находящиеся за его пределами.

На организацию ЛЭО оказывают влияние следующие условия:

- вид и размер района ЧС;
- количество населения, пострадавшего в той или иной ЧС;
- характер возникшей и развившейся патологии у пострадавших;
- наличие или отсутствие в зоне ЧС опасных для человека поражающих факторов (ОХВ, РВ, БС, высокой или крайне низкой температуры окружающей среды, изменённых величин атмосферного давления и парциального давления кислорода и т.п.);
- наличие количественного и качественного состава медицинского персонала, работающего в медицинских организациях вблизи зоны ЧС;
- степень выхода из строя сил и средств здравоохранения в зоне ЧС;
- наличие материально-технического оснащения здравоохранения, в целом, и СМК, в частности.

3. Этап медицинской эвакуации (ЭМЭ) - это силы и средства СМК, развёрнутые на путях эвакуации и предназначенные для приёма пострадавших, проведения им медицинской сортировки (при необходимости и специальной обработки), оказания медицинской помощи, осуществления лечения и подготовки пострадавших к дальнейшей медицинской эвакуации на следующий этап.

4. Первая помощь (ПП) оказывается пострадавшим на месте получения повреждения или вблизи него в порядке само- и взаимопомощи, либо помощи, оказываемой персоналом аварийно-спасательных формирований (АСФ) или другими участниками спасательных работ с использованием табельных или подручных средств.

Из видов медицинской помощи различают скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь; паллиативную медицинскую помощь; первичную медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь и реабилитацию.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается пострадавшим в ЧС при массовых травмах, отравлениях и иных поражениях вне медицинской организации, как в зоне ЧС, при медицинской эвакуации в ЛПУ, так в амбулаторных стационарных условиях. Её оказывает персонал линейных (фельдшерских и врачебных), специализированных БСкМП и бригад экстренного реагирования СМК.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в условиях круглосуточного или дневного стационара. Включает в себя диагностику и лечение повреждений и поражений, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

5. Медицинская защита – это комплекс мероприятий, проводимых (организуемых) службой медицины катастроф и медицинской службой гражданской обороны (МСГО) для предупреждения или максимального ослабления воздействия на население и спасателей поражающих факторов. Медицинская защита является составной частью медико-санитарного обеспечения.

6. Медицинские средства индивидуальной защиты (МСИЗ) - предназначены для профилактики и оказания медицинской помощи населению и спасателям, пострадавшим (оказавшимся в зоне) от поражающих факторов ЧС радиационного, химического или биологического (бактериологического) характера.

Универсальных МСИЗ не существует. В каждом конкретном случае необходимо изыскивать наиболее эффективные средства, которые могли бы предупредить или ослабить воздействие поражающего фактора. Поиск таких средств и их внедрение в практику сопряжены с всесторонним изучением фармакологических свойств, при этом особое внимание уделяется отсутствию нежелательных побочных действий, эффективности защитных свойств, возможности применения при массовых потерях.

7. Медицинская сортировка - это распределение потока пораженных (больных, раненых) на группы по признаку нуждаемости в однородных профилактических и лечебно-эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями и установленным на данном этапе объемом помощи и порядком эвакуации.

В зависимости от задач медицинской сортировки различают два ее вида: внутripунктовую и эвакуационно-транспортную.

8. Внутripунктовая сортировка – это распределение поступающих пораженных (больных, раненых) на группы для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации и установки очередности их направления в эти подразделения.

9. Эвакуационно-транспортная сортировка - это распределение пораженных (больных, раненых) на группы в соответствии с направлением, очередностью, способами и средствами их дальнейшей эвакуации.

10. К санитарным потерям относят лиц, утративших боеспособность (трудоспособность) не менее чем на сутки и поступивших на медицинские пункты или в лечебные учреждения.

Боевые санитарные потери - это потери в результате воздействия боевых средств противника или непосредственно связанные с выполнением боевой задачи. К боевым санитарным потерям относят также военнослужащих, получивших в период боевых действий отморожения.

11. При проведении эвакомероприятий перед медицинской службой ГО стоят следующие задачи:

- Организация медицинского обеспечения населения на всех этапах эвакуации и в местах расселения.
- Эвакуация медицинских учреждений из категорированных городов в загородную зону.
- Вывод медицинских формирований ГО в загородную зону.
- Организация укрытия и лечения нетранспортабельных больных.
- Развертывание конечной сети в загородной зоне за счет эвакуированных больниц.
- Организация медицинского обеспечения рабочих и служащих объектов, продолжающих работу в военное время.
- Защита медицинского персонала и больных от поражающих факторов оружия массового поражения и обычных средств ведения войны.

Для планирования медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий штабы МС ГО должны располагать определенными исходными данными, которые они получают от соответствующего органа управления ГО ЧС.

12. Факторы устойчивости функционирования ЛПУ при угрозе ЧС.

На органы и учреждения здравоохранения возлагаются задачи по оказанию медико-санитарной помощи в ЧС, что ставит учреждения здравоохранения перед необходимостью устойчивой работы в любой экстремальной обстановке. В этих целях к существующим или

планируемым к строительству ЛПУ предъявляются медико-технические требования, которые подразделяются на общие и специальные.

К общим медико-техническим требованиям относятся требования, специфичные для учреждений здравоохранения и реализуемые во всех проектах.

К специальным относятся требования, зависящие от природных факторов (сейсмичность, вечная мерзлота, низкие грунтовые воды и т.д.), от региона застройки (близость АЭС, химически опасных объектов, взрыво- и пожароопасных объектов и т.д.), от типа учреждения (больница, поликлиника, станция переливания крови и т.д.). Для некоторых категорий больниц при их планировке необходимо предусмотреть площадку для посадки вертолетов (самолетов), обязательно обеспечить возможность отдельного въезда и выезда, прибывающего в ЛПУ автотранспорта, а также оборудовать приспособления для погрузки и выгрузки больных. При отводе земельного участка под строительство ЛПУ учитывается «роза ветров».

13. Мероприятия, проводимые руководством и персоналом ЛПУ при угрозе возникновения ЧС:

- оповещение и сбор персонала больницы;
- введение круглосуточного дежурства руководящего состава;
- установление постоянного наблюдения, уточнение порядка работы постов наблюдения, выдача персоналу СИЗ, приборов радиационной и химической разведки;
- подготовка больницы к приему пораженных:
- прогнозирование возможной обстановки на территории больницы;
- проверка готовности органов управления и врачебно-сестринских бригад к оказанию медицинской помощи пораженным в районе бедствия и медицинскому обслуживанию населения в местах его проживания (сосредоточения);
- усиление контроля за соблюдением правил противопожарной безопасности на объекте и готовностью звеньев пожаротушения;
- повышение защиты больницы от поражающих факторов;
- проверка готовности сил и средств больницы к эвакуации в безопасное место;
- закладка медицинского имущества в убежища города и объектов народного хозяйства, в стационары для нетранспортабельных
- уточнение знания медицинским персоналом особенностей патологии поражения возможными факторами ожидаемой ЧС

14. При возникновении ЧС (режим чрезвычайной ситуации) осуществляются следующие мероприятия:

- о случившемся и о проводимых мероприятиях информируется вышестоящий начальник;
- осуществляется сбор и оповещение сотрудников;
- организуется медицинская разведка;
- в район бедствия выдвигаются силы и средства больницы;
- продолжается освобождение коечного фонда от легкобольных и дополнительное развертывание больничных коек;
- выдаются средства индивидуальной и медицинской защиты, проводится (по показаниям) экстренная профилактика, вакцинация и др.;
- организуется (при необходимости) эвакуация в безопасные места персонала и больных, ценного имущества и документов больницы;
- осуществляется укрытие персонала и больных в защитных сооружениях;
- уточняется порядок дальнейшей эвакуации пораженных;
- организуется оказание медицинской и других видов помощи пораженным сотрудникам и больным объекта здравоохранения;
- обеспечивается поддержание общественного порядка, наблюдение за окружающей средой;

- поддерживается взаимодействие с другими службами, местными органами здравоохранения, штабами по делам ГОЧС;

- проводятся обеззараживание территории района бедствия, экспертиза воды, продовольствия и другие мероприятия.

15. Режим защиты - это порядок действия людей, применения средств и способов защиты, предусматривающий максимальное уменьшение воздействия поражающих факторов.

16. Режим противобактериальной защиты включает:

- активное выявление источника заражения и инфекционных больных, своевременную их изоляцию и госпитализацию;
- проведение экстренной неспецифической профилактики и в последующем при выявлении возбудителя - специфической профилактики;
- проведение санитарной обработки населения, обеззараживание источника возникновения инфекции.

17. Классификация огнестрельных ранений:

- *По этиологии:* пулевые, осколочные, шариковые, стреловидные, минно-взрывные.
- *По характеру раневого канала:* слепые, сквозные, касательные, рикошетирующие.
- *По локализации:* голова, шея, грудь, живот, таз, конечности.
- *По отношению к полостям:* проникающие (с повреждением внутренних органов, сосудов, нервных стволов, костей) и непроникающие.
- *По количеству ранящих снарядов:* одиночные, множественные.

Помимо этого, существуют сочетанные и комбинированные ранения.

Сочетанными считаются ранения, нанесенные одним видом оружия, но с повреждением двух и более разных анатомических областей тела.

Комбинированное поражение вызывается воздействием нескольких поражающих факторов: огнестрельным ранением, термическим, механическим, радиационным, химическим.

18. Раневая баллистика – это область науки, занимающаяся определением поражающей эффективности огнестрельных ранящих снарядов на основе изучения их движения в биологических тканях и в веществе мишеней-имитаторов.

19. Сфера поражения - это временное патологическое образование, создаваемое высокоскоростным огнестрельным ранящим снарядом в объекте, включающее в себя временную пульсирующую полость, зону первичного некроза и зону молекулярного сотрясения. Наружная граница сферы поражения - это воображаемая линия, отделяющая здоровые ткани от тканей, поврежденных огнестрельным ранящим снарядом.

20. Протокол MARCH-PAWS(КУЛАК-БАРИН), быстрый травма-осмотр (ITLS):

Голова и шея:

- Есть ли ранения в области головы или шеи?
- Есть деформация или болезненность в области шеи?
- Есть ли набухание шейных вен?
- Расположена ли трахея по средней линии или отклонена в сторону?

Грудная клетка:

- Симметрична ли грудная клетка?
- . Есть ли патологические движения при дыхании?
- Есть ли тупые или проникающие ранения грудной клетки?
- Есть ли признаки открытого пневмоторакса (открытого ранения)?
- Есть ли признаки болезненности, нестабильности и крепитации ребер?
- Прослушиваются ли дыхательные шумы, они симметричные?
- Если дыхание асимметрично, есть ли усиление (пневмоторакс) или притупление (гемоторакс) звука при перкуссии?
- Сердечные тоны нормальные или патологические?

Живот:

- Есть ли ранения в области живота?
- Передняя брюшная стенка мягкая, ригидная или есть признаки вздутия?

Таз:

- Есть ли ранения или деформации?
- Есть ли болезненность, нестабильность или крепитации?

Бедро:

- Есть ли ранения, отеки или деформации?
- Есть ли болезненность, нестабильность или крепитации?

Голени, стопы и руки:

- Есть ли ранения, отечность или деформации?
- Есть ли болезненность, нестабильность или крепитация?
- Может ли пациент двигать пальцами рук и ног, сохранена ли чувствительность?

Спина:

Обследование проводится во время переноса пострадавшего на иммобилизационный спинальный щит.

- Есть ли ранения, болезненность или деформация в области спины?

21. Пневмоторакс – это патологическое скопление воздуха в плевральной полости, приводящее к нарушению вентиляционной функции легких и газообмена при дыхании.

К общим признакам пневмоторакса относятся боль в грудной клетке на стороне пневмоторакса, затрудненное дыхание, одышка, сухой кашель, учащенное сердцебиение.

Виды:

Закрытый - нет сообщения плевральной полости с окружающей средой после попадания в неё воздуха. Чаще наблюдается при осложненных переломах ребер. Поврежденное ребро может повредить ткань легкого, из которого воздух попадает в плевральную полость и сдавливает легкое.

Открытый - плевральная полость сообщается с окружающей средой. При каждом дыхательном движении наружный воздух входит в плевральную полость и выходит из нее, при этом происходит диссонансное движение со здоровым легким, что вызывает боль, кашель и одышку. Пострадавший, пытаясь компенсировать боль, начнет дышать более часто и поверхностно, постепенно достигая неэффективного дыхания по типу «загнанной собаки». Таким образом, развивается дыхательная недостаточность, от которой раненый погибает.

Клапанный - при вдохе воздух попадает в полость плевры через разрыв, при выдохе отверстие закрывается и воздух остаётся в плевральной полости.

Пневмоторакс напряжённый - выраженная степень клапанного пневмоторакса, при котором давление воздуха в плевральной полости значительно превышает атмосферное.

22. Военный конфликт – это любое столкновение, противоборство, форма разрешения противоречий между государствами, народами, социальными группами с применением военной силы. В зависимости от целей сторон и масштабных показателей, таких, как пространственный размах, привлекаемые силы и средства, напряженность вооруженной борьбы, военные конфликты могут быть разделены на ограниченные (вооруженные конфликты, локальные и региональные войны) и неограниченные (мировая война).

23. Вооруженный конфликт – это одна из форм разрешения противоречий с применением средств вооруженного насилия, при котором государства, вовлеченные в конфликт, не переходят в особое состояние, определяемое как война.

К вооруженным конфликтам относятся различные военные инциденты, военные акции и другие вооруженные столкновения незначительного масштаба (низкой интенсивности) с применением регулярных или нерегулярных вооруженных формирований, при которых акт формального объявления войны отсутствует, а вооруженная борьба ограничивается пределами операционного направления.

24. Локальная война – это ограниченный военный конфликт, в котором военные действия не выходят за пределы территории воюющих стран, а вооруженная борьба ограничивается пределами одного-двух стратегических направлений.

25. Локальный вооруженный конфликт - это военные акции и другие вооруженные столкновения незначительного масштаба на ограниченной территории.

3.2 Ключи к ситуационным задачам для оценивания результатов обучения в виде ВЛАДЕНИЙ:

Ситуационные задачи представлены в документе «**Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б.04 ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**» (см. пункт 6.3.2, стр. 17-18).

Ответ к ситуационной задаче №1.

1. Тип эпидемического очага: первичный. Границы очага: в пределах районной больницы. Прогноз развития: риск распространения очага за пределы больницы.

2. План противоэпидемических мероприятий: Подача экстренного извещения, создание СПК.

Мероприятия на источник инфекции: изоляция и госпитализация больных.

Мероприятия на механизм передачи: текущая и заключительная дезинфекция с химическими дезифетантами.

Мероприятие на контактных: Наблюдение за контактными на срок инкубационного периода (6 дней). Профилактическая антибиотикотерапия.

Ответ к ситуационной задаче №2.

Пострадавший №1 – код черный (группа приоритета 4)

Пострадавший №2 – код красный (группа приоритета 1)

Пострадавший №3 – код желтый (группа приоритета 2)

Пострадавший №4 – код зеленый (группа приоритета 3)

Пострадавший №5 – код красный (группа приоритета 1)

Ответ к ситуационной задаче № 3.

1. ЛПУ, выявивший больного или больного с подозрением на чуму или ее носительство, в течении 2-х часов направляет внеочередное донесение в органы и учреждения Роспотребнадзора.

2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия населения обеспечивает в течение 24 часов информирование контактного пункта ВОЗ по ММСП. Транспортировка больных осуществляется специализированным транспортом, в охраняемый специально организованный госпиталь. До госпитализации больного чумой проводят текущую дезинфекцию, заключительную во всех помещениях. После выписки переболевшего из стационара, за ним устанавливают медицинское наблюдение в течение 3 месяцев.

В отношении контактных лиц: лица, общавшиеся с больными чумой, трупами, контаминированными вещами, подлежат изоляции и медицинскому наблюдению. При легочной форме чумы проводят индивидуальную изоляцию лиц, общавшихся с больными. Изоляцию прекращают через 6 дней после разобщения с больными при нормальной температуре (термометрия 2 раза в день). Экстренная профилактика проводится лицам, соприкасавшимся с больным чумой, проводят антибиотиками в профилактических дозах в течении 5 суток.

Направленные на механизм заражения: Эпизоотологическое обследование зоны очага и прилегающей территории. При выявлении больных бубонной формы чумы введение ограничительных мероприятий, а при легочной формы-карантина (решением чрезвычайной комиссии).

Ответ к ситуационной задаче № 4

1. Появление умеренно выраженной первичной реакции (слабость, повторная рвота, незначительная гиперемия лица и минимальные гемодинамические нарушения) через 1 час после воздействия радиации свидетельствует о наличии у пострадавшего острой лучевой болезни II (средней) степени тяжести. Это подтверждается и показанием индивидуального дозиметра.

2. В проведении неотложных мероприятий на МПП не нуждается.

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи, общим транспортом в положении сидя во II очередь.

Ответ к ситуационной задаче № 5

1. Собственная безопасность (мины, оружие контуженного пострадавшего).

Зажать рану шеи при помощи ППИ (+ профилактика эмболии за счет непродуваемой прорезиненной упаковки), давлением колена перекрывая кровоток в левой бедренной артерии, прошею раненного рукой придавливать ППИ и накладываю жгут\турникет максимально высоко и туго на обе нижние конечности, запоминая время. Фиксирую ППИ на шее при помощи имеющихся средств: жгут\бинт мартенса\эластичный бинт и тд. Фиксирую через поднятую правую руку. Параллельно с проведением манипуляций поддерживаю контакт с раненым и пытаюсь успокоить, приободрить. Эвакуация.

2. Не опиоидный анальгетик. Пострадавший контужен – не исключаем ЗЧМТ, а опиоиды угнетают дыхательный центр + падение АД и рвота как побочный эффект. Препарат выбора Нефопам, можно сочетать с парацетамолом или НПВС.

3. Ондансетрон (латран) или метоклопрамид (церукал)

Ответ к ситуационной задаче № 6

- наложить стерильную повязку на спину и ягодицы;
- ввести промедол из шприца-тюбика;
- тепло укрыть;
- напоить щелочным питьем (если не нарушен акт глотания);
- ввести противостолбнячную сыворотку (ПСС);
- дать антибактериальное средство (АИ-2);
- эвакуировать в положении лежа на животе на носилках в ЛПУ

Ответ к ситуационной задаче № 7

Подозреваем напряженный пневмоторакс и проводим декомпрессию грудной клетки, точка декомпрессии - 2 межреберье по среднеключичной линии по верхнему краю нижележащего ребра. Фиксируем установленный катетер.

Продолжаем осмотр пострадавшего:

Живот:

- Есть ли ранения в области живота?
- Передняя брюшная стенка мягкая, ригидная или есть признаки вздутия?

Таз:

- Есть ли ранения или деформации?
- Есть ли болезненность, нестабильность или крепитации?

Бедро:

- Есть ли ранения, отеки или деформации?
- Есть ли болезненность, нестабильность или крепитации?

Голени, стопы и руки:

- Есть ли ранения, отечность или деформации?
- Есть ли болезненность, нестабильность или крепитация?
- Может ли пациент двигать пальцами рук и ног, сохранена ли чувствительность?

Спина:

Обследование проводится во время переноса пострадавшего на иммобилизационный спинальный щит.

- Есть ли ранения, болезненность или деформация в области спины?

Критерии сдачи зачёта:

«Зачтено» - выставляется обучающемуся (ординатору) при условии, если обучающийся (ординатор) показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает, и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется обучающемуся (ординатору) при наличии серьёзных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если обучающийся (ординатор) показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.