

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УВР и МП
д.м.н., доцент
И.А. Соловьева
29 июня 2022

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине

Медицина чрезвычайных ситуаций

для подготовки обучающихся по основной профессиональной
образовательной программе высшего образования - программе подготовки
кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.30 Генетика

Красноярск
2022

Практическое занятие №1

Тема: Мобилизационная подготовка учреждений переливания крови. Государственный материальный резерв.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): С учетом перемен в Военной доктрине нашего государства, во взглядах на характер возможных войн, развития современных средств вооруженной борьбы, совершенствования общих сил ГО и методов их действий, усложнения и утяжеления современной боевой патологии, требуется изменение системы оказания медицинской помощи личному составу войск и населению в новых условиях. Основными направлениями этой работы являются: повышение эффективности организации оказания первой помощи пострадавшему населению, оказание своевременной первой врачебной помощи, обеспечение своевременной и щадящей медицинской эвакуации, организация в оптимальные сроки квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Искусство длительно сохранять накопленные запасы пришло из глубины веков и как бесценный опыт человечества передается из поколения в поколение. С образованием государства стали создаваться общественные, а затем и государственные материальные запасы. Сильное государство всегда имело большие запасы продовольствия, топлива, военного снаряжения, которые страховали страну от неурожая, стихийных бедствий, а также обеспечивали армию в военное время. Образование и накопление продовольствия и промышленных ценностей является экономической необходимостью государства любой общественной формации.

Формируемые компетенции: УК-2

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 8 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	10.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия

3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	30.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	180.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	270=6ак.ч	

Аннотация (краткое содержание темы):

Мобилизационная подготовка учреждений службы крови

Служба крови (СК) является составной частью системы здравоохранения и предназначена для заготовки донорской крови, производства ее компонентов и препаратов, снабжения ими лечебно-профилактических учреждений, а также для организации, контроля и оказания методической помощи при проведении инфузионно-трансфузионной терапии.

СК на современном этапе включает в себя институты и станции переливания крови, относящимися к учреждениям службы крови (УСК). Их мобилизационная подготовка является одним из важных разделов мобилизации здравоохранения в целом и включает в себя:

- подготовку специалистов, способных возглавить мобилизационную деятельность УСК и организовывать решение задач в этом направлении;
- разработку мобилизационного плана на расчетный год в соответствии с установленным заданием и практическую отработку его мероприятий в повседневных условиях;
- создание и развитие мобилизационных мощностей по заготовке донорской крови, производства ее компонентов и препаратов;

- доразвертывание УСК личным составом и транспортом до штатов военного времени;
- комплектование резерва донорских кадров;
- создание и отработку выездных бригад по заготовке донорской крови, обеспечение их транспортными средствами и мобильным оборудованием;
- отработку взаимодействия УСК со структурами, обеспечивающими устойчивое функционирование в период мобилизации и в военное время;
- создание и накопление в УСК материальных средств для выполнения установленного задания с учетом средств, накапливаемых и хранящихся в мобилизационном резерве;
- обеспечение кровепродукцией медицинских служб силовых структур и ведомств в количествах, определенных мобилизационным заданием;
- организацию оказания методической и консультативной помощи ЛПУ по вопросам трансфузиологии, хранения и использования препаратов и компонентов крови в период мобилизации и в военное время.

Мобилизационный план представляет совокупность документов, определяющих порядок осуществления полного мобилизационного развертывания, как всей СК, так и ее учреждений, а также организацию перевода их на работу в условиях военного времени. От полноты и качества исполнения мобилизационного плана зависит качество мобилизационного развертывания СК, ее учреждений и выполнение плановых показателей мобилизационного задания.

На уровне субъектового здравоохранения распоряжением его руководителя в СК создается постоянная техническая комиссия (ПТК). Свою работу в режиме повседневной деятельности ПТК СК организует и проводит в соответствии с планом работы на год, который разрабатывается и подписывается руководителем СК, а утверждается руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ. Планом предусматривается практическая отработка элементов мобилизационного развертывания в ходе учений и тренировок, в том числе с приписанным военными комиссариатами персоналом, согласно заявке руководителя УСК. На ПТК возлагается:

- планирование и распределение показателей выполнения мобилизационного задания между УСК субъекта РФ;
- изучение нормативных документов по организации работы СК в период мобилизации и в военное время;
- проверка качества разработанных документов мобилизационного плана;
- обеспечение контроля за состоянием производственных площадей, эксплуатируемого технологического оборудования, за ходом работ по

созданию мобилизационных мощностей в УСК с разработкой мероприятий по их совершенствованию;

- порядок доукомплектования УСК персоналом и обучение его тактике действий в период мобилизации и в военное время;

- проверка готовности УСК и их персонала к действиям по выполнению мобилизационного задания;

- обеспечение контроля за количественным и качественным состоянием донорских кадров в закрепленных за УСК территориях;

- проверка готовности выездных бригад по заготовке крови к работе в период мобилизации и в военное время;

- проверка организации взаимодействия УСК по вопросам планирования, обеспечения и проведения мобилизационных мероприятий с органами государственной и муниципальной власти, органами военного командования, транспортными предприятиями и другими организациями;

- изучение количества и качества мобилизационного имущества и оборудования, хранящегося на складах и предназначенного для УСК;

- обеспечение контроля за разработкой и осуществлением мероприятий по освоению УСК закрепленного района (пункта) в загородной зоне, включая размещения эвакуируемого персонала и членов семей;

- участие в учениях и тренировках, организуемых руководителем СК, субъектовым здравоохранением и мобилизационными органами управления.

Персональную ответственность за мобилизационную готовность СК несут руководитель субъектового здравоохранения и руководитель службы крови. Контроль качества мобилизационной готовности СК осуществляют Минздравсоцразвития России, а в части поставки препаратов и компонентов крови Министерству обороны РФ и другим силовым структурам – их ведомственные медицинские службы.

Государственный материальный резерв

Государственный материальный резерв — это особый федеральный запас материальных ценностей, включающий запасы материальных ценностей для мобилизационных нужд РФ, запасы стратегических материалов и товаров, запасы материальных ценностей для обеспечения неотложных работ при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Формирование, хранение и обслуживание запасов государственного резерва, кроме мобилизационного резерва, обеспечивается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим управление государственным резервом, его территориальными органами и организациями, которые образуют единую федеральную систему государственного резерва РФ. Структура системы государственного резерва

и порядок управления государственным резервом определяются Правительством РФ.

Запасы государственного резерва независимо от места их размещения, здания, сооружения и другое имущество входящих в систему государственного резерва организаций, а также земельные участки, на которых эти организации расположены, и участки недр, которые используются для хранения государственного резерва, являются федеральной собственностью и не могут быть использованы в качестве предмета залога. Государственный резерв не подлежит приватизации.

Управление системой государственного резерва относится к компетенции федерального органа исполнительной власти, осуществляющего управление государственным резервом.

Ежегодный объем накопления материальных ценностей в государственном резерве планируется в составе государственного оборонного заказа в пределах средств, предусматриваемых на эти цели в федеральном бюджете на текущий финансовый год.

В составе государственного резерва образуется неснижаемый запас материальных ценностей — постоянно поддерживаемый объем их хранения. Номенклатура и объем материальных ценностей, подлежащих хранению в неснижаемом запасе государственного резерва, а также порядок использования неснижаемого запаса устанавливаются Правительством РФ.

Рассмотрим полномочия органов государственной власти субъектов РФ в отношении государственного резерва.

Органы государственной власти субъектов РФ:

дают согласие на размещение на подведомственных им территориях организаций для хранения материальных ценностей государственного резерва;

оказывают содействие в заключении договоров с расположенными на подведомственных им территориях организациями на поставку материальных ценностей в государственный резерв и их ответственное хранение;

несут ответственность за создание мобилизационного резерва в подведомственных им организациях;

при введении в действие мобилизационного плана разрешают организациям, которым они установили мобилизационные задания, разбронирование материальных ценностей из мобилизационного резерва;

в случае необходимости ставят вопрос о заимствовании или разбронировании материальных ценностей из государственного резерва, а

также с предложениями о закладке материальных ценностей в государственный резерв.

Финансирование расходов на содержание и развитие системы государственного резерва, проведение операций с материальными ценностями государственного резерва осуществляется за счет средств федерального бюджета, а также за счет средств, получаемых от реализации материальных ценностей государственного резерва и других операций с ними, в том числе их заимствования, освежения, разбронирования и замены.

Все средства, полученные организациями системы государственного резерва от реализации материальных ценностей государственного резерва, их заимствования и других операций с ними, а также другой хозяйственной деятельности, не подлежат налогообложению и используются исключительно для формирования государственного резерва и содержания системы государственного резерва.

Финансирование расходов на накопление материальных ценностей в государственном резерве, возмещение убытков от их замены и проведение на основании решений Правительства РФ операций по их заимствованию, списание потерь от естественной убыли и уценки материальных ценностей государственного резерва, возмещение затрат организаций, связанных с ответственным хранением и обслуживанием материальных ценностей государственного резерва, выделяется в федеральном бюджете отдельной статьей.

Финансирование расходов на капитальное строительство, реконструкцию и техническое перевооружение организаций и других объектов системы государственного резерва, на научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы, а также на содержание системы государственного резерва предусматривается в соответствующих разделах федерального бюджета отдельной строкой. Порядок финансирования этих расходов определяется Правительством РФ.

Государственным заказчиком на поставку материальных ценностей в государственный резерв является федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий управление государственным резервом, а государственными заказчиками на поставку материальных ценностей в мобилизационный резерв являются федеральные органы исполнительной власти, имеющие мобилизационные задания.

Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий управление государственным резервом,

формирует предложения к проекту федерального бюджета на соответствующий год по структуре расходов системы государственного резерва;

осуществляет отбор поставщиков материальных ценностей в государственный резерв для заключения с ними государственных контрактов;

при заключении государственных контрактов на поставку материальных ценностей в государственный резерв определяет конкретных получателей, рассматривает и согласовывает с поставщиками номенклатуру, объем, качество, цену и сроки поставки материальных ценностей в государственный резерв;

заключает или поручает заключить подведомственным территориальным органам государственные контракты на поставку материальных ценностей в государственный резерв;

обеспечивает расчеты с поставщиками за материальные ценности, поставляемые в государственный резерв в соответствии с государственным контрактом.

Поставщики, занимающие доминирующее положение на товарном рынке, а также предприятия, в объеме производства которых государственный оборонный заказ превышает 70%, не вправе отказаться от заключения государственных контрактов на поставку материальных ценностей в государственный резерв. В случае их отказа от заключения государственных контрактов на поставку материальных ценностей в государственный резерв государственный заказчик и его территориальные органы могут обратиться в арбитражный суд с иском о привлечении этих поставщиков к заключению государственных контрактов.

Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий управление государственным резервом, на контрактной основе может передавать органам исполнительной власти субъектов РФ, а также организациям часть своих функций по размещению заказов на поставку материальных ценностей в государственный резерв, а также по выпуску материальных ценностей из государственного резерва.

Перечень организаций, осуществляющих ответственное хранение материальных ценностей государственного резерва, номенклатура и объем хранения этих ценностей определяются мобилизационным и другими специальными планами. Организации, которым установлены мобилизационные и другие специальные задания, обеспечивают размещение, хранение, замену, а также выпуск материальных ценностей из

государственного резерва в соответствии с этими заданиями своими силами и средствами.

Сведения о нормах накопления, о поставке, выпуске, закладке, дислокации и фактических запасах государственного резерва являются государственной тайной.

Поставки материальных ценностей в государственный резерв являются поставками продукции для федеральных государственных нужд.

Материальные ценности государственного резерва в соответствии с перечнем, определенным Правительством РФ, подлежат обязательному страхованию.

Федеральные органы исполнительной власти, органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления, которым установлены мобилизационные задания, выдают организациям разрешения на заимствование до 30% имеющихся запасов материальных ценностей мобилизационного резерва на срок до трех месяцев, если заимствование не произведено ранее и организации не имеют задолженности по возврату в мобилизационный резерв материальных ценностей. Выпуск в обращение материальных ценностей в порядке заимствования осуществляется на основе контрактов, заключенных соответствующим органом управления государственным резервом с получателями.

За заимствование материальных ценностей из государственного резерва устанавливается плата. Размер этой платы определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим управление государственным резервом, исходя из стоимости заимствованных материальных ценностей и не может превышать размера ставки рефинансирования Центрального банка РФ.

Выпуск материальных ценностей из государственного резерва для обеспечения неотложных нужд при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций осуществляется на основании запроса федерального органа исполнительной власти или органа исполнительной власти субъекта РФ, на который возложены функции координации работ по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Расходы по выпуску материальных ценностей, включая оплату их стоимости, возмещаются за счет средств, предусматриваемых для этих целей в федеральном бюджете.

При возникновении диспропорций между спросом и предложением на внутреннем рынке ресурсы государственного резерва могут использоваться для стабилизации экономики и оказания регулирующего воздействия на рынок. При необходимости Правительство РФ принимает решения о закупке

и закладке материальных ценностей в государственный резерв сверх установленных объемов и норм за счет средств федерального бюджета.

При необоснованном уклонении поставщика от заключения государственного контракта на поставку материальных ценностей в государственный резерв поставщик уплачивает штраф в размере стоимости продукции, определенной в проекте государственного контракта.

За просрочку поставки, недопоставку материальных ценностей в государственный резерв поставщик уплачивает неустойку в размере 50% стоимости недопоставленных материальных, ценностей. Неустойка взыскивается до фактического выполнения обязательства с учетом недопоставленного количества продукции в предыдущем периоде поставки. Кроме уплаты неустойки поставщик возмещает понесенные получателем убытки.

За несвоевременный возврат в государственный резерв заимствованных материальных ценностей получатель уплачивает штраф в размере 100% стоимости невозвращенных материальных ценностей и пеню в размере 0,5% их стоимости за каждый день просрочки до полного выполнения обязательства.

За несвоевременное выполнение указаний федерального органа исполнительной власти, осуществляющего управление государственным резервом, и его территориальных органов об отгрузке материальных ценностей государственного резерва организация, осуществляющая ответственное хранение указанных ценностей, уплачивают штраф в размере 100% стоимости не отгруженных в срок материальных ценностей и пеню в размере 0,5% их стоимости за каждый день просрочки до полного выполнения обязательства.

За поставку в государственный резерв материальных ценностей, не пригодных для длительного хранения, некомплектных или не соответствующих по своему качеству и ассортименту условиям государственного контракта, изготовитель уплачивает штраф в размере 20% стоимости не соответствующих условиям государственного контракта материальных ценностей.

За необеспечение количественной сохранности материальных ценностей государственного резерва, хранящихся в пунктах ответственного хранения, организации, осуществляющие ответственное хранение материальных ценностей государственного резерва, уплачивают штраф в размере 100% стоимости недостающих материальных ценностей государственного резерва, а также пеню в размере 0,5% их стоимости за

каждый день до полного восстановления в государственном резерве недостающих материальных ценностей.

При установлении случаев оформления бестоварных операций по закладке материальных ценностей в государственный резерв организации, осуществляющие ответственное хранение, уплачивают штраф в размере 100% стоимости не заложенных в государственный резерв материальных ценностей, а также пеню в размере 0,5% их стоимости за каждый день с момента оформления операции до фактической закладки материальных ценностей в государственный резерв.

При невыборке из государственного резерва материальных ценностей в предусмотренный договором срок получатели возмещают затраты, связанные с их хранением сверх этого срока, а также убытки, вызванные снижением качества материальных ценностей за время просрочки их выборки, и расходы на уплату штрафов за неиспользование и простой транспортных средств, предоставленных для отгрузки материальных ценностей.

За отказ от приемки материальных ценностей в государственный резерв, а также от выдачи материальных ценностей из государственного резерва организации системы государственного резерва уплачивают поставщику неустойку в размере 50% стоимости материальных ценностей, от приемки или отпуска которых заявлен необоснованный отказ.

Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий управление государственным резервом, его территориальные органы, предприятия, учреждения и организации системы государственного резерва не уплачивают государственные пошлины по искам, связанным с нарушением их прав.

Механизм финансирования государственных нужд

Рассмотрим порядок формирования, размещения и исполнения на контрактной основе заказов на закупку и поставку товаров, работ, услуг для федеральных государственных нужд предприятиями, организациями и учреждениями.

Федеральные государственные нужды — это потребности РФ в продукции, необходимой для решения задач жизнеобеспечения, обороны и безопасности страны и для реализации федеральных целевых программ и межгосударственных целевых программ, в которых участвует РФ.

Поставки продукции для федеральных государственных нужд обеспечиваются за счет средств федерального бюджета и внебюджетных источников, привлекаемых для этих целей.

Федеральные государственные нужды, в том числе перечень федеральных целевых программ, и объемы их финансирования из

федерального бюджета предусматриваются в федеральном законе о федеральном бюджете на планируемый период.

Для обеспечения решения особо важных общегосударственных задач федеральным целевым программам может присваиваться статус президентских программ, инициатором которых является Президент РФ.

Поставки продукции для федеральных государственных нужд осуществляются в следующих целях:

- 1) создания и поддержания государственных материальных резервов РФ;
- 2) поддержания необходимого уровня обороноспособности и безопасности РФ;
- 3) обеспечения экспортных поставок продукции для выполнения международных экономических, в том числе валютно-кредитных, обязательств РФ;
- 4) реализации федеральных целевых программ.

Потребности субъектов РФ в продукции, необходимой для решения задач жизнеобеспечения регионов и реализации региональных целевых программ — поставки продукции для региональных нужд, определяются органами государственной власти субъектов РФ. Поставки продукции для региональных нужд обеспечиваются за счет средств бюджетов субъектов РФ и внебюджетных источников, привлекаемых ими для этих целей.

Федеральные целевые программы, в которые включены межрегиональные и региональные целевые программы, финансируются за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов РФ, а также за счет привлечения внебюджетных источников.

Разработка федеральных целевых программ организуется федеральными органами исполнительной власти. Порядок разработки и реализации федеральных целевых программ определяется Правительством РФ.

При разработке федеральных целевых программ предусматривается: решение приоритетных социально-экономических, оборонных, научно-технических, природоохранных и других важнейших задач;

согласование финансовых, материальных и трудовых ресурсов в целях их наиболее эффективного использования;

комплексность и экономическую безопасность разрабатываемых мероприятий;

согласованность решения федеральных и региональных задач;

достижение требуемого конечного результата в установленные сроки.

Для организации работы по выполнению федеральных целевых программ и обеспечению поставок продукции для федеральных государственных нужд Правительство РФ утверждает государственных заказчиков, которыми могут быть федеральный орган исполнительной власти, федеральное казенное предприятие или государственное учреждение.

Заказы на выполнение федеральных целевых программ, закупку и поставку продукции для обеспечения федеральных государственных нужд размещаются на предприятиях, в организациях и учреждениях путем заключения государственными заказчиками государственных контрактов.

Государственные заказчики могут на договорной основе передавать соответствующим предприятиям, организациям и учреждениям выполнение части своих функций при их утверждении. Государственные заказчики обеспечиваются финансовыми ресурсами в объеме, устанавливаемом федеральным бюджетом, и являются ответственными за реализацию федеральных целевых программ и обеспечение федеральных государственных нужд.

Правительство РФ предоставляет гарантии по обязательствам государственного заказчика в пределах средств, выделяемых из федерального бюджета.

Государственный контракт определяет права и обязанности государственного заказчика и поставщика по обеспечению федеральных государственных нужд и регулирует отношения поставщика с государственным заказчиком при выполнении государственного контракта.

Государственным контрактом предусматривается контроль со стороны государственного заказчика за ходом работ по выполнению государственного контракта и оказание консультативной и другой помощи поставщику без вмешательства в оперативно-хозяйственную деятельность последнего.

По решению Правительства РФ государственный заказчик вносит необходимые изменения в государственный контракт или прекращает действие государственного контракта при условии возмещения им убытков поставщикам.

Не допускается приобретение при выполнении государственного контракта продукции иностранного производства, кроме случаев, когда производство аналогичных видов продукции в РФ невозможно или экономически нецелесообразно.

Государственные заказчики обеспечивают исходя из интересов государства размещение заказов на поставку продукции для федеральных

государственных нужд путем проведения открытых и закрытых торгов, конкурсов, аукционов.

Для федеральных казенных предприятий Правительство РФ в необходимых случаях вводит режим обязательного заключения государственных контрактов на поставку продукции для федеральных государственных нужд.

В целях экономического стимулирования поставщиков продукции для федеральных государственных нужд им предоставляются льготы по налогам на прибыль, целевые дотации и субсидии, кредиты на льготных условиях.

В целях экономического стимулирования поставщиков, осуществляющих поставки продукции для поддержания необходимого уровня обороноспособности и безопасности РФ, по важнейшим видам материально-технических ресурсов предприятиям — изготовителям этих ресурсов могут устанавливаться специальные квоты — государственное бронирование по обязательной продаже этих ресурсов государственным заказчикам и поставщикам.

При неисполнении или ненадлежащем исполнении одной из сторон обязательств, предусмотренных государственным контрактом, эта сторона:

возмещает другой стороне причиненные в результате этого убытки;

несет ответственность, установленную законодательством РФ и государственным контрактом.

Поставщики, занимающие доминирующее положение на рынке определенного товара, не вправе отказаться от заключения государственных контрактов в случае, если размещение заказа не влечет за собой убытков от ее производства. При необоснованном уклонении поставщика от заключения государственного контракта на поставку продукции для федеральных государственных нужд поставщик уплачивает покупателю штраф в размере стоимости продукции, определенной в проекте контракта.

В случае невыполнения в установленный срок государственного контракта по объему продукции поставщик уплачивает покупателю неустойку в размере 50% от стоимости недопоставленной продукции. Неустойка взыскивается до фактического исполнения обязательств с учетом недопоставленного количества продукции в предыдущем периоде поставки. При невыполнении обязательств по государственному контракту кроме уплаты неустойки поставщики возмещают также понесенные покупателем убытки.

Государственный заказчик имеет право отказаться полностью или частично:

от продукции, произведенной по государственному контракту, при условии полного возмещения им поставщику понесенных убытков;

от оплаты продукции, не соответствующей требованиям, установленным законодательством для определения качества продукции или государственным контрактом.

48.3. Закупки и поставки продукции для государственных нужд

Рассмотрим процесс формирования, размещения и исполнения на договорной основе заказов на закупку и поставку сельскохозяйственно продукции, сырья и продовольствия для государственных нужд.

Государственные нужды представляют собой федеральные потребности и потребности субъектов РФ в сельскохозяйственной продукции, сырье и продовольствии.

Закупка и поставка сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия для государственных нужд осуществляются в следующих целях:

удовлетворения сельскохозяйственной продукцией, сырьем и продовольствием федеральных потребностей и потребностей субъектов РФ;

выполнения федеральных программ развития агропромышленного производства, других экономических и социальных программ, направленных на снабжение населения продовольствием;

обеспечения экспорта сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия;

формирования государственных резервов сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия;

обеспечения необходимого уровня продовольственного снабжения сил обороны и государственной безопасности.

Закупка и ввоз тех видов сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия для государственных нужд, потребность в которых удовлетворяется товаропроизводителям РФ, не производится за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ.

Сельскохозяйственная продукция, сырье и продовольствие являются собственностью товаропроизводителей и реализуются ими по своему усмотрению исходя из экономической выгоды.

Правительство РФ, органы исполнительной власти субъектов РФ содействуют развитию продовольственных рынков, стабилизируют соотношение цен между отраслями экономики, обеспечивают поддержание ценового паритета между сельским хозяйством и другими отраслями экономики РФ.

Расчеты юридических лиц, являющихся потребителями сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия для государственных нужд, с товаропроизводителям, находящимися на территории РФ, производятся с использованием, как правило, инкассовой формы расчетов.

Закупки и поставки сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия для федеральных государственных нужд производятся на основании предложений соответствующих федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов РФ, являющихся государственными заказчиками. Закупки и поставки продовольственных товаров для обеспечения военных и приравненных к ним спецпотребителей по нормам продовольственных пайков осуществляются государственными заказчиками в первоочередном порядке.

В РФ устанавливаются два уровня формирования заказов на закупку и поставку сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия для:

- федеральных государственных нужд — федеральный фонд;
- региональных государственных нужд — региональные фонды.

Федеральный фонд создается для удовлетворения потребностей в сельскохозяйственной продукции, сырье и продовольствии районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей, экологически загрязненных территорий, сил обороны и государственной безопасности и приравненных к ним спецпотребителей независимо от их размещения, городов Москвы и Санкт-Петербурга, формирования государственных продовольственных резервов и оперативного резерва Правительства РФ, обеспечения экспортных поставок.

Перечень и объемы закупок и поставок сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия в федеральный фонд определяются Правительством РФ и формируются на договорной основе преимущественно в зонах товарного производства на территории РФ, а при отсутствии или недостатке сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия на территории РФ — за ее пределами.

Региональные фонды создаются для удовлетворения потребностей субъектов РФ в сельскохозяйственной продукции, сырье и продовольствии.

Перечень и объемы закупок и поставок сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия в региональный фонд определяются соответствующим органом исполнительной власти субъекта РФ и формируются на основе договоров с товаропроизводителям.

Сельскохозяйственная продукция, сырье и продовольствие, поступившие в федеральный фонд, являются собственностью РФ независимо

от места их хранения, а сельскохозяйственная продукция, сырье и продовольствие, поступившие в региональные фонды, — собственностью субъектов РФ.

Правительство РФ и органы исполнительной власти субъектов РФ гарантируют закупку сельскохозяйственно продукции, сырья и продовольствия по заключенным договорам у товаропроизводителей и предприятий, перерабатывающих сельскохозяйственное сырье.

К источникам финансирования закупок и поставок сельскохозяйственно продукции, сырья и продовольствия для федеральных государственных нужд относятся:

1) средства, поступающие в погашение бюджетных ссуд, предоставленных на возвратной основе в 1993—1996 гг. для формирования федерального продовольственного фонда, а также суммы, поступающие в виде платы за пользование ими, — для создания оперативного резерва Правительства РФ и поставок такой продукции на экологически загрязненные территории;

2) средства, получаемые от реализации выпускаемой из государственного резерва продукции, — для пополнения государственного резерва;

3) ассигнования из федерального бюджета — для продовольственного обеспечения военных и приравненных к ним спецпотребителей; средства, поступающие в погашение бюджетных ссуд, ранее предоставленных на возвратной основе для закупки продовольствия, и суммы, поступающие в виде платы за пользование ими, — для продовольственного обеспечения г. Москвы и Санкт-Петербурга, районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей.

Правительство РФ определяет государственных заказчиков для формирования федерального фонда сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия. Органы исполнительной власти субъектов РФ определяют государственных заказчиков для формирования региональных фондов сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия.

Государственными заказчиками могут быть федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов РФ, коммерческие и некоммерческие организации.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Механизм финансирования государственных нужд.
2. Мобилизационная подготовка учреждений службы крови

Основная литература

1. Бережная, Е. В. Диагностика финансово-экономического состояния организации : учеб. пособие / Е. В. Бережная, О. В. Бережная, О. И. Косьмина. - М. : ИНФРА-М, 2016. - 304 с. - (Высшее образование . Бакалавриат). - ISBN 9785160068688 : 790.00

Дополнительная литература

1. Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / И. П. Левчук, Н. В. Третьяков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - Текст : электронный. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html>

Электронные ресурсы

1. ЭБС КрасГМУ «Colibris»
2. ЭБС Консультант студента ВУЗ
3. ЭБС Айбукс
4. ЭБС Букап
5. ЭБС Лань
6. ЭБС Юрайт
7. ЭБС MedLib.ru
8. НЭБ eLibrary
9. БД Web of Science
10. БД Scopus
11. ЭМБ Консультант врача
12. Wiley Online Library
13. Springer Nature
14. ScienceDirect (Elsevier)
15. СПС КонсультантПлюс

Практическое занятие №2

Тема: Избранные вопросы медицины катастроф. Организация медицинского обеспечения боевых действий войск.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): организация оказания медицинской помощи (вплоть до специализированной) пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (в условиях массового появления пострадавших или заболевших), когда складывается ситуация «один врач — множество больных» («Айболит»), должна быть выполнена по принятым правилам и незамедлительно

Формируемые компетенции: УК-2 ПК-3 ПК-13

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 8 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	10.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	30.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	180.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и

			методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	270=бак.ч	

Аннотация (краткое содержание темы): Медицина катастроф — область медицины, задачей которой является организация оказания медицинской помощи (вплоть до специализированной) пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (в условиях массового появления пострадавших или заболевших). В подобных условиях зачастую складывается ситуация «один врач — множество больных» («Айболит»), в отличие от остальной медицины, где обычной является практика «один врач — один больной».

Чрезвычайная ситуация — внезапно возникшее событие, в результате которого два или больше человека погибли, либо три или больше человека пострадали/заболели и находятся в тяжёлом состоянии. Различают чрезвычайные ситуации локального (1—10 пострадавших), территориального (10—50 пострадавших), регионального (50—500 пострадавших), федерального (более 500 пострадавших) и международного уровня. Существует понятие «чрезвычайная ситуация в медицине» — положение, когда органы здравоохранения (различного уровня) не справляются на месте с наплывом пострадавших.

Виды поражений при катастрофах

Травмы

Ожоги

Отравления

Синдром длительного сдавливания

Лучевая болезнь

Инфекционные заболевания

Задачи Службы медицины катастроф

медицинская разведка в зоне чрезвычайной ситуации (ЧС),

медицинская сортировка пострадавших,

организация и оказание медицинской помощи пострадавшим,

организация эвакуации и эвакуация пострадавших из зоны ЧС,

привлечение дополнительных медицинских сил и средств для помощи

пострадавшим в случае необходимости,

организация госпитализации пострадавших,

руководство действиями медицинских формирований и учреждений, администрации населенных пунктов в зоне ЧС.

медицинское обеспечение аварийно-спасательных работ: пожаротушения, работ по разминированию, работ по ликвидации радиационной, химической, биологической опасности, любых других видов аварийно-спасательных работ, связанных с риском для спасателей и гражданского населения (дежурство на месте проведения работ).

медицинское обеспечение проведения общественно-политических, спортивных и других мероприятий, связанных с массовым сосредоточением людей (дежурство на месте проведения мероприятия).

контроль за поддержанием готовности медицинских учреждений и формирований к работе в условиях ЧС.

прогнозирование возникновения ЧС и планирование действий по ликвидации медицинских последствий ЧС.

обучение сотрудников государственных экстренных служб методам оказания первой медицинской помощи, организация и регулярное проведение учений с сотрудниками экстренных служб по совместной ликвидации медицинских последствий ЧС.

научная работа по совершенствованию методов оказания экстренной медицинской помощи в условиях ЧС (совместно с другими медицинскими и научными учреждениями).

Служба медицины катастроф России

Находится в подчинении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В процессе деятельности обычно работает в тесном взаимодействии с аварийно-спасательными формированиями МЧС.

Структура Службы Медицины Катастроф (СМК) в России

Центральный аэромобильный спасательный отряд «Центроспас» МЧС РФ — единственное формирование МЧС, в состав которого официально входят врачи, оснащённое современным медицинским оборудованием и медикаментами. Данному формированию придан аэромобильный госпиталь. В составе других подразделений МЧС медиков нет. На должность спасателя охотно принимаются люди с медицинским образованием, но они не экипируются медицинским оборудованием, медикаментами и не имеют лицензии на оказание медицинской помощи. «Центроспас» не относится непосредственно к Службе Медицины Катастроф, но принимает активное участие в оказании медицинской помощи пострадавшим при ЧС. Также существуют реанимационно-противошоковые группы (РПГ) в составе военизированных горноспасательных частей (ВГСЧ). В состав РПГ входит

два врача-реаниматолога, с необходимым оборудованием, которые спускаются в шахту вместе с отделением горноспасателей для оказания помощи пострадавшим шахтерам. До 2011 года самостоятельные управления ВГСЧ были в ведении Минпромторга, Ростехнадзора и Минэнерго. В 2011 году все ВГСЧ переданы в подчинение МЧС. Это еще одно исключение из общего правила.

Головное учреждение СМК — Всероссийский Центр Медицины Катастроф (ВЦМК) «Защита» МЗСР РФ. Основан в 1993 году. Занимается научной, учебной и организационной работой в области Медицины Катастроф, участвует и руководит при оказании помощи пострадавшим в ЧС федерального и международного уровня. В составе полевой многопрофильный госпиталь и отдел авиамедицинской эвакуации (санитарная авиация) — решает задачи, связанные с оказанием помощи и транспортировкой больных и пострадавших по воздуху на территории РФ и за рубежом. Участвует в различных гуманитарных операциях совместно с Пограничной службой ФСБ России и МЧС России. Часто медики полевого многопрофильного госпиталя работают на базе аэромобильного госпиталя отряда «Центроспас» МЧС России или же развёртывается совместный (сводный) госпиталь в районе ЧС. Возможно развертывание собственного госпиталя ВЦМК "Защита". Также авиамедицинская эвакуация пострадавших осуществляется авиатранспортом МЧС с использованием специальных авиаэвакомодулей, совместно разработанных специалистами МЧС и ВЦМК «Защита». Стоит отметить, что полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК "Защита" был образован раньше госпиталя МЧС. Однако работа всегда велась совместно с подразделениями МЧС, госпиталь прикомандировывался к опергруппе МЧС, оставаясь в ведомственной принадлежности Минздрава РФ. В ВЦМК "Защита" был создан Штаб ВСМК (Всероссийской службы медицины катастроф), который по сути дела (да и официально) являлся штабом данного направления Минздрава РФ. Однако при возникновении Минздравсоцразвития, в структуре которого был зачем-то создан свой штаб, реальной власти данное подразделение ВСМК не имеет.

Территориальный центр медицины катастроф (ТЦМК) — учреждение областного подчинения. Занимается ликвидацией медицинских последствий ЧС локального, территориального и регионального уровня на территории соответствующей области. Региональный Центр Медицины Катастроф (РЦМК) — учреждение, аналогичное ТЦМК, в субъектах Российской Федерации, где нет деления на области (республика, автономный край и т. п.). В Москве — свой отдельный центр Медицины Катастроф — Научно-практический Центр Экстренной Медицинской Помощи (ЦЭМП).

Станции скорой и неотложной медицинской помощи в Службу медицины катастроф не входят, рассматриваются как резервные формирования СМК, но на СМП лежит большая часть догоспитальной медицинской помощи пострадавшим. Принимают самое активное участие в ликвидации медицинских последствий ЧС.

Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА)(в начале 1990-х годов носило название «Федеральное управление медико-биологических и экстремальных проблем», «ФУМБЭП» — термин иногда встречается в документах того периода и в литературе) — правопреемник 3-го Главного управления Минздрава СССР. ВЦМК «Защита» в своё время был организован в самостоятельное учреждение с прямым подчинением Минздраву, из двух подразделений ФМБА и многие медики из больниц и медсанчастей ФМБА работали по совместительству в ВЦМК «Защита» (так как в Советском Союзе не существовало отдельной Службы медицины катастроф, некое подобие было только в структурах 3-го Главного Управления Минздрава СССР).[источник не указан 788 дней]. Занимается медицинским обеспечением предприятий атомной промышленности и энергетики, военно-промышленного комплекса, космической отрасли и других, а также «закрытых» населённых пунктов при засекреченных предприятиях, ликвидацией медицинских последствий ЧС на этих предприятиях и в населённых пунктах. Начиная с 2008 года, сотрудники ФМБА всё чаще привлекаются к ликвидации медико-санитарных последствий различных ЧС за пределами своих "закрытых" территорий, совместно с ВЦМК «Защита», МЧС России и местными ТЦМК.[источник не указан 788 дней]. Созданы мобильные госпитали и мобильные медицинские бригады. В отличие от центров медицины катастроф местного уровня (ТЦМК, РЦМК и т.п.), которые не подчиняются напрямую ВЦМК "Защита" (только в плане оперативной деятельности и сбора информации), а официально подчиняются местным органам здравоохранения, мобильные подразделения ФМБА входят в структуру федерального подчинения, независимую от местных властей. У ФМБА есть свои больницы и медсанчасти, куда имеется возможность госпитализировать пострадавших, чем достигается преемственность в лечении на различных этапах. Наличие собственной госпитальной базы - главный "козырь" в возможностях ФМБА. Только в учреждениях ФМБА есть возможность оказания квалифицированной помощи некоторым категориям пораженных. Например, пострадавшим с лучевой болезнью или поражением боевыми отравляющими веществами - другие медики, в мирное время, с такими больными не сталкиваются. Таким образом, ФМБА в некоторых регионах России имеет

свои более богатые возможности, в отличие от ЦМК. Исключение составляют травматологические центры и детские больницы. Необходимо отметить, что ФМБА, как структура федерального подчинения, имеет намного более высокий уровень финансирования и оснащения оборудованием и техникой в регионах, в отличие от местных ЦМК, которые чаще финансируются и оснащаются по "остаточному принципу" из бюджета местного здравоохранения. По этой причине происходит частичное дублирование функций ЦМК подразделениями ФМБА, в некоторых областях, где ЦМК недостаточно развиты. А официальные законодательные акты, регламентирующие совместную деятельность подразделений ФМБА и ЦМК на местах, пока что не созданы.

Структура Территориального Центра Медицины Катастроф на примере ГУЗ ТЦМК Московской области

В состав ТЦМК входят:

Оперативно-диспетчерский отдел: сбор информации, взаимодействие, руководство формированиями.

Клинический отдел: бригады экстренной медицинской помощи (БЭМП) — постоянные формирования ТЦМК. В составе дежурной смены — врач анестезиолог-реаниматолог, с общим стажем выездной работы на «скорой помощи» не менее 10 лет и с опытом работы в стационаре, два фельдшера с аналогичным стажем на «скорой помощи», водитель. БЭМП расположены в различных точках на территории подконтрольной ТЦМК (обычно, рядом с крупными федеральными автомобильными трассами). В зону ответственности БЭМП входит сектор вдоль федеральной трассы от МКАД до границы области, включая все дороги, города, посёлки, предприятия, аэродромы, железные дороги и прочее. Резервные формирования — бригада экстренного реагирования (БЭР) — сотрудники учреждений здравоохранения в населённых пунктах, привлекаемые в случае ЧС.

Мобильный пневмокаркасный госпиталь — надувные модули с оборудованием.

Отдел санитарной авиации — вертолёт. Начал работу в ноябре 2011 года. Из-за финансовых, технических и организационных проблем пока работает в ограниченном режиме. Вертолёт ВО-105 базируется на аэродроме Раменское, площадка для дежурства находится в городе Клин. Вертолёт вылетает на крупные ДТП на трассе М-10 Москва — Санкт-Петербург, только в светлое время суток. Госпитализация пострадавших в больницу города Клин. Планируется развитие отдела, организация вертолётных площадок и дежурства вертолетов в других районах Московской области.

Наиболее вероятное место расположения следующей вертолетной площадки — трасса М-4 Москва — Ростов на Дону. В перспективе планируется поступление вертолетов ВК-117 и Ка-226.

Научный отдел — сотрудничает с кафедрой Медицины Катастроф при МОНИКИ (Московский Областной Научно-исследовательский Клинический Институт — ведущее учреждение здравоохранения Московской области).

учебный отдел — проведение занятий по оказанию Первой Медицинской Помощи с сотрудниками подразделений МЧС Московской области и с сотрудниками других экстренных служб.

Психологическая лаборатория — психологи и психиатры — помощь пострадавшим при ЧС и периодическое тестирование и контроль сотрудников ТЦМК.

Вспомогательные службы — отдел кадров, бухгалтерия, аптека, склад, автохозяйство и прочее.

Центр может работать в трех режимах:

Режим повседневной деятельности — поводы к вызову БЭМП — любые ЧС (больше 3-х пострадавших или 2-х погибших) — ДТП, пожар, техногенная или природная катастрофа, обрушение зданий, угроза взрыва, теракты, захват заложников, массовые беспорядки и драки, ножевые и огнестрельные ранения, минно-взрывная травма, поездная травма, авиакатастрофа, падение с высоты, массовые отравления, случаи выявления особо опасных инфекций, любые другие чрезвычайные ситуации. БЭМП может выехать на ситуацию с одним-двумя крайне тяжёлыми пострадавшими по распоряжению старшего врача оперативно-диспетчерского отдела. 90 % вызовов — крупные ДТП на федеральных трассах, за пределами населённых пунктов. Задача БЭМП — прибыть на место, провести медицинскую разведку и сортировку, запросить дополнительные силы (скорая помощь и спасатели из ближайших населённых пунктов), руководить оказанием помощи пострадавшим на месте ЧС. Запас медикаментов и расходных материалов БЭМП рассчитан на 25 пострадавших. Есть возможность самостоятельной госпитализации пострадавших. Оснащение БЭМП соответствует уровню отделения анестезиологии и реанимации в стационаре. Информация о ЧС поступает от местных станций скорой помощи, пожарных, спасателей, милиции и ГИБДД в оперативно-диспетчерский отдел и непосредственно врачу БЭМП. Также БЭМП привлекается к медицинской эвакуации — транспортировка крайне тяжёлых реанимационных больных из стационара в стационар. Привлекается к медицинскому обеспечению массовых мероприятий (дежурства).

Режим угрозы возникновения ЧС — развёртывание мобильного госпиталя, мобилизация БЭР, мобилизация коечного фонда в стационарах, оперативное взаимодействие с другими службами.

Режим ЧС — работа в условиях ЧС регионального или федерального уровня.

Служба медицины катастроф не имеет собственной выделенной цветографической схемы окраски транспортных средств. Санитарная авиация использует цветографическую схему авиации МЧС (эта техника действительно принадлежит МЧС России). Поэтому лётно-технический персонал — сотрудники МЧС, медицинский персонал — сотрудники аэромобильного госпиталя "Центроспас" МЧС, того или иного Центра Медицины Катастроф и (или) подразделения ФМБА. Санитарные автомобили используют цветографическую схему, установленную ГОСТом для автомобилей скорой помощи: белый или желтый цвет кузова, красная полоса с красным крестом по борту, надписи «03» спереди и сзади автомобиля (в 2010 году ГОСТ изменен — надпись «Скорая Медицинская Помощь» на красной полосе по борту, красный крест спереди и сзади. На машинах, полученных до 2010 года, может сохраняться устаревшая окраска). Без выполнения этих условий автомобиль не может пройти техосмотр, получить разрешение на установку спецсигналов и средств оперативной радиосвязи. Дополнительно могут наноситься надписи «Медицина Катастроф», «ЦЭМП», эмблема СМК — золотой колокол на фоне красного креста и флага Российской Федерации, эмблемы «Звезда жизни» («Star of Life») — синяя шестилучевая «снежинка» на белом фоне, эмблемы ФМБА (ФМБА также не имеет выделенной цветографической схемы окраски транспортных средств) и другие опознавательные знаки. Реанимационно-противошоковые группы военизированных горноспасательных частей, для передвижения на поверхности и транспортировки извлеченных из шахты пострадавших, имеют санитарный автомобиль с цветографической схемой скорой помощи по ГОСТу, с дополнительно нанесенной символикой ВГСЧ.

Форма одежды — синяя или тёмно-синяя с жёлтыми вставками и световозвращающими полосами. Впрочем, цвет обмундирования, в том числе и сезонного, расположение надписей и нашивок может быть различным в разных Центрах медицины катастроф.

Служба медицины катастроф не имеет собственных выделенных радиочастот для организации оперативной радиосвязи. В России радиочастоты выделяются исключительно на коммерческой платной основе, даже для государственных экстренных служб (кроме радиочастот "закрепленных" за службами еще во время существования Советского

Союза), большинство радиочастот находится в распоряжении военных и силовых ведомств, "гражданским" службам обычно достаются самые "неудобные" диапазоны с наихудшим качеством связи (например, сельская Скорая, электрики, аварийная газовая служба, военные, сельские пожарные - до сих пор работают в диапазоне Low Band - 33.0-48.5 МГц; полиция, военные и силовые структуры используют частоты 2м - 140-175 МГц и 70см - 440-470 МГц). Для радиообмена обычно используются частоты выделенные для Скорой Помощи в данной местности (пять частот в диапазоне Low Band, оптимальном для пересечённой местности, кроме некоторых городов-миллионников), при неправильной эксплуатации радиоаппаратуры эффективность и удобство связи - низкие, эфир перегружен (в связи с этим на радиостанциях ССМП используются тональные шумоподавители CTCSS или DCS). Санитарная авиация использует соответствующие радиочастоты авиационного диапазона (120 - 130 МГц) для связи с авиадиспетчером. Чаще используется обычная сотовая телефонная связь. Организация оперативной радиосвязи экстренных служб в России и качество оборудования связи (по состоянию на 2012 год), к сожалению, сильно отстают от современного мирового уровня, что отрицательно сказывается на эффективности работы (своевременно полученная информация - основа деятельности любой экстренной службы). В России полностью отсутствует перекрестная оперативная радиосвязь между сотрудниками экстренных служб, принадлежащих разным ведомствам (Минздрав, МВД и МЧС). Передача информации друг другу возможна только через диспетчера, по телефону, либо при личном общении. Организованная система передачи информации (кто, кого и в каких случаях должен информировать) - также полностью отсутствует, либо существует только "на бумаге" и в реальности не работает. У сотрудников большинства экстренных служб в России, отсутствуют личные переносные радиостанции и нет возможности экстренной связи между сотрудниками, работающими в условиях ЧС. Исключение - ЦЭМП г. Москвы, имеет собственную радиочастоту и налаженную систему оперативной радиосвязи (в том числе и с подразделениями МВД и МЧС). Организация эффективного взаимодействия оперативных служб г. Москвы стала возможна при активном личном участии начальника Службы пожаротушения г. Москвы полковника Чернышева Е. Н. (в начале 2000-х годов).

Лечебно-эвакуационное обеспечение

Лечебно-эвакуационное обеспечение система мероприятий по оказанию медицинской помощи пораженным и больным, их эвакуации, лечению и медицинской реабилитации в условиях боевых действий войск.

Является составной частью медицинского обеспечения вооруженных сил. Основная цель Л.-э.о. — сохранение жизни, быстрейшее восстановление боеспособности и трудоспособности у возможно большего числа военнослужащих, выбывших из строя в результате поражений и заболеваний. В период второй мировой войны (1939—1945) возникла необходимость создания также особой системы лечебно-эвакуационного обеспечения и соответствующих формирований, призванных обеспечить оказание медпомощи, эвакуацию и лечение гражданского населения, пострадавшего при воздушных бомбардировках.

Опыт медицинского обеспечения действующих армий в прошлых войнах свидетельствует о том, что лечебно-эвакуационное обеспечение изменялось и совершенствовалось по мере изменения факторов, оказывающих непосредственное влияние на становление и развитие военной медицины (см. Медицина военная). К этим факторам относятся: экономика страны, организация и численность вооруженных сил, вооружение и техническое оснащение войск, уровень развития военного искусства, медицинской науки и здравоохранения. Постоянно возрастающую роль для определения форм и методов организации лечебно-эвакуационного обеспечения в войнах 19 и 20 вв. стали играть характер, величина и структура санитарных потерь (Санитарные потери) войск.

История военной медицины свидетельствует о разнообразии форм и методов организации Л.-э.о., которые могут быть сведены к двум основным системам — системе лечения на месте и эвакуационной. Первая характеризуется организацией лечения пораженных и больных в непосредственной близости к району боевых действий, вторая — стремлением эвакуировать их из зоны боевых действий возможно дальше в тыл.

Система лечения на месте обуславливалась прежде всего невозможностью или нецелесообразностью эвакуации, стремлением предоставить пораженным и больным максимум покоя и тем самым ограничить неблагоприятное влияние транспортировки на течение поражений (болезней). Эта система применялась при ведении боевых действий на ограниченной территории, при небольших санитарных потерях, в условиях блокады и окружения, в предвидении окончания боевых действий в данном районе или войны в целом, при уничтожении окруженной крупной группировки противника, оказавшейся на большом удалении от линии фронта, а также при отсутствии или недостатке транспорта и при затруднениях в его использовании из-за неблагоприятного характера местности или распутицы. Лечение на месте может быть организовано и в

условиях современной войны при возникновении очагов массовых поражений, когда обстановка позволит развертывать лечебные учреждения в районе указанных очагов.

Эвакуационная система обуславливалась невозможностью осуществлять лечение пораженных и больных в непосредственной близости к району боевых действий ввиду маневренности войск и, следовательно, необходимости перемещения вслед за ними медпунктов и лечебных учреждений. Кроме того, массовость потерь и неравномерность их возникновения требовали наличия значительного количества свободных мест в лечебных учреждениях, что вынуждало эвакуировать часть пораженных и больных за пределы театра военных действий. Большое влияние на развитие эвакуационной системы оказало развитие путей сообщения, железнодорожного, автомобильного и авиационного транспорта, а также медицинской науки.

Как свидетельствует исторический опыт, система лечения на месте и эвакуационная в чистом виде в практике Л.-э.о. войск использовались редко. Обычно обе эти системы применялись одновременно. При этом в одних условиях преобладало лечение пораженных и больных на месте, в других — их эвакуация в тыл.

В прошлом, включая первую мировую войну, для организации Л.-э.о. была типична разобщенность лечения и эвакуации, в результате чего наносился значительный ущерб здоровью пораженных и больных. В 1915 г. В.А. Оппель впервые попытался увязать лечение с эвакуацией и предложил так называемую систему этапного лечения, в которой лечение сочеталось с эвакуацией. Для системы этапного лечения характерно расчленение (эшелонирование) медпомощи и лечебных мероприятий, сущность которого состоит в том, что единый процесс оказания медпомощи и лечения разделен на отдельные лечебно-профилактические мероприятия (виды медпомощи), проводимые в нескольких местах и в разное время. Выдвинутые В.А. Оппелем прогрессивные принципы этапного лечения в царской армии не были реализованы. Лишь в Красной Армии в основу Л.-э.о. было положено этапное лечение, официально регламентированное в «Руководстве по санитарной эвакуации в РККА» (1929). Вначале этапное лечение строилось по так называемому дренажному типу, при котором пораженные и больные последовательно перемещались через все медпункты и лечебные учреждения, развернутые на пути эвакуации, вне зависимости от характера оказанного пособия и той медпомощи, в которой они нуждались в последующем. В 1933 г. в «Уставе военно-санитарной службы РККА» было предусмотрено построение этапного лечения с эвакуацией по назначению в

соответствии с медицинскими показаниями. Но этот принцип был реализован только в ходе Великой Отечественной войны (1941—1945) на основе специализации медпомощи путем создания специализированных лечебных учреждений, начиная с госпитальной базы армии (см. Госпитальная база). В теоретической разработке и практической реализации системы этапного лечения с эвакуацией по назначению большую роль сыграла единая военно-полевая медицинская доктрина, сформулированная Б.И. Смирновым в феврале 1942 г. Суть этой доктрины составляли следующие положения: 1) единое понимание происхождения и развития военной патологии (поражений и болезней); 2) наличие единых взглядов на методы профилактики и лечения поражений и болезней; 3) преемственность и последовательность в выполнении медицинских мероприятий на различных этапах медицинской эвакуации; 4) обязательное наличие краткой четкой медицинской документации, позволяющей производить медицинскую сортировку пораженных и больных и обеспечить преемственность и последовательность лечебно-эвакуационных мероприятий.

Системой этапного лечения с эвакуацией по назначению предусматривалось развертывание на путях эвакуации в направлении от фронта в тыл ряда медпунктов и лечебных учреждений, которые обеспечивали оказание определенных видов медпомощи пораженным и больным. Система этапного лечения с эвакуацией по назначению полностью себя оправдала во время Великой Отечественной войны, обеспечив высокий уровень возвращения в строй пораженных в бою (72,3%) и больных (90,6%). Однако в организации Л.-э.о. были и некоторые недостатки, обусловленные, как правило, объективными причинами. К числу наиболее существенных из них следует отнести повторное оказание хирургической помощи пораженным из-за невозможности проведения исчерпывающих хирургических вмешательств на дивизионных медпунктах и в ХППГ первой линии, а также излишнюю многоэтапность при эвакуации пораженных и больных и оказании им медпомощи ввиду развертывания госпитальных баз армий и фронта в 2—3 эшелонах и более, что было обусловлено использованием для эвакуации различных видов транспорта (гужевого, автомобильного, железнодорожного, водного), а также большой протяженностью и часто плохим качеством путей эвакуации. Многоэтапность эвакуации отрицательно сказывалась на результатах лечебного процесса, т.к. удлинялись сроки лечения и ухудшались его исходы.

Совершенствование системы этапного лечения с эвакуацией по назначению в послевоенный период связано с изменившимися условиями

медицинского обеспечения войск. Появление на вооружении современных армий новых видов обычного оружия и средств массового поражения влечет за собой изменение характера и структуры санитарных потерь, появление новых видов боевой патологии и возможность возникновения очагов массовых поражений (Очаг массовых поражений). Большое влияние на организацию Л.-э.о. в современных условиях оказывают успехи медицинской науки, а также технический прогресс. Так, например, применение антибиотиков позволяет при необходимости производить хирургические вмешательства в более поздние сроки и оказывать исчерпывающую хирургическую помощь пораженным в специализированных госпиталях одновременно, а широкое применение авиационного транспорта (самолетов и вертолетов) — устранить многоэтапность.

В основе современной системы Л.-э.о. (рис.) лежат те же принципы системы этапного лечения с эвакуацией по назначению. В соответствии с ними медпомощь пораженным и больным, их лечение осуществляются на медпунктах и в лечебных учреждениях, развертываемых на путях эвакуации. Эти медпункты и лечебные учреждения называются этапами медицинской эвакуации, под которыми понимаются силы и средства медицинской службы (медпункты и лечебные учреждения), развернутые на путях эвакуации с задачей приема, медицинской сортировки пораженных и больных (см. Сортировка медицинская), оказания им медпомощи, лечения и подготовки к эвакуации нуждающихся в ней. Такими этапами медицинской эвакуации являются: Медицинский пункт полка (МПП), Отдельный медицинский батальон дивизии (омедб) или Отдельный медицинский отряд (омо), лечебные учреждения госпитальной базы фронта (ГБФ), госпитали МЗ СССР, расположенные во внутреннем районе страны. К числу этапов медицинской эвакуации может быть отнесен также Медицинский пункт батальона (МПБ), в случае, когда он развертывается и работает на месте (например, в обороне).

В современной системе Л.-э.о. предусмотрено оказание первой медпомощи на месте поражения (на поле боя, в очагах массовых поражений и др.), доврачебной (фельдшерской) — в МПБ и в укрупненных гнездах раненых, первой врачебной — в МПП, квалифицированной — в омедб и омо и специализированной — в ГБФ. Т.о., на каждом этапе медицинской эвакуации оказывается определенный вид медпомощи. Однако в ходе боевых действий, особенно при возникновении очагов массовых поражений, могут складываться условия, при которых число пораженных, нуждающихся в том или ином виде медпомощи, существенно превысит возможности этапа медицинской эвакуации по ее оказанию. Поэтому в зависимости от

обстановки может изменяться не только объем медпомощи, но и ее вид (см. Медицинская помощь).

В системе Л.-э.о. особое значение имеют преемственность и последовательность в проведении лечебных мероприятий, т. е. соблюдение единых методов оказания медпомощи и лечения определенных категорий пораженных и больных и последовательное наращивание лечебных мероприятий на последующих этапах медицинской эвакуации. Преемственность в оказании медпомощи и лечении достигается единым пониманием патологических процессов, происходящих в организме человека при поражениях и болезнях, и едиными методами их профилактики и лечения. Преемственность в оказании медпомощи и лечении может быть обеспечена при условии, что на каждом последующем этапе медицинской эвакуации будет известно, какая медпомощь и когда была оказана пораженному и больному на предшествующем этапе. Это достигается четкой медицинской документацией, в частности тщательным заполнением первичной медицинской карточки (Первичная медицинская карточка).

Важным принципом, лежащим в основе системы Л.-э.о., является своевременность оказания всех видов медпомощи, т.е. в сроки, наиболее благоприятные для последующего восстановления здоровья пораженных и больных. Особое значение имеет своевременное проведение неотложных мероприятий первой врачебной и квалифицированной медпомощи, а также выполнение профилактических и лечебных процедур, обеспечивающих возможность оказания медпомощи в более поздние сроки (отсроченная медпомощь). Своевременность в оказании медпомощи достигается четкой организацией розыска и сбора пораженных, их выноса и вывоза с поля боя, быстрой транспортировкой на этапы медицинской эвакуации и правильной организацией работы последних.

Исключительно важное значение имеет организация эвакуации по назначению, начиная с отдельных медицинских батальонов и отдельных медицинских отрядов, т.к. наиболее характерной чертой современной системы Л.-э.о. является широкая специализация медпомощи, начиная с лечебных учреждений госпитальной базы фронта. Она обеспечивается наличием штатных специализированных лечебных учреждений (госпиталей), имеющих штатных специалистов и необходимое оснащение (например, военный полевой инфекционный и неврологический госпитали, госпиталь для легкораненых), или создаваемых путем временного придания хирургическим и терапевтическим госпиталям соответствующих групп специализированной медпомощи из отряда специализированной медпомощи. В госпитальных базах, развернутых на театре военных действий,

предусматривается оказание специализированной медпомощи следующим контингентам: раненым в голову, шею и позвоночник; раненым в грудь, живот и таз; обожженными; раненым с повреждениями длинных трубчатых костей и суставов; легкораненым и легкобольным; пораженными ОВ и ионизирующими излучениями; пораженным и больным психоневрологического профиля; инфекционным больным; общесоматическим больным; больным туберкулезом; больным с кожными и венерическими заболеваниями; женщинам при ранениях и заболеваниях женских половых органов. В зависимости от количества пораженных и больных, нуждающихся в том или ином виде специализированной медпомощи, и наличия в данный момент необходимого числа лечебных учреждений могут быть созданы госпитали, целиком специализированные по одному профилю, или имеющие специализированные отделения (см. Госпиталь военный).

Современная система Л.-э.о. включает также медицинскую реабилитацию, которая представляет собой комплекс лечебных, военно-профессиональных и морально-психологических мероприятий, направленных на скорейшее восстановление боеспособности и трудоспособности пораженных и больных.

Составной частью системы Л.-э.о., неразрывно связанной с процессом оказания медпомощи пораженным и больным и их лечением, является медицинская эвакуация, под которой понимается совокупность мероприятий по доставке пораженных и больных из района возникновения санитарных потерь на медпункты и в лечебные учреждения в целях своевременного и полного оказания им медпомощи и лечения (см. Эвакуация медицинская). Для эвакуации пораженных и больных во избежание их дополнительной травматизации следует использовать наиболее щадящие и быстроходные транспортные средства. Пути, по которым осуществляются вынос и транспортировка пораженных и больных в тыл, называют путями медицинской эвакуации. Совокупность путей, развернутых на них этапов медицинской эвакуации и работающих санитарно-транспортных средств, обеспечивающих определенную, как правило, крупную группировку войск, называется эвакуационным направлением.

Наиболее сложны и трудны розыск и сбор пораженных, их вынос и вывоз с поля боя и из очагов массовых поражений. От своевременности и полноты выполнения этих важнейших элементов системы Л.-э.о. зависят сроки оказания медпомощи и исходы поражений. Указанные мероприятия проводятся непосредственно в ходе боевых действий, непрерывно, в любое время суток. Они осуществляются медицинским составом рот, медпунктами

батальонов и приданными им подразделениями сбора и эвакуации раненых из медпунктов полков и отдельных медицинских батальонов дивизий, а при возникновении очагов массовых поражений — личным составом и транспортом отрядов ликвидации последствий. В современных условиях розыск пораженных и их эвакуация с поля боя механизированы (медицинская служба оснащена высокоманевренными специальными санитарными транспортерами). Использование с этой целью санитарных бронетранспортеров, боевых машин пехоты и бронетранспортеров значительно облегчает организацию эвакуации под огнем противника. Дальнейшая эвакуация пораженных и больных ведется автомобильным санитарным транспортом, который является основным средством медицинской эвакуации на участках между войсковыми этапами (МПБ, МПП, омедб, ОМО) и госпитальной базой фронта. В современных условиях значительно возросли возможности использования для эвакуации пораженных и больных авиационного транспорта — санитарных и военно-транспортных самолетов и вертолетов, начиная с омедб (ОМО). Железнодорожный и водный транспорт применяется для медицинской эвакуации в тыловых полосах армий, фронтов и в тылу страны. Совмещение путей медицинской эвакуации с путями подвоза позволяет использовать обратные рейсы транспорта общего назначения (автомобильного и авиационного) для эвакуации пораженных и больных. Автомобильный транспорт общего назначения должен использоваться преимущественно для эвакуации легкопораженных и легкобольных, а авиационный — для эвакуации всех категорий пораженных и больных. Транспорт общего назначения при использовании его в целях медицинской эвакуации нуждается в дополнительном оборудовании (оснащение автомобилей и самолетов специальными приспособлениями для установки носилок, устройство сидений, настилов, оборудование кузовов автомобилей тентами, снабжение средствами защиты от пыли, жары, холода и др.). Эвакуируемых на санитарном транспорте или транспорте общего назначения должен сопровождать медперсонал, особенно в тех случаях, когда эвакуация ведется на большие расстояния. Эвакуация пораженных и больных из медпунктов и лечебных учреждений организуется вышестоящим начальником медицинской службы и осуществляется подчиненными ему транспортными средствами.

Ввиду крайне неравномерного возникновения санитарных потерь во времени и в пространстве (по фронту и глубине расположения войск) огромное значение имеет маневр силами и средствами, суть которого заключается в сосредоточении их там и тогда, где и когда в них возникает

необходимость. Для проведения маневра силами и средствами создают их резерв. В резерв включают отдельные медицинские отряды, госпитали, транспорт, медицинское имущество и другие средства.

Лечебно-эвакуационное обеспечение населения в системе ГО организуется по тем же принципам, что и в войсках. Отличие состоит в том, что в системе Л.-э.о. населения предусмотрено два этапа — Отряд первой медицинской помощи (ОПМ), где пораженным и больным оказывают первую врачебную помощь (по содержанию она аналогична квалифицированной), и загородная Больничная база, где пострадавшим оказывают квалифицированную и преимущественно специализированную медпомощь.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Механизм финансирования государственных нужд.
2. Мобилизационная подготовка учреждений службы крови

Основная литература

1. Бережная, Е. В. Диагностика финансово-экономического состояния организации : учеб. пособие / Е. В. Бережная, О. В. Бережная, О. И. Косьмина. - М. : ИНФРА-М, 2016. - 304 с. - (Высшее образование . Бакалавриат). - ISBN 9785160068688 : 790.00

Дополнительная литература

1. Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / И. П. Левчук, Н. В. Третьяков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - Текст : электронный. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html>
2. Лебедев, С. М. Медицинская защита в чрезвычайных ситуациях : учебное пособие / С. М. Лебедев, Д. И. Ширко. - Минск : Новое знание, 2021. - 200 с. - Текст : электронный. - URL: <https://reader.lanbook.com/book/171190#1>
3. Медицинское обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях : учебное пособие / А. И. Лобанов, П. В. Аветисов, Н. Л. Белова, А. В. Золотухин. - 2-е изд. (эл.). - Москва : РГГУ, 2019. - 166 с. - Текст : электронный. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785728124917.html>

Электронные ресурсы

1. ЭБС КрасГМУ «Colibris»
2. ЭБС Консультант студента ВУЗ
3. ЭБС Айбукс
4. ЭБС Букап
5. ЭБС Лань
6. ЭБС Юрайт

7. ЭБС MedLib.ru
8. НЭБ eLibrary
9. БД Web of Science
10. БД Scopus
11. ЭМБ Консультант врача
12. Wiley Online Library
13. Springer Nature
14. ScienceDirect (Elsevier)
15. СПС КонсультантПлюс

Практическое занятие №3

Тема: Хирургическая патология в военное время.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): К боевой хирургической патологии относятся огнестрельные и неогнестрельные травмы, поражения различными видами ОМП, которые определяются как боевая хирургическая травма. К ней также относятся заболевания хирургического профиля (острые заболевания органов живота, острые гнойно-инфекционные заболевания и др.). Лечение хирургических заболеваний в боевой обстановке имеет особенности медико-тактического характера.

Раненые, пораженные и больные военнослужащие (международный термин - комбатанты) с боевой хирургической патологией являются составными частями военно-медицинской категории, определяемой как санитарные потери хирургического профиля.

Формируемые компетенции: ПК-5 ПК-8

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 8 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	10.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей

			занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	30.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	180.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	270=6ак.ч	

Аннотация (краткое содержание темы): В военно-медицинской терминологии используются следующие понятия:

- раненый - военнослужащий, получивший огнестрельную либо неогнестрельную травму;
- пораженный - военнослужащий, получивший поражение в результате воздействия ядерного, термического, химического или биологического оружия;
- больной - военнослужащий, у которого возникло какое-либо заболевание.

В отношении гражданского населения (некомбатантов) с любым видом боевой хирургической патологии (кроме заболеваний) используется понятие пострадавший (с огнестрельным ранением, взрывной травмой, с комбинированным поражением).

Основными понятиями в военно-полевой хирургии являются: повреждение, рана, травма, ранение, последствия травм, осложнения травм.

Повреждение - результат воздействия РС, поражающих факторов или окружающих предметов на ткани, органы или системы человеческого организма. Повреждение имеет локальные морфологические проявления в виде сотрясений, ушибов, сдавлений, вывихов, переломов, ран, разрушений,

отрывов, ожогов, отморожений, а также нарушений различного уровня, обусловленных радиационными, химическими и другими воздействиями. Повреждение - это морфологический субстрат травмы (ранения) и, следовательно, основной структурный элемент всех классификаций.

Рана - частный вид повреждения, обязательным компонентом которого является нарушение целостности кожного покрова или слизистых оболочек на всю их толщину, а часто - и повреждение глубже расположенных тканей и органов. При воздействии огнестрельного оружия возникают огнестрельные раны; при воздействии холодным оружием - колотые, резаные, колото-резаные, рубленые раны; при других формах воздействия возникают рваные, ушибленные, рвано-ушибленные, скальпированные, укушенные и прочие раны.

Травма - общий результат взаимодействия человеческого организма с факторами окружающей среды в экстремальных ситуациях при конкретных условиях внешней среды и оказания медицинской помощи. Патолофизиологическим выражением такого взаимодействия (травмы) являются типовые патологические процессы, а клиническим проявлением - симптомы и синдромы. Категории «повреждение» и «травма» соотносятся как частное и целое: повреждений бывает несколько, а травма всегда одна. Понятие «травма» обязательно включает в себя 2 компонента: повреждение (стабильный морфологический компонент) и состояние раненого (изменяющийся функциональный компонент).

Ранение - частный вид травмы, морфологическим компонентом которого является рана. В зависимости от причины и механизма образования ран выделяются огнестрельные, минно-взрывные, колото-резаные и другие виды ранений.

Ближайшие последствия травм - это патологические процессы, возникающие в результате травмы и связанные с ней причинно-следственными отношениями. Ближайшие последствия травм вызваны нарушениями структуры и функции поврежденных органов и систем, кровотечением, ишемией, поступлением в кровь биологически активных веществ и продуктов повреждения тканей. Когда повреждаются жизненно важные органы и системы либо их структурные элементы (стволовой отдел головного мозга, верхние дыхательные пути, сердце, легкие, паренхиматозные органы или крупные кровеносные сосуды), эти патологические процессы становятся опасными для жизни и называются жизнеугрожающими последствиями травмы. Жизнеугрожающие последствия травмы развиваются в ближайшие минуты после травмы, характеризуются стремительным развитием и вызывают гибель раненых,

если не будет оказана своевременная медицинская помощь. Наиболее типичными из жизнеугрожающих последствий травмы являются: асфиксия, наружное или внутреннее кровотечение, сдавление головного мозга, тампонада сердца, напряженный и открытый пневмоторакс. Характерной особенностью жизнеугрожающих последствий травм является недостаточность защитно-приспособительных возможностей организма для их самостоятельного устранения. Поэтому на всех этапах медицинской эвакуации жизнеугрожающие последствия травм должны активно выявляться и своевременно устраняться.

Осложнения травм также обусловлены травмой, но, в отличие от ближайших последствий травм, они развиваются позднее (3-12-е сут) и имеют собственные этиопатогенетические и клинические характеристики. Осложнения травм делятся на неинфекционные (жировая эмболия, тромбоэмболия, острая кишечная непроходимость и др.) и инфекционные (местные, висцеральные и генерализованные ИО).

Классификация боевой хирургической травмы с учетом обозначенных определений и понятий представлена на схеме .

Неогнестрельные травмы возникают при воздействии на человеческий организм предметов окружающей среды в экстремальных ситуациях либо неогнестрельного оружия. Они делятся на неогнестрельные механические травмы и неогнестрельные ранения.

Огнестрельные травмы возникают при воздействии на человека различных видов огнестрельного (синоним - «обычного» 15, т.е. неядерного) оружия: РС стрелкового оружия, осколочных и осколочно-фугасных боеприпасов, противопехотных средств ближнего боя, боеприпасов взрывного действия .

Огнестрельные травмы делятся на огнестрельные ранения (пулевые и осколочные), минно-взрывные ранения (МВР) и взрывные травмы.

Применяется также термин «конвенционное» оружие, т.е. разрешенное Женевскими конвенциями - в отличие от оружия массового поражения

Классификация огнестрельной травмы построена по нозологическому принципу и имеет строгую последовательность в виде алгоритма формирования диагноза. Она различается по этиологии, характеру раневого канала, отношению к полостям тела, анатомической локализации и наличию повреждений тех или иных органов и тканей .

Комбинированной травмой называется результат одновременного или последовательного воздействия на организм человека РС (огнестрельное или неогнестрельное ранение) и предметов окружающей среды (неогнестрельная

травма). Например, сочетание огнестрельного ранения груди и закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) в результате падения раненого.

Поражение - частный вид боевой хирургической травмы, определяемый как нарушение здоровья человека в результате действия на него физических (радиация, лазеры, СВЧ-поле), термических, химических, биологических и прочих факторов. В результате такого воздействия возникают термические, химические, радиационные поражения, поражения СВЧ-полем, компонентами НО (ожоги глаз от воздействия лазера, поражения электрическим током, отравление газом раздражающего действия, поражение органов зрения и слуха при свето-шумовом воздействии) и др.

Комбинированным поражением называется результат одновременного или последовательного воздействия на человека нескольких поражающих факторов одного (например, ядерного или минно-взрывного) либо различных видов оружия. Примером могут служить КРП, т.е. травма (ранение) и острая лучевая болезнь.

В зависимости от количества и локализации повреждений огнестрельные и неогнестрельные травмы делятся на изолированные, множественные и сочетанные.

Изолированными называются травмы, при которых возникло одно повреждение тканей, сегментов опорно-двигательной системы либо внутренних органов.

Множественными называются травмы, при которых возникло несколько повреждений (одним или несколькими РС, применительно к огнестрельной травме) в пределах одной анатомической области тела.

Сочетанными называются травмы, при которых возникло несколько повреждений (одним или несколькими РС, применительно к огнестрельной травме) в нескольких анатомических областях тела (голова, шея, грудь, живот, таз, позвоночник, конечности).

По тяжести огнестрельные и неогнестрельные травмы подразделяются на 4 группы: легкие, средней тяжести, тяжелые и крайне тяжелые.

Объективность оценки достигается использованием количественных критериев тяжести путем присвоения каждому повреждению определенного балла в соответствии с оценочными шкалами: ВПХ-П (ОР) - для пулевых, осколочных и МВР, ВПХ-П (Р) - для колотых и колото-резаных ранений и ВПХ-П (МТ) для неогнестрельных и взрывных травм .

Для оценки тяжести множественных, сочетанных и комбинированных травм баллы всех повреждений суммируются .

Приведенные определения и классификации имеют главной целью единство терминологии в военно-полевой хирургии, единое понимание

механизмов развития патологических процессов при боевой травме, единый алгоритм формирования диагноза боевой хирургической травмы. Это способствует единой тактике оказания медицинской помощи и лечения, преемственности и последовательности диагностических и лечебно-эвакуационных мероприятий в условиях этапного лечения раненых. Диагноз огнестрельной травмы состоит из трех частей. Первая - морфологическая характеристика травмы, описывающая ее тяжесть, характер и локализацию. Вторая - характеристика жизнеугрожающих последствий травмы. Третья - клиническая характеристика тяжести состояния раненого: травматический шок, ОДН, ОСН, травматическая кома или терминальное состояние.

Примеры диагнозов:

1. Осколочное слепое проникающее ранение черепа и головного мозга с множественными переломами правой височной и теменной костей, тяжелым повреждением головного мозга, массивным субарахноидальным кровоизлиянием. Сдавление головного мозга правосторонней субдуральной гематомой. Травматическая кома.

2. Пулевое сквозное проникающее ранение правой половины груди с повреждением легкого. Напряженный гемопневмоторакс. Острая дыхательная недостаточность III степени.

3. Закрытая травма живота с разрывом селезенки. Продолжающееся внут-рибрюшное кровотечение. Острая кровопотеря. Травматический шок II степени.

4. Тяжелая сочетанная травма (ТСТ) живота, таза, конечностей. Закрытая множественная травма живота с повреждением печени, правой почки и подвздошной кишки. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Закрытая множественная травма таза с вертикально нестабильными переломами правых лонной и седалищной костей, разрывом правого крестцово-подвздошного сочленения, внебрюшинным повреждением мочевого пузыря. Продолжающееся внутритазовое кровотечение. Открытая множественная травма нижних конечностей. Отрыв правой нижней конечности на уровне нижней трети бедра с обширным разрушением мягких тканей до верхней трети бедра. Закрытый оскольчатый перелом обеих костей левой голени в средней трети. Продолжающееся наружное кровотечение. Острая кровопоте-ря. Терминальное состояние.

САНИТАРНЫЕ ПОТЕРИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Общие потери войск во время войны разделяются на безвозвратные (погибшие на поле боя, попавшие в плен, пропавшие без вести) и санитарные (раненые, пораженные и больные), условно подразделяемые на боевые (связанные с ведением боевых действий) и небоевые. Санитарные потери

хирургического профиля включают раненых, пораженных и больных, доставленных на этапы медицинской эвакуации.

Величина санитарных потерь

Величина санитарных потерь войск в крупномасштабных и локальных войнах существенно различается. В период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. за сутки наступательного боя полк терял 2-20% личного состава, т.е. на медицинский пункт могли поступить до 500 раненых, а в медико-санитарный батальон дивизии - до 1000-2000 раненых в сутки. В современной крупномасштабной войне с применением ОМП величина санитарных потерь еще более возрастет: в Хиросиме при взрыве атомной бомбы мощностью 20 килотонн одновременно погибли и получили поражения свыше 140 000 человек.

В локальных войнах и вооруженных конфликтах последних десятилетий величина санитарных потерь хирургического профиля значительно меньше. Во время боевых действий в Афганистане (1979-1989 гг.) и на Северном Кавказе (1994-1996, 1999-2002 гг.) в омедб и МОСН редко поступало более 50-100 раненых за сутки. В локальных войнах возрастает доля небоевых санитарных потерь, заболеваний. К примеру, во время Афганской войны частота небоевых ранений и травм достигала 36,8% среди всех санитарных потерь хирургического профиля. На Северном Кавказе 29,7% в общей структуре входящего потока в передовые госпитали (МВГ 1-го эшелона) составляли больные с различными хирургическими заболеваниями.

Структура санитарных потерь

Структура санитарных потерь по виду повреждений зависит от масштабов боевых действий и характера применяемого оружия. На фронтах Великой Отечественной войны преобладали огнестрельные пулевые (43,2%) и осколочные (56,8%) ранения. Однако сейчас, помимо огнестрельного оружия, на вооружении армий многих стран находится ОМП: ядерное, химическое, биологическое и др. В случае применения такого оружия, структура санитарных потерь значительно изменяется¹⁶. Об этом можно судить по данным, полученным после применения США 2-х атомных бомб в войне с Японией в 1945 г.: механическая травма наблюдалась у 70% пораженных, ожоги - у 65%, при этом у 60% пострадавших были КРП. При применении современного ядерного оружия ожоги составят не менее 75%, а КРП - до 85% от общего числа пораженных.

Применение оружия массового поражения запрещено международными соглашениями, но даже случайное попадание боеприпасов

на территорию ядерного (химического, биологического) объекта может вызвать заражение местности и непредсказуемые последствия.

После второй мировой войны наравне с разработкой новых видов ОМП продолжалось совершенствование и обычного (конвенционного) оружия. Одновременно весьма активно разрабатываются и индивидуальные средства защиты: многослойные металлопластиковые шлемы; бронежилеты; обмундирование из материалов, обеспечивающих защиту от осколков; противоминная обувь. Кроме того, значительно изменилась тактика ведения боевых действий - маневренные полномасштабные боестолкновения стали использоваться реже, уступив место дистанционным ракетно-бомбовым ударам и рейдовым «зачисткам» местности. Ранние сроки эвакуации с применением вертолетов способствовали доставке на этапы медицинской эвакуации более тяжелого контингента раненых.

Все это привело к тому, что в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах - в Корее (1950-1953 гг.), Вьетнаме (1964-1973 гг.), на Ближнем Востоке (1967, 1973 гг.), в Афганистане (1979-1989 гг.), на Северном Кавказе (1994-1996, 1999-2002 гг.), в Афганистане и Ираке (2001 г. - по настоящее время) и в других регионах - структура боевой патологии существенно изменилась.

По численности огнестрельные ранения по-прежнему преобладают (до 60% от общего числа). Значительную часть санитарных потерь (30% и более) составляют МВР.

Обращает на себя внимание высокая частота различных боевых неогнестрельных травм, которая возросла в локальных войнах в 8-10 раз. Столь значительные различия по сравнению с периодом Великой Отечественной войны связаны с общей механизацией войск (увеличение травматизма при неправильном обращении с боевой техникой, рост числа автодорожных травм и др.).

Термические поражения составляют 4-6% санитарных потерь, хотя, например, в войсках Северной Кореи и Вьетнама - в связи с широким применением армией США напалма в войнах с этими странами - доля обожженных достигала 35-40% санитарных потерь. Кроме того, у 10% раненых наблюдались комбинированные меха-нотермические поражения (комбинация огнестрельных ранений с напалмовыми ожогами). В целом же частота комбинированных поражений в локальных войнах относительно невысока (1,5-3,5%).

В структуре санитарных потерь по локализации во всех войнах продолжают преобладать ранения конечностей, которые вплоть до второй мировой войны составляли абсолютное большинство боевой хирургической

патологии Изменения структуры санитарных потерь по локализации ранений в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах, по сравнению с Великой Отечественной войной, сводятся в основном к увеличению числа раненных в голову (в 1,5-2 раза) и живот (в 2-3 раза).

Таким образом, структуру входящего потока раненых и пораженных в локальных войнах упрощенно можно охарактеризовать следующим образом. Более половины раненых составляют легкораненные, способные передвигаться самостоятельно и перспективные к быстрому возвращению в строй. У 20-30% раненых имеются тяжелые и крайне тяжелые повреждения, представляющие прямую угрозу жизни. Чем лучше оказывается догоспитальная медицинская помощь и чем быстрее эвакуация, тем больше доставляется тяжелораненых на госпитальные этапы медицинской эвакуации (в противном случае - увеличивается доля погибших на поле боя).

Среди раненых, доставленных в лечебные учреждения: у 30% имеются поверхностные повреждения мягких тканей, у 8% - ранения кисти и стопы. Еще у 10% раненых отмечаются обширные ранения мягких тканей и ожоги, у 20% раненых диагностируются переломы костей. До 6% раненых нуждается в операциях по поводу проникающих ранений груди (5% - торакоцентез, 1% - торакотомия); 5% раненых нуждается в лапаротомии, 4% - в нейрохирургических операциях, 3% - в восстановлении магистральных сосудов, 3% - в ампутациях конечностей, 1% - в диагностической ревизии ран шеи, 4% - в сочетании нескольких больших операций. Около 5% раненых показана помощь узких специалистов (офтальмохирургов, челюстно-лицевых хирургов, ЛОР-специалистов).

Примерная тематика НИРС по теме

1. Ожоги. Ожоговая болезнь.
2. Синдром длительного сдавления

Основная литература

1. Бережная, Е. В. Диагностика финансово-экономического состояния организации : учеб. пособие / Е. В. Бережная, О. В. Бережная, О. И. Косьмина. - М. : ИНФРА-М, 2016. - 304 с. - (Высшее образование . Бакалавриат). - ISBN 9785160068688 : 790.00

Дополнительная литература

1. Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / И. П. Левчук, Н. В. Третьяков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - Текст : электронный. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html>
2. Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф : учебник : в 2 т. / ред. И. А. Наркевич. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - Т. 1. - 768 с. -

- Текст : электронный. - URL:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474143.html>
3. Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф : учебник : в 2 т. / ред. И. А. Наркевич. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Т. 2. - 400 с. - Текст : электронный. - URL:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.html>
4. Гаркави, А. В. Медицина чрезвычайных ситуаций : учебник / А. В. Гаркави, Г. М. Кавалерский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 352 с. - Текст : электронный. - URL:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447192.html>
5. Лебедев, С. М. Медицинская защита в чрезвычайных ситуациях : учебное пособие / С. М. Лебедев, Д. И. Ширко. - Минск : Новое знание, 2021. - 200 с. - Текст : электронный. - URL:
<https://reader.lanbook.com/book/171190#1>

Электронные ресурсы

1. ЭБС КрасГМУ «Colibris»
2. ЭБС Консультант студента ВУЗ
3. ЭБС Айбукс
4. ЭБС Букап
5. ЭБС Лань
6. ЭБС Юрайт
7. ЭБС MedLib.ru
8. НЭБ eLibrary
9. БД Web of Science
10. БД Scopus
11. ЭМБ Консультант врача
12. Wiley Online Library
13. Springer Nature
14. ScienceDirect (Elsevier)
15. СПС КонсультантПлюс

Практическое занятие №4

Тема: Терапевтическая патология в военное время.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Для эффективной работы терапевтической медицинской службы на театре военных действий

необходимо постоянное совершенствование специальной подготовки врачебного и медицинского персонала по оказанию медицинской помощи в полевых условиях, обучение военнослужащих полному объему мероприятий по оказанию само- и взаимопомощи, наличие автономных медицинских подразделений оснащенных универсальным оборудованием, приближение терапевтической помощи к очагам массовых санитарных потерь, использование стандартных приемов реанимационных мероприятий на всех этапах медицинской эвакуации.

Формируемые компетенции: ПК-5 ПК-8

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 8 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	10.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	30.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	180.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	270=6ак.ч	

Аннотация (краткое содержание темы): Заслуги отечественных ученых в становлении и организации медицинской помощи раненым и больным.

Русские ученые-медики внесли значительный вклад в развитие отечественной военной медицины. Наиболее яркими представителями этого направления являются Н.И. Пирогов и Н.С. Молчанов. Пирогову Н.И. принадлежит описание различных проявлений посттравматической патологии. Им сформулировано основное положение учения о том, что общие реакции и осложнения, сопровождающие травму, превращают местный раневой процесс в общее заболевание и делают раненого больным. Молчановым Н.С. впервые сформулировано основное положение учения о патологии внутренних органов при травме. Оно состоит в обосновании патогенетической связи раневого процесса и изменений внутренних органов, определении роли факторов риска в развитии этих изменений и специфики висцеральной патологии при различных видах травмы, в разработке патогенетических механизмов изменений и методов их лечения. Он доказал необходимость совместной работы терапевтов и хирургов и основал первую в мире совместную терапевтическую школу, которая разработала учение о патологии внутренних органов при травме.

Перспективы и дальнейшее совершенствование оказания медицинской помощи в Вооруженных Силах заключаются в разработке и совершенствовании эффективных путей, способов и средств поддержания или восстановления надлежащего здоровья военнослужащих, которые обеспечивают высокую степень их боеспособности.

Военно-полевая терапия (ВПТ) – клиническая военно-медицинская дисциплина, которая изучает заболевания внутренних органов, связанные с применением боевого оружия или возникающие в период военных действий, а также разрабатывает принципы организации терапевтической помощи раненым и больным в действующей армии.

Основа военно-полевой терапии заключается в единстве взглядов на этиологию, патогенез, диагностику и лечение конкретных заболеваний; преемственности и четкой последовательности в оказании помощи раненым и больным на этапах медицинской эвакуации; наличии унифицированной, четкой, лаконичной, последовательной документации.

Задачи военно-полевой терапии:

- рациональная организация терапевтической помощи раненым и больным;

- изучение заболеваний, связанных с применением оружия массового поражения, воздействием на организм неблагоприятных профессиональных факторов военной службы, заболеваний внутренних органов при боевой терапевтической травме, с целью усовершенствования диагностики, лечения и профилактики данной патологии;

- разработка методов реабилитации раненых и больных терапевтического профиля и проведения военно-врачебной экспертизы.

Современная боевая терапевтическая патология, структура терапевтической заболеваемости личного состава войск.

В мирное время около 70%-80% всей заболеваемости в части составляет терапевтическая заболеваемость. Среди военнослужащих срочной службы на первом месте находятся болезни органов пищеварения, на втором - болезни органов кровообращения, на третьем - болезни органов дыхания. Среди офицеров старших возрастных групп на первом месте стоят заболевания органов кровообращения, на втором - болезни органов пищеварения, на третьем - болезни органов дыхания.

Структура терапевтической заболеваемости имеет ряд особенностей, которые зависят от характера труда военных специалистов. Среди летного состава высока частота встречаемости НЦД, у военнослужащих, работающих с СВЧ-полем в 5 раз чаще чем в контрольной группе диагностируется астено-вегетативный синдром, среди военно служащих, работающих с компонентами ракетного топлива более 2-х лет, практически здоровых оказывается в 3 раза меньше, чем в группеконтроля. Знание структуры терапевтической заболеваемости позволяет врачу четко спланировать лечебную работу.

Значение рациональной организации терапевтической помощи раненым и больным в условиях современных военных действий существенно возрастает. Это связано с резким прогностическим увеличением санитарных потерь в случае применения оружия массового поражения, в том числе и в локальных конфликтах.

Санитарные потери терапевтического профиля делятся на две группы:

1 Боевые (боевая терапевтическая травма); 2 Небоевые.

Боевая терапевтическая травма - поражения, возникающие от ионизирующего излучения, отравляющих веществ, бактериологического оружия, ударной волны (закрытые травмы головного мозга или контузии), психологического воздействия при военных действиях (острые реактивные состояния), продуктов горения при пожарах и применении напалма (ожоги), а также их комбинация.

Небоевая терапевтическая патология - соматические, инфекционные, неврологические, психические, кожно-венерологические заболевания, заболевания внутренних органов при хирургической травме.

В современных условиях ведения военных действий возрастание санитарных потерь терапевтического профиля происходит за счет боевой терапевтической травмы. В предыдущих войнах в санитарных потерях терапевтического профиля преобладала небоевая терапевтическая патология.

Особенности современной боевой терапевтической травмы:

1 Резкое увеличение санитарных потерь терапевтического профиля с преобладанием тяжелых и комбинированных поражений.

2 Необходимость проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии большому количеству больных с увеличением длительности стационарного лечения.

3 Высокая частота возникновения осложнений, инвалидизации, смертельных исходов, острых реактивных состояний.

4 Привлечение большого количества врачей различных специальностей (радиолог, токсиколог, хирург, оториноларинголог, невропатолог, психиатр, окулист и т.д.) для лечения больных с боевой терапевтической патологией.

Характеристика основных категорий пораженных и больных, нуждающихся в терапевтической помощи.

По прогнозам специалистов, при применении оружия массового поражения, боевая терапевтическая травма составит от 80% до 90% санитарных потерь терапевтического профиля (от ядерного оружия - до 50% пораженных, от химического оружия - 100%, от огнестрельного оружия - до 10 %, острые реактивные состояния - до 100% пораженных). Следовательно, современные военные действия приведут к резкому увеличению санитарных потерь терапевтического профиля. В этом случае удельный вклад врача-терапевта становится соизмеримым с вкладом врача-хирурга в оказании помощи пострадавшим при ведении военных действий.

Особенности лечебно-эвакуационного обеспечения войск в современных условиях:

1 Развертывание медицинских частей вблизи очагов массовых санитарных потерь.

2 Готовность медицинского персонала к работе в условиях значительных перегрузок при массовом поступлении больных на всех этапах медицинской эвакуации.

3 Наличие четкого плана маневра силами, средствами медицинской службы и объемом медицинской помощи при массовом поступлении больных.

4 Развертывание специальных подразделений (отделений специальной обработки пораженных и больных, представляющих опасность для окружающих, психоизоляторов, отделений реанимации и интенсивной терапии).

5 Готовность лечебных учреждений к работе в условиях противозидемического режима и защите от оружия массового поражения.

6 Полная укомплектованность этапов медицинской эвакуации современной лечебно-диагностической аппаратурой и комплектно-табельным имуществом.

7 Постоянное повышение квалификации и уровня специальных знаний личного состава лечебных учреждений и других медицинских формирований.

Современные требования к организации терапевтической помощи.

- необходимость оказания экстренной медицинской помощи по жизненным показаниям около 30% больных с тяжелыми формами острой лучевой болезни и 60%-70% пораженных отравляющими веществами.

- необходимость оказания помощи большому количеству тяжелых, бесперспективных больных и пораженных.

- необходимость оказания помощи больным, требующие изоляции и представляющие опасность для окружающих (реактивные состояния, инфекционные больные, пострадавшие, имеющие загрязнение отравляющими и радиоактивными веществами).

Медицинская сортировка пораженных и больных терапевтического профиля.

Медицинская сортировка является основополагающим элементом организации медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации. Ее значение существенно возрастает в современных условиях ведения военных действий с применением оружия массового поражения.

Медицинская сортировка - это распределение раненых и больных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях по медицинским показаниям, установленным объемом помощи на данном этапе и принятым порядком эвакуации.

Деление больных и пораженных на группы при проведении медицинской сортировки:

Группа 1 Больные и пораженные представляющих опасность для окружающих (для проведения санитарной обработки и изоляции).

Группа 2 Больные и пораженные нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе, с определением места и очередности её получения;

Группа 3 Больные и пораженные нуждающиеся в дальнейшей эвакуации, с определением вида транспортного средства, очередности и способа транспортировки, эвакуационного назначения.

Организация и объем медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации.

Медицинская помощь на поле боя оказывается в порядке само-, взаимопомощи и младшим медицинским составом в следующем объеме:

1 Извлечение пораженных из завалов, бронетехники, горящих помещений, вынос из мест зараженных ОВ, РВ, БС;

2 Тушение горячей одежды;

3 Временную остановку кровотечения;

4 Освобождение полости рта от посторонних предметов и слизи (борьба с асфиксией), укладывание на бок (при рвоте, обильном носовом кровотечении);

5 Искусственное дыхание методом "рот в рот" или "рот к носу", а также с помощью S-образной трубки (при резком ослаблении и остановке дыхания);

6 Введение антидотов;

7 Введение обезболивающих средств из шприц-тюбика;

8 Наложение асептической повязки, иммобилизация;

9 Дегазация зараженных участков кожи и прилегающих участков обмундирования жидкостью из ИПП;

10 Дача противорвотных средств (при первичной реакции на облучение), антибиотиков (по показаниям);

Медицинская помощь в медицинском пункте батальона оказывается фельдшером батальона в следующем объеме:

1 Введение антидотов;

2 Введение сердечно-сосудистых, противосудорожных, седативных, противорвотных и обезболивающих средств (по показаниям);

3 Промывание глаз, полости рта и носа (при подозрении на попадание ОВ и РВ);

4 Вызов рвоты, беззондовое промывание желудка;

5 Назначение оксигенотерапии;

6 Искусственная вентиляция легких;

7 Дополнительная дегазация;

8 Выявление лиц, подозрительных на инфекционные заболевания

9 Срочная профилактика особо опасных инфекционных заболеваний.

10 Согревание раненых и больных, дача горячего питья (за исключением раненых в живот).

Медицинская помощь на медицинском пункте полка оказывается врачами в следующем объеме:

- 1 Устранение десобции ОВ с обмундирования, позволяющие снять противогаз с поступивших из очагов химического поражения (частичная санитарная обработка, смена обмундирования);
- 2 Очистка полости рта и носоглотки от слизи и рвотных масс;
- 3 Введение антидотов, противосудорожных, противорвотных, бронхолитических средств, столбнячного анатоксина;
- 4 Зондовое промывание желудка при пероральных отравлениях
- 5 Применение антитоксической сыворотки при отравлениях бактериальными токсинами и неспецифическая профилактика при поражениях БО;
- 6 Оксигенотерапия;
- 7 Искусственная вентиляция легких;
- 8 Кровопускание;
- 9 Инъекции сердечно-сосудистых, обезболивающих средств, дыхательных analeптиков;
- 10 Применение глазных мазей и пленок.
- 11 Назначение симптоматических средств;
- 12 Введение витаминов, сульфаниламидов, антигистаминных, седативных и других средств.

Медицинская помощь в отдельном медицинском батальоне (отдельной медицинской роте, отдельном медицинском отряде) оказывается терапевтами в следующем объеме:

- 1 Введение антидотов, столбнячного анатоксина;
- 2 Применение противосудорожных, сердечно-сосудистых средств, нейролептиков, дыхательных analeптиков, обезболивающих, спазмолитиков, мочегонных;
- 3 Струйное и капельное введение крови, кровезаменителей, заменное переливание крови;
- 4 Форсированный диурез;
- 5 Оксигенотерапия;
- 6 Искусственная вентиляция легких;
- 7 Промывание желудка;
- 8 Применение специфических сывороток при поражениях бактериальными токсинами;
- 9 Проведение неспецифической профилактики особо опасных инфекций у больных и раненых, поступивших из очага бактериологического заражения.

Медицинская помощь в военно-полевом терапевтическом Госпитале (ВПТГ) оказывается специалистами терапевтического профиля (терапевт-токсиколог, терапевт-радиолог, инфекционист, невропатолог, психиатр) в полном объеме, с применением комплекса современных лечебно-диагностических мероприятий и всего арсенала специального лечебно-диагностического оборудования.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Острая лучевая болезнь.
2. Медицинская сортировка.

Основная литература

1. Бережная, Е. В. Диагностика финансово-экономического состояния организации : учеб. пособие / Е. В. Бережная, О. В. Бережная, О. И. Космина. - М. : ИНФРА-М, 2016. - 304 с. - (Высшее образование . Бакалавриат). - ISBN 9785160068688 : 790.00

Дополнительная литература

1. Левчук, И. П. Медицина катастроф : учебник / И. П. Левчук, Н. В. Третьяков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - Текст : электронный. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460146.html>
2. Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф : учебник : в 2 т. / ред. И. А. Наркевич. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - Т. 1. - 768 с. - Текст : электронный. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474143.html>
3. Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф : учебник : в 2 т. / ред. И. А. Наркевич. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Т. 2. - 400 с. - Текст : электронный. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445976.html>
4. Гаркави, А. В. Медицина чрезвычайных ситуаций : учебник / А. В. Гаркави, Г. М. Кавалерский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 352 с. - Текст : электронный. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447192.html>
5. Лебедев, С. М. Медицинская защита в чрезвычайных ситуациях : учебное пособие / С. М. Лебедев, Д. И. Ширко. - Минск : Новое знание, 2021. - 200 с. - Текст : электронный. - URL: <https://reader.lanbook.com/book/171190#1>

Электронные ресурсы

16. ЭБС КрасГМУ «Colibris»
17. ЭБС Консультант студента ВУЗ

- 18.ЭБС Айбукс
- 19.ЭБС Букап
- 20.ЭБС Лань
- 21.ЭБС Юрайт
- 22.ЭБС MedLib.ru
- 23.НЭБ eLibrary
- 24.БД Web of Science
- 25.БД Scopus
- 26.ЭМБ Консультант врача
- 27.Wiley Online Library
- 28.Springer Nature
- 29.ScienceDirect (Elsevier)
- 30.СПС КонсультантПлюс