ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЛЭО

Войны конца XVIII и начала XIX веков показали:

-Войсковые лечебные учреждения быстро заполнялись ранеными;

- Затруднялось передвижение войск;

- Лечебная база отставала от войск;

- Возникла необходимость эвакуации раненых и больных в тыл для стационарного лечения.

В Крымскую войну 1853 - 1856 г.г. впервые было эвакуировано более 12 000 раненых.

Недостатки:

-«Эвакуация во что бы-то ни стало».

-Лечение во время эвакуации не предусматривалось.

-Высокая летальность.

ВКЛАД В ЛЭО Н.И.ПИРОГОВА

1876 г. - «**Проект организации эвакуации**». В русско-Турецкую войну 1877-1878 гг. появились эвакуационные комиссии на ж/д станциях.

Недостатки:

-Возглавляли ЭК строевые генералы (офицеры); - Отсутствие госпиталей – лечение «где придется»; - Отсутствие сортировки по Пирогову.

После Русско-Турецкой войны - «**Медицинская помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877-1878 гг**.».

1890 г. - «**Положение об эвакуации больных и раненых**». Действовало в Русско-Японскую войну 1904-1905 гг. и Первую мировую 1914-1918 г.г.

ЭВАКУАЦИОННЫЕ КОМИССИИ

<u>война 1904-1905 г.г. и 1914-1918 г.г.</u>

-ЭК расширены, появились «врачи для сортировки».

-Появились ЭК распределительные и окружные.

-ЭК иногда формировали **сборные эвакуационные пункты – прототипы ЭГ-** с госпиталями и лазаретами Красного Креста, «слабосильными командами», военно-санитарными поездами, дезинфекционными отрядами, банями, прачечными, питательными пунктами, складами медико-санитарного и хозяйственного имущества.

К 1916 г. было эвакуировано 4 154 493 раненых. Коечная ёмкость госпиталей составляла 427 000 коек (43,5 % от общего числа коек в тылу).

Недостатки: -ЭК возглавлялись строевыми офицерами;
-отсутствовала координация между ЭК;
-слабое снабжение и медицинский контроль в пути;
-хирургическая бездеятельность; -
эвакуация с фронта - «во чтобы то ни стало» без МП.

ЛЭО В 1918-1940 г.г.

1919-1920 г. - Военно-санитарное управление РККА

1929 г. - **«Руководство по санитарной эвакуации в РККА».** Учреждения эвакуации:
на фронте - полевые, фронтовые и вспомогательные эвакуационные пункты,
в тылу -распределительные (РЭП) и местные (МЭП) эвакуационные пункты.

При РЭП создавались лазареты для выздоравливающих, военно-санитарные поезда, экспертные комиссии.

В ходе боевых действий в районе р. Хал-Кин-Гол (май 1939 г.) и советско-финской войны, (1939-1940 г.) было развернуто 214 эвакуационных госпиталя Наркомздрава СССР (ЭГ НКЗ). Общая ёмкость эвакогоспиталей на 1.08.1940 г. составлено 412 тыс. коек.

ЛЭО В 1941-1945 г.г.

НКЗ СССР 1940 г. - «Положение о формировании эвакуационных госпиталей», организовано Главное управление ЭГ и управления (отделы) ЭГ при НКЗ республик, областных и краевых отделах здравоохранения. Непосредственное подчинение ЭГ- распределительным и местным ЭП.

В июле 1941 г. сформировано ЭГ на 658 000 коек, в октябре 1941 г. - 1 миллион коек.

В 1942 года НКЗ СССР - «Положение о формировании сортировочных госпиталей НКЗ» емкостью свыше 5000 коек, для разгрузки и погрузки в ВСП, сортировки и доставки в ЭГ по назначению.

СТАТИСТИКА 1941-1945 г.г.

-сформировано 1725 ЭГ и лечебной базы на более миллион коек;

-10 управлений распределительных ЭП;

-56 управлений местных ЭП;

-за годы войны было эвакуировано в ЭГ 7 705 968 раненых и больных;

-возвращено в строй после лечения 3 552 760 бойцов.

противоэпидемическая защита

-В 1941 г. на 17 крупных Ж/Д узлах были сформированы ОП;

-В феврале 1942 г. - постановление «О мероприятиях по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной Армии».

Барьеры распространения инфекции:

-медицинская служба запасных полков и бригад;

-на Ж/Д — силы и средства санитарно-противоэпидемического отдела ГВСУ НКПС

-обсервационные пункты НКЗ СССР;

-нештатные, а с 12 марта 1942 года — штатные санитарно-контрольные пункты.

ПРОБЛЕМЫ ЛЭО В ВОВ

-проблемы руководства - двойственное подчинение ЭГ - армии и здравоохранению;

-мало врачей-специалистов;

-в целом не укомплектованность врачами;

-недостаток медицинских сестер и санитарок;

-не грамотная сортировка;

-не полная наполняемость ЭГ (75-80%) или их переполнение;

-отсутствие преемственности в лечении;

-отсутствие восстановительного лечения;

-трудности в разгрузке военно-санитарных поездов (ВСП) в малых городах;

-плохие условия организации ЭГ в мелких населенных пунктах;

исторические выводы

1. Организованная массовая эвакуация раненых и больных в тыл страны возникла в войнах XIX столетия.
2. Окончательное теоретическое и организационное формирование система ЛЭО получила в сороковых годах XX века виде **системы этапного лечения** раненых и больных с эвакуацией их **по на значению.**
3. Опыт ВОВ 1941-1945 гг. подтвердил жизненность **системы этапного лечения** раненых и больных с **эвакуацией их по назначению.**
4. Руководство всеми сторонами деятельности эвакуационных госпиталей тыла страны должно осуществляться **одной структурой**.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Нормативно правовые акты:

- Конституция РФ.
- Федеральный конституционный закон.
- Федеральный закон.
- Указ Президента РФ.
- Постановление Правительства РФ.
- Нормативные акты федеральных органов исполнительной власти РФ.

Конституция Российской Федерации (12 декабря 1993г.)

В статье 4 Конституции указывается, что Российская Федерация обеспечивает целостность и неприкосновенность своей территории.

Статья 87 определяет, что:

-Президент Российской Федерации является Верховным Главнокомандующим ВС РФ;

-В случае агрессии против РФ или непосредственной угрозы агрессии Президент вводит на территории РФ или в отдельных ее местностях военное положение;

-Режим военного положения определяется федеральным конституционным законом.

Законы РФ о ЛЭО

- *ФЗ от 31 мая 1996года № 61-ФЗ «Об обороне».*
- *ФЗ от 26 февраля 1997года № 31-ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации».*
- ФЗ *от 28марта 1998 года № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе».*
- *ФКЗ от 30мая 2001 года № 3-ФК, «О чрезвычайном положении».*
- *ФКЗ от 30 января 2002 года № 1 «О военном положении».*
- *ФЗ от 29 декабря 2004года№ У9-ФЗ «О государственном материальном резерве».*

ФЗ от 26.02.1997г. № 31 «О мобилизационной подготовке и мобилизации в РФ».

МП - комплекс мероприятий, проводимых в мирное время, по заблаговременной подготовке экономики РФ, государственной власти и организаций к войне.

МП может быть общей или частичной.

Принципы МП:

Централизованное руководство;

Заблаговременность, планирование и контроль;

Комплектность и взаимосогласованность;

Мероприятия мобилизационной подготовки

-Разработка планов мп.

-Подготовка здравоохранения к работе в мирное время.

-Проведение мероприятий по переводу здравоохранения на военное время.

-Создание, развитие и сохранение мобилизационных мощностей.

-Создание, накопление, сохранение и обновление запасов материальных средств.

-Подготовка и организация медицинского обеспечения.

-Бронирование граждан, пребывающих в запасе.

-Перевод органов управления на работу в военное время.

-Подготовка и создание специальных формирований.

-Научно-методическое обеспечение мп.

-Проведение учений и тренировок по мп.

Федеральный КЗ от 30мая 2001 года № 3-ФК, «О чрезвычайном положении».

ЧП вводится на всей территории РФ или в ее отдельных местностях.

ЧП – это особый правовой режима, допускающий ограничения прав и свобод граждан, организаций и т.д., а также возложение на них дополнительных обязанностей.

Обстоятельства введения ЧП:

-попытки насильственного изменения конституционного строя

-чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера с человеческими жертвами и значительными материальными потерями.

В законе указаны силы и средства, обеспечивающие режим ЧП, особое управление территорией, на которой введено чрезвычайное положение, гарантии прав граждан и ответственность граждан в условиях ЧП.

Федеральный КЗ от 30 января 2002 года № 1

«О военном положении».

Основаниями для введения вп является агрессия против РФ или непосредственная угроза агрессии.

Актами агрессии против Российской Федерации признаются:

-вторжение или нападение иностранного государства ;

-бомбардировка вс иностранного государства

-блокада портов или берегов РФ;

-засылка вооруженных банд, регулярных сил или наемников;

Актами агрессии против РФ могут признаваться также другие акты применения вс, несовместимые с Уставом ООН.

При введении вп на территории РФ объявляется общая или частичная мобилизация.

В законе изложены **правила введения** вп, дается определение **режима** вп и его **обеспечение, полномочия** органов государственной власти и **особенности функционирования** в период действия военного положения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЭО

Принципы ЛЭО отражены в «Руководство по эвакуации раненых и больных из ГБФ в ТГ МЗ ».

Руководство эвакуацией осуществляет:

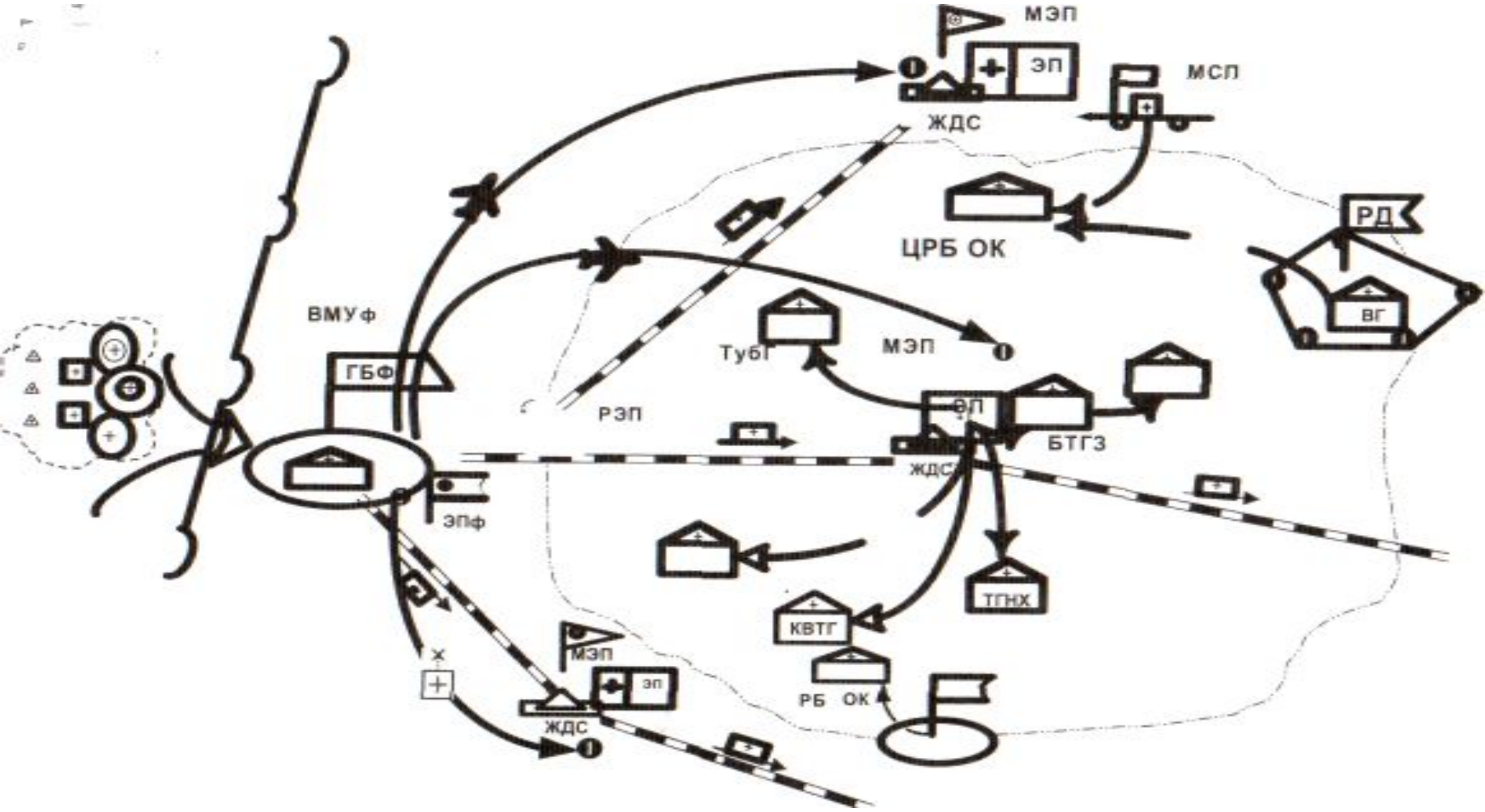
Первый этап - ГВМУ МО;

Второй этап - управление ТГ МЗ.

Организация эвакуации ложится на ЭПФ и ЭП тыла (распределительные, местные).

Сроки эвакуации – Ж/Д – 5-7, авио -2-3 суток.

Принципиальная схема эвакуации раненых и больных из ГБФ в ТГЗ



Специальные формирования

- **создаются при объявлении мобилизации в тылу страны**
- **Предназначены для квалифицированного и специализированного лечения раненых и больных, их реабилитации.**
- **Для противоэпидемических мероприятий среди войск, осуществляющих передислокацию.**

Они являются структурными подразделениями Министерства здравоохранения РФ.

специальные формирования здравоохранения

предназначены для специализированного лечения и противоэпидемических мероприятий.

К специальным формированиям здравоохранения относятся:

- органы управления специальными формированиями (6%);
- тыловые госпитали здравоохранения (92%);
- обсервационные пункты (2%).

Тыловые госпитали здравоохранения Российской Федерации

являются составной частью современной системы <u>этапного лечения</u> раненых и больных с эвакуацией их <u>по назначению</u>.

ТГМЗ

В 1986 г. МЗ утвердило шесть типов ТГ:

4 многопрофильных госпиталя - базовый, терапевтический, нейрохирургический, травматологический.

2 узкоспециализированных госпиталя - кожно-венерологический, туберкулезный.

Коечная емкость ТГ 400 - 600 коек.

задачи ТГМЗ

-прием, медицинская сортировка и санитарная (специальная) обработка, специализированная медицинская помощь, лечение до исхода и медицинская реабилитация, военно-врачебная экспертиза;

-своевременная выписка из госпиталей;

-подготовка к эвакуации в другие ЛПУ;

-организация охраны госпиталя;

-оказание консультативной помощи;

-материально-бытовое обеспечение раненых и больных, выплата им денежного довольствия;

- культурно-досуговая работа;

-медицинский, материальный и финансовый учет;

-подготовки личного состава госпиталя;

-научно-исследовательская работа.

Базовый госпиталь

Отделения: приемно-эвакуационное, сортировочно-эвакуационное, полостной хирургии, травматологическое, ожоговое, гинекологическое ,стоматологическое (с зуботехнической лабораторией), операционное, анестезиологии и реанимации, терапевтическое, физиотерапевтическое, лабораторное.

Кабинеты: функциональной диагностики, рентгеновский, лечебной физкультуры.

На базовые ТГ возлагаются дополнительные задачи

- развертывание на Ж/Д станциях, в портах и аэропортах в районах дислокации базовых ТГЗ **эвакуационных приемников;**
- разгрузка прибывающих санитарных транспортов;
- **прием,** медицинская **сортировка**, временное **размещение** и **подготовка дальнейшей эвакуации** раненых и больных, подлежащих лечению в других тыловых госпиталях, и организация их доставки в эти госпитали;
- оказание неотложных мероприятий **квалифицированной медицинской помощи** раненым и больным, находящимся в нетранспортабельном состоянии, их временная госпитализация до восстановления транспортабельности.

Нейрохирургический госпиталь

Отделения: приемно-сортировочное, нейрохирургическое, хирургическое, отоларингологическое, офтальмологическое, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (с зуботехнической лабораторией), операционное, анестезиологии и реанимации, психоневрологическое, физиотерапевтическое, лабораторное.

Кабинеты: функциональной диагностики, рентгеновский, лечебной физкультуры.

Травматологический госпиталь

Отделения: приемно-сортировочное, хирургическое, травматологическое, ожоговое, легкораненых, стоматологическое (с зуботехнической лабо раторией), операционное, анестезиологии и реанимации, физиотерапевтическое, лабораторное.

Кабинеты: функциональной диагностики, рентгеновский, лечебной физкультуры, ортопедическая лаборатория.

Терапевтический госпиталь

Отделения: приемно-сортировочное, хирургическое, анестезиологии и реанимации, терапевтическое, психоневрологическое, инфекционное, физиотерапевтическое, лабораторное.

Кабинеты: стоматологический, функциональной диагностики, рентгеновский, лечебной физкультуры.

Туберкулезный госпиталь

Отделения: приемно-диагностическое, фтизиохирургическое, стоматологическое (с зуботехнической лабораторией), анестезиологии и реанимации, фтизиотерапевтическое, физиотерапевтическое.

Кабинеты: эндоскопический, функциональной диагностики, рентге новский, лечебной физкультуры.

Кожно-венерологический госпиталь

Отделения: приемно-сортировочное, кожно-венерологическое, физио терапевтическое, лабораторное.

Кабинеты: стоматологический, функциональной диагностики, рентгеновский, лечебной физкультуры.

Подготовка к эвакуации в ТГ

НЕОБХОДИМЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

-завершение необходимой врачебной МП;

-замену транспортной иммобилизации на лечебную (гипсовая повязка, аппарат для внеочаговой фиксации, остеосинтез переломов);

-подготовка к условиям транспортировки и длительной эвакуации (восполнение кровопотери, купирование болевого синдрома и психомоторного возбуждения, детоксикационная терапия и др.);

-полная санитарная обработка;

-оформление истории болезни или мед. карты;

-выдача продовольственного, вещевого и денежного аттестатов;

-выдача личных вещей, орденов и медалей;

-выдача обмундирования в соответствии со временем года и погодой.

ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ

Для обеспечения преемственности в истории болезни указываются:

-время поступления в ГБФ,

-диагноз основного и сопутствующего ранения (заболевания).

-выполненная МП, -

послеоперационное течение, -

данные объективных исследований, -

обоснование перевода в ТГЗ, -

необходимые медицинские мероприятия в пути следования.

ЭВАКУАЦИОННЫЕ ПУНКТЫ

Это орган управления эвакуацией, с которым руководители здравоохранения всех уровней будут осуществлять наиболее тесное взаимодействие.

Распределительные ЭП (РЭП) определяют эвакуацию по направлениям.

Местный ЭП (МЭП) предназначен для:

-организации приема и распределения в ТГ МЗ;

-оперативного руководства деятельностью ТГ МЗ.

Органы управления специальными формированиями здравоохранения

В МЗРФ - Главное управление по руководству специальными формированиями здравоохранения, отделы и секторы по руководству ТГ и ОП.

В субъектах РФ - структуры при руководящих органах здравоохранения.

Они формируются при объявлении мобилизации для руководства ТГ и ОП.

Планирование и организация мобилизационной подготовки

Возлагается на органы управления здравоохранением субъектов РФ на их мобилизационные подразделения.

В соответствии с нормативной правовой базой решаются следующие вопросы:

1. Комплектование личным составом ТГ;
2. Материальное, техническое и финансовое обеспечение ТГ;
3. Отвод, приспособление и оборудование зданий для ТГ.

задачи управления

-руководство работой ТГ и ОП;

-взаимодействие с ГВМУ МО для обеспечения преемственности МП;

-организация и осуществление контроля за качеством лечения;

-контроль за санитарно-гигиеническими и противоэпидемическими мероприятиями;

-организация справочной работы о МП;

-обеспечения ТГ и ОП нормативными документами;

-НИР по вопросам деятельности ТГ и ОП;

-организация подготовки и профессиональному усовершенствованию специалистов;

-организация медицинского снабжение ТГ и ОП;

-медицинский и бухгалтерский учет;

-статистический анализ лечебной работы;

-расформирование ТГ и ОП.

Комплектование ТГ

-Порядок, сроки приема личного состава для ТГ определяет командующий войсками военного округа.

-Комплектование осуществляется местными военными комиссариатами.

В ТГ МЗ призываются:

а) граждане состоящие на общем воинском учете;

б) специалисты не состоящие на воинском учете и работающие в мирное время в ЛПУ МЗ

в) граждане, нанимаемые на работу в период мобилизации и в военное время.

Начальник ТГ обязан изучить заранее приписанный личный состав.

Материальное, техническое и финансовое обеспечение ТГ

ТГ в период мобилизации и в военное время обеспечиваются МО РФ и МЗ РФ. МО поставляет не медицинское имущество. МЗ обеспечивает медицинским и хозяйственным имуществом.

Обеспечение ТГ имуществом осуществляется:

- из мобилизационного резерва;
- из имущества ЛПУ МЗ;
- приобретением во время мобилизации.

Финансирование мероприятий по подготовке ТГ осуществляет МЗ РФ за счет средств федерального бюджета.

Обеспечение продовольствием, расходным материалом ТГ в период мобилизации и в военное время осуществляется органами исполнительной власти субъектов РФ.

Отвод зданий для ТГ

Осуществляется органами исполнительной власти субъектов РФ и местного самоуправления.

Для размещения тыловых госпиталей отводятся здания и помещения:

- ЛПУ независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности (госпитали ветеранов войн, больницы, санатории, дома отдыха, профилактории и т. д.) и прилегающая к ним территория;
-здания и помещения учебных заведений, гостиниц и других учреждений, требующие минимальных затрат материальных средств для их приспособления.

обсервационный пункт предназначение

ОП предназначены для временной изоляции воинских эшелонов при их эпидемическом неблагополучии. Основная их функция – противоэпидемический барьер.

Задачи ОП: - прием, санитарная обработка, дезинфекция;

-выявления инфекционных больных, их изоляция и госпитализация;

-лабораторные обследование;

-проведение профилактических прививок;

-материальное обеспечение;

- санитарно-просветительская работа;

-заключительный медицинский осмотр.

СТРУКТУРА ОП

Управление, отделения приемно-диагностическое с изолятором на 50 коек, дезинфекционное, хозяйственное, бактериологическая лаборатория, аптека, столовая склады.

Штат-77 человек (3 в/сл, 74 гражд.).

Здания под ОП отводятся вблизи от Ж/Д станций портов, аэродромов для размещения не менее 2000 человек.

Порядок обсервации

Обсервации подвергаются формирования при наличии среди них более 2% однородных или 5% разнородных случаев инфекционных заболевании или одного случая ООИ.

Мероприятия: - медицинский осмотр; - выявление и госпитализация заболевших; -полная санитарная обработка; -дезинфекция; -ежедневный медицинский осмотр; - лабораторное обследование.

Срок обсервации зависит от характера инфекции.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МАТЕРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ МЕДИЦИНСКОГО И САНИТАРНО-ХОЗЯЙСТВЕННОГО ИМУЩЕСТВА

«Резерв» - французское слово «reserv». Латинское слово «reservus». Означают сберегаю, сохраняю и запас чего-либо на случай надобности.

Государственный резерв - это создаваемые и планомерно пополняемые государством запасы сырья и материалов, топлива, зерна и других продовольственных товаров, некоторых видов машин и оборудования, необходимые для бесперебойного функционирования экономики, для нужд обороны, ликвидации последствий стихийных бедствий и удовлетворения других потребностей государства и общества.

С древних времен человечество на случай ЧС заготавливало запасы продовольствия впрок до нового урожая.

Искусство длительно сохранять накопленные запасы пришло из глубины веков. 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.

Создание системы резервов РФ - 1931 г.

С 1935 г. стали утверждаться годовые планы.

Накопленные к началу 40-х годов запасы сыграли важную роль в обеспечении армии и тыла в период Великой Отечественной войны.

В 60-90 годы система государственного резерва продолжала развиваться.

В 1994 году принят ФЗ «О государственном материальном резерве», который устанавливает общие принципы формирования, размещения, хранения, использования и освежения запасов государственного резерва.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МАТЕРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ МЕДИЦИНСКОГО И САНИТАРНО-ХОЗЯЙСТВЕННОГО ИМУЩЕСТВА

предназначение госрезерва:

- обеспечения мобилизационных нужд РФ;
- ликвидация последствий ЧС;
- государственная поддержка предприятий народного хозяйства и субъектов РФ;
- поддержание экономики региона при ЧС;
- гуманитарная помощь;
- регуляция рынка РФ.

Доставка пострадавших из района катастрофы специализированным самолетом «Скальпель».

АВТОМОБИЛЬ НА ДЕСАНТИРУЕМОЙ ПЛАТФОРМЕ

Автомобиль на десантируемой платформе с оснащением медицинской группы воздушно-десантных

Капсула для десантирования медицинского персонала с 300 кг груза на воду и землю.

ВСЕРОСИЙСКИЙ ЦЕНТ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА»

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОЙ ОСЕТИИ

Отдельный медицинский отряд специального назначения, развернутый на учении. Вид с самолета.

Общий вид операционно-реанимационного комплекса отдельного медицинского отряда специального назначения.

Палата сортировочно-эвакуационного отделения отдельного медицинского отряда специального назначения.

Перевязочная отдельного медицинского отряда специального назначения.

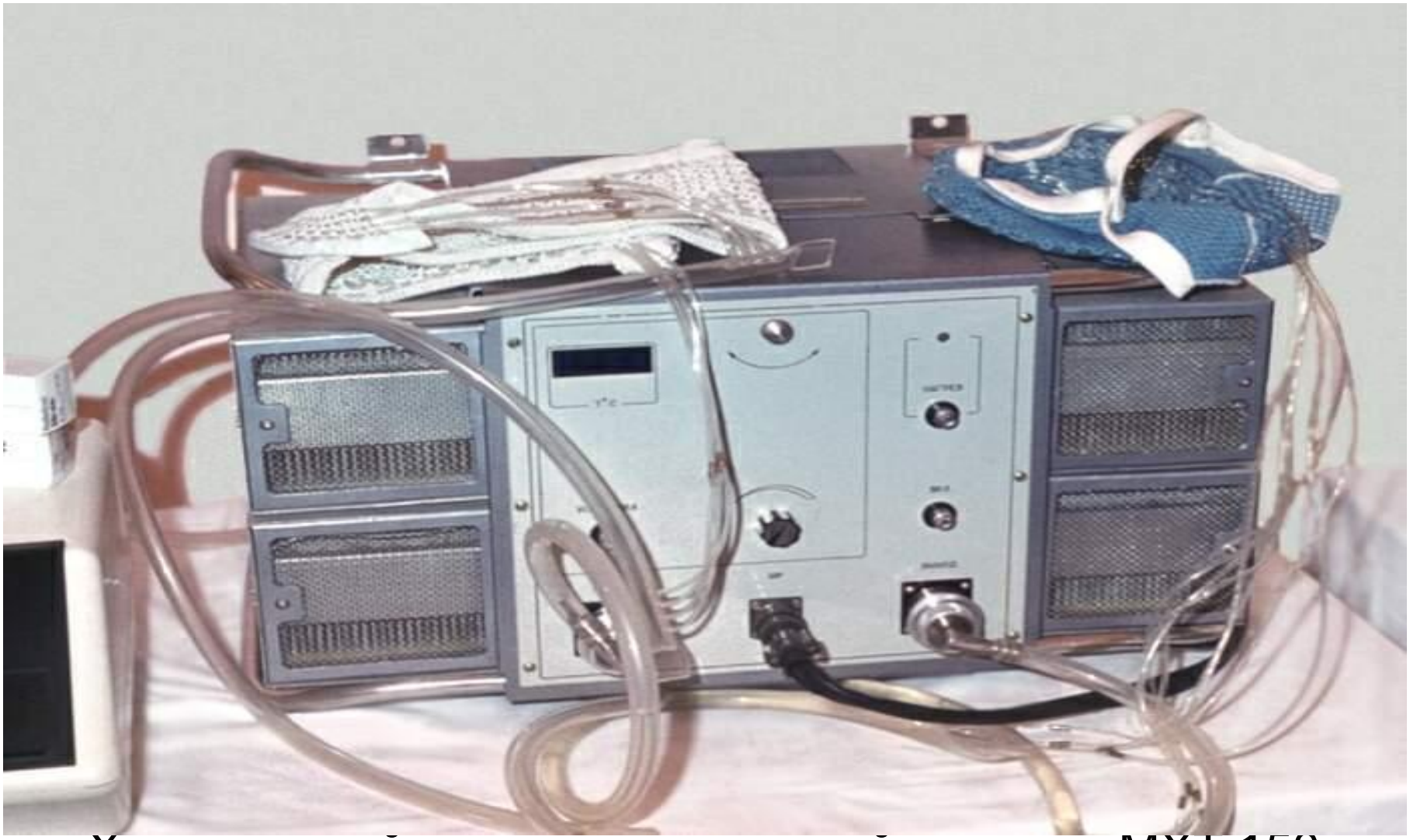
Некоторые виды портативного медицинского имущества для мобильных полевых госпиталей.

Стоматологическая укладка.

Некоторые виды портативного медицинского имущества для оснащения мобильных полевых госпиталей. Оснащение рентгеновского блока.

Некоторые виды портативного медицинского имущества для оснащения мобильных полевых госпиталей.

Измеритель скорости кровотока «Поток-1».



Холодильный термоэлектрический модуль «МХТ-150» (обеспечивает проведение локальной гипотермии при острой хирургической патологии органов брюшной полости и повреждениях головного мозга).

АНТИШОКОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОСНАЩЕННОЕ НЕОБХОДИМЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ

ДОРОЖНОТРАНСПОРТНЫЕ ПРОИШЕСТВИЯ – ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ГИБЕЛИ И ПОЛУЧЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

РАЗВЕРНУТЫЙ ДЛЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИЙ ПУНКТ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ В ОЧАГЕ ИЛИ РЯДОМ С ОЧАГОМ ЧС

ПРИНЦИПЫ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО ИЗ ПОД СНЕГА. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОТКАПЫВАЕТСЯ ГОЛОВА, ЛИЦО.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ВОДНОГО ПРЕПЯТСТВИЯ ГРУППОЙ ДЕТЕЙ – ПОД КОНТРОЛЕМ ВЗРОСЛЫХ И ЦЕПЬЮ ДРУГ ЗА ДРУГОМ

СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В ОЧАГЕ ЧС

Руководитель детского Центра медицины катастроф

Леонид Рошаль

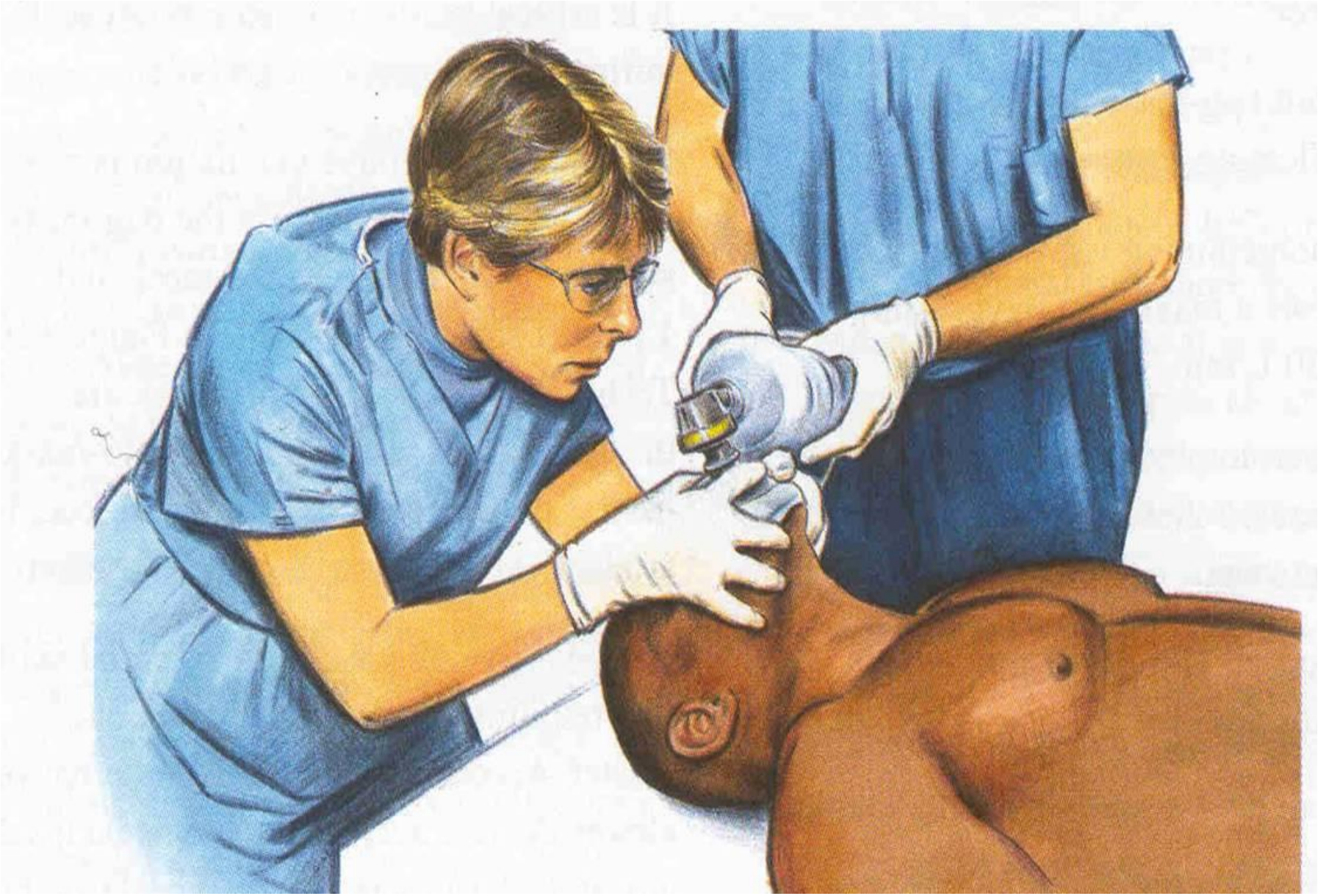
УЧЕНИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭВАКУАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ОЧАГА ЧС

УЧЕНИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭВАКУАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ИЗ ОЧАГА ЧС

Врачи центра медицины катастроф оказывают помощь потерпевшему

© AnNat / Фотобанк Лори

lori.ru/224188



ИСКУСТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ РУЧНЫМ АППАРАТОМ

МЕТОДИКА СПАСЕНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО ИЗ ВОДЫ

Пассажиры решили охотиться на горных козлов непосредственно с воздуха. Вертолет опустился слишком низко и зацепил склон горы хвостовым винтом, после чего произошла остановка двигателя.