

# 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 гг.

# ЭВАКУАЦИОННЫЕ КОМИССИИ

война 1904-1905 г.г. и 1914-1918 г.г.

- 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 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 режим, 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.

## **«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:

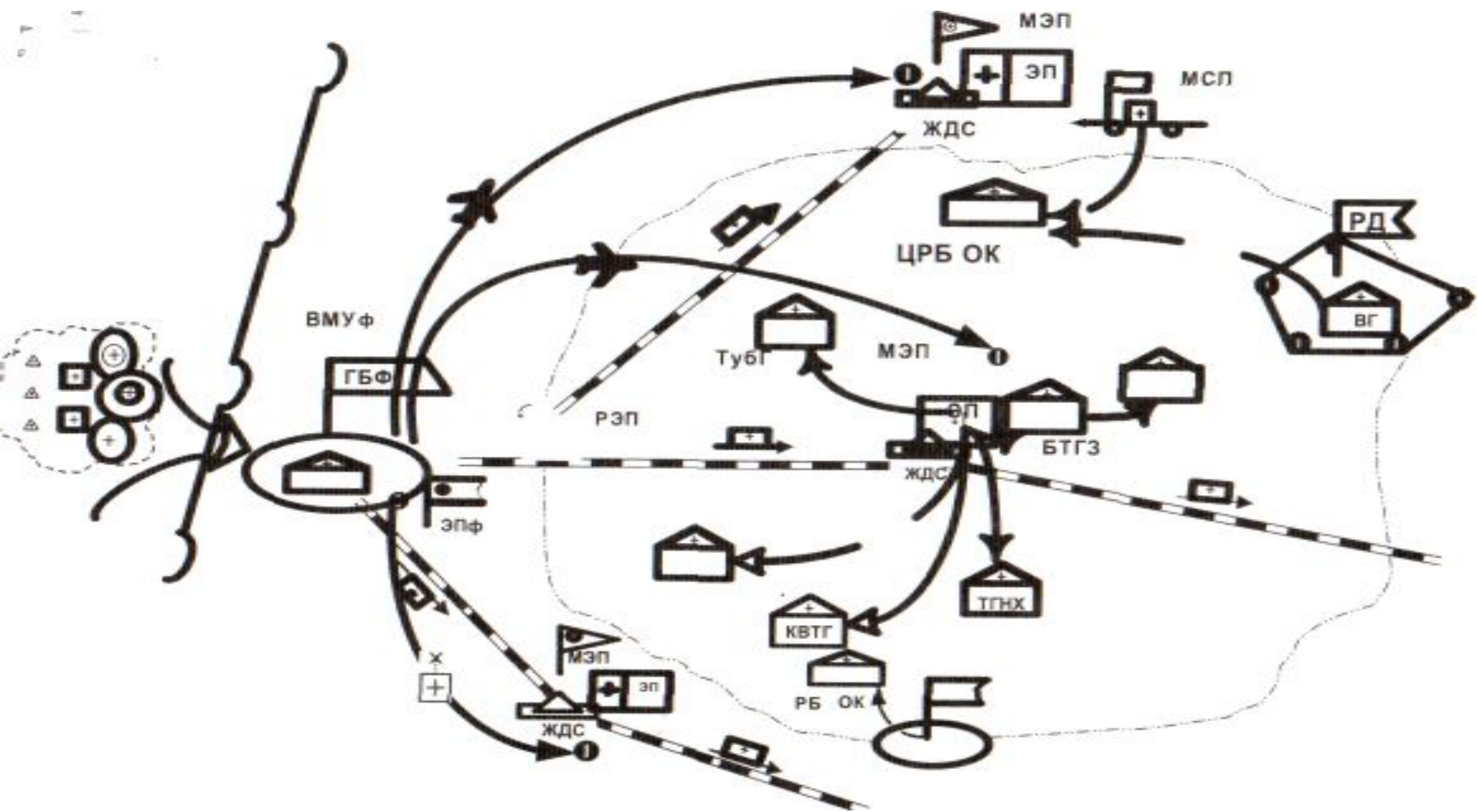
Первый этап - ГВМУ МО;

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%);**
- наблюдательные пункты (2%).**

# Тыловые госпитали здравоохранения Российской Федерации

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

# 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 лабораторией), 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, рентгеновский, 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 заболеваний 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 берегаю, 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.

ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА»  
МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО НАСЕЛЕНИЯ  
ЮЖНОЙ ОСЕТИИ



Сегодня  
ЮЖНАЯ ОСЕТИЯ



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



**Общий вид оперативно-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.  
Стоматоло-  
гическая  
укладка.



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







Некоторые виды портативного медицинского имущества для оснащения мобильных полевых госпиталей.  
**Измеритель скорости кровотока «Поток-1».**



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



**АНТИШОКОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОСНАЩЕННО 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**



ГОРНОСНАЖИ  
www.gornosnazi.ru

**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**

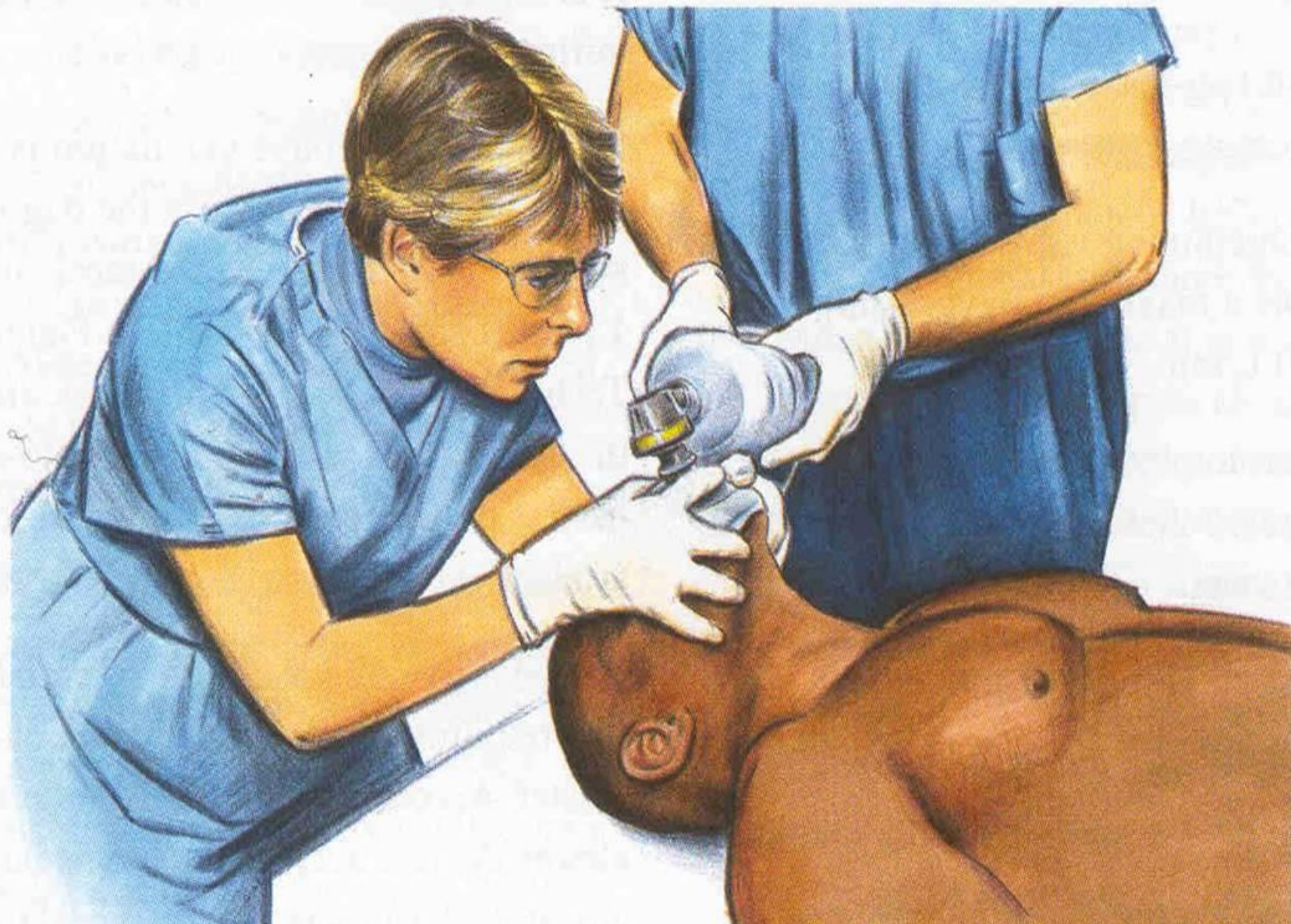


Врачи центра медицины катастроф оказывают помощь потерпевшему

© AnNat / Фотобанк Лори



[lori.ru/224188](http://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.**

