

ХII. Доврачебная медицинская помощь

Важнейшая задача руководителя туристского похода с детьми – сохранение их жизни и здоровья. Как бы тщательно ни готовился поход, никто не может дать его участникам гарантии абсолютной безопасности. Климатические и погодные изменения, сложность преодоления естественных препятствий, невниманье и беспечность самих детей – все это может стать причиной заболеваний и травм. Поэтому руководитель обязан уметь оказать пострадавшим первую доврачебную помощь и, в случае необходимости, обеспечить их транспортировку в медицинское учреждение. Хорошо, если у руководителя в рюкзаке постоянно находится медицинский справочник, который поможет ему в сложной ситуации. В настоящее время недостатка в медицинской литературе нет, однако есть книги, проверенные десятилетиями, которые помогли спасти не одну человеческую жизнь. Уже около двух десятилетий автор данной книги пользуется **«Медицинским справочником туриста»**, выпущенным в 1986 году Профиздатом. Автор справочника – А.А. Коструб, кандидат медицинских наук, мастер спорта СССР по туризму. Книга и в те годы не залеживалась на прилавках магазинов, несмотря на впечатляющий тираж - 200 тысяч экземпляров, а сейчас она стала библиографической редкостью. Разумеется, за прошедшие годы появились новые эффективные лекарственные средства, поэтому педагогам, проводящим походы с детьми, необходимо регулярно консультироваться со специалистами. Знать основные приемы оказания доврачебной помощи необходимо не только руководителю, но и всем участникам похода. В период обучения в школе детей знакомят с основными правилами оказания первой доврачебной помощи, однако эти знания не подкрепляются практикой, поэтому юным туристам надо постоянно закреплять теоретические знания на практических занятиях, учитывая специфику заболеваний и травм, встречающихся в походах. Участники похода должны также знать содержимое аптечки и уметь применять основные лекарственные средства. Ведь от этого зависит их здоровье, а иногда и сама жизнь.

Перед выездом в поход, лагерь целесообразно собрать с родителей сведения об особенностях здоровья их детей. Для этого можно разработать специальную анкету, в которой должны быть сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, наличии аллергических реакций на пищу, укусы насекомых. Полезной будет информация об особенностях перенесения повышении температуры тела, принятых в семье способах лечения. При наличии специфического заболевания родители должны дать ребенку с собой необходимые лекарства, сообщив правила пользования, лучше - в письменном виде.

Нелишне напомнить о необходимости соблюдать личную гигиену: чистить зубы, своевременно обрезать ногти, перед сном мыть ноги холодной водой, содержать в чистоте белье, носки.

В каждой туристской группе обязательно должна быть аптечка. Ответственность за наличие и правильное использование групповой аптечки возлагается на санитаря.

Таблетки и порошки укладывают в плотно закрывающиеся металлические, пластмассовые и деревянные коробочки, на которых указывается название лекарств и их дозировка. Чтобы жидкие препараты не пролились, на горлышко пузырьков можно надеть резиновые соски.

Состав аптечки

Сердечно-сосудистые препараты. Настойка валерианы и ландыша - принимают по 15 - 20 капель при болях в области сердца 3 - 4 раза в день. Кордиамин - по 15 - 20 капель 2 - 3 раза в день при сердечной недостаточности, больших травматических повреждениях. Валидол - по 1 таблетке 2 - 3 раза в день при болях в области сердца.

Обеззараживающие препараты. Настойка йода 5%-ная - для обработки кожи вокруг ран. Спиртовой раствор бриллиантовой зелени 1%-ной - для обработки ран, смазывания кожи при ссадинах, гнойничковых высыпаниях и потертостях. Перманганат калия (марганцовка) для промывания желудка при отравлениях, обработки нагноившихся ссадин и небольших ран, полоскания горла при ангине.

Обезболивающие препараты. Анальгин - по 1 таблетке 3 - 4 раза в день при ушибах, переломах и других травмах. Сразу после получения травмы пострадавшему дают 2 таблетки. Амидопирин - жаропонижающее и болеутоляющее средство при головной и зубной болях, а также при травматических повреждениях по 1 таблетке 3 - 4 раза в день. Бесалол - по 1 таблетке 3 - 4 раза в день при болях, связанных с пищевым отравлением, болезненных менструациях. Цитрамон - по 1 таблетке при головной боли.

Противовоспалительные препараты. Ацетилсалициловая кислота (аспирин) - по 1 таблетке 3 раза в день как жаропонижающее средство. Сульфадимезин и стрептоцид - по 1 таблетке 3 - 4

раза в день при катарах верхних дыхательных путей, ангине. Таблетки от кашля - по 1 таблетке 3 раза в день.

Димедрол, супрастин, пипольфен - при крапивнице, аллергии, при отравлении ягодами или грибами.

Нашатырный спирт дают вдыхать при потере сознания, обмороке.

Английская соль, касторовое масло, сенаде - слабительные средства.

Ментоловое масло, санорин, нафтизин закапывают в нос по 2 - 3 капли при насморке.

Мазь синтомициновая (пенициллиновая, тетрациклиновая) - наружное средство при ссадинах, ранах, ожогах, обморожениях.

Примерный набор групповой аптечки на 8 - 10 человек

Индивидуальные пакеты	5 шт.
Бинты стерильные (узкие и широкие)	6 шт.
Термометр	1 шт.
Жгут резиновый	1 шт.
Английские булавки	8 шт.
Ножницы	1 шт.
Пинцет	1 шт.
Пипетка	2 шт.
Вата стерильная	200 гр.
Мазь Вишневского	50 гр.
Спирт медицинский	100 гр.
Спирт нашатырный	25 гр.
Настойка йода 5%	50 гр.
Перманганат калия	1 уп.
Перекись водорода 2%	100 гр.
Валериановые капли	1 флакон
Валокардин или корвалол, кардиамин	1 флакон
Зубные капли	1 флакон
Нафтизин	1 флакон
Ацетилсалициловая кислота (аспирин)	30 таблеток
Анальгин	40 таблеток
Таблетки от кашля	30 таблеток
Борный вазелин	1 тюбик
Крем от солнечных ожогов	1 тюбик
Синтомициновая эмульсия 5 - 10%	1 баночка
Лейкопластырь (широкий и узкий)	4 рулона
Бриллиантовая зелень	1 флакон

Каждый юный турист должен быть знаком с методами **искусственного дыхания**, чтобы суметь в случае необходимости оказать помощь тонущему, пораженному молнией или при сердечном приступе. Пострадавшего укладывают на спину, лучше на что-нибудь жесткое (щит, доску), приподняв ноги, голову необходимо запрокинуть назад - в таком положении лучше проходит воздух, кровь притекает к сердцу. Одной рукой поддерживая голову пострадавшего в запрокинутом положении и зажимая нос другой, спасающий через платок выполняет энергичный выдох в рот пострадавшего. После каждого такого «вдоха» разжимают нос пострадавшего для «выдоха». Выдох происходит пассивно благодаря созданному повышенному давлению в легких и их эластичности. Искусственное дыхание рекомендуется сопровождать в момент пассивного выдоха непрямым массажем сердца, что облегчает выдох: одна рука на грудной клетке, другая сверху, попеременно быстро надавливают на грудь и отпускают. На четыре толчка - один вдох. Искусственное дыхание с массажем сердца удобнее делать вдвоем, но может справиться и один человек.

Пострадавшему вдувают воздух 18 - 20 раз в минуту. Вдувание прекращается тогда, когда грудная клетка пострадавшего несколько расширяется. Искусственное дыхание и массаж сердца проводят до восстановления глубокого самостоятельного дыхания и отчетливого сердцебиения.

(Рис.).

Наложение повязок

Бинтовые повязки накладывают, чтобы защитить рану от загрязнения и инфицирования, уменьшить боль (например, при ушибе), создать определенное давление с целью остановки

кровотечения. Повязка должна прилегать к поврежденному участку тела, но не сдавливать его. Стерильная повязка состоит из марли или бинта и ваты - лучше гигроскопической, то есть обезжиренной, хорошо впитывающей жидкость.

Перед тем как наложить повязку, рану обрабатывают: удаляют грязь кусочком стерильного материала, смазывают йодом кожу вокруг. Обработанный кусочек бинта или ваты берут пинцетом или ножницами, предварительно прокипятив или протерев их концы спиртом (йодом, водкой), и накладывают на рану. После этого рана бинтуется.

Существуют специальные индивидуальные пакеты, в которых содержится бинт с двумя ватно-марлевыми подушечками. Одна из них пришита к концу бинта, другая свободно на него надета, ее можно передвигать. Перевязочный материал индивидуального пакета стерилен, завернут в бумагу, клеенку, а затем в наружный бумажный пакет, в средней части которого проходит нить. Потянув за эту нить, пакет легко вскрыть. Извлекать перевязочный материал надо так, чтобы не загрязнить сторону повязки, накладываемую на рану. Красной нитью отмечена поверхность подушечки, которую можно взять рукой. Эти пакеты удобны, просты в использовании и незаменимы в условиях похода.

Существуют общие правила наложения повязок: бинтовать начинают с периферии (кроме повязок на суставы), и первые витки делают на здоровом участке, вблизи повреждения, а заканчивают выше раны.

Став лицом к больному, бинт держат в правой руке и, приложив левой рукой конец бинта к коже, раскатывают его от себя. Каждый тур бинта должен ложиться ровно, без складок, закрывая половину предыдущего витка, что обеспечивает надежную фиксацию. Завязывают бинт или изменяют направление его хода на стороне, противоположной поврежденному участку. Нельзя прикасаться руками к той части бинта, которая ляжет на рану.

Повязки при повреждении головы, лица не должны сбиваться или давить на уши, лоб, шею или подбородок. Если позволяет характер травмы, повязки не должны закрывать глаза и уши.

(Рис.)

На стопу, область голеностопного сустава накладывают различные повязки (возвращающаяся, колосовидная, восьмиобразная, на пяточную область).

(Рис.)

Царапины и незначительные раны на руках и ногах – специфические для туризма повреждения кожного покрова, поэтому в аптечке необходимо иметь достаточные запасы йода и зеленки. Если на коже появились незначительные царапина, ссадина, порез, на ранку можно нанести тонким слоем клей БФ. Он быстро засыхает, образуя эластичную пленку, которая держится несколько дней. Особенно удобна такая «повязка» на сгибах пальцев, ладонях, на лице - там, где бинт плохо удерживается или мешает работе. Если пленка повредится или отслоится, ранку снова смазывают клеем. Ни в ком случае нельзя наносить клей на загрязненную или воспаленную поверхность. Часто повреждения кожного покрова сопровождаются **раздражением** вследствие попадания в ранки пота или воздействия крапивы. В этом случае принимают супрастин, димедрол, пипольфен (1 - 3 таблетки в течение дня).

Ушибы. На поврежденную область, предварительно смазав ее йодом, накладывают холод (резинный пузырь или полиэтиленовый мешочек со льдом, холодной водой). Чтобы быстрее рассосалась гематома (синяк), на второй день к ушибленному месту прикладывают согревающий компресс. Его делают несколько раз в день, так как тепло расширяет сосуды и способствует усилению кровотока. Компресс делают из трех слоев: куска ткани, смоченной в горячей воде и отжатой, полиэтилена и фланели. Влажный слой вплотную прикладывают к коже, покрывают остальными слоями компресса и перевязывают бинтом. Можно делать и теплые ванночки. Место ушиба нельзя растирать, массировать.

Растяжение связок. Иногда турист, споткнувшись о лежащее на земле дерево, камень, попав ногой в ямку, получает растяжение связок голеностопного сустава. Признаки растяжения: припухлость, резкая (особенно вначале) боль. Снять боль можно амидопирином, анальгином. При растяжении на голеностопный сустав делают 8-образную повязку.

(Рис.)

Потертости и мозоли. Тесная или неправильно подобранная обувь может стать причиной появления потертостей на ногах. Сначала появляется краснота и припухлость, затем пузырьки, ссадины, иногда язвочки, весьма болезненные.

Незначительные потертости смягчают антисептическим кремом, к примеру «Детским», а в случае явного покраснения кожи - настойкой йода, раствором бриллиантовой зелени, спиртом, 1%-ной цинковой мазью, затем припудривают стрептоцидом и заклеивают пластырем.

Наиболее простой способ удаления неглубоких мозолей - размягчение при помощи ежедневных мыльных теплых ванночек с добавлением 1 - 2 чайных ложек пищевой соды. После ванночки размягченную кожу счищают пемзой.

Фурункул. На гнойник накладывают повязку, смоченную крепким раствором поваренной соли в кипяченой воде или с мазью Вишневского. После вскрытия гнойника накладывают стерильную повязку.

Заноза не только причиняет боль, но может вызвать воспаление и нагноение, поэтому надо немедленно и полностью удалить ее. Вымыв руки, место внедрения занозы смазывают йодом и протирают спиртом или одеколоном. Если кончик занозы торчит наружу, его захватывают пинцетом и вытягивают. Если же вся заноза находится в глубине кожи, делают легкий надрез лезвием безопасной бритвы или ножницами, удаляют занозу, после чего ранку еще раз смазывают йодом, предварительно выдавив из нее каплю крови, и накладывают стерильную повязку. Если ранка кровоточит, заклеивают липким пластырем или наносят тонкий слой клея «БФ-6».

Занозы, попавшие под ноготь, часто вызывают нагноение подногтевого ложа, причиняют сильную боль и мешают работать. В случае, когда кончик занозы выступает из-под ногтя, его захватывают пинцетом и удаляют. Но иногда, чтобы обнаружить конец занозы, приходится подрезать ноготь. Чтобы уменьшить болевые ощущения, палец туго перевязывают. После извлечения занозы, ранку смазывают йодом или спиртом и забинтовывают палец.

Ожоги. Неосторожное обращение с костром и варочной посудой при приготовлении пищи в полевых условиях может привести к ожогам. Если кипяток или горячая масса просочилась через одежду, надо как можно быстрее снять ее, а иногда даже разрезать, чтобы не повредить появившиеся на коже пузыри. Если воспламенилась одежда, следует, не теряя ни секунды, быстрее погасить пламя, накинув на него одеяло, спальный мешок, накидку.

Ожоги различают: первой степени, когда на обожженном месте имеются только покраснение и болезненность; второй степени, когда на месте ожога образуются пузыри; третьей степени, характеризующиеся омертвлением всех слоев кожи и глуболежащих тканей; и четвертой степени, когда имеет место поражение мышц, костей и т.д.

При небольших ожогах обожженное место погружают на 5 - 10 минут в холодную чистую воду. Затем накладывают повязку из стерильного бинта, смоченного в растворе перманганата калия, пищевой соды или спирта. Можно нанести на место ожога клей «БФ-6». Последующее лечение локальных ожогов 1 - 2 степени в полевых условиях заключается в смазывании участков кожи синтомициновой эмульсией, пенициллиновой мазью или мазью Вишневского. При ожогах средней величины и тяжести (например, ожог 2 степени площадью более одной ладони) следует провести профилактику шока: дать пострадавшему 1-2 таблетки анальгина, теплое питье – 2-3 стакана с чайной ложкой соды. При значительных по площади и глубине поражения ожогах пострадавшего следует немедленно госпитализировать.

Солнечный и тепловой удары. Солнечный и тепловой удары чаще случаются у людей, непривычных к высокой температуре, утомленных длительной ходьбой, а также ослабленных различными хроническими заболеваниями. Солнечный удар может произойти в жаркую безветренную погоду, если человек не пользуется головным убором, или в зной при высокой влажности воздуха.

Тепловой удар наступает вследствие перегревания тела под влиянием чрезмерного повышения температуры окружающей среды и нарушения терморегуляции организма. Так, например, тяжелая физическая нагрузка увеличивает теплообразование в 4 - 5 раз, а если одежда плотная, то она препятствует выделению тепла. В условиях высокой влажности и отсутствия вентиляции это ведет к быстрому перегреванию организма. Следует помнить, что легкая светлая одежда отражает солнечные лучи, а темная материя, наоборот, их поглощает, что ведет к перегреву тела.

Первые признаки перегревания организма: человек бледнеет, появляется головокружение, сонливость, апатия, его шатает, речь становится несвязной, появляется одышка, учащенный пульс. Иногда солнечный удар наступает совершенно внезапно, тогда человек сразу теряет сознание.

Пострадавшего следует перенести в тень, уложить на спину, приподняв немного ноги, снять или расстегнуть одежду. Если пострадавший в обморочном состоянии, поднести ватку, смоченную нашатырным спиртом, сделать искусственное дыхание. Если он в сознании, ему нужно дать крепкого холодного чая или холодной подсоленной воды (половину чайной ложки соли на 0,5 л воды), положить на голову смоченное холодной водой полотенце или смочить голову холодной водой, дать валериановые капли. Для возбуждения дыхания слегка похлопывают по лицу

полотенцем или платком, смоченным в холодной воде. Сердечную деятельность стимулируют крепким чаем или кофе.

Поражение молнией. При поражении молнией человек теряет сознание, дыхание останавливается, а на теле появляются зигзагообразные, разветвленные красные полосы. Пострадавшего следует уложить на спину, подстелив спальный мешок или одежду и подложив валик из одежды под шею, чтобы создать лучшую проходимость дыхательных путей. Расстегнув воротник и расслабив пояс, растирают виски, щеки, грудь мокрым полотенцем или платком, опрыскивают лицо холодной водой. Смачивают ватку нашатырным спиртом и время от времени подносят к носу. При отсутствии дыхания или очень редких вдохах при хорошо определяемом пульсе делают искусственное дыхание способом «рот в рот» или «рот в нос». После того как человек придет в сознание, ему дают выпить крепкий чай, 15-20 ландышево-валериановых капель, разведенных водой, и отправляют в больницу.

Если пострадавший в сознании, его переносят в теплое место, согревают, растирая кожу рук, ног, туловища, к ногам кладут грелки, дают горячий чай или кофе.

Желудочно-кишечные заболевания и отравления. Пищевые отравления, как правило, сопровождаются болями в животе, острым поносом, головокружением, рвотой, общей слабостью. В первую очередь желудок промывают слабым теплым раствором перманганата калия или теплой водой (кипяченой) - 1,5 - 2 литрами до появления рвоты. Повторяют несколько раз. Дают слабительное, после этого настойку валерианы. Больного потеплее укрывают, поят чаем и дают энтеросептол (3-4 раза в день по 1-2 таблетки). Необходимо соблюдать диету в течение 2-3 дней, исключив из пищи мясо, черный хлеб, консервы, овощи.

При расстройствах желудка три раза в день принимают по одной таблетке бесалола. При появлении поноса сильное закрепляющее действие оказывает имодиум.

Заболевания и повреждения глаз. Конъюнктивит характеризуется появлением гнойных выделений из глаз, покраснением слизистой оболочки. Глаза промывают 2%-ным раствором борной кислоты и закапывают раствор альбуцида (по 2 - 3 капли в каждый глаз 3 раза в день). Если в глаз попало инородное тело, для его обнаружения нижнее веко оттягивают книзу, а пострадавшего просят смотреть вверх. Если таким образом не удастся обнаружить инородное тело, верхнее веко осторожно прижимают к верхнему краю глазницы и за ресницы оттягивают немного вниз, затем поворачивают вверх. Пострадавший все время должен смотреть вниз. Заметив инородное тело, его удаляют кусочком марли или жгутиком ваты, смоченным кипяченой водой.

Если после удаления из глаза инородного тела не прекращается боль и слезотечение, в глаз вводят 2 - 3 капли жидкого вазелина.

Судороги. Непроизвольные сокращения отдельных мышц и мышечных групп могут быть вызваны длительным физическим напряжением, резкими движениями или переутомлением. Они очень болезненны. Избавиться от них можно, если, пренебрегая болью, производить действия, которые растянут мышцы, охваченные судорогой. Например, при судорогах икроножной мышцы нужно, взявшись за большой палец, тянуть на себя стопу, выпрямляя при этом ногу в коленном суставе. Затем приложить полотенце, смоченное в холодной воде, или встать босыми ногами на холодную землю. При судороге мышц живота следует согнутые в коленях ноги подтягивать к животу. Сжимая и разжимая кулаки, можно избавиться от судорог рук.

Нередко судороги возникают при плавании в холодной воде. При возникновении судорог надо плыть на спине, выполняя мягкие движения (при необходимости только одними руками или ногами). Перед началом противосудорожных действий необходимо сделать глубокий вдох. Если рядом есть люди - надо звать на помощь.

Помощь утопающему. Когда человек тонет, в роли спасателя может оказаться любой умеющий плавать. Он должен немедленно подплыть к тонущему сзади, а если это невозможно, за 2 - 3 метра поднырнуть под него и, повернув к себе спиной, буксировать к берегу. При этом спасающий должен захватить ладонями лицо пострадавшего с обеих сторон за челюсть и подбородок и, не допуская погружения в воду носа и рта тонущего, буксировать его к берегу одним из способов плавания на спине.

Известен и другой способ, предусматривающий расположение спасающего слева от утопающего. Левую руку он просовывает под левую руку утопающего, обхватывает ладонью его подбородок и плывет к берегу «кролем» без выноса рук.

Если утопающий оказывает сопротивление, спасающий просовывает руку под правую мышку тонущего и захватывает за спиной кисть или предплечье его правой руки. Плотно прижав пострадавшего к себе, плывет к берегу.

Оказывая помощь пострадавшему на берегу, устраняют причины, затрудняющие нормальное кровообращение, открывают рот и удерживают его в таком положении, очищают от ила, песка и т.д. Затем кладут пострадавшего животом на бедро согнутой в колене ноги спасателя и, похлопывая по спине (от поясницы к затылку), удаляют воду из верхних дыхательных путей. При необходимости делают искусственное дыхание.

(Рис.).

Попадание воды в ухо. Случайное попадание воды во время купания в море, реке, озере в здоровое ухо не опасно. При попадании воды в больное ухо может внезапно возникнуть головокружение, острый болевой приступ. Кроме того, загрязненная вода провоцирует обострение хронического воспаления уха и порой надолго лишает человека трудоспособности. Те, у кого повреждена барабанная перепонка или имеется хронический воспалительный процесс в ухе, должны беречь уши от воды и предупреждать о своем заболевании педагога. Если вода в ухо все-таки попала, бывает достаточно наклонить голову набок и так постоять несколько минут или попрыгать на одной ноге, наклонив голову в сторону - вода легко вытечет. Если эти меры оказываются малоэффективны, тогда следует осушить слуховой проход ваткой, накрученной на спичку. Делают это очень осторожно, вводя спичку не глубже чем на один сантиметр, меняя ватку и повторяя процедуру до тех пор, пока вода не будет полностью удалена.

Если в ухе появилась боль, гнойные выделения, повторяется головокружение, надо немедленно обратиться к врачу.

Укусы змей. Сразу же после укуса ядовитой змеи надо выдавить из ранок яд. Пальцами собирают и сжимают кожу вокруг ранок так, чтобы из них выступила беловатая жидкость с примесью крови. Затем отсасывают из ранки яд и обязательно сплевывают. После отсасывания яда нужно ограничить подвижность пострадавшего. Его укладывают на землю, а к пораженной укусом ноге или руке прибинтовывают доску или палку. Если таких предметов поблизости нет, руку можно прибинтовать к туловищу, а ногу - к неповрежденной ноге.

Змеиный яд быстро распространяется по лимфатическим сосудам, но если нога или рука неподвижны, ток лимфы замедляется. Повязку периодически ослабляют, чтобы она не врезалась в тело, так как отек продолжает увеличиваться. Ни в коем случае нельзя накладывать жгут. Во-первых, он не препятствует проникновению яда в вышележащие ткани, а во-вторых, жгут, особенно при укусах гадюки, пережимая сосуды, способствует еще большему нарушению обмена веществ в тканях пораженной конечности.

Для удаления змеиного яда через почки и потовые железы пострадавшему дают обильное питье (горячий чай, бульон, молоко, воду). От кофе лучше воздержаться, т.к. он оказывает возбуждающее действие. Очень важно как можно скорее доставить пострадавшего в больницу. Нести его надо в положении лежа, чтобы замедлить всасывание яда в организм.

Укусы и укусы насекомых. Лучшее средство защиты от насекомых - репелленты - отпугивающие вещества типа крема «Тайга», жидкости «Репудин», «Дета», аэрозоль «Репеллент» и т.п. Пользоваться репеллентами надо очень осторожно, строго соблюдая инструкцию. Нельзя смазывать этими препаратами лоб, нос, губы, веки. Для защиты от комаров можно использовать для натирания одеколон "Гвоздика".

Быстро снять зуд от укусов комаров поможет раствор питьевой соды - 1/2 чайной ложки на стакан воды. Зуд, краснота, припухлость от укусов комаров, пчел, ос уменьшается, если смазать кожу свежим соком или аптечным настоем календулы, а также соком лука, подорожника, листьев петрушки. Уменьшает зуд также нашатырный спирт.

В местах, где особенно много кровососущих насекомых, применяют марлевые накладки или специальные сетки Павловского, пропитанные отпугивающими препаратами. Этими же препаратами можно пропитывать палатки и верхнюю одежду.

Ужаления пчел, ос, шершней вызывают припухлость, жжение, красноту, болезненность, отек кожи. Все эти явления исчезают через сутки или двое. Если жало осталось под кожей, его следует как можно быстрее удалить пинцетом или иглой и наложить марлю, смоченную нашатырным спиртом, разведенным водой (1:5), а сверху - холодную примочку. Нельзя присыпать ранку землей, золой, глиной, так как можно занести инфекцию. Поскольку укусы насекомых нередко вызывают аллергическую реакцию, следует принять супрастин, димедрол или пипольфен (1 - 2 таблетки в течение дня).

Особо необходимо выделить **укусы лесного клеща** - маленького паразита, переносающего вирусы клещевого энцефалита - опасного заболевания центральной нервной системы, нередко оканчивающегося смертельным исходом. Далеко не каждый клещ является вирусоносителем. Клещ как переносчик вируса наиболее опасен в мае-июне, в июле и августе эта опасность намного снижается, а в сентябре практически сходит на нет. В 80 процентах случаев

заболевание возникает при внесении вируса в организм человека при прямом присасывании зараженного клеща к коже.

При прохождении маршрута следует учитывать, что клещи предпочитают влажные затененные места с густым подлеском и травостоем. Много клещей в молодых порослях осинника, на вырубках, в малинниках, вдоль троп, дорог и в местах, где пасется скот. В светлых рощах без подлеска, в сухих сосновых борах, где ветрено и солнечно, клещей, как правило, не бывает. В течение суток в условиях хорошей погоды клещи наиболее активны утром и вечером. Сильный дождь или жара значительно снижают опасность их нападения.

Попав на тело человека, клещ присасывается в волосистой части головы, в ушных раковинах, на шею, ключицах, в подмышечных впадинах, на груди, руках, спине, пояснице, в паху. Укус его безболезненный благодаря присутствию в слюне обезболивающего вещества.

Меры предосторожности. В целях профилактики заболевания все туристы, отправляющиеся в районы, где есть природные клещевые очаги, обязательно должны сделать противэнцефалитную вакцинацию. В зоне возможного заражения необходимо принимать соответствующие профилактические меры. Здесь важную роль играет походная одежда туриста. Это заправленная в брюки плотная (не из ворсистой ткани) рубашка, обшлага которой рекомендуется делать на двойных резинках. Под рубашку можно надеть тесно облегающую тело футболку или тельняшку. Воротник и манжеты рубашки должны быть застегнуты. Спортивные брюки следует перетянуть ремнем и заправить в носки. Голову и шею защитить капюшоном. На воротник, манжеты, пояс одежды и верхнюю часть носков, а также на открытые части тела нужно нанести отпугивающие репелленты, действие которых в сухую погоду сохраняется несколько часов. Следует производить само- и взаимоосмотры: в районах с повышенной клещевой опасностью - через каждые 1,5-2 часа; со средней клещевой опасностью - утром, сразу после ночлега, днем и вечером. В одежде особенно тщательно надо проверять все складки, имея в виду, что удалить клещей путем отряхивания нельзя.

Действия при обнаружении клеща. Присосавшиеся клещи подлежат немедленному удалению. При этом ни в коем случае нельзя допускать отрыва головки клеща и оставления ее в теле человека. Захватив клеща пинцетом или пальцами, обернутыми в марлю, его извлекают медленными, плавными движениями. При другом способе клеща обвязывают ниткой у места присасывания (между основанием головки и кожей человека) и, растягивая концы нити в стороны, вытягивают из тела (рис. ...). Часто смазывают его и место присасывания вазелином, маслом, сильным раствором соленой воды – и клещ вылезает сам. Руки и место укуса обязательно нужно продезинфицировать.

Те участники похода, которые не получили противэнцефалитной прививки до выхода на маршрут, должны не позднее трех дней с момента укуса клеща провести курс иммунизации (по инструкции) противэнцефалитным гамма-глобулином.

Симптомы клещевого энцефалита. После укуса зараженного клеща заболевание наступает в разные сроки - от 1-2 дней до 1-3 месяцев. Это так называемый скрытый период, в течение которого возможны слабость, потеря аппетита, сонливость, повышение температуры до 37,2-37,4°. После этого резко возникает лихорадочное состояние, сильные боли в мышцах, иногда с судорогами. На 2-3-й день после начала заболевания наступают расстройства центральной нервной системы, параличи мышц, возможны паралич дыхания и смерть. Для окружающих больной клещевым энцефалитом как источник заражения не опасен.

При заболевании клещевым энцефалитом на маршруте необходима немедленная эвакуация пострадавшего в больницу. Транспортировка обычно ухудшает его состояние, поэтому на большие расстояния она должна проводиться авиатранспортом. При транспортировке на небольшие расстояния больного следует прикрывать от солнечных лучей, в дороге часто давать питье.

Приемам оказания первой доврачебной помощи и транспортировки пострадавших юных туристов необходимо обучать в течение учебного года, привлекая к этому медицинских работников, обязательно закрепляя эти умения на практических занятиях.

Способы транспортировки и переноски пострадавших

Способ транспортировки и переноски пострадавшего зависит от характера и места повреждения, его общего состояния, а также от количества оказывающих помощь и их физических возможностей. В зависимости от конкретных условий пострадавших можно переносить на импровизированных носилках, на руках (рис.), при помощи носилочных лямок, изготовленных из куска брезента длиной 2 м и шириной до 10 см (рис.), и т. д.

Рис.

В рюкзаке (рис.). Нужно распороть боковые швы рюкзака примерно на 30 см от дна. Продев ноги пострадавшего в эти отверстия, рюкзак надевают на него наподобие брюк и завязывают на уровне груди. Переноска осуществляется одним человеком. Рис. а,б,в,г

На веревке (рис.). Петли смотанной веревки (20-30 м) разделяются на две равные части, в которые садится пострадавший. Во избежание опрокидывания во время переноски пострадавшего привязывают поясом грудной обвязки или репшнуром к несущему.

«Беседка» на концах основной веревки с двумя петлями для спуска пострадавшего с сопровождающим (рис. 42). Требуются 2,5 м веревки и репшнур. На конце веревки завязывают двойной «узел проводника», обе петли которого надевают на бедра пострадавшего. Длина петель не должна превышать 40 - 50 см. Репшнуром вяжут схватывающий узел на основной веревке - несколько выше уровня груди пострадавшего, а оставшимися концами обвязывают его грудь (или репшнур прищелкивают карабином к грудной обвязке). Это исключает возможность опрокидывания.

Рис.

Переноска вдвоем на поперечных палках (рис.). Требуются: два рюкзака, крепкая палка длиной 1,2-1,4 м или две связанные лыжные палки.

Если рельеф позволяет, оказывающие помощь должны идти рядом. Обернутую чем-либо мягким палку или лыжные палки продевают через лямки рюкзаков, надетых на спины. Пострадавший садится на палку, для поддержания равновесия кладет руки на плечи несущих.

Переноска вдвоем на шестах (или лыжах) со штормовками (рис.). Требуются: два рюкзака, два шеста не менее 2,1 м или лыжи такой же длины, три-четыре штормовки.

Сквозь рукава штормовок продевают шесты или лыжи, штормовки застегивают над шестами.

Концы шестов продевают в лямки рюкзаков, надетых на спины оказывающих помощь.

Пострадавшего кладут на носилки головой по ходу движения. Рюкзак впереди идущего служит изголовьем, поэтому в него помещают спальный мешок или что-либо мягкое.

Этот вид переноски одинаково удобен для лежачего и полусидячего положения пострадавшего.

При транспортировке зимой его следует тепло одеть и положить в спальный мешок (рис.).

Переноска на носилках-плетенках из веревок. Слева и справа от середины основной или вспомогательной веревки (30 м) вяжутся два «узла проводника» с таким расчетом, чтобы расстояние между ними при натянутой веревке не превышало 50-55 см. На обеих половинах веревки делают по три петли на расстоянии 50 см, три - на расстоянии 80 см и три - на расстоянии 90 см. Петли необходимо вязать так, чтобы в них легко проходил кулак. Полученные петли каждой половины кладутся крест-накрест таким образом, чтобы они находились по обеим сторонам снаружи образовавшейся сетки. Если петли завязаны на правильном расстоянии, на каждом конце веревки остается примерно по полтора свободных метра.

Завернутого в спальный мешок или палатку пострадавшего кладут на сетку, а сопровождающие, берясь за одну или несколько петель, несут его.

Поскольку этот способ транспортировки довольно трудоемкий, его можно значительно облегчить, продевая в петли (пока сетка лежит на земле) шесты, лыжные палки, связанные ледорубы, используя сетку как носилки.

Есть и другой способ переноски на носилках-плетенках из веревок. На расстоянии 20-25 см от середины веревки вяжут петли величиной 38-40 см. Затем в 1 м от них в обе стороны вяжут вторую и еще через 1 м - третью петли, после чего оставшиеся концы веревки завязывают вместе и плетут сетку (рис. 46). Полученные таким образом носилки могут нести шесть туристов, но если продеть в петли шесты, то для переноски достаточно и двух человек.

Рис.

Переноска на шесте (рис.). Требуются: шест длиной не менее 3 м, транспортировочный мешок или носилки из веревок, палка длиной 60-70 см или ледоруб.

Мешок или носилки привязывают к шесту так, чтобы оставались ручки: у идущего впереди - длиной 45-50 см, у идущего сзади - не менее 65-70 см. Для удобства транспортировки и во избежание раскачивания пострадавшего мешок привязывают к шесту как можно ближе. На уровне груди пострадавшего на шесте прикрепляют поперечину - распорку, с помощью которой края мешка или носилок удерживаются в раздвинутом положении. В области середины туловища вокруг транспортировочного мешка прикрепляются к шесту вкладыш из спального мешка, обвязка и т.д.

Рис.

Носилки из шестов (рис.). Требуются: два шеста длиной 2,5-2,6 м, пять палок длиной 50-60 см (или ледорубы), репшнур -30 м.

Шесты кладут параллельно на расстоянии 55-60 см и соединяют в головной части двумя поперечинами - одна сверху и ближе к краю, другая снизу, в 10-15 см от первой.

В нижней части («ноги») шесты скрепляют одной поперечиной. Из оставшихся двух палок делают изголовье: вставляют их сверху между перекладинами головной части и привязывают к ним таким образом, чтобы образовался треугольник. Все веревочные крепления на носилках делают узлами с прочной затяжкой и маркировкой.

Поверхность носилок заплетают репшнуром, причем сетка должна быть густой и туго натянутой, за исключением изголовья, где некоторый провис создает более удобное положение для головы пострадавшего.

Рис.

Носилки-волокуша из шестов (рис.). Требуются: два гибких шеста равной толщины длиной 4-5 м, три поперечины по 60-65 см, две прочные и гибкие жерди длиной не менее 2 м каждая, репшнур - 30 м и три репшура по 4-5 м.

Рис.

Шесты кладут параллельно и скрепляют двумя поперечинами на расстоянии 1,8-2 м (в зависимости от роста пострадавшего), причем первую поперечину крепят в 40-50 см от головной части шестов, после чего из репшура плетут сетку для ложа. Затем в 25-30 см от второй поперечины, ближе к краю, к шестам снизу прикрепляют поперечину. Между этими двумя поперечинами снизу вводят немного разведенные жерди, которые крепят в четырех точках. Длинные шесты вместе с жердями при транспортировке пружинят и предохраняют пострадавшего от толчков при прохождении неровностей.

Если транспортировка осуществляется одним человеком, пострадавшего кладут на носилки ногами по ходу движения, если двумя, - то головой.

В лесной зоне можно соорудить носилки-волокуши из длинных жердей (рис.). Для этого потребуются: три жерди 5-6-метровой длины, на тонких концах которых оставляют ветки, две-три поперечины, достаточное количество гибких веток и несколько репшнуров. Связывают их так же, как и носилки-волокуши из шестов, с той лишь разницей, что их сооружают из трех продольных жердей. При отсутствии веревки для сетки плетут мат из тонких веток. Методы транспортировки те же, что и на носилках-волокушах.

Рис.

Способы иммобилизации и переноски пострадавшего при травмах различной локализации

Место травмы	Способ иммобилизации	Положение пострадавшего при транспортировке	Способ переноски
Голова, шея	С боков головы уложить мешочки с песком или свертки мягкой одежды, фиксированные к носилкам	На спине; при отсутствии сознания - лежа на боку	Стандартные или импровизированные носилки
Грудь	Не нужно	Полусидячее	Стандартные или импровизированные носилки с валиком из одежды под верхнюю часть туловища
Живот	Не нужно	Лежа или сидя в зависимости от состояния пострадавшего и условий местности; холод на живот; валик из одежды под коленями	Стандартные или импровизированные носилки
Таз	Ноги связаны между собой; под колени подложить сверток из одежды	На спине	Стандартные или импровизированные носилки

Позвоночник	Не нужно	На спине или животе	Стандартные или импровизированные носилки; при переноске на спине обязателен жесткий (деревянный) щит, при переноске на животе - валик из одежды под грудь
Плечо	Фиксировать лучезапястный, локтевой и плечевой суставы. Шину наложить по тыльной поверхности предплечья и плеча на согнутую под углом 90° в локтевом суставе руку от пальцев до противоположного предплечья. При отсутствии шины руку уложить в косынку, второй косынкой фиксировать ее к туловищу	Позиция свободная; при общей слабости - сидя или лежа	Самостоятельное передвижение; при общей слабости - сидя на руках или лямках носильщиков
Предплечье	Шину наложить от пальцев по тыльной поверхности руки, согнутой под углом 90° и фиксированной бинтом или косынкой	То же	То же
Кисть	Шину наложить по ладонной поверхности кисти и предплечья от кончиков пальцев до локтевого сустава; под пальцы подложить небольшой мягкий валик	Самостоятельное передвижение	-
Бедро	Фиксировать с помощью трех шин: 1-я - по подошвенной поверхности стопы, задней поверхности голени и бедра; 2-я - по внутренней поверхности стопы, голени и бедра; 3-я - по наружной поверхности нижней конечности и туловища от стопы до подмышечной впадины. Ноги связаны между собой	На спине	Стандартные или импровизированные носилки
Голень	Наложить две шины (переднюю и заднюю) от верхней трети бедра до пятки	Сидя, при общей слабости - лежа	Лежа - на стандартных или импровизированных носилках, сидя на руках или лямках носильщиков
Стопа	Наложить шину по подошвенной поверхности стопы и задней поверхности голени от кончиков пальцев до верхней трети голени; стопа к голени должна быть под углом 90°	Позиция свободная	Самостоятельное передвижение при помощи импровизированных костылей; сидя - на руках или лямках носильщиков