

## ***Первая медицинская помощь***

### ***Первая помощь***

Хотя в походах туристы, как правило, мало болеют, все же, отправляясь в поход, надо знать, как в случае необходимости оказать помощь себе и товарищу.

Первая помощь — едва ли не единственный раздел туристской подготовки, где объем знаний должен быть заведомо шире, чем это диктуется просто походной практикой. И, тем не менее, именно этой практикой приходилось главным образом руководствоваться, отбирая материал для данного раздела, — без этого он мог бы разрастись, грозя вытеснить все остальное. Поэтому сведения, излагаемые ниже, не заменяют необходимости знакомства с оказанием первой помощи по книгам, специально посвященным этому вопросу, консультаций у специалистов. Такой литературы имеется достаточно много. Для примера назовем только три книги: Буянов В. М. Первая медицинская помощь. М., Медицина, 1978; Великорецкий А. Н. Первая помощь до прихода врача. М., Медицина, 1972; Федотов Н. Когда человек в беде (очерки о первой медицинской помощи в походе, на охоте и рыбной ловле). М., Воениздат, 1966. А теперь перейдем к рассмотрению разных случаев, требующих оказания помощи.

### ***Опрелости, потертости, пузыри***

Эти мелкие, но, тем не менее, неприятные и раздражающие травмы очень распространены среди туристов-новичков.

Вряд ли можно найти туриста, который не был бы знаком с ними на своем горьком опыте. Отправляясь в поход, руководитель должен быть готов встретиться с ними. Чаще всего они бывают на ногах. Обычная причина таких повреждений — несоблюдение советов, которые были приведены выше, в главе «Снаряжение», когда шла речь об обуви, носках, стельках, а в настоящей главе — об организации движения, а также несоблюдение правил гигиены. Особенно хочется подчеркнуть правило: как только нога почувствовала неудобство — где-то жмет, или трет, или что-то мешает, надо устранить причину этого, не дожидаясь, пока появится ощущение жжения или боли. Для этого руководитель и делает первый привал примерно через 15—20 минут после выхода. Этого времени обычно достаточно, чтобы успели выявиться неполадки в обуви, которые надо тут же устранить — сменить носки, положить или, наоборот, убрать стельку, ослабить или затянуть шнуровку и т. д. Между тем юные туристы часто считают, что если ноге неудобно, но это неудобство вполне терпимо, то и обращать внимание на него не следует. В результате к концу дня ноги оказываются сильно стертymi.

Основная профилактика таких повреждений — соблюдение всех рекомендаций, на которые мы уже ссылались. Плюс к этому — уход за ногами. Накануне похода ноги надо чисто вымыть, постричь ногти. В походе вечером, прежде чем ложиться спать, не полениться пойти помыть ноги, хотя бы без мыла.

Теперь об оказании помощи. Помощь при опрелости состоит в промывании раздраженных участков водой (без мыла) и смазывании их детским кремом или присыпанием тальком, если он имеется в походной аптечке (тальк не был упомянут в нашем перечислении медицинских средств, включаемых в аптечку, но для больших групп его целесообразно взять).

Если на коже наметились потертости или намины, то обычно бывает достаточно на ночь смазать это место детским кремом, а утром проследить, чтобы избавиться от причины, вызвавшей повреждение, — грязных носков, сбившихся стелек и т. п. Если на коже имеется сильное покраснение, следует смазать ее йодом, спиртом или густым раствором марганцовки. Если на месте потертости нарушен кожный покров, то рекомендуется покрыть ее слоем синтомициновой эмульсии, затем наложить слой марли и заклеить сверху лейкопластырем. Марля нужна, чтобы вечером можно было безболезненно снять лейкопластырь и повторить процедуру. Поэтому марля должна покрывать только саму потертость, а не здоровые участки кожи, иначе не к чему будет укрепить лейкопластырь. Еще проще просто заклеить потертость бактерицидным пластырем.

Если образовались болезненные пузыри, то, прежде всего, не надо пытаться их проколоть, что так часто делают в домашних условиях. Во многих случаях пузырь спадет сам после устранения причин, вызвавших его, а прокол создает дополнительную опасность внесения инфекции — в пути ноги туриста пребывают в условиях, далеких от стерильности. На пузырь лучше всего наложить синтомициновую эмульсию, а затем вату и лейкопластырь, как уже описано, или бинт: если пузырь вдруг прорвется в пути, контакт будет с лекарственным веществом, а не с потным носком и грязным башмаком. Хороший результат при описываемых повреждениях дает применение ватных колец. Берут клочок ваты, в середине проделывают отверстие, раздвигая волокна ваты к краям и образуя круговой валик. Получившимся ватным кольцом обкладывают пузырь или потертость, с тем, чтобы обувь не давила на это место. Разумеется, надо при этом так подогнать толщину и ширину ватного кольца, чтобы оно само не стало натирать ногу по соседству.

Помимо стопы, опрелости и потертости также случаются в паху и межъягодичной щели, а потертости плюс к этому на пояснице и на плечах. Обычная причина появления их в паху и между ягодиц — модные брюки, сидящие в обтяжку, плохо подобранные или невыстиранные, трусы, собирающиеся в складки, плавки или купальник из синтетики, одетые на переход, а на пояснице и плечах — неправильная укладка и подгонка рюкзака или ношение его на голом теле, без рубахи. Значит, профилактика в данном случае опять-таки будет заключаться в выполнении рекомендаций, приведенных ранее (см. разделы «Одежда» и «Рюкзак» в главе 3). О помощи было только что сказано. Единственное, что следует добавить, — это необходимость деликатности со стороны руководителя в таких случаях. Ребята могут проявлять естественную стеснительность и не обращаться за помощью, хотя уже давно пора бы это сделать. Пожалуй, лучше всего руководителю при подготовке похода упомянуть среди прочего о возможных опрелостях и потертостях в паху и между ягодиц и сказать, что в этом случае надо делать. А в самом походе выдавать средства из аптечки, не настаивая, чтобы место потертости было названо и продемонстрировано.

## ***Раны***

Следующим видом травм, которые могут случиться в походе, являются раны. Как правило, это небольшие раны — кто-то порезал руку, когда резал хлеб, у кого-то сорвался консервный нож, когда открывал консервы, и т. п.

Помощь в этом случае очень проста. Надо дать немного стечь крови, чтобы вместе с ней удалить грязь, которая могла попасть в рану. Затем края раны обработать йодом или спиртом. Совсем небольшие раны можно смазать по всей поверхности. Затем заклеить лейкопластырем или забинтовать узким стерильным бинтом. С такой травмой, как правило, можно продолжать поход. Глубокие раны у участников похода — дело крайне редкое, и почти все они сводятся к порубам топором ноги (реже руки). При глубокой ране выделяется много крови, и первое, что надо сделать, — это как можно скорее остановить кровотечение. Обычно это достигается наложением давящей повязки: кожа вокруг раны обрабатывается йодом или спиртом, на рану кладут стерильный перевязочный материал, вату и туго забинтовывают. Полезно после этого некоторое время держать поврежденную конечность поднятой вверх. Для венозного кровотечения этого бывает достаточно.

Обычно достаточно этого и при кровотечении из мелких артерий. Но иногда принятых мер оказывается мало. Тогда применяют жгут-закрутку. Берут какой-то перетягивающий материал — платок, ремень, полотенце и т. п., завязывают его в петлю, накладывают выше раны по току крови и закручивают с помощью деревянной палочки, пока не исчезнет пульс ниже места ранения. Концы палочки прибинтовывают к конечности, чтобы петля не ослабла. Жгут рекомендуется накладывать на бедро или плечо, даже если рана находится на голени или предплечье. Следует помнить, что держать жгут закрученным нельзя более 1,5 часа, иначе наступает омертвление всей конечности. В холодное время этот срок сокращается до 1 часа. При этом каждые 20—30 минут жгут ослабляют на несколько минут, а затем накладывают снова, несколько отступив от прежнего места. Чтобы не просрочить время использования жгута, нужно зафиксировать время его наложения, лучше всего положить под жгут записку с указанием, когда был наложен жгут. Понятно, что если кровотечение остановилось раньше упомянутых 1,5 часа, то жгут снимают. Надо помнить, что жгутом легко повредить кожу и даже мышцы, поэтому его не накладывают на голое тело: между ним и кожей нужно проложить полотенце, одежду пострадавшего и т. д. Жгут — средство очень эффективное, но не безопасное: в нервной обстановке, нередко возникающей вокруг раненого, легко забыть о записке, а затем и о времени наложения жгута. Поэтому, если есть возможность обойтись без жгута, лучше использовать другие средства. Между тем жгут, описываемый во всех справочниках и руководствах, прочно сидит в памяти туристов, и они готовы накладывать его в любом мало-мальски подходящем случае.

При глубоком ранении поход продолжаться не может, и все силы группы бросают на организацию транспортировки пострадавшего в ближайшее медицинское учреждение. Если рана была широкой, то при этом полезно стянуть ее края лейкопластырем, чтобы она не открылась в дороге (если, конечно, при этом не придется отирать перевязочный материал, присохший к ране).

### ***Нагноения***

В условиях похода, продолжающегося 3—4 дня и более, может случиться, что небольшие раны и потертости, не требовавшие обращения в медпункт, загноятся в результате попадания грязи. В этих случаях начинающий турист нередко стремится положить на поврежденное место синтомициновую эмульсию (или другую мазь) слоем потоньше. Но этого-то как раз и не следует делать. Пока идет нагноение, такие мази неэффективны. Принимаемые меры должны быть направлены на извлечение из раны гноя.

Для этого на загноившуюся рану накладывают марлю, пропитанную гипертоническим раствором. В походных условиях проще всего приготовить такой раствор, взяв 1 часть соли на 9 частей воды (разумеется, прокипяченной). Марлю менять ежедневно в течение 2—3 дней, пока не очистится рана. После этого положить синтомициновую (пенициллиновую, тетрациклиновую и т. п.) эмульсию, забинтовать и не менять повязки в течение 3—4 дней. Этих мер, как правило, оказывается достаточно. Если же нагноение сопровождается повышением температуры, появлением озноба, усилением боли, то дают тетрациклин и принимают меры, чтобы доставить заболевшего к врачу.

### ***Ушибы, растяжения, вывихи, переломы***

Небольшие ушибы (без нарушения целостности кожи) — довольно часто встречающаяся в походе травма. Видя, что кожа не повреждена, юный турист склонен не придавать случившемуся значения, и скоро на месте ушиба появляются припухлость и кровоподтек. После этого ушиб с неделю продолжает причинять беспокойство, напоминая о себе болью при неудачном прикосновении или движении. Ничего страшного тут нет, но радость от похода может быть испорчена. Поэтому надо помнить, что даже при небольшом ушибе нужно сразу же приложить к месту ушиба холод (носовой платок, смоченный в воде, какой-нибудь металлический предмет: нож, топор, кружку и т. д.).

Холод способствует прекращению кровоизлияния в мягких тканях и предотвращает появление болезненных синяков и припухлостей. В случае сильного ушиба принимаются дополнительные меры — нужно создать покой травмированному органу (особенно это важно при ушибах суставов) и наложить давящую повязку. Возможность продолжать поход дальше зависит от тяжести ушиба.

Растяжения связок суставов происходят при движении в направлении, несвойственном суставу. Встречаются эти травмы значительно реже, чем ушибы; обычно это происходит с голеностопным, реже коленным суставом. Причиной, как правило, является небрежность юного туриста во время движения: засмотрелся на вершины деревьев и не глядел под ноги или, продолжая идти, повернулся назад, чтобы поговорить с товарищем и вдруг — внезапная боль: оступился, подвернулась нога. Этому способствует ношение обуви, не держащей голеностопа (полукеды, кроссовки, теннисные туфли и т. п.). Первая помощь в таких случаях — это холод и тугая повязка, ограничивающая движение сустава (лучше из эластичного бинта). Приниматься эти меры должны обязательно, даже если — как это бывает при слабых растяжениях — резкая боль, возникающая в первый момент, спадает, и юный турист начинает храбриться, отказываясь от помощи. Иначе кровоизлияние в околосуставных тканях будет развиваться без помех и через час-другой вокруг сустава образуется большая припухлость, болезненная и затрудняющая движения. Да и сравнительно небольшие нагрузки на не зафиксированный бинтом поврежденный сустав могут оказаться травмирующими.

Вывихи и переломы — травмы исключительно редкие, но, тем не менее, руководитель должен иметь представление, что следует делать в подобных случаях.

Основной признак, позволяющий отличить вывих от растяжения, — это грубое изменение конфигурации сустава, неестественное положение конечности и невозможность движения в суставе из-за сильной боли. Резкая боль в момент травмы в дальнейшем не уменьшается. Следует помнить, что даже врач не всегда может на месте вправить вывих, поэтому не следует и пытаться сделать это своими силами, на что иной раз бывают готовы малосведущие люди под влиянием литературы, где вывихи легко и безболезненно вправляют кто угодно.

Прежде всего, надо исключить возможность движения в поврежденном суставе. Руку подвешивают на перекинутой через шею косынке (полотенце, петле из бинта и т. п.). На ногу накладывают шину из подручного материала (см. ниже). Далее следует дать холод на травмированный сустав и обезболивающие средства, типа анальгина, внутрь и принимать меры к скорейшей доставке пострадавшего в медпункт.

Когда речь заходит о переломах, чаще всего люди представляют себе открытый перелом или закрытый перелом со смещением. Такие переломы, конечно, нетрудно отличить от других травм. Чаще, однако, происходят переломы без смещения костей в месте повреждения. Признак такого перелома — резкая боль в момент травмы, быстрое появление опухоли и кровоизлияния, резкие боли при нагрузке. Такие переломы не всегда просто отличить от других травм (тяжелых ушибов, растяжений). Иногда это вообще не удастся решить, пока не сделан рентген. Поэтому во всех случаях, когда имеется подозрение на перелом, следует обращаться с повреждением как с переломом.

Первое, что необходимо сделать при переломе, — это создать неподвижность костей в месте травмы. Для этого используют шину из подручного материала: досок, палок, пучков прутьев, камыша или соломы и т. д. Ее накладывают таким образом, чтобы обездвижить два сустава — выше и ниже места перелома. Шину накладывают не прямо на кожу — обязательно следует сделать мягкую прокладку из полотенца, одежды и т. п. При открытом переломе рану предварительно обрабатывают йодом и накладывают антисептическую повязку. На место закрытого перелома полезно дать холод. Ни в коем случае не следует пытаться поставить кости «на место» ни при открытом, ни при закрытом переломе. При такой попытке велика возможность поранения крупных сосудов, нервов, мышц острыми краями кости. Чтобы этого не произошло, собственно, и накладывается шина. При отсутствии подручного материала для шины поврежденную руку просто прибинтовывают к туловищу, а ногу — к здоровой ноге. После этого надо

давать болеутоляющие средства (анальгин и т. п.) и организовать доставку пострадавшего в медпункт.

Подавляющее большинство переломов, как показывает медицинская статистика, приходится на случаи перелома конечностей. Намного реже случаются переломы ребер, позвоночника, костей таза. Признак перелома ребер — боль, усиливающаяся при вздохе, кашле, чихании. Первая помощь — тугая повязка на грудную клетку, внутрь — обезболивающие и уменьшающие кашель средства. После чего доставка в медпункт. Переломы позвоночника или костей таза принадлежат к числу особенно опасных травм. В этом случае, прежде всего, надо уложить пострадавшего на какую-то ровную твердую поверхность (доски, деревянный щит и т. п.) и обеспечить полный покой, зафиксировав его с помощью бинтов, полотенец и т. п. При повреждениях таза ноги несколько согнуть, найдя наименее болезненное положение, и под согнутые ноги положить валик из одеяла, спального мешка, куртки, набитой сеном, и т. п. В таком положении пострадавшего и транспортируют в лечебное учреждение. Большую опасность в таких случаях представляет развитие шока. Для предотвращения его надо постараться, прежде всего, уменьшить боль — как можно меньше двигать пострадавшего (например, не пытаться его посадить или поставить на ноги), зафиксировать, чтобы исключить случайные движения в месте перелома, дать обезболивающие средства (анальгин и т. п.).

Далее — согреть, укутав, в одеяло, спальный мешок и т. д. Поить лучше горячим чаем, кофе и т. д. (если нет подозрений, что повреждены органы брюшной полости). Очень важно при этом, чтобы вокруг пострадавшего не было суеты, паники, громких криков и споров — все это способствует развитию шока. А затем крайне осторожная транспортировка. При этом, чем раньше можно будет использовать какой-то транспорт (подводу, автомашину и т. д.), тем лучше.

В заключение об одной ошибке, часто допускаемой туристами в случае ушибов, растяжений связок и т. д. Многие, кому приходилось обращаться с подобными травмами в поликлинику, помнят, что врач в этих случаях назначал лечение теплом. И соответственно в походе стараются сделать то же самое. Между тем это грубейшая ошибка. Тепло можно использовать не ранее чем через двое суток после травмы, а отнюдь не на стадии первой помощи. Здесь, напротив, необходимо прикладывать холод, как об этом сказано выше.

## **Ожоги**

Ожоги обычно происходят на биваке в результате неосторожного обращения с костром либо общего беспорядка вокруг очага. Чаще всего это небольшие и неопасные ожоги: кто-нибудь взялся за горячую дужку ведра или, поправляя дрова, прикоснулся рукой к углям или пламени. Но могут быть ожоги и посерьезнее: скажем, вечером дежурные сняли с огня ведро с кипятком или кашей и отставили в сторону, а кто-то в темноте, не разглядев его, опрокинул себе на ноги. Могут ожоги произойти и от того, что вблизи огня начинает плавиться синтетическая ткань, например, если кто-то решил подсушить носки или брюки, не снимая их.

При небольших ожогах рекомендуется побыстрее поместить место ожога в холодную воду минут на 15. Затем наложить компресс из марлевых салфеток, пропитанных спиртом (одеколоном, темно-красным раствором марганцовки, питьевой соды). Обычно этого бывает достаточно, и образовавшееся на месте ожога болезненное покраснение через 2—3 дня проходит. При более сильных ожогах плюс к ЭТОМУ на обожженное место накладывают минут на 15 тугую повязку, это в значительной мере предотвращает образование пузырей. Если все же возникают пузыри, рекомендуется после мер, принятых на биваке, перед выходом по маршруту наложить на обожженное место синтомициновую эмульсию (пенициллиновую мазь и т. п.) и далее повязку.

При тяжелых, обширных ожогах (в случае, например, если загорелась одежда или юный турист опрокинул на себя ведро с кипятком) нужно, прежде всего, избавиться от дальнейшего обжигающего воздействия: загасить одежду, набросив на пострадавшего одеяло, штормовку и т. п., и затем быстро убрать ее; помочь снять пропитанную кипятком

(супом, кашей и т. д.) одежду, если нужно — разрезать ее. При этом места, где части одежды пристали к коже, не следует отдирать, чтобы не причинить дополнительных травм, а нужно аккуратно обрезать вокруг и повязку накладывать поверх них. Не следует также смазывать место ожога какими-то жирами (вазелином, растительным маслом и т. д.), так как это в последующем затруднит врачу оказание хирургической помощи. Нужно наложить стерильную повязку для предупреждения инфекции (можно повязку со спиртом) и принимать меры к доставке пострадавшего в медпункт. Тяжелые ожоги сопровождаются сильной болью, и тут нужно принимать меры против развития шока, о чем уже шла речь выше.

## ***Заболевание***

### ***Простудные заболевания, ангина, грипп***

Эти заболевания чаще всего случаются в коротких воскресных походах, если юные туристы выехали из города с некоторым недомоганием. Строго говоря, заболевание в таких случаях начинается дома, в походе оно только получает развитие. В длительных походах такие болезни бывают редко.

Принимаемые меры зависят от тяжести заболевания. Если это просто насморк и кашель, то нужно засыпать в нос порошок стрептоцида (предварительно предложив юному туристу как следует высморкаться). Прополоскать горло бледным раствором марганцовки. Дать таблетки против кашля. Если в походе предполагается ночевка, то уложить недомогающего туриста в середину палатки и накрыть потеплее.

В случае, когда к этому добавляется некоторая вялость, легкая утомляемость, есть подозрение на небольшую температуру, начинают применять жаропонижающие средства, не дожидаясь высокой температуры. В воскресном походе такого туриста разгружают, освобождают от каких-либо работ, но обычно он может пройти поход до конца, если маршрут не слишком велик и не предполагается каких-либо форсированных переходов, тренировок в марш-бросках и т. п. В многодневном походе лучше всего устроить дневку, обеспечить заболевшему временный покой. Если недомогание не прошло, принимают меры, чтобы отправить его домой или на медпункт. Конечно, дневку целесообразно устраивать только в хороших условиях: если несколько дней идут обложные дожди, если все палатки давно промокли и их нельзя просушить, вряд ли дневка пойдет на пользу заболевшему.

Наконец, при высокой температуре и плохом самочувствии ни о каком продолжении похода не может идти речи. Группа, занимается эвакуацией заболевшего. К уже упоминавшимся средствам добавляется тетрациклин или другие антибиотики.

### ***Тепловой и солнечный удар***

Тепловой и солнечный удар схожи по своим проявлениям, и это естественно: оба они представляют болезненную реакцию на перегревание организма. Солнечным ударом называется перегревание, возникшее из-за прямого воздействия солнечных лучей, а тепловым — вне такого воздействия: например, в жаркую, душную погоду, особенно перед грозой (когда «парит»), в густом лесу сильно нагревается застойный воздух, и, хотя группа движется в тени деревьев, у кого-то из туристов может произойти опасное перегревание организма. Обычные симптомы развивающегося солнечного (теплового) удара — появление головной боли, слабости, неуверенности в движениях, головокружения, покраснения или побледнения лица. Иногда — тошнота и рвота. В дальнейшем, появляется неравномерное дыхание, потемнение в глазах, шум в ушах, сердцебиение. Если не принять своевременных мер, может наступить обморочное состояние. Поэтому при первых признаках солнечного (теплового) удара нужно остановить движение группы, уложить заболевшего в тень, освободить от стягивающей одежды, создать покой. Дать холод на голову, обильно поить. Создать движение воздуха, обмахивая полотенцем или

еще чем-то, подобно тому, как это делают для боксеров в перерыве между раундами. Дать понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом. При нарушении дыхания прибегнуть к искусственному дыханию (см. ниже). Главный признак улучшения состояния — это прояснение сознания заболевшего. Однако следует помнить, что даже при легкой форме солнечного (теплового) удара пострадавший, придя в себя, нуждается в достаточном отдыхе. Поэтому не надо спешить вновь начинать движение, даже если заболевший сам просит об этом. Лучше дать ему спокойно полежать в тени, может, на некоторое время заснуть. А вообще следует помнить, что человек, у которого был солнечный (тепловой) удар, считается тяжелобольным, подлежащим госпитализации. Этим и следует руководствоваться в своих дальнейших действиях.

Профилактика солнечного и теплового удара — это строгое соблюдение рекомендаций, касающихся правильной организации движения (см. выше в настоящей главе) и подбора одежды (см. главу 3).

## ***Отравления***

В случае употребления в пищу недоброкачественных продуктов, невымытых овощей и фруктов, сырой воды из загрязненных источников может возникнуть пищевое отравление.

Если отравление проявляется только не слишком частым и не сильным поносом, то рекомендуется дать заболевшему бесалол (или другое желудочное средство) и дня на два посадить его на диету — чай, белые сухари, рисовая или манная каша. При менее строгой диете в меню можно включить масло, сгущенное молоко, сыр, лапшу или макароны и т. п. Категорически исключаются овощи и фрукты.

При более тяжелом отравлении появляются боли в животе (типа схваток), тошнота и рвота, головокружение с головной болью, сухость во рту и жажда, многократный понос. В особо тяжелых случаях нарастание интоксикации сопровождается повышением температуры, ослаблением сердечной деятельности, нарушением дыхания, появлением судорог. Развитие отравления до этой стадии обычно происходит, если заболевшему не оказывается помощь. Поэтому при отравлении нередко решающую роль играет именно первая помощь. Она состоит в том, что надо постараться поскорее вывести отравляющий продукт из желудка. Для этого заболевшему дают 2—2,5 л теплой воды и стараются вызвать рвоту раздражением корня языка. Если после момента отравления прошло время порядка 1—2 часа, то отравляющий продукт уже начал поступать в кишечник и поэтому после промывания желудка с помощью вызванной рвоты заболевшему дают слабительное (2 столовые ложки английской соли на полстакана воды или иное средство). После этого запрещается прием какой-либо пищи, но необходимо обильное питье. Из лекарств рекомендуются фталазол, сульгин или антибиотики (тетрацилин, левомицетин). При необходимости дают болеутоляющие средства, предлагают вдыхать нашатырный спирт. А затем, смотря по состоянию больного, сопровождают или транспортируют на медпункт.

Следует иметь в виду, что, поскольку в походе пища одинакова для всех туристов, наступившие симптомы отравления у одного из них являются предупреждением, что вскоре они могут наступить и у других тоже (между принятием пищи и заболеванием может пройти несколько часов, иногда до суток). Руководитель должен быть готов к этой возможности и учитывать ее в своих действиях.

## ***«Острый живот»***

Под этим названием объединяют ряд заболеваний брюшной полости, требующих неотложной хирургической помощи (острый аппендицит, прободная язва желудка, острый холецистит и др.). Пусть вероятность таких заболеваний в походе ничтожно мала, но быть знакомыми с ними все же следует. Эти заболевания весьма опасны сами по себе, но эта опасность возрастает особенно из-за известного сходства их симптоматики с пищевым

отравлением. Принимаемые же меры являются прямо противоположными в том и в другом случае. Сильные боли в животе, тошнота и рвота — симптомы «острого живота», сходные со случаем отравления. Они-то обычно и привлекают внимание в первую очередь. Но есть и другие признаки, позволяющие отличить этот случай от отравления: запор и неотхождение газов, значительное напряжение мышц брюшной стенки, вздутие живота, боль при ощупывании. Боль эта возникает достаточно характерно: если медленно надавить на брюшную стенку, а затем руку быстро отдернуть, то резкая боль возникает в момент отдергивания руки.

Больному с «острым животом» нельзя промывать желудок, давать слабительное, его нельзя кормить и поить, так как это приводит к усилению боли. Ему нельзя давать никаких лекарственных средств (в том числе и обезболивающих), чтобы не смазать симптоматику заболевания и не привести врача к ошибочному диагнозу и неправильному лечению. Первая помощь состоит в том, что заболевшему надо создать покой, дать холод на живот и затем немедленно организовать транспортировку в ближайшую больницу.

### ***Укачивание***

Длительные поездки на транспорте могут вызвать у кого-то из участников группы болезнь укачивания: начинается головокружение, тошнота, иногда рвота, головная боль, отмечается побледнение лица, появление холодного пота. Не все люди одинаково склонны к этому заболеванию. Поэтому, если в походе предстоят продолжительные поездки на автобусе, судне, самолете, руководителю следует заранее осведомиться у ребят, с кем из них раньше случалось укачивание. Их следует усадить так, чтобы они меньше подвергались качке или тряске (например, в автомашине — ближе к кабине водителя), предупредить, чтобы они во время движения поменьше смотрели по сторонам, или даже просто ограничить боковое зрение (например, надев капюшон штормовки). За полчаса до отъезда дать таблетку аэрона, который на случай длительных поездок нужно включать в аптечку. Иметь под руками полиэтиленовые мешочки, чтобы при необходимости использовать как гигиенические пакеты. Избегать переполнения желудка перед поездкой, равно как и поездок совсем натошак.

Если укачивание неожиданно началось в дороге, применяют те же меры. Вместо аэрона можно дать таблетку валидола (положить под язык и сосать, не глотая). Если есть возможность, сделать остановку на 10—15 минут, побыстрее вывести заболевшего на свежий воздух, дать ему немного посидеть или походить. Как правило, этого достаточно, чтобы благополучно завершить поездку.

### ***Носовые кровотечения***

Носовое кровотечение может появиться в результате разных причин — перегревания, перегрузки, простуды, иногда без всякой видимой причины. Больного надо усадить в тени, положив один или два рюкзака, чтобы можно было опираться на них, расстегнуть воротник одежды, дав приток воздуху. При этом стараться избегать резких движений и не создавать вокруг нервной обстановки. Предупредить больного, чтобы он старался воздержаться от кашля, сморкания, разговора, которые усиливают кровотечение. Далее кладут холод на переносицу, а в ноздрю закладывают ватные шарики — тампоны. На вате кровь сворачивается довольно быстро. Можно попытаться остановить кровотечение также сжав нос пальцами слева и справа. Можно сочетать это с закладыванием в нос ваты. Дышать при этом следует открытым ртом. После остановки кровотечения не торопиться извлекать тампон и начать движение, пострадавшему следует дать некоторое время для отдыха.



## ***Другие случаи, требующие помощи***

Помимо травм и заболеваний, в походе могут возникнуть состояния, требующие оказания помощи, связанные с физическим воздействием окружающей среды. Наиболее распространенным из них является солнечный ожог.

### ***Ожог кожи***

С этим видом поражения кожи знаком, наверное, всякий человек. Кому не случалось обгорать на пляже. В походе это чаще всего случается на водных маршрутах, где в солнечные дни многие туристы плывут, раздевшись по пояс. В пеших походах это обычно происходит на дневках, когда юные туристы, стремясь поскорее приобрести загар, неумеренно жарятся на солнце. Предупреждение солнечных ожогов заключается в разумном дозировании времени загорания, правильном подборе одежды и головных уборов (см. главу 3). Нужно также следить за собой и товарищами, принимая солнечные ванны или двигаясь по маршруту легко одетыми (скажем, в трусах и майках). При первых же беспокоящих ощущениях (типа слабого жжения кожи или небольшом покраснении ее) надо прекратить загорание, а на маршруте надеть шаровары и рубашку с длинными рукавами. Первая помощь при обгорании на солнце оказывается так же, как и при других видах ожогов (см. выше).

### ***Снежная слепота***

В яркий солнечный день свет, отражаясь от снега, слепит глаза. В результате возникает острое заболевание глаз — снежная слепота. Ее надо опасаться в основном тем, кто путешествует в горных районах юга. Но в весенних походах она может случиться и на севере. Известны случаи возникновения слабых форм этой болезни под действием солнечных лучей, отразившихся от водной поверхности. Наступает она не сразу, а через 4—5 часов после воздействия света, и поэтому жертвой ее подчас становятся даже опытные путешественники: шел по снежнику, глаза немного слепило, но было терпимо, и вдруг вечером на биваке что-то началось с глазами... Обычное начало заболевания — ощущение попавшего в глаз песка. Затем сильная резь, покраснение слизистой, отек. Болезненная реакция на свет. Иногда временная потеря зрения. Первая помощь при снежной слепоте заключается в промывании глаз бледным раствором марганцовки или холодным чаем, применении холодных примочек, а главное, изолировании глаз от действия солнечного света. Если есть возможность, заболевшего доставляют в темное помещение, если нет, по окончании примочек просто завязывают глаза и создают условия покоя. Через 1—2 дня болезнь идет на убыль, и пострадавший может продолжать маршрут, пользуясь темными очками. Главная предупредительная мера против снежной слепоты — приобретение до начала похода темных очков на каждого члена группы.

### ***Помощь утопающему***

Как ни трудно представить себе такой случай в пешем походе юных туристов, но знать, как оказывается здесь помощь, необходимо. Ибо этот случай принадлежит к числу тех, когда почти все зависит от первой помощи.

Спасая утопающего, нужно соблюдать осторожность. Подплывать к нему следует сзади и, захватив за волосы, воротник одежды или под мышки, повернуть лицом вверх и так плыть к берегу. Часто утопающий инстинктивно захватывает и вцепляется в того, кто оказывает ему помощь. В этом случае не следует устраивать силовой борьбы в воде; надо, сделав вдох, погрузиться в воду. Почувствовав это, утопающий столь же инстинктивно,

как при захвате, отпускает спасающего. Во всех случаях, когда есть возможность, надо использовать подручные средства для увеличения плавучести — доски, бревна и т. п. Если где-то на берегу видна лодка, часто бывает целесообразно быстро добежать до нее и подогнать к месту происшествия.

У человека, который наглотался воды, но не потерял сознания, на берегу может начаться рвота, а затем обморочное состояние. Его нужно раздеть, досуха вытереть и уложить, тепло укутав. Если не было рвоты, ее нужно вызвать, раздражая корень языка. При обмороке надо следить, чтобы голова была низко опущена. Это необходимо для увеличения прилива крови к голове. С этой же целью можно придать конечностям приподнятое положение. Лицо надо обрызгать холодной водой и дать вдохнуть нашатырного спирта с намоченной ватки. Когда пострадавший придет в себя, дать крепкого чая или кофе.

Если пострадавшего извлекли из воды без сознания, надо, прежде всего, удалить изо рта и глотки ил, слизь и рвотную массу, а затем воду из дыхательных путей и желудка. Для этого его кладут грудью на колено тому, кто оказывает помощь, таю, чтобы голова свисала и была ниже грудной клетки. Затем каким-то куском ткани очищают рот и глотку. После энергичными движениями надавливают на спину, добиваясь сжатия грудной клетки. Таким путем удаляют воду из легких. После этого, уложив его лицом вверх и укутав, делают искусственное дыхание, а при отсутствии сердцебиения — наружный массаж сердца. Обе процедуры надо проводить одновременно, а не чередуя одну с другой.

Для проведения искусственного дыхания голову пострадавшего запрокидывают назад, выдвигая нижнюю челюсть вперед, , извлекают язык наружу, захватив его за конец куском марли. Этим достигается свободная проходимость дыхательных путей. Затем оказывающий помощь делает глубокий вдох и, плотно прижат рот ко рту пострадавшего, с силой вдвухает воздух в легкие. Это заменяет пострадавшему вдох (нос пострадавшего надо при этом зажать свободной рукой). Выдох наступает сам за счет эластичности легких и грудной клетки. Рот пострадавшего должен быть в это время открыт. Эту операцию проделывают с частотой 15—20 раз в минуту.

При наружном массаже сердца оказывающий помощь накладывает руки ладонями одна на другую и сложенными так руками надавливает на нижнюю треть грудины так, чтобы прогнуть ее в сторону позвоночника на 4—5 см. При этом происходит сдавливание сердца, и кровь выталкивается в кровеносные сосуды. Затем руки резко отнимаются, грудная стенка возвращается в исходное положение, и сердце опять наполняется кровью. Эту операцию повторяют с частотой 50—60 раз в минуту так, что на одно вдвухание воздуха приходится 4—5 надавливаний. При этом стараются давить не только руками, но и всем корпусом. Пострадавший должен быть уложен спиной на жесткое основание, иначе сдавливать будет не грудная клетка, а мягкая подстилка. Если массаж делается правильно, в момент сдавливания прощупывается пульс на руке.

Следует помнить, что оживление утонувшего занимает иногда несколько часов. Искусственное дыхание и массаж сердца — тяжелая работа, и лучше заниматься этим вдвоем, периодически сменяя друг друга. Помощь нужно оказывать прямо на месте. Кто-то может пойти, чтобы вызвать медицинскую помощь, но ни в коем случае ради этого нельзя оставлять пострадавшего одного без помощи. Транспортировку (если это не машина скорой помощи) можно осуществлять только после восстановления дыхания и сердечной деятельности и быть все время готовыми в дороге продолжить искусственное дыхание и массаж сердца.

## ***ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШЕГО***

В условиях туристского похода для транспортировки пострадавшего используют любые возможные подручные средства и способы. На первом месте здесь стоит *здоровье и жизнь человека* — ЭТО определяющее условие (*в данном случае цель оправдывает средства*).

На небольшое расстояние, например, до места лагеря или просто удобного расположения для оказания доврачебной помощи, можно переносить пострадавшего на руках (*в замке, в обхват*), в страховочной системе, в бухте верёвки, в рюкзаке, на спине.

Если расстояние для транспортировки больного или раненого человека превышает несколько километров возможной ручной переноски, то, оценив обстановку, чтобы тактически выбрать наиболее удобный путь до ближайшей дороги или посёлка, для переноски сооружают более прочную основу: нарты, носилки, волокушу и т.п. Для этого применяют систему длинных упругих жердей с прочными поперечинами, запасную одежду, верёвочное плетение, палатку, спальный мешок.

Зимой пострадавшего дополнительно утепляют, для поддержания тепла в организме ему дают горячее питьё, можно одеть валенки.

В горах все действия по оказанию доврачебной помощи и, особенно, по переноске (*перевозке*) больного или пострадавшего человека осложнены рельефом, а иногда — дискомфортом климата и высокой мобильностью изменений погоды. К спасательным работам и транспортировке пострадавших в горных и горно-таёжных труднодоступных условиях привлекаются специально подготовленные группы спасателей, отряды МЧС, вездеходный и воздушный транспорт. Способов транспортировки множество и каждый избираемый вариант зависит от конкретной сложившейся обстановки и состояния пострадавшего человека.