

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
ВОЕННО-ИСТОРИЧЕСКИЙ
ЛАГЕРЬ



О. А. Чебоксарова

ПОЛЕВОЙ ПОИСКОВЫЙ ЛАГЕРЬ
●
ТОПОГРАФИЯ И ОРИЕНТИРОВАНИЕ
●
ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ

**ВАХТА
ПАМЯТИ
2016**

Международный военно-исторический лагерь
«Калининский фронт – 2016»

Автор-составитель О. А. Чебоксарова

Полевой поисковый лагерь
●
Топография и ориентирование
●
Оказание доврачебной помощи

Тула
2016

© Межрегиональная общественная
организация»Поисковое объединение «Наша Победа»
© Чебоксарова О. А., 2016

РАЗДЕЛ I

Организация полевого базового лагеря поисковой экспедиции (Вахты Памяти)

Долговременный (базовый) лагерь поисковиков существенно отличается от кратковременного. Эти отличия определяются тремя условиями:

- большая продолжительность существования лагеря;
- большое количество людей, присутствующих в границах лагеря;
- большое количество задач, стоящих перед экспедицией.

Вследствие таких условий:

- лагерь должен быть развёрнут в безопасном месте, по возможности, достаточно удалённом от крупных населённых пунктов;
- в долговременном полевом лагере приходится сталкиваться с необходимостью сбора и уничтожения большого количества бытового мусора и пищевых отходов;
- в долговременном лагере поисковиков необходимо устройство стационарного туалета;
- в долговременном поисковом лагере должное внимание следует уделить организации мест для умывания и помывки участников экспедиции (Вахты Памяти);
- в долговременном полевом лагере находится значительный запас продуктов, которые необходимо правильно хранить;
- в поисковом лагере нужно создать специальные условия для хранения многочисленных вещественных находок, специального оборудования и документации; специальное место отводится для временного хранения «поднятых» в ходе экспедиции останков;
- долговременный полевой лагерь должен быть обеспечен в достаточном количестве топливом и питьевой водой;
- организаторам поискового лагеря нужно предпринять меры для круглосуточной его охраны.

В случае, если район проведения предстоящих полевых поисковых работ хорошо знаком организаторам Вахты Памяти, выбор места под базовый лагерь не представляет трудности. Другое дело, если

район новый и сведений о месте предстоящего базирования недостаточно. Процесс выбора такого места можно разбить на три этапа:

- работа с топографическими картами, сбор сведений о районе («домашний» этап);
- предварительная разведка (по возможности);
- окончательное определение местоположения лагеря перед началом непосредственных работ на местности по его установке.

Критерии выбора места под базовый лагерь:

- возможность относительно лёгкого подъезда к месту базирования;
- наличие просторного, сухого, ровного, слегка возвышенного места;
- наличие достаточного количества топлива;
- наличие питьевой воды;
- безопасное расстояние от водоёмов;
- относительная близость к месту проведения поисковых работ;
- отсутствие в пределах досягаемости населённых пунктов.

РАЗДЕЛ II

Топография

Топографическая подготовка поисковиков, умение ориентироваться — необходимые условия для организации и проведения Вахт Памяти. В последнее время поисковики активно используют в своей работе современные средства навигации — системы GPS и GLONASS, заметно облегчающие поисковые работы на местности. При отсутствии или невозможности использования указанных средств навигации на помощь приходят традиционные способы ориентирования на местности при помощи компаса и карты. Умение быстро и точно ориентироваться на местности в любых условиях является одним из важных элементов подготовки поисковика.

Топографическая карта

Термин «топография» происходит от греческих слов «топос» — местность, и «графио» — описание. **Топография** — наука, которая занимается изучением местности с целью составления её карт и пла-

нов. **Карта** и план дают точное представление о местности. Карта — уменьшенное изображение на плоскости земной поверхности или её частей. По содержанию карты бывают:

1. Общегеографические (топографические и обзорные):

Топографическая карта — это общегеографическая карта крупного масштаба, которая отражает элементы природного и культурного ландшафта местности с наибольшей подробностью.

Обзорная карта — это общегеографическая карта более мелкого масштаба, отражающая меньшее количество подробностей ландшафта. Такая карта служит для общей ориентировки.

Разновидностью топографических карт являются **планы** — изображения небольших участков или объектов местности. На плане можно указать подробности, невозможные для карты, т. к. они при сильном уменьшении пропадают.

2. Специальные, предметом содержания которых является не общая характеристика территории, а элемент (или совокупность элементов) географического ландшафта (климат, почвы и т. п.). Специальными также могут быть учебные, морские, туристские, спортивные и другие карты. К разряду карт специального назначения относятся военные карты периода Великой Отечественной и других войн. Такие карты активно используются поисковиками в период подготовки к Вахтам Памяти и непосредственно в местах их проведения.

В поисковой экспедиции часто используется **схема местности** — упрощённый чертёж участка местности, составленный по карте или визуально. Кроме того, часто используются **кроки** — чертёж местности, выполненный с определённой практической целью путём глазомерной съёмки, подробно отражающей элементы местности, важные для решения конкретной задачи — например, определение мест, которые должны быть исследованы поисковиками.

Величина (степень) уменьшения местности на карте называется **масштабом**.

Масштаб карты выражается чаще всего в виде дроби (**численный масштаб**), у которой в числителе всегда стоит единица, а в знаменателе — число, показывающее, во сколько раз уменьшено изображение местности на данной карте (1:200000, 1:10000). Масштаб помещается в нижней части карты.

Верхняя часть карты, как правило, северная (исключением могут быть спортивные карты), нижняя — южная, левая-западная, пра-

вая — восточная. Поле карты расчерчено тонкими чёрными вертикальными и горизонтальными линиями на квадраты. Вертикальные линии показывают направление север-юг, горизонтальные — запад-восток. Эти линии образуют **координатную сетку** карты.

При работе с топографическими картами нужно обязательно учитывать её «старение». С течением лет на местности происходят изменения, которые на карте старого года выпуска, естественно, отражены быть не могут. На территории, где большая плотность населения, изменения происходят быстрее: преобразуется ландшафт — вырубают леса и сажают новые, возводят плотины на реках, создавая пруды и водохранилища, осушают болота, прокладывают дороги, строят населённые пункты. К примеру, место захоронения бойца РККА указано в документах 1942 года как «300 метров от деревни М., на опушке леса». В наше время в указанной местности может не оказаться как деревни М., так и опушки леса. Возможно, лес с течением времени разросся и занял большие площади. Или, напротив, был вырублен в каких-либо хозяйственных целях, и установить, где в 1942 году была граница леса и поля, не представляется возможным.

Следует учитывать и тот факт, что с конца 1930-х годов по соображениям государственной безопасности некоторые карты умышленно искажали, например, на карту не наносились стратегические объекты, расположения воинских частей и т. п.

Топографическими условными знаками на карте обозначены местные предметы. Все топографические условные знаки можно разделить на четыре вида:

1. *линейные* — знаки таких местных предметов, которые имеют форму длинных линий: дороги, линии связи, линии электропередач, ручьи, реки и т. п.;

2. *фигурные* — знаки башен, мостов, церквей, паромов, электростанций, отдельных строений;

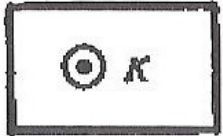
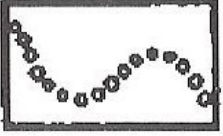
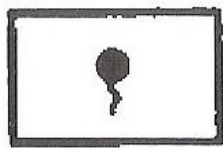
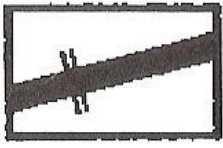
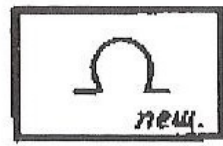
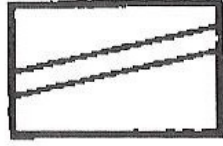
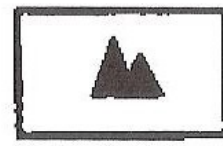
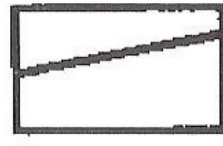
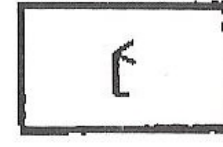
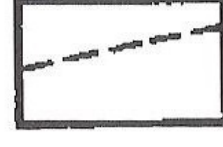
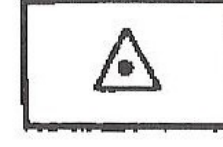
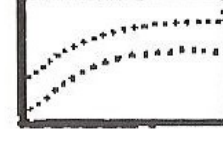
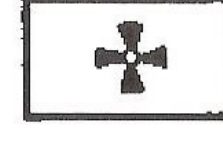
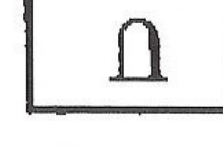
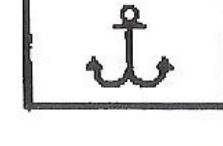
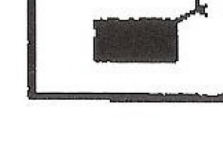
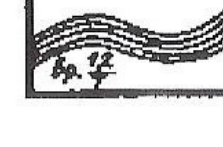
3. *площадные* — знаки местных предметов, занимающих значительные площади: лесов, полей, болот, населённых пунктов, лугов. Площадные знаки состоят из двух частей, контура и знака, заполняющего контур.

4. *пояснительные* — характеризующие знаки: названия населённых пунктов, железнодорожных станций, рек, озёр, гор и т. д.; ширина шоссе, длина, ширина и грузоподъёмность мостов, глубина бродов на реках и т. п.

Почти все линейные и фигурные знаки внемасштабны, а пло-

щадные, как правило, точно соответствуют истинным размерам местных предметов.

РАЗДЕЛ III

	Колодцы		Живые изгороди
	Ключи, родники		Двухпутные железные дороги
	Пещеры		Шоссе
	Скала останец		Грунтовые (проселочные) дороги
	Указатели дорог		Полевые и лесные дороги
	Тригонометрические пункты		Зимние дороги
	Церковь		Мосты
	Памятники		Пристань
	Дом лесника, лесничество		Броды (в числителе - глубина брода в м в знаменателе - качество дна)

Ориентирование на местности

Ориентирование на местности заключается в определении сторон горизонта и своего местоположения относительно окружающих местных предметов и форм рельефа и в выдерживании заданного или выбранного маршрута движения.

Компас — это угломерный прибор, который используется для определения сторон горизонта на местности. Компасы бывают разной конструкции. Широко известен в нашей стране компас, сконструированный в XIX веке русским военным топографом капитаном Петром Андриановым (компас Андрианова).

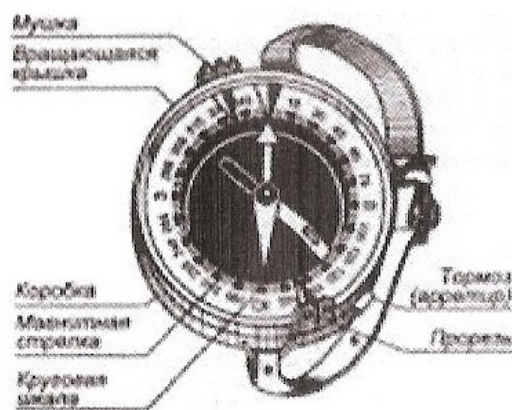
Сейчас наиболее популярны жидкостные компасы.

Существуют три действия с компасом, которые должен знать поисковик:

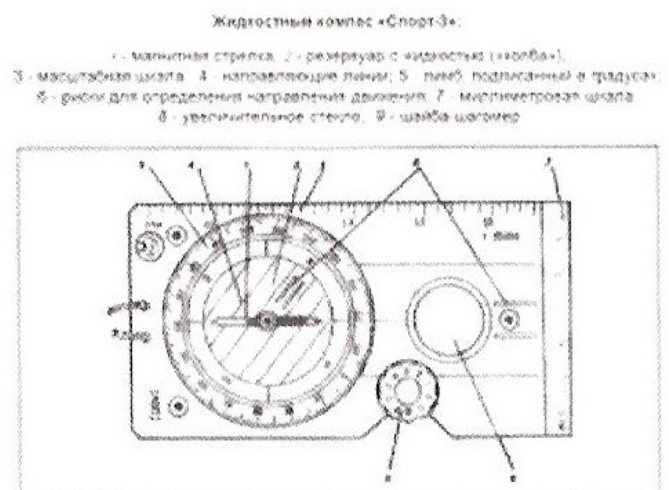
1. *определение сторон горизонта* — отмеченный конец стрелки компаса показывает северное направление. Остальные стороны горизонта, зная север, определить несложно;
2. *ориентирование карты по компасу* — сориентировать карту по сторонам горизонта: повернуть её так, чтобы северное направление карты совпало с направлением на север отмеченного конца магнитной стрелки компаса;
3. *определение азимута* (азимут — угол, образованный направлением на север и направлением на ориентир (цель)).

В случае утраты компаса или выхода его из строя, можно определить стороны горизонта по местным признакам:

- одним из самых надежных указателей сторон горизонта являются лесные муравейники — они, как правило, располагаются у корней дерева с густой кроной, которая защищает их от дождя и обяза-



Компас Андрианова



тельно с южной стороны этого дерева. Кроме того, южная сторона муравейника всегда более пологая, по сравнению с северной;

- мох на камнях и деревьях, избегая прямых солнечных лучей, растет на теневых северных сторонах камней и деревьев. Используя этот способ, надо быть осторожным: поскольку в густом лесу нет прямых солнечных лучей, то мох растет вокруг всей поверхности дерева — у его корней и выше. То же касается и камней. Этот способ хорошо «работает» только на отдельно стоящих деревьях или камнях. Или, в крайнем случае, в редколесье;

- стороны горизонта можно определить по годовым кольцам деревьев. Для этого можно найти отдельно стоящий пенек или срезать небольшое, диаметром 70–80 мм отдельно стоящее деревце. Аккуратно зачистив срез, мы увидим, что сердцевина, то есть центр концентрических годовых колец, смещен относительно геометрического центра пня, причем смещен он обязательно к северу. Проведя прямую линию через геометрический центр пня и центр концентрических годовых колец, получаем направление на север;

- кора большинства деревьев грубее на северной стороне, тоньше, эластичнее (у березы светлее) — на южной;

- у сосны вторичная (бурая, потрескавшаяся) кора на северной стороне поднимается выше по стволу;

- на деревьях хвойных пород смола более обильно накапливается с южной стороны;

- весной травяной покров более развит на северных окраинах полей, прогреваемых солнечными лучами, в жаркий период лета — на южных, затемненных;

- летом почва около больших камней, строений, деревьев и кустов более сухая с южной стороны, что можно определить на ощупь;

- просеки в лесах, как правило, ориентируются в направлении север — юг или запад — восток;

- алтари православных церквей, часовен и лютеранских кирок обращены на восток, а главные входы расположены с западной стороны;

- алтари католических церквей (костелов) обращены на запад.

Каждый участник поисковых работ должен представлять район их проведения и границы этого района. В случае потери ориентировки важно в спокойной обстановке проанализировать свой путь, пройденный до момента, когда стало ясно, что ты заблудился. Остановись и попробуй громкими криками привлечь внимание товарищей. Помни: как только выяснится, что отряд не досчитался бойца,

будут организованы поисково-розыскные работы, и проводятся они на территории, которую отряд обследовал ранее. Нельзя поддаваться панике, это будет мешать принятию адекватных решений.

Если определить своё местонахождение невозможно, следует двигаться вниз по течению первого попавшегося ручья до реки, чаще всего ручей впадает в реку. Чем река крупнее, тем больше вероятности встретить возле неё людей. На берегах рек и озёр или в непосредственной близости от них часто располагаются населённые пункты. Если ты вышел на тропу, то направление «к жилью» можно определить по таким признакам:

— при приближении к населённому пункту тропа расширяется, на ней чаще встречаются ответвления и места стоянок, бытовой мусор;

— выйдя на лесовозную дорогу, обратите внимание на упавшие с машин брёвна: как правило, они лежат широким концом (комлем) в сторону населённого пункта, поскольку их возят именно так;

— свежие следы машин, повозок и людей утром ведут от жилья, вечером — к жилью.

При движении по незнакомой местности будьте наблюдательны и внимательны к мелочам. Так, тропа, протоптанная человеком, отличается от звериной. Главное отличие — в расположении веток: если ветка бьёт в лицо или в пояс — такая тропа к человеческому жилью не приведёт, здесь ходит зверь.

При потере ориентировки можно пользоваться пеленгацией предметов по звуку или по свету. Звуковая пеленгация производится с большой точностью и является важным способом ориентирования. Услышав звук, быстро поворачивайся к нему лицом и вслушайся, не двигаясь. При повторении звука нужно двигаться в его направлении.

Определение расстояния по звуку сильно зависит от плотности воздуха и в ещё большей степени от его влажности. Чем выше давление и выше влажность, тем дальше разносятся звуки. Это необходимо учитывать. Для тихого места и при нормальной влажности:

- шум железной дороги (идущего поезда) слышен за 5–10 км;
- выстрел из ружья — 2–4 км;
- гудок автомобиля, громкий свисток — 2–3 км;
- лай собак — 1–2 км;
- движение автомобилей по шоссе — 1–2 км;
- человеческий крик неразборчиво — 1–1,5 км;
- звук газующего мотора легкового автомобиля — 0,5–1 км;

- шум падающего дерева (треск) — 800–1000 метров;
- стук топора, стук по металлическим предметам — 300–500 метров;

- спокойный разговор людей — 200 метров;
- негромкая речь, кашель — 50 — 100 метров.

Для выдерживания направления, особенно ночью, большое значение имеет свет, источники которого являются прекрасными ориентирами:

- горящий костер (обычных размеров) виден на расстоянии 6–8 км;
- свет электрического фонарика (обычного) — 1,5–2 км;
- горящая спичка — 1–1,5 км;
- огонь сигареты — 400–500 м.

Чтобы точно рассчитать свои силы при движении на ставший видимым ориентир, помните:

- на открытой местности населенные пункты видны с 10–12 км;
- многоэтажные строения — 8–10 км;
- отдельные одноэтажные (частные) дома — 5–6 км;
- окна в домах различимы с 4 км;
- трубы печей на крышах — 3 км;
- отдельные деревья различимы с 2 км;
- люди (в виде точек) — 1,5–2 км;
- движение рук и ног человека — 700 метров;
- переплеты оконных рам — 500 метров;
- цвет и части одежды — 250–300 м.

РАЗДЕЛ IV

Оказание доврачебной помощи пострадавшему

Безопасность Вахт Памяти и поисковых экспедиций во многом зависит от правильной их организации, которая включает определенные требования по комплектованию поискового отряда, медицинскому отбору их участников, знанию мер профилактики травм и несчастных случаев и т. д. Если среди участников полевого поискового лагеря имеется врач, он должен быть всегда доступен для телефонного звонка или радиосеанса любому бойцу отряда, который нуждается в квалифицированной медицинской помощи.

В случае, если врача в отряде не имеется, из числа участников Вахты Памяти назначается санинструктор, который (даже не имея медицинского образования), должен грамотно укомплектовать аптечку, знать порядок и применение входящих в неё средств и инструментов. Желательно, чтобы все участники поисковой экспедиции знали состав медаптечки и умели применять находящиеся в ней медикаменты. Все участники полевого поискового лагеря должны уметь оказывать первую доврачебную помощь пострадавшему и правильно транспортировать его до места оказания медицинской помощи. Обучение приёмам само— и взаимопомощи должно проводиться квалифицированными врачами.

Перед Вахтой Памяти её участники должны провести ряд профилактических мероприятий. Необходимо санировать ротовую полость (вылечить все зубы). Лицам, страдающим частыми ангинами и воспалениями носоглотки, нужно пройти профилактический курс лечения. До проведения поисковой экспедиции следует по указанию санитарно-эпидемиологической службы по месту жительства сделать профилактические прививки против ряда инфекционных и особо опасных заболеваний. Например, всем поисковикам, выезжающим в районы, имеющие природные очаги клещевого энцефалита, необходимо в обязательном порядке произвести вакцинацию. Введение вакцины значительно повышает устойчивость организма к возбудителю клещевого энцефалита. Помимо медицинского контроля, важнейшую роль играет само-

контроль поисковика. Он состоит в ежедневном наблюдении за состоянием своего организма. В случае ухудшения состояния или появления каких-либо тревожных симптомов об этом следует немедленно сообщить медику отряда или руководителю (командиру) поисковой экспедиции.

Руководитель Вахты Памяти (поисковой экспедиции) заранее должен выяснить, где находится ближайший пункт оказания медицинской помощи и узнать номер телефона этого учреждения.

Первая доврачебная помощь представляет собой комплекс простейших мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья человека, проводимых до оказания медицинской помощи. Основными её задачами являются:

- проведение необходимых мероприятий по ликвидации угрозы для жизни пострадавшего;
- предупреждение возможных осложнений;
- обеспечение максимально благоприятных условий для транспортировки пострадавшего.

Первая помощь пострадавшему должна оказываться быстро и под руководством одного человека, так как противоречивые советы со стороны, суета, споры и растерянность ведут к потере драгоценного времени.

Если в походных условиях участник получил травму (заболел), его товарищи, прежде всего, должны выполнить следующие действия:

- правильно определить характер травмы (заболевания) по ее симптомам (поставить верный диагноз);
- оказать необходимую первую (доврачебную) помощь пострадавшему;
- транспортировать пострадавшего (если он сам не может перемещаться) до места оказания квалифицированной врачебной помощи.

Заболевания и травмы, обусловленные особенностями пребывания в условиях открытой природы

Острая сердечная недостаточность

Причины. Возникает вследствие острого ослабления сердечной мышцы у больных с пороками сердца, стенокардией, миокардитом,

гипертонической болезнью, воспалением легких, а также в связи с детренированностью и другими заболеваниями при чрезмерном физическом перенапряжении. Острая сердечная недостаточность протекает в виде приступов сердечной астмы и отека легких.

Симптомы сердечной астмы. Приступ удушья, затруднение вдоха, учащение дыхания. Сухой кашель, хрипение. Отмечаются бледность лица, посинение губ, кончиков пальцев и носа. Больной вынужденно принимает сидячее положение.

Симптомы отека легких. Приступ удушья. Бледность и синюшность лица. Клокочущее, слышное на расстоянии дыхание. Пенистая мокрота розового цвета. Больной беспокоен, не может лежать, принимает сидячее положение. Возможна остановка сердца.

Неотложная помощь

Дать нитроглицерин — 1 табл. под язык.

Наложить жгут на бедра для прекращения венозного кровотока. Для этого жгуты должны быть наложены до появления синюшности на голени, четкий пульс на артерии должен определяться.

Острая сосудистая недостаточность

Острая сосудистая недостаточность наблюдается в виде обморока и коллапса.

Обморок

Причины. Повышенная чувствительность к боли. Переутомление. Тепловой и солнечный удар. Выраженные эмоции у некоторых людей при виде крови. Обморок на фоне приступа болей в груди или в области сердца вызывает подозрение на инфаркт миокарда.

Симптомы. Головокружение. Ощущение внезапной тошноты. Потемнение в глазах. Потеря сознания. Похолодание конечностей. Учащение пульса. Бледность.

Неотложная помощь

Уложить больного на спину, подняв его выпрямленные ноги под углом 60–90°.

Дать вдохнуть нашатырный спирт (на ватке).

Коллапс

Причины. Резкое падение артериального давления. Развивается чаще всего при тяжелых отравлениях, как реакция на внезапную

сильную боль, при острых инфекционных заболеваниях. Состояние, опасное для жизни.

Симптомы. Резкая бледность, частый слабый пульс, дыхание замедленное или учащенное. Кожа покрывается холодным потом. Температура тела значительно снижена. Сознание сохранено, но преобладают явления резчайшей слабости, отсутствие движений: пострадавший не реагирует на внешние раздражения. Дыхание неритмичное, язык сухой.

Неотложная помощь

По возможности устранить причины, вызывающие коллапс (интоксикация, боль).

При внезапной остановке дыхания провести искусственное дыхание способом «рот в рот». При остановке сердца — закрытый его массаж.

Отравления

Отравлением можно считать острое заболевание, вызванное ядовитыми веществами. Ядовитые вещества действуют даже в малых дозах, и их действие сходно у всех людей, хотя токсическая доза индивидуальна. К отравлениям можно причислить заболевания, вызываемые укусом некоторых животных, насекомых и членистоногих.

Диагностика отравлений основана на учете данных опроса, осмотра места происшествия (растения и т. д.). Важно уточнить путь поступления токсического вещества (желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути, кожа).

Неотложная терапия заключается в ускорении выведения яда из организма путем:

- промывания желудка — пострадавшему, находящемуся в сознании дают выпить 1,5–2 л воды и вызывают рвоту, надавливая указательным и средним пальцами на корень языка; процедуру повторяют до чистой промывной воды;

- прерывания контакта с ядовитой средой — при ингаляционных отравлениях. В этом случае первоочередная задача вынести пострадавшего из ядовитой атмосферы на свежий воздух;

- смывания токсического вещества — при кожном отравлении. Для этого кожу обильно обмывают водой с мылом, удаляя токсиче-

ские вещества; при попадании яда в глаза его также удаляют путем промывания.

В поисковых экспедициях возможны отравления химическими веществами — бензином, угарным газом, а также недоброкачественными пищевыми продуктами, растениями и грибами. Эффективность лечения зависит от своевременно начатой, целенаправленной терапии. Пострадавших от отравления нужно как можно скорее доставить в ближайшее лечебное учреждение.

При оказании неотложной помощи при острых отравлениях необходимо всеми средствами максимально ускорить выведение яда из организма.

При попадании яда через рот нужно обязательно промыть желудок. Для этого выпить 1,5–2 л воды с 1 столовой ложкой питьевой соды и вызвать рвоту, надавливая пальцами в области корня языка. Повторять эти процедуры 2–3 раза — одну за другой. Промывать желудок следует даже спустя 6–12 часов после приема яда. Промывание нужно проводить до исчезновения из промывных вод частиц пищи и слизи.

Кроме того, пострадавшему надо дать 30 г слабительного (сульфата натрия) или столовую ложку поваренной соли, разведенных в 0,5 стакана теплой воды.

Заболевания, связанные с животными и насекомыми

Змеи

На территории нашей страны обитает свыше десяти видов ядовитых змей. Наиболее опасны укусы кобры среднеазиатской, гюрзы и эфы. Другие виды змей, в частности гадюки, а также щитомордники, представляют меньшую опасность. После их укусов смертельные исходы бывают реже, но иногда развиваются тяжелые осложнения.

В областях с жарким климатом змеи ведут, как правило, сумеречный образ жизни, а днем скрываются от прямых лучей солнца в расщелинах скал, норах грызунов, покинутых глинобитных постройках.

В средней полосе и в северных областях распространена гадюка, обитающая в тенистых лесах с высоким травостоем, кустарником. Активна в дневное время.

Меры предосторожности. При проведении поисковых работ в опасных районах необходимо иметь высокие сапоги и брюки, ко-

торые не должны плотно облегать ноги. Если на ногах ботинки, то брюки заправьте в них с напуском. В горах надо помнить: прежде чем руками обследовать расщелины в скалах, нужно с помощью палки проверить, нет ли там ядовитых змей.

Необходимо знать и некоторые повадки змей. Кобра, например, нападая, способна сделать бросок, равный третьей части длины ее тела. Очень характерна ее поза угрозы: поднятая вертикально передняя треть тела, раздутый капюшон, покачивание из стороны в сторону, шипение. Гюрза в угрозе броска зигзагообразно выгибает переднюю часть тела. Эфа свертывается в розетку, в центре которой находится голова со своеобразным рисунком, напоминающим летящую птицу или крест. Щитомордники перед нападением мелко трясут кончиком хвоста.

Если вы увидите змею, принявшую позу угрозы, то лучше отступить. Имейте в виду: змея кусает только в случае защиты.

Симптомы отравления. Змеиный яд содержит много активных веществ, в частности ферментов, которые вызывают нарушение сосудистой и клеточной проницаемости, внутрисосудистое свертывание крови.

На месте укуса змеи видны две ранки от ее ядовитых зубов. Вскоре возникает значительная местная болевая реакция, быстро распространяющийся отек, возможно образование больших кровоизлияний. При попадании яда в кровь общая реакция нередко проявляется сразу, в других случаях действие развивается через 30–60 минут: головокружение, сонливость, головная боль, тошнота, рвота, кровотечение из слизистых оболочек, частый пульс, коллапс, иногда возбуждение и судороги.

Первая помощь при укусе змеи

Прежде всего постарайтесь как можно скорее выдавить яд из ранки. Отсасывание яда при укусе змеи не рекомендуется.

Разрезать место укуса для лучшего отхождения яда не рекомендуется. Это грозит инфекцией, нередко повреждением сухожилий, что может привести к инвалидности.

После выдавливания яда нужно ограничить подвижность пострадавшего. Если укушена нога, то надо прибинтовать ее к другой,

если рука, то зафиксировать ее в согнутом положении. Пострадавшему рекомендуется больше пить — воды, чая, бульона. От кофе лучше воздержаться, так как он оказывает возбуждающее действие.

Ни в коем случае нельзя накладывать жгут. Во-первых, он не препятствует проникновению яда в вышележащие ткани, а во-вторых, жгут, особенно при укусах гюрзы и гадюки, пережимая сосуды, способствует еще большему нарушению обмена веществ в тканях пораженной конечности. В результате усиливаются их омертвление и распад, что чревато тяжелейшими осложнениями.

Прижигание места укуса неэффективно, потому что длина ядовитых зубов змеи достигает подчас более сантиметра. При этом яд проникает в ткани, и поверхностное прижигание не способно его разрушить. А на месте прижигания образуется струп, под которым начинается нагноение.

Человеку, которого укусила змея, пить спиртные напитки категорически запрещается. Алкоголь не является противоядием, как полагают некоторые, а, наоборот, затрудняя выведение яда из организма, усиливает его действие.

Самое эффективное средство при укусах особо ядовитых змей — противоядная сыворотка. Пострадавшего от укуса змеи надо как можно скорее транспортировать в лечебное учреждение.

Укусы насекомых

Укусы комаров, мошек, мокрецов, слепней, помимо зуда кожи, могут вызвать повышенную раздражительность, потерю аппетита, бессонницу, общее нервное утомление. Кроме того, мелкие насекомые часто попадают в глаза и уши.

Лучшим средством индивидуальной защиты от беспокоящих насекомых являются репелленты — отпугивающие насекомых вещества. В местах, особенно изобилующих такими насекомыми, применяют марлевые накладки или специальные сетки Павловского, пропитанные этими препаратами. Ими же можно пропитывать палатки и верхнюю одежду.

При укусах перепончатокрылыми — пчелами, шмелями, шершнями — возникает местная или общая реакция. Местная реакция хорошо известна каждому, кого хоть раз ужалила пчела или оса:

сильная боль, зуд и жжение, краснота и значительный отек в области укуса. Особенно отекают веки, губы, щеки. Длительность местной реакции 1–8 суток.

Общие реакции бывают *токсическими* и *аллергическими*.

Токсическая реакция возникает, когда человека одновременно ужалят несколько десятков насекомых. Женщины и дети более чувствительны к яду перепончатокрылых, чем мужчины.

При общей токсической реакции может появиться крапивница — волдырная зудящая сыпь по всему телу. Она сопровождается высокой температурой, резкой головной болью, рвотой, иногда бредом, судорогами.

Аллергическая реакция на яд перепончатокрылых возникает примерно у 1–2 % людей, и для ее развития количество яда значения не имеет. Достаточно, чтобы человека ужалило всего одно насекомое.

Степень тяжести такой реакции может быть различна. Ее проявлением бывают крапивница, отек лица, ушных раковин. Очень опасен отек языка и гортани, что может вызвать удушье. В ряде случаев наблюдаются одышка, затрудненный, хриплый выдох, сильное сердцебиение, головокружение, боль в животе, тошнота, рвота, возможна кратковременная потеря сознания.

Самая тяжелая аллергическая реакция — анафилактический шок, который угрожает жизни пострадавшего. Он развивается сразу вслед за ужаливанием: человек теряет сознание (иногда на несколько часов), у него нарушается деятельность многих органов и систем, в первую очередь сердечно-сосудистой и нервной.

Первая помощь пострадавшему от яда перепончатокрылых

Прежде всего следует принять меры, препятствующие поступлению яда в ткани и его распространению. Из всех перепончатокрылых насекомых жало оставляют только пчелы, поскольку их жалящий аппарат имеет зазубрины. Поэтому, обнаружив жало, осторожно удалите его вместе с ядовитым мешочком, подцепив ногтем снизу вверх.

Для ослабления местной токсической реакции сразу после ужаления перепончатокрылым насекомым надо приложить к этому месту кусочек сахара, что способствует вытягиванию яда из ранки.

При общей токсической реакции, чтобы замедлить всасывание яда, на место отека следует положить лед, снег, грелку с холодной водой или полотенце, смоченное в холодной воде. Пострадавшему рекомендуется как можно больше пить. Нельзя использовать для местного охлаждения сырую землю, глину — это может привести к заражению столбняком или заражению крови. При крапивнице наблюдается значительное снижение артериального давления, поэтому надо дать пострадавшему 20–25 капель кордиамина. Алкоголь категорически противопоказан, так как он способствует увеличению проницаемости сосудов, что приводит к усилению отеков.

Общая аллергическая реакция ликвидируется приемом любого антигистаминного препарата (димедрола, супрастина). В остальном первая помощь при острой аллергической реакции такая же, как и при общей токсической: холодная грелка к месту ужаления, 20–25 капель кордиамина.

При тяжелой общей реакции пострадавшего надо быстро доставить к врачу.

Тот, у кого хотя бы один раз возникала аллергическая реакция на яд пчелы, осы, шершня или шмеля, должен непременно обратиться к аллергологу. Особенно срочные меры необходимы в случае развития анафилактического шока. Пострадавшему следует укрыть, обложить грелками с теплой водой, дать 1–2 таблетки димедрола, 20–25 капель кордиамина.

В тяжелых случаях, когда у пострадавшего остановилось сердце и прекратилось дыхание, надо делать сердечно-легочную реанимацию: искусственное дыхание и закрытый массаж сердца.

Потеря сознания

Ни одна травма или заболевание поисковика в полевых условиях не вызывают такой растерянности, ненужных и опасных действий со стороны окружающих, как внезапная потеря сознания пострадавшим. Любая стадия или форма потери сознания действительно очень грозный симптом опасной для жизни травмы или состояния. Сама по себе потеря сознания, безотносительно к причинам ее развития, может привести к скорой смерти при отсутствии неотложной

помощи. Вместе с тем часто простые, спокойные и целенаправленные действия группы спасают жизнь такого пострадавшего.

Причины. Чаще всего потеря сознания развивается при травме черепа и головного мозга, при тяжелых травмах скелета и внутренних органов, что происходит при падении с высоты. Бессознательное состояние может быть при утоплении. Основная опасность при таких состояниях — асфиксия (удушье), нехватка кислорода и как реакция на это — отключение сознания. На третьем месте по частоте стоит поражение молнией, тяжелые формы теплового или солнечного удара. Потерей сознания могут сопровождаться тяжелые формы отравления, инфекционные заболевания при задержке с врачебной помощью, то есть в далеко зашедших стадиях. И наконец, после судорог при эпилептическом припадке нередко остается на несколько часов бессознательное состояние, которое в таких случаях плавно переходит в сон (но человека уже можно разбудить). Сознание утрачивается при обмороке и коллапсе, но чаще всего на несколько секунд (до минуты). Если сознание быстро не восстанавливается, следует думать о других причинах его утраты.

Симптомы. Необходимо помнить, что потеря сознания может быть разной глубины или проходить несколько стадий — от самой легкой до критической. Это важно знать, чтобы уметь рано распознать начало грозного состояния и организовать быструю помощь, не дожидаясь развития поздней, трудной для лечения стадии.

Легкая потеря сознания (удар по голове, падение с небольшой высоты, перегревание, отравление) выражается в состоянии оглушения. Пострадавший как бы уходит в себя, но речевой контакт с ним сохранен: надо несколько раз, настойчиво и громко повторить вопрос, чтобы получить замедленный, тихий, односложный («да», «нет»), порой невнятный ответ. Пострадавший не понимает или медленно выполняет простейшие указания, на вопрос о наличии боли часто дает отрицательный ответ. Однако при осторожном ощупывании, проверке движений в суставах при наличии переломов или других травм он реагирует на болезненность защитной мимической реакцией.

При дальнейшем углублении расстройства сознания возникает так называемое сопорозное состояние: резкая сонливость, полная

апатия, неподвижность. На громкий оклик потерпевший только открывает глаза, взгляд его безучастен. На боль реагирует стоном или мимической гримасой.

Глубокая потеря сознания — кома: полное отсутствие реакции на внешние раздражители, в том числе и на боль, состояние, иногда напоминающее сон, но разбудить такого человека не удастся. В этой стадии нередко развиваются критические расстройства дыхания и работы сердца.

Особенно внимательно надо следить за состоянием психики у пострадавшего в тех случаях, когда вы не были очевидцами травмы. В таких обстоятельствах всегда надо помнить о возможности травмы головного мозга, поэтому ранняя диагностика — еще в начале развития потери сознания (в стадии легкого оглушения) — имеет жизнеспасительное значение.

Неотложная помощь

Неотложная помощь состоит из двух мероприятий: транспортировка пострадавшего в пункт оказания медицинской помощи и профилактика возможных осложнений.

При неглубокой потере сознания (оглушение, сопорозное состояние) часто возникает рвота, и если пострадавший лежит на спине, то появляется опасность попадания рвотных масс в дыхательные пути и быстрое развитие удушья (асфиксии).

В коматозном состоянии наступает паралич мышц пищевода и входа в желудок и возникает пассивное вытекание содержимого желудка в ротовую полость. В итоге, как и при рвоте, желудочное содержимое при каждом вдохе попадает в дыхательные пути и легкие, что также приводит к асфиксии.

В такой тяжелой ситуации быстро, порой в течение считанных секунд, может наступить остановка сердечной деятельности и дыхания. Применение при этом закрытого массажа сердца и искусственного дыхания бесполезно, ибо дыхательные пути остаются непроходимыми для воздуха. Именно поэтому при потере сознания неоценимое значение имеет профилактика асфиксии. С этой целью пострадавшему, находящемуся в бессознательном состоянии, придают так называемое устойчивое или фиксированное положение. По-

ложение называют устойчивым потому, что пострадавший, даже при транспортировке на носилках, не может повернуться на спину или на живот.

Нужно следить, чтобы свободному дыханию пострадавшего не мешала подложенная под голову рука или другие предметы. Кроме того, лицо его должно оставаться открытым для наблюдения за дыханием и для очищения полости рта при затеке в нее желудочного содержимого. В таком положении потерпевший должен оставаться в течение всего бессознательного состояния. Требуется постоянное наблюдение за свободой дыхания, пульсом, цветом кожи. Если возникла остановка сердца или дыхания, потерпевшего теми же приемами плавно поворачивают на спину, подкладывают валик под шею и начинают приемы реанимации.

Во время транспортировки (особенно по пересеченной местности) пострадавшего, лежащего в боковом положении, дополнительно не туго фиксируют к носилкам широкими ремнями или какой-нибудь тканью в виде косынок. Их завязывают в области таза, плечевых суставов и голеней. Фиксаторы не должны стеснять дыхание.

При малейшем подозрении на перелом таза, позвоночника, костей верхних или нижних конечностей придавать боковое положение нельзя из-за опасности смещения отломков. Пострадавшего в таких случаях укладывают на спину с валиком под шею и с несколько запрокинутой головой для свободы дыхания.

Помощь при переломах, ранах, кровотечениях

Жизнь и здоровье пострадавшего от травмы в большинстве случаев зависят от оказания первой помощи лицами без специального медицинского образования. Поэтому необходимо, чтобы каждый поисковик умел оказать доврачебную помощь, знал сущность, правила и последовательного мероприятий по ее проведению.

Задачи первой доврачебной помощи при травмах:

- проведение мероприятий по прекращению действия травмирующих факторов;
- восстановление нарушенного дыхания и сердечной деятельности (первичные реанимационные действия);
- остановка кровотечения;

- закрытие ран стерильными повязками;
- устранение боли;
- обездвиживание травмированных участков тела подручными средствами;
- придание пострадавшему наиболее удобного положения (функциональная укладка);
- обеспечение как можно более быстрой и бережной доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

При оказании первой помощи следует руководствоваться следующими принципами: правильность и целесообразность; быстрота и бережность; обдуманное решительность и спокойствие.

При оказании первой помощи необходимо быстро и правильно оценить состояние пострадавшего и придерживаться определенной последовательности действий.

Сначала нужно представить себе обстоятельства, при которых произошла травма и которые повлияли на характер. Это особенно важно в тех случаях, когда пострадавший находится без сознания и контакт с ним невозможен. Данные, установленные лицом, оказывающим первую помощь, могут позднее помочь врачу.

При осмотре пострадавшего оценивают его общее состояние, вид и тяжесть травмы, способ помощи, необходимые средства первой помощи в зависимости от данных возможностей и обстоятельств.

В тяжелых случаях (артериальное кровотечение, бессознательное состояние, удушье) первую помощь необходимо оказывать немедленно, но таким образом, чтобы спешка не отразилась на ее качестве.

Оценка общего состояния пострадавшего, места и характера повреждения

Необходимо убедиться, что пострадавший дышит и ничто не препятствует его дыханию.

При первых вопросах к пострадавшему и его ответах можно определить сохранность и ясность его сознания. Так называемая оглушенность, когда человек с трудом вступает в контакт, сонлив, адинамичен, как и потеря сознания, — грозные симптомы. Признаками тяжелой травмы и опасного состояния служат также резкая

бледность, серый цвет кожных покровов, замедленная частота дыхания (менее 15 в минуту) или учащение его (более 30 в минуту), отсутствие пульса или слабый пульс (с частотой менее 40 и более 120 ударов в минуту). При наличии сознания человек часто сам указывает на место травмы, ощущая там боль.

Нужно тщательно осмотреть и осторожно ощупать голову пострадавшего, туловище, конечности, сравнивая правую и левую стороны. Так легче определить раны и оценить опасность потери крови, переломы костей, ушибы. Труднее определить травмы таза, позвоночника, грудной клетки и живота.

Транспортировать пострадавшего в больницу можно лишь в двух случаях: при его общем хорошем состоянии и способности к самостоятельному передвижению; при невозможности вызова по телефону или радио помощи к месту происшествия. При отсутствии связи в случае тяжелой травмы иногда, чтобы выиграть время, рационально разделить группу. Два человека отправляются в ближайший населенный пункт за помощью, а остальные (не менее 5–7 человек) осторожно транспортируют пострадавшего до дороги (если возможен вывоз машиной).

При беседе с врачом важно подробное изложение всех симптомов: изменение сознания, пульса, величины зрачков и т. д. Эти данные лучше записать.

Раны, кровотечения

Симптомы. Кровотечение, боль, зияние раны — расхождение ее краев. По размеру ран, их виду, по состоянию краев и по глубине можно определить способ их нанесения: резанные, рубленые, колотые, ушибленные, рваные, укушенные, огнестрельные.

Раны могут быть поверхностными, когда повреждается только кожа, и более глубокими — с повреждением подкожной клетчатки, мышц сухожилий, сосудов, костей и внутренних органов. Опасны для жизни глубокие раны головы и шеи, груди и живота, раны любого вида с повреждением крупного кровеносного сосуда. Раны кисти опасны повреждением сухожилий. Все раны чреваты развитием воспалительного процесса с образованием флегмон, абсцессов. Чем глубже раны, тем инфекция быстрее развивается и тяжелее протекает.

В тех случаях, когда кровь из раны вытекает наружу, — это наружное кровотечение, особенно значительное при глубоких рубленых и резаных ранах, ранах лица и головы. При колотых и огнестрельных ранах груди и живота возможны внутренние кровотечения, то есть кровотечения в полость тела.

Кровотечение может быть капиллярным — при небольших ранах, кровь вытекает по каплям; венозным — при более глубоких ранах, обильно выделяется кровь темно-красного цвета; артериальным — кровь алого цвета, бьет из раны пульсирующей струей.

Задача первой помощи состоит в оценке тяжести раны — определении возможных повреждений, кроме видимых на глаз; оценке общего состояния пострадавшего — опасности шока при кровотечении; в остановке кровотечения и предотвращении загрязнения раны.

Обработка раны

Чаще всего поверхностные раны сильно не кровоточат. Поэтому помощь состоит в перевязке раны. Края ее смазывают настойкой йода, следя за тем, чтобы йод не попал в рану. Это делают ватным тампоном, смоченным настойкой йода и зажатым в пинцете или намотанным на палочку.

Рану опрыскивают пантенолом, закрывают стерильной салфеткой из индивидуального пакета и бинтуют область раны. Если края раны сильно разошлись, перед бинтованием их надо сблизить (но не до смыкания) и в таком положении фиксировать 2–3 полосками лейкопластыря.

Рану нельзя промывать водой (опасность заражения), а также спиртом или йодной настойкой. Дезинфицирующий раствор, попадая в рану, обуславливает гибель поврежденных клеток, а также вызывает значительную боль. На рану нельзя накладывать никакую мазь, а также запрещается класть непосредственно в рану вату.

Если из раны выступают какие-либо ткани — мозг, кишечник, то их сверху прикрывают стерильной марлей, но ни в коем случае не вправляют внутрь.

Остановка кровотечений

Главной задачей при обработке любой кровоточащей раны является остановка кровотечения. Действовать при этом следует быстро

и целенаправленно, так как значительная потеря крови обессиливает пострадавшего и даже представляет угрозу для его жизни. Если удастся предотвратить большую кровопотерю, то это намного облегчит дальнейшее лечение пострадавшего, уменьшит последствия ранения.

Венозное и капиллярное кровотечения лучше всего останавливаются давящей повязкой. На кровоточащий участок накладывают стерильную марлю или часть бинта, поверх нее — сложенный в несколько раз бинт или марлю, в крайнем случае сложенный чистый носовой платок. Примененные таким образом, они действуют в качестве давящего фактора. При последующем прижатии бинтом к ране они сдавливают просветы сосудов — и кровотечение прекращается. При ранении конечности этому помогает ее возвышенное положение после наложения повязки.

После того как повязка наложена, необходимо наблюдать за ней — в первые 2 часа постоянно, затем через каждые 10–15 минут. Это важно, так как повязка может быстро, почти сразу же после наложения, пропитаться алой кровью, что свидетельствует о возможном повреждении артерии. В других случаях повязка медленно пропитывается кровью, в течение часа и более.

В обоих случаях надо поверх первой, пропитанной кровью повязки наложить новую, с большим давлением при каждом туре бинта. При венозном кровотечении или травме мелких артерий этого чаще всего бывает достаточно. Продолжающееся быстрое пропитывание повязки, вытекание крови сквозь бинт каплями, а тем более струйкой (что бывает крайне редко и свидетельствует о повреждении крупной артерии и глубине раны) требуют экстренных мер.

В такой ситуации при ранах на конечностях прибегают к временной остановке артериального кровотечения при помощи закрутки. Для этого применяют жгут, изготовленный из плотной материи, например, полотна, и связанный или сшитый в виде петли. Длина его — 70–80 см, ширина — 10 см.

Жгут-закрутку накладывают всегда выше раны: например, на бедро — при ранении голени, на плечо — при ранении предплечья.

Этапы наложения жгута-закрутки следующие. Палочкой начинают закручивать петлю и при небольшом сжатии снимают повяз-

ку для осмотра раны. Затем закрутку затягивают до тех пор, пока не остановится кровотечение. (Опасно закручивать жгут после видимой на глаз остановки кровотечения — «для страховки». Это приводит к повреждению сосудов и нервов). После этого на рану накладывают другую повязку, сюда же крепят записку с обозначением времени (в часах и минутах) зажатия артерии.

Необходимо помнить, что жгут может сдавливать сосуды не более 40 минут. Если этого срока не хватает для доставки в больницу, то через 20 минут после наложения закрутку раскручивают на 5–10 минут, крепко прижимая рану ладонью через повязку. При этом из раны может выделиться некоторое количество крови. Ослабление жгута повторяют, иначе произойдет омертвление конечности. Это связано как с прекращением снабжения ее кровью на срок более 40 минут, так и с закупоркой передавленной жгутом артерии тромбом на месте туго наложенного жгута. Поэтому всегда следует помнить, что применять жгут надо только в самых крайних случаях, очень осторожно и внимательно. Подавляющее большинство кровотечений можно остановить полноценной, давящей повязкой.

Временной остановки кровотечения при быстрой транспортировке пострадавшего в больницу можно достичь при помощи максимального сгибания конечностей.

При больших ранах конечностей на них накладывают импровизированные шины, как при переломах. Внутрь дают 1–2 табл. анальгина, транспортируют в больницу только лежа. При небольших ранах пострадавший может передвигаться сам.

Осложнение ран

При попадании в рану инфекции и ослаблении организма может развиваться воспаление раны, характеризующееся появлением распирающих и пульсирующих болей, покраснением и отеком краев кожи. При этом ухудшается общее состояние, появляется озноб, температура тела повышается до 38–39°, присоединяется воспаление лимфатических узлов в подмышечных или паховых областях.

При начальных явлениях воспаления раны ее следует повторно опрыскать пантенолом, пострадавшему дать внутрь эритромицин.

Остановка других кровотечений

Первую помощь приходится оказывать не только при кровотечениях из ран, но и при иных видах кровотечений.

Кровотечение из носа. Возникает при ударе в нос, при сильном сморкании или же чихании, иногда при восхождениях, когда при подъеме на высоту меняется атмосферное давление. Во время кровотечения надо принять полусидячее положение со слегка отклоненной назад головой, на переносицу класть холодные компрессы или лед, а крылья носа зажать пальцами на 10–15 минут. При носовом кровотечении нельзя сморкаться и промывать нос водой. Кровь, стекающую в носоглотку, нужно сплевывать, а не глотать.

Кровотечение из варикозных вен. Варикозные вены, не представляя опасности сами по себе, могут создать проблемы из-за большого потока крови при случайном их повреждении.

При ранении или проколе варикозной вены надо немедленно наложить давящую повязку на место повреждения. Необходимо положить пострадавшего на спину, как можно выше поднять пораженную ногу и ослабить любую тугую одежду выше пораженной вены. После остановки кровотечения, разгрузив пострадавшего от рюкзака, можно двигаться дальше.

Кровотечение из десны. Возможно после выпадения зуба. Для остановки кровотечения достаточно положить на это место комочек марли и зажать его зубами.

Кровотечение из уха. Наблюдается при ранениях внешнего слухового прохода и при переломах черепа. Раненое ухо перевязывают, предварительно наложив на него чистый бинт. Пострадавший лежит с несколько приподнятой головой на здоровом боку (ухе). Нельзя делать промывание уха.

Кровотечение из легких. При значительных травмах грудной клетки, переломах ребер возможно легочное кровотечение. При этом откашливается ярко-красная вспененная кровь; дыхание затруднено. Пострадавший принимает полусидячее положение, под спину ему подкладывают валик, на который он может опереться; на грудь кладут холодный компресс. Пострадавшему запрещается говорить и двигаться. Необходима срочная транспортировка в больницу.

Кровотечение из пищеварительного тракта. Кровотечение из пищевода возникает при его ранении или же при разрыве его вен. Кровотечение из желудка возможно при язвенной болезни. Возникает рвота, рвотные массы содержат темно-красную и даже свернувшуюся кровь. Пострадавшего устраивают в полусидячем положении с согнутыми в коленях ногами. На область живота кладут холодный компресс или мешочек со льдом, снегом. Необходим полный покой. Нельзя давать ни пить, ни есть. Нужна срочная врачебная помощь.

Внутреннее кровотечение в брюшную полость. Возникает при ударе в живот. В большинстве случаев при этом происходит разрыв печени, селезенки. Внутрибрюшное кровотечение характеризуется сильными болями в области живота. Пострадавший впадает в шоковое состояние или теряет сознание. Его укладывают на спину, ноги приподнимают, на область живота кладут холодный компресс или мешочек со льдом. Нельзя давать ни пить, ни есть. Нужна срочная врачебная помощь.

Кровотечение в плевральную полость. Возникает при ударе, повреждении грудной клетки. Кровь скапливается в плевральной полости и в пораженной половине сдавливает легкое, препятствуя его нормальной деятельности. Пострадавший дышит с трудом, при значительном кровотечении даже задыхается. Его устраивают в полусидячем положении с согнутыми ногами, на грудную клетку кладут холодный компресс. Нужна срочная врачебная помощь.

Основные приемы реанимации

Шок

Причины. Какой-либо сильный раздражитель, тяжелая травма, большая кровопотеря. Опасное для жизни состояние организма.

Симптомы. Непосредственно после сильной травмы может наступить общее речевое и двигательное возбуждение, учащение дыхания (эректильный шок). Пострадавший несмотря на повреждения, пытается продолжать движение. Он возбужден, много и громко говорит. Через 5–10 минут наступают состояние угнетения, слабая реакция на окружающее, неподвижность, бледность, появляются липкий холодный пот, частое и поверхностное дыхание, учащение пульса до 140–200 ударов в минуту и его ослабление (торпидный шок).

Неотложная помощь

Осторожно придать пострадавшему горизонтальное положение на спине. При начавшейся рвоте голову повернуть набок.

Проверить, есть ли дыхание и работает ли сердце. При отсутствии дыхания и сердцебиения начать реанимацию: искусственное дыхание и массаж сердца. Быстро остановить любое кровотечение.

Если не повреждены ноги, положить их повыше. Так будет больше крови поступать в мозг и сердце.

При наличии переломов провести иммобилизацию (обездвиживание).

Не давать пить, так как могут быть повреждены внутренние органы, возможна рвота. Категорически запрещается спиртное.

Транспортировать только в исключительных случаях — для выноса на дорогу, к площадке вертолета при полной невозможности вызова врача к месту травмы.

Искусственное дыхание (искусственная вентиляция легких)

Применявшийся ранее способ искусственного дыхания при помощи сгибания рук и ног пострадавшего ныне не используется. На вооружении имеются более эффективные методы дыхания — «рот в рот» и «рот в нос».

Подготовительные манипуляции. Прежде чем начать искусственное дыхание, необходимо убедиться в проходимости верхних дыхательных путей пострадавшего. Обычно при запрокидывании головы лучше открываются дыхательные.

Для того чтобы избежать западания языка, нижнюю челюсть пострадавшего выдвигают вперед. Если челюсти больного крепко сжаты, их следует осторожно раздвинуть каким-нибудь плоским предметом (черенком ложки и т. п.), положить между зубами валик из бинта или ткани. После этого пальцем, обернутым платком или марлей, быстро обследовать полость рта и освободить ее от рвотных масс, слизи, крови, песка (съёмные зубные протезы нужно снять). Затем расстегнуть одежду пострадавшего, затрудняющую дыхание и кровообращение.

Все эти подготовительные манипуляции необходимо осуществлять очень быстро, но осторожно и бережно, так как можно ухудшить и без того критическое положение пострадавшего.

Для выполнения искусственного дыхания оказывающий помощь становится с любой стороны от больного.

Признаки восстановления дыхания. Сразу начатое искусственное дыхание часто приводит к успеху. Первый самостоятельный вдох не всегда достаточно четко выражен и нередко регистрируется лишь по слабому ритмичному сокращению шейных мышц, напоминающему глотательное движение. Затем дыхательные движения нарастают, но могут проходить с большими интервалами и носить судорожный характер.

Методика искусственного дыхания способом «рот в рот»

Быстро и осторожно уложить пострадавшего на спину с вытянутыми вдоль туловища руками на плоскую твердую поверхность.

Освободить грудную клетку от ремней, обвязок, одежды.

Голову пострадавшего запрокинуть кверху, одной рукой оттянуть его нижнюю челюсть кпереди и книзу, а пальцами другой зажать нос. Следить, чтобы язык пострадавшего не западал и не закрывал дыхательные пути. В случае западания языка вытянуть и удерживать пальцами или приколоть (пришить) кончик языка к одежде.

Проводящему искусственное дыхание сделать максимальный вдох, наклониться к пострадавшему, прижаться плотно губами к его открытому рту и сделать максимальный выдох. В этот момент следить за тем, чтобы по мере поступления воздуха в дыхательные пути и легкие пострадавшего грудная клетка его максимально расправлялась.

После расправления грудной клетки отнять рот от губ пострадавшего и прекратить сдавливать нос. В этот момент воздух начнет самостоятельно выходить из легких пострадавшего.

Вдохи следует делать через каждые 3–4 секунды. Интервалы между вдохами и глубина каждого вдоха должны быть одинаковыми.

Методика искусственного дыхания способом «рот в нос»

Этот способ применяют при травме языка, челюсти, губ. Положение пострадавшего, частота и глубина вдохов, проведение дополнительных лечебных мероприятий те же, что и при искусственном дыхании способом «рот в рот». Рот пострадавшего при этом должен быть плотно закрыт. Вдувание производят в обе ноздри пострадавшего.

Закрытый массаж сердца

Проводится при внезапной остановке сердечной деятельности (при шоке, поражении молнией и т. д.).

Сущность массажа сердца. Массаж сердца — искусственное сжатие его полостей, способствующее проталкиванию крови в кровеносное русло и раздражающее нервный аппарат сердечной мышцы. У пострадавших, находящихся в состоянии клинической смерти, в результате резкого снижения мышечного тонуса грудная клетка приобретает повышенную подвижность, и поскольку сердце располагается между грудиной и позвоночником, то при нажатии на передние отделы грудной клетки оно может быть сдавлено настолько, что кровь из его полостей выжимается в сосуды, а при прекращении сжатия сердце расправляется, и в его полости поступает новая порция крови из вен. Неоднократно повторяя такую манипуляцию, можно искусственно поддерживать кровообращение в сосудах.

Признаки остановки сердца. Резкая синюшность или бледность, пульс на лучевой и сонной артерии не ощущается, при прослушивании ухом работа сердца не слышна.

Методика проведения закрытого массажа сердца

Быстро уложить пострадавшего на спину на жесткую поверхность.

Оказывающему помощь встать слева.

Положить ладонь одной руки на нижнюю часть грудины пострадавшего, сверху на нее положить ладонь другой руки.

Энергичным толчкообразным движением рук, разогнутых в локтевых суставах, надавливать на грудину.

После каждого надавливания надо отнимать руки от груди для того, чтобы не препятствовать ее расправлению и наполнению полостей сердца кровью.

В минуту выполнять до 60 надавливаний.

Признаки восстановления сердечной деятельности

Появление самостоятельного пульса на сонной или лучевой артериях, уменьшение бледности или синюшности кожных покровов.

При появлении признаков работы сердца массаж прекращают,

однако надо быть готовыми возобновить его — нередко повторные остановки сердца.

Сроки проведения и сочетание приемов реанимации

Успех реанимации во многом определяется временем, начала и качеством выполнения массажа сердца и искусственного дыхания, а также их рациональным сочетанием.

Если оказывают помощь два человека, то один из них делает массаж сердца, а другой — искусственное дыхание. При этом вдувание в рот или в нос пострадавшего

делают через каждые четыре толчка на его грудину. В случаях, если помощь оказывает один человек, что чрезвычайно тяжело, то очередность манипуляций и их режим изменяются — через каждые два быстрых нагнетания воздуха в легкие пострадавшего производят 10–12 сдавлений груди с интервалом в 1 секунду. Одновременное проведение искусственного дыхания способом «рот в нос» и закрытого массажа сердца

При сохранившейся сердечной деятельности (прощупывается пульс, выслушивается сердцебиение) искусственное дыхание проводят до восстановления самостоятельного дыхания. В случае отсутствия сердечных сокращений искусственное дыхание и массаж сердца проводят в течение 60–90 минут. Если за этот срок не появилось самостоятельного дыхания и не возобновилась сердечная деятельность, реанимацию прекращают.

В период проведения поисковой экспедиции никто не застрахован от недомогания или заболевания. Главной же профилактикой несчастных случаев является соблюдение правил техники безопасности и строгая дисциплина внутри поискового отряда.

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I. Организация полсвого базового лагеря поисковой экспедиции (Вахты Памяти).....	3
РАЗДЕЛ II. Топография	4
РАЗДЕЛ III. Ориентирование на местности	8
РАЗДЕЛ IV. Оказание доврачебной помощи пострадавшему	12

Автор-составитель О. А. Чебоксарова

Полевой поисковый лагерь
●
Топография и ориентирование
●
Оказание доврачебной помощи



Министерство обороны
Российской Федерации

