

Медицинская помощь на полигоне.

Практические аспекты.

Содержание

1. Организационные моменты

Термины и определения. Организация медицинской помощи и эвакуации

2. Практическая часть

2.1. Оказание медицинской помощи при различных состояниях

2.1.1. *Инфекционные и соматические заболевания*

2.1.1.1. Простуда

2.1.1.2. Кишечная инфекция

2.1.1.3. Отравления.

2.1.1.3.1. Пищевые.

2.1.1.3.2. Алкогольные.

2.1.1.3.3. Ядовитыми растениями и грибами

2.1.1.4. Аллергии

2.1.1.5. Бронхиальная астма

2.1.1.6. Зубная боль

2.1.1.7. Инородные тела

2.1.1.7.1. глаза

2.1.1.7.2. уха

2.1.1.7.3. носа

2.1.1.8. Обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта

2.1.1.9. Женские болезни

2.1.2. *Травмы*

2.1.2.1. Ссадина

2.1.2.2. Потертости

2.1.2.3. Вывих и растяжение

2.1.2.4. Ушиб и перелом

2.1.2.5. Травма позвоночника

2.1.2.6. Черепно-мозговая травма

2.1.2.7. Травма грудной клетки

2.1.2.8. Травма половых органов

2.1.2.9. Открытая рана

2.1.2.10. Ранения глаза

2.1.2.11. Ранения и травмы живота

2.1.2.12. Ранения грудной клетки

2.1.2.13. Остановка кровотечения

2.1.2.14. Носовое кровотечение

2.1.2.15. Термические ожоги

2.1.2.16. Гнойные заболевания

2.1.2.17. Укусы животных, насекомых и змей

2.1.3. *Неотложные состояния*

2.1.3.1. Обморок

2.1.3.2. Тепловой и солнечный удар

2.1.3.3. Шок

2.1.3.4. Эпилептический синдром

2.1.3.5. «Острый живот»

2.1.3.6. Сердечно-легочная реанимация

3. Аптечка

3.1. Принципы составления

3.2. Индивидуальная аптечка

3.3. Командная аптечка

Организационные моменты

(Подготовлено с использованием материалов В.Батхен).

Начнем с определений и понятий, употребляемых ниже.

Командный лекарь – лицо, назначенное капитаном команды для оказания экстренной и первой помощи пострадавшим (заболевшим) из числа членов команды либо обратившихся за помощью. Может не иметь медицинского образования. Знание основ оказания медицинской помощи (хотя бы в пределах данного пособия) обязательно.

Идеальным условием успешной деятельности лекаря во время игры является сбор до игры (при известном составе команды) или в момент заезда (при прочих условиях) информации о наличии хронических заболеваний и состояний у членов команды. Особое внимание стоит обращать на наличие аллергий на лекарства, сердечно-сосудистых заболеваний, бронхиальной астмы, эпилепсии и т.п. состояний, чреватых острыми приступами. Также стоит выяснить, чем обычно такие приступы снимаются в «мирной жизни». Также полезным будет узнать у таких лиц номера телефонов родственников, по которым можно будет позвонить «если что». К сожалению, часто считается «не по-пацански» признаться в наличии какого-либо заболевания. Так что если хотите на игре жить спокойно – подсуетитесь заранее. До заезда с той же целью стоит категорически настоять на наличии у членов команды укомплектованных индивидуальных аптек.

Тот, кто оказывает первую помощь, должен знать, что ему под силу немного. Во всех сомнительных случаях обращайтесь к полигонному медику.

Полигонный медик – специально уполномоченное мастерской командой лицо, оказывающее медицинскую помощь всем пострадавшим (заболевшим) на полигоне. По договоренности с мастерами оно может постоянно находиться в определенном месте полигона или полноценно участвовать в игровых действиях.

На должность полигонного медика настоятельно рекомендуется назначать людей, имеющих оконченное высшее образование по медицине.

Оптимальным может быть присутствие на некоторых травмоопасных играх специально выделенной бригады «скорой помощи».

При отсутствии (недоступности) полигонного медика таковым можно считать любого доступного медработника. Учтите – последний *обязан* оказывать только первую неотложную помощь при угрожающих жизни состояниях. Во всех остальных случаях (особенно если разбудить среди ночи с просьбой «помазать лоб зеленкой ©») он имеет полное моральное право послать страждущего к... мастерской группе :)

Первая помощь – комплекс неотложных мероприятий при несчастном случае, заболевании, оказываемая для того, чтобы спасти жизнь, предотвратить дополнительные травмы и облегчить страдания, пока не станет возможным оказание первой медицинской помощи. От того, насколько правильно и своевременно будет оказана первая помощь пострадавшему, нередко зависит его дальнейшая судьба. В некоторых случаях промедление с оказанием помощи может привести к тяжелым осложнениям или смерти пострадавшего на месте происшествия.

Первая медицинская помощь – комплекс простейших медицинских мероприятий, оказываемый полигонным медиком и проводимый с целью устранения дальнейшего воздействия поражающего фактора, спасения жизни пострадавшего, снижения и предупреждения развития тяжелых осложнений.

Результатов помощи на полигоне два: возвращение игрока в «строй», при возможности – эвакуация с полигона.

Эвакуация – удаление пострадавшего с полигона в ближайшую больницу наиболее щадящим для пациента способом. При необходимости осуществляется на носилках и/или с применением транспортной иммобилизации.

С учетом того, что практически все игровые полигоны на Украине находятся недалеко от населенных пунктов, в зоне действия хотя бы одного оператора мобильной связи, в пределах доступности автотранспорта (а при необходимости – и с возможностью эвакуации своими силами), следует признать эвакуацию единственным приемлемым способом оказать пострадавшему (заболевшему) квалифицированную медицинскую помощь.

Способы эвакуации:

- «Своим ходом» - т.е., пешком, на электричках, попутках;
- С использованием приспособленного (полигонного) автотранспорта (сюда входит транспорт мастерской группы, игроков, лесника:) и т.д.);
- Специализированным автотранспортом (проще говоря, бригадой «Скорой помощи»).

Идеальным считается третий вариант, особенно когда бригада дежурит на полигоне.

Самым простым способом с учетом затрат времени и людских ресурсов может считаться доставка пострадавшего полигонным транспортом.

Оптимальным (с точки зрения автора) является комбинированный способ, когда пострадавший доставляется полигонным транспортом или «вручную» на место, куда заранее была вызвана бригада «Скорой помощи». Применяется при отсутствии возможности (или желания водителя) подъезда бригады непосредственно к полигону.

Любая эвакуация осуществляется с ведома и при непосредственном участии представителя мастерской группы.

В идеальных условиях мастерская группа (полигонный медик) до игры узнает местоположение близлежащих больниц, номера телефонов (и коды межгорода) местных подстанций скорой помощи. Минимум телефонов, который должен знать полигонный медик и командный лекарь – мобильные номера вызова экстренной помощи, которые имеются у каждого оператора мобильной связи (по крайней мере, на Украине).

Пострадавшего при эвакуации обязательно нужно сопровождать. Скорее всего, полигонный медик не оставит полигон «без присмотра». Сопровождающее лицо

должно уметь (и быть готовым) оказывать неотложную помощь, в том числе сердечно-легочную реанимацию.

К сожалению, мы живем в век сочетания рыночной экономики и низкой зарплаты медработников, поэтому будьте готовы, что за «Скорую помощь», за оказание помощи в больнице, обследования, анализы, рентген и т.п. Вам придется платить. Поэтому перед эвакуацией поговорите с мастерами, я думаю, в игровой кассе найдутся деньги на помощь. В крайнем случае, нестыдным будет пробежаться по полигону с шапкой – Вам не откажут. Идеальным будет вариант, если некая сумма на оказание медпомощи уже заложена в игровой взнос.

Немаловажный аспект, о котором часто забывают – при сопровождении с собой возьмите свой паспорт и документы пострадавшего, часть его пожизненных вещей. Не ходить же в больнице в игровом прикиде? Если есть возможность, известите его родственников (друзей, знакомых в городе).

Принудительному удалению с полигона подлежат лица, находящиеся в состоянии наркотического опьянения и лица в состоянии алкогольного опьянения при неадекватном поведении.

ИНФЕКЦИОННЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Простуда.

В целом, отнесем к этому все заболевания, **характеризующиеся**

- *насморком,*
- *заложенностью носа,*
- *высокой температурой,*
- *иногда головной болью,*
- *болью в горле,*
- *упадком сил, разбитостью*
- *кашлем.*

Динамика заболевания: чаще всего сначала появляется насморк, чихание, закладывает нос, повышается температура до 37,5°-38,0°. Затем через сутки-двое появляется боль и саднение за грудиной, кашель, температура повышается до 38,0°-40,0°. Возможно развитие гайморита, ангины, бронхита, пневмонии.

С учетом приоритетов, важно сохранить игроспособность пациента до конца игры. Для легких и средне-тяжелых случаев, разумеется. Исходя из этого, назначаем **лечение:**

1. Витамин С – 1-2 грамма (т.е., 2-4 «Стироловских» таблетки) в сутки. Эффективен первые 2 дня, далее - бесполезен.
2. Препараты типа «Фервекс», «Эффект», «Флюколд» и т.п. Следует учесть, что во время приема этих препаратов противопоказан алкоголь.
3. Амизон - по 2-3 табл 4-3 раза в сутки. Эффективен первые трое суток.
4. Препараты эхинацеи: Иммунал - по 2 табл. 3-4 раза в день. Не дольше двух суток.
5. Жидкость в больших количествах. Любая - от чая до компота, главное – теплая (не горячая).
6. Если найдете на полигоне: чай с малиной (в т.ч. свежей), шиповником (пригоршня на стакан, настаивать 1 час), душицей, липовыми цветками, мёд. Чтобы ещё «облегчить» больному жизнь – лук, чеснок.
7. При температуре выше 38,0° - парацетамол. Максимум - 4 табл./сутки. Комплекс «анальгин с димедролом» применять не рекомендуется.
8. Мочегонные – Фуросемид - 0,5 табл. 2 раза в день. Желательно не на ночь :)
9. Антибиотики на данном этапе не показаны, мало того - вредны.
10. Полезно бывает пропарить ноги. Если сложно найти на полигоне подходящую емкость, выкапывается в земле яма объемом 8-10 литров (работы на 10 мин.), выстилается полиэтиленом, заливается горячей водой (не кипятком - проплавится полиэтилен), затем разводится холодной до терпимой температуры. В крайнем случае, вода наливается в двойные (тройные) полиэтиленовые мешки. Больной во время процедуры укутан в одеяло или спальник.
11. При появлении во время заложенности носа давящих, распирающих пульсирующих болей по бокам либо выше переносицы:
 - 11.1. Закапывание носа препаратами серии «Назол», «Фармасепт».
 - 11.2. Антибиотики – «Ампиокс» по 2 капсулы 4 раза в день.
 - 11.3. При отсутствии эффекта от лечения в течение суток - поставить в извест-

ность полигонного медика.

12. При боли во время глотания, особенно с одной стороны, визуально определяемых красных, воспаленных миндалинах - препараты серии «Септефрил», «Септолетте», полоскание горла теплым (!) раствором пищевой соды (чайная ложка на стакан воды с добавлением чайной ложки поваренной соли и 5-10 капель йода) либо слабозеленым (!) раствором перманганата калия (только если не найдете компонентов для первого рецепта) – чем чаще – тем лучше, возможны антибиотики по схеме.
13. При кашле – горчичники (при наличии) спереди на грудину и по бокам позвоночника на уровне лопаток. Если сможете сделать – ингаляции: миску с горячим раствором пищевой соды (столовая ложка на стакан), туда же: кашицу из свежих цветков зверобоя, душицы. Вдыхать пары, накрывшись полотенцем.
14. «Домашние» средства типа водки с перцем либо солью обычно недействительны. По крайней мере, как лекарство.
15. Режим полупостельный или постельный. Продолжение игры - по состоянию больного. При температуре выше 38,0° играть не рекомендуется. Теплые укутывания важны только если пациент чувствует озноб. Если ему жарко (особенно после приема жаропонижающих) – укутывания противопоказаны, т.к. могут привести к перегреву и как следствие – тепловому удару.

Консультация полигонного медика и **эвакуация** проводится в случае:

- Ухудшения состояния.
- Температуры выше 39,0°.
- Появления сыпи любой локализации.
- Появления сильного кашля, особенно сопровождающегося болью с одной или двух сторон грудной клетки.
- Непрерывающейся боли в горле, увеличении миндалин с перекрытием просвета гортани более чем на 50%.
 - Боли в пояснице или икроножных мышцах.
 - Резкой распирающей боли по бокам носа, во лбу.
 - Резкой головной боли (тем более, не снимающейся обезболивающими препаратами), рвоты без тошноты, напряженности мышц затылка (невозможно пригнуть голову к груди).
- Психических нарушений: неадекватной реакции, заторможенности.

Кишечные инфекции.

Вызываются целым рядом патогенных микроорганизмов, передающихся через грязные руки, предметы обихода, а также содержащихся в недоброкачественных пищевых продуктах, в т.ч. молоке, загрязненной питьевой воде.

Состояние характеризуется

- *поносом,*
- *болью,*

- тошнотой,
- рвотой,
- нередко повышается температура.

Характерным признаком является порядок: боль → понос → рвота. Боль в животе разной локализации, чаще болит вокруг пупка или боль нелокализуемая («живот - и всё!»). Стул (в жидком, естественно, состоянии) может быть как обычного (для стула) цвета, так и прозрачным (при длительном заболевании), пенистым, зловонным (в смысле – совсем зловонным), зеленоватым, желтоватым, оранжевым либо белым (кто видел рисовый отвар - представит). Больной лежит на боку, прижав колени к животу. При ощупывании живота определяется разлитая болезненность, живот урчит.

Лечение:

1. Активированный уголь - круглосуточно (т.е. не менее 4-6 раз в день) по 1 табл. на 10 кг. массы тела (не менее) за 1 прием. Уголь особенно эффективен, если его перед приемом растолочь.

2. Жидкость в больших количествах. Любая - от чая до компота, главное - теплая (не горячая). При длительном (более суток) поносе давать подсоленную воду (половину чайной ложки поваренной соли на стакан воды, не более) либо «Регидрон» - по инструкции на упаковке.

3. Никакого алкоголя.

4. Спазмолитики: Но-шпа (по 2 табл.) и др. - смотря по состоянию.

5. Антибактериальные препараты. Вопрос приема таковых остается спорным. С учетом принципов организации помощи, рекомендуется таковые препараты (и антибиотики, и сульфациамиды (фталазол, этазол)) не давать. Запомните: левомицетин и фталазол не являются «лекарством от поноса»!

6. Анальгетики давать только при сильной боли (чтобы не смазать клиническую картину). Возможен прием в порошках анальгина, парацетамола (раздавливается таблетка между двумя ложками). Препараты, содержащие кодеин (пенталгин, седальгин и др.) не рекомендуются. Противопоказан аспирин (ацетилсалициловая кислота) и препараты, его содержащие (цитрамон, копацил и т.д.).

7. Желателен (по возможности и в зависимости от ситуации) полупостельный или постельный режим. Продолжение игры - по состоянию больного.

Больной подлежит **эвакуации**, если у него:

- любые изменения цвета стула (на указанные выше), кровь в нем (как темная, так и алая),
- температура выше 37,9°,
- признаки «острого живота» (см.).
- нет улучшения в течение суток при проводимой терапии.

Профилактика командного заражения:

- Выделить больному теплое место для лежания (лучше - отдельную палатку).
- Не допускать его к приготовлению пищи и разливу питьевой воды.
- Выделить отдельную посуду (миску, чашку, ложку), полотенце и рулон туалетной бумаги (без шуток). Этими предметами пользуется только больной!

- Гадить отпускать только в одно место, куда не ходит вся команда, проследить, чтобы не ходил к источнику воды.
- Мыть руки после общения с больным (хотя бы перед едой!).
- Выяснить, чем питался больной в течение последних 24 часов, при наличии остатков пищи - запретить употребление. Выяснить, кто еще употреблял те же продукты, при появлении подобных случаев – известить мастерскую команду и полигонного медика.

Дифференциальный диагноз: пищевое отравление.

Отравления

Пищевое отравление

Возникает в ближайшие несколько часов после употребления некачественных продуктов, в т.ч. консервов.

Состояние характеризуется:

- *тошнотой*
- *рвотой*,
- *болью* в животе,
- *поносом*,
- изредка повышается *температура*.

Вначале у больного возникает тошнота, затем присоединяется рвота. Боль в животе чаще локализуется в верхних отделах (на ладонь выше пупка). Через несколько часов (3-12) возможен понос, чаще без изменения цвета кала.

При ощупывании часто определяется болезненность в верхней трети живота.

Лечение при любых отравлениях состоит в удалении ядовитого начала, очищении организма и симптоматическом лечении:

1. Если прошло не более двух-трех часов после употребления продукта - вызвать рвоту.
Запрещается вызывать рвоту у отравившихся кислотами и щелочами, а также у лиц, находящихся без сознания.!
2. Промыть желудок теплым (!) слабозеленым (!) раствором перманганата калия. Т.е., выпить 1-2 стакана указанной жидкости, вызвать рвоту. Манипуляцию повторить 2-3 раза. Главное - без фанатизма. Будьте осторожны: концентрированный раствор «марганцовки» вызывает ожоги.
3. Активированный уголь - круглосуточно (т.е. не менее 4-6 раз в день) по 1 табл. на 10 кг. массы тела (не менее) за 1 прием. Первые несколько часов - ежечасно. Уголь особенно эффективен, если его перед приемом растолочь.
4. Жидкость в больших количествах. Лучше чай, в меру крепкий, без сахара и добавок, главное - теплый (не горячий). При рвоте более суток - давать подсоленную воду (половину чайной ложки поваренной соли на стакан воды, не более) либо «Регидрон» - по инструкции на упаковке.
5. Никакого алкоголя. В любом виде.

6. При появлении в рвотных массах крови (алой или сгустков) - этамзилат 1 табл.
7. Противопоказан аспирин (ацетилсалициловая кислота) и препараты, его содержащие (цитрамон, копацил и т.д.).

Режим полупостельный. Первые 6-12 часов - никакой пищи. Продолжение игры - по состоянию больного.

Эвакуация в случае:

- Неуспешной терапии в течение суток.
- Рвоты в течение 3 часов.
- Нарушении зрения: двоения в глазах, мушек, невозможности сфокусировать взгляд. Эвакуация срочная! Остатки консервов взять с собой.
- Появления судорог, болей в мышцах.
- Рвоты кровью, особенно алой, либо сгустками.

Профилактика командного заражения:

- Выяснить, чем питался заболевший в течение 12 часов, подозрительные продукты изъять. Особое внимание уделить консервам (особенно самодельным типа тушенки, маринованных грибов, огурцов, салатов и пр.), копченым и полукопченым колбасам и рыбе, кремовым кондитерским изделиям, привезенным с собой готовым продуктам (бутерброды и т.п.). Выяснить, кто еще употреблял те же продукты, при появлении подобных случаев - известить мастерскую команду и полигонного медика.
- Выделить больному теплое место для лежания (лучше - отдельную палатку).
- Не допускать его к приготовлению пищи и разливу питьевой воды.
- Выделить отдельную посуду (миску, чашку, ложку), полотенце и рулон туалетной бумаги (без шуток). Этими предметами пользуется только больной!

Дифференциальный диагноз: кишечная инфекция, отравление алкоголем, токсическая рвота при отравлении дикорастущими растениями и грибами. Всякого рода обострения гастрита, дуоденита, язвенной болезни.

Различить пищевое отравление и кишечную инфекцию можно по одному признаку: если нынешнее состояние началось с рвоты, а затем через несколько часов присоединился понос – в большинстве случаев это – отравление. Если больной маялся животом, поносом, а лишь затем присоединилась рвота - скорее всего это кишечная инфекция.

Отравление алкоголем.

Происхождение состояния понятно. Фазы алкогольного отравления:

- Эйфория;
- Возбуждение;
- Торможение;
- Сон.

Скорее всего, Вам попадет «больной» в последних трех фазах. **Признаки**

знакомы всем из жизни. Если скорость поступления алкоголя в кровь больше скорости его переработки в печени – возникает токсикоз. Признаком такого является *рвота*. Причем токсикоз может наступить на любой стадии, в т.ч. во сне. Обратите внимание: всасывание алкоголя в слизистой желудка и кишечника продолжается еще несколько часов после прекращения его приема.

Если пациент употреблял напитки типа «Берроз», абсент, херес – возможны чрезмерное возбуждение и галлюцинации; если злоупотреблял настойкой боярышника («настой глоду») – возможны непредсказуемые нарушения сердечного ритма.

Лечение.

1. Если Ваш пациент еще в сознании:
 - 1.1.вызвать рвоту.
 - 1.2.принять активированный уголь - не менее 6-7 табл. Через 30 мин. прием угля повторить.
 - 1.3.Пить больше жидкости, например, чаю.
 - 1.4.При появлении крови в рвотных массах - принять этамзилат - 1 табл.
 - 1.5.При чрезмерном возбуждении - после п.п. 1-2 возможен прием 15-40 капель валокордина.
2. Если без сознания:
 - 2.1.Попытаться привести в сознание, в т.ч., растерев уши. Если получилось - см. п. 1. Если нет –
 - 2.2.Уложить пациента в теплом месте.
 - 2.3.С учетом возможности рвоты придать ему следующую позу: положить тело на бок, нижнюю руку вытянуть вперед перпендикулярно телу, верхнюю - согнуть в локте и положить под голову. Нижнюю ногу выпрямить вдоль тела, верхнюю – согнуть в колене, колено и голень опустить на землю кпереди от пациента. Никогда не оставляйте пьяного лежать на спине.
 - 2.4.Время от времени нелишним будет подходить и проверять его состояние.
3. При отравлении суррогатами алкоголя:
 - 3.1.Если прошло не более 3-6 часов - вызвать рвоту, промыть желудок (см. Пищевое отравление).
 - 3.2.Активированный уголь принимать в максимальных количествах.
 - 3.3.Жидкость в больших количествах. Любая - от чая до компота, главное – теплая (не горячая).
 - 3.4.Принять таблетку фуросемида для ускорения мочевыделения.
 - 3.5.Поставить в известность полигонного медика. Установить наблюдение за лицами, употреблявшими тот же продукт. Остатки продукта изъять. Для судмедэксперта :)
4. Противопоказаны аспирин (ацетилсалициловая кислота) и препараты, его содержащие (цитрамон, копацил и т.д.), анальгетики, антибиотики, противоаллергические и седативные препараты.
5. На утро:
 - 5.1.Принять активированный уголь
 - 5.2.Выпить таблетку анальгина, аскорбинку.
 - 5.3.И – больше не пить! :)

Эвакуация кроме социальных причин обусловлена:

- Рвотой кровью, особенно алой.
- Усугублением состояния больного.
- Появлением желтоватого окрашивания склер, кожи.
- Отсутствием реакции на попытки разбудить.

Отравление дикорастущими растениями и/или грибами.

Возникает, как понятно из названия, при употреблении незнакомых, малознакомых растений (в т.ч. ягод) и/или грибов, либо знакомых, но выросших в необычных условиях. Даже знакомые грибы в условиях засухи, выросшие вдоль дорог (вдоль - это 50-100 м. от автодороги, и 100 м. от ж/д линии), возле заводов (возле - это менее 1 км от забора) и в других экологически «чистых» местах опасны, т.к могут аккумулировать или вырабатывать в себе токсические вещества.

При любом подозрении на отравление поставить в известность мастерскую команду и полигонного медика!

Признаков отравления множество в зависимости от вида растения. Общие моменты:

- Необычные слюноотделение либо сухость во рту.
- Вкус металла либо жжение во рту, на губах.
- Тошнота и/или рвота.
- Понос (не обязательно).
- Резкие боли в животе, рези в желудке.
- Изменение цвета кожных покровов и видимых слизистых: необычная для данного пациента бледность, покраснение, пожелтение (не обязательно).

Помощь состоит в удалении ядовитого начала, очищении организма и симптоматическом лечении, для чего:

1. Вызвать рвоту.
2. Промыть желудок теплым (!) слабозеленым (!) раствором перманганата калия. Т.е., выпить 1-2 стакана указанной жидкости, вызвать рвоту. Манипуляцию повторить 2-3 раза. Главное - без фанатизма. Концентрированный раствор «марганцовки» вызывает ожоги.
3. Дать активированный уголь не менее 1 табл. на 10 кг. массы тела за один приём. Принимать как можно чаще, не меньше 4 раз в день, особенно интенсивно – первые часы.
4. Жидкость в больших количествах. Любая - от чая до компота, главное - теплая (не горячая).
5. Можно дать мочегонное (желательно не на ночь): 0,5-1 табл. фуросемида.
6. Режим - полупостельный. Продолжение игры - по состоянию. Желательно не оставлять больного без присмотра.

Эвакуация при:

- Отравлении грибами – в любом случае. Остатки продукта взять с собой.
- Ухудшении состояния.
- Потере сознания (даже однократной), резкой слабости, головокружении, появлении бреда, галлюцинаций.

Аллергии.

Под этим названием скрывается реакция организма на попадание аллергена. Аллергеном может быть практически любое вещество. Соответственно, попадать в организм оно может с продуктами питания, через кожу и слизистые, при вдыхании, при укусе насекомых. При контакте с аллергеном в кровь выбрасывается большое количество биологически активных веществ, приводящих к аллергической реакции.

На полигоне Вам скорее всего встретится пациент с одним из **проявлений**:

- Комплекс из *покраснения глаз, слезотечения, заложенности носа, насморка*, вызываемый пылью растений.

- *Крапивница* - на тонкой коже предплечий, шеи, реже - на других частях тела появляются различного размера (от 1 мм. и более) зудящие волдыри, похожие на ожог крапивой. Содержимого волдырей либо нет, либо оно прозрачное.

- *Отек Квинке* - под глазами, на коже рук, шеи, на губах, в тяжелых случаях - на любых частях тела, включая гортань - появляются отеки. При отеке гортани появляется осиплость голоса, сухой лающий кашель, свистящее дыхание, затруднение вдоха и выдоха. Возможен отек с полным перекрытием просвета гортани и асфиксией и как следствие - смертью. В этом случае резко затруднен вдох и выдох, синюют губы, ушные раковины, ногти, появляется беспокойство, страх смерти, вздутие шейных вен, возможно появление пены в углах рта.

- Приступ *бронхиальной астмы* при вдыхании аллергена. О признаках и лечении см. соответствующий раздел.

- *Анафилактический шок*. Маловероятное, но грозное состояние. У пациента в течение нескольких минут, чаще - нескольких секунд после контакта с аллергеном появляется чувство жара, кожный зуд, головокружение, шум в ушах, слабость в конечностях, холодный пот, боль за грудиной. Резко падает артериальное давление, пациент теряет сознание, возможны судороги, непроизвольное мочеиспускание. Кожа бледная, иногда с мраморным рисунком. Пульс нитевидный, может прощупываться только на сонных артериях. При надавливании на ноготь нормальный цвет ногтевой пластинки восстанавливается спустя 10 секунд и более. Смерть наступает от дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности, отека мозга.

Помощь состоит в:

1. Прекращении, по-возможности, поступления аллергена в организм.
2. Антигистаминные, или, в простонародии, «противоаллергические» препараты:
 - 2.1. Диазолин по 1-2 драже 4-3 раза в день, если не помогает, то

2.2. Супрастин или Тавегил по 2 табл. 2 раза в день, если не помогает, то

2.3. Фексофаст (Телфаст) – 1 табл. 2 раза в день.

3. При заложенности носа и насморке - сосудосуживающие капли в нос, препараты серии «Флюколд».
4. При беспокоящем конъюнктивите - капли сульфацила натрия.
5. При беспокоящих отеках – фуросемид - 1 табл. Ограничение поступления жидкости в организм. Обязательна консультация полигонного медика.
6. При отеке гортани с угрозой асфиксии в экстренном порядке пригласить полигонного медика. Операцию трахеотомии или коникотомии может провести только медик.
7. Мероприятия при анафилактическом шоке до прихода полигонного медика проводить согласно мероприятиям при шоке (см. «Неотложные состояния»).

Эвакуация при:

- Отсутствии эффекта от лечения.
- Анафилактическом шоке, отеке гортани (или при подозрении на них) – в экстренном порядке.

Бронхиальная астма.

Возникает как следствие реакции слизистой бронхов на вдыхание аллергена. Обычно больной знает о своем заболевании.

Признаки:

- Часто приступу предшествуют *зуд в носоглотке, сухой кашель, насморк.*
- Приступ *удушья* - субъективно больному трудно сделать выдох (со слов – «трудно дышать»), появляется чувство распирания в груди. Во время дыхания, чаще при выдохе раздаются слышимые на расстоянии свистящие хрипы. Краснеет лицо, шея. При длительном приступе синюют уши, носогубной треугольник, кончики пальцев.

Помощь:

1. Прекратить по возможности контакт с аллергеном. Вывести больного из игры.
2. Вызвать полигонного медика.
3. Если у больного есть с собой ингалятор - воспользоваться им (ингалятором).
4. Принять эуфиллин - 2 табл.,
5. Тавегил (супрастин) - 2 табл. (разжевать).

Эвакуация в случае:

- Отсутствия эффекта от лечения в течение часа либо усугубления состояния больного.
- Отсутствия на полигоне профессионального медика.

Зубная боль

Причин - множество. Чаще всего - воспалительные заболевания тканей, прилежащих к зубу. Обычно начинается по закону подлости в ночь с пятницы на субботу. Посему - не хотите страдать на игре - посетите стоматолога до игры.

Главным **признаком** является *боль*. Часто отдает в ухо, челюсть, провоцирует головную боль.

Помощь при этом состоянии одна – сходить к стоматологу. В полигонных условиях можно лишь облегчить состояние больного.

1. Перед любыми вариантами лечения необходимо тщательно почистить зубы. Несмотря на боль. С помощью зубочистки очистить кариозную полость и промежутки между зубами от остатков пищи.

2. Теплые (!) полоскания полости рта (что найдете):

2.1. Раствором пищевой соды (1 ч.л. на стакан воды) и/или насыщенным раствором поваренной соли,

2.2. Отваром соцветий ромашки аптечной и/или листьев подорожника большого (2 ст. л. на стакан, закипятить, настаивать 20 мин, процедить),

2.3. Разбавленной водой 4:1 настойкой календулы, в крайнем случае - водкой (тоже разбавленной),

2.4. Настоем цикория (1 ст. л. на стакан подкисленного кипятка),

3. Прикладывание с больной стороны между зубом и щекой (что найдете, или как вариант, что поможет):

3.1. Ватки, смоченной разбавленным водой (1:1) тройным одеколоном, или мятными каплями (сойдет корвалдин), или гвоздичным маслом (разбавленным),

3.2. Жеваных листьев валерианы, конского щавеля,

3.3. Ягод черемухи (без фанатизма, не набивайте полный рот),

3.4. Ладана,

3.5. Сырой свеклы или репы,

3.6. Мелко нарезанной или натертой луковицы в марле,

3.7. Свиного сала.

4. При появлении на больной десне гнойника либо локального воспаления с резким отеком к десне прикладывается ватка, смоченная поочередно календулой (1-3 мин) и йоддицирином (10-15 мин),

5. Согревающие компрессы не рекомендуются.

6. Принимается аналгин, седальгин или кетанов (в зависимости от выраженности боли). Аспирин противопоказан.

Консультация полигонного медика и **эвакуация** - по состоянию больного.

Инородные тела

Инородные тела глаза

Признаками являются:

- *Боль* в глазу,
- *Резь*, усиливающиеся при моргании,

- *Покраснение склеры,*
- *Слезотечение* из пораженного глаза,

Помощь состоит в правильной оценке состояния пострадавшего и своих возможностей. Если чувствуете, что не сможете помочь или не уверены в своих силах – приглашайте полигонного медика.

1. Если пострадавший носит контактные линзы, перед манипуляциями лучше их чистыми руками снять.

2. Осмотреть пораженный глаз, если инородное тело находится на поверхности и легко может быть удалено – легкими движениями удаляется чистым носовым платком или кусочком бинта (предварительно вымыв с мылом руки).

3. Если инородного тела не видно, чистыми руками оттягивается за ресницы нижнее веко книзу, осматривается изнутри, при этом пострадавший смотрит вверх. Если инородное тело попало под верхнее веко и не выходит при моргании – лучше обратиться к полигонному медику.

4. Если инородное тело находится на роговице - не пытайтесь его удалить (чтоб не поцарапать роговицу). Промойте глаз сульфацилом натрия. Повторите осмотр.

5. После удаления инородного тела глаз закапывается раствором дикаина, через несколько минут – сульфацилом натрия. Ношение линз не рекомендуется. Закапывания сульфацилом натрия продолжать до снятия воспаления несколько раз в день и обязательно на ночь.

6. Также помогают от небольшого воспаления (покраснения) примочки теплым крепким «вчерашним» черным чаем (разумеется, без сахара и добавок).

Эвакуация пострадавшего – по состоянию и в случае невозможности удаления инородного тела.

Консультация полигонного медика желательна во всех случаях. При продолжающихся или усиливающихся симптомах, появлении гнойного отделяемого – обязательна.

Инородные тела дыхательных путей.

Инородные тела носа.

Помощь может оказываться только профессионалом.

Если при сильном (не резком!) выдохе через нос инородное тело не удаляется – в срочном порядке требуется консультация полигонного медика. При отсутствии такового – пострадавший **эвакуируется** к ближайшему ЛОР-специалисту. Категорически запрещается резко вдыхать через нос, пытаться удалить инородное тело самостоятельно, в т.ч. пальцами, подручными средствами.

Инородные тела гортани, трахеи и бронхов.

При попадании инородного тела в гортань, трахею или бронх первым признаком является сухой и непродуктивный *кашель*, появившийся после вдыхания предмета. При значительном перекрытии просвета трахеи (гортани) возникает *отдышка*, *затрудненное дыхание*, свист или хрипы при дыхании, слышимые на расстоянии. Пострадавший обычно суетлив, беспокоен.

Первая **помощь** при попадании инородного тела:

1. попытаться вытолкнуть инородное тело. Для этого
 - 1.1. пострадавшему следует наклониться вперед и покашлять, стараясь при этом не делать резких вдыхающих движений, если не помогает, то
 - 1.2. плотно обхватить пострадавшего со спины руками на уровне нижнего края ребер таким образом, чтобы правая рука охватывала запястье левой, а левый кулак упирался пострадавшему в верх живота чуть ниже грудины. Затем на выдохе пострадавшего резко сжать руки на себя и вверх. Обратите внимание: легкие похлопывания по спине, практикуемые обычно в таких случаях, неэффективны, мало того, способствуют продвижению инородного тела еще глубже.
2. В экстренном порядке вызвать полигонного медика.
3. При отсутствии такового пострадавший **эвакуируется** с полигона.

Инородные тела уха

При наличии инородного тела в ухе субъективно ощущается чувство постороннего предмета в нем, звуки, возникающие при перемещении предмета (например, при ходьбе). При попадании насекомого в ухо главными признаками могут быть боль, резкие шумы при движении насекомого.

Самостоятельная **помощь** обычно малоэффективна, специализированная помощь может быть оказана ЛОР-специалистом. В полевых условиях проводится:

1. закапывание уха теплой (!) кипяченой (!) водой, затем пациент ложится на бок, «пострадавшим» ухом вниз. Если повезет - инородное тело выйдет само.
2. При наличии насекомого в ухе - последнее закапывается теплым (!) раствором спирта с водой 1:3 (или водки с водой 1:1). Затем - см. предыдущий пункт.
3. Категорически запрещается пытаться удалить инородное тело самостоятельно, в т.ч. пальцами, подручными средствами типа спичек, зубочисток, ватных палочек.

Консультация полигонного медика нужна только в случае попадания в ухо насекомого.

Обычно пострадавший благополучно «дотягивает» до конца игры и в **эвакуации** не нуждается. По приезду в город настоятельно рекомендуется явка к ЛОР-врачу. Эвакуация проводится в случае:

- Появления/усиления дискомфорта;
- Нарастания болевых ощущений, появления дергающих или пульсирующих болей;
- Повышении температуры;
- Покраснении уха, местном повышении температуры, отеке;
- Попадании в ухо жалящего насекомого.

Обострение хронических болезней желудочно-кишечного тракта

Из таковых на полигоне чаще могут встретиться

- Гастрит
- Дуоденит
- Панкреатит
- Язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Причинами обострения будут являться в первую очередь нарушение питания, злоупотребление алкоголем и стресс.

Общими признаками будут:

- Чувство дискомфорта, тяжесть в верхней части живота,
- Боль в той же области,
- Тошнота,
- Возможна рвота,

Первая **помощь** состоит в:

1. Исключения из рациона острых, пряных, соленых, жареных продуктов, соблюдении диеты, ограничении потребления алкоголя, особенно крепкого.
2. При боли – прием Омеза (1 табл. 2 раза в день) или ранитидина (1 табл. 3 раза в день). При изжоге – Ренни – рассасывать в полости рта.
3. Активированный уголь – по 1 табл. на 10 кг массы тела больного несколько раз в день.
4. При переедании, чувстве тяжести – фестал – по 2 табл. после еды.
5. Режим полупостельный.

Следует отличать данные состояния от острого пищевого отравления и кишечной инфекции. При опросе выясняется причина, вызвавшая данное состояние.

Консультация полигонного медика и **эвакуация** – по состоянию больного.

«Женские» болезни.

Самая частая из женских «хворей» на полигоне и самая неожиданная для ее обладательницы – менструация и как вариант – болезненная менструация.

Второе по частоте состояние – задержка таковой.

Помощь:

1. При болезненной менструации состоит в приеме:
 - 1.1. спазмолитиков – Но-шпа Форте – 1 табл. (Но-шпа – 2 табл), через 4-6 часов повторить,
 - 1.2. обезболивающих препаратов – анальгин – 1 табл.
 - 1.3. Аспирин и препараты его содержащие (копацил, цитрамон и т.д.)

противопоказаны.

1.4. успокоительные препараты типа корвалдина – 15-25 капель на кусок сахара – рассасывать.

2. При задержке:

2.1. во-первых, успокоиться. Очень часто задержка бывает в результате стресса, которым может быть сам факт выезда на игру, подготовка к таковой и подгонка прикида в последнюю ночь.

2.2. по приезду в город – навестить гинеколога или женскую консультацию.

Консультация полигонного медика и **эвакуация** в случае:

- Сильной, не проходящей после приема анальгетиков боли;
- Обильного или длительного (более 4-5 дней), не обычного для данной пациентки кровотечения, особенно на фоне задержки предыдущих месячных;
- «Несвоевременного» кровотечения, особенно если от момента предыдущей менструации прошло менее 3 недель;
- Необычной слабости, бледности пациентки;
- Повышении температуры, появлении необычных выделений.

Профилактика появления/обострения гинекологических заболеваний на полигоне: по возможности держать в тепле поясницу и низ живота; не сидеть на холодной земле; не спать на холодной земле; воду для гигиенических целей кипятить или дезинфицировать; в стоячей и «цветущей» воде не купаться. (© В.Батхен)

ТРАВМЫ

Ссадины

Возникают в результате повреждения поверхностного слоя кожи. Кровотечение обычно минимально и проходит самостоятельно в процессе обработки или при бинтовании.

Помощь состоит в обработке раневой поверхности и предотвращении попадания инфекции:

1. перед обработкой моются руки с мылом;
2. обрабатываются края ссадины йодом или календулой;
3. если раневая поверхность
 - 3.1. чистая, то обрабатывается хлоргексидином,
 - 3.2. загрязнена землей и т.п. (что бывает чаще всего) – обильно орошается перекисью водорода, пена нежно стирается кусочком бинта; манипуляция повторяется до полного очищения поверхности и появления белой или розовой пены от перекиси.
4. вся раневая поверхность прикрывается марлевой (или бинтовой) салфеткой, смоченной хлоргексидином;
5. салфетка закрепляется бинтовой или пластырной повязкой.

6. При небольших ссадинах после обработки (пп. 1-3) можно заклеить бактерицидным пластырем, обращая внимание, чтобы клейкие края пластыря не касались раневой поверхности.

Консультация полигонного медика обычно не требуется кроме случаев:

- Расположения ссадин на лице, половых органах, сгибательных и разгибательных поверхностях суставов,
- Старых нагноившихся ссадин,
- Ссадин площадью более одной ладонной поверхности.

Пострадавшие обычно в **эвакуации** не нуждаются.

Потертости

Возникают, как правило из-за контакта с кожей неправильно пригнанного снаряжения, рюкзаков и чаще всего – неправильно подобранной обуви.

Сначала возникает покраснение кожи, затем появляется пузырь, заполненный прозрачной жидкостью, затем он лопается, образуя обширную раневую поверхность. Посему – не доводите до стадии пузырей. Профилактика – прежде всего. Иногда достаточно переобуться, сменить носки, положить под лямки рюкзака толстую подкладку - и не портить себе впечатление от игры и обратной дороги.

Первая **помощь**:

1. На стадии покраснения кожа протирается спиртовым раствором календулы или прикладывается повязка с хлоргексидином. Можно смазать детским кремом.
2. При появлении пузырей - см. соответствующий раздел лечения при ожогах.
3. Если все-таки довели до растирания в кровь - рана обрабатывается и бинтуется (см. лечение при ссадинах). Конечности обеспечивается покой, принимаются меры к предотвращению занесения в рану инфекции. Рекомендовано ношение свободной обуви.

К консультации полигонного медика обычно прибегают уже в случае появления кровавых мозолей.

Повод к **эвакуации** обычно отсутствует.

Растяжение и вывих

Принцип один и тот же: в результате воздействия на сустав происходит растяжение связок сустава. При вывихе дополнительно происходит смещение суставных поверхностей друг относительно друга соответственно с нарушением подвижности в суставе. Наиболее часто травмируемые суставы:

- Голеностопный;
- Мизинца и большого пальца руки;
- Плечевой;
- Коленный;
- Локтевой.

Признаки:

1. Наличие факта *травмы сустава*. Варианты «шла-оступилась» и «упал-подвернул» из этой же серии.
2. *Резкая боль в суставе*. Она может быть острой и пульсирующей в начальном периоде и тупой и давящей спустя несколько часов после травмы.
3. *Ограничение подвижности в суставе*. Может быть истинным и ложным. Истинное - это когда из-за смещения суставных поверхностей сустав теряет возможность двигаться. Ложное - когда пострадавший не может совершать движения в суставе из-за боли. Различить относительно легко: взять и попробовать подвигать в суставе «вручную». Главное - без фанатизма!
4. *Деформация конфигурации сустава* - сравнивается с аналогичным суставом на противоположной стороне пострадавшего. Если травма «свежая», то при вывихе может быть четко видимая деформация. Через 15-30 мин. поврежденный сустав обычно отекает настолько, что выделить деформацию становится сложно.

В принципе, для оказания **первой помощи** пострадавшему большой разницы в вывихе и растяжении нет. Мало того, различить их может только медик (!). 100% достоверный диагноз может быть поставлен только после рентгена (!).

1. Сразу после травмы нужно обеспечить пострадавшему (в крайнем случае - пострадавшей конечности) покой.
2. Если нет повреждения кожных покровов возле сустава - обеспечить холод на поврежденную область. Реально в полигонных условиях это осуществимо путем погружения сустава в проточную воду, наложения влажной, постоянно смачиваемой ветоши в один слой (бинта, например). Лица, наиболее склонные к травматизму (либо планирующие таковой на будущей игре) могут заранее взять с собой пригоршню-другую селитры. Полиэтиленовый пакет с раствором селитры (пара столовых ложек на стакан воды) обеспечит вас холодом на полчаса-час.
3. Срочно пригласить полигонного медика и выполнять его указания. Лучше и не пытаться самостоятельно вправить вывих - последствия могут быть самые плачевные.
4. Лучшее, что вы сможете сделать без профессионального медика (если его нет на полигоне в принципе):
 - 4.1. Попытайтесь определить, с чем вы имеете дело - с вывихом или растяжением. Сомнительные и спорные случаи следует рассматривать как вывихи.
 - 4.2. При растяжении:
 - 4.2.1. на сустав накладывается эластичный бинт (кто взял с собой, если нет – обычная бинтовая повязка), ограничивающий движения в суставе, при этом сустав фиксируется в среднем положении. При бинтовании

главное – не туго перебинтовать, а зафиксировать сустав (это касается в первую очередь бинтования обычным бинтом);

4.2.2. Конечности обеспечивается максимально возможный покой.

4.2.3. Если есть возможность - пострадавшего уложить и придать пострадавшей конечности возвышенное положение. Возвышенное - это значит на 10-25 см. выше горизонтальной плоскости.

4.2.4. Продолжение игры - по общему состоянию пострадавшего.

4.3. При вывихе:

4.3.1. иммобилизовать пострадавшую конечность (см. иммобилизации) в том положении, в котором она оказалась после травмы,

4.3.2. Сообщить о случае мастерской группе и принять меры к эвакуации пострадавшего. «Само» в данном случае не пройдет.

4.3.3. Быть готовым сопровождать пострадавшего в ближайший травмпункт.

4.4. Выдать пострадавшему таблетку седальгина или кетанова, 2 табл. тавегила (супрастина).

4.5. Алкоголь противопоказан (и больному и вам :).

Ушибы и переломы

По механизму возникновения эти состояния весьма похожи: некий травмирующий фактор воздействует на кость. В первом случае она выдерживает, во втором – нет. При ушибе происходит травмирование прилежащих к кости тканей с кровоизлиянием в них. При переломе помимо травмирования мягких тканей может произойти смещение костных отломков и повреждение острыми краями кровеносных сосудов, нервов, прорыв кожи изнутри с образованием открытого перелома.

Признаки ушиба:

1. *Наличие факта травмы.*
2. *Боль* в области травмы. Боль может быть тупой, давящей, пульсирующей.
3. *Отек* поврежденной области. Отек нарастает быстро, за 5-15 мин может достичь значительных размеров.
4. Возможны *ссадины* или *раны* области травмы.

Признаки перелома:

1. *Наличие* вышеуказанных признаков ушиба;
2. *Изменение* конфигурации конечности: искривление, укорочение, удлинение;
3. *Невозможность* двигать конечностью;
4. При повреждении кожи – *наличие в ране костных отломков*;
5. Возможны признаки болевого шока: *бледность, головокружение, похолодание конечностей, дрожь и слабость в конечностях, потеря сознания*;
6. При переломе бедренной кости пострадавший, лежа на спине, не может оторвать пятку от земли;

7. При переломе костей таза пострадавший принимает «позу лягушки»: лежа на спине, стопы максимально вывернуты наружу, колени приподняты.

Первая помощь при травме:

1. Если нет повреждения кожных покровов – приложить холод (см. вывихи) на область ушиба. Чем раньше – тем лучше.

2. Обеспечить покой пострадавшей конечности.

3. При повреждении кожных покровов, сопровождающихся артериальным кровотечением (см.) в первую очередь (по жизненным показаниям) проводятся мероприятия по остановке такового (см.).

4. Пригласить для консультации полигонного медика. В обязательном порядке. Запомните: различить скрытый перелом может только врач (!). 100% достоверный диагноз может быть поставлен только после рентгена (!).

5. При отсутствии на полигоне профессионального медика работаем по алгоритму:

6. Проверить дополнительные признаки перелома:

6.1. Нащупать костный край поврежденной кости на свободном от травмы участке и прощупать (без насилия!) его на всем протяжении, признаком будет наличие разрывов костного края либо резкого изменения его конфигурации. Признак из-за нарастания отека со временем теряет актуальность;

6.2. Ощупать (без фанатизма) место травмы на предмет легкого похрустывания под пальцами;

6.3. Острая боль в месте травмы (иногда - «простреливающая») при легком (!) нажатии или постукивании пальцем;

6.4. При любом положительном симптоме из перечисленных выше следует подозревать перелом. Как перелом расцениваются также и любые подозрительные случаи. Пострадавший по согласованию с мастерской группой подлежит эвакуации в срочном порядке, особенно при переломах бедренной, плечевой кости, ключицы.

6.5. Если подозрения на перелом не оправдываются, то выполняются пп. 7,8,11.

7. Принять седальгин или кетанов (1 табл.). Если не помогает – трамал (1 капс.).

8. Алкоголь противопоказан. В том числе и лицу, оказывающему помощь.

9. На поврежденную конечность накладывается шина (см. правила накладывания шин).

10. Никогда не пытайтесь сопоставить костные отломки самостоятельно. В том числе при открытом переломе, даже если они видны из раны.

11. При наличии повреждения кожных покровов проводится первичная обработка, которая сводится к обильному промыванию раны перекисью водорода, обработке календулой краев раны и нетугим (!) бинтованием. Обратите внимание: обработка проводится после шинирования (для переломов).

12. После накладывания шины пострадавший эвакуируется с сопровождающим лицом, умеющим (и готовым) проводить сердечно-легочную реанимацию.

13. Продолжение игры для пострадавшего возможно при несложных ушибах и переломах (после согласования данного вопроса с ближайшим травматологом).

Травма позвоночника

Причины:

- Падения,
- Удары, в т.ч. удары по голове,
- Нырание в незнакомых водоемах.

Признаки:

1. *Наличие факта травмы;*
2. *Боль, отек области травмы;*
3. *Нарушение чувствительности* рук и/или ног с одной или двух сторон;
4. *Невозможность пошевелить* пальцами рук и/или ног;
5. *Возможно непроизвольное мочеиспускание;*
6. *Возможна потеря сознания;*
7. При повреждении шейного отдела позвоночника возможны *расстройства дыхания* вплоть до остановки (вследствие паралича дыхательной мускулатуры).

Первая помощь:

1. Если пациент в сознании – уложить спиной на твердую горизонтальную поверхность (на землю, например), недопустимо подкладывание под спину, плечи всякого рода вещей, палок и т.п. предметов.
2. Если без сознания – то же самое, но голова поворачивается в сторону (если нет травмы шейного отдела). Нельзя при этом трясти пострадавшего, пытаться привести в сознание.
3. В экстренном порядке пригласить полигонного медика. До его прихода ничего не предпринимать (кроме сердечно-легочной реанимации – если вдруг что).
4. Если профессионального медика на полигоне нет – принять меры (по согласованию с мастерской группой) к эвакуации пострадавшего. Лучше всего в данной ситуации будет вызвать на полигон «скорую».
5. При отсутствии возможности эвакуации специализированным транспортом (отсутствие связи, путей подъезда и т.п.) пострадавший осторожно перекладывается на горизонтальную поверхность типа ростового щита, стола от кабака и т.п.
6. Ни при каких обстоятельствах пострадавшему не разрешается вставать, переворачиваться с боку на бок, интенсивно жестикулировать и т.д.
7. В горизонтальном положении, по возможности без тряски пострадавший доставляется в удобное для последующей эвакуации место.

Черепно-мозговая травма

Причины те же, что и при травме позвоночника.

Признаки:

1. *Наличие факта травмы;*
2. *Головокружение, тошнота*

3. *Различный диаметр зрачков;*
4. Возможные признаки:
 - 4.1. *потеря сознания;*
 - 4.2. *носовое кровотечение;*
 - 4.3. *нарушение чувствительности* рук и/или ног с одной или двух сторон;
 - 4.4. *невозможность пошевелить* пальцами руки и/или ноги;
 - 4.5. *локальная головная боль*, как вариант – пульсирующая;
 - 4.6. *рвота;*
 - 4.7. *судороги;*
 - 4.8. *апатия или чрезмерное возбуждение;*
 - 4.9. *боль в глазах* при движении взгляда;
 - 4.10. *круги или звездочки в глазах* непосредственно после травмы.

Первая помощь.

1. В экстренном порядке вызвать полигонного медика. Все пострадавшие с ЧМТ подлежат эвакуации и консультации в травмпункте. Чем больше времени пройдет с момента травмы до оказания специализированной помощи – тем более грозными будут последствия.

2. Если нет полигонного медика – с ведома мастерской группы пострадавший на носилках в положении сидя доставляется в удобное для подъезда «скорой» место. Сама «скорая», разумеется, вызывается заранее. Если пациент без сознания – укладывается на носилки с приподнятым головным концом.

3. При наличии повреждения кожи в месте травмы – на рану накладывается повязка. Если череп не поврежден – проводится обработка раны. При повреждении кости никаких манипуляций не проводится. Инородные тела, костные отломки (при наличии таковых в ране) не удаляются.

4. Нежелателен прием любых препаратов, алкоголь противопоказан.

Травма грудной клетки

Причины: удары, падения, варианты на тему «лежал-наступили».

Признаки:

- *Боль, отек* области травмы;
- Признаки перелома ребер:
- Боль в месте травмы становится максимальной (или «простреливает») на высоте вдоха.
- При ощупывании места травмы при легком надавливании на ребро определяется легкое похрустывание; такой же звук будет слышен при дыхании, если приложить ухо к месту возможного перелома.
- При двойном переломе ребра участок грудной клетки будет «западать» при вдохе.

Первая помощь:

1. Пригласить полигонного медика.

2. Если такового не нашлось:
 - 2.1. Проводится первичная обработка раны (см. ссадины и раны), на рану накладывается повязка, как вариант – пластырная;
 - 2.2. Если есть подозрение на перелом ребра – на максимальном выдохе туго бинтуется грудная клетка. Ширина полосы бинтования – 15-25 см. Цель – ограничить движения грудной клетки при дыхании.
 - 2.3. Никогда не пытайтесь сопоставить костные отломки самостоятельно. В том числе при открытом переломе, даже если они видны из раны.
 - 2.4. Принимается седальгин или кетанов – 1 табл.
3. Алкоголь противопоказан.
4. Пострадавший **эвакуируется** с полигона. Продолжение игры для пострадавшего возможно при трещинах и несложных переломах (после согласования данного вопроса с ближайшим травматологом).
5. Экстренная эвакуация проводится, если у пострадавшего:
 - 5.1. появляется и быстро нарастает одышка,
 - 5.2. из раны (смотри на выдохе) появляются пузырьки воздуха, пена,
 - 5.3. на коже шеи, верхней части грудной клетки, лице появляется «отек», при нажатии на который под пальцами определяется похрустывание, похожее на хруст снега,
 - 5.4. появляются нарушения сердечного ритма,
 - 5.5. учащенное сердцебиение, бледность, холодный пот, головокружение.

Травмы половых органов

Причины: удары, падения, варианты на тему «лежал-наступили».

Помощь:

1. Холод на место травмы (см. вывихи).
2. Пригласить для консультации полигонного медика.
3. Если такового не нашлось:
4. При наличии раны – первичная обработка (см. раны);
5. При кровотечении – давящая повязка, этамзилат – по 1 табл. каждые 4-5 часов;
6. В зависимости от выраженности боли – анальгин, седальгин (кетанов) – 1 табл.

Эвакуация – по состоянию. При ранении, кровотечении, болевом шоке - обязательна.

Ранения

Открытая рана

Любая рана представляет собой ворота для инфекции. Первая помощь состоит в обработке раневой поверхности и предотвращении попадания и развития инфекции.

Если вы сэкономите 5 мин на обработке – в дальнейшем рискуете развитием очень грозных осложнений.

Помощь состоит из этапов:

1. На месте получения раны:
 - 1.1.проводится временная остановка кровотечения (накладывается жгут – см. раздел остановка кровотечения),
 - 1.2.вызывается полигонный или командный лекарь;
2. Первичная обработка раны состоит в:
 - 2.1.освобождении доступа к ране (снимается лишняя одежда, доспехи и т.п.),
 - 2.2.мытью рук лекаря с мылом, обработкой их спиртом (календулой),
 - 2.3.контроля остановки кровотечения (если надо – перенакладывается жгут),
 - 2.4.рана обильно промывается перекисью водорода, пена нежно удаляется кусочком бинта; манипуляция повторяется до полного очищения раны,
 - 2.5.мелкие инородные тела (кусочки земли, обрывки одежды и снаряжения (доспехов) и т.п.) удаляются пинцетом. Пинцет предварительно обильно протирается спиртом (настойкой календулы). Если в глубине раны есть инородные тела и их сложно удалить – они оставляются в ране,
 - 2.6.кожа вокруг раны протирается с помощью кусочка бинта йодом или календулой,
 - 2.7.на рану накладывается марлевая (или бинтовая) салфетка, смоченная раствором хлоргексидина,
 - 2.8.рана туго бинтуется (см. правила наложения повязок),
 - 2.9.если необходимо - пострадавшему дается таблетка анальгина (седальгина, кетанова),
 - 2.10. алкоголь противопоказан,
3. обеспечить пострадавшему покой, дать выпить сладкого негорячего чая;
4. в дальнейшем если рана пострадавшего не беспокоит, бинт не намокает – повязка не снимается до приезда в город;
5. если появляется отделяемое из раны:
 - 5.1.гнойное – повязка снимается, обработка повторяется,
 - 5.2.кровянистое – повязка меняется,
 - 5.3.длительное кровотечение (более 10-15 мин.) из раны при наложенной повязке говорит о плохой остановке кровотечения;
6. в дальнейшем обеспечить покой поврежденной части тела и щадящий режим организму в целом;

При обработке раны **запрещено**:

1. заливать в рану спиртсодержащие жидкости,
2. прижигать рану, использовать порошок, каленое железо и другие экстремальные способы остановки кровотечения,
3. тампонировать рану ватой (даже стерильной), использовать таковую при обработке раны,
4. удалять крупные инородные тела, костные отломки,
5. пытаться самостоятельно зашивать раны.

Консультация полигонного медика обязательна в случае, если:

1. рана более 10 см в длину, шире и/или глубже 1 см,
2. расположена на голове (особенно лице), шее, половых органах, внутренней поверхности бедра или плеча,
3. сопровождается обильным (в т.ч. артериальным) кровотечением,
4. пациент без сознания,
5. рана колотая,
6. у пострадавшего имеются признаки шока: бледность, головокружение, частый пульс (более 90 ударов в мин.), апатия или чрезмерное возбуждение,
7. после оказания первой помощи боль в ране усиливается, становится давящей, пульсирующей, дергающей,
8. из-под повязки появляется гнойное отделяемое, кожа вокруг раны воспаляется, отекает, становится горячей на ощупь, у пострадавшего повышается температура.

Эвакуация проводится в случае:

- расположения раны на голове (особенно лице), шее, половых органах,
- обширной раны, обильного (в т.ч. артериального) кровотечения, большой кровопотери,
- оставления в ране инородных тел,
- ухудшения состояния пострадавшего.

Ранения глаза

(При написании использованы материалы А. Тихмянова («Юрич»), В. Батхен).

На полигоне первое место по частоте встречаемости занимают контузии глазного яблока и век. Развиваются они вследствие прямого тупого удара в область глаза. На втором месте стоят ранения глазного яблока пластиковыми пулями от «китайской» пневматики. Третье место среди травм занимают термические ожоги лица, век и глаз.

Состояние характеризуется:

1. *боль, ощущение песка* в глазу,
2. *слезотечение,*
3. *светобоязнь,*
4. *непроизвольное сокращение века,*
5. *покраснение конъюнктивы и века,*
6. *возможны:*
 - 6.1. *ухудшение либо утрата зрения на пораженный глаз,*
 - 6.2. *кровоизлияния в конъюнктиву, переднюю камеру глаза,*
 - 6.3. *изменение формы зрачка,*
 - 6.4. *отек вокруг глаза, через час-два становится виден синяк.*

Первая помощь:

1. усадить и успокоить пострадавшего, пригласить полигонного медика для консультации,
2. вымыть руки с мылом, обработать спиртом или календулой,
3. если пострадавший пользуется контактными линзами – снять их чистыми руками,
4. убедиться в целостности глазного яблока и век,
5. промыть пораженный глаз раствором сульфацила натрия (альбуцид),
6. закапать несколько капель дикаина,
7. наложить на глаз асептическую повязку, т.е., закрыть пораженный глаз стерильной марлевой (или бинтовой) салфеткой и перебинтовать бинтом из стерильной упаковки.

В большинстве случаев симптомы проходят через 3-4 часа, еще несколько дней может оставаться болезненность глаза, синяк рассасывается полностью через 7-14 дней; **эвакуация** может понадобиться в случае:

1. повреждения глазного яблока,
2. кровотечения из глазной щели,
3. признаков воспаления глаза:
 - 3.1. появление гнойного отделяемого,
 - 3.2. нарастание со временем отека, боли
 - 3.3. повышение температуры,
4. ухудшения состояния пострадавшего.

Ранения и травмы живота

Могут быть колотые, резаные, ушибленные.

Признаки:

1. Наличие факта *травмы живота*,
2. При ушибленной ране:
 - 2.1. *Боль* в месте травмы, чаще разлитая.
 - 2.2. Возможно *внутреннее кровотечение*:
 - 2.3. *бледность*,
 - 2.4. *частый пульс* (более 90 ударов в мин.),
 - 2.5. *холодный пот*,
 - 2.6. *резкая и нарастающая слабость, головокружение*, шум в ушах, возможен *обморок*,
 - 2.7. *апатия* или *чрезмерное возбуждение*,
 - 2.8. симптом «*ваньки-встаньки*»: лежать пострадавшему не дает боль в животе, при вставании утихающая, долго находиться в вертикальном положении он не может из-за головокружения и слабости,
3. При колотой и резаной ране:
 - 3.1. наличие *дефекта* брюшной стенки,
 - 3.2. при проникающем ранении возможны:

- 3.3.признаки *внутреннего кровотечения* (см. выше),
- 3.4.признаки «*острого живота*» (см.)
- 3.5.*жажда, сухость* во рту,
- 3.6.*появление* в просвете раны *внутренностей*, при резком движении, напряжении брюшного пресса возможно вываливание их наружу,
- 3.7.*резкая болезненность, напряженность* со временем всего живота – «живот как доска»,
- 3.8.непрекращающаяся *икота*,

Первая помощь:

1. во-первых, успокоиться, успокоить пострадавшего и в экстренном порядке вызвать полигонного медика,
2. при появлении признаков проникающего ранения, внутреннего кровотечения – будьте готовы эвакуировать пострадавшего; эвакуация – на носилках,
3. при наличии выпавших внутренностей последние прикрываются стерильной салфеткой, смоченной хлоргексидином,
4. при признаках внутреннего кровотечения – этамзилат (дицинон) – 2 табл.,
5. при проникающих ранениях, внутреннем кровотечении **запрещено:**
 - 5.1.давать пострадавшему пить (разве что глоток – смочить губы), принимать алкоголь, анальгетики,
 - 5.2.вправлять выпавшие внутренности,
 - 5.3.заливать в рану любые жидкости, в т.ч. перекись, спирт, йод и т.д.,
 - 5.4.позволять пострадавшему перемещаться самостоятельно.

Ранения грудной клетки

Могут быть колотые, резаные. Резаные раны чаще неглубокие, опасность могут представлять именно колотые раны.

Признаки:

1. Наличие факта *травмы грудной клетки*,
2. Наличие *дефекта* грудной клетки,
3. При проникающих ранениях возможны:
 - 3.1. появление и быстрое нарастание одышки,
 - 3.2. частый пульс (более 90 ударов/мин), головокружение, слабость,
 - 3.3. апатия или чрезмерное возбуждение,
 - 3.4.выделение с поверхности раны пузырей или розовой пены (чаще на выдохе),
 - 3.5.появление на коже шеи, верхней части грудной клетки, лице «отека», при нажатии на который под пальцами определяется похрустывание, похожее на хруст снега.

Первая помощь:

1. Пригласить полигонного медика;
2. При непроникающем ранении – обрабатывается как обычная рана (см. ранения);

3. При проникающем ранении:
 - 3.1. во-первых, успокоиться и успокоить пострадавшего, усадить его,
 - 3.2. освободить доступ к ране: снять всю одежду выше пояса (включая бюстгальтер, всякого рода майки и пр.), освободить ремень,
 - 3.3. обработать руки спиртом (тщательно протереть куском бинта, обильно смоченным спиртом, стерилиумом или календулой);
 - 3.4. обработать спиртом кожу вокруг раны с захватом 5 см. вокруг раны.
 - 3.5. при колотом ранении, резаном ранении небольшой площади:
 - 3.5.1. разорвать пластиковую обертку от стерильного бинта (осторожно – она понадобится целой), развернуть ее,
 - 3.5.2. внутренней поверхностью (там, где нет надписей) приложить к ране,
 - 3.5.3. на максимальном выдохе прибинтовать к грудной клетке, следя, чтоб обертка полностью, без складок и карманов прилегала к коже, прибинтовать стерильным бинтом. Ширина полосы бинтования должна быть не менее 15-20 см., «лишние» края обертки обрезаются в процессе накладывания бинта;
 - 3.6. при резаном ранении большой площади, отсутствии целой обертки от бинта – для указанной цели подбирается кусок полиэтилена достаточного размера, моется с мылом, обильно протирается спиртом;
 - 3.7. пострадавшему дается 2 табл. дицинона (этамзилат), 1 табл. седальгина;
4. **Эвакуация** на носилках во всех случаях:
 - 4.1. проникающих ранений и подозрений на них,
 - 4.2. большой кровопотери,
 - 4.3. обширной раны грудной клетки,
 - 4.4. прогрессирующего ухудшения состояния пострадавшего.

Остановка кровотечения

Речь идет о наружном кровотечении. Кровотечение бывает артериальным, венозным, капиллярным и смешанным. Каждый, кто сдавал кровь из пальца, помнит ее цвет. Это стандартный цвет капиллярной крови. Артериальная кровь гораздо светлее (алая), венозная – темнее (вплоть до темно-красного, почти черного).

Признаки:

1. артериального кровотечения:
 - 1.1. *кровь из раны выливается толчками или пульсирующей струей,*
 - 1.2. *образование под кожей раны пульсирующего валика из скопившейся крови,*
 - 1.3. *кровь алая.*
2. венозного кровотечения:
 - 2.1. *кровь заполняет рану равномерно, пульсация обычно отсутствует,*
 - 2.2. *цвет крови темный.*
3. Капиллярное кровотечение в чистом виде присутствует только в случае ссадин, неглубоких ранений.

Смешанный тип кровотечения – самый частый. Вид оказываемой помощи выбирается по самому грозному кровотечению: артериальное → венозное → капиллярное.

Первая помощь при

1. артериальном кровотечении:
 - 1.1. прижать пальцем кровоточащий сосуд, для прижатия необходимо знать точки прижатия;
 - 1.2. если кровоточащий сосуд находится на конечности – наложить жгут;
 - 1.3. главные требования к наложению жгута:
 - 1.3.1. наложение в нужном месте,
 - 1.3.2. в нужное время, и на нужное время,
 - 1.3.3. качество наложения;
 - 1.3.4. где бы ни находилась рана на руке (ноге), жгут накладывается только в одном месте – на плече на границе между средней и верхней третью (и для ноги, соответственно – на бедре, как можно выше к паху);
 - 1.3.5. чем раньше наложен жгут – тем меньше крови потеряет пострадавший и тем больше шансов у него будет выжить. В полевых условиях непозволительно тратить время на беготню по лагерю в поисках резинового жгута, выяснение причины кровотечения и т.п. мелочи, счет идет на секунды. Целесообразнее наложить жгут из подручных средств, а при необходимости сменить его на резиновый. Подручными средствами могут быть любые элементы одежды и снаряжения: некожаные ремни и пояса, галстук, футболка, бретельки от бюстгалтера и т.п. Чем предмет шире – тем меньше болевые ощущения от него. Оптимальная ширина – 2-3 см.
 - 1.4. Наложение приспособленного жгута:
 - 1.4.1. жгут не накладывается на голое тело, обязательно подложите что-нибудь типа полотенца,
 - 1.4.2. подручное средство оборачивается вокруг конечности, завязывается на два узла,
 - 1.4.3. между конечностью и «жгутом» со стороны узлов вставляется крепкая нетолстая палочка,
 - 1.4.4. проследите, чтоб под жгутом не было складок кожи,
 - 1.4.5. начинайте плавно, без насилия прокручивать палочку таким образом, чтобы жгут, накручиваясь, затягивался, при этом расправляйте образующиеся под скруткой складки кожи,
 - 1.4.6. критерием качества наложения скрутки является прекращение кровотечения из раны, отсутствие пульса на нижележащих артериях,
 - 1.4.7. после наложения жгута рана туго бинтуется, под жгут накладывается записка с указанием времени наложения жгута (в крайнем случае время пишется ручкой на коже), один из концов палочки прибинтовывается к конечности (во избежание раскручивания),
 - 1.5. максимальное время наложения жгута – 2 часа, зимой – 1 час, через каждые 45 мин полезно слегка ослаблять жгут для восстановления кровообращения, если кровотечение продолжается – жгут снова затягивается;

2. венозном кровотечении:

2.1. тугое бинтование, при этом на рану накладывается марлевая (бинтовая) салфетка, на салфетку – ватно-марлевая подушечка, которая плотно прибинтовывается. Смысл подушечки – пережать кровоточащие сосуды в ране. В качестве удобной готовой подушечки можно использовать таковую из перевязочного пакета.

2.2. если бинтование не помогает – на кровоточащую конечность накладывается жгут по тем же принципам, что и при артериальном кровотечении;

3. капиллярном кровотечении:

3.1. обычно достаточно тугого бинтования.

Носовое кровотечение

Причины:

- травмы,
- повышение артериального давления,
- часто – вообще без видимой причины.

Помощь:

Обычное время остановки кровотечения – 3-5 мин., Исходя из этого,

1. При начавшемся кровотечении – обеспечить пациенту покой, усадить, наклонить голову вперед, чтоб кровь вытекала наружу. Проглатывать кровь не рекомендуется, так как продукты распада крови в желудке токсичны. Кроме того, так проще контролировать процесс кровотечения и кровопотерю;
2. Если кровотечение не прекращается в течение 5 мин – приглашается полигонный медик;
3. Принять таблетку этамзилата (дицинон), предварительно разжевав;
4. Алкоголь противопоказан;
5. Можно попытаться затампонировать носовой ход, для чего чистыми руками скручивается марлевый или ватно-марлевый тупфер, смачивается перекисью водорода, плотно вставляется в носовой ход (без фанатизма – вам его и вытаскивать:).

Эвакуация на носилках в случае кровотечения более 30 мин, большой потери крови (более 0.5 л.), потери сознания.

Термические ожоги

Причина ожогов, я думаю, понятна каждому. Главным **признаком** ожогов является *боль*. В медицине принята классификация ожогов:

I степень - характеризуется *покраснением* кожи в месте ожога.

II степень - на пораженной коже в течение от нескольких минут до нескольких часов появляются *пузыри*, заполненные прозрачной жидкостью.

III - IV степени характеризуются поражением глубоких слоев кожи и нижележащих тканей. Пузыри не образуются, ткани могут обугливаться.

В любом ожоге выделяют зону первичного и зону вторичного поражения. Вторичные поражения происходят из-за нарушения капиллярного кровотока в прилежащих к обожженной области тканях при выделении биологически активных веществ в результате действия собственно поражающего фактора. Уменьшить выброс этих веществ (и в результате сократить зону вторичного поражения) можно, воздействуя холодом и принимая антигистаминные препараты.

Лечение.

1. Немедленно прекратить воздействие повреждающего фактора: сбросить горящую (пропитанную кипятком) одежду, набросить одеяло или иную ткань (только не легковоспламеняющуюся типа синтетики или марли) на горящий участок (при этом надавливать на ткань не рекомендуется), облить водой, при горении горючих жидкостей (бензин, керосин и т.п.) - засыпать землей, песком и т.д.
2. Если позволяет анатомия пораженной области, погрузить последнюю в холодную (лучше проточную) воду целиком. Данная процедура малоприятна, но позволяет снизить болевые проявления ожога в несколько раз и по интенсивности и по продолжительности, и, кроме того, уменьшает воспалительный отек, предупреждает появление пузырей. Манипуляция наиболее эффективна, если её начать в первые минуты после ожога и продолжать не менее 20-30 мин.
3. Для ожогов общей площадью больше 10% поверхности тела (1% - площадь одной ладони), ожогах лица, головы, половых органов, полных ожогах кистей и стоп в экстренном порядке вызвать полигонного медика.
4. Принять обезболивающее: седальгин 1 табл. + кетанов 1 табл., если не помогает – трамадол - 1 капс.
5. Принять антигистаминные препараты: диазолин - 2-3 драже или супрастин (тавегил) - 1 табл.
6. Не помешают 15-30 капель Валокордина (Корвалдин, Корвалол).
7. Если найдете - обработать всю ожоговую поверхность «Пантенолом». Обработку повторять несколько раз в день.
8. Прием алкоголя не рекомендуется.
9. Также не рекомендуется первые пару дней смазывание ожоговой поверхности жирами и содержащими жир (масла) препаратами.
10. При появлении на поверхности ожога хотя бы одного пузыря всю поверхность рекомендуется забинтовать (предварительно обработав хлоргексидином). При бинтовании пальцев рук и/или ног нужно проложить между ними марлевую салфетку. Если ожог более не беспокоит пациента - повязку не снимать до конца игры. В случае:
 - 10.1. усиления болевых ощущений, появлении необычной пульсации, дергающей боли,
 - 10.2. появления выделений из-под повязки, крови, гноя - приглашается полигонный медик, повязка снимается (см. п. 12), такое ранение ведется как гнойная рана.
11. Пузыри вскрывать настоятельно (!) не рекомендуется (!). При вскрытии пузыря об-

разуется открытая раневая поверхность, которая легко инфицируется и плохо заживает. Лишь в случае пузыря большой площади или большого объема, напряженного и чрезвычайно болезненного, расположенного в складках кожи, рекомендуется выпустить жидкость из пузыря. Для этого:

- 11.1. приглашается полигонный медик, в случае отсутствия такового,
 - 11.2. выбирается место будущего прокола (в стороне от складок кожи и исключая возможное инфицирование),
 - 11.3. весь пузырь и область вокруг него обильно орошается хлоргексидином,
 - 11.4. вымытыми с мылом руками прокаливается на огне игла,
 - 11.5. не касаясь кончика иглы руками, остывшей иглой проводится неглубокий прокол пузыря у места его перехода в нормальную кожу.
 - 11.6. Далее марлевым тампоном (не руками!) с противоположной от прокола стороны осторожно выдавливается вся жидкость из пузыря. Постарайтесь при этом избежать протирающих движений (чтоб не повредить покрывку - она будет прикрывать рану) – только промокающие нажатия.
 - 11.7. По окончании на всю поверхность бывшего пузыря накладывается бактерицидный пластырь (при этом нужно следить, чтоб клейкие края пластыря затрагивали только здоровую кожу) либо бинтовая повязка (на поверхность пузыря накладывается бинт, смоченный раствором хлоргексидина, сверху бинтуется). Если это место больше больного не беспокоит, повязка сухая - она не снимается до приезда в город.
12. Если пузырь лопнул самостоятельно, кожа вокруг протирается раствором календулы или йодом, рана обильно промывается перекисью водорода. Остатки покрывки пузыря полностью срезаются острыми ножницами, предварительно обильно смоченными и протертыми раствором календулы или спиртом (не водкой!). Если кожные лоскуты присохли - то размачиваются перекисью. Рана повторно обрабатывается перекисью водорода. Сверху кладется салфетка, смоченная хлоргексидином, рана бинтуется.

Профилактика:

- Дежурный у костра дежурные у костра должны иметь длинные брюки, обувь и рукавицы;
- Костровые рогульки, перекладыны или тросики для подвески варочной посуды должны быть надежными;
- Посуду с горячей пищей и кипятком надо ставить только в то место, где на нее не могут наступить, лучше всего такое место оговорить со всей командой до игры;
- Недопустимы игры и развлечения с огнем;
- Также не стоит подкладывать дрова, снимать котелок с огня, проводить прочие манипуляции возле огня лицам с широкими рукавами (юбками и т.п.), сделанными из легковоспламеняющихся материалов.
- Не допускайте к костру желающих «поспать в тепле», особенно в состоянии алкогольного опьянения. Увидев спящего возле огня, не поленитесь – оттащите его на пару метров подальше.

Эвакуация в случае:

1. Обширных ожогов, ожогов лица, головы, половых органов.
2. Ожоги III-IV степеней.
3. Ухудшения состояния больного: сильная боль, температура выше 37,8°C.
4. Нагноения ожоговой поверхности.
5. Появления любых признаков болевого шока (см.)

Гнойные заболевания

Из таковых на полигоне могут встретиться фурункулы и воспаление всякого рода ран, ссадин, потертостей.

Признаки:

1. фурункула (*использованы материалы А. Тихмянова («Юрич»*):
начинается как обычный прыщик, при нажатии определяется тупая боль «в глубине». Если расположен на лице – возможны болевые ощущения при мимике. Со временем (5-7 дней) фурункул «созревает», появляется конусообразная верхушка, с четко видимым гнойным стержнем внутри, кожа воспаленная, отечная.
2. воспаления раны:
 - 2.1. *Усиление боли* в ране, *появление пульсирующей, дергающей боли*, особенно на вторые-третьи сутки после ранения;
 - 2.2. *Повышение температуры тела*;
 - 2.3. При осмотре раны определяется *гнойное отделяемое* (или скопление гноя под корочкой), *кожа воспаленная, горячая, отечная*.

Помощь:

1. Фурункул:
 - 1.1. ни в коем случае не выдавливать – это может привести к карбункулу, флегмоне и прочим малоприятным гадостям.
 - 1.2. на начальном этапе достаточно приложить на ночь бинтик, смоченный йоддицирином.
 - 1.3. если затянули – такой бинтик прикладывается несколько раз в день, продолжительность – 10-15 мин.
 - 1.4. при расположении фурункула на лице, подмышечной впадине пригласите полигонного медика.
2. Воспаление раны:
 - 2.1. приглашается полигонный медик, если такового нет, то:
 - 2.2. снимается повязка,
 - 2.3. руки моются с мылом, обрабатываются спиртом или стериллиумом,
 - 2.4. если гной скопился под корочкой и она легко отделяется – удаляем корочку,
 - 2.5. поверхность раны обильно промываем перекисью водорода до появления белой или розовой пены,
 - 2.6. кожа вокруг раны обрабатывается календулой,
 - 2.7. рана повторно промывается хлоргексидином,
 - 2.8. сверху накладывается салфетка, смоченная йоддицирином,

2.9. рана бинтуется,

2.10. салфетка с йоддицирином меняется каждые 3-4 часа.

Эвакуация в случае:

- Воспаления глубокой (более 1 см.) раны,
- Появления зловонного отделяемого из раны,
- Появления при ощупывании раны легкого похрустывания под пальцами, напоминающего хруст снега,
- Потери чувствительности, посинения, отека нижележащих тканей,
- Ухудшения общего состояния больного.

Укусы животных, насекомых и змей

Укусы насекомых

В принципе, в средних широтах смертельно опасных насекомых нет. Опасность представляют либо множественные укусы жалоносных насекомых (пчела, оса, шершень и т.д.), либо последствия укуса (например, клещей), укусы в жизненно важные части тела, аллергические реакции на них.

Помощь

1. При укусе жалоносных насекомых самое главное – вытащить пинцетом (если осталось) жало, по возможности – так, чтоб не раздавить мешочек с ядом, затем место укуса промывается чистой холодной водой, после чего наносится гидрокортизоновая мазь. На место укуса прикладывается холод. Пострадавшему дается 2 табл. тавегила (супрастина), обеспечивается покой.

Консультация полигонного медика нужна в случае неадекватной реакции на укус (отек, осиплость голоса, кашель, одышка, бледность, ощущение жара, потеря сознания и т.д.), множественных укусов, укуса в шею, лицо, район паха. **Эвакуация** проводится по тем же показаниям.

2. Укусы комара, мошки опасности чаще всего не представляют. Обычно достаточно обработать место укуса бальзамом, «Звездочкой», одеколоном или настойкой календулы. Самое главное – не расчесывать зудящее место. При появлении расчесов (нагноении таковых) – поступать как при ссадинах (гнойных ранах).

Консультация полигонного медика проводится в тех же случаях, что и при укусе жалящих насекомых. **Эвакуация** проводится по тем же показаниям.

Профилактика: в «комароопасный» сезон брать с собой репелленты и не забывать ими регулярно пользоваться. Обратите внимание: обычно в условиях леса недорогие репелленты оказываются неэффективными. Хорошо зарекомендовали себя препараты фирмы «GARDEX».

3. Опасность при укусе паука преувеличена кинематографом и народным фольклором. Ядовитых представителей, чей укус был бы смертелен, в условиях Украины нет. В Приазовье, Крыму, юге Одесской области встре-

чаются экземпляры, чей укус может вызывать покраснение, болезненность места укуса, иногда – повышение температуры. Помощь – та же.

Профилактика: пауки никогда не нападают первыми, при первой же возможности убегают. Не пытайтесь поймать паука, не засовывайте им в норы палочки, не трогайте коконы с яйцами.

4. Укус клеща. Опасность представляют последствия укуса:

- a. клещевой энцефалит (актуален для регионов восточнее Урала, некоторых районов Крыма),
- b. клещевой боррелиоз,
- c. воспаление места укуса при раздавливании или неправильном удалении клеща.

Посему – если не удаляли клеща раньше – пригласите полигонного медика или более опытного «специалиста». Не рискуйте – есть шанс занести в рану инфекцию или оставить там головку (челюсти) клеща.

Профилактика заболеваний: если едете в Зауралье – сделайте прививку от энцефалита, если Вас укусил клещ – не поленитесь, сходите (когда вернетесь в город) в районную поликлинику к хирургу за консультацией. Затянутый боррелиоз сложно диагностируется и лечится.

Регулярно, как минимум раз в день (в палатке или на полянке пока не село солнце – вам решать) проводите поголовные осмотры всего тела. Учтите – клещ чаще всего (не значит, что обязательно) заползает в теплые складки тела с тонкой кожей. Там и смотрите в первую очередь, после чего переходите к волосистым частям тела. Стыд в данной ситуации неуместен. Чем раньше заметить клеща – тем проще его вытащить, не раздавив. И если повезет – можно снять клеща пока он еще не впился.

После укуса будьте готовы, что появившееся красное пятно не исчезнет в течение нескольких месяцев. Оставленная в ранке головка или челюсти клеща «выгнивают» до 2 месяцев.

Укусы животных

Обратите внимание, что обычно животные кусают человека только в целях самообороны. Если нападение ничем не спровоцировано – скорее всего, животное больно бешенством. Учтите: бешенство неизлечимо и во всех случаях заканчивается летальным исходом.

Помощь:

1. Укусы змей:

1.1. Во-первых, убедиться, что кусала именно змея и что это змея ядовитая – если на месте укуса остались 2-4 симметричные округлые ранки – скорее всего да. Если место укуса напоминает букву «V» или «U» из множества неглубоких игольчатых следов – скорее всего нет. Все сомнительные случаи следует рассматривать как ядовитые.

1.2. Пригласить полигонного медика, если такового нет, то

1.2.1. Освободить место укуса от одежды, обмыть чистой водой.

1.2.2. Попытаться отсосать из ранки яд, постоянно сплевывая и ополаскивая рот чистой водой.

1.2.3. Место укуса обрабатывается (см. раны), накладывается нетугая стерильная повязка.

1.2.4. Пострадавший эвакуируется.

1.3. Запрещено:

1.3.1. накладывать на конечность жгут;

1.3.2. надрезать ранки;

1.3.3. прижигать каким либо образом место укуса;

1.3.4. отсасывать яд, если имеются повреждения слизистой рта.

2. Укусы млекопитающих:

2.1. Место укуса обрабатывается как обычная рана.

2.2. Ставится в известность полигонный медик и мастерская команда.

2.3. Эвакуация по тем же показаниям, что и при ранениях. При появлении в больнице не стоит скрывать причину укуса. Особое внимание обращать на то, было ли нападение спровоцировано.

2.4. Профилактика травматизма: не стоит подходить на полигоне к любым животным (кроме взятых с собой), особенно если они:

2.4.1. летучие мыши,

2.4.2. с детенышами,

2.4.3. едят,

2.4.4. рычат, шипят, прижимают уши, поджимают хвост или другим способом выражают агрессию.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Обморок

Первая помощь:

Обычно обморок длится не более 5 мин. Нужно уложить пациента в горизонтальное положение, приподнять ноги, побрызгать в лицо холодной водой, если есть – дать понюхать нашатырь (на клочке ваты поднести на расстоянии к носу, при первой реакции - убрать). Если прошло более 5 мин. – послать за полигонным медиком и пытаться активно приводить в чувство, если не получается – действовать по алгоритму сердечно-легочной реанимации. Если обморок сопровождается судорогами, прикусыванием языка, непроизвольным мочеиспусканием – действовать по алгоритму при эпилепсии.

Тепловой и солнечный удар

Таковым считается состояние при общем перегревании организма (тепловой удар) или перегревании головы (солнечный удар).

Признаки:

Головокружение, слабость, шум в ушах, «звездочки» и «мушки» перед глазами, потеря сознания. Температура тела выше 38°C, пульс учащается выше 90 ударов/мин., может достигать 120-140.

Одним из главных диагностических признаков является то, что перед тем, как упасть в обморок, пациент находился в согревающих условиях. Это не только нахождение на солнце, а и работа (боевка) в теплой одежде (ватном поддоспешнике, например),

Помощь:

1. Если пациент в сознании – усадить его в тени, расстегнуть или снять лишнюю одежду, смочить голову холодной водой, приложить на лоб чистую тряпку, смоченную водой; дать холодного крепкого чая или минералки без газа
2. Если без сознания – уложить на землю, снять или расстегнуть теплые вещи, обмыть лицо, открытые части тела холодной водой, можно применить холодные обертывания. Дальнейшие действия как при обмороке. Обязательна консультация полигонного медика.
3. На ближайшие сутки ограничить физические нагрузки.

Шок

Видов шока насчитывается более 10, причин, его вызывающих – еще больше. Признаки у всех и принципы первой помощи общие.

Признаки:

- Наличие шокогенной ситуации: травмы, ожога, кровопотери, психотравмы и т.п.
- Если с момента травмы прошло менее 10-20 мин – возможно немотивированное речевое и двигательное возбуждение, пострадавший, несмотря на травму, пытается куда-то идти, что-то делать, много и громко разговаривает (фаза возбуждения);
- Спустя 10-20 мин развивается фаза торможения: пострадавший заторможен, апатичен, замедленно отвечает на вопросы, слабо реагирует на окружающее, неподвижен. Кожные покровы бледные, появляется холодный липкий пот, пульс учащается более 90 ударов/мин (может достигать 140-200 уд.), дыхание частое и неглубокое. При нажатии с последующим отпусанием на центр ногтевой пластинки обычный цвет восстанавливается долго (сравниваем со своей собственной).

Первая помощь состоит в том, чтобы как можно быстрее начать специализированное лечение.

В полигонных условиях вы сможете:

- Прекратить по возможности воздействие шокогенного фактора (остановить кровотечение, дать обезболивающее и т.д.);
- В экстренном порядке вызвать полигонного медика. Если такового нет или он недоступен – поставить в известность мастерскую команду, подготовить пострадавшего к эвакуации;
- Если пациент в сознании – постоянно находиться с ним, разговаривать с ним, не давая «загружаться».
- Если без сознания – действовать по алгоритму реанимационных мероприятий.
- Пострадавший на носилках лежа доставляется в удобное для подъезда «скорой» (вызванной заранее) место.

Эпилептический приступ

Признаки:

- Пациент на фоне полного благополучия неожиданно закатывает глаза, падает на землю с шумом и вскриком, судорожно изгибается, сжимает кулаки, все мышцы непроизвольно сокращаются;
- При осмотре: зрачки расширены, на свет не реагируют или реагируют слабо;
- Возможны непроизвольные мочеиспускание и дефекация.

Само по себе состояние жизни не угрожает и проходит через 3-10 мин. больной при этом самого приступа обычно не помнит. Единственное, чего стоит опасаться – что больной сам себе нанесет какие-либо травмы.

Помощь заключается в:

- Профилактике прикусывания языка – вставить между зубами что-нибудь крепкое, завернутое в ткань: ложку, пряжку ремня и т.п. (что найдете – чем быстрее, тем лучше);
- Придерживайте больного, чтоб не разбил голову (руки-ноги);
- Голову поверните набок, чтоб не захлебнулся рвотными массами;
- Обычно приступ заканчивается глубоким сном, так что по окончании приступа отведите или отнесите больного в палатку и обеспечьте ему место для сна.

Отличие истерического припадка от истинно эпилептического:

- «Больной» никогда не падает резко, он плавно оседает на землю,
- Он никогда не причинит себе вреда во время приступа,
- Зрачки обычного размера, на свет реагируют,
- Никогда не бывает мочеиспускания,
- Сознание сохранено.

«Острый живот»

Это грозное состояние с нелепым названием характеризуется тотальным воспалением органов брюшной полости и может при несвоевременно начатом лечении привести к смерти пациента. Возникает в результате целого ряда заболеваний от аппендицита до внематочной беременности.

Признаки:

- Боль в животе (обычно сначала локальная, затем разлитая), приступообразная или тупая, ноющая;
- Жажда, сухость во рту;
- Повышение температуры;
- Немотивированное возбуждение, затем апатия, заторможенность;
- Живот при ощупывании резко болезненный, напряжен сначала в месте воспаления, затем становится напряженным и твердым «как доска»;
- При осмотре определяется положительный симптом воспаления брюшины: плавно надавливаем пальцем на живот (на 2-3 см. вглубь, естественно, вне раны, если таковая есть), затем резко отпускаем; при положительном симптоме боль, появившаяся при нажатии, в момент отпускания резко усиливается и как бы «тянет» за пальцем;
- Из-за боли пациент принимает вынужденную позу: лежа на боку (или сидя), колени прижаты к животу.

Помощь состоит в своевременном диагностировании этого состояния и эвакуации пациента в ближайшую больницу. При любом подозрении обязательна консультация полигонного медика. Эвакуировать пациента предпочтительнее на носилках.

Запрещено:

1. Давать пациенту
 - 1.1. Анальгетики,
 - 1.2. Антибиотики,
 - 1.3. Алкоголь,
2. Делать согревающие компрессы,
3. Нагружать пациента физически,
4. Ждать пока пройдет «само».

Сердечно-легочная реанимация

Начинается с того, что перед нами находится лежащий человек. В экстренном порядке вызывается полигонный медик. Если такового нет – вызывается представитель мастерской группы. Не дожидаясь прихода указанных лиц,

1. убедиться, что пациент в сознании:
 - 1.1. если да – выяснить причины его состояния,
 - 1.2. если нет:
2. проверить наличие дыхания,
 - 2.1. есть – работаем по алгоритму при обмороке,

2.2.нет:

3. проверить проходимость дыхательных путей:

3.1.нет – вручную пальцем, обернутым бинтом (носовым платком), очистить ротовую полость от рвотных масс и инородных тел,

3.2.есть:

4. проверить наличие пульса на сонных артериях:

5. проверить реакцию зрачков на свет: в обычных условиях зрачки при резком увеличении яркости освещения сужаются,

6. перевернуть пациента на спину на горизонтальную поверхность (на землю), освободить грудную клетку от сдавливающих элементов одежды, снаряжения,

7. стать на колени возле головы пациента справа от него,

8. левую руку положить на лоб пациента, правую – под шею, максимально (без насилия и фанатизма!!!) разогнуть шею, запрокинув голову назад,

9. указательный и безымянный пальцы обеих рук положить на углы нижней челюсти, большие пальцы – на подбородочный выступ, выдвинуть вперед и открыть нижнюю челюсть,

10.если есть помощник – один остается у головы. Второй становится на колени у грудной клетки справа от пациента.

10.1. Первый делает искусственное дыхание методом «рот в рот»: левая рука кладется на верхнюю челюсть, правая – на нижнюю (не забываем – помощник находится справа от пациента), большой и указательный пальцы левой руки зажимают нос пациента, правая рука держит подбородок, по команде наклоняется, плотно обхватывает губами рот пациента (чтоб не было так противно - можете предварительно постелить марлечку) и делает энергичный выдох с максимальным усилием. Качественным считается выдох, если наблюдается расширение грудной клетки во время вдувания в пострадавшего воздуха (поднятие на 2-3 см.) и спадание ее после прекращения вдувания,

10.2. тонкости: следите за тем, чтобы голова пациента была запрокинута, а челюсть выдвинута;

10.3. второй «реаниматор» проводит непрямой массаж сердца, для чего находит точку между средней и нижней третью грудины. На эту точку он кладет правую ладонь, на нее – левую, плотно охватив пальцами запястье правой руки. После этого основанием правой ладони при прямых руках максимально приподнявшись над пациентом и вкладывая в движение вес тела проводит ритмичные нажатия на грудину пациента с частотой порядка 60 надавливаний в минуту (т.е., где-то 1 надавливание в секунду). Через каждые 4-5 нажатий делается пауза, дается команда первому реаниматору и проводится вдувание воздуха в легкие. Повторное нажатие проводится после «выдоха» пациента.

10.4. Тонкости:

10.4.1. надавливание проводится на $\frac{1}{3}$ диаметра грудной клетки, не менее 2-3 см.;

10.4.2. большие пальцы рук, предплечья и локти реаниматора направлены в сторону головы и ног пациента;

10.4.3. предплечья при нажатиях вертикальны. Руки в локтях не сгибаются;

10.4.4. при нажатиях пальцы реаниматора не касаются пациента, работает только основание ладони;

10.4.5. ладонь реаниматора не отрывается от кожи груди.

11. Если помощника нет – перейти к грудной клетке. Непрямой массаж сердца и искусственное дыхание проводится с частотой 2 вдувания подряд на 10-12 надавливаний.

Недопустимо:

1. проводить искусственное дыхание при наличии самостоятельного, равно как и делать непрямой массаж сердца при наличии пульса на сонной артерии;
2. прерывать мероприятия. Допускается быстрая смена реаниматоров, при затратах времени не более 20 сек.;
3. прерывать реанимацию при отсутствии пульса на сонной артерии, но сохранении зрачков на свет.

Критерии правильно проводимых мероприятий:

- появление пульса на сонной артерии
- возникновение дыхательных и иных движений,
- сужение зрачков, их реакция на свет,
- порозовение цвета лица,
- мигательные движения в ответ на прикосновение к роговице,
- появление сознания.

Мероприятия продолжаются до появления положительного результата, либо появления признаков биологической смерти (появления трупных пятен, высыхание роговицы, отсутствия реакции при касании и сдавливании глазного яблока, при этом зрачок приобретает вытянутую форму).

АПТЕЧКА

Принципы составления

- *компактность;*
- *универсальность;*
- *простота применения;*
- *удобная и безопасная упаковка аптечки и препаратов.*

Чаще всего командная аптечка комплектуется командным врачом за свой счет и везется на полигон «на своем горбу». Посему – чем она компактнее – тем лучше. Препараты, входящие в аптечку, должны быть максимально универсальны. Способ применения препаратов должен быть максимально прост и доступен даже лицу, не имеющему с медициной ничего общего. Именно поэтому в ней не указаны инъекционные препараты. Список, предлагаемый ниже, необязателен, каждый может его корректировать в зависимости от своих потребностей и взглядов на жизнь.

Индивидуальная аптечка предназначена для оказания первой помощи путем само- и взаимопомощи. Командный лекарь физически не может запасти лекарствами (тем более самостоятельно вывезти их) для всей команды. Поэтому, в индивидуальную аптечку входят «расходные материалы», употребляемые чаще всего и в больших количествах. Список ее тоже не является догмой и может корректироваться.

Командная аптечка должна иметь упаковку, сохраняющую форму и предохраняющую содержимое от деформации при переноске как в рюкзаке, так и вне такового. Рекомендуется сделать амортизирующие прокладки внутри упаковки всей аптечки и между емкостями с жидкими препаратами. Также аптечка должна быть легко и удобно переносима, сбор лекарств в полиэтиленовый пакетик не рекомендуется. По возможности, аптечка должна иметь яркую маркировку и по внешнему виду легко отличаться от набора специй, игровой аптечки или ремнабора. Традиционное обозначение - красный крест на упаковке (сверху). Автор в качестве упаковки для командной аптечки использует чехол для видеокамеры (\$3-5 на любом рынке). Покажите всем членам команды, как выглядит командная аптечка и в каком месте Вашей палатки она находится.

Все препараты по возможности стоит выбирать в упаковке, которая предотвращает загрязнение, испарение препарата, не раздавливается, не опрокидывается, самопроизвольно не открывается, не пачкает аптечку, другие препараты, не разбивается с образованием травмоопасных осколков (на которые вы обязательно наткнетесь, если впопыхах будете что-то искать). Если в аптечке все же присутствуют лекарства в стеклянной упаковке, их нужно оклеить лейкопластырем. Это создает некоторую амортизацию, а если уж стекло разобьется, то осколки большей частью останутся на пластыре.

Идеальной упаковкой для таблеток считается бумажный блистер (по сравнению с пластиковым – не открывается при надавливании и перегибе) или пластиковый пенал. Жидкие препараты стоит выбирать в пластиковой упаковке (в идеале). Если препарат не выпускается в пластике (как перекись водорода, например), допускается переливание в другую тару при ограниченном сроке хранения (например, на одну игру). Тара перед использованием освобождается, тщательно моется с моющим средством, после чего ополаскивается спиртом и высушивается. Обязательно подпишите такую упаковку, например «Перекись водорода 3%, годна до 01.04.2010 г.».

Обратите внимание, что перекись водорода при длительном хранении выделяет газ и может срывать пробку. Растворы йода не рекомендуется хранить в пластиковой упаковке (идет реакция) или в таре с неплотно закрытой крышкой (испаряется).

Очень важно соблюдать сроки хранения препаратов. Каждая упаковка или емкость с лекарством должны иметь четко различимый конечный срок использования. Если Вам достался блистер без даты или Вы используете другую упаковку – перепишите дату с оригинальной упаковки (коробки). Препараты, «найденные» без срока годности следует считать просроченными. Препараты с истекшим сроком годности, без такового, с нечитаемыми надписями, без упаковки подлежат изъятию и выбрасыванию.

Не используйте препараты, в конечном эффекте которых Вы не уверены. Надо помнить о том, что в некоторых случаях неправильно назначенное лекарство может

причинить больший вред, чем собственно болезнь. Перед применением поинтересуйтесь, нет ли у пациента аллергии на применяемый Вами препарат.

Индивидуальная аптечка

Бинт марлевый медицинский стерильный 3 шт. (широкий - 1, средний - 2)

Лейкопластырь бактерицидный в ассорт.

Раствор перекиси водорода

Календулы настойка

Темпалгин (анальгин, парацетамол)

Седальгин

Уголь активированный (не менее 3),

Супрастин (Тавегил),

Вит. С (лучше «Стироловский» по 500 мг.)

Флюколд (по ситуации – по 1 упак. на день игры)

Септолете (по ситуации – 1 блистер)

Помимо этого в индивидуальную аптечку входят лекарства, по ряду причин применяемые «по-жизни». О приеме таких лекарств нелишне сообщить командному лекарю.

Командная аптечка

Из расчета на 10 чел., каждый из которых укомплектовал индивидуальную аптечку.

Хирургия.

Бинт марлевый медицинский стерильный 5 шт. (широкий - 3, средний - 2)

Пакет перевязочный стерильный – 1

Бинт эластичный (не менее 3 м.) – 1

Лейкопластырь бактерицидный в ассорт.

Лейкопластырь катушечный – 1

Раствор перекиси водорода – 1 фл.

Хлоргексидина биглюконат – 1 фл.

Календулы настойка – 1 фл.

Йода р-р спиртовой 5 % или Вокадин – 1 фл.

Калия перманганат – хватит чайной ложки на 10 сезонов

Альбуцид р-р (сульфацил натрия) – 2 флакона или 1 упаковка

Дикаин или Инокаин – 1 фл.

Йоддицерин – 1 фл.

БФ-6 в маленьком пузырьке – 5-10 мл.

Пантенол (в маленьком флаконе, пр-во Харьков) или Оксикорд – 1 фл.

Ножницы, пинцет анатомический, кровоостанавливающий зажим (лучше типа «москит»)

Термометр медицинский в пластиковом футляре.
АНД-2000 (Стериллиум, Хосписепт, Спирт 70%) – 50 мл.

Терапия

Парацетамол (темпалгин) – 2 блистера, Седалгин (Кетанов) – 1 бл., Трамадол – 2-4 капс.

Уголь активированный – 4 бл., Смекта – 4 пакета, Регидрон – 1 пакет

Но-шпа – 10 табл,

Фестал – 1 бл.

Омез (Ранитидин) – 2-4 табл, Ренни – 1 уп.

Фуросемид 4-6 табл.

Дицинон (Этамзилат) 4-6 табл.

Диазолин, Супрастин (Тавегил), Фексофаст – по 1 бл.

Вит. С, Иммунал (табл.), Эффект – по 1 блистеру, Флюколд (Колдрекс) – на усмотрение, не меньше 2 уп., горчичники (4-10 шт.)

Амизон – 2 упак. (в холодное время + 1½ упак. на каждого члена команды), Септолетте – 1 блистер (в холодное время + ½ блистера на каждого члена команды)

Нитроглицерин 1фл. (или 2-4 табл. если в блистере), Валидол – 1 блистер, Фармадипин – 1 фл.,

Корвалдин – 1 фл.,

Эуфиллин табл. – 1 блистер

Ампиокс 20 капс.

Гидрокортизоновая мазь (в маленьком тюбике) - 1

Аммиак в ампулах (2 шт.)



И напоследок: берегите себя – это самое ценное, что есть в нашей жизни :)

Данное пособие подготовлено для лиц, не имеющих медицинского образования, и предназначено для экспресс-подготовки оных оказанию первой неотложной и частично первой медицинской помощи при травмах и заболеваниях на ролевых играх в полигонных условиях.

©Ершов А.А. (брат Мартин) 2006-2007
Ver. 1.1a

Замечания и предложения отправляйте на frater-martin@rambler.ru

Данное пособие разрешается тиражировать в любом количестве без изменения содержания.

*При цитировании запрещается использовать цитаты вне их основного контекста.
Ссылка на автора обязательна.*

Автор приносит свои извинения и благодарности Виктории Батхен и Юрию Тихмянову за использование материалов без разрешения.