#### med slujba.jpg

#### ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

#### ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ВИДАХ СПОРТА

#### ПАРАПЛАНЕРИЗМ

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

#### для не специалистов медицинской службы

        Любая травма отражается на деятельности всего организма, таким образом в наши задачи будут входить мероприятия в месте травмы (перевязка раны, остановка кровотечения, иммобилизация - обездвиживание места травмы) и общие мероприятия (снять боль, согреть, успокоить и т. п.).

        Рекомендуется каждому пилоту иметь на учебно-тренировочных сборах индивидуальную аптечку. Она должна находиться в подвесной системе. Особенно это важно при полетах вдали от лагеря и дельтадрома. Помимо медикаментов, там должен быть походный набор для выживания в полевых условиях, так как после маршрутных полетов иногда приходится долго добираться но бездорожью. Предлагаю минимальный состав такой аптечки:

 Бинт стерильный или индивидуальный перевязочный пакет.
 Лейкопластырь обычный, лейкопластырь бактерицидный.
 Два нестерильных бинта.
 Кровоостанавливающий жгут или кусок веревки диаметром 3-5 мм и длиной 1 метр.
 Анальгетики (анальгин, баралгин, пенталгин, трамал, промедол) в таблетках, ампулах с
 одноразовым шприцом (если умеете этим пользоваться), шприц-тюбиках.
 Спирт как обеззараживающее.
 Нож.
 Спички или зажигалка.
 Сигнальные средства (если есть).
 Содержимое аптечки должно быть в небьющейся (для ампул) и герметичной упаковке.

**+** Дополнительно к минимальному составу аптечки, собираясь на сборы, можно добавить: перекись водорода, марганцовку, нашатырный спирт, сердечные средства (валидол, нитроглицерин - дают под язык), антиаллергические средства (супрастин, гавегил - при аллергии на растения, еду, после обгорания на солнце), средства против диареи (поноса) - имодиум, интестопан, другие лекарства в зависимости от своих особенностей здоровья.

## ВИДЫ ТРАВМ И ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

###         Ссадины.

        Необходимо промыть поверхность ссадины раствором перекиси водорода, затем смазать ее зеленкой. Если ссадина кровоточит, к ней прикладывают стерильные салфетки с перекисью водорода до остановки кровотечения, затем накладывают стерильную повязку. Если ссадина небольшая, можно использовать бактерицидный пластырь. Никогда нельзя на раневую поверхность наносить раствор йода! Им обрабатывается только здоровая кожа по краям ран.

###         Раны.

        Раны - это повреждения с нарушениями целостности кожи и глубже лежащих тканей. Если имеется кровотечение в ране, сначала производится его остановка (см. далее). Нужно обработать рану раствором перекиси водорода. Кожу вокруг краев раны обрабатывают спиртом или раствором йода. В рану йод заливать нельзя. Накладывается стерильная ватно-марлевая повязка, чаще всего она крепится лейкопластырем. Для раненой части тела создается максимальный покой. При наличии сильной боли вводится 2 мл 50 % раствора анальгина (или 2 таблетки). Далее пострадавший как можно скорее должен быть доставлен в стационар или травмпункт. Если будет идти речь о наложении швов, временной интервал между травмой и ушиванием должен быть не более 6 часов.

### Остановка кровотечений.

Кровотечения бывают 4 типов в зависимости от величины и тина поврежденных сосудов. Различают артериальное, венозное, капиллярное и внутреннее кровотечения. Наиболее опасны артериальное и внутреннее кровотечения.

**Артериальное кровотечение.** При этом кровь идет из раны пульсирующей струйкой ярко-алого цвета. Необходимо как можно быстрее остановить кровотечение, от этого часто зависит жизнь пострадавшего. Следует пережать артерию, которая снабжает раненый участок тела кровью. Обычно прижимают артерию пальцем к кости там, где она проходит близко, выше места раны (см. рисунок). Для транспортировки обычно бывает необходимо наложить кровоостанавливающий жгут или закрутку. Это является ВРЕМЕННОЙ мерой остановки кровотечения до врачебного вмешательства. Жгут накладывают ВЫШЕ места ранения. Чтобы не повредить ткани тела, под жгут следует положить что-нибудь мягкое. Жгут должен находиться на места прижатия артерий конечности не более 2 часов летом и 1 часа зимой, так как это может привести к омертвению конечности. Если по истечении этого срока не будет оказана медицинская помощь и кровотечение не будет остановлено, то жгут ослабляют на 3-5 минут и снова затягивают его рядом, но уже не более чем на 45 минут. К жгуту следует прикрепить бумажку и на ней отмечать время каждой затяжки.

**Венозное кровотечение.** Кровь темно-красного цвета, идет из раны ровным потоком. При венозном кровотечении следует наложить на рану давящую стерильную повязку. Обычно этого достаточно. Если кровотечение не останавливается, тогда возможно наложить жгут или закрутку НИЖЕ места ранения (дальше от сердца). Действия при наложении жгута те же, что и при артериальном кровотечении.

**Капиллярное кровотечение.** При этом характерно, что кровь сочится из всей поверхности раны. Кровь легко останавливается давящей стерильной повязкой или обработкой тампоном с перекисью водорода.

**Внутреннее кровотечение.** Оно может происходить при закрытых ранах грудной и брюшной полости в случае повреждения внутренних крупных артерий и вен. Очень важно правильно заподозрить внутреннее кровотечение. При этом человек бледен, покрыт холодным потом, ощущает сильную слабость, головокружение, шум в голове, мелькание «мушек» перед глазами, просит пить. Пульс частый и слабый. Необходимо придать пострадавшему положение с приподнятым изголовьем, чтобы облегчить дыхание. На живот поместить холод. Пить не давать, только смачивать губы. Наркотические препараты для обезболивания вводить нельзя. Транспортировать такого пациента нужно на носилках немедленно, счет идет на часы и минуты. Если пострадавший находится в тяжелом состоянии, и диагноз внутреннего кровотечения не вызывает сомнения, необходимо оповестить дежурную бригаду стационара через диспетчера Скорой Мед. Помощи (или любым другим образом) и доставить пострадавшего непосредственно в операционную, минуя приемное отделение больницы.

**Носовое кровотечение.** Бывает часто при подъеме артериального давления, в том числе при перетренировке. Иногда помогает зажатие носа на 15-20 минут. Можно ввести в ноздрю сухой тампон или тампон с перекисью водорода до свертывания крови. Если кровотечение вызвано гипертонией, помогает горячая ножная ванна.

###

###         Ушибы.

        Это закрытые повреждения тела, при которых не нарушается кожный покров и нет наружного кровотечения. Они возникают при воздействии тупого предмета, падении, ударе, столкновении.
        Для ушиба характерны припухлость, боль в месте ушиба, иногда нарушение функций конечности. На месте ушиба повреждаются мягкие ткани под кожей, в том числе кровеносные сосуды. При этом кровь выливается под кожу, в жировую клетчатку, в мышцы. Образуются характерные пятна гематом - «синяки».

        К месту ушиба нужно приложить холод, лед (можно салфетку, смоченную холодной водой). Холод нужно держать в течение получаса, а затем можно наложить сухую давящую повязку, которая позволяет предотвратить дальнейшее подкожное кровотечение. Со вторых суток с момента ушиба можно применять тепловые растирания мазями, компрессы.

###         Вывихи.

        Это повреждения, при которых нарушается соприкасание костей в суставе, при этом повреждается капсула сустава. Подвывихи - неполные вывихи, иногда без разрыва суставной капсулы. В суставе отмечается резкая болезненность, изменение формы сустава, почти полная неподвижность костей сустава, неправильное положение поврежденной конечности (это можно сравнить со здоровой конечностью).

        Необходимо создать удобное положение поврежденной конечности и наложить шину для обездвиживания поврежденной области. На область сустава можно положить холод, лед. Дать обезболивающее. Срочно доставить пострадавшего в травмпункт или больницу (так как не вправленный вовремя вывих иногда вправляют на операционном столе). Категорически запрещается вправлять вывих самостоятельно.

        Иногда у некоторых людей возникают привычные вывихи (например, вывих нижней челюсти, вывих плеча). Это давние заболевания, такие люди всегда знают о них и обычно вправляют вывихи самостоятельно. К привычным вывихам не относятся наши рекомендации.

###         Растяжения и разрывы связок.

        Пострадавший испытывает сильную боль, появляется припухлость, движения ограничены из-за боли. В первую очередь вводится обезболивающее. Поврежденной конечности придается среднефизиологическое положение (суставы на руках согнуты на середине амплитуды своих движений, колено по возможности разогнуто, голеностопный сустав по возможности под углом 90 градусов). На поврежденное место приложить холод, туго забинтовать. Иногда даже врач при осмотре не может достоверно отличить растяжение связок от перелома, поэтому целесообразно наложить шину, как при переломе, и доставить пострадавшего в травмпункт для рентгенологического исследования.

        При всех сомнениях в диагнозах вывиха, растяжения связок, ушиба и перелома следует оказывать помощь пострадавшему, предполагая перелом.

###         Переломы конечностей.

        Различают открытые и закрытые переломы.

        **Закрытые переломы.** При закрытых переломах кожа не повреждается. Открытые переломы сопровождаются ранением, а иногда и выходом костного отломка из раны.
        В области закрытого перелома появляется припухлость, боль (иногда человек может точно показать место боли), деформация или укорочение конечности. Даже при ощупывании кости обнаружить перелом не всегда удается, поэтому трудно отличать закрытые переломы от других травм. В таких случаях необходимо рентгеновское исследование. Иногда в месте перелома ощущается сильная и резкая боль, в момент удара пострадавший может слышать характерный хруст ломающейся кости.

        Для *предотвращения болевого шока* как можно раньше ввести обезболивающее: 2 мл 50 % раствора анальгина, баралгин, трамал или другое, что имеется. Необходимо обеспечить неподвижность поврежденной части тела, по возможности в среднефизиологическом положении (см. выше). Обездвиживание (иммобилизация) обеспечивается наложением шины.

        Шина должна отвечать нескольким простым правилам. Она должна накладываться так, чтобы не сдвинуть костные отломки. Места, в которых шина соприкасается с конечностью, должны быть покрыты чем-то мягким - ватой, тканью, одеждой. Для шины используется подручный материал - ветки, доски и т. п., а также бинты из аптечки (ленты, пояса, веревка). Можно использовать готовые сеточные или лестничные шины из проволоки, придавая им нужные изгибы. Прибинтовывать шину нужно не туго, чтобы не нарушить кровообращение в поврежденной конечности.
        Шина должна захватывать как минимум 2 сустава - выше и ниже перелома, а при переломах плечевой и бедренной кости - все три сустава конечности. Имеются некоторые особенности при наложении шин на конкретные суставы. При переломе нижней челюсти можно прибинтовать нижнюю челюсть к верхней - она и будет являться шиной, после этого нужно доставить пострадавшего в больницу.

        При *переломе плечевой кости* рука сгибается в локте на 90 градусов. В подмышечную область обязательно кладется валик из мягкой ваты или одежды, диаметром не менее 8-10 см. Фиксируются одним твердым предметом плечевой и локтевой суставы, другим локтевой и лучезапястный суставы (около кисти), согнутая рука подвешивается на «косыночной» повязке или прибинтовывается.

        При переломе одной или двух костей предплечья фиксируются к шине локтевой и лучезапястный суставы, в область подмышки кладется валик, рука подвешивается под углом 90 градусов на «косыночной» повязке.

        При *переломе бедренной кости* на ногу накладываются две шины - с внутренней и с внешней стороны ноги: с внутренней стороны фиксируются голеностопный и коленный суставы, шина должна доходить до паховой складки, там на шине должен находиться мягкий валик. С внешней стороны ноги шина должна идти от голеностопного сустава до коленного и выше - до тазобедренного сустава. При переломе голени две шины идут по наружной и внутренней стороне ноги от голеностопного до коленного сустава или немного выше. При этих переломах по возможности голеностопный сустав должен быть фиксирован под углом 90 градусов.

**Открытые переломы.** При открытых переломах необходимо остановить кровотечение, обработать рану по общим правилам обработки ран (по возможности), наложить стерильную повязку на рану, после чего провести иммобилизацию шиной. Рана при открытом переломе не заматывается бинтом при шинировании, к ней не должны прикасаться твердые предметы. Необходимо как можно скорее доставить пострадавшего в больницу.

        **Переломы позвоночника.** Они бывают при падениях на спину, падениях с высоты.
        Пострадавший испытывает боль в области поврежденного позвонка, особенно при надавливании на него, при нагрузке вдоль оси позвоночника. При повреждении спинного мозга руки и ноги пострадавшего (или только ноги) могут потерять чувствительность и способность шевелиться.

        При подозрении на перелом позвоночника следует прекратить дальнейшее «исследование» пострадавшего и оказывать помощь, предполагая перелом позвоночника. При компрессионном переломе позвоночника пациент может пытаться вставать, принимая свое состояние за ушиб - нельзя позволять ему делать это до рентгеновского исследования.
        Ввести обезболивающее при боли. Транспортировку пострадавшего осуществлять с максимальной осторожностью. Лучше доверить это бригаде «Скорой Помощи». Переукладывать больного должны не менее 3 человек, лучше 4-5, при переукладке не допускать прогиба спины. Транспортировка должна производиться на спине на жестком щите.

**Переломы ребер и грудины**. В месте перелома отмечается резкая «точечная» боль. Больно дышать. Тяжело менять положение тела из лежачего в сидячее.

Необходимо сначала ввести обезболивающее. Доставить пострадавшего в полусидячем положении в травмпункт или больницу в зависимости от общего состояния и количества повреждений. В полевых условиях при несильной боли и невозможности добраться до больницы допустимо плотно забинтовать грудную клетку, чтобы ограничить дыхательные движения, и освободить такого пострадавшего от физических нагрузок. Если после удара грудной клеткой наблюдается кровохарканье - это серьезное подозрение на повреждение легкого - срочно пострадавшего доставить в стационар.

*Переломы и вывихи ключицы.* Они наблюдаются при падениях на вытянутую руку, плечевой сустав. Появляется резкая боль в области надплечья, деформация сломанной ключицы, припухлость. После обезболивания производится иммобилизация: рука подвешивается на косынку или прибинтовывается в согнутом на 90 градусов в локте положении, в подмышечную область кладется валик. По возможности рука фиксируется в положении с немного отведенным в сторону и назад локтем (см. рисунок). Пострадавший должен быть доставлен в больницу.

*Переломы костей таза.* Они могут наблюдаться при сдавливании таза, при падениях с высоты. Человек испытывает боль в области крестца и промежности. При попытке сведения коленок испытывает резкую боль в месте перелома. Если есть подозрения на повреждение внутренних органов, наркотическое обезболивание не проводить. Пострадавшего уложить на щит, колени развести немного в стороны, под них подложить валик (положение «лягушки»), и так транспортировать в больницу.

###         Черепно-мозговая травма.

        Она может произойти при ударе по голове, даже если надет защитный шлем. Может произойти при жесткой посадке, падении и при старте в сильный ветер. Чаще всего развивается сотрясение головного мозга разной степени тяжести. Без специального курса лечения могут остаться неприятные последствия. Как заподозрить сотрясение головного мозга? Для слабой степени сотрясения характерны слабость, тошнота, головная боль, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами. Если же имела место кратковременная потеря сознания, неоднократная рвота, то произошло более сильное сотрясение головного мозга. Часто бывает потеря памяти события, предшествовавшего удару.

При сотрясении также можно отметить подергивания глазных яблок при движении взгляда (нистагм).

Если после падения с высоты пострадавший теряет сознание, то ему следует оказывать помощь, предполагая перелом позвоночника.

При сотрясении головного мозга, хотя бы по одному из признаков, описанных выше, пострадавшего следует уложить, создать ему полный покой. На голову положить холод. Если у пациента в бессознательном состоянии началась рвота, нужно повернуть его голову набок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути, и пострадавший не задохнулся. По необходимости освободить полость рта от рвотных масс пальцем, обмотанным куском марли или тканью. В лежачем положении транспортировать больного в стационар. Если у пострадавшего наблюдается кровотечение или вытекание прозрачной жидкости из уха, появление синяков в глазницах («травматические очки») - подозрение на перелом основания черепа - срочно доставить пациента в стационар.

Если человек получает черепно-мозговую травму по типу слабого сотрясения головного мозга, находится в сознании и испытывает только головную боль или головокружение, необходимо также создать ему покой, можно дать мочегонные средства. Нужно освободить его от физических нагрузок. Нельзя позволять ему продолжать летать хотя бы несколько дней.

###         Ожоги.

        Ожоги не относятся к специфическим повреждениям, связанным с полетами, но, так как на многих учебно-тренировочных сборах пилоты живут в полевых условиях, тема не утрачивает своей актуальности. При термических ожогах нужно в первую очередь приложить холод к обожженному месту, возможно, подставить конечность под холодную воду. Не мазать ожоговую поверхность маслом, мазями! На очаг поражения накладывают сухую стерильную повязку. Необходимо оценить площадь и степень глубины ожога. При ожогах 1 степени имеется покраснение кожи, отек и боль. При ожогах 2 степени на розовом фоне кожи появляются пузыри с прозрачным содержимым. (Не вскрывать эти пузыри в полевых условиях!) При ожогах 3 степени кожа может быть от красной до темной, имеются крупные пузыри. 4 степень - обугливание кожи. Ожоги 1 и 2 степеней относятся к неглубоким, и если площадь ожога меньше 5 % поверхности тела, можно лечить это на дому. Если ожоги глубокие или занимают большую площадь, нужно немедленно доставить пострадавшего в стационар, так как могут развиться смертельные осложнения. При химических ожогах нужно омыть поверхность ожога в большом количестве проточной воды или в нейтрализующем веществе.

###         Отморожения.

        Для профилактики отморожении достаточно сделать несколько энергичных движений, чтобы усилить кровообращение. Не растирать конечности и лицо снегом, это можно делать только сухой шерстью, тканью или чистыми руками. При отморожении сначала в коже ощущается покалывание, жжение, а затем кожа белеет, теряет чувствительность.
        Пострадавшего доставляют в теплое помещение, раздевают отмороженные участки. Сначала их растирают сухой тканью, затем помещают под прохладную воду (20-25 С), и постепенно доводят температуру воды до 40-45 С. Если боль, возникающая при отогревании, быстро проходит, кожа становится розовой, чувствительность восстанавливается, то конечность вытирают насухо, сверху одевают проглаженные хлопчатобумажные, а затем шерстяные перчатки или носки. Если при отогревании боль усиливается, пальцы остаются бледными и холодными, это признак глубокого отморожения, пострадавшего надо отправить в больницу. При общем охлаждении пострадавшего необходимо тепло укрыть, обложить грелками, напоить горячим чаем, кофе.

###         Тепловой удар.

        Он может возникнуть во время длительного нахождения и движения в условиях жаркого климата, при интенсивной физической работе в душных помещениях. При этом наблюдаются чувство общей слабости, разбитости, головная боль, головокружение, шум в ушах, сонливость, жажда, тошнота. Пульс и дыхание учащены, температура повышена. Пострадавшего выносят в прохладное помещение, обеспечивают доступ свежего воздуха, дают выпить холодной воды или чая, накладывают мокрую ткань на голову. В тяжелых случаях рекомендуется обертывание мокрой простыней, обливание холодной водой. При резком ослаблении или прекращении дыхания следует приступить к проведению искусственного дыхания.

###         Обморок.

        Проявляется кратковременной потерей сознания. Резкая бледность кожи, глаза закатываются и закрываются, пострадавший падает. Конечности холодные на ощупь, кожа покрыта липким потом, пульс редкий. Может произойти непроизвольное мочеиспускание. Продолжительность приступа составляет от нескольких секунд до 1-2 минут, затем следует быстрое и полное восстановление сознания.

        Пострадавшего надо уложить на спину с несколько откинутой назад головой, расстегнуть воротник, обеспечить доступ свежего воздуха. Обрызгать лицо холодной водой, поднести к носу ватку, смоченную в нашатырном спирте. Если лежащему пострадавшему приподнять ноги, кровь быстрее прильет к голове, и он быстрее придет в сознание. После обморока человеку рекомендуется полежать час - два, выпить горячего сладкого чая.

###         Травматический шок.

        Он возникает вследствие сильной боли при ранениях, ожогах, переломах или при значительной кровопотере. Это сложное состояние, которое развивается через 5-6 часов после травмы и характеризуется свертыванием крови в мелких периферических сосудах, спазмом их и выключением их из кровообращения, почечной недостаточностью. Наша задача - не допустить травматического шока при травмах наших товарищей.

        В начальном периоде после травмы возникает состояние, которое называется «реакцией на травму» - это то, что в народе называют болевым шоком. При этом пострадавший может быть возбужден и часто не осознает тяжести своего состояния. Затем, если будет развиваться шок, произойдет резкое угнетение всех жизненных процессов. Человек становится бледен, неподвижен, не жалуется на боль. В отличие от обморока при шоке сознание обычно сохраняется. На начальном периоде возбуждения пострадавшего необходимо уложить и создать ему полный покой, для того, чтобы он неосознанно резкими движениями не осложнил бы своего положения.
        Важнейшими мероприятиями по предупреждению шока являются обезболивание и остановка кровотечения. При исключении повреждения внутренних органов и внутреннего кровотечения рекомендуется дать пострадавшему горячий чай с сахаром, допустимо также проведение наркотического обезболивания (трамал, промедол, омнопон). При наличии тяжелой травмы, пострадавший должен быть доставлен в стационар как можно быстрее, но транспортировка пострадавшего в шоковом состоянии должна выполняться с максимальной осторожностью.

###         Сердечно-легочная реанимация.

        К ней относятся в нашем случае два мероприятия - искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.
        *Показания:* бессознательное состояние. Зрачки расширены, не реагируют на свет. Дыхание отсутствует (при поднесении зеркальца ко рту или к носу оно не запотевает). Пульс нитевидный или не прощупывается (на сонных артериях).
        Искусственное дыхание и непрямой массаж сердца обычно выполняются одновременно. Если помощь оказывают два человека, то после одного вдоха, выполняемого первым, производится 4 надавливающих движения на грудину вторым. Если помощь оказывается одним человеком, то выполняется 2 вдоха и далее 15 качков сердца.
        Признаком успешности массажа сердца является сужение расширенных ранее зрачков, появление сначала редких, а затем регулярных сокращений сердца, восстановление дыхания. Массаж сердца продолжают до полного восстановления сердечной деятельности и появления пульса на периферических артериях.

####         Искусственное дыхание.

        Следует снять с пострадавшего стесняющую его одежду, очистить ему рот и нос от слизи и крови (обернуть указательный палец марлей или носовым платком, ввести в рот пострадавшего до корня языка и очистить дыхательные пути от имеющихся масс). Следует вынуть искусственные зубы (если есть) и вытянуть язык. Для того, чтобы язык не западал, нужно вывести двумя руками нижнюю челюсть вперед и вверх на запрокинутой назад голове, под шею положить валик (см. рисунок). В этом положении язык не закрывает дыхательные пути. Но при этом надо придерживать нижнюю челюсть в этом положении все время, пока проводится искусственное дыхание. Оказывающий помощь становится с правой стороны. Поддерживая голову пострадавшему и этой же рукой зажав ноздри, другой рукой удерживая рот открытым, он прикладывает свой рот плотно через платок ко рту пострадавшего и с силой вдувает воздух. Можно использовать специальный воздуховод из новой автомобильной аптечки. После видимого расширения грудной клетки вдувание прекращают. У пострадавшего происходит пассивный выдох, и затем снова вдувают воздух, и так делают по возможности 16 раз в минуту (раз в 3-4 секунды). Необходимо следить, чтобы расширялась грудная клетка, а не раздувался живот, это говорит о том, что воздух попадает не в легкие, а в желудок. Это происходит, если голове пострадавшего придали неправильное положение.

####         Непрямой массаж сердца.

        Расстегивают одежду пострадавшего, кладут его на спину на жесткую поверхность. Оказывающий помощь встает с правой стороны от пострадавшего. Он кладет свою ладонь левой руки на нижнюю часть грудины пациента (не на ребра!!! Иначе их можно сломать и повредить легкое), а ладонь правой руки кладет на левую руку. Непрямой массаж сердца осуществляется ритмичным надавливанием 60 раз в минуту. Надавливание на грудину производится в виде быстрого, но осторожного толчка, благодаря чему кровь выталкивается из сердца. Толчок должен быть такой силы, чтобы сместить грудину у взрослого человека на 3-4 см. После надавливания быстро отнимают руку от грудной клетки, чтобы дать возможность ей распрямиться, за это время происходит наполнение полостей сердца кровью. Нельзя тренироваться делать непрямой массаж сердца на живом человеке.
        А теперь поговорим о транспортировке. В большинстве случаев необходима транспортировка пострадавшего в лечебное учреждение. Как показывает практика, не всегда удастся соблюсти все правила транспортировки из-за невозможности найти подручный материал на месте происшествия. Во многих случаях целесообразно переносить человека до автомобильной дороги прямо в подвесной системе, предоставляя врачам его дальнейшую иммобилизацию. Если приходится спускать пострадавшего с крутого горного склона, надо не забывать о страховке (если это возможно, предоставьте это квалифицированным спасателям). При полетах в горных условиях и при проведении соревнований рекомендуется класть в подвеску 30 метров веревки - это пригодится и в случае посадки на дерево и при выполнении спасработ. Самое главное для оказывающего помощь - это постараться не усугубить травму своими неправильными действиями: не двигать человека, если не уверен, что это безопасно; не производить действия, которые не умеете делать, за исключением сердечно-легочной реанимации (она делается по жизненным показаниям).

        Также имеет значение еще один момент. Если вы жестко приземлились, но не травмировались, а вашу посадку видели, вы должны встать, пошевелиться или знаками показать, что все в порядке. Когда человек после посадки лежит неподвижно, люди на горе или в воздухе предполагают, что произошло несчастье. Если вы в маршрутном полете садитесь на неудачную площадку, вы должны оповестить по радиостанции людей на старте и в воздухе о месте своей посадки (по возможности); если вас видели перед посадкой люди в воздухе, не вводите их в заблуждение, лежа неподвижно на земле. Еще в таких случаях сигналом благополучной посадки служит складывание купола. Если же что-то случилось и необходима помощь, купол не складывают, а по возможности наоборот раскладывают на склоне как ориентир для тех, кто придет на помощь. Если у пострадавшего или у свидетеля происшествия, который первым оказался рядом, есть какие-нибудь приспособления для подачи сигналов (дымовые шашки, ракетница), то при отсутствии возможности оповестить о себе другим способом (например, по радиосвязи) нужно подать сигнал.

        Если при реальной ситуации вы не вспомните, что нужно делать, имеет смысл обратиться к автомобильной аптечке. Во многих случаях в нее вкладывают инструкцию по использованию. И конечно доставьте пострадавшего как можно скорее в ближайшее лечебное учреждение.

Материал взят из книги Игоря Волкова «Мечта летать»

<http://www.paraglide.ru/book/ml/index.shtml>

**Подготовили Владимир Кондрашов и Александр Щипанов**

**kvi81@mal.ru**

Распечатано Интернет салон «Экватор» г.Рязань

[www.dat.ru](http://www.dat.ru)