

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ ТРАВМАХ И УШИБАХ

НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА
ПРИ ПОРЕЗАХ

СОЛНЕЧНЫЙ УДАР
КАК ИЗБЕЖАТЬ
ЕГО ПОСЛЕДСТВИЙ

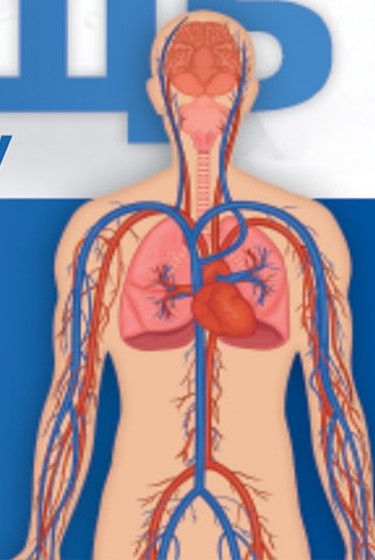
ФИТОТЕРАПИЯ
ОТ ОЖОГОВ

ВОССТАНОВЛЕНИЕ
ПОСЛЕ ТРАВМ

ДОМАШНЯЯ
АПТЕЧКА

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ КАЖДОМУ



СЕМЕЙНАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ЗДОРОВЬЯ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Тот, кто не желает поднять упавшего,
пусть страшится упасть сам, ибо, когда
он упадет, никто не протянет ему руку.
Саади

Теперь, в XXI веке, человечество все больше и больше ощущает на себе проблемы, возникающие при проживании в высокоиндустриальном обществе. Все чаще мы слышим о возникающих в различных уголках нашей планеты катастрофах, авариях, военных конфликтах, актах террористов, экологических или стихийных бедствиях. Количество чрезвычайных ситуаций растет лавинообразно и за последние годы увеличилось более чем в 2 раза. Следовательно, неумолимо прибывает и число жертв, которым может потребоваться оказание первой помощи.

Диапазон внезапных заболеваний и несчастных случаев достаточно велик, поэтому необходимость оказывать первую помощь может возникнуть в любой житейской ситуации.

Жизнь человека, получившего тяжелые повреждения, и исход дальнейшего лечения нередко зависят от своевременной и правильно оказанной помощи. В связи с этим очень важно, чтобы каждый человек, оказавшийся на месте происшествия, владел приемами оказания первой помощи.

До недавнего времени в гражданской медицине не было официальной терминологии относительно первой помощи. Однако 26 июня 2009 года был принят в первом чтении законопроект, согласно которому не следует путать этот термин с первой медицинской помощью, скорой медицинской помощью и первой доврачебной помощью. Последние являются видами медицинской деятельности, и для их осуществления требуется лицензия. В отличие от меди-

цинской помощи первая помощь может осуществляться любым человеком, причем некоторые категории граждан, такие как сотрудники ГИБДД, МВД, МЧС, пожарной службы, медицинские работники, присутствующие на месте происшествия, по закону обязаны ее оказать. За неоказание помощи и оставление в опасности Уголовный кодекс Российской Федерации предусматривает ответственность.

Остальные граждане оказывают первую помощь добровольно, по мере своих возможностей и умений. Однако в случае, когда человек не может или не хочет оказывать первую помощь пострадавшему, в его обязанности все же входит вызов специалистов для оказания квалифицированной медицинской помощи — такое сообщение тоже относится к первой помощи.

Цель книги — ознакомить читателей с основными принципами оказания первой помощи, а также способами ее предоставления при наиболее часто встречающихся повреждениях и несчастных случаях.

Оказывая первую помощь, будьте осторожны — не навредите тому, кому хотите помочь. Помните, что от правильности ваших действий зависит жизнь человека, попавшего в беду.



Мы ни в коем случае не призываем читателей к самолечению. Пожалуйста, помните, что при возникновении любого рода недомогания необходимо срочно обратиться к врачу и обязательно консультироваться по всем вопросам с опытными специалистами.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Первая медицинская помощь — это комплекс простейших медицинских мероприятий с использованием лекарственных средств, выполняемых человеком с медицинским образованием на месте получения повреждения в порядке само- и взаимопомощи, а также участниками аварийно-спасательных работ с использованием табельных и подручных средств.

Первая медицинская помощь прошла долгий путь развития и стала неотъемлемой частью нашей жизни. О первой медицинской помощи известно из глубокой древности. Более чем за 2500 лет до нашей эры египетские жрецы для иммобилизации конечностей при травмах применяли повязки, изготовленные из пальмовых листьев, о чем свидетельствуют найденные рисунки и записи на папирусах.

Великий врач древности Гиппократ написал множество трактатов по оказанию медицинской помощи при вывихах, переломах и других повреждениях.

Помимо научных трудов первая медицинская помощь упоминается в греческих стихотворных поэмах, в произведениях древнеримских писателей и в библейских легендах. Известна притча о милосердном самаритянине, в которой подчеркивается гуманное отношение к человеку, проявляющееся в оказании помощи раненому противнику. Еще в средневековых армиях создавались санитарные дружины, называемые самаритянскими.

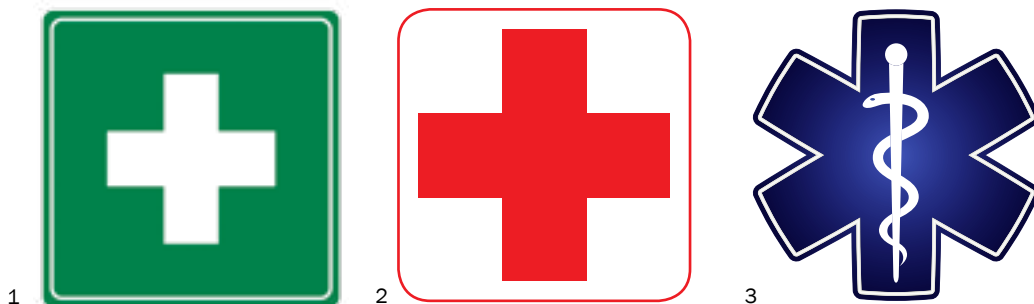
С эпохи Средневековья известна идея создания организации, оказывающей первую помощь

страждущим. В 1080 году в Иерусалиме был основан орден госпитальеров, целью которого была забота о неимущих, больных или раненых путниках в Святой земле. Помимо госпиталя Святого Иоанна Милостивого в Иерусалиме госпитальерами была открыта целая сеть приютов и больниц не только на Востоке, но также и в западноевропейских странах.

В 1417 году в Голландии была организована служба для оказания помощи тонущим на каналах страны.

Огромная заслуга в деле организации первой помощи принадлежит русскому хирургу Николаю Ивановичу Пирогову, который в 1853 году во время Крымской войны ввел целенаправленную обработку ран в полевых условиях.

Благодаря усилиям швейцарца Жана Анри Дюнана в 1863 году был основан Международный комитет Красного Креста, главной задачей которого являлось оказание первой помощи раненым в военных условиях. В качестве эмблемы организации был выбран швейцарский флаг, на котором цвет красного поля был изменен на белый, а цвет белого креста — на красный.



Международные эмблемы:

1 — международный символ первой помощи, 2 — эмблема Международного движения Красный Крест, 3 — эмблема скорой помощи в западных странах и некоторых странах бывшего СССР

Первая станция скорой помощи была создана в Вене в 1881 году по инициативе профессора Яромира Мунди. Поводом для этого послужил пожар в театре, во время которого было очень много пострадавших, оставшихся без какой-либо помощи. На следующий же день профессор Яромир Мунди приступил к созданию Венского добровольного спасательного общества. Этим обществом были организованы пожарная и лодочная команды и станция скорой медицинской помощи для оказания срочной помощи пострадавшим от несчастных случаев. В первый же год своего существования венская станция скорой помощи оказала помощь 2067 пострадавшим. Станция скорой помощи не имела своего штатного состава. Она существовала на благотворительных началах и пользовалась помощью добровольцев — врачей и студентов медицинского факультета.

В 1881 году в Берлине профессор Фридрих Эсмарх основал станцию скорой медицинской помощи, подобную венской. Деятельность станций скорой помощи была настолько полезной и необходимой, что за короткий период в целом ряде городов европейских государств стали возникать подобные станции.

В Российской империи скорая помощь была организована в 9 городах, большей частью на благотворительные средства. Первая станция скорой помощи открылась в Варшаве в 1897 году. В Москве в 1898 году были приобретены кареты скорой помощи, которые находились при полицейских управлениях и выезжали с фельдшерами. Перевозка больных была платной.

В первые годы своего существования «скорая помощь» обязана была принимать вызовы в первую очередь к пьяным, находящимся в бесчувствии. Остальных же надлежало доставлять в приемные покои на извозчиках. 13 июня 1898 года в истории Москвы случилась первая катастрофа, обслуженная «скорой помощью». В Иерусалимском проезде, в доме Суровцева, упала строящаяся каменная стена. Девять человек пострадало. Всем оказали первую помощь, пятерых госпитализировали.

В Санкт-Петербурге организованная «скорая помощь» появилась в 1898 году, когда было создано Общество подачи помощи в несчастных случаях.

В 1912 году в Петербурге группа врачей из 50 человек безвозмездно выезжала по вызову станции для оказания первой помощи.

С годами «скорая» стала обзаводиться техническими новинками: вызов врачебных экипажей осуществлялся по телефону. В 1913 году были приобретены 3 санитарных автомобиля. Но начавшаяся Первая мировая война разрушила эту столь нужную городу службу — тогда не только автомобили, но и конный транспорт был передан для нужд фронта.

В 1917 году при Военно-революционном комитете Петроградского совета рабочих и солдатских депутатов был создан медико-санитарный отдел для оказания неотложной медицинской помощи рабочим Петрограда.

В 1932 году был организован Ленинградский НИИ скорой помощи, позднее получивший имя своего основателя — выдающегося хирурга И. И. Джанелидзе.

К 1941 году Ленинградская станция скорой медицинской помощи располагала парком из 200 автомашин и насчитывала в своем составе 9 подстанций в различных районах города.

В 1970 — 1976 годах в стране была проведена реорганизация «скорой помощи». Были объединены 2 параллельно существовавшие службы: служба, оказывавшая экстренную медицинскую помощь на улице, в общественных местах и учреждениях, и пункты неотложной помощи при поликлиниках, выполнявшие вызовы к больным на дом.

Современный этап развития здравоохранения в нашей стране характеризуется дальнейшим совершенствованием системы оказания первичной медицинской помощи населению. Этому способствует реализация национального проекта «Здоровье», который стартовал 1 января 2006 года.



Метод транспортировки раненых солдат французской армии во время войны в Алжире. Рисунок неизвестного автора, опубликованный в «Magasin Pittoresque». Париж, 1842

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Разрешенный объем и порядок оказания первой помощи лицу без медицинского образования регламентируется Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 года № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

ЮРИДИЧЕСКАЯ СТОРОНА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ:

- Оказание первой помощи — это ваше право, а не обязанность.
- Исключения составляют медицинские работники, спасатели, пожарные, милиция.
- Человеку без сознания можно оказывать помощь.
- Если человек в сознании, необходимо спросить: «Вам помочь?» Если он отказывается, помогать нельзя. Если ребенок до 14 лет находится без близких — можно оказывать, если с близкими — спросить согласия у них.
- Если пострадавший представляет опасность, помощь лучше не оказывать.
- Не нужно получать согласия при суицидальных попытках.
- Нельзя превышать свою квалификацию: давать любые медикаменты, производить любые медицинские манипуляции (например, вправлять вывихи).
- Существует статья «Оставление в опасности», подразумевающая ответственность гражданина, не сообщившего о случившемся и прошедшего мимо пострадавшего.

ПЕРЕЧЕНЬ СОСТОЯНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ:

- Отсутствие сознания.
- Остановка дыхания и кровообращения.
- Наружные кровотечения.
- Инородные тела верхних дыхательных путей.
- Травмы различных областей тела.
- Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
- Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
- Отравления.

ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ:

- Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:
 - определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья
 - определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего
 - устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья
 - прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего
 - оценка количества пострадавших
 - извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест
 - перемещение пострадавшего
- Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.
- Определение наличия сознания у пострадавшего.
- Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:
 - запрокидывание головы с подъемом подбородка
 - выдвижение нижней челюсти
 - определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания
 - определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях
- Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:
 - давление руками на грудину пострадавшего
 - искусственное дыхание «рот ко рту»
 - искусственное дыхание «рот к носу»
 - искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания

- Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:
 - придание устойчивого бокового положения
 - запрокидывание головы с подъемом подбородка
 - выдвижение нижней челюсти
- Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:
 - обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений
 - пальцевое прижатие артерии
 - наложение жгута
 - максимальное сгибание конечности в суставе
 - прямое давление на рану
 - наложение давящей повязки
- Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний:
 - проведение осмотра головы
 - проведение осмотра шеи
 - проведение осмотра груди
 - проведение осмотра спины
 - проведение осмотра живота и таза
 - проведение осмотра конечностей
 - наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки
 - проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения)
 - фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения)
 - прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой)
 - местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения
 - термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур
- Придание пострадавшему оптимального положения тела.
- Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.
- Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.



ОБЩИЕ ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Первая помощь — это срочное выполнение лечебно-профилактических мероприятий, необходимых при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, меры срочной помощи раненым или больным людям, предпринимаемые до прибытия врача или до помещения больного в больницу.

То есть это комплекс немедленных простейших мероприятий для спасения жизни человека и предупреждения осложнений при несчастном случае или внезапном заболевании, проводимых на месте происшествия самим пострадавшим (самопомощь) или другим лицом, находящимся поблизости (взаимопомощь).

РАЗЛИЧАЮТ 5 УРОВНЕЙ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ:

- первая помощь
- первая доврачебная помощь
- первая врачебная помощь
- квалифицированная медицинская помощь
- специализированная медицинская помощь

Первую помощь может оказывать любой человек, находящийся на месте происшествия и способный ее оказать до прибытия спасателей или медиков.

Первая (неквалифицированная) помощь осуществляется чаще всего людьми, не имеющими медицинского образования.

ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ:

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

Первая доврачебная (квалифицированная) помощь оказывается лицами, имеющими специальную подготовку по оказанию медицинской помощи. Это средний медицинский персонал — фельдшер, медицинская сестра или провизор, фармацевт.

Первая врачебная помощь оказывается специалистом, имеющим необходимый инструментарий, лекарственные средства. Объем такой помощи определяется условиями ее оказания (в машине «скорой помощи», в поликлинике, в стационаре).

Квалифицированная медицинская помощь оказывается специалистами высокой квалификации в условиях многопрофильных больниц или травматологических пунктов. Здесь в лечении больных и пострадавших принимают участие врачи, способные выполнять разнообразные оперативные вмешательства и манипуляции.

Специализированная медицинская помощь может быть оказана на самом высоком уровне в условиях специализированных клиник, институтов и академий.

Первая помощь пострадавшему должна оказываться быстро и под руководством одного че-



ловека, так как противоречивые советы со стороны, суета, споры и растерянность ведут к потере драгоценного времени.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПО СПАСЕНИЮ ЖИЗНИ И СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ПОСТРАДАВШЕГО ДОЛЖНА БЫТЬ СЛЕДУЮЩЕЙ:

- устранить причины воздействия угрожающих факторов (вывод пострадавшего из загазованной зоны, освобождение пострадавшего от действия электрического тока, остановка движения по дороге при дорожно-транспортном происшествии, извлечение утопающего из воды)
- срочно оценить состояние пострадавшего (визуальный осмотр, определение наличия признаков жизни)
- позвать на помощь окружающих, а также вызвать «скорую помощь»
- придать пострадавшему безопасное для каждого конкретного случая положение
- принять меры по устранению опасных для жизни состояний (проведение искусственного дыхания, непрямого массажа сердца, остановка кровотечения и так далее)
- не оставлять пострадавшего без внимания, постоянно контролировать его состояние, продол-

жать поддерживать жизненные функции его организма до прибытия медицинских работников

«Скорую помощь» по России можно вызвать:

03 со стационарного телефона и таксофона;

003 с мобильного телефона, если ваш сотовый оператор «Билайн»; **030**, если ваш сотовый оператор МТС или «Мегафон»;

112 — единый телефон Службы спасения — с мобильного телефона в России и на постсоветском пространстве, а также во всех странах Европы со всех видов телефонов.

Возможность дозвона на все телефоны экстренных служб, согласно действующему в большинстве стран мира законодательству о связи, должна быть обеспечена оператором связи абоненту вне всякой зависимости от состояния лицевого счета абонентского номера. Вы можете связаться со службами экстренной помощи даже в том случае, если ваш номер заблокирован за неуплату или в телефон не вставлена SIM-карта. Телефон диспетчерской службы «скорой помощи» работает круглосуточно.



ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ ФУНКЦИИ

При оказании любой медицинской помощи начинают с оценки жизненно важных функций пациента. И совершенно неважно, кто оказывает эту помощь: профессионал или обыкновенный человек.

ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ ФУНКЦИИ:

- дыхание
- сердечно-сосудистая система
- уровень сознания

Именно от них в большей степени зависит жизнь человека. Все мероприятия, проводимые в дальнейшем, предназначены для поддержания и сохранения этих функций.

ОЦЕНКА НАЛИЧИЯ СОЗНАНИЯ И ДЫХАНИЯ У ПОСТРАДАВШЕГО

Оказывающий первую помощь должен оценить уровень сознания пострадавшего. Это можно сделать, громко задавая простые вопросы: «Что с вами? Вы меня слышите?» Если человек не реагирует, то необходимо проверить его реакцию на болевое раздражение, например ущипнуть.

При отсутствии реакции необходимо проверить дыхание:

- приблизить ухо ко рту и носу пострадавшего и послушать, есть ли звук входящего и выходящего воздуха
- определить по движению грудной клетки и живота — лучше, если пострадавший лежит на жесткой поверхности, так более заметны дыхательные движения
- определить по движению кусочка ваты или бинта, поднесенного к носовым отверстиям

- определить, поднеся ко рту или носу обычное зеркальце — если оно запотело, дыхание есть. Если при оценке дыхания оказывающий первую помощь выяснит, что у пострадавшего нарушено дыхание, то он должен незамедлительно начать делать искусственное дыхание.

ОЦЕНКА НАЛИЧИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Пульс определяют на шее, положив пальцы руки на область сонных артерий, расположенных по обеим сторонам шеи. Также пульс можно отыскать в области лучезапястного сустава (лучевая артерия) и в паху (бедренная артерия).

При отсутствии пульса необходимо незамедлительно приступить к непрямому массажу сердца и искусственной вентиляции легких.

Если при оценке жизненно важных функций отсутствует опасность для жизни пострадавшего, то можно перейти к выполнению других необходимых мер оказания помощи. В случае если пострадавший лежит на животе или на боку, то оказывающий первую помощь должен оценить жизненно важные функции, не меняя положения его тела.

ПРИЗНАКИ ЖИЗНИ И СМЕРТИ

С древности люди говорили о трех воротах смерти. Они имели в виду прекращение кровообращения, дыхания и угасание сознания. Обычно смерть никогда не наступает сразу, ей всегда

ПРИЗНАКИ ЖИЗНИ:

- Наличие сердцебиения, которое определяется рукой или ухом на грудной клетке в области левого соска.
- Наличие пульса на артериях.
- Наличие дыхания.
- Наличие реакции зрачков на свет. При освещении глаза пучком света наблюдается сужение зрачка — положительная реакция зрачка.





предшествует переходное состояние, называемое терминальным. Различают **клиническую** и **биологическую** смерть. В период клинической смерти нет внешних признаков жизнедеятельности. В это время отсутствует сердечная деятельность и дыхание, однако органы еще сохраняют жизнеспособность. В тканях еще происходят обменные процессы, хотя интенсивность их снижена. Функции центральной нервной системы постепенно угасают. Клиническая смерть длится

5–6 минут. Так как необратимые явления в тканях еще отсутствуют, в этот период организм можно оживить. После 8–10 минут клинической смерти наступает биологическая. При наступлении биологической смерти полноценное восстановление жизненных функций организма человека уже невозможно из-за развития необратимых процессов в органах и тканях, в первую очередь в клетках мозга и нервной системы.

Знание основ физиологии человеческого тела является первостепенным условием для успешного оказания первой помощи. Оказывающий помощь должен четко отличать потерю сознания от смерти. При обнаружении минимальных признаков жизни необходимо немедленно приступить к оказанию первой помощи.

Отсутствие сердцебиения, пульса, дыхания и реакции зрачков на свет не свидетельствует о том, что пострадавший мертв. Подобные симптомы наблюдаются при клинической смерти, при которой необходимо оказывать пострадавшему помощь в полном объеме. Оживление организма бессмысленно при наличии явных признаков биологической смерти.

ПРИЗНАКИ СМЕРТИ:

- Понижение температуры тела до уровня окружающей среды. При наступлении биологической смерти охлаждение тела происходит постепенно.
- Помутнение роговицы и ее высыхание.
- Наличие симптома «кошачий глаз»: при сдавливании глаза с боков зрачок суживается и напоминает кошачий глаз.
- Появление трупных пятен. Сине-фиолетовые трупные пятна возникают из-за стекания крови в части тела, расположенные ниже относительно положения пострадавшего. При положении трупа на спине они появляются в области лопаток, поясницы, ягодиц, а при положении на животе — на лице, шее, груди, животе.
- Трупное окоченение — оно начинается через 2–4 часа после смерти.



Необходимо помнить, что через 5–6 минут после остановки сердца или дыхания вследствие гибели клеток наступают необратимые процессы в коре головного мозга. Поэтому спасение жизни пострадавшего полностью зависит от своевременного и полноценного проведения реанимационных мероприятий: непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции легких.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ И НАРУШЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Острые расстройства дыхания и кровообращения являются основной причиной смерти при несчастном случае, сердечном приступе или тяжелой травме.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ

Великий врач Древней Греции Гиппократ назвал воздух пастбищем жизни. Без воздуха человек гибнет через несколько минут, лишь некоторые могут задерживать дыхание до 6 минут. Более длительное кислородное голодание быстро приводит к смерти.

Среди часто встречающихся причин остановки дыхания можно назвать:

- нарушение дыхательного процесса вследствие какого-нибудь заболевания (инсульт, бронхиальная астма, пневмония, сопровождающаяся отеком легких) или травмы
- перекрытие дыхательных путей западающим языком при потере сознания, при спазмах гортани, отеке гортани, попадании воды или инородных тел в дыхательное горло
- изменение состава вдыхаемого воздуха, например в воздухе содержатся ядовитые пары, или внезапное изменение давления воздуха
- подавление деятельности дыхательного центра головного мозга (при инсульте, травме головы, поражении электрическим током, передозировке некоторых веществ, в том числе наркотических)

Когда сердце перестает сокращаться, мозг и другие органы лишаются кровоснабжения и

прекращают свою деятельность. При этом дыхательный центр мозга не посылает дыхательной системе сигналы, заставляющие поддерживать дыхание. Примерно через минуту после остановки сердца прекращается дыхание.

При потере человеком сознания проверьте, дышит ли он. Если у пострадавшего произошла остановка дыхания, для спасения жизни человека необходимо как можно скорее приступить к проведению искусственной вентиляции легких. Сущность искусственной вентиляции легких заключается в имитации вдоха и выдоха, то есть в ритмическом введении воздуха в легкие больного и самопроизвольном его выведении. Воздух, выдыхаемый человеком, вполне пригоден для оживления, так как содержит около 17–18 % кислорода, а человек в процессе дыхания использует только 5 % вдыхаемого кислорода. Из всех известных способов искусственного дыхания, не требующих специальных приспособлений, наиболее эффективным и доступным в настоящее время признан способ «рот ко рту», при котором оказывающий помощь вдует воздух в рот пос-



Прежде чем начать искусственное дыхание, у пострадавшего надо расстегнуть ворот, снять пояс, стесняющую одежду и положить его на твердую поверхность на спину, подложив под лопатки подушку или сложенную валиком одежду так, чтобы грудь была приподнята, а голова запрокинута назад.



Искусственная вентиляция легких

страдавшего, то есть непосредственно в дыхательные пути.

Для проведения искусственного дыхания нужно освободить полость рта от съемных зубных протезов, слизи, слюны и посторонних примесей пальцем, обернутым в носовой платок. В случае необходимости челюсти пострадавшего можно раздвинуть с помощью подручных средств — ложки, палочки, рукоятки ножа, обернутой платком. Нередко уже подготовительных действий бывает достаточно для восстановления самостоятельного дыхания. С целью обеспечения гигиены рот пострадавшего надо накрыть марлей или тонким носовым платком. Затем встать сбоку от пострадавшего, глубоко вдохнуть и сделать выдох в рот больного, зажимая при этом его нос. Ритм дувания воздуха 15–20 раз в минуту.

Если челюсти больного повреждены или сильно сжаты, следует дувать воздух в нос пострадавшего, плотно обхватив нос губами, через платок. Признаком достаточной эффективности дувания воздуха в легкие служит расширение грудной клетки пострадавшего. Выдох пострадавшего происходит пассивно за счет эластичности грудной клетки. Такие дыхательные циклы нужно продолжать до восстановления собственного дыхания пострадавшего.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Остановка сердечной деятельности — это внезапное и полное прекращение эффективной деятельности сердца. При остановке сердца кровоток по сосудам прекращается. Данное состояние требует оказания пациенту экстренной помощи.

Прекращение кровообращения может произойти вследствие различных причин:

- болезни сердца
- большой кровопотери
- нарушения функции сердца в связи с электроtraumой во время несчастного случая
- нарушения функции электрокардиостимулятора
- отравлений, при которых парализуется дыхательный центр
- шока
- дефицита кислорода из-за недостаточности дыхания или его прекращения
- попадания воды в легкие из-за несчастного случая, например при купании

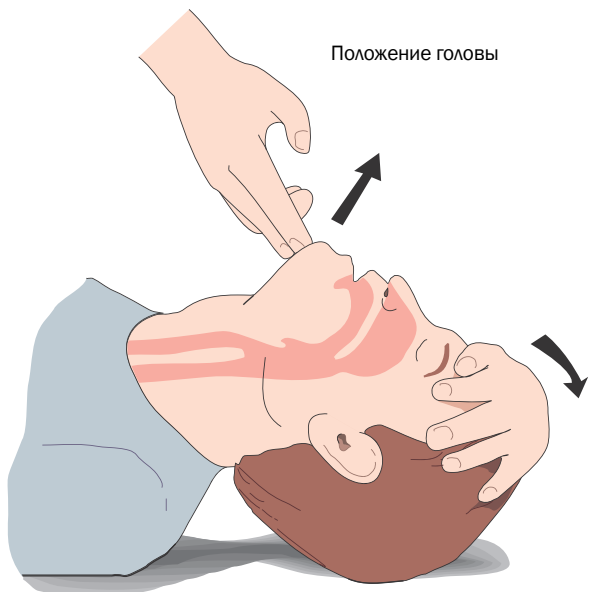
НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ, ЧТО ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТАНОВКИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- потеря сознания
- отсутствие пульса
- прекращение дыхания
- резкое побледнение кожных покровов
- появление судорог
- расширение зрачков

Если человек потерял сознание, прежде всего необходимо проверить у него наличие пульса и дыхания. При отсутствии пульса и дыхания надо позвать на помощь и приступить к оказанию реанимационных мероприятий. Следует обратить внимание на время, когда были начаты мероприятия по оказанию первой помощи, и запомнить



По статистике, до приезда «скорой помощи» от остановки сердечной деятельности погибает около 95 % пострадавших. Это происходит потому, что в большинстве случаев люди не знают, как помочь человеку, у которого внезапно остановилось сердце. В то время как при правильном и своевременном проведении реанимационных мероприятий можно спасти жизнь человека.





его. Закрытый массаж сердца должен проводиться одновременно с искусственной вентиляцией легких. Для этого потерпевшего необходимо положить спиной на твердую поверхность. Прокладимость дыхательных путей можно восстановить, запрокинув голову пострадавшего назад.

Пальцем, обернутым носовым платком, освободить полость рта от инородных предметов. Если

у пострадавшего запал язык, его следует обязательно поправить, иначе воздух при искусственном дыхании не попадет в легкие. Оказывающий помощь становится сбоку от потерпевшего, размещает скрещенные ладони рук посередине нижней части грудной клетки и основанием кистей энергичными толчками нажимает на грудь с частотой около 50 раз в минуту. Руки необходимо накладывать четко на нижнюю треть грудной клетки, а не на живот. Расположение рук на животе не даст необходимого эффекта и может привести к разрыву диафрагмы. Амплитуда колебаний грудной клетки при массаже сердца у взрослого человека должна составлять около 3–4 сантиметров, а у полных людей — 5–6 сантиметров. При таком воздействии сердце сдавливается между грудиной и позвоночником, и кровь изгоняется из



Положение больного и оказывающих первую помощь при искусственной вентиляции легких по способу «рот ко рту» и непрямом массаже сердца



Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, каждую неделю от остановки сердца в мире погибает около 200 000 человек.

сердца. Во время паузы грудная клетка расправляется, и сердце вновь заполняется кровью.

При правильном проведении массажа сердца используется не только сила рук, но и тяжесть тела, что позволяет более длительно и эффективно поддерживать жизнь пострадавшего. Нередко при массаже сердца пострадавшему повреждают грудину или ломают ребра, но такие травмы можно считать незначительными по сравнению со спасенной человеческой жизнью.

У детей массаж сердца следует проводить предельно аккуратно, только одной рукой, а у детей грудного возраста — кончиками пальцев с частотой 100–120 нажатий в минуту.



Непрямой массаж сердца у грудного ребенка

Если оживление проводит один человек, то через каждые 15 нажатий на грудину с интервалом в 1 секунду он должен приостановить массаж, провести 2 сильных искусственных вдоха методом «рот ко рту» или «рот к носу». При участии двух человек необходимо после каждых 5 нажатий производить вдох. Если через 1 час после начала массажа и вентиляции легких сердечная деятельность не возобновляется и зрачки остаются широкими, оживление можно прекратить. При появлении четких признаков биологической смерти оживление может быть прекращено раньше.

Проведенные мероприятия считаются эффективными, если обнаруживается пульс на сонных, бедренных или плечевых артериях, изменяется окраска кожных покровов из синюшной до обычной, наступает сужение расширенных до этого зрачков, появляется самостоятельное дыхание. При появлении у пострадавшего пульса и дыхания нельзя сразу прекращать реанимационные мероприятия. Это можно сделать только при наличии ровного и стабильного пульса и достаточно частого дыхания. Сознание обычно восстанавливается позже. После восстановления дыхания и сердечной деятельности необходимо придать пострадавшему устойчивое боковое положение.



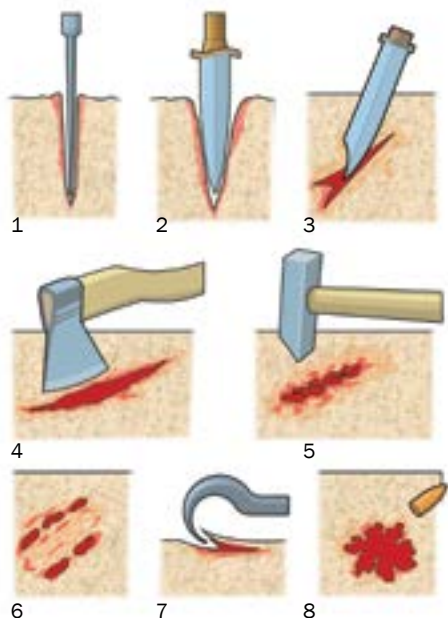
Положение пострадавшего после восстановления дыхания и сердечной деятельности

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ

Раной называют нарушение анатомической целостности кожи или слизистых оболочек, тканей и органов, вызванное механическими воздействиями. Раны относятся к числу повреждений, наблюдаемых у человека наиболее часто.

ВИДЫ РАН

Раны очень разнообразны по размеру, форме, глубине и происхождению. **Поверхностными** называются те, при которых повреждена только кожа и слизистые оболочки до фасции (оболочка из плотной волокнистой соединительной ткани, покрывающая мышцы, многие внутренние органы, кровеносные сосуды и нервы). При повреждении более глубоко расположенных структур (мышц, сухожилий, нервов) раны считают **глубокими**. Мелкие повреждения поверхностных слоев кожи (эпидермиса), которые часто возникают у детей, а также у взрослых в быту и на производстве, — это **царапины** и **ссадины**. Раны, сообщающиеся с полостью грудной клетки, живота, головы, суставов, называются **проникающими**.



Виды ран:

- 1 — колотая рана, 2 — колото-резаная рана,
3 — резаная рана, 4 — рубленая рана,
5 — ушибленная рана, 6 — укушенная рана,
7 — рваная рана, 8 — огнестрельная рана

В зависимости от величины раны делятся на **малые, средние и обширные**. По характеру ранящего предмета различают на колотые, резаные, рубленые, ушибленные, рваные и укушенные раны.

Колотые раны наносятся колющими предметами (шило, штык, гвоздь, игла, вилы). Характерной их особенностью является наличие узкого и глубокого раневого канала, который после извлечения ранящего предмета имеет извилистую форму. За счет этого даже при значительном кровотечении кровь из раны может не выделяться.

Резаные раны возникают при повреждении острыми предметами (ножом, бритвой, стеклом). Эти раны могут быть **линейными** и **лоскутными** и сопровождаться потерей участка кожного покрова. Резаные раны характеризуются ровными краями и обычно сильно кровоточат, так как просвет поврежденных сосудов зияет.

Рубленые раны образуются при ударе острым и тяжелым предметом (топор, сабля, мачете). Они характеризуются неровными, раздавленными краями и частичным повреждением расположенных рядом тканей, так как одновременно с разрезом наносится еще и удар. Такие раны бывают глубокими и могут сочетаться с повреждением кости. Кровотечение при рубленых ранах достаточно интенсивное.

Ушибленные и разможенные раны возникают под воздействием какого-либо тупого предмета (молоток, камень, удар движущейся машиной, падающим грузом, падение с высоты). Края ушибленных ран разможены, неровны, пропитаны кровью. Кровотечение из раны слабое, однако при сопутствующих разрывах внутренних органов может быть массивным и угрожающим жизни. Вследствие разможения тканей часто наблюдается омертвление краев раны и развитие гнойной инфекции.

Укушенные раны по внешнему виду напоминают ушибленные или рваные раны. Они чаще наносятся домашними животными (кошками, собаками). Для этих ран характерны следы зубов и разможение тканей. Укушенные раны являют-

ся изначально инфицированными чрезвычайно агрессивными гнилостными микробами, обитающими в полости рта и на зубах. Такие раны могут быть заражены вирусом бешенства.

Рваные раны возникают в результате разрыва кожи при захватывании частей тела вращающимися деталями машин. Края таких ран неровные, кровотечение, как правило, слабое, отмечается значительная болезненность.

Огнестрельные раны образуются при ранении пулями, дробью и осколками снарядов. При этих ранах различают входное отверстие, раневой канал и полость раны, а при сквозном ранении — и выходное отверстие. При застревании пули в теле говорят о слепой ране. Огнестрельные раны характеризуются обширным повреждением тканей, окружающих раневой канал.

Независимо от происхождения основными признаками каждой раны являются боль, наличие зияния раны, наружное кровотечение. Из общих проявлений могут быть анемия, обморок и шок.

Боль наиболее интенсивна в момент ранения, ее сила зависит от чувствительности травмированной области. Наиболее восприимчивы к боли язык, половые органы, область заднего прохода. В процессе заживления раны интенсивность боли уменьшается.

Зияние раны — расхождение краев раны — зависит от упругости и способности мягких тканей сокращаться. Чем больше и глубже рана, тем сильнее выражено зияние.

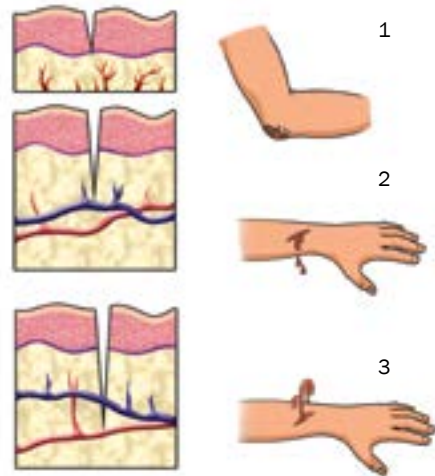
ВИДЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кровотечение — это истечение крови из сосудов, наступающее чаще всего в результате их повреждения. При кровотечениях главная опасность связана с возникновением острого недостаточного кровоснабжения тканей и органов. В первую очередь это касается мозга, сердца и легких. Кровотечения, при которых кровь вытекает из раны или же естественных отверстий тела наружу, принято называть наружными кровотечениями.

Наружные кровотечения делят на:

Капиллярные кровотечения возникают при ссадинах и поверхностных ранах кожи и слизистых оболочек. При этом виде кровотечения кровь сочится из поврежденных капилляров, как

правило, кровоточит вся раневая поверхность. Кровотечение из капилляров и мелких сосудов останавливается самопроизвольно.



Виды кровотечений:

1 — капиллярное кровотечение, 2 — венозное кровотечение, 3 — артериальное кровотечение

Венозные кровотечения возникают при резаных и колотых ранах. При этом виде кровотечения наблюдается обильное вытекание крови темно-красного цвета. При ранении шейных вен нередко засасывается воздух, который, вызывая закупорку сосудов, может стать причиной смерти.

Артериальные кровотечения возникают при ранении артерий. Артериальная кровь ярко-красного цвета выбрасывается из раны струей в виде фонтана. Интенсивность потери крови зависит от величины поврежденного сосуда и характера ранения. Ранения крупных артерий (бедренной, плечевой) всегда опасны для жизни.

Смешанные кровотечения возникают в тех случаях, когда в ране кровоточат одновременно вены и артерии.

Кровотечения, при которых кровь вытекает в полости, органы или ткани, называются **внутренними**. Кровотечение в брюшную полость чаще возникает при ударе в живот. В большинстве случаев при этом наблюдается разрыв печени или селезенки. У женщин внутрибрюшное кровотечение бывает при внематочной беременности.

Внутрибрюшное кровотечение характеризуется сильными болями в области живота. Пострадавший впадает в шоковое состояние или же теряет сознание. Ему необходимо придать



Объем циркулирующей крови в сосудистом русле у здорового человека равен 6–10 %, у детей 5 % от массы тела. В артериях циркулирует 20 % от всего объема крови организма, в венах — 75 %, а в капиллярах всего 5 %.

полусидячее положение с согнутыми в коленях ногами, на область живота положить холодный компресс. Пострадавшему нельзя давать ни пить, ни есть. Необходимо обеспечить немедленную транспортировку в лечебное учреждение.

Кровотечение в плевральную полость возникает при повреждении грудной клетки. Кровь при этом скапливается в плевральной полости и в пораженной половине сдавливает легкие, тем самым препятствуя их нормальной деятельности. Пострадавший дышит с трудом, при значительном кровотечении даже задыхается. Ему придать полусидячее положение с согнутыми нижними конечностями, на грудную клетку класть холодный компресс. Необходимо обеспечить немедленную транспортировку пострадавшего в лечебное учреждение.

При кровопотере в результате уменьшения объема крови в кровеносной системе органы тела страдают из-за недостаточного снабжения организма кислородом. Больше всего это отражается на деятельности мозга и на общем обмене веществ. Тяжесть картины определяется количеством потерянной крови.

Различают легкую, среднюю и тяжелую степени кровопотери. При **кровопотере легкой степени** теряется примерно 10–15 % объема крови, циркулирующей в сосудистом русле. Такая кровопотеря сравнительно легко переносится организмом. Полное восстановление объема потерянной крови происходит в течение 1–2 суток.

Кровопотеря средней степени развивается при уменьшении объема циркулирующей крови на 15–20 %. При этом отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, появляется липкий холодный пот, жажда, развивается слабость, бред, возможны судороги. Нормализация состояния пострадавшего достигается за счет переливания крови и кровезаменителей.

Кровопотеря тяжелой степени возникает при снижении объема циркулирующей крови более чем на 20–30 %. Тяжелая кровопотеря характеризуется отсутствием сознания и пульса на магистральных артериях. Для сохранения жизни пострадавшего необходимы незамедлительные

действия, направленные на остановку кровотечения и восполнения потерянной крови.

В случае потери 35–50 % объема циркулирующей крови наступает смерть. Вот почему остановка кровотечения и ликвидация его последствий является первой и основной задачей первой помощи при травмах.

При капиллярном кровотечении отмечается сравнительно небольшая потеря крови. Такое кровотечение можно быстро остановить. Поэтому сразу следует сначала обработать перекисью водорода, просушить, а затем наложить на кровоточащий участок чистую марлю. Поверх марли надо положить слой ваты и рану перевязать бинтом. Если в распоряжении нет ни марли, ни бинта, то кровоточащее место можно перевязать чистым носовым платком. Рану нельзя ополаскивать водой, а тем более спиртом или йодной настойкой. Дезинфицирующий раствор, попадая в рану, может вызвать болевую реакцию. Рану не следует засыпать никакими порошками, а также накладывать на нее мази. Также запрещается класть непосредственно на рану вату.

ВРЕМЕННАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

При повреждении крупных кровеносных сосудов временная остановка кровотечения осуществляется преимущественно на месте повреждения в порядке самопомощи или взаимопомощи, а окончательная остановка кровотечения производится в стационаре.

К ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- наложение давящей повязки
- возвышенное положение конечности
- прижатие сосуда на его протяжении
- форсированное сгибание конечности
- наложение жгута

Давящей повязкой уместно останавливать небольшие кровотечения. При наложении повязки кожу вокруг повреждения надо обработать раствором антисептика, на рану наложить стерильную марлевую салфетку, поверх нее — толстый слой ваты, плотно сложенную салфетку или бинт и туго прибинтовать.

Приподнятое положение целесообразно использовать после наложения давящей повязки.

Оно эффективно при венозных кровотечениях на конечностях.

Максимальное сгибание конечности применяется для временной остановки кровотечения при ранении сосудов конечностей. Кровотечение из подключичной или подмышечной артерии следует остановить путем максимального заведения руки назад и прижатия ее к спине. При кровотечении из сосудов предплечья руку следует согнуть в локтевом суставе. При кровотечении из ран голени или стопы нужно максимально согнуть ногу в коленном суставе и надежно прибинтовать. В случае высокого положения ранения бедренной артерии, если не удастся наложить жгут, кровотечение можно остановить фиксацией бедра к животу при максимальном сгибании в коленном и тазобедренном суставах.



Остановка кровотечения путем максимального сгибания конечности:

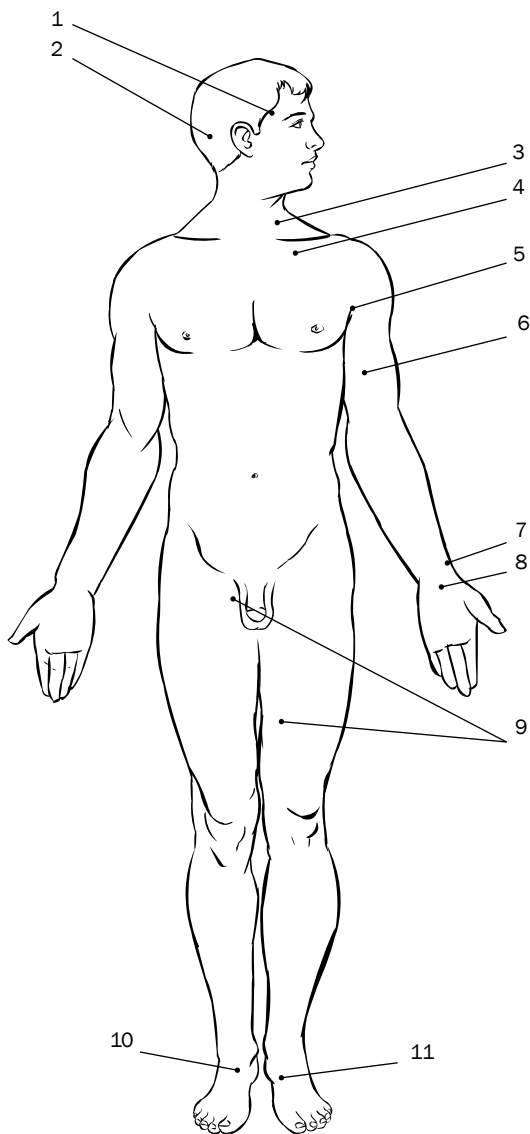
1 — плеча, 2 — бедра и голени, 3 — бедра

Пальцевое прижатие на протяжении сосуда применяется при сильном кровотечении как кратковременная мера на период подготовки средств для временной остановки кровотечения другими способами. Пальцевое прижатие осуществляется в тех местах, где сосуды располагаются поверхностно и их можно легко прижать к кости. При артериальном кровотечении прижатие производится выше места ранения сосуда, а при венозном — ниже. Прижимать сосуд нужно несколькими пальцами до момента прекращения кровотечения.

Наложение кровоостанавливающего жгута — это наиболее надежный и самый распространенный способ временной остановки артериального кровотечения. Жгут накладывается на конечности выше места кровотечения.

При отсутствии жгута накладывается импровизированный жгут-закрутка, на который распространяются те же правила.

Жгут, пережимая сосуды, полностью прекращает приток крови к нижележащим отделам конечности, и их питание резко нарушается. Макси-



Точки пальцевого прижатия артерий:

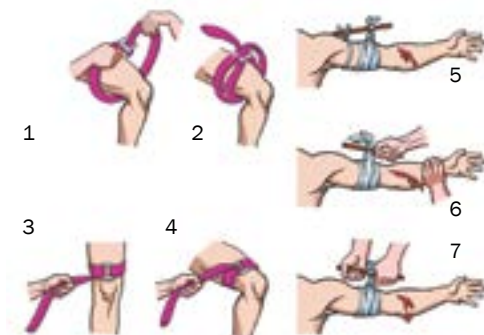
1 — височная, 2 — затылочная, 3 — левая общая сонная, 4 — подключичная, 5 — подмышечная, 6 — плечевая, 7 — лучевая, 8 — локтевая, 9 — бедренная, 10 — передняя большеберцовая, 11 — задняя большеберцовая

СУЩЕСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА:

- кровотечение временно остановить путем пальцевого прижатия сосуда
- под жгут необходимо сделать подкладку из полотенца, платка, нескольких слоев бинта, важно отсутствие складок на подкладке
- не допускается применение в виде жгута тонких предметов типа проволоки или веревки из-за опасности грубого дополнительного повреждения тканей, особенно нервов
- жгут растянуть руками и наложить первый циркулярный тур таким образом, чтобы начальный участок жгута перекрывался последующим туром
- при правильно наложенном жгуте из раны прекращается кровотечение, исчезает пульс, кожные покровы конечности становятся бледными
- для обеспечения оттока венозной крови конечность нужно приподнять на 20 — 30 сантиметров
- к жгуту или к одежде пострадавшего прикрепить записку с указанием даты и времени наложения жгута
- конечность со жгутом следует иммобилизовать и оставить в приподнятом состоянии; в зимнее время ее нужно укутать, но не согревать

максимальные сроки наложения жгута — 2 часа летом и 1–1,5 часа — в зимнее время. Несоблюдение указанных сроков может привести к омертвению конечности ниже места наложения кровоостанавливающего жгута. Пострадавший с наложенным жгутом подлежит немедленной эвакуации в больницу.

После остановки кровотечения нужно приготовить все необходимое для перевязки. Для обработки раны потребуются марля, вата, бинт и какое-либо дезинфицирующее средство. Когда все будет подготовлено, с пострадавшего надо снять одежду или разрезать ее. Тщательно вымыть руки, обтереть кровь с кожи вокруг раны и края раны дважды смазать раствором антисептика (настойкой йода, спиртом, одеколоном или вод-



Остановка кровотечения путем наложения кровоостанавливающего жгута:

1–4 — с помощью поясного ремня; 5–7 — наложение импровизированного жгута-закрутки

кой). Правильная обработка раны препятствует развитию осложнений и сокращает время ее заживления. Отломки ранящего предмета, обрывки одежды и комочки земли, свободно лежащие на поверхности раны, можно попытаться снять марлей, а участки эти затем смазать йодом. Не следует удалять инородные тела и грязь из глубоких слоев раны, так как это ведет к еще большему инфицированию раны и может вызвать осложнения (кровотечение, повреждение органов). Рану запрещено дезинфицировать такими средствами, как масло, пудра, мука. Это неэффективно и может вызвать воспалительный процесс. Кроме того, в результате подобных действий внешний вид раны меняется, что затрудняет оценку тяжести повреждения врачом.

После обработки на рану накладывается повязка. Повязки необходимы для ухода за ранами и повреждениями. Они предохраняют раны от микробов, впитывают выделения, останавливают кровотечение, обеспечивают временное спокойствие поврежденному месту. Повязка накладывается на тело и, как правило, состоит из 2 частей: материала, накладываемого на рану, и фиксирующего перевязочного материала. В качестве фиксирующего материала используют марлевые бинты, марлю, матерчатые косынки, лейкопластырь, эластичные трубчатые бинты.

Марлевые бинты являются основным материалом, который используется при перевязках. Выделяют бинты узкие (3–5–7 сантиметров) для перевязки пальцев кисти и стопы; средние (10–12 сантиметров) для головы, плеча, предплечья, голени; широкие (14–16 сантиметров) для пере-

вязки грудной клетки, живота, молочной железы и бедра.

Удобное средство перевязки, особенно в экстренных случаях, — **индивидуальный перевязочный пакет**. Он состоит из 2 ватно-марлевых подушечек размером 15×15 сантиметров, зафиксированных на стерильном бинте шириной 9 сантиметров. Одна из подушечек неподвижно закреплена в начале бинта, другая может перемещаться по бинту. При наличии сквозного ранения одной из подушечек можно прикрыть входное отверстие, а второй, подвижной, выходное. Брать подушечки руками нужно с наружной стороны, которая прошита красной ниткой, внутренней стороной подушечки накладываются непосредственно на рану.

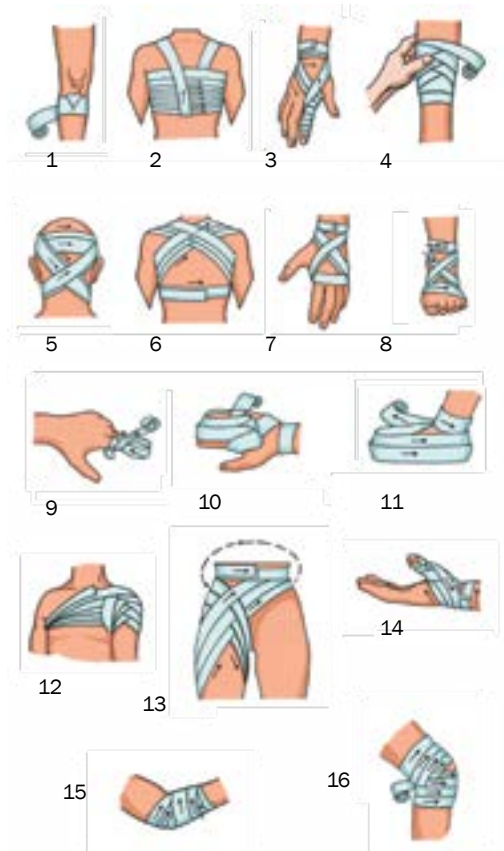
ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ БИНТОВАНИЯ

Повязку следует накладывать прочно, она не должна сбиваться и соскальзывать, однако в то же время слишком давить, вызывая боль и ухудшение кровоснабжения. Для удобства бинтования и с целью правильного наложения повязки бинтующий становится лицом к пострадавшему. Во время бинтования конечность должна быть неподвижной, чтобы не мешать правильному наложению повязки. Повязку накладывают снизу вверх обеими руками, при этом ходы бинта делают слева направо по отношению к бинтующему. Каждый оборот бинта должен перекрывать предыдущий на $\frac{1}{2}$ – $\frac{2}{3}$ его ширины. Конечную

часть бинта убирают под повязку, закрепляют лейкопластырем или, разрезав конец бинта на 2 «хвоста» по 15 сантиметров, завязывают узлом на противоположной ране стороне.

Для бинтования каждой части тела существуют типовые повязки, которые берутся за основу во всех случаях бинтования. По мере надобности каждую повязку можно видоизменить. Зная типовые повязки, можно быстро и правильно наложить повязку на любую часть тела.

Циркулярная повязка является наиболее простой. Каждый последующий оборот бинта ложится один на другой и полностью прикрывает предыдущий. Такая повязка удобна для бинтования цилиндрической поверхности. Циркулярные



ПО ХАРАКТЕРУ И НАЗНАЧЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ БИНТОВЫЕ ПОВЯЗКИ:

- простая мягкая повязка
- давящая (гемостатическая) повязка
- иммобилизирующая повязка (транспортная и лечебная)
- корригирующая повязка



Индивидуальный перевязочный материал упакован в пергаментную бумагу и в прорезиненную герметическую упаковку. При открытом пневмотораксе (скопление воздуха или газов в плевральной полости) прорезиненная оболочка перевязочного пакета может быть использована для наложения герметизирующей повязки.

Типовые повязки:

1 — циркулярная; 2, 3 — спиральные; 4 — спиральная с перегибами; 5, 6, 7, 8 — крестообразные (восьмиобразные); 9, 10, 11 — возвращающиеся; 12, 13, 14 — колосовидные; 15, 16 — черепахи

повязки накладываются на лучезапястный сустав, нижнюю треть голени, лоб, шею и живот.

Спиральная повязка начинается как циркулярная, а затем каждый последующий оборот прикрывает предыдущий на $\frac{1}{3}$ или $\frac{2}{3}$ его ширины. Повязку накладывают на цилиндрические (плечо, пальцы кисти и стопы, нижняя часть груди и верхняя часть живота) и конические участки. При бинтовании конических поверхностей (голень, предплечье) повязку накладывают с перегибами.

Крестообразная повязка удобна при бинтовании головы и шеи, а также кисти. При бинтовании кисти повязку начинают с круговых закрепляющих ходов выше лучезапястного сустава, затем бинт ведут косо вниз по тыльной части кисти на ладонь, затем вокруг кисти у основания пальцев и затем бинт снова ведут по тыльной части кисти через запястье к основанию пятого пальца, пересекают предшествующий тур, продолжают косо вверх и опять окружают запястье.

Возвращающаяся повязка накладывается на кисть, стопу, культю после ампутации конечности. Вначале бинт укрепляют в поперечном направлении, делают перегиб, проводят с передней поверхности на заднюю и укрепляют поперечными турами бинта.

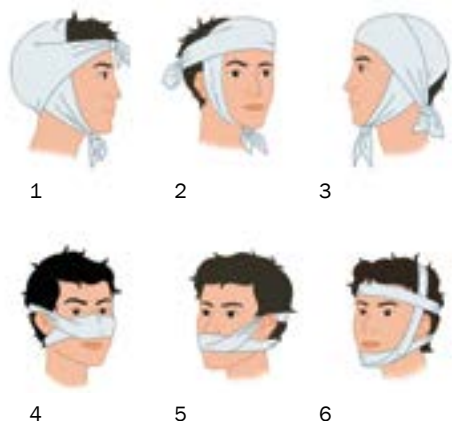
Колосовидная повязка применяется для бинтования плечевого сустава, области ключицы, подмышечной области, тазобедренного сустава и других областей, имеющих сложную конфигурацию.

Черепашья повязка накладывается на крупные суставы — локтевой, коленный. Различают

2 варианта повязки: сходящаяся и расходящаяся. В области коленного сустава повязка начинается с оборота бинта через наиболее выступающую часть надколенника, затем накладываются туры бинта ниже и выше предыдущего.

Для бинтования областей человеческого тела, имеющих сложную конфигурацию, используются специальные повязки: пращевидные, косыночные, лейкопластырные.

Пращевидная повязка представляет собой полоску материи, кусочек марли или бинта длиной 50–60 сантиметров, концы которых разрезаны вдоль таким образом, что середина длиной 10–15 сантиметров оказывается неразрезанной. Ширина повязки должна быть достаточной,



Пращевидные повязки:

1 — на затылок, 2 — на лоб, 3 — на темень, 4 — на нос, 5 — на верхнюю губу, 6 — на подбородок



Косыночные повязки:

1 — головы, 2 — надплечья (галстуком), 3 — надплечья (двумя косынками), 4 — груди, 5 — молочной железы, 6 — перевязь из косынки, 7 — локтевой области, 8 — кисти, 9 — ладони, 10 — ягодицы, 11 — голени, 12 — стопы

чтобы она могла закрыть соответствующую поврежденную область. Подобная повязка удобна для закрепления небольших повязок в области носа, верхней губы, подбородка, лба, теменной и затылочной области. В области носа повязку накладывают следующим образом: неразрезанную часть бинта кладут поперек лица, закрывая нос. В области скуловых дуг концы перекрещиваются, причем нижние концы идут выше ушей, а верхние — ниже, их завязывают сзади на затылке, а нижние концы — на шее.

Косыночная повязка треугольной формы, которая может использоваться для подвешивания руки или удержания перевязочного материала на ране. Применение этих повязок не требует специальных навыков, поэтому они очень удобны при оказании первой помощи пострадавшему на месте происшествия. Косыночная повязка может быть сделана из марли или платка, сложенного по диагонали. Широкая часть косынки называется основанием, углы с обеих сторон — концами, а угол косынки над основанием — вершукшей.

Лейкопластырная повязка накладывается с помощью липкого пластыря. Он хорошо прилипает к сухой коже и используется для фиксации различных повязок и для заклеивания мелких ран. Не дотрагиваясь до стерильной части, нужно оторвать защитную бумагу и поместить пластырь на рану.

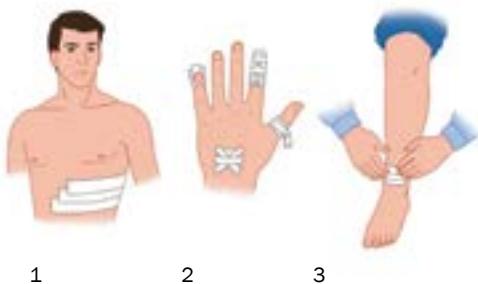
Липкий пластырь применяют и тогда, когда надо сблизить края раны и удержать их в таком положении для ускорения процесса заживления. Он нужен также при наложении герметизирующей повязки при открытом пневмотораксе. Для этого края раны следует свести на выдохе и стянуть полоской пластыря. Вторую полоску и каждую по-

НЕДОСТАТКИ ЛЕЙКОПЛАСТЫРНОЙ ПОВЯЗКИ:

- раздражение кожи под пластырем при его частой смене
- невозможность ее наложения на частях тела с волосатым покровом
- отставание пластыря при промокании повязки
- неприятные болевые ощущения при снятии повязки, обусловленные ее прилипанием к коже

следующую надо накладывать с таким расчетом, чтобы они заклеивали предыдущую на $\frac{1}{3}$ ширины. Рана полностью закрывается пластырем, поверх которого следует положить толстый слой ваты и прибинтовать на выдохе. При переломе ребер полоска липкого пластыря шириной до 5 сантиметров накладывается на кожу с натяжением от углов ребер у позвоночника до средней линии живота. Выше и ниже ее можно положить еще несколько полосок. Сверху, чтобы края пластыря не сбивались, наложить обычную бинтовую повязку.

Повязки с эластичным трубчатым бинтом предназначены для фиксации перевязочного материала на ране. Участки тела, на которые накладывается повязка, хорошо аэрируются, применение эластичного трубчатого бинта позволяет экономить перевязочный материал и время при наложении повязок. Трубчатый медицинский бинт представляет собой трикотажный рукав, изготовленный из эластомерной нити, оплетенной синтетическими волокнами и хлопчатобумажной пряжей, который обладает разными степенями растяжимости. Он выпускается в рулонах, номер бинта означает ширину рукава в сантиметрах. Трубчатые бинты упаковывают в комбинированный водонепроницаемый материал бумага/полиэтилен. Бинты выпускают 7 номеров с шириной рукава в свободном состоянии от 10 до 75 миллиметров. Перед наложением повязки рану предварительно надо закрыть стерильной салфеткой или ватно-марлевой подушечкой. После наложения на рану салфетки отрезать от рулона кусок трубчатого бинта нужной длины, собрать гармошкой, максимально растянуть по диаметру и надеть как чулок. Отрезанный кусок должен быть в 2–3 раза длиннее предполагаемой повязки, так как трубчатые бинты при растяжении в ширину укорачиваются.



1

2

3

Лейкопластырные повязки:

1–при переломе ребер, 2–на пальцы, 3–на голень

ФИТОТЕРАПИЯ И НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ТРАВМАХ

Применение фитотерапевтических средств при травмах является необходимым в силу длительного лечения. Это эффективные препараты, не содержащие сильнодействующих веществ и не обладающие побочными эффектами. При лечении травм используются такие свойства лекарственных растений, как противовоспалительное, местное анальгезирующее, седативное, регулирующее минеральный обмен, восстановительное.

ПРИ РАНАХ, ПОРЕЗАХ, ЦАРАПИНАХ И ЯЗВАХ

Тысячелистник. Отжать сок из свежего растения, нанести (помазать) на рану. Останавливает кровотечение и заживляет рану. Хорошо лечит старые раны, гноящиеся язвы. Зимой такое же действие оказывает напар из сухих цветов с примесью $\frac{1}{3}$ по весу цветов ромашки аптечной. Летом в поле или в лесу сорвать тысячелистник, размять его или разжевать и наложить на рану. Менять траву несколько раз в день. Рана заживает за 3–5 дней.

Крапива жгучая. Отжать сок из крапивы, помазать рану, смочить им тряпку и ею перевязать рану. Можно размять листья до сока и прикладывать. Хорошо смешать сок крапивы пополам с соком подмаренника. Обмывать этой смесью рану и прикладывать тряпочку, в нем смоченную.

Смола-живица хвойных пород (кедр, пихта, сосна, ель). В лесу в походе одно из прекрасных средств при ранах и порезах смола-живица. Свежей смолой смазать раны, язвы, трещины. Смазывать ежедневно. Заживление наступает быстро.

Гриб-дождевик (дедушкин табак). Белое тело гриба обладает сильным ранозаживляющим и кровоостанавливающим средством. Разрезать гриб и внутренней мякотью приложить к ране. Прекращается кровотечение, и рана заживает быстро, без нагноения. Припудривание ран созревшими спорами действует так же, как и мякоть гриба. Споры хорошо сохраняются и не теряют своих лечебных свойств.

Подорожник. В народе свежие измельченные листья различных видов подорожника применяют при ранениях, ушибах, ожогах



как кровоостанавливающее и противовоспалительное средство. Применяют и при укусах насекомых. Измельченные до сока листья прикладывают на пораженные места, меняя повязку через 2–3 часа. Измельчить и смешать равные части подорожника и тысячелистника. Применять как наружное кровоостанавливающее, противовоспалительное и ранозаживляющее средство. Менять повязку 2–3 раза в день.



(медунок). Свежие листья растереть, выделение сока, наложить на рану, порез, язву, ссадину и перевязать.

Менять 2 раза в день. В народе медуница считается одним из лучших ранозаживляющих средств.



О НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ РАНАХ, ПОРЕЗАХ

20 г смолы-живицы хвойных деревьев, 10 г внутреннего несоленого сапона пчелиного воска. Все растереть в порошок. Кипятить на медленном огне в течение 10 мин, все время снимать пену с поверхности. Когда смесь до теплого состояния, перелить в стеклянную банку. Хранить в холо-

Рану промыть известковой водой: 1 ст. ложка негашеной извести на 1 л воды, дать

настояться в течение 5–6 ч, воду слить, этой водой промыть рану.

Тонким слоем намазать тряпочку приготовленной смесью, наложить на больное место, перевязать. Через 1–2 дня повязку менять. Раны быстро заживают.

Взять 80 г натурального пчелиного меда, 20 г рыбьего жира, 20 г ксероформа. Все тщательно перемешать. Мазь накладывать на очищенную рану или язву в виде повязки. Менять раз в сутки. Хранить в прохладном месте.

Взять $\frac{1}{2}$ стакана негашеной извести, залить стаканом холодной кипяченой воды. Настоять в течение нескольких часов. Слить верхний слой настоя в другую посуду. Взять растительного масла столько, сколько по объему получилось настоя. Кипятить масло на небольшом огне в течение 10 мин. Остудить. Когда станет теплым как парное молоко, влить туда известковый настой и хорошо размешать. Мазать этим составом раны или накладывать смоченные им же тряпочки на раны и перевязывать. Менять ежедневно.

Народное средство. Рану или язву промыть спиртом. Срезать спелый пшеничный колосок с небольшим концом соломины. Повернуть его колосом вниз на рану и осторожно поводить по ней крест-накрест 3 раза. Делать так 3 раза в день: утром, в середине дня и вечером, каждый раз срезая новый колосок, в течение 3 дней. Средство кажется необычным, но проходят кровотечения, загноение, и через несколько дней рана заживает.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ

Попадание инородного тела – распространенный вид бытовых происшествий.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

По статистике, в 95–98 % случаев это происходит у детей в возрасте от 1,5 до 3 лет. Инородные тела, попавшие в просвет дыхательных путей, могут привести к тяжелой асфиксии (удушью), угрожающей жизни пострадавшего.

До 13 % попавших в дыхательные пути инородных тел удерживаются в гортани и до 22 % – в трахее. Инородное тело в трахее редко остается в неизменном положении. Чаще всего оно смещается в один из главных бронхов.

При попадании инородного тела в трахею и верхнюю часть гортани возникает боль, спазм гортани, удушье, голос становится сиплым или вообще исчезает. В результате этого появляется сильный кашель и рвотный рефлекс. Благодаря этим рефлексам инородное тело выводится из дыхательных путей. Если инородное тело не получается удалить, то нарушается дыхание и в легкие не поступает воздух. Человек начинает задыхаться, что вызывает у него сильный испуг. Если инородное тело своевременно не извлекается, то человек умирает от удушья.

Наличие инородного тела в верхних дыхательных путях можно заподозрить по характерным симптомам:

- внезапный кашель

- удушье
- сильный испуг
- синюшность кожных покровов

При оказании первой помощи в случае попадания инородного тела в верхние дыхательные пути необходимо:

- Сохранять спокойствие, не впадать в панику. Успокоить пострадавшего. От быстроты и четкости действий зависит жизнь человека. Если пострадавший находится в сознании и может услышать и понять, то нужно приказывать ему сделать резкий выдох. Процедуру следует повторить 2–3 раза. При этом возможно самопроизвольное удаление инородного тела.
- Если описанные действия не помогли, необходимо, удерживая пострадавшего одной рукой в слегка наклонном положении, нанести ему 4 быстрых сильных удара раскрытой ладонью по спине в межлопаточную область. Наносить удары кулаком или ребром ладони нельзя.
- В случае, если и этот прием оказывается неэффективным, следует подойти к пострадавшему со стороны спины, обхватить его за талию обеими руками, сомкнутыми в «замок», и сделать 3–4 энергичных надавливания в средней части живота по направлению внутрь и вверх. При выраженном ожирении следует аналогичным образом сдавливать грудную клетку. Если не-



Приемы извлечения инородного тела из верхних дыхательных путей у взрослых



Извлечение инородного тела из верхних дыхательных путей у грудных детей

возможно вызвать «скорую помощь», эти мероприятия проводят до тех пор, пока не будет достигнут положительный эффект.

При оказании первой помощи грудному ребенку с инородным телом верхних дыхательных путей следует:

- Положить ребенка на руку спасающего животом вниз.
- Необходимо поддерживать головку ребенка этой рукой и следить за тем, чтобы пальцы не закрывали ему рот.
- Сильно ударить ребенка ладонью по спине в межлопаточную область.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В УХЕ

Если в ухо попали пуговица, бусина, горошина, нельзя самим извлекать их, так как это может привести к повреждению уха либо к дальнейшему проталкиванию инородного тела в глубь слухового прохода. Помочь может только специалист.

Бывает, в ухо попадают различные насекомые, вызывающие неприятные ощущения — боль, жжение, чувство распирания. В этих случаях следует закапать в слуховой проход 10–15 капель слегка подогретого растительного масла или во-

ды. Насекомое погибнет, и ощущения пройдут. Затем нужно положить пострадавшего на бок, травмированным ухом вниз. Вместе с жидкостью выльется и насекомое. Если этого не произойдет, следует обратиться к врачу.

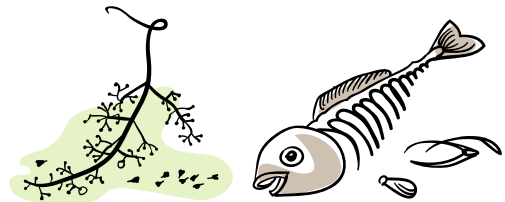
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В ГЛАЗУ

Соринки, попадая в глаз, задерживаются на слизистой оболочке под верхним или нижним веком и вызывают боль и слезотечение. Если соринка под верхним веком, можно, потянув за ресницы, как бы надеть его на нижнее, при этом пострадавший должен смотреть вниз. Если инородное тело находится под нижним веком, его можно снять увлажненным концом платка, оттянув веко вниз, при этом пострадавший должен смотреть вверх. Если извлечь инородное тело не удалось, следует обратиться к врачу.

Необходимо срочно обратиться к специалисту и в случае попадания в глаз стекла, камня, кусочка дерева.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В НОСУ

Играя, дети нередко заталкивают себе в нос мелкие предметы. Чтобы их удалить, необходимо закрыть свободную ноздрю пальцем и попросить ребенка сильно высморкаться. Если попытка окажется безрезультатной — следует сразу же обратиться к врачу.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ

Анатомические или функциональные нарушения тканей и органов, возникающие в результате повреждающего действия внешних факторов на организм человека, называются травмой или повреждением.

Повреждающие действия внешних факторов могут быть **механическими** (удар, сдавливание, растяжение), **физическими** (воздействие тепла и холода, электричества, радиоактивного излучения), **химическими** (обусловленными действием кислот, щелочей, ядов), **психическими** (испуг, страх). Тяжесть повреждения зависит от силы и времени воздействия этих факторов.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УШИБАХ

Ушиб — наиболее частый вид повреждений, который может встречаться как самостоятельно, так и сопутствовать другим, более тяжелым травмам (вывихи, переломы, повреждения внутренних органов). Ушиб обычно является следствием падения с небольшой высоты или удара, нанесенного тупым предметом. Наиболее часто встречаются ушибы кожи и подкожной клетчатки, однако возможен и ушиб внутренних органов (ушиб головного мозга, сердца, легких).

Практически сразу после травмы на месте ушиба появляется припухлость, которая нарастает в течение нескольких часов (до конца первых суток). Возможно появление кровоподтека (синяка). Цвет кровоподтека меняется со временем.

При разрыве крупных сосудов под кожей могут образоваться скопления крови (гематомы).

Ушибы сопровождаются болью и нарушением функции. Страдают обычно активные движения. При сильном ушибе из-за боли человек не может самостоятельно согнуть поврежденную руку или ногу. Пассивные движения при этом сохраняются, хотя они тоже могут быть весьма болезненными. Этим ушибы отличаются от переломов и вывихов, при которых уменьшение объема движений возникает сразу после травмы и касается как активных, так и пассивных движений.



По цвету кровоподтека можно определить давность повреждения. Свежий кровоподтек красного цвета, затем его окраска становится багровой, а через 3–4 дня он синеет. На 5–6-й день кровоподтеки становятся зелеными, а затем желтыми, после чего постепенно исчезают.

Ушибы мягких тканей конечностей вызывают лишь болезненность и ограничение движений. Ушибы внутренних органов могут привести к сильнейшим внутренним кровоизлияниям и смерти.

В первые часы после ушиба оказание первой помощи преследует задачу **максимально уменьшить интенсивность кровотечения и развитие отека**.

Для этого следует:

- обеспечить покой и охладить зону ушиба с помощью холодных компрессов (грелка со льдом, мокрое полотенце, полиэтиленовый пакет со льдом, снегом или холодной водой)
- ограничить движение в области суставов поврежденной конечности и наложить давящую повязку, которая также способствует уменьшению развития отека

Конечности придается возвышенное положение. Необходимо следить за состоянием кровообращения в конечности, так как нарастание травматического отека может привести к нарушению кровотока под туго наложенной давящей повязкой. В этих случаях повязку нужно ослабить. Охлаждение с помощью холодных компрессов следует про-



Охлаждение области ушиба с помощью пакета со льдом



При подозрении на ушиб внутренних органов необходима срочная госпитализация пострадавшего. Промедление в данном случае может стоить человеку жизни.

должать в течение первых суток. Через 2–3 дня с момента травмы можно применять тепловые процедуры и массаж выше и ниже места ушиба. Давящая повязка остается до спадания отека.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СВЯЗОК

Повреждение связок сустава является очень распространенной травмой, нередко сочетающейся с другими повреждениями. Оно возникает в случае, если нагрузка на связочный аппарат сустава превышает предел эластичности тканей. При значительном превышении этого предела может возникнуть разрыв связок.

Для повреждения связок характерны:

- острая, резкая боль в месте прикрепления связки
- быстрое развитие отека
- нарушение функции конечности

Может также наблюдаться избыточная подвижность в суставе (например, симптом «выдвижного ящика» при повреждении крестообразных связок коленного сустава). При значительных повреждениях возможно диагностирование кровоизлияния в полость сустава (гемартроз).

При повреждении связок оказывается такая же первая помощь, как и при ушибах:

- делается иммобилизация конечности
- сустав туго бинтуется и обездвиживается, чтобы создать ему полный покой и ограничить распространение отека
- затем больного нужно доставить в лечебное учреждение

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫВИХАХ СУСТАВОВ

Вывихом называется нарушение целостности сустава со стойким смещением суставных концов костей. При вывихе, как правило, происходит повреждение суставной капсулы и связочного аппарата сустава, сопровождающееся припухлостью, деформацией и нарушением функции конечности.

Симптомами вывиха являются:

- боль в конечности
- резкая деформация в области сустава
- отсутствие активных и невозможность пассивных движений в суставе
- фиксация конечности в неестественном положении, не поддающемся исправлению
- изменение длины конечности, чаще ее укорочение

При оказании первой помощи при вывихе:

- накладывается холод на область поврежденного сустава
- производится иммобилизация пострадавшей конечности с использованием штатных шин или подручных материалов

Конечность должна быть зафиксирована в том положении, которое она приняла после травмы. Вправление вывиха — это врачебная процедура. Не следует пытаться вправить вывих самостоятельно, так как иногда трудно установить, вывих это или перелом, тем более что вывихи могут сопровождаться переломами костей.

После наложения транспортной иммобилизации необходимо срочно доставить пострадавшего в лечебное учреждение. Чем раньше будет оказана специализированная помощь, тем меньше будет осложнений при лечении.

При вывихах в области верхних конечностей больной сам может добраться до лечебного учреждения, при вывихах в области нижних конечностей его следует транспортировать в положении лежа.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ

Переломом называется нарушение целостности кости. Переломы делятся на закрытые, при которых не происходит повреждения кожи, и открытые, при которых имеется повреждение кожи в зоне перелома.



Если больной с вывихом доставлен в первые часы после травмы, то вывих обычно вправляется довольно легко. После развития отека процедура вправления вывиха сильно осложняется. Если вывих остается невправленным более 2–3 недель, то наступающие рубцовые изменения в мягких тканях сустава будут существенно затруднять вправление. В подобных случаях зачастую приходится прибегать к оперативному вмешательству.

Переломы бывают разнообразной формы: поперечные, косые, винтообразные, продольные. Большинство переломов сопровождается смещением отломков. Это объясняется тем, что мышцы, сокращаясь после травмы, тянут отломки кости и смещают их в сторону. Кроме того, направление силы удара тоже способствует смещению отломков.

Для перелома характерны:

- резкая боль, усиливающаяся при любом движении и нагрузке на конечность
- изменение положения и формы конечности, нарушение ее функции (невозможность пользоваться конечностью)
- появление отечности и кровоподтека в зоне перелома
- укорочение конечности
- патологическая (ненормальная) подвижность кости

Основные мероприятия первой помощи при переломах костей:

- обеспечение неподвижности кости в области перелома



Подручный материал для шин

- проведение мер, направленных на борьбу с шоком или на его предупреждение
- организация быстрой доставки пострадавшего в лечебное учреждение

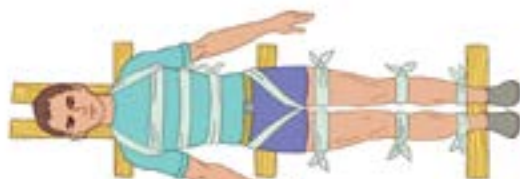
При переломах костей иммобилизация накладывается для того, чтобы предупредить смещение отломков, снизить вероятность повреждения мягких тканей, сосудов, нервов, а также уменьшить опасность возникновения болевого шока. Иммобилизация может быть временной, она накладывается на период транспортировки в медицинское учреждение (транспортная иммобилизация), или постоянной — для создания условий, необходимых при сращении отломков кости, заживлении раны и тому подобного.

Транспортная иммобилизация является одной из важнейших мер первой помощи при вывихах, переломах, ранениях и других тяжелых повреждениях. Она достигается путем наложения стандартных транспортных шин (фанерные, сетчатые, лестничные и другие) или шин из любого подручного материала (палка, ветки, доски, лыжи, картон, пучки хвороста).

При использовании нестандартных шин нужно подобрать одну или несколько шин необходимой длины, смоделировать их по аналогичной части тела, не касаясь пораженной, наложить сверху одежды и закрепить при помощи бинтов к конечности.

При наложении шин следует соблюдать следующие правила:

- Очень важно провести транспортную иммобилизацию как можно раньше. Наложение шины необходимо производить осторожно, чтобы не причинить больному лишней боли и не допустить смещения отломков. Движения сломанной конечностью могут привести к дополнительному повреждению не только мягких тканей, но и крупных кровеносных сосудов и нервов. Ни в коем случае не рекомендуется самому пытаться исправить положение поврежденной кости или сопоставить отломки. Тем более не следует вправлять в рану торчащие отломки.
- При открытом переломе перед иммобилизацией на рану нужно наложить стерильную повязку



1



2



3



4

Иммобилизация при помощи подручных средств:
1 – при переломе позвоночника, 2 – бедра, 3 – предплечья, 4 – ключицы

и остановить кровотечение. Для доступа к ране одежду лучше разрезать. Кожу вокруг раны обработать йодом или любым подсобным антисептическим средством (спирт, водка, одеколон). Затем на рану наложить стерильную повязку и лишь после этого осуществить иммобилизацию. При сильном кровотечении из раны, когда есть необходимость в применении кровоостанавливающего жгута, его накладывают до шинирования и не прикрывают повязкой.

- Шину нельзя накладывать на обнаженную часть тела. Перед наложением шину обертывают марлей, одеждой или любой тканью.
- Если имеется перелом в области бедра, то шиной должны быть зафиксированы все суставы нижней конечности. При отсутствии стандартных шин и подходящих предметов поврежденную ногу прибинтовывают к здоровой, а поврежденную руку, согнутую под прямым углом, — к туловищу.
- При наложении шины должны быть зафиксированы не менее 2 суставов, расположенных выше и ниже места перелома.
- Накладываемая шина не должна болтаться, прикреплять ее надо прочно и надежно. При плохом прилегании или недостаточном закреплении шины она не фиксирует поврежденное место, что может вызывать дополнительную травматизацию. Однако не следует чрезмерно перетягивать конечность, так как это может вызвать нарушение кровообращения или повреждение нервов. Если после наложения транспортной шины становится заметно, что фиксирующие шину ремни

или бинты сильно затянуты, то их необходимо рассечь или заменить, наложив шину вновь.

- В зимнее время или в холодную погоду после наложения иммобилизации поврежденную часть тела необходимо укутать теплой одеждой или пледом.
- После наложения шин при тяжелом общем состоянии и наличии или угрозе развития шока проводят противошоковые мероприятия.



ФИТОТЕРАПИЯ И НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ТРАВМАХ

ПРИ УШИБАХ

Полынь горькая. Свежую траву истолочь до сока и прикладывать к пораженным местам. При сильном ушибе наложить толстым слоем. Не допускать высыхания, чаще менять.

Зимой применять мазь: смешать 1 часть сока полыни, сгущенного на воздухе, и 4 части основы — коровьего масла, или свиного жира, или вазелина.

Можно использовать консервированный сок. Сок консервируется водкой или спиртом, разведенным до 60°.

Лук репчатый. Свежий сок или кашицу из головки лука приложить к ушибу в виде компресса.

Подорожник большой. Прикладывать размятые или целые листья к ушибам, даже в случае поражения кожи. Можно применять сок, настойку или мазь из настойки (1 : 4) на жировой основе.

Ноготки (календула). Спиртовой настойкой или мазью календулы смазывают ушибы, ссадины, кровоподтеки, опухоли.

Петрушка огородная. Свежие листья или сок в виде компрессов или примочек прикладывают на ушибы, нарывы, укусы пчел. Менять через 3–4 ч.

ПРИ ОПУХОЛЯХ ЗАСТАРЕЛЫХ УШИБОВ

Крепкий черный чай применяют в виде примочек.

Корни или кора барбариса обыкновенного. Для компресса взять $\frac{1}{2}$ ч. ложки сухого измельченного сырья, залить 1 стаканом горячей воды, кипятить в течение 30 мин, процедить.

Донник лекарственный. Для компресса взять 2 ст. ложки измельченного сырья, залить 1 стаканом кипятка. Настаивать в течение 30 мин, процедить.

Свежие листья клевера лугового используют как припарки.

Измельченные листья лавра благородного. 1 часть листьев смешать с 1 частью сливочного масла.

Семена льна обыкновенного. Размолотые семена насыпать в 2 полотняных мешочка. Мешочки поочередно опускать в кипящую воду и прикладывать к месту ушиба.

Листья мать-и-мачехи применяют в виде компресса.

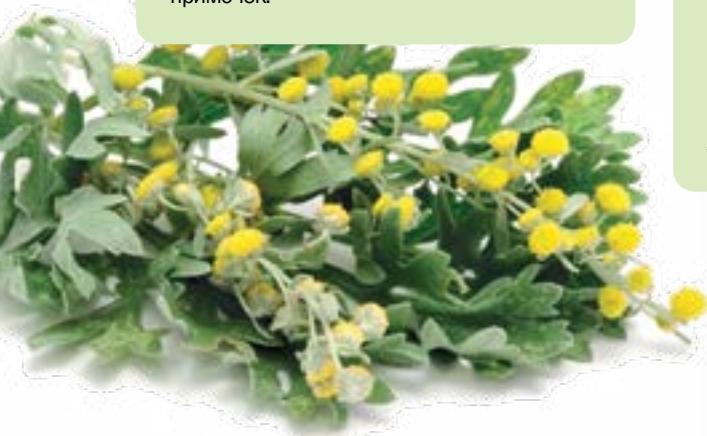
Мякиш пшеничного хлеба, намоченный в горячем молоке, прикладывают при ушибах для рассасывания.

3%-ный водный раствор мумие используют для растирания.

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Наружное лечение переломов

Сломанный нос, палец ноги, ребро и многие другие раздробленные кости не могут быть положены в гипс или лечиться обычными методами, но они прекрасно реагируют на лекарственные растения. Боль смягчается, и переломы лечатся значительно быстрее.



Окопник лекарственный. Качественно приготовленную пасту или целебную мазь из окопника необходимо нанести на зону перелома и затем сделать соответствующую повязку, так как окопник является красителем. Это поможет облегчить боль и значительно ускорит процесс выздоровления. Один-два раза в день необходимо делать перевязку. Подобный бандаж следует оставлять как минимум на 15 мин (а лучше на 1 ч). При необходимости его можно снимать. В идеальном варианте оставлять на 24 ч. Перевязки надо делать ежедневно.

Паста из окопника: смешать $\frac{1}{4}$ стакана меда и $\frac{1}{4}$ стакана оливкового масла, затем постепенно добавить 1 стакан накрошенных свежих листьев окопника, либо $\frac{1}{2}$ стакана свеженарубленного корня окопника, либо $\frac{1}{4}$ стакана порошкообразного корня. Поставить в холодильник столько, сколько может потребоваться в ближайшие 2–3 недели, а остальной объем заморозить для использования в зимнее время. Пользоваться по мере необходимости.

Мазь из окопника: смешать 1 стакан растительного масла с 1 стаканом свеженарушенных листьев окопника либо с $\frac{1}{2}$ стакана свеженарубленного корня окопника в кастрюле. Кипятить под крышкой на слабом огне в течение 30 мин. Процедить, затем постепенно добавить $\frac{1}{4}$ стакана накрошенного пчелиного воска и масляный раствор витамина Е. Залить в емкость и охладить до загустения.

Кости будут срастаться намного быстрее, если 1–2 раза в сутки рядом с больным местом втирать пихтовое масло (не более 10 мл в день).

Внутреннее лечение переломов

Пить отвар окопника по 1 стакану через день в течение не более 2 недель. Беременным женщинам и детям до 6 лет пить такой отвар не рекомендуется.

Отвар окопника: довести до кипения 6 стаканов воды, добавить 2 ст. ложки листьев окопника. Кипятить на слабом огне в течение 10 мин. При желании добавить 2 ст. ложки мяты перечной. Настаивать 5 мин. Хранить в холодном месте.

Скорлупу сваренного вкрутую яйца (20 мин) хорошо высушить, удалив пленку. Измельчить до состояния порошка, залить лимонным соком и поставить на нижнюю полку холодильника, чтобы скорлупа растворилась. Принимать по 1 ч. ложке 1–2 раза в день в течение 1 месяца. На скорлупу 3 яиц использовать сок 1 лимона.

Пихтовое масло. Принимать внутрь по 5–10 капель 3 раза в день пихтовое масло, закапывая его в хлебные шарики.

Календула. 1,5 ст. ложки цветов календулы залить в термосе 0,5 л кипятка, настаивать в течение 1 ч, процедить. Пить по $\frac{1}{3}$ стакана 4 раза в день.

Шиповник. 1 ст. ложку истолченных плодов шиповника залить в термосе 0,5 л кипятка, настаивать 6 ч. Принимать по 1 стакану 3–4 раза в день.

Мумие. 0,5 г мумие смешать в чашах 1 : 20 с розовым маслом. Для масла: лепестки красной розы смочить водой, сверху налить растительное масло, все перемешать и кипятить до испарения воды. Масло профильтровать через марлю. Принимать по 1 ч. ложке 2 раза в сутки утром и перед сном в течение 25 дней.

Народное средство. Тибетцы при переломах едят кашу из пшена и риса. А молдаване — каши из кукурузы.



ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК

Под травматическим шоком принято понимать нарушение жизнедеятельности организма, возникающее в результате действия чрезвычайного (механического) раздражителя.

Травматический шок — тяжелое, угрожающее жизни больного, патологическое состояние, возникающее при серьезных обширных травмах, сопровождающихся большой потерей крови. Предрасполагающими моментами к развитию травматического шока являются переохлаждение, нервное и физическое переутомление. Травматический шок может возникнуть при повреждениях, не сопровождающихся большим кровотечением, особенно если травмированы наиболее чувствительные, так называемые рефлексогенные зоны (грудная полость, череп, брюшная полость, промежность).

Травматический шок обычно проходит в своем развитии 2 фазы. Первая — **эректильная** — возникает в момент травмы. В эту фазу происходит резкое возбуждение нервной системы. Вторая — **торпидная**, или **фаза торможения**. В эту фазу происходит угнетение деятельности нервной системы, сердца, легких, печени, почек.

Вторая фаза шока подразделяется на 4 степени:

Шок I степени (легкий). Пострадавший бледен, сознание, как правило, ясное, иногда легкая заторможенность, рефлексы снижены, одышка. Пульс учащен, 90–100 ударов в минуту.

Шок II степени (средней тяжести). Выраженная заторможенность, вялость. Пульс 120–140 ударов в минуту.

Шок III степени (тяжелый). Сознание сохранено, но окружающее пострадавший не воспринимает. Кожа землисто-серого цвета, покрыта холодным липким потом, выражена синюшность губ, носа и кончиков пальцев. Пульс 140–160 ударов в минуту.

Шок IV степени (предагония или агония). Сознание отсутствует. Пульс не определяется.

При шоке первая помощь тем эффективнее, чем раньше она оказана. В первую очередь она должна быть направлена на устранение причин шока (снятие или уменьшение болей, остановку кровотечения, проведение мероприятий, обе-

спечивающих улучшение дыхания и сердечной деятельности и предупреждающих общее охлаждение).

При наличии кровотечения необходимо принять меры для его остановки (наложить жгут, давящую повязку). Уменьшение болей достигается наложением надежной иммобилизации на поврежденную часть тела и приемом обезболивающих.

В холодную погоду пострадавшего с шоком следует тепло укрыть и как можно скорее доставить в теплое помещение или обогреваемый салон машины.

Очень важно обильно, часто, но небольшими порциями поить пострадавшего. Для этого подойдут сладкий крепкий чай, сок, компот, минеральная вода или просто подсоленная до концентрации физраствора обычная вода (1 чайная ложка поваренной соли на литр воды). Ни в коем случае нельзя кормить и поить пострадавшего с любыми повреждениями брюшной полости.

Следующей важнейшей задачей первой помощи является организация скорейшей транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение.

Шок легче предупредить, чем лечить. Для предупреждения развития шока при оказании первой помощи пострадавшему необходимо соблюдать **5 основных принципов**:

- купирование болей
- обильное питье
- согревание
- создание покоя и тишины вокруг пострадавшего
- бережная транспортировка в лечебное учреждение

ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШИХ

В комплексе мероприятий по оказанию первой помощи пострадавшим транспортировка в лечебное учреждение имеет решающее значение для жизни больного.

Вопрос о транспортировке пострадавших в безопасное место или лечебное учреждение всегда решается строго индивидуально. Выбор способа транспортировки зависит от состояния пострадавшего, характера травмы или заболевания, величины расстояния, числа носильщиков, наличия средств переноски, рельефа местности и других условий. При этом транспортировка должна быть быстрой, целенаправленной и максимально щадящей.

Пострадавшего можно переносить лишь в том случае, если нет надежды на быстрое прибытие бригады медицинской помощи или его нужно немедленно удалить из опасных для жизни условий.

Если пострадавшего все же необходимо перенести на другое место, нужно попытаться прежде всего оценить природу и степень тяжести травм, особенно если это касается травмы шеи и позвоночника.

Если травмы пострадавшего, находящегося в сознании и свободно дышащего, оказались серьезными, тогда постарайтесь транспортировать его точно в такой же позе, в какой он пребывает.

При отсутствии какого-либо транспорта следует осуществить переноску пострадавшего в лечебное учреждение на носилках, в том числе импровизированных. Первую помощь приходится оказывать и в таких условиях, когда нет никаких подручных средств или нет времени для изготовления импровизированных носилок. В этих случаях больного необходимо перенести на руках. Эти способы требуют большой физической силы и применяются при переноске на небольшие расстояния.

Если пострадавший в сознании и способен передвигаться, он может преодолеть короткое расстояние самостоятельно с помощью сопровождающего. В легких случаях пострадавший опирается на руку спасателя. В более тяжелых помогающий должен положить руку пострадавшего себе на плечи, держа ее за кисть, а второй обхватить пострадавшего за пояс.

При отсутствии стандартных медицинских носилок можно сделать импровизированные из подручных материалов. Такими материалами

могут послужить пальто, плащ-палатка, палатка, кусок брезента, лестница, веревка и так далее. При перемещении пострадавшего волоком нужно повернуть его на бок, подложить тент, брезент, одеяло или что-нибудь пригодное для этого, затем вновь положить на спину. Перемещать пострадавшего следует как можно ближе к земле, при этом его спина должна быть по возможности прямой, голова располагаться по направлению движения.

За неимением носилок и других подсобных средств пострадавшего может перенести на руках один либо несколько человек. **Переноска** пострадавшего одним спасателем осуществляется **на руках, на спине или на плече**.

В первом случае оказывающий помощь должен подвести правую руку под ягодицы пострадавшего, а левую — под спину, поднять и нести,





Подручные средства для транспортировки пострадавшего

а пострадавший, если позволяет состояние, обхватить руками шею несущего.

В случаях переноски на значительные расстояния основные усилия лучше перенести на мыш-

цы туловища. Для этого простыню (шарф, ремень) нужно перекинуть через плечо спасателя и подвести под ягодицы пострадавшего. При переноске на спине несущий поддерживает пострадавшего

Переноска пострадавшего одним человеком:

1 — на руках, 2 — на спине, 3 — на плече





руками за бедра, а пострадавший обхватывает руками его грудь.

При переноске на плече спасатель должен расположить пострадавшего на своих плечах, одновременно фиксируя его руку и ногу.

Два спасателя уже могут переносить пострадавшего на руках в сидячем или лежащем положении. Пострадавшего в бессознательном состоянии в полусидячем положении переносят методом «друг за другом». В этом случае один несущий должен опуститься на колени у изголовья пострадавшего, поднять его в сидячее положение и взять под мышки, прислонив к себе его голову и спину. Другой должен встать между ног пострадавшего и взять себе под мышки его бедра. В таком положении спасатели могут поднять пострадавшего и отнести.

Пострадавшего в сознании можно переносить на «сиденье», образованное из четырех, трех и двух рук.

Сиденье из четырех рук (сложный замок). Каждый из спасателей кистью правой руки должен взяться за свое левое предплечье, а левой — за правое предплечье напарника. На образовавшееся сиденье нужно посадить пострадавшего, который обеими руками может обхватить шеи несущих. Неудобство этого метода состоит в том, что руки обычно потеют и скользят, а спасатели могут двигаться только боком.

В случаях, когда пострадавший не может держаться за шеи несущих и нуждается в поддержке, используется замок из трех рук. При этом физически менее сильный спасатель должен обхватить кистью правой руки свое левое предплечье,



Переноска пострадавшего несколькими спасателями: 1 — способ «друг за другом»; 2, 5 — «замок» из трех рук; 3, 6 — «замок» из четырех рук; 4 — сиденье из двух рук; 7 — веревочный круг для переноски

а левой — правое предплечье напарника. Напарник должен кистью правой руки взяться за правое предплечье первого спасателя, а левой поддерживать пострадавшего за спину.

Сиденье из двух рук, пальцами охватывающих кольцо из полотенца (салфеток, толстой веревки), позволяет несущим двигаться прямо и свободными руками поддерживать пострадавшего.

В период транспортировки необходимо проводить постоянное наблюдение за больным, следить за его поведением, дыханием, пульсом, сделать все, чтобы при рвоте не произошло попадание рвотных масс в дыхательные пути. В случае необходимости следует быть готовым к проведению искусственного дыхания и непрямому массажу сердца. В холодное время года следует принять меры для предупреждения охлаждения (укрыть пострадавшего плотной тканью, дать теплое питье, использовать грелку). Очень важно, чтобы оказывающий первую помощь своим поведением, действиями, разговорами максимально щадил психику пострадавшего, укрепляя в нем уверенность в благополучном исходе.

ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Головной мозг защищен твердыми толстыми костями черепа, но даже этот прочный щит не всегда может спасти мозг от повреждений.

Головной мозг может получить повреждение, даже если кости черепа не сломаны. Многие травмы связаны с внезапным ускорением, которое следует за толчком, вызванным, например, сильным ударом по голове или неожиданной остановкой, когда перемещающееся тело сталкивается с неподвижным объектом.

СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сотрясение головного мозга чаще наступает при ударе каким-либо предметом по голове, при ударе головой о твердый предмет или при воздушной контузии от разорвавшегося вблизи снаряда, заряда взрывчатого вещества и тому подобного. Сотрясение головного мозга вызывает нарушение его функций без грубых структурных изменений нервной ткани. Возникают главным образом динамические нарушения процессов возбуждения и торможения в коре, подкорке и стволе мозга, угнетается функция нервных структур центральных отделов стволовой части мозга, нарушается сосудистый тонус, следствием чего являются спазмы или расширения сосудов, увеличение проницаемости сосудистых стенок, отек и набухание мозговой ткани.

Клинически симптоматику сотрясения головного мозга можно разделить на 3 периода:

- бессознательное состояние
- двигательная заторможенность
- невротические явления

Первый период длится в зависимости от тяжести травмы от нескольких минут до нескольких дней.

По длительности потери сознания различают 3 степени сотрясения головного мозга:

- **легкая** — случаи с кратковременным нарушением сознания и рвотой; больной обычно быстро поправляется
- **средняя** — случаи с длительной потерей сознания (несколько часов) и замедлением пульса; по возвращении сознания отмечается более или менее длительная ретроградная амнезия (больные не помнят событий, предшествующих травме)
- **тяжелая** сопровождается глубоким и длительным коматозным состоянием, на-

рушением функций сфинктеров, понижением или отсутствием рефлексов.

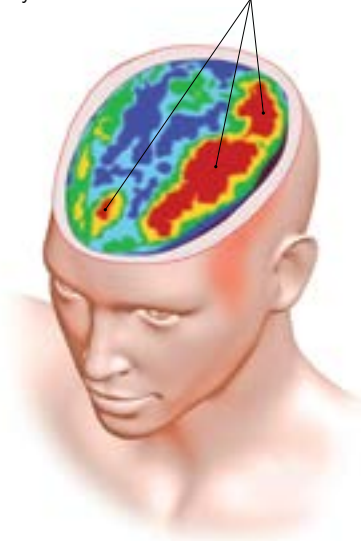
Во втором периоде больной вял, апатичен, настроение подавленное.

В третьем периоде больной эмоционально неустойчив, отмечается быстрая утомляемость, снижение работоспособности, плохой сон, ухудшение памяти, выраженность вазомоторных явлений (потливость, зябкость, лабильность сердечной деятельности).

УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ушиб головного мозга является более опасной травмой, чем сотрясение. При ушибе действие механических факторов бывает настолько сильным, что происходит повреждение тканей головного мозга и кровеносных сосудов, обеспечивающих мозг кровью, насыщенной кислородом. При ушибе целостность ткани мозга нарушается, после заживления остаются рубцы. Кроме того, ушиб сопровождается кровотечением, которое

Зоны ушиба головного мозга



может стать причиной повышения внутричерепного давления и других опасных осложнений.

Ушиб головного мозга характеризуется

- выключением сознания после травмы на срок от нескольких до десятков минут
- после восстановления сознания типичны жалобы на головную боль, головокружение, тошноту
- как правило, отмечается ретроградная амнезия (больной не помнит событий, предшествующих травме) или антероградная амнезия (больной теряет способность запоминать события, происходящие после травмы)
- дыхание и температура тела без существенных отклонений

Ушиб головного мозга иногда может сочетаться с переломами костей свода черепа и субарахноидальным кровоизлиянием.

СДАВЛЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сдавление головного мозга при закрытой травме черепа вызывается скоплением излившейся крови (гематомой), образующимся в результате кровотечения из внутричерепных сосудов, а также нарастающим отеком или острым набуханием ткани мозга. Обычно сдавление головного мозга сочетается с ушибом. Чаще всего (до 80 %) кровотечение развивается при повреждении средней мозговой артерии. Гематомы могут располагаться как над твердой мозговой оболочкой (эпидуральные гематомы), так и под этой оболочкой (субдуральные гематомы). Могут они находиться и внутри вещества мозга (внутримозговые гематомы).

Общими симптомами сдавления мозга являются:

- головные боли
- рвота
- потеря сознания
- замедление пульса (иногда брадикардия до 30–40 ударов в минуту)
- нарушение дыхания

К очаговым симптомам сдавления мозга относятся:

- судороги
- изменение рефлексов, вначале наблюдается повышение рефлексов, а затем полное их угасание и появление параличей.

МЕРЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

При наличии у пострадавшего симптомов травмы головного мозга необходимо в срочном порядке вызвать «скорую помощь». Оказывая первую помощь пострадавшему с травмой головного мозга, ни в коем случае не позволять ему вставать, так как он может потерять сознание.

До приезда врача необходимо:

- Освободить пострадавшего от стесняющей одежды, создать для него полный покой. Если пострадавший находится без сознания, то его надо уложить на бок. При рвоте — повернуть голову пострадавшего для предупреждения попадания рвотных масс в дыхательные пути.
- Необходимо постоянно следить за дыханием, пульсом и кровяным давлением пострадавшего.
- В случае остановки дыхания и сердечной деятельности немедленно приступить к проведению искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.
- Если пострадавший пришел в сознание, то человек, оказывающий первую помощь, должен его успокоить. Очень важно, чтобы пострадавшему не было холодно.
- При психомоторном возбуждении необходимо фиксировать пострадавшего до прибытия врача.
- Транспортировать пострадавшего можно только в лежачем положении.

ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- **Цветочные корзинки арники** в виде настоя или настойки. Арника — ядовитое растение, поэтому необходимо строго соблюдать дозировку. Взять 1 ч. ложку корзинок и залить 1 стаканом кипятка, настаивать в течение 1–2 ч. Принимать по 1–2 ст. ложки 3 раза в день до еды. Или пить настойку арники (10%-ную) по 30–40 капель на ½ стакана молока либо кипяченой воды 3 раза в день до еды.
- Также можно принимать гомеопатические горошинки «Арника» и осторожно втирать в область затылка гомеопатическую мазь с таким же названием.
- **Мелисса лекарственная.** Взять 4 ст. ложки цветущей мелиссы, залить 1 л кипятка и настаивать в течение 2 ч. Процедить и пить как чай. Можно добавить мед или сахар.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Если вы будете грамотными в оказании первой помощи при неотложных состояниях, возможно, кого-то сможете спасти от инвалидности, а кого-то от смерти.

ОБМОРОК

Обморок — это внезапная, кратковременная потеря сознания, наступающая вследствие нарушения кровообращения головного мозга. Обморок сам по себе не является заболеванием, напротив, он скорее является эффективным защитным средством. Головной мозг, почувствовав, что для сохранения его нейронов недостаточно кислорода, пытается улучшить кровообращение. Это достигается путем придания телу горизонтального положения. Тогда облегчается работа сердца, которому не требуется качать кровь вверх. Как только необходимое количество кислорода поступает в головной мозг, человек, находящийся в обмороке, приходит в себя. Обморочное состояние может продолжаться от нескольких секунд до нескольких минут.

Обморок отличается от потери сознания тем, что является кратковременной потерей памяти без снижения мышечного тонуса и исчезновения защитных рефлексов (дыхания, глотания). В связи с этим у человека в обмороке не возникает опасности задохнуться. А вот при потере сознания из-за расслабления мышц корень языка западает и может закупорить дыхательные пути. Однако обморок может превратиться в потерю сознания и представлять опасность для человеческой жизни.

Обморок может быть следствием различных причин:

- Неожиданная резкая боль, страх, нервные потрясения могут вызвать мгновенное снижение артериального давления, вследствие чего наступают снижение кровотока и нарушение кровоснабжения головного мозга, что приводит к обмороку.
- Патология сердца — причина кардиогенных обмороков (более 25 % от всех обмороков).
- Уменьшение содержания кислорода, глюкозы, электролитов в крови (при гипоксии, анемии, гипогликемии, почечной и печеночной недостаточности).
- Отравление угарным газом, алкоголем и так далее.
- Внезапное повышение внутричерепного давления (при опухолях, гидроцефалии, кровоизлиянии).
- Уменьшение объема циркулирующей крови (при кровотечении, избыточном мочеиспускании, поносе).
- Сосудистые нарушения (значительные атеросклеротические отложения в сосудах головы и шеи, транзиторные ишемические атаки, инсульты).
- Пребывание в помещении с недостаточным количеством кислорода. Уровень кислорода может быть понижен из-за нахождения в помещении большого количества людей, плохой вентиляции и загрязнения воздуха табачным дымом. Вследствие этого мозг получает меньше кислорода, чем нужно.
- Длительное пребывание в положении стоя без движения. Это приводит к застою крови в области ног, уменьшению ее поступления в мозг.

ДЛЯ ОБМОРОКА ХАРАКТЕРНЫ:

- кратковременная потеря сознания
- дыхательные пути, как правило, свободны, дыхание редкое, поверхностное
- пульс слабый и редкий
- может отмечаться головокружение, шум в ушах, резкая слабость, пелена перед глазами, холодный пот, тошнота, онемение конечностей

Правила оказания первой помощи при обмороке просты, но требуют быстрого выполнения:

- Необходимо проверить жизненно важные функции. Если дыхательные пути свободны, пострадавший дышит и у него прощупывается пульс, его необходимо уложить на спину.
- С целью облегчения дыхания рекомендуется расстегнуть сдавливающие части одежды, такие как воротник и пояс.
- Приподнять ноги пострадавшего, чтобы обеспечить возвращение большего количества крови к сердцу и головному мозгу.

- Положить на лоб пострадавшего мокрое полотенце, либо смочить его лицо холодной водой. Это приведет к сужению сосудов и улучшит кровоснабжение мозга.
- При рвоте пострадавшего необходимо перевести в безопасное положение или повернуть голову набок, чтобы он не захлебнулся рвотными массами.
- Открыть окно или вынести человека на улицу.
- Нужно помнить, что обморок может быть проявлением тяжелого, в том числе острого заболевания, требующего экстренной помощи. Поэтому пострадавший всегда нуждается в осмотре врача.
- Если к человеку в обмороке возвращается сознание, ему не рекомендуется сразу вставать. Только спустя 10–30 минут можно сделать попытку. Сначала нужно сесть, потом медленно опустить ноги на пол. Если есть возможность, то нужно напоить пострадавшего горячим крепким сладким чаем. Если пострадавший опять чувствует наступление обморочного состояния, его необходимо уложить на спину и снова приподнять ноги.
- Если сознание пострадавшего длительное время не восстанавливается, скорее всего это не обморок и ему необходима квалифицированная медицинская помощь.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Анафилактический шок — это вид аллергической реакции немедленного типа, возникающей при повторном введении в организм аллергена. Он относится к тяжелым, угрожающим жизни больного патологическим состояниям. Тяжесть состояния человека обусловлена сбоем иммунологического ответа организма.

Наиболее частыми причинами развития анафилактического шока являются укусы насекомых и введение лекарственных препаратов (пенициллин, сульфаниламиды, сыворотки, вакцины). Реже возникают подобные реакции на пищевые продукты (шоколад, арахис, апельсины, манго, различные виды рыб), вдыхание пылевых или пылевых аллергенов.

Чаще всего симптомы анафилактического шока возникают через 15–20 минут после контакта организма с аллергеном. Иногда клиническая картина анафилактического шока развивается внезапно на первых секундах контакта с аллергеном или спустя 1–2 часа.

У большинства пациентов заболевание начинается с появления чувства жара, покраснения кожи, страха смерти, головной боли, боли за грудиной. Артериальное давление резко падает, пульс становится нитевидным.

Возможны варианты анафилактического шока с преимущественным поражением:

кожных покровов с нарастающим кожным зудом, покраснением (гиперемией), появлением распространенной крапивницы и отеков Квинке

нервной системы с развитием сильной головной боли, появлением тошноты, повышенной тактильной чувствительности, судорог с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, потерей сознания

органов дыхания с доминирующим удушьем вследствие отека слизистой оболочки и спазма гладкой мускулатуры верхних дыхательных путей

сердца с развитием картины острого миокардита или инфаркта миокарда

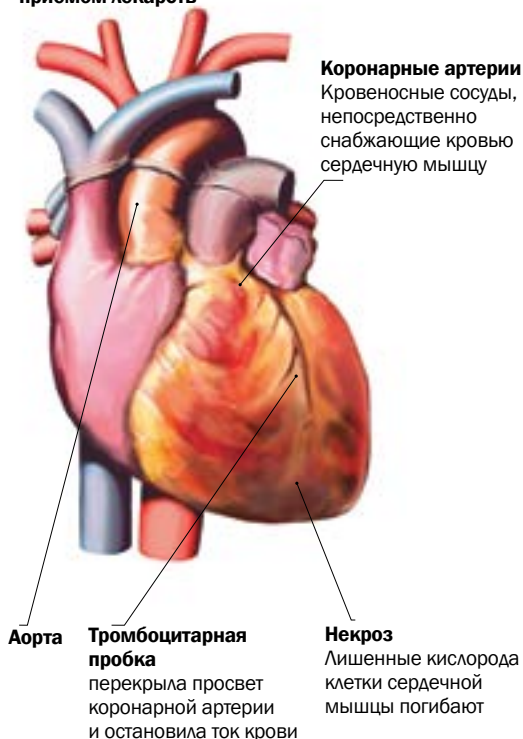
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАЗВИТИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА:

- следует незамедлительно вызывать «скорую помощь»
- до приезда врача необходимо постараться прекратить дальнейшее поступление аллергена в организм. (Если анафилактический шок случился вследствие укуса насекомого, следует наложить жгут выше места укуса. Таким образом прекратится поступление аллергена в общий кровоток.)
- нужно придать пострадавшему горизонтальное положение на спине с наклоненной набок головой для предупреждения асфиксии вследствие западения языка или аспирации рвотных масс
- необходимо освободить от одежды шею, грудную клетку, живот и обеспечить приток кислорода

ИНФАРКТ МИОКАРДА

Инфаркт миокарда — это гибель участка сердечной мышцы, обусловленная острым нарушением кровообращения в этом участке. Инфаркт возникает из-за закупорки коронарной артерии тромбом. Чаще всего тромб коронарной артерии образуется в области атеросклеротической бляшки.

Сильная, давящая, сжимающая, продолжительная боль в центре грудной клетки, не устранимая приемом лекарств



Сильная боль в области сердца, как правило, возникает внезапно, чаще за грудиной или слева от нее. По характеру боль сжимающая, давящая, жгучая. Постепенно боль нарастает. Обычно она отдает в левое плечо, руку, лопатку. Боль не проходит после приема нитроглицерина.

Факторами риска инфаркта могут стать:

- атеросклероз
- гипертоническая болезнь
- физические нагрузки в сочетании с эмоциональным напряжением — спазм сосудов при стрессе
- сахарный диабет и другие обменные заболевания
- генетическая предрасположенность

В начальный период приступа:

- отмечается беспокойное поведение больного
- обнаруживается частое поверхностное дыхание, может вообще остановиться
- в некоторых случаях наблюдаются приступы удушья, отмечается слабый, быстрый пульс, мо-

жет быть прерывистым, возможна остановка сердца

- может быть тошнота и рвота, лицо и губы могут посинеть, появиться выраженное потоотделение
- пострадавший может потерять способность говорить; в дальнейшем возможна потеря сознания

Далеко не всегда болезнь проявляется такой классической картиной. Человек может ощущать лишь дискомфорт в груди или перебои в работе сердца. В ряде случаев боль вообще отсутствует. Кроме того, встречаются нетипичные случаи инфаркта миокарда, когда заболевание проявляется затруднением дыхания с одышкой или болью в животе.

Если вы заметили у себя или у близких описанные выше симптомы, необходимо в срочном порядке вызвать «скорую помощь».

До приезда врача следует оказать первую помощь:

- Если пострадавший в сознании, необходимо придать ему полусидячее положение, подложив под голову и плечи, а также под колени подушки или свернутую одежду.
- Дать пострадавшему таблетку аспирина и попросить разжевать ее.
- Ослабить сдавливающие части одежды, особенно у шеи.
- Если пострадавший без сознания, но дышит, нужно уложить его в безопасное положение.
- Контролировать дыхание и сердечную деятельность. В случае остановки сердца немедленно приступить к искусственному дыханию и непрямому массажу сердца.

ИНСУЛЬТ

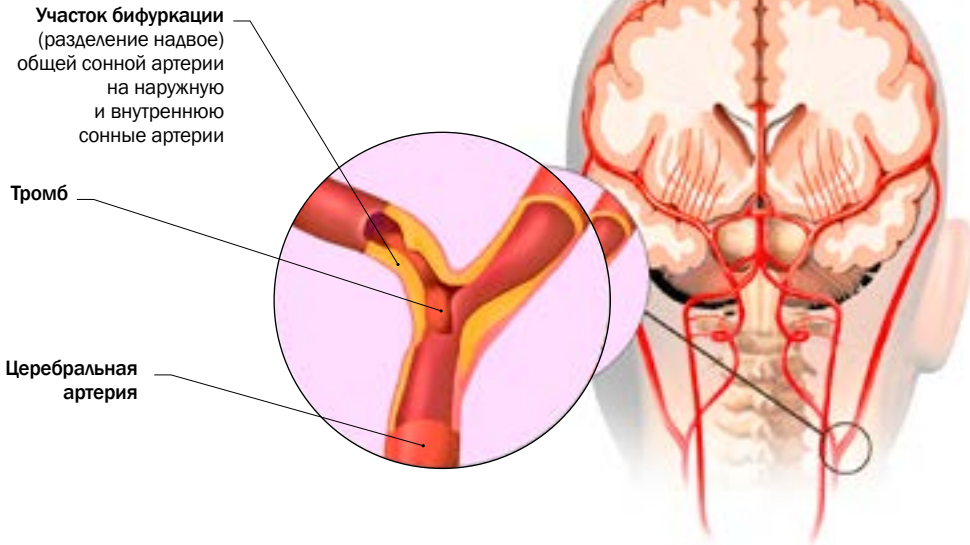
Инсульт — вызванное патологическим процессом острое нарушение кровообращения в головном мозге с развитием стойких симптомов поражения центральной нервной системы.

Причиной инсульта является нарушение тока крови к какой-либо области мозга из-за закупорки (стеноза) сосуда или кровоизлияние в головной мозг вследствие разрыва мозговой артерии.



В настоящее время инсульт выходит на первое место по инвалидизации и занимает третье место по смертности среди пациентов.

ИНСУЛЬТ ВСЛЕДСТВИЕ ТРОМБОЗА СОСУДА



Причиной закупорки может быть:

- эмболия (когда тромб отрывается от места образования и с кровотоком попадает в артерии головного мозга)
- тромбоз (образование тромба в сосудах мозга, обычно вследствие атеросклероза)

Причинами разрыва мозговой артерии и кровоизлияния являются:

- артериальная гипертензия
- врожденно слабые стенки артерий, например аневризма
- тяжелая травма, например сильный удар головой при дорожно-транспортном происшествии

При инсульте могут отмечаться следующие симптомы:

- Появление неожиданной слабости, онемения или паралича мышц лица, руки или ноги, обычно с одной стороны тела. Необычное затруднение или нарушение речи.
- Резкое ухудшение зрения одного или обоих глаз, зрачок на пораженной стороне может быть расширен.
- Неожиданное нарушение походки, головокружение, потеря равновесия или координации.
- Сильные головные боли без каких-либо понятных причин.

Первая помощь при инсульте:

- Немедленно вызвать квалифицированную медицинскую помощь.
- Если пострадавший без сознания, проверить, открыты ли дыхательные пути, восстановить проходимость дыхательных путей, если она нарушена.
- Если пострадавший без сознания, но дышит, перевести его в безопасное положение на сторону без повреждения (на сторону, где не расширен зрачок). В этом случае ослабленная или парализованная часть тела останется наверху.
- Быть готовым к быстрому ухудшению состояния и проведению искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.
- Если пострадавший в сознании, уложить его на спину, подложив что-нибудь под голову.

У пострадавшего может быть микроинсульт, при котором наблюдаются незначительное расстройство речи, легкое помутнение сознания, легкое головокружение, мышечная слабость. В этом случае при оказании первой помощи нужно постараться уберечь пострадавшего от падения, успокоить и поддержать его и немедленно вызвать «скорую помощь». Обязательно контролировать дыхание и работу сердца и быть в готовности к оказанию срочной помощи.

ФИТОТЕРАПИЯ И НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ И ИНСУЛЬТЕ

ПРИ ИНФАРКТЕ

Взять поровну плодов боярышника, корневищ валерианы, травы донника и лабазника, цветков клевера, листьев Melissa и кипрея, лепестков розы. 10 г измельченного в порошок сбора залить 500 мл воды. Нагревать на водяной бане в закрытой посуде в течение 10 мин, настаивать в тепле 2 ч и процедить. Принимать по $\frac{1}{4}$ стакана 4 раза в день в промежутках между едой.

Взять по 2 части цветков боярышника, листьев вахты, травы донника, земляники и по 1 части цветков календулы, листьев мяты перечной и сныти, семян укропа. 10 г сбора залить 500 мл кипятка, нагревать в течение 10 мин на водяной бане, настаивать в теплом месте около 1 ч, процедить и принимать теплым по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день за 30 мин до еды.

Взять поровну цветков боярышника и клевера, листьев вахты и мяты перечной, корневища девясила, корня одуванчика, трав душицы, лабазника, сушеницы болотной, чистотела и шалфея. 10 г измельченного до порошкообразного состояния сбора залить 500 мл кипятка, кипятить около 2 мин, настаивать в теплом месте не менее 2 ч, затем процедить. Принимать после еды по $\frac{1}{3}$ стакана в теплом виде.

Взять поровну травы пустырника, астрагала и сушеницы болотной, корневища валерианы, побегов багульника, цветков календулы, клевера и бессмертника, лепестков розы, плодов фенхеля, коры ивы белой. 10 г сбора залить 500 мл кипятка, настаивать в термосе в течение 6 ч, процедить. Принимать в теплом виде по $\frac{1}{4}$ стакана 5 раз в день.

Взять поровну соцветий арники, цветков каштана конского, листьев манжетки, мать-и-мачехи и сныти, травы пустырника и ла-

ванды, плодов фенхеля, кукурузных рылец. Затем 10 г измельченного до состояния порошка сбора залить 500 мл кипятка, настаивать в термосе не менее 4 ч, обязательно процедить. Принимать следует по $\frac{1}{4}$ стакана 4 раза в день за 1 ч до еды.

Через 6 месяцев


Взять поровну плодов шиповника и семян укропа, соцветий арники, листьев вахты и мяты перечной, травы донника и полыни обыкновенной, цветков ландыша. 10 г сбора в термосе залить 500 мл кипятка, настаивать в течение 6 ч, потом процедить. Принимать в теплом виде по $\frac{1}{4}$ стакана 5 раз в день.

Взять поровну плодов боярышника и фенхеля, цветков клевера, коры ивы белой, травы зверобоя. 5 г сбора залить 250 мл кипятка, нагревать на водяной бане 15 мин, настаивать в тепле 1 ч, процедить. Выпить за 3 приема, последний — не позднее чем за 1 ч до отхода ко сну.

Взять поровну плодов боярышника, всего растения земляники, травы лабазника, чистотела и руты, листьев сныти и кипрея, цветков калины. 10 г измельченного в порошок сбора залить 400 мл кипятка, кипятить 2 мин, настаивать в течение 2 ч, процедить и принимать по $\frac{1}{4}$ стакана в теплом виде после еды.

Взять поровну цветков боярышника, календулы и липы, семян укропа, соломы овса. 5 г измельченного до состояния порошка сбора залить 200 мл кипятка, настаивать в термосе 2,5 ч, процедить. Принимать теплым по 40 мл 4 раза в день за 30 мин до еды.

Взять поровну ягод рябины обыкновенной, листьев вахты, Melissa и сныти. 6 г сбора залить 300 мл кипятка, кипятить в течение



2 мин, настаивать в термосе до 2 ч, процедить. Принять все количество настоя за 3 раза независимо от приема пищи.

ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Боярышник. Взять 100 г спелых ягод, пропустить через мясорубку и залить 500 мл спирта или водки, настаивать в течение 8 дней. Профильтровать и отжать. Принимать 3 раза в день: спиртовую настойку по 30–40 капель с 1 ст. ложкой воды, а водочную — по 50–60 капель, тоже разбавив водой. Можно купить настойку боярышника и в аптеке, приготовленную фабричным способом. Условия приема те же.

Цветки картофеля. Взять 2 ч. ложки цветков картофеля и залить 1 стаканом кипятка. Настаивать до остывания, процедить. Пить эту дозу в течение 2–3 ч мелкими глотками.

Календула. Взять 2 ст. ложки цветков и залить 1 стаканом кипятка, нагревая затем на водяной бане в течение 15 мин. Настаивать в течение 45 мин при комнатной температуре. Процедить и полученный настой довести до первоначального объема кипяченой водой. Принимать настой теплым по $\frac{1}{3}$ или $\frac{1}{4}$ стакана 2–3 раза в день за 30 мин до еды.

Взять 20 г сухих цветков и залить 3 стаканами холодной воды на ночь. Утром в течение 5 мин прокипятить, настаивать в течение 30 мин и процедить. Выпить за 5–6 приемов в течение дня.

Взять 20 г цветков календулы и залить 100 мл спирта. Настаивать 2 недели. Процедить и принимать по 20–30 капель 3 раза в день. Можно купить готовую настойку в аптеке.

Пустырник. Взять 15 г измельченной травы пустырника, залить 1 стаканом кипятка и настаивать до остывания. Процедить и принимать по 1 ст. ложке 3–5 раз в день за 1 ч до еды.

Взять 4 ст. ложки травы пустырника и залить 1 стаканом кипятка. Проварить на водяной бане в течение 15 мин. Охладить при комнатной температуре, процедить и отжать. Принимать по $\frac{1}{2}$ стакана 2 раза в день за 30 мин до еды.

Взять по 1 части травы хвоща и коры крушины, по 2 части багульника и по 3 части травы пустырника. Залить 2 ст. ложки смеси 500 мл кипятка. Кипятить 10 мин, укутать и настаивать в течение 30 мин, остудить и процедить. Принимать по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день после еды.

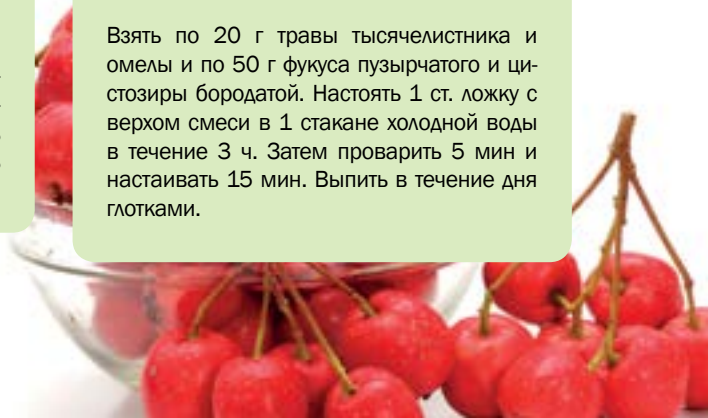
Взять в равных пропорциях траву пустырника, цветки боярышника, листья омелы. Залить 4 ст. ложки смеси 1 л кипятка и настаивать в течение 8 ч. Принимать по $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день через 1 ч после еды.

Взять по 1 части плодов боярышника, почечного чая, адониса весеннего, по 2 части мяты перечной и сушеницы болотной и 3 части травы пустырника. Измельчить. Залить 2 ст. ложки смеси 500 мл кипятка и кипятить в течение 10 мин. Укутать и настаивать в течение 30 мин. Охладить и процедить. Принимать по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день после еды.

Рябина красная. Залить 200 г сухих ягод 500 мл кипятка и варить в течение 2 ч на слабом огне. Охладить, процедить. Принимать по 1–2 ст. ложки 1 раз в день.

Топинамбур. Взять 2 сырых клубня топинамбура (земляной груши) или 2 ст. ложки сухих измельченных клубней и залить 1,2 л кипятка. Варить сырые в течение 15 мин, сухие — 45 мин. Добавить сахар. Принимать по 1 л 2–3 раза в неделю.

Взять по 20 г травы тысячелистника и омелы и по 50 г фукуса пузырчатого и цистозириса бородач. Настоять 1 ст. ложку с верхом смеси в 1 стакане холодной воды в течение 3 ч. Затем проварить 5 мин и настаивать 15 мин. Выпить в течение дня глотками.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ

Утопление — смерть от гипоксии, возникающей в результате закрытия дыхательных путей жидкостью, чаще всего водой.

К утоплению чаще всего приводят нарушение правил поведения на воде, утомление, травмы при нырянии, катание по тонкому льду, алкогольное опьянение, резкая смена температур при погружении в воду после перегрева на солнце и другое.

Выделяют 3 вида утопления:

- истинное (аспирационное)
- сухое
- синкопальное

При **истинном утоплении** вода заполняет дыхательные пути и легкие, что приводит к кислородному голоданию и смерти. В случае **сухого утопления** при попадании воды в верхние дыхательные пути возникает спазм голосовых связок, закрывается путь в трахею и вода в легкие не попадает. В результате этого наступает обморок и происходит остановка дыхания. При **синкопальном утоплении** причиной гибели пострадавшего является внезапное прекращение дыхания и остановка сердца.

Если в легкие человека попадает более 1 литра воды, то в зависимости от типа воды наступают различные нарушения функций организма. В результате утопления в пресной воде через легкие в кровоток поступает большое количество жидкости, что приводит к разжижению крови,



При своевременном и правильном оказании первой помощи утонувшего можно спасти. В первую минуту после утопления в воде можно спасти более 90 % пострадавших, через 6–7 минут — лишь около 1–3 %.

«разрыву» эритроцитов, нарушению ионного равновесия. Вследствие этого наблюдается дрожание желудочков сердца и прекращение сердечной деятельности. Морская вода, являясь, по сути, гипертоническим раствором, не проникает из легких в кровь, но вызывает отек легких за счет скопления в альвеолах легких плазмы крови.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ЧЕЛОВЕКА, ОКАЗЫВАЮЩЕГО ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ:

- вызвать «скорую помощь»
- вытащить из воды пострадавшего
- при необходимости провести искусственное дыхание и непрямой массаж сердца

При спасении утопающего нельзя сразу прыгать в незнакомый водоем. Спасающий не должен рисковать своей жизнью. В воду необходимо заходить медленно. Постараться заранее определить, в каком месте лучше вытащить пострадав-



Транспортировка утопающего к берегу

шего на берег. Если несчастье произошло на реке, попытаться держаться за канат или длинную ветку, конец которой будет в руках у помощника на берегу. Если утопающий в сознании, то, подплыв, необходимо его успокоить. При извлечении утопающего из воды нужно быть осторожным. Подплывать к нему следует сзади, чтобы избежать захватов, от которых порой бывает трудно освободиться. Одним из действенных приемов, который позволяет избавиться от подобного судорожного обьятия, является погружение с утопающим в воду. В таких обстоятельствах он, пытаясь остаться на поверхности, отпустит спасающего. Схватив за волосы или под мышки, нужно перевернуть утопающего вверх лицом и плыть к берегу.

Доставив утопающего на берег, приступить к оказанию первой помощи, характер которой зависит от его состояния.

Если пострадавший находится в сознании, у него удовлетворительный пульс и сохранено дыхание, то достаточно уложить его на сухую твер-

дую поверхность таким образом, чтобы голова была низко опущена, затем раздеть, растереть руками или сухим полотенцем. Желательно дать горячее питье, укутать теплым одеялом и дать отдохнуть.

Если пострадавший при извлечении из воды находится без сознания, но у него сохраняется сердечная деятельность, необходимо как можно быстрее начать искусственное дыхание. При отсутствии у пострадавшего дыхания и сердечной деятельности искусственное дыхание необходимо сочетать с закрытым массажем сердца.

Чтобы удалить воду из трахеи и бронхов, пострадавшего кладут животом на согнутое колено оказывающего помощь таким образом, чтобы голова была ниже грудной клетки, и резкими толчкообразными движениями сжимают боковые поверхности грудной клетки. Эти манипуляции не должны занимать более 10–15 секунд, чтобы не медлить с проведением искусственного дыхания. Далее куском материи удаляют из полости рта слизь, рвотные массы, водоросли и другие инородные предметы.

После освобождения дыхательных путей от воды пострадавшего укладывают на ровную поверхность и при отсутствии дыхания приступают к искусственному дыханию. При отсутствии сердечной деятельности одновременно необходимо проводить наружный массаж сердца.

После появления самостоятельного дыхания и стабильного пульса лучше расположить пострадавшего в положении на боку. Весьма важно согреть пострадавшего, растереть его тело и конечности, напоить горячим чаем.

Все пострадавшие обязательно должны быть госпитализированы в стационар, поскольку в течение 15–72 часов после спасения имеется опасность развития острой дыхательной недостаточности, болей в груди, кашля, одышки, чувства нехватки воздуха, кровохарканья, возбуждения и учащения пульса.



Удаление воды из легких и освобождение дыхательных путей



Положение пострадавшего после восстановления дыхания и сердечной деятельности

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИИ, ЗАМЕРЗАНИИ

Переохлаждение организма наступает при недостаточной защите человека от холода, ветра и сырости. Замерзание — симптомокомплекс, определяемый падением температуры тела до пределов, не совместимых с жизнью.

Наиболее часто переохлаждение наблюдается при длительном пребывании в воде, у людей, заблудившихся и выбившихся из сил, одетых не по сезону. Одним из первых симптомов переохлаждения является озноб, ощущение ползания мурашек по телу, дрожь во всем теле, небольшое снижение чувствительности в открытых участках тела. Далее может возникнуть вялость, сонливость. Наступают сначала небольшие, а затем выраженные нарушения кровообращения — сначала в коже, потом в подлежащих тканях.

При длительном пребывании на холоде вследствие общего переохлаждения организма может наступить состояние замерзания. Его развитию способствуют высокая влажность воздуха, сильный ветер, малая подвижность, утомление, голод, алкогольное опьянение.

СТАДИИ ЗАМЕРЗАНИЯ:

Стадия возбуждения — температура тела колеблется от 37 °С до 34 °С, появляется озноб, повышается двигательная активность, учащается дыхание и пульс, появляются «гусиная» кожа, бледность, мышечная дрожь.

Стадия угнетения — температура тела понижается до 34–27 °С, кожа охлаждается и синееет. Пульс и дыхание замедляются, наступает окоченение мышц, скованность суставов, кратковременное забытие до потери сознания.

Стадия паралича — температура тела снижается до 27 °С, дыхание и пульс практически не определяются.

Объем необходимой первой помощи зависит от состояния пострадавшего и стадии замерзания.

Первая помощь при первой стадии замерзания:

- Необходимо немедленно предотвратить дальнейшее охлаждение, внести пострадавшего в теплое помещение, снять мокрую одежду.
- Пострадавшего немедленно поместить в теплую (36 °С) ванну, предварительно раздев.

Постепенно, в течение 15 минут, повысить температуру воды до 40 °С, которую поддерживать до тех пор, пока температура тела не поднимется до 36–36,5 °С. После этого пострадавшего одеть в сухое теплое белье или завернуть в одеяло.

- Пострадавшему дать горячее питье (сладкий чай).
- Необходимо периодически контролировать состояние пострадавшего — измерять частоту пульса и дыхания.

Первая помощь при второй стадии замерзания:

- Произвести все мероприятия неотложной помощи первой стадии.
- Применить активное наружное согревание с использованием нагретых пакетов, грелок, бутылок с горячей водой.
- Если пострадавший может глотать, нужно обеспечить обильное горячее питье (сладкий чай). Употребление алкоголя запрещается.
- Наиболее быстро и эффективно наружное согревание достигается при помещении пострадавшего в ванну с горячей водой. Однако следует помнить, что активное согревание может сопровождаться развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности. В связи с этим при глубоком переохлаждении начальная температура воды в согревающей ванне должна быть выше температуры тела не более чем на 10–15 °С и повышаться не быстрее чем на 5–10 °С в час до температуры воды 40–42 °С.

Первая помощь при третьей стадии замерзания:

- Осуществить все мероприятия неотложной помощи первой и второй стадии.
- При остановке дыхания и кровообращения необходимо немедленно приступить к проведению искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ

Отморожение — повреждение тканей в результате воздействия низкой температуры.

Чаще всего отморожения возникают в холодное зимнее время при температуре окружающей среды ниже минус 10 °С. При длительном пребывании вне помещения, особенно при высокой влажности и сильном ветре, отморожение можно получить осенью и весной при температуре воздуха выше нуля. Отморожению более подвержены пальцы рук и ног, нос, ушные раковины и лицо. Тяжесть отморожения зависит от продолжительности действия холода, а также от состояния организма. Факторами, предрасполагающими к отморожению, являются общее ослабление организма вследствие кровопотери, голодания, авитаминоза, заболевания сердечно-сосудистой системы, утомление. Различают 4 степени отморожения.

Отморожение I степени развивается после кратковременного воздействия холода. Кожа пострадавшего бледной окраски, несколько отечна, чувствительность ее резко снижена или полностью отсутствует. После согревания кожа приобретает сине-красную окраску, отечность усиливается, при этом зачастую наблюдаются тупые боли. Омертвления кожи не возникает. Через 7 дней после отморожения иногда наблюдается незначительное шелушение кожи. Полное выздоровление наступает к 5–7 дню после отморожения.

Отморожение II степени возникает при более продолжительном воздействии холода. При отогревании бледные кожные покровы пострадавшего приобретают багрово-синюшную окраску, быстро развивается отек тканей, распространяющийся за пределы отморожения. В первые дни после травмы образуются пузыри, наполненные прозрачным содержимым. Полное восстановление целостности кожного покрова происходит в течение 1–2 недель, грануляции и рубцы не образуются. Длительно может сохраняться нарушение чувствительности кожи, но в то же время отмечаются значительные боли.

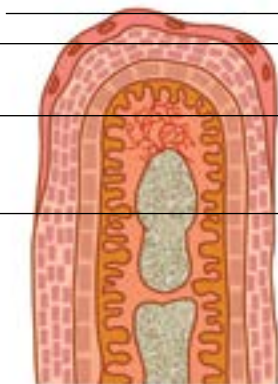
Отморожение III степени наблюдается при длительном воздействии холода. При этом пузыри появляются рано, они наполнены кровянистым содержимым, дно их сине-багровое, нечувствительное к раздражениям. Происходит гибель всех элементов кожи с развитием в исходе отморожения грануляций и рубцов. Сошедшие ногти вновь

не отрастают или вырастают деформированными. Повреждение глубоких тканей выявляется через 3–5 дней в виде развивающейся влажной гангрены. Интенсивность и продолжительность болевых ощущений более выражена, чем при отморожении II степени. Интоксикация проявляется потрясающим ознобом и потами, значительным ухудшением самочувствия, апатией.

Отморожение IV степени возникает при длительном воздействии холода. Характеризуется омертвлением всех слоев кожи, подлежащих тканей, костей и суставов. Оно нередко сочетается с отморожением III и даже II степени. Поврежденный участок конечности резко синюшный, иногда с мраморной расцветкой. Отек развивается сразу после согревания и быстро увеличивается. Температура кожи значительно ниже, чем на окружающих участок отморожения тканях. Пузыри развиваются в менее отмороженных участках, где имеется отморожение III–II степени. Граница повреждения появляется медленно, отчетливая линия выявляется через 10–17 дней. Поврежденная зона быстро чернеет и начинает высыхать. Процесс отторжения некротизированной конечности длится около 1,5–2 месяцев.



Классификация отморожений

Ростковый слой
ДермаМягкие ткани
Кости

I степень

II степень

III степень

IV степень

Действия при оказании первой помощи различаются в зависимости от степени отморожения, наличия общего охлаждения организма, возраста и сопутствующих заболеваний.

Первая помощь состоит в прекращении охлаждения, согревании конечности, восстановлении кровообращения в пораженных холодом тканях и предупреждении развития инфекции. Первое, что надо сделать при признаках отморожения, — доставить пострадавшего в теплое помещение, снять промерзшую обувь, носки, перчатки. Одновременно с проведением мероприятий первой помощи необходимо срочно вызвать «скорую помощь» для оказания врачебной помощи.

При отморожении I степени охлажденные участки следует согреть до покраснения теплыми руками, легким массажем, растираниями шерстяной тканью, дыханием, а затем наложить ватно-марлевую повязку.

При отморожении II, III и IV степени следует воздержаться от интенсивного растирания и массажа охлажденной части, так как это может привести к травме сосудов, что увеличивает опасность их тромбоза и глубину повреждения тканей. Зачастую бытует мнение, что основным мероприятием первой помощи при отморожении является растирание снегом. Однако растирать отмороженные участки тела снегом и льдом нельзя, так как при этом усиливается охлаждение, а льдинки ранят кожу, что может привести к инфицированию. Чтобы предохранить отмороженный участок тела от загрязнения, надо наложить на пораженную поверхность ватно-марлевую асептическую повязку. В качестве теплоизолирующего материала можно использовать теплую одежду, шерстяную ткань и прочее. Пострадавшему необходимо дать

горячее питье (сладкий чай), горячую пищу, одеть в теплую одежду или завернуть в одеяло. После этого пострадавшего необходимо доставить в лечебное учреждение. При транспортировке следует принять все меры к предупреждению повторного охлаждения.



ФИТОТЕРАПИЯ И НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ



КОРА ДУБА ЧЕРЕШЧАТОГО

2 ст. ложки коры заварить в 0,5 л кипятка, настоять. Использовать в теплом виде для ванн и компрессов.



ЦВЕТКИ РОМАШКИ АПТЕЧНОЙ

1 ст. ложку цветков залить стаканом кипятка, настоять 20 мин. Процедить. Использовать в теплом виде для ванн, компрессов, примочек.



ЛИСТ ГРЕЦКОГО ОРЕХА И ЦВЕТКИ РОМАШКИ АПТЕЧНОЙ

1 ст. ложку сбора залить стаканом кипятка, настоять 20 мин в теплом месте, процедить. Использовать для компрессов.



ТРАВА (ИЛИ СОЛОМА) ОВСА ПОСЕВНОГО

30 г измельченного сырья залить 1 л кипятка, прокипятить 5 мин и настоять до охлаждения, процедить. Настой используют для обмываний, примочек и компрессов.



200 г кашицы репы смешать со 100 г гусиного жира, растопить на кипящей водяной бане, постоянно помешивая содержимое, охладить. Мазь накладывать на отморожения.



Растирать отморожения тертым луком и чесноком.



НАРОДНОЕ СРЕДСТВО

При местном отморожении знахари Сибири пользовались компрессами из холодной воды. Намочить в холодной воде марлю и отжать. Наложить на отмороженное место, покрыть компрессной бумагой или клеенкой, ватой и завязать. Держать, не снимая, 10–12 ч.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕПЛОВОМ И СОЛНЕЧНОМ УДАРЕ

Тепловой удар — это остро развивающееся состояние, вызванное нарушением терморегуляции организма в результате длительного воздействия высокой температуры внешней среды. Тепловой удар, вызванный воздействием на организм прямого солнечного излучения, называется солнечным ударом.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЕПОВОГО УДАРА:

- Основной причиной возникновения теплового удара является воздействие на организм высокой температуры в условиях высокой влажности окружающей среды.
- Тепловой удар может возникнуть в результате ношения теплой и синтетической одежды, которая мешает телу выделять тепло.
- Чрезмерное употребление алкоголя может стать причиной развития теплового удара, так как алкоголь нарушает терморегуляцию.
- Жаркая погода. Если нет привычки к действию на организм высоких температур, нужно ограничить физическую активность при резкой смене температурного режима.
- Тяжелая физическая нагрузка под открытым солнцем является серьезным фактором риска развития теплового удара.
- Некоторые лекарственные средства также повышают риск получения теплового удара. К средствам, повышающим риск теплового удара, относятся: вазоконстрикторы, диуретики, антидепрессанты и антипсихотические средства.

Основным признаком теплового удара является высокая температура тела — до 40 °C и выше. Также может отмечаться покраснение кожи,

одышка, слабость, тошнота, рвота. При тепловом ударе часто появляется жажда, головокружение, потемнение в глазах, зрительные галлюцинации (мелькание перед глазами, ощущение движения посторонних предметов, ползание мурашек). Пульс частый, слабый, дыхание учащенное. Возможно развитие пульсирующей головной боли. В тяжелых случаях могут наблюдаться галлюцинации, судороги, непроизвольные мочеиспускание и дефекация, потеря сознания, нарушение или полное отсутствие сна.

При первых признаках теплового удара следует вызвать «скорую помощь». До ее приезда следует предпринять следующие меры:

- Обеспечить охлаждение организма пострадавшего. Если находились на улице, занести пострадавшего в прохладное кондиционированное помещение (торговый центр, кинотеатр).
- Снять с пострадавшего тесную одежду, развязать галстук, снять обувь.
- Обеспечить приток свежего воздуха.
- Для снижения температуры тела можно положить на голову, шею и грудь пострадавшего холодные компрессы, а при наличии льда — к области шеи, спины, подмышек и паха.
- Тепловой удар возникает не только в результате обезвоживания, но и в результате потери солей с потом. Поэтому при тепловом ударе рекомендуется выпить 1 литр воды с добавлением 2 чайных ложек соли.
- При тепловом ударе ни в коем случае нельзя пить алкогольные напитки и напитки с высоким содержанием кофеина (чай, кофе), так как они нарушают терморегуляцию организма.
- Если пострадавший чувствует тошноту, слабость, то его надо уложить на бок. При рвоте — повернуть голову пострадавшего для предупреждения попадания рвотных масс в дыхательные пути. При остановке дыхания необходимо проводить искусственную вентиляцию легких.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Ожоги — повреждение тканей организма в результате воздействия высокой температуры, химических веществ или электрического тока. Соответственно различают термические, химические и электрические ожоги.

ТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ

Термические ожоги встречаются наиболее часто, на их долю приходится около 90–95 % всех ожогов. Наиболее часто встречаются ожоги от воздействия пламени, горячей жидкости, пара, а также от соприкосновения с горячими предметами. Особенно опасны ожоги, нанесенные открытым пламенем, когда поражаются верхние дыхательные пути и значительная часть тела. Чем обширнее ожог, тем тяжелее общее состояние пострадавшего и хуже прогноз.

Тяжесть ожогов определяется площадью и глубиной поражения тканей. В зависимости от глубины поражения различают 4 степени ожогов.

Ожог I степени характеризуется легким повреждением самого поверхностного слоя кожи. У пострадавшего наблюдается покраснение, отек, припухлость, местное повышение температуры кожи и болезненность. Через 3–4 дня все эти явления проходят.

Ожог II степени отличается развитием более выраженной воспалительной реакции. На фоне покраснения кожи появляются пузыри, на-

полненные желтоватой жидкостью. Если пузыри лопаются, то обнажается болезненная рана с ярко-красным дном. При этом ожоге повреждения глубоких слоев кожи нет, поэтому, если не происходит инфицирования ожоговой поверхности, через 6–7 дней поврежденные слои кожи восстанавливаются.

Ожог III степени характеризуется большей глубиной поражения и более выраженным омертвением тканей с образованием ожогового струпа. Среди ожогов III степени выделяют **ожоги III-A и III-B степени**. При ожогах III-A степени сохраняются эпителиальные элементы кожи, являющиеся исходным материалом для самостоятельного заживления раны без образования рубцов. При ожоге III-B степени все слои кожи полностью погибают и образовавшаяся рана заживает посредством гранулирования и рубцевания.

Ожоги IV степени сопровождаются обугливанием кожи и поражением глубже лежащих тканей — подкожной жировой клетчатки, мышц, сухожилий, костей и суставов. Это самая тяжелая форма ожогов.

Классификация ожогов





Наложение сухой стерильной повязки



Промывание обожженного участка струей холодной воды

Ожоги I — III-A степени считаются поверхностными, а ожоги III-B — IV степени — глубокими.

Первая помощь при ожогах должна быть направлена на прекращение воздействия высокой температуры на пострадавшего:

- Следует погасить пламя на одежде.
- Удалить пострадавшего из зоны высокой температуры.
- Снять с поверхности тела тлеющую одежду. Отрывать одежду от кожи нельзя, так как это только усугубит травму. Одежду обрезают вокруг ожога.
- Поверх ожога наложить асептическую повязку. Наложение сухой асептической повязки предупреждает инфицирование ожоговой поверхности. Эти же меры принимают при ожогах расплавленным битумом или смолой, прилипшим к коже.
- Не следует снимать с обожженной поверхности волдыри и пузыри, а также смазывать их различными жирами и маслами. Жиры и масла не уменьшают боль, не дезинфицируют поверхность ожога и не помогают заживлению, они только мешают врачу произвести первичную хирургическую обработку раны.
- Пострадавшего необходимо уложить в положение, при котором меньше всего беспокоят боли.
- При ограниченном термическом ожоге следует немедленно начать охлаждение места ожога проточной водой в течение 15–20 минут.

- При обширных ожогах пострадавшего лучше завернуть в чистую проглаженную простыню.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ

Химические ожоги возникают от воздействия на тело концентрированных кислот (соляная, серная, азотная, уксусная, карболовая), щелочей (едкий натр, негашеная известь) и других химически активных веществ (фосфор, нитрат серебра, хлорид цинка). Тяжесть и глубина повреждения зависят от вида, температуры, концентрации и продолжительности воздействия химического вещества.

Оказание первой помощи при химических ожогах:

- При химических ожогах пораженную поверхность следует как можно быстрее обильно промыть проточной водой.
- Промывание обожженного участка струей холодной воды.
- При ожогах негашеной известью и серной кислотой, промывать обожженную поверхность водой нельзя, так как при взаимодействии с водой эти вещества выделяют большое количество тепла, которое может усилить степень ожога.
- В случае пропитывания химически активным веществом одежды ее нужно быстро удалить.
- При ожогах, вызванных фосфором, обожженную часть тела погружают в воду, под водой палочкой или ватой удаляют кусочки фосфора.



При электроожогах оказывается такая же первая помощь, как и при глубоких термических ожогах.

- При ожогах концентрированными кислотами хороший эффект дает обмывание обожженной поверхности содовыми растворами.
- При ожогах, вызванных щелочами, эффективно обмывание обожженной поверхности слабым раствором уксусной кислоты (1 чайная ложка столового уксуса на 300 миллилитров воды). После обработки на место ожога накладывается стерильная повязка, смоченная составом, которым обрабатывался ожог.

После оказания первой помощи пострадавшего необходимо срочно доставить в лечебное учреждение. При его транспортировке оказывающий помощь должен обеспечить больному максимальный покой и удобное положение. Нельзя допускать переохлаждения больного. Он должен быть хорошо укрыт.

ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ОЖОГИ

Электротравма вызывает общие и местные нарушения в организме.

Местные изменения при электротравме проявляются в виде ожогов ткани в местах входа



и выхода электрического тока, так называемые знаки тока. Возникающие при этом повреждения напоминают ожог III–IV степени.

Электроожоги в виде знаков тока могут быть точечными или иметь крупные размеры в зависимости от площади контакта кожи с источником электрического тока. Даже локальное по площади поражение кожных покровов может сопровождаться значительной деструкцией мягких тканей и костей. Образовавшиеся раны имеют кратерообразную форму, на их месте впоследствии формируется плотный струп.

Знаки тока:

1 — место входа тока, 2 — место выхода тока



1



2

ФИТОТЕРАПИЯ И НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ НЕСИЛЬНЫХ СТЕПЕНЯХ ОЖОГОВ



АЛОЭ ДРЕВОВИДНОЕ (СТОЛЕТНИК)

Соком из листьев пропитать салфетку и закрыть ожоговую поверхность.



БУЗИНА ЧЕРНАЯ

Свежесобранные листья обварить кипятком или горячим молоком и приложить к обожженной поверхности.



ВЕРОНИКА ЛЕКАРСТВЕННАЯ

Свежесобранную траву обварить кипятком, измельчить и настаивать в течение 10 дней с равным по весу количеством прокипяченного подсолнечного масла. Процедить. Применять для повязок.



ЗВЕРОБОЙ ПРОДЫРЯВЛЕННЫЙ

Взять 100 г травы зверобоя и залить 600 мл подсолнечного масла. Кипятить в течение 30 мин. Охладить и процедить. Масло зверобоя используют для подсушивания ожоговой поверхности и регенерации тканей.



ЛАПЧАТКА ПРЯМОСТОЯЧАЯ (КАЛГАН)

Приготовление отвара: 1 ст. ложку измельченных корневищ залить 1 стаканом воды, кипятить на слабом огне 15 мин, настаивать 2 ч, процедить. Приготовление мази: 1 ст. ложку измельченных корневищ кипятить 5 мин в 1 стакане сливочного несоленого масла, процедить в теплом виде. Применять для смазывания ожоговой поверхности после обработки отваром из корневищ.

**ЛУК РЕПЧАТЫЙ**

Кашицу из луковицы завернуть в марлю или пропитать марлю луковым соком и наложить на ожоговую поверхность.

**ПОДРОЖНИК БОЛЬШОЙ**

Листья обварить кипятком, остудить и приложить к ожоговой поверхности.

**ЧЕРНИКА ОБЫКНОВЕННАЯ**

Свежесобранные ягоды в течение 10 мин отварить в небольшом количестве воды. Слить воду. Ягоды остудить и растереть. Растертые ягоды наложить на ожоговую поверхность, фиксируя повязкой.

**СУШЕНИЦА БОЛОТНАЯ**

Настой из травы применяют для обмывания ожоговых поверхностей, а мазь используют для повязок. Приготовление мази: 1 ст. ложку порошка растирают с 0,5 стакана сливочного масла и 0,5 стакана меда.

**ТЫКВА ОБЫКНОВЕННАЯ**

Свежей мякотью тыквы обкладывают воспаленные места ожогов.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ И ПОРАЖЕНИИ МОЛНИЕЙ

Электротравма — это повреждения, возникающие под действием электрического тока высокого напряжения или разряда атмосферного электричества (молнии).

Наиболее частыми причинами электротравм бывают:

- несоблюдение техники безопасности
- аварии
- неумелое обращение с электроприборами
- нарушение изоляции токопроводящей цепи

Электротравма возникает не только при непосредственном соприкосновении тела человека с источником тока, но и при дуговом контакте, когда человек находится вблизи от установки

с напряжением более 1000 В, особенно в помещениях с высокой влажностью воздуха.

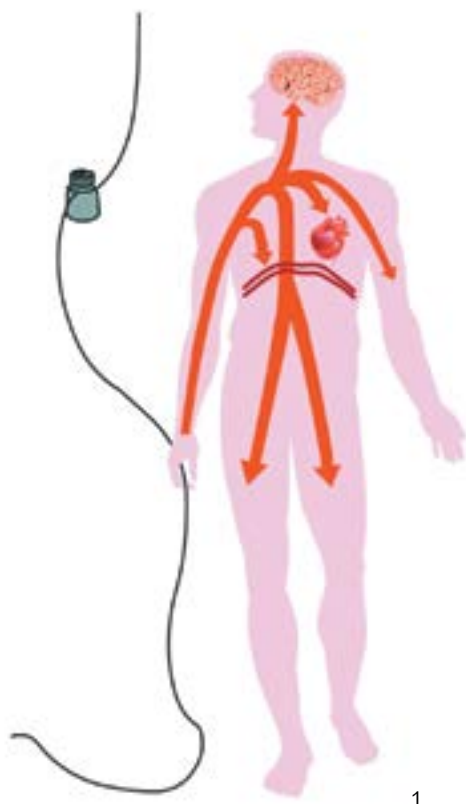
Электрический ток вызывает общие и местные нарушения в организме. **Местные нарушения** рассмотрены в разделе «Электрические ожоги».

К общим нарушениям относятся:

- расстройство деятельности центральной нервной системы
- расстройство деятельности сердечно-сосудистой системы
- расстройство деятельности дыхательной системы

При воздействии электрического тока возникают спазм диафрагмы, мышцы сердца, судороги скелетных мышц, потеря сознания. В случае воздействия переменного тока силой 15 мА у пострадавшего появляются судороги. При поражении током силой 25–50 мА останавливается сердце и наступает смерть пострадавшего.

При поражении молнией чаще возникают явления со стороны центральной нервной системы. У пострадавших развивается глухота, глухонмота, возникают параличи и остановка дыхания. Внешний вид пораженного молнией человека в первый момент напоминает вид умершего. Больной бледен, зрачки расширены, не реагируют на свет, дыхание и пульс отсутствуют. Местные повреждения при поражении молнией аналогичны повреждениям, наступающим при воздействии



1



2

Поражение электрическим током и молнией:
1 — общее действие электрического тока, 2 — «знаки молнии»



Освобождение пострадавшего от действия тока

промышленного электричества. На коже часто появляются изменения в виде древовидно ветвящихся полос темно-красного цвета («знаки молнии»), что обусловлено расширением сосудов.

Первая помощь при электротравме направлена на освобождение пострадавшего от действия тока, на восстановление и поддержание сердечной деятельности и дыхания.

Для освобождения пострадавшего необходимо как можно скорее обесточить провод. Это можно сделать путем выключения рубильника или выключателя, рассечением провода кусачками с изолированными ручками, топором или лопатой, имеющими сухие деревянные ручки. Если невозможно обесточить провод, его оттягивают сухой палкой или веревкой.

При повреждениях, сопровождающихся легкими общими явлениями (обморок, кратковременная потеря сознания, головокружение, голов-

ная боль, боли в области сердца), первая помощь заключается в создании покоя, наложении на обожженные участки сухой стерильной повязки и доставке пострадавшего в лечебное учреждение. При транспортировке необходимо следить за состоянием пострадавшего. Следует помнить, что в ближайшие часы после травмы общее состояние пострадавшего может внезапно ухудшиться. Могут возникнуть нарушения в работе сердца, явления вторичного шока и так далее.

При тяжелых общих явлениях, сопровождающихся остановкой дыхания и нарушением сердечной деятельности, необходимо незамедлительно приступить к проведению искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца. После восстановления самостоятельного дыхания и стабильного пульса возможна транспортировка пострадавшего в лежачем положении в лечебное учреждение.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

Отравление — это патологическое состояние, которое возникает при воздействии на организм ядов и токсинов. Чем выше токсичность химического вещества, тем меньшее его количество способно вызвать отравление.

Чаще всего отравления вызывают медикаменты, химические вещества (бытовая химия, кислоты, щелочи), просроченные или некачественные продукты питания, ядовитые растения, газы и токсические испарения.

В зависимости от вида отравлений выделяют:

- пищевые отравления
- лекарственные отравления
- алкогольные отравления
- отравления химическими веществами
- отравления газами
- отравления, обусловленные укусами насекомых, змей, животных

Симптомы отравления зависят от вида яда или токсина и пути его попадания в организм.

Отравляющие вещества могут поступать в организм различными путями:

- во время приема пищи
- через кожу и слизистые оболочки
- через дыхательные пути
- при укусе ядовитого животного

Наиболее типичными признаками отравления служат: тошнота, рвота, боль в области живота, понос, психомоторное возбуждение или заторможенность. У больного могут наблюдаться тахикардия или брадикардия, нитевидный пульс, бледность кожных покровов, возможно состояние коллапса. При отсутствии своевременной помощи может развиться почечная недостаточность, которая проявляется задержкой или полным прекращением мочеиспускания. При отравлениях ядами, действующими на центральную нервную систему, возможно нарушение дыхания вплоть до полного его прекращения.

Первая помощь при отравлении через пищеварительный тракт:

- Вызвать «скорую помощь».
- Дать пострадавшему выпить 4–5 стаканов теплой воды.

- Вызвать рвоту, надавив на корень языка или пощекотав зев. В ряде случаев рвота возникает самостоятельно вследствие растяжения стенок желудка выпитой водой.
- Промыть желудок повторно до полного очищения.
- Дать пострадавшему 5 растолченных таблеток активированного угля, запивать водой.
- При рвоте в бессознательном состоянии следует повернуть голову пострадавшего набок.

Первая помощь при отравлении через кожу:

- Раздеть пострадавшего и обмыть водой загрязненные ядом или токсинами участки кожи.
- Кислоты и щелочи следует смывать теплой водой, хлорофос и этилированный бензин — холодной. Смывание необходимо проводить не менее 5–10 минут.
- Вызвать «скорую помощь».

Первая помощь при проникновении яда через легкие:

- Защитить собственные легкие (обвязать платком рот и нос, стараясь как можно меньше вдыхать отравленный воздух).
- Вывести пострадавшего из зоны действия отравляющего вещества.
- Вызвать «скорую помощь».
- Уложить пострадавшего в горизонтальное положение, освободить от стесняющей одежды и обеспечить приток свежего воздуха.
- При отсутствии дыхания и сердечной деятельности незамедлительно приступить к выполнению искусственного дыхания и закрытого массажа сердца.



АПТЕЧКИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

ДОМАШНЯЯ АПТЕЧКА ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

- Анальгин — 0,5 г (10 таблеток в упаковке).
- Аспирин — 0,5 г (10 таблеток в упаковке).
Для детей следует использовать парацетамол в таблетках по 0,2 г или сироп Панадол.
- Аэрон для профилактики и лечения морской и воздушной болезни (10 таблеток в упаковке).
- Валидол — 0,06 г (10 таблеток в упаковке) или в капсулах по 0,1 г (20 капсул в упаковке).
- Валокардин (корвалол) — 20 мл во флаконах (корвалол 25 мл).
- Нитроглицерин — 0,0005 г (40 таблеток в упаковке) или в капсулах по 0,0005 г (20 капсул в упаковке).
- Супрастин — 0,025 г (20 таблеток в упаковке).
- Уголь активированный — 0,5 г (10 таблеток в упаковке).
- Горчичники — 1 упаковка.
- Йода спиртовой раствор 5%-ный (или 1-2%-ный спиртовой раствор бриллиантовой зелени).
- Лейкопластырь бактерицидный 1,9×7,2 см — 10 шт.
- Лейкопластырь рулонный 1 м×250 см — 1 шт.
- Нашатырный спирт 10%-ный по 10,0 мл во флаконе или в ампулах по 1,0 мл.
- Перекиси водорода раствор 3%-ный 1 флакон.
- Перманганат калия (марганцовка) 5 г — 1 флакон.
- Фурацилин — 0,02 г (10 таблеток в упаковке).
- Сульфацил-натрий (альбуцид) 30%-ный раствор в тюбиках-капельницах — 1 шт.
- Бинт стерильный 5 м×10 см и 5 м×5 см — 1 шт.
- Бинт нестерильный 5 м×10 см — 1 шт.
- Вата гигроскопичная нестерильная — 1 упаковка.
- Пакет перевязочный индивидуальный — 1 шт.



- Резиновый кровоостанавливающий жгут — 1 шт.
- Бумага пергаментная (вошенная) — 1 упаковка.
- Грелка резиновая — 1 шт.
- Напальчники — 1 упаковка.
- Ножницы — 1 шт.
- Пинцет — 1 шт.
- Пипетка глазная — 1 шт.
- Пузырь для льда — 1 шт.
- Стаканчик для приема лекарств — 1 шт.
- Термометр медицинский — 1 шт.
- Перчатки медицинские — 1 пара.

АПТЕЧКА ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПОХОДОВ

Состав аптечки рассчитан на группу из 10 человек, продолжительность похода около 10 дней, срок возможной эвакуации пострадавшего 1 сутки.

Средства для временной остановки наружного кровотечения и перевязки ран:

- Жгут кровоостанавливающий — 1шт.
- Бинт стерильный 7 м×14 см — 4шт.
- Бинт стерильный 5 м×10 см — 3шт.
- Бинт эластичный трубчатый № 1 — 1шт.
- Бинт эластичный трубчатый № 2 — 1шт.

- Бинт эластичный трубчатый № 3 — 1 шт.
- Эластичный бинт 4 м×8 см — 1 шт.
- Вата гигроскопичная нестерильная — 1 упаковка.
- Стерильные салфетки 5×5 см — 1 упаковка.
- Стерильные салфетки 10×10 см — 1 упаковка.
- Лейкопластырь рулонный шириной 5×1000 см — 2 шт.
- Лейкопластырь бактерицидный 4×10 см — 10 шт.
- Лейкопластырь бактерицидный 1,9×7,2 см — 15 шт.
- Пакет перевязочный индивидуальный — 3 шт.

АНТИСЕПТИКИ

- Йода спиртовой раствор 5%-ный (или 1-2%-ный спиртовой раствор бриллиантовой зелени) — 1 флакон.
- Перманганат калия (марганцовка), 5 г — 1 флакон.
- Фурациллин — 0,02 г (10 таблеток в упаковке) — 5 упаковок.
- Пантенол аэрозоль — 1 шт.
- Перекиси водорода раствор 3%-ный — 1 флакон.
- Сульфацил-натрий (альбucid) 30%-ный раствор — 1 флакон.

ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ, ЖАРОПОНИЖАЮЩИЕ, СПАЗМОЛИТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

- Анальгин — 0,5 г (10 таблеток в упаковке) — 1 упаковка.
- Аспирин — 0,5 г (10 таблеток в упаковке) — 1 упаковка.
- Но-шпа — 0,04 г (60 таблеток в упаковке) — 1 упаковка.

Сердечно-сосудистые средства:

- Валидол — 0,06 г (10 таблеток в упаковке) или в капсулах по 0,1 г (20 капсул в упаковке) — 1 упаковка.
- Нитроглицерин — 0,0005 г (40 таблеток в упаковке) или в капсулах по 0,0005 г (20 капсул в упаковке) — 1 упаковка.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ СРЕДСТВА

- Лоперамид — 0,002 г (10 капсул в упаковке) — 5 упаковок.
- Активированный уголь — 0,25 г (10 таблеток в упаковке) — 5 упаковок.
- Антигистаминный препарат
- Супрастин — 0,025 г (20 таблеток в упаковке) — 1 упаковка.

МАЗИ

- Детский крем — 1 тюбик.
- Диклофенак — 1 тюбик.
- Средство для сердечно-легочной реанимации
- Устройство для проведения искусственного дыхания «Рот-устройство-рот» — 1 шт.

Прочие средства:

- Нашатырный спирт 10%-ный — 3 ампулы по 1,0 мл.
- Градусник — 1 шт.
- Перчатки медицинские — 1 пара
- Пинцет — 1 шт.
- Ножницы — 1 шт.



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
История развития первой медицинской помощи	4
Правовые основы оказания первой помощи	6
Общие правила оказания первой помощи	8
Жизненно важные функции	10
Первая помощь при остановке дыхания и нарушении сердечной деятельности	12
Первая помощь при ранениях	16
Фитотерапия и народные средства при травмах	24
Первая помощь при инородных телах	26
Первая помощь при травмах	28
Фитотерапия и народные средства при травмах	32
Травматический шок	34
Транспортировка пострадавших	35
Травмы головного мозга	38
Сотрясение головного мозга	38
Ушиб головного мозга	38
Сдавление головного мозга	39
Первая помощь при неотложных состояниях	40
Обморок	40
Анафилактический шок	41
Инфаркт миокарда	41
Инсульт	42
Фитотерапия и народные средства при инфаркте и инсульте	44
Первая помощь при утоплении	46
Первая помощь при переохлаждении, замерзании	48
Первая помощь при отморожениях	49
Фитотерапия и народные средства при отморожении	51
Первая помощь при тепловом и солнечном ударе	52
Первая помощь при ожогах	53
Термические ожоги	53
Химические ожоги	54
Фитотерапия и народные средства при несильных степенях ожогов	56
Первая помощь при электротравме и поражении молнией	58
Первая помощь при отравлениях	60
Аптечки	61

УДК 614.88
ББК 51.1(2)2
П 37

«Семейная энциклопедия здоровья»

Платонов Игорь Николаевич

Касьянова Марина Николаевна

Соловьева Ольга Михайловна

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ КАЖДОМУ

Научно-популярное издание

Научный редактор доктор медицинских наук, профессор В. Н. Федорев

Ответственный редактор *Е. Целовальникова*. Художественный редактор *Ю. Прописнова*

Технический редактор *Е. Траскевич*. Корректор *Л. Иванова*

Верстка *И. Рогова*

Иллюстрации *Е. Морозова, А. Кирилловой, В. Титова*

Руководитель проекта *А. Галль*

ISBN 978-5-367-02529-3

© ЗАО ТИД «Амфора», 2013

Платонов И., Касьянова М., Соловьева О.

П 37 Первая помощь: Что нужно знать каждому/ Игорь Платонов, Марина Касьянова, Ольга Соловьева. — СПб. : Амфора. ТИД Амфора, 2013. — 62 с. : ил.