

Чем больше я работаю врачом и инструктором альпинизма, тем больше убеждаюсь, что у людей, не исключая и горновосходителей, знания об оказании доврачебной помощи часто гораздо скуднее, чем требуется в экстремальных ситуациях. Одна из причин – ограниченная доступность систематизированной информации на эту тему.

Чтобы восполнить этот пробел знаний хотя бы участниками нашего форума, здесь начинается изложение систематизированных сведений о диагностике болезненных состояний и оказании неотложной доврачебной помощи. Тем, кому полезны, а может быть и интересны изложенные здесь материалы, рекомендую хотя бы раз прочесть весь текст, так как, для лучшего усвоения изложенного, я старался осуществить полезную (на мой взгляд) для понимания смысловую и информационную связку всего текста, поэтому выхваченная информация может оказаться неправильно понятой (следовательно и неправильно примененной).

Благодарно надеюсь получить отзывы и замечания (желательно – конструктивные) от всех, ознакомившимися с предложенным текстом.

У автономных групп, например в горах, любая ошибка, допущенная при оказании помощи пострадавшему без участия медика, может резко, порой необратимо, ухудшить его состояние. Поэтому основная заповедь Гиппократов «Не вреди!» имеет в этих условиях особую значимость.

Чтобы действительно помочь больному, одного знания, как оказывать помощь, недостаточно. Не менее важно знать, к кому и когда применить освоенные вами приемы и методы лечения, в том числе фармакологического. Поэтому прежде всего тщательно обследуйте, чтобы верно оценить причину и особенность его болезненного состояния.

1. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

1. Обследование больного

1.1. Расспрос

1.2. Осмотр

1.3. Ощупывание

1.4. Выслушивание

Подавляющее большинство заболеваний в горах имеет не-сколько общих признаков. Зная их, можно при первом осмотре принять относительно правильное решение: либо не менять планы группы, либо отсрочить выход, чтобы тщательнее обследовать чело-века, либо готовиться немедленно эвакуировать его вниз своими силами или силами спасотряда, имеющего в своем составе врача, либо сразу же оказывать помощь.

Признаки эти следующие:

- дискомфортное состояние больного, определяемое по его рассказам и поведению
- бледность или синюшность кожи
- пот, чаще холодный
- ощущение нехватки воздуха при дыхании, которое может сопровождаться учащением дыхательных движений
- учащенное сердцебиение
- повышенная температура, если заболевание вызвано мик-роорганизмами или перегреванием больного (есть и другие при-чины).

1.1. Расспрос о постигшей его болезни – начало обследования больного (разумеется, это не в случае, когда у больного патология, требующая неотложной помощи, например, разрыв артерии с сильным кровотечением). Чтобы расспрос с большей точностью помог поставить диагноз, вначале выясните у больного, на что он жалуется в данный момент, затем - когда появились первые признаки заболевания. Два следующих вопроса - как развивалось заболевание за это время и были ли прежде подобные жалобы, помогут в дальнейшем уточнении заболевания.

Например, участник похода в жаркий день потерял сознание, и у него наблюдались судороги. Когда он «пришел в себя», выяснилось, что подобное состояние у него бывало и прежде. Исходя из этого, обоснованно предположили, что у больного был приступ эпилепсии, и приняли единственно правильное решение — возвращаться в лагерь, обеспечивая больному надежную страховку даже на горной тропе. Выяснив, какое лечение и с каким результатом применялось больным при подобных жалобах прежде, легче решить, как эффективнее оказать ему помощь.

В случае сомнения другие наводящие, или поясняющие вопросы должны помочь разобраться в ситуации. Например, жалобы больного на нерезко выраженные тошноту, рвоту, понос позволяют предположить нетяжелое пищевое отравление. Но при более тщательном расспросе больной сообщит об осиплости голоса и сухости во рту, ощущениях как бы комка в горле, поперхивании и болезненности при глотании. А на наводящие вопросы ответит, что у него, одновременно с физической слабостью, появились царапающие боли за грудиной, и ухудшилось зрение - предметы он видит туманными и раздвоенными. В этом случае можно предположить, что у больного ботулизм, и не только принять самые срочные меры для его транспортировки в больницу, но и приготовиться к возможному искусственному дыханию. Необходимо также проследить при этом, чтобы окружающие не ели непроваренные консервированные продукты,

которые мог съесть заболевший. Составив предварительное представление о заболевании, переходите к дальнейшему доступному исследованию больного.

1.2. Осмотр пациента начинается фактически до- и во время беседы, когда отмечаются особенности вида и поведения больного. Однако более полный осмотр проводится позже.

Очень важно оценить сознание больного. Оно может быть нарушено в различной степени, переходя от незначительных изменений, когда больные неадекватно реагируют на ситуацию, становятся конфликтными, как бы находясь в состоянии легкого алкогольного опьянения, до глубоких нарушений, когда сознание утрачено. При этом больной может потерять контроль над своими поступками, что опасно для него самого и окружающих. Особо опасен больной в состоянии бреда преследования, когда внезапно может стать очень агрессивным. Расстройство сознания чаще наблюдается при повреждении головного мозга, кислородном голодании, горной болезни, сверхсильных психических нагрузках, заболеваниях, протекающих с высокой температурой.

Осмотр старайтесь проводить при дневном освещении, которое позволяет четче выявить желтушность кожи, склер, подъязычного пространства. Как известно, желтушность служит одним из признаков поражения печени, включая опасный для окружающих инфекционный гепатит.

Осмотр кожи по другим признакам (цельность, окраска, эластичность, влажность, высыпания) также помогает выявить и другие отклонения от ее нормального состояния при травматических повреждениях, многих заболеваниях.

Следует контролировать изменение размеров и конфигурацию частей тела, их симметрию.

Особого внимания заслуживает осмотр лица, глаз. Например, отметив у обследуемого различное раскрытие глазной щели, можно предположить повреждение отдела нервной системы, обеспечивающей поднятие век. Этот симптом даст основание заподозрить ботулизм, травматическое повреждение, или иное заболевание.

Асимметрию лица и глаз лучше выявить при определенных движениях. Попросите больного высунуть язык и отметьте, отклоняется ли он от средней линии. Пусть больной последовательно крепко зажмурит глаза, оскалит зубы, нахмурится, сделает удивленное лицо, посмотрит на переносицу и в разные стороны, не поворачивая при этом головы, - все движения частей лица и глаз должны быть симметричны. Симметричными и быстрыми должны быть и реакции зрачков на свет. Для определения этой реакции засвечивайте глаза светом фонаря, горящей спичкой при слабом освещении, а днем, закрыв их ладонью на несколько секунд, наблюдайте за зрачками после снятия руки. При сомнении те же исследования проведите у здоровых и сравните полученные результаты.

Также нужно контролировать походку и осанку больного, движения, в частности, максимально возможными отклонениями конечностей, головы и туловища, которые могут быть изменены, например, асимметричны при повреждении опорно-двигательного аппарата.

Если больной лежит, следует обратить внимание на особенность положения его туловища и конечностей, которое может быть вынужденным из-за стремления уменьшить болевые ощущения. В частности, больной аппендицитом будет лежать на правом боку с полусогнутыми ногами. И, обратив на это внимание, вы вернетесь к расспросу о начале заболевания и узнаете, что боли у него начались в области пупка, а затем сместились вправо-вниз, что была рвота, но только у него, а не у вместе ужинающей группы.

Важно и место болезненных изменений, обнаруженных при осмотре. Например, фурункул на лице выше уровня рта требует незамедлительного обращения к врачу, ибо может вызвать необратимое заболевание мозга.

1.3. Ощупывание больного – диагностические манипуляции с помощью рук обследующего - необходимо, чтобы выявить механические характеристики поверхностно и глубоко лежащих тканей тела и определить его температуру.

Для сопоставления температуры различных участков тела больного необходимо прикоснуться ладонью, или губами, имеющими большую температурную чувствительность, и ощутить тепло каждого из сравниваемых участков. Это поможет, например, обнаружить повышение температуры над больным суставом. Высокая температура тела в сочетании с плохим самочувствием, внешним видом — ранний признак не распознанного пока заболевания, требующий обращения к врачу.

Для выявления лихорадки у больного сравните температуру тела его и окружающих. Сопоставьте впечатления о температуре кожи с частотой пульса, которая увеличивается приблизительно на 10 ударов в минуту при повышении температуры тела на 1°. Но при этом помните, что пульс частит и при физических перегрузках.

Контроль наличия и частоты пульса проводите, нащупав концами указательного, среднего и безымянного пальцев полусогнутой кисти пульсирующую сонную артерию в области верхней части шеи слева или справа от трахеи. Лучевую артерию нужно нащупать на ладонной поверхности более тонкого конца пред-плечья со стороны большого пальца этой руки.

Для наблюдения за частотой дыхания, не сообщая обследуемому, что вы собираетесь делать (иначе темп дыхания собьется), в течение минуты считайте частоту дыхательных движений частей туловища, например, живота. Если визуальный контроль затруднен, легонько прикоснитесь к движущимся при дыхании частям тела обследуемого и так же незаметно для пациента считайте его дыхательные движения.

Определение соотношения частоты сердцебиения и дыхания может помочь при диагностике. Если обычно (даже у запыхавшегося, или температурающего от простудных заболеваний) оно определяется приблизительно как 5:1, то при нарушении работы сердца это соотношение смещается в сторону

увеличения первой цифры (от 5 и выше, например, 7:1). При нарушении работы дыхательной системы наблюдается противоположная тенденция – соотношение изменяется в сторону увеличения второй цифры (от 1 и выше, например, 5:2).

Ощупывание места повреждения очень болезненно. Поэтому обследование проводите максимально бережно, следя за выражением лица больного и, по возможности, щадя его.

При ощупывании можно обнаружить отек, нарушение конфигурации, наблюдаемые в области сустава при вывихе.

Для определения целостности кости надавите концом указательного пальца через мягкие ткани на интересующую кость вне пределов болезненности. Затем подвигайте взад-вперед (поёрзайте) пальцем через прижатые мягкие ткани по этому участку кости, с помощью осязания анализируя ее рельеф. После этого, смещая палец на новый участок кожи ближе к предполагаемому месту перелома, повторяйте исследование до тех пор, пока не отыщете нарушение целостности кости, либо убедитесь в отсутствии перелома. Для надежности аналогичное исследование проведите с другого конца той же кости. При подозрении на изменение рельефа кости сравните исследуемый участок с симметричным ему на другой конечности. Помните, что сохранение рельефа ощупываемого болезненного участка кости может быть и при трещине и надломе кости.

Ощупыванием можно определить хрипы в легких. Под плотно прижатыми ладонями к поверхности грудной клетки последовательно сзади, с боков, спереди можно ощутить своеобразную вибрацию — признак наличия хрипов, особенно при глубоком дыхании больного. Такой метод хотя и менее чувствителен, чем выслушивание, но позволяет обследовать больного, не раздевая его.

Поколачивание — толчкообразное надавливание на определенные участки тела больного с последовательно возрастающей интенсивностью. Применяется для выявления перелома (о чем будет сказано ниже). Поколачивание внизу живота слева, вызвавшее ощущение болезненности в симметричной области (справа), позволяет заподозрить аппендицит. Болезненность в животе при поколачивании вокруг пупка бывает при опасной для жизни патологии органов полости живота. При поколачивании в области поясницы сильная местная болезненность, могущая отдаваться в пах, является признаком патологии со стороны мочевыводящей системы.

Пассивное движение конечностью. Расслабленной конечностью обследуемого делайте движения возможно большего размаха, но в пределах безболезненности. Сопоставление амплитуды этих размахов поможет диагностировать вывих, повреждение связочного аппарата сустава, повреждение мягких тканей.

1.4. Выслушивание. Хрипы в легких могут быть началом опасных заболеваний, поэтому нужно стараться обнаружить их как можно раньше. С этой целью, прижимаясь ухом к различным местам грудной клетки обследуемого, послушайте его дыхание. Попросите дышать более глубоко. Если на вдохе или выдохе появятся дополнительные звуки (а не просто мягкий дыхательный шум, как у здоровых людей, который, для контроля, можете прослушать тут же у других товарищей, или, лучше, потренировавшись заранее), значит у больного имеются хрипы. Запомните интенсивность хрипов, что-бы, при последующем прослушивании, мочь отметить их изменение. Увеличение звучности и разнообразия хрипов по высоте звучания считается плохим признаком.

Приведенные советы помогут выявить болезненные изменения у больного. Сопоставление этих изменений с приведенными ниже описаниями заболеваний поможет поставить конкретный диагноз. Ну а правильно поставленный диагноз, говорили древние, половина успеха в лечении. И даже если в ваши знания в плане лечения окажутся ограниченными, тщательное обследование конечно имеет смысл. Ведь, опираясь на Ваш правильно поставленный диагноз, врач по радиосвязи даст вам руководство к действию и Вы, таким образом, как бы удлините руки врача, вместе с ним (ваш диагноз - его лечение) успешно спасая пострадавшего.

2. ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ.

2. Принципы оказания помощи

3. Простые случаи травм и заболеваний.

3.1. Аллергические заболевания

3.2. Укусы ядовитых животных

3.2.1. Укус змеи.

3.2.2. Укус каракурта.

3.2.3. Укусы пчел, ос.

3.2.4. Укусы млекопитающих

3.3. Кожные болезни

3.3.1. Кожный зуд.

3.3.2. Опрелость

3.3.3. Баланит

3.3.4. Панариций

3.3.5. Рожа./а>

3.3.6. Гидраденит

3.3.7. Фолликулит

3.3.8. Фурункул.

3.3.9. Карбункул

3.3.10. Герпес

3.3.11. Нарушение целостности кожных покровов.

3.3.12. Острый контактный дерматит

3.3.12.1. Потертость.

3.3.12.2. Солнечный ожог.

3.3.12.3. Ожог горячим предметом, пламенем.

3.3.12.4. Отморожения.

3.3.12.5. Дерматит от химических факторов.

Помощь больному будет более успешной и не вызовет осложнений, если не только умеешь читать инструкции к лекарствам, но только знаешь, но, главное и единственно правильное, умеешь применять средства и методы. Такие умения и навыки требуют постоянной тренировки во время практических занятий предлагаемой подготовки, не исключая профессиональный контакт с медиками.

Не применяйте даже самые лучшие лекарства, если нет уверенности в отсутствии от них побочных эффектов для конкретного больного. Очевидно, что, чем сильнее лекарство, тем мощнее вред от побочных эффектов при его применении – закон палки о двух концах.

Индивидуально повышенная чувствительность к лекарству и обязательно имеющиеся побочные действия у любого из них, внешние воздействия (жесткие условия высокогорья, утомление, переохлаждение), в сочетании настолько могут изменить эффект от лекарства, изложенный в рекомендациях к его применению, что вместо ожидаемой помощи больному может быть нанесен непоправимый вред. Кроме того, сопутствующие болезни, как известные, так и недиагностированные, также могут являться категорическим противопоказанием к применению выбранного для введения фармпрепарата, например, кровопотеря, изменение внутричерепного давления, шок.

Еще одним айсбергом в тумане горячки спасателя – обязательно что-то дать и что-то ввести – явятся неблагоприятные для пациента взаимодействия между лекарствами в организме больного. Известно, что часто у пострадавшего наблюдается низкое артериальное давление, при котором лекарства, введенные внутримышечно, не всасываются, а депонируются там. И чем активнее вводит лекарства спасатель, тем опаснее это для пострадавшего. Причина в том, что, когда организм пациента справится с травмой без помощи лекарств, пока так и оставшихся в месте их введения, и его артериальное давление восстановится, эти лекарства все разом начнут вымываться из мышц и одновременно начнут действовать, что не исключает их передозировки. И неизвестно, чем закончится борьба организма пациента теперь уже с токсикологическим нашествием бывших лекарств, неизвестно в какие химические вещества превратившихся в результате взаимодействия друг с другом.

Исходя из этих соображений, в предлагаемых здесь рекомендациях предложен ограниченный набор лекарственных средств, которые применяются лишь в крайне необходимых случаях. При большинстве заболеваний предлагается употребление дробными дозами неограниченного количества горячего сладкого не очень крепкого чая, лучше с раствором глюкозы, фруктозы, лимонной кислоты, витамина С и поливитаминами в лечебных (указанных на упаковке) дозах. Эти средства нормализуют очень важные для выздоровления обменные процессы в организме, обычно нарушаемые при заболеваниях.

При обработке ран используйте растворы антисептиков, уничтожающих болезнетворные микроорганизмы: 1—2%-ный спиртовой раствор бриллиантовой зелени, метиленовую синьку, фукоцин. С осторожностью пользуйтесь, особенно при ранах лица, 5%-ной настойкой йода, поскольку йод не всегда эффективен и может быть аллергеном.

Целесообразно иметь в аптечке также нашатырный спирт, альбуцид или сульфацил натрия, марганцовокислый калий («марганцовку»), лучше в кристаллах, перекись водорода, цинковую пасту, пасту Лассара, винный спирт высокой концентрации, зубные капли. Нужны также такие ампульные препараты, как полпроцентный (однопроцентный) новокаин, анальгин (баралгин), амидопирин, пипольфен и шприцы. Таблетки или ампулы «но-шпа» – спасение при дискомфорте от разного рода неопасных, но весьма болезненных спазмов, в частности, у женщин.

При транспортировке требуется сохранить проходимость дыхательных путей больного, для чего периодически настойчиво предлагайте ему прокашляться, сделать несколько глубоких вдохов, особо требуя участие при этом диафрагмы (при вдохе выпячивается живот).

Во что бы то ни стало обеспечьте больному тепловой комфорт, особенно при жалобах на холод, используя личные вещи, фляги с теплой водой, по возможности — химическую грелку, если очень нужно — тепло тела товарища. Периодически – обильное горячее питье. При этом исходите не только из просьбы больного, но и из результатов обследования, когда больной дрожит, сонлив, у него синюшные холодные конечности, нос, уши.

При оказании помощи доброжелательно обращайтесь, внимание друг друга (ведь и у каждого из вас могут быть ошибки в действиях по спасению пострадавшего вследствие воздействия высокогорья, экстремальной ситуации) на грамотность, тщательность и добросовестность при выполнении тех или иных приемов (реанимация, наложение повязок, шинирование).

В то же время творчески подходите к оказанию помощи, поскольку в принципе невозможно описать все варианты оптимальных действий при всех несчастных случаях, и здесь предлагается лишь схема, модель, информация для размышления.

Очень важно помнить о чувстве братства и милосердия. Пусть товарищ обманул группу, скрыв, что перенес недавно ангину, и рассказал об обмане в получасе ходьбы до вершины. Рассказал вынужденно, когда не смог идти дальше, и группа спешно повернула к биваку, транспортируя больного на себе. Не

давайте воли справедливому чувству негодования, даже в интеллигентной форме, даже если сами не очень хорошо себя чувствуете, а он начал брюзжать. Помните, что он болен, и не только резкое слово, но и косо брошенный взгляд могут усугубить его состояние. Ведь существенную роль в таких ситуациях играет центральная нервная система. Будьте дружелюбны к нему, веселы (в меру возможности и невозможности), заботливы.

Охраняйте психику больного. Не закатывайте глаза и не позволяйте другим строить гримасы отвращения при взгляде на пострадавшего, каким бы отталкивающим ни был его вид.

подавите в себе брезгливость, когда помогаете больному, например очищаете его рот от рвотных масс, когда периодически, тактично предлагаете и помогаете больному помочиться, когда проводите искусственное дыхание «изо рта в рот». Ведь на месте несчастного могли быть Вы!

Если сложилось так, что пострадавший и оказывающий помощь - лица противоположного пола, крайне желательно, чтобы они в это время подавили взаимное чувство стыдливости. Тактичное, помогающее в этой ситуации балагурство не противопоказано. В таком случае помощь может быть более действенной и не отнимет лишнего времени на всякого рода увещевания.

Позаботьтесь, чтобы группа оказалась как бы одной дружной семьей. И тогда многие проблемы отпадут сами собой.

3. ПРОСТЫЕ СЛУЧАИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Раздел предназначен в первую очередь для тех, кто мало знаком с условиями и обстановкой походной жизни, например в горах. Поскольку новичок, возможно, не знает их особенностей, здесь состоится знакомство с наиболее важными из них, приводящими к болезненному состоянию даже в условиях базового лагеря, и будет рассказано о том, как избавиться от уже развившегося заболевания или облегчить его течение. Буквально у всех прибывших в условия базового лагеря в первые дни проходит акклиматизация, при которой снижаются защитные силы организма. Это обстоятельство может вызвать болезнь, а также обострить хроническое заболевание даже от причин, которые в привычных условиях позволяют оставаться здоровым.

3.1. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ наиболее распространены, хотя часто не распознаются, трудно излечимы и опасны в далеко зашедших случаях.

Повторное проникновение в организм через кожу и слизистые какого-либо из многочисленных химических веществ – носителей запахов (например, цветов), содержащихся в лекарствах, продуктах питания, пыли, загрязнениях кожи, выделениях находящихся в организме микробов, паразитов, а также механическое, холодное и лучевое воздействия при предрасположенности организма могут вызвать аллергическое заболевание.

Предрасположенность к ним более высока у болевших в детстве диатезом, страдающих избыточным весом, имеющих хронические заболевания (больные зубы, глисты), курящих, употребляющих спиртные напитки, кофе, шоколад, пряные пищевые добавки, колбасные и консервированные продукты, большие количества соли и сахара, а также экстрактивные вещества, содержащиеся в бульонах, жарениях, полуфабрикатах быстрого приготовления.

Признаки. Проявление аллергических болезней маскируется под большинство нижеуказанных заболеваний или является составляющей их. Поэтому при лечении каждой из таких болезней полезно провести и противоаллергические мероприятия, которые в любом случае будут способствовать оздоровлению организма.

Наиболее общее свойство признаков аллергического заболевания — приступообразность: быстрое начало, отчетливое проявление, внезапное окончание приступа. При этом, даже если аллергический фактор не устранен, следующий приступ будет спустя некоторое время.

Самые опасные проявления приступа — затруднение дыхания, шок, клиническая смерть.

Чаще всего наблюдается аллергический ринит — приступы многократного чихания с обильным жидким выделением из носа, либо его заложенность с ощущением зуда в носоглотке.

При распространении процесса возникает боль в ушах, охриплость голоса. Появляется слезотечение с ощущением напряжения и рези в области покрасневшей слизистой глаз. Приступают и становятся болезненными слюнные железы под нижней челюстью и за ней.

Если в процесс вовлечены органы дыхания, наступают приступы кашля с затруднением дыхания и выделением жидкой мокроты.

При поражении желудочно-кишечного тракта бывает рвота, даже с примесью крови, понос.

Иногда больной отмечает зуд кожи с появлением разного размера волдырей (пузырей) на коже и на слизистых, нередко достигающих в периметре десятков сантиметров, потливость, боли в суставах. Если провести, умеренно надавливая, спичкой по коже такого больного, через 3—5 минут в этом месте появится кожный валик.

Признаками вовлечения в процесс центральной нервной системы служат головная боль, слабость, головокружение, тошнота, озноб, судороги с кратковременной потерей сознания, повышение температуры до 38—39°.

В зависимости от особенности течения аллергического заболевания перечисленные и другие, реже наблюдаемые, признаки могут быть различной интенсивности и наблюдаться в разных сочетаниях.

Помощь. Прежде всего нужно удалить аллерген - предполагаемый провокатор аллергического состояния (съеденная пища, перьевая пыль от пухового снаряжения, грязь от штормового костюма). Например, при неблагоприятном воздействии на больного пыльцы растений смените место бивака,

поднявшись с луговой поляны на морену. Обеспечьте больному обильное теплое питье. Пусть он ничего не ест 1—2 дня, но, чтобы утолить чувство голода, жажды, а также в случае слабости, головокружения, пьет воду мелкими неторопливыми глотками, смакуя их. Если заболевание протекает легко, а больной психологически не подготовлен к короткому целебному (даже для видимо здоровых) голоданию, обеспечьте ему фруктово-овощную диету на 2—3 дня. При ее последующем расширении избавьте больного на неделю от продуктов, указанных выше (кофе, шоколад и т.д.), а также от мясных, рыбных, молочных, от изделий из пшеницы, бобов, томатов.

Волдыри не повреждайте. Симптоматическая терапия (против охриплости, насморка, кашля и т.п.) нежелательна, т.к. применяемые без крайней нужды лекарства сами могут явиться аллергенами, ухудшая состояние пациента. В случае очень ярко выраженных признаков несомненно аллергического заболевания, примените пипольфен.

3.2. УКУСЫ ЯДОВИТЫХ ЖИВОТНЫХ

Главный виновник укуса, несомненно, сам пострадавший, вольно или невольно потревоживший животное.

3.2.1. Укус змеи. Сразу же после укуса положите пострадавшего, возьмите его кожу в складку так, чтобы на ее гребне находились красные точки — место внедрения ядовитых зубов, и в течение 5—7 минут выдавливайте яд из ранок. Удалив яд, продолжайте выдавливание еще 15 минут, но помогая (если во рту оказывающего помощь нет повреждений, больных зубов) энергичным отсасыванием яда и сплевывая отсосанное содержимое. В исключительных случаях участвовать в удалении яда может и сам пострадавший. Затем тщательно промойте рот, а пострадавшему зафиксируйте конечность в суставе, ближайшем к месту укуса, поднимите ее повыше, наложите на ранки спиртовую примочку или обработайте крепким раствором «марганцовки», а на пораженную область положите холод. Введите пострадавшему пипольфен. Необходимо начать срочную транспортировку больного! При этом постоянно поите его горячим некрепким чаем, добавляя (по вкусу больного) глюкозу, сахар. При необходимости проводите противошоковые и реанимационные мероприятия.

3.2.2. Укус каракурта. Вначале не дольше полутора минут с момента укуса необходимо максимально выдавливать (отсасывать - если во рту оказывающего помощь нет повреждений, больных зубов) яд. Затем, до истечения 2 минут с момента укуса, нужно прижечь ранку головкой горящей спички, после чего продолжать действия, как при укусе змеи.

3.2.3. Укусы пчел, ос. В этом случае вначале удалите жало пчелы — узким пинцетом, петлей нитки так, чтобы не сдавить мешочек с ядом на тупом конце жала. С помощью этих приспособлений захватите жало как можно ближе к коже, и потягиванием от кожи извлеките его. Место укуса обработайте так же, как при укусе змей. Если реакция на укус выраженная, применяйте лечебную тактику, как при укусе змей.

3.2.4. Укусы млекопитающих. Если нет обильного кровотечения, то, сдавливая края раны (как бы сдаивая в рану) в течение нескольких минут, одновременно промывайте ее розовым раствором «марганцовки». Затем обработайте рану раствором антисептика и забинтуйте. Обеспечьте холод, фиксацию конечности. При всех укусах необходимо исключить на 2—3 суток продукты, указанные выше. Необходимо обязательно обратиться к врачу для профилактики смертельно неизлечимой болезни бешенства, столбняка.

3.3. ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ.

У альпинистов болезни кожи встречаются чаще других. Их кажущаяся неопасность не устраняет страданий от боли, зуда, внешнего вида пораженной кожи.

3.3.1. Кожный зуд. Не расчесывайте пораженное место, а (при невозможности терпеть) щиплите, сдавливайте его, чтобы не вызвать повреждения целостности кожи и последующего ее воспаления. Не мочите зудящие участки кожи водой. Лечение - как при аллергии (см. выше).

3.3.2. Опрелость—поражение кожи в складках. Проявляется в виде покраснения в межпальцевых промежутках ног, подмышечных, ягодичных и других складках кожи. В далеко зашедших случаях появляются трещины, гной, с ощущением сильного местного зуда.

Помощь. В начале поражения обеспечьте доступ к пораженному месту воздуха, солнечных лучей, а если это невозможно, смажьте его пастой Лассара. При появлении нагноения дополнительно, 3—4 раза в день, применяйте 15-минутные ванночки в теплом розовом растворе «марганцовки».

3.3.3. Баланит — воспаление кожи, покрывающей головку полового члена, — по течению заболевания сходен с определостью.

Помощь. Оттяните кожу головки назад и 2—3 раза в день обмывайте пораженные поверхности теплым розовым раствором «марганцовки». Если эта процедура болезненна или не помогает, делайте 10-минутные ванночки в том же растворе. При неэффективности таких действий в течение 2—3 дней обратитесь к врачу, чтобы вовремя выявить более опасное заболевание.

Профилактика. Содержите кожу в чистоте. 1—2 раза в день обмывайте прохладной водой и насухо вытирайте области тела, подверженные заболеванию. Чаще меняйте белье, еще чаще (в идеале — ежедневно) меняйте носки. Не надевайте чужую одежду и особенно обувь. Пользуйтесь вкладышами в спальные мешки. Боритесь с потливостью ног ежедневным мытьем их в прохладной воде без мыла.

Избегайте переохлаждения, переутомления, однообразного питания и иных факторов, ослабляющих организм.

3.3.4. Панариций — воспаление тканей пальца. Признаки. Покрасневший палец горяч, отечен, полусогнут. Пульсирующая болезненность усиливается при любом его движении. Если поражен окологтевой валик (болезнь неряшливой маникюрщицы), из-под него при надавливании иногда выделяется гной. При прогрессировании процесса может возникнуть неустраняемая неподвижность скрюченных пальцев. Помощь. До неотложного приема у врача обеспечьте покой руки (наложить шину, подвязать руку на груди с помощью косынки), 4—5 раз в день делайте 10-минутные ванночки для кисти и предплечья в теплом розовом растворе «марганцовки».

3.3.5. Рожа — инфекционное поражение кожи и слизистых при наличии выраженной общей реакции организма.

Признаки. Вначале - общая слабость, головная боль, озноб при температуре 39—40°. Иногда бывают тошнота, рвота, психические расстройства. Спустя 3—24 часа от возникновения болезни, чаще на лице или конечностях, появляется ощущение жжения в области покраснения кожи, с четко ограниченными неровными краями, напоминающими языки пламени. Пораженный участок отечен, плотен, горяч, может покрыться пузырями. На границе со здоровой кожей он приподнят, постепенно наползает на нее.

На лице вначале поражается кожа носа, расплываясь затем в стороны и принимая форму бабочки. При этом на шее появляются болезненные лимфоузлы. Во рту заболевание проявляется в виде ангин, в полости носа — в виде его болезненной заложенности, сопровождаемой чиханием и выделением слизи. При благоприятном течении заболевания вначале исчезают общие признаки, а к 6—13-му дню — воспалительные изменения кожи и слизистых.

Осложнениями рожи могут быть менингит, при поражении гортани — ее отек с дыхательной недостаточностью.

Помощь. В любом случае нужно обязательно обеспечить консультацию врача. При локализации в области головы необходима госпитализация. До этого целесообразно прогреть солнцем пораженное место, предложить больному обильное питье с витаминами, прежде всего С, Р, неуклонно соблюдать диету.

3.3.6. Гидраденит — гнойное воспаление потовых желез, преимущественно в области впадин подмышек, промежности. Главная причина — загрязнение пораженной области при ее бритье.

Признаки. Болезнь начинается с зуда, чувства распирания в пораженной области. С этими ощущениями появляется плотный, очень болезненный багровый узел диаметром 0,5—3 см, выступающий подобно пирамиде над окружающей кожей (из-за внешнего сходства болезнь известна также под названием «сучье вымя»). Нередко наблюдаются головная боль, повышение температуры тела.

Работоспособность ограничена. В течение 10—15 дней узел размягчается и вскрывается с выделением гноя. Помощь. Обязательно регулярно следует проводить местное облучение солнцем. На остальное время нужно наложите стерильную повязку так, чтобы сохранить доступ воздуха к месту воспаления. Следует ограничить движения в пораженной области (руку фиксировать в области плечевого сустава). После размягчения узла обработайте его раствором бриллиантовой зелени.

3.3.7. Фолликулит — воспалительное поражение волосяного мешочка.

Признаки. Гнойничок до 5 мм в диаметре с волосом в центре. Высыхая, отпадает в виде корочки.

Помощь. Смажьте фолликулит антисептиками (не использовать йод). При неэффективном лечении воспалительный процесс через 1—2 суток перейдет на окружающие мешочки ткани, и образуется фурункул.

3.3.8. Фурункул.

Признаки. На месте фолликулита виден багровый конусообразный узел до 3 см в диаметре. Через 2—3 суток его верхняя часть становится мягкой, и в этом месте через образовавшееся отверстие выходит гной. В отверстии виден гнойный стержень, который постепенно отходит, и через 8—10 дней на месте фурункула остается рубчик.

При неправильном лечении (применение влажного компресса, срезание, выдавливание) фурункул становится злокачественным: появляется резкий отек, воспаляются окружающие вены, увеличиваются и распространяются боли, резко ухудшается общее состояние.

Помощь. Обработать фурункул, как фолликулит, тем же раствором, но наполовину разбавленным водой, смазать окружающие ткани. На этом и последующих этапах хорошо помогает сухое тепло. После появления гноя наложите повязку, смоченную теплым раствором 1 столовой ложки поваренной соли в стакане воды. После отхождения гноя повторите обработку фурункула, как в начале заболевания, с накладыванием стерильной повязки. Если фурункул расположен на лице или злокачественный, необходима помощь врача.

3.3.9. Карбункул образуется, если в области фолликулита воспаляется и сальная железа.

Признаки. К симптомам фурункула добавляется местная отечность. Больной жалуется на резкие рвущие боли, потерю аппетита, головную боль, бессонницу, тошноту, рвоту, высокую температуру. Иногда наблюдается потеря сознания. На 4—5-е сутки в верхней части карбункула образуются отверстия в виде

решета, через которые выделяется гной. Затем отверстия сливаются в одно, и после отторжения гнойного стержня на месте дефекта образуется рубец.

Лечение. Необходима немедленная, а при карбункуле лица — скорейшая госпитализация! При этом нужно обеспечить больному покой, пораженный участок зафиксировать. В остальном проводите то же лечение, что и при фурункуле.

3.3.10. Герпес — вирусное заболевание кожи и слизистых, спровоцированное травмой, переохлаждением, ожогом, физическим контактом с герпетическими высыпаниями у другого человека. Чаще поражает слева или справа кожу и слизистые лица, половых органов, кожу над всем протяжением какого-либо межреберья.

Признаки. При наступающей лихорадке, головной боли в одной из указанных областей возникают ощущения, иногда интенсивные, покалывания, жжения. На этом месте появляется один или несколько розовых пузырьков. На 4—5-й день пузырьки превращаются в желтую корочку, отходящую на 6-7-й день (над межреберьем — на 7-й неделе).

Помощь. Ежедневное смазывание высыпаний раствором бриллиантовой зелени или нейтральным кремом. Поскольку герпес половых органов может вызвать опасные осложнения, следует обратиться затем к специалисту для окончательного излечения.

3.3.11. Нарушение целостности кожных покровов. Ограниченное травматическое повреждение кожи колющими и режущими предметами (нож, острый край консервной банки, шипы растений) приводит к образованию царапин, уколов, ссадин, ран.

Помощь. Во всех, случаях даже незначительно пораженные и пограничные с ними участки кожи следует обработать раствором антисептика, например раствором бриллиантовой зелени, а при отсутствии лекарства — тщательно вымыть с мылом. У открытых ран обрабатывайте только их края. Не трогая рану, наложите стерильную повязку. Если повреждение обширное, заверните пораженную часть тела в чистую материю.

3.3.12. Острый контактный дерматит — воспаление кожных покровов от непосредственного воздействия на них физических и химических факторов. Это воспаление характеризуется покраснением, отеком пораженных участков, чувством жжения, зуда, иногда с последующими появлениями пузырей (волдырей) или, в худшем случае, омертвением кожи.

При образовании пузырей не прокалывайте их и берегите от повреждения, т.к. неповрежденный ненагноившийся пузырь — одновременно лучшие антисептик и повязка.

3.3.12.1. Потертость.

Помощь. При покраснении смажьте кожу пастой Лассара. Если образовались пузыри, обработайте вместе с ними окружающую кожу раствором антисептика и берегите их целостность. При невозможности обуться, надо проколоть обеззараженную крышку пузыря обеззараженной на пламени либо в растворе антисептика иглой, а на опавший пузырь наложить пластырь или стерильную повязку. Если пузырь порвался, обеззараженными ножницами следует обрезать его крышку. По возможности, ходите с открытыми и доступными солнечным лучам потертостями. При необходимости закрыть потертость, например при обувании, смажьте ее пастой Лассара и забинтуйте. Если бинт мешает обуться, прикройте потертость стерильной многослойной полоской бинта, которую зафиксируйте полосками пластыря, приклеенными к окружающей коже. Заживление ухудшается, когда после удаления пузыря потертость наглухо заклеивают пластырем.

Если потертость нагноилась, делайте 4—5 раз в день 10—15-минутные теплые ванночки в розовом растворе «марганцовки». После каждой ванночки просушите кожу и продолжайте указанное лечение.

3.3.12.2. Солнечный ожог. Первые признаки его наступают через несколько часов, а ожог происходит через несколько десятков минут пребывания под горным солнцем. Поэтому основная мера предупреждения ожога — дозированные солнечные ванны с максимум 10-минутным временем нарастания от сеанса к сеансу воздействия лучей на каждую сторону тела при отсутствии повышенной чувствительности кожи (особый вопрос - о целесообразности загара под жестким спектром солнца нынешних времен, особенно - высокогорного).

При необходимости длительного пребывания на солнце, например на снежных занятиях, нужно смазать все открытые кожные поверхности надежным солнцезащитным кремом, либо тонким слоем цинковой пасты.

В аварийной ситуации с той же целью применяют пасту Лассара.

Помощь. Обожженную поверхность смажьте каким-нибудь молочнокислым продуктом (айран, сметана) либо покройте тонким слоем тертого сырого картофеля. После высыхания нанесенного слоя повторите процедуру. При отсутствии указанных средств 5—6 раз в день обильно смажьте место ожога нейтральным кремом, сливочным (не подсолнечным и не вазелиновым!) несоленым маслом. Пузыри, даже лопнувшие, удаляйте лишь при появлении под ними нагноения.

3.3.12.3. Ожог горячим предметом, пламенем. Прежде всего !!устранить! источник ожога — сбить пламя, удалить горячий предмет. При этом настраивайтесь на то, что пострадавший, находящийся в состоянии шока (фаза возбуждения), будет очень энергично (мягко сказано) противодействовать вашим благим намерениям. Прилипшую одежду не срывать — остригите свободные участки, если они мешают.

Если ожог ограничен, поместите ожоговую поверхность как можно скорее в мягкий снег или присыпьте снегом, или орошайте холодной водой в течение 10 минут, затем забинтуйте стерильным бинтом либо (если ожог обширный) заверните пострадавшего в стерильную простыню (вкладыш спального мешка). Примите меры, чтобы предотвратить переохлаждение. Если необходимо, проведите противошоковую и другую терапию.

3.3.12.4. Отморожения. Локальное повреждение тканей при низкой температуре чаще встречается на руках. При незначительном повреждении — обморожении — снижается чувствительность ткани с одновременным ее побелением. При отморожении III степени, когда поражаются ткани, лежащие под кожей, кожа сухая, совершенно нечувствительна к болевым воздействиям.

Помощь. При обморожении нужно погрузить пораженный участок тела в холодный раствор «марганцовки» розового цвета, температуру которого затем повысить в течение получаса до 36°. После появления кожной чувствительности следует смазать пораженный участок раствором антисептика и забинтовать, затем отправить пострадавшего в больницу. В менее благоприятных условиях чувствительность кожи восстанавливайте, нежно растирая ее чистыми руками в укрытом от ветра и мороза месте, также обработав ее после восстановления чувствительности и оберегая от повторного обморожения.

При отморожении III степени отмороженную конечность необходимо тщательно защитить от механических повреждений, в том числе — касаний голыми руками, помещая в условия теплоизоляции, чтобы замерзшие ткани оттаяли теплом не внешним, а идущим вместе с кровью больного. Эта кровь постепенно поступает через оттаивающие изнутри кровеносные сосуды, а с кровью поступает кислород, необходимый для жизни оттаивающих клеток. Для этого замерзшую конечность тщательно заверните в пуховую куртку и держите в ней, пока ткани оттают. После оттаивания тканей (долгие часы!) сделайте вышеописанные при обморожении процедуры.

3.3.12.5. Дерматит от химических факторов. Чаще всего бывает в результате чрезмерного применения в высокогорной зоне средств косметики и парфюмерии. Аналогичный дерматит может быть от контакта кожи с соком растений: рододендрона, лютика, примулы, чеснока, клевера, тысячелистника. Поражение бывает интенсивнее при облучении солнцем испачканных соком участков кожи.

Помощь. До выздоровления важно тщательно соблюдать диету. На пораженные места положите тонкий слой тертого сырого картофеля. Меняйте его по мере высыхания. В выраженных случаях примените пипольфен.

3.4. ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА.

3.4. Заболевания носа

3.4.1. Кровотечение.

3.4.2. Острый ринит (насморк).

3.4.3. Вазомоторный ринит

3.5. Заболевания уха

3.5.1. Инородные тела

3.5.2. Баротравма

3.5.3. Наружный отит

3.5.4. Острый средний отит

3.6. Заболевания глаз

3.6.1. Кератит

3.6.2. Конъюнктивит

3.6.3. Фотоофтальмия

3.6.4. Инородное тело

3.6.5. Ячмень

3.7. Заболевания зубов

3.7.1. Пульпит

3.7.2. Периодонтит

3.8. Ушибы

3.9. Миалгия

3.4.1. Кровотечение. Может быть связано с повреждением кровеносных сосудов и вызвано нарушением их целостности вследствие удара по голове или баротравмы, царапанья в носу или вибрации при сморкании, повышения проницаемости при болезни (например, при гриппе) или разрыва при резком натужном усилии.

Помощь. При бессознательном состоянии больного положите на живот, чтобы кровь не затекала в дыхательное горло. Для остановки кровотечения из носа у коммуникабельного больного посадите его. Пусть интенсивным сморканием он удалит из носа сгустки крови и спокойно сидит в полунаклонном положении, подперев голову руками и наклонив ее. На переносице — холодный компресс. Если капельное кровотечение не остановилось в течение получаса, заткните ноздри ватой и, не нагружая больного, транспортируйте его к врачу. Во избежание рвоты излившуюся в полость рта кровь нужно регулярно сплевывать.

При обычном кровотечении во время движения, если остановка нежелательна, нужно заткнуть кровоточащую ноздрю ваткой так, чтобы можно было дышать другой ноздрей. Затем - приложить холод на переносицу. Через 15 минут осторожно удалить ватку, не сморкаясь и не удаляя сгустки крови. Если кровотечение продолжается, нужно остановить группу.

3.4.2. Острый ринит (насморк). Признаки. Начинается с чихания, ощущения сухости и зуда в полости носа, недомогания и головной боли с возможным слезотечением и небольшим повышением температуры. Через несколько часов или спустя 1—2 дня отмечаются гнусавость и затруднение носового дыхания, появляются жидкие прозрачные выделения. Затем количество выделений уменьшается, они становятся слизисто-гнойными, а спустя 7—10 дней процесс заканчивается.

Помощь. Более эффективна, если ее оказать в начале заболевания. Нужно обеспечить больному постельный режим, горчичные (для конечностей или общие) и солнечные ванны, обильное потогонное тепло в виде чая (не меньше литра, удерживая стенки кружки ладонями) и парной, шерстяное белье на голое тело или хотя бы носки (лучше шерстяные) с насыпанной в них сухой горчицей.

3.4.3. Вазомоторный ринит — следствие вегетативных расстройств. Признаки. При резком запахе, незначительном охлаждении у больного внезапно закладывает нос, появляются обильные слизисто-гнойные выделения, чихание, иногда - слезы.

Помощь. Нужно принять меры, успокаивающие нервную систему, выполнить рекомендации для лечения аллергического ринита. Лучше обходиться без сосудосуживающих средств: при длительном применении они могут нарушить регуляцию просвета носовых ходов, обрекая на постоянные выделения из носа.

3.5. ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА.

3.5.1. Инородные тела иногда случайно попадают в ухо, в частности, при падении. Сонному в слуховой проход может заползти насекомое. Признаки. Больной отмечает снижение слуха. Шевелящиеся насекомые причиняют боль, провоцируют кашель, тошноту, рвоту. При длительном пребывании в ухе инородные тела вызывают воспаление.

Помощь. Если инородным телом является зерно, насекомое, нужно закапать в ухо 40—70%-ный винный спирт (чтобы усыпить насекомое, можно влить в ухо прокипяченное остуженное подсолнечное масло). После этого необходима помощь врача. Удалять инородное тело самим - опасно для больного.

3.5.2. Баротравма бывает при попадании в лавину, ударе по уху гладким эластичным предметом. Признаки. Сильные боли, шум и звон в ухе, снижение слуха, головокружение.

Помощь. Наложите на ухо стерильную повязку. Обеспечьте больному покой, предотвратите его простуду. Ранняя транспортировка к врачу поможет предотвратить отит.

3.5.3. Наружный отит — воспаление уха до барабанной перепонки. Признаки. Боль при жевании, потягивании за ухо, надавливании на козелок.

Помощь. Нужно смазать наружный слуховой проход пастой Лассара, забинтовать ухо. Не мочите его и нековыряйте в нем!

3.5.4. Острый средний отит — воспаление среднего уха (за барабанной перепонкой), наиболее частая причина которого — переохлаждение, воспаление верхних дыхательных путей. Признаки. Внезапно в области уха появляется покалывающая боль. Быстро нарастая, она становится стреляющей, а затем - почти непрерывной, нестерпимой, еще более усиливающейся ночью. Боль отдает в зубы, шею, вызывает болезненность в области виска. Больной ощущает общую разбитость, расстройство сна, аппетита. Шепот больным ухом не слышен из-за шума в ушах и снижения слуха. Температура тела поднимается до 39°. Затем, также внезапно, боль притупляется, общее состояние нормализуется, появляются выделения из уха, вначале с кровью. К 14—21-му дню болезни все ее признаки исчезают. В некоторых случаях процесс течет безболезненно.

Если во время болезни появляются боли при надавливании на сосцевидный отросток (костный выступ за ухом), ощущение пульсации или пульсирующего шума в больном ухе и видно обильное гноетечение из уха при вторичном повышении температуры, следует опасаться опасного осложнения — менингита.

Помощь. Обеспечьте больному постельный режим, полноценное диетическое питание. Дважды в сутки в наружный слуховой проход вкладывайте прошитый ниточкой ватный шарик, смоченный 40—70%-ным винным спиртом, так, чтобы нитка торчала из уха. Затем скатайте большой ватный шарик, смочите его в кипяченом растительном масле и отожмите. Вложите этот шарик в слуховой проход, закрывая тем самым смоченный спиртом шарик в полости уха (создается высокая концентрация паров спирта в замкнутой полости). Сюда же прибинтуйте теплозащитный материал (вату и т. п.) и приложите грелку, учитывая, однако, что слишком большое тепло усиливает боль.

При появлении вышеописанных признаков осложнения больного необходимо срочно доставить в больницу или к врачу.

3.6. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ.

Одной из причин болезней глаз является аллергия, поэтому в лечебный комплекс целесообразно включить диетотерапию (т. е. исключить продукты, указанные в разделе об аллергических заболеваниях). При каждом из глазных заболеваний необходимо обеспечить больному ношение темных очков.

3.6.1. Кератит — воспаление роговицы. Признаки. Наблюдаются слезотечение, светобоязнь. При осмотре видна помутневшая роговица, иногда проросшая кровеносными сосудами. По краю роговицы может появиться цветной венчик.

Помощь. Доставьте больного в больницу, иначе он ослепнет. При транспортировке 6 раз в день закапывайте в глаза по 2 капли 30%-ного раствора альбуцида (сульфацила натрия).

3.6.2. Конъюнктивит—воспаление слизистой оболочки глаза, чаще инфекционного происхождения. Признаки. Видны покраснение и отек слизистой. Больной отмечает различной выраженности резь и боль в глазах, выделение из глаза слизи или гноя. Признаки болезни появляются вначале на одном, затем на другом глазу. Болезнь длится от 5 до 21 дня.

Помощь. Необходимо закапать альбуцид по указанной выше схеме. При наличии гноя удалите его перед закапыванием движениями к переносице ваткой, обильно смоченной крепким раствором чая, или раствором 1 чайной ложки соды в стакане воды, либо розовым раствором «марганцовки».

3.6.3. Фотоофтальмия — ожог глаз сильным источником световых и ультрафиолетовых лучей. Признаки. Через 6—12 часов после облучения у больного появляется конъюнктивит, на роговице — пузырьки и следы от них.

Помощь. Необходимо прикладывать к глазам холодные примочки растворами, применяемыми при лечении конъюнктивита. 3 раза в день закапывайте в глаза 20%-ный раствор альбуцида, несоленое подсолнечное масло, либо закладывайте за веко прокипяченное несоленое сливочное масло.

3.6.4. Инородное тело. Признаки. Если оно проникло в полость глазного яблока, то на его поверхности виден след — дефект ткани. Если инородное тело расположено на поверхности глазного яблока (чаще под верхним веком) или имеется непроникающее его ранение, например царапина, наблюдаются светобоязнь, боль, ощущение постороннего тела в глазу, затруднение при открывании глаза. Тем не менее необходимо осмотреть видимую часть глазного яблока, затем оттянуть вниз нижнее веко и посмотреть за ним. После этого левой рукой оттяните за ресницы верхнее веко и, зажав спичку в правой руке, надавите, придерживая, сверху на кожу основания этого века, после чего поднимите левой рукой веко вверх, выворачивая его слизистой наружу-вперед. Осмотрите открывшуюся часть глаза.

Помощь. Прежде всего при осмотре убедитесь в отсутствии проникающего ранения. При проникающем ранении, или если удалить инородное тело не удастся, необходимо немедленно отправить больного к врачу, закапывая в любом случае альбуцид 4 раза в день.

Для удаления инородного тела пусть больной наклонит голову, погрузит пораженный глаз в теплый розовый раствор «марганцовки» и сделает там несколько десятков интенсивных моргательных движений, стремясь вымыть инородное тело. При безуспешности этой попытки следует визуально, как указано выше, найти инородное тело. Обнаружив его, скользящими движениями коконообразным ватным тампоном, смоченным в том же растворе «марганцовки», снимите инородное тело. После этой процедуры закапайте 30%-ный раствор альбуцида.

3.6.5. Ячмень - гнойное воспаление сальной железы у корня ресницы. Признаки. Вначале больной отмечает появление болезненной точки на краю века. Затем болезненность распространяется на все веко, сопровождаясь головной болью. Соответственно этому при повторном осмотре появившаяся в начале заболевания красная точка на краю века превращается в желтоватую — гнойник, а припухлость и отек века усиливаются.

Помощь. Болезненную точку (а не зону вокруг) нужно аккуратно «прижечь» 2%-ным раствором бриллиантовой зелени, либо, менее эффективно, 96% винным спиртом. В пораженный глаз 3 раза в день необходимо закапывать 30%-ный раствор альбуцида. Следует обеспечить пораженному глазу сухое тепло. При отсутствии лекарств можно на ночь прибинтовать на пораженный глаз печеную мясистую выпукло-вогнутую часть половины луковицы так, чтобы она накрывала глаз своей полостью.

3.7. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗУБОВ.

Нижеследующая информация дана для того, чтобы избавиться от боли. Сразу после возвращения на базу следует обратиться к стоматологу.

3.7.1. Пульпит — воспаление внутреннего отдела зуба (пульпы) вследствие его кариеса или травмы. Признаки. Больной отмечает появление короткой, с длинными промежутками боли, болезненную реакцию на изменение температуры во рту (воздухом, водой). При нарастании заболевания боли, в том числе и ночные, усиливаются, отдают в ухо, если больной зуб находится в нижней челюсти, или в висок, если он расположен в верхней челюсти. Постукивание по зубу может быть безболезненным.

Помощь. Если зуб имеет полость, нужно удалить из нее остатки пищи, промыть теплым розовым раствором «марганцовки». Затем заложить полость ваткой, смоченной зубными каплями, либо раствором 1 таблетки амидопирина или анальгина (баралгина) в столовой ложке воды. Следует менять ватку после

приема пищи (если имеется открытая полость в зубе, то даже при отсутствии боли лучше закрыть ее перед едой ваткой, которую удалить после еды прополоскать рот).

Нежелателен прием кофе, какао, спиртного. Иногда боль прекращается действием на зуб холода. Спать больному лучше полусидя.

3.7.2. Периодонтит — воспаление мягких тканей, окружающих зуб. Признаки. Больной отмечает тупые ноющие боли, усиливающиеся при ощупывании пораженного зуба и накусывании им. Боль может отдавать в другие отделы лица. Резкое изменение температуры во рту боль не усиливает. При ощупывании можно выявить подвижность зуба, податливость покрасневшей десны, увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов.

Помощь. Если в зубе есть полость, нужно освободить ее от заполнившего содержимого. Следует помассировать зубной щеткой или пальцем пораженную область. Обеспечьте больному многократное горячее полоскание раствором пищевой соды. Полоскать пораженную сторону нужно до тех пор, пока раствор остынет. Эту манипуляцию следует повторять до тех пор, пока не будет использован литр раствора. Спать больному лучше полусидя.

3.8. УШИБЫ.

Этот диагноз ставят, если при механическом повреждении тканей отсутствует видимое анатомическое нарушение (повреждение кожи, костей, связок, мышц). Признаки. Имеются боль, припухлость, кровоподтек, ограничение движений в области повреждения.

При повреждении связочного аппарата суставов результаты обследования во многом совпадают с наблюдаемыми при вывихах, но отсутствует грубая деформация сустава, изменение длины конечности, ее фиксированность в определенном положении.

Помощь. В подобных случаях нужно наложить давящую повязку, обеспечить возвышенное положение и покой поврежденному органу, полностью исключить движение в пораженном суставе. Несколько раз в сутки следует делать 15-минутные ванночки, либо примочки водой комнатной температуры для пораженного участка тела. С 3—4-го дня в комплекс мероприятий включите ежедневно применяемые спиртовой компресс, массаж, солнечные ванны.

3.9. МИАЛГИЯ.

Это состояние характеризуется болезненностью и припухлостью мышц вследствие травмы, переохлаждения, перегрузки, сопутствующих заболеваний и других причин.

Помощь. Совместно с лечением основного заболевания пораженной мышце нужно обеспечить облегченный двигательный режим, проводить массаж, тепловые процедуры: солнечные ванны, банки, грелки, горчичники.

4. СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ. ДИАГНОСТИКА И ПОМОЩЬ БОЛЬНОМУ

4. Сложные случаи травм и заболеваний. Диагностика и помощь больному

4.1. Травмы

4.1.1. Черепно-мозговая.

4.1.2. Позвоночно-спинномозговая

4.1.3. Перелом таза

4.1.4. Повреждение грудной клетки и легких

4.1.5. Переломы костей конечностей

4.1.6. Вывихи

4.1.7. Повреждение кровеносных сосудов (кровотечение)

4.2. Тепловой (Солнечный) удар

4.3. Переохлаждение

4.4. Столбняк

Большая часть рассматриваемых тяжелых поражений имеют несколько групп признаков, говорящих об ухудшении деятельности одной или нескольких важнейших систем организма — центральной нервной системы, кровообращения, дыхания, или их сочетания. Своевременное выявление этих признаков поможет предотвратить дальнейшее ухудшение состояния больного.

4.1. ТРАВМЫ

4.1.1. Черепно-мозговая. Одна из самых опасных травм, при которой механическим воздействием (ударом камня, воздушной волной при сходе лавины и т. д.) повреждается головной мозг и череп.

Признаки. Сразу после травмы пострадавший хотя бы на мгновение теряет сознание. Иногда он отмечает кратковременную оглушенность. В течение нескольких дней после травмы больной может не помнить события, происходившие в момент травмы, а также непосредственно до и после нее. Наблюдаются и другие признаки кислородного голодания головного мозга (см.).

Повреждение тканей головы может проявляться в виде выделений из ушей (носа) светлой или розовой жидкости, повреждений кожи и подлежащих тканей, иногда с выбуханием в рану части головного мозга.

Помощь. Удалите волосы вокруг раны. Обработайте ее края раствором антисептика. Положите на рану стерильную салфетку. Выбухание из раны накройте мыльницей, кружкой (каркасом), который вначале нужно чисто вымыть, простерилизовать антисептиком. После этого нужно наложить повязку.

Обеспечьте максимально возможное охлаждение головы полиэтиленовыми мешочками со снегом, мелко наколотым льдом, часто сменяемыми салфетками, смоченными в холодной воде.

Транспортировку этого больного - в положении полусидя, с головой, лежащей на мягком валике. Если больной без сознания, фиксируйте голову, чтобы уберечь ее от боковых качаний. Нужно контролировать сохранность дыхания, особенно после рвоты, могущей привести к закупорке дыхательных путей. Для предупреждения этого осложнения во время рвоты наклоните больного или хотя бы его голову (если не повреждены шейные позвонки!) набок удалите салфетками рвотные массы изо рта после окончания рвоты. При фиксации и транспортировке необходимо учитывать возможные судороги, двигательное возбуждение, агрессивное поведение, особенно ночью. Питье должно быть необильным, еда - по желанию больного.

4.1.2. Позвоночно-спинномозговая. Эта травма повреждает позвоночник и спинной мозг и поэтому есть опасность наступления клинической смерти (см). Наиболее частые условия возникновения травмы — удар или сдавливание позвоночника, чрезмерное одномоментное его искривление, прыжок с высоты.

Признаки. Больной может жаловаться на боли в спине, необычные ощущения в этой области (жжение, снижение чувствительности). Сила мышц конечностей при определенных движениях снижена с одной или обеих сторон (нужно проверить при разнообразных движениях в каждом из симметричных суставов). При ощупывании мышцы конечностей расслаблены. Чувствительность при касании или легком укалывании кожи нарушена чаще в области стоп и кистей. Наблюдается задержка или недержание мочи.

Если указанные признаки выявить не удалось и отсутствует повреждение кости, видимое через дефект мягких тканей, необходимо искать признаки перелома позвоночника. Для этого нужно проверить реакцию больного на осевую разгрузку и нагрузку позвоночника путем толчкообразного надавливания возрастающей интенсивности на голову и пятки пострадавшего и потягивания за них вдоль оси позвоночника. Затем следует прощупать и простучать остистые отростки позвоночника и пространство между ними последовательно вначале от шейного отдела, затем – от крестца. При этом отростки нужно простукивать средним пальцем, а соседними (вторым и четвертым), лежащими рядом на поверхности спины, ощупывать степень напряжения лежащих под пальцами мышц при вашем ударе. Отметьте место наибольшей напряженности — признак возможного перелома. Затем прощупайте другие части позвоночника, расположенные на 1—1,5 и 2—3 см кнаружи в обе стороны от каждого из остистых отростков. Ограниченное ощущение болезненности при обследовании также служит признаком повреждения позвоночника.

Помощь. При наличии раны необходимо обработать ее края раствором антисептика и наложить стерильную повязку. На любом этапе транспортировки обеспечьте неподвижность позвоночника и головы больного. Длительная транспортировка возможна лишь на щите с плотной ровной подстилкой, к которому больной привязан в положении на спине или, хуже, на животе. При безвыходности, если придется транспортировать на мягких носилках, положите пострадавшего спиной вверх. При перекладывании, например, с земли на щит, необходимо подвести под больного ладони так, чтобы отсутствовало провисание какого-либо отдела позвоночника при одновременном, по команде, подъеме его с земли. Контролируйте дыхание больного, ибо оно может остановиться. Если имеется перелом шейного отдела позвоночника, при транспортировке крайне необходимо обеспечить неподвижное положение головы относительно туловища (например, валиками в области шеи, головы).

4.1.3. Перелом таза. Следствие падения, сдавливания в области таза, очень резкого напряжения мышц, прикрепленных к его костям. **Признаки.** Больной отмечает болезненность в месте перелома, усиливающуюся при ощупывании этого места и движении ног. Иногда он не может приподнять выпрямленную ногу, для достижения меньшей болезненности принимает вынужденное положение с согнутыми ногами. Боль в месте перелома усиливается при сдавливании таза руками с боков или надавливании на лобок. Нередко такие больные находятся в состоянии шока (см).

Помощь. Проведите противошоковые мероприятия. Транспортируйте больного на щите или жестких носилках. При этом следует положить его на спину с согнутыми ногами и придать удобное положение — со сведенными или разведенными коленями. Затем - подложить валики под колени, привязать ноги и туловище так, чтобы удобное положение сохранялось и при расслабленных мышцах. Если пострадавший хочет лечь иначе, помогите ему придать это положение. Не кормите, поите очень мелкими глотками понемногу в случае крайней необходимости (угроза смертельно опасного перитонита из-за поступления мочи и кала в полость брюшины в случае ранения органов живота поврежденными костями таза).

4.1.4. Повреждения грудной клетки и легких. Они характерны при ударе камнем, сдавливании грудной клетки в длительном зависании в обвязке, массаже сердца, при ударе воздушной волной снежной лавины (клювом ледоруба при падении). **Признаки.** При переломе ребер, грудины больной жалуется на боль в месте перелома при дыхании, движении рук, туловища, синхронную с движениями. Боли усиливаются при сдавлении грудной клетки руками обследующего (осторожно!) или при надавливании

пальцем в месте перелома. Если переломы множественные, у больного бывает значительное затруднение дыхания из-за болей, что может привести к шоку и дыхательной недостаточности.

Если имеется проникающее ранение грудной клетки, то через раневое отверстие в плевральную полость — щель между поверхностью легкого и внутренней частью грудной клетки — проникнет воздух, т. е. разовьется открытый пневмоторакс. В этом случае одно легкое может спастись и не будет принимать участия в дыхании. У вынужденно сидящего больного при этом появляются резкие колющие боли в груди, ощущение нехватки воздуха, кашель. Дыхательная недостаточность (см) разовьется раньше и будет более выраженной. При осмотре видно, что через рану грудной клетки при дыхании, иногда с шумом, проходит воздух, при выдохе — в виде пузырьков.

В случае сопутствующего ранения легкого через отверстие раны выделяется пенная кровь. У больного начинается кровохарканье. Рано возникает шок (см), сопровождаемый дыхательной недостаточностью. Дополнительно появляются признаки кровотечения (см).

Ранение легкого может не сопровождаться проникающим ранением грудной клетки. При этом поврежденное легкое может накачать при дыхании в плевральную полость воздух, сдавливающий органы грудной клетки, т. е. разовьется напряженный пневмоторакс. В этом случае раненый стремится задержать дыхание на вдохе, у него набухают шейные вены, может появиться болезненность в области правого подреберья. Также развиваются диффузный цианоз и другие признаки тяжелой дыхательной недостаточности.

Подкожная эмфизема возникает, если из плевральной полости воздух попадает под кожу. Поверхность кожи становится припухлой, складки сглаживаются, а при надавливании пальцем в местах «ползущей» опухоли отмечаются хрустящие звуки. Если этот воздух начинает сдавливать органы грудной клетки, то у больного появляются дополнительные жалобы на чувство сдавления в груди, тошноту, рвоту, осиплость голоса. При ощупывании, проведенном в это время, обнаружатся хрустящие звуки в подключичной области.

Помощь. Необходимо провести больному противошоковые мероприятия. Возвращаясь в лагерь в ряде случаев больной может идти сам, но без рюкзака, если перелом не вызывает резкой болезненности. Если пострадавший не может дышать из-за болей, наложите ему повязку на грудную клетку в то время, когда он делает задержку дыхания после глубокого выдоха.

При проникающем ранении грудной клетки нужно обработать края раны раствором антисептика, попросить больного глубоко выдохнуть и в момент максимального выдоха наложить на сухую кожу лейкопластырь или иную пленку, герметично закрывающую рану, например внутреннюю — стерильную — часть упаковки перевязочного пакета, обеззараженный полиэтилен.

Если после этого (судя по состоянию больного) пневмоторакс прогрессирует, или появились признаки подкожной эмфиземы, следует на время снять герметическую повязку. И если в этот момент из раны под слабым напором вышел воздух, а состояние больного улучшилось, то на рану нужно наложить малослойную стерильную повязку, не препятствующую прохождению через нее воздуха.

Транспортируйте больного в положении, удобном для него (сидя, лежа). Учтите также изложенные (см) особенности оказания помощи при шоке, кровотечении, дыхательной недостаточности.

4.1.5. Переломы костей конечностей. Признаки. Общие признаки — ненормальное искривление или укорочение конечности, а также болезненность в месте перелома, которая усиливается при стремлении пользоваться поврежденной конечностью, при надавливании на это место во время ощупывания, в момент осевых нагрузок (при поколачивании или потягивании за торцовую часть кости вдоль ее оси), при попытке вызвать взаимное смещение соседних с местом перелома участков костей. Можно обнаружить неровность костной поверхности, прощупывая и сравнивая пораженный участок кости и симметричный ему на другой конечности.

Помощь. Проведите противошоковые мероприятия. Наиболее эффективное из них — новокаиновая блокада места перелома. Но сделать ее имеет право лишь окончивший медицинские курсы. Вначале тщательно протрите раствором антисептика свои руки, ампулы с одно- или полпроцентным раствором новокаина, упаковки игл и шприца на 10мл. Вскройте ампулы общим объемом 20 мл. Если тем, что обработали антисептиком, случайно коснулись чего-то, вновь обработайте то, чем коснулись, антисептиком. Вскройте упаковки со шприцем и иглами. Насадите иглу на шприц и заполните его, набрав в него содержимое ампулы, которые держит помощник. Отсоедините шприц от иглы, оставив ее в ампуле. Присоедините к шприцу новую иглу. Протрите антисептиком кожу в области перелома. Осторожно вводите иглу в мягкие ткани над переломом в направлении кости. Как только в полость шприца с новокаином из иглы начнет поступать кровь, остановите продвижение иглы. Ведите новокаин. Отсоедините шприц от иглы, которая в тканях, и, снова наполнив его новокаином, вновь присоедините шприц к введенной в мягкие ткани игле, и повторите введение новокаина. Извлеките иглу и вновь обработайте место укола антисептиком.

Если конечность согнута в месте перелома, после обезболивания следует попытаться выпрямить ее, чтобы стало возможным провести фиксацию поврежденной конечности, но не более. Для предотвращения развития шока от взаимного смещения отломков перед транспортировкой нужно сделать тщательную фиксацию отломков кости относительно друг друга. Используйте подручные средства: ледорубы, стойки, крючья. В крайнем случае сломанную руку можно прибинтовать к туловищу, а ногу — к другой.

Эффективность фиксации возрастает, если: обеспечить неподвижность в двух соседних с переломом суставах создать полную жесткость конструкции, фиксирующей конечность и ликвидировать малейшее смещение поврежденной конечности относительно фиксирующей системы элементы фиксирующей системы не будут вызывать неприятных ощущений сдавливания.

При переломе ключицы (еще один признак ее перелома – при надавливании на ключицу ощущается ее податливость подобно клавише пианино), если больной будет идти сам, зафиксируйте его руку косынкой, перекинутой через шею. Регулируя сгибание руки в локтевом суставе и длину косынки, можно добиться наилучшего сопоставления отломков. Если больного транспортируют на носилках, положите его спиной на узкий валик так, чтобы плечи свисали и тем самым сблизили отломки ключицы. Один из вариантов фиксации ключицы – стянуть локти пострадавшего за спиной.

Если кость порвала кожные покровы (открытый перелом), нужно убрать прилипшие инородные тела, обработать кожу вокруг выступающей кости раствором антисептика и наложить стерильную повязку, не вправляя кость.

Помня, что переломы сопровождаются обильным внутренним кровотечением, используйте также приемы помощи, изложенные в разделах «Шок» и «Повреждение кровеносных сосудов (кровотечение)».

4.1.6. Вывихи. Наблюдается ненормальное положение суставных поверхностей относительно друг друга, вызванное чаще всего вынужденным чрезмерным по размаху движением в суставе.

Признаки. Больной жалуется на невозможность обычных движений из-за болей в поврежденном суставе. При осмотре и ощупывании заметны изменения формы сустава относительно симметричного ему, изменение длины и пружинообразная фиксированность пораженной конечности, вынужденное ее положение.

Помощь. Наложите повязку, поддерживающую и фиксирующую поврежденную конечность в положении минимальной болезненности. При удержании конечности в отведенном положении следует использовать валики.

4.1.7. Повреждение кровеносных сосудов (кровотечение). Чаще возникает от механического повреждения кровеносных сосудов, при котором кровь попадает на поверхность тела пострадавшего (наружное кровотечение) или - внутрь его (внутреннее кровотечение).

Признаки. При наружном кровотечении из артерии алая кровь изливается струей, часто пульсирующей в такт сердцебиению. При венозном и капиллярном кровотечении кровь темнее, чаще течет равномерно.

Внутреннее кровотечение в просвет полых органов можно определить спустя некоторое время по выделению крови из естественных отверстий тела. При кровотечении из кишечника вид крови может измениться— в рвотных массах она имеет вид кофейной гущи, калу она придает темный (дегтеобразный) цвет.

Если при внутреннем кровотечении кровь остается в замкнутых полостях, в том числе и в области перелома, определить кровотечение можно лишь по изменению общего состояния больного. Он возбужден, жалуется на головокружение, слабость, потемнение в глазах, тошноту, сонливость, сильную жажду, сухость во рту. У него бледно-серая влажная кожа, осунувшееся лицо, учащающийся со временем, все труднее прощупываемый пульс, учащенное дыхание, может наступить обморок. Температура тела снижена.

Помощь. Главное — как можно быстрее остановить кровотечение. Для этого, если наружное кровотечение артериальное, нужно попытаться пережать место повреждения, сдавив пальцами здоровую кожу краев раны, либо пережать пальцами артерию в месте ее прощупывания между зоной повреждения и сердцем (рис.1).

При артериальном кровотечении в области ключицы нужно встать сзади больного, потянуть за локтевой сгиб кровотокащей руки так, чтобы максимально отвести ее назад и за спину больного.

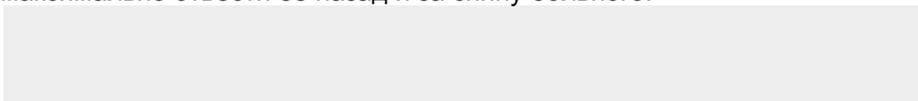


Рис. 1. Места прижатия артерии для остановки артериального кровотечения.

При ранении головы прижимают: 1 — височная артерия 2 — затылочная артерия 3—4 — сонные артерии.

При кровотечении из ран на руке прижимают: 5 — подключичная артерия 6—подмышечная артерия 7 — плечевая артерия 8 — лучевая артерия 9 — локтевая артерия.

При повреждении артериального сосуда ноги прижимают: 10 — бедренная артерия в паху 11 — бедренная артерия в середине бедра 12 — подколенная артерия 13 — тыльная артерия стопы 14 — задняя артерия стопы.

Любое кровотечение из конечности легче остановить, если поднять раненую руку или, положив больного, поднять раненую ногу.

Артериальное кровотечение в области предплечья и кисти, голени и стопы можно остановить, максимально согнув поврежденную конечность в локтевом (коленном) суставе.

В области паха артериальное кровотечение останавливайте, максимально согнув ногу пораженной стороны и сильно прижав колено к туловищу.

Если кровотечение сильное, то лишь после этих действий отнесите больного в безопасное место.

После обработки краев раны раствором антисептика наложите на рану стерильную повязку. Сделать ее надо настолько тугой, чтобы кровотечение не возобновилось и после прекращения временного сдавливания артерии. Возможно, для этого потребуются плотные валики, придавливающие место повреждения сосуда через повязку с помощью дополнительного бинтования, если в этом месте нет перелома. Возможно также, что место кровотечения придется прижимать через повязку пальцами на всем протяжении транспортировки.

Жгут накладывайте лишь при безуспешности или утомления от проведения вышеизложенных приемов остановки кровотечения. Предпочтительнее использовать резиновый бинт и, в крайнем случае, мягкую ткань с широкой площадью прижима давления на кожу (шарф, полотенце), затягивая кольца, проходящие вокруг конечности, с помощью закрутки. Жгут накладывайте выше раны и ближе к ней, но не в средней трети плеча и не в нижних частях предплечья и голени. Под жгут подложите мягкую ткань, поролон. Затем сделайте 2 витка натянутым резиновым бинтом. Если при не прижатом сосуде возобновляется кровотечение из раны, следующие витки сделайте более тугими до тех пор, пока кровотечение не прекратится. Зафиксируйте жгут.

Накладывая жгут на шею при ранении ее, лица, головы, нужно защитить твердым каркасом (в простейшем случае — поднятой вверх рукой здоровой стороны) неповрежденную переднебоковую часть шеи, и только после этого накладывать жгут вокруг шеи и каркаса так, чтобы он пережимал лишь сосуд, питающий кровотечение.

После наложения жгута и необходимого бинтования раневой конечности нужно зафиксировать ее, как при переломе, укрыть от холода и прямых лучей солнца, и на видном месте прикрепить записку с указанием времени наложения жгута. Если жгут лежит 2 часа, передавите артерию выше него. Затем следует расслабить на несколько минут жгут и наложить его вновь на кожу, не бывшую под жгутом. Зимой жгут расслабляйте каждые полчаса.

При ранении вен области шеи прежде всего наложите на рану стерильную герметичную пленку, чтобы избежать засасывания воздуха в вену, и лишь затем — повязку.

После обработки любых кровоточащих ран наложите давящую повязку.

При внутреннем кровотечении также транспортируйте больного с низко опущенной головой. Охлаждайте область предполагаемого кровотечения. Если это органы пищеварения и дыхания, пусть больной периодически глотает кусочки льда, ест охлажденную пищу, избегает любого физического напряжения, а при легочном кровотечении — даже разговора, кашля.

Каждые полчаса давайте больному растворенную в минимальном количестве воды столовую ложку поваренной соли. Давайте чай без заварки. При угрожающем состоянии жизни больного от кровопотери выдавите в центральные сосуды кровь из его конечностей тугим их бинтованием, начиная от пальцев.

4.1.8. Повреждение мягких тканей живота (острый живот). «Острый живот» — комплекс признаков травматического повреждения (в том числе прокол клювом ледоруба при падении с ним) или хирургического заболевания органов брюшной полости. Признаки. Больной ощущает боль в животе, которая при значительной интенсивности может вызвать вынужденное положение (сидя или лежа), тошноту, рвоту. Часто, наоборот, больной мечется со страдальческим выражением лица, стоном и криками и может впасть в шоковое состояние. Иногда наблюдаются икота, запор, неотхождение газов кишечника.

Живот больного втянут или вздут, не участвует в дыхательных движениях. Язык при ухудшении состояния больного сухой, с налетами. Температура может быть повышена, например, при аппендиците.

При осторожном ощупывании живота ощущается напряжение брюшной стенки, а больной сообщает о болезненности в месте прикосновения. Осторожное надавливание рукой в том или ином отделе живота вызовет усиление болезненности, но резкое снятие руки сделает боль гораздо интенсивнее (при аппендиците справа в нижней половине живота).

Помощь. Организуйте быструю транспортировку больного в удобном для него положении с целью возможного хирургического лечения. На живот, либо его отдел, вызывающий наибольшую болезненность, положите полиэтиленовый пакет с мелко наколотым льдом или холодной водой, сменяемой по мере нагревания. Не давайте больному пить и есть. При мучительных рвоте и икоте предложите больному изредка глотать кусочки льда. Если у больного имеются сильные боли и признаки кровотечения, включите действия по оказанию помощи при кровотечении (см. раздел «Повреждение кровеносных сосудов»), не отменяя изложенные в этом разделе.

Если в отверстие брюшной стенки вышло содержимое брюшной полости, не делайте попыток к вправлению, а, сняв прилипшие крупные инородные тела, прикройте выпавшие органы салфеткой, предварительно смоченной (можно родниковой прокипяченной водой), и забинтуйте.

4.2. ТЕПЛОЙ (СОЛНЕЧНЫЙ) УДАР.

Эти болезненные состояния бывают при перегреве организма в результате длительного пребывания в условиях высокой температуры, либо (солнечный удар) при действии солнечных лучей на непокрытую голову. Признаки. Пострадавший отмечает слабость, тошноту, головную боль. Его редкие движения неуверенны, при нормальной температуре дыхание и пульс учащены, зрачки расширены, кожа влажная. У больного могут быть рвота, обморок.

Помощь. Поместите пострадавшего на открытую для ветра площадку, защитив от лучей солнца. Смочите лицо холодной водой, тело оберните мокрым полотенцем, на голову поместите полиэтиленовый мешок с холодной водой или льдом. Обеспечьте больному обильное холодное питье.

4.3. ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ.

Это поражение — результат общего воздействия на организм низкой температуры. Оно усиливается, если пострадавший легко одет, в мокрой одежде, утомлен.

Признаки. В ранних стадиях переохлаждения больной дрожит, имеет спутанное сознание, движения, в том числе глотательные, мало координированы. В далеко зашедших случаях больной без сознания, однако могут наблюдаться непроизвольные движения, напряжение мышц приоткрывание глаз. Дыхание 4—10 раз в минуту, пульс, определяемый только на сонной и на других крупных артериях, от 50 до 20 ударов в минуту.

Помощь. Главная задача — скорее согреть больного теплом снаружи и ввести носитель тепла внутрь организма. Для этого переоденьте больного в сухую теплую одежду, обложите грелками, фляжками с горячей водой, но не обжечь! (в идеале — поместить в ванну с теплой водой, медленно!! повышая ее температуру). К огню (костру, камину) нужно также приближать больного медленно. Такая осторожность вызвана тем, что при слишком быстром отогревании у больного может остановиться сердце. Поэтому, повышая температуру вокруг него, контролируйте ритмичность пульса. В случае появления нарушения ритма пульса (появляются его перебои) темп отогревания снизьте. В условиях высокогорья, в отдаленности от стационарного медицинского учреждения, когда указанные средства оказались малоэффективными или недоступными, применяется единственно доступный и эффективный способ: полностью обнаженного больного уложить между двумя обнаженными людьми с одним из них (лучше противоположного пола, еще лучше — того, кто симпатичен замерзающему) — лицом к лицу. Т.е. мы подключаем манок «основного инстинкта, помогающий замерзающему вырваться с холодного «того света» к «этой» жизни.

Затем нужно укутать их снаружи так, чтобы они согревали больного на большей части его кожного покрова.

После успешного окончания этой «процедуры» не забудьте надеть на пострадавшего теплые вещи, продолжить отогревание — чай и т.п. Необходимо также проводить противошоковые мероприятия. При бессознательном состоянии больного влейте 1 — 2 л. теплой жидкости (руке, погруженной в нее, не горячо) при помощи эластичной трубочки (кембрика) в прямую кишку. В случае клинической смерти нужно проводить реанимационные мероприятия, не прекращая активно согревать больного.

4.4. СТОЛБНЯК.

Заболевание может развиваться при загрязнении любого, даже незначительного, повреждения кожи. При этом наиболее поражается нервная система. Признаки. Пациент отмечает головные боли, а также тянущие боли в области раны с ощущением подергивания соседних мышц, общую утомляемость, усталость жевательных мышц. У него высокая температура, обильное потоотделение. Позже появляется затруднение при открывании рта из-за судорог мышц, придающих лицу выражение смеха. Затем болезненные судороги распространяются на другие, в том числе дыхательные, мышцы.

Помощь. Нужно немедленно транспортировать больного в больницу с соблюдением максимально нежного обращения с ним, ибо толчок, свет, громкий разговор могут вызвать судороги. Необходимо быть готовым к искусственному дыханию.

4.5. ОСТРАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

4.5. Острая недостаточность кровообращения

4.5.1. Обморок.

4.5.2. Стенокардия.

4.5.3. Сердечная астма.

4.6. Острая недостаточность дыхания

4.6.1. Воспаление легких.

4.7. Кислородное голодание головного мозга

4.8. Горная болезнь

4.9. Острый отек легких

4.10. Шок

4.11. Состояния, предшествующие клинической смерти

4.11.1. Остановка сердца.

4.11.2. Остановка дыхания.

4.11.2.1. Утопление.

4.11.2.2. Закупорка дыхательных путей.

4.12. Клиническая смерть. Массаж сердца. Искусственное дыхание

Это нарушение жизнедеятельности вызвано неспособностью сердечно-сосудистой системы доставлять с кровью в ткани организма достаточное количество необходимых веществ. При этом предполагается, что их поступление в организм извне достаточно.

Острая сердечная недостаточность развивается вследствие травм, заболеваний, отравлений, длительных или одномоментных физических и психических перегрузок, воздействия вредных условий внешней среды, например высокогорья.

Имеются различные проявления этого заболевания.

4.5.1. Обморок. Обычно - самое безопасное из приведенных здесь проявлений острой недостаточности кровообращения. Причинами обморока кроме указанных в начале раздела могут быть быстрое вставание, длительное неподвижное стояние, отрицательные эмоции.

Проявление. Обморок наступает постепенно. Сначала возникают слабость, тошнота, головокружение, неприятные ощущения в животе и груди. Затем появляются возрастающие по интенсивности потемнение в глазах, шум в ушах, неустойчивость при стоянии, оглушенность.

Больной бледен, неравномерно дышит, жалуется на дискомфорт, пытается устранить неприятное для него воздействие, например, снять рюкзак, присесть. Пульс больного при этом частый, но иногда урежается. Прощупать пульс лучше на шее, ибо на предплечье он очень слаб.

В течение минуты с начала ухудшения состояния больной может (как бы замедленно) упасть, иногда пытаясь удержаться, и потерять сознание на несколько секунд. Однако при глубоком обмороке бессознательное состояние сохраняется до 40 минут. При этом дыхание и пульс едва определяются, глаза закрыты, зрачки расширены, замедленно реагируют на свет. Мышцы расслаблены, однако возможны кратковременные судороги.

По окончании обморока сознание возвращается за нескольких секунд. Больной помнит о событиях, предшествующих обмороку (в отличие от больных с эпилепсией, черепно-мозговой травмой). Однако восстановление работоспособности может затянуться на несколько часов.

Помощь. Нужно положить больного (не на голую землю!), опустить голову, приподнять ноги, освободить от одежды и амуниции, которые стесняют дыхание. Следует обеспечить комфортные температурные условия. Похлопайте по щекам, потрите уши, побрызгайте на лицо холодной водой. Через несколько минут при безуспешности указанных мероприятий следует поднести к носу больного (постепенно!) ватку, смоченную нашатырным спиртом.

Необходимо постоянно контролировать пульс, дыхание. Если дыхание чрезмерно ослаблено, следует провести искусственное дыхание. При отсутствии пульсации на артериях, в частности, сонной, нужно начинать массаж сердца.

4.5.2. Стенокардия. Развивается при ухудшении кровоснабжения мышц сердца. Провоцирующие факторы приступа – физические и психические нагрузки, некомфортные температурные условия, иные стрессы. Признаки. Проявление стенокардии может ограничиваться внезапно наступившим ощущением нехватки воздуха при ходьбе. В более типичных случаях побледневший больной жалуется на чувство сдавления или давящие боли, внезапно появившиеся за верхней третью грудины или слева от нее. Боли постепенно нарастают. Они могут отдавать в большинство участков левой половины тела, а также в плечо или руку правой половины. При этом иногда болевые ощущения в области грудины отсутствуют. Боли могут пройти через 2—3 минуты после прекращения движения.

Одновременно больной часто отмечает наступающее чувство слабости, головокружения, тошноты, позыв к мочеиспусканию. Появляется страх смерти. Иногда больной теряет сознание.

Помощь. См. «Острый отек легких»

Иногда стенокардия может проявиться в виде сердечной астмы и острого отека легких (см), которые есть результат ухудшения работы сердца не только вследствие спазма его сосудов.

4.5.3. Сердечная астма. Признаки. В легких случаях у больного, чаще ночью, внезапно появляется сухой кашель, заставляющий его встать. При этом больной жалуется на сердцебиение, чувство стеснения в груди.

В более тяжелых случаях больной ощущает внезапно наступившее ощущение нехватки воздуха и, чтобы ослабить это ощущение, встает. Его мучает непрерывный сухой кашель, иногда может появиться мокрота розового цвета.

Больной бледен, покрыт холодным потом, пальцы, нос, уши имеют синюшный оттенок. Набухают вены шеи, дыхание частое, поверхностное, пульс возрастает до 120 ударов в минуту. При ухудшении состояния начинается острый отек легких.

Помощь. См. «Острый отек легких»

4.6. ОСТРАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДЫХАНИЯ.

Этот недуг возникает, если обмен газов между организмом и средой не удовлетворяет потребности организма. Причиной острой дыхательной недостаточности могут быть болезни, особенно органов дыхания, отравление, горная болезнь, травма, кровопотеря, нарушение проходимости дыхательных путей.

Признаки. У больного учащены сердцебиение и дыхание. В дыхании участвуют вначале крылья носа, затем — мышцы шеи, плечевого пояса. Кожа влажная, может быть покрыта обильным потом, имеет красно-синюшный цвет. Руки, нос, ушные раковины имеют более синюшный оттенок. Синюшность резко усиливается при минимальной физической нагрузке. К указанным признакам, которые развиваются в течение нескольких часов, присоединяются признаки кислородного голодания головного мозга (см). При тяжелом состоянии у больного могут быть самопроизвольное мочеиспускание и дефекация.

Помощь. Прежде всего необходимо устранить причину острой дыхательной недостаточности. Если это закупорка дыхательных путей - очистить их от инородных тел. Если это недостаток кислорода, например, при воспалении легких, необходимо немедленно транспортировать больного на меньшие высоты в удобном для него положении, давая, по возможности, дышать кислородом.

4.6.1. Воспаление легких. Одно из наиболее частых заболеваний дыхательных путей, которое в высокогорье практически всегда приводит к острой дыхательной недостаточности (см) с соответствующими признаками. Предрасполагают к воспалению легких хронические заболевания дыхательных путей, придаточных пазух носа (гаймориты, фронтиты), переохлаждение, травма, вдыхание паров бензина. Признаки. Начало заболевания острое — наблюдаются подъем температуры, кашель с мокротой, боли в груди и под лопаткой, головная боль, общая слабость. Возможны озноб, ощущение нехватки воздуха,

спутанность сознания с двигательным возбуждением и другими признаками кислородного голодания головного мозга (см.). Заболевание может вызывать острый отек легких (см.).

Помощь. Прежде всего – транспортировка вниз. Помните также, что высокая температура помогает справиться с микроорганизмами, вызывающими болезнь (и не только эту). Но, чтобы избежать осложнений со стороны нервной, сердечно-сосудистой и других систем организма, при температуре тела больного выше 39,5°C, либо при появлении бреда, нужно постараться снизить ее, например с помощью холодных компрессов на область лба., а, если это не поможет в течение часа, – с помощью жаропонижающих лекарств, например, амидопирина, но очень небольшими дозами, контролируя новое значение температуры в течение получаса и прекращая дачу лекарств при температуре 39,5°C.

4.7. КИСЛОРОДНОЕ ГОЛОДАНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Это состояние может наступить при недостатке кислорода во вдыхаемом воздухе, например на большой высоте, в пещерах, невентилируемых расщелинах, при травме головы, кровопотере, ограничении подвижности грудной клетки вследствие ее сдавливания, травмы. К кислородному голоданию головного мозга приводят также нарушения проходимости дыхательных путей, заполненных, например, слизью, лихорадочные состояния, отравления, в частности парами бензина, заболевания, прежде всего сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Признаки. Больной отмечает появление необъяснимой тревоги, шума в ушах, вялости и сонливости. Он жалуется на возрастающую при физических нагрузках головную боль, которая при усилении физнагрузок сопровождается головокружением, потливостью, тошнотой. Может быть рвота, повышение температуры.

Кожные покровы бледны или синюшны, возрастает температура тела, нарушается зрение, появляются судороги, больной не может разговаривать, совершать некоторые движения из-за параличей. При этом мочеиспускание, дефекация самопроизвольны, возможна остановка дыхания.

Наблюдая за поведением больного, можно увидеть, что вначале он находится как бы в состоянии легкого опьянения — суетлив, недостаточно критичен в своих поступках как в вопросах быта, так и при обеспечении безопасности, принятии тактических решений. При ухудшении состояния больной как бы оглушен, заторможен, не спит. У него наблюдается изменение черт характера. В этот период, чаще вечером и ночью, больной внезапно может совершить немотивированные поступки, включая попытки к агрессии, самоубийству. Обязательное круглосуточное дежурство около заболевшего поможет блокировать его неадекватные поступки, что, по возможности, не должно быть известно больному, дабы не травмировать его психику, либо сделано с большим тактом.

Дальнейшее ухудшение состояния сопровождается все более глубоким нарушением сознания: больной выполняет элементарные задания, однако после настойчивых просьб и самопроизвольно прекращает их выполнение. В тяжелом состоянии у больного — высокая температура, полностью утраченное сознание, может наступить остановка дыхания, сердца.

Помощь. Прежде всего нужно постараться устранить причину болезненного состояния: очистить дыхательные пути больного, устранить физическую нагрузку, транспортировать на более низкие высоты. Если при обследовании обнаружено появление признаков асимметричных изменений, нужно ограничить питье больного.

4.8. ГОРНАЯ БОЛЕЗНЬ.

Может развиваться у восходителей при подъеме выше 3000 м. Избыточный вес, утомление, охлаждение, недостаточность предварительной акклиматизации провоцируют развитие болезни при более низких высотах (2000 м). Недостаточно или чрезмерно активная акклиматизация также способствуют развитию этого недуга. Признаки. При горной болезни проявление дыхательной недостаточности сочетается с признаками кислородного голодания головного мозга (см.). Появляется ощущение усиленного сердцебиения, утомления при обычной работе. Больному не хватает воздуха при дыхании, и это ощущение усиливается при малейшей физической нагрузке. Он начинает зябнуть, жалуется на головную боль, лихорадочное состояние, слабость, сонливость, вздутие живота, снижение аппетита, иногда — на тошноту, приводящую к рвоте, становится апатичным. Сознание может стать измененным, причем это может проявиться как исподволь, так и внезапно в резкой форме. Сон прерывист, беспокойен. Кожа, язык приобретают синюшный оттенок, пульс и дыхание учащены. Иногда возможны носовые кровотечения. Все эти признаки горной болезни усиливаются при физической нагрузке и чаще исчезают самостоятельно в ближайшую неделю. В то же время при неблагоприятном течении заболевания могут возникнуть острый отек легких (см), психические нарушения. Помощь. При тяжелой форме горной болезни, либо, если признаки заболевания не исчезли в ближайшие 3 дня, единственная эффективная помощь — транспортировать больного ниже 2000 м над уровнем моря. Все это время необходимо обеспечивать непрерывный контроль над его действиями на случай внезапного бурного агрессивного поведения при психических нарушениях.

В остальных случаях лучше установить за больным наблюдение, обеспечить ему посильные физические нагрузки, температурный комфорт, возможность достаточного сна в обычное время, положительные эмоции. В питание следует ввести витамины («Декамевит») в дозах, указанных на упаковке, подкисленный сладкий чай (без ограничений, по желанию больного), исключить из рациона мясо, продукты, вызывающие усиленное газообразование, например бобовые.

Профилактика. Ступенчатая акклиматизация, неоднократные поездки в горы, избегание физических, психических и терморегуляционных перегрузок, питание перед и во время физических нагрузок легкоусваиваемой, преимущественно углеводистой, пищей, употребление естественных витаминов, содержащихся, например, в молодой свежей хвое, листьях крапивы, подорожника, мать-и-мачехи, обычных овощей и фруктах.

4.9. ОСТРЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ.

Острый отек легких особенно часто может возникнуть при горной болезни, чрезмерной физической нагрузке, заболеваниях, изложенных в разделах 4.5 и 4.6.

Признаки. Происходит как-бы прогрессирование симптомов, изложенных в этих разделах. Больной жалуется на резкую слабость, жажду, загрудинные, мышечные и суставные боли, неприятные ощущения в горле, недостаток воздуха при дыхании, особенно мучительный при физической нагрузке.

При осмотре обращают на себя внимание вынужденно сидячее положение больного, покрытая потом бледная кожа с синюшным оттенком, более выраженным на пальцах, носу, ушных раковинах. Он покашливает, часто и поверхностно дышит, используя для этого мышцы шеи, туловища.

При прослушивании замечаются хрипы, нарастающие по интенсивности при последующем обследовании. Спустя десятки минут хрипы могут стать клокочущими, слышными на расстоянии. Пульс все более частит. На каком-то этапе возникают признаки кислородного голодания головного мозга (см).

Помощь. При всех изложенных проявлениях острой недостаточности кровообращения и описываемого заболевания необходимо дать больному под язык таблетку нитроглицерина до полного ее рассасывания именно под языком. При отсутствии эффекта следующую таблетку предлагать не раньше чем через 5—10 минут, но не более 6 таблеток в сутки. Прием последующих 4 таблеток хорошо чередовать с накладыванием горчичников на переднюю стенку левой половины грудной клетки (область сердца), опусканием рук и ног в горячую ванну либо обертыванием их тканью, смоченной горячей водой.

В случае стенокардии (признаки которой не исчезают в течение 30 минут) больному следует ввести промедол или препараты этой группы (лишь медицинский работник имеет право это сделать). Нужно помнить, что во всех случаях острой недостаточности кровообращения, даже если удалось справиться с приступом, необходимо без промедления транспортировать больного в базовый лагерь. Если в течение получаса отек легких не исчез, нужно обеспечить больному дыхание через слою марли, смоченной 40%-ным раствором винного спирта, и транспортировать в удобном для него положении до высоты 2 км над уровнем моря (самостоятельное передвижение запрещено!). Следует ограничить объем выпиваемой жидкости.

При тяжелом состоянии также наложите на ноги в области паха повязки, затрудняющие отток крови из ног, но так, чтобы не исчезла пульсация на тыле ступни, в подколенных ямках. Следите при этом, чтобы возможная болезненность в области ног не вызвала у больного шока.

4.10. ШОК.

Вызывающими шок причинами могут быть невыносимо сильная душевная и физическая боль, острое заболевание, неправильное введение лекарственных средств, их побочные действия. Факторы, отягощающие течение шока,— длительное перегревание, переохлаждение, недостаток еды и питья, эмоционально-психические перегрузки, кислородное голодание.

Проявление. Фаза возбуждения. Вначале наблюдается фаза речевого и двигательного возбуждения, при которой пострадавший очень возбужден и не критичен к своему состоянию, сложившейся ситуации, хотя сознание сохранено. Например, получивший тяжелый перелом руки альпинист может призывать, не мешкая, продолжать восхождение. У больного наблюдаются бледность, потливость, расширенные зрачки, учащенный пульс и дыхание. Этот период длится 10—20 минут.

Фаза торможения. Чем ярче проявление фазы возбуждения, тем тяжелее течение быстро наступающей фазы торможения, когда больной затихает и вначале просит пить, а по мере увеличения тяжести состояния уже не высказывает никаких пожеланий. Он слабо реагирует на окружающее, все с меньшей охотой вступает в разговор, с трудом, медленно, почти неслышно отвечает на вопросы. Кожа холодеет, приобретает бледно-синюшный оттенок, покрывается холодным липким потом. Глаза западают, взгляд становится неподвижным, черты лица заостряются.

Дыхание учащается до 30 в минуту, делается все более поверхностным. Частота пульса постепенно возрастает до 130 ударов в минуту и еще выше при тяжелом состоянии больного, когда прощупать пульс на предплечье становится невозможно.

Помощь. Самой эффективной доступной помощью будет максимально возможное устранение травмирующих больного физических и психических причин, формирование положительных эмоций, максимально быстрая транспортировка его из высокогорья для лучшего снабжения кислородом при дыхании и для более быстрой медпомощи.

В самом начале (не позже !!!) фазы возбуждения для облегчения последующего течения шока дайте пострадавшему выпить 300 г 40%-ного винного спирта из расчета на 100 кг "живого веса" пострадавшего. По окончании периода возбуждения, если больной сам вступает в словесный контакт, у него нет холодного липкого пота, частота пульса и дыхания не превышают соответственно 100 и 25 в минуту, каждые 3 часа давайте ему по 100 г этого раствора. Если пострадавший перестал жаловаться на боль, и состояние его ухудшилось, прием указанного лекарства категорически запрещается.

Если шок инфекционно-токсический вследствие пищевого отравления (несколько человек, принимавших одну и ту же пищу, многократная рвота и частая дефекация, озноб, повышение температуры), винный спирт также давать нельзя. Вместо него при угрожающем состоянии больного нужно промыть желудок, давая постепенно выпивать по 2—3 л теплой воды и провоцируя рвоту. Когда больной уже без сознания и не может пить, необходимо сделать ему промывание кишечника через эластичную трубочку для питья, введенную в задний проход на 15—20 см. Для этого, подняв свободный конец трубки, нужно влить в нее три литра теплой воды. Через 10 минут, опустив этот конец трубки ниже уровня тела больного, следует выпустить (вытекает самопроизвольно) эту жидкость. Этот цикл повторите 4—5 раз.

На всем протяжении лечения шока необходимо обеспечить больному удобство лежания, по возможности с приподнятыми ногами, температурный комфорт, ласково-принудительное побуждение пить умеренно крепкий чай с глюкозой, витаминами. Нельзя переоценить ненавязчивое словесное мягко-оптимистичное общение, иные знаки доброжелательного внимания, лучше особ противоположного пола.

Профилактика шока заключается в правильной помощи пострадавшему на ранних этапах поражения.

4.11. СОСТОЯНИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ.

4.11.1. Остановка сердца. Может быть вследствие электротравмы (молния), удара по грудной клетке, психогенного шока, болезней сердца. Признаки. Перестает прощупываться пульс. Какие-то секунды больной может дышать и быть еще в сознании, но затем появляются все признаки клинической смерти. Помощь. Нужно «запустить» работу сердца, как рассказано ниже. Если все же наступила клиническая смерть – проводить нижеописанную реанимацию.

4.11.2. Остановка дыхания. Может быть следствием заболеваний (ботулизм, столбняк и др.), отравлений (алкоголем, другими наркотиками и ядами), травм и несчастных случаев. Во всех этих случаях возможно, что дыхание уже остановилось, или останавливается, а сердце еще бьется. Рассмотрим некоторые из них.

4.11.2.1. Утопление. Извлеченного из воды пострадавшего нужно положить животом на свое колено так, чтобы он оказался лицом вниз, и быстро, но интенсивно 1—2 раза сдавить руками его грудную клетку, пытаясь выдавить из легких жидкость. После этого, независимо от результатов, пациента нужно перевернуть на спину, проверить пульсацию на сонных или бедренных артериях. Если она есть, очистите рот пострадавшего и проводите искусственное дыхание. Если пульсации нет, проводите полноценную реанимацию (см. ниже).

4.11.2.2. Закупорка дыхательных путей. Может быть в случае передавливания шеи веревкой при падении на маршруте, в случае суицида. В этом случае до того, как перерезать веревку, необходимо обеспечить предотвращение падения задушенного с большой высоты. После этого лежащему на спине пациенту, если пульсация на артериях сохранена, нужно проводить лишь искусственное дыхание (см. ниже), постоянно контролируя сохранность пульсации.

Дыхательные пути могут быть перекрыты и изнутри, например, если человек подавился при еде, утоплении, попадании в лавину. При этом твердое тело вклинивается между связками гортани, перекрывая тем самым движение воздуха по трахее. Застывшее инородное тело нужно удалить резким надавливанием на переднюю брюшную стенку, например, находясь сзади от пациента и обняв его предварительно за живот. Это надавливание, смещая диафрагму в грудную полость и сдавливая таким образом легкие, способствует выталкиванию инородного тела резко возросшим давлением в трахее пострадавшего (выбивает как пробку из бутылки).

В случае неудачи от этого надавливания во время судорог умирания не пытайтесь удалить инородное тело – попытка этой помощи будет неэффективна, но может поредить костные и мягкие ткани головы и шеи пострадавшего. Поэтому, если при жизни удалить инородное тело не удалось, повторите попытку сразу после того, как наступит клиническая смерть, и мышцы челюсти и ротоглотки расслабятся.

Для этого левой рукой оттяните в сторону грудины нижнюю челюсть, а указательным и средним пальцами правой руки, введенными в глотку по языку за его основание, нащупайте и выковыряйте инородное тело. Если это не удастся в течение минуты, протолкните застрявший кусок в трахею и начните реанимацию – только искусственное дыхание, если пульсация на артерии сохранена, и полномасштабную, если пульсации артерии нет. После того, как такой больной придет в себя, немедленно доставьте его в больницу, где инородное тело без особых сложностей будет извлечено после дачи наркоза и введения релаксантов.

4.12. КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ.

Любое достаточно сильное нарушение жизнедеятельности организма вследствие болезни, травмы, в том числе и от электрического разряда, состояния шока может закончиться клинической смертью — кратким, еще обратимым периодом умирания, предшествующим биологической, уже необратимой, смерти. В обычных условиях этот период не превышает 2 – 3 минут, поэтому помощь необходимо начать как можно скорее, однако проводить – как можно правильнее.

Признаки. Пострадавший лежит без сознания, с полностью расслабленными конечностями, не дышит или имеет судорожные, исчезающие неритмичные дыхательные движения. Пульс нигде не прощупывается. Кожа бледная, зрачки широкие, не реагируют на свет. При легком прикосновении пальцем к главному яблочку веки не подергиваются.

Помощь. Единственно верным будет проведение реанимационных мероприятий в виде массажа сердца, чтобы восстановить у пострадавшего кровообращение, прежде всего в головном мозгу, и искусственного дыхания, чтобы насытить кислородом кровь, поступающую при массаже сердца в мозг, а также другие органы.

Если у пострадавшего (при утоплении, удушении, подавливании) после устранения вредных факторов имеется сердцебиение, начинайте с искусственного дыхания, не переставая в то же время следить за пульсацией артерии. У остальных – начинайте с массажа сердца.

Массаж сердца.

а) Попробуйте восстановить работу сердца несколькими сильными ударами кулаком с высоты 20— 25 см по нижней трети грудины с частотой 2 удара в секунду.

б) Если пульс на сонных артериях не восстановился, необходимо без промедления положить умирающего на твердое ложе по-прежнему лицом вверх (не тратить времени на создание комфортных условий!) и начинать непрямой массаж сердца. Непрямым его называют потому, что массаж —

периодическое сдавливание сердца — проводят не непосредственно касаясь его руками, а через ткани грудной клетки.

в) Для этого надо расположиться сбоку от умирающего, лицом к нему, так, чтобы ваше туловище возвышалось над лежащим.

г) На нижнюю треть грудины умирающего положите основание ладони, расположенное около места прикрепления кисти к предплечью. На тыл этой кисти наложите другую ладонь.

д) Разогните в локтях свои руки и сгибанием туловища толчкообразно продавите ладонями нижнюю треть грудины пострадавшего на 6 см. (ширина ладони). Затем, выпрямившись, дайте его грудной клетке принять прежнюю форму.

е) При этом в течение минуты сердце должно быть 60 раз сжато между сближаемыми на 6 см передней и задней стенками грудной клетки. Указанное ритмичное сжатие обеспечивает поток крови, создаваемый у здорового человека обычным сокращением сердца.

ж) При правильном массаже в области сонных артерий появляется отчетливый пульс, синхронный с вашими надавливаниями. В этом можно убедиться с помощью ассистента, либо, несколько секунд массируя с той же амплитудой одной рукой, другой рукой пальпировать сонную (бедренную) артерию. Массаж необходимо продолжать даже при явных признаках сделанного вами перелома грудины, ребер.

Искусственное дыхание.

После начала массажа сердца можно приступить к искусственному дыханию «изо рта в нос» или при его невозможности (забиты носовые ходы) — «изо рта в рот».

а) Прежде всего быстро освободите рукой полость рта с помощью бинта (иной ткани) от инородных тел, песка, рвотных масс, зубных протезов.

б) Освободив полость рта, нужно максимально запрокинуть голову лежащего, но так, чтобы не сломать шейные позвонки.

в) Надавливая мизинцами и безымянными пальцами на углы нижней челюсти, выдвинуть ее вперед (от шеи). При этом мягкие ткани глотки также сместятся и не будут препятствовать движению воздушного потока, что обеспечит проходимость дыхательных путей.

г) Через несколько минут нужно постараться подложить под плечи больного валик так, чтобы голова, запрокинувшись, свешивалась назад. Это может «автоматически» обеспечить проходимость дыхательных путей.

д) При дыхании «изо рта в нос» большими и указательными пальцами одной или двух рук нужно сжать губы больного, сделать глубокий вдох и, плотно охватив губами нос лежащего, выдохнуть воздух в полость носа. При этом 0,5—1 л выдыхаемого вами воздуха должен поступить через ноздри больного в его легкие.

е) Закончив выдох, отклонитесь от пострадавшего и сделайте новый вдох. (К этому моменту благодаря упругости грудной клетки легкие пациента освобождаются от предыдущей порции воздуха.). Повторите выдох в легкие больного. Частота вдохов составляет 10—20 в минуту.

ж) При дыхании «изо рта в рот» нужно делать все то же самое, только зажимать не рот, а ноздри пострадавшего и вдвухивать воздух, обхватив губами его губы.

з) Признаки правильного искусственного дыхания — расширение грудной клетки во время вдвухивания в пострадавшего воздуха и спадение ее после прекращения вдвухивания, а также ощущение потока воздуха из носа-рта пострадавшего после вдвухивания в него воздуха. Это хорошо ощущается ухом спасателя, когда он, повернув голову, вдвухивает новую порцию воздуха.

и) Чтобы не было повреждений легких, не делайте одновременно массаж и вдвухивание воздуха, а чередуйте их так, чтобы 4—5 надавливаний чередовались с одним вдвухиванием воздуха в легкие.

к) Если реанимацию проводит один человек, указанное чередование делают из расчета 2 быстрых вдвухивания воздуха на 10—12 более частых массирующих движений.

л) При невозможности обеспечить проведение искусственного дыхания (особенность анатомического повреждения, ограниченные ресурсы помощи) допускается, как крайняя вынужденная мера, только массаж сердца, но при гарантированной проходимости дыхательных путей. Это обосновано тем, что, при надавливании на грудную клетку, какая-то часть воздуха выдвухивается из легких и замещается при расправлении грудной клетки вместе с легкими перед новым надавливанием.

м) В процессе реанимации следует освободить пострадавшего от стесняющей движение одежды, обеспечить тепло, особенно под ним.

Итоговый признак верно проводимой реанимации кроме указанных — порозовение цвета лица, сужение зрачков — их реакция на свет, мигательные движения в ответ на прикосновение к роговице, возникновение дыхательных и иных движений, самостоятельного сердцебиения, сознания.

После появления самостоятельных полноценных сердцебиений и дыхания необходимо непрерывное наблюдение за пострадавшим в течение 2 суток, ибо в течение этого времени у него может вновь наступить состояние клинической смерти.

Реанимационные мероприятия можно прекращать, если в течение 10—20 минут при массаже сердца отсутствует пульсация на сонных (бедренных) артериях.

Реанимацию нужно прекращать, если у пострадавшего появились абсолютные признаки биологической смерти — трупные пятна — нерезко очерченные багово-синюшные участки кожи на нижележащих (ближе к земле) частях тела.

Мышечное окоченение, при котором возникает сопротивление смещению нижней челюсти и конечностей пострадавшего, является относительным признаком биологической смерти, поскольку в условиях низких температур может привести к ошибке — окоченение будет не вследствие биологической смерти, а как признак замерзания мышц конечностей у живого человека (например, у извлеченного из

трещины ледника). И бесспорным признаком оно может быть лишь при комнатной (или чуть ниже) температуре.

В остальных случаях (нет признаков оживления, нет признаков биологической смерти) реанимацию необходимо проводить либо до передачи пострадавшего медикам, либо до наступления жизненно критической ситуации, требующей принятия иного решения.

Самая частая причина клинической смерти в условиях горновосхождений - травмы и их осложнения, прежде всего - шок.