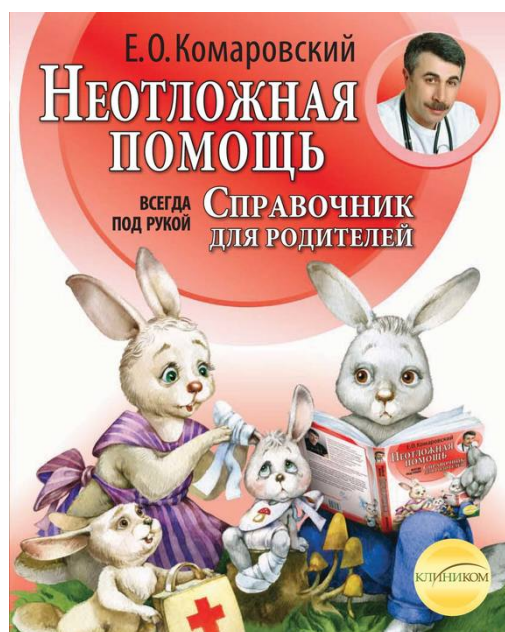




Библиотечка доктора Комаровского

Евгений Комаровский

**Справочник здравомыслящих
родителей. Часть вторая.
Неотложная помощь**

«ЭКСМО»

2016

УДК 616.21-036.1-053.2-085
ББК 57.33

Комаровский Е. О.

Справочник здравомыслящих родителей. Часть вторая.
Неотложная помощь / Е. О. Комаровский — «Эксмо»,
2016 — (Библиотечка доктора Комаровского)

ISBN 978-5-04-012131-1

Книга, которую вы держите в руках, написана известным детским врачом, Евгением Олеговичем Комаровским, и посвящена вопросам оказания неотложной помощи. Неотложная помощь — это действия, направленные на сохранение жизни и здоровья пострадавшего, действия, потребность в которых возникает намного раньше, чем появляется возможность получения медицинской помощи. Задача этой книги — предоставить мамам и папам необходимые теоретические знания для того, чтобы практическая возможность оказания неотложной помощи стала реальностью.

УДК 616.21-036.1-053.2-085

ББК 57.33

ISBN 978-5-04-012131-1

© Комаровский Е. О., 2016

© Эксмо, 2016

Содержание

Предисловие, обязательное для прочтения	6
Нужна ли вам эта книга?	6
Краткое руководство пользователя (читателя)	8
1. Правила неотложной помощи	10
2. Когда совсем плохо	13
2.1. Признаки критической ситуации	14
2.2. Сердечно-легочная реанимация	16
2.2.1. Последовательность действий при обнаружении человека в критической ситуации	17
Этап первый	19
Этап второй	22
Этап третий	24
2.2.5. Действия после успешной реанимации	29
2.3. Иностранное тело в дыхательных путях	32
2.3.1. Удаление иностранного тела из дыхательных путей	33
2.3.1.1. Ребенок первого года жизни	34
2.3.1.2. Ребенок дошкольного возраста	35
2.3.1.3. Ребенок школьного возраста	37
2.4. Утопление	43
2.5. Удушье	46
2.6. Потеря сознания, обморок	48
3. Травмы	50
3.1. Кровотечение из раны	50
3.1.1. Положение тела при кровотечении	51
3.1.2. Как прижимать рану для остановки кровотечения?	53
3.1.3. Давящая повязка	54
3.1.4. Жгут	57
3.2. Обработка раны	59
3.2.1. Правила обработки раны	59
3.3. Наложение повязки	66
3.3.1. Перевязочный материал	66
3.3.2. Способы фиксации повязки на ране	67
3.4. Как снять повязку?	73
3.5. Алгоритм действий при незначительной травме с кровотечением	74
3.6. Ссадины	75
3.7. Иностранное тело в ране	76
3.7.1. Заноза	77
3.7.2. Рыболовный крючок	78
3.8. Ушиб	81
3.8.1. Где взять «что-нибудь холодное»?	82
3.8.2. Синяк, шишка	84
Конец ознакомительного фрагмента.	86

Евгений Комаровский

Справочник здравомыслящих родителей. Часть вторая.

Неотложная помощь

© Е. О. Комаровский, 2010

© М. М. Осадчая, А. В. Павлюкевич, Л. Э. Чайка, В. М. Юденков иллюстрации, 2010

© «КЛИНИКОМ», 2010

* * *

Предисловие, обязательное для прочтения

Нужна ли вам эта книга?

Для начала хотелось бы рассказать вам о том, что такое неотложная помощь. Сделать это совсем не просто, ибо до настоящего времени единого общепринятого определения не существует.

Тысячи книг посвящены неотложной помощи, и авторы каждой имеют в виду что-то свое. Именно поэтому нам следует как-то определиться с терминологией, дабы говорить на одном языке и друг друга понимать.

Прежде всего мы должны видеть разницу между неотложной помощью и медицинской помощью.

Медицинскую помощь оказывают люди, получившие определенную подготовку и вместе с подготовкой получившие от государства *право и обязанность* применять свои знания и умения на практике.

Неотложная помощь, о которой мы будем говорить в этой книге, с юридической точки зрения не имеет к медицинской помощи никакого отношения.

Неотложная помощь:

- это действия медицинского характера, совершаемые добровольно и осознанно лицами, на которых не лежит правовая обязанность оказания помощи;
- это действия, которые нельзя отложить;
- это действия, направленные на сохранение жизни и здоровья пострадавшего;
- это действия, потребность в которых возникает намного раньше, чем появляется возможность получения медицинской помощи.

* * *

Эта книга написана для родителей, которым Боженька и Любовь (вариант – состояние здоровья и стечение обстоятельств) дали возможность иметь детей, но которые не получили от государства юридического права оказывать медицинскую помощь.

Тем не менее в вашей жизни и в жизни ваших детей обязательно возникнут ситуации, когда понадобится медицинская помощь. Вполне вероятно, что *потребность в этой помощи будет носить неотложный характер: будут необходимы совершенно конкретные действия, без которых нельзя обойтись, действия, которые нельзя отложить.*

Что же делать? Ведь вы не можете, не умеете, не должны ставить диагнозы и оценивать тяжесть состояния. Будет плохо – вы, конечно же, обратитесь к профессионалам! Позвоните, расскажете, позовете на помощь, громко закричите: «Приезжайте скорее!» А что потом, после обращения? Будете ждать с чувством выполненного долга? Ждать, видя и понимая, что становится хуже, что помощи можно и не дожидаться? Ждать, имея возможность реально помочь, но не зная как?

Вы можете быть уверены в своем безоблачном будущем. Вам может быть жалко своего времени или лень про все эти страсти читать и во всем этом разбираться. Это ваша позиция, и вы имеете на нее право до тех пор, пока речь идет о вашем собственном, еще раз повторяю – лично вашем здоровье.

Но коль скоро вы стали мамой или папой, вы в ответе за безопасность своих детей и вы обязаны сделать все для того, чтобы иметь реальную практическую возможность оказать неотложную помощь.

Здесь уже нет выбора.

Это ваш долг – перед ребенком и перед собственной совестью, в конце концов.

Моральная ответственность и долг перед совестью – категории нравственные.

Вы имеете право оказывать неотложную помощь, но не обязаны этого делать.

Воспользуетесь вы своим правом или нет – это, по сути, и есть ответ на вопрос, стоит ли вам продолжать читать эту книгу.

Краткое руководство пользователя (читателя)

Что надо сделать с этой книгой после того, как она попала к вам в дом?

- познакомиться, т. е. понять, как книга устроена и как в ней обнаружить необходимую информацию;
- определиться с местом, где эта книга будет стоять (лежать);
- проследить, чтобы выбранное место было:
 - известно всем взрослым – и не только членам семьи, но и всем, с кем ваш ребенок может остаться наедине (няням, учителям);
 - легкодоступно;
 - постоянно;
- заполнить на последнем развороте раздел «Адреса и телефоны».

Не вызывает никакого сомнения, что справочник по неотложной помощи (как, впрочем, и любой другой справочник) никто не читает от корки до корки. К справочникам обращаются по мере того, как возникает потребность в информации¹.

Потребность в информации вполне может быть неотложной. И мы постарались сделать все для того, чтобы максимально облегчить вам поиск: подробные и разнообразные оглавления, крупные и четкие номера страниц; повторяющиеся на полях номера и названия глав, предметный указатель.

Тем не менее некоторые главы обязательно следует прочитать уже сейчас. Прочитать для того, чтобы иметь возможность оказать помощь в ситуациях, когда у вас не будет времени даже для того, чтобы взять в руки эту книгу.

Главы, обязательные для прочтения:

- 2.2. Сердечно-легочная реанимация;
- 2.3. Иностранное тело в дыхательных путях;
- 3.1. Кровотечение из раны.

Обратите особое внимание на главу 12 – «Аптечка неотложной помощи». Оказание неотложной помощи часто требует применения инструментов, лекарств, вспомогательных и перевязочных материалов. Укомплектовать аптечку и разобраться с правилами применения ее содержимого, конечно же, следует заблаговременно.

И последнее.

Рекомендуя вам вполне определенные действия, автор этой книги ориентируется не только на свое высшее медицинское образование и более чем 30-летний опыт работы в практическом здравоохранении, но и на множество весьма авторитетных источников информации.

Тем не менее у вашего врача может быть другое мнение, лично вам могут быть известны другие источники информации (именно на ваш взгляд более надежные и более авторитетные), вы, в конце концов, можете быть с автором не согласны или считать написанное слишком сложным и непонятным.

Рекомендуя некие лекарства, автор вовсе не назначает их вашему ребенку. Он предлагает вам обсудить применение этих препаратов с вашим врачом. С врачом, который, зная и наблюдая ваше дитя, может посоветовать совсем другое лекарство, подобрать совсем дру-

¹ В то же время автор надеется, что именно справочник по неотложной помощи станет исключением и вы прочитаете его хотя бы бегло и хотя бы один раз.

гую дозу, проанализировать показания и противопоказания применительно к конкретному пациенту.

Повторимся. Неотложная помощь – это действия добровольные и *осознанные*. Задача этой книги – помочь в *осознании*: стать в первую очередь информацией к размышлению и лишь во вторую – руководством к действию.

Ваш доктор Комаровский

1. Правила неотложной помощи



Первое правило может показаться странным и не вполне очевидным, но его следует понять и принять:

юридически вы никому не обязаны оказывать помощь.

Кому-то плохо, с кем-то беда – все, что от вас требуется – сообщить о случившемся тем, для кого оказывать помощь обязанность и профессия. Пройти мимо, якобы не заметить и *не сообщить* – это уже преступление, это вполне конкретная статья под названием «оставление в опасности», это повод к тому, чтобы сформулировать

второе правило:

вы обязаны позвать на помощь.

Несколько слов о тех, к кому мы будем обращаться за помощью. Важно знать, что наши возможности не исчерпываются лишь телефонным звонком. Любой попавшийся

вам на глаза милиционер, пожарный, спасатель или медработник юридически *обязан* оказывать помощь. Попался на глаза? Информировать.

Тем не менее вы не можете позволить себе просто позвонить и с чувством выполненного долга терпеливо дожидаться помощи? Вы лично хотите помочь?

Замечательно! Но в таком случае вы должны отдавать себе отчет в том, что неотложная помощь начинается с получения информации. Не зная, как помочь, помочь не получится практически никогда. Более того, есть реальные шансы сделать хуже.

Отсюда **третье правило**:

***не знаете, как помочь – не помогайте.
Ждите тех, кто знает.***

Вы так не можете, вам больно, стыдно и неловко ждать, проходить мимо, отворачиваться и не знать? Наверное, именно поэтому вы и читаете сейчас книгу о неотложной помощи...

При оказании помощи очень важно, чтобы ваши действия не прибавили работы спасателям, чтобы, пытаясь спасти чью-то жизнь, вы не поставили под угрозу собственную.

Не надо:

- лезть в дым без противогаза;
- не умея плавать, спасать утопающего;
- хвататься за провода, находящиеся под напряжением;
- перевоспитывать агрессивного наркомана;
- ловить укусившую собаку;
- и т. д. и т. п.

Очевидное **четвертое правило**:

***оказывающий неотложную помощь должен, прежде всего,
обеспечить собственную безопасность.***

Наличие у вас желания и возможностей для того, чтобы помочь, вовсе не означает, что вы можете приступать. Юридически пострадавший имеет право не захотеть, чтобы ему оказывали помощь или чтобы помощь оказывали именно вы.

Пятое правило:

***следует знать, когда оказание помощи требует получения
разрешения и кто такое разрешение может дать.***

Когда и у кого надо спросить разрешения:

- если пострадавший в сознании, следует обратиться именно к нему: предложить помощь («Вам помочь?») и получить согласие;
- если пострадал ребенок², разрешение на проведение помощи дают его близкие – к ним и следует обращаться.

Не надо спрашивать разрешения, если:

- пострадавший без сознания;
- пострадал ребенок, а его родственников рядом нет;
- имеет место попытка самоубийства.

² Законы России и Украины гласят, что «физическому лицу, которое достигло 14 лет, оказание медицинской помощи осуществляется только с его согласия». Таким образом, ребенок, о котором мы говорим, – это физическое лицо, не достигшее возраста 14 лет.

Главный вывод из правила номер пять:

- вы всегда можете оказывать помощь собственному ребенку.

2. Когда совсем плохо



2.1. Признаки критической ситуации

Совсем плохо – это значит, возникли проблемы с важнейшими системами организма, это значит, ситуация *критическая*, это значит, под угрозой жизнь ребенка.

Главные симптомы опасности:

• *отсутствие сознания:*

- нет реакции на прикосновение;
- нет реакции на громкое обращение;

• *отсутствие дыхания:*

- нет дыхательных движений грудной клетки;
- не слышно дыхания;
- не удастся ощутить дыхание ребенка своей щекой, поднесенной к носу и рту;

Правило СОС для оценки состояния дыхания –

СЛУШАЙ – ОЩУЩАЙ – СМОТРИ:

СЛУШАЙ дыхание

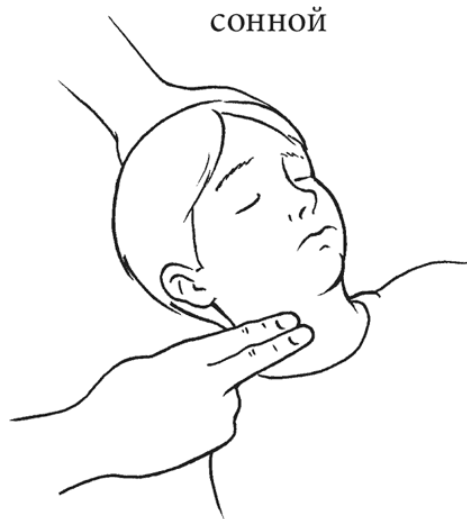
ОЩУЩАЙ дыхание щекой

СМОТРИ, двигается или нет грудная клетка.



отсутствие кровообращения:

- нет пульса на крупных артериях:



- сонной
- плечевой
- лучевой
- бедренной

Другие очень опасные симптомы:

- широкие, не реагирующие на свет (не суживающиеся при попадании света) зрачки;
- выраженная бледность и (или) синюшный оттенок кожных покровов.

2.2. Сердечно-легочная реанимация

Определение понятий:

Сердечно-легочная реанимация – комплекс мероприятий, направленных на выведение организма из состояния клинической смерти.

Сердечно-легочная реанимация позволяет обеспечить кислородом сердце и мозг пострадавшего, увеличивая таким образом его шансы выжить.

Клиническая смерть – состояние, которое начинается после прекращения дыхания и сердцебиения и заканчивается после того, как возникают необратимые изменения в коре головного мозга.

Продолжается около 5 минут (крайне редко до 8 минут). Если в течение указанного времени дыхание и сердцебиение возобновятся, возможно полное или частичное восстановление организма. В противном случае развиваются необратимые изменения в коре головного мозга – главный признак биологической смерти.

Биологическая смерть – необратимое прекращение жизнедеятельности организма.

Клиническая смерть, признаки:

- отсутствие сознания;
- отсутствие дыхания;
- отсутствие кровообращения.

Биологическая смерть, признаки:

- отсутствие сознания;
- отсутствие дыхания;
- отсутствие кровообращения;
- осязаемое снижение температуры тела;
- помутнение и высыхание роговицы глаза;
- трупные пятна³;
- трупное окоченение⁴.

ВНИМАНИЕ!

**Если вы не уверены в диагнозе клинической смерти,
если вы сомневаетесь, дышит ребенок или нет,
если вы не можете ответить на вопрос,
есть пульс или нет,
знайте:
на все сомнения вам отводится не более 10 секунд.**

Прошло 10 секунд, а вы все еще сомневаетесь – начинайте реанимацию!

³ Трупные пятна – участки кожи синюшно-фиолетовой окраски. Появляются не раньше, чем через 1–2 часа после смерти.

⁴ Трупное окоченение – посмертное уплотнение скелетных мышц.

2.2.1. Последовательность действий при обнаружении человека в критической ситуации

Внимание!

Последовательность действий принципиально зависит от возраста пострадавшего.

Возможны два варианта: ребенок или взрослый.

Применительно к тактике сердечно-легочной реанимации пострадавший считается *взрослым*, если ему на вид более 10–14 лет.

Если вы один и в помощи нуждается ребенок (пострадавшему на вид менее 10–14 лет):

- как можно громче позовите на помощь;
- убедитесь в собственной безопасности;
- начинайте реанимацию и проводите ее в течение 1–2 минут;
- прервитесь для того, чтобы позвонить в службу спасения или службу скорой помощи;
- продолжайте реанимацию до прибытия медиков или спасателей.

Если вы один и в помощи нуждается взрослый (пострадавшему на вид более 10–14 лет):

- как можно громче позовите на помощь;
- немедленно позвоните в службу спасения или службу скорой помощи;
- убедитесь в собственной безопасности;
- начинайте реанимацию и проводите ее до прибытия медиков или спасателей.

ВНИМАНИЕ!

Еще раз обращаем внимание на самое принципиальное различие в алгоритме ваших действий, связанное с возрастом пострадавшего:

если в критическом состоянии *ребенок*, то вы начинаете реанимацию немедленно, а в службу спасения обращаетесь через 1–2 минуты;

если же в критическом состоянии *взрослый*, то вы немедленно звоните в службу спасения и только после этого начинаете реанимацию.

Если вы не один:

- одновременно звоните в службу спасения и начинайте реанимацию, убедившись в собственной безопасности;
- продолжайте реанимацию до прибытия медиков или спасателей;
- по возможности поддерживайте постоянную телефонную связь с диспетчером службы спасения, выполняйте инструкции, информируйте о развитии ситуации.



ВНИМАНИЕ!

Ребенок не подает признаков жизни, а профессионалов, способных ему помочь, поблизости нет.

Вы хотите помочь, но сомневаетесь...

Сможете ли?

Знаете ли, как правильно?

Помогите!

Терять в подавляющем большинстве случаев нечего. И вероятность того, что станет еще хуже, крайне невелика, ибо хуже, как правило, уже некуда.

Тем не менее прочитайте несколько последующих страниц, и вероятность неправильных действий будет исключена. И вы всегда сможете реально помочь. И ваша совесть будет чиста, ибо вы знали, как надо, и сделали всё, что могли...

ВНИМАНИЕ!

Резанимационные мероприятия состоят из трех последовательных этапов.

1. Массаж сердца.

2. Обеспечение проходимости дыхательных путей.

3. Искусственное дыхание.

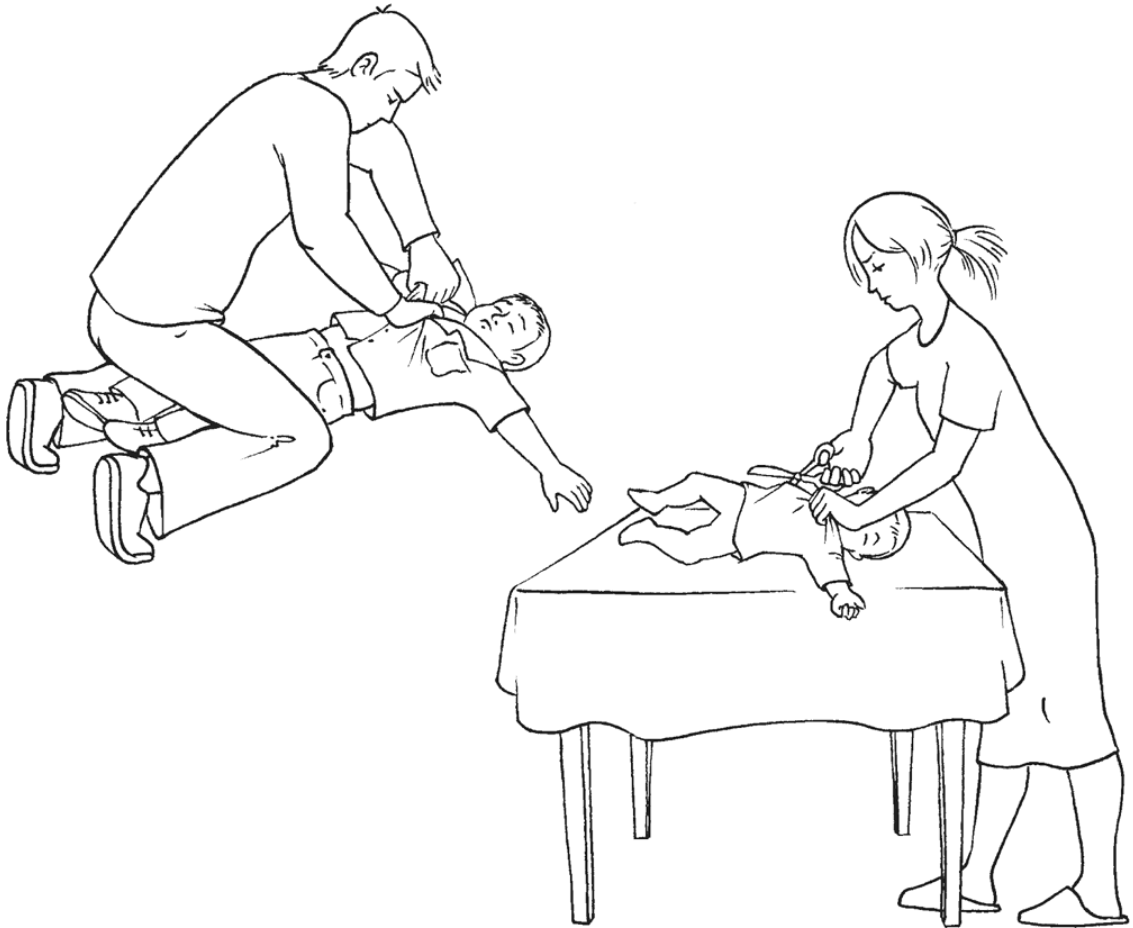
Строгое соблюдение последовательности этапов обязательно.

Этап первый **2.2.2. Массаж сердца**

Уложите ребенка:

- горизонтально;
- на спину;
- на ровную жесткую поверхность (стол, пол).

Снимите (расстегните, разрежьте, разорвите) одежду, чтобы вы могли видеть грудную клетку (*это не обязательное требование, а пожелание, и на его реализацию отводятся секунды*).



Массаж сердца проводится путем давления на нижнюю треть грудины.

ВНИМАНИЕ!

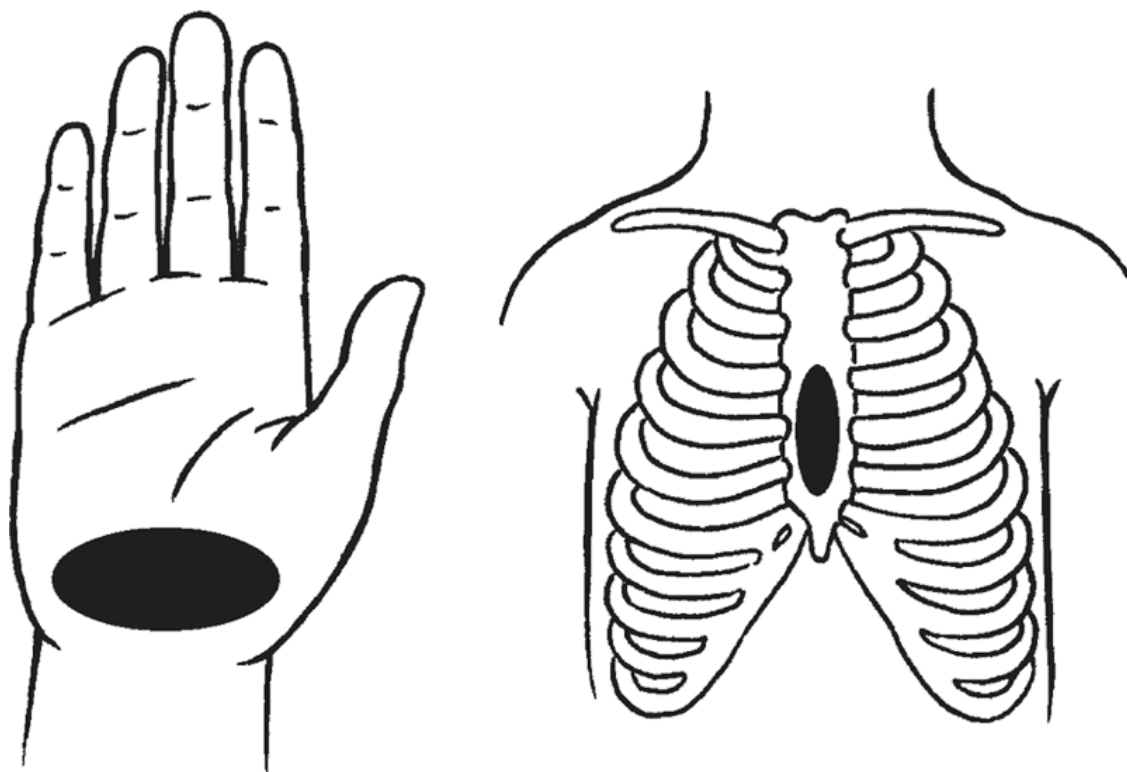
Помните!

Массаж сердца должен проводиться только на ровной и жесткой поверхности.

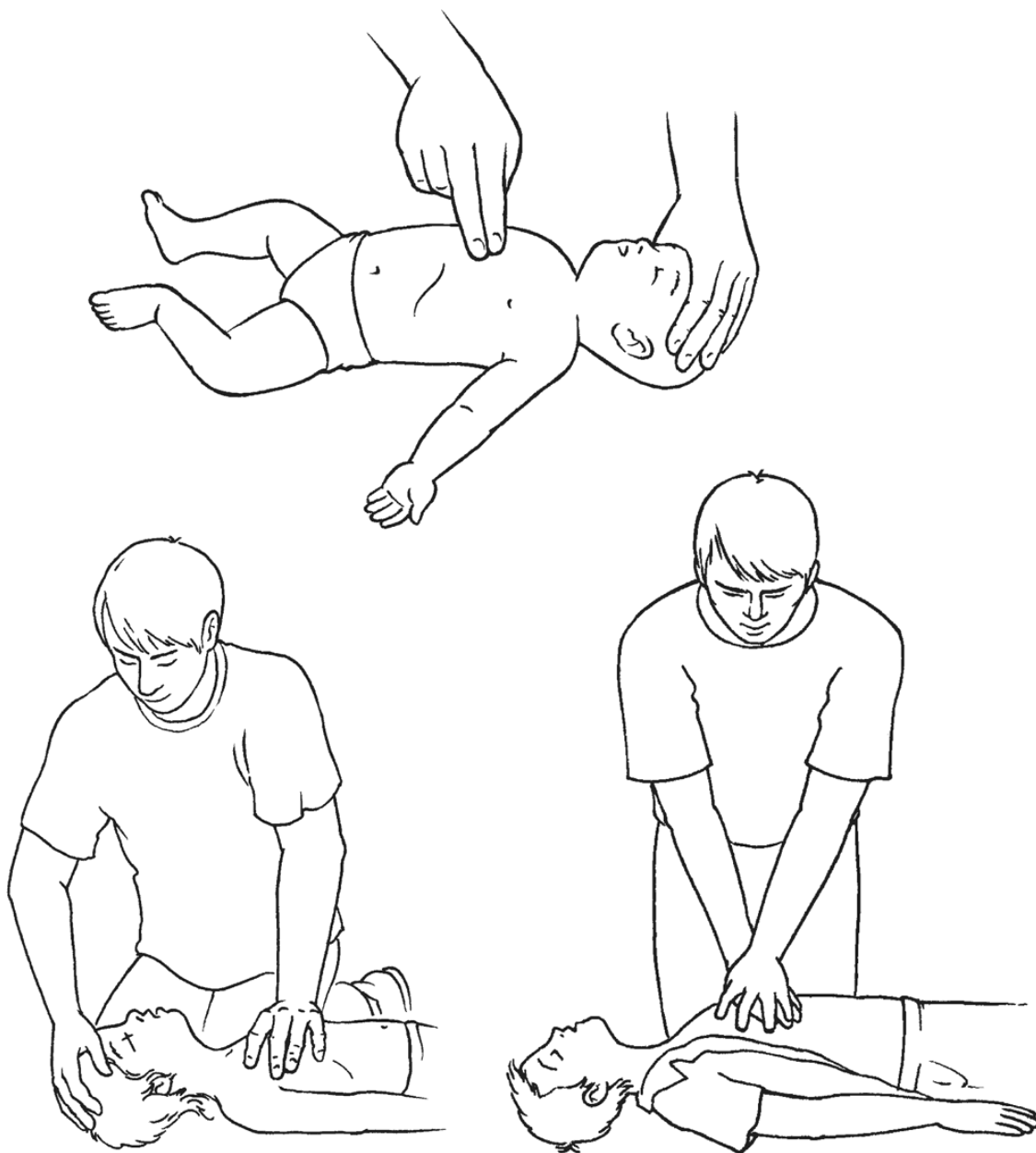
ВНИМАНИЕ!

Нижняя треть грудины – это, ориентировочно, центр грудной клетки.

Точка, куда надо давить:



У детей первого года жизни давление проводится двумя пальцами, у детей старше года – одной или двумя руками.



Начинайте давление!

Глубина давления – около $\frac{1}{3}$ толщины грудной клетки.

Частота давления – давить надо часто, толчками – около **100** движений в минуту.

Во время массажа считайте – надавили-отпустили (один), надавили-отпустили (два), надавили-отпустили (три)...

Досчитав до **30** (тридцати), прервите массаж и начинайте второй этап сердечно-легочной реанимации.

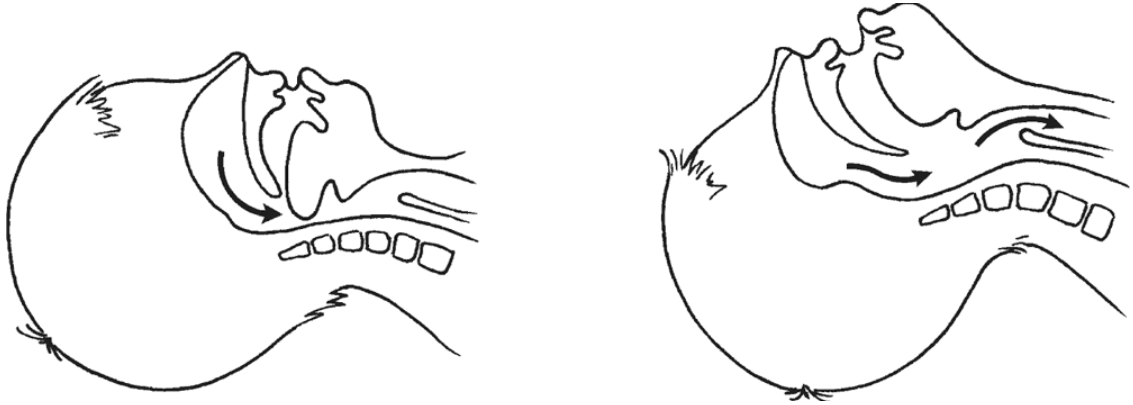
Этап второй

2.2.3. Обеспечение проходимости дыхательных путей

Запрокиньте голову ребенка назад (ладонь – на лоб, движение не резкое!).

ВНИМАНИЕ!

Именно запрокидывание головы обеспечивает проходимость дыхательных путей!



Одновременно с запрокидыванием головы приподнимите подбородок.
Не прижимайте ткани ниже подбородка!



Проверьте, нет ли в полости рта чего-либо постороннего: если есть – удалите 2.3.1.



Этап третий
2.2.4. Искусственное дыхание

Голова запрокинута, подбородок приподнят, рот приоткрыт.



Начинаем искусственное дыхание: делаем вдох и выдыхаем *в рот и нос* малыша, одновременно накрыв их губами.



Если одновременно накрыть рот и нос не получается, проводим дыхание *рот в рот*.



ВНИМАНИЕ!

Нос при дыхании *рот в рот* закрыт (рука на лбу, большой и указательный палец сжимают ноздри ребенка).

Возможный вариант, особенно в ситуации, когда не удастся открыть рот – дыхание *рот в нос* (губы при этом должны быть сомкнуты).



Ваш выдох – вдувание воздуха в дыхательные пути ребенка – продолжается 1–1,5 секунды.

ВНИМАНИЕ!

Во время вашего выдоха следует контролировать, поднимается грудная клетка ребенка или нет.

Должна подниматься!

Сделайте **2** вдувания и после каждого отстраняйтесь, чтобы увидеть, как опускается грудная клетка.

Если грудная клетка не поднимается, еще немного запрокиньте голову и повторите 2 вдувания.

Если грудная клетка по-прежнему не приподнимается – это вероятный признак того, что у ребенка что-то застряло в дыхательных путях 2.3.

Если грудная клетка поднимается и опускается, возвращаемся к первому этапу⁵ сердечно-легочной реанимации – массажу сердца.

ВНИМАНИЕ!

Запомните это соотношение – 30/2.

массаж сердца (количество давлений на грудину) **30**

искусственное дыхание (количество выдохов) **2**

Если вы проводите реанимацию вдвоем, соотношение не меняется – **30/2**.

Время давления на грудную клетку должно быть ориентировочно равно времени расслабления.

Интервалы между нажатиями должны быть минимально возможными.

Если по каким-либо соображениям вы не можете делать искусственное дыхание, ***то лучше проводите массаж сердца без искусственного дыхания, чем не делайте ничего!***

Если вы устали и не можете проводить массаж сердца с рекомендуемой скоростью, ***лучше делайте меньшее число давлений, чем не делайте ничего!***

Если вы не один – делайте массаж сердца поочередно, когда чувствуете, что устали и не в состоянии обеспечить необходимую частоту давлений.

Продолжайте массаж сердца и искусственное дыхание до тех пор, пока не прибудет помощь.

Массаж сердца и искусственное дыхание могут быть прекращены, если ребенок начнет дышать и восстановится сердечная деятельность.

2.2.5. Действия после успешной реанимации

Если ребенок задышал, если восстановилась сердечная деятельность, если он начал двигаться, плакать (говорить) – значит, реанимация оказалась успешной. Вы можете прекратить искусственное дыхание и массаж сердца.

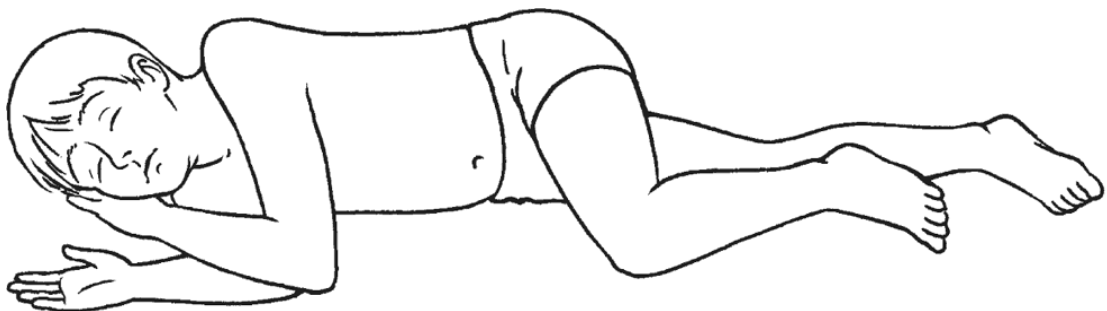
Теперь следует дожидаться помощи.

⁵ Обращаем ваше внимание на то, что алгоритм сердечно-легочной реанимации был принципиально изменен в октябре 2010 г. До этого времени настоятельно рекомендовалось начинать реанимацию с восстановления проходимости дыхательных путей, затем приступать к искусственному дыханию и лишь после этого начинать массаж сердца.



В ожидании медиков или спасателей:

- ни в коем случае не оставляйте ребенка одного;
- следите за его состоянием, будьте готовы к тому, чтобы в любую секунду возобновить реанимацию;
- маленького ребенка держите на руках в положении на боку с запрокинутой назад головой:
- если вы не можете держать ребенка на руках, положите его в **устойчивое положение на боку**:



- держите ребенка в тепле (за исключением ситуации, когда причиной критического состояния стали судороги на фоне высокой температуры).

2.3. Инородное тело в дыхательных путях

Для того чтобы нечто постороннее попало в дыхательные пути, необходимы два предварительных условия: во-первых, это нечто должно оказаться в полости рта и, во-вторых, именно в это время должен произойти сильный вдох.

Подобное возможно тогда, когда ребенок разговаривает, плачет, смеется, кашляет, чихает, осуществляет действия, требующие активного вдоха, и при этом либо ест, либо держит во рту мелкие несъедобные предметы.

Инородные тела чаще всего попадают в дыхательные пути во время еды или во время игры.

Признаки, позволяющие заподозрить попадание в дыхательные пути инородного тела:

- затрудненное дыхание, возникшее внезапно на фоне полного благополучия во время еды или во время игры с мелкими предметами;
- затруднен (резко удлинен) вдох;
- хватается руками за шею;
- изменился голос;
- появился свистящий шум во время дыхания;
- мучительный кашель, нередко с рвотными позывами, рвотой;
- хриплое, учащенное дыхание;
- боль за грудиной;
- удушье, синюшность губ;
- отсутствует способность кричать (говорить, плакать).

Существуют две ситуации, когда вы (родители, неспециалисты) можете предположить инородное тело в дыхательных путях:

1 всё происходит на ваших глазах: ел, засмеялся, закашлялся...;

2 клиническая смерть, вы начинаете сердечно-легочную реанимацию, но при проведении искусственного дыхания грудная клетка не приподнимается.

ВНИМАНИЕ!

Самым результативным способом очистки дыхательных путей является кашель.

Любые массажи и похлопывания-постукивания не сопоставимы с кашлем по эффективности.

Кашель всегда лучше!

Если ребенок в состоянии кашлять, категорически не мешайте!!!

Если нет признаков удушья, если ребенок в сознании и способен кашлять, если состояние стабильно (нет тенденции к ухудшению), следует:

- вызвать скорую помощь;
- находиться там, где максимально свежий воздух (из дома – на улицу, из душной кухни – в комнату с открытым окном и т. п.);
- просить ребенка кашлять;
- позволить ребенку занять положение, наиболее удобное ему;
- если ребенок не в состоянии сидеть (стоять), уложить его в ***устойчивое положение на боку*** 2.2.5.

Если есть признаки удушья, если ребенок не в состоянии кашлять, если состояние ухудшается, если происходит потеря сознания –

- незамедлительно требуется ВАША помощь. Именно ВЫ должны попытаться ребенку помочь.

Именно ВЫ – больше никому!

ВНИМАНИЕ!

Не надо проводить действия, описанные на следующих шести страницах, если ребенок в состоянии дышать, кашлять и кричать!

2.3.1. Удаление инородного тела из дыхательных путей

Если ребенок без сознания, начните с того, что откройте ему рот:

- верхняя челюсть – указательный палец одной руки;
- нижняя челюсть – большой палец другой руки;
- большой палец одновременно прижимает язык.



Осмотрите полость рта: если видите инородное тело и в состоянии его извлечь – извлеките.

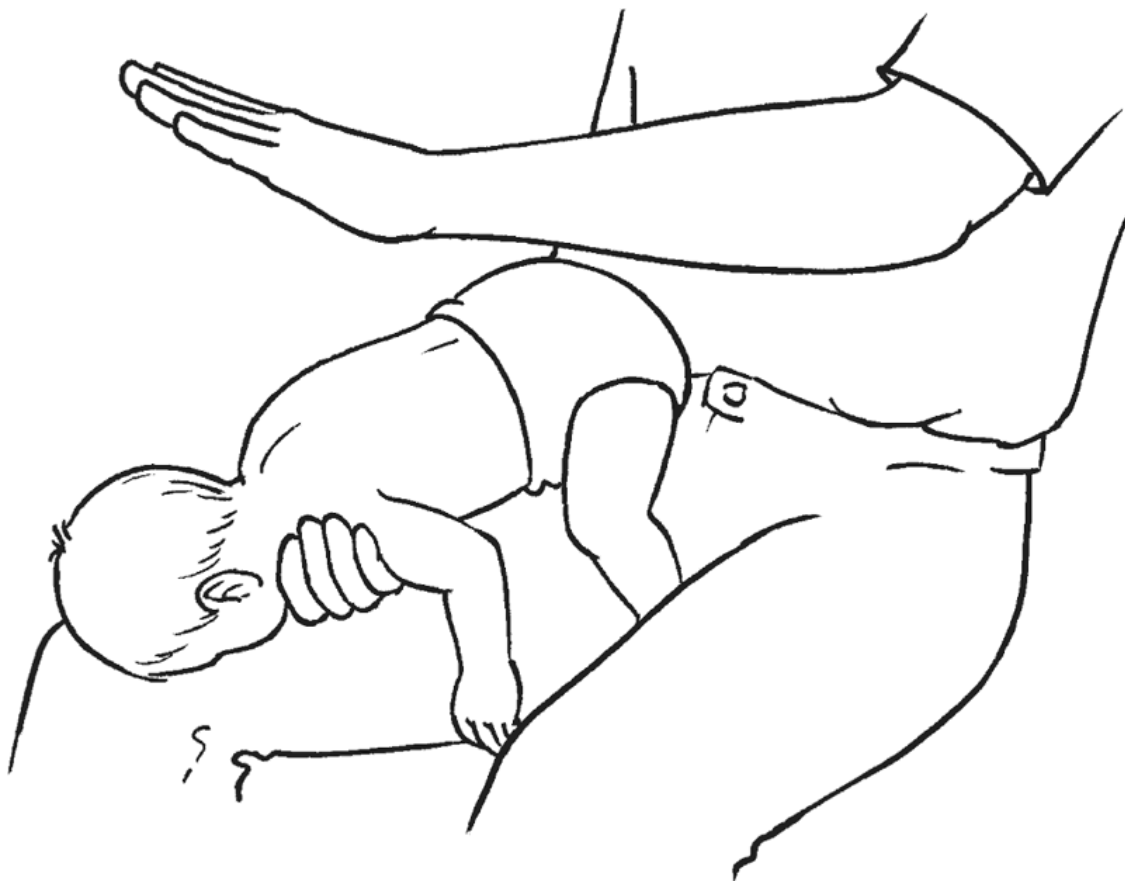
Никогда не пытайтесь удалять инородное тело «вслепую»! Любые попытки извлечения того, чего вы не видите, опасны – реальный риск протолкнуть инородное тело еще дальше.

Тактика ДАЛЬНЕЙШЕЙ помощи зависит от возраста!

2.3.1.1. Ребенок первого года жизни

Малыш лежит на вашей руке животом вниз, туловище выше головы.

Основанием ладони ударьте 5 раз между лопатками – направление удара от спины к голове.



Переверните ребенка на спину. Голова по-прежнему ниже туловища. 5 раз быстро надавите двумя пальцами на грудину посередине грудной клетки. При нажатии грудина должна опускаться на 1,5–2 см.



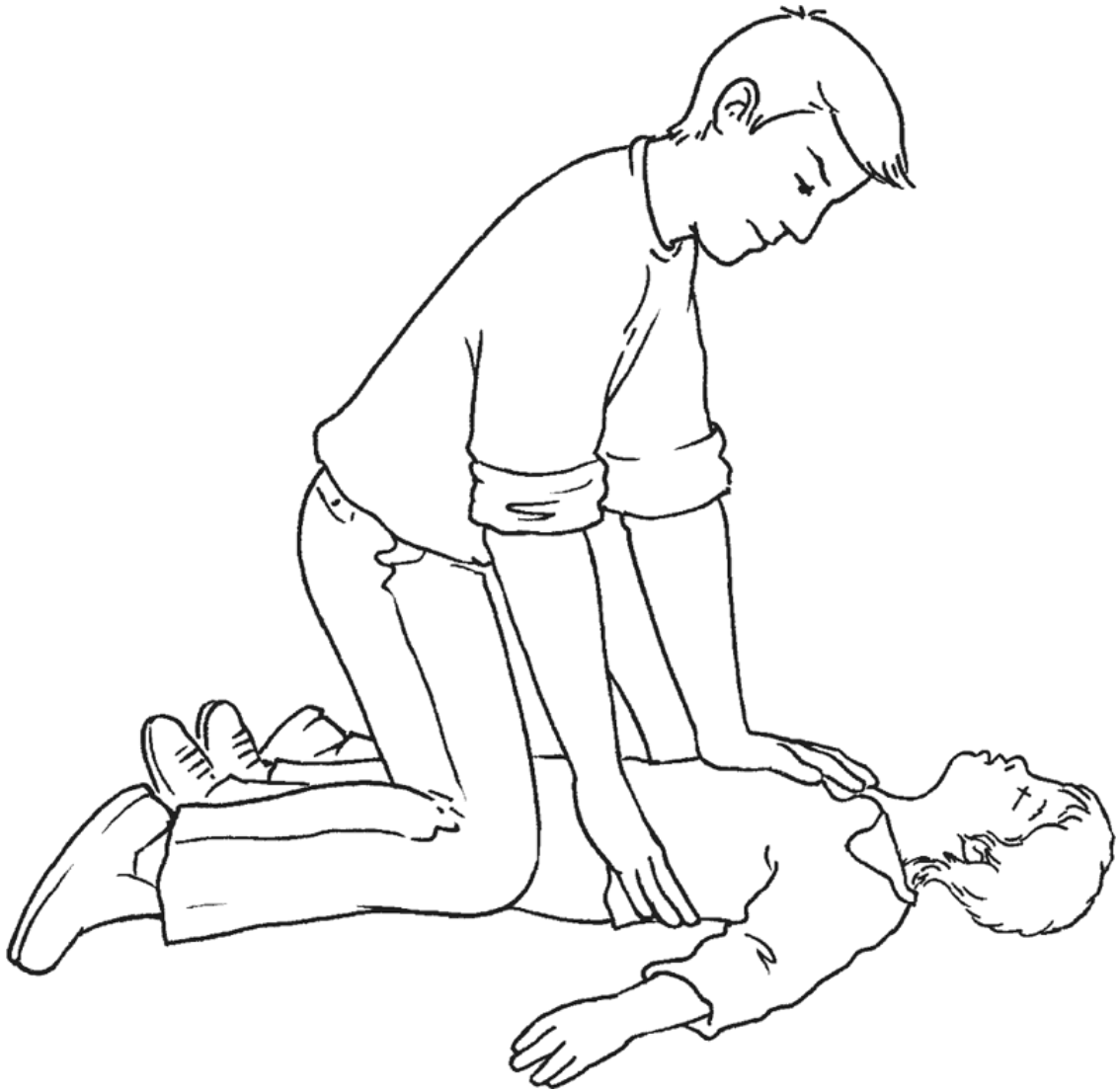
2.3.1.2. Ребенок дошкольного возраста

Положите ребенка лицом вниз. Голова ниже туловища.

Основанием ладони ударьте 5 раз между лопатками – направление удара от спины к голове.



Переверните ребенка на спину. Основание ладони поместите на грудину посередине грудной клетки. Быстро надавите 5 раз. При нажатии грудина должна опускаться на 2,5–3 см.



2.3.1.3. Ребенок школьного возраста

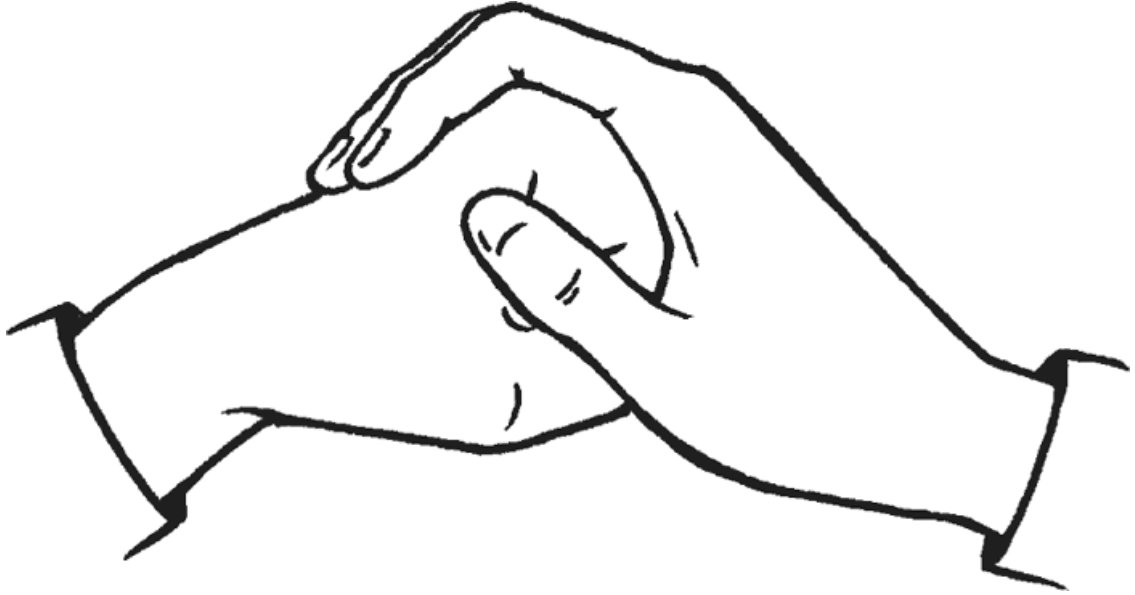
Если ребенок может стоять:

- встаньте сбоку и немного позади;
- наклоните ребенка, придерживая его рукой;
- сделайте 5 резких ударов основанием ладони другой руки между лопатками в направлении от спины к голове.



Если после этого не стало легче:

- двумя руками обхватите ребенка сзади на уровне талии;
- кулак одной руки разместите *между пупком и нижним краем грудины*, ладонью второй руки обхватите кулак;



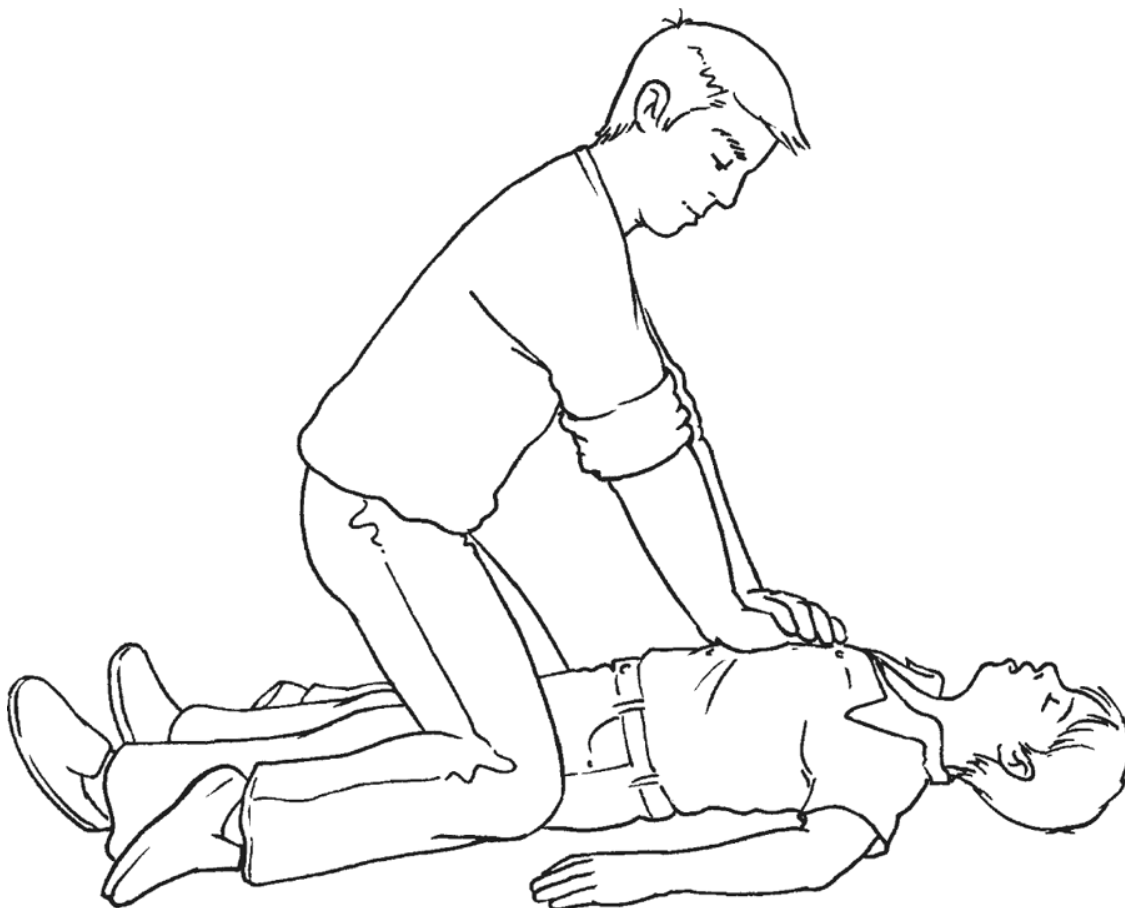
- 5 раз сильно нажмите вверх и внутрь⁶.

⁶ Способ удаления инородного тела из дыхательных путей посредством нажатия снизу на диафрагму получил название прием Геймлиха (Генрих Геймлих – американский врач).



Если ребенок не может стоять:

- уложите его на пол;
- встаньте на колени так, чтобы ноги ребенка были между вашими ногами;
- основание ладони одной руки разместите между пупком и нижним краем грудины, ладонь второй руки положите на тыльную сторону первой;
- 5 раз сильно нажмите вверх и внутрь.



После того как выполните два приема помощи (удары между лопатками + нажатия на живот), следует осмотреть полость рта – нет ли там инородного тела. Если есть – извлечь.

Если состояние ребенка не улучшается, следует повторять циклы 5 ударов между лопатками – 5 нажатий на живот до прибытия помощи.

Если инородное тело извлечь не получается и на этом фоне ребенок теряет сознание, следует начинать *сердечно-легочную реанимацию* 2.2.

ВНИМАНИЕ!

Удары по спине и нажатия на живот – это заменители кашля, это способы создания в дыхательных путях давления, способствующего выходу инородного тела.

Еще раз повторяем: кашель сам по себе эффективнее, чем любые удары и нажатия, поэтому если кашель сохранен, то бить и нажимать не надо.

* * *

Прием Геймлиха может быть осуществлен в порядке самопомощи – в ситуации, когда попадание инородного тела в дыхательные пути произошло, а человека, способного помочь, поблизости нет.

Два варианта действий:

- расположить кулак в верхней части живота, накрыть другим кулаком и резким движением надавить в направлении вверх и к себе;
- навалиться верхней частью живота на спинку стула и совершать резкие толчковые движения, используя вес тела.

Профилактика. Инородное тело в дыхательных путях

- Учите детей пережевывать пищу.
- Не разрешайте детям брать в рот посторонние предметы.
- Ограничивайте разговоры во время еды, не разрешайте ребенку говорить с пищей во рту.
- Во время еды не провоцируйте ситуации, которые могут вызвать смех.
- Не пытайтесь давать лекарства или кормить ребенка во время плача.
- Не давайте ребенку надорванные соски.
- Не разрешайте детям активно двигаться с едой или жевательной резинкой во рту.
- Не используйте в питании детей до 4 лет плотные, плохо жующиеся продукты. Особая осторожность:
 - орехи, семечки;
 - твердые овощи и фрукты (яблоко, морковь);
 - попкорн;
 - леденцы и ириски.
- Не давайте детям до 3 лет неочищенные фрукты и фрукты с косточками (вишня, черешня, слива и т. п.).
- Не кормите лежа детей, которые уже умеют сидеть.
- Следите, чтобы рядом с младенцем не было мелких предметов, которые он может взять в рот.
- Не давайте детям до 5 лет игрушки с отсоединяющимися мелкими частями.
- Храните мелкие бытовые предметы вне досягаемости детей.

2.4. Утопление

Абсолютное большинство рекомендаций по оказанию неотложной помощи в качестве ключевого совета содержат требование:

спасатель должен прежде всего обеспечить собственную безопасность. С этой позиции спасение утопающего – одно из наиболее рискованных действий для того, кто пытается быть спасателем.

Не подготовленный физически и не владеющий специальными навыками спасения на воде человек может помочь лишь на мелководье, в детском бассейне, в ситуации, когда тонет маленький ребенок, т. е. тогда, когда для спасения надо протянуть руку, но не надо самому держаться на воде и куда-то плыть.

Никакая книга не подготовит вас физически и не научит технике спасения утопающих.

ВНИМАНИЕ!

Не уверены в своих силах, не чувствуете дна под ногами – кричите, зовите на помощь, но не умножайте своим энтузиазмом число тонущих!

Если все-таки помогаете, старайтесь делать это, не заходя в воду, с использованием подручных (веревки, палки, надувные круги и т. п.) и плавающих (лодки, катера и т. п.) средств.

Внимание!

На этапе неотложной помощи не имеет никакого значения:

- *какая вода (солёная, пресная, хлорированная);*
- *сколько лет спасаемому;*
- *какой цвет его кожи (бледный, синий);*
- *сколько времени он провел под водой (при том очевидном условии,*

что нет признаков биологической смерти).

Неотложную помощь следует оказывать всем утонувшим до появления профессиональных спасателей.

И еще раз

Внимание!

Тактика ваших действий будет всегда одинакова!

* * *

Первоочередная задача – ***как можно быстрее извлечь пострадавшего из воды.***

Если ребенок не подает признаков жизни:

- уложите его на спину;
- удалите мешающую одежду;

- приступите к *сердечно-легочной реанимации* 2.2.

Если ребенок не подает признаков жизни, Не надо тратить время на попытки удаления воды из легких:

- укладывать пострадавшего животом вниз – на колено спасателя и т. д.;
- поднимать спасаемого за ноги;
- стучать ему по спине.

ВНИМАНИЕ!

Ни вы (прочитав), ни я (написав) не ошиблись: тратить время на попытки удаления воды из легких НЕ НАДО!

Воды в легких либо нет, либо мало (она всосалась в кровь), либо ее невозможно удалить вышеописанными способами. То небольшое количество воды, которое удалить все-таки можно, будет удалено при проведении массажа сердца в процессе реанимации.

Если у пострадавшего есть сознание / дыхание / кашель / движения конечностей / рвотные позывы или если что-либо из перечисленного появилось во время проводимой вами реанимации:

- предоставьте ребенку возможность занять положение, наиболее удобное именно ему, или уложите его в **устойчивое положение на боку** 2.2.5;
- ни на секунду не отходите от пострадавшего и не сводите с него глаз: состояние может ухудшиться и потребовать реанимационных мероприятий в любой момент;
- снимите мокрую одежду;
- интенсивно согрейте – не просто заверните в сухое, а используйте теплую одежду, одеяла, еще лучше (если окажутся под рукой) – электрогрелки, тепловентиляторы, фены и т. п. Если есть возможность, занесите ребенка в теплое помещение или положите возле костра;
- если ребенок в сознании (способен сидеть) и нет рвоты, желательно давать небольшими глотками теплое питье (вода, чай, компот).

Внимание!

Каким бы благополучным на ваш взгляд ни было состояние ребенка, его в обязательном порядке следует доставить в стационар для врачебного наблюдения. После любого утопления резкое ухудшение состояния – скорее правило, нежели исключение!

* * *

Профилактика. Утопление

- Учите детей плавать.
- Тех, кто плавать умеет, учите отдыхать на воде.
- Пользуйтесь оборудованными пляжами.

- Любое движение ребенка по направлению к воде должно быть согласовано со взрослыми.
- Нельзя, чтобы дети купались без присмотра, даже если они умеют плавать.
- Очень важно при этом, чтобы присматривающий взрослый не боялся воды и не находился под воздействием горячительных напитков.
- Не купайтесь долго в холодной воде.
- Не разрешайте толкать друг друга или прыгать друг на друга во время пребывания в воде.
- Категорически запрещайте ребенку нырять, если он не умеет плавать.
- Не разрешайте детям заплывать далеко или за буйки, переплывать водоемы.
- Строго наказывайте за игры с криками «тону!»
- Не разрешайте детям ныряние, не проверив предварительно глубину водоема и состояние дна.
- Категорически запрещайте прыгать в воду в незнакомых местах и с обрывов.
- Ребенку, который не умеет плавать, нельзя заходить в воду без надувного жилета (круга, нарукавников) и дальше, чем по пояс.
- Огромная осторожность с надувными матрацами, лодками, кругами. Не разрешайте детям пользоваться ими самостоятельно там, где глубоко, ветер, течение, волнение моря.
- Не перегружайте лодки.
- Ребенок в лодке обязательно должен быть одет в спасательный жилет.
- Не ныряйте с лодок, не пересаживайтесь, не садитесь на борт и запрещайте это детям.
- Не выплывайте на судоходный фарватер.
- Помните, что в бассейнах тонет больше детей, чем в открытых водоемах.
- Не оставляйте ребенка одного в ванне или бассейне.
- Не доверяйте старшим детям следить за младшими во время купания где угодно (в реке, в бассейне, в ванне).
- Опорожняйте емкости с водой (тазы, ведра, ванны) сразу после использования.
- Емкости, постоянно заполненные водой (например, бочка во дворе), должны быть недоступны для детей или закрыты.
- Ограждайте и закрывайте бассейны, колодцы, ваннные комнаты.

2.5. Удушение

Под удушением мы понимаем критическое состояние, развившееся из-за того, что возникло **внешнее воздействие (давление, сдавление) на шею ребенка**. Это внешнее воздействие может быть попыткой самоубийства (повешение) или убийства, может быть несчастным случаем (сдавление шеи между прутьями детской кроватки, затягивание петлями одежды, игры с веревками и т. п.).

При удушении главной причиной потери сознания и развития критического состояния является не столько нехватка кислорода из-за невозможности нормально дышать, сколько нарушение кровообращения в головном мозге из-за пережатия сосудов шеи. Кроме этого, давление на некоторые точки в области шеи может стать причиной рефлекторной остановки сердца.

ВНИМАНИЕ!

При оказании помощи ребенку следует помнить о том, что имеется высокая вероятность повреждения шейного отдела позвоночника.

Первоочередная задача – устранение фактора, вызвавшего удушение.

Разрежьте (разорвите) веревки, снимите петлю, ослабьте зажим, развяжите узел и т. д. При повешении прежде всего приподнимите пострадавшего, чтобы ослабить давление, обусловленное весом тела.

Если ребенок не подает признаков жизни:

- уложите его на спину;
- приступите к **сердечно-легочной реанимации 2.2.**

ВНИМАНИЕ!

При восстановлении проходимости дыхательных путей постарайтесь ограничиться минимально возможным запрокидыванием головы (избыточное запрокидывание головы способствует дополнительному повреждению шейного отдела позвоночника).

Если у пострадавшего есть сознание / дыхание / кашель / движения конечностей / рвотные позывы или если что-либо из перечисленного появилось во время проводимой вами реанимации:

• следует максимально ограничить движения головы – наклоны, запрокидывание и вращение. Даже поворот ребенка в устойчивое боковое положение может быть опасным. **Постарайтесь удержать ребенка в положении на спине, на жесткой ровной поверхности.** Фиксируйте его голову своими руками, внимательно следите за дыханием: если в таком положении дыхание затруднено из-за рвоты или избытка слюны,

• уложите ребенка в **устойчивое положение на боку 2.2.5.** При повороте придерживайте голову, стараясь избегать ее вращения, избыточного запрокидывания и бокового наклона;

• в ожидании помощи (оптимально в положении на спине, еще до вынужденного поворота в устойчивое боковое положение) желательно осуществить **иммобилизацию⁷ шейного отдела позвоночника** 3.17.

* * *

Профилактика. Удушение

- Не надевайте на шею детям украшения (бусы и т. п.).
- Если от цепочки на шее нельзя отказаться, она (цепочка) должна быть настолько тонкой, чтобы рваться от веса тела ребенка.
- Не вешайте на шею соски. Для этого выпускаются специальные прищепки, посредством которых соска закрепляется на одежде.
- Любая свободная веревка на одежде (шнурки, завязки и т. п.) не должна иметь длину более 20 см.
- Помните: качественная современная детская одежда позволяет обойтись без шарфов, поясов, лент, шнурков и т. п.
- Избегайте присутствия мебели, имеющей прутья, между которыми может пролезть голова ребенка. Оптимальное расстояние между прутьями – не более 7 см.
- Щель между матрасом и краем кровати – не более 3 см.
- Будьте осторожны, используя в доме жалюзи и шторы с веревками.
- Не прикрепляйте сами и не разрешайте детям прикреплять (привязывать) веревки и т. п. к оборудованию на детской площадке.
- Ребенок не должен иметь возможности достать рукой или другими частями тела, а также коснуться одеждой движущихся частей какого-либо оборудования.
- Строго наказывайте за игры «в повешение», в собачек, которых водят на поводке и т. п.
- Пресекайте любые попытки изготовления петель и особенно засовывания головы в эти петли.
- При катании на велосипеде (самокате, роликах и т. п.) снимите шарф и другие предметы одежды, которыми ребенок может зацепиться за какое-либо препятствие.
- Храните вне досягаемости детей изделия из полиэтилена – пленку, мешки, пакеты. Удаляйте с поверхности матрасов и мягкой мебели пластиковую или полиэтиленовую пленку. Доставайте игрушки из полиэтиленовой упаковки.

⁷ Иммобилизация – создание неподвижности или уменьшенной подвижности одной или нескольких частей тела.

2.6. Потеря сознания, обморок

Под потерей сознания мы имеем в виду ситуацию, при которой ребенок внезапно перестает реагировать на окружающее. Принципиальный момент: выраженных и **видимых** расстройств дыхания и кровообращения при этом, как правило, не возникает, но именно нарушения мозгового кровообращения и острая нехватка кислорода лежат в основе потери сознания.

В русском языке для обозначения внезапного и кратковременного расстройства сознания используется слово **обморок**. Распространенный специальный термин с аналогичным значением – **синкопе**.

Обмороку всегда что-то предшествует, но это «что-то» не всегда может быть видимым явлением. Легко объяснить обморок страхом или болью, но трудно связать его с нарушением ритма сердца или понижением уровня глюкозы в крови.

Тактика неотложных родительских действий при обмороке всегда одинакова, но последующая врачебная помощь во многом зависит от того, что привело к развитию обморочного состояния.

В ожидании врача подумайте о том, что предшествовало обмороку. Что делали и где были вы? Что делал и где был ребенок?

Проанализируйте его поведение, жалобы, просьбы, эмоции.

Причинами обморока могут быть:

- проблемы с сердцем и сосудами;
- боль;
- страх;
- истерические реакции;
- кашель;
- раздражение рефлексогенных зон (например, на шее);
- нехватка кислорода во вдыхаемом воздухе (например, в горах);
- избыток кислорода, возникающий при учащенном дыхании;
- резкое изменение положения тела;
- перегрев и переохлаждение;
- и многое другое...

Наиболее распространенными симптомами обморока являются бледность кожи и холодный пот.

Симптомы, чаще всего непосредственно предшествующие обмороку: общая слабость, тошнота, ощущение сердцебиения, головокружение, «потемнение» в глазах, потеря равновесия.

ВНИМАНИЕ!

Главный способ лечения обморока – это пребывание ребенка в горизонтальном положении.

Если ребенок теряет сознание на ваших глазах, прежде всего поддержите его, чтобы не ударился во время падения.

Дальнейшие действия:

- положите на спину;
- слегка запрокиньте голову;

- приподнимите ноги на 30–60°, подложив под них свернутую одежду, подушку и т. п.;
- расстегните (снимите) одежду, если она способна помешать дыханию;
- по возможности обеспечьте приток свежего воздуха (откройте окно, организуйте сквозняк, используйте вентилятор, веер, газету и т. п.).

Внимание!

- если в течение 3 минут сознание не восстанавливается;
- если есть избыток слюны и (или) рвота (рвотные позывы);
- если дыхание затруднено – уложите ребенка в *устойчивое положение на боку*

Внимание!

Обморок в большинстве случаев заканчивается еще до того, как вы успели обратиться за медицинской помощью.

Тем не менее, даже если сознание восстановилось быстро и ребенок кажется вам совершенно здоровым, все равно проконсультируйтесь с врачом и до осмотра специалиста не спускайте с ребенка глаз.

Не надо:

- кричать;
- бить по щекам;
- давать нюхать нашатырный спирт⁸;
- тормошить;
- брызгать воду на лицо.

ВНИМАНИЕ!

Обучайте детей тому, что при первых признаках слабости или головокружения следует немедленно лечь или хотя бы сесть: это убережет их от травм, связанных с падением!

⁸ Нашатырный спирт не нужен хотя бы потому, что при резком запрокидывании головы возможно повреждение и шеи, и затылка.

3. Травмы



3.1. Кровотечение из раны

При любом повреждении кожных покровов задачей номер один является остановка кровотечения.

Внимание!

При остановке кровотечения на этапе неотложной помощи не имеет никакого значения:

- *внешний вид раны* (резаная, рубленая, колотая, укушенная и т. п.);
- *причина возникновения раны* (порез, укол, укус и т. п.);
- *где рана находится* (на голове, на ноге, на животе и т. п.);

- **какого рана размера** (точечный укол иголкой, длинный разрез ножом и т. п.);
- **какого цвета вытекающая кровь** (алая, темная);
- **интенсивность кровотечения** (каплями, струйкой, струей, пульсирующей струей).

Внимание!

Каким бы ни было кровотечение, правила его остановки всегда одинаковы!

И этих правил всего три.

Правило ПЕРВОЕ, желательное:

ребенок должен находиться в таком положении, чтобы рана была выше уровня сердца.

Правило ВТОРОЕ, обязательное:

для остановки любого кровотечения рану надо прижать.

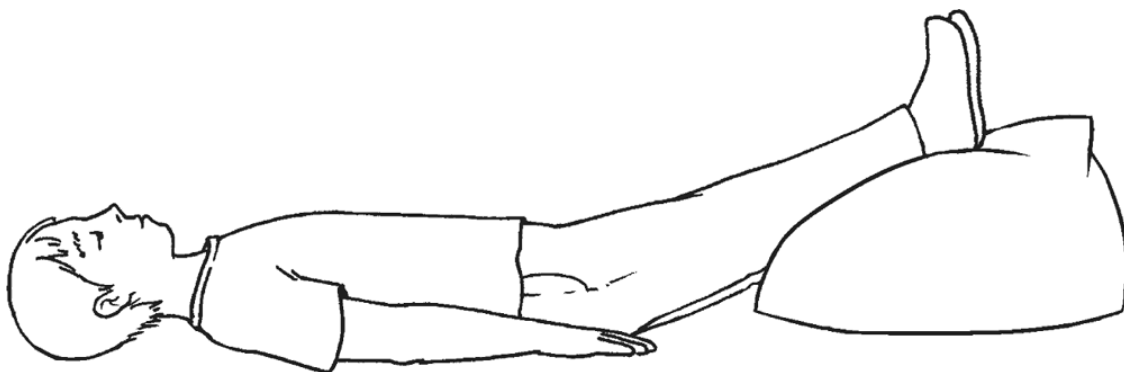
Правило третье, очевидное:

не забывайте о собственной безопасности: остановка кровотечения – это обязательный контакт с кровью, следовательно, всегда присутствует риск заражения кровяными инфекциями⁹.

Всегда, если есть такая возможность, используйте перчатки, идеально специальные медицинские, но можно любые резиновые и даже кожаные. Если время (выраженность кровотечения) позволяет, то очень желательно до того, как лезть руками в рану, помыть эти самые руки.

3.1.1. Положение тела при кровотечении

При интенсивном кровотечении всегда желательно, чтобы ребенок лежал на спине, а ноги при этом были приподняты.



⁹ Кровяные инфекции – инфекционные болезни, заражение которыми происходит при контакте с кровью. Типичные примеры таких инфекций – вирусные гепатиты В и С, СПИД.

Теперь напомним первое, желательное, правило: *ребенок должен находиться в таком положении, чтобы рана была выше уровня сердца.*

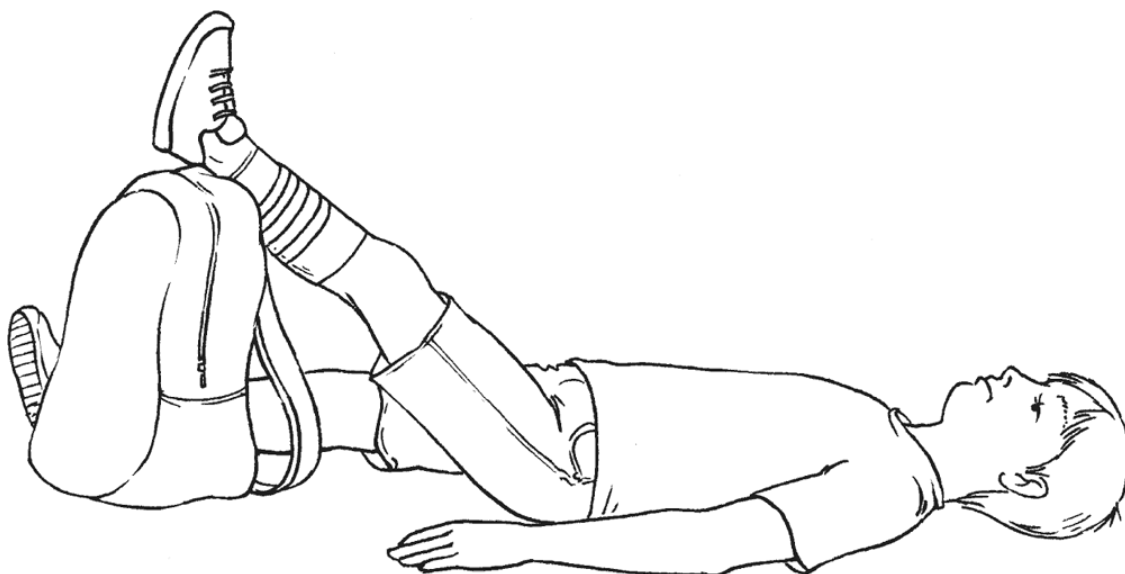
Данное правило называется *желательным* прежде всего потому, что следовать ему получается далеко не всегда: поднять руку может не получиться потому, что рука сломана, положить на бок может не получиться потому, что тяжело дышать, приподнять ногу может не получиться потому, что очень больно...

Тем не менее:

- при ранении руки – поднимите ее;



- при ранении ноги – уложите дитя на спину и приподнимите поврежденную ногу;



- при ранении туловища уложите ребенка так, чтобы пострадавший бок был сверху.



3.1.2. Как прижимать рану для остановки кровотечения?

• Давление на рану должно быть интенсивным – интенсивным настолько, чтобы кровотечение прекратилось. Даже если вам не удастся полностью остановить кровотечение этим способом, вы почти всегда сможете многократно уменьшить скорость кровопотери и дождаться помощи.

• Для давления на рану можно использовать руки (пальцы) спасателя, руки (пальцы) пострадавшего – при том очевидном условии, что ребенок понимает, чего вы от него хотите (что надо сделать) и сделать это в состоянии.

• Если время (выраженность кровотечения) позволяет, всегда лучше использовать имеющиеся под рукой ткани (части одежды, носовые платки, полотенца, простыни и т. п.) – любая ткань, находящаяся между раной и рукой, позволяет сделать давление на рану более равномерным и эффективным. Чем рана обширнее, чем кровотечение интенсивнее, тем более актуально это положение.

• Размер куска ткани, которым вы прижимаете рану, должен быть больше размера раны.

• В идеале для прижатия раны используются стерильные ткани – бинты, марлевые салфетки. Если они есть под рукой, если кровотечение незначительное, если на поиск стерильного бинта надо потратить совсем немного времени – это замечательно.

• Если рана глубокая, то проводится ее **тампонада** – полость раны туго заполняется тканью, а уже ткань прижимается рукой.

ВНИМАНИЕ!

При интенсивном кровотечении чистота материала, которым вы прижимаете рану или проводите ее тампонаду, не имеет никакого значения. Главное – как можно быстрее остановить кровотечение. С инфекцией будет и время, и возможность разобраться потом.

Кровотечение (особенно интенсивное) может не останавливаться довольно долго. Помощь может добраться до вас нескоро. Задействовав руки для остановки кровотечения, вы в принципе можете не иметь возможности обратиться куда-либо за помощью.

Отсюда **задача:**

давление на рану рукой заменить давящей повязкой.

Делать это надо тогда, когда:

- интенсивность кровотечения уменьшилась;
- когда вы успокоились и точно вспомнили, где быстро найти то, чем можно будет осуществить перевязку;
- у вас есть помощник, который нашел и принес перевязочный материал или который может прижать рану, пока вы бегаєте и ищете.

Внимание!

Если помощь близка (прибытие медиков ожидается с минуты на минуту) и вам удалось остановить (ослабить) кровотечение, продолжайте прижимать рану, утешать (успокаивать) дитя и больше не делайте ничего: потерпите еще немного и пусть давящую повязку накладывают специалисты.

Внимание!

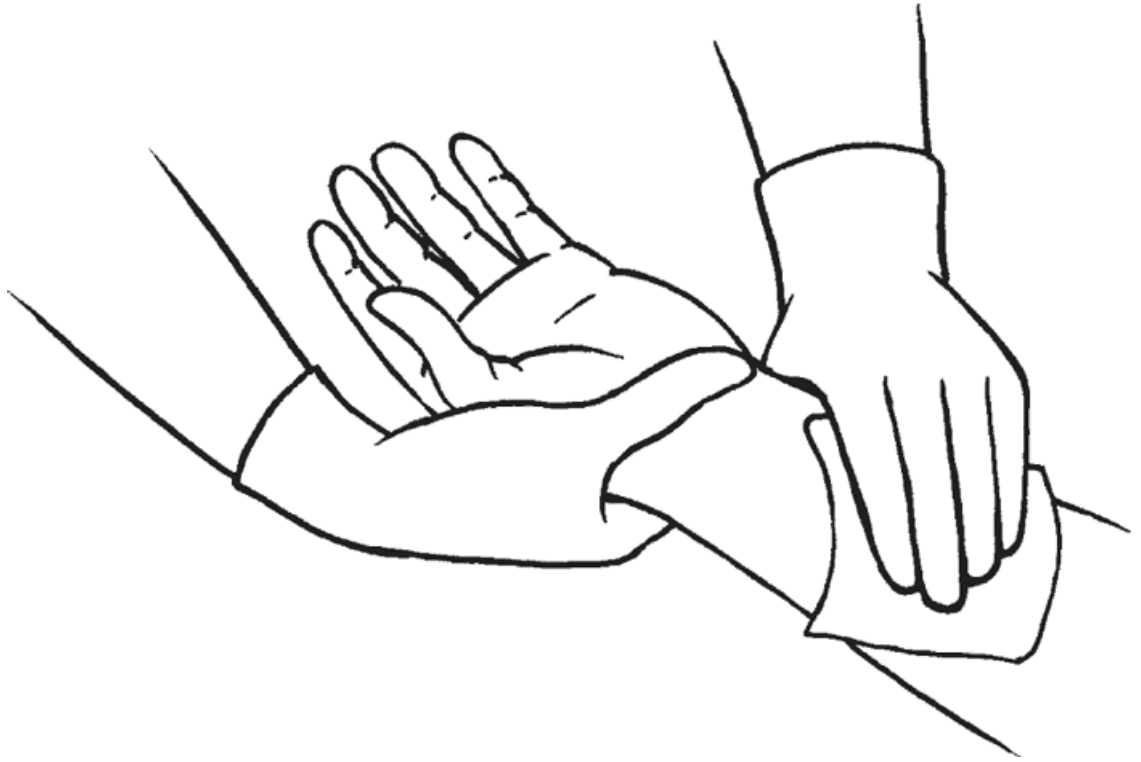
Не выбрасывайте материал, который вы использовали для остановки кровотечения: это позволит медицинским работникам оценить объем кровопотери.

3.1.3. Давящая повязка

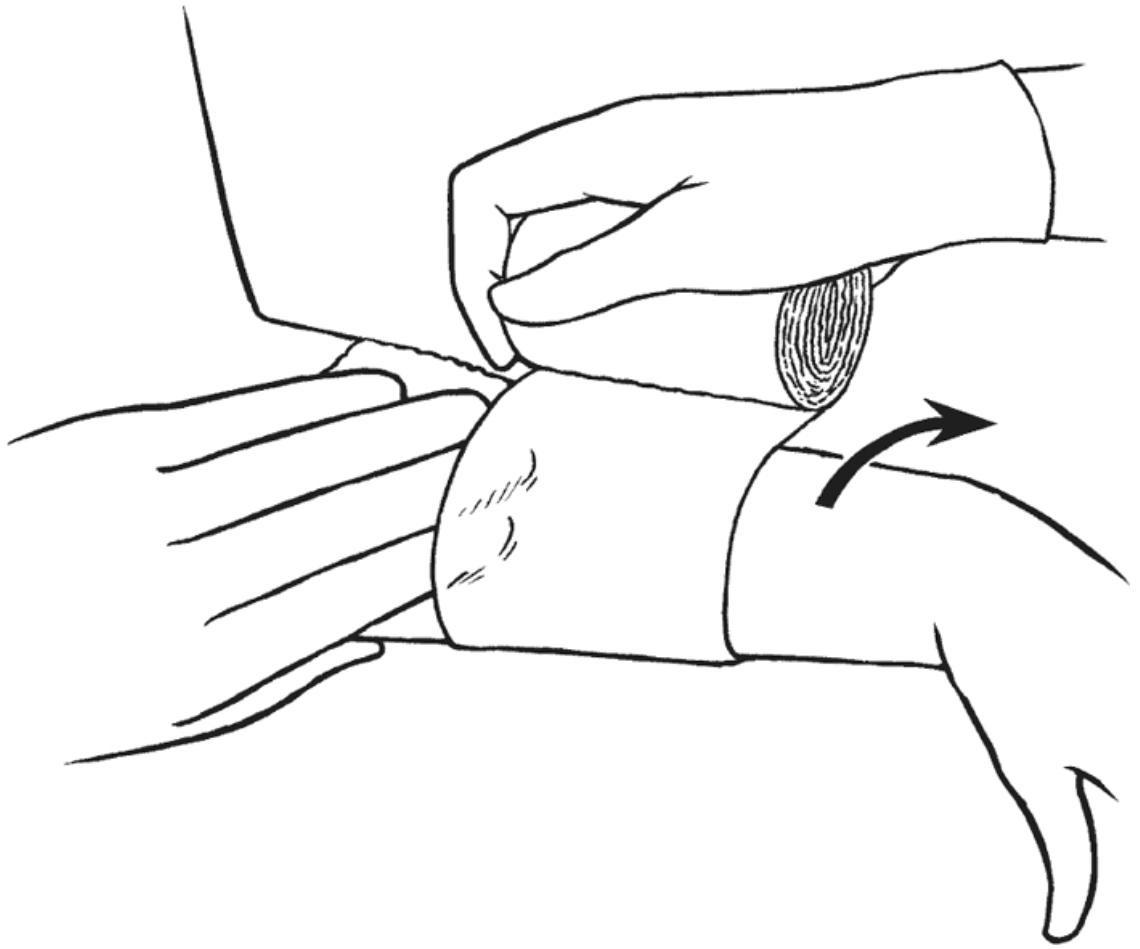
Для наложения давящей повязки используют полосу ткани. Что будет этой полосой: специально предназначенный для перевязок бинт, оказавшийся под рукой шарф или оторванный (отрезанный) кусок от простыни – совершенно не принципиально.

Вне зависимости от того, где находится рана, **наложение давящей повязки состоит из двух этапов:**

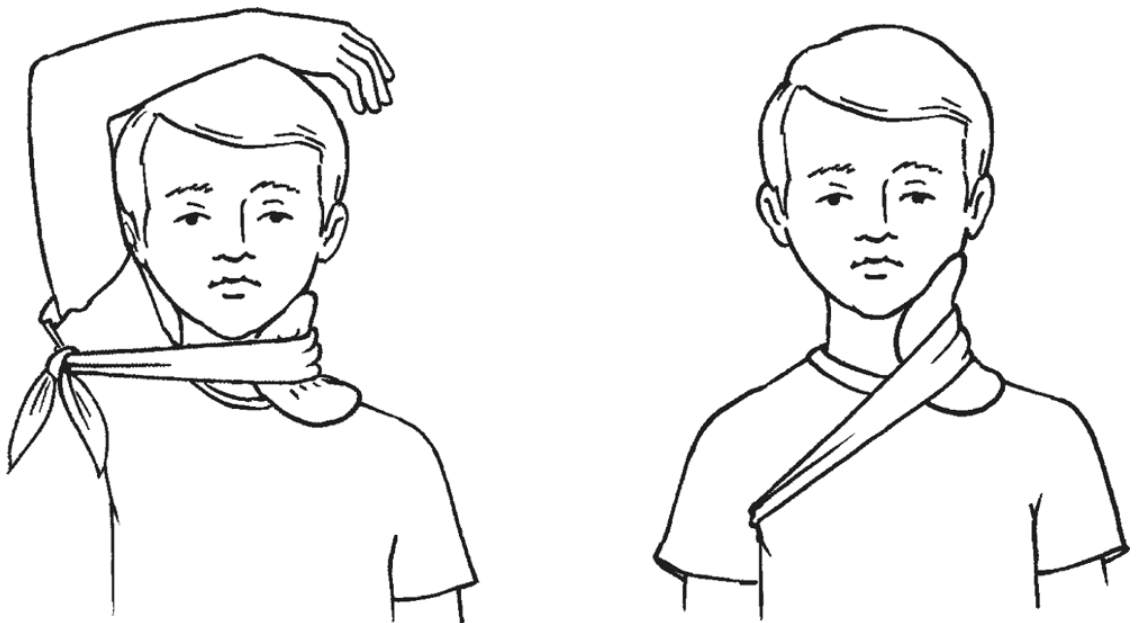
- этап первый – на рану накладывается сложенный в несколько слоев кусок ткани (рулон бинта, несколько марлевых салфеток, сложенный носовой платок, подгузник и т. п.), и этот кусок прижимается рукой;



- этап второй – давление на рану *рукой* постепенно заменяют давлением *полос ткани*, нанося их круговыми движениями и плотно прижимая к ране.



Наложение давящей повязки имеет специфику при ранениях в области шеи, поскольку «нанесение полос ткани круговыми движениями» затруднит и дыхание, и мозговое кровообращение.



Внимание!

Если после наложения давящей повязки кровотечение продолжается (ткань пропиталась кровью), ни в коем случае не снимайте повязку! Дополнительно обмотайте рану еще несколькими слоями ткани, стараясь увеличить силу давления.

3.1.4. Жгут

Внимание! Внимание! Внимание!

Самым опасным, экстремальным, отчаянным и почти всегда ненужным способом остановки кровотечения из поврежденной конечности является наложение жгута.

Жгут – это узкая и длинная полоса ткани, резины, веревки, которой перетягивают конечность выше (!) места кровотечения, обеспечивая прижатие сосудов к костям. **Эффективное наложение жгута всегда приводит к полному прекращению кровообращения в конечности и значительному (часто необратимому) повреждению тканей и нервных стволов.** Именно поэтому наложение жгута – крайняя мера, нежелательная в подавляющем большинстве случаев.

Показания к наложению жгута:

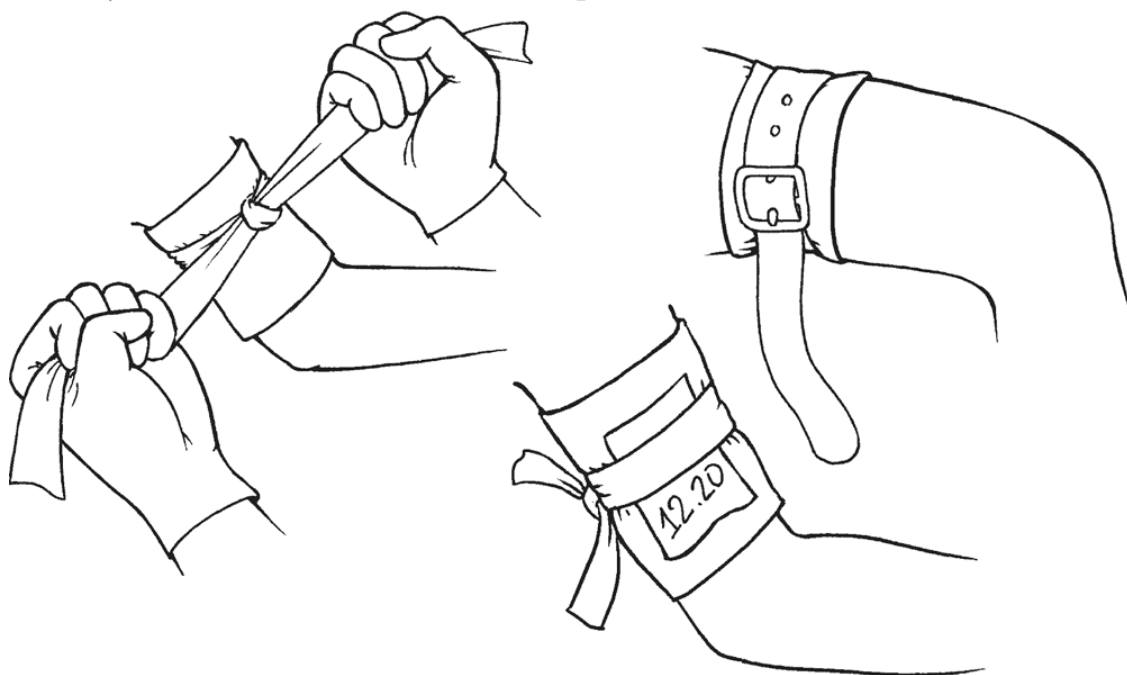
- все другие способы остановки кровотечения неэффективны;
- повреждения конечности настолько значительны, что определить место кровотечения (куда надо давить) практически невозможно;
- отсутствие конечности (травматическая ампутация);
- много пострадавших на одного спасателя (нет времени на другие способы остановки интенсивного кровотечения);
- у пострадавшего несколько ран (например, одновременное ранение руки и ноги), а спасатель один.

Правила наложения жгута:

- жгут накладывается выше места кровотечения;
- жгут накладывается только на бедро¹⁰ или плечо¹¹;

¹⁰ Бедро – это часть ноги выше колена.

¹¹ Плечо – это часть руки выше локтя.



- время наложения жгута строго фиксируется (записывается);
- жгут накладывается не дольше чем на 30 минут. Если прошло 30 минут, а специализированная помощь по-прежнему отсутствует, следует ослабить жгут. При возобновлении кровотечения попытаться остановить последнее давлением на рану, а если это не удастся – повторно наложить жгут еще на 30 минут;
- нельзя использовать для наложения жгута узкие (тонкие) материалы, способные повредить кожные покровы (проволока, рыболовная леска, тонкий шнур и т. п.).

3.2. Обработка раны

Обработка раны – конкретные действия, ставящие своей целью очистку раны, профилактику ее инфицирования и, как следствие, ускорение заживления.

Внимание!

Обработка раны производится после остановки кровотечения!

Тактика обработки раны самым серьезным образом зависит от того, с каким повреждением вы имеете дело. И здесь возможны три стандартные ситуации:

- 1 рана незначительная, и вы не собираетесь обращаться за медицинской помощью;
- 2 вам необходима медицинская помощь, но вы не знаете, сможете ли получить ее в ближайшее время (вы в путешествии, дорогу из деревни замело снегом, единственный на весь район хирург уехал на рыбалку и т. д.);
- 3 вам необходима медицинская помощь, и вы имеете возможность получить ее в течение нескольких часов (к вам едут спасатели, вы едете в больницу и т. д.).

Совершенно очевидно, что в последней ситуации от обработки раны можно воздержаться, предоставив это профессионалам.

Решение о целесообразности обращения к специалистам, как правило, неоднозначно. Тем не менее, во-первых, отметим, что ***особого внимания, бдительности и настороженности требуют раны в области лица, кисти, запястья, стопы***, а во-вторых, перечислим ***ситуации, когда ранение является поводом для обязательного обращения за медицинской помощью:***

- даже незначительные раны в местах, где образование косметических дефектов крайне нежелательно;
- укушенные раны;
- загрязненные и колотые раны (даже незначительные)
- при условии, что ребенок не привит от столбняка;
- в течение 30 минут не удается остановить кровотечение;
- очень сильная боль, онемение или потеря чувствительности в области раны;
- появление вокруг раны припухлости и (или) покраснения;
- края раны отстоят друг от друга более чем на 7 мм;
- любой порез более 2 см в длину;
- присутствие в ране инородных предметов, которые не могут быть удалены;
- инородного предмета не видно, но есть подозрение, что он в ране присутствует.

3.2.1. Правила обработки раны

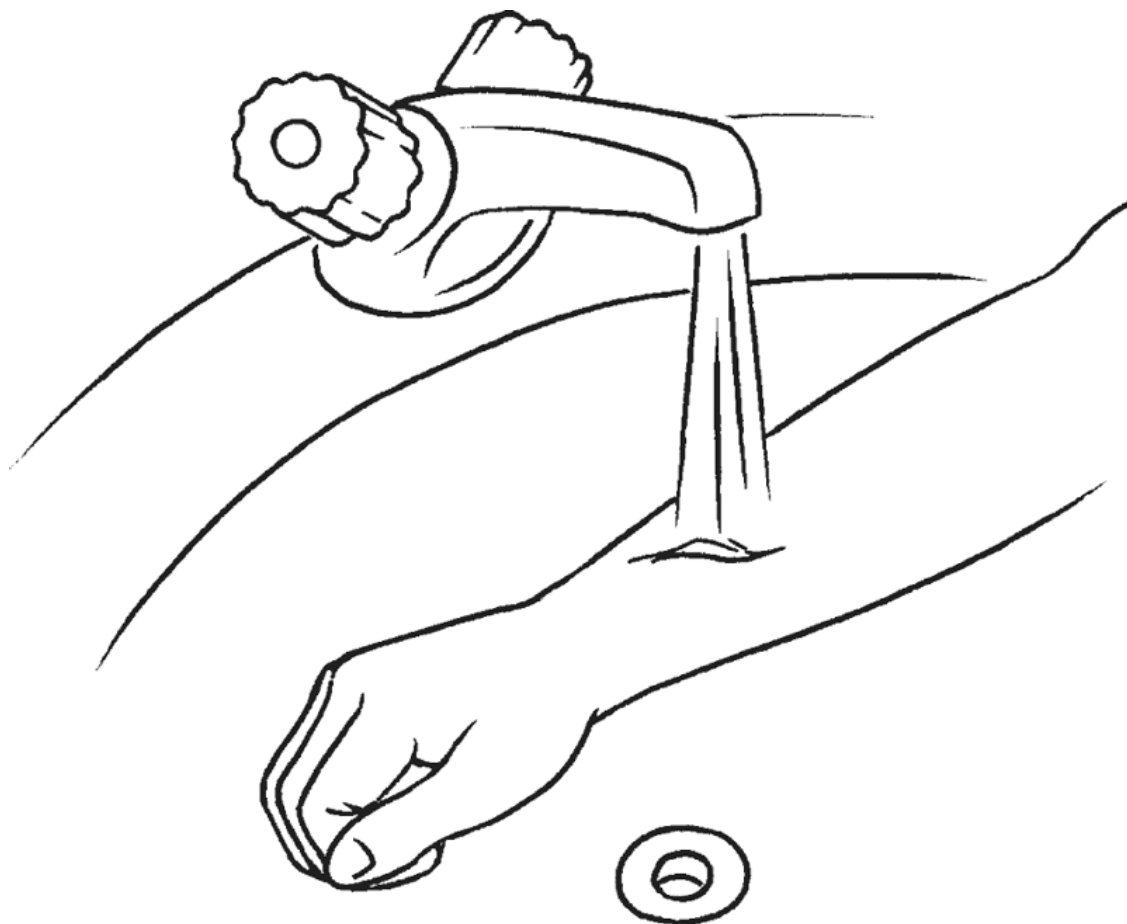
- Обработка раны проводится после остановки кровотечения, поэтому у вас всегда найдется минута времени для того, чтобы вымыть руки¹².
- Позаботьтесь о собственной безопасности: не контактируйте с кровью ребенка без крайней необходимости, используйте резиновые перчатки, если есть такая возможность.
- Не прикасайтесь к ране руками.

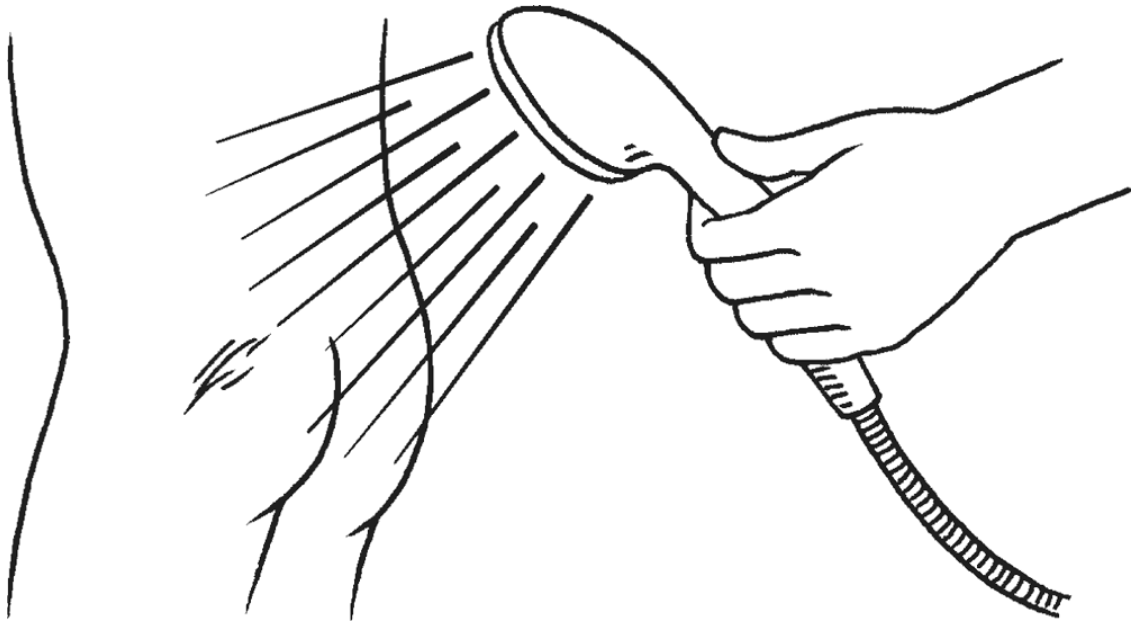
¹² Перед мытьем рук желательно снять кольца-браслеты, а также не забывать о том, что оптимальное время контакта кожи с мылом должно быть не менее 20–30 секунд.

• **Самым доступным и эффективным способом очистки раны является ее промывание струей воды.**

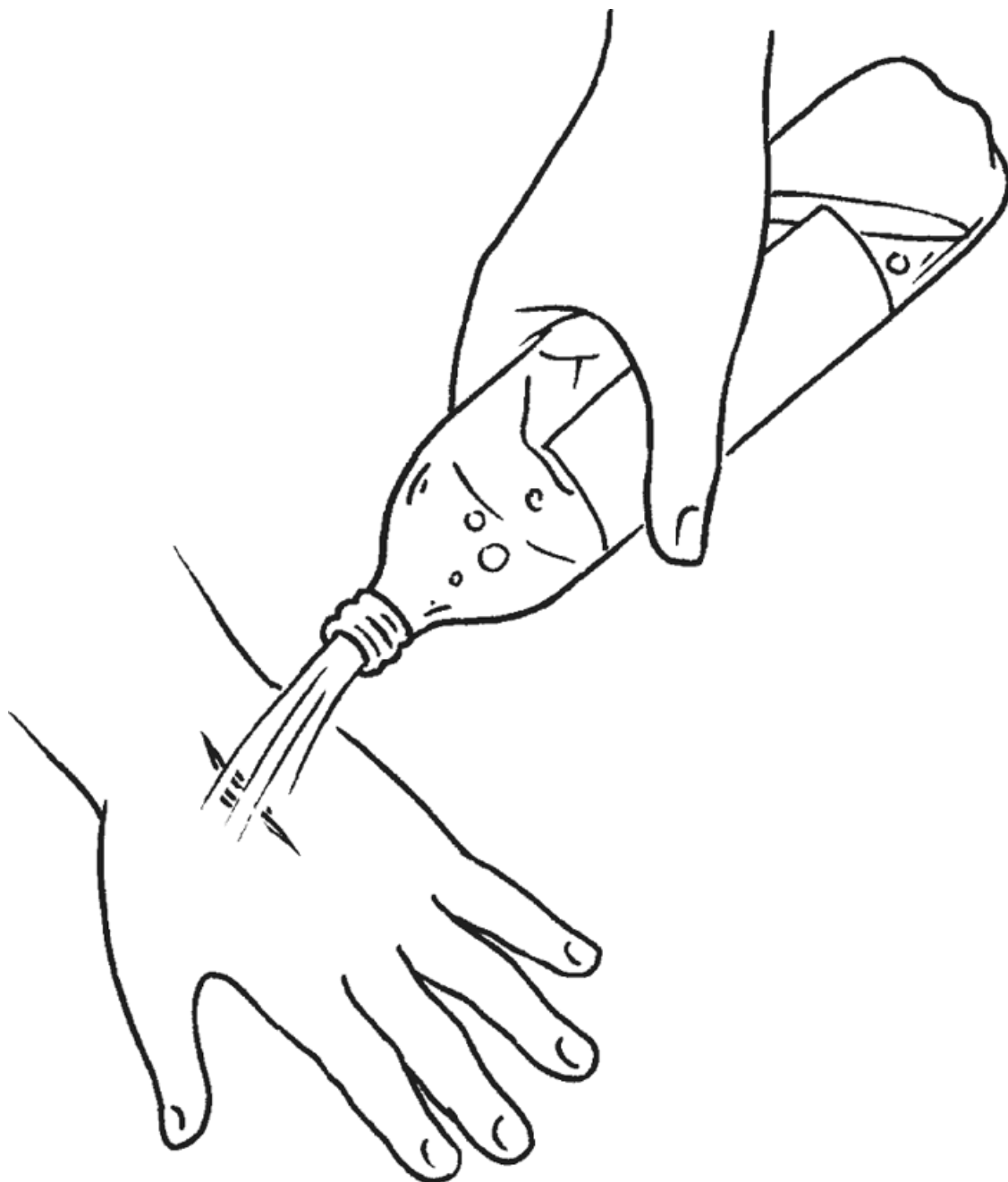
Если рядом с вами есть водопроводный кран, воспользуйтесь им. Оптимальная температура воды – от 20 до 30 °. Не промывайте рану дольше 5 минут.

Во время промывания контролируйте рану: направляйте струю от центра раны к ее краям, чтобы способствовать удалению инородных предметов и грязи.





Если вода есть, а водопроводного крана нет, используйте емкости, с помощью которых можно создать струю воды (шприц, спринцовка, полиэтиленовый пакет, бутылка). Идеальное приспособление для этого – пластиковая бутылка, особенно если в ней находится газированная минеральная вода.



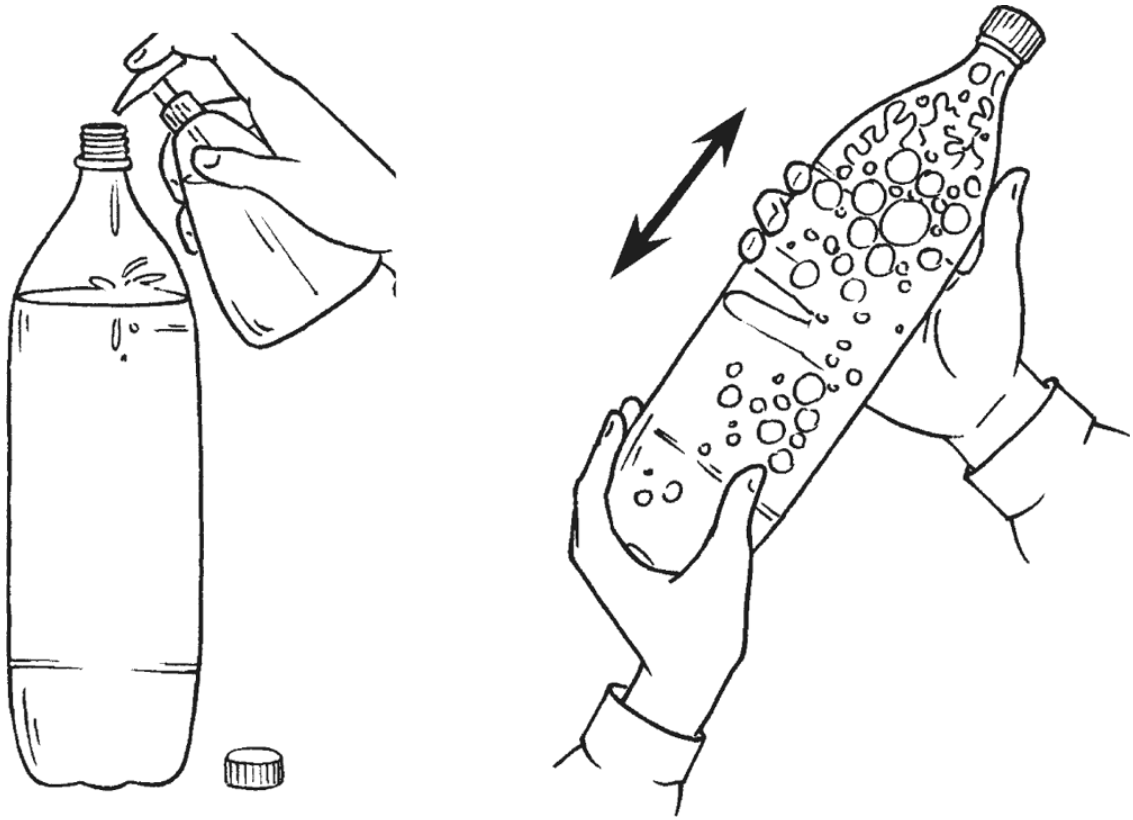
Если после промывания в ране остались инородные тела (**лежащие, а не торчащие!**), их можно попробовать удалить. Оптимально для этого использовать *пинцет* 12.1.2, края которого обработаны дезинфицирующим средством (спирт, йод, крепкие спиртные напитки)¹³. ***Попытки удаления инородного тела должны быть немедленно прекращены, если это приводит к усилению боли или кровотечению.***

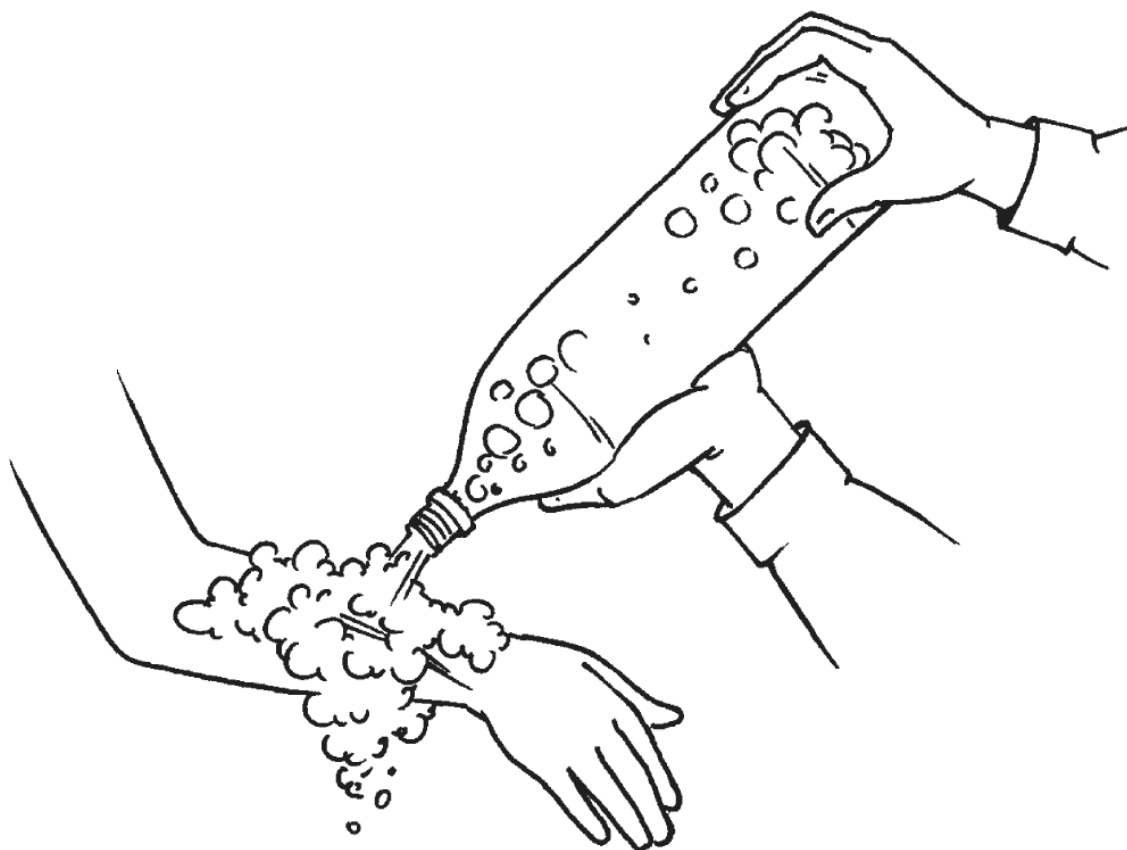
Помните: пинцет с максимальной вероятностью в доме присутствует и находится в мамином маникюрном наборе.

Следующим этапом обработки раны является ее дополнительная очистка и дезинфекция с помощью мыльного раствора.

¹³ Перед мытьем рук желательно снять кольца-браслеты, а также не забывать о том, что оптимальное время контакта кожи с мылом должно быть не менее 20–30 секунд.

Для приготовления мыльного раствора идеально подходит любое жидкое мыло, которое вы добавляете в пластиковую бутылку с водой и поливаете рану после энергичного встряхивания.





При отсутствии жидкого мыла вполне можно использовать обычное, кусковое: сделать мыльный раствор в любой емкости (кастрюле, ведре и т. д.), после чего либо поливать рану непосредственно из данной емкости, либо использовать чашки-кружки, либо перелить мыльный раствор в пластиковую бутылку.

• После обработки раны мыльным раствором мыло с раны следует удалить – повторить промывание чистой проточной водой.

Обратите внимание:

- если вода в дефиците, ограничьтесь промыванием мыльным раствором;
- если рана загрязнена (особенно если загрязнена землей), а чистой (бутылочной, водопроводной) воды рядом нет, то лучше использовать воду из природных водоемов (реки, озера и т. д.), чем не промывать такую рану вообще;
- идеальной жидкостью для промывания раны является не вода, а физиологический раствор, который может быть очень быстро приготовлен в домашних условиях: 1 чайную ложку поваренной соли следует растворить в 1 литре воды.

Промытую рану целесообразно обработать дезинфицирующим раствором 12.3.2. Дезинфицирующий раствор наносят не только на саму рану, но и на ее края, захватывая 2–3 см здоровой кожи.

Дезинфицирующим раствором можно смочить чистую (в идеале – стерильную) ткань (марлевую салфетку, носовой платок) и приложить к ране. Если чистой ткани нет, лучше всего налить раствор непосредственно на рану. Удобнее всего использовать дезинфицирующие растворы в аэрозольной упаковке (реальная возможность не прикасаться к ране).

Внимание!

Концентрированный раствор йода (прежде всего 5 % спиртовой раствор) не является средством для обработки ран, поскольку оказывает повреждающее действие на ткани и удлиняет сроки заживления. Он может использоваться для обработки краев раны при отсутствии под рукой дезинфицирующих средств, специально для этого предназначенных 12.3.2.

Раствор бриллиантового зеленого (зеленка) не является средством для обработки ран и не рекомендуется к применению в странах с развитым здравоохранением. Раствор бриллиантового зеленого обладает незначительным дезинфицирующим действием, но в то же время оказывает повреждающее действие на ткани, удлиняя сроки заживления.

3 % раствор перекиси водорода не оказывает негативного влияния на время заживления ран и обладает умеренной дезинфицирующей активностью. Его применение наиболее целесообразно при первичной обработке загрязненных ран, поскольку обильное пенообразование способствует очистке раневой поверхности.

3 3.3. Наложение повязки

Наложение повязки проводится после остановки кровотечения и обработки раны.

В медицинском смысле **повязка** – *это наложение на поврежденную часть тела перевязочного материала* (бинт, пластырь, салфетка и т. п.).

Для чего нужна повязка?

- для остановки кровотечения – так называемая давящая повязка 3.1.3.;
- для защиты раны от дальнейшего повреждения (прикосновения, трения об одежду и т. д.);
- для снижения риска инфицирования;
- для уменьшения болезненности за счет фиксации краев раны;
- для ускорения заживления;
- для предотвращения загрязнения одежды, постельного белья и т. п. выделениями из раны (кровь, гной и т. д.).

С учетом приведенного перечня *повязка фактически заменяет временно утраченные функции кожи*. Повязка может использоваться не только на этапе неотложной помощи, но и для дальнейшего лечения ран: в этом случае до того как использовать перевязочный материал на кожу наносят определенные лекарственные средства (противовоспалительные, ранозаживляющие, антимикробные и т. д.).

Внимание!

Заживление раны под повязкой всегда происходит быстрее.

При использовании повязки значительно уменьшится риск инфицирования раны, а также риск образования рубцов и шрамов.

Внимание!

Если вы сомневаетесь – накладывать повязку или нет – наложите!

3.3.1. Перевязочный материал

Перевязочный материал – это прежде всего то, чем накрывают рану.

Перевязочный материал может быть:

- промышленно изготовленным, т. е. специально предназначенным для того, чтобы накладывать повязки, и изготовленным самостоятельно из доступных тканевых материалов;
- стерильным, т. е. не содержащим микробов, надлежащим образом обработанным и помещенным в герметичную упаковку, и, соответственно, нестерильным.

Внимание!

Материал, специально предназначенный для наложения повязок, всегда следует предпочесть изготовленному самостоятельно.

Стерильный перевязочный материал всегда следует предпочесть нестерильному.

Если вы изготавливаете перевязочный материал из подручных тканей, то оптимально использовать натуральные – хлопок, лен. Самый надежный «поставщик» перевязочных материалов – постельное белье.

Относительную чистоту нестерильного перевязочного материала можно обеспечить несколькими доступными способами:

- тщательно прогладить горячим утюгом, оптимально с отпариванием;
- смочить и во влажном виде поместить в микроволновую печь на 2–3 минуты;
- в походных условиях опустить нестерильный материал в кипящую воду на несколько минут (делать перевязку мокрой тканью можно).

Наложение любой повязки состоит фактически из двух этапов: во-первых, рану следует накрыть и, во-вторых, зафиксировать то, чем вы рану накрыли.

Накрывая рану, следует придерживаться несложных правил:

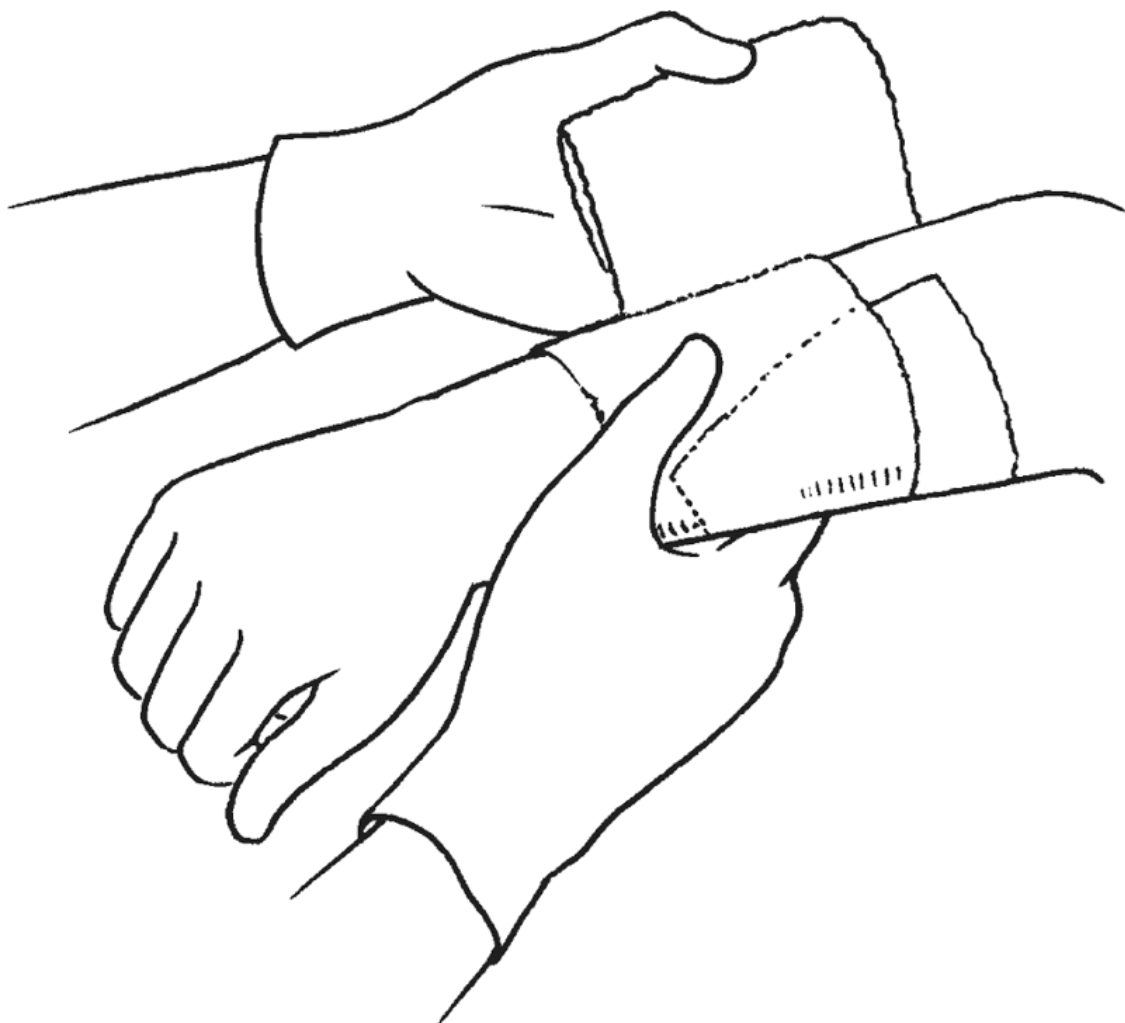
- идеальный материал для того, чтобы накрыть рану – медицинская марля (в виде готовых марлевых салфеток, сложенного в несколько слоев марлевого бинта и т. д.);
- накрывающий рану перевязочный материал должен быть больше размеров раны;
- следует помнить, что перевязочный материал будет впитывать в себя отделяемое из раны (кровь, тканевая жидкость, гной); чем больше рана загрязнена, чем она обширнее, чем интенсивнее кровотечение, тем большее количество слоев ткани необходимо;
- впитывающую способность ткани можно увеличить, сочетая ткань с медицинской ватой (с этой целью выпускаются специальные ватно-марлевые подушки);
- вата не должна соприкасаться с раневой поверхностью, поэтому вату всегда (!) располагают между слоями ткани;
- в качестве заменителей ваты временно могут быть использованы одноразовые подгузники (их сорбирующая часть) и женские гигиенические прокладки.

3.3.2. Способы фиксации повязки на ране

Самый известный и традиционный способ фиксации повязки – бинтование с использованием марлевого бинта.

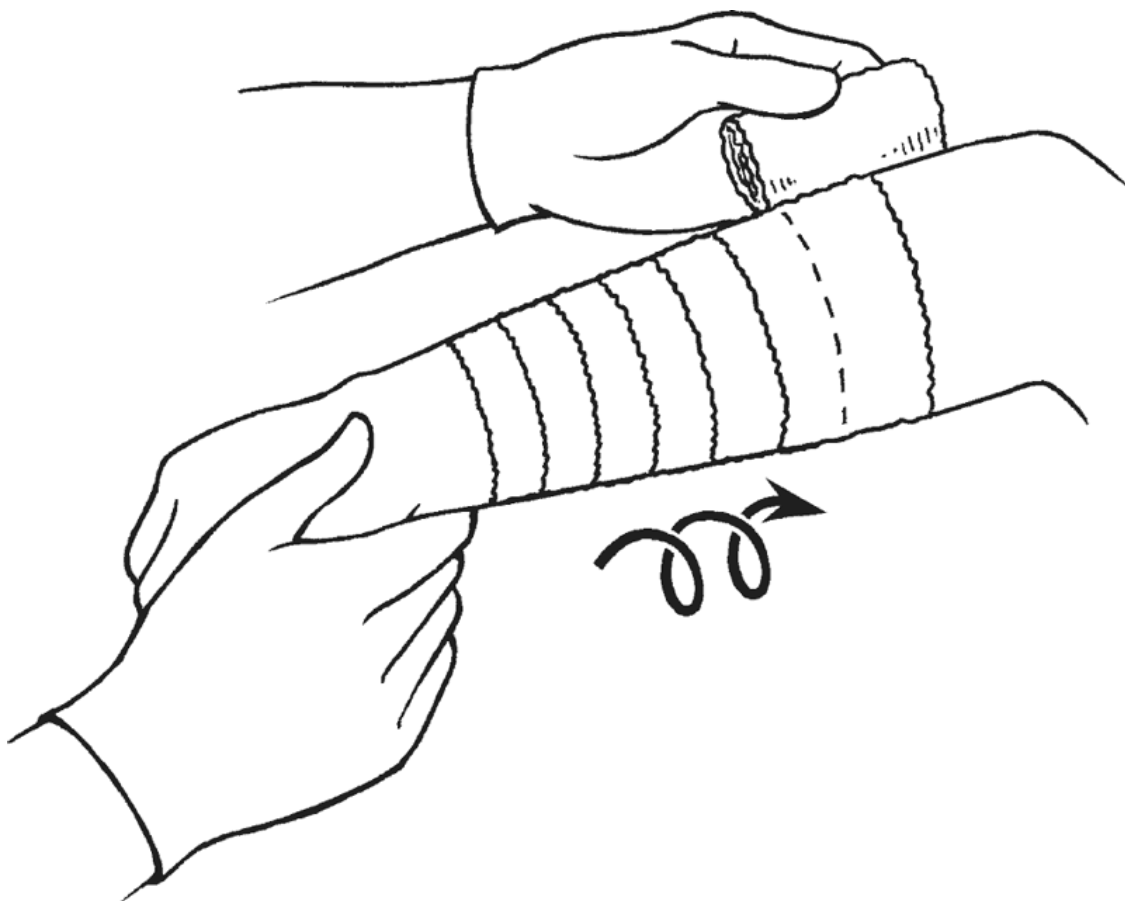
Марлевый бинт 12.2.2.1 – это скатанная в виде валика длинная полоса марли различной ширины. Очевидно, что чем больше размеры раны, тем шире используемый бинт.

Техника фиксации повязки с помощью марлевого бинта (*техника бинтования*) состоит в том, что полосами марли *оборачивают* соответствующую часть тела. Оборот бинта на медицинском языке называется *туром*.



Правила бинтования:

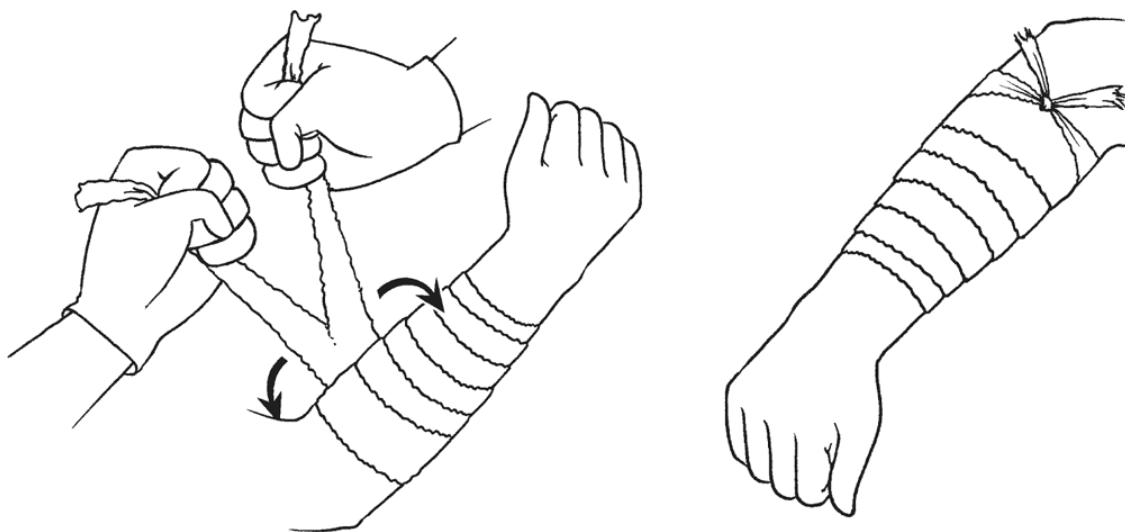
- максимально стремитесь к тому, чтобы ребенок не напрягал ту часть тела, что подлежит бинтованию;
- во время бинтования пострадавшая часть тела должна находиться в том положении, в каком она будет после окончания процедуры;
- одной рукой вы фиксируете свободный край бинта на коже рядом с раной, а второй – делаете два-три тура, одновременно прижимая повязку и свободный конец бинта (это так называемые фиксирующие туры);
- направление наложения повязки – от периферии к туловищу;
- бинт равномерно натягивается, не расправляется (не отматывается), а катится по поверхности тела;
- каждый новый тур перекрывает не менее половины предыдущего.



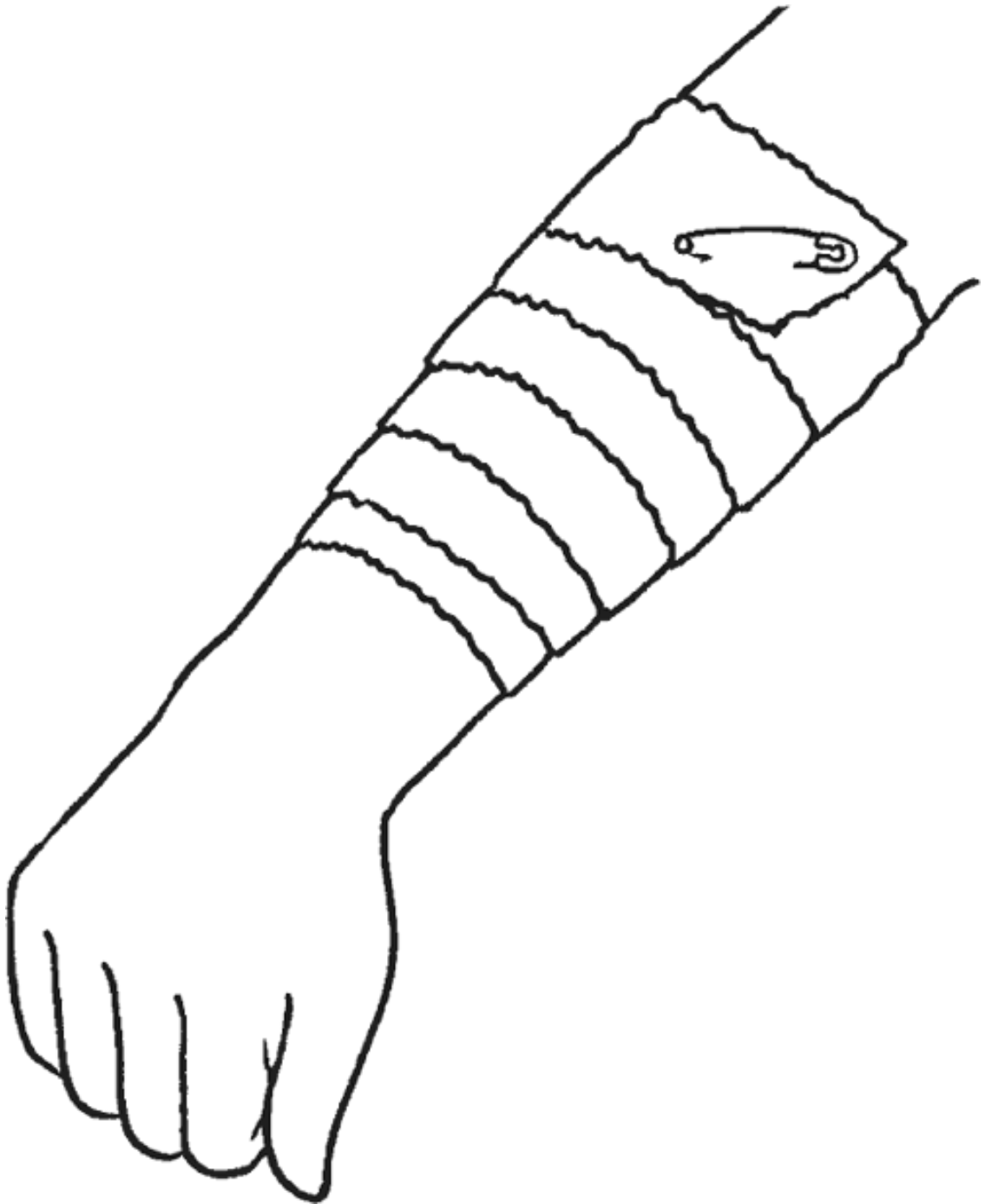
Главная проблема для непрофессиональных бинтовальщиков – фиксация свободного края бинта после окончания бинтования.

Варианты фиксации края бинта:

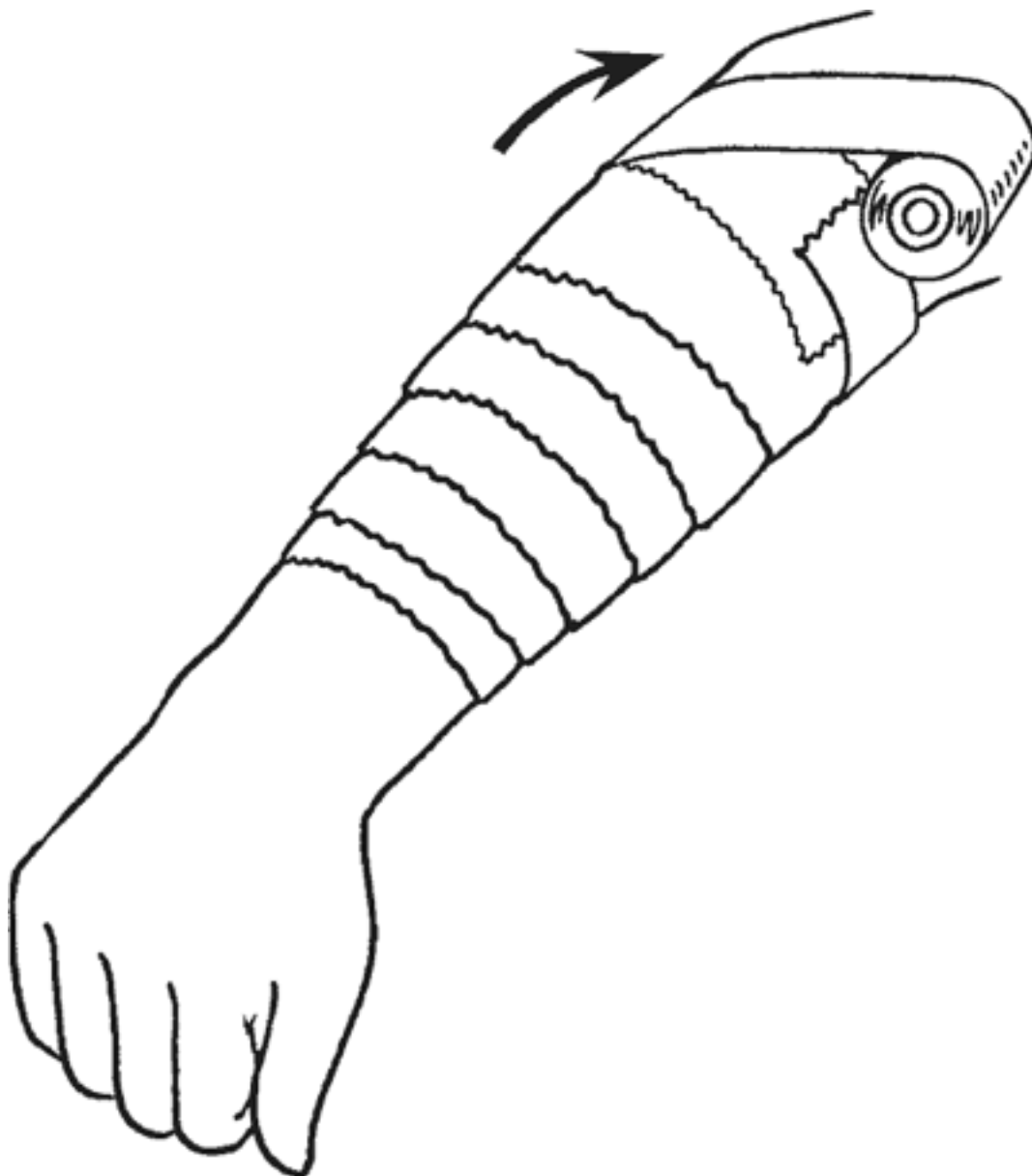
- **узел:** край бинта продольно разрывается или разрезается ножницами, после чего теперь уже два свободных конца связываются друг с другом;
- **специальные клеи** (клеол, БФ-6 и т. п.);



- **специальные фиксаторы для бинтов** (представляют собой два металлических крючка, соединенных эластичным тканевым материалом);
- *английская булавка 12.1.3.*



- *тур рулонного лейкопластыря 12.2.4.2.*



- для более надежной фиксации *в дополнение* к перечисленным вариантам используются *сетчатые бинты* 12.2.2.3.; сетчатый бинт – это рукав различного диаметра из редкой трикотажной эластичной сетки.

Лейкопластырные повязки: перевязочный материал фиксируется полосками рулонного лейкопластыря, которые приклеиваются к здоровой коже рядом с раной. Позволяют обойтись без бинтования¹⁴.

¹⁴ В ситуациях, когда рулонного лейкопластыря не окажется под рукой, он вполне может быть заменен другими материалами на клеевой основе – скотчем, изолентой и т. п.

Внимание!

Самым удобным и наиболее целесообразным перевязочным материалом для оказания неотложной помощи в домашних условиях является бактерицидный лейкопластырь 12.2.4.1.

Бактерицидный лейкопластырь представляет собой плотную ткань – *пластырную ленту* – в центре которой находится полоса многослойной марли, пропитанной бактерицидным средством.

Современные бактерицидные пластыри:

- представлены огромным разнообразием форм и размеров;
- пропускают воздух;
- водостойки;
- плотно и надежно фиксируются на коже;
- легко и безболезненно отклеиваются;
- крайне редко вызывают аллергические реакции.

Все ***вышеизложенное делает бактерицидный лейкопластырь, точнее комплект различных лейкопластырей, незаменимым и обязательным компонентом домашней аптечки.***

Продолжая разговор о домашней аптечке и завершая тему наложения повязки, отметим, что имеется еще один вариант перевязочного материала, присутствие которого в любой аптечке (домашней, походной, автомобильной) является весьма желательным. Речь идет об *индивидуальном перевязочном пакете 12.2.1.*

Индивидуальный перевязочный пакет – это герметичная упаковка единого образца, в которой находится стерильный бинт и две ватно-марлевые подушки, одна из которых фиксирована, а вторая может передвигаться по бинту на определенное расстояние.

3.4. Как снять повязку?

Процедура снятия повязки нередко превращается в очень серьезное испытание как для пострадавшего дитя, так и для его родственников. Повязка, пропитанная кровью и тканевой жидкостью, прилипает к поверхности раны – неудивительно, что попытка снять ее сопровождается выраженной болью.

И боль, и, соответственно, накал страстей можно ослабить, если предварительно активно увлажнить перевязочный материал.

Конкретные советы:

- снятие повязки не является неотложным мероприятием: всегда найдется время для того, чтобы спокойно и тщательно помыть руки, не суетиться, успокоить ребенка и успокоиться самим;
- если перед снятием повязки вы решили разрезать бинт, то делайте это со стороны, противоположной ране;
- всегда лучше начать аккуратно разматывать бинт, но остановиться после того, как это начнет вызывать боль; отмотанное – отрезать, оставшееся – увлажнить;
- замечательным средством для увлажнения повязок (особенно небольших) является растительное масло – оптимально специальное детское, предназначенное для ухода за кожей ребенка;
- теплая чистая вода для увлажнения повязки (температура ориентировочно равна температуре тела) – и эффективно, и безопасно; главное – не торопиться;
- воду вполне можно (и даже целесообразно) заменить физиологическим раствором: на 1 литр кипяченой воды добавить 1 чайную ложку обычной поваренной соли, а там уже и отмачивать;
- нередко имеет смысл не поднимать тему снятия повязки вообще: посидеть в ванне (постоять под душем), не обращая на повязку никакого внимания, а после окончания гигиенических процедур спокойно снять.

3.5. Алгоритм действий при незначительной травме с кровотечением

Серьезные травмы и опасные кровотечения встречаются в нашей жизни довольно редко (тьфу-тьфу-тьфу)...

В то же время мелких неприятностей – царапин, ссадин, порезов, уколов – сколько угодно. Бежали, упали, разбили коленку. Укололись иголкой. Порезались ножиком или осколком стекла. Поцарапались куском проволоки. И т. д. и т. п.

Итак, классическая ситуация. Ребенок с криком «А-а-а-а!» бежит к вам (лежит на асфальте и т. п.), и при осмотре вы видите поврежденную кожу и кровь. Понятно, что ничего страшного, что скоро заживет, что с кем не бывает, но, тем не менее, надо что-то делать.

Если рядом есть мыло и чистая вода:

- засовываем пострадавшую часть тела под струю воды, смываем имеющуюся грязь и тщательно намыливаем (при незначительной травме кровотечение не представляет собой никакой угрозы для жизни и здоровья, поэтому вполне разумно и целесообразно начинать помощь не с остановки кровотечения, а с обработки раны);

- смываем мыло;

- останавливаем кровотечение – прижимаем к ране стерильный или чистый перевязочный материал¹⁵, который можно (но совсем не обязательно) смочить 3 % раствором перекиси водорода;

- после остановки кровотечения рану и края раны обрабатываем *дезинфицирующим раствором* или обрабатываем края раны 5 % спиртовым раствором йода;

- закрываем рану бактерицидным лейкопластырем.

Если воды и мыла рядом нет:

- останавливаем кровотечение (прижимаем рану рукой или тканью);

- движемся туда, где есть мыло и вода;

- обрабатываем рану (моем, моем, смываем, дезинфицируем, накрываем).

¹⁵ Если уж вы прижимаете рану, то делайте это не менее 5 минут. Не надо каждые 30 секунд заглядывать и проверять, остановилось кровотечение или нет.

3.6. Ссадина

Ссадина – это поверхностное механическое повреждение кожи.

При ссадинах кровотечение в большинстве случаев незначительное, чего нельзя сказать про боль.

Главный и парадоксальный совет: *неотложная помощь при ссадине совсем не обязательно должна быть неотложной.*

Успокойте-пожалейте ребенка, успокойтесь сами, вымойте руки, утрите слезы, приступайте...

Тактика помощи:

- промыть ссадину теплой мыльной водой;
- смыть мыло;
- дождаться, пока высохнет, или высушить стерильным материалом (марлей, бинтом, но не ватой);
- обработать ссадину и кожу вокруг нее *дезинфицирующим раствором* 12.3.2 или обработать здоровую кожу вокруг ссадины 5 % спиртовым раствором йода;
- накрыть ссадину бактерицидным лейкопластырем; внимательно следить, чтобы клеящая поверхность пластыря не попала на поврежденную кожу;
- если размеры ссадины не позволяют использовать бактерицидный лейкопластырь:
- наложить стерильную марлевую салфетку или сложенный в несколько слоев бинт; закрепить их рулонным лейкопластырем или наложить сухую марлевую повязку.

3.7. Инородное тело в ране

Внимание!

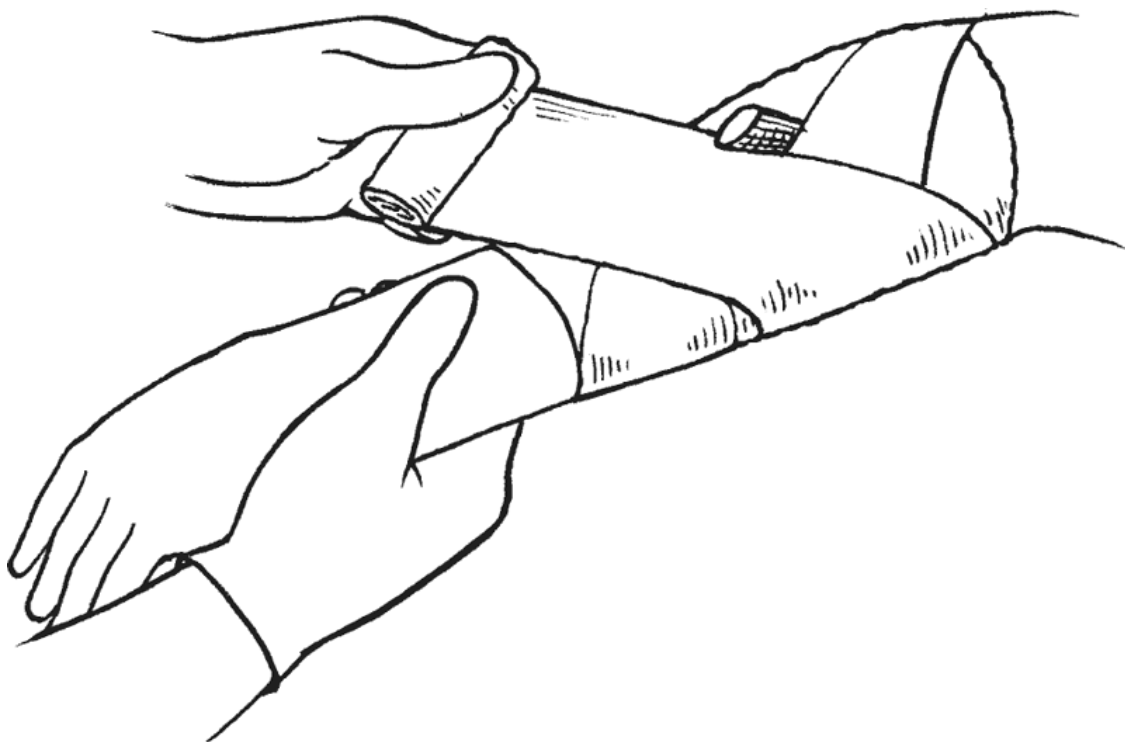
Категорически нельзя доставать предметы, торчащие из раны!

Любое самостоятельное извлечение из раны инородных тел допустимо лишь тогда, когда они лежат на поверхности раны 3.2.1.

Попытки удаления инородного тела должны быть немедленно прекращены, если это приводит к усилению боли или кровотечению.

Наличие инородного тела в ране является однозначным поводом для обращения за медицинской помощью, но не влияет на тактику остановки кровотечения и обработки раны:

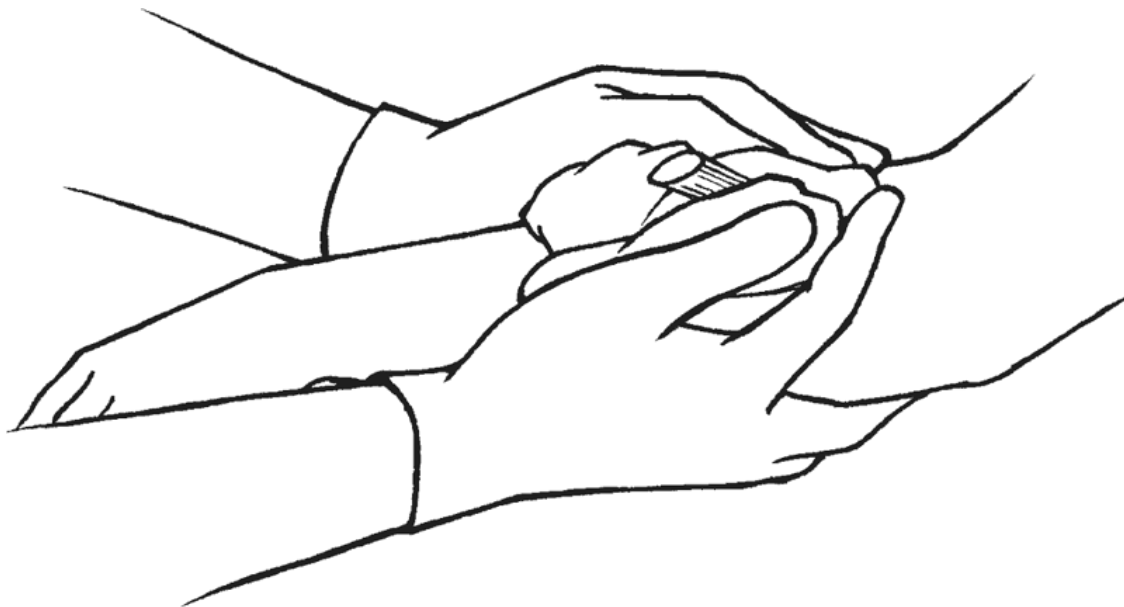
- кровотечение останавливается давлением (рядом с инородным телом);
- рана промывается и дезинфицируется без каких-либо поправок на присутствие инородного тела;
- давящая повязка накладывается крестообразно вокруг инородного тела.



Инородное тело в ране весьма желательно *зафиксировать*, и делать это следует обязательно, если:

- вы не уверены в том, что сможете получить медицинскую помощь в ближайшие 1–2 часа;
- вы самостоятельно транспортируете ребенка в лечебное учреждение.

Для фиксации инородное тело обкладывается тканью (салфетками, марлей и т. п.), после чего накладывается дополнительная повязка.



3.7.1. Заноза

Заноза – инородное тело в коже.

Главная особенность занозы состоит в том, что это поверхностно расположенное инородное тело. Инородное тело, которое не прокалывает кожу, а находится между ее слоями.

Заноза образуется тогда, когда *нечто острое* (щепка, колючка, стекло, металлическая стружка и т. п.) проникает в кожу под *острым* углом и остается в ней.

Заноза подлежит непременно удалению, и чем быстрее, тем лучше. Дело в том, что при любой занозе обязательно происходит инфицирование поврежденного участка кожи, поэтому если не извлечь инородное тело, гнойный воспалительный процесс неизбежен.

Рекомендации по удалению занозы:

- удалять занозу должен тот, кто лучше видит и у кого наименее выражено дрожание рук;
- не торопитесь, подготовьтесь: положите рядом все необходимое, в обязательном порядке обеспечьте нормальное освещение;
- для удаления мелких заноз очень пригодится увеличительное стекло;
- заноза может торчать из раны, а может быть обломанной, т. е. полностью находиться внутри кожи. Если заноза торчит, то всегда имеет смысл сначала удалить ее и только потом обрабатывать рану (мыть, намыливать, тереть и т. д.). Это правило логично обусловлено тем, что в процессе мытья раны занозу легко сломать. В то же время самый оптимальный вариант действий – налить на ранку *дезинфицирующий раствор* 12.3.2;
- торчащую занозу следует тянуть в том направлении (под тем углом), в каком она вошла в кожу;
- для того чтобы захватить край занозы, идеально использовать пинцет (лежит в мамин маникюрном наборе); весьма эффективное приспособление для удаления заноз – мамины ногти, предварительно обработанные *дезинфицирующим раствором* 12.3.2;
- занозу, которая полностью погружена в кожу, извлекают с помощью иглы; иглой освобождают кончик занозы, делая его доступным пинцету или ногтям;
- для извлечения заноз оптимальны не швейные иглы, а стерильные медицинские (те, что надеваются на шприц);

- если игла нестерильная, ее следует простерилизовать (опустить в спирт, в раствор йода, в кипяток, подержать над пламенем);
- перед тем как использовать иглу, желательно несколько минут подержать поврежденное место в теплой воде (разумеется, за исключением тех случаев, когда заноза деревянная и может набухнуть в воде);
- множественные мелкие занозы (колючки кактуса, стекловата и т. п.) могут быть извлечены посредством широкого скотча, лейкопластыря и т. п.;
- после того как заноза извлечена, следует тщательно промыть участок поврежденной кожи теплой мыльной водой, промокнуть, обработать дезинфицирующим средством или спиртовым раствором йода;
- закрыть ранку бактерицидным лейкопластырем.

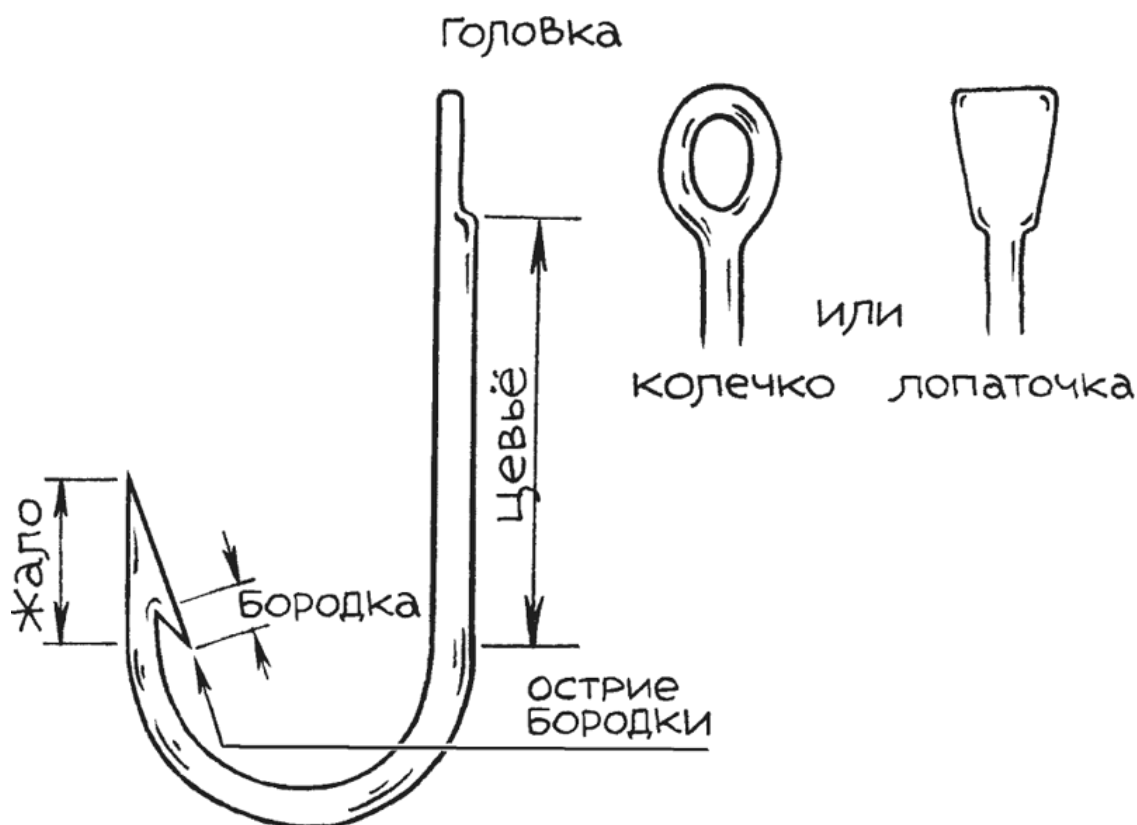
Внимание!

Если вы не можете удалить занозу – это однозначный повод для обращения за медицинской помощью.

Перед тем как отправляться к врачу, воспользуйтесь дезинфицирующим раствором или спиртовым раствором йода и накройте занозу бактерицидным пластырем.

3.7.2. Рыболовный крючок

Главная особенность рыболовного крючка – наличие специальной острой зазубрины-бородки, которая, собственно говоря, затем и придумана, чтоб несчастная рыба никуда не делась.



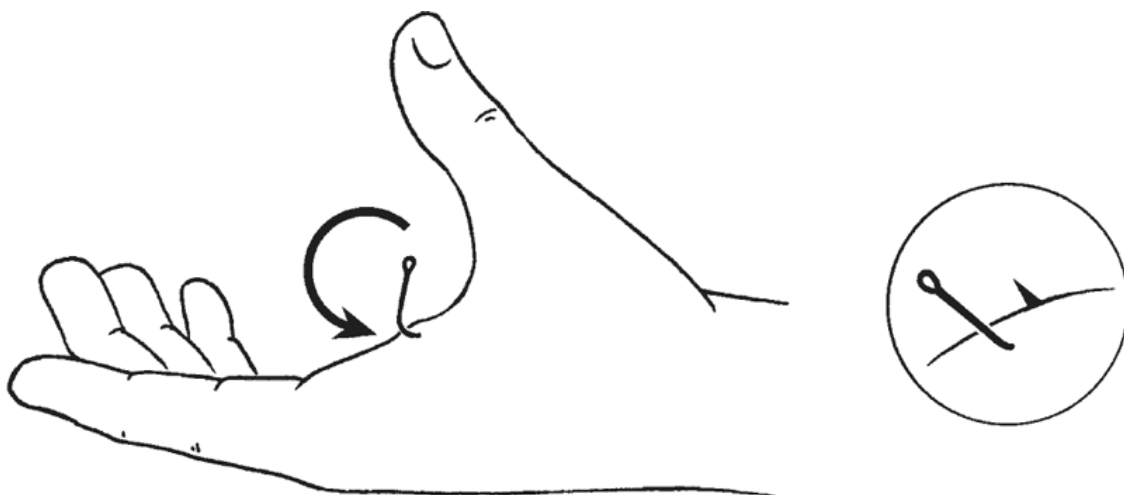
Юные рыбаки, в свою очередь, нередко оказываются на крючке, а имеющаяся зазубрина заметно усложняет дело (попытки извлечения). Крючок становится инородным телом.

Как следствие возможны две стандартные ситуации. Первая – простая, когда жало крючка не вошло в кожу полностью (помощь элементарная – вытащили крючок, помыли водой с мылом «уколотое место», забыли). Вторая ситуация – специфическая, когда жало крючка полностью находится под кожей. Вытянуть крючок не получается, поскольку острие бородки «упирается» и вызывает боль.

Внимание!

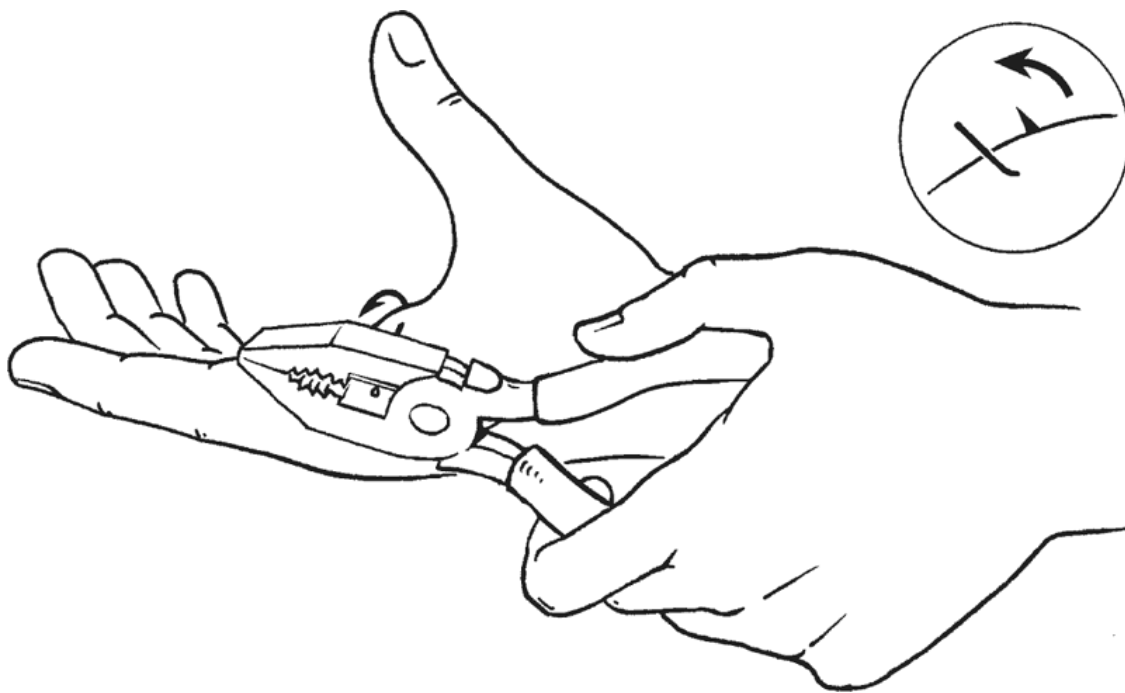
Главная рекомендация по извлечению крючка – его не надо тянуть назад, его следует, взявшись за цевье, продвигать в таком направлении, чтобы жало еще раз проткнуло кожу и оказалось снаружи.

После того как жало крючка полностью оказалось над поверхностью кожи, либо его (жало), либо противоположный конец крючка (колечко или лопаточку) следует откусить кусачками, плоскогубцами¹⁶ и т. п.



После откусывания выступающих частей крючок извлекается довольно легко.

¹⁶ Плоскогубцы есть в любом автомобиле, поэтому если вы пришли на рыбалку пешком, то оглянитесь по сторонам.



Пострадавшее место тщательно моется мылом, обрабатывается 5 % спиртовым раствором йода, закрывается бактерицидным лейкопластырем.

Внимание!

Маленькие рыболовы в подавляющем большинстве случаев ловят маленькую рыбу и имеют дело с маленькими крючками.

Как следствие размер бородки очень невелик и освободить ее нередко бывает намного проще, чем прокалывать кожу еще раз.

Поэтому если крючок маленький, воспользуйтесь рекомендациями по извлечению занозы 3.7.1. – возьмите иглу и освободите жало крючка.

Если вы не можете удалить крючок, отправляйтесь к доктору, но предварительно обработайте кожу вокруг крючка *дезинфицирующим раствором* 12.3.2. или спиртовым раствором йода.

Неплохо также зафиксировать крючок (оптимально неплотно накрыть бактерицидным пластырем).

3.8. Ушиб

Ушиб¹⁷ – закрытое механическое повреждение тканей или органа.

Главная особенность ушиба – нет видимого нарушения целостности кожи.

Ушибы, как правило, возникают при ударах и падениях.

Ушибленное место:

- болит;
- болит еще сильнее при движениях;
- отекает;
- нередко меняет свой цвет (краснеет, синеет).

При ушибе в пострадавших тканях происходят множественные кровоизлияния, разрывы мышечных волокон и т. д. Выраженность кровоизлияний обусловлена размерами (калибром) поврежденных сосудов. Интенсивность повреждения тканей в свою очередь определяет, насколько сильно будет болеть ушибленное место.

ВНИМАНИЕ!

Неотложная помощь при ушибе предусматривает 4 действия:

- **возвышенное положение** – придать пострадавшему месту возвышенное положение (приподнять руку, лечь и приподнять ногу, при повреждении туловища лечь ушибленным боком вверх);
- **давящая повязка** – не менее чем на 10 минут наложить на ушибленное место *давящую повязку* 3.1.3.
- **одновременно с давящей повязкой и после нее – холод:** на 25–30 минут приложить что-нибудь *холодное* 3.8.1. к месту ушиба; то, что нагрелось, заменять новым холодным, использование холода желательно повторять в течение 24 часов после ушиба, оптимально 10–15 минут каждые 2 часа;
- **покой** – показан всегда, но в ситуации, когда движения резко усиливают боль в ушибленном месте, *иммобилизацию* 3.10.1, 3.11.1 следует провести непременно.

Нельзя:

- растирать ушибленное место;
- прикладывать согревающие компрессы в течение 48 часов после ушиба.

Можно и нужно:

прикладывать согревающие компрессы через 48 часов после ушиба – 2–3 дня, 3–4 раза в день, 10–15 минут.

¹⁷ По-латыни ушиб – contusio – отсюда и всем известный синоним ушиба – контузия.

Внимание!

Вы никогда не можете быть уверены в том, что ушиб – это только ушиб и что нет ничего более серьезного.

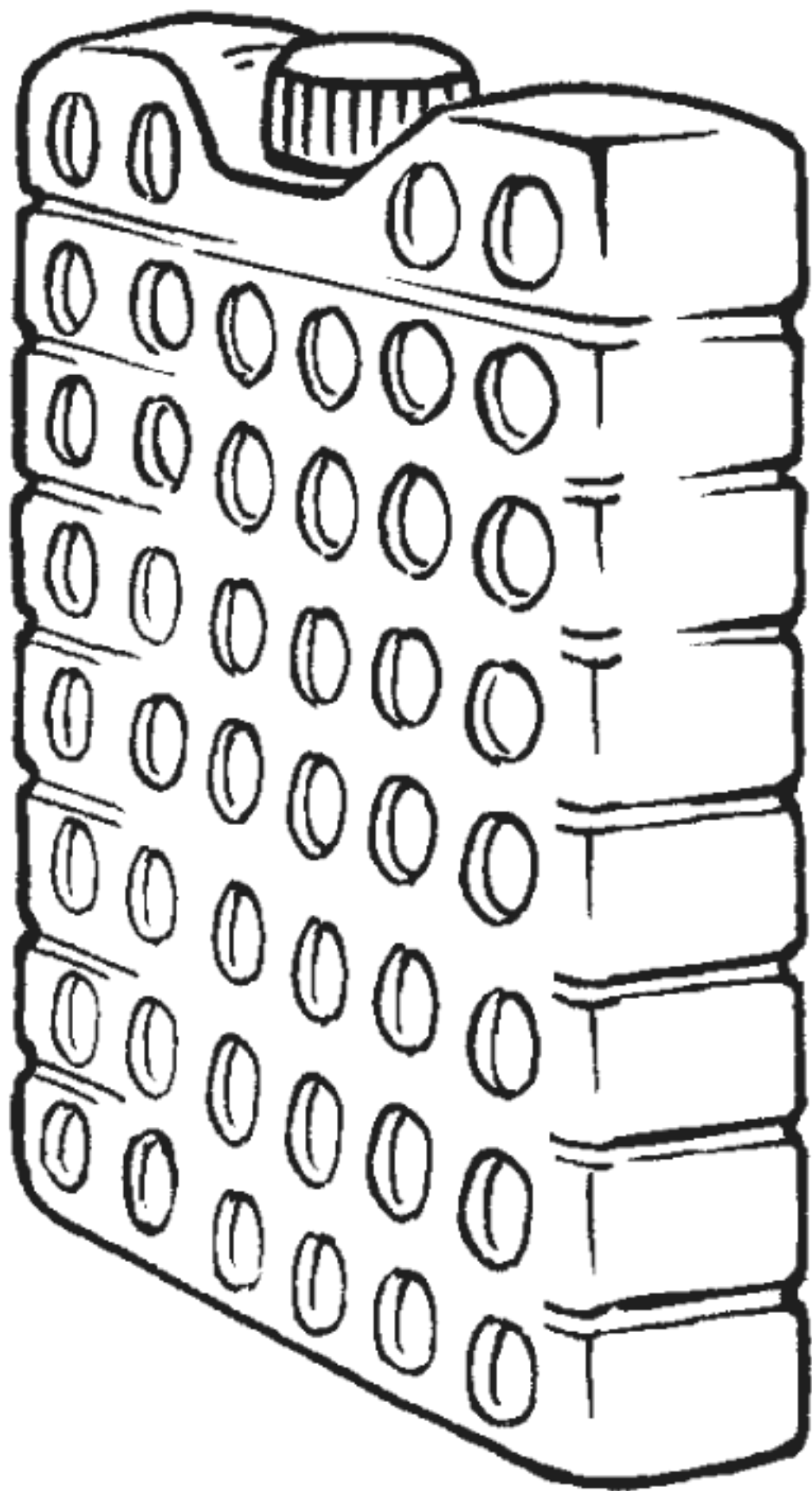
Обязательно обращайтесь за медицинской помощью, если:

- имеет место ушиб живота 3.20. или поясницы 3.18.;
- сохраняется интенсивная боль в ушибленном месте;
- боль усиливается с течением времени;
- боль становится резкой при движениях;
- резко выраженный и (или) нарастающий отек в месте ушиба.

3.8.1. Где взять «что-нибудь холодное»?

Советы и рекомендации:

- самым доступным источником холода является морозилка домашнего холодильника: в морозилке может оказаться лед, пакет с овощами, кусок замороженного мяса и т. п.;
- пластиковый *хладозадамент* 12.1.7.
- для переносных холодильников и термоконтейнеров – удобный и надежный источник холода «на вынос» – постоянное присутствие хотя бы одного такого элемента в морозилке должно стать нормой для любой семьи (такой же нормой, как наличие бактерицидного лейкопластыря в домашней аптечке);



Хладоэлемент – герметичная пластмассовая емкость прямоугольной формы, наполненная жидкостью.

- в отсутствие льда (холодильника) следует помнить, что холодная вода – вполне приемлемый источник холода; ушибленную конечность можно засунуть под струю воды (вместе с давящей повязкой), можно смочить ткань и приложить к поврежденному месту; с той же целью можно налить холодную воду в полиэтиленовый пакет;

- при ушибах во время прогулок обнаружить холодное можно в любом продовольственном магазине: купить порцию мороженого, а после того как холод окажет свое лечебное действие, использовать мороженое по прямому назначению – съесть в качестве поощрения за мужество.

Внимание!

Самым оптимальным источником холода вдали от холодильников и кранов с холодной водой являются охлаждающие пакеты 12.1.8. которые выпускаются медицинской промышленностью.

Как прикладывать холодное?

- если на месте ушиба присутствует давящая повязка, источник холода приложить непосредственно к повязке на то место, на которое пришелся основной удар;

- если давящей повязки нет, то перед тем, как прижимать холодное к коже, завернуть его в ткань;

- еще раз напомним: оптимальное время воздействия холодом – 25–30 минут непосредственно после ушиба, а затем повторять в течение 24 часов, 10–15 минут каждые 2 часа.

Нельзя использовать холодное, если:

- имеется повреждение кожи (сначала повязка, потом уже сверху холодное);
- на данном участке кожи нарушена чувствительность или нарушено кровообращение;
- у пострадавшего сахарный диабет.
- Холодное не следует прикладывать к передней и боковой поверхности шеи, а при наличии проблем с сердцем – к левому плечу.

3.8.2. Синяк, шишка

Разрыв сосудов, поврежденных при ушибе, приводит к тому, что образуется **гематома** – ограниченное скопление крови.

Подкожная гематома изменяет цвет кожи над ней в диапазоне от лилового до синего.

Синяк – это, собственно, и есть *подкожная гематома* в переводе с медицинского языка на человеческий.

Подкожное кровотечение может быть значительным. Значительным настолько, что на коже появляется выпуклое образование, внутри которого кровь – это и есть **шишка**. Шишка – еще один народный термин для обозначения подкожных гематом. Чаще всего шишки образуются в тех местах, где нет (или мало) мягких тканей (мышц, подкожной клетчатки), т. е. там, где «кожа да кости», где крови просто некуда деваться. Неудивительно, что излюбленное место шишек – голова.

Понятно, что слово «шишка» характеризует форму гематомы, в то время как слово «синяк» – ее цвет.

И синяки, и шишки – это следствие (симптом) ушиба. Неудивительно, что никаких специальных рекомендаций по оказанию помощи при синяках и шишках не существует –

все то же самое, что при любом ушибе: возвышенное положение, давящая повязка, холод, покой

Внимание!

С течением времени (на 3–6-й день после ушиба) цвет синяка меняется от синего к желто-зеленому. Если этого не происходит, если синяк краснеет, если кожа над ним становится горячей на ощупь – это повод для незамедлительного обращения к врачу.

С течением времени шишка должна уменьшаться!

Если этого не происходит, если сохраняется или усиливается боль, если кожа над шишкой краснеет и становится горячей на ощупь – это повод для обращения к врачу.

Внимание!

Обязательно нужен врач, если:

- синяк за ухом после травмы головы;
- синяки под обоими глазами;
- синяки появляются часто, при незначительных внешних воздействиях, практически «ни с того ни с сего»;
- синяк есть, а ушиба не было;
- внешний вид синяка не изменяется в течение недели;
- в области синяка появляются признаки инфекции: покраснение, повышение температуры кожи, боль.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.