незавершенный вариант

МЕДИЦИНСКИЙ справочник для яхтсменов и туристов

НЕЗАВЕРШЕННЫЙ ВАРИАНТ, В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ!

В основе формируемой книги - сокращенный перевод Руководства по судовой медицине 1992 г, доступный в сети. К сожалению, информации о переводчике в найденных источниках нет.

Отбор материалов, переработка раздела о лекарствах и верстка — Г.Шмерлинг.

Разыскивается научный редактор — ОПЫТНЫЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МЕДИК. Как минимум один, больше — лучше.

Основная задача: пройтись по разделам аптечка / лекарства.

А также, возможно, дать соображения по отбору материалов из Руководства ВОЗ и включить свои авторские дополнения.

Москва
2014

ББК 53.5
УДК 614.88

Незавершенный вариант

Оглавление

Предисловие.....7
О пользовании руководством.....7
Обращение за помощью по радио.....8
Глава 1. Первая помощь.....9
Общие принципы оказания первой помощи.....9
Пострадавшие, находящиеся без сознания.....11
Искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.....15
Сильное кровотечение.....22
Шок.....26
Возгорание одежды.....27
Термические ожоги.....27
Электротравмы.....27
Химические ожоги.....28
Переломы.....28
Вывихи.....43
Травмы головы.....44
Повреждения, вызванные взрывами.....45
Асфиксия.....46
Удушье.....47
Индивидуальный перевязочный пакет.....47
Транспортировка пострадавшего.....48
Глава 4. Ранения и травмы.....49
Общие правила обработки ран.....49
Внутренние повреждения.....56
Травмы головы.....57
Травмы глаза.....62
Повреждения уха.....66
Повреждения носа.....67
Повреждения полости рта и зубов.....68
Ожоги.....68
Вывихи.....71
Растяжения.....72
Применение повязок.....73
Удаление рыболовного крючка.....74
Глава 3. Отравления.....76
Отдельные токсичные вещества.....79
Алкоголь.....81
Глава 4. Обследование больного.....84
Сбор анамнеза.....84
Обследование.....86

Незавершенный вариант

Выводы....87
Глава 5. Уход за больным....88
Размещение больного....88
Жизненно важные физиологические показатели....89
Уход за лежачим больным....93
Уход за больными с психическими нарушениями....97
Больные в бессознательном состоянии....98
Исследование кала, мокроты и рвотных масс....99
Лечебные процедуры....101
Применение лекарств....103
Борьба с инфекциями....107
Глава 6. Инфекционные болезни....108
Бешенство....112
Брюшной тиф и паратифы....113
Ветряная оспа....115
Вирусный гепатит....115
Грипп....118
Дизентерия....118
Дифтерия....119
Желтая лихорадка....120
Инфекционный мононуклеоз....121
Краснуха....121
Корь....122
Лихорадка денге....122
Малярия....123
Менингококковый менингит....127
Сибирская язва....129
Скарлатина....130
Столбняк....130
Туберкулез....131
Холера....132
Чума....133
Эпидемический паротит (свинка)....135
Эризипелоид....135
Глава 7. Другие болезни и состояния....136
Аллергические реакции....136
Аппендицит....138
Боль в животе....140
Болезни мочевого тракта....147
Боль в горле....151
Боль в груди....153
Боль в сердце и сердечная недостаточность....157

Неавторизованный вариант

Боль в спине....161
Боль в яичках....162
Ботулизм....163
Бронхиальная астма....164
Бронхит....165
Варикозное расширение вен....167
Воспаление лимфатической системы....168
Высокая температура....171
Высокое кровяное давление (гипертония)....171
Гельминтозы....172
Геморрой....174
Герпес....175
Глазные болезни....175
Головная боль....179
Грыжи....179
Желтуха....181
Желчная колика....181
Заднего прохода зуд....182
Заднего прохода трещина....182
Запор....183
Инсульт....183
Инфекции кисти....185
Кашель....186
Кожные болезни....187
Морская болезнь....193
Неврит и невралгия....194
Обморок....195
Острые болезни зубов и полости рта....195
Отеки....198
Перегрев тела....199
Педикулез (вшивость)....201
Пептическая язва....202
Перитонит....205
Плеврит....206
Плевродиния....207
Пневмония долевая....207
Простуда....208
Пневмоторакс....208
Подагра и подагрический артрит....209
Психические болезни....209
Расстройства пищеварения....212
Ревматизм....215
Сахарный диабет....217

Незавершенный Вариант

Сигуатера и отравления моллюсками....219
Синусит....219
Теносиновит запястья....220
Укусы и ужаления....221
Ушные болезни....224
Фурункулы, абсцессы и карбункулы....229
Холецистит (воспаление желчного пузыря)....231
Целлюлит....232
Глава 8. Венерические болезни....232
Глава 10. Беременность, женские болезни, роды....246
Менструация....246
Беременность....247
Роды....250
Глава 12. Кораблекрушения....256
Оставление судна....256
Помощь на борту аварийного плавсредства....258
Повреждения, вызванные воздействием холода....261
Глава 13. Смерть в море....267
Глава 17. Лекарства и аптечка....271
Побочные эффекты и взаимодействия лекарств....271
Лечение детей....272
Анальгетики (обезболивающие)....272
Антибиотики....272
Аптечка....274
Отдельные лекарства....277
Инструменты и материалы....282
Приложения....284
1. Анатомия и физиология человека....284
2. Области тела....292
3. Меры массы и объема....294
4. Дезинфекция воды....294
Предметный указатель....296

Незавершенный вариант

Предисловие

Справочник предназначен для не имеющих медицинского образования яхтсменов, туристов и тех, кто по роду своей деятельности бывает в малонаселенных районах, где может оказаться невозможно быстро получить врачебную помощь или эвакуировать пострадавшего. Задача книги – служить для поиска советов, что делать и чего не следует делать в случае травмы или заболевания. Кроме того, изучение книги даст понятие об основах медицины и подготовит к решению проблем медицинского характера, которые могут возникнуть в путешествии.

Основой книги является *Международное руководство по судовой медицине ВОЗ* (2-е изд., 1992 г.), наилучшим образом отвечающее этим целям. Однако, это руководство имеет большой объем и рассчитано на использование на морских судах.

В отличие от команды судна, экипаж яхты или группа туристов не имеет в своем распоряжении лазарета, специального медицинского оборудования, лекарств ограниченного доступа, кислорода. Процедуры и методы, требующие такого оборудования или средств, а также опыта выполнения медицинских процедур (внутривенные вливания, катетизация) из справочника исключены.

Исключены разделы о наркомании, эпилепсии, некоторых хронических заболеваниях. Не рассматриваются вопросы иммунизации и прививок – об этом отправляющиеся в неблагополучные районы мира яхтсмены и туристы должны позаботиться до путешествия.

С другой стороны, поскольку в путешествиях можно столкнуться с самыми разными болезнями и ситуациями, для информации в руководстве оставлен материал, относящийся к инфекционным и венерическим заболеваниям, женским болезням, беременности и родам.

Значительно сокращена и переработана глава о лекарствах.

О пользовании руководством

Отправляющимся в путешествие настоятельно рекомендуется не только присоединить эту книгу к походной аптечке, но и заранее ознакомиться с ней. Это освежит их знания, напомнит о необходимых предосторожностях и поможет в случае ЧП быстро найти в книге необходимую информацию.

Мелкие травмы, простуды и другие не представляющие большой опасности состояния, ход развития которых и необходимое лечение из-

Неавторизованный фрагмент

вестны заболевшему по личному опыту, можно успешно вылечить в плавании или в полевых условиях. При этом обычно достаточно освободить заболевшего от его обязанностей и обеспечить возможность отдыха.

В более тяжелых случаях, при возникновении осложнений или отсутствии улучшения состояния больного необходима помощь врача, и, скорее всего, эвакуация пострадавшего.

В населенных районах, где имеется доступ к мобильной телефонной связи, медицинская помощь обычно может быть оказана в пределах нескольких часов. Оказав первую помощь пострадавшему, свяжитесь с экстренными службами и следуйте полученным инструкциям (тел. в России и европейских странах **112**, в США и Канаде **911**; для других стран и отдельных регионов уточните перед путешествием). В случае травмы или заболевания за рубежом больной должен обратиться в свою страховую компанию, которая направит его к нужному специалисту и организует оказание помощи.

В экстренной ситуации не будет времени для изучения приемов первой помощи. Жизнь человека может зависеть от действий спасателей в течение одной–двух минут. Поэтому все должны освоить основные навыки оказания первой помощи.

Очень желательно, чтобы на борту яхты или в составе группы был человек, обладающий навыками оказания первой помощи, умеющий делать перевязки, инъекции и т. п. Эти навыки нельзя освоить, читая книги. Ими необходимо овладеть на личном опыте или на курсах первой помощи под руководством медицинских работников.

Обращение за помощью по радио

Сделайте срочный вызов на 16-м канале с добавлением слова MEDICO:

PAN-PAN MEDICO, PAN-PAN MEDICO, PAN-PAN MEDICO

Приняв такой вызов, береговая станция установит связь с медицинским учреждением и свяжет вас с врачом. Поскольку разговор может занять длительное время, вам будет предложено перейти на другой канал для освобождения 16-го. Названия частей тела на английском языке приведены в приложении 2.

По возможности запишите разговор на диктофон. Во избежание непонимания не используйте никакого «шифрования». Имя больного можно не называть. В отдаленных районах и открытом море даже при благоприятных обстоятельствах до получения помощи может пройти несколько суток. Используйте имеющиеся средства связи для получения консультации врача и по возможности двигайтесь к ближайшему месту, где можно эвакуировать пострадавшего.

Ознакомительная версия

Глава 1. Первая помощь

Первую помощь оказывают для спасения жизни пострадавшего, предотвращения дополнительного травмирования, устранения шока и облегчения боли. В таких случаях, как сильное кровотечение или асфиксия, промедление в несколько секунд может стоить пострадавшему жизни.

Однако в большинстве случаев оказание помощи можно начать через несколько минут, которые необходимы для того, чтобы найти члена команды, владеющего навыками оказания первой помощи, или подобрать нужные медицинские материалы и оборудование.

Навыками оказания первой помощи должны владеть все члены команды.

Общие принципы оказания первой помощи

Обнаружив пострадавшего:

- **Позаботьтесь о собственной безопасности, чтобы не стать очередной жертвой.**
- **При необходимости вынесете пострадавшего из опасного места или устраните саму опасность.**

Первую помощь необходимо незамедлительно оказывать для

- **восстановления дыхания и работы сердца,**
- **остановки кровотечения,**
- **удаления из организма отравляющих веществ.**

На месте происшествия необходимо быстро обследовать пострадавшего для того, чтобы установить характер травмы и ее тяжесть. Поскольку при этом дорога каждая секунда, одежду следует удалять только с наиболее пострадавших участков тела. При травме конечности сначала освободите от одежды здоровую конечность, а затем пострадавшую. При необходимости одежду можно разрезать.

Нужно определить пульс. Если его не удается прощупать на запястье, попытайтесь определить его на сонной артерии, которая находится на боковой поверхности шеи (рис. 2). При отсутствии пульса следует прибегнуть к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию. Противошоковое лечение нужно проводить в тех случаях, когда пульс слабый и частый, кожа бледная, холодная и, возможно, влажная, а дыхание частое, поверхностное и неровное. Шок может быть серьезной угрозой жизни и его предупреждение является одной из главных задач первой помощи (см. с. 26).

Пострадавшему нужно придать положение, при котором он будет меньше страдать от полученных травм. Обычно это положение лежа с

Неавторизованный фрагмент

опущенной головой, при котором обеспечивается усиленное кровоснабжение головного мозга.

Если пострадавший не дышит, следует незамедлительно начать искусственное дыхание (см. с. 17).

Нужно остановить сильное кровотечение.

В это время пострадавшего, если он находится в сознании, следует успокоить и сказать ему, что для его спасения делается все необходимое. Спросите у пострадавшего, где он чувствует боль.

Пострадавший должен находиться в положении лежа, и передвигать его можно только при абсолютной необходимости. Нужно оценить общее состояние пациента, учитывая симптомы, которые могут указывать на конкретную травму или болезнь.

Пострадавшего нельзя транспортировать при подозрении на повреждение шеи или позвоночника. Переломы следует иммобилизировать до транспортировки пострадавшего (см. с. 28). Не пытайтесь вправить перелом на месте происшествия.

Раны и большинство ожогов необходимо закрыть для предотвращения попадания инфекции. Лечение конкретных травм более подробно рассмотрено далее.

После того как приняты меры, направленные на спасение жизни пострадавшего, или решено, что в них нет необходимости, нужно провести более тщательное обследование. Пострадавшего нужно накрыть одеялом, чтобы он не замерз. При необходимости его следует защитить от перегрева, помня, что в тропиках открытая палуба, на которой может лежать пострадавший, обычно бывает очень горячей.

Пострадавшему нельзя давать алкоголь.

Необходимо всегда очень серьезно относиться к следующим состояниям:

- отсутствию сознания (с. 11);
- предполагаемому внутреннему кровотечению (с. 67);
- колотым ранам (с. 51);
- ранам в области суставов (см. Переломы, с. 28);
- возможным переломам (с. 28);
- травме глаза (с. 62).

Никогда не считайте пострадавшего мертвым, если вы и другие не уверены в том, что:

- у него не прощупывается пульс и не слышно сердцебиения при прикладывании уха к грудной клетке;
- нет дыхания;
- зрачки расширены и не реагируют на свет;
- постепенное остывание тела (кроме жаркого климата).

Ознакомительная версия

Пострадавшие, находящиеся без сознания

Причины потери сознания бывают различны, и зачастую их трудно установить (см. табл. 1). Лечение зависит от причины, однако при оказании первой помощи ее чаще всего установить невозможно, не говоря уже о том, чтобы провести соответствующее лечение.

Непосредственную угрозу жизни могут представлять закрытие дыхательных путей запавшим языком и остановка сердца.

Таблица 1. Диагностические признаки при потере сознания.

1	2	3	4	5	6	7
Признак	**Обморок**	**Сотрясение мозга**	**Сдавление мозга**	**Эпилепсия**	**Инсульт**	**Алког. интокс.**
Начало	обычно внезапное	внезапное	обычно постепенное	внезапное	Как правило, внезапное	Постепенное
Состояние психики	полная потеря сознания	потеря сознания, или спутанность	углубляющаяся потеря сознания	полная потеря сознания	полная или частичная потеря сознания	ступор, позднее потеря сознания
Пульс	слабый и частый	слабый и неровный	постепенно замедляется	частый	медленный и полный	полный и частый, позднее частый и слабый
Дыхание	быстрое и поверхностное	поверхностное и неровное	медленное и шумное	шумное, позднее глубокое и редкое	редкое и шумное	глубокое, редкое и шумное
Кожа	бледная, холодная и влажная	бледная и холодная	горячая и красная	синюшная, позднее бледная	горячая и красная	красная, позднее холодная и влажная.
Зрачки	одинаковые и широкие	одинаковые	одинаковые	одинаковые и широкие	одинаковые	широкие, позже возм. суже-

Неверенный вариант

1	2	3	4	5	6	7
						ние; глаза налиты кровью.
Параличи	отсутствуют	отсутствуют	имеются (рук или ног)	отсутствуют	имеются (рук, ног или лица, одной стороны тела)	отсутствуют
Судороги		отсутствуют	иногда бывают	имеются	иногда бывают	отсутствуют
Запах изо рта	-	-	-	-	-	алкоголь
Примечания	потере созн. иногда предшествуют головокружение и пошатывание.	часты признаки черепно-мозговой травмы; после восстановления сознания рвота.	часты признаки черепно-мозговой травмы; постепенное появл. симптомов.	больной часто прикусывает язык; может быть отхождение мочи, кала	обычно старшего возраста; глаза могут смотреть в одну сторону; возм. потеря речи	наличие запаха не доказывает, что причиной является опьянение.

1	8	9	10	11	12	13
	Барбитураты (снотворные)	**Уремическая кома**	**Солнечный и тепловой удар**	**Электрический шок**	**Диабетическая кома**	**Шок**
Начало	постепенное	постепенное	разное	внезапное	постепенное	постепенное
Состояние психики	ступор, углубляющаяся потеря сознания	сонливость, позднее потеря сознания	делирий или потеря сознания	потеря сознания	сонливость, позднее потеря сознания	оглушенность, позднее потеря сознания

Незавершенный вариант

1	8	9	10	11	12	13
Пульс	слабый и частый	полный	частый и слабый	частый и слабый	частый и слабый	частый и очень слабый
Дыхание	редкое, шумное и неровное	шумное и затрудненное	затрудненное	поверхностное, может отсутствовать	глубокое, вдох шумный	частое и поверхностное с редкими глубокими вдохами
Кожа	холодная и влажная	холодная и сухая	очень горячая и сухая	бледная, возм. ожоги	норм. позднее бледная	бледная, холодная и влажная
Зрачки	одинаковые, слегка сужены	одинаковые, сужены	одинаковые	может иметь место косоглазие	одинаковые	одинаковые, расширены
Параличи	отсутствуют	отсутствуют	отсутствуют	могут быть	отсутствуют	отсутствуют
Судороги	отсутствуют	иногда бывают	иногда бывают	иногда бывают	отсутствуют	отсутствуют
Запах изо рта	-	иногда запах мочи	-	-	запах ацетона	-
Примечания	постарайтесь найти таблетки	иногда бывает рвота	иногда бывает рвота	из-за спазма может сжимать провод или др.	начало с головной боли, беспокойство и тошнота.	рвота, дрожь, жажда, нарушение зрения, шум в ушах

Неавторизованный вариант

Дыхание

Прислушайтесь, дышит ли человек, потерявший сознание. Для освобождения дыхательных путей необходимо максимально запрокинуть голову (см. рис. 1).

Постарайтесь уловить движение воздуха, потому что при блокаде дыхательных путей грудная клетка и живот могут подниматься и опускаться, но воздух при этом в легкие не попадает. Лицо спасателя должно находиться в 2-3 см от носа и рта пострадавшего, с тем чтобы он мог щекой ощутить движение выдыхаемого воздуха (см. рис. 1). Если есть съемные зубные протезы, их необходимо удалить.



Рис. 1. Больной без сознания. Послушайте, дышит ли он.

Работа сердца

Далее постарайтесь на слух определить, работает ли сердце. Нащупайте пульс на запястье (см. с. 90) и шее (т.е. на сонной артерии, см. рис. 2). Быстро определите пульс на сонной артерии, поместив два пальца в углубление между трахеей и крупной мышцей, расположенной на боковой поверхности шеи. В норме пульс на сонной артерии сильный; если его не удается нащупать или он слабый, то можно говорить о нарушении кровообращения.

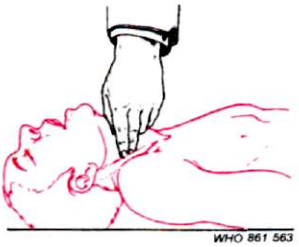


Рис. 2. Определение пульса на артерии.

Проверьте зрачки, чтобы определить, расширены они или сужены. Зрачки начинают расширяться через 45-60 с после остановки сердца. При поднятии верхнего века зрачки остаются расширенными и не реагируют на свет.

Дыхание и сокращения сердца необходимо определять как можно быстрее. Оказывающий помощь должен незамедлительно установить, имеет ли место одно из следующих состояний: у пострадавшего отсутствует дыхание и не сокращается сердце или пострадавший не дышит, но сердце продолжает работать.

Отсутствие дыхания и остановка сердца

Приступите к непрямому массажу сердца. Если кровообращение не будет восстановлено, пострадавший умрет через 4-6 мин.

- Положите пострадавшего на твердую поверхность.
- Сразу же начинайте непрямой массаж сердца (см. с. 18).
- Делайте искусственное дыхание (см. с. 17), так как при остановке сердца останавливается и дыхание.

Необходимую помощь может оказывать и один человек, попеременно делая массаж сердца и искусственное дыхание, но лучше, чтобы это делали два человека (см. с. 19).

Неавторизованный фрагмент

Дыхание отсутствует, но сердце не остановилось

- Откройте рот пострадавшего и освободите дыхательные пути.
- Сразу же начинайте искусственное дыхание (см. с. 17).

Если сердце работает и дыхание восстановилось, а пострадавший по-прежнему без сознания, придайте ему удобное положение (см. рис. 3). Дальнейшее лечение человека, находящегося без сознания, описано в главе 5 (с. 98).

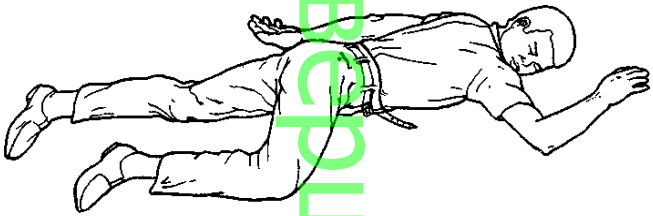


Рис. 3. Положение, которое необходимо придать больному без сознания:голову поверните набок, подушку под голову подкладывать нельзя. Рука и нога на той стороне, в которую повернута голова, должны быть слегка согнуты, на другой стороне рука и нога должны быть вытянуты. Расстегните одежду и пояс, удалите зубные протезы.

Искусственное дыхание и непрямой массаж сердца

Восстановление жизненно важных функций включает распознавания прекращения дыхания и остановки сердца и их восстановление: освобождение дыхательных путей, обеспечения дыхания и кровообращения. Головной мозг начинает погибать, если не получает кислород в течение 4 мин.

Восстановление жизненно важных функций не требует каких-либо инструментов или материалов и позволяет поддержать жизнь человека. В идеале между осознанием необходимости в восстановлении жизненно важных функций и его началом должно пройти всего несколько секунд. Любое нарушение или отсутствие дыхания или кровообращения необходимо выявлять незамедлительно.

Если нарушено или отсутствует только дыхание, следует освободить дыхательные пути или применить искусственное дыхание.

Если отсутствует и кровообращение, необходимо обеспечить искусственное кровообращение путем непрямого массажа сердца в сочетании с искусственным дыханием.

Если дыхание прекращается до того, как остановится сердце, в легких остается такое количество кислорода, которого достаточно для поддержания жизни в течение нескольких минут. Когда останавливается сердце, снабжение мозга кислородом прекращается сразу же.

Неправильный

Нужно как можно быстрее определить необходимость восстановления дыхания и кровообращения и начать осуществление соответствующих процедур.

Начав восстановление жизненно важных функций, не прерывайте его более чем на 5 с, несмотря ни на что, единственной причиной может быть необходимость перенести больного в другое место. В этом случае продолжительность перерыва не должна превышать 15 с.

Восстановление проходимости дыхательных путей – самый важный этап искусственного дыхания. Благодаря этой простой мере можно восстановить самопроизвольное дыхание. Положите больного лицом вверх на твердую поверхность. Положите одну руку ему под шею, а вторую - на лоб. Одной рукой приподнимите шею рукой, а другой откиньте голову назад (рис. 4). При этом шея вытягивается, а корень языка отходит от задней стенки глотки. Голову необходимо удерживать в этом положении в течение всего времени проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца. Если дыхательные пути по-прежнему непроходимы, необходимо очистить пальцами рот и глотку от инородных предметов.

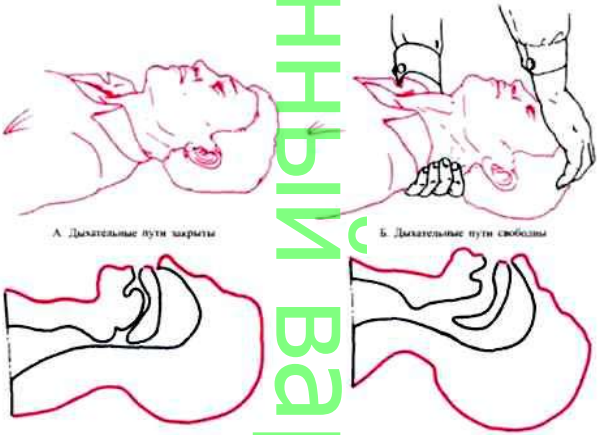


Рис. 4. Освобождение дыхательных путей.

После того как вы освободили дыхательные пути, может восстановиться самостоятельное дыхание. Чтобы определить, восстановилось ли дыхание, спасатель должен приблизить свое ухо на 2-3 см к носу и рту пациента. Если спасатель ощущает и слышит движение выдыхаемого воздуха и видит движения грудной клетки и живота больного, значит, дыхание восстановилось. Ощущение движения воздуха и улавливание его звуков – гораздо более важные признаки, чем движения грудной клетки и живота.

Неавторизованный вариант

При непроходимости дыхательных путей воздух может не попадать в легкие, несмотря на усиленное дыхание больного и движения грудной клетки и живота. Кроме того, у полностью одетого больного трудно различить дыхательные движения.

Дыхание

Если у больного не восстанавливается самостоятельное дыхание сразу после запрокидывания головы, необходимо немедленно приступить к проведению искусственного дыхания по методу "рот в рот", "рот в нос" или др. методом. Всегда должна быть обеспечена проходимость дыхательных путей.



Рис. 5. Искусственное дыхание по методу "рот в рот". Спасатель плотно охватывает своими губами рот больного и делает энергичное вдувание.

- Откиньте голову пациента как можно дальше назад, положив руку ему под шею.
- Положите другую руку на лоб пациента. Большим и указательным пальцами этой руки зажмите ноздри больного, чтобы предотвратить утечку воздуха через нос.
- Продолжайте оказывать давление на лоб пациента ладонью этой руки, чтобы удерживать голову в максимально откинутом назад положении.
- Сделайте глубокий вдох, после чего плотно обхватите своими губами рот больного (см. рис. 5).
- Сделайте четыре быстрых энергичных вдувания в дыхательные пути больного.
- Следите за движениями грудной клетки при вдувании воздуха.
- При правильном искусственном дыхании грудная клетка должна подниматься и опускаться. Отведите свою голову в сторону, чтобы у пострадавшего произошел пассивный выдох.
- Если вы находитесь в правильном положении, то можете почувствовать своей щекой движение выдыхаемого воздуха (см. рис. 6).
- Сделайте следующий глубокий вдох, плотно обхватите губами рот пострадавшего и вновь сделайте энергичное вдувание.

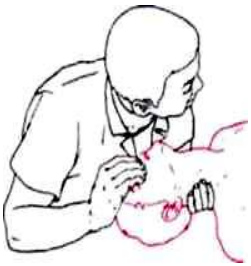


Рис. 6. Искусственное дыхание по методу "рот в рот". Спасатель делает вдох, в это время у больного происходит выдох.

Ознакомительный фрагмент

- Повторяйте эту процедуру 10-12 раз в минуту (каждые 5 с) при оказании помощи взрослым и детям старше четырех лет.
- Если движение воздуха отсутствует, а непроходимость дыхательных путей сохраняется, удалите пальцами инородные предметы изо рта и глотки пострадавшего и затем вновь начните делать искусственное дыхание. Наличие инородного тела следует заподозрить в том случае, если вам не удается раздуть легкие пострадавшего.

Искусственное дыхание "рот в нос"

Дыхание "рот в нос" следует применять в тех ситуациях, когда не удается открыть рот пострадавшего, или рот сильно поврежден и спасатель не может плотно охватить его губами (рис. 7).

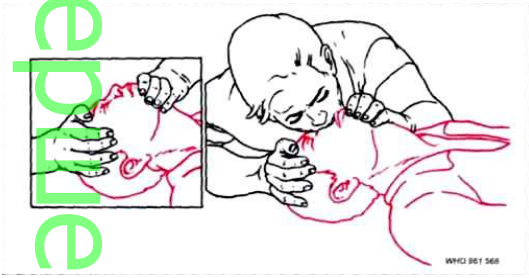


Рис. 7. Искусственное дыхание по методу "рот в нос".

- Сильно откиньте одной рукой голову пострадавшего назад. Другой рукой прижмите нижнюю челюсть пострадавшего к верхней, плотно закрыв тем самым его рот.
- Сделайте глубокий вдох, плотно обхватите губами нос пострадавшего и сделайте энергичное вдувание, следя за движением грудной клетки. Быстро повторите такое вдувание четыре раза.
- Отведите свою голову в сторону, дав пострадавшему возможность сделать пассивный выдох.
- Делайте 10-12 вдуваний в минуту.

Метод Сильвестра

При отравлении пострадавшего токсичными или едкими веществами, которые опасны и для спасателя, а также при тяжелых травмах лица, исключающих применение методов "рот в рот" и "рот в нос" можно прибегнуть к методу Сильвестра (рис. 8). Но он гораздо менее эффективен, и применять его следует только при невозможности использовать метод "рот в рот".

Непрямой массаж сердца

При попытках вернуть к жизни человека, у которого нет дыхания и остановилось сердце наряду с искусственным дыханием нужно проводить непрямой (закрытый) массаж сердца. Это позволяет на некоторое время поддерживать кровообращение, пока сердце не начнет работать.

Неавторизованный фрагмент

Сжатие грудины недостаточно для обогащения крови кислородом. Поэтому наряду с непрямым массажем сердца всегда необходимо проводить искусственное дыхание.

Для эффективного непрямого массажа сердца нижний конец грудины пострадавшего должен смещаться на 4-5 см (у взрослых). Пострадавший должен лежать на твердой поверхности. Если он находится в постели, ему под спину следует положить плоский твердый предмет, например доску. Но нельзя откладывать массаж сердца в поисках такого предмета.

Встаньте на колени сбоку от пострадавшего и положите ладонь одной руки на нижнюю половину грудины. Не следует класть руку на мечевидный отросток грудины, который находится над верхней частью живота. Надавливание на мечевидный отросток может привести к разрыву печени и вызвать внутреннее кровотечение.

- Нащупайте конец грудины и поместите ладонь примерно на 4 см ближе к голове пострадавшего (см. рис. 9). Ваши пальцы не должны давить на ребра пострадавшего, чтобы не сломать их.
- Положите вторую руку на тыльную сторону ладони первой руки. Наклонитесь вперед так, чтобы ваши плечи находились почти под грудной клеткой пострадавшего.
- Выпрямите руки и надавите на грудину так, чтобы ее нижний конец сместился в направлении к позвоночнику на 4-5 см.
- При оказании помощи взрослому делайте примерно 60 надавливаний на грудину в минуту (если искусственное дыхание выполняет второй спасатель).

Этого обычно достаточно для поддержания кровообращения и для наполнения сердца венозной кровью. Массаж должен быть равномерным, плавным и непрерывным, продолжительность нажатий и расслаблений должна быть одинаковой. **Массаж сердца нельзя прерывать более чем на 5 с**. Желательно, чтобы помощь оказывали два спасателя, так как искусственное кровообращение должно сочетаться с искусственным дыханием (см. рис. 10). В идеале на одно вдувание воздуха должно прихо-

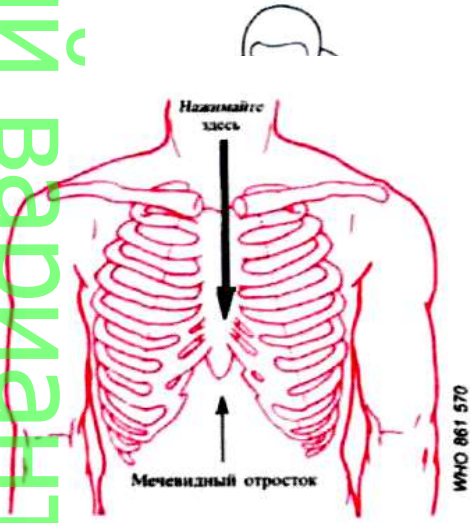


Рис. 8. Точка надавливания на грудину

Неавторизованный вариант

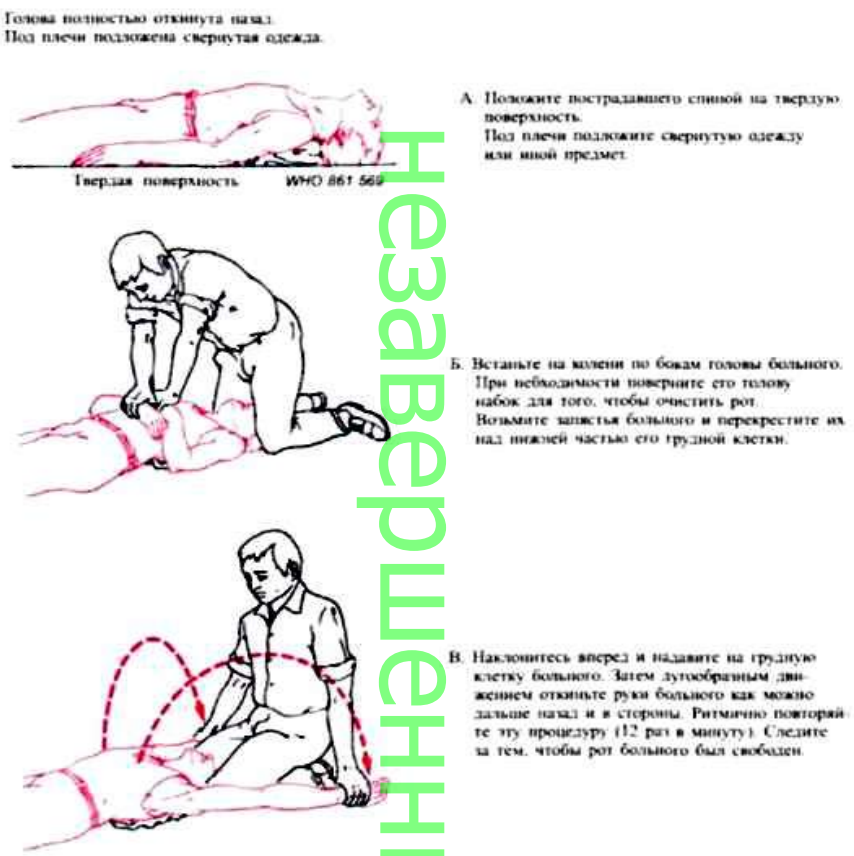


Рис. 10. Искусственное дыхание по методу Сильвестра.

диться пять нажатий на грудину. При оказании помощи двумя спасателями частота нажатий на грудину должна составлять 60 раз в минуту. Один спасатель делает непрямой массаж сердца, а второй удерживает голову пострадавшего в откинутом назад положении и делает искусственное дыхание.

Вдувание воздуха необходимо делать, не прерывая массажа сердца, так как любая пауза приводит к прекращению кровообращения и падению кровяного давления до нуля.

Если помощь пострадавшему оказывает один спасатель, на 2 вдувания воздуха должно приходиться примерно 15 нажатий на грудину (см. рис. 11). После каждых 15

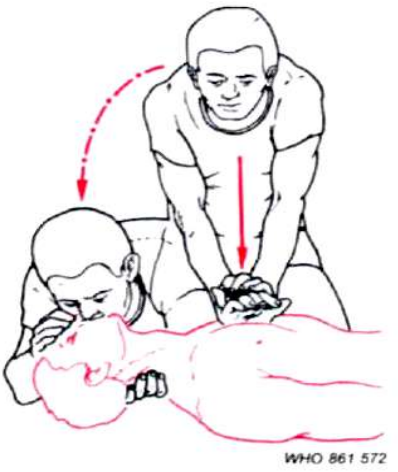


Рис. 11. Непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, выполняемые одним спасателем.

Незавершенный вариант

нажатий на грудину нужно делать два очень быстрых вдувания воздуха, не ожидая полного выдоха. Для того чтобы обеспечить 50-60 нажатий на грудину в минуту, один спасатель должен проводить массаж сердца с частотой около 80 в минуту, поскольку ему приходится прерывать массаж и вдувать воздух в легкие.

Проверка эффективности массажа сердца: зрачки и пульс

Реакция зрачков на свет (сужение) говорит о том, что мозг получает достаточное количество кислорода. Широкие, не реагирующие на свет зрачки говорят о том, что вскоре наступит или уже произошло тяжелое поражение мозга. Расширенные, но реагирующие на свет зрачки – менее грозный признак.

Пульс на сонной артерии рис. 2) следует прощупывать через минуту после начала массажа сердца и искусственного дыхания и затем каждые 5 мин. Наличие пульса будет свидетельствовать об эффективности массажа сердца или о восстановлении самостоятельного эффективного сокращения сердца.

К другим признакам эффективности массажа сердца и искусственного дыхания относятся:

- расширение грудной клетки при каждом вдувании воздуха;
- наличие пульса при каждом нажатии на грудину;
- восстановление нормального цвета кожи;
- восстановление спонтанного дыхания;
- восстановление самостоятельного сокращения сердца.

КРАТКОЕ ОБОБЩЕНИЕ

Действуйте без промедления. Положите пострадавшего спиной на твердую поверхность.

Освобождение дыхательных путей. Если пострадавший без сознания, освободите его дыхательные пути; далее постоянно поддерживайте их проходимость.

Приподнимите шею. Откиньте голову назад. Очистите рот пальцами.

Дыхание. Если больной не дышит, начинайте искусственное дыхание по методу "рот в рот" или "рот в нос".

- Перед началом искусственного дыхания проверьте пульс на сонной артерии. Его следует вновь проверить через минуту после начала искусственного дыхания и далее через каждые 5 мин.
- Вначале сделайте четыре быстрых вдувания воздуха и далее делайте 12 вдуваний в минуту.
- Грудная клетка должна подниматься и опускаться. Если этого не происходит, убедитесь в том, что голова пострадавшего максимально откинута назад.

Ознакомительный фрагмент

- При необходимости очистите дыхательные пути пальцами.

Кровообращение. Если пульса нет, начинайте массаж сердца. Лучше, если помощь оказывают два спасателя. Не теряйте времени! Помощь может оказывать и один спасатель.

- Определите точку сжатия грудной клетки (верхняя половина грудины).
- Нажимайте так, чтобы грудина смещалась на 4-5 см с частотой 60-80 раз в минуту.
- При оказании помощи одним спасателем – 15 нажатий на грудину и два быстрых вдувания воздуха.
- При оказании помощи двумя спасателями – на каждые пять нажатий одно вдувание.

Во время массажа сердца необходимо проверять зрачки. Сужение их на свету свидетельствует о том, что головной мозг получает достаточное количество крови и кислорода.

Прекращение массажа сердца

Наблюдаемые в течение 15-30 мин глубокая потеря сознания, отсутствие самостоятельного дыхания и широкие, не реагирующие на свет зрачки свидетельствуют о гибели мозга пострадавшего, и дальнейшие попытки восстановить кровообращение и дыхание обычно ничего не дают. Искусственное дыхание и массаж сердца следует проводить до тех пор, пока:

- у пострадавшего восстановится работа сердца и дыхание; или
- пострадавший будет передан врачу или другому работнику здравоохранения; или
- спасатель будет вынужден прекратить оказание помощи из-за усталости.

Сильное кровотечение

В теле человека находится около 5 л крови. Здоровый взрослый без вреда для себя может потерять до 500 мл крови, однако потеря большего количества крови может представлять угрозу жизни.

Кровотечение из крупных сосудов рук, шеи и бедра может быть таким стремительным и сильным, что пострадавший погибает в течение нескольких минут. Кровотечение необходимо немедленно остановить. Кровотечение бывает наружным и внутренним, когда вследствие травмы кровь изливается в ткани или в полости тела.

К признакам большой кровопотери относятся слабость или обморок, головокружение, бледная, влажная и холодная кожа; тошнота; жажда; частый, слабый, неровный пульс; одышка; расширение зрачков; шум в ушах; беспокойство; чувство страха. Пострадавший может поте-

Изд. Вершина

рять сознание и перестать дышать. После остановки кровотечения пострадавшего следует уложить так, чтобы голова была опущена, а ноги приподняты, успокоить и приступить к проведению противошоковых мероприятий (см. с. 26). **При подозрении на повреждение внутренних органов пострадавшему нельзя давать пить.**

Остановка кровотечения

Кровотечение можно остановить посредством наложения на рану давящей повязки, поднятия пораженной конечности и прижатия сосудов в определенных точках. Жгут можно накладывать только если все остальные способы не привели к остановке сильного кровотечения.



Рис. 12: Прямое сдавливание раны.

Прямое сдавливание

Самым простым способом остановки сильного кровотечения является наложение на рану салфетки и непосредственное сжатие рукой кровоточащего участка (рис. 12). В идеале следует накладывать стерильную салфетку; если ее нет, используйте чистую ткань.

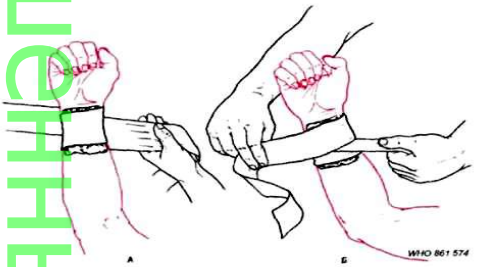


Рис. 13: Наложение давящей повязки.

В крайнем случае рану можно сжать просто рукой. Когда салфетка пропитается кровью, на нее следует наложить новую и плотно прижать ее рукой. Первую салфетку удалять нельзя, это нарушит процесс свертывания крови.

Салфетку можно зафиксировать, с тем чтобы она не смещалась (см. рис. 13).

При наложении давящей повязки не прерывайте кровообращение. Ниже повязки должен прощупываться пульс. Правильно наложенную повязку не следует менять по меньшей мере в течение 24 ч. Если бинты не пропитываются кровью, а в участках, расположенных ниже давящей повязки, кровообращение не нарушено, то повязку можно не менять несколько дней. При кровотечении из раны на конечности или на голове необходимо наложить на рану давящую повязку и придать пораженному участку возвышенное положение.

Неавторизованный вариант

Не для продажи

Точки прижатия артерий

В тех случаях, когда сильное кровотечение не удается остановить посредством прямого сдавления и придания пораженному участку возвышенного положения, необходимо прижать артерию, которая снабжает кровью кровоточащий участок. Поскольку при этом нарушается кровообращение на всем протяжении ниже точки прижатия, этот способ следует применять только до тех пор, пока не ослабеет сильное кровотечение. Есть множество точек, в которых артерии можно прижать пальцами и тем самым остановить кровотечение (см. рис. 14). Наибольший эффект дает прижатие плечевой артерии на руке и бедренной артерии в паху.

Точка прижатия плечевой артерии находится на внутренней поверхности плеча между крупными мышцами посредине между локтевым суставом и подмышечной ямкой. Для прижатия плечевой артерии ладонь следует расположить так, чтобы большой палец находился на наружной поверхности плеча, а остальные пальцы - на его внутренней поверхности. Прижатие осуществляют, двигая пальцы навстречу друг другу. Точка прижатия бедренной артерии находится на передней поверхности верхней части ноги посредине паховой складки. Перед прижатием бедренной артерии пострадавшего следует уложить на спину. Эту артерию следует прижимать наложенными друг на друга большими пальцами.

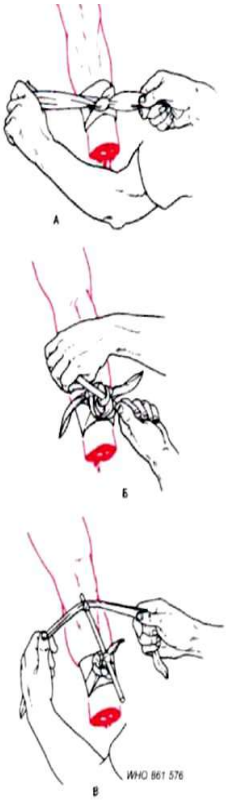


Рис. 14: Наложение и закрепление жгута.

Жгут

Жгут для остановки кровотечения следует накладывать только тогда, когда все остальные способы не дали результата. В отличие от прижатия рукой жгут прерывает все кровообращение ниже места наложения. Ткани, лишенные крови и кислорода, могут омертветь, а это может потребовать ампутации конечности. Периодическое ослабление жгута приводит к возобновлению кровотечения и связано с риском возникновения шока. Слишком тугой или слишком узкий жгут может вызвать повреждение мышц, нервов и кровеносных сосудов; недостаточно тугой жгут может стать причиной усиления кровотечения. Иногда о наложенном жгуте забывают. **Если для спасения жизни пострадавшего наложен жгут, необходимо немедленно запросить помощь**. **Ни-**

когда не закрывайте жгут одеждой, повязкой или иным способом. Никогда не ослабляйте жгут без разрешения врача.

Импровизированный жгут можно сделать из широкой полосы ткани, сложенных треугольником косынки, бинта и т. п.

На рис. 15 показано, как накладывать жгут и закреплять его с помощью деревянной палочки. Когда пострадавшего эвакуируют в больницу,

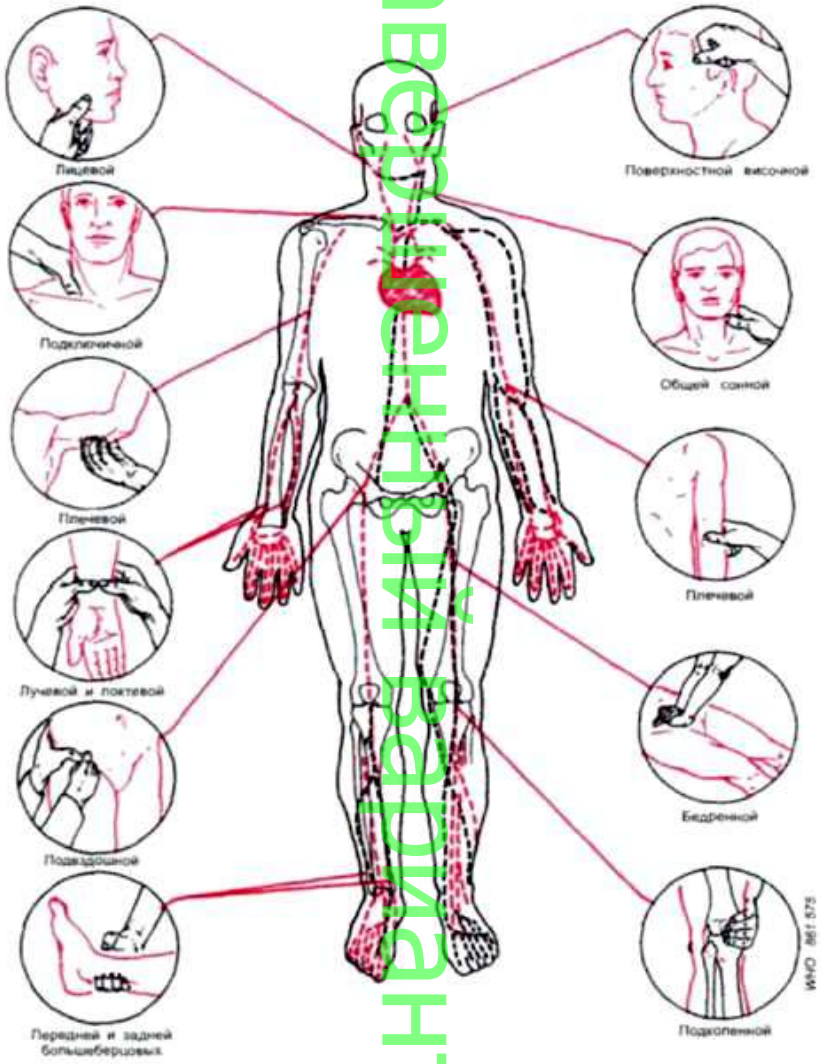


Рис. 15: Точки прижатия артерий.

Распространяется свободно

к его одежде или к самому жгуту следует прикрепить листок бумаги с указанием времени наложения жгута.

Шок

Сопутствующий травме шок является результатом нарушения жизненно важных функций различных органов.

Шок обычно сопутствует тяжелым поражениям, таким, как обширные ожоги, большие размозженные раны, переломы крупных костей, а также другие обширные или крайне болезненные травмы. Шок возникает при большой кровопотере, аллергических реакциях, отравлении, алкогольной интоксикации, а также при разрыве язвы желудка. Он может быть связан со многими тяжелыми болезнями, такими, как инфекции, инсульты и сердечные приступы.

У некоторых лиц эмоциональная реакция на самую незначительную травму и даже просто на вид крови настолько сильна, что они могут упасть в обморок. Такую реакцию можно считать легкой формой шока, которая быстро проходит без всякого лечения.

Тяжелый шок представляет серьезную угрозу жизни.

К признакам шока относятся:

- Бледность. Кожа бледная, холодная на ощупь и нередко влажная. Позже она приобретает землистый цвет. У пострадавшего с темной кожей следует обращать внимание на цвет слизистых оболочек и ногтевых лож.
- Частое и поверхностное дыхание. Иногда дыхание бывает неровным и глубоким.
- Жажда, тошнота и рвота. Эти признаки часто наблюдаются при шоке, сопутствующем кровотечению.
- Слабый и частый пульс. Частота пульса превышает 100.
- Беспокойство, возбуждение и страх.

Эти признаки позднее сменяются психической заторможенностью, а при тяжелом шоке может наступить потеря сознания. В этой поздней стадии зрачки расширены, что делает взгляд пострадавшего пустым и безжизненным.

Даже при отсутствии таких симптомов лицам с тяжелыми травмами необходимо проводить противошоковое лечение, с тем чтобы предотвратить возможное возникновение шока. Лечение:

- Устраните причины шока. Для этого нужно остановить кровотечение, восстановить дыхание и снять сильную боль.
- Уложите пострадавшего. Пострадавшему нужно придать горизонтальное положение. Ноги следует поднять примерно на 30 см, чтобы увеличить прилив крови к сердцу и голове. Ноги нельзя при-

Незавершенный фрагмент

поднимать при травме головы, таза, позвоночника и грудной клетки, а также при затрудненном дыхании.

- Согрейте пострадавшего, но не перегрейте его. Перегрев вызывает прилив крови к коже, вследствие чего ухудшается кровоснабжение жизненно важных органов.
- Дайте обезболивающее. Если давление крови низкое, не применяйте средства, которые могут вызвать падение давления.
- Пострадавшему нельзя давать пить, если он без сознания, испытывает сильное головокружение, если у него наблюдаются судороги, и в том случае, когда ему предстоит хирургическая операция. Жидкости нельзя давать также при колотых и размозженных ранах живота и травме головного мозга. В остальных случаях давайте больному пить раствор солей для регидратации (по полстакана через 15 мин). **Нельзя давать алкоголь**.

Возгорание одежды

Лучший способ тушения – порошковый огнетушитель. Если его нет, сбейте пламя, завернув человека в любую подходящую ткань, или облейте его водой. Убедитесь в том, что тлеющая одежда погашена.

Порошок, распыляемый из огнетушителя, либо вообще не раздражает глаза, либо вызывает легкое раздражение. Большинство людей плотно закрывают глаза, когда на них попадает порошок. Когда пламя будет погашено, параллельно с охлаждением обожженных участков тела необходимо промыть глаза от порошка.

Термические ожоги

Все обожженные участки тела необходимо как можно быстрее охладить проточной холодной водой (морской или пресной), поливая их в течение по меньшей мере 10 мин либо погрузив обожженный участок тела в бак с холодной водой. Постарайтесь осторожно удалить одежду с обожженных участков тела, но не отрывайте ее, если она прилипла к коже. После этого накройте обожженные участки сухой неворсистой тканью и осторожно прибинтуйте ее. Более полные рекомендации, касающиеся лечения ожогов, даны в разделе "Ожоги" (с. 68).

Электротравмы

При поражении током возможны паралич дыхательного центра, потеря сознания и мгновенная смерть.

Приближаясь к человеку, пораженному электрическим током, будьте осторожны, чтобы не стать очередной жертвой. Если возможно, отключите ток. Если такой возможности нет, прежде чем прикасаться к

Неразрешенный

пострадавшему, наденьте резиновые перчатки, резиновые сапоги или станьте на резиновый коврик.

Провода можно отодвинуть от пострадавшего деревянной палкой, стулом или иным не проводящим электричества предметом.

После этого сразу же проверьте, есть ли у пострадавшего дыхание и сокращения сердца. Если пострадавший не дышит, приступайте к искусственному дыханию (см. с. 17). При остановке сердца делайте непрямой массаж (см. с. 18).

Если пострадавший дышит, охладите обожженные участки тела холодной водой и закройте их чистой сухой неворсистой тканью.

Электрические ожоги следует лечить так же, как и термические (см. с. 68). Лечение должно включать применение обезболивающих средств, профилактику и устранение шока, борьбу с инфекцией.

Химические ожоги

Удалите загрязненную одежду. Облейте пострадавшего большим количеством воды, чтобы смыть с глаз и кожи вещество, вызвавшее поражение. В первую очередь необходимо промыть глаза, поскольку они особенно чувствительны. Если поражен только один глаз, наклоните голову в сторону этого глаза, чтобы предотвратить затекание химического вещества в здоровый глаз.

Дополнительные сведения о лечении химических поражений приведены в разделах "Воздействие на глаза" и "Воздействие на кожу" в главе 2 (с. 79).

Переломы

Перелом – нарушение целостности кости. При переломе могут образовываться отломки. Если кожа над участком перелома не повреждена, то последний называют закрытым. При повреждении кожи говорят об открытом переломе (рис. 16).

Неосторожное обращение с пострадавшим может превратить простой перелом в открытый вследствие разрыва кожи острыми концами костных отломков. При открытых переломах, сопровождающихся сильным кровотечением, часто возникает шок (см. с. 26), как правило, это происходит при переломе крупных костей.

Перелом весьма вероятен, если:

- По конечности или другой части тела пришелся сильный удар или же к ним была приложена иная сила.

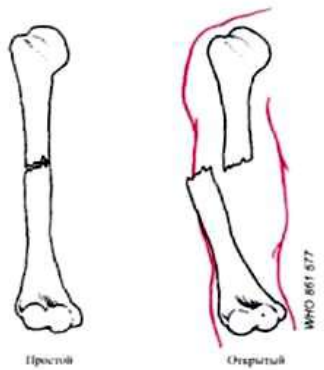


Рис. 16: Типы переломов.

Неавторизованный документ

- Пострадавший или другие люди слышали звук ломающейся кости.
- Пострадавший чувствует сильную боль, особенно при надавливании и движении.
- Имеется смещение. Сравните пострадавшую конечность или часть тела со здоровой, чтобы определить, есть ли в участке поражения отек, искривлен ли он или укорочен.
- При открытом переломе в ране иногда видны неровные концы сломанной кости. При закрытом переломе их в ряде случаев можно прощупать под кожей.
- Утрачена функция. Пострадавший не может или не хочет пользоваться пораженной частью тела из-за того, что малейшее движение причиняет ему сильную боль. Сильная боль может возникать и при попытке, даже самой осторожной, помочь пострадавшему совершить движение пораженной конечностью. Боль может вызвать гримасу, поэтому наблюдайте за выражением лица пострадавшего. Иногда, если концы сломанной кости вколочены друг в друга, пострадавший может пользоваться пораженной конечностью, но и при этом он испытывает сильную боль.
- Имеется необычная подвижность и трение костных отломков. Не следует специально искать эти симптомы. Пострадавший может хромать на пораженную ногу, при ощупывании конечности может ощущаться хруст. Необычная подвижность и хруст – верные признаки перелома.
- Имеется отек. Пораженный участок может быть отечным и синюшным вследствие внутреннего кровотечения. Отек почти всегда возникает сразу же после перелома, цвет кожи изменяется позже.

Общее лечение

В случае открытого или тяжелого перелома (череп, бедренная кость, таз, позвоночник) пострадавшего необходимо срочно эвакуировать. При отсутствии непосредственной опасности возникновения дополнительной травмы пострадавшего не следует эвакуировать с места происшествия до тех пор, пока не будет остановлено кровотечение и все переломы не будут иммобилизованы путем наложения шин.

Дайте пострадавшему обезболивающее. С пораженной конечностью нужно обращаться очень осторожно, чтобы не усилить боль.

Кровотечение

Кровотечение из открытых переломов следует останавливать обычным способом - прижатием кровоточащего участка и наложением повязки. Кровотечение происходит не из концов сломанной кости, а из поврежденных мягких тканей. Со сломанной конечностью нужно обращаться очень осторожно, но при сильном кровотечении ей всегда

Неправильный перевод

необходимо придавать возвышенное положение. Пострадавший может умереть именно от потери крови, а не от перелома как такового. Покой очень важен для предотвращения дальнейшего кровотечения, дополнительного повреждения мягких тканей и облегчения боли.

После остановки или ослабления кровотечения следует приступить к обработке раны. Кожу вокруг перелома нужно осторожно вымыть с мылом и затем продезинфицировать 1 % раствором хлоргексидина. Необходимо следить за тем, чтобы вода и мыло не попадали в рану.

Саму рану обмывать нельзя. Ее следует закрыть стерильной салфеткой. С помощью стерильного пинцета из раны нужно удалить частицы земли, кусочки одежды, дерева и т. п. Сгустки крови трогать нельзя, так как это может усилить кровотечение. Рану зашивать нельзя. Повязку можно не менять в течение 4-5 дней (при отсутствии раневой инфекции).

Иммобилизация

Иммобилизуйте конечность в том положении, в котором она находится, если это удобно для пострадавшего. При необходимости переместить поврежденную конечность для улучшения кровообращения или по иным причинам сначала постарайтесь осторожно вытянуть ее.

В случае перелома длинной кости руки или ноги ее необходимо осторожно вытянуть. Вытяжение следует проводить, прикладывая усилие к кисти или стопе (рис. 17).

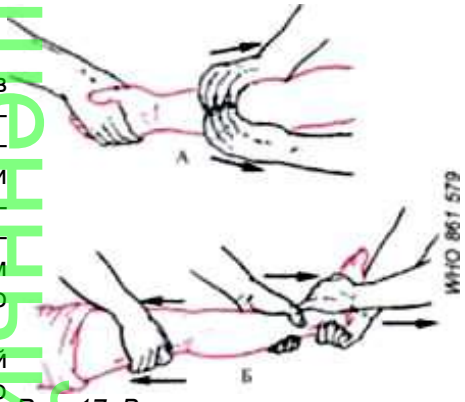


Рис. 17: Вытягивание при переломах костей конечностей.

При открытых переломах суставов, таких, как локтевой или коленный, никаких манипуляций с пораженной конечностью проводить нельзя. Ей следует осторожно придать положение, удобное для наложения шины. При этом колено должно быть выпрямлено, а локоть согнут под прямым углом.

Кровообращение

Периодически проверяйте кровообращение в пораженной конечности путем нажатия на ноготь пальца. Если кровообращение не нарушено, то при нажатии ноготь белеет, а затем снова приобретает нормальный розовый цвет. К числу опасных признаков относятся:

- синюшный или бледный цвет пальцев кисти и стопы;
- холодные на ощупь участки конечности ниже места перелома;

Неразрешенный Репозиторий

- утрата чувствительности ниже места перелома (для проверки чувствительности нужно слегка прикоснуться к пальцам кисти или стопы пострадавшего и спросить его, чувствует ли он прикосновение);
- отсутствие пульса.

При возникновении сомнения относительно кровообращения сразу же ослабьте все тугие повязки и выпрямите конечность, не забывая вытягивать ее. Вновь проверьте состояние кровообращения. Если конечность не приобрела нормальный розовый цвет и не стала теплой, а пульс по-прежнему отсутствует, то для предотвращения ампутации пострадавший нуждается в экстренной медицинской помощи.

Помните, что переломы могут вызвать сильное внутреннее кровотечение. Проверьте состояние пострадавшего и примите соответствующие меры (см. разделы "Внутреннее кровотечение", с. 67 и "Сильное кровотечение", с. 22).

Переломы конкретных костей

Череп

Перелом костей черепа может быть вызван падением с высоты, ударом, сдавлением или проникающей травмой, например пулевым ранением. Пострадавший может быть в сознании, без сознания, чувствовать головокружение, головную боль или тошноту. Может наблюдаться кровотечение из носа, ушей и рта, паралич или шок.

Пострадавшему с травмой головы нужно оказать экстренную помощь, чтобы предотвратить дополнительное поражение головного мозга. Его нужно уложить. При покраснении лица следует слегка приподнять голову и плечи. Если больной бледен, голова должна находиться на одном уровне с туловищем или быть несколько опущена. Кровотечение можно остановить прямым прижатием височной или сонной артерий. Переносить пострадавшего нужно очень осторожно, зафиксировав голову с каждой стороны мешочками с песком.

Верхняя челюсть

При любых травмах лица в первую очередь необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей. При наличии ран следует остановить кровотечение. Не удаляйте шатающиеся зубы без консультации с врачом. Это придется сделать, если есть опас-

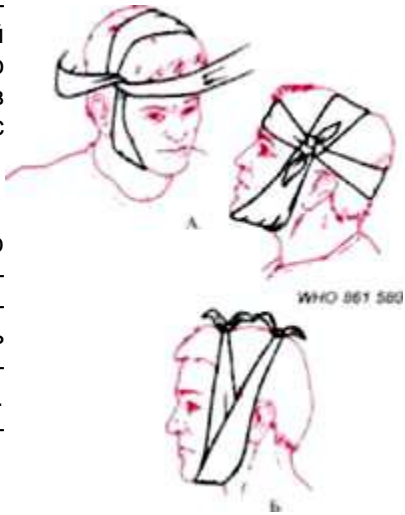


Рис. 18: Повязки при переломах нижней челюсти.

ность, что пострадавший может проглотить их или что они могут закупорить дыхательные пути.

Нижняя челюсть

Перелом нижней челюсти может проявляться ее деформацией, выпадением зубов, кровотечением из десен и затруднением глотания.

При переломе нижней челюсти могут возникнуть трудности с дыханием. Если дыхание действительно затруднено, челюсть и язык следует выдвинуть вперед и зафиксировать в этом положении. Особые трудности возникают при двустороннем переломе нижней челюсти. В этом случае нижняя челюсть и язык могут сместиться назад и закрыть дыхательные пути. Согните крючком палец свой или пострадавшего - заведите его за передние нижние зубы и тяните нижнюю челюсть и вместе с ней язык вперед. Затем, если есть возможность, усадите пострадавшего так, чтобы его голова была вытянута вперед.

Стискивание зубов также может предотвратить дальнейшее соскальзывание нижней челюсти назад. Если пострадавший не может сидеть из-за других травм, его следует уложить. С ним должен постоянно находиться кто-нибудь из членов команды, этот человек должен вытягивать вперед нижнюю челюсть пострадавшего и внимательно наблюдать за его состоянием, чтобы вовремя заметить признаки закупорки дыхательных путей. Обычно при переломах нижней челюсти особых проблем не возникает, так как пострадавший сидит стиснув зубы, часто отказываясь говорить из-за боли.

Применение холодных компрессов может уменьшить отек и боль. Нижнюю челюсть пострадавшего необходимо иммобилизовать не только путем стискивания зубов, но и с помощью специальных повязок (рис. 18). Если пострадавший находится без сознания, или у него течет кровь изо рта, или есть опасность рвоты, при нем все время должен быть сопровождающий для того, чтобы при необходимости ослабить повязку. Давайте пострадавшему обезболивающее.

Ключица, лопатка и плечевая кость

Переломы этих костей часто бывают результатом падения на вытянутую руку или плечо. Поместите в подмышечную ямку мягкий валик размером примерно с кулак. Затем прибинтуйте руку к туловищу. Это удобно делать с помощью треугольной косынки (рис. 19). Усадите пострадавшего, в этом положении ему будет удобнее.

Неварианты

Плечевая кость и локтевой сустав

Рядом с плечевой костью проходят нервы и кровеносные сосуды, поэтому ее переломы могут сопровождаться параличами и кровотечениями. В зоне перелома больной чувствует сильную боль, может наблюдаться деформация. Пострадавший не может поднять руку и согнуть ее в локте.

Руку следует подвесить на косынку и привязать ее к туловищу широкой косыночной повязкой (рис. 19). Можно использовать также обернутую мягким материалом шину, которую фиксируют к наружной поверхности плеча (рис. 20). Если руку трудно согнуть в локте, от таких попыток следует отказаться.

В таком случае применяют длинные обернутые мягким материалом шины, одну из которых накладывают с наружной, а другую — с внутренней поверхности плеча. При любом подозрении на перелом локтевого сустава его необходимо иммобилизовать шиной (рис. 21).

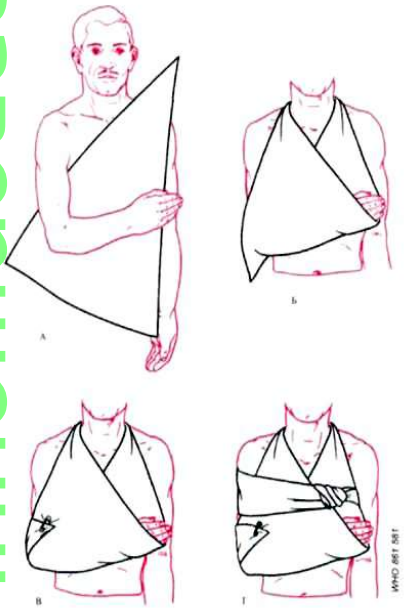


Рис. 19: Применение косыночной повязки.

Незавершенный вариант

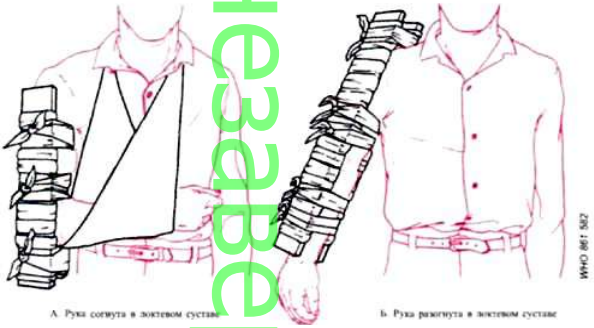


Рис. 20: Наложение шин при переломах плечевой кости.

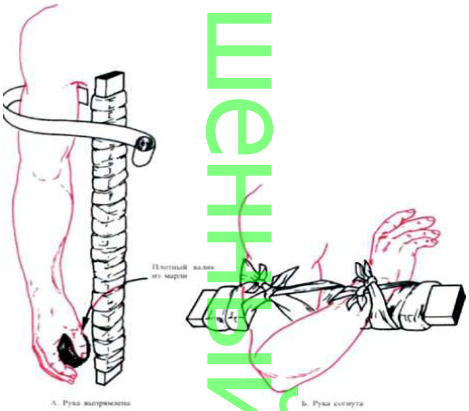


Рис. 21: Применение шин при вывихах и переломах локтевого сустава.

Предплечье (лучевая и локтевая кости)

Скелет предплечья состоит из двух крупных костей. При переломе только одной из них другая действует как шина, и поэтому деформация может быть незначительной или ее вообще может не быть. Однако в случае перелома неподалеку от запястья деформация бывает резко выраженной. При переломе обеих костей деформация обычно ярко выражена.

Перелом необходимо осторожно выпрямить, вытягивая руку за кисть. Предплечье следует фиксировать двумя обернутыми мягким материалом шинами, одну из которых накладывают с наружной, а другую с внутренней стороны (рис. 22). Шины должны быть достаточно длинными, чтобы выступать за локтевой сустав и доходить до середины кисти. Предплечье нужно подвесить на косынку так, чтобы кисть была

Незавершенный вариант.

примерно на 10 см выше локтя. При необходимости можно использовать как шину, например, журнал.

Запястье и кисть

Перелом костей запястья чаще всего возникает при падении на вытянутую руку. Обычно наблюдаются бугристая деформация тыльной стороны запястья, боль, болезненность при нажатии и отек.

При переломе запястья нельзя делать каких-либо манипуляций и вытяжения. В целом помощь должна быть такой же, как в случае перелома костей предплечья.

Перелом костей кисти возникает вследствие удара или сдавления. Имеют место боль, отек, потеря подвижности, иногда открытые раны, в которых видны сломанные кости. Руку необходимо иммобилизовать обернутой в мягкий материал шиной, которая должна начинаться от середины предплечья и выступать за кончики пальцев.



Рис. 22: Наложение шины при переломах костей кисти.

Под пальцы нужно поместить скрученный из марли плотный валик с тем, чтобы придать кисти чашевидную форму. Для фиксации предплечья к шине можно использовать марлевый или эластичный бинт (рис. 23). Предплечье и кисть необходимо подвесить на косынку.

Для сохранения функции кисти необходимо срочно провести дальнейшее лечение.

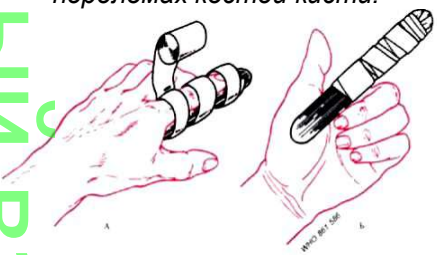


Рис. 23: Наложение шины при вывихе или переломе пальца.

Пальцы

Нужно иммобилизовать только сломанный палец, подвижность остальных пальцев должна быть сохранена. Этот палец необходимо выпрямить, удерживая одной рукой запястье, а другой вытягивая его за кончик. Для иммобилизации на сломанный палец накладывают шину (рис. 24). Пострадавшего должен как можно быстрее осмотреть врач.

Позвоночник

Перелом позвоночника – очень тяжелая травма. при подозрении на перелом позвоночника попросите пострадавшего лежать не

Неавторизованный вариант

шевелясь и не позволяйте другим двигать его, пока его не положат на плоскую твердую поверхность.

Любое неосторожное движение пострадавшего с переломом позвоночника может вызвать повреждение или разрыв спинного мозга, следствием которого является стойкий паралич, потеря чувствительности в ногах, а также пожизненное недержание мочи и кала.

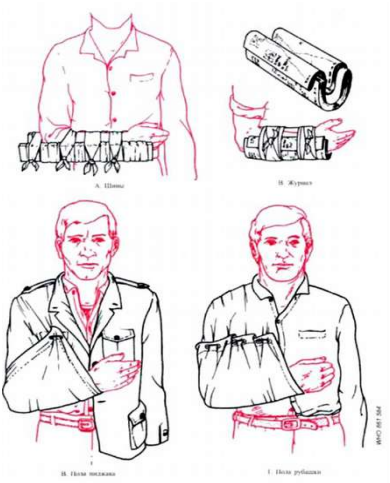


Рис. 24: Иммобилизация при переломах костей предплечья.

Самой частой причиной перелома позвоночника у моряков является падение с высоты. Всегда имейте в виду возможность перелома позвоночника, если пострадавший упал с высоты более двух метров. Спросите его, чувствует ли он боль в спине. Большинство пострадавших с переломом позвоночника чувствуют боль, однако иногда боль отсутствует. Выясните все обстоятельства травмы и в случае сомнения обращайтесь с пострадавшим так, как если бы у него был перелом позвоночника. Прежде всего попросите его пошевелить пальцами ноги, чтобы проверить, если ли у него паралич; выясните также, чувствует ли он ваше прикосновение к пальцам ног.

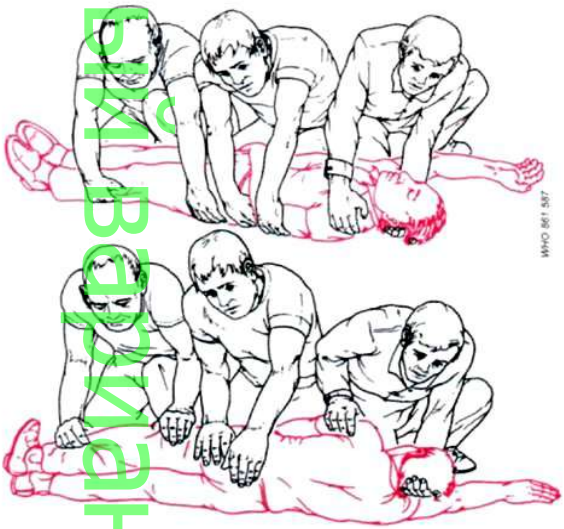


Рис. 25: Поворачивание пострадавшего на бок.

Пострадавший с переломом позвоночника должен лежать неподвижно и прямо. Его тело ни в коем случае нельзя сгибать, поднимая его под колени и под мышки. Пострадавшего, однако, можно без вреда для него повернуть (см.

Незаверенный вариант

рис. 25) на левый или правый бок, поскольку при осторожном повороте движения позвоночника очень малы.

Цель первой помощи – уложить пострадавшего на плоскую твердую поверхность и тем самым обезопасить его до тех пор, пока не будут сделаны рентгеновские снимки.

Как только у вас возникло подозрение на перелом позвоночника, попросите пострадавшего лежать не шевелясь. Попытка волочить пострадавшего и иное неосторожное перемещение его может вызвать стойкий паралич.

Свяжите вместе стопы и лодыжки пострадавшего и попросите его лежать неподвижно и прямо. Для того чтобы выпрямить его тело, нужно делать вытяжение за голову и стопы. Не сгибайте его. Прямо на спине пострадавший может лежать столько, сколько это необходимо. Поэтому не торопитесь переносить его. Приготовьте жесткие носилки. Брезентовые носилки можно использовать только в том случае, если они укреплены поперечными деревянными прокладками, обеспечивающими жесткую опору для спины.

Для иммобилизации пострадавшего можно использовать широкую деревянную доску, как показано на рис. 26. Такой импровизированный способ можно применять и для иммобилизации пострадавшего в случае подозрения на перелом таза.

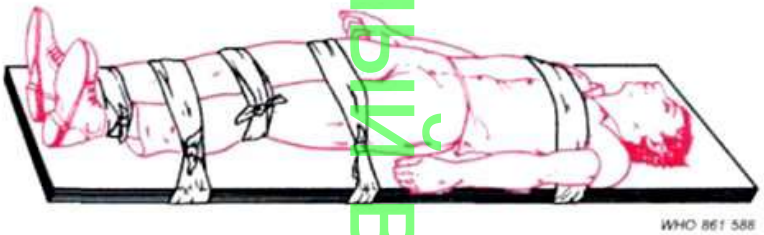


Рис. 26: Пострадавший с переломом позвоночника (или таза), иммобилизованный на деревянном щите.

Если пострадавшегоего приходится укладывать на любую иную поверхность, последняя должна быть жесткой и плоской. В процессе эвакуации необходимо соблюдать все описанные выше правила обращения с пострадавшим и обязательно вытягивать его тело за голову и лодыжки.

Сведения о дальнейшем лечении пострадавшего с травмой позвоночника приведены в разделе "Инсульт и паралич" (с. 183).

Шея

Одной из самых частых разновидностей травм шеи является компрессионный перелом позвонков, который происходит в том случае,

Неразрешенный Ознакомительный Вариант

когда, например, человек резко встает и сильно ударяется головой о что-то твердое или когда он падает на голову. Падения с высоты также могут вызывать повреждения шеи. Лечение такое же, как и при переломах позвоночника, поскольку шейные позвонки составляют верхнюю часть позвоночника.

Пострадавшего необходимо уложить спиной на твердую плоскую поверхность. Затем необходимо наложить так называемый шейный воротник, препятствующий движениям шеи. Импровизированный воротник нетрудно сделать из газеты. Сложите газету так, чтобы ее ширина была около 10 см. Согните верхний ее край, чтобы задняя часть стала более узкой. Затем обмотайте воротник вокруг шеи так, чтобы верхний его край был под подбородком, а нижний располагался на ключицах.

Для фиксации воротника обвяжите его бинтом, шарфом или галстуком. Правильно наложенный воротник неподвижно удерживает шею (рис. 27).

Грудная клетка

Повреждения ребер часто бывают результатом падения на твердый предмет с выступающими краями. Тяжелые травмы могут быть следствием сильных ударов по грудной клетке или падения с высоты.

Пострадавший может испытывать острую боль, вызванную переломом ребер, причем боль усиливается при дыхательных движениях. Признаком повреждения легких является откашливание ярко-красной, обычно пенистой крови.

Открытую (подсасывающую) рану грудной клетки необходимо немедленно закрыть, иначе в грудную полость попадет воздух и легкие будут сдавлены. На такую рану нужно наложить широкую салфетку и плотно закрыть ее лейкопластырем для герметизации грудной полости (рис. 28). Можно наложить на рану марлю, смазанную вазелином, а поверх нее алюминиевую фольгу или полиэтиленовую пленку. Поверх всего этого плотно наклеивают полоски лейкопластыря. Для герметизации грудной полости можно использовать также влажную салфетку.

Ознакомительный вариант

Если под рукой ничего нет, рану временно можно заткнуть куском одежды пострадавшего, пропитанной кровью.

Следует применять также общие способы остановки кровотечения посредством прижатия участка тела, из которого течет кровь. При всех травмах грудной клетки необходимо начать запись данных о пульсе в целях обнаружения внутреннего кровотечения. Нужно записывать также данные о частоте дыхания.

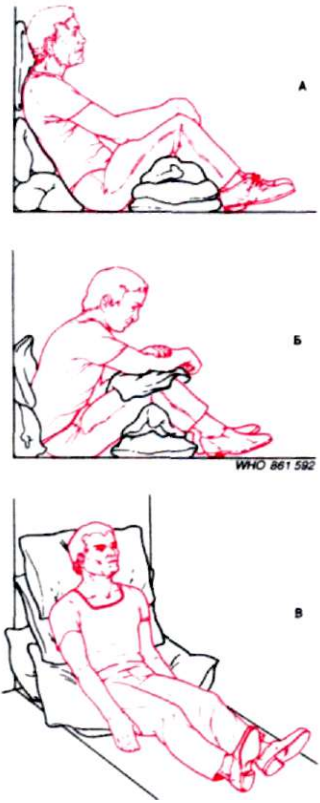


Рис. 27: Пострадавшему, которому трудно дышать, следует придать полусидячее положение.



Рис. 28: Импровизированный воротник при повреждении шеи.

Пострадавшему, который находится в сознании, нужно придать сидячее положение, так как оно облегчает дыхание. Если пострадавший не может сидеть прямо, ему следует придать полусидящее положение, при котором он сидит, откинувшись на подушку или наклонившись на подушку, лежащую у него на коленях (см. рис. 29). Пострадавшему с признаками отека легких следует придать положение, показанное на рис. 29В. Лучше наклониться на раненый бок, это уменьшает движения грудной клетки на пораженной стороне. Такое положение тела способствует лока-

Незавершенный вариант

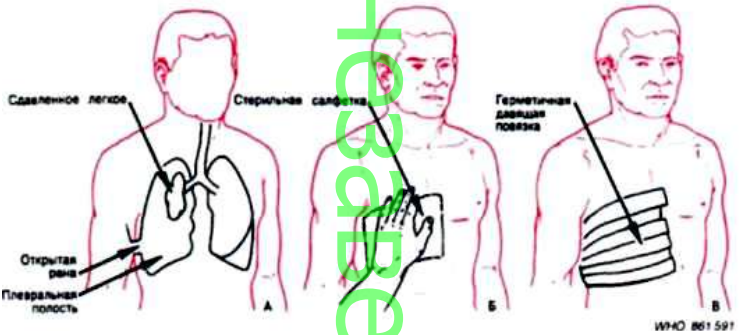


Рис. 29: Помощь при всасывающей ране грудной клетки

лизации кровотечения и выпота и позволяет полноценно работать легкому на здоровой стороне (рис. 30).

Находящегося без сознания пострадавшего с травмой грудной клетки необходимо уложить в удобное положение на тот бок, где располагается рана. Это уменьшит дыхательные движения грудной клетки и поможет предотвратить кровотечение в грудную полость. Если изо рта или носа вытекает пенистая кровь, ее нужно отсасывать или промокать для поддержания проходимости дыхательных путей.

Таз

Перелом костей таза происходит при падении с высоты или в результате удара, сдавления и т. п. Пострадавший жалуется на боль в бедре, паху и области таза, иногда на боль в нижней части спины и в области ягодиц.

Для обнаружения перелома таза полезен тест на сдавление. Слегка нажмите на переднюю часть обеих тазовых костей в направлении вниз и внутрь, как бы сжимая тазовое кольцо. В случае перелома таза это вызовет резкую боль. При надавливании может ощущаться также движение тазовых костей.

Если вы думаете, то у пострадавшего имеется перелом таза, попросите его не мочиться. Если он все же вынужден помочиться, исследуйте мочу на присутствие крови. При повреждении мочевого пузыря или уретры (канал, соединяющий мочевой пузырь с кончиком полового члена) моча может попадать в ткани.

При переломах таза может возникнуть сильное и даже угрожающее жизни кровотечение в полость таза и нижний отдел брюшной полости. Поэтому немедленно начните записывать данные о пульсе , а также проведите обследование пострадавшего с целью обнаружения скрытого внутреннего кровотечения (с. 67).

Пострадавших с переломом таза следует поднимать очень осторожно. Если пострадавший испытывает сильную боль, его нужно уло-

Неправительственная организация

Ознакомительная версия

жить на носилки или деревянную доску, как при переломе позвоночника. Пострадавший должен лежать в том положении, которое наиболее удобно для него – на спине, на боку или на животе лицом вниз. У пострадавшего с переломом таза может возникнуть шок (с. 26). При необходимости проводите противошоковое лечение, но не приподнимайте таз и ноги.



Рис. 30: Пострадавший должен полусидеть с наклоном в поврежденную сторону.

Длинная деревянная доска или жесткие носилки обеспечат необходимую опору в процессе транспортировки. Пострадавшего не следует поворачивать, так как это может вызвать дополнительное повреждение внутренних органов. Между бедрами пострадавшего необходимо поместить подушку, а его колени и лодыжки связать друг с другом (рис. 26).

Бедренная кость

Перелом бедренной кости – потенциально весьма тяжелая травма, которая может сопровождаться значительной кровопотерей. Если перелом бедра сочетается с другими переломами и/или травмами, то кровопотеря может быстро достичь такого уровня, когда становится необходимым переливание крови.

Пострадавший испытывает сильную боль в паху и не может поднять поврежденную ногу. Нога может быть укорочена и искривлена, а пальцы стопы неестественно вывернуты наружу.

При переломе бедра нередко возникает шок. При переломе головки бедренной кости происходит укорочение ноги, при этом вся нога, включая стопу, вывернута наружу.

В случае перелома тела бедренной кости диагноз можно установить довольно просто.

При подозрении на перелом бедренной кости прежде всего положите между бедрами, коленями, голенями и лодыжками сло-

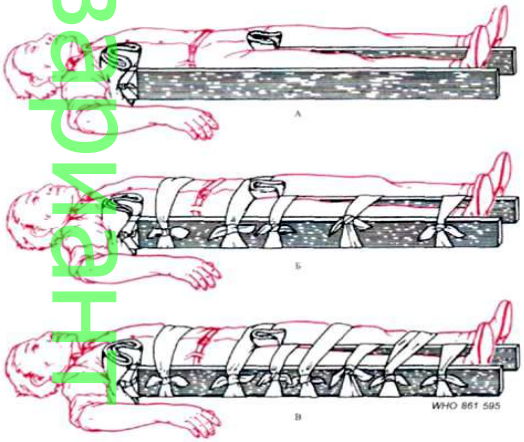


Рис. 31: Иммобилизация при переломах бедренной кости.

женные одеяла или другой подходящий мягкий материал. Затем придвиньте здоровую ногу к пострадавшей. Делайте это медленно и осторожно. Далее сблизьте стопы. Если при этом возникает боль, сделайте медленное и осторожное вытяжение и затем вновь попытайтесь сблизить стопы. Свяжите стопы и лодыжки вместе. Приготовьте шины для иммобилизации бедра.

Хорошо обмотанная мягким материалом шина должна начинаться от подмышек и выходить за пределы стопы. Другая шина должна начинаться в паху и выходить за пределы стопы. Шины связывают друг с другом достаточным числом узлов, после чего связывают здоровую ногу с поврежденной (см. рис. 34). После этого пострадавшего можно перенести на носилках или на длинной доске в каюту.

Колено

Перелом колена обычно бывает результатом падения или удара. Помимо обычных признаков перелома, при этом виде травмы может прощупываться углубление в надколенной чашечке. Пострадавший не может нанести удар поврежденной ногой, а при попытке ходьбы эта нога волочится.

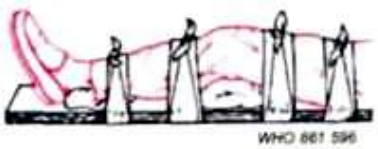


Рис. 32: Наложение шины при переломах надколенника.

Ногу нужно осторожно выпрямить и привязать к ней шину (рис. 32).

Голень (большеберцовая и малоберцовая кости)

При различных несчастных случаях часто происходят переломы костей голени. При переломе обеих костей наблюдается сильная деформация голени.

В случае перелома одной кости вторая кость служит своеобразной шиной и деформация бывает незначительной.

Переломы большеберцовой кости (она находится в передней части голени) нередко бывают открытыми, может наблюдаться отек и очень сильная боль.

Голень следует осторожно выпрямить путем легкого вытяжения. Две шины должны охватывать го-

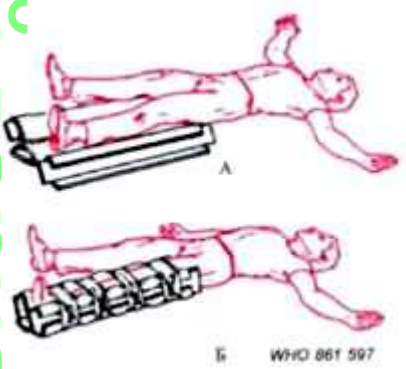


Рис. 33: Наложение шин при переломах большой и малой берцовых костей

Ознакомительный вариант

лень по бокам, а третья снизу. Шины должны начинаться от середины бедра и выходить за пределы пятки (рис. 33).

Обе ноги

При переломе костей обеих ног может иметь место большая кровопотеря. Обследуйте пострадавшего для выявления признаков шока (см. с. 26) и проведите соответствующее лечение.

Приготовьте жесткие шины, хорошо обернутые мягким материалом. При переломе ниже коленного сустава шины должны начинаться от бедра и захватывать голеностопные суставы, при переломе выше коленного сустава шины должны начинаться от подмышек и также захватывать голеностопные суставы. Положите мягкие прокладки между бедер, колен, голеней и лодыжек. Затем как можно осторожнее сведите обе стопы вместе, используя при необходимости вытяжение.

Теперь свяжите стопы восьмиобразной повязкой. Наложите шины с внешней стороны обеих ног. Крепко свяжите эти шины между собой. Избегайте наложения связующих повязок в зоне перелома. Проверьте кровообращение и чувствительность в пальцах ног. При эвакуации на носилках пострадавший должен лежать на спине.

Голеностопный сустав и стопа

Переломы голеностопного сустава и стопы происходят обычно при падении, резком подгибании стопы или ударе. Наблюдаются боль и отек, пострадавший не может ступать на поврежденную ногу.

При использовании шин голеностопный сустав нужно хорошо укутать подушкой или какой-либо одеждой. Шины, накладываемые с внешней и внутренней сторон ноги, должны начинаться на середине голени и захватывать стопу (рис. 35).

Вывихи

Вывих – это смещение кости из ее обычного положения в суставе. О вывихе следует думать в том случае, когда травма приходится на область сустава или рядом с ним и сустав не может нормально функционировать. Движения в суставе ограничены. Пострадавший испытывает боль, иногда весьма сильную. Боль усиливается при попытках движения в суставе.



Рис. 34: Наложение шин при переломах голеностопных суставов и стопы.

Неавторизованный Вариант

Контуры пораженного участка изменены вследствие вывиха и отека (кровоизлияния), возникающего вокруг вывиха. Симптомы вывиха очень



Рис. 35: Наложение шин при переломах костей обеих ног.

сходны с симптомами перелома, но при вывихах отсутствует хруст трущихся обломков кости. Переломы и вывихи могут возникать одновременно.

Первая помощь

Вывихи могут быть закрытыми и открытыми. При наличии раны в зоне вывиха или рядом с ней нужно сделать перевязку, чтобы остановить кровотечение и предотвратить развитие инфекции. Не пытайтесь вправить вывих. Наряду с вывихом может быть перелом, и поэтому попытки вправить вывих могут лишь усугубить состояние пострадавшего.

Пораженный сустав следует иммобилизовать. Способы иммобилизации те же, что и при переломах соответствующих костей. Проверьте кровообращение и чувствительность (см. с. 30). В случае нарушения кровообращения и отсутствия чувствительности, а также отсутствия пульса на запястье и в области голеностопного сустава постарайтесь осторожно придать конечности такое положение, при котором восстанавливается кровообращение, и зафиксируйте ее в этом положении. В случае восстановления кровообращения цвет кончиков пальцев изменяется с белого или синюшного на розовый.

Переносите пострадавшего в наиболее удобном для него положении. При повреждениях рук ему удобнее всего сидеть, а при травмах ног – лежать. Дальнейшее лечение вывихов описано в главе 4, с. 71.

Травмы головы

Травмы головы обычно возникают вследствие удара или падения, зачастую с высоты.

В большинстве случаев при травмах головы смерть, которую можно было предотвратить, является результатом нарушения проходимости дыхательных путей, а не повреждения головного

Неавторизованный перевод

мозга. Необходимо не только перевязать тяжелые раны головы, но и сосредоточить внимание на поддержании дыхания.

При нормальном дыхании головной мозг будет получать достаточное количество кислорода. В этом случае есть хороший шанс сохранить жизнь пострадавшего до того момента, когда он сможет получить медицинскую помощь в больнице.

Об оценке тяжести травмы головы см. с. 57.

При некоторых травмах головы, наличии в ране инородных тел, а также в том случае, когда непосредственно ниже открытой раны имеется перелом, не удается остановить кровотечение путем прижатия.

В таких ситуациях следует применять круговую накладку. На рану накладывают марлевую салфетку, пропитанную парафином, поверх салфетки помещают круговую накладку и фиксируют ее косынкой. Круговая накладка будет давить на кровеносные сосуды, но не на инородное тело или на перелом.

Круговую накладку можно сделать, дважды обмотав узкий бинт вокруг кисти руки; при этом образуется кольцо, обмотав оставшуюся часть бинта вокруг этого кольца, вы получите подушечку, имеющую форму пончика (рис. 36).

Повреждения, вызванные взрывами

В результате взрыва люди могут быть отброшены наземь или травмированы падающими обломками. Кроме того, сама взрывная волна может вызвать тяжелые и смертельные повреждения внутренних органов. При взрыве могут пострадать несколько участков тела; могут возникнуть любые сочетания повреждений следующих участков.

Легкие

Взрыв может повредить мелкие кровеносные сосуды легких, в результате чего возникает кровоизлияние в ткань легких. У пострадавшего может быть шок, ему трудно дышать, он испытывает стеснение или боль в груди; лицо, как правило, синюшно, изо рта может идти кровавая пена. По возможности вынесите пострадавшего на свежий воздух. Придайте ему полусидящее положение. Расстегните тесную одежду. Следите за тем, чтобы он не переохлаждался. Посоветуйте ему откашливаться и сплевывать мокроту. При остановке дыхания приступайте к проведению искусственного дыхания методом "рот в рот".

Голова

Травмы головы при взрывах обычно сопровождаются сотрясением мозга (с. 57). В некоторых случаях может наблюдаться паралич конечностей, обусловленный поражением спинного мозга. Пострадавший может быть без сознания или в полубессознательном состоянии. В этом

Неразрешенный перевод

случае он может не обращать внимание на происходящее. У таких пострадавших часто отсутствуют внешние признаки травмы, но при этом у них нет сил и желания двигаться. Они моментально "впадают в детство" и могут вести себя очень глупо. Упав, человек может утонуть в луже только потому, что не понимает, что нужно встать на ноги.

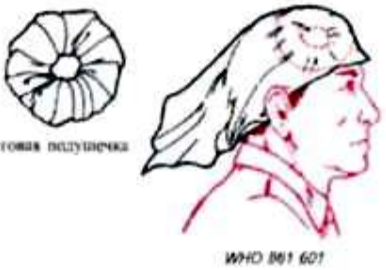


Рис. 36: Круговая подушечка.

Для спасения пострадавших, потерявших сознание, принимайте меры, описанные на с. 11. Если пострадавшие находятся в полубессознательном состоянии, возьмите их за руки и выведите в безопасное место. Обращайтесь с ними как с маленькими детьми, твердо говоря все, что надо делать.

Живот

В результате взрыва может возникнуть кровотечение в брюшную полость из расположенных в ней органов. Такие повреждения обычно возникают у находящихся в море людей при подводных взрывах. Основными признаками являются шок и боль в животе, которые могут возникнуть спустя некоторое время после взрыва. См. разделы "Внутренние повреждения (с. 56).

Асфиксия

Причиной асфиксии обычно бывает крупный кусок пищи, который прилипает к задней стенке глотки и тем самым прекращает доступ воздуха в легкие. Человек очень быстро теряет сознание и погибает через 4-6 мин, если не удается удалить такое инородное тело.

Асфиксия может быть ошибочно принята за сердечный приступ. Эти два состояния имеют следующие отличия:

- иногда окружающие видят, что внезапно задохнувшийся человек перед этим ел;

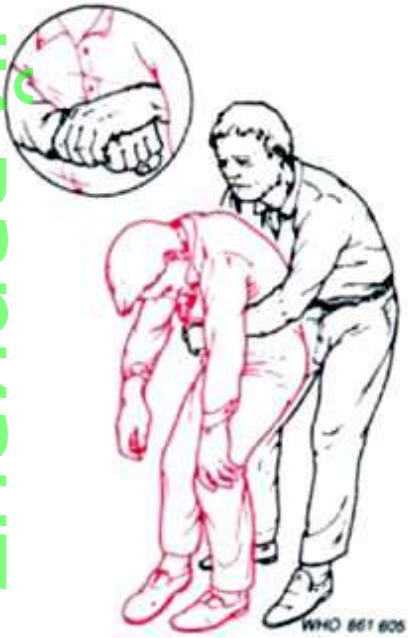


Рис. 37: Прием Геймлиха. Резко надавите на живот снизу вверх.

Незаверенный вариант

- задохнувшийся человек обычно не может говорить и дышать, этого не бывает в случае сердечного приступа;
- задохнувшийся человек быстро синеет и теряет сознание из-за отсутствия кислорода;
- задохнувшийся человек может подавать сигнал (говорить он не может), хватая себя рукой за горло.

Если пострадавший в сознании, станьте сзади него, положите сжатую в кулак руку на живот там, где расходятся ребра. Крепко сожмите кулак второй рукой. Резко и сильно надавите на живот пострадавшего в направлении снизу вверх. Повторите этот прием несколько раз, если это необходимо (рис. 38).

При оказании самопомощи старайтесь сильно кашлять, применяя описанный выше прием. Можно воспользоваться спинкой стула, углом стола или краем раковины либо любым иным выступающим предметом, для того чтобы нанести сильный направленный вверх удар в верхнюю часть живота.

Если пострадавший потерял сознание, положите его на спину и поверните голову набок. Встаньте на колени, как показано на рис. 45, положите одну руку на другую, нижняя должна находиться там, где расходятся ребра. Резко и сильно нажмите на живот в направлении снизу вверх. При необходимости повторите этот прием несколько раз. Если кусок пищи удалось вытолкнуть, удалите его пальцами изо рта.

Удушье

Удушье обычно вызывается газами или дымом. Опасные газы могут не иметь запаха, который предупредил бы вас об их присутствии. Не заходите в замкнутые помещения, не приняв мер предосторожности. Помните об опасности пожара и/или взрыва в тех ситуациях, когда речь идет о горючих газах или парах. Эвакуируйте пострадавшего на свежий воздух. При необходимости применяйте искусственное дыхание и непрямой массаж сердца и придайте пострадавшему удобное положение.

Индивидуальный перевязочный пакет

Такой пакет состоит из стерилизованной марлевой подушечки, прикрепленной к бинту. Подушечка расположена недалеко от края бинта. Она стерильна, т. е. не содержит микробов, и поэтому ею нельзя касаться никаких предметов. Не трогайте ее пальцами, прежде чем она не будет наложена на рану, как показано на рис. 39.

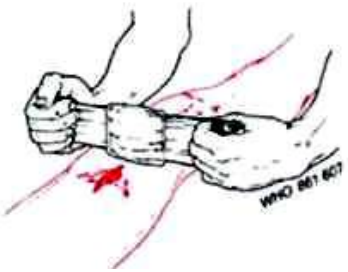


Рис. 38: Наложение на рану инд.перевязочного пакета.

Незавершенный черновик

Транспортировка пострадавшего

От правильной эвакуации раненого может зависеть его жизнь. Это относится к повреждениям спинного мозга, сердечным приступам и тяжелым переломам, поскольку они могут сопровождаться шоком. Поэтому обращайтесь с больными или пострадавшим как можно бережнее, успокаивайте его, старайтесь ясно представить себе характер болезни или травмы и руководствуйтесь здравым смыслом.

Когда нет опасности взрыва, пожара или отравления, не приступайте к транспортировке до тех пор, пока вы не иммобилизуете предполагаемые переломы и не остановите кровотечение. Затем выбираете наилучший путь эвакуации, осторожно поднимите и выносите пострадавшего, помня, что каждый толчок причиняет ему боль.



Рис. 39: Резко надавите на живот. При необходимости повторите.



Переноска пострадавшего

При обычной переноске пострадавшего несут два спасателя, каждый из которых одной рукой поддерживает пострадавшего под спину и плечи, а другой – под бедро. Пострадавший, находящийся в сознании, может облегчить работу спасателей, держась руками за их плечи.

Переноска на спине возможна лишь тогда, когда пострадавший находится в сознании и может держаться руками за шею спасателя. Этот способ следует применять только, если спасателю по силам нести пострадавшего.

При эвакуации из узкого места один спасатель держит пострадавшего под мышками, а другой – под коленями. Другие способы переноски показаны на рисунках.

Одно из преимуществ переноски на замке из трех рук состоит в том, что один из



Рис. 40: Переноска на "замке" из трех рук.

Неверенный Ветеринар

спасателей свободной рукой может поддерживать поврежденную конечность или спину пострадавшего. У кого из двух спасателей должна быть свободная рука зависит от характера травмы.

В узких местах в качестве крайнего средства можно применять волочение. Это особенно касается тех ситуаций, когда добраться до пострадавшего и спасти его может только один человек. После извлечения пострадавшего из труднодоступного места дальнейшую эвакуацию могут осуществлять два человека.

Глава 4. Ранения и травмы

Общие правила обработки ран

Стерилизация

Для предотвращения инфицирования ран, ожогов и других травм все перевязочные материалы и инструменты должны быть стерильными. Пользуйтесь стерильными перевязочными материалами, которые должны быть в вашей аптечке. При необходимости простерилизовать какой-либо инструмент на месте это делается кипячением не менее 20 мин. Конец инструмента, который касается тела больного, нельзя трогать, инструмент следует брать только за рукоятку.

Человек, оказывающий помощь раненому, тоже должен принять меры, направленные на предотвращение инфекции: закатать рукава и тщательно вымыть кисти, запястья и предплечья сначала водой с мылом, а затем 1% раствором хлоргексидина (при его отсутствии протереть спиртом, водкой, одеколоном).

Типы ран

Раны можно разделить на шесть типов: ссадины, разрывы, ушибы, порезы, рваные раны и колотые раны.

Ссадины – открытые поверхностные раны, вызванные сдиранием кожи. Обширные ссадины могут вызывать сильную боль. При ссадинах кровотечение обычно ограничено просачиванием крови из поврежденных капилляров и мелких вен. Ссадины могут инфицироваться при попадании микробов с землей и грязью.

Разрывы – открытые раны, которые могут возникать при взрывах, дорожно-транспортных происшествиях, при попадании отдельных частей тела в различные механизмы, а также при укусах животных. Ткани грубо разъединены или разорваны, имеет место утрата участков кожи и мягких тканей. Сразу же возникает сильное кровотечение.

Новая Версия

Ушиб (синяк) – закрытая поверхностная рана, обычно возникающая после удара твердым тупым предметом, паде-



Рис. 42: Эвакуация пострадавшего.

ния на твердый предмет или сдавления.

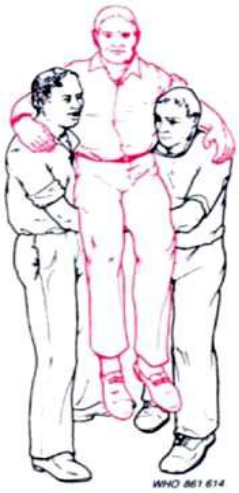


Рис. 41: Переноска пострадавшего на "замке" из четырех рук.



Рис. 43: Эвакуация пострадавшего из тесного места. Кисти пострадавшего связаны и закинуты на шею спасателя.

Кровь, вытекающая из поврежденных сосудов и капилляров и пропитывающая мягкие ткани, вызывает отек и боль, которые могут быть весьма сильными. Если такая рана находится над костью, следует подумать о возможном переломе.

Порезы – открытые раны, нанесенные острыми предметами. Эти раны имеют ровные края, и кровь из них свободно изливается наружу. Степень кровопотери зависит от глубины, места и размера раны. При таких ранах могут сильно повреждаться мышцы, нервы и сухожилия.

Незавершенный вариант

Рваные раны вызываются такими предметами, как тупые ножи, осколки стекла, камни, а также движущимися частями механизмов или ударами. Края таких ран обычно неправильные, могут быть частично или полностью оторваны куски тканей. Загрязнение таких ран повышает вероятность инфекции.

Причинами колотых ран могут быть такие предметы, как деревянные щепки или металлические осколки, ножи, гвозди, рыболовные крючки, пули и т. п. Несмотря на то что входное отверстие колотой раны бывает небольшим, а наружное кровотечение незначительным, колющий предмет может проникнуть глубоко в тело, травмировать внутренние органы и вызвать сильное внутреннее кровотечение. Колотые раны особенно опасны тем, что вызывающие их предметы проходят через поверхностные структуры и могут занести инфекцию в глубокие ткани. Вероятность инфекции увеличивается при отсутствии наружного кровотечения, которое способствует очистке раны. При колотых ранах возможно развитие столбняка или газовой гангрены.

Раны сильно отличаются по размерам и глубине в зависимости от того, чем они вызваны. Описанные выше типы ран делятся на две категории: простые порезы или раны и глубокие и обширные раны.

Простой порез или рана захватывает кожу, подкожный слой, но не мышцы.

Глубокая и обширная рана обычно является результатом сдавления, взрыва или попадания части тела в механизм. При таких ранах всегда происходит тяжелое повреждение кожи, которое сочетается с повреждением расположенных ниже тканей, включая мышцы, и неизбежно сопровождается инфицированием. Кровь просачивается через повязки, наложенные на месте происшествия, иногда видно, как кровь фонтанирует из артерий.

Естественное заживление

Простые раны быстро заживают, оставляя после себя малозаметный рубец, при условии, что их края хорошо сближены, а инфекция не возникла.

Заживление глубоких и обширных ран происходит благодаря росту новой ткани, которая заполняет пространство между краями раны. Этот процесс всегда сопровождается некоторым выделением из раны. Он протекает медленно и сопровождается довольно сильными болями. После заживления такой раны остается рубец, который иногда приводит к нарушению функции.

Лечение

Прежде чем приступить к обработке раны:

Ознакомительный фрагмент

- Приготовьте материалы и инструменты, которые потребуются для очистки, зашивания (если это необходимо) и повторной перевязки раны.
- Решите вопрос о необходимости введения антибиотиков. При простых зашитых ранах и поверхностных ранах антибиотики не нужны. В других случаях, особенно при глубоких ранах с повреждением мышц, начинайте лечение антибиотиками (с. 272). В случае сомнения антибиотики следует вводить.
- При необходимости давайте пострадавшему обезболивающие средства (с. 272).
- Убедитесь, что пострадавший оправился от шока (см. с. 26), после чего:
- Простерилизуйте лоток для укладки стерильных инструментов, пинцет(ы), зажимы, ножницы, прокипятив их не менее 20 мин; дайте инструментам остыть.
- Приготовьте стерильные салфетки, вату, бинты, английские булавки и лейкопластырь.
- Приготовьте посуду с 1 % раствором хлоргексидина для обработки кожи вокруг раны и самой раны, если это необходимо.
- Поставьте таз для грязных салфеток или тампонов.
- Приготовьте и продезинфицируйте бритву для удаления, если необходимо, волос вокруг раны.

Лотки и нераскрытые салфетки уложите на чистом полотенце. Когда все будет готово, снова вымойте руки, обследуйте рану и удалите из нее пинцетом все инородные тела (грязь, щепки, осколки металла). После этого накройте рану салфеткой и протрите кожу вокруг нее тампоном, смоченным 1 % раствором хлоргексидина, делая движения от раны кнаружи (рис. 44).

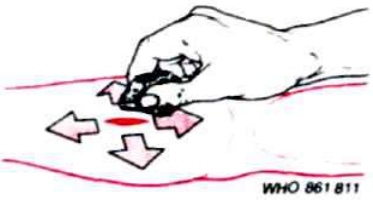


Рис. 44: Обработка кожи вокруг раны.

После обработки кожи и сбривания при необходимости волос вокруг раны снова проверьте рану, слегка касаясь ее марлевыми тампонами, смоченными 1% раствором хлоргексидина. Нельзя использовать сухую вату или иные ворсинчатые материалы.

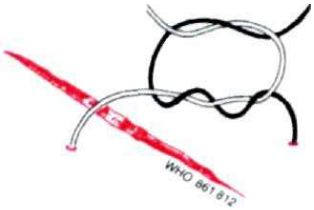


Рис. 45: Хирургический узел должен находиться сбоку от раны, а не над ней.

Легкое прижатие обычно останавливает просачивание крови. Если кровь бьет из сосуда струей и путем прижа-

Не для распространения

тия не удается остановить кровотечение, то такой сосуд следует перевязать. Пережмите сосуд кончиками кровоостанавливающего зажима и убедитесь в том, что кровь из него больше не идет. Затем возьмите отрезок кетгутовой нити (шовный материал, рассасывающийся в тканях) и, держа зажим вертикально, заведите нить за кончик зажима и завяжите ее так, чтобы он захватил конец артерии и ткань, попавшую в зажим. Обрежьте концы нити так, чтобы узел не развязался. Снимите зажим и убедитесь в отсутствии кровотечения.

Закрытие ран с помощью лейкопластыря

При простых порезах и ранах, которые тем не менее нужно закрыть, края можно сблизить с помощью полосок специального хирургического лейкопластыря.

Одним из вариантов такого пластыря являются наклейки в форме бабочки. Они состоят из двух липких концов, соединенных нелипкой перемычкой. Такую "бабочку" вынимают из фабричной упаковки, снимают защитную пленку, прикрепляют ее липкий конец к одному краю раны, затем сближают края раны путем натяжения "бабочки" и прикрепления ее свободного конца к противоположному краю раны (см. рис. 46).

Края раны должны быть сухими, иначе лейкопластырь не будет держаться. Более крупные раны сначала нужно закрыть стерильной марлевой салфеткой. Затем к коже с обоих краев раны прикрепляют широкие полосы хирургического лейкопластыря. Ближайшие к ране края этих полос подгибают, в результате чего образуется неприлипающая кайма. Ножницами с острыми концами в кайме друг против друга прорезают ряд отверстий. Затем в эти отверстия вставляют ленточки и края пластыря стягивают, в результате чего сближаются и края раны.



Рис. 46: Сближение краев раны с помощью лейкопластыря в виде "бабочки"

Закрытие раны швами

Глубокую обширную рану невозможно эффективно закрыть лейкопластырем. Такую рану, возможно, придется зашивать. Накладывайте швы только тогда, когда удалось сблизить не только кожные края раны, но и более глубокие ткани. Если такие ткани не удастся сблизить, то в образовавшемся кармане возникнет инфекция, что не только замедлит заживление раны, но может привести к потере конеч-

Неправительственный вариант

ности и даже смерти. **Не зашивайте рану, нанесенную более 6 ч назад! Не накладывайте швы, если у вас есть какие-то сомнения!**

Если принято решение наложить на рану швы, то, помимо перечисленных выше материалов и инструментов, вам понадобятся:

- Отрезки шелковой нити или специальные хирургические иглы с заранее вставленной шелковой нитью (такие иглы выпускаются промышленностью в стерильной упаковке, которую можно открывать только тогда, когда у вас все готово к наложению швов).
- Иглодержатель и ножницы, простерилизованные путем кипячения в течение 20 мин.

Стерильный иглодержатель и ножницы нужно положить в стерильный лоток. Затем решите, сколько швов вы должны наложить. Еще раз вымойте руки, откройте стерильную упаковку, выньте иглу пинцетом и положите ее в лоток.

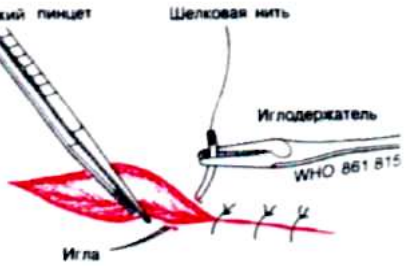


Рис. 47: Накладывание швов на рану.

Закрепите иглу в иглодержателе. Захватите хирургическим пинцетом ближайший к вам край раны и резким движением вколите иглу на всю толщину кожи, примерно в 0,6 см от края раны. Затем захватите кожу противоположного края раны и вколите иглу снизу вверх, чтобы она вышла прямо напротив примерно в 0,6 см от края (см. рис. 48). Если рана глубокая, но чистая, вкалывайте иглу глубже, захватывая вместе с кожей и жировую ткань.

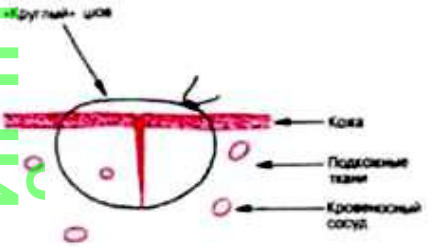


Рис. 48: Поперечный разрез зашитой раны.

Теперь отрежьте от основной нити кусок достаточной длины и завяжите хирургический узел с такой силой, чтобы кожные края раны сблизились. Большее усилие может привести к подворачиванию кожных краев раны. При необходимости наложите следующие швы на расстоянии не менее 1 см друг от друга. После завязывания узлов обрежьте лишнюю нить так, чтобы длина свободных концов была около 1 см, что в дальнейшем облегчит снятие швов. В случае подворачивания краев кожи в глубь раны расправьте их пинцетом. После наложения швов обработайте весь участок 1 % раствором хлоргексидина. Наложите стерильную салфетку и закрепите ее.

Предварительный вариант

Швы следует накладывать изогнутой "режущей" иглой так, чтобы они имели форму круга (см. рис. 49).

Сложную глубокую и упругую рану лучше всего зашивать матрацным швом (рис. 49). Такой шов обеспечивает сближение краев раны по всей глубине и длине.

При наложении одного-двух швов можно обойтись без местной анестезии, поскольку в таких случаях сама анестезия может вызвать большую боль, чем наложение швов. В более сложных ситуациях в рану следует ввести 1 % раствор лидокаина.

Все раны в большей или меньшей степени инфицируются. Это означает, что в поврежденных и воспаленных тканях образуется жидкость, которая должна иметь свободный выход из раны. Помните об этом при наложении швов; не накладывайте их слишком близко друг к другу: это будет мешать гною изливаться из раны.

Осматривая рану после наложения швов, обращайте внимание на припухание или напряжение вокруг шва, что указывает на образование в ране гноя. В таком случае снимите соответствующий шов и обеспечьте свободное дренирование раны.

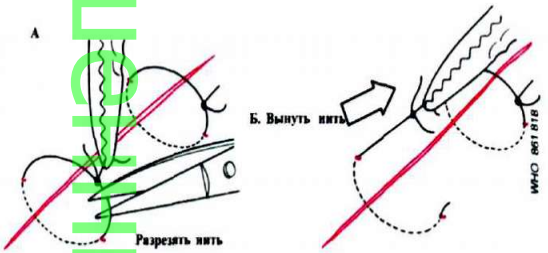


Рис. 49: Снятие шва.

На седьмой день швы можно снять и наложить простую повязку до полного заживления раны. Помните, что на ноге раны заживают дольше, чем на руке. На коже волосистой части головы швы можно снимать через 6 дней.

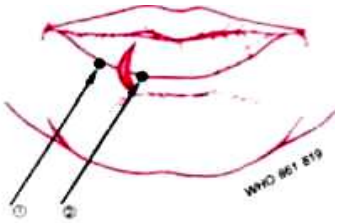


Рис. 50: Чтобы губа срослась ровно, первый шов должен войти в точке "1" и выйти в точке "2".

Снятие швов – простая и (при правильном выполнении) безболезненная процедура. Обработайте соответствующий участок кожи 1% раствором хлоргексидина. Захватите один из свободных концов узла стерильным пинцетом и поднимите его так, чтобы под узел можно было подвести концы стерильных ножниц. Разрежьте нить и, осторожно вытягивая, удалите ее.

Процедура наложения швов на губу показана на рис. 51.

Незавершенный Вариант

Неправительственный

Глубокие и обширные раны, которые нельзя зашивать

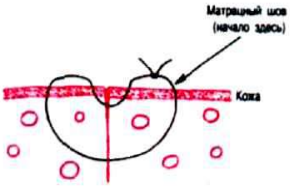


Рис. 51: Матрацный шов.

Если рану нельзя зашивать, рыхло заполните ее стерильной марлей, пропитанной вазелином. Сверху наложите три слоя хирургической марли и закрепите ее бинтом или лейкопластырем. Рану следует перевязывать ежедневно до полного заживления. Если рана расположена на конечности, последнюю нужно приподнять для улучшения дренирования и уменьшения отека.

Внутренние повреждения

Расположение всех внутренних органов показано в приложении 1. При подозрении на повреждение внутреннего органа обязательно начинайте вести график пульса, определяя его каждые 10 мин., с тем чтобы по ускорению пульса как можно раньше распознать внутреннее кровотечение. При частом и учащающемся пульсе посоветуйтесь с врачом по радио.

Возбуждение – частый признак внутреннего кровотечения, поэтому за всеми пострадавшими, у которых после травмы возникло возбуждение, необходимо внимательно наблюдать.

Если пострадавший беспокоен из-за сильной боли и у него нет травм головы и грудной клетки, дайте ему обезболивающее. Это уменьшит боль, пострадавший успокоится и будет лежать тихо, что в свою очередь будет способствовать уменьшению кровотечения.

Внутреннее кровотечение

Внутреннее кровотечение может быть следствием удара, напряжения или болезни, например язвенной болезни желудка. Оно бывает скрытым или видимым. Кровотечение при переломе костей конечностей может быть скрытым, но иногда оно вызывает припухлость, размер которой зависит от количества излившейся крови. Признаком кровотечения в грудную или брюшную полость может быть присутствие крови в мокроте или рвотных массах. Колотые раны могут вызывать сильное внутреннее кровотечение.

У пострадавшего возникает шок. Вначале он бледен, страдает от головокружения и слабости, отмечается усиленное потоотделение. Пульс и дыхание учащены. Позже кожа становится холодной, и конечности приобретают синюшный оттенок. Пульс становится слабым и учащенным, дыхание – поверхностным. Пострадавший испытывает сильную жажду и тошноту, становится беспокойным, жалуется на нехватку воздуха. Эти три признака свидетельствуют о том, что крово-

течение продолжается. Позже пострадавший утрачивает интерес к происходящему и теряет сознание.

Самым важным признаком продолжающегося кровотечения является учащение пульса и падение кровяного давления. Поэтому у каждого пострадавшего с подозрением на внутреннее кровотечение необходимо считать пульс и измерять кровяное давление через регулярные и частые интервалы, скажем каждые 5-10 мин. Примерно через час на основании этих измерений станет ясно, есть ли у пострадавшего внутреннее кровотечение. Если кровяное давление остается почти нормальным, а частота пульса снижается или остается стабильной, то следует сделать вывод об отсутствии внутреннего кровотечения

Очень важно обеспечить кровоснабжение легких и головного мозга. Лицам со скрытым внутренним кровотечением нужна экстренная помощь. Уложите пострадавшего так, чтобы голова была несколько опушена. Приподнимите ноги, чтобы улучшить кровоснабжение головного мозга и легких. Сохраняйте такое положение тела при транспортировке пострадавшего. Если пострадавший беспокоен или испытывает сильную боль, дайте обезболивающее.

Травмы головы

Обследование

Потенциально опасны все, за исключением самых поверхностных травм головы. Небольшие раны нужно внимательно проверить, чтобы убедиться, что под ними нет перелома костей черепа.

Посмотрите, не вытекает ли из ушей, носа или рта кровь или спинномозговая жидкость (СМЖ), которая окружает и омывает головной и спинной мозг.

Считать, что пострадавший получил тяжелую травму, следует в тех случаях, когда:

- он находится в бессознательном состоянии (исключением являются случаи кратковременной потери сознания);
- вытекают из ушей и носа или стекают по задней стенке глотки кровь, окрашенная кровью жидкость или густая прозрачная жидкость (СМЖ);
- есть основания предполагать перелом свода черепа;
- есть основания предполагать повреждение головного мозга, т. е. наблюдается паралич;
- возникает рвота или усиливается головная боль;
- у пострадавшего наблюдается спутанность сознания, сонливость, он ведет себя неадекватно или вновь теряет сознание; или
- пульс становится реже 65 ударов в минуту.

Ознакомительная версия

Незавершенный черновик

Типы травм головы

Синяк образуется при ударе умеренной силы. Поскольку голова хорошо снабжается кровью, в месте удара образуется скопление крови (гематома). Оно может иметь отчетливо выраженные границы и быть плотным или быть расплывчатым и рыхлым (рис.52).

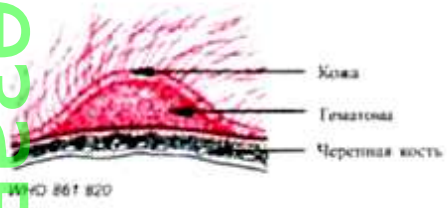


Рис. 52: Гематома волосистой части головы.

Специальное лечение не требуется. Для остановки кровотечения на область гематомы можно приложить пузырь со льдом.

При ударе по голове в большинстве случаев возникают **раны**, так как между черепом и кожей очень мало тканей. Раны головы сильно кровоточат, зачастую кровотечение даже из небольших ран бывает весьма сильным. Окружающие рану ткани могут пропитываться кровью. Кожные края раны обычно размозжены. Нужно остановить кровотечение путем прижатия. При необходимости рану следует зашить.

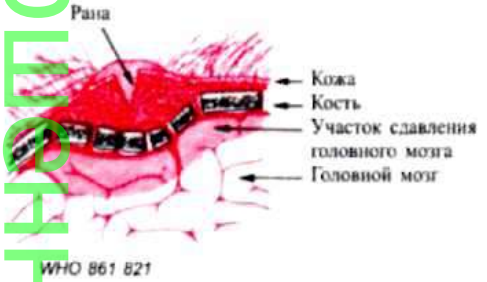


Рис. 53: Рана волосистой части головы со сдавливанием головного мозга, гематомой и ссадиной кожи.

Ушиб головного мозга может быть следствием сильного удара. Ушиб возникает из-за того, что головной мозг – мягкая ткань, при прохождении через него толчка его функции существенно нарушаются. Об ушибе мозга следует думать в тех случаях, когда пострадавший теряет сознание лишь на несколько минут. Для него характерны утрата памяти о событиях, предшествовавших травме и имевших место сразу после нее, головная боль, а иногда тошнота и рвота.

В течение 48 ч пострадавший должен соблюдать постельный режим. Он может испытывать сильные головные боли, для облегчения которых ему нужно давать таблетки ацетилсалициловой кислоты или парацетамола. Такие головные боли могут сохраняться в течение многих недель после получения травмы.

Пострадавшего нужно предупредить о том, что он должен немедленно обратиться за помощью в случае усиления головных болей, появления сонливости или рвоты. В следующем порту его необходимо показать врачу.

Переломы костей черепа и сдавление головного мозга.

Различают три типа переломов черепа:

- Линейные переломы верхней и боковых частей черепа (свода черепа). Они возникают в результате прямого воздействия травмирующей силы и обычно диагностируются только с помощью рентгенографии.
- Переломы основания черепа возникают при воздействии непрямой силы, передавшейся на основание черепа при сильном ударе по своду черепа, в лицо или челюсть, а также при падении с высоты на ноги. Их можно диагностировать по характеру травмы и на основании истечения крови или СМЖ из уха, носа или рта.
- Вдавленные переломы возникают при сильном ударе по своду черепа тупым предметом. При таком ударе свод черепа раскалывается и осколки кости вдавливаются внутрь черепа, вызывая тяжелые поражения мозговой ткани (рис. 54). Раны обычно сопровождаются ушибом и размозжением скальпа; после остановки кровотечения в рану может просачиваться СМЖ.

Помните, что переломы основания черепа относятся к открытым переломам, а вдавленные переломы могут быть как открытыми, так и закрытыми. При всех открытых переломах черепа в мозг и мозговые оболочки может попасть инфекция и могут возникнуть тяжелые осложнения.

Сдавление мозга возникает при кровоизлиянии в полость черепа, которое приводит к повышению давления и прогрессирующему нарушению функций мозга.

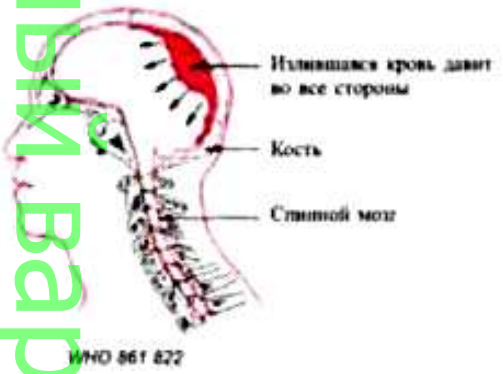


Рис. 54: Сдавление головного мозга.

Сдавление мозга часто сопутствует вдавленным переломам черепа, но может возникать и при травмах, которые на первый взгляд кажутся довольно легкими. Обычно сдавление мозга происходит при ударе по голове, зачастую – в область уха. Оно проявляется кратковременной потерей сознания, далее наступает кажущееся улучшение, которое вскоре сменяется углубляющейся комой. При этом может возникнуть любое из указанных ниже нарушений:

- могут появиться судороги конечностей или припадки, обусловленные раздражением головного мозга;

Национальный Вариант

- дыхание может стать шумным;
- пульс может стать редким, и частота его может снижаться;
- зрачки могут стать неравномерными или расширенными;
- может возникнуть односторонний паралич;
- температура тела может подняться до опасного уровня (40,5°С и выше).

Таких пострадавших необходимо как можно скорее доставить в больницу. Если больной находится без сознания, ему следует придать удобное положение. Необходимо наблюдать за состоянием пострадавшего, чтобы вовремя обнаружить рвоту, припадки или резкие движения, совершаемые в бессознательном состоянии. Наблюдение следует продолжать и после возвращения сознания на тот случай, если вновь возникнет кома.

При подозрении на вдавленный перелом для остановки кровотечения нужно использовать кольцевую накладку.

При открытом переломе **не тыкайте инструментом вокруг ран; не нажимайте пальцами вокруг ран; не пытайтесь удалить кусочки кости из мягких тканей.**

Необходимо принимать все меры для предотвращения попадания инфекции в рану, поскольку она может привести к менингиту и воспалению мозговых тканей. С помощью ножниц срежьте волосы как можно короче в радиусе на менее 5 см от краев раны. Осторожно протрите кожу 1% раствором хлоргексидина и промокните ее сухим тампоном. Накройте рану стерильной салфеткой, пропитанной вазелином. На салфетку поместите кольцевую подушечку и забинтуйте. Следите за тем, чтобы волосы и раствор хлоргексидина не попадали в рану.

Начинайте лечение антибиотиками (с. 272).

Последующее лечение тяжелых травм головы

Если пострадавший с тяжелой травмой головы вынужден оставаться на судне дольше нескольких часов, необходимо:

- внимательно наблюдать за изменением его состояния;
- записывать как можно больше сведений, это в дальнейшем может помочь врачам;
- по возможности бороться с некоторыми осложнениями.
- Записи должны включать следующую информацию:
- дату и время несчастного случая;
- подробное описание обстоятельств несчастного случая;
- состояние пострадавшего в тот момент, когда вы впервые его увидели;
- подробные сведения о проведенном вами лечении.
- Ниже приведены в порядке важности наиболее значимые симптомы:

Неразрешенная версия

- Уровень сознания. Необходимо отметить, находится ли пострадавший в полном сознании, как он говорит и отвечает на вопросы. Если пострадавший без сознания, реагирует ли он на укол. Двигаются ли глаза при легком касании их пальцами.

Снижение уровня сознания и ослабление реакции на внешние раздражители говорят о необходимости срочной эвакуации!

- Состояние зрачков. Зрачки нужно сравнить друг с другом и ответить на следующие вопросы:

Они большие или маленькие? Реагируют ли на свет? (При ярком свете зрачки у здоровых людей сужаются.) Изменилась ли за время наблюдения величина одного или обоих зрачков?

Расширение одного зрачка говорит о необходимости срочной эвакуации!

- Паралич. Может ли пострадавший двигать обеими руками и ногами или же только левой рукой и левой ногой либо правой рукой и правой ногой? Человек с глубокой потерей сознания может не реагировать ни на какие внешние раздражители. Слегка подвигайте его руки и ноги и вы почувствуете, расслаблены ли мышцы на стороне поражения.
- Необычные движения. Могут наблюдаться такие движения, как судороги, подергивания, ритмическое дрожание или "выбрасывание" конечностей. Такие движения вызваны особым эпилептическим припадком, который возникает при определенных травмах головы и свидетельствует о необходимости срочно доставить пострадавшего в больницу.
- Температура, пульс и дыхание. Температура должна быть нормальной и не повышаться. При повреждении центра головного мозга, регулирующего температуру тела, последняя может очень сильно подняться. В этом случае измеряйте температуру каждые полчаса и подготовьте все необходимое для охлаждения пострадавшего (с. 101).

Повышение внутричерепного давления, вызванное кровотечением, может привести к замедлению пульса. Редкий пульс, имеющий тенденцию к дальнейшему замедлению, свидетельствует о необходимости срочно доставить пострадавшего в больницу.

Дыхание может быть редким и шумным. Нужно постоянно поддерживать проходимость дыхательных путей и. если необходимо, делать искусственное дыхание (с. 17).

Другие наблюдения:

- Есть ли кровотечение из носа и ушей и стекает ли кровь по задней стенке глотки?

Неразрешенный Вариант

- Вытекает ли из носа и ушей и стекает ли по задней стенке глотки прозрачная жидкость (спинномозговая жидкость)?
- Есть ли кровоподтеки вокруг глаз (симптомы очков), которые являются признаком перелома основания черепа?
- Есть ли повреждения других частей тела?

После травмы головы могут возникать припадки. При резких непроизвольных движениях не пытайтесь силой удерживать пострадавшего. В таких ситуациях нужно лишь позаботиться, чтобы он не нанес себе дополнительной травмы.

Травмы глаза

Травмы глаза могут быть вызваны инородными телами, ударами, например в драке, химическими веществами и термическим воздействием. Глаз – очень уязвимый орган, любое его повреждение необходимо лечить грамотно. (См. также раздел "Глазные болезни", с. 175.)

Исследование

Исследование удобнее проводить в положении пострадавшего лежа на спине с несколько откинутой назад головой. Необходимы:

- хорошее освещение;
- увеличительное стекло (лучше всего - 8-кратная лупа);
- мягкие бумажные салфетки;
- влажные ватные тампоны;
- бумажные полоски с флуоресцентным красителем;
- анестезирующие глазные капли (лидокаин);
- глазная мазь (1 % тетрациклиновая мазь). Открытый тюбик с мазью нельзя использовать для лечения более чем одного пациента или для проведения более одного курса лечения.

Обратите внимание на общий вид тканей, окружающих глаз, отмечая отек, кровоподтеки или явные повреждения; затем осмотрите пора-женный глаз (глаза), начиная со склеры, конъюнктивы (она покрывает склеру и внутреннюю поверхность век) и роговицы.

Рекомендуется сравнивать между

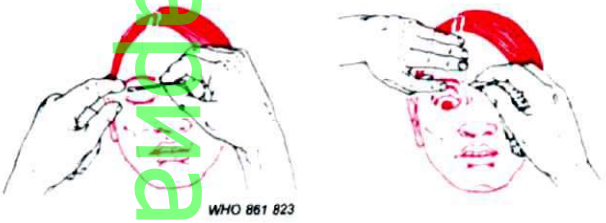


Рис. 55: Осмотр внутренней поверхности верхнего века. Слева: на закрытое веко кладут ватный тампончик, намотанный на спичку. Справа: веко выворачивают вокруг тампончика.

Неавторизованный вариант

собой оба глаза. Чтобы лучше рассмотреть склеру, нужно слегка развести веки пальцами и попросить пострадавшего посмотреть вверх, вниз, вправо и влево. Постарайтесь хорошо рассмотреть каждый "угол" век.

Чтобы лучше рассмотреть внутреннюю поверхность нижнего века, его слегка оттягивают вниз, больной при этом должен смотреть вверх. Для осмотра конъюнктивы верхнего века последнее следует вывернуть. Это можно сделать двумя способами.

Попросите пострадавшего смотреть вниз, положите указательный палец одной руки вдоль верхнего века, а ресницы зажмите между большим и указательным пальцами другой руки. Слегка оттяните ресницы вниз и затем, надавливая указательным пальцем вниз, выверните веко вокруг него. После этого указательный палец убирают, а вывернутое веко удерживают, прижимая ресницы к костному краю глазницы ниже брови. Теперь можно рассмотреть внутреннюю поверхность верхнего века. Для того чтобы веко вернулось в обычное положение, пострадавший должен посмотреть вверх и затем закрыть глаза.

Вместо указательного пальца можно использовать спичку или похожий на нее предмет, располагая его вдоль верхнего века. Для выворачивания века применяют тот же прием, пострадавший при этом тоже должен смотреть вниз. Вывернув веко, спичку удаляют. Описанные приемы позволяют осмотреть всю конъюнктиву (рис. 55).

Далее необходимо осмотреть роговицу и окружающие участки глазного яблока. При этом желательно использовать лупу. В норме роговица абсолютно прозрачна, поэтому, необходимо отмечать любые участки помутнения, а также инородные тела. Окружающая склера может иметь красноватый оттенок, что свидетельствует о воспалении роговицы. На этой стадии необходимо удалить все свободные (не внедрившиеся в роговицу) инородные тела (с. 64).

Окрашивание глаза флуоресцеином позволяет выявить любые участки повреждения роговицы и конъюнктивы. Бумажную полоску, пропитанную флуоресцеином. осторожно накладывают на вывернутое нижнее веко, пострадавший при этом должен смотреть вверх. Слезная жидкость смывает краску с бумажной полоски, и после того как больной несколько раз мигнет, краска распространяется на весь глаз. Избыток краски с век следует удалить. Любой участок повреждения роговицы и конъюнктивы окрашивается в зеленый цвет. Ниже описаны наиболее частые травмы глаза и соответствующие способы их лечения.

Удары в область глаза (симптом очков)

Вследствие таких ударов может возникать полная или частичная отслойка сетчатки или кровоизлияние в глазное яблоко. Если у пострадавшего с симптомом очков отмечается сколько-нибудь заметное ухудшение зрения, его необходимо уложить в постель и как можно быстрее

Неофициальный сайт

показать врачу. Даже если у пострадавшего нет явного нарушения зрения, ему следует обратиться к врачу в ближайшем порту.

Повреждения роговицы

Царапина или ссадина роговицы может быть вызвана попавшим в глаз инородным телом или ногтем. Сразу же возникает боль и пострадавшему кажется, что ему что-то попало в глаз. Повреждения роговицы можно выявлять с помощью флуоресцеина (с. 63). На нижнее веко нужно нанести глазную мазь, которая в результате моргания сама распространится на весь глаз. После этого глаз следует на 24 ч закрыть глазной подушечкой. На следующий день проверьте глаз с помощью флуоресцентного красителя. В случае отсутствия окрашенных участков повреждения дальнейшее лечение можно прекратить. Если окрашивание выявляет поврежденные участки роговицы, повторно закладывайте глазную мазь каждые 24 ч до полного прекращения окрашивания роговицы или до тех пор. пока пострадавший не проконсультируется у глазного врача.

При воспалении, гнойных заболеваниях глаза и после удаления инородных тел для предотвращения распространения инфекции закапывают под веко 1-2 капли 20% р-ра сульфацила натрия (противомикробное средство). При закапывании ощущается резкое жжение, быстро сменяющееся облегчением неприятных ощущений.

Свободнолежащие инородные тела

Такие инородные тела зачастую удается удалить без промывания глаза. Это делают с помощью увлажненного ватного тампона или увлажненной марлевой салфетки, соблюдая большую осторожность. После того как вы удалили инородное тело (тела), наложите на нижнее веко бумажную полоску, пропитанную флуоресцеином, и отметьте на схеме глаза все окрашенные участки. При наличии таких участков проводите лечение, описанное выше в пункте "Повреждения роговицы".

У некоторых людей глаза настолько чувствительны, что без предварительного закапывания анестезирующих капель невозможно провести осмотр или удалить инородные тела.

Если инородное тело лежит на роговице, следует предпринять одну попытку его удаления, соблюдая крайнюю осторожность, чтобы не травмировать роговицу. Перед этим в глаз нужно закапать анестезирующие капли (по три капли три раза с интервалом в две минуты). Спустя несколько минут следует попытаться удалить инородное тело с помощью увлажненного ватного тампона. Контакт с поверхностью роговицы должен быть минимальным. Если инородное тело сразу удалить не удается, не следует пытаться сделать это еще раз. Проводите лечение как при повреждениях роговицы до обращения к глазному врачу в бли-

Неофициальный перевод

жайшем порту. До окончания анестезирующего эффекта глаз должен быть закрыт легкой салфеткой.

Инородные тела, внедрившиеся в глаз (или полностью находящиеся внутри него)

В тех случаях, когда в роговицу или склеру внедряются очень мелкие частицы металла, крошечные песчинки и тому подобные инородные тела, рану или инородное тело бывает очень сложно обнаружить даже с помощью флуоресцеина, а пострадавший может не чувствовать никакой боли в тот момент, когда ему в глаз попадает такое инородное тело. Однако заподозрить такой несчастный случай все же следует, если из рассказа пострадавшего выясняется, что он работал с металлом (сверлил, пилил и т. п.), либо стоял рядом с тем, кто это делал, или же тер глаза грязными руками.

Если вы уверены в попадании в глаз такого инородного тела или не можете доказать обратное, проводите лечение как при повреждениях роговицы. Мазь, однако, нужно закладывать чаще (не реже чем через каждые 6 ч). Пострадавший должен как можно скорее обратиться к глазному врачу. Не пытайтесь удалять такие инородные тела.

Ранения век и глазного яблока

При порезах глазного яблока, а также в тех случаях, когда из глаза вытекает жидкость или студнеобразное вещество, наложите на веко стерильную салфетку, пропитанную вазелином, а на салфетку наложите глазную подушечку. Закрепите ее скотчем или лейкопластырем. Необходима срочная медицинская помощь.

Химические ожоги

Промойте глаз большим количеством воды не менее 10 мин.

Наложите на вывернутое нижнее веко бумажную полоску, пропитанную флуоресцеином. В случае сильного окрашивания глаза под веки необходимо заложить большое количество глазной мази, чтобы предотвратить прилипание век к глазному яблоку. Закладывайте мазь каждые 4 ч, глаз должен быть закрыт стерильной салфеткой, пропитанной вазелином, и глазной подушечкой. Пострадавшего следует как можно скорее направить к глазному врачу.

Менее тяжелые ожоги следует лечить тетрациклиновой глазной мазью, закладывая ее каждые 4 ч, глаз должен быть закрыт стерильной салфеткой, пропитанной вазелином, и глазной подушечкой. Ежедневно исследуйте состояние глаза с помощью бумажной полоски, пропитанной флуоресцеином. Лечение нужно продолжать в течение 24 ч после того, как глаз перестанет окрашиваться флуоресцеином.

Неправильный перевод

Ультрафиолетовый ожог

Ультрафиолетовое излучение, возникающее при электросварке, может вызвать ожог незащищенных глаз. Пострадавший чувствует "песок в глазах", при обследовании обнаруживается сильное покраснение глаз. Яркий свет усиливает неприятные ощущения. Глаза нужно тщательно исследовать на наличие инородных тел, в частности с помощью флуоресцеина. Ультрафиолетовые ожоги обычно поражают оба глаза, поэтому при поражении одного глаза следует подумать об иной причине, например инородном теле, внедрившемся в роговицу, или механическом повреждении роговицы.

Промывание глаз холодной водой и наложение на веки холодных компрессов несколько облегчают состояние пострадавшего. Темные очки способствуют уменьшению дискомфорта, вызываемого ярким светом. Если пострадавший испытывает сильное ощущение "песка в глазах", нужно каждые 4 ч закладывать за веки тетрациклиновую глазную мазь. При отсутствии повторного воздействия ультрафиолетового облучения состояние глаз полностью нормализуется в течение 48 ч.

Повреждения уха

Инородные тела

Попадание в ухо песка, насекомых и иных мелких предметов может вызвать раздражение, дискомфорт или боль. Если инородное тело хорошо видно, можно попытаться удалить его пинцетом. Если это не удается легко сделать, от дальнейших попыток необходимо отказаться. Попытки удалить невидимое инородное тело или инородное тело, застрявшее в наружном слуховом проходе, могут привести к разрыву барабанной перепонки; кроме того, при неумелых манипуляциях можно протолкнуть инородное тело еще глубже.

Если инородное тело не видно, залейте в наружный слуховой проход растительное масло, при этом инородное тело может всплыть и пострадавший сможет вытряхнуть его из уха. Если же эти меры не помогают, при первой возможности направьте пострадавшего к врачу.

Кровотечение из уха

Оно обычно возникает при травме головы или взрыве. Наложите на ухо большую салфетку и прибинтуйте ее.

Пострадавший должен наклонить голову в сторону поврежденного уха. Если пострадавший без сознания, положите его в удобное положение так, чтобы пораженное ухо было внизу. Никогда не затыкайте наружный слуховой проход ватой или иным материалом.

Неофициальный фронт

Не для коммерческого использования

Повреждения внутреннего уха

В тех случаях, когда в результате перелома костей черепа происходит разрыв барабанной перепонки, из поврежденного уха может вытекать спинномозговая жидкость. Ее истечение не следует останавливать путем тампонирования уха. Пострадавшего нужно уложить на бок так, чтобы поврежденное ухо было внизу и жидкость могла свободно изливаться. При других травмах на ухо следует наложить повязку. Нельзя засовывать ватные тампоны в наружный слуховой проход. Во всех случаях необходимо посоветоваться с врачом по радио.

Повреждения носа

Кровотечение из носа

Плотно прижмите крылья носа минут на десять, держа голову над тазом или раковиной. Легче всего это может сделать сам пострадавший. Через 10 мин медленно отпустите крылья носа и посмотрите, капает ли кровь в таз или раковину. Отсутствие капель крови свидетельствует о прекращении кровотечения. Посоветуйте пострадавшему не сморкаться в ближайшие часы и воздерживаться от резкого высмаркивания в следующие два дня.

Если кровотечение не прекратилось, сожмите крылья носа еще на 10 мин и затем вновь медленно отпустите их. Если кровотечение и после этого не прекратилось, ноздрю необходимо тампонировать марлей.

Можно применить тампон, смоченный 3% перекисью водорода, или закапать в ноздрю сосудосуживающие капли (нафтизин и т. п.).

Кровотечение из губ, щек и языка

Для остановки кровотечения сожмите губу, щеку или язык с обеих сторон. Для усиления давления и предотвращения соскальзывания пальцев с каждой стороны можно приложить кусок марли или тампон. Сдавливание обычно лучше всего удается самому пострадавшему под руководством другого человека или с помощью зеркала (рис. 37).Инородные тела

Застрявшее в ноздре инородное тело пострадавший иногда может вытолкнуть, для чего он должен зажать вторую ноздрю и сделать сильный выдох через ноздрю, в которой находится инородное тело. Неплотно сидящий и видимый глазом предмет в ряде случаев удается удалить пинцетом. Если инородное тело не удается легко удалить, дальнейшие попытки следует прекратить и направить пострадавшего к врачу.



Рис. 56: Кровотечение из губы.

Повреждения внутренних частей носа

Если кровотечение не удается остановить с помощью метода, описанного на с. 67, то может возникнуть необходимость затампонировать нос. Для этого марлевую ленточку смазывают вазелином и вводят пинцетом как можно глубже в ноздрю. Ноздрю тампонируют достаточно плотно, но так, чтобы она чрезмерно не растягивалась. Тампон оставляют на 48 ч, после чего его аккуратно удаляют.

При переломах носа единственное лечение на борту – остановка кровотечения. Деформацию носа можно исправить только в больнице.

Повреждения полости рта и зубов

При сильном ударе в челюсть, особенно при переломе челюсти (см. разделы "Переломы", "Верхняя челюсть", "Нижняя челюсть", с. 31), могут возникнуть осложнения, связанные с повреждением зубных протезов, выпадением зубов, травмами десен, губ, языка, а также других структур, образующих полость рта.

При наружных ранах щек и губ необходимо проводить стандартное лечение. В случае повреждения полости рта, прежде всего необходимо прополоскать рот большим количеством воды для удаления образовавшихся осколков и обрывков тканей. Не пытайтесь удалять торчащие из десен фрагменты зубов. Если пострадавший испытывает сильную боль, дайте ему обезболивающие средства.

Помощь пострадавшему с выбитым зубом см. с. 195. Не следует пытаться зашить глубокие раны щек и языка. Сильное кровотечение нужно останавливать путем прижатия соответствующих участков.

При переломе челюсти или подозрении на такой перелом нужно с помощью повязки соединить верхнюю и нижнюю челюсти так, чтобы характер соприкосновения верхних и нижних зубов в максимальной степени соответствовал норме. Если зубные протезы сидят хорошо, их удалять не следует, поскольку они могут играть роль шины.

При всех ранах лица и внутренней поверхности полости рта, за исключением самых незначительных, нужно проводить лечение антибиотиками.

Ожоги

Ожоги, вызванные сухим и влажным жаром, лечат одинаково.

Ожоги первой степени затрагивают только наружный слой кожи, вызывая покраснение, умеренный отек, болезненность при прикосновении и боль. Ожоги второй степени захватывают более глубокий слой кожи. При поверхностных ожогах второй степени возникает сильное покраснение, образуются волдыри, появляется сильный отек, кожа покрывается мелкими капельками жидкости.

Неправильный перевод

Глубокие ожоги второй степени не всегда удается отличить от ожогов третьей степени сразу после воздействия на пострадавшего высокой температуры. Из-за повреждения нервных окончаний боль может быть очень сильной.

Ожоги третьей степени поражают кожу на всю ее глубину и могут захватывать подкожную жировую ткань, мышцы и кости. Кожа может быть обуглена, цвет ее в зависимости от причины ожога может быть черным, темно-коричневым или белым. Вследствие полного разрушения нервных окончаний боль может отсутствовать.

Потеря жидкости

Жидкость, которую пострадавший теряет при ожогах, представляет собой бесцветную жидкую часть крови (плазму). Количество теряемой жидкости в большей степени зависит от площади ожога, чем от его глубины. Чем больше потеря плазмы, тем тяжелее шок (см. раздел "Шок", с. 22). Кроме того, вследствие потери плазмы оставшаяся кровь становится "гуще" и с большим трудом движется по сосудам, в результате чего возрастает нагрузка на сердце.

Если:

- пострадавший получил ожоги третьей степени;
- пострадал маленький ребенок;
- ожоги охватывают лицо, или наружные половые органы, или возникли крупные ожоги вокруг суставов;
- ожогами поражено более 18% поверхности тела у взрослых и более 10% у детей и стариков – необходимо доставить пострадавшего в больницу в течение 6 ч, при невозможности этого запросить помощь. До эвакуации пострадавшего уложите его в постель и убедите его в том, что он должен пить как можно больше. Давайте ему пить солевой раствор для регидратации. Давайте пострадавшему обезболивающие средства (с. 272) и начинайте лечение антибиотиками (с. 272).

Незначительные ожоги можно лечить на борту. Для этого приготовьте:

- мыло, теплую кипяченую воду и ватные тампоны;
- несколько стерильных ножниц и пинцетов;
- достаточное количество стерильных салфеток, пропитанных вазелиновым маслом, для закрытия очищенных участков ожога;
- стерильную марлю и вату для наложения прокладки на салфетки, закрывающие участки ожога;
- эластичные сетчатые бинты или трубчатые бинты;
- хирургические маски.

Тщательно вымойте руки и наденьте маску. Удалите повязки, наложенные на месте происшествия, для того, чтобы обнажить один из

Неавторизованная версия

обожженных участков (при множественных ожогах) или часть одного крупного ожога, например кисть или предплечье, или участок спины. Цель таких манипуляций состоит в том, чтобы одновременно был открыт ограниченный участок ожога для уменьшения риска инфекции и снижения потери жидкости. Очистите кожу вокруг краев ожога, используя мыло, воду и тампоны. Обработку следует проводить в направлении от ожога к здоровой коже. Нельзя применять вату и иной ворсинчатый материал, так как отдельные ворсинки могут прилипнуть к обожженному участку.

Целые пузыри не трогайте, но срежьте всю мертвую кожу лопнувших пузырей. Для удаления обрывков тканей обмойте обрабатываемый участок теплой кипяченой водой из чистого сосуда. С помощью тампона, смоченного в теплой кипяченой воде, осторожно удалите из обожженного участка всю оставшуюся грязь и посторонние предметы. Делайте это как можно нежнее, поскольку такие манипуляции неизбежно вызывают у пострадавшего боль.

После этого нанесите на обработанный участок пантеноловую пену (спрей) либо неомициновую, синтомициновую мазь, и закройте его салфеткой, выступающей за края ожога. На салфетку наложите впитывающий материал, т. е. слой стерильной марли, покрытый слоем стерильной ваты. Можно закрыть ожог влажно-высыхающей повязкой из салфеток и марли, пропитанных раствором фурацилина и закрытых полиэтиленовой пленкой. Закрепите все это с помощью соответствующей повязки. Для конечностей подходят трубчатые повязки, для других участков тела эластичные сетчатые повязки.

При тяжелых ожогах начинайте лечение антибиотиками (с. 272).

Повязки не следует менять в течение недели, если только не появляется неприятный запах или они не становятся очень грязными, или же у пострадавшего не поднимается температура. Перевязки следует делать так же, как и наложение первичной повязки.

Ожоги первой степени обычно заживают за 7-10 дней, не оставляя рубца. Ожоги второй степени заживают примерно за три недели, и после них остаются небольшие рубцы.

Другие ожоги

Тяжелые солнечные ожоги следует лечить так же, как ожоги первой степени, учитывая площадь обожженной поверхности. При умеренных солнечных ожогах пострадавший должен избегать пребывания на солнце, а на болезненные участки кожи можно наложить каламиновую или цинковую мазь.

При сухих и влажных ожогах рта и глотки пострадавший должен прополоскать рот холодной водой и пососать кусочки льда.

Неверенный, Вера

Ожоги дыхательных путей вызываются вдыханием горячих газов и дыма. О возможности такого ожога говорят ожоги вокруг рта, носа, а также ожоги других частей лица, волосистой части головы и шеи.

У пострадавшего с легким повреждением дыхательных путей наблюдается только кашель, охриплость голоса или боль в горле. В более тяжелых случаях имеют место сильная одышка, стойкий кашель, свистящее дыхание и охриплость. В очень тяжелых случаях может наступить полная блокада дыхательных путей в результате отека гортани и возникнуть частичное спадение легких.

Если пострадавшему трудно дышать, введите дыхательную трубку. При любом ожоге дыхательных путей запросите помощь.

Вывихи

Чаще всего вывихи возникают в плечевом суставе и в межфаланговых суставах пальцев кисти. Пытаться вправлять такие вывихи следует в тех случаях, когда пострадавший не может получить врачебную помощь в ближайшие 6 ч. Все остальные вывихи должен лечить врач. Доврачебная помощь должна заключаться в применении обезболивающих средств. Иногда вывиху может сопутствовать перелом кости, поэтому будьте внимательны и осторожны.

Вывих плечевого сустава

Плечевой сустав болезнен, и пострадавший не может двигать рукой в этом суставе. Разденьте пострадавшего до пояса и сравните контур здорового и вывихнутого плечевых суставов. Обычно при вывихе плечевого сустава на месте головки плечевой кости возникает впадина, а расстояние от верхней части плеча до локтевого сгиба на пораженной стороне увеличивается. Это обусловлено тем, что головка плечевой кости обычно смещается внутрь и вниз.

Если вы пришли к выводу, что у пациента имеет место вывих плечевого сустава, дайте ему обезболивающее. После того как боль стихнет (примерно через 15-20 мин), уложите пострадавшего лицом вниз на койку или стол, высота которых должна быть достаточной для того, чтобы рука свободно свисала, не касаясь пола. Когда пострадавший ляжет,



Рис. 57: Вправление вывиха плечевого сустава.

Ознакомительный вариант

положите под вывихнутый сустав небольшую подушку или большой валик. Затем медленно опустите вывихнутую руку так, чтобы она свободно свисала вниз. Пострадавший должен находиться в таком положении примерно в течение часа, чтобы вес свисающей руки преодолел спазм мышц, вызванный вывихом. Если к этому времени вывих не вправится, к кисти следует привязать груз массой 5-7 кг, как показано на рис. 57.

Если вывих вправился, пострадавший должен лечь на здоровый бок и согнуть поврежденную руку в локте, обхватив пальцами здоровый плечевой сустав. После этого ему нужно помочь сесть и подвесить поврежденную руку на косыночную перевязь в наиболее удобном положении (рис. 19). В таком положении рука может находиться до 48 ч. После этого перевязь снимают и больной начинает медленно и осторожно двигать поврежденной рукой. В ближайшем порту следует сделать рентгеновский снимок плечевого сустава.

Вывихи межфаланговых суставов пальцев кисти

Такие вывихи обычно удается вправить, если сильно потянуть за палец. Для начала руку следует согнуть в локте под прямым углом. Один человек должен сильно тянуть за палец примерно в течение одной минуты, а второй – оттягивать локоть в противоположном направлении. После вправления поврежденный палец следует иммобилизовать, прибинтовав его к соседнему пальцу. Через 24 ч бинт нужно снять, и пострадавший должен начать медленные и осторожные движения поврежденным пальцем. В ближайшем порту необходимо сделать рентгеновский снимок пальца.

Растяжения

Такие травмы обычно возникают в результате резких движений. Как правило, сразу же появляется боль, а позже вследствие кровоизлияния развивается отек.

Исключить переломы костей при растяжениях можно только с помощью рентгена. При сомнении лучше считать, что перелом есть, и проводить соответствующее лечение. Пострадавшего нужно уложить в постель и придать поврежденной конечности возвышенное положение. После этого наложить холодный компресс, для уменьшения отека можно приложить лед. Такое лечение должно продолжаться 3-4 ч.

В течение 2-3 дней (а иногда и дольше, в зависимости от тяжести травмы) поврежденная конечность должна находиться в возвышенном положении. Следует продолжать тугое бинтование эластичным бинтом. При необходимости давать обезболивающее.

Если нет перелома, пострадавший должен делать осторожные движения. Растяжения проходят гораздо быстрее при раннем начале

Разработано Игорем Кулаевым

движений поврежденной конечностью. Обычно пострадавший сам решает, когда можно двигать конечностью в полном объеме.

Если боль и отек держатся долго, то в ближайшем порту следует сделать рентгеновский снимок.

Применение повязок

Спиральные повязки

Спиральная повязка предназначена для надежной фиксации наложенной на рану салфетки. Поэтому ее следует накладывать плотно, но не слишком туго, чтобы не нарушить кровообращение. Необходимо периодически проверять пальцы кистей и стоп, чтобы своевременно обнаружить снижение их температуры, отек, посинение и онемение. При наличии хотя бы одного из этих признаков нужно немедленно ослабить повязку.

Фиксация повязки:

- Возьмите бинт в правую руку (или в левую, если вы левша).
- Поместите наружную сторону свободного конца бинта на пораженную руку (рис. 58, а).
- Сделайте один оборот и загните вниз незакрытый треугольный конец бинта (рис. 58, б).
- Еще дважды обмотайте бинт вокруг конца для того, чтобы надежно зафиксировать его, и начинайте бинтовать пораженную часть тела (см. рис. 58, в).

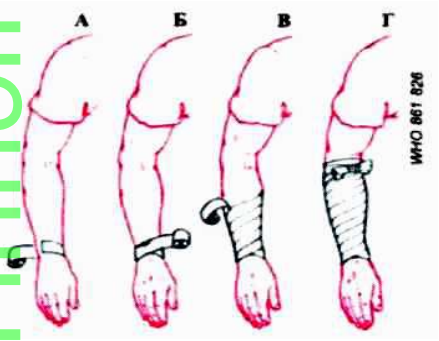


Рис. 58: Наложение спиральной повязки.

- Продолжайте бинтование, делая спиральные обороты (рис. 78, г). Витки следует накладывать так, чтобы они перекрывали друг друга и полностью закрывали кожу.

Спиральные повязки можно закреплять с помощью зажимов, английских булавок или липкой ленты. Можно также разрезать конец бинта вдоль, завязать узел, чтобы бинт дальше не рвался, обмотать разрезанные концы вокруг пораженной части тела и завяжите их узлом.

Косыночные повязки

Треугольную косыночную повязку можно использовать для закрепления больших салфеток, наложенных на раны и ожоги груди или спины. Ниже описано наложение повязок на раны грудной клетки.

Незавершенный вариант

- Перекиньте конец повязки через плечо. Остальная повязка должна свисать на грудь так, чтобы середина основания была ниже вершины (см. рис.59).
- Загните основание повязки так, чтобы надежно закрепить салфетку, и свяжите вместе концы на спине ниже лопатки. После завязывания узла должны остаться длинный и короткий конец.
- Подтяните длинный конец к лопатке и свяжите его со свободным концом, свисающим с плеча.

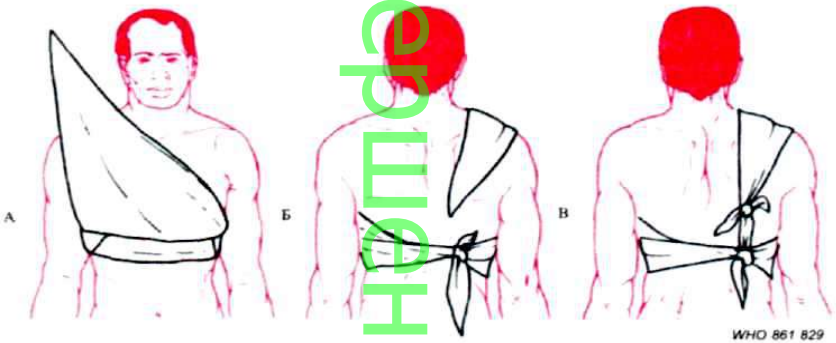


Рис. 59: Косыночные повязки на грудь или спину.

Удаление рыболовного крючка

Ниже описаны два метода удаления рыболовного крючка. Метод N 1 лучше использовать в том случае, когда зубец крючка расположен близко к коже, а метод N 2 - для удаления маленьких крючков, а также в тех случаях, когда нет опасности, что в процессе удаления зубец повредит кровеносный сосуд или иную структуру.

Независимо от выбранного метода прежде всего обработайте крючок и участок кожи вокруг него 1 % раствором хлоргексидина или обмойте его водой с мылом.

Метод 1

Обведите вокруг крючка петлю из тонкой прочной нити и натяните ее так, чтобы она касалась кожи. Прижмите пальцем ушко крючка так, чтобы крючок был параллелен или почти параллелен коже. Держите крючок в таком положении и резко натяните петлю. Крючок выйдет из раны в том же месте, в котором он вонзился в кожу.

Метод 2

Нащупайте зубец и введите в этот участок подкожно 1 % раствор лидокаина. Подождите минут пять, пока не наступит анестезия. Крепко

Неавторизованный перевод

сожмите крючок плоскогубцами. Круговым движением проколите зубец через кожу так, чтобы он полностью оказался над поверхностью кожи. Откусите зубец и выньте крючок, как показано на рисунке.



Рис. 61: Удаление рыболовного крючка (метод 1)

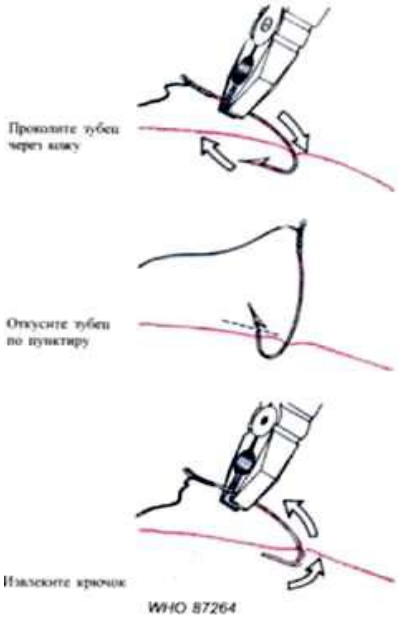


Рис. 60: Удаление рыболовного крючка (метод 2)

Лечение

Обработайте рану 1% раствором хлоргексидина и наложите сухую повязку. Всегда проводите лечение антибиотиками (с. 272), так как крючок может быть инфицирован.

Незавершенный вариант

Глава 3. Отравления

В быту и во время плавания можно столкнуться с рядом токсичных веществ. Например, лекарства могут вызвать отравление, если их принимают не по назначению. Опасность могут представлять газы, краски, смолы и органические растворители, средства бытовой химии. Считайте любое вещество или препарат бытовой химии вредным, пока не узнаете, что это не так. Сведения о некоторых токсичных веществах приведены в конце этой главы (с. 79). Токсичные вещества могут попадать в организм при дыхании, через рот и пищеварительную систему в случае проглатывания, через кожу и через слизистую оболочку глаз.

Опасные вещества могут вызывать местное повреждение глаз, кожи или других тканей либо общее отравление. Возможны и аллергические реакции. Эффекты ядовитых веществ могут быть внезапными и резко выраженными или постепенными и нарастающими, вываемое ими повреждение – временным или постоянным. Независимо от причины отравления лечение должно быть быстрым, что может предотвратить возникновение осложнений.

Диагностика отравлений

Диагностика отравления облегчается, если на возможную причину указывает один или несколько из следующих факторов:

- обстоятельства несчастного случая, например утечка химических веществ;
- характер симптомов отравления и их связь с недавним воздействием химических веществ;
- наличие нескольких пострадавших с одинаковыми симптомами.
- Следует помнить, что:
- симптомы отравления некоторыми ядовитыми веществами напоминают симптомы естественных болезней (рвота, понос, коллапс);
- люди могут подвергнуться воздействию химических веществ в разное время или в разной степени во время одного и того же происшествия, и поэтому они могут заболеть в разное время или иметь симптомы неодинаковой тяжести;
- люди по-разному реагируют на ядовитые вещества в зависимости от состояния здоровья, конституции и степени воздействия.

Латентная стадия

Это период между попаданием ядовитого вещества в организм и возникновением первых симптомов (ощущений). Они обычно возникают быстро, но иногда латентная стадия занимает несколько часов.

Неавторизованный вариант

Активная стадия

На этой стадии ярко проявляются симптомы отравления. Зачастую самые разные вещества вызывают одинаковые симптомы, поэтому и лечение должно быть одинаковым. Общие симптомы отравления включают: головную боль, тошноту и рвоту, головокружение, психические нарушения, потерю сознания, судороги, боль.

К признакам тяжелого отравления относятся частый и слабый пульс, серый или синюшный цвет кожи, сильная одышка, длительная потеря сознания.

Поздняя стадия

В большинстве случаев симптомы отравления исчезают через несколько часов, особенно при попадании в организм небольшого количества ядовитых веществ. При попадании большого количества, длительном воздействии или высокой токсичности химических веществ симптомы отравления могут сохраняться несколько часов или даже несколько дней. Состояние пострадавшего может ухудшиться в результате возникновения осложнений, самыми частыми из которых являются удушье (с. 47), бронхит (с. 165). пневмония (с. 207), отек легких, сердечная недостаточность, сосудистый коллапс, печеночная или почечная недостаточность.

Ингаляционные отравления

Многие вещества образуют пары, которые могут раздражать легкие и вызывать одышку. Кроме того, они вызывают кашель и жжения в груди. Основными симптомами ингаляционного отравления являются одышка, головная боль, головокружение и тошнота; в некоторых случаях потеря сознания.

Некоторые опасные газы, например диоксид углерода (углекислый газ), оксид углерода (угарный газ), а также многие хладагенты не имеют запаха, по которому можно догадаться об их присутствии.

Немедленно вынесите пострадавшего на свежий воздух. Расстегните стесняющую одежду и обеспечьте проходимость дыхательных путей. При отсутствии дыхания делайте искусственное дыхание. В случае остановки сердца делайте массаж сердца (с. 18).

При отравлении оксидом углерода и токсичными газами пострадавшему нужен свежий воздух, как только у него восстановится самостоятельное дыхание.

Пострадавший должен соблюдать постельный режим не менее 24 ч или до полного выздоровления. При ингаляционном отравлении возможны осложнения: тяжелая одышка с выделением изо рта пенистой мокроты (отек легких), а также пневмония и бронхит (с. 207 и 165).

Неавторизованная версия

Отравления, вызванные употреблением внутрь

Большинство таких веществ вызывают позывы на рвоту, рвоту (иногда с кровью), боль в животе, в том числе спастическую боль (связанную с судорожным сокращением мышц), позже – понос. К их числу относятся ядовитые грибы и ягоды, а также загрязненные или испортившиеся продукты питания (см. раздел "Пищевые отравления"). Особенно тяжелые симптомы возникают при отравлении едкими веществами – кислотами, щелочами и дезинфицирующими средствами, которые обжигают губы и рот и вызывают сильную боль.

Другие ядовитые вещества вызывают общие токсические эффекты, не раздражая желудочно-кишечный тракт. Симптомы отравления развиваются постепенно по мере всасывания ядовитых веществ в кровь и их воздействия на нервную систему, результатом которого может быть потеря сознания и смерть. Примерами веществ такого рода служат успокоительные таблетки и обезболивающие средства, принятые в чрезмерных дозах. Чрезмерное количество алкоголя также может вызвать острое отравление (см. с. 81).

Лечение. По возможности определите природу вещества, вызвавшего отравление. Если пострадавший в сознании и испытывает боль, то обычно стремится рассказать о том, что он выпил. Если пострадавший без сознания, то причину иногда удается установить, обнаружив пузырек или иную упаковку. Не теряйте, однако, время на установление вещества, вызвавшего отравление. Гораздо важнее быстро оказать помощь пострадавшему.

Не старайтесь вызвать у пострадавшего рвоту!

Если пострадавший в сознании, дайте ему активированного угля с водой.

Если пострадавший потерял сознание, положите его в удобное положение (с. 11) и:

- в случае остановки дыхания делайте искусственное дыхание;
- в случае остановки сердца проводите его массаж.
- не давайте пострадавшему ничего через рот.

Воздействие на кожу

Токсичные вещества могут действовать на кожу, вызывая покраснение и раздражение, а в тяжелых случаях ожоги кожи; а также всасываясь через неповрежденную кожу и вызывая общие симптомы отравления, такие, как головокружение, слабость и, в редких случаях, потерю сознания. Лечение:

- Немедленно снимите загрязненную одежду и обувь.

Неофициальный Ветеринар

- Смойте ядовитые вещества большим количеством теплой воды. Если на коже осталось какое-то количество вещества, продолжайте обмывать ее в течение 10 мин.
- Возникшие ожоги лечите так, как сказано на с. 99.

Воздействие на глаза

Многие вещества, особенно жидкие или присутствующие в составе дымов, попав в глаза, вызывают их покраснение и раздражение.

Как можно быстрее промойте глаза большим количеством чистой воды, широко раскрыв веки пальцами. Такое промывание следует проводить в течение 10 мин. При малейшем сомнении относительно полноты удаления вредного вещества из глаза повторите промывание.

Если больной испытывает сильную боль, бывает необходимо применить к нему физическую силу для того, чтобы можно было провести промывание и лечение. Более подробно о диагностике и лечении поражений глаз рассказано на с. 62. Для снятия боли больной должен принимать по две таблетки парацетамола каждые 4 ч.

Отдельные токсичные вещества

Лекарственные средства

Отравления могут быть вызваны многими лекарствами, принятыми по ошибке или при попытке самоубийства. Чаще всего причиной отравления бывают седативные средства (снотворные) и транквилизаторы. К ним относятся барбитураты и такие лекарства, как диазепам. Обычно они вызывают постепенную потерю сознания, которая может быть весьма продолжительной. Дыхание замедляется и становится поверхностным. При тяжелых отравлениях может наступить остановка дыхания. При отравлениях барбитуратами сознание может отсутствовать несколько суток, но большинство пострадавших в конечном счете выздоравливают.

Причиной отравления может быть и передозировка таких простых средств, как ацетилсалициловая кислота и парацетамол. Ацетилсалициловая кислота вызывает рвоту, шум в ушах, дыхание становится глубоким и частым. При сильной передозировке этого лекарства возникает кровотечение в кишечник, и у пострадавшего может иметь место рвота ярко-красной кровью. Передозировка парацетамола обычно не вызывает острых симптомов, за исключением рвоты у некоторых пострадавших. Однако через 2-3 дня могут возникнуть симптомы поражения печени. Ни ацетилсалициловая кислота, ни парацетамол не вызывают потерю сознания.

Неавторизованный фрагмент

Неделфонный вариант

Дезинфицирующие средства

Многие дезинфицирующие средства, например фенол, крезол и отбеливающие растворы, токсичны. При попадании на кожу разбавленных растворов фенола и крезола возникает сильная сыпь. Концентрированные растворы вызывают безболезненные белые ожоги кожи. При приеме внутрь этих веществ возникают ожоги полости рта, а в тяжелых случаях - сильная рвота, коллапс и потеря сознания. У некоторых пострадавших наблюдаются судороги. В качестве отбеливающих средств (например, средства для чистки унитазов и т. п.) обычно применяют растворы гипохлорита натрия в воде. Они вызывают раздражение кожи и общие симптомы отравления при приеме внутрь. Пострадавший может жаловаться на жжение во рту и желудке и общее недомогание.

Растворители, нефтепродукты и топливо

Симптомы отравления обычно возникают после вдыхания паров этих веществ и проявляются головокружением, тошнотой и иногда рвотой. При тяжелом отравлении может наступить потеря сознания. В случае приема указанных веществ внутрь возникают те же симптомы, но тошнота и рвота могут быть сильнее.

Диоксид углерода (углекислый газ)

Удушение этим не имеющим запаха газом может произойти в тех случаях, когда его концентрация в воздухе настолько высока, что он вытесняет значительную часть кислорода. Отравление углекислым газом может произойти при тушении пожара. Этот газ образуется также при испарении «сухого льда» – твердой углекислоты. Диоксид углерода тяжелее воздуха и поэтому накапливается в нижних частях трюмов и кают. Он вызывает головокружение, одышку и головную боль. Позднее пострадавший может упасть и потерять сознание.

Оксид углерода (угарный газ)

Этот не имеющий запаха горючий газ также образуется при пожарах, неполном сгорании топлива (газовая плита, камелек), а также входит в состав отработанных газов двигателей внутреннего сгорания и дизельных двигателей. Он очень ядовит, даже в низких концентрациях.

Человек, подвергшийся воздействию оксида углерода, испытывает головокружение и мышечную слабость, у него может быстро наступить потеря сознания. При тяжелых отравлениях губы становятся ярко-красными, а кожа лица и туловища – розовой.

При отравлении оксидом углерода необходимо как можно скорее дать пострадавшему кислород.

Алкоголь

Запах алкоголя изо рта свидетельствует об употреблении спиртных напитков, но не позволяет установить количество выпитого алкоголя и не означает, что состояние больного обусловлено алкогольной интоксикацией. При травмах головы, употреблении снотворного, а также при некоторых болезнях больной может вести себя как пьяный.

Не следует исключать возможности того, что человек получил травму или заболел, пока вы тщательно не обследуете его. Бывают случаи, когда моряков, доставленных на борт в полукоматозном состоянии, просто укладывают в постель и оставляют одних, а спустя несколько часов находят их мертвыми. В таких ситуациях смерть наступает в результате всасывания из желудка чрезмерного количества алкоголя или из-за удушения собственными рвотными массами. Тяжелое опьянение может поставить человека в опасную ситуацию, к нему не следует относиться легкомысленно.

Обычное алкогольное опьянение

Пьяный плохо контролирует свои мышцы, ему трудно правильно ходить и говорить, он не в состоянии выполнить самые обычные действия. Лицо красное, белки глаз налиты кровью. Иногда возникает рвота. Человек в состоянии обычного алкогольного опьянения может быть весел и возбужден, нередко агрессивен, в то же время может быть плаксивым, удрученным, утратить контроль над эмоциями.

Тяжелое алкогольное опьянение

При употреблении в течение короткого времени большого количества алкоголя, особенно на пустой желудок, может возникнуть тяжелое отравление, которое может привести к смерти вследствие дыхательной или сердечной недостаточности.

У "смертельно пьяного" человека отсутствует сознание, дыхание медленное и шумное, зрачки расширены, пульс частый, губы синюшны. Изо рта такого человека пахнет алкоголем, однако помните, что кома или ступор не всегда обусловлены исключительно алкоголем. Признаки ступора у человека, находящегося в тяжелом алкогольном опьянении, во многом сходны с признаками ступора при других состояниях, вызывающих потерю сознания.

Лечение

Пьяных, у которых сохранено сознание, нужно убедить выпить 1-2 стакана воды для предотвращения похмелья, вызванного алкогольным обезвоживанием, и уложить в постель. Лицам, находящимся в состоянии сильного опьянения, нельзя давать есть. Желательно, чтобы кто-то из членов команды находился рядом с сильно пьяным человеком и мог

Неправильное применение

оказать ему помощь, если у него во сне возникнет рвота и он начнет задыхаться.

Потерявшего сознание следует уложить в постель и обращаться с ним как с больным, потерявшим сознание (с. 98). Помните, что его ни на минуту нельзя оставлять без присмотра, так как он может захлебнуться собственными рвотными массами.

Похмелье

Похмелье обычно проявляется головной болью, общей разбитостью и неприятными ощущениями в желудке. Лицам, находящимся в состоянии похмелья, нельзя давать алкоголь "для поправки". Они должны пить как можно больше безалкогольных напитков для устранения обезвоживания, вызванного алкоголем, принимать таблетки парацетамола и при необходимости антацид (гидроксид магния в виде суспензии по 1 чайной ложке на полстакана воды 3 раза в день). Неприятные ощущения в желудке и другие признаки похмелья обычно исчезают через 24-36 ч, если человек больше не употребляет алкоголь, очень мало ест или вообще не ест и пьет много жидкости.

Абстиненция

Абстиненция возникает у алкоголиков, не получивших очередную порцию спиртного. Утром, если человек не принял дозу спиртного после вчерашней попойки, у него начинают дрожать руки, возникает депрессия, появляется сильная потливость. Такие лица обычно лечатся сами, принимая очередную порцию алкоголя. Им можно позволить немного выпить, если у них нет признаков нарушения психики.

Белая горячка

Приступ белой горячки может представлять серьезную опасность. Она возникает только у лиц, которые на протяжении многих лет страдают тяжелым хроническим алкоголизмом. Ее не бывает после однократного употребления большой дозы спиртного человеком, который обычно употребляет алкоголь в умеренных или небольших дозах. Приступ может возникнуть и в тех случаях, когда в результате травмы или болезни "нормальная" доза становится для алкоголика чрезмерной.

Больной белой горячкой вначале раздражен и беспокоен, ничего не ест. Вслед за этими ранними признаками появляется дрожь во всем теле, особенно сильно дрожат руки. У больного может возникнуть помрачение сознания, он не ориентируется в пространстве, не узнает окружающих. Возникает сильная потливость, температура тела может достигать 39°С, лицо краснеет. Появляются психические нарушения вплоть до бреда. Бред усиливается по ночам, когда у больного возникают зрительные галлюцинации: больной видит чудовищ, пауков, крыс,

Не для продажи

насекомых, которых он пытается сбросить с себя. Состояние больного может ухудшиться настолько, что у него развивается делирий, во время которого он может совершить самоубийство или убийство. Это продолжается обычно 3-4 дня, после чего состояние больного улучшается и он начинает спать нормально, или же, наоборот, оно ухудшается, возникает кома, наступает полное истощение и смерть.

От абстиненции белая горячка отличается наличием тяжелых психических и эмоциональных нарушений. С больным белой горячкой следует обращаться как с психически больным (с. 97). В помещении, где он находится, круглые сутки должен быть неяркий свет, способствующий уменьшению зрительных галлюцинаций. Больного нужно уговорить пить как можно больше воды или безалкогольных напитков, если он хочет есть, его нужно накормить. По окончании приступа больной может заснуть на целые сутки.

Сначала попытайтесь успокоить больного, дав ему 50 мл крепкого напитка (водка, виски). Если это не поможет, постарайтесь его зафиксировать. При первой возможности больного следует направить на лечение по поводу алкогольной зависимости.

После прекращения приступа белой горячки крайне важно создать условия, исключающие употребление больным алкоголя. Следует помнить, что лица, страдающие хроническим алкоголизмом, очень хитры и изобретательны. Они нередко прячут спиртное в своей каюте или на рабочем месте и могут попытаться воспользоваться своими запасами или обманным путем заставить других людей принести им их "лекарство". Нужно помнить, что делирий, обусловленный злоупотреблением алкоголем, является лишь одной из многих форм делирия.

Другие формы делирия

Делирий (бред и др. нарушения сознания) может быть обусловлен психической болезнью; ядами, накапливающимися в организме при некоторых системных инфекциях; а также отравлениями, вызванными различными веществами, такими, как свинец, оксид углерода, наркотики и некоторые лекарства. Делирий может сопутствовать сильному истощению, хронической болезни, высокой лихорадке и тяжелой травме. Он может проявляться как в форме безвредного беспокойства, когда больной часами натягивает на себя одеяло и что-то бормочет себе под нос, так и в форме необузданных, шумных и агрессивных действий.

При возникновении беспокойства больной все время старается встать с постели и нередко пытается сбежать. Эта форма делирия может возникать при всех острых инфекциях, особенно при брюшном тифе.

Предварительный просмотр

Буйный делирий или буйный бред обычно связан с токсическими состояниями, вызванными уремией, алкогольной зависимостью и передозировкой лекарственных средств, и проявляется необузданным маниакальным возбуждением. В разное время больной может вести себя шумно или спокойно, агрессивно или тихо. Его поведение трудно контролировать, он обычно не обращает никакого внимания на окружающих его людей. Речь быстрая, бессвязная, глаза широко открыты, зрачки расширены, лицо красное. Внезапно может возникнуть мания убийства. Возникновение любой формы делирия является очень опасным сигналом. Необходимо постараться установить и устранить причину делирия.

Глава 4. Обследование больного

Обследование больного состоит из двух основных частей:

1) сбор анамнеза болезни, т. е. установление в хронологическом порядке всей истории развития болезни; и

2) обследование, во время которого выявляют физические признаки болезни.

Необходимо записывать сведения о всех стадиях каждого заболевания и о состоянии больного. Зачастую при первом обследовании диагноз поставить не удается, но по мере появления в последующие несколько дней более отчетливых жалоб и выраженных симптомов болезни ее картина может стать яснее.

Первыми симптомами многих инфекционных болезней являются только лихорадка и общее недомогание, но уже через несколько дней может появиться сыпь (корь), или желтуха (гепатит), или ригидность затылочных мышц и кома (при менингите). Более поздние симптомы помогают поставить окончательный диагноз. Записи, касающиеся симптомов болезни, имеют важное значение при консультациях по радио, а также при передаче больного медикам.

Сбор анамнеза

Иногда диагноз удается поставить на основании одного лишь анамнеза. Необходимо собрать всю возможную информацию, с тем чтобы можно было составить представление о развитии болезни у конкретного человека.

Запись анамнеза

Следует указать время, когда пациент впервые заметил симптомы болезни, какие-либо изменения в своем организме или просто ухудше-

Ознакомительная версия

ние самочувствия. Затем нужно в хронологическом порядке описать симптомы или события вплоть до момента обследования. Задавайте вопросы, которые помогают больному рассказывать о заболевании:

- "Как началась ваша болезнь?"
- "Что вы чувствовали в самом начале?"
- "Сколько времени это продолжается?"
- "Как и где это случилось?"
- "Что было потом?"

Важно получить сведения о главном симптоме или симптомах, таких, как боль в животе или сильная головная боль. Такие симптомы, как слабость, утомляемость и потеря аппетита наблюдаются почти при каждой болезни. Необходимо узнать у больного, были ли у него раньше сходные симптомы или нарушения. Нужно спросить, какой диагноз ему ставили раньше в сходной ситуации, какое назначали лечение и какие лекарства он принимал. В анамнезе следует указать также, какие медикаменты больной принимает в настоящее время, так как его состояние может быть реакцией на лекарства (аллергия).

Боль

Боль – один из самых частых симптомов болезни. Необходимо задать следующие вопросы:

- Как началась эта боль, что вы делали в то время?
- Где болит? (Попросите больного показать, чтобы вы могли точно отразить это в записях. Названия частей тела см. в приложении 2).
- Насколько сильна боль, приходится ли корчиться от боли?
- Каков характер боли? (боль может быть спастической, острой, тупой, ноющей). Боль постоянная или время от времени исчезает?
- Отдает ли боль в другую часть тела?
- Переходит ли она из одной части тела в другую?
- В каком положении тела боль усиливается и в каком ослабевает?
- Усиливает ли ее что-либо?
- Какие лекарства облегчают боль?

Болезни, перенесенные в прошлом

Попросите рассказать обо всех перенесенных болезнях, травмах и операциях. Это поможет исключить некоторые болезни. Например, если в прошлом больному была сделана аппендэктомия, то боль в нижнем правом отделе живота не может быть проявлением аппендицита.

С другой стороны, знание перенесенных ранее болезней помогает обнаружить рецидив. Если больного в прошлом госпитализировали по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а сейчас он жалуется на жгучую боль в верхней части живота, стихающую после приема

Незавершенный фрагмент

антацидов и молока, то можно сделать вывод, что боль скорее всего обусловлена обострением язвенной болезни.

Следует помнить о тех болезнях, которые были диагностированы у данного больного раньше, например сахарный диабет и гипертония, поскольку они могут обостриться вследствие новой болезни, а также могут вызвать ее осложнения. У больного нужно узнать, не страдает ли он аллергией к каким-либо лекарствам и не было ли ему плохо от каких-либо лекарств.

Обследование

Приступая к обследованию, уже следует оценить характер речи больного, его общий вид и психическое состояние. Затем необходимо использовать систему сбора информации, основанную на выявлении определенных признаков болезни.

Для проведения обследования нужно иметь часы с секундной стрелкой, аппарат для измерения кровяного давления, стетоскоп и термометр; обследование необходимо проводить в тихом помещении.

- Дыхание, пульс и температура.
- Общий вид. Обратите внимание на положение тела и выражение лица больного. Беспокоен ли больной, необычна ли его поза?
- Кожа. Отметьте локализацию сыпи или язв. Какого цвета сыпь, мелкая или крупная? Расположены ли элементы сыпи по отдельности или сливаются? Зудят ли они? Приподняты они или плоски? Какова кожа на ощупь, горячая и сухая или же холодная и влажная? Каков цвет кожи? Есть ли признаки желтухи (желтизны)? Каков цвет губ и ногтевых лож, синюшный или бледно-белый?
- Голова. Есть ли признаки травмы, такие, как порез, ссадина, отек?
- Глаза. Есть ли признаки желтушности или воспаления склеры (белая часть глазного яблока)? Признаки желтушности лучше искать при солнечном свете; при искусственном освещении у многих здоровых людей склеры имеют желтоватый оттенок.
- Уши. Посмотрите, нет ли кровотечения из наружного слухового прохода, особенно если больной получил удар по голове или есть основания предполагать такой удар.
- Нос. Посмотрите, есть ли у больного кровотечение или необычные выделения из носа.
- Рот и горло. Есть ли отек и покраснение десен? Каковы цвет и движения языка, нет ли в них чего-либо необычного? Есть ли в зеве необычная краснота, отек или язвы? Не затруднено ли глотание? Нет ли необычного запаха изо рта?
- Шея. Попросите больного лечь на спину и положите руку ему под голову. Попросите больного расслабиться, при этом вы должны легко

Ознакомительный фрагмент

поднимать его голову, а шея должна сгибаться так, чтобы подбородок касался грудной клетки. Обратите внимание на то, есть ли у больного необычное напряжение мышц шеи и не испытывает ли он дискомфорта при поднятии в положений лежа ног с выпрямленными коленями. Проверьте, увеличены ли железы по бокам шеи. Обратите внимание на то, болезненны ли они при прикосновении, подвижны, мягки или уплотнены.

- Грудная клетка. Обратите внимание на то, как больной дышит, испытывает ли он при этом боль и одинаково ли движутся обе половины грудной клетки. Вынужден ли больной сидеть, чтобы облегчить дыхание? С помощью стетоскопа необходимо выслушать грудную клетку спереди и сзади и сравнить обе ее половины.
- Живот . Обратите внимание на контуры живота. Симметричен ли он? Спросите больного о происхождении всех имеющихся рубцов. Такие рубцы могут быть следствием перенесенных ранее операций и исключают болезни желчного пузыря или воспаление аппендикса, поскольку они уже удалены. Пощупайте живот, обращая внимание на болезненные участки, а также на то, мягкий он или напряженный.
- Руки и ноги. Проверьте подвижность и силу мышц всех частей рук и ног. Есть ли паралич или мышечная слабость? (Например, если больной не может двигать ногой, то нужно выяснить, связано ли это с болью или же является параличом, при котором боли обычно не бывает.) Есть ли отечность и болезненность? В каком состоянии вторая рука или нога?
- Спина. Есть ли болезненность или деформация? Необходимо проверить, не болезненна ли область почек, для чего нужно слегка ударить по ней кулаком. Эта область находится сбоку от позвоночника, между верхним краем тазовой кости и последним ребром.
- Нервная система. Есть ли у больного чрезмерная обеспокоенность своей болезнью? Обратите внимание на психическое состояние больного. Рационально ли его поведение, есть ли в нем что-то необычное? Может ли он указать сегодняшнее число и выполнить простые арифметические действия.
- Скоординированы ли его движения и какова походка? Если больной слишком слаб и не может ходить, посмотрите, как он двигается, поворачивается и берет предметы в постели.

Выводы

Запишите основные жалобы больного, отметьте системы организма, которые могут быть поражены. Нередко путем исключения можно остановиться на нескольких предполагаемых диагнозах. После этого обратитесь к тем главам данной книги, в которых описаны вероят-

Ознакомительный фрагмент

ные болезни или состояния, и решите, какая из них наиболее соответствует наблюдаемым у больного симптомам.

На этой стадии, даже если вам не удастся поставить диагноз, вы будете знать о больном достаточно, чтобы проконсультироваться по радио с врачом.

Нужно исследовать такие выделения, как рвотные массы, испражнения, мокроту и мочу, обращая внимание на их необычный цвет, консистенцию и особенно на присутствие крови. Кровь в испражнениях может иметь ярко-красный, темно-коричневый или черный цвет. В моче кровь обычно имеет красный цвет, но нередко кровь удается обнаружить только после того, как моча отстоится несколько часов. У больного с желтухой моча обычно имеет темно-желтый цвет. Для того чтобы подтвердить наличие желтухи, мочу следует налить в небольшую бутылку и интенсивно потрясти. При наличии желтухи пена будет желтой, тогда как обычно она белая. Можно сравнить мочу больного с мочой здорового человека.

Следует помнить о двух важных моментах: во-первых, в случае сомнения всегда сравнивайте состояние больного с состоянием здорового человека; сравнивайте у одного и того же больного симметричные органы, например правое ухо с левым, правый глаз с левым и т. п. Во-вторых, продолжайте наблюдение за состоянием больного и повторно обследуйте его, это позволит вам обнаружить ранее не замеченные симптомы болезни. Избегайте быстрого принятия решений или постановки диагноза. Поспешное решение может оказаться ложным. Если вы не уверены в диагнозе, скажите больному о своих сомнениях и оставьте решение вопроса врачу.

Глава 5. Уход за больным

Размещение больного

По возможности нуждающегося в уходе больного следует поместить в отдельную каюту. Это способствует созданию спокойной обстановки, а также уменьшает опасность распространения инфекции. Важно, чтобы в помещении всегда был свежий воздух, но при этом не было резких перепадов температуры и сквозняков. Хорошо, если в каюту попадает солнечный свет.

В жаркую погоду больного зачастую стараются положить так, чтобы его обдувал сквозняк. Этого делать нельзя, поскольку больной может простыть. Если помещение снабжено принудительной вентиляцией, поток воздуха не должен попадать прямо на больного.

Ознакомительный вариант

Больному с поражением органов дыхания, который кашляет и отхаркивает мокроту, необходимо дать плевательницу (сосуд с крышкой). Если плевательница не одноразовая, в нее следует добавить дезинфицирующее средство.

Рядом должно находиться судно для мочи, до которого больной может легко дотянуться.

Остатки пищи, тарелки, чашки, ножи, ложки и вилки необходимо уносить из каюты после того, как больной поел. Если больной страдает инфекционной болезнью, их необходимо мыть в самой каюте.

На койках тяжелобольных страховочные приспособления должны быть натянуты постоянно, на койках остальных больных – ночью и в штормовую погоду.

Жизненно важные физиологические показатели

После того как больной уложен в постель, необходимо определить его жизненно важные физиологические показатели: температуру, пульс, частоту дыхания, артериальное давление, уровень сознания.

Температуру следует измерять дважды в сутки или чаще, если того требует состояние больного. Температуру тела измеряют клиническим термометром.

Людям, которые находятся без сознания, беспокойны или пьяны, нельзя измерять температуру в полости рта, так как они могут разгрызть термометр. Таким людям термометр ставят в подмышечную впадину, прижимают его рукой на пять минут, после чего смотрят показание.

Нормальная температура в полости рта составляет примерно 37°С. Аномальной считается температура, выходящая за диапазон 36,3-37,2°С. Температура в подмышечной впадине (или в паху) на 0,5°С ниже, а в прямой кишке - на 0,5°С выше, чем во рту. Температура тела чуть ниже утром и чуть выше к концу дня. У здоровых лиц эти колебания температуры весьма незначительны.

Температура тела снижается при состояниях, вызывающих обезвоживание, например при сильном кровотечении и некоторых тяжелых болезнях неинфекционной природы.

Неавторизованный фрагмент

Температура тела повышается при инфекциях и состояниях, сопровождающихся нарушением терморегуляции.

При болезнях, сопровождающихся лихорадкой, температура тела возрастает и затем падает до нормы. Сначала больной испытывает озноб и дрожь. Потом ему становится жарко, кожа становится красной, сухой и горячей, и появляется сильная жажда. Больной может страдать от головной боли. Температура может по-прежнему подниматься. Наконец, температура падает, и у больного возникает потоотделение. В таких случаях необходимо сменить нательное и постельное белье.



Рис. 62: Клинический термометр со шкалами Фаренгейта и Цельсия.

В холодной стадии больного следует укрыть одним или двумя одеялами, нужно, однако, помнить, что излишнее укутывание может привести к повышению температуры. Больному с высокой температурой рекомендуется давать прохладное питье. Если температура превышает 40°C, необходимо сделать прохладное обтирание или даже организовать ванну, чтобы предотвратить дальнейшее повышение температуры (см. раздел "Тепловой удар", с. 199).

Частота пульса

Частота пульса обычно равна числу ударов сердца в минуту. Пульс определяют на запястье, сердце выслушивают над левым соском. Частота пульса зависит от возраста, пола и физической активности. Она возрастает во время физической нагрузки, а также при волнении или возбуждении. Во сне и в меньшей степени в покое частота пульса снижается.

Пульс 120 в минуту и выше легче сосчитать путем выслушивания сердца. Нормальная частота пульса (число ударов сердца в минуту)

Дети 2-5 лет - около 100
Дети 5-10 лет - около 90

Незавершенный вариант

Взрослые мужчины - 65-80
Взрослые женщины - 75-85

Частота пульса обычно увеличивается при повышении температуры примерно на 10 ударов в минуту на каждые 0,5°С выше 38°С.

У больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, пульс может быть учащен и при нормальной температуре. Пульс может быть ритмичным (одно и то же число ударов каждые 15 с) и аритмичным, кроме того, удары могут быть одинаковыми и разными по силе.

Если пульс очень аритмичен, необходимо сосчитать его на запястье и одновременно определить путем выслушивания число сердечных сокращений. Эти показатели могут не совпадать, поскольку слабые сердечные сокращения слышны, но возникающая пульсовая волна слишком слаба и ее не удается ощутить при определении пульса на запястье. Каждый раз проводите подсчет в течение одной минуты и записывайте оба результата.

На запястье пульс определяют следующим образом:

- Предплечье и кисть пациента должны быть расслаблены. Поместите свои пальцы над лучевой артерией, т. е. на той стороне запястья, где находится большой палец (рис. 91).
- Нащупайте пульс и слегка сдавите артерию пальцами, чтобы он отчетливо ощущался. Давление должно быть таким, чтобы не пережать артерию.
- После того как вы отчетливо ощутили пульс, подсчитайте число ударов в минуту и запишите полученный результат.

Частота дыхания

Число вдохов в минуту определяют, наблюдая за движением грудной клетки. Частоту дыхания следует определять так, чтобы пациент об этом не догадывался, например делая вид, что вы подсчитываете частоту пульса. Если пациент знает, что вы определяете частоту его дыхания, последнее, как правило, становится неровным.

Частота дыхания зависит от возраста, пола и физической активности. Она увеличивается при физической нагрузке, волнении и сильных переживаниях и уменьшается во сне и покое.

Нормальная частота дыхания (число вдохов в минуту)

Дети 2-5 лет – 24-28
Дети 5 лет – взрослые – постепенно снижается
Взрослые мужчины – 16-18
Взрослые женщины – 18-20

Подсчитывайте частоту дыхания в течение полной минуты, отмечая при этом любые затруднения, которые пациент испытывает во время вдоха или выдоха.

Ознакомительный фрагмент

Обычно частота пульса увеличивается на 4 удара в минуту при увеличении частоты дыхания на 1 вдох в минуту. Это соотношение 4:1 изменяется при таких болезнях органов дыхания, как пневмония, которые могут вызвать большее увеличение частоты дыхания.



Рис. 63: Определение пульса.

Кровяное давление

Кровяное давление удобно определять с помощью электронных приборов, обычно прибор одновременно измеряет и пульс. При работе с электронным прибором стетоскоп не нужен. Руководствуйтесь инструкцией к имеющемуся у вас прибору.

Артериальное давление у здоровых людей зависит от множества факторов. При физическом покое и психическом спокойствии кровяное давление снижается. С возрастом оно увеличивается. Травма или внутреннее кровотечение могут приводить к большой кровопотере, которая вызывает падение кровяного давления. Шок характеризуется опасным падением кровяного давления.

Кровяное давление обычно выражают в миллиметрах ртутного столба. Регистрируют систолическое давление, т. е. давление в момент сокращения желудочков сердца, и диастолическое давление, т.е. давление в момент расслабления желудочков. Когда говорят, что кровяное давление равно 120/80, это означает, что систолическое давление составляет 120 мм рт. ст., а диастолическое давление 80 мм рт. ст. Это нормальный диапазон. Небольшие отклонения от этих показателей существенного значения не имеют.

При измерении кровяного давления пациент должен лежать или сидеть, а рука, на которой измеряют давление, должна покоиться на чем-нибудь твердом. Давление можно измерять на любой руке.

- Наденьте манжетку на плечо пациента выше локтя.
- Клапан манжетки должен быть закрыт.
- Накачивайте баллончиком воздух в манжетку до тех пор, пока прибор не покажет давление не менее 200 мм.рт.ст.
- Слегка откройте клапан, с тем чтобы давление стало медленно снижаться (при быстром сбросе давления показания будут неверными). В процессе уменьшения давления прибор зафиксирует систолическое (верхнее) и диастолическое (нижнее) давление. При прослушивании пульса систолическое давление отвечает появлению первых

Неавторизованная версия

ударов, а при диастолическим давлении слышен последний удар пульса.

Уровень сознания

Различают четыре уровня сознания: ясное сознание, беспокойство, ступор и кому.

Пациент с ясным сознанием хорошо понимает, что происходит вокруг него, и адекватно реагирует на окружающую обстановку. Он может попросить предметы, необходимые для удовлетворения его физиологических потребностей, лекарство, воду.

Беспокойный больной чрезвычайно чувствителен к факторам окружающей среды и склонен преувеличивать их значение. Такой больной может кричать от умеренной боли. Он требует непрестанного внимания, постоянно меняет положение тела, мечется из стороны в сторону.

Больной в ступоре спокойно лежит в постели, кажется спящим и ничего не просит. Даже будучи разбуженным, он быстро возвращается в сонливое состояние, что сильно затрудняет его кормление. У больного может быть непроизвольное отхождение мочи и кала.

Больной в коме спокойно лежит в постели, кажется спящим, и его невозможно разбудить. Он не просит пить, не требует судна, чтобы помочиться, не может глотать, у него может быть непроизвольное отхождение мочи и кала. Его невозможно разбудить с помощью сильных воздействий или громко позвав по имени.

Беспокойство часто наблюдается у следующих больных:

- испуганных, взволнованных или испытывающих сильную боль;
- у больных с кровотечением; беспокойство возникает вследствие того, что головной мозг недостаточно снабжается кровью;
- у больных с травмой головы или опухолью головного мозга, в тех случаях, когда повышенное внутричерепное давление нарушает кровоснабжение той или иной части головного мозга;
- у больных с сердечным приступом, поскольку ослабленное сердце не может снабжать головной мозг достаточным количеством крови;
- у больных, находящихся в шоке, когда кровяное давление настолько низко, что наступает резкое ухудшение кровоснабжения мозга.

Беспокойство может быть ранним признаком указанных состояний.

Уход за лежачим больным

Необходимо регулярно перестилать постель и менять постельное белье. Помните, что складки на простыне могут причинять больному неудобство и вызывать пролежни. В тех случаях, когда состояние больного очень тяжелое, когда у него имеет место недержание мочи или кала и когда он сильно потеет, под простыню нужно подстилать клеенку.

Неавторизованный

Если у больного имеется перелом или если вес одеяла причиняет ему беспокойство, можно использовать специальные подставки.

Если больной не в состоянии встать с постели, для того чтобы сменить простыню, нужно осторожно повернуть больного на одну сторону постели и скатать освободившуюся часть простыни. Затем конец чистой простыни подгибают под матрац, а остальную часть простыни скатывают и располагают рядом со скатанной частью старой простыни. После этого больного осторожно перекладывают на чистую простыню, полностью снимают старую и расправляют новую простыню. Для смены простыни у больного, находящегося в сидячем положении, применяют такой же прием, но простыни скатывают с торца постели. Больному следует объяснить цель и порядок ваших действий, с тем чтобы он мог оказать вам посильную помощь. Свежее постельное белье способствует улучшению настроения больных.

Кормление больного в постели

У больных и пострадавших аппетит, как правило, снижен. В некоторых случаях их необходимо убеждать много пить, чтобы избежать обезвоживания. Нужно узнать у больного, какие блюда и напитки он любит, и постараться приготовить их. Для предотвращения загрязнения постельного и нательного белья во время кормления ослабленных больных можно подстилать полотенца и салфетки.

Уход за полостью рта

Больные должны чистить зубы и зубные протезы. У больных, находящихся в очень тяжелом состоянии, необходимо снять зубные протезы. Слизистую оболочку щек и десен, зубы и язык нужно протирать ватными тампонами, смоченными водой. На пересохшие губы следует нанести тонкий слой вазелина.

Пролежни

Если не принять профилактических мер, у лежачих больных могут возникнуть пролежни. Особенно велика вероятность возникновения пролежней у больных, находящихся в бессознательном состоянии, а также у больных с недержанием мочи или кала. Для предотвращения пролежней необходимо часто менять положение тела больного и поддерживать чистоту кожи; можно использовать подушки, резиновые подкладные круги, другие мягкие подкладки. Места, где могут возникнуть пролежни, нужно протирать спиртом, а затем слегка припудривать тальком.

Физиологические отправления у лежачих больных

Если позволяет состояние больного, физиологические отправления ему лучше всего делать в туалете. Некоторые люди психологически не могут этого делать при посторонних. Лежачие больные вынуждены

Национальный образовательный портал

пользоваться подкладным судном и мочеприемником, которые необходимо каждый раз опорожнять и мыть. Нужно отметить в истории болезни количество, цвет, консистенцию и запах выделений; в ряде случаев следует сохранить пробы для лабораторныех тестов.

Многие люди считают, что стул должен быть каждый день. Однако это не обязательно, и иногда у совершенно здоровых людей стула не бывает целую неделю. Больные нередко потребляют меньшее количество пищи, и поэтому стул у них бывает реже.

Недержание мочи или кала у больных в сознании причиняет массу неудобств и ставит их в неловкое положение в собственных глазах, поэтому их необходимо успокоить и заверить, что окружающие относятся к этой проблеме с пониманием. Таких больных нужно содержать в чистоте.

Подготовьте все необходимое для подмывания:и мешок для грязных вещей. Подотрите больного туалетной бумагой. Затем обмойте загрязненные участки тела теплой водой с мылом. Тщательно высушите кожу полотенцами путем промокания, но не вытирания, чтобы не повредить кожу. Обильно припудрите кожу тальком и застелите чистую простыню.

Если больной может ходить, то лучше помочь ему дойти до места, где он сможет подмыться.

Устройство, которое можно использовать при недержании мочи:

Сделайте небольшой разрез в кончике презерватива. Введите в образовавшееся отверстие эластичную трубку и прочно закрепите ее. Наденьте презерватив на член. Между отверстием мочеиспускательного канала и введенной в презерватив трубкой должно быть не менее 3-4 см (см. рис. 97), для того чтобы конец трубки не царапал половой член. Презерватив фиксируют с помощью полоски липкой ленты, предварительно выбрив волосы на лобке (рис. 97).

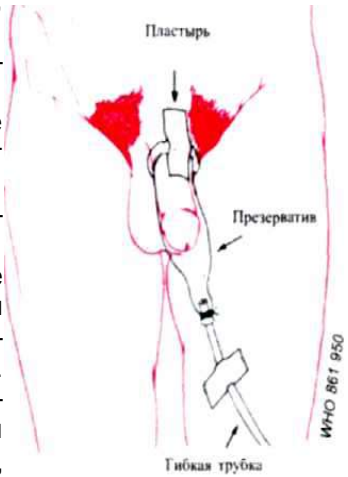


Рис. 64: Приспособление, применяемое при недержании мочи.

Нельзя фиксировать презерватив нитями, обмотанными вокруг полового члена. Чтобы трубка не натягивалась, ее фиксируют к телу больного или к кровати. Свободный конец трубки опускают в мочеприемник, который нужно регулярно опорожнять.

Репозиторий ВГМУ

Водно-солевой баланс

Организм человека имеет саморегулирующиеся механизмы, которые поддерживают равновесие между потреблением жидкости и ее выведением.

Потребление жидкости

С едой и напитками человек ежесуточно потребляет в среднем 2,5 л жидкости. В умеренном климате человек может непродолжительное время жить, потребляя всего 1 л жидкости в сутки. В жарком климате вследствие большой потери жидкости с потом суточное потребление жидкости может достигать 6 л.

Потеря жидкости

Организм человека теряет жидкость в результате потоотделения, дыхания, а также с мочой и калом. Ежесуточно из организма выводится не менее 2,5 л жидкости, которые распределяются следующим образом: неощутимое потоотделение – 0,5 л, дыхание – 0,4 л, моча – 1,5 л, кал – 0,1 л. Всего – 2,5 л

К этому нужно добавить потерю жидкости вследствие явного потоотделения, которая в жарком климате может быть весьма высокой.

Измерение потребления и потери жидкости

При любом заболевании, сопровождающемся нарушением водного баланса, необходимо с самого начала вести запись потребления и потери жидкости. Эта информация может быть нужна врачу, с которым советуются по радио. Количество поступившей в организм жидкости и количество жидкости, выведенной из организма, нужно записывать каждые 12 ч и сравнивать полученные результаты. Записывайте наблюдения, например «Сильно потел в течение часа», «понос». Врач сможет оценить потерю воды и из этих сведений.

В первые 12 ч потребление жидкости обычно должно превышать ее потерю на 0,5 – 0,75 л. Еще через 12 ч суточное потребление и потеря жидкости должны уравновеситься. О балансе можно говорить в том случае, когда потребление жидкости на 1-1,5 л превышает ее потерю с мочой и рвотными массами.

Нарушение водно-солевого равновесия

Если потребление жидкости превышает ее потери, ограничьте прием жидкости и обследуйте больного на предмет выявления отеков (с. 198). Если потеря жидкости больше потребления, дайте больному дополнительное питье.

Чрезмерная потеря жидкости (обезвоживание) может возникнуть у любого больного с сильным потоотделением, диареей, рвотой, кровопотерей или ожогами, охватывающими более 10% поверхности тела. Неконтролируемый сахарный диабет (см. с. 217) также может вызвать обезвоживание. Стул при диарее и рвотные массы содержат много

Незаверенный фрагмент

жидкости, поэтому при описании характера стула и рвотных масс нужно указывать их консистенцию, иными словами – примерное содержание в них жидкости. Больным с диареей или рвотой (либо с тем и другим) необходимо давать большое количество жидкости.

К признакам обезвоживания относятся сильная жажда, высокая температура в течение долгого времени, сухая кожа, тусклые глаза, сухой рот и язык, темная концентрированная моча в малых количествах и редкие мочеиспускания. Обезвоженному больному лучше давать тот напиток, который ему больше нравится. Алкогольные напитки давать нельзя. Весьма полезны подслащенные цитрусовые соки.

При нарушениях терморегуляции (см. с. 199), когда много солей теряется с потом, а также при холере, когда имеет место сильный понос, возникает необходимость в дополнительном введении солей. Для этого больным дают пить раствор для пероральной регидратации. При отсутствии такого раствора в одном литре воды следует растворить одну чайную ложку поваренной соли и 8 чайных ложек сахара и давать больным пить этот раствор.

Нарушения дыхания

Больные с нарушениями дыхания лучше всего чувствуют себя в полусидящем положении либо в положении на спине или в положении сидя, наклонившись вперед.

Уход за больными с психическими нарушениями

К каждому такому больному следует относиться как к потенциальному самоубийце или убийце и постоянно держать его под наблюдением.

Если капитан сочтет необходимым изолировать больного, его лучше всего поместить в одноместную каюту. Перед этим каюту необходимо тщательно осмотреть и удалить предметы, которые больной мог бы использовать для нанесения вреда себе или окружающим, т. е. зеркала, стулья, кресла, пластиковые пакеты, электрические лампы, не защищенные прочными колпаками, спички, электроприборы и т.п. В каюте не должно быть ножей и вилок. Обычную посуду замените мягкой одноразовой.

Необходимо проверить одежду больного, чтобы убедиться, что в ней не спрятаны какие-либо опасные предметы, например нож. Это нелегко сделать, имея дело с агрессивным больным, в таких случаях нужно постараться под каким-нибудь предлогом убедить больного раздеться, с тем чтобы можно было проверить его одежду. Необходимо также изъять подтяжки, пояса и шнурки.

Дверь каюты необходимо держать под постоянным наблюдением; желательно, чтобы больной об этом не знал, поскольку его состояние может ухудшиться, если он будет знать, что заперт. Все люки и иллю-

Неофициальный перевод

минаторы должны быть задраены. Необходимо принять меры к тому, чтобы больной не мог запереть дверь каюты изнутри.

В каюту должен входить только тот, кто ухаживает за больным, но желательно, чтобы второй человек находился за дверью и мог сразу прийти на помощь. У многих таких больных может быть бред преследования, когда им кажется, что другие члены экипажа стремятся причинить им вред. Лица, ухаживающие за больным, должны вести себя вежливо, но твердо – именно так они могут добиться доверия.

Больного, находящегося в сильном возбуждении, в крайних ситуациях бывает необходимо связать. Лучше всего привязать такого больного к койке или носилкам двумя скрученными простынями, одну из которых накладывают поперек грудной клетки, а второй фиксируют ноги. Обычно с помощью лекарств и дружеского, но твердого убеждения удается успокоить больного. Но и после этого за больным необходимо осуществлять самое пристальное наблюдение.

К насильственным действиям в отношении психически больного можно прибегать лишь как к крайнему средству. Если в этом возникает необходимость, то такие действия нужно осуществлять хладнокровно, твердо и таким образом, чтобы больной не смог им воспротивиться.

Больные в бессознательном состоянии

Тщательный уход за больным, находящимся в бессознательном состоянии, является трудной и очень важной задачей. От ухода за таким больным во многом зависит исход болезни. Крайне важно поддерживать проходимость дыхательных путей, придать больному удобное положение и не оставлять его без присмотра.

Важнейшее значение имеет поддержание проходимости дыхательных путей, для чего прежде всего больному нужно придать удобное положение.**Голова всегда должна быть запрокинута назад так, чтобы подбородок смотрел вверх, она ни в коем случае не должна наклоняться вперед.** Необходимо освободить рот от крови, рвотных масс или иных секретов с помощью пальцев или отсоса. Больного, находящегося в бессознательном состоянии, ни на минуту нельзя оставлять без присмотра, поскольку у него могут начаться рвота, припадки, он может упасть с койки и т. п.

Некоторые больные, находящиеся в бессознательном или полубессознательном состоянии, могут быть довольно буйными или делать внезапные резкие движения, поэтому необходимо сделать так, чтобы они не могли упасть на пол или удариться о какой-либо твердый предмет. В этом отношении безопаснее всего койка с бортами. Следите за тем, чтобы больной не утыкался лицом в подушку или иной мягкий предмет, так как это может привести к удушению.

Ознакомительный фрагмент

Особую осторожность при повороте пострадавшего с одного бока на другой необходимо соблюдать в тех случаях, когда есть основания предполагать перелом нижней челюсти или падение с высоты, а также при повреждении шеи и позвоночника (с. 35).

При поворотах пострадавшего следите за его дыханием.

Следите за тем, чтобы все суставы находились в полусогнутом положении. Под полусогнутые колени, между ними и под голеностопные суставы нужно подложить подушки.

Исследование кала, мокроты и рвотных масс

Кал

Частота и характер стула у разных больных неодинаковы, поэтому прежде чем на основании анализа кала делать какие-либо выводы, нужно установить, что является нормой для данного больного.

При исследовании кала необходимо обращать внимание на присутствие крови, гноя, слизи, увеличение или снижение количества желчных пигментов (цвет кала) и наличие гельминтов.

Кровь. Черный, цвета дегтя, будь то оформленный или жидкий, но всегда неприятно пахнущий кал свидетельствует о кровотечении из желудка или верхних отделов кишечника. Черный цвет калу придает кровь, подвергшаяся воздействию пищеварительных ферментов (с. 202).

Ярко-красная кровь говорит о кровотечении из нижнего отдела толстой кишки, прямой кишки или заднего прохода. Наиболее частой причиной такого кровотечения является геморрой (с. 174).

Гной присутствует в кале при тяжелой дизентерии и язвенном поражении кишечника, а также в тех случаях, когда в просвет кишки попадает содержимое абсцесса какого-либо внутреннего органа.

Слизь в кале присутствует главным образом при острых или хронических инфекциях толстой кишки. Следует помнить, однако, что слизь может появляться при любом раздражении слизистой оболочки кишечника. При инфекциях слизь часто содержит примесь крови.

Желчные пигменты. Бледный, желтовато-серый цвет кала бывает в случае уменьшения поступления в кишечник желчи, что наблюдается при болезнях печени, поджелудочной железы и желчного пузыря.

Острицы имеют вид белых нитей длиной 0,5-1 см, и в свежем кале они обычно извиваются (с. 172).

Круглые глисты похожи на земляных червей, имеют длину 15-20 см и бывают видны в свежем кале.

Ленточные глисты могут достигать в длину 10 м и более. Они имеют плоское тело, состоящее из сегментов. Короткие сегменты могут отрываться и выходить с калом. Целиком такие глисты выходят только

Новый Вектор Развития

после соответствующего лечения, которое следует проводить под наблюдением врача.

Изменение кала при некоторых болезнях

Острая бактериальная дизентерия. В тяжелых случаях стул бывает до 30 раз в сутки, в кале присутствует большое количество слизи и крови (с. 212).

Амебная дизентерия. Нередко стул длительное время бывает очень обильным, кал имеет резкий неприятный запах, содержит кровь и слизь (с. 119).

Холера. Наблюдается частая и обильная диарея. В тяжелых случаях ежесуточно выделяется большое количество не имеющей запаха водянистой жидкости с примесью слизи, напоминающей рисовый отвар (с. 132).

Брюшной тиф. Запор в первую неделю заболевания может смениться частой диареей, при которой кал напоминает по внешнему виду гороховый суп (с. 113).

Мокрота

Необходимо отметить количество и внешний вид мокроты, в частности присутствие в ней крови.

Ниже вкратце описан внешний вид мокроты при некоторых заболеваниях:

- при хроническом бронхите мокрота может быть прозрачной и слизистой;
- при острых и хронических заболеваниях органов дыхания мокрота бывает густой и имеет желтый или зеленый цвет;
- при пневмонии мокрота иногда приобретает ржавый цвет, который обусловлен распадом присутствующих в мокроте небольших количеств крови;
- мокрота может быть окрашена кровью, иногда больной может откашливать кровь и без всякой мокроты (см. ниже примечание);
- при отеке легких мокрота пенится, всегда обильна, имеет белый или розовый цвет.

Если больной сплевывает кровь (или если кровь присутствует в рвотных массах), необходимо при хорошем освещении внимательно осмотреть полость рта и глотку, а также попросить больного высморкаться. Откашливание крови и ее присутствие в рвотных массах наблюдаются довольно редко, тогда как легкое кровотечение из десен и носа встречается гораздо чаще, и нервный или возбужденный больной может легко запутать неопытного наблюдателя, пытающегося оказать ему медицинскую помощь.

Неавторизованный фрагмент

Рвотные массы

Обращайте внимание на цвет, консистенцию и запах рвотных масс. При подозрении на отравление следует собрать образец в герметичный сосуд и хранить в прохладном месте.

В рвотных массах могут присутствовать следующие компоненты.

- Частично переваренная пища.
- Желчь, придающая рвотным массам желтый или желто-зеленый цвет.
- Кровь. Ее присутствие может указывать на язву или рак желудка, иногда кровь появляется при тяжелой рвоте, вызванной, например, морской болезнью, а также вследствие некоторых болезней печени. В тех случаях, когда кровь некоторое время находилась в желудке, она приобретает темный цвет, напоминающий цвет кофейной гущи. Это обусловлено ее перевариванием желудочным соком.
- Каловые массы. Водянистая коричневая жидкость с запахом кала может присутствовать в рвотных массах при тяжелой непроходимости кишечника (см. с. 146), сопровождающейся обратным движением содержимого кишечника.

Лечебные процедуры

Применение холода

Холод нужно прикладывать к любой части тела, подвергшейся травме, с целью сужения кровеносных сосудов и уменьшения кровотечения.

Применение холода показано также при некоторых инфекциях (например, при аппендиците и абсцессе зуба) для уменьшения отека и дополнительного повреждения, которое может быть вызвано отеком.

Следует помнить, что длительное применение холода или чрезмерно низкая температура могут вызвать гибель клеток. Холод сужает кровеносные сосуды, в силу чего кровоснабжение соответствующего участка тела резко уменьшается. В случае побледнения или посинения кожи холод следует снять и вновь приложить через 15 мин.

Холодные глазные компрессы

Холод в форме компрессов часто применяют при воспалении (покраснении) глаза для уменьшения притока крови. Это снижает кровенаполнение глаза и уменьшает боль, вызванную отеком.

Холодные глазные компрессы накладывайте следующим образом.

- Приготовьте стерильные салфетки или глазные подушечки.
- Положите в лоток несколько кубиков льда и добавьте туда воды.
- Погрузите салфетку в холодную воду, отожмите и наложите на глаз.

Неразрешенный фрагмент

- Приготовьте следующую салфетку, снимите предыдущую и наложите свежую.

В целом холод нужно применять в течение 15-30 мин.

Холодные влажные компрессы

Их можно накладывать на пораженные участки тела на 15-30 мин.

Пузырь со льдом (сухой холод)

Пузырь со льдом применяйте следующим образом.

- Заполните пузырь кусочками льда примерно наполовину.
- Перед тем как закрыть пузырь, удалите из него воздух (воздух увеличивает скорость таяния льда и снижает гибкость пузыря).
- Убедитесь в том, что пузырь не подтекает.
- Оберните пузырь мягкой впитывающей влагу тканью.
- Приложите пузырь к пораженному участку тела (если пузырь имеет металлическую крышку, она не должна касаться тела).
- Спустя 30 мин снимите пузырь и вновь приложите его через час.
- Пузырь необходимо сразу же снять, если больной жалуется на онемение и если кожа резко побледнела или посинела.
- По мере таяния льда добавьте в пузырь свежий лед.

Холодные или прохладные обтирания

Такие обтирания обычно делают больным с температурой выше 39°С. Нужно следить за состоянием больного, чтобы вовремя обнаружить возможные побочные реакции.

Применение тепла

Тепло применяют при некоторых инфекциях для усиления кровообращения в пораженных участках тела, уменьшения застоя и воспаления и снятия боли. **При боли в животе или подозрении на аппендицит тепло применять ни в коем случае нельзя**.

В случае применения тепла нужно соблюдать следующие меры предосторожности.

- Проверьте температуру воды. Соблюдайте следующие температуры: горячая ванна, ножная ванна, горячее влажное обертывание — 43°С, теплая ванна — 35°С, горячая грелка — 50°С.
- Внимательно следите за цветом кожи больного: чрезмерное покраснение кожи может свидетельствовать об ожоге.
- Для продления воздействия обрабатываемую часть тела после прекращения воздействия тепла нужно хорошо укутать.
- Перед тем как добавить горячую воду в сосуд, проследите за тем, чтобы больной вынул из него руку или ногу.

Не для продажи

Неправительственная организация

Сухое тепло

Горячая грелка.

- Наполните грелку (наполовину или на три четверти) водой с температурой около 50°С.
- Выдавите из грелки воздух (так, чтобы вода поднялась до самого горлышка), завинтите пробку и проверьте, нет ли утечки воды.
- Оберните грелку полотенцем.
- Приложите грелку к соответствующему участку тела.
- Через 15 мин проверьте, нет ли чрезмерного покраснения кожи.
- Меняйте воду в грелке по мере необходимости.

Во избежание ожогов каждый час необходимо проверять состояние кожи больного.

Применение лекарств

- Всегда давайте лекарства вовремя.
- Перед тем как дать лекарство, еще раз внимательно прочтите надпись на этикетке.

Отметьте в истории болезни дату и время, название лекарства, его дозу и путь введения. Не делайте таких записей до тех пор, пока больной действительно не получит лекарство.

Если лекарства нужно давать (или вводить) несколько раз в сутки, соблюдайте соответствующие интервалы. Это нужно для постоянного поддержания в крови достаточного уровня лекарства. Лекарства, которые нужно принимать перед едой, дают за полчаса до нее.

Пути введения лекарств

Пероральный

Пероральный путь, т. е. прием через рот, самый простой. Терапевтический уровень лекарства в крови обычно достигается через 30 – 90 мин после его приема и сохраняется в течение 4-6 ч в зависимости от свойств и состава препарата. Лекарство, принятое на пустой желудок, обычно всасывается быстрее, чем лекарство, принятое после еды.

Те лекарства, которые разрушаются пищеварительными соками, а также лекарства, предназначенные для самостоятельного приема в неотложных ситуациях, например нитроглицерин, можно класть под язык.



Рис. 65: Лекарство для инъекций.

Подкожный

Подкожные инъекции обычно делают в наружную часть плеча, спину и боковую часть бедра. Максималь-

ный эффект подкожно введенного лекарства обычно настает через 30 мин.

Лекарства для инъекций, поставляются во флаконах, закрытых резиновыми колпачками, или в стеклянных ампулах. Если название лекарства отсутствует или его невозможно прочесть, то флакон или ампулу необходимо выбросить. Вокруг шейки ампулы может быть нанесен цветной поясок, по которому можно без осколков отломить верхушку ампулы. Резиновая пробка закатана колпачком с отрывным лепестком, который следует отрывать непосредственно перед использованием лекарства.

Одноразовые шприцы простерилизованы и поставляются или с уже надетыми иглами, или с иглами, находящимися в отдельном пластиковом контейнере.

Подкожные инъекции делают так:

- Приготовьте одноразовый шприц с иглой диаметром 0,5 мм и длиной 16 мм; лекарство, спирт, ватные тампоны.
- Если во флаконе находится несколько доз лекарства, то резиновую пробку следует протереть тампоном, смоченным спиртом.
- Перед тем как вскрыть ампулу, сделайте так, чтобы вся жидкость находилась ниже шейки; для этого нужно слегка постучать пальцем по шейке. Затем надпилите шейку и отломите верхнюю часть ампулы.
- Снимите колпачок с иглы, не касаясь самой иглы. Если лекарство находится во флаконе, введите шприцем во флакон объем воздуха, равный объему лекарства, который нужно взять из флакона.
- Наберите в шприц нужное количество лекарства.
- Поднимите иглу вверх и удалите воздух из шприца.
- Протрите ваткой со спиртом кожу на наружной поверхности верхней части плеча.
- Захватите кожу большим и указательным пальцами, после чего под нужным углом резко вколите иглу (рис. 68).
- Слегка оттяните поршень назад. Если в шприце не появится кровь, введите лекарство и выньте иглу. Если кровь появится, наберите лекарство в новый шприц и сделайте инъекцию в новом месте.
- Протрите место инъекции ваткой со спиртом.

Внутримышечный

К этому пути введения прибегают в тех случаях, когда лекарство раздражает подкожные ткани, а также в целях увеличения продолжительности действия лекарства.

Игла для внутримышечной инъекции нужна более длинная и толстая (диам. 1 мм, длина 5 см).

- Выберите место инъекции. Лучше всего делать инъекцию в верхний наружный квадрант ягодицы (рис. 68).

Национальная библиотека Беларуси

- Натяните кожу между большим и указательным пальцами и вколите иглу под прямым углом к коже на 2 см или глубже, чтобы она прошла подкожный жировой слой и вошла в мышцу (см. рис.).
- Оттяните назад поршень шприца. Если в шприце не появится кровь, введите лекарство и выньте иглу. Если кровь появится, сделайте инъекцию в другом месте, используя новый стерильный шприц.
- Протрите место инъекции ваткой со спиртом.

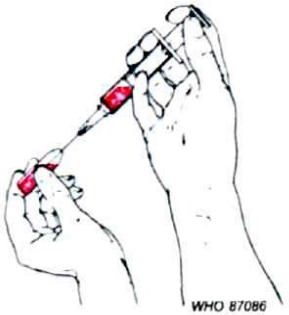


Рис. 66: Заполнение шприца.

Введение лекарств в глаз

Глаз – очень нежный орган, крайне чувствительный к инфекции и травме. Глаз никогда не бывает свободным от микроорганизмов, но поскольку слезная жидкость обладает антимикробным действием, она подавляет размножение многих болезнетворных микробов. Все растворы и мази, вводимые в конъюнктивальный мешок (за веки), должны быть стерильными, стерильными должны быть и инструменты, с помощью которых в глаз вводят лекарства.

Поскольку лекарства нельзя наносить непосредственно на очень чувствительную роговицу, их вводят в нижний конъюнктивальный мешок (см. рис. 71).



Рис. 67: Удаление воздуха.

Раскрытие нижнего конъюнктивального мешка

- Попросите пациента смотреть вверх.
- Положите большой палец на край нижнего века, непосредственно под ресницами.
- Оттяните веко вниз.
- Вывернув веко и отведя его от глазного яблока, вы тем самым раскрываете конъюнктивальный мешок.





Рис. 68: Подкожная инъекция.

Незавершенный вариант

Предварительный вариант

Введение глазных капель

Стерильные глазные капли выпускаются либо в пластиковых флакончиках, в горлышке которых имеется отверстие, через которое капает лекарство, когда флакончик поворачивают вверх дном и нажимают на него, либо в стеклянных флакончиках, снабженных стерильной капельницей.

Человек, который будет закапывать глазные капли, должен тщательно вымыть руки. При наличии у больного выделений из глаз нужно приготовить стерильные ватные тампоны, смоченные стерильным 0,9% раствором хлорида натрия. Снимите выделения влажными ватными тампонами, вытирая веки в направлении от внутреннего угла к наружному. **Не пользуйтесь сухими тампонами!**

- Убедитесь в том, что больной смотрит вверх.
- Закапайте нужное число капель в нижний конъюнктивальный мешок.
- Ни в коем случае не касайтесь капельницей какой-либо части глаза!
- Для равномерного распределения лекарства попросите больного слегка закрыть глаза и повращать ими.

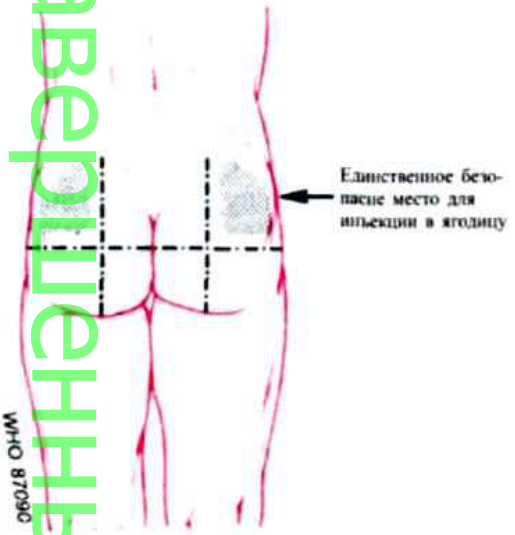


Рис. 69: Места выполнения внутримышечной инъекции.

Закладывание глазной мази

Перед закладыванием глазной мази необходимо очистить веки и ресницы от выделений (см. выше). Процедуру закладывания глазной мази выполняйте следующим образом.

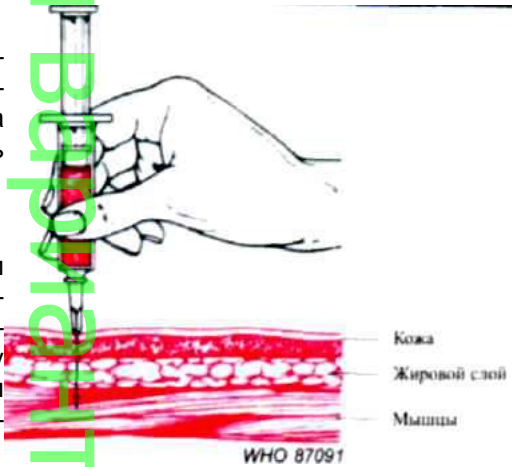


Рис. 70: Внутримышечная инъекция.

Держите тюбик с мазью почти горизонтально: это облегчит контроль за количеством мази и сведет к минимуму вероятность прикосновения кончика тюбика к глазному яблоку или конъюнктиве (рис. 71). Из тюбика следует выдавить примерно 1,5 см мази в нижний конъюнктивальный мешок.

Попросите больного закрыть веки и повращать глазное яблоко для того, чтобы мазь равномерно распределилась по внутренней поверхности век и по поверхности глазного яблока.

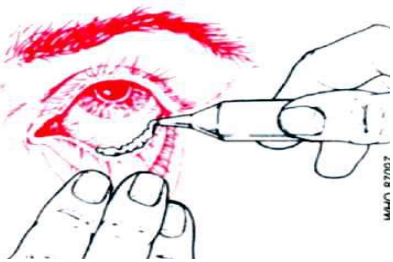


Рис. 71: Закладывание мази в глаз.

Введение лекарств в ухо

Во избежание дискомфорта лекарства, предназначенные для введения в ухо, нужно предварительно подогреть, но ни в коем случае не перегревать. При введении ушных капель больной должен лежать на боку так, чтобы больное ухо смотрело вверх. В некоторых случаях перед введением ушных капель бывает необходимо удалить ватным тампоном ушную серу из наружного слухового прохода. Закапывайте лекарство в ухо следующим образом.

- Для того чтобы выпрямить наружный слуховой проход, слегка оттяните ушную раковину вверх и назад (у взрослых) или вниз и назад (у детей раннего возраста).
- Поднесите пипетку или флакончик с капельницей к отверстию наружного слухового прохода и закапайте несколько капель.
- Не вводите пипетку или флакончик с капельницей в наружный слуховой проход.
- Попросите больного несколько минут продолжать лежать на боку, с тем чтобы лекарство успело воздействовать на стенки наружного слухового прохода и не вытекало из него.

Борьба с инфекциями

Общая асептика

Для поддержания общей асептики, т. е. уменьшения количества микроорганизмов и затруднения их передачи необходимо:

- Мыть руки после каждого контакта с больным и с предметами, применяемыми для ухода за больным.
- Пользоваться одноразовыми полотенцами и салфетками.
- Объяснить больному, что при кашле и чиханье он должен закрывать рот и нос и отворачиваться в сторону.

Неразрешенное распространение запрещено

Необходимо создать больному условия для мытья рук после того, как он пользовался мочеприемником или подкладным судном.

Все одноразовые предметы, которыми пользовался инфицированный больной, необходимо запечатать в пакет, а его в свою очередь – во второй пакет. Инфицированные предметы следует сжечь.

Хирургическая асептика

Хирургическая асептика охватывает процедуры от сложного ритуала в операционных до наложения стерильных повязок на раны.

Соблюдение стерильности обязательно при обработке любых ран (нарушения целостности кожи). Перед обработкой раны необходимо тщательно вымыть руки с мылом. При обработке ран стерильные салфетки следует накладывать с помощью стерильных пинцетов.

Стерильные инструменты и материалы не должны касаться чего-либо, помимо раны. При обработке ран избегайте лишних разговоров, потому что микробы, находящиеся в полости рта и носа, могут загрязнять материалы и саму рану.

Глава 6. Инфекционные болезни

Инфекционными называются болезни, передающиеся от одного человека (или животного) к другому. Болезнь может передаваться от инфицированного человека или животного к здоровому прямо или через промежуточного животного-хозяина, переносчика или предметы.

Распространение болезни определяются взаимодействием факторов, специфичных для возбудителя, окружающей среды и групп людей, которых эта болезнь поражает. Эпидемия может поставить под угрозу безопасность всей команды. Поэтому важно знать, как распространяются различные болезни и какие меры необходимо принимать для их предотвращения и борьбы с ними.

Термины, относящиеся к инфекционным болезням

Носитель – человек, способный заразить других людей, при этом у него самого инфекционная болезнь либо вообще не возникает, либо имела место раньше.

Контактировавший человек – тот, кто был в контакте с инфицированным человеком.

Инкубационный период – срок между заражением человека возбудителем болезни и появлением у него симптомов данной болезни. Этот период может колебаться от нескольких часов до 21 дня и более.

Период изоляции – время, в течение которого больной инфекционной болезнью должен быть изолирован от других людей.

Ознакомительная версия

Период сегрегации – время, в течение которого человек, предположительно находящийся в инкубационном периоде после контакта, должен быть отделен от других людей. Сегрегация может носить форму изоляции, когда речь идет о наиболее опасных инфекционных болезнях, или форму медицинского наблюдения.

Карантинный период – время, в течение которого портовые власти могут запретить команде судна контакт с берегом. К карантину такого рода прибегают редко, когда на корабле имеет место или недавно была тяжелая эпидемическая болезнь.

Возбудители инфекционных болезней

Возбудители болезней человека имеют неодинаковый размер, от субмикроскопических вирусов до глистов, достигающих нескольких метров в длину .

Ниже перечислены группы инфекционных агентов и некоторые из вызываемых ими болезней.

- Бактерии – ангина, фарингит, пневмония, туберкулез, бактериальная дизентерия, холера.
- Вирусы – насморк, грипп, желтая лихорадка, бешенство, корь, вирусная пневмония.
- Риккетсии – сыпной тиф.
- Простейшие – малярия, амебная дизентерия.
- Многоклеточные – трихинеллез, анкилостомоз, гельминтозы.
- Грибы – дерматомикоз.

Возбудители обычно вызывают строго определенные болезни. Вместе с тем разные микроорганизмы могут вызывать болезни, которые сходны между собой клинически (по симптомам и течению) и патологически (по изменениям в организме). Например, менингококки, туберкулезные микобактерии и вирус эпидемического паротита могут вызывать менингит, т. е. воспаление оболочек головного и спинного мозга. Специфическая болезнь, такая, как туберкулез, вызывается только специфическим возбудителем, в данном случае туберкулезной микобактерией.

Пути передачи инфекции

Распространение болезни зависит от способности возбудителя выживать вне своего резервуара (источника). Передача возбудителя может быть прямой и непрямой.

Прямая передача

К этому типу относятся следующие пути передачи:

- Прямой контакт, например при поцелуе или половом сношении.

Неавторизованный фрагмент

- Воздушно-капельный, при котором во время кашля, чиханья и разговора изо рта и носа инфицированного человека на лицо здорового человека попадают капельки слюны.
- Фекально-оральный путь, при котором следы фекалий инфицированного попадают в рот здорового человека (обычно через грязные руки после соприкосновения с каким-либо предметом (дверная ручка, одежда, полотенце и пр.).

Непрямая передача

В непрямой передаче участвуют объекты окружающей среды и переносчики, через которые возбудитель попадает из источника инфекции в организм человека.

Вода. Через загрязненную воду передаются такие кишечные болезни, как брюшной тиф, холера, амебная и бактериальная дизентерия.

Молоко. Через молоко к человеку передаются такие болезни, как туберкулез крупного рогатого скота, бруцеллез, а также стрептококковые инфекции, источником которых является инфицированное вымя. К числу болезней, передающихся через молоко от человека к человеку, относятся брюшной тиф и скарлатина. Кроме того, молоко служит хорошей средой для размножения возбудителей бактериальных инфекций.

Пища. Через пищу передаются брюшной тиф и паратифы, амебная дизентерия, пищевые отравления. Наилучшей средой для передачи указанных болезней служат влажные, нейтральные (не слишком кислые и не слишком щелочные), сырые или подвергшиеся недостаточной тепловой обработке, неправильно хранившиеся пищевые продукты, а также продукты, находившиеся в контакте с инфицированными объектами. Инфекционные болезни могут передаваться практически через любые пищевые продукты (см. раздел "Пищевые отравления").

Воздух. Через воздух передаются насморк, пневмония, туберкулез, грипп, коклюш, корь и ветряная оспа. Выделения изо рта, носа, глотки и легких в виде мельчайших капелек попадают в воздух, долго пребывают в нем во взвешенном состоянии и могут вместе с воздухом попадать в дыхательные пути здоровых людей. При испарении влаги из этих капелек бактерии и вирусы могут долгое время сохраняться в воздухе, в пыли и на одежде. Возбудители обычно попадают в организм через дыхательные пути, но могут попадать и в желудочно-кишечный тракт при поцелуе, употреблении пищи или через грязный стакан.

Почва. Через почву могут передаваться столбняк, сибирская язва, анкилостомоз и раневые инфекции.

Прочие предметы. Этот термин охватывает все объекты, например, белье, одежда, книги, даже дверные ручки.

Переносчиками называют насекомых и других животных, которые тем или иным путем передают инфекционные болезни.

Неразрешенный перевод

Симптомы

Почти все инфекционные болезни начинаются с недомогания, головной боли и, возможно, небольшого подъема температуры. Этот период может быть очень коротким, всего несколько часов (скарлатина) или более продолжительным (дифтерия). При одних болезнях общее состояние заболевания вначале бывает вполне удовлетворительным, тогда как при других (сыпной тиф) состояние больного может быть очень тяжелым. В начальный период зачастую диагноз поставить невозможно.

Сыпь. Диагностика многих инфекционных болезней облегчается с момента появления характерной сыпи. При одних болезнях (например, скарлатина) сыпь равномерно распределяется по всему телу, при других ограничивается определенными участками. Поэтому больного с подозрением на инфекционную болезнь нужно раздеть, чтобы видеть всю картину распределения сыпи. Невыполнение этого правила часто приводит к постановке неверного диагноза.

Общие правила ведения больных

- Изолируйте больного. При наличии у больного температуры, причина которой неясна, лучше всего изолировать его до тех пор, пока не будет поставлен диагноз.
- Разденьте больного и осмотрите его кожу, обращая внимание на любые проявления сыпи, поскольку она помогает поставить диагноз.
- Уложите больного в постель и организуйте контроль за мытьем и стерилизацией его посуды.
- Обеспечьте больного питьем.
- Если температура тела больного превышает 39°С, приготовьте все необходимое для влажного холодного обтирания.
- Если у больного появляются признаки прострации или очень высокая температура, подготовьте подкладное судно или мочеприемник.
- Если больной находится в тяжелом состоянии, а диагноз неясен, вызывайте помощь по радио и двигайтесь к месту, где будет возможна эвакуация. Сообщите экстренным службам о заболевшем; возможна изоляция больного и всех контактировавших с ним лиц.
- Проводите симптоматическое лечение по мере появления соответствующих симптомов.
- Не разрешайте ослабленному больному подниматься с постели в период выздоровления.

Лечение

Многие инфекционные болезни не поддаются лечению существующими препаратами, лечение состоит в поддержании защитных сил самого организма. Это достигается с помощью хорошего ухода, кроме

Неразрешенный образец

того, очень важно не допускать обезвоживания организма. Рекомендации, касающиеся применения конкретных лекарств, приведены в разделах, посвященных этим болезням.

Диета

Диета во многом зависит от типа болезни и тяжести лихорадки. Тяжелая лихорадка неизбежно сопровождается тошнотой, а это ведет к тому, что больной отказывается от пищи и употребляет только напитки, например воду с лимонным соком, слабый чай и т. п.

До тех пор, пока лихорадка не спадет и аппетит не начнет улучшаться, больному не следует предлагать другой пищи, кроме разбавленного молока. Нельзя предлагать поправляющемуся больному высококалорийную пищу – к ней нужно переходить постепенно, начиная с легкой пищи, например с приготовленной на пару рыбы и отварного картофеля, потом можно давать супы, белое мясо и яйца.

Бешенство

Инкубационный период 10 дней – 12 мес (обычно менее 4 мес), но у лиц, укушенных в голову или получивших множественные укусы, он может быть короче.

Период изоляции: во время болезни.

Бешенство – острая вирусная инфекция, которая почти всегда заканчивается смертью больного. Когда бешеное животное кусает человека, содержащийся в слюне вирус попадает в рану и оттуда проникает в центральную нервную систему. Бешенством болеют в первую очередь дикие животные, такие, как скунсы, койоты, лисы, волки, еноты, летучие мыши, белки, кролики и бурундуки. Из домашних животных бешенство чаще всего бывает у собак, кошек, крупного рогатого скота, мулов, овец, коз и свиней. Бешенством можно заразиться при попадании инфицированной слюны на ссадину или царапину.

С помощью незамедлительного лечения можно предотвратить возникновение бешенства у человека, укушенного бешеным животным. Больной, у которого уже появились симптомы бешенства, практически всегда умирает. Поэтому профилактика бешенства жизненно важна.

Домашних животных, укусивших человека, необходимо поймать и наблюдать за ними в течение 10 дней для выявления симптомов бешенства. Если за это время такие симптомы не появятся, то можно считать, что у данного животного бешенства нет. Если животное умирает или если его убивают, то его голову необходимо аккуратно отделить от тела и быстро переправить в охлажденном виде, но не замораживая, в лабораторию. Любое дикое животное, которое искусало или исцарапало человека, следует застрелить и отправить его голову в охлажденном виде в лабораторию.

Неверенная версия

Сразу после того, как станет известно, что на борту корабля кто-то укушен собакой или другим, возможно, бешеным животным, сообщите по радио и двигайтесь к месту, где укушенного можно эвакуировать в больницу для проведения курса лечения для предупреждение бешенства.

Незамедлительно обработайте раны, поскольку тщательная обработка их, направленная на удаление вируса бешенства, может иметь не меньшее значение, чем специфическое антирабическое лечение. Нужно принять меры, способствующие свободному кровотечению из ран. Другие способы обработки ран:

- тщательное орошение водным раствором мыла или детергента;
- промывание 1% раствором хлоргексидина;
- лечение антибиотиками с целью предупреждения инфекции;
- введение при наличии показаний столбнячного анатоксина.

Раны по возможности не следует зашивать.

Брюшной тиф и паратифы

Инкубационный период 7-14 дней

Период изоляции различный, пока исследование не докажет отсутствие в организме возбудителя (рекомендуется строгая изоляция).

Заражение брюшным тифом и паратифом происходит при питье воды и употреблении пищи, загрязненных соответствующими возбудителями. Поэтому морякам рекомендуется проявлять осмотрительность при выборе питья и еды, особенно в портах тропических стран. Иммунизация дает некоторую защиту от брюшного тифа, но не паратифов.

Приведенная ниже информация касается главным образом брюшного тифа (паратифы протекают легче).

Симптомы брюшного тифа широко варьируются в зависимости от тяжести болезни. К брюшному тифу, даже при легком течении, необходимо относиться очень серьезно в силу опасностей, которые он представляет для больного, а также для предотвращения заражения других людей. Необходимо скрупулезно соблюдать все требования гигиены, одежду и белье больного следует тщательно дезинфицировать.

В первую неделю температура тела повышена, больной быстро утомляется, вял, апатичен, могут иметь место постоянная головная боль, снижение аппетита и иногда кровотечение из носа. Больной испытывает неприятные ощущения в животе, как правило, возникает запор. Указанные симптомы усиливаются, начинается постепенное повышение температуры, которая достигает 39-40°С по утрам. Примерно в течение 2 нед она никогда не снижается до нормы, даже по утрам. У любого больного с температурной кривой такого типа следует заподо-

Неразрешенное распространение

зрить брюшной тиф, особенно если частота пульса меняется мало (несмотря на лихорадку).

В течение второй недели болезни губы покрываются струпьями, язык становится сухим, приобретает коричневый цвет, иногда на нем появляются трещины, живот вздувается. Примерно у 10-20% больных, начиная с седьмого дня, на нижней части грудной клетки, животе и спине появляется характерная сыпь в виде небольших красных пятнышек, возвышающихся над уровнем кожи; при нажатии пальцем пятнышки исчезают и затем вновь появляются. Стул в это время может быть жидким, с резким неприятным запахом, по внешнему виду и консистенции напоминает гороховый суп. На второй неделе болезни могут возникнуть спутанность сознания и бред.

В более легких случаях за этим наступает выздоровление; в тяжелых случаях состояние больного продолжает ухудшаться, может возникнуть глубокая кома и наступить смерть. Резкое ухудшение может наступить и у выздоравливающего больного. При брюшном тифе могут возникать различные осложнения, самыми опасными из которых являются кровотечение из кишечника и разрыв кишечника. Если на любой стадии болезни в испражнениях появится кровь, больной должен как можно меньше двигаться и питаться очень легкой пищей. В случае перфорации кишечника возникает перитонит (с. 205).

Профилактика. Помимо регулярной иммунизации против брюшного тифа, самым эффективным способом предотвращения этой болезни и других кишечных инфекций является отказ от употребления продуктов питания и напитков, которые могут быть загрязнены возбудителями. Особенно строго это правило нужно соблюдать в портах тропических стран. Рекомендуется есть вареное мясо и рис, а пить чай или кофе; следует избегать употребления сырых морепродуктов, салатов из сырых овощей и фруктов, мороженого и холодных напитков, особенно если в них добавлен лед, который нередко бывает загрязнен.

Лечение. Больного с подозрением на брюшной тиф или паратиф необходимо уложить в постель и строго изолировать до тех пор, пока его не осмотрит врач. Моча, кал, а иногда и рвотные массы больного очень заразны. Перед спуском в корабельную канализацию их нужно дезинфицировать, больной должен тщательно мыть руки после пользования подкладным судном. Лица, ухаживающие за больными, должны тщательно мыть руки после того, как они имели дело с подкладным судном или подмывали больного, а также каждый раз перед тем, как покинуть помещение, в котором находится больной.

Желательно, чтобы больной пользовался одноразовой посудой и приборами, в противном случае посуду необходимо стерилизовать путем кипячения в течение 10 мин после каждого использования.

Не для продажи

Больной должен пить как можно больше; следует вести таблицу учета выпитой и выведенной из организма жидкости. Больной может есть столько, сколько хочет, пища должна быть легкой, больному нельзя давать продукты, способные раздражать кишечник.

Проводите лечение антибиотиками в течение 2 нед. При таком лечении лихорадка и другие симптомы болезни должны начать снижаться через 4-5 дней. Однако в кишечнике могут оставаться бактерии, способные вызвать его изъязвление, поэтому необходимо проводить полный курс лечения. При первой возможности больного нужно показать врачу.

Ветряная оспа

Инкубационный период 14-21 день

Период изоляции: до полного отпадения корочек

Эта высокозаразная вирусная болезнь начинается с лихорадки и недомогания. Через 1-2 дня на туловище появляется сыпь, которая вскоре распространяется на лицо и остальные части тела, иногда захватывая даже глотку и небо.

Сначала элементы сыпи представляют собой розовые пятна, которые быстро превращаются в мелкие пузырьки (везикулы), наполненные прозрачной жидкостью; на второй день жидкость приобретает легкую окраску и становится вязкой. Еще через 1-2 дня везикулы лопаются и на их месте образуются коричневые корочки. Новые волны высыпаний появляются вплоть до 5-го дня болезни. Обычно ветряная оспа протекает легко, но иногда сыпь бывает очень тяжелой и возникает вторичная инфекция, например фурункулы или пневмония. Ветряная оспа – детская болезнь, взрослые болеют ею в редких случаях.

Лучше всего, если за больным будет ухаживать член команды, который перенес ветряную оспу и имеет иммунитет. Постельный режим следует соблюдать только при высокой температуре, однако больной должен находиться в одном и том же помещении. Нельзя расчесывать корочки, особенно на лице, иначе образуются оспины на всю жизнь. Для облегчения зуда можно прикладывать примочки с каламином.

При высокой температуре взрослым дают ацетилсалициловую кислоту по 600 мг каждые 3-4 ч.

Вирусный гепатит

Вирусный гепатит – острая инфекция, поражающая клетки печени. Существуют две формы болезни, имеющие более или менее сходные симптомы, но вызываемые разными вирусами: вирусный гепатит А (инфекционный гепатит), имеющий короткий инкубационный период (зачастую его можно предупредить путем введения противовирусного иммуноглобулина), и вирусный гепатит В (сывороточный гепатит), имеющий более длительный инкубационный период.

Неразрешенный перевод

Вирусный гепатит А
(инфекционный гепатит, эпидемическая желтуха)

Инкубационный период 10-50 дней, обычно 30-35 дней

Период изоляции: первые 14 дней болезни и не менее 7 дней после появления желтухи

У некоторых больных гепатит А может протекать настолько легко, что правильный диагноз так и не удается поставить. В большинстве случаев, когда поставлен правильный диагноз, болезнь длится 2-3 нед, и затем наступает долгий период выздоровления. Инфекция передается от человека к человеку при близком контакте и фекально-оральным путем. Массовые вспышки возникают обычно в результате фекального загрязнения какого-то источника (питьевой воды, пищи).

Болезнь начинается внезапно с повышения температуры до 37,5-38°С, сильной головной боли, потери аппетита, рвоты и неприятных ощущений в животе. С кровью вирус попадает в печень, где он быстро размножается и вызывает массовое разрушение клеток. Печень увеличивается, появляются тупые боли в правом подреберье и в подложечной области, надавливание пальцами в правом подреберье вызывает острую боль. На этой стадии больной может решить, что у него кишечная форма гриппа, на которую можно не обращать особого внимания. На самом же деле он страдает очень заразной острой болезнью, и спустя 3-7 дней после начала болезни появляется желтуха склер и кожи, обусловленная избыточным поступлением желчи в кровь. Моча становится темно-коричневой, а стул приобретает бледный серовато-белый цвет, изо рта появляется неприятный сладковатый запах.

В некоторых случаях начало вирусного гепатита А напоминает острый приступ гриппа, состояние больного резко ухудшается, возникают сильные боли в животе, прострация, температура тела может достигать 40,5°С. Болезнь продолжается примерно 3-4 нед, после чего наступает медленное выздоровление, в течение которого у больного наблюдается апатия, вялость, плохой аппетит.

Желтуха возникает примерно у 50-75% взрослых больных гепатитом А. Примерно 0,5% больных умирают в острой фазе инфекции.

Ранняя диагностика гепатита А имеет очень важное значение. Диагноз без лабораторных тестов основывается на исключении других причин желтухи, сопровождающейся лихорадкой.

Поскольку гепатит А может передаваться с испражнениями и мочой, то и другое необходимо дезинфицировать. Больного нужно изолировать, а сам он должен тщательно соблюдать правила гигиены. Вирус выделяется с испражнениями и мочой в течение 14-21 дня до и в течение 7-14 дней после появления желтухи. Кровь больного тоже заразна. Специфического лечения не существует.

Неверова Ирина Викторовна

Диета и режим должны соответствовать клиническому состоянию больного. Питье должно быть обильным. Для облегчения головной боли можно принимать таблетки ацетилсалициловой кислоты. Для борьбы с запором можно использовать легкие слабительные средства, например гидроксид магния. Боль в области печени уменьшается при прикладывании грелки. Больному нельзя употреблять спиртные напитки как во время болезни, так и после выздоровления.

При обнаружении у члена команды гепатита А остальным членам команды, которые не перенесли эту болезнь, необходимо как можно скорее ввести человеческий противовирусный иммуноглобулин. Посоветуйтесь с врачом по радио, можно ли приобрести этот препарат в ближайшем порту. Введение иммуноглобулина обеспечивает лицам, контактировавшим с больным, защиту на 6-8 нед. Его эффективность зависит от того, насколько быстро он введен после заражения.

Вирусный гепатит В (сывороточный гепатит)

Инкубационный период 50-180 дней, обычно 80-100 дней; при переливании инфицированной крови этот период может колебаться от 10 до более чем 180 дней

Период изоляции как и при вирусном гепатите А.

В отличие от вируса гепатита А вирус гепатита В не передается через загрязненную воду или пищу. Обычно он передается от человека к человеку в результате использования грязных инъекционных игл и хирургического инструмента, а также при переливании крови или продуктов крови от донора, являющегося носителем этого вируса.

Кроме того, передача вируса гепатита В происходит в домашних условиях и прямо связана со степенью скученности и близостью контактов. Вирус может передаваться при пользовании общими бритвами, зубными щетками и полотенцами, а также при тесном физическом контакте. Вирус гепатита В обнаружен в различных биологических жидкостях, включая слюну, сперму и влагалищные выделения, поэтому инфекция может распространяться при поцелуях и половым путем. Часто болеют наркоманы, пользующиеся инъекциями наркотиков.

Клиническая картина гепатита В идентична таковой гепатита А, но первый имеет более длительный инкубационный период. Эти инфекции можно отличить друг от друга с помощью лабораторного исследования крови. Иногда симптомы гепатита В появляются лишь спустя 6 мес после заражения. Болезнь начинается постепенно с незначительного дискомфорта в животе, потери аппетита, тошноты и рвоты, вслед за которыми появляется желтуха. Тяжесть гепатита В широко варьируется от бессимптомных случаев, которые выявляются только с помощью лабораторных тестов, до молниеносных случаев, при которых массивное разрушение печеночных клеток приводит к быстрой смерти. Среди

больных с желтухой смертность составляет 1-3%. Примерно у 10% больных развивается хроническая инфекция. У одной трети носителей вируса имеет место хронический активный гепатит, который может прогрессировать до цирроза или рака печени.

Недавно созданы безопасные и эффективные вакцины против гепатита В. Вакцинировать рекомендуется членов групп риска, а также тех, кто заразился в результате полового сношения с инфицированным партнером или случайного ранения кожи загрязненным инструментом.

Грипп

Инкубационный период 1-3 дня

Грипп – острая инфекционная болезнь, вызываемая вирусом, который попадает в организм с вдыхаемым воздухом. Начало болезни внезапное, и симптомы вначале напоминают признаки обычной простуды. Позднее состояние больного резко ухудшается, возникают озноб и сильные боли в конечностях и спине. В типичных случаях наблюдаются депрессия, одышка, учащенное сердцебиение и головные боли, иногда возникает рвота и/или диарея.

Тяжесть гриппа может быть самой различной. Нередко острый лихорадочный период сменяется резким падением температуры и быстрым выздоровлением. К числу возможных осложнений относится пневмония (с. 207).

Лечение. За состоянием больного нужно внимательно следить, чтобы не пропустить таких признаков пневмонии, как боли в груди, учащенное дыхание и синюшность губ. Больной должен много пить, а при наличии аппетита есть легкую, но калорийную пищу.

Облегчают течение болезни и ускоряют выздоровление антивирусные препараты (арбидол). Для снижения температуры и борьбы с другими симптомами можно принимать парацетамол или аспирин.

Дизентерия

Дизентерия поражаетжелудочно-кишечный тракт, в основном толстую кишку. Различают бактериальную дизентерию, возникающую при попадания в организм бактерий рода Shigella, и амебную. Механизм передачи — фекально-оральный, пути передачи: водный, пищевой, контактно-бытовой. Определённую роль в распространении инфекции играют насекомые-переносчики: мухи, тараканы.

Возбудители дизентерии хорошо выживаеют во внешней среде. Инкубационный период составляет 1–7 дней, но может сокращаться до нескольких часов.

Симптомы: жидкий стул с кровью или гноем более 3 раз в день, высокая температура, кишечные колики, боль в животе. Рвота нехарактерна.

Неофициальный Вариант

Лечение: возмещение потерь воды (раствор для пероральной регидратации), адсорбенты (энтеросорб, активированный уголь). Антибактериальные препараты: фуразолидон, фурадонин по 100 мг 4 раза в сутки, 5—10 дней; или ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день в течение 3 дней, доксициклин в дозировке согласно инструкции.

Коррекция дисбактериоза (колибактерин, бифидумбактерин, линекс).

Амебная дизентерия

Амебную дизентерию, встречающуюся преимущественно в тропических и субтропических странах, выделяют в особое заболевание – амебиаз. Эта болезнь вызывается одноклеточным паразитом, амебой, который поражает толстую кишку и широко распространен в тропических странах. Инфекция может протекать в острой и хронической формах. У больного острым амебиазом наблюдаются боли в животе, озноб, многократный неоформленный стул с примесью крови и слизи. Хронический амебиаз характеризуется умеренным желудочно-кишечным дискомфортом, причем периоды диареи, когда в стуле содержатся кровь и слизь, чередуются с периодами запора. Лабораторным подтверждением диагноза служит обнаружение амеб в кале.

Специфическое лечение: метронидазол по 250 мг 3 раза в сутки, курс лечения 10 дней. Необходимо обращение в мед. учреждение для наблюдения и обследования, до полной санации от возбудителя.

Дифтерия

Инкубационный период 2-5 дней. Период изоляции: две недели при условии лечения антибиотиками (см. ниже); изоляция может быть более длительной, если исследование показывает, что больной продолжает выделять бактерии

Дифтерия – острая инфекционная болезнь, характеризующаяся образованием пленок в горле и в носу. Начало болезни постепенное, появляются боль в горле и лихорадка с ознобом. Боль в горле усиливается, глотание становится болезненным и затрудненным, на задней стенке глотки, миндалинах и небе возникают беловато-серые очаги пленки. По внешнему виду они напоминают замшу и кровоточат при прикосновении. Задние шейные лимфоузлы припухают, дыхание становится зловонным. Лихорадка может длиться до двух недель и сопровождаться прострацией. Токсины, выделяемые дифтерийными бактериями, могут вызвать паралич мышц и даже остановку сердца.

Специфическое лечение заключается во введении антитоксической противодифтерийной сыворотки, причем вводить ее нужно как можно раньше. Всех больных необходимо лечить антибиотиками (с. 272) для уменьшения распространения инфекции, однако антибиотики не могут нейтрализовать уже выработавшийся дифтерийный токсин.

Неавторизованный перевод

Больного необходимо немедленно изолировать, так как дифтерия очень заразна. Следует избегать контакта с больным, который распространяет инфекцию при кашле, чиханье и т. п. Посуду и все остальные предметы, которыми пользовался больной, необходимо сразу же уничтожить (журналы, книги и пр.) или простерилизовать. Человек, имеющий дело с этими предметами, должен очень тщательно мыть руки.

Желтая лихорадка

Инкубационный период 3-6 дней. Период изоляции 12 дней, только если на борту корабля или в порту могут присутствовать комары-переносчики (Aedes aegypti).

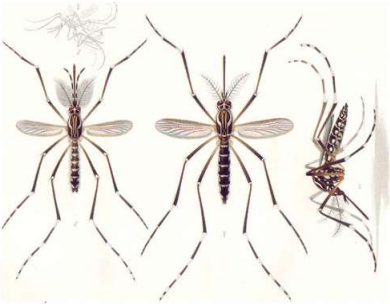


Рис. 72: Комар Aedes aegypti.

Желтая лихорадка – тяжелая и нередко смертельная болезнь, вызываемая вирусом, который передается человеку при укусе его комаром. Эта болезнь эндемична в районах Африки, расположенных в виде пояса от побережья до побережья между южной частью Сахары и Зимбабве, а также в некоторых районах Центральной и Южной Америки.

Тяжесть желтой лихорадки неодинакова. Обычно в период с 3-го по 6-й день после укуса инфицированным комаром больные попеременно испытывают озноб или сильный жар. Температура тела может достигать 41°C, больной страдает от сильной головной боли, болей в спине, его мучают тошнота и боли в желудке. На некоторое время состояние больного может улучшиться, но затем, обычно на 4-й день болезни, возникает резкая слабость и частая рвота слизью, а позднее желчью. Боль в желудке усиливается, появляется запор. Стул в тех случаях, когда он бывает, окрашен в черный цвет из-за переваренной крови. Возможно кровотечение из десен и носа. Возникает желтуха, возможны спутанность сознания и бред. Примерно на 5-6-й день болезни состояние улучшается и температура падает. Частота пульса может упасть со 120 до 40-50 ударов в минуту. Этот период имеет решающее значение: возможны выздоровление или смерть. К неблагоприятным признакам относятся усиление желтухи и резкое уменьшение или отсутствие мочи.

Лечение. Больного необходимо уложить в постель в помещении, защищенном от проникновения комаров, и посоветовать как можно больше пить, желательно фруктовые соки. Капитан обязан уведомить санитарную службу ближайшего порта захода о том, что на борту его корабля находится больной желтой лихорадкой, и принять меры предосторожности, рекомендованные санитарной службой.

Национальный авиационный университет

Профилактика

Лица, посещающие районы мира, в которых распространена желтая лихорадка, должны быть иммунизированы против этой болезни. Многие страны требуют предъявления сертификата о вакцинации против желтой лихорадки от лиц, собирающихся поехать в такие районы, а также от лиц, которые были в таких районах или пересекали их.

Инфекционный мононуклеоз

Инкубационный период 4-6 недели. Период изоляции: до прибытия в порт. Инфекционный мононуклеоз – острая вирусная инфекция, которая чаще всего поражает молодых членов команды. Выздоровление может занять до 2-3 мес.

Болезнь начинается с постепенного повышения температуры и появления болей в горле; позднее на миндалинах нередко возникает белый налет. На этой стадии болезнь может быть диагностирована как тонзиллит, и может проводиться соответствующее лечение. Однако состояние больного не улучшается, и возникает генерализованное увеличение лимфатических узлов. Подмышечные, паховые и особенно шейные лимфатические узлы припухают и становятся болезненными. Больному бывает трудно жевать и глотать. Может резко возрасти температура тела и возникнуть сильное потоотделение. Иногда между 5-м и 14-м днем возникает желтуха. К концу первой недели на верхней части туловища и руках появляется мелкопятнистая сыпь. Иногда больные жалуются на боль в животе. По внешнему виду миндалин инфекционный мононуклеоз можно спутать с дифтерией, при которой, однако, не бывает генерализованного увеличения лимфатических узлов (см. раздел "Воспаление лимфатической системы", с. 168).

Краснуха

Инкубационный период 14-21 день, обычно 18 дней.

Период изоляции: До 7-го дня после появления сыпи.

Краснуха – легкая, но очень заразная болезнь. Ее симптомы напоминают симптомы легкой формы кори (с. 122) или скарлатины (с. 130).

Обычно первым признаком болезни служит сыпь в виде пятен, хотя иногда болезнь может начинаться с головной боли, скованности и болезненности мышц и небольшого повышения температуры, которые предшествуют появлению сыпи или возникают одновременно с ней.

Сыпь совсем иная, чем при кори. Во многих отношениях она напоминает сыпь при скарлатине, однако краснуху можно легко отличить от последней, так как при скарлатине сильно воспалено горло, а при краснухе этого не бывает. Сыпь сохраняется 1-3 дня, и иногда после нее возникает шелушение кожи, причем шелушение в определенной степени зависит от тяжести инфекции. Отличительным признаком крас-

Неправильный, Неверный

нухи являются увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфатических узлов.

Больного необходимо уложить в постель и изолировать в течение 7 дней после появления первых элементов сыпи. Специфического лечения не существует. Лечение должно быть симптоматическим, таким же, как при кори (см. с. 122).

Необходимо принять меры к недопущению контакта больного краснухой с беременными женщинами; женщины со сроком беременности до 17 нед должны на берегу как можно быстрее обратиться к врачу.

Корь

Инкубационный период 8-13 дней. Период изоляции: 7 дней после исчезновения сыпи. Корь, острая вирусная инфекция, редко поражает взрослых.

Болезнь начинается с общего недомогания, чиханья, насморка, покраснения глаз, головной боли, кашля и повышения температуры тела до 37,5-39°С. В течение следующих двух дней воспаление распространяется на гортань и голос становится хриплым. При осмотре полости рта можно обнаружить на внутренней поверхности щек мелкие белесоватые пятна размером с булавочную головку (пятна Коплика). Они характерны для кори и не обнаруживаются при скарлатине и краснухе.

Сыпь появляется на 4-й день, когда температура тела достигает 39-40°С. Бледно-розовые пятна возникают сначала на лице и постепенно захватывают все тело. Отдельные пятна сливаются вместе, образуя сложные фигуры с фестончатыми краями. На 4-5-й день сыпь на лице начинает бледнеть. В последующем она бледнеет и на других участках тела. За этим может последовать шелушение кожи.

Основными осложнениями кори являются бронхит, пневмония и инфекция среднего уха.

Эта высокозаразная болезнь передается здоровым людям при чиханье и кашле больных. Использованные носовые платки необходимо кипятить. Больной должен быть изолирован в течение 7 дней после исчезновения сыпи, ему следует соблюдать постельный режим до полного прекращения кашля.

Специфического лечения кори не существует, больному можно давать таблетки ацетилсалициловой кислоты или парацетамола. Для облегчения зуда можно прикладывать примочки с каламином.

Лихорадка денге

Инкубационный период от 3 до 15 дней. Период изоляции обычно 5-6 дней при наличии комаров-переносчиков.

Лихорадка денге – острая вирусная инфекция, которая длится около 7 суток и передается комарами. Она протекает тяжело, причиняя

Неавторизованная версия

больному большие страдания, но почти никогда не приводит к смерти. Характерны внезапное начало, высокая температура, сильные головные боли, боль за глазами, сильные боли в суставах и мышцах, особенно в позвоночнике. Лицо становится отечным, глаза краснеют, но сыпь отсутствует. Иногда на 4-5-й день болезни появляется сыпь, похожая на коревую, но имеющая ярко-красный цвет. Вначале она возникает на кистях и стопах, затем распространяется на другие части тела, но на конечностях остается более плотной. После исчезновения сыпи кожа подсыхает и начинает шелушиться.

Спустя примерно 4 дня температура тела снижается, затем вновь поднимается через 3 дня, чтобы окончательно нормализоваться к 10-му дню. Специфического лечения лихорадки денге не существует, боль можно уменьшить с помощью ацетилсалициловой кислоты, а зуд – примочками с каламином.

Малярия



Рис. 73: Малярийный комар.

Инкубационный период обычно 9-30 дней; при заражении некоторыми штаммами паразита инкубационный период может удлиняться до 8-10 мес. Больных малярией не изолируют.

Малярия – опасная тропическая болезнь, наиболее яркими признаками которой являются лихорадка, резкая слабость и иногда кома, приводящая к смерти. Эта болезнь вызывается паразитом, который попадает в организм человека при укусе комаром рода Anopheles.

Порты, в которых встречается малярия

Порты, находящиеся в зоне между 25°с.ш. и 25°ю.ш., следует рассматривать как потенциально инфицированные малярией, если только нет надежной свежей информации, подтверждающей обратное. Сразу по прибытии в порт необходимо обратиться к властям и выяснить, нужно ли проводить противомалярийные мероприятия.

Информация о ситуации с малярией в разных странах публикуется ВОЗ в справочнике "Vaccination certificate requirements and health advice for international travel", который обновляется и публикуется ежегодно.

Предупреждение малярии

Опасность заражения малярией можно снизить с помощью соответствующих мер предосторожности, а саму болезнь можно успешно излечить посредством своевременной и правильной терапии. Несмотря на это, известны случаи, когда в течение одного рейса малярией заболевали несколько членов команды, причем иногда она протекала очень тяжело и заканчивалась смертью.

Для ознакомления

К мерам предосторожности относятся предотвращение укусов комарами и подавление инфекции.

Лучший способ профилактики малярии – недопущение укусов комарами. Например, в период нахождения корабля в малярийном порту нужно принимать следующие меры:

- При выходе на палубу или сходе на берег с наступлением сумерек надевать рубашки с длинными рукавами и брюки для защиты рук и ног от укусов. Открытые части тела обработать репеллентом.
- Жилые помещения корабля защищать сеткой. С наступлением темноты двери следует держать закрытыми.
- Дополнительной мерой защиты жилых и рабочих помещений может служить применение электрических распылителей инсектицидов.
- В тех случаях, когда нельзя защитить от комаров все жилое помещение, следует пользоваться надкроватными сетками. Обработка таких сеток синтетическим инсектицидом увеличивает их эффективность..
- Для предотвращения размножения комаров на борту необходимо устранять лужи воды.

Подавление инфекции (лекарственная профилактика)

Чем меньшему числу укусов подвергается человек, тем ниже вероятность заражения, однако даже при соблюдении мер предосторожности редко удается полностью предотвратить укусы. Поэтому при каждом заходе судна в малярийный порт необходим прием противомалярийных лекарств.

Лекарственная профилактика не всегда защищает человека от заражения. Однако в этом случае болезнь протекает легче, малярийная лихорадка отсутствует. Профилактика может предотвратить приступы злокачественной трехдневной малярии, которые могут закончиться смертью больного, если специфическое лечение не проводится в самых ранних стадиях. Профилактику нужно начинать самое позднее в день прибытия в малярийный порт. Желательно, однако, начать ее за неделю, чтобы выяснить индивидуальную переносимость лекарств.

Противомалярийный препарат необходимо принимать строго регулярно; даже если пропустить одну еженедельную дозу, эффекта не будет. Лекарственную профилактику следует продолжать в течение 6 нед после ухода из малярийного порта; это необходимо для того, чтобы избежать заболевания и не допустить завоза малярии в другие районы.

При доброкачественной трехдневной малярии, которая носит рецидивирующий характер и менее опасна, противомалярийное лекарство подавляет болезнь, убивая циркулирующих в крови паразитов (они и вызывают лихорадку): к сожалению при этом не уничтожаются латентные паразиты, находящиеся в печени. Они могут вызвать рецидив через много недель и даже месяцев после завершения лечения.

Неразрешенное использование

Членов команды нужно поставить в известность о том, что они могли заразиться малярией и что, если они заболеют через какое-то время, им следует незамедлительно рассказать своему врачу, что у них может быть малярия, которой они заразились за границей.

Перечень средств, рекомендуемых для лекарственной профилактики, зависит от изменений в чувствительности паразитов к лекарствам, наличия новых лекарств и новой информации о токсичности лекарств.

ВОЗ ежегодно публикует обновленные рекомендации в справочнике "Vaccination certificate requrements and health advice for international travel", который содержит также информацию об опасности заражения малярией в разных районах мира.

Проявления малярии

Малярия в основном протекает либо как относительно легкая, доброкачественная, или интермиттирующая, лихорадка, либо как тяжелая злокачественная-ремиттирующая лихорадка. Об интермиттирующей лихорадке говорят в тех случаях, когда температура тела возрастает и затем снижается до нормы или ниже каждые 24 ч или реже; при ремитирующей лихорадке температура резко возрастает, после чего падает более чем на 2°С, но, не достигнув нормальной, вновь возрастает.

Легкая лихорадка

Перед началом регулярных приступов лихорадки у больного в течение нескольких дней могут наблюдаться небольшое повышение температуры, ноющие боли во всем теле и озноб. Типичный приступ у больного, не получающего противомалярийных лекарств и ранее не болевшего малярией, имеет три отчетливо очерченные стадии.

1. Короткая *стадия озноба*, длящаяся около одного часа. Больной испытывает чувство холода, и его бьет сильный озноб. Отмечаются тупые боли во всем теле, тошнота, нередко рвота. Кожа холодная. Температура быстро растет и может достигать 40°С, пульс частый и слабый.

2. *Стадия жара*, длящаяся два часа или больше. Кожа становится горячей и сухой, хотя температура тела больше не растет. Продолжаются тошнота и рвота, возникает сильная жажда, резкая головная боль. Пульс частый и сильный, дыхание учащено.

3. *Стадия потения*, длящаяся до двух часов. Возникает сильное потоотделение, отмеченные выше симптомы ослабевают и через некоторое время совсем исчезают, температура тела нормализуется. Обычно наступает глубокий сон, после которого больной чувствует себя совершенно нормально до следующего приступа.

Приступы могут возникать либо через день либо через 2-3 дня.

Тяжелая лихорадка

Стадии этой формы малярии не столь четко очерчены. Как правило, больной постоянно чувствует себя плохо и периодов хорошего

Национальная библиотека

самочувствия не бывает. Три стадии каждого приступа этой формы малярии характеризуются следующими особенностями:

- Стадия озноба может быть короткой и без выраженного озноба.
- Температура тела быстро повышается с самого начала приступа.
- Стадия жара гораздо продолжительнее (6-12 ч и более).
- Стадия потения слабо выражена. Кожа может быть влажной на ощупь.
- Интервал между приступами более короткий (2-12 ч).
- Каждый приступ может длиться 12-24 ч.
- Температура тела редко снижается до нормы даже на короткое время.

В отличие от доброкачественной формы малярии при этой злокачественной форме внезапно могут возникнуть одно или несколько из перечисленных ниже опасных осложнений, которые могут стать причиной скоропостижной смерти больного.

- Температура тела может внезапно подняться до 42 – 43°С.
- У больного может возникнуть кома или спутанность сознания с последующей комой.
- Может развиться почечная недостаточность, одним из проявлений которой служит снижение количества мочи, несмотря на нормальное потребление жидкости.
- Может появиться неукротимая рвота или частый стул, напоминающий стул при дизентерии или холере. У некоторых больных наступает коллапс, иногда при низкой температуре тела.
- Лихорадка может сопровождаться прогрессирующей анемией.
- Может возникнуть отек легких.

Показания к противомалярийному лечению

Окончательный диагноз малярии без лабораторных исследований поставить невозможно. Однако на борту корабля нужно лечить так, как если бы у них была малярия тех:

- кто 9-30 дней назад находился в потенциально малярийном районе и у кого возникла либо лихорадка, имеющая стадию озноба, стадию жара и стадию потения (см. выше), либо лихорадка, причину которой иначе объяснить невозможно;
- у кого раньше были приступы малярии, а возникшую лихорадку невозможно объяснить иными причинами.

Эти показания к применению противомалярийных лекарств остаются в силе даже тогда, когда больной регулярно принимает лекарства с профилактической целью, поскольку, как уже говорилось, лекарственная профилактика не дает 100% эффекта.

Фрагмент ознакомительный

Если человек болен не малярией, то противомалярийное лечение практически не причинит ему вреда. Вместе с тем в случае отсутствия лечения может наступить смерть.

Лечение

Больного необходимо уложить в постель в прохладном месте и каждые 4 ч регистрировать температуру тела, частоту пульса и дыхания. Если температура достигла 41°С или выше, следует приступить к охлаждению тела. Температуру нужно измерять и регистрировать каждые 15 мин до тех пор, пока она в течение некоторого времени не будет нормальной. После этого температуру измеряют каждые 4 ч до полного прекращения приступа. Больные, находящиеся в сознании, должны пить много жидкости.

Поскольку во многих районах мира малярия не поддается лечению хлорохином, в начале лечения рекомендуется давать такое лекарство, которое наверняка вызовет уменьшение числа паразитов в крови и улучшит клиническое состояние больного. Единственным повсеместно доступным лекарством, которое можно использовать с этой целью, является хинин. Хинин вызывает ряд побочных эффектов, которые неопасны, но неприятны для больного. К ним относятся звон в ушах, головокружение, пелена перед глазами и иногда тошнота и рвота. Как правило, эти эффекты не требуют прекратить лечение.

В течение 7 дней больному нужно давать по 600 мг хинина 3 раза в день. Если он не может принимать таблетки из-за рвоты или потери сознания, хинин можно вводить внутримышечно в той же дозе 3 раза в день. Как только больной сможет принимать таблетки, следует перейти от инъекций к пероральному введению хинина. В месте инъекции обычно возникает боль.

Все больные, которых лечили по поводу малярии или у которых подозревается малярия, в ближайшем порту должны обратиться к врачу. Необходимо отметить, что малярию, приобретенную в некоторых портах мира, невозможно полностью излечить одним хинином и что для предупреждения возникновения рецидива бывает нужно принимать какое-то другое лекарство.

Менингококковый менингит

Инкубационный период 2-10 дней, обычно 4 дня

Период изоляции при лечении антибиотиками 24 ч; в противном случае до тех пор, пока бактериологические исследования не подтвердят отсутствия инфекции

Менингит – острая инфекционная болезнь, при которой поражаются оболочки головного и спинного мозга. В тех случаях, когда не проводится быстрое и эффективное лечение, менингококковый менингит

Неавторизованный перевод

нередко приводит к смерти. Болезнь носит эпидемический характер, поражая закрытые коллективы, в том числе команды судов. Менингококки проникают в организм через слизистую оболочку носа и рта.

Болезнь начинается внезапно с лихорадки, сильной головной боли и рвоты. В первый же день температура тела поднимается до 39°С и выше, а головная боль становится невыносимой. Рвота усиливается, появляется боль в спине, ригидность затылочных мышц. Обычно наблюдается светобоязнь. Иногда на туловище появляется сыпь, по внешнему виду напоминающая блошиные укусы. Больной крайне раздражителен, иногда возникает бред.

По мере развития менингита больной принимает характерную позу – лежа на боку спиной к свету, согнув ноги и запрокинув голову. Может наступить потеря сознания, сопровождающаяся недержанием мочи и кала. Скорость развития болезни, ее тяжесть и клиническая картина у разных больных неодинаковы. При обращении за советом по радио сообщите врачу результаты двух описанных ниже тестов.

Тест, выявляющий ригидность затылочных мышц

Попросите больного коснуться подбородком грудной клетки. Больной менингитом сделать этого не сможет, поскольку у него движения шеи резко ограничены из-за сильного сокращения мышц. Попытайтесь пригнуть голову больного, слегка нажимая на затылок. При такой попытке затылочные мышцы сократятся еще сильнее, и вы ощутите их сопротивление (ригидность), при попытке пригибания головы боль в спине и головная боль усиливаются.

Тест на разгибание ноги в коленном суставе

1. Согните ногу больного так, чтобы пятка приблизилась к ягодице.
2. Максимально согните ногу в тазобедренном суставе.
3. Удерживая бедро в таком положении, попытайтесь разогнуть ногу в коленном суставе.

При наличии менингита полностью разогнуть ногу в коленном суставе невозможно, а попытки пассивного разгибания приводят к усилению боли в спине.

Лечение. Больного нужно поместить в тихую, хорошо проветриваемую комнату, потушить свет и обеспечить изоляцию. Ухаживающий за больным должен носить маску. При резком повышении температуры нужно делать холодные обтирания, необходимо также следить за тем, чтобы у больного не возникали пролежни. Аппетит у больного обычно отсутствует, но он должен как можно больше пить. Прикладывание пузырей со льдом помогает уменьшить головную боль. Запросите врача по радио относительно лечения антибиотиками.

Для уменьшения головной боли давайте больному ацетилсалициловую кислоту. Больного необходимо как можно быстрее эвакуировать.

Не для продажи

Сибирская язва

Инкубационный период: от 1 до 7 дней, обычно 3 дня.

Период изоляции: до заживления злокачественной пустулы и нормализации температуры

Сибирская язва – тяжелая инфекционная болезнь. У людей она проявляется в форме кожной инфекции (сибиреязвенная пустула), легочной и кишечной формами, в некоторых случаях поражается весь организм в результате распространения возбудителя с кровью. Заражаются обычно те, кто имеет дело с инфицированными животными, кожами, шкурами и шерстью. Болезнь может возникнуть при употреблении недостаточно прожаренного инфицированного мяса, а также из-за вдыхания пыли, содержащей возбудителя.

Будучи прежде всего болезнью овец, крупного рогатого скота и лошадей, сибирская язва чаще встречается у лиц, имеющих дело с животными или с продуктами животного происхождения.

Симптомы

В большинстве случаев сибирская язва проявляется такими тяжелыми симптомами, как лихорадка и прострация. Кожная форма начинается с красного зудящего узелка, который вскоре превращается в волдырь, а еще через 36 ч в большой фурункул с покрытым струпом центром, окруженный кольцом пустул. Иногда кожная форма принимает вид безболезненного широко распространенного отека кожи, который вскоре нагнаивается.

Желудочно-кишечная форма сибирской язвы напоминает пищевое отравление с диареей и кровянистым стулом. Легочная форма часто проявляется быстро прогрессирующей смертельной пневмонией.

Больного необходимо изолировать, потому что выделения из пустул, аэрозоли, образующиеся во время кашля при легочной форме, и фекалии при желудочно-кишечной форме чрезвычайно заразны.

Человек, ухаживающий за больным, должен проявлять большую осторожность и не касаться пальцами повязок и пустул на теле больного. По возможности для смены повязок нужно пользоваться инструментами, которые после этого необходимо не менее 30 мин стерилизовать, поскольку споры сибиреязвенной бациллы устойчивы к тепловой обработке. Салфетки, бинты и прочие материалы, загрязненные выделениями, необходимо сжигать.

Больного нужно как можно быстрее эвакуировать. До тех пор его следует лечить антибиотиками (с. 272).

Нельзя вскрывать пустулы, это лишь способствует распространению инфекции. На язвы и пустулы необходимо наложить повязки.

Не является официальным документом

Скарлатина

Инкубационный период 1-3 дня

Период изоляции: до исчезновения всех симптомов со стороны носа и горла, в неосложненных случаях 14 дней

Скарлатина редко бывает у взрослых. По некоторым симптомам она напоминает корь и краснуху.

Болезнь обычно начинается внезапно, и в первый же день температура тела может подняться до 40°С. Наряду с лихорадкой основным ранним симптомом является ангина, в большинстве случаев очень тяжелая. Кожа горячая на ощупь. Сыпь появляется на второй день и состоит из мелких ярко-красных пятен, расположенных так близко, что кожа по цвету напоминает пурпур. Обычно сыпь вначале появляется на шее, быстро распространяется на верхнюю часть грудной клетки и затем на остальные участки тела. Участок кожи вокруг рта сохраняет бледный цвет, и сыпи на нем не бывает. Язык поначалу покрыт белым налетом, но быстро очищается и приобретает пурпурный (малиновый) цвет. Высокая температура, как правило, держится в течение недели. После исчезновения сыпи появляется пластинчатое шелушение кожи.

Больной должен находиться в постели и как можно меньше двигаться. Его следует изолировать, поскольку скарлатина очень заразна и передается воздушно-капельным путем. Для уменьшения боли в горле можно принимать таблетки ацетилсалициловой кислоты, этому же способствует обильное холодное питье. Проводите лечение антибиотиками.

Главную опасность представляют осложнения, такие, как воспаление почек (с. 215) и поражение сердца (с. 157). Правильное лечение скарлатины позволяет избежать этих осложнений.

Столбняк

Инкубационный период 4-21 день, обычно 10 дней.

Период изоляции: до выхода на берег.

Столбняк возникает в результате попадания в рану возбудителя, который вырабатывает сильный яд (токсин). Возбудитель столбняка очень широко распространен в природе, и поэтому источник раневой инфекции зачастую бывает трудно установить. В этом отношении особенно опасны колотые раны, которые служат воротами инфекции и на которые нередко не обращают внимания.

Первыми признаками болезни могут быть спазмы жевательных мышц и иногда других мышц лица, в результате чего возникают трудности при открывании рта и глотании. Спазмы со временем становятся более частыми и распространяются на шею и спину, вследствие чего больной занимает вынужденное выгнутое положение. Во время спаз-

Неправильный Водный

мов сознание полностью сохраняется, сами спазмы чрезвычайно болезненны, и провоцируются внешними стимулами, например прикосновением, шумом и ярким светом. Больной постепенно теряет силы, вследствие сердечно-легочной недостаточности наступает смерть. В противном случае судороги становятся реже, и наступает выздоровление.

Больного необходимо изолировать в затемненной комнате и по возможности оградить от действия внешних раздражителей.

Человека, заболевшего столбняком на корабле, нужно как можно быстрее эвакуировать. При больном должна находиться сиделка, ему следует создать как можно более спокойные условия с целью предотвращения болезненных спазмов мышц.

Больному необходимо вводить седативные лекарства и миорелаксанты, например диазепам в инъекциях по 5 мг.

Для того чтобы во время спазмов больной не прикусил язык, вставьте ему между зубами карандаш, обернутый марлей. Больного можно кормить легкой пищей, если он ее переносит; в противном случае не следует пытаться давать ему какие-либо напитки или пищу.

Профилактика

Человека можно защитить от столбняка посредством введения адсорбированного столбнячного анатоксина. В большинстве стран иммунизацию против столбняка обычно начинают в детстве и периодически повторяют для поддержания иммунитета.

Туберкулез

Чаще всего встречается легочная форма туберкулеза, однако могут поражаться и другие органы и ткани: кости, суставы, лимфатические узлы и почки. В отличие от большинства заразных болезней туберкулез развивается очень медленно, зачастую только после повторного, тесного и длительного контакта с больным активным туберкулезом. Организм здорового человека обычно в состоянии справиться с туберкулезными микобактериями, инфекция же возникает при воздействии очень большого количества возбудителя, а также при ослаблении сопротивляемости организма.

Больной, страдающий легочной формой туберкулеза, может распространять инфекцию при кашле и чиханье.

Человек может длительное время страдать туберкулезом, прежде чем ему будет поставлен правильный диагноз. Болезнь может проявляться такими простыми симптомами, как стойкий кашель, некоторое похудание, ночная потливость, постоянным ощущением усталости. Симптомами, которые позволяют с большей уверенностью говорить о туберкулезе, являются кашель, продолжающийся больше одного ме-

Неразрешенный перевод

сяца, отхаркивание мокроты при каждом кашле, повторяющиеся боли в грудной клетке и подъем температуры во второй половине дня.

В плавании лечение туберкулеза не представляется возможным, так как эта болезнь не относится к числу неотложных и на судне нет соответствующих лекарств. При обращении с постельным бельем, посудой и одеждой больного никаких специальных мер предосторожности соблюдать не требуется.

Холера

Инкубационный период 1-5 дней. Период изоляции 4-6 нед, пока с помощью бактериологических тестов не будет доказано отсутствие возбудителя холеры в организме больного (необходима строгая изоляция)

Холера – тяжелая бактериальная кишечная инфекция, распространенная в районах с низким уровнем гигиены и санитарии. Она вызывает сильный понос, судороги мышц, рвоту и быстрый коллапс.

Заражение происходит при питье загрязненной воды или употреблении продуктов питания, таких, как сырые овощи, фрукты, моллюски или мороженое.

Симптомы

В большинстве случаев холера протекает легко, и ее удается отличить от других диарейных болезней только с помощью лабораторных исследований. В типичных случаях болезнь начинается внезапно с сильной рвоты и поноса, стул вначале имеет светло-желтый цвет, позднее приобретает вид белесоватой водянистой жидкости с плавающими хлопьями ("рисовый отвар"). Температура снижена, пульс частый и слабый, иногда его вообще невозможно определить.

Частый водянистый стул вызывает быстрое обезвоживание организма. Обильная рвота, вначале пищей, позднее водянистой жидкостью. Возникают болезненные судороги мышц конечностей и живота, быстро развивается коллапс. В результате обезвоживания щеки вваливаются, глаза западают, нос заостряется, кожа сморщивается.

Температура тела падает, кожа покрывается липким потом, количество выделяемой мочи резко снижается, дыхание становится частым и поверхностным, голос ослабевает до шепота. Больной беспокоен, мечется из-за болезненных судорог мышц, вызванных потерей солей, жалуется на сильную жажду. В случае высокой температуры у больного с описанной клинической картиной на самом деле может быть тяжелая малярия.

Эта стадия болезни может быстро закончиться смертью или столь же быстро перейти в стадию выздоровления, о начале которой говорит прекращение рвоты и поноса и повышение температуры тела.

Лечение. Больного нужно сразу же изолировать и уложить в постель. В первую очередь необходимо принять меры к возмещению по-

Неавторизованная копия

тери жидкости и солей. Ведите учет водного баланса. **Больному нужно сказать, что его жизнь зависит от того, сколько он будет пить,** его следует убеждать, а при необходимости и силой заставлять пить достаточное количество солевого раствора для пероральной регидратации (см. раздел "Диарея", с. 212) до тех пор, пока не исчезнут признаки обезвоживания. После этого больной должен выпивать по стакану солевого раствора после каждого стула с целью возмещения потери жидкости и солей до полного прекращения диареи. При отсутствии готового раствора можно приготовить его самостоятельно. Для этого нужно растворить в 1 л воды 4 таблетки соли по 1 г каждая; можно приготовить раствор следующего состава: 20 г сахара, щепотка соли, щепотка бикарбоната натрия (соды), немного фруктового сока на 0,5 л воды.

В течение 2 суток каждые 6 ч давайте больному по 500 мг тетрациклина. Начинать кормить больного следует сразу же, как только он почувствует голод.

Внимание! Холера передается через воду и пищу. При подозрении на холеру необходимо тщательно дезинфицировать систему питьевого водоснабжения.

Испражнения и рвотные массы следует спускать в корабельную канализационную систему или в бункер-накопитель. Все предметы, которыми пользуется больной, например посуда, подкладное судно, простыни и полотенца, необходимо замачивать в дезинфицирующем растворе или кипятить. Все лица, имеющие дело с больным, должны носить халаты, а также мыть руки и обрабатывать их дезинфицирующим раствором после каждого контакта с больным. Им ни в коем случае нельзя есть и пить, пока они находятся в комнате больного.

После выздоровления больного помещение, в котором он находился, и его личные вещи необходимо продезинфицировать. Следует также тщательно продезинфицировать любую часть корабля, которая могла быть загрязнена вследствие контакта с больным, его выделениями, одеждой или иными личными вещами.

Холера относится к числу болезней, подлежащих обязательной регистрации. Капитан должен информировать о наличии холеры на его корабле санитарные власти ближайшего порта захода, стоянки или приписки и далее следовать указаниям властей.

Чума

Инкубационный период 2-6 дней. Период изоляции: до тех пор, пока врач не установит отсутствие инфекции.

Чума – крайне тяжелая бактериальная инфекция, передающаяся человеку при укусе блох, которые обычно паразитируют на крысах. Известны три формы чумы, каждая из которых имеет характерные проявления:

Неправительственный, некоммерческий

бубонная, при которой ведущим признаком является наличие бубонов (опухших лимфатических узлов); такие узлы болезненны и могут нагнаиваться;

легочная, при которой ведущим симптомом является бронхопневмония; эта форма чумы очень заразна и крайне опасна для окружающих больного лиц; попадающие в воздух капельки мокроты, на которых находятся чумные бактерии, вдыхаются контактирующими с больными лицами, в результате чего возникают локальные вспышки или массовые эпидемии, сопровождающиеся высокой смертностью;

септическая, которая обычно быстро заканчивается смертью. Чума начинается внезапно и проявляется резкой слабостью, ознобом, болями в спине и иногда рвотой. Больной впадает в прострацию, у него возникает спутанность сознания, далее могут появиться судороги и бред. Температура тела поднимается примерно до 38°С.

Примерно на 2-3-й день появляются характерные бубоны, чаще всего в паху. Бубон может достигать размеров куриного яйца. Бубоны могут нагнаиваться и превращаться в абсцессы.

При подозрении на чуму незамедлительно сообщите по радио экстренным службам.

Лечение. Больного необходимо изолировать. Он должен соблюдать постельный режим, как можно больше пить и есть легкую пищу. На вскрывшиеся абсцессы накладывают простую повязку, **однако их нельзя вскрывать.** Загрязненные перевязочные материалы и постельное белье нужно прокипятить в течение 10 мин или сжечь.

Вводите тетрациклин по 500 мг каждые 6 ч в течение 5 дней или дольше в соответствии с полученным по радио советом врача. Определенное облегчение дает прикладывание к бубонам пузырей со льдом. В период выздоровления больной должен строго соблюдать постельный режим во избежание перенапряжения сердца.

Предотвращение распространения инфекции

Чума относится к болезням, на которые распространяется действие Международных медико-санитарных правил, и подлежит официальной регистрации. Капитан судна должен как можно быстрее поставить в известность санитарные власти ближайшего порта захода. При проведении мер, направленных на предотвращение распространения чумы, он должен руководствоваться указаниями местных санитарных властей. После консультации с санитарной службой порта больного при первой возможности необходимо переправить в береговое медицинское учреждение.

Помещение, в котором находился больной, а также остальные жилые и служебные помещения корабля следует обработать инсектицидами, обеспечивающими уничтожение блох.

Неавторизованный Водный

Гной при бубонной чуме и мокрота при легочной чуме чрезвычайно заразны, кроме того, при легочной чуме инфекция может распространяться во время кашля или чиханья больного. Поэтому те, кто ухаживает за больным, должны носить маску и защитную одежду.

Внимание! Дохлых крыс, обнаруженных на корабле, следует с помощью щипцов положить в пластиковый пакет, завязать его веревкой и выбросить за борт. Если судно находится в порту, следуйте указаниям санитарной службы порта.

Эпидемический паротит (свинка)

Инкубационный период 12-26 дней, обычно 18 дней

Период изоляции: 10 дней после припухания слюнных желез

Эпидемический паротит – вирусная болезнь, поражающая слюнные железы. Обычно припухают железы на обеих сторонах лица, но иногда поражение бывает односторонним, и больному бывает трудно открывать рот. Начало болезни обычно внезапное и может сопровождаться небольшой лихорадкой. Отек слюнных желез постепенно уменьшается и, как правило, полностью исчезает через 3 нед.

Примерно у 20% мужчин, больных эпидемическим паротитом, возникает орхит, т. е. воспаление одного или обоих яичек; обычно это происходит на 10-й день болезни. Орхит болезнен, но обычно не вызывает бесплодия и никогда не приводит к импотенции.

Больного нужно изолировать на 10 дней, считая со дня опухания слюнных желез, он должен соблюдать постельный режим в течение 4-5 дней или до полной нормализации температуры. Для уменьшения боли и снижения температуры можно давать таблетки ацетилсалициловой кислоты или парацетамола.

Больной, у которого возник орхит, должен соблюдать постельный режим. Для уменьшения боли под мошонку следует положить валик или небольшую подушку. Яички нужно поддерживать и при вставании больного с постели.

Эризипелоид

Инкубационный период 1-7 дней

Период изоляции: до нормализации температуры и состояния кожи

Эризипелоид – острое инфекционное поражение кожи, вызываемое бактериями, которые попадают в организм через поврежденную кожу. Поражения возникают на лице и в других местах.

Болезнь начинается внезапно с головной боли, озноба и общего недомогания. Температура быстро возрастает и может достигать 39,5-40,0°С. На 1-2-й день болезни пораженный участок кожи становится отечным и красным. Зона воспаления быстро расширяется, ее края резко очерчены и приподняты. По мере развития болезни в первона-

Неправильный Медицинский Справочник

чальной зоне воспаление уменьшается и кожа приобретает желтоватый оттенок. В зоне воспаления могут возникать болезненные пузырьки.

Больного необходимо изолировать, в острой стадии инфекции он должен соблюдать постельный режим. Проводите лечение антибиотиками. Для уменьшения боли можно давать таблетки ацетилсалициловой кислоты или парацетамола.

Глава 7. Другие болезни и состояния

Аллергические реакции

См. также разделы "Дерматит", с. 192, и "Крапивница", с. 189.

У некоторых лиц возникает аллергия или повышенная чувствительность к веществам, которые абсолютно безвредны для большинства людей. Человек, страдающий аллергией, чувствителен к аллергенам, т. е. к самым разным веществам, попадающим в организм с вдыхаемым воздухом, пищей, при инъекции или через кожу.

Проявления аллергии могут быть относительно легкими или весьма тяжелыми, например острый приступ бронхиальной астмы, упорная сыпь или внезапный коллапс.

Когда аллерген попадает в организм, в тканях возникает сильное раздражение. Аллергические реакции могут возникать почти по всех органах и тканях. При возникновении аллергических реакций в носу и горле появляются чиханье, кашель, насморк, заложенность носа, зуд в носу и глазах. Эти симптомы характерны для сенной лихорадки (аллергический ринит). При поражении тканей бронхов возникают шумное дыхание, кашель и бронхиальная астма. Поражения кожи проявляются дерматитом или крапивницей. При аллергических реакциях в пищеварительном тракте могут наблюдаться тошнота, рвота, расстройство пищеварения, боль в животе, понос и спазмы. Аллергические реакции могут также поражать головной мозг, вызывая головную боль.

Аллегрические реакции могут быть вызваны самыми разными веществами. Пенициллин нередко вызывает лекарственную аллергию, которая проявляется крапивницей, анафилактическим шоком (см. ниже), кожной сыпью и отеком разных участков тела. Аллергические реакции могут вызывать антибиотики и другие лекарства. Экзематозный дерматит может быть результатом воздействия на кожу металлов, красителей, тканей, смол, лекарственных средств, инсектицидов, и др. химикатов, духов, резины, пластмасс и частей некоторых растений.

Тяжелые аллергические реакции могут возникать при укусах пчел, ос и шершней. Аллергию могут вызывать пыльца сорняков, трав, деревьев и других растений; домашняя и промышленная пыль; споры гри-

Навигатор

бов; перхоть и шерсть животных; перья из подушек; аэрозольные инсектициды и др. У некоторых больных острые и хронические реакции вызывают такие продукты питания, как яйца, молоко, орехи, мучные изделия, крабы, шоколад и фрукты. Аллергию могут вызывать паразиты и даже солнечный свет, тепло и холод.

Оптимальный способ избавления больного от аллергии – полное прекращение контакта с веществом (веществами), которое вызывает ее. Если аллергия вызвана определенным лекарством, его применение нужно прекратить и найти ему замену.

Лечение. Для и ослабления и подавления аллергических реакций используются *антигистаминные* препараты (супрастин, тавегил, кларитин и т.п.). Давайте имеющееся средство согласно инструкции.

Анафилактический шок

См. также раздел "Шок", с. 26.

Анафилактический шок – самая тяжелая форма аллергической реакции, которая нередко заканчивается смертью. Он зачастую возникает после инъекции лекарства. Анафилактический шок развивается через несколько секунд или минут после попадания в организм аллергена. При тяжелом анафилактическом шоке больной внезапно начинает задыхаться, бледнеет и покрывается потом, в это время он испытывает резкую слабость и головокружение. Кровяное давление резко падает, наступает потеря сознания, и если больному не будет оказана экстренная помощь, он может умереть. Анафилактический шок может возникнуть после контакта почти с любым аллергеном. **Перед тем как сделать больному инъекцию или дать любое лекарство, его необходимо спросить, были ли у него раньше какие-либо аллергические реакции.**

Возникновение в процессе лечения кожной сыпи и других необычных побочных эффектов свидетельствует о необходимости избегать в дальнейшем введения данного лекарства.

При возникновении анафилактического шока больного нужно сразу же уложить так, чтобы голова была опущена, а ноги приподняты. Необходимо без промедления ввести внутримышечно следующие лекарства: адреналин (1:1000, 1 мл); хлорфенамина малеат 1 мл; гидрокортизона натрия сукцинат 100 мг. Эти три лекарства следует вводить отдельными шприцами в разные участки тела. Если состояние больного остается тяжелым или ухудшается, через 20 мин можно еще раз ввести адреналин.

Убедитесь в том, что вы не вводите адреналин в просвет кровеносного сосуда. После введения иглы под кожу оттяните назад поршень шприца и вводите адреналин только если в шприце не появится кровь. Гидрокортизон следует вводить очень медленно (продолжительность внутримышечного введения должна составлять около 30 с).

Неофициальная версия

Сенная лихорадка (аллергический ринит)

Сенная лихорадка - одна из наиболее распространенных форм аллергии, поражающая верхние дыхательные пути. Поскольку эта болезнь вызывается пыльцой растений, ее проявления носят сезонный характер и возникают в конце весны, летом и осенью. Клиническая картина сенной лихорадки напоминает симптомы обычной простуды (заложенность носа, слезотечение, чиханье). У некоторых больных возникают астматические приступы (см. раздел "Бронхиальная астма", с. 164. Сенная лихорадка может длиться 4-6 нед, и за это время больной может сильно похудеть.

Во время рейса можно проводить лишь симптоматическое лечение. Больные сенной лихорадкой обычно хорошо знают ее симптомы и то, какие лекарства им помогают.

Аппендицит

Аппендицит (воспаление червеобразного отростка слепой кишки).– самое частое острое заболевание органов живота, встречается главным образом у лиц моложе 30 лет, хотя может возникать у людей любого возраста. При обследовании больного с подозрением на аппендицит необходимо спросить его, перенес ли он операцию по удалению аппендикса, и посмотреть, есть ли на животе рубец в правой подвздошной области.

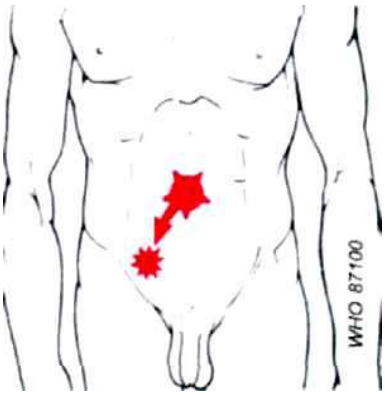


Рис. 74: Смещение боли при аппендиците.

Обычно болезнь начинается с схваткообразной боли в животе, тошноты и рвоты. Боль нередко локализуется чуть ниже пупка или вокруг него. Позже боль перемещается из центра живота в правую подвздошную область (см. рис. 74). Изменяется и характер боли: из схваткообразной, разлитой и не очень точно локализованной она становится резкой, отчетливой и локализуется между наружной и средней третью линии, соединяющей пупок и передний край правой тазовой кости.

Больной обычно теряет аппетит и испытывает общее недомогание, нередко изо рта исходит очень неприятный и даже зловонный запах. Если больной жалуется на острую кинжальную боль, когда вы слегка нажимаете ему на живот в правой подвздошной области, и особенно если вы ощущаете при этом напряжение мышц передней брюшной стенки, можете с большой долей уверенности считать, что у больного аппендицит По мере развития воспаления температура тела и частота пульса повышаются.

Неправильный образец

При подозрении на аппендицит как можно быстрее эвакуируйте больного в больницу. Ни в коем случае не давайте ему слабительные средства. Если условия позволяют доставить больного в стационар в течение 4-6 ч, не давайте ему ни есть, ни пить, а также никаких лекарств, так как не исключено, что ему потребуется наркоз. Уложите больного в постель. Записывайте изменение температуры, пульса и дыхания и отправьте эти данные в стационар вместе с больным.

Если нет возможности доставить больного в стационар в течение 4-6 ч, уложите его в постель и каждый час измеряйте температуру, определяйте частоту пульса и дыхания. Больному нельзя есть, но пить он может. Записывайте количество выпитой и выведенной из организма жидкости.

Проводите лечение антибиотиками, поддерживайте связь и консультируйтесь с врачом. Если спустя 48 ч после начала болезни больной по-прежнему находится на борту судна, ему следует давать понемногу молоко, сладкий чай или суп до тех пор, пока он не будет эвакуирован.

Каждого, у кого были симптомы, напоминающие клиническую картину аппендицита, но потом наступило улучшение, в ближайшем порту необходимо направить к врачу. Об улучшении состояния свидетельствуют уменьшение боли и снижение температуры.

Болезни, которые можно спутать с аппендицитом

У мужчин и женщин

Мочевая инфекция (с. 147). Прободная язва двенадцатиперстной кишки (с. 204). При прободении язвы острая боль иногда возникает в правой части живота, но обычно она разлита по всему животу, передняя стенка которого сильно напряжена. Боль обычно возникает совершенно внезапно, а в анамнезе имеется боль, возникавшая после еды.

Другие причины схваткообразных болей в животе – почечная колика (с. 148), желчная колика (с. 181) и холецистит (с. 231). При этих болезнях также возникает сильная схваткообразная боль, но по другим симптомам их довольно легко отличить от аппендицита.

У женщин

Помимо упомянутых выше болезней, нужно иметь в виду и внематочную беременность. Всегда спрашивайте у больной дату последней менструации, а также поинтересуйтесь их регулярностью. Если даты менструации и последующих половых сношений не исключают возникновения беременности, всегда имейте в виду, что она может быть внематочной.

Сальпингит (с. 249). Сальпингит – это воспаление маточных труб. Всегда ищите признаки сальпингита, для чего спросите женщину о недавних половых контактах, узнайте есть ли у нее боль при мочеиспуска-

Неразрешенный перевод

нии, а также необычные выделения и кровотечения. При сальпингите температура обычно выше, чем при аппендиците.

Боль в животе

Легкие заболевания органов живота

Эта группа состояний включает расстройство пищеварения, метеоризм, легкую колику (боли в животе без диареи и лихорадки) и нарушения, обусловленные перееданием. Больной может рассказать о возможных причинах этих нарушений. Расспросите больного о непереносимости, например, острой пищи, о склонности к жидкому стулу или к запору, вообще о всех более или менее регулярно возникающих расстройствах пищеварения. Легкая боль в животе обычно проходит без лечения, если удается установить и устранить ее причину.

Критически относитесь к высказываемым больным объяснениям причин болей в животе, пока путем обследования не убедитесь в отсутствии у него какой-либо серьезной болезни (рис. 75 и табл. 2). Помните, что язвенная болезнь может иногда начинаться с легкой боли (с. 202).

В течение 1-2 дней больной должен питаться простой пищей и принимать по 2-3 таблетки активированного угля три раза в день. Больного, у которого наблюдаются стойкие или необъяснимые симптомы со стороны живота, необходимо показать врачу в ближайшем порту.

Исследование живота

Живот необходимо тщательно исследовать. Для начала положите больного в постель в теплом, хорошо освещенном месте. Сядьте или встаньте на колени рядом, при обследовании никогда не наклоняйтесь над пациентом.

Живот нужно полностью обнажить так, чтобы можно было исследовать паховую область (см. раздел "Грыжа", с. 179). Осмотрите живот, обращая внимание на то, движется ли передняя брюшная стенка во время дыхания. Попросите больного сделать глубокий вдох и покашлять; спросите его, не больно ли это и, если да, то где и как. Больной может точно показать место острой боли, при тупой боли он скорее всего покажет ладонью больной участок.

Понаблюдайте за движением кишечника, отметьте, возникают ли при этом боли и/или булькающие звуки. Обратите внимание на поведение больного: лежит ли он очень тихо, боясь пошевельнуться и кашлянуть из-за боли, или корчится и кричит от боли. Спастические боли, сопровождающиеся громкими булькающими звуками, обычно свидетельствуют о кишечной колике или непроходимости кишечника. При перфорации аппендикса, прободении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки больной обычно лежит очень тихо.

Неправильный

Незавершенный вариант

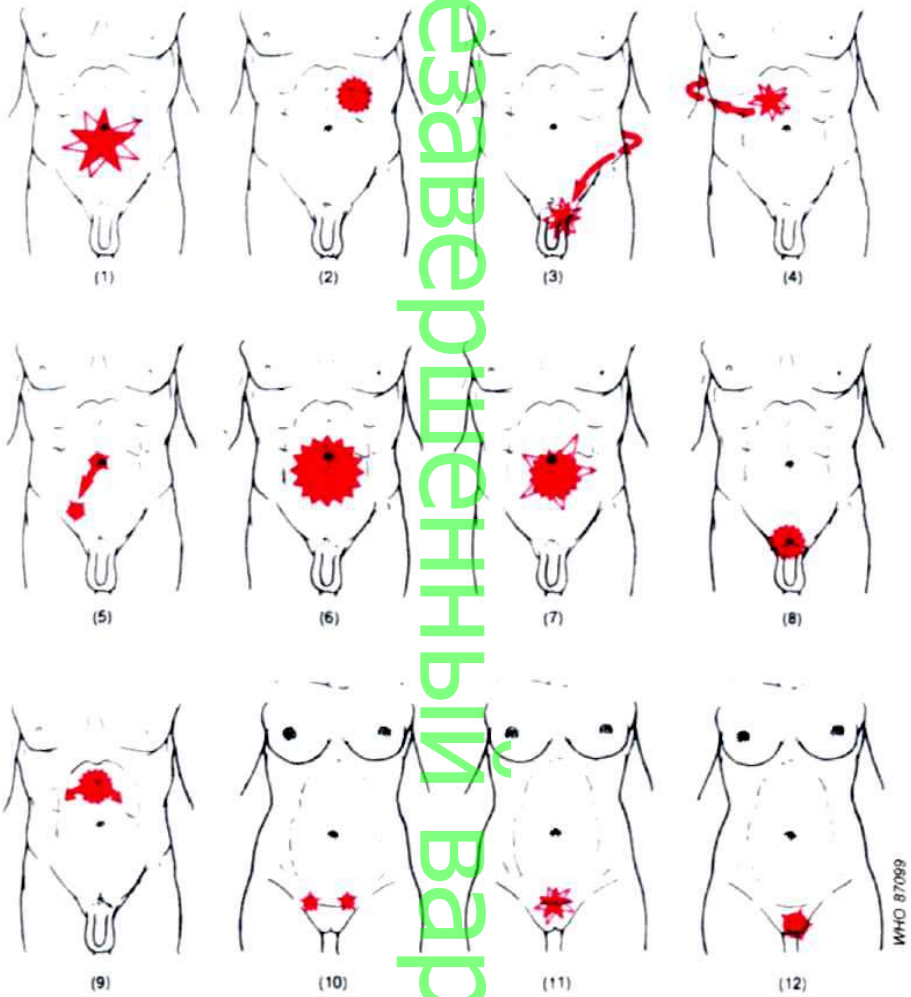


Рис. 75: Боль в животе (см. табл. 2)

Завершив исследование живота, измерив температуру тела и частоту пульса, обратитесь к табл.2 и рис.75, которые помогут поставить диагноз.

Таблица 2. Сильная боль в животе

№	№ на	Локализация и ха-	Симптомы	Общее

строки	рис. 70	рактер боли	рвота	понос	состояние больного
А. У всех больных					
1	1	по всему животу или вокруг пупка и в нижней части резкая, спастическая	нет	обычно в начале нет, иногда появляется позднее	удовлетворительное; обычно ходит
2	2	в верхней части и под левым ребром; постоянная жгучая	имеется, обычно неоднократная	вначале отсутствует; может возникнуть через 1-2 дня	очень плохое тошнота, слабость, но вскоре улучшается
3	3	отдает из поясницы в пах и яички; очень сильная, спастическая	может быть, но только при спазмах	нет	тяжелое
4	4	отдает из правого подреберья в спину или правое плечо; очень болезненные спазмы	может быть, но только при спазмах	нет	тяжелое
5	5	вначале вокруг пупка, позже справа внизу живота; обычно постоянная и резкая; не всегда сильная	вскоре после начала боли обычно один-два раза	иногда в самом начале; затем запор	средней тяжести, больной старается лежать тихо
6	6	по всему животу, обычно сильная и постоянная	имеется и становится все чаще	обычно отсутствует	тяжелое, боится двигаться из-за боли
7	7	вначале спастическая, постоянная	все чаще, коричневой жидкостью	нет; запор	очень тяжелое
8	8	в паху, постоянная и сильная	вначале нет, позднее как	отсутствует; пол-	очень тяжелое

Неправильный вариант

			при непроходимости		
9	9	сильная и постоянная, особенно в верхней части живота	редко	отсутствует	очень тяжелое; вначале шок; позднее больной боится двигаться

Продолжение таблицы

№ строки	Температура	Пульс	Болезненность при прикосновении	Вероятная причина боли
1	нормальная	нормальный	наоборот, при нажатии боль уменьшается	кишечная колика (с. 146)
2	обычно нормальная; в тяжелых случаях до 38°с	слегка учащен, до 80-90	иногда бывает, но не сильная, в верхней части живота	острое расстройство пищеварения (с. 214)
3	нормальная или снижена	частый, как при шоке	в области поясницы	почечная колика (с. 148)
4	нормальная или снижена	частый, как при шоке	в правом подреберье	желчная колика (с. 181)
5	вначале нормальная, но позднее всегда повышается до 38°с	все время учащен (более 85), все чаще	отчетливо определяется в правой нижней части живота	аппендицит (с. 138)
6	до 39,5°с и выше, перед смертью снижается	частый (более 110) и слабый	весь живот резко болезнен, напряжен, брюшная стенка очень напряжена	перитонит (с. 205)
7	нормальная	постоянно учащается, слабый	легкая, по всему животу; брюшная стенка не напря-	непроходимость кишечника (с. 146)

Незаверенный вариант

			жена, а вздута	
8	нормальная	постоянно учащается, слабый	в области припухлости в паху	ущемленная паховая грыжа (с. 179)
9	вначале нормальная или снижена; спустя день рост	вначале нормальный, спустя неск. ч. начинает учащаться	по всему животу; сильнее всего в области боли; брюшная стенка твердая, «доска»	прободная язва желудка (с. 202)

Продолжение таблицы

№ строки	№ на рис. 122	Локализация и характер боли	Симптомы		Общее состояние больной
			рвота	понос	
Б. У женщин					
1	10	Внизу живота, с одной или обеих сторон, выше паховой линии	Иногда в начале боли	Обычно нет	Средней тяжести: могут быть выделения или кровотечение из влагалища
2	10	Возникает внезапно в нижней части живота, может быть сильной	Иногда в начале боли	нет	Средней тяжести; если боль и внутреннее кровотечение сильные, возможен коллапс; кровотечение из влагалища
3	11	В нижней части живота спазмы, как при родовых схватках	нет	нет	сильное волнении; при сильном влагалищном кровотечении может возникнуть коллапс
4	12	дискомфорт внизу живота и в промежности; жгучая боль при мочеиспускании	нет	нет	Больная очень страдает из-за частых болезненных мочеиспусканий

№ стр	Температура	Пульс	Болезненность при при-	Вероятная причина боли

Незавершенный вариант

оки			косновении	
1	Обычно высокая	Все время частый	Внизу живота, с одной или с обеих сторон	Сальпингит (с. 249)
2	Вначале нормальная, позже может слегка повыситься	Слегка учащен, если внутреннее кровотечение продолжается, может стать частым и слабым	Внизу живота	Внематочная беременность (с. 247)
3	Нормальная	Нормальный или слегка учащен; при влагалищном кровотечении частый	Внизу живота	Выкидыш
4	Нормальная, но при тяжелой инфекции может повышаться	Нормальный или слегка учащен	Умеренная, в центре нижней части живота	Цистит (с.149)

Кишечные звуки

Окончив осмотр живота, минуты две послушайте кишечные звуки, приложив ухо к передней брюшной стенке справа от пупка.

Нормальные кишечные звуки возникают в процессе переваривания пищи. Время от времени слышны булькающие звуки, в норме вы должны услышать не менее одного такого звука в минуту.

Частые громкие звуки с короткими интервалами или вообще без интервалов возникают при усиленной перистальтике (движении) кишечника, посредством которой организм старается избавиться от "яда", например при диарее или пищевом отравлении, или протолкнуть вперед содержимое кишечника, например при его непроходимости (полной или частичной, с. 146). На высоте звука у больного обычно возникает схваткообразная боль, которая иногда бывает настолько сильной, что больной мечется и стонет.

Отсутствие кишечных звуков свидетельствует о параличе кишечника. Это состояние возникает при перитоните, который развивается в результате перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки или аппендикса, а также при тяжелых травмах живота. Перитонит ведет к смерти. Как можно быстрее эвакуируйте больного в больницу.

После того как вы выяснили все, что можно, путем осмотра и выслушивания живота, переходите к ощупыванию живота теплыми ру-

Неавторизованная ознакомительная версия

ками. Попросите больного не разговаривать, расслабиться, лежать спокойно и дышать ртом (для расслабления мышц живота). Теперь положите ладонь на тот участок живота, где нет боли или дискомфорта. Это даст вам возможность понять, какова на ощупь здоровая часть живота. Затем, держа ладонь плоско на животе с выпрямленными и сжатыми вместе пальцами, слегка надавите на живот кончиками пальцев. Никогда не тыкайте в живот кончиками пальцев, когда ладонь перпендикулярна стенке живота. Систематически ощупайте весь живот, оставив напоследок те участки, где больной чувствует боль. По лицу больного вы поймете, что прикосновение причиняет ему боль. Кроме того, вы можете почувствовать напряжение мышц, посредством которого больной пытается защитить болезненный участок.

Неотложные заболевания органов живота

Неотложные заболевания органов живота, такие, как аппендицит и прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, требуют экстренного хирургического вмешательства. Однако это не означает, что все остальные виды лечения непригодны или неэффективны. В самых ранних стадиях аппендицита и прободной язвы такие симптомы, как диарея, рвота, головная боль и лихорадка, бывают редко, и то в легкой форме. Эти симптомы чаще всего обусловлены пищевыми отравлениями или дизентерией (см. с. 212).

Кишечная колика

При кишечной колике больной испытывает сжимающие боли, которые то возникают, то исчезают в разных участках живота. Эти боли вызываются сильным сокращением мышечного слоя кишечника.

Кишечная колика – симптом многих болезней кишечника, чаще всего она наблюдается при пищевых отравлениях, на ранних стадиях аппендицита (с. 138), а также при любом заболевании, сопровождающемся поносом (с. 212). Самым тяжелым состоянием, при котором возникает сильная кишечная колика, является непроходимость кишечника.

Непроходимость кишечника

Непроходимость кишечника в одних случаях развивается исподволь, в других возникает внезапно; одной из частых причин ее является ущемленная грыжа (с. 179). Кишка всегда стремится протолкнуть свое содержимое через любое препятствие, и во время таких энергичных движений происходит сильное сокращение мышечного слоя, которое и вызывает колику. Иногда через переднюю брюшную стенку можно увидеть движения кишечника (перистальтику), а также услышать громкие булькающие звуки, которыми сопровождаются эти движения.

Неотложная медицинская помощь

На ранних стадиях непроходимости кишечника больные нередко жалуются на метеоризм и запор. Позднее отхождение газов и кала полностью прекращается. Живот растягивается и становится напряженным из-за скопления в нем газов, и звуки, издаваемые кишечником, становятся громче. Может возникнуть рвота, вначале содержимым желудка, а позднее каловыми массами.

Так как одной из причин непроходимости кишечника является ущемленная грыжа, внимательно обследуйте больного и в случае обнаружения ущемленной грыжи сделайте все возможное для ее вправления (с. 179). Независимо от причины, вызвавшей непроходимость кишечника, больного необходимо как можно быстрее доставить в медицинское учреждение, в котором ему может быть сделана операция. Промедление может стоить больному жизни.

Тем временем уложите больного в постель. Он не должен ни есть, ни пить; можно лишь полоскать рот водой для удаления остатков рвотных масс.

Болезни мочевого тракта

Мочевая система

В мочевой системе образуется моча, с которой из организма выводятся продукты жизнедеятельности клеток. В норме моча состоит из воды и солей, но при некоторых болезнях в ней появляются сахар, альбумин (белок), клетки и клеточный детрит. Анализ мочи помогает диагностировать многие болезни.

Мочевая система состоит из двух почек, в которых образуется моча, двух мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала (рис. 76).

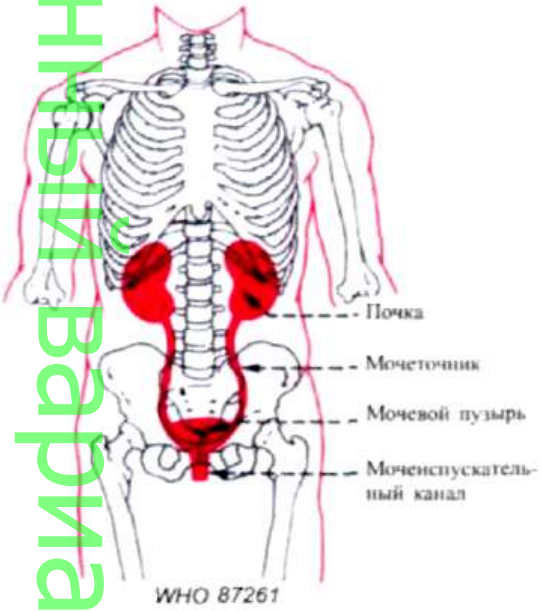


Рис. 76: Мочевая система.

Почки

Почки – имеющие форму фасоли органы, весящие примерно по 200 г и расположенные сбоку от позвоночника в верхней части брюшной полости, приблизительно на уровне последнего нижнего ребра. Почки окружены тол-

Незавершенный вариант

стым слоем жировой ткани и хорошо защищены мощными мышцами спины, они повреждаются только при тяжелых травмах.

Почки очищают кровь и поддерживают химическое равновесие организма. Около 96% мочи составляет вода. Данные о количестве мочи (более 1 л в сутки) и ее составе позволяют врачу судить о том, как работают почки. При почечной недостаточности происходит отравление организма, нелеченая уремия приводит к смерти.

Мочевой пузырь и мочеиспускательный канал

Мочевой пузырь представляет собой полый мышечный орган. Пустой мочевой пузырь полностью находится в малом тазу, позади и ниже лобка. В силу такого расположения мочевой пузырь, особенно растянутый мочой, легко травмируется при сильных ударах в область живота, а также при переломах таза.

Мочеиспускательный канал – трубка, по которой моча выводится из мочевого пузыря наружу. Через мочеиспускательный канал у мужчин в момент эякуляции выделяется сперма. Через наружное отверстие мочеиспускательного канала бактерии и другие микроорганизмы могут проникать в мочевой пузырь и далее через мочеточники в почки, а через семявыносящие протоки в яички, в результате чего может возникать инфекция этих органов.

Почечная колика (мочекаменная болезнь)

В почках могут возникать камни, состоящие из кристаллов солей и других твердых частиц. Иногда камень не причиняет человеку никаких неприятностей, но чаще всего он вызывает тупую боль в пояснице, иногда в моче появляется кровь. Острая боль (почечная колика) возникает только тогда, когда камень попадает в мочеточник (трубку, соединяющую почку с мочевым пузырем).

Мучительная боль возникает совершенно внезапно. Она появляется в области поясницы и отдает в пах и яичко. Каждый приступ может длиться до 10 мин, интервалы между приступами могут быть такими же. Больной не может спокойно лежать и мечется в постели, крича от боли. Зачастую наблюдается рвота и усиленное потоотделение. Пульс быстрый и слабый, но температура обычно остается нормальной. Приступ обычно длится несколько часов и нередко внезапно заканчивается в тот момент, когда камень попадает из мочеточника в мочевой пузырь.

Больного нужно уложить в постель. Главная цель лечения почечной колики заключается в устранении боли. Изменение положения тела может способствовать отхождению камня.

Обращайте внимание на присутствие в моче сгустков или явной крови. Больной должен каждые полчаса или каждый час выпивать по

Национальный институт образования

стакану воды для усиления мочевыделения. С целью обнаружения в моче камней ее следует профильтровать через марлю.

После того как камень отошел, больной должен продолжать много пить. Пища должна быть жидкой или мягкой в течение одного - двух дней или дольше, если больной чувствует себя плохо. В случае возникновения озноба и лихорадки, свидетельствующих об инфекции мочеполового тракта, показан прием сульфаметоксазола/триметоприма (см. ниже раздел "Воспаление мочевого пузыря и почек"). Посоветуйтесь с врачом по радио. В следующем порту больной должен обратиться к врачу. Вышедший камень нужно сохранить и показать врачу.

Воспаление мочевого пузыря и почек (цистит и пиелит)

Указанные формы воспаления возникают довольно часто и поражают либо только мочевой пузырь (цистит), либо мочевой пузырь и почки (пиелит); женщины страдают чаще мужчин. Предрасполагающими факторами являются низкая личная гигиена, сопутствующие болезни мочевой системы и гениталий (почечные камни, уретрит, влагалищные выделения) или частичное нарушение оттока мочи (например, при увеличении простаты).

Обычно цистит проявляется тупой болью в нижнем отделе живота и промежности, учащенными позывами к мочеиспусканию; при мочеиспускании, сопровождающемся ощущением жжения, каждый раз выделяется лишь небольшая порция мочи. Температура умеренно повышена, больной испытывает общее недомогание.

Инфицированная моча может содержать гной или небольшое количество крови. Иногда моча бывает мутной и имеет необычный запах.

Цистит иногда протекает без температуры и общих симптомов, когда единственным отклонением от нормы является учащенное мочеиспускание; в таких случаях больной может даже не догадываться о наличии инфекции. Если, помимо цистита, возникает воспаление почек, к описанной картине присоединяется боль в пояснице и высокая температура (38-40°С). Состояние больного резко ухудшается, возникают генерализованные боли в мышцах, приступы озноба и даже рвота.

Общее лечение

Даже в легких случаях больного необходимо уложить в постель. Нужно измерять температуру, частоту пульса и дыхания. В течение суток больной должен выпивать 2-4 л жидкости. Горячие ванны и тепло на нижнюю часть живота уменьшают неприятные ощущения в мочевом пузыре.

В течение 7 дней каждые 12 ч давайте больному по 2 таблетки сульфаметоксазола/триметоприма.

Неправительственный вариант

Острая задержка мочи

При острой задержке мочи человек не может мочиться даже несмотря на то, что мочевой пузырь полон. По мере растяжения пузыря боль и страдания усиливаются. Переполненный мочевой пузырь при прощупывании определяется как округлая болезненная припухлость, находящаяся над лобком, в тяжелых случаях он может растянуться до пупка.

При острой задержке мочи всегда имеется препятствие в мочеиспускательном канале. К числу наиболее частых причин острой задержки мочи относятся локальная травма, рубец внутри канала, блокада застрявшим мочевым камнем, слишком долгое воздержание от мочеиспускания (особенно во время или после употребления большого количества спиртного), а у мужчин пожилого возраста и аденома простаты. Часто острой задержке предшествует нарушение мочеиспускания, вызванное увеличением простаты, которое проявляется тем, что моча вытекает слабой струйкой и непроизвольно капает, днем и ночью больной испытывает частые сильные позывы к мочеиспусканию. У женщин острая задержка мочи случается редко.

Лечение. Больного следует поместить в горячую ванну, где он может попытаться расслабиться и помочиться. Если он испытывает сильный дискомфорт, дайте обезболивающее. Не давайте больному пить. Следите за тем, чтобы вода была действительно горячей.

Нефрит (гломерулонефрит)

Нефрит, т. е. воспаление или дегенерация почек, может протекать в острой и хронической формах.

Острый нефрит

При остром нефрите нарушается удаление шлаков из крови. Внезапно количество выделяемой мочи может резко уменьшиться, возникает отек лодыжек, кожа становится бледной и пастозной. Обычно возникают общие симптомы острых болезней, такие, как недомогание, боль в пояснице, головная боль, лихорадка (обычно незначительная), одышка, тошнота и рвота.

При правильном лечении острый нефрит может пройти через несколько недель или месяцев, но эта болезнь очень серьезна. Осложненные случаи могут закончиться летальным исходом в течение относительно короткого времени или, несмотря на самое лучшее лечение, перейти в хронический нефрит.

Длительное пребывание на холоде без теплой одежды и чрезмерное употребление алкоголя также могут привести к поражению почек. Другими частыми причинами повреждения почек и острого нефрита являются токсины, образующиеся при таких локальных инфекциях, как абсцесс зуба или гнойный периодонтит; токсины, образующиеся при

Электронный архив

острых инфекционных болезнях; отравления, например ртутью, обширные ожоги. При подозрении на острый нефрит посоветуйтесь с врачом по радио.

Пища должна быть мягкой и легко перевариваемой, воду и соль следует ограничить, особенно при наличии отека на лодыжках (см. раздел "Отеки", с. 198)

Хронический нефрит

Симптомы хронического нефрита включают отеки на лодыжках, мешки под глазами, белую пастозную кожу, повышенную утомляемость, головную боль, тошноту, рвоту и уменьшение количества мочи.

Зная точное количество суточной мочи, врач сможет дать вам более квалифицированный совет по радио.

Боль в горле

Фарингит (воспаление слизистой горла) может быть самостоятельным заболеванием или одним из проявлений тяжелой болезни. Дифтерийные и стрептококковые инфекции глотки сопровождаются выраженными системными нарушениями. Стрептококковая ангина напоминает скарлатину, но клинически отличается от последней отсутствием кожной сыпи. Воспаление глотки обычно возникает на фоне зимних простуд. Иногда причиной его бывает вдыхание раздражающих веществ или выкуривание большого числа сигарет.

Тонзиллит (ангина)

Тонзиллит – воспаление миндалин, которые представляют собой небольшие рыхлые образования, расположенные по бокам глотки. К числу симптомов тонзиллита относятся першение в горле, боль при глотании, общее недомогание, головная боль, лихорадка, озноб и боли в мышцах, причем все эти симптомы возникают довольно остро. Больному бывает трудно открыть рот, лицо его краснеет и он выглядит довольно плохо. Миндалины увеличиваются в размере, краснеют и покрываются множеством желтых пятен или полос, содержащих гной. Лимфатические узлы, дренирующие миндалины, увеличиваются в размере и имеют вид болезненных припухлостей, расположенных сзади угла нижней челюсти с одной или обеих сторон. Температура тела повышена, пульс учащен. Если, несмотря на лечение, состояние больного через 2-3 дня не улучшается, следует подумать об инфекционном мононуклеозе. В пользу такого диагноза говорит наличие увеличенных лимфатических узлов в подмышечных ямках и паховых областях.

Лечение. Измерьте температуру и попытайтесь нащупать болезненные увеличенные лимфатические узлы на шее. Запретите больному курить.

Неавторизованный фрагмент

При простом тонзиллите достаточно полоскать горло теплой соленой водой (чайная ложка соли на пол-литра воды) каждые 3 ч., а лучше раствором фурацилина (0,5 таблетки растворить в стакане горячей воды и дать остыть), сосать таблетки грамидина или аналогичные лекарственные пастилки, содержащие антимикробные и противовоспалительные препараты (стрепсилс и т.п.).

Для уменьшения боли больному с легким тонзиллитом или фарингитом, не сопровождающимися общими симптомами и лихорадкой, можно дать парацетамол с фруктово-витаминными добавками (горячее питье). При легком тонзиллите или фарингите антибиотики давать не следует.

Больного с тонзиллитом или ангиной, сопровождающимися лихорадкой, опуханием лимфатических узлов и общим недомоганием, нужно уложить в постель. Больной должен полоскать горло и принимать парацетамол. Проводите лечение антибиотиками (с. 272).

Следите за общим состоянием больного. Выздоровление обычно начинается через два дня; когда температура спадет и больной будет чувствовать себя лучше, он может вставать с постели.

Тонзиллит может осложниться перитонзиллярным абсцессом (см. ниже).

Ларингит

Ларингит – это воспаление гортани. Помимо обычных причин, упомянутых выше, оно может быть вызвано перенапряжением голоса. Ларингит обычно проявляется першением в горле, болью при глотании и постоянным сухим раздражающим кашлем, голос при этом становится сиплым или вовсе пропадает. Температура тела обычно не повышается, и больной в целом чувствует себя удовлетворительно. Однако иногда наблюдается небольшая лихорадка.

Перитонзиллярный абсцесс

Обычно перитонзиллярный абсцесс возникает на фоне тонзиллита. Он располагается за одной из миндалин, и в результате отека окружающей ткани миндалина выбухает в полость рта. Больному бывает так трудно и больно глотать, что он полностью отказывается от еды. На стороне поражения боль может отдавать в ухо. Отечные ткани очень болезненны, и легкое нажатие на точку, расположенную чуть ниже и сзади угла нижней челюсти, вызывает сильную боль. Температура тела поднимается, иногда весьма значительно (до 40°С). Горло очень красное, на стороне поражения видна припухлость выше миндалины.

Больного нужно уложить в постель и каждые 4 ч измерять температуру, частоту пульса и дыхания. Кормить больного следует легкой протертой пищей, поскольку твердая вызывает сильные боли при гло-

Ознакомительная версия

тании. Рекомендуется употреблять напитки со льдом, так как они притупляют боль и дают возможность больному поесть.

Проводите лечение антибиотиками (с. 272).

Если больной не в состоянии проглотить таблетку целиком, ее следует растолочь и дать ему с водой. Для уменьшения боли можно каждые 6 ч принимать по 2 таблетки ацетилсалициловой кислоты или парацетамола.

Перитонзиллярный абсцесс может рассосаться благодаря лечению или же лопнуть. Больного нужно предупредить о том, что перед разрывом абсцесса он будет испытывать сильную боль, а в момент разрыва боль будет очень сильной и во рту появится гной, который необходимо будет выплюнуть. После разрыва абсцесса нужно хорошо прополоскать горло. Вскоре после разрыва абсцесса состояние больного значительно улучшится; ему можно будет разрешить вставать тогда, когда температура будет нормальной в течение 24 ч.

Боль в груди

После того как вы обследовали больного, определили температуру, частоту пульса и дыхания и отметили в истории болезни обнаруженные симптомы, обратитесь к рис. 74 и табл. 6 с целью установления или подтверждения диагноза.

Более подробная информация, касающаяся каждого заболевания и его лечения, дана в соответствующих разделах.

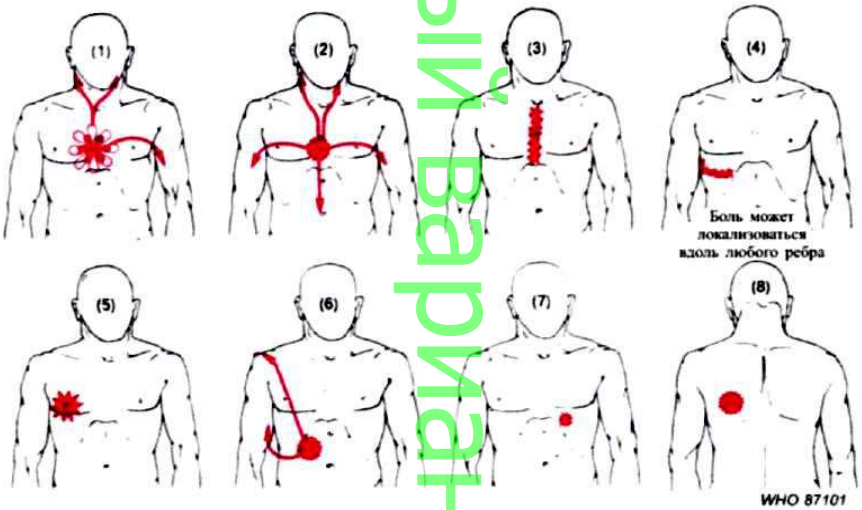


Рис. 77: Боль в груди (см. табл. 6).

Национальный вариант

Таблица 3. Боль в груди.

№ строки	№ на рис. 72	Локализация и характер боли	Возраст	Начало	Одышка	Состояние	синюшн. губ и ушей	бледность
1	1	за грудиной, отдает в левую руку, нижнюю челюсть или в живот; сжимающая	сред. и стар.	внезапное. обычно после физической нагрузки	нет	выглядит плохо и встревожен	нет	имеется
2	2	за грудиной, отдает в нижнюю челюсть, живот, в руку, обычно левую; сдавливающая	сред. и стар.; иногда мол.	внезапное, часто в покое	да, тяжелая	плохое; беспокойство, рвота, коллапс	нередко имеется	имеется
3	3	чувство жжения за всей грудиной	любой	может последовать за умеренным расстройством пищеварения	нет	удовлетворительное, может быть рвота	нет	обычно нет
4	4	вдоль ребер на одной стороне: тупая	любой, но чаще стар.	медленное	нет	хорошее	нет	нет
6	5	в любом месте грудной клетки; резкая при дыхании и кашле	любой	внезапное	легкая	хорошее	нет	нет

Незавершенный вариант

7	5 7 8	то же	любой	любое; часто после простуды	имеется	выглядит плохо; лицо красное	имеется	нет
8	5 7 8	в любом месте грудной клетки; острая	любой	внезапное	имеется	вначале хорошее	появл. позже	имеется

№ стр	потливость	температура	пульс (уд/мин)	дыхание	боль при прикосновении	дополнительная информация	возм. причина
1	имеется	норм.	норм.	18	нет	боль может возникать при физ. усилии, после плотной еды, на холоде или при эмоциях; проходит в покое через 2 3 мин; во время приступа больной молчит	стенокардия
2	имеется	норм.	учащ. 90-120	учащ. 24	нет	пульс может быть неровным; сердце может остановиться	инфаркт миокарда
3	нет	норм.	норм.	18	нет	во рту может быть кислый привкус	изжога
4	нет	норм.	норм.	норм.	часто-между ребр. где сыпь	вдоль пораж. нервов возникает мелкая сыпь, дышать больно; могут поражаться другие части тела	опоясывающий лишай
6	нет	повыш 37,5-39,5°с	учащ. 100-120	учащ. 24	нет	может быть первым симптомом воспаления легких	плеврит
7	имеется	повыш 39,5-40.5°	учащ. 100-130	резко уча-щен-	нет	вначале сухой упорный кашель, позднее появляется "ржавая" мо-	пневмония

Незаверенный вариант

				ное, 30-50		крота	
8	нет	норм.	учащ. 72-100	учащ. 18-30	нет	движения пораженной стороны грудной клетки ограничены	пневмоторакс

Продолжение таблицы.

№ стр	номер на рис. 77	локализация и характер боли	возраст	начало	одышка	состояние	синюшн. губ и ушей	бледность
9	6	отдает из правого подреберья области в пр. лопатку и плечо	обычно сред.	медленное	нет	средней тяжести. иногда покраснение лица: рвота	нет	обычно нет
10	6	локализация как при холецистите; резкая спастическая	любой, чаще сред.	внезапное	да, при спазмах	средней тяжести, беспокойство; тошнота и рвота	нет	да
11		в месте травмы; резкая усил. при дыхании	любой	внезапное	нет	обычно удовл., но может развиться шок	нет	да (при шоке)
12		в любом месте, часто в спине; тупая	любой	медленное	нет	удовлетворительное	нет	нет

№ стр	потливость	температура	пульс уд/мин	дыхание	боль при прикосновении	дополнительная информация	возм. причина
9	нет	до 38°с	учащ. 110	слегка учащенное, 18	в обл. желч. пузыря	боль может отдавать в правое плечо и при других болезнях	холецистит

Незавершенный вариант

10	имеется	обычно норм.	учащ. 72-110	учащ. до 24 и более во время спазмов	в обл. желч. пузыря		желчная колика
11	только при шоке	норм.	учащ. при шоке	учащ.	в пораженной области	обломки ребер могут проткнуть легочную ткань; внимание на ярко-красную пенистую мокроту и пневмоторакс	перелом ребра
12	нет	норм.	норм.	норм.	в пораженной области	могут прощупываться "узелки"; нередко в верхней части спины	мышечн. ревматизм

Боль в сердце и сердечная недостаточность

Когда сужается просвет коронарных артерий, сердце получает недостаточное количество крови и вследствие этого работает менее эффективно. Если нагрузки превышают определенный уровень, возникают приступы боли в сердце (стенокардия). Между приступами больной чувствует себя хорошо.

Измененная коронарная артерия может быть закупорена сгустком крови. В этом случае кровоснабжение определенного участка сердечной мышцы прекращается и возникает инфаркт миокарда.

Стенокардия (боль в груди)

Стенокардией обычно страдают лица среднего и старшего возрастов. Частота возникновения, характер и сила боли у разных больных неодинаковы. Чаще всего боль возникает при физической нагрузке, она может быть спровоцирована также сильным переживанием, плотной едой и даже холодом. Боль возникает внезапно и быстро достигает максимальной силы, прежде чем исчезнуть через 2-3 мин. Во время приступа больной испытывает сильное беспокойство, его лицо бледнеет или становится серым, иногда тело покрывается холодным потом. Он останавливается, не будучи в состоянии идти. Нередко больной наклоняется вперед и прижимает руки к груди. Больной вынужден сдерживать дыхание из-за боли.

По окончании приступа (но никогда во время приступа) больной описывает боль как давящую или сжимающую, локализующуюся за грудиной. Иногда у больного возникает такое ощущение, будто грудную

Незаверенный перевод

клетку сжимают в тисках, при этом боль может отдавать в горло, нижнюю челюсть, в одну или обе руки (чаще в левую) и даже в верхнюю часть живота (см. рис. 77, стр. 153).

Со временем приступы стенокардии обычно возникают чаще и становятся тяжелее.

Во время приступа больной должен находиться в положении, которое для него удобно. Ему следует отдохнуть. Рекомендуется употреблять легкую пищу, избегать приема алкоголя, курения и меньше бывать на холоде. Больной должен ограничить физические нагрузки и постараться поддерживать ровное расположение духа.

Тромбоз коронарных артерий (инфаркт миокарда)

Сердечный приступ возникает внезапно и чаще в покое, чем во время физической нагрузки. Четырьмя главными симптомами его являются боль, которая распространяется так же, как ангинальная боль (с. 157), одышка, рвота и коллапс, иногда тяжелый. Нередко возникают повышенная потливость, тошнота и страх смерти.

Боль варьируется от легкой до невыносимой и часто бывает очень сильной. Больной нередко ведет себя очень беспокойно и безуспешно пытается найти такое положение тела, которое могло бы облегчить боль. Одышка может быть очень сильной, а кожа зачастую приобретает серый цвет с синеватым оттенком, становится холодной и покрывается потом. На ранней стадии нередко возникает рвота, которая может усугубить коллапс.

При легких приступах единственным симптомом может быть длительная ангинальная боль, которой иногда сопутствует легкое поташнивание. Нередко больные ошибочно принимают сердечный приступ за сильное расстройство пищеварения.

Больной должен прекратить любую работу и лечь в постель, заняв в ней такое положение, при котором боль меньше всего беспокоит его. Всякая физическая нагрузка категорически запрещается. Беспокойство, которое зачастую бывает одним из ведущих симптомов, обычно удается снять путем применения обезболивающих средств. Большинство больных предпочитают лежать на спине с подложенными под лопатки подушками, но некоторые сидят, наклонившись вперед, поскольку в таком положении им легче дышать. Необходимо через каждый час измерять температуру тела, частоту пульса и дыхания. Курение и прием алкогольных напитков запрещаются.

Необходима срочная госпитализация больного. Дать больному нитроглицерин (от одной до нескольких таблеток с интервалом 5-6 минут). Валидол в этих случаях неэффективен.

Независимо от тяжести приступа во всех случаях рекомендуется сразу дать сильное обезболивающее. Больному, испытывающему волнение и беспокойство, нужно 3 раза в день давать диазепам до тех пор,

Незавершенный фрагмент

пока его не удастся доставить в больницу. При тяжелых и умеренных приступах через 3-4 ч повторно давать обезболивающее.

В случае остановки сердца немедленно положите больного на твердую поверхность и проводите непрямой массаж сердца и искусственное дыхание.

При явной одышке больного следует усадить. Если одышка сопровождается шумным дыханием с влажными хрипами и кашлем, дайте больному таблетку фуросемида (40 мг), ограничьте прием жидкости, начните вести таблицу учета принятой и выделенной жидкости (с. 96).

Пароксизмальная тахикардия

Тахикардия – это повышенная частота сердечных сокращений, когда пульс превышает 100 ударов в минуту. Это состояние проявляется приступами (пароксизмами). Больной жалуется на учащенное сердцебиение, неприятные ощущения в груди или в горле. Он бледнеет, появляется сильное беспокойство, иногда больной чувствует сильную слабость, головокружение и даже падает в обморок. Приступ начинается внезапно и через несколько минут, а иногда и часов так же внезапно прекращается. Приступ, длящийся несколько часов, сопровождается усиленным мочевыделением. Пульс определить бывает очень трудно, и лучше считать число сердечных сокращений, приложив ухо к грудной клетке между соском и грудиной. Частота сердечных сокращений иногда достигает 160-180 ударов и более.

Общее лечение

Больному нужно придать такое положение, в котором он чувствует себя лучше всего. Успокойте его, объяснив, что приступ сам по себе пройдет. Иногда приступ проходит, когда больной после очень глубоких вдохов надолго задерживает дыхание или делает несколько глубоких выдохов. Если это не помогает, дайте ему выпить стакан ледяной воды.

Специфическое лечение

Для облегчения боли нужно положить под язык и сосать (но не глотать) таблетку нитроглицерина (0,5 мг), ее нужно держать во рту до тех пор, пока она полностью не растворится. Эти таблетки можно принимать по мере необходимости и лучше всего - при появлении признаков, которые говорят больному о том, что у него может начаться приступ стенокардии. Больному следует посоветовать выплевывать остаток таблетки после того, как боль пройдет, поскольку нитроглицерин может вызывать сильную головную боль.

Больному, который испытывает сильное беспокойство и волнение, следует 3 раза в день принимать по 5 мг диазепама, а если у него нарушен сон, то на ночь рекомендуется принять 10 мг этого лекарства. Он должен принимать упомянутые лекарства до тех пор, пока не попадет на прием к врачу в следующем порту.

Неотложная помощь

Внимание! Иногда приступ стенокардии возникает внезапно, когда больной находится в спокойном состоянии и не выполняет какой-либо физической работы. Эта форма стенокардии нередко бывает обусловлена угрожающим тромбозом коронарных артерий или тромбозом очень мелкой артерии.

В таких случаях нужно применять соответствующее лечение, так же как при любом приступе загрудинной боли, который длится больше 10 мин. Частые приступы, вызываемые самыми незначительными причинами, нередко предшествуют инфаркту миокарда. В таких ситуациях больного необходимо как можно быстрее эвакуировать в больницу.

Специфическое лечение

Если эти меры не обрывают приступ, дайте больному 5 мг диазепама. Подсчитывайте частоту сердечных сокращений каждые 15 мин. Если приступ длится более 2 ч, посоветуйтесь с врачом по радио.

Нарушения сердечного ритма могут возникать после слишком плотной еды, приема кофе и алкоголя, при чрезмерном курении и эмоциональном возбуждении. В таких случаях причин для беспокойства быть не должно, если только аритмия не связана с болезнями сердца. Больному нужно порекомендовать обратиться к врачу.

Застойная сердечная недостаточность

Застойная сердечная недостаточность возникает в тех случаях, когда сердце не справляется со своей работой. В результате этого ухудшается кровоснабжение тканей и возникает застой в легких. При острой сердечной недостаточности сердце быстро теряет работоспособность и в легких так же быстро возникают застойные явления. При хронической сердечной недостаточности работоспособность сердечной мышцы снижается постепенно, благодаря чему организм успевает в определенной мере приспособиться. После того, как такая компенсация становится недостаточной, в нижних отделах тела начинает скапливаться жидкость. Отеки чаще всего возникают на голенях и стопах, но могут появляться и в других участках тела. Самыми распространенными причинами застойной сердечной недостаточности являются хроническая коронарная болезнь сердца, гипертония и ишемическая болезнь сердца.

Симптомы застойной сердечной недостаточности зависят от того, является ли она острой или хронической. Обычно происходит постепенное снижение работоспособности и возникает одышка при физической нагрузке. В более острых случаях у больного возникает кашель и появляется пенистая окрашенная кровью или розовая мокрота. При хронической застойной недостаточности одышка начинает возникать уже при незначительной нагрузке, больной в постели сидит и спит на нескольких подушках, поскольку в таком положении ему легче дышать. Из-за скопления жидкости в тканях появляются отеки на лодыжках, а затем на

Новая версия, Вариант 1

кистях, голенях и на животе. Вследствие застоя увеличивается и становится болезненной печень. В далеко зашедших случаях кожа приобретает синюшный оттенок, который особенно заметен на губах, ушных раковинах и ногтях.

При острой сердечной недостаточности лечение такое же, как при коронарном тромбозе. При тяжелой хронической недостаточности больной должен находиться в постели в сидячем или полусидящем положении. Следует избегать переедания, пища не должна содержать соли. Курение запрещается. Больному, страдающему хронической болезнью сердца, лекарства можно давать только по совету врача.

Боль в спине

Боль в спине является симптомом многих состояний, при которых поражаются позвонки, межпозвоночные связки, мышцы спины и нервы. Боль обычно является единственным симптомом, и общее состояние остается хорошим. Следует, однако, помнить, что боль в спине может быть признаком и более тяжелых болезней, особенно болезней почек. Во всех случаях нужно измерять температуру и частоту пульса.

Обычная боль в спине

Как правило, она возникает внезапно; может появиться после тяжелой работы или резкого движения, но нередко видимой причины нет. Боль может варьироваться от легкой и тупой до сильной, делающей человека нетрудоспособным. Во всех случаях имеет место спазм мышц спины, который усиливается при движении. Благодаря отдыху и соответствующему лечению (см. раздел "Мышечный ревматизм", с. 216) боль через несколько дней проходит. После этого больной должен избегать тяжелой физической работы.

У некоторых больных боль в спине с самого начала бывает очень сильной и. помимо этого, возникает воспаление седалищного нерва, или ишиас (см. раздел "Неврит и невралгия", с. 194). В этих случаях больной испытывает чувство онемения и покалывания или жгучую боль в ноге.

Лечение. Важно, чтобы позвоночник больного был все время выпрямлен. Если на койку удается положить жесткий щит, больной должен оставаться в постели, занимая наиболее удобное для себя положение. В противном случае он должен лечь на жесткую плоскую поверхность с минимальной подстилкой и лежать до уменьшения боли. По возможности больной должен есть стоя, ровно держа спину.

Умывать его следует в постели, но в туалет ему лучше ходить самому, а не пользоваться подкладным судном. Прикладывание грелок к спине способствует уменьшению мышечного спазма и болей. Для снятия боли можно принимать анальгетики. Лечение необходимо продолжать до тех пор, пока больного не осмотрит врач.

Неразрешенная версия

Боль в яичках

Боль в яичках может быть вызвана двумя причинами:

- перекрутом яичка, возникающим при сильном напряжении; при этом яичко поворачивается вокруг оси питающей его сосудистой ножки, в результате чего нарушается его кровоснабжение (это довольно редкое состояние, возникающее главным образом в тех случаях, когда яичко находится не в вертикальном, а в горизонтальном положении);
- воспалением яичек.

Оба состояния имеют много сходных черт. Яичко опухает и становится очень болезненным. Мошонка воспаляется, в ней скапливается жидкость, в результате чего припухлость и боль еще более усиливаются. Различить указанные состояния помогают следующие факты.

Перекрут обычно возникает у молодого мужчины, общее состояние которого нарушается мало. Нередко перекруту предшествует резкое напряжение. Боль возникает внезапно. Воспалению может предшествовать инфекция. Состояние больного ухудшается, поднимается температура и учащается пульс. Мочеиспускание может быть учащенным и сопровождаться жжением.

Правильный диагноз помогает поставить подвешивание яичка в бандаже на один час. Не давайте больному каких-либо обезболивающих средств. Если в течение часа боль несколько стихает, то, вероятнее всего, речь идет о воспалении; если боль не стихает и даже усиливается, следует говорить о перекруте яичка. (См. также раздел "Эпидемический паротит", с. 135.)

Лечение. Незамедлительно посоветуйтесь с врачом по радио.

При подозрении на воспаление уложите больного в постель и положите между его ног подушку, с тем чтобы мошонка лежала на ней. Для уменьшения боли больной может принимать ацетилсалициловую кислоту или парацетамол каждые 6 ч. Кроме того, в течение 6 дней давайте ему каждые 12 ч по 2 таблетки сульфаметоксазола/триметоприма.

Травмы яичек

Травма яичек возникает при падении на канат или на твердую поверхность. Яички очень сильно опухают и становятся крайне болезненными. При сильной травме кровоподтек мошонки распространяется на половой член, переднюю брюшную стенку и бедра.

Больного необходимо уложить в постель и между его ног поместить подушку, с тем чтобы мошонка лежала на ней. Каждые 6 ч ему нужно давать 2 таблетки ацетилсалициловой кислоты или парацетамола. Помните, что травма яичек может сопровождаться повреждением мочеиспускательного канала, поэтому обратите внимание на то, как больной мочится. В случае затрудненного или болезненного мочеиспус-

Неправильная страница

кания посоветуйтесь с врачом по радио. В ближайшем порту больного необходимо направить к врачу, даже если его состояние улучшилось.

Другие причины опухания мошонки

Следует помнить о двух причинах:

- большой грыже, при которой содержимое грыжевого мешка проникает в мошонку (см. раздел "Грыжи", с. 179);
- водянке оболочек яичка (см. рис. 78).

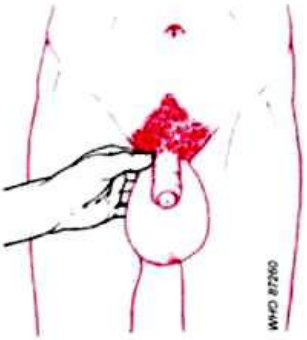


Рис. 78: Водянка оболочек яичка.

В обоих случаях мошонка может очень сильно увеличиться в размере, однако ее опухание не сопровождается сильной болью, отсутствуют признаки воспаления, температура и пульс остаются в норме, и общее состояние больного не ухудшается.

Водянка - это скопление жидкости в мошонке, причиной ее нередко бывает небольшая травма, о которой пациент даже не помнит. В отличие от опухания мошонки, вызванного перекрутом яичка или воспалением, общее самочувствие больного не ухудшается и не бывает лихорадки. Однако следует помнить об одном исключении из этого общего правила – ущемленной грыже (см. с. 179).

Водянку можно отличить от мошоночной грыжи с помощью следующих двух приемов.

- В затемненной комнате поместите сзади припухлости мошонки яркую лампу. При наличии в мошонке жидкости, что характерно для водянки, мошонка будет просвечивать.
- Обхватив припухлость большим и указательным пальцами, постарайтесь определить, ограничена ли она мошонкой или же распространяется на паховую область. Если припухлость охватывает только мошонку, следует предполагать водянку; если же захватывает и паховую область, то причиной ее является грыжа. Оба состояния подлежат хирургическому лечению. Тем временем мошонку следует подвесить в бандаже, особенно в случае водянки.

Ботулизм

Ботулизм – тяжелое отравление, возникающее при употреблении неправильно приготовленных консервов, колбасных изделий, копченостей и т. п. Особенно опасны герметично закрытые (закатанные) без маринования консервы (грибы, овощи, рыба, мясо) домашнего производства. Никогда не употребляйте консервы из вздутых банок, а также продукты, которые плохо пахнут.

Неофициальный

Раневый ботулизм возможен при инфицировании раны почвой со спорами, в этом случае болезнь является инфекционной с контактным и фекально-оральными механизмами передачи.

Симптомы обычно возникают через 1-2 дня. Они начинаются с сухости во рту, нарушений зрения (туман перед глазами или двоение в глазах) и опущения верхних век, позднее появляются параличи; иногда бывают рвота и понос. **Смертность среди больных ботулизмом очень высока. При подозрении на ботулизм немедленно запрашивайте медицинскую помощь**.

Лечение: промывание желудка для удаления остатков зараженной пищи (не позже 1-2 дня), энтеросорбенты (энтеродез, активированный уголь). Специфическое лечение: антитоксическая сыворотка.

Бронхиальная астма

При бронхиальной астме больной время от времени испытывает приступы удушья и стеснения в груди. Причинами возникновения приступов бронхиальной астмы обычно являются:

- воздействие раздражителей, к которым чувствителен больной, попадающих в организм через дыхательные пути (например, пыль, едкие дымы или просто холодный воздух) или через желудочно-кишечный тракт (например, крабы или яйца);
- психический стресс у очень нервных или чрезмерно впечатлительных людей;
- некоторые болезни органов дыхания, например хронический бронхит.

Бронхиальная астма может начаться в любом возрасте. У многих больных приступы астмы уже возникали в прошлом. Начало приступа может быть медленным, когда ему предшествует чувство стеснения в груди, или внезапным. Иногда приступ возникает ночью, когда больной лежит в постели.

Во время сильного приступа больной испытывает тревогу и дистресс, не может нормально дышать, у него возникает такое ощущение, как будто его грудную клетку сдавливают обручами. Вдох происходит нормально, но выдох резко затруднен и сопровождается кашлем и свистящими звуками, которые обусловлены сужением бронхов. В тяжелых случаях состояние больного ухудшается, он сидит или стоит как можно ближе к источнику свежего воздуха, голова откинута назад и все тело напряжено в отчаянных усилиях дышать. Лицо сначала бледнеет, затем приобретает синюшный оттенок и покрывается потом. Руки и ноги становятся холодными. Пульс частый и слабый, иногда неровный. К счастью, чаще всего приступы бывают более легкими.

Обычно приступ длится недолго, но иногда он продолжается многие часы. Однако в конце концов дыхание постепенно облегчается и

Народный Ветеринар

больной начинает откашливать мокроту. После окончания приступа больной может быть очень утомлен, но часто он чувствует себя вполне хорошо. К сожалению, это облегчение может быть временным и через какое-то время возникает очередной приступ.

Приступ бронхиальной астмы не следует путать с удушьем, возникающим в результате попадания в дыхательные пути какого-либо предмета, например куска пищи. В таких случаях симптомы возникают немедленно (с. 47).

Лечение

Больного нужно уложить в постель. Постарайтесь успокоить его.

Больной, у которого бывают приступы бронхиальной астмы, обычно знает, как себя вести в подобных ситуациях, и имеет при себе необходимые лекарства. Как правило, он знает, что ему помогает лучше всего, и поэтому разумно прислушиваться к его пожеланиям. Больной всегда сам выбирает позу, в которой ему легче дышится, мешать ему в этом не следует. Во избежание обезвоживания больному нужно посоветовать побольше пить, особенно воду. Пользу могут принести фруктовые соки и горячий чай.

Через каждые 4-6 ч больной должен принимать лекарства, которые расширяют бронхи (бронходилататоры). Если больной чрезмерно нервничает и не может уснуть, рекомендуется принимать успокоительное.

При возникновении острого приступа бронхиальной астмы необходимо подкожно ввести 0,3-0,4 мл водного раствора адреналина гидрохлорида (в концентрации 1:1000) и при необходимости еще раз ввести такую же дозу через 60 мин.

Во время острого приступа больному можно давать антибиотики, поскольку у большинства взрослых, страдающих бронхиальной астмой, имеет место бронхиальная инфекция, которая иногда протекает бессимптомно. С помощью описанных здесь процедур можно эффективно бороться с большинством острых приступов бронхиальной астмы.

Бронхит

Бронхит – воспаление бронхов, которые представляют собой ветви трахеи и расположены в легких. Существуют две формы бронхита: острая (т.е. возникшая недавно) и хроническая.

Острый бронхит

Обычно один – два дня бронхит протекает как сильная простуда или фарингит, затем у больного появляется кашель, першение в горле и стеснение в груди, которое усиливается при кашле. Как правило, отмечаются головные боли и общее недомогание. В легких случаях возникает небольшая лихорадка, но в тяжелых температура тела может

Неправильный вариант

подниматься до 38-39°С, частота пульса – до 100 ударов в минуту, тогда как частота дыхания обычно не превышает 24 в минуту.

Через день – два кашель становится более влажным и появляется мокрота (вначале липкая, белая и откашливаемая с трудом, позднее она становится зеленовато-желтой, более густой и обильной) и температура нормализуется. Больной обычно выздоравливает через 7-10 дней, а при лечении антибиотиками еще быстрее.

- Температура повышается лишь умеренно.
- Частота пульса и дыхания увеличивается незначительно.
- Острой боли в груди не бывает.

Указанные признаки отличают бронхит от пневмонии (с. 207), при которой температура тела и частота пульса возрастают в гораздо большей степени, дыхание резко учащается, а губы и иногда лицо становятся синюшными. Отсутствие боли отличает бронхит от плеврита (с. 206), поскольку для плеврита характерна сильная острая боль в груди, которая усиливается при глубоком вдохе и кашле.

Больного нужно уложить в постель, подложив под спину подушки, поскольку в первые дни кашель частый и болезненный. Рядом с постелью нужно поставить плевательницу. Улучшению состояния больного способствует частое горячее питье. Курить не следует.

Рекомендуется каждые 4 ч принимать по 2 таблетки парацетамола или ацетилсалициловой кислоты. Удобны препараты парацетамола в пакетиках с добавками витаминов, сахара и фруктовых экстрактов, из которых приготовляется вкусное горячее питье. Этого достаточно для лечения легких случаев, когда температура не превышает 38°С и нормализуется через 2-3 дня. Не превышайте рекомендуемую дозировку! Если температура выше, необходимо лечение антибиотиками.

Больной должен соблюдать постельный режим в течение 48 ч после нормализации температуры.

Хронический бронхит

Им обычно страдают люди средних лет и старше, которые знают свой диагноз. Развитию хронического бронхита способствует воздействие пыли и дымов, а также курение. У больных обычно имеет место длительный кашель. На хронический бронхит может наложиться острый, который необходимо соответствующим образом лечить (см. выше). В случае возникновения острого бронхита температура тела обычно повышается, а мокрота из прозрачной, вязкой или водянистой становится густой и желтой. Больной хроническом бронхитом по возвращении домой должен обратиться к врачу.

Не для продажи. Ознакомительный фрагмент

Варикозное расширение вен

Вены имеют тонкие стенки, которые легко растягиваются под действием повышенного венозного давления. В тех случаях, когда давление стабильно повышено, может произойти растяжение стенок локальной группы вен, в результате чего они увеличиваются в поперечнике, становятся извитыми и узловатыми. Эти изменения, которые обычно происходят с возрастом, чаще возникают в венах голени и стопы, а также в венах заднего прохода (см. раздел "Геморрой", с. 174). Окружающие ткани становятся отечными вследствие просачивания жидкости из расширенных вен. Сила тяжести способствует скоплению жидкости в наиболее низко расположенных участках тела.

При поражении вен голеней поначалу больной не испытывает каких-либо неприятных ощущений, но позднее неизбежно возникает боль и повышенная утомляемость, а к вечеру отекают стопы и голени.

В большинстве случаев больной сохраняет работоспособность при условии, что в течение дня участок с варикозно-расширенными венами забинтован эластичным бинтом. Бинт следует туго накладывать по утрам от стопы до колена.

После работы для уменьшения отека ноге следует придать возвышенное положение. После ночного отдыха отек обычно резко уменьшается. В тех случаях, когда и по утрам имеется выраженный отек и больного беспокоят боли, может быть показан постельный режим. При удобном случае больного следует показать врачу.

Кровотечение

Варикозно-расширенные вены легко кровоточат при случайном ударе или ссадине. В случае возникновения кровотечения ноге необходимо придать возвышенное положение, наложить на пораженный участок стерильную салфетку и закрепить ее бинтом. В варикозных венах легко возникает воспаление (см. раздел "Флебит" ниже), поэтому больному с кровотечением лучше несколько дней побыть в постели с приподнятой ногой.

Флебит

Варикозное расширение часто осложняется воспалением вены (флебитом), которому сопутствует свертывание крови в пораженной вене. Флебит может возникать как в поверхностных, так и в глубоких венах, причем вены голени поражаются чаще вен бедра.

При воспалении поверхностных вен кожа над воспаленной веной становится красной, горячей и болезненной. Обычно возникает локальный отек, иногда же появляется генерализованный отек ноги ниже участка воспаления. У некоторых больных поднимается температура и ухудшается общее самочувствие. Воспаление глубоких вен встречается гораздо реже, но чревато более серьезными последствиями. При

Не для продажи

флебите глубоких вен поверхностные признаки воспаления отсутствуют, но вся нога бывает отечной и болезненной.

Больного с флебитом глубоких вен необходимо уложить в постель и придать пораженной ноге возвышенное положение и полный покой. Больной должен находиться в постели до тех пор, пока его не осмотрит врач в ближайшем порту.

Больные с легким поверхностным флебитом не нуждаются в постельном режиме. На пораженную голень следует наложить эластичный бинт (от стопы до колена). Для уменьшения отека после работы ноге нужно давать покой в возвышенном положении.

Варикозная язва

В случае длительного, в течение нескольких лет, варикозного расширения вен зачастую возникает нарушение кровоснабжения кожи нижней конечности. Она становится тонкой и сухой, вблизи варикозно-расширенных вен появляются зудящие пятна. Легкие удары или царапины этих истонченных участков могут вызвать образование язв, которые почти всегда нагнаиваются.

Лечение. Больного следует уложить в постель и придать ноге возвышенное положение для уменьшения отека. На язву накладывают салфетку из парафинированной марли, сверху - сухую повязку, достаточно толстую для впитывания гнойного выделения, которую закрепляют бинтом. Варикозные язвы, как правило, заживают медленно, и поэтому больного в ближайшем порту необходимо показать врачу.

Воспаление лимфатической системы

Лимфатическая система

Лимфатическая система участвует в снабжении тканей питательными веществами и защищает организм от бактериальных инфекций.

Все вещества, перемещающиеся между кровью и клетками, транспортируются жидкостью, называемой лимфой. Будучи частью плазмы крови, лимфа просачивается через стенки капилляров, непрерывно питая и омывая ткани. Лимфа возвращается в кровяное русло через стенки капилляров по системе тонкостенных сосудов (лимфатические сосуды). Лимфатические железы служат важными барьерами, препятствующими распространению инфекции в организме.

Скопления лимфатических желез (лимфатические узлы) действуют как сита, улавливая бактерии и мельчайшие частицы, поступающие в них по лимфатическим сосудам. В лимфатических узлах эти частицы разрушаются белыми кровяными клетками. Инфицированные лимфатические узлы увеличиваются в размерах, и их можно прощупать в виде болезненных припухлостей на шее, в подмышечных ямках, в паху и в локтевых сгибах. При венерических болезнях в паху могут образовы-

Неразрешенный, Неразрешенный

ваться бубоны, которые представляют собой группу инфицированных лимфатических узлов.

Лимфатическая система состоит из:

1. Системы мельчайших протоков, стенки которых состоят из одного слоя клеток (капиллярная сеть).
2. Более крупных сосудов, по которым лимфа попадает в кровяное русло.
3. Лимфатических узлов, выполняющих роль фильтров; кроме того, в них образуются лимфоциты, уничтожающие микробы.
4. Миндалин и аденоидов: в этих тканях задерживаются чужеродные частицы.
5. Селезенки: самый крупный лимфатический орган.
6. В случае инфекции лимфатич. системы возникают лимфангит и лимфаденит. Общее увеличение лимфатич. узлов характерно для инфекционного мононуклеоза (с. 121).

Лимфангит

Признаком лимфангита является возникновение на коже красной линии (соответствующей расположению лимфатического сосуда), берущей начало в участке инфекции, например в небольшом фурункуле на запястье или в почти невидимом инфицированном порезе. Эта красная линия ведет к ближайшему лимфатическому узлу. Например, в случае небольшого фурункула на запястье такая линия ведет к лимфатическому узлу на внутренней стороне локтевого сгиба или к лимфатическим узлам подмышечной ямки (рис. 133).

Измерьте температуру, частоту пульса и дыхания, а также осмотрите и ощупайте соответствующие лимфатические узлы, чтобы определить, насколько они увеличены и болезненны.

Лечение. Если лимфангит не сопровождается повышением температуры и лимфаденитом (см. ниже), проведите лечение антибиотиками.

Лимфаденит

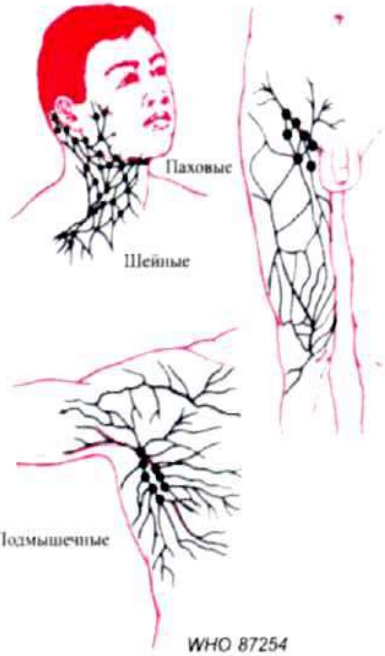
Лимфаденит – воспаление лимфоузлов. Он сопутствует инфекции в том или ином участке тела. Лимфаденит не следует путать с инфекционным мононуклеозом. Воспаление лимфатических узлов обычно развивается через один-два дня после возникновения очага инфекции. Припухание узла и его болезненность говорит о распространении инфекции. Другими признаками служат повышение температуры тела и плохое самочувствие больного.

В поисках очага инфекции осмотрите участки тела, прилегающие к воспаленным лимфатическим узлам. Помощь в этом может оказать следующая таблица:

Локализация лимфатических узлов	Участки тела, в которых могут находиться очаги инфекции

Неавторизованная версия

Незавершенный фрагмент

Перед ушной раковиной	 *Рис. 79: Лимфатические узлы (основные группы).* Череп, ухо, лицо, лоб
Шея	Плечо, шея, рот, зубы, горло, лицо, череп
Под ключицей	Грудная клетка, плечо
Подмышечная ямка	Кисть, предплечье, плечо
Локтевой сгиб	Кисть, предплечье
Пах	Стопа, голень, бедро, гениталии, задний проход, ягодицы
Подколенная ямка	Стопа, голень

Даже если вы лечите больного от инфекции, которая локализуется в одном из участков, дренируемых воспаленным узлом, проверьте и другие участки. Если больной чувствует себя неплохо и у него нет температуры и если причина воспаления лимфатического узла не очень серьезна, например небольшой фурункул, который уже вскрылся, анти-

биотики применять не следует. В иных случаях лечение должно быть таким же, как при лимфангите. Если лимфаденит вызван генитальными язвами, обратитесь к с. 237. (См. также разделы "Инфекционный мононуклеоз", с. 121, и "Припухлость лимфатических узлов", с. 239.)



Рис. 80: Лимфангит, вызванный нарывом на пальце.

Высокая температура

См. также разделы "Перегрев тела", с. 199; "Красная потница", с. 191.) Температура тела 40°C и выше (гиперпирексия) опасна для жизни. Тремя главными причинами гиперпирексии являются перегрев тела, инфекции с лихорадкой, повреждение участка головного мозга, контролирующего температуру тела.

Каждого человека с температурой тела 40°C и выше **обязательно нужно как можно быстрее охладить** до температуры 39°C. Самым простым способом охлаждения является холодное обтирание. Помимо этого, на лоб, к подмышкам и паховым складкам можно прикладывать пузыри со льдом или холодные влажные полотенца и давать больному пить воду со льдом. Для ускорения испарения и, следовательно, теплоотдачи на больного можно направить струю воздуха из кондиционера или от вентилятора. При повреждении центра головного мозга, контролирующего температуру тела (вследствие травм головы), регуляция температуры может быть нарушена в течение многих дней. Таких больных иногда приходится обкладывать пузырями со льдом или грелками с холодной водой.

Прочтите раздел, касающийся водно-солевого баланса (с. 96).

При возможности поместите больного в ванну или под душ с температурой воды ниже нормальной температуры тела. В противном случае уложите больного в постель и делайте холодное обтирание.

Высокое кровяное давление (гипертония)

Кровь, нагнетаемая сердцем, оказывает давление на стенки артерий. Это давление - кровяное давление - имеет определенные нормальные границы. При физической работе оно возрастает, а во время

Незаверенный перевод

сна снижается. У пожилых людей кровяное давление обычно несколько выше. Когда человек испытывает страх, волнение или возбуждение, кровяное давление ненадолго повышается, но после устранения причины, вызвавшей повышение, быстро нормализуется.

Однако при уплотнении стенок артерий, болезнях почек и длительном ожирении повышение кровяного давления принимает стойкий характер. Что касается ожирения, то по мере уменьшения массы тела кровяное давление снижается.

Гипертония обычно развивается исподволь. К ранним симптомам ее относятся головная боль, утомляемость, общее недомогание и апатия. Однако чаще повышенное давление обнаруживают у людей, не имеющих каких-либо симптомов, и поэтому окончательный диагноз можно поставить только на основании измерения давления.

Если кровяное давление растет более быстрыми темпами, такие симптомы, как головная боль, утомляемость и раздражительность, становятся более выраженными, могут также возникать носовые кровотечения, нарушения зрения и ангинальные боли (см. раздел "Стенокардия", с. 157). В редких случаях, однако, первым признаком гипертонии становятся осложнения, например инсульт (с. 183), одышка (вызванная скоплением жидкости в легких), сердечная недостаточность (с. 157) или почечная недостаточность. О последней говорит наличие отеков и белка в моче.

Человека с подозрением на тяжелую гипертонию, а также того, у кого она имела место раньше, необходимо освободить от работы, перевести на бессолевую диету и давать 3 раза в день по 5 мг диазепама до тех пор, пока он не попадет на прием к врачу на берегу.

Гельминтозы

Заражение кишечными гельминтами происходит при употреблении сырого или недостаточно проваренного инфицированного мяса или рыбы, а также овощей и фруктов, загрязненных землей. При кишечных гельминтозах необходимость оказания экстренной помощи возникает довольно редко. В большинстве случаев специфическое лечение можно отложить до прибытия в порт.

Чаще всего встречаются энтеробиоз и аскаридоз; члены команды могут заражаться также цепнями и трихинеллами.

Вопрос об идентификации гельминтов в кале рассмотрен на с. 99.

Энтеробиоз

Энтеробиоз - самый распространенный гельминтоз человека. Он вызывается острицами, мелкими гельминтами длиной до 1,2 см, напоминающими нитки. Характерное для этого гельминтоза сильное раздражение вокруг заднего прохода обусловлено миграцией самок гельминтов, которые выходят из заднего прохода и откладывают яйца

Неправильный Медведь

на окружающей его коже. Раздражение и связанный с ним сильный зуд возникают главным образом ночью, когда человек находится в теплой постели; зуд настолько сильный, что воздержаться от расчесывания практически невозможно. Яйца гельминтов загрязняют кожу вокруг заднего прохода, постельное белье и нижнее белье. Если больной после контакта с яйцами не моет руки, может произойти повторное самозаражение, загрязнение пищевых продуктов и передача яиц другим людям.

Общее лечение

Важное значение имеет предотвращение повторного самозаражения. Для этого необходимо коротко стричь ногти и тщательно мыть руки после дефекации и расчесывания. Нижнее белье, пижамы и постельное белье нужно хорошо стирать и проглаживать горячим утюгом.

Лечение. Больному следует дать одну дозу пирантела из расчета 10 мг на 1 кг массы тела. Постельное и нижнее белье необходимо сменить непосредственно после приема лекарства и прокипятить во избежание повторного заражения.

Аскаридоз

Аскариды внешне похожи на дождевых червей. Заражение ими обычно происходит при употреблении в пищу загрязненных салатов и овощей, которые были плохо вымыты. Яйца аскарид могут загрязнять питьевую воду. Первым признаком глистной инвазии может быть присутствие глистов в кале; у некоторых больных возникают боли в животе неопределенной локализации.

Специфическое лечение

Больной должен принять одну дозу пирантела из расчета 10 мг на 1 кг массы тела (максимальная доза - 1 г).

Цепни

Заражение цепнями происходит при употреблении в пищу свинины или говядины, в процессе кулинарной обработки которых не произошло уничтожение личинок этих гельминтов. Цепни, или ленточные гельминты, состоят из плоских сегментов белого цвета и достигают в длину 4-10 м. У одних больных присутствие в кишечнике цепней не вызывает каких-либо симптомов, у других усиливается аппетит и возникают боли в животе неопределенной локализации, иногда наблюдается диарея.

Лечение никлозамидом (этого лекарства нет в судовых аптечках) следует начинать как можно раньше, желательно сразу же после лабораторного подтверждения диагноза.

Трихинеллез

Заражение трихинеллезом происходит при употреблении в пищу недостаточно проваренной или прожаренной свинины, контаминированной трихинеллами. Эти гельминты размножаются в стенке толстой кишки, после чего тысячи личинок проникают в мышцы, где они превра-

Неразрешенный Издательский

щаются в цисты. Обычно первым симптомом трихинеллеза является отек верхних век, затем возникают боли в мышцах, обильное потоотделение, жажда, озноб, слабость, лихорадка и коллапс. Легкая инвазия может протекать бессимптомно. Трихинеллез среди членов команды корабля может принять форму эпидемии.

Профилактика

Все мясо и мясные продукты, поступающие в корабельный камбуз, необходимо проверять на наличие трихинелл и цепней.

Члены команды должны соблюдать осторожность при употреблении пищи в портах тех стран, где не очень соблюдаются санитарные нормы. Не следует есть рыбу и мясо, сырые овощи и овощные салаты. Нечистоты часто используют для удобрения садов и огородов. Сырые овощи, выращенные на таких огородах, могут стать источником заражения аскаридозом (а также инфицирования возбудителями болезней).

Геморрой

Геморроидальные узлы – это расширенные вены, окружающие последние 3-5 см прямой кишки и задний проход. У большинства нелеченых больных рано или поздно возникает кровотечение.

Узлы бывают наружными и внутренними. Наружные узлы расположены ниже наружного сфинктера заднего прохода (мышца, запирающая задний проход). Они покрыты кожей и имеют коричневый или фиолетовый цвет. Внутренние узлы расположены выше сфинктера, но могут выпадать через него. Они покрыты слизистой оболочкой и имеют ярко-красный или вишневый цвет.

Геморрой обычно проявляется кровотечением и/или болью во время и после дефекации. Твердый кал царапает геморроидальные узлы, что приводит к усилению дискомфорта и кровотечению. При расслаблении сфинктера может наблюдаться каловое загрязнение нижнего белья. Иногда в наружных геморроидальных узлах происходит свертывание крови, в результате чего по краю заднего прохода образуются синеватые болезненные припухлости размером с горошину. В таких случаях говорят о тромбозе наружных геморроидальных узлов.

Для того чтобы осмотреть задний проход, больного просят лечь на левый бок и подогнуть колени к подбородку. Когда больной примет такое положение, раздвиньте его ягодицы и внимательно осмотрите задний проход. При этом вы можете увидеть наружные геморроидальные узлы, а также внутренние узлы, выпавшие через задний проход.

Лечение. Больному следует порекомендовать есть грубый хлеб, овощи и фрукты, с тем чтобы кишечник работал регулярно, а кал был как можно мягче. Кроме того, нужно побольше пить. После каждой дефекации больной должен аккуратно подмываться водой с мылом и затем тщательно мыть руки с помощью щетки. Больной с болезненными

Неправильный перевод

наружными узлами должен соблюдать постельный режим. Уменьшению боли способствует принятие горячей ванны после дефекации. Облегчение может принести смазывание узлов ауробином или 1 % гидрокортизоновой мазью. Обычно состояние нормализуется через 7-10 дней.

Больному следует сказать, что у него есть геморроидальные узлы, которые нужно заправлять внутрь после подмывания. Если узлы болезненны и кровоточат, в задний проход можно вводить специальные антигеморроидальные свечи после подмывания, но перед просушиванием области заднего прохода.

Если выпавшие узлы не удается вправить, больного следует уложить в постель лицом вниз и на выпавшие узлы приложить пузырь со льдом. Через некоторое время (30-60 мин или больше) выпавшие узлы спадутся, и тогда их можно будет вправить.

Кровотечение из геморроидальных узлов обычно невелико.

После каждой дефекации область вокруг заднего прохода нужно осторожно обмыть водой с мылом, затем аккуратно высушить (промокательными движениями, но не вытирая) и наложить цинковую мазь. Можно прикладывать и примочки с каламином. Больные должны носить свободные трусы из хлопчатобумажной ткани. Нельзя расчесывать кожу. Если зуд становится невыносимым, можно почесать зудящее место суставами пальцев или тыльной стороной кисти, но ни в коем случае кончиками пальцев. В порту больной должен обратиться к врачу.

Герпес

Герпес вызывается вирусом двух типов. Вирус типа 1 вызывает герпетические высыпания на лице. Генитальный герпес (см. с. 237) более чем в 80% случаев вызывается вирусом типа 2. Для заражения герпесом достаточно попадания вируса на кожу или слизистые оболочки. Вирус легко передается и, встраиваясь в нервные клетки, остается в организме навсегда. Им инфицировано большинство взрослых.

Инфекция обычно пробуждается в холодный сезон при простудах, с чем связано название «простуда на губах». На губах (иногда крыльях носа и в др. местах) образуются воспаленные зудящие пузырьки, затем покрытые корочкой язвочки, которые со временем проходят.

Лечение местное, препаратами, подавляющими развитие вируса и неприятные симптомы (ацикловир, зовиракс и др.).

Глазные болезни

(См. также раздел "Травмы глаза", с. 62).

Строение глаза

Глаз представляет собой сферу диаметром около 2,5 см, образованную плотной наружной оболочкой, которую называют склерой, и

Неразрешенный вариант

прозрачным передним отделом, носящим название роговица. Движение глаза обеспечивают 6 глазных мышц, прикрепленных к склере. Движения глаз очень быстры и точны.

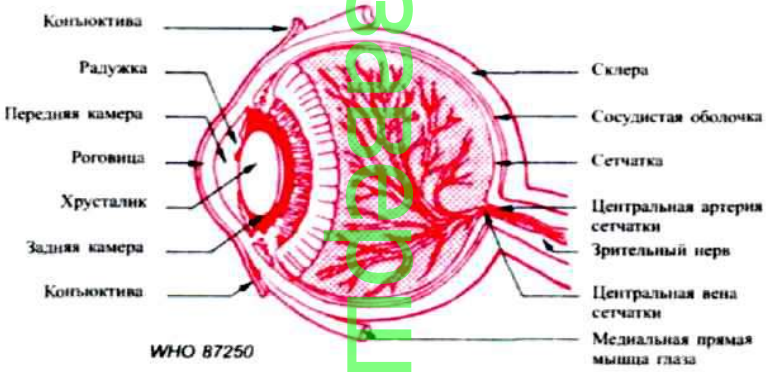


Рис. 81: Глаз человека.

Роговица – окно, через которое свет проникает в глаз. Здоровая роговица не содержит кровеносных сосудов, она очень чувствительна и чрезвычайно легко травмируется и инфицируется. Если в результате травмы на роговице образуется рубец, она в этом месте теряет прозрачность, следствием чего может быть резкое снижение зрения. В роговице много нервных волокон, что делает ее чувствительной к малейшему прикосновению. Поверхностная царапина, ссадина или мельчайшее инородное тело могут вызвать резкую боль, слезотечение и покраснение (воспаление) глаза.

Внутренняя поверхность век и наружная поверхность склеры покрыты тонкой оболочкой, которая называется конъюнктивой; роговицу конъюнктива не покрывает. В случае инфекционного поражения конъюнктивы глаз краснеет, появляются гной, слизь или водянистые выделения. Такая инфекция носит название конъюнктивита.

Внутри глаза находятся передняя камера, радужная оболочка, хрусталик, стекловидное тело и сетчатка (см. рис. 81). Передняя камера заполнена водянистой жидкостью и расположена между роговицей и окрашенной частью глаза, радужной оболочкой. Радужная оболочка представляет собой мышечную структуру, которая закрывает и открывает зрачок в зависимости от освещенности.

За радужной оболочкой расположен хрусталик, фокусирующий лучи на сетчатке. Помутнение хрусталика называется катарактой. За хрусталиком находится стекловидное тело – полость, заполненная прозрачной желеобразной массой. Самым внутренним слоем глаза яв-

Неавторизованная версия

ляется сетчатая оболочка, в которой находятся специализированные нервные клетки, воспринимающие свет и цвет. Сетчатка превращает падающие на нее световые лучи в нервные импульсы, которые по зрительному нерву передаются в головной мозг.

Инфекционные поражения глаза

К числу частых инфекций глаза, относятся блефарит (инфекция края века), конъюнктивит (инфекция конъюнктивы), ячмени (инфекция желез, расположенных в крае века) и, реже, кератит (инфекция роговицы). В некоторых районах мира у моряков встречается и трахома.

Перед тем как вводить в глаз какие-либо лекарства, постарайтесь выяснить у больного, не страдает ли он аллергией к ингредиентам этих лекарств.

Блефарит – воспаление краев век. Болезнь проявляется покраснением и утолщением краев век и образованием на них чешуек, напоминающих перхоть. Больные жалуются на зуд, жжение, выпадение ресниц, слезотечение и светобоязнь. Иногда по краю века образуются мелкие язвочки.

Лечение. Днем нужно закапывать антимикробные капли, а на ночь и утром прямо на ресницы по краю век наносить 1% тетрациклиновую мазь (это можно делать просто чистыми пальцами).

Конъюнктивит – инфекция конъюнктивы, вызванная бактериями или вирусами. При осмотре обнаруживаются покраснение глаза, выделение гноя или водянистой жидкости, больные жалуются на умеренную боль и повышенную чувствительность к свету. По утрам веки нередко слипаются, и глаза удается открыть только после промывания.

Вирусный конъюнктивит передается от больного к здоровому через грязные пальцы, различные предметы (постельное и личное белье, дверные ручки и т. п.) или через плохо простерилизованные офтальмологические инструменты.

Однажды возникнув, конъюнктивит может быстро распространиться среди членов команды корабля. Он возникает внезапно и характеризуется светобоязнью, опуханием век, слезотечением и кровоизлияниями в виде ярко-красных точек. Болезнь обычно поражает один глаз, но затем, как правило, распространяется и на второй; длится она от 10 до 30 дней.

Профилактика. Для предотвращения распространения конъюнктивита изолируйте больного на все время болезни и предупредите остальных членов команды о необходимости строго соблюдать правила гигиены: пользоваться только личными полотенцами или одноразовыми полотенцами и чаще мыть руки.

Лечение конъюнктивита заключается в закапывании противомикробных лекарственных средств и в закладывании тетрациклиновой

Неавторизованный фрагмент

мази. Однако при вирусном конъюнктивите такое лечение может быть неэффективным.

Внимание! Кортикостероидные препараты (например, гидрокортизоновую мазь) нельзя применять для лечения конъюнктивита и кератита без контроля со стороны врача-офтальмолога.

Кератит. Существует несколько разновидностей кератита, который представляет собой воспаление роговицы. Эта болезнь опаснее конъюнктивита, поскольку она может привести к образованию на роговице рубца и резкому снижению зрения. Кератит может быть обусловлен бактериальными или вирусными инфекциями.

Симптомы разных форм кератита могут несколько различаться, но общими являются умеренная или сильная боль, покраснение глаза, слезотечение, конъюнктивальные выделения и ухудшение зрения.

При любых формах кератита лечение должен назначать только офтальмолог. При поверхностных нарушениях целостности эпителия роговицы рекомендуется применять глазные капли.

Трахома распространена во многих районах мира. Это конъюнктивит, вызванный хламидиями. Название болезни означает "шероховатость" и обусловлено образованием на внутренней поверхности век мелких зернышек. Трахома – хроническая болезнь, которая долгое время может оставаться незамеченной. Иногда больной вспоминает, что у него долго были незначительные выделения из глаз.

Края век приобретают багровый оттенок, а внутренняя поверхность век, особенно верхних, становится темно-красной, и на ней возникают множественные мелкие белые бугорки, напоминающие зерна. В роговицу могут прорастать новые кровеносные сосуды, особенно из верхнего века, в ней появляются язвы, приводящие к снижению зрения.

Больного с подозрением на трахому в ближайшем порту необходимо направить к врачу. До того времени дважды в день в глаз нужно закладывать тетрациклиновую мазь. Обычно такое лечение продолжается 1 – 2 мес.

Ячмень – это гнойное воспаление волосяного мешочка ресницы или железы века. Часто возникает на фоне других заболеваний и сочетается с блефаритом. На краю века появляется болезненная точка, затем припухлость и покраснение. Через 2—3 дня вырастает желтая гнойная «головка». Возможно ухудшение общего состояния, головная боль, увеличение лимфатических узлов.

Лечение. В начале область ячменя на веке смачивают 70% этиловым спиртом 3-5 раз в день, что нередко позволяет приостановить развитие заболевания. При развившемся ячмене применяют сульфацил натрия или тетрациклиновую мазь, при повышении температуры и общем недомогании антибиотики назначают также внутрь. Не рекомендуются компрессы и примочки.

Не для продажи

Головная боль

Головная боль – симптом болезни, а не болезнь как таковая. Ниже перечислены некоторые из наиболее частых причин головной боли, и для более полного ознакомления с ними рекомендуется обратиться к соответствующим страницам настоящего руководства.

Самые частые причины

- Начало острой болезни, в этих случаях головная боль почти всегда сочетается с повышением температуры и общим недомоганием. Примерами таких болезней служат грипп, корь, брюшной тиф и другие инфекции.
- Простуда, сопровождающаяся синуситом (с. 208).
- Употребление чрезмерного количества алкоголя.
- Эмоциональное напряжение, связанное с работой, семейными неприятностями и т. п. Головная боль такого рода не связана с повышением температуры или общим недомоганием; иногда она бывает связана с напряжением глаз.

Менее частые причины

- Мигрень, при которой болит только одна половина головы и которая связана с рвотой и нарушениями зрения, например яркими вспышками света.
- Болезнь головного мозга: острая, например менингит, или хроническая, например повышенное кровяное давление (в этом случае головная боль нечастый симптом), а также инсульт (с. 183).

Лечение. Во всех случаях необходимо измерить температуру, и если она повышена, уложить больного в постель и наблюдать за развитием болезни, отмечая новые симптомы. Если температура нормальная, дайте больному обезболивающее (с. 272). Больного со стойкой головной болью необходимо направить к врачу.

Грыжи

Брюшная полость представляет собой большое закрытое пространство, выстланное изнутри особой оболочкой, брюшиной. В норме мышцы брюшной стенки выдерживают перепады давления в брюшной полости. В некоторых же случаях при повышении давления может произойти выпячивание брюшины через слабое место в мышцах брюшной стенки. При этом образуется своеобразный мешок, в который рано или поздно выпячивается некоторая часть содержимого брюшной полости. В таких случаях говорят о возникновении грыжи.

Грыжа может образоваться в районе пупка или на месте послеоперационного рубца, но чаще всего она локализуется в паху. Слабость передней брюшной стенки может быть врожденной, но нередко она возникает из-за хронического кашля или перенапряжения. Поначалу грыжа

Изображение предоставлено Вам, Ирина

видна под кожей как мягкое округлое выпячивание размером с грецкий орех, однако уже через несколько месяцев она может увеличиться во много раз.

Такое выпячивание обычно исчезает, когда больной ложится, и вновь появляется, когда он встает на ноги или кашляет. Сильной боли, как правило, не бывает, но обычно больной испытывает неприятные ощущения.

Больного с подозрением на грыжу всегда нужно обследовать в вертикальном положении. При паховой грыже (рис. 82) грыжевое выпячивание не следует путать с припухшими лимфатическими узлами (с. 168), когда обычно удается нащупать несколько увеличенных болезненных лимфатических узлов, которые не исчезают, если больной ложится.



Рис. 82: Паховая грыжа.

Иногда удается увидеть и почувствовать кашлевой толчок; для этого нужно попросить больного несколько раз сильно кашлянуть.

Лечение. Человек, знающий, что у него есть грыжа, часто умеет вправлять грыжевое выпячивание. Его необходимо освободить от тяжелой физической работы. Радикальным средством устранения грыжи является операция. Если грыжа болезненна, больного следует уложить в постель. Зачастую выпячивание удается вправить в брюшную полость путем легкого надавливания, при этом больной должен лежать на спине с согнутыми коленями. Он должен оставаться в постели до тех пор, пока его не осмотрит врач в ближайшем порту.

Ущемленная грыжа

(См. также раздел "Кишечная колика", с. 146.)

В большинстве случаев грыжи независимо от их размера свободно выходят через отверстие в брюшной стенке и возвращаются обратно в брюшную полость. Однако иногда содержимое грыжевого мешка может застревать в грыжевом отверстии, и тогда его бывает невозможно вправить обратно в брюшную полость. Кровоснабжение ущемленного содержимого грыжевого мешка прекращается, а в случае, когда ущемляется отрезок кишки, возникает непроходимость кишечника (с. 146). В таких случаях говорят об ущемленной грыже, и, если попытки вправить грыжу не дают результата, становится необходимой экстренная хирургическая операция.

В случае ущемления грыжи необходимо сразу же дать обезболивающее. Больного нужно уложить в постель и приподнять его ноги под углом в 45°, а под ягодицы подложить подушку. В любом случае посоветуйтесь с врачом по радио.

Незаменимый помощник

Желтуха

Желтуха проявляется тем, что кожа и белки глаз приобретают желтый цвет, и обусловлена чрезмерным повышением уровня желчных пигментов в крови.

Желтый цвет кожи хорошо виден у светлокожих лиц, но у лиц с сильным загаром и темнокожих от природы не всегда удается обнаружить изменение цвета кожи. Лучше всего желтуха обнаруживается при осмотре белков глаз; делать это нужно при дневном свете, так как некоторые виды искусственного освещения могут придавать белкам желтый оттенок.

Больной с желтухой нередко жалуется на кожный зуд, при расспросе выясняется, что за 2-4 дня до изменения цвета кожи у него была тошнота и рвота. Моча приобретает цвет крепкого чая, а кал обесцвечивается и становится похожим на глину или замазку. Данные о цвете и количестве мочи и кала необходимо записывать в историю болезни. Наиболее вероятной причиной желтухи у членов команды судна являются вирусный гепатит А (инфекционный гепатит) (с. 115) и желчнокаменная болезнь (с. 181). В случае появления у больного желтухи посоветуйтесь с врачом по радио и расскажите ему о том, есть ли у больного боль в желудке. озноб, лихорадка и кровь в кале.

Лечение. Больного следует уложить в постель и назначить ему диету, не содержащую жиров. Если только врач по радио не поставит другого диагноза, следует считать, что ваш пациент болен вирусным гепатитом А, а это означает, что его необходимо изолировать. (См. также раздел "Вирусный гепатит", с. 115.)

Желчная колика

Желчная колика чаще всего вызывается желчным камнем, застрявшим в шейке желчного пузыря или в желчном протоке (желчнокаменная болезнь). Обычно этому предшествует некоторое нарушение пищеварения и непереносимость жирной пищи. Приступ возникает совершенно внезапно и может также внезапно прекратиться.

Схваткообразные боли, зачастую очень сильные, возникают в правом подреберье, а в некоторых случаях локализуются ближе к средней линии живота. Иногда боль отдает в правую лопатку. У больного возникает озноб, обильный пот, он становится крайне беспокойным. Всегда появляется тошнота, а иногда и рвота. Живот вздут, имеет место запор. Пульс учащен, температура тела нормальная или слегка повышена. Повышение температуры может свидетельствовать о воспалении желчного пузыря.

Исследуйте живот, посмотрите, нет ли желтухи (с. 181), измерьте температуру тела, частоту пульса и дыхания, обратите внимание на

Неразрешенная публикация

цвет мочи и кала. При блокаде оттока желчи из пузыря кал обесцвечивается, поскольку в кишечник перестают поступать желчные пигменты. Наоборот, моча, содержащая избыточное количество пигментов, приобретает темную окраску. В момент приступа напряжение мышц живота не позволяет провести пальцевое исследование. В промежуток между спазмами вы можете почувствовать напряжение в области желчного пузыря. Ежедневно осматривайте больного для выявления желтухи.

Лечение. Уложите больного в постель. Каждые 4 ч измеряйте температуру тела, частоту пульса и дыхания. При повышении температуры давайте больному в первые 48 ч только питье. В дальнейшем можно давать нежирную пищу. Если у больного одновременно имеется воспаление желчного пузыря (холецистит), проводите соответствующее лечение. Посоветуйтесь с врачом по радио. Больного с желтухой изолируйте до осмотра врачом в ближайшем порту.

Заднего прохода зуд

Локализованный зуд вокруг заднего прохода обычно вызывается чрезмерной потливостью, фекальным загрязнением кожи или выделениями из геморроидальных узлов. Кожа бледная, одутловатая и окружена красной воспаленной зоной. Обычно видны расчесы, которые усиливают зуд и замедляют заживление. Следует исключить наличие острицы как причину зуда (с. 172).

Заднего прохода трещина

Трещина заднего прохода – линейная щелевидная язва в месте перехода кожи в слизистую оболочку заднего прохода. Обычно она имеет багровый цвет. Во время дефекации больной испытывает резкую боль, которая может затем длиться полчаса и даже дольше. В стуле присутствует небольшое количество слизи и крови.

Придайте больному коленно-локтевое положение, наденьте полиэтиленовые перчатки. Одним пальцем очень осторожно обследуйте всю окружность заднего прохода. Резкая боль нередко делает такое обследование невозможным. Похожая боль возникает еще только при тромбозе наружных геморроидальных узлов (с. 174) и при абсцессе в области заднего прохода.

Для облегчения боли больной может принимать ацетилсалициловую кислоту или парацетамол. После каждой дефекции больной должен подмываться водой с мылом и затем тщательно высушивать область заднего прохода. Местно можно применять мазь ауробин. Лечение нужно проводить до тех пор, пока больной не попадет на прием к врачу в ближайшем порту.

Национальная библиотека

Запор

Запор – симптом, а не болезнь, он редко представляет серьезную угрозу здоровью.

Возникновению запора способствуют частая смена пищи, сидячая работа, малоподвижный образ жизни, а также эмоциональное напряжение. Больному, страдающему запорами, нужно порекомендовать регулярно питаться, побольше пить и регулярно заниматься спортом. Можно принимать легкие слабительные средства, например гидроксид магния. В рацион следует включить сливы или сливовый сок.

Недавно возникший стойкий запор и изменение характера стула могут свидетельствовать о серьезном поражении кишечника. В таком случае нужно обратиться к врачу в ближайшем порту.

Инсульт

Инсульт возникает в том случае, когда прекращается кровоснабжение какого-либо участка головного мозга. Причиной этого бывают:

- образование сгустка крови в кровеносном сосуде (тромбоз);
- разрыв стенки кровеносного сосуда (кровоизлияние в мозг);
- закупорка кровеносного сосуда мозга сгустком или иным материалом (эмболия сосудов головного мозга);
- сдавление кровеносного сосуда, например опухолью.

Инсульт может быть осложнением гипертонической болезни.

Как правило, инсульт возникает внезапно, обычно у людей среднего или старшего возраста. В тяжелых случаях быстро наступают потеря сознания и периферический паралич пораженной части тела. Могут иметь место головная боль, тошнота, рвота и судороги. Лицо обычно становится багровым, но иногда бывает бледным или пепельным. Зрачки нередко имеют разную величину. Пульс обычно полный и учащенный, дыхание напряженное и неровное. Один угол рта бывает опущен, больному нередко трудно говорить и глотать.

Симптомы зависят от локализации и размеров поражения головного мозга. В легких случаях сознание сохраняется, а паралич может быть ограничен лишь слабостью мышц на одной стороне тела.

При тяжелом инсульте наступает потеря сознания, дыхание становится тяжелым и напряженным, больной может впасть в кому и умереть. Исход инсульта определяется степенью сдавления или повреждения головного мозга. Смерть обычно наступает через 2-14 дней после инсульта и очень редко – во время самого инсульта. Большинство больных с первым или вторым инсультом остаются в живых, но у них весьма высока вероятность повторных инсультов. Выраженность стойкого паралича можно точно установить не ранее чем через 6 мес после инсульта.

Неавторизованная версия

Очень важно обеспечить хороший уход за больным с инсультом. Его нужно очень осторожно раздеть и уложить в постель так, чтобы туловище, плечевой пояс и голова несколько возвышались на подушках. Следует принять дополнительные меры к предотвращению удушения больного слюной или рвотными массами. Его голову нужно повернуть набок, с тем чтобы жидкость могла вытекать изо рта. Необходимо очистить рот от слизи и остатков пищи пальцем, обернутым носовым платком. В случае повышения температуры на лоб следует прикладывать холодные компрессы.

Для предотвращения образования пролежней нужно следить за чистотой тела и каждые 3-4 ч поворачивать больного. Примите меры к эвакуации больного.

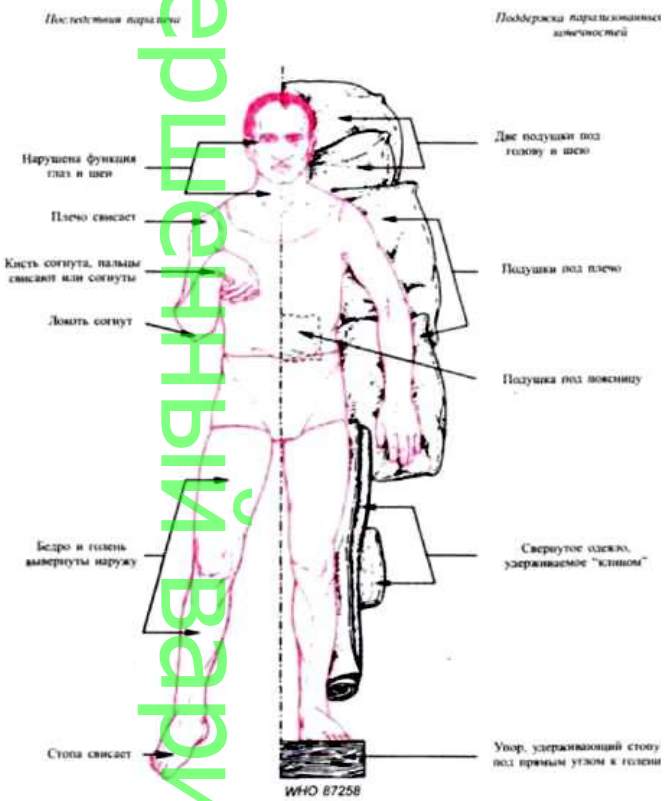


Рис. 83: Поддержка парализованных конечностей.

Повреждение спинного мозга

Паралич может возникнуть и при повреждении спинного мозга.

В случае локализации повреждения спинного мозга в нижнем грудном отделе позвоночника и ниже наступает паралич мышц нижней половины тела (параплегия), а при повреждении шейного отдела спинного мозга возникает паралич всех четырех конечностей (квадриплегия). Важно помнить, что при травме спинного мозга наступает паралич мускулатуры мочевого пузыря и толстой кишки, вследствие чего утрачивается контроль над мочеиспусканием и дефекацией.

Неопубликованный вариант

Больные с параличом нуждаются в хорошем уходе. На рис. 83 показано, как поддерживать тело больного и парализованные конечности. Для предотвращения тугоподвижности суставов их необходимо осторожно сгибать и разгибать несколько раз в день.

Паралич лицевых мышц

Такой паралич поражает одну половину лица. Обычно он развивается очень быстро и может полностью проявиться уже через несколько часов. Больной не может закрыть глаз и моргнуть. Пища собирается за щекой на пораженной стороне лица, угол рта опускается, и из него начинает капать жидкость. В большинстве случаев больной через некоторое время выздоравливает.

Неспособность моргать может привести к высыханию глазного яблока и его загрязнению пылью. Следствием этого может стать конъюнктивит, который необходимо лечить (с. 177).

Инфекции кисти

Многие инфекции кистей можно предотвратить путем соблюдения простых мер предосторожности, которыми на практике нередко пренебрегают. Никогда не следует оставлять без внимания мелкие царапины, порезы, ссадины и уколы. При получении таких травм нужно тщательно вымыть руки водой с мылом и затем наложить защитную повязку.

Воспаление и нагноение кисти или пальца могут вызвать образование внутренних рубцов, результатом чего может стать некоторая утрата функций кисти. При первых признаках воспаления кисти или пальца рекомендуется всегда проводить лечение антибиотиками (с. 272) (см. также раздел "Воспаление лимфатической системы", с. 168). В этом разделе описаны наиболее частые инфекции пальцев.

Инфекция мягких тканей

Инфекция подушечки концевой фаланги пальца вызывает быстрое увеличение внутреннего давления в этой фаланге, которое может привести к стойким поражениям, если не принять неотложных мер. Инфекция может возникнуть после совершенно пустяковой травмы, например после укола иглой. Небольшая болезненность в подушечке пальца через несколько часов может превратиться в сильную дергающую боль, сопровождающуюся покраснением и опуханием всей фаланги.

При появлении указанных симптомов начните лечение антибиотиками (с. 272). Больного нужно освободить от работы, а кисть иммобилизовать, придав ей возвышенное положение (выше плеча). Для уменьшения боли следует принимать ацетилсалициловую кислоту или парацетамол.

Предварительный вариант

Воспаление ногтевого валика

Такое воспаление обычно вызывается инфекцией, которая проникает через трещину кожи ногтевого валика и распространяется вокруг основания ногтя. Ногтевой валик краснеет, опухает и становится болезненным.

Кисть следует подвесить на косынку. Необходимо провести лечение антибиотиками. При таком лечении инфекция обычно проходит без образования гноя. Образовавшийся гной чаще всего имеет вид "головки", расположенной непосредственно под кожей. Гной необходимо выпустить, сделав небольшой разрез над головкой. Повязку следует менять два раза в день до тех пор, пока гной не исчезнет. Затем нужно наложить защитную сухую повязку до полного заживления раны.

Кашель

Кашель может быть влажным (с выделением мокроты) и сухим . Мокрота может быть гнойной, обильной или скудной, густой или жидкой, прозрачной или пенистой, не иметь запаха или дурно пахнуть, содержать лишь примесь крови или быть кровавой. Кашель может быть острым или хроническим, возникать время от времени или быть постоянным, он бывает легким и сильным, болезненным и безболезненным.

Кашель – не болезнь, а симптом. Острый кашель обычно возникает при инфекции верхних дыхательных путей. Влажный кашель, длящийся более 3 мес, нередко свидетельствует о том, что человек болен хроническим бронхитом, даже если он не считает себя больным. Вследствие курения и загрязнения воздуха тысячи людей становятся жертвами хронического бронхита и в конечном счете эмфиземы легких.

Хронический кашель, сочетающийся с повышенной температурой, дает основание предполагать более тяжелое заболевание, например туберкулез, пневмонию или даже рак легкого. Хронический кашель без повышения температуры бывает при болезнях сердца, бронхиальной астме и бронхоэктатической болезни (инфекция и дегенерация бронхов). Каждый больной с хроническим кашлем должен обратиться к врачу.

Лечение. Кашель, вызванный простудой и вирусным бронхитом, нужно лечить симптоматически (см. раздел "Бронхит", с. 165).

При упорном и сильном кашле, сопутствующем инфекциям дыхательных путей, больной может принимать микстуру или лекарства от кашля, например, мукалтин, бромгексин, АЦЦ.

(См. также разделы Бронхиальная астма, Бронхит, Плеврит, Пневмония, Туберкулез).

Незаконный документ

Кожные болезни

Кожа может поражаться при многих болезнях, например при таких инфекциях, как ветряная оспа и корь. При подобных кожных высыпаниях достаточно правильно диагностировать основную болезнь и провести соответствующее лечение. Поэтому у больного с кожными поражениями всегда нужно поинтересоваться общим самочувствием и при необходимости провести соответствующее обследование.

Некоторые кожные болезни носят локальный характер, но, поскольку их распространение может произойти незаметно для больного, рекомендуется внимательно осмотреть все тело. В истории болезни нужно отметить участок первоначального появления сыпи и ее последующее распространение, а также длительность и характер высыпания.

Паховый дерматомикоз

Эта форма дерматомикоза обычно передается через инфицированное белье, чулки, полотенца, а также через коврики в ванных комнатах гостиниц и в плавательных бассейнах. На внутренней поверхности верхней части бедер возникают сильно зудящие красные пятна, которые нередко распространяются на промежность и мошонку. Эти пятна имеют четко очерченный, слегка покрытый чешуйками приподнятый край. Аналогичные поражения могут возникать в подмышечных ямках.

Во всех случаях необходимо проверить на предмет эпидермофитии стопы, которые могут быть источником инфекции. Дерматофитию стоп нужно лечить одновременно с паховым дерматомикозом, чтобы предотвратить реинфекцию.

Лечение. Нужно носить хлопчатобумажные трусы, которые следует ежедневно менять, использованные трусы необходимо кипятить.

В острых случаях поражения могут сильно мокнуть, поэтому на них нужно накладывать 3-4 раза в день на 15 минут охлаждающие компрессы с раствором ацетата алюминия (4 г на 500 мл воды). После того как острое воспаление пройдет, пораженный участок следует 3 раза в день обрабатывать мазью с бензойной и салициловой кислотами. Такую обработку необходимо проводить в течение 2 нед после исчезновения поражений. На мошонку накладывают не эту мазь, а миконазоловый крем.

Дерматомикоз

Дерматомикоз - это грибковое поражение кожи, проявляющееся образованием характерных колец. Каждое кольцо имеет красный цвет, шелушащийся и слегка отечный наружный край, из которого живой гриб проникает в неинфицированную кожу. Участок нормаль-



Рис. 84: Дерматомикоз.

Неправильный

ного цвета в центре кольца представляет собой кожу, зажившую после ухода из нее гриба. Кольца могут сливаться и накладываться друг на друга (рис. 84).

Лечение. Больной должен избегать тяжелой работы и любой деятельности, вызывающей усиленное потоотделение. Одежда должна быть легкой и свободной. Для уменьшения симптомов потницы и снижения потоотделения нужно чаще принимать холодный душ, однако пораженные участки кожи нельзя мыть с мылом, поскольку частое мытье приводит к обезжириванию кожи.

После душа кожу нужно тщательно высушить посредством промокания, но не вытирать. Высыпания следует обработать каламиновой примочкой. Потница, как правило, проходит после переезда больного в более прохладное место, а также в помещении с кондиционером.

Гриб не может жить в холодной сухой коже, но прекрасно размножается в горячей влажной коже. Поэтому избавлению от гриба способствует все, что снижает температуру кожи и делает ее сухой. Полезно и солнечное облучение, при условии, что оно не вызывает усиленного потоотделения. Если поражение возникло на закрытом участке тела, то следует носить хлопчатобумажное белье, которое нужно ежедневно менять, а использованное кипятить в течение 10 мин.

Чесотка

Чесотка – болезнь, при которой кожа поражается чесоточным клещом. Она сопровождается сильным зудом и легко передается от одного человека к другому при тесном контакте.

Клещи проделывают ходы в поверхностных слоях кожи, предпочитая участки тела с мягкой и гонкой кожей, такие, как межпальцевые складки, передняя поверхность запястья, нижние отделы живота, ягодицы, наружные половые органы и молочные железы, но могут паразитировать и в других участках. Кожа головы и кожа шеи выше линии воротника не поражается, что является важным диагностическим признаком.

Клещи обычно прокладывают свои ходы ночью, когда человек находится в теплой постели. При этом возникает очень сильный зуд, лишающий человека сна. Чесоточные ходы имеют вид небольших слегка возвышающихся полосок, на одном конце которых можно разглядеть темное или красное пятнышко. Их нелегко увидеть даже в лупу, если только они не пропитаны грязью. К сожалению, постоянное расчесывание вызывает инфицирование кожи, на ней появляются пустулы, фурункулы, иногда возникает дерматит, на этой стадии болезни поставить диагноз бывает довольно трудно. При наличии описанной клинической картины более чем у одного человека и отсутствии вшей в первую очередь следует думать о чесотке.

Невежинский Вадим

Лечение. Больной должен вымыть все тело с мылом, тщательно высушить его и затем втереть во все участки тела (включая подошвы стоп), кроме лица и волосистой части головы, 1% линдановый крем. Если больной пропустит какой-то участок тела, за исключением лица и волосистой части головы, то может произойти повторное заражение. После втирания крема нельзя принимать ванну и душ в течение 24 ч. Зуд и раздражение обычно исчезают через несколько часов, но иногда сохраняются 1-2 нед. В ряде случаев бывает необходимо провести вторую обработку через 7-10 дней.

Нижнее и постельное белье необходимо постирать и прокипятить, однако нет необходимости отправлять одеяла, покрывала и одежду на дезинфекцию. Вполне достаточно просто не пользоваться этими предметами в течение 2 нед. Одежду следует тщательно прогладить очень горячим утюгом. Членов команды, находившихся в тесном контакте с больным, необходимо обследовать на предмет выявления чесотки.

Крапивница

Крапивница – это аллергическая реакция, при которой на коже возникают зудящие приподнятые волдыри, как при ожоге крапивой. Иногда причина крапивницы не вызывает сомнений, например при локальной реакции, возникшей вслед за укусом насекомого или ожогом медузой. Но иногда причину крапивницы установить довольно трудно. Сыпь может появляться при употреблении определенной пищи (например, крабов или фруктов). Крапивница может быть вызвана приемом некоторых таблеток и инъекций определенных лекарств. Чаще всего ее вызывают антибиотики пенициллиновой группы, причем очень тяжелые реакции возникают при их инъекции. К числу других лекарств, которые нередко вызывают или усиливают крапивницу, относятся ацетилсалициловая кислота и кодеин.

Крапивница выглядит как слегка приподнятый красный участок с плотным белым центром, и ее обычно удается легко распознать. Как правило, волдыри быстро возникают и затем исчезают, но на смену им появляются такие же волдыри в других участках тела. Это продолжается в течение нескольких часов или дней. Общее состояние больного обычно не нарушается, но он может испытывать сильное беспокойство, поэтому его нужно успокоить, объяснив, что крапивница не представляет опасности его здоровью и жизни.

Лечение. Спросите пациента, не знает ли он причину возникшей сыпи, обратив внимание на все лекарства, которые больной принимает или принимал в течение последних недель, а также на все вещества, с которыми он имел дело. В тех случаях, когда удается установить причину крапивницы и полностью устранить ее, можно не опасаться возникновения новых приступов. Если же причина крапивницы не

устранена, применение лекарств может лишь подавить или приглушить аллергическую реакцию, но не излечить больного.

Для уменьшения сыпи больной в течение 5 дней должен принимать антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил и др.). Предупреждайте больного о том, что эти лекарства вызывают сонливость и что алкоголь усиливает побочные эффекты.

Опоясывающий лишай

Опоясывающий лишай – болезнь, проявляющаяся возникновением на коже по ходу нервов очень болезненных беловатых волдырей с красными краями. Обычно такие высыпания возникают по ходу одного межреберного нерва, но иногда они локализуются вдоль нерва на лице или бедре. Первые симптомы опоясывающего лишая сходны с таковыми большинства инфекционных болезней. Больной в течение нескольких дней может испытывать общее недомогание, у него поднимается температура, то тут, то там возникает незначительная боль. В конце концов боль локализуется в участке покраснения кожи, при осмотре которого обнаруживаются пузыри размером от булавочной головки до грецкого ореха. Число пузырей увеличивается, и они охватывают все новые участки, так что через один-два дня возникает своеобразное полукольцо, опоясывающее одну сторону пораженной части тела, например только левую или правую половину грудной клетки. Примерно через 7-10 дней пузыри лопаются и на их месте образуются корки. Следует иметь в виду, что у пожилых людей боль может сохраняться долгое время и после отпадения корок.

Серьезным осложнением является герпетическое поражение глаза или окружающих его тканей. В таких случаях надо обязательно посоветоваться с врачом.

Лечение. Пораженный участок кожи нельзя мыть. На него нужно накладывать охлаждающий компресс с раствором ацетата алюминия (4 г на 500 мл воды) на 15 мин 4 раза в день. После высушивания пораженный участок покрывают каламиновой примочкой. Для уменьшения боли можно принимать ацетилсалициловую кислоту или парацетамол.

Сикоз

Сикоз – это гнойное воспаление вокруг корней волос (фолликулов) в области бороды и усов. Поначалу обычно поражается небольшой участок, но в результате использования инфицированной бритвы, кисточки или полотенца, а также вследствие расчесывания он постепенно расширяется. Вначале вокруг каждого пораженного волосяного фолликула возникает красное пятнышко, которое вскоре превращается в пустулу, содержащую гной. В конечном счете пустулы лопаются, и на их месте образуются корочки.

Репозиторий ВГМУ

Лечение. Больной должен сразу же перестать бриться, волосы можно только подстригать ножницами. После выздоровления бритву нужно заменить или же простерилизовать путем кипячения не менее 10 мин. Следует воздерживаться от расчесывания лица. Рекомендуется пользоваться одноразовыми бумажными салфетками или полотенцами.

Проводите лечение антибиотиками (с. 272). При наличии мокнущих поражений соответствующий участок необходимо несколько раз в день обрабатывать раствором перманганата калия (1 чайная ложка на 500 мл воды). Такая обработка может вызвать изменение цвета кожи, однако на это не стоит обращать внимания, после окончания лечения нормальный цвет кожи восстанавливается.

Потница

Потница обычно возникает у людей, которые впервые попадают в тропические районы, ее возникновению способствует сочетание высокой температуры и высокой влажности. Чаще всего она появляется на тех участках кожи, которые подвергаются трению одеждой, например на шее и талии, но нередко поражаются кожные складки и конечности. Поначалу сыпь состоит из редких мелких красных папул, которые не зудят, а покалывают, причем покалывание бывает таким сильным, что больной не может уснуть. Затем в центре папул появляются крошечные пузырьки, которые при расчесывании могут лопаться и инфицироваться.

Потница может сочетаться с общим перегревом организма: в этом случае она сопровождается вялостью, потерей аппетита и головной болью (с. 199).

Лечение. Стопы необходимо мыть с мылом утром и вечером. С помощью бумажных салфеток нужно осторожно удалить белые омертвевшие частицы кожи и затем наложить тонкий слой мази с бензойной и салициловой кислотами. В тяжелых случаях перед наложением мази нужно сделать ванночку с раствором перманганата калия (1 чайная ложка на 500 мл воды). Если мазь с бензойной и салициловой кислотами вызывает жгучую боль и раздражение, ее следует заменить кремом с миконазолом. Больной должен носить хлопчатобумажные носки, которые можно кипятить.

Трещины

Трещины возникают на тыльной стороне кистей, стоп, на ушных раковинах, губах и других участках тела в результате воздействия холодного ветра и соленой воды, а также при умывании в холодную погоду и недостаточном вытирании кожи. Трещины нередко сопровождаются воспалением и сильной болью. Пораженные участки кожи нужно густо смазывать вазелином и держать в тепле. Для предотвращения возникновения трещин в холодную погоду носите перчатки.

Неофициальный перевод

Дерматит

В большинстве случаев дерматит у моряков возникает в результате раздражения кожи теми или иными веществами, с которыми им приходится иметь дело. Гораздо реже причиной дерматита является аллергия (см. с. 136). К числу раздражителей, вызывающих дерматит, относятся детергенты, чистящие порошки, растворители, машинное масло и парафин.

Существует много форм дерматита, но в большинстве случаев он начинается с покраснения пораженного участка кожи. Вскоре на этом участке возникают пузырьки, которые позднее лопаются, выделяя желтоватую жидкость; засыхая, эта жидкость превращается в корочки. Кожа обычно сильно раздражена. Необходимо постараться определить, какой раздражитель вызвал дерматит у конкретного больного. Больной должен всячески избегать контакта с ним. Вещество, например детергент, с которым больной долгое время имел дело без всякого для себя вреда, может внезапно стать раздражителем.

На пораженный участок кожи 3 раза в день нужно наносить 1% гидрокортизоновую мазь.

Эпидермофития стоп

Вначале поражается складка между пятым и четвертым пальцами обеих стоп. Кожа утолщается и трескается, а позднее становится белой, одутловатой и выглядит как мертвая. Постепенно инфекция распространяется на другие межпальцевые складки, а также на подошвы стоп. При тяжелых инфекциях пораженный участок краснеет, воспаляется и покрывается мелкими пустулами, которые могут мокнуть или нагнаиваться. Обычно возникает зуд, доставляющий больному большие страдания. Эта инфекция может передаваться от одного человека к другому при надевании чужой обуви или через предметы в общей ванной комнате. Поэтому для предотвращения ее распространения необходимо строго соблюдать правила личной гигиены.

Импетиго

Это кожная инфекция, вызываемая бактериями, обычно поражает открытые части тела, например лицо и кисти. Вначале появляется тонкостенный волдырь, который вскоре лопается и покрывается корочкой янтарного цвета. Высыпания быстро распространяются, особенно в области усов и бороды. Иногда поражаются складки вокруг рта, носа и ушей, где могут возникать одутловатость и трещины. В тяжелых случаях поражение захватывает волосистую часть головы. Импетиго — очень заразная болезнь, которая быстро при несоблюдении соответствующих мер предосторожности распространяется на другие участки тела, а также передается другим лицам.

Не для продажи

Больному нужно рассказать о высокой контагиозности импетиго и о том, что он не должен касаться руками пораженных участков. В случае возникновения импетиго на лице бритье следует прекратить, волосы можно подстригать ножницами. Необходимо пользоваться одноразовыми бумажными салфетками и полотенцами, все постельное и нательное белье, а также любые предметы, которые могли контактировать с кожными высыпаниями, нужно кипятить. После обработки пораженного участка или случайного прикосновения к нему нужно хорошо вымыть руки.

Проводите лечение антибиотиками. Больного с системными симптомами инфекции, такими, как лихорадка и озноб, необходимо уложить в постель и обеспечить обильным питьем. При необходимости следует принимать ацетилсалициловую кислоту (1 таблетку каждые 3-4 ч).

Пораженный участок необходимо дважды в день в течение 10 мин обрабатывать раствором перманганата калия (1 чайная ложка на 500 мл воды) и затем высушивать одноразовыми бумажными салфетками. Высыпания на лице оставляют открытыми, а высыпания на кистях рук и на участках тела, закрытых одеждой, необходимо защищать сухими повязками, которые меняют ежедневно.

На наружный край каждого кольца дважды в день необходимо наносить тонкий слой мази, содержащей бензойную и салициловую кислоты, до полного выздоровления.

Морская болезнь

Морская болезнь возникает при качке судна. Чаще всего она бывает у лиц, не привыкших к качке, но в бурную погоду от нее могут страдать даже опытные моряки.

Симптомы морской болезни варьируются от легкой тошноты, сухости во рту, головной боли, слабости и холодного пота до многократной рвоты, головокружения и более или менее выраженной прострации. В тяжелых случаях непрекращающаяся рвота может стать причиной обезвоживания организма и возникновения коллапса.

В легких случаях симптомы морской болезни постепенно проходят, иногда во время сна, без какого бы то ни было лечения. Прием небольших количеств сухой пищи, например печенья или сухарей, помогает уменьшить тошноту. Состояние улучшается, когда больной сидит, откинувшись назад, глядя на отдаленный неподвижный предмет или закрыв глаза. На яхте меньше всего укачивает рулевого; в каюте лучше лежать. При выполнении какой-либо работы в ограниченном пространстве, например, даже при попытке нагнуться и достать что-то из рундука укачивание происходит очень быстро.

Имеются лекарственные средства, подавляющие морскую болезнь (тошноту, укачивание), такие как аминалон, драмина, стугерон. Прини-

Ознакомительная версия

майте их согласно инструкции, обращая внимание на возможные побочные эффекты. Сон способствует ослаблению морской болезни.

Неврит и невралгия

Неврит – это поражение одного нерва или двух и более нервов в разных участках тела или большого числа нервов одновременно. Неврит вызывает пароксизмальную боль (невралгию) по ходу одного или нескольких нервов.

Так как некоторые нервы содержат как чувствительные, так и двигательные волокна, неврит приводит к потере чувствительности в определенных участках кожи и к параличу мышц.

Больной чувствует жжение, покалывание или онемение, и соответствующий участок чувствителен к надавливанию. При поражении седалищного нерва, который тянется от ягодицы до нижних отделов ноги, говорят об ишиасе. Невралгия лицевого нерва проявляется сильной стреляющей болью в одной половине лица.

Причинами неврита могут быть общее плохое физическое состояние организма, хронические местные инфекции, такие, как кариес зубов или тонзиллит; чрезмерное напряжение, растяжение и другие травмы нервов; давление на нерв опухоли или костного разрастания, а также неполноценное питание. Неврит может быть одним из проявлений таких хронических болезней, как артрит и сахарный диабет.

Невралгия плечевого сплетения

Эта форма невралгии проявляется болью в плече, которая нередко захватывает шею и распространяется от шеи на голову, сзади наперед. Обычно она бывает вызвана острым или хроническим повреждением межпозвоночного диска и/или артритом шейного отдела позвоночника. Если боль настолько сильна, что делает больного нетрудоспособным, его нужно уложить в постель и лечить анальгетиками (с. 272). В более легких случаях можно ограничиться приемом соответствующих анальгетиков.

Невралгия лицевого нерва (невралгия тройничного нерва)

Эта болезнь обычно поражает лиц старше среднего возраста и проявляется перемежающимися сильными болями в одной половине лица. Нередко боль бывает невыносимой. В тяжелых случаях ее провоцируют жевание, умывание и даже холодные сквозняки. Больного нужно поместить в темную комнату без сквозняков. Дайте обезболивающее.

Постгерпетическая невралгия

После герпеса у некоторых больных возникает стойкая боль, которая иногда бывает очень сильной; в таких случаях показаны анальгетики.

Незаменимый помощник

Ишиас

Ишиас - это воспаление седалищного нерва, при котором боль отдает в ягодицы и/или заднюю поверхность ноги.

Лечение. Всех больных с сильной или рецидивирующей невралгией при первом же удобном случае необходимо направить к врачу.

Для определения причины неврита больного следует подвергнуть всестороннему обследованию. Неотложное лечение в рейсе вынуждено носит симптоматический характер. Наиболее эффективным способом неотложной терапии является иммобилизация пораженной части тела и применение тепла. При неврите верхней конечности ее следует подвесить на косынке. Больной, страдающий тяжелым ишиасом, должен соблюдать постельный режим.

При сильной боли каждые 4 ч нужно принимать по таблетке ацетилсалициловой кислоты.

Больной должен много пить. Достаточная по количеству и полноценная по составу легкоусваиваемая пища способствует улучшению общего состояния больного и уменьшению симптомов неврита, поскольку недостаточность витаминов является одной из причин неврита.

Обморок

Обморок обусловлен временным нарушением кровоснабжения головного мозга, причиной которого могут быть:

- переутомление, испуг, страх, психологический шок;
- недоедание, обезвоживание организма, тепловой удар;
- травма, сильная боль, кровопотеря;
- нехватка свежего воздуха.

Если человек внезапно бледнеет и его начинает пошатывать, то, чтобы он не упал в обморок, усадите его так, чтобы ноги были широко расставлены, и пригните голову между колен или уложите его на спину и приподнимите ноги. Если вы уверены, что он может глотать, дайте воды, это поможет ему прийти в себя.

Примечание.

Инфаркт миокарда (см. с. 158) иногда не сопровождается болью. Помните об этом, если:

а) у больного ранее были боли в груди и

б) обморок возникает без какой-либо видимой причины. В случае подозрения на болезнь сердца ("немой", безболевой инфаркт миокарда) посоветуйтесь с врачом по радио.

Острые болезни зубов и полости рта

Перечисленные ниже приемы первой помощи предназначены для уменьшения боли и дискомфорта, вызванного острыми болезнями зу-

Неофициальный перевод

бов и полости рта, до тех пор пока больному не будет оказана квалифицированная медицинская помощь.

Кровотечение

Кровотечение обычно возникает после удаления зуба, оно быстро прекращается и не требует вмешательства. Длительное или сильное кровотечение из зубной ячейки требует применения специальных мер.

Прежде всего рот нужно очистить от крови и слюны. Затем на место удаленного зуба накладывают кусочек марли размером 5 х 5 см и просят больного сжать зубы. Важно сложить марлю таким образом, чтобы тампон соответствовал размеру зубной ячейки. Тампон оставляют на 3-5 мин и после этого меняют в случае необходимости. После прекращения кровотечения зубную ячейку оставляют в покое. Если кровотечение продолжается, марлевый квадрат 5 х 5 см скручивают небольшим конусом или валиком (см. рис. 73) и тампонируют им зубную ячейку, а сверху кладут еще один валик. Больного просят сжать зубы на 30 мин или на 1 ч, а иногда и дольше. После этого в течение суток нельзя полоскать рот. В течение двух дней следует питаться мягкой пищей.



Рис. 85: Остановка кровотечения после удаления зуба.

Выпадение пломбы

Пломба может выпасть из зуба вследствие развития вокруг нее кариеса, а также в результате механического разрушения зуба или самой пломбы.

При отсутствии боли никакого лечения не требуется, следует обратиться к стоматологу по прибытии в порт. Если зуб чувствителен к холоду, его нужно изолировать, положив с каждой стороны марлю размером 5 х 5 см. Образовавшуюся полость необходимо осушить ватным тампоном. Затем на ватный шарик наносят каплю гвоздичного масла и вводят его в полость; эта процедура обычно снимает боль, при необходимости ее можно повторять 2-3 раза в день.

Зубная боль без опухания десен

Такая боль обычно вызывается раздражением или инфекцией пульпы зуба. Больному с зубной болью, которая не сопровождается опуханием десен и лица, нужно посоветовать жевать другой стороной. Пища не должна быть слишком горячей или холодной. Для облегчения боли можно принять таблетку ацетилсалициловой кислоты. Эти та-

Не для продажи

блетки нужно глотать, их нельзя держать во рту, так как это может вызвать ожог мягких тканей. Если в больном зубе есть большая полость, ее необходимо обработать так, как сказано выше в разделе "Выпадение пломбы".

Зубная боль, сопровождающаяся припухлостью десен

Зубная боль, сопровождающаяся опуханием десен или щеки, зачастую является результатом инфекционного воспаления пульпы зуба (пульпита), которое через зубной канал распространяется на ткани челюсти. Нередко причиной бывает инфекция, связанная с болезнями десен, периодонта и окружающей зуб костной ткани. Во всех случаях возникают боль, припухлость, абсцесс.

За состоянием больного с флюсом необходимо внимательно следить, отмечая следующие моменты:

- точную площадь припухлости в начале болезни и в дальнейшем;
- тип припухлости: мягкая, плотная или флюктуирующая (признак заполненной гноем полости);
- насколько трудно больному открывать и закрывать рот;
- температуру в полости рта утром и вечером. Эти сведения важны для оценки течения болезни и эффективности лечения.

Для облегчения боли больной может принимать анальгетики.

Для борьбы с инфекцией больной должен принимать антибиотики до нормализации температуры и еще не менее 4 дней. При ближайшей возможности больной должен обратиться к стоматологу.

Больному нужно посоветовать в течение дня каждый час полоскать рот теплым солевым раствором (четверть чайной ложки на 200 мл теплой воды). Это способствует очищению рта и локализации инфекции. Кроме того, полоскание облегчает дренаж и уменьшает боль. После исчезновения боли и припухлости рот следует полоскать до тех пор, пока больной не попадает на прием к стоматологу.

Перикоронит

Перикоронит – воспаление десны, покрывающей частично прорезавшийся зуб, обычно зуб мудрости (третий моляр). Нередко через мягкие ткани видна часть коронки прорезающегося зуба. Отек и воспаление мягких тканей вокруг зуба могут быть весьма сильными. При тяжелой инфекции больному трудно открывать рот. Внимательный осмотр иногда позволяет обнаружить истечение гноя из мягких тканей. Участок воспаления вокруг зуба необходимо промывать теплым солевым раствором (четверть чайной ложки соли на 200 мл теплой воды). Помимо этого, больного нужно лечить так, как сказано выше в разделе "Зубная боль, сопровождающаяся припухлостью десен".

Бесплатный фрагмент

Болезнь Венсана

Эта болезнь представляет собой генерализованную инфекцию десен. В острой стадии она характеризуется покраснением и кровоточивостью десен. Вокруг зубов обычно имеется налет в виде сероватой пленки. Обычно изо рта исходит очень неприятный запах, а больной чувствует во рту резкий металлический привкус. Острая фаза болезни может сопровождаться выраженной лихорадкой. Отмечается припухлость шейных лимфатических узлов.

На время болезни следует исключить из рациона острые и горячие блюда и побольше пить. В случае необходимости для снятия боли можно принимать анальгетики.

Для борьбы с инфекцией необходимо проводить лечение антибиотиками до полной нормализации температуры и еще не менее 4 дней. При ближайшей возможности больной должен обратиться к стоматологу.

Воспаление, вызванное зубными протезами

Генерализованное воспаление в области зубных протезов обычно бывает обусловлено несоблюдением гигиены полости рта. Локальное воспаление, как правило, требует замены или подгонки зубного протеза. Обычно такое воспаление возникает в участках, где край зубного протеза опирается на ткани. Нужно воздержаться от использования протезов до полного заживления мягких тканей.

Отеки

Отеками называют скопление повышенного количества жидкости в подкожных тканях. Отеки – не болезнь, а симптом болезни, вызывающей скопление жидкости.

Для обнаружения отека нужно в течение 10 с не очень сильно надавливать кончиком пальца на соответствующий участок тела. При наличии отека после отнятия пальца в коже остается углубление.

Генерализованные отеки

Генерализованные отеки возникают при хронической сердечной недостаточности, когда функция сердца как насоса резко ослабевает. Среди членов судовых команд это состояние встречается довольно редко. Отеки сопутствуют также хроническим болезням почек.

Отеки, вызванные болезнями сердца

При болезни сердца отек сначала появляется на стопах и лодыжках, а затем распространяется на голени. Если больной лежит в постели, отек может образоваться на пояснице. Отеки усиливаются к вечеру и после физической нагрузки. Следует помнить также, что жидкость может накапливаться в легких, вызывая кашель и одышку.

Неразрешенный перевод

Больного следует уложить в постель и начать учет количества выпитой и выведенной из организма жидкости. Прием жидкости нужно ограничить согласно рекомендациям, приведенным в разделе по водно-солевому балансу (с. 96).

Если ограничение приема жидкости не приводит к уменьшению отеков, давайте больному по утрам одну таблетку (40 мг) фуросемида 2-3 дня в неделю до тех пор, пока больной не попадает на прием к врачу. Больного нужно предупредить о том, что вскоре после приема таблетки фуросемида его мочеиспускание станет более частым и он будет выделять большое количество мочи.

Локальные отеки

Такие отеки встречаются у моряков гораздо чаще и могут локализоваться:

- на одной или обеих ногах в случае возникновения застоя, вызванного варикозным расширением вен (с. 167)
- на одной ноге в случае блокады венозного оттока, вызванного воспалением варикозно расширенных вен.
- на любом участке тела как следствие фурункулов, абсцессов или карбункулов (с. 229).

Отек может временно возникать на лодыжках и стопах вследствие:

- длительного пребывания на ногах, особенно в жарком климате, или сидения в одной позе, например в спасательной шлюпке; или
- у женщин перед началом менструации.

Обследование позволяет установить причину отека, на устранение которой должно быть направлено лечение. Уменьшению отека способствует придание отечной части тела возвышенного положения.

Перегрев тела

Перегрев тела может проявляться в форме теплового удара, мышечных судорог и теплового коллапса.

Тепловой (солнечный) удар

Тепловой удар - очень тяжелое состояние, которое в случае непринятия должных мер нередко заканчивается смертью. Он возникает при выходе из строя основного механизма, посредством которого организм избавляется от избыточного тепла, т. е. потоотделения. Ранними симптомами, предшествующими тепловому удару, являются головная боль, слабость, ощущение жара. Обычно тепловой удар возникает внезапно и проявляется потерей сознания, судорогами или бредом. В типичных случаях потоотделение отсутствует.

Кожа пострадавшего горячая, красная и сухая. В тяжелых случаях на ней появляются округлые точечные кровоизлияния. Температура тела резко возрастает и нередко превышает 41°С. Ректальная темпера-

Неправильный перевод

тура зачастую превышает 42°С, что является плохим признаком. Пульс учащенный (160 ударов и выше) и сильный. Дыхание учащенное и глубокое, кровяное давление несколько повышено. Зрачки вначале сужены, затем расширяются. Возникают мышечные подергивания, судороги и рвота "фонтаном", за которыми могут последовать сосудистый коллапс и глубокий шок.

Поскольку тепловой удар очень опасное состояние, все члены команды должны хорошо знать его основные признаки, в частности прекращение потоотделения, с тем чтобы соответствующие меры можно было принять на ранней обратимой стадии.

Необходимо незамедлительно приступить к охлаждению тела, иначе может возникнуть повреждение головного мозга и наступить смерть. С пострадавшего нужно снять одежду и поместить его в ванну с прохладной (около 20°С) водой или накрыть влажным покрывалом, или обтирать ледяной водой до тех пор, пока температура тела не снизится. Температуру следует измерять каждые 10 мин, она не должна падать ниже 38,5°С. Во время охлаждения необходимо массировать кожу для того, чтобы предотвратить сужение кровеносных сосудов, стимулировать приток охлажденной крови в перегретый головной мозг и другие ткани и ускорить теплообмен. После того как температура тела упадет, пострадавшего следует уложить в постель в прохладной комнате и направить на него струю воздуха из вентилятора или кондиционера. Если температура тела вновь начнет расти, нужно будет повторить процедуру охлаждения. **Седативные средства (фенобарбитал) дают только в случае возникновения судорог.** В течение нескольких дней пострадавший должен соблюдать постельный режим, а в дальнейшем избегать перегрева тела.

Судороги, вызванные перегревом

Судороги, вызванные перегревом, возникают у лиц, работающих в условиях высоких температур. Это состояние проявляется сильной болью и спазмами в мышцах живота и скелетных мышцах и является результатом обильного потоотделения и недостаточного восполнения солей и воды, теряемых с потом. Судороги особенно сильны в тех случаях, когда человек много пьет, но не восполняет потерю солей.

Судороги возникают внезапно и чаще всего в сгибательных мышцах рук и ног. В типичном случае больной лежит на спине с поднятыми ногами и стонет от боли. Кожа бледная и влажная, кровяное давление остается в норме, а ректальная температура колеблется от 36,6 до 37,7°С. Потери сознания обычно не происходит. При отсутствии лечения это состояние может длиться часами, однако угрозы жизни оно не представляет.

Больного нужно отвести в прохладное место и напоить его подсоленной водой (чайная ложка на стакан). Он сразу же должен выпить

Национальный авиационный университет

полстакана подсоленной воды и затем пить по полстакана каждые 15 мин в течение часа или до тех пор, пока судороги не ослабеют. Прекращению судорог способствует массаж мышц или их сдавливание руками.

Тепловой коллапс

Тепловой коллапс обусловлен избыточной потерей воды и солей. Чаще всего он возникает у людей, работающих в горячих помещениях, а также в условиях очень жаркого и влажного климата. При этом состоянии кровоснабжение головного мозга и сердца нарушается из-за того, что кровь скапливается в капиллярах кожи для усиления теплоотдачи. Для компенсации недостаточного кровоснабжения капилляры сужаются, в результате чего кожа больного становится бледной, влажной и холодной на ощупь (см. рис. 86).



Рис. 86: Вид пострадавшего при тепловом коллапсе.

О приближении теплового коллапса могут свидетельствовать такие признаки, как слабость, головокружение, тошнота, затуманенное зрение и легкие мышечные судороги. Возникает обильное потоотделение. Пульс становится частым и слабым, дыхание — частым и поверхностным, зрачки расширяются.

Для улучшения кровоснабжения головного мозга человека, находящегося в обмороке, необходимо усадить так, чтобы голова находилась между коленей. Затем его следует уложить и расстегнуть тесную одежду. Пострадавшего нужно поить подсоленной охлажденной водой (одна чайная ложка соли на стакан воды); каждые 15 мин в течение часа он должен выпивать примерно по полстакана такой воды. При наличии рвоты питье следует прекратить.

Педикулез (вшивость)

На людях паразитируют три вида вшей: головная, платяная и лобковая. Они питаются кровью, для чего прокусывают кожу. Укусы вшей вызывают сильный зуд и последующее расчесывание, иногда места укусов инфицируются. Самки вшей откладывают большое число яиц, из которых через две недели появляется новое поколение паразитов. Яйца вшей (гниды) прикрепляются либо к волосам (у головной и лобковой вши), либо к швам нижнего белья (у платяной вши).

Платяная вошь может быть переносчиком таких болезней, как сыпной и возвратный тиф. Этих паразитов обычно не удается обнаружить на теле, так как они обитают в швах одежды и прикрепляются к коже только для того, чтобы напиться крови. Гниды, имеющие вид мелких серых или белых зернышек, тоже можно обнаружить в швах одежды. При осмотре кожи видны расчесы и места укусов, имеющие вид крошечных

Неверов Виктор Васильевич

точек, окруженных покрасневшей кожей. Укусы располагаются главным образом там, где одежда тесно прилегает к телу, например на плечах, груди, талии и ягодицах. Типичен стойкий зуд.

Уничтожение платяных вшей. Кожу необходимо тщательно вымыть с мылом и высушить. Затем в пораженные участки и окружающую здоровую кожу втирают 1 % линдановый крем, после чего нельзя принимать ванну и душ в течение 24 ч. Обычно достаточно однократного втирания крема.

Через сутки необходимо сменить постельное и нательное белье. Использованное белье необходимо прокипятить.

Головная вошь. Больше всего вшей бывает в волосах на затылке и по бокам головы. Расчесы могут инфицироваться, и нагноившиеся участки напоминают импетиго. Шейные лимфатические узлы припухают и становятся болезненными.

Уничтожение головных вшей. Намочите волосы пациента и вотрите в них одну столовую ложку 1 % линданового крема. После такой обработки голову нельзя мыть в течение 24 ч. Тот, кто пользовался постелью человека, у которого обнаружена головная вошь, также может заразиться, его голову также следует обработать.

Пептическая язва

Пептическая язва – это открытый дефект, обычно доброкачественной природы, возникающий на слизистой оболочке пищеварительного тракта. Различают два типа пептических язв:

1) язвы желудка;
2) язвы двенадцатиперстной кишки.

При нормальном пищеварении желудочный сок оказывает свое действие как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке. Избыточная секреция кислого желудочного сока является ведущей причиной возникновения язв двенадцатиперстной кишки и обострения уже заживших язв. Возникновению язв оспособствует эмоциональное напряжение, связанное с подавленным гневом и другими психологическими проблемами. Язвы могут быть вызваны некоторыми лекарствами (например, ацетилсалициловой кислотой) или чрезмерным употреблением алкогольных напитков.

Мелкая язва может зажить за короткое время, но чаще всего она углубляется и становится причиной возникающих время от времени приступов расстройства пищеварения (см. с. 214) и боли.

Поначалу неприятные ощущения в животе возникают примерно через три часа после приема пищи и локализуются посредине линии, соединяющей пупок и грудину, или несколько правее этой точки. Спустя несколько дней или недель эти неприятные ощущения приобретают форму ноющей боли, связанной с чувством голода, которое возникает

Неофициальная версия

через 1-3 ч после еды. В первой половине ночи больной нередко просыпается от этой боли. Еда или прием лекарства на какое-то время снимают боль. Рвота бывает редко, но иногда возникает изжога, обусловленная попаданием в рот кислого содержимого желудка. Аппетит нарушен незначительно, и похудание также незначительно. Приступы расстройства пищеварения, длящиеся неделями и месяцами, сменяются периодами нормального самочувствия различной продолжительности. При язвах желудка боль возникает через более короткое время после еды, а рвота бывает чаще, чем при язвах двенадцатиперстной кишки.

При легком ощупывании передней брюшной стенки в упомянутой выше области можно обнаружить болезненность.

Симптомы пептической язвы сходны с симптомами других болезней пищеварительного тракта, таких, как расстройство пищеварения, а также болезней печени, желчного пузыря и правой почки (см. раздел "Болезни мочевыводящей системы", с. 147).

Лечение. Больной должен соблюдать постельный режим, но ему разрешается вставать для совершения гигиенических процедур и приема пищи. Необходимо принимать небольшие количества легкой пищи, а между приемами пищи пить молоко. Следует отказаться от курения и употребления спиртных напитков. В середине перерыва между приемами пищи больной должен принимать по одной таблетке гидроксида алюминия. Обезболивающие таблетки, а также ацетилсалициловую кислоту, которая раздражает кишечник, принимать не следует. В ближайшем порту больного необходимо направить в лечебное учреждение для полного обследования.

Осложнения

Язва может захватить всю толщу стенки желудка или кишечника, в результате чего образуется отверстие (перфорация), в том случае, когда язва разъедает стенку кровеносного сосуда, возникает сильное внутреннее кровотечение.

Кровоточащие пептические язвы

Большинство пептических язв, будь то желудка или двенадцатиперстной кишки, имеет склонность к кровоточивости, особенно это справедливо в отношении длительно существующих язв. Кровотечение может варьироваться от легкого просачивания крови до сильной потери крови, угрожающей самой жизни больного. При кровотечении кровь всегда присутствует в кале. Небольшие ее количества могут остаться незамеченными, но большие количества крови, подвергшейся действию кишечных ферментов, придают калу черный цвет и делают его похожим на деготь. При свежем кровотечении ярко-красная кровь может присут-

Национальный авиационный университет

ствовать в рвотных массах, наличие же в этих массах частично переваренной крови придает им вид кофейной гущи.

У большинства больных с кровоточащими пептическими язвами в анамнезе имеется расстройство пищеварения, симптомы которого иногда обостряются незадолго до возникновения кровотечения.

Лечение. Больного необходимо немедленно уложить в постель, он должен соблюдать полный покой, который способствует свертыванию крови и прекращению кровотечения. Как можно быстрее организуйте доставку больного в стационар. Следует начать вести учет частоты пульса, поскольку учащение пульса свидетельствует о необходимости оказания экстренной помощи в больничных условиях. В первые 24 ч больной не должен принимать никакой пищи, ему можно лишь сосать кусочки льда или же пить небольшими глотками холодную воду. После этого в течение первых 12 ч можно принимать небольшие количества молока (по 15-30 мл каждый час). Если состояние больного не ухудшается, это количество можно удвоить.

Если состояние больного улучшилось, через 24 ч можно начать давать ему небольшие порции молока или смеси равных объемов молока и воды. В первые 12 ч нужно давать по 15-30 мл жидкости каждый час. Если это не сопровождается усилением боли, количество жидкости затем можно удвоить. При хорошей переносимости молока можно давать его возрастающие количества и более часто. Пока больной находится на корабле, ему нельзя давать ничего, кроме молока и воды.

Прободная язва

Прободение язвы сопровождается внезапной мучительной болью, которая сначала локализуется в центре верхней части живота, а затем быстро распространяется по всему животу и сопровождается коллапсом той или иной степени и иногда рвотой. Больной очень бледен, испытывает сильную тревогу, покрыт обильным холодным потом. Температура тела обычно падает, частота пульса поначалу нормальна или снижена, но сам пульс слабый. Больной лежит абсолютно неподвижно на спине или на боку с поджатыми ногами, боясь пошевельнуться, поскольку каждое движение усиливает его страдания, он боится говорить и даже дышать и нередко не отвечает ни на какие вопросы.

При крупных перфорациях клиническая картина настолько характерна, что ее невозможно спутать с другими состояниями, вызывающими боль в животе, при которых больной нередко мечется в постели, кричит или стонет в моменты усиления боли. Боль наиболее сильна сразу же после прободения язвы, когда пищеварительные соки попадают из кишечника в брюшную полость. Через несколько часов боль может несколько стихнуть, и коллаптоидное состояние может стать менее выраженным, однако это кажущееся улучшение зачастую бывает кратковременным.

Неразрешенный перевод

При ощупывании живота обнаруживается настолько резкое напряжение мышц, что передняя брюшная стенка на ощупь похожа на доску. Даже легкое надавливание на живот вызывает усиление боли и сопротивление больного, особенно при ощупывании верхней части живота. При осмотре живота видно, что передняя брюшная стенка не участвует в дыхательных движениях. Больной не может расслабить мышцы живота, которые непроизвольно напряжены из-за боли.

Перфоративное отверстие бывает разным – от булавочной головки до гораздо большего размера. Небольшую прободную язву можно спутать с аппендицитом, поскольку в обоих случаях боль поначалу возникает в центре живота. Однако:

- при прободной язве боль поначалу возникает в центре верхней части живота, а не вокруг пупка, как при аппендиците;
- при прободной язве боль в центре верхней части живота остается самой сильной, несмотря на распространение ее по всему животу, тогда как при аппендиците боль перемещается, и схваткообразная боль вокруг пупка уступает место резкой боли в правой подвздошной области;
- у больного с прободной язвой в анамнезе обычно имеется расстройство пищеварения, а аппендицит может возникать и без предшествующего расстройства пищеварения.

Лечение. Больного необходимо как можно быстрее доставить в больницу. Необходим строгий постельный режим. В первые сутки температуру, пульс и дыхание необходимо определять каждый час, в последующем каждые 4 ч. Перфоративное отверстие может само закрыться, если в первые сутки больной не принимает никакой пищи и напитков.

Давайте обезболивающее, но ни в коем случае **нельзя давать ацетилсалициловую кислоту**. Проводите лечение антибиотиками.

Если состояние больного улучшилось, через 24 ч можно начать давать ему небольшие порции молока или смеси равных объемов молока и воды. В первые 12 ч нужно давать по 15-30 мл жидкости каждый час. Если это не сопровождается усилением боли, количество жидкости затем можно удвоить. При хорошей переносимости молока можно давать его возрастающие количества и более часто. Пока больной находится на корабле, ему нельзя давать ничего, кроме молока и воды.

Перитонит

Перитонит — это воспаление тонкой оболочки (брюшины), которая покрывает кишечник и выстилает изнутри стенки живота. Перитонит может быть осложнением аппендицита, возникающим через 24-48 ч (с. 138), а также ряда других тяжелых состояний (например, прободной язвы желудка).

Неправильный Медведь

О возникновении перитонита следует подумать в случае ухудшения состояния больного, уже страдающего какой-либо тяжелой болезнью органов живота. О перитоните свидетельствует сильная боль по всему животу, которая усиливается при малейшем движении. Передняя брюшная стенка становится твердой, как доска, и крайне болезненной при ощупывании; для ослабления напряжения мышц живота больной непроизвольно подгибает колени. Возникает рвота, которая постепенно становится все более частой; без всякого усилия из желудка извергаются большие количества коричневой жидкости. Температура тела возрастает до 39°С и выше, пульс становится слабым и частым (110-120), частота его постепенно растет. Бледное встревоженное лицо больного, запавшие глаза и общая крайняя слабость свидетельствуют о его очень тяжелом состоянии. Появление икоты следует рассматривать как очень серьезный признак.

Перитонит — очень тяжелое осложнение, поэтому примите все меры к тому, чтобы как можно быстрее доставить больного в больницу. Тем временем:

Проводите противоинфекционную терапию. Проводите лечение антибиотиками и дайте 200 мг метронидазола (затем каждые 8 ч по 100 мг метронидазола).

Боритесь с обезвоживанием. Ведите учет принятой и выведенной из организма жидкости (с. 96). Если у больного сохраняется сильная жажда, можно разрешить ему пить воду мелкими глотками.

Делайте подробные записи в историю болезни. Каждый час отмечайте температуру, частоту пульса и дыхания, а также любые изменения состояния больного в лучшую или худшую сторону.

Плеврит

Плеврит представляет собой воспаление плевры, т. е. оболочки, которая выстилает изнутри грудную клетку и покрывает легкие. Плеврит зачастую бывает связан с бронхитом, воспалением легких и туберкулезом. Плеврит обычно начинается внезапно с кашля и сильной колющей боли в груди. Боль усиливается при кашле и дыхании и уменьшается при ограничении движения соответствующей половины грудной клетки. Всех больных с плевритом при первой же возможности нужно показать врачу.

Такую же боль могут вызывать опоясывающий лишай, перелом ребра, сильный ушиб и ревматизм мышц грудной клетки, однако при указанных состояниях отсутствуют другие признаки плеврита и больной в целом чувствует себя неплохо.

Плевральный выпот (скопление жидкости вокруг легкого)

У некоторых больных с плевритом в плевральной полости скапливается жидкость. Об этом осложнении следует подумать тогда, когда

Неофициальная версия

общее состояние больного не улучшается, но боль в груди ослабевает, а движения грудной клетки на пораженной стороне становятся меньше по сравнению со здоровой ее половиной.

Лечение. При воспалении легких следуйте указаниям, приведенным на с. 207. Уложите больного в постель. Если больному трудно дышать, придайте ему полусидящее или наклонное положение.

Плевродиния

Плевродиния – особая форма ревматизма, при которой поражаются межреберные мышцы. Единственным симптомом этого состояния является боль в соответствующих межреберьях. Боль носит постоянный характер, усиливаясь при глубоком дыхании, движениях туловища и нажатии. Плевродинию не следует путать с плевритом (с. 206) и опоясывающим лишаем (с. 190). Лечение: анальгетики, полезно местное тепло.

Пневмония долевая

Долевой пневмонией называют воспаление одной или нескольких долей легкого. Она может возникнуть всего за несколько часов у прежде здорового человека или же стать осложнением сильной простуды или бронхита.

Состояние пациента довольно тяжелое с самого начала болезни: наблюдаются лихорадка, приступы озноба, кашель и колющая боль в груди, усиливающаяся при дыхании и кашле. Дыхание вскоре становится частым и поверхностным, нередко возникает экспираторная одышка (затрудненный выдох). Частое поверхностное дыхание приводит к недостаточной оксигенации крови, которая проявляется синюшностью губ. В первый день болезни кашель сухой, но через день - два появляется густая вязкая мокрота, которая зачастую содержит примесь крови, придающей ей "ржавый" оттенок. Температура обычно достигает 39 - 40,5°С, пульс 110 - 130 ударов в минуту, а частота дыхания всегда составляет не менее 30, а иногда и выше.

Лечение. Постельный режим. Обычно больному легче всего дышится, когда он полулежит на подушках под углом 45°. Дайте больному плевательницу, отмечайте в истории болезни количество и внешний вид мокроты. Больному нужно побольше пить, так как он теряет много жидкости вследствие учащенного дыхания и потения. Кормить больного желательно пищей, которая ему нравится.

Проводите лечение антибиотиками. Для уменьшения боли можно принимать ацетилсалициловую кислоту или парацетамол.

После того как у больного уменьшится боль, ему нужно посоветовать дышать как можно глубже и не курить. Больные пневмонией должны оставаться в постели до тех пор, пока они не почувствуют себя

Неразрешенный перевод

достаточно хорошо, а температура тела, частота пульса и дыхания не нормализуются. Физическая активность и глубокое дыхание способствуют восстановлению нормальной функции легких..

Простуда

Симптомами простуды являются повышенная температура, насморк, красные, слезящиеся глаза, общее недомогание, боль в мышцах, озноб, а также нередко першение в горле и кашель. Простуда снижает сопротивляемость к другим болезням и способствует возникновению вторичных инфекций. Симптомы простуды могут быть ранним проявлением многих инфекционных болезней, и поэтому за больным следует внимательно наблюдать, чтобы своевременно обнаружить другие симптомы таких болезней. Септический фарингит тоже может начинаться как обычная простуда. Простуда может осложниться бронхитом, пневмонией и воспалением среднего уха.

Лечение

До появления признаков более тяжелой болезни простуду следует лечить симптоматически. Больной должен соблюдать постельный режим до нормализации температуры и выраженного улучшения самочувствия. Для уменьшения симптомов каждые 6 ч принимать по таблетке парацетамола. Можно использовать препараты для горячего питья с фруктовыми вкусами на основе парацетамола (колдрекс, ринзасип и т. п.), соблюдая дозировку, указанную на упаковке.

Антибиотики давать не нужно. Больной должен много пить (воду, чай, фруктовые соки). Сморкаться нужно осторожно, чтобы не загнать инфекцию в придаточные пазухи носа и среднее ухо. Через сутки после исчезновения симптомов можно встать с постели, но приступать к работе следует лишь через два-три дня. Такой режим способствует и уменьшению распространения инфекции среди членов команды.

Пневмоторакс

Пневмоторакс – это наличие воздуха в плевральной полости, которая представляет собой замкнутое пространство между двумя оболочками, покрывающими наружную поверхность легких (легочная плевра) и внутреннюю поверхность грудной клетки (пристеночная плевра). Обычно воздух попадает в плевральную полость в результате проникающего ранения грудной клетки (с. 38) или разрыва легкого. Пневмоторакс, не связанный с травмой, называется спонтанным. Иногда, но не всегда в момент проникновения воздуха в плевральную полость возникает непродолжительная острая боль, в дальнейшем больной испытывает неприятные ощущения в груди. Воздух, попавший в плевральную полость, сдавливает легкое, вследствие чего возникает одышка. Сте-

Неразрешенная версия

пень сжатия легкого и выраженность одышки зависят от количества воздуха в плевральной полости. Температура тела остается нормальной, но частота пульса и дыхания возрастает пропорционально тяжести одышки.

После устранения проникающей раны и заживления разрыва легкого воздух в плевральной полости постепенно рассасывается, и легкое расправляется.

После оказания неотложной помощи при пневмотораксе, связанном с травмой и принятия соответствующих мер при спонтанном пневмотораксе уложите больного в постель, придав ему полусидящее положение. В ближайшем порту больного необходимо показать врачу.

Подагра и подагрический артрит

Подагра обусловлена нарушением функции почек, которое проявляется ухудшением выведения из организма мочевой кислоты. Образующиеся из кислоты кристаллы откладываются в хрящах и связках, вызывая их воспаление.

Подагра нередко носит семейный характер, причем мужчины средних лет и старше болеют чаще женщин. Первый приступ обычно поражает большой палец ступни, последующие же приступы могут поражать локтевые, лучезапястные, голеностопные суставы, а также межфаланговые суставы пальцев рук и ног. Приступ зачастую возникает ночью, пораженный сустав внезапно опухает и становится очень болезненным, особенно при движении. Кожа над суставом становится ярко-красной и блестящей. Перед началом приступа и во время него больной бывает очень раздраженным и вспыльчивым. Температура тела может несколько повыситься, но общее состояние не нарушается. Приступ обычно длится 2-3 дня, после чего сустав приходит в норму.

Больному следует находиться в постели. Боль в суставе можно уменьшить местным применением как тепла, так и холода. Больной сустав нужно оградить от давления одеяла с помощью специальной подставки (см. с. 93). Алкоголь употреблять нельзя.

Для уменьшения боли можно принимать ацетилсалициловую кислоту или парацетамол.

(См. также раздел «Острый ревматизм», с. 215.)

Психические болезни

Во время болезни многие люди бывают в плохом настроении или испытывают раздражение, однако по мере выздоровления настроение улучшается и раздражение проходит. То состояние, которое мы можем назвать истинной психической болезнью, существует само по себе. У человека, страдающего такой болезнью, изменяется поведение, которое может быть лишь несколько необычным или же весьма странным и

Неразрешенная фотография

совершенно ненормальным. Важно понять, знает ли человек, страдающий психической болезнью, что он ведет себя необычно.

Одним из самых частых признаков психической болезни являются необычная подозрительность и раздражительность. Временами бывает очень трудно понять, является ли данный человек просто жалобщиком и нелюдимом или же он страдает психической болезнью. Проще дело обстоит в тех случаях, когда больной утверждает, что он слышит голоса, когда на самом деле вокруг него никого нет, или видит людей, которые давно умерли. Сложнее поставить диагноз тогда, когда человек рассказывает о вещах, которые могут иметь место, например, что его ущемляют в чем-либо, или он подвергается дискриминации.

Временами человек становится без всяких видимых причин необычно отрешенным и замкнутым. Он движется очень медленно или делает какие-то странные движения, кажется целиком поглощенным своими мыслями, не может выполнять данные ему распоряжения и не отвечает на вопросы. То, что он говорит, может не иметь никакого отношения к тому, что происходит вокруг него. Он может подолгу сидеть или лежать совершенно неподвижно, однако при этом он не находится в ступоре или коме. Иногда такой больной полностью отказывается от пищи. Поставить диагноз психической болезни может только специалист, во время же рейса нужно лишь понять, что человек психически болен, правильно себя вести в такой ситуации и при первой же возможности передать больного под наблюдение психиатра.

Как вести себя с психически больным человеком

Обращайтесь с таким человеком спокойно и в дружественной манере, принимая его таким, каким он есть, поскольку то, что он чувствует, для него является совершенно реальным. Постарайтесь наладить с ним дружеские отношения, обсуждая с ним его чувства и проблемы. Нужно, чтобы он поверил, что вы действительно стремитесь понять его. Не противоречьте больному и не спорьте с ним, как бы его высказывания ни раздражали вас, поскольку это может еще больше усилить его замкнутость или толкнуть его на агрессивные действия. Постарайтесь оказывать ему помощь в тех случаях, когда это, на ваш взгляд, необходимо. Попробуйте осторожно выяснить, возникало ли такое состояние у больного в прошлом. Тон вашей беседы должен быть спокойным, мягким и дружеским.

Наиболее часты три типа нарушения психики: тревога, депрессия и явное помешательство.

Тревога

Человек, испытывающий беспокойство и тревогу, обычно осознает состояние своей психики, но ничего не может поделать с ситуацией, которая вызывает тревогу. У таких лиц нередко нарушаются сон и аппе-

Ознакомительная версия

тит. Дав понять такому больному, что вы готовы разделить его трудности, вы можете оказать ему немалую помощь. Внимательно и доброжелательно выслушивайте все, что он вам говорит. Ваш здравый смысл и независимое мнение могут побудить его по-новому взглянуть на мучающие его проблемы.

Помните также, что у человека, находящегося в состоянии тревоги, может возникнуть депрессия, и внимательно наблюдайте за его состоянием, чтобы вовремя обнаружить такое развитие событий (см. ниже).

Лечение. Препаратом выбора для лечения человека, находящегося в состоянии тревоги, но без депрессии, является диазепам. Лечение следует начинать с трех таблеток в день (каждая таблетка по 5 мг). Если через 24 ч тревога сохраняется, давайте больному по 10 мг три раза в день. Дозу диазепама следует увеличивать или уменьшать в зависимости от эффекта приема конкретной дозы в течение 24 ч.

Для улучшения сна лицам, находящимся в состоянии тревоги, на ночь необходимо давать седативный препарат. Тем людям, у которых тревога выражена не очень сильно, нет явного беспокойства, которые имеют среднюю массу тела, за полчаса перед отходом ко сну нужно дать 5 мг (одну таблетку) диазепама. Тем, у кого сильно выражена тревога и беспокойство, а масса тела выше средней, следует дать 10 мг диазепама. После первой ночи дозу препарата нужно изменить в соответствии с эффектом, который дала предшествующая доза. Если человек спал хорошо или очень хорошо, дайте такую же или меньшую дозу. Если после приема 5 мг диазепама человек спал не очень хорошо, на следующую ночь дайте ему 10 мг лекарства.

Больного, который находится в состоянии тревоги и депрессии, необходимо лечить так, как описано ниже в разделе, посвященном депрессии.

Депрессия

Принято различать два вида депрессии. Первая имеет явную причину, например смерть близкого друга или родственника. Второй вид депрессии возникает без видимой причины.

При обоих видах депрессии симптомы одинаковы и колеблются от чувства жалости к себе до стремления к самоубийству. Между этими крайними полюсами могут существовать любые промежуточные формы. В один день человек может испытывать эмоциональный подъем, а на следующий - резкий упадок. Нарушается сон, человек просыпается рано утром и больше не может уснуть. Он выглядит замкнутым и даже угрюмым, замыкается в себе и разговаривает только, когда к нему обращаются. Он не может толком объяснить причину своего состояния, чувствует себя глубоко несчастным и просто хочет, чтобы его оставили в покое; оставшись один, он может подолгу плакать. Поста-

Неправильный перевод

райтесь осторожно выяснить, бывает ли с ним такое, поскольку это помогает установить глубину депрессии.

Тяжелая депрессия иногда переходит в ступор, который может быть симптомом других болезней. Больной может лежать в постели и ничего не делать по собственной воле, очень замедленно реагируя на просьбы и приказы. Будучи умственно заторможен, он может не ориентироваться во времени и пространстве. Лицо его становится похожим на маску, он не может думать ни о чем другом, кроме смерти.

Больной, находящийся в тяжелой депрессии, может попытаться совершить самоубийство. Важно своевременно распознавать таких больных и принимать меры предосторожности. Путем целенаправленного расспроса больного удается установить, возникают ли у него мысли о самоубийстве.

Алкоголь неблагоприятно сказывается на лечении, и поэтому прием алкогольных напитков должен быть категорически запрещен. В ближайшем порту проконсультируйте больного у врача.

Как обращаться с потенциальным самоубийцей

Человека, находящего в глубокой депрессии, рассказывающего о самоубийстве или угрожающего совершить самоубийство, ни на минуту нельзя оставлять одного. Сделать это не так-то просто. Такого человека необходимо поместить в каюту и постоянно держать под наблюдением. Палуба - опасное место, а близость борта может толкнуть на самоубийство. Больного нужно сопровождать повсюду, даже в туалет, дверь которого должна быть приоткрыта. Из каюты больного необходимо забрать все лекарства, а также веревки, ремни, пояса, острые и потенциально острые предметы, больной должен есть только ложкой. Подробности ухода за такими людьми описаны на с. 97.

Явное помешательство (острый психоз)

За человеком, у которого возникло явное помешательство, нужно очень внимательно наблюдать. В таких случаях всегда лучше считать, что поведение больного настолько непредсказуемо, что он в любой момент может совершить нападение или самоубийство, зачастую без малейшего повода или предупреждения. Больному с признаками помешательства необходимо сразу же дать хлорпромазин и наблюдать за его состоянием и поведением. Его повсюду должны сопровождать два человека. **Несоблюдение этих мер предосторожности может привести к самым печальным последствиям.**

Расстройства пищеварения

В норме в процессе пищеварения пища медленно продвигается по кишечнику и при этом происходит всасывание питательных веществ. При диарее (поносе) движение кишечника (перистальтика) ускоряется и

Неофициальный перевод

стул становится мягким или полужидким, в ряде случаев стул бывает водянистым, иногда пенистым и может иметь очень неприятный запах.

Существует множество причин диареи. Дизентерия, характеризующаяся схваткообразными болями в животе и частым стулом, содержащим кровь и слизь, представляет собой инфекционное заболевание с воспалением кишечника, особенно толстой кишки (см. стр. 118).

В большинстве случаев диареи кишечник не воспален. Потеря жидкости с обильным водянистым стулом может вызвать сильное обезвоживание организма; очень тяжелая диарея может привести к шоку, коллапсу и смерти вследствие потери воды и солей. Сильное обезвоживание может развиться очень быстро.

Пищевые отравления

См. также Сигуатера. Отравления могут вызвать продукты, содержащих ядовитые вещества, природные токсины или токсины, продуцируемые микроорганизмами (водорослями, плесневыми грибами, бактериями).

Вспышка пищевого отравления в короткое время распространяется среди тех, кто употреблял одну и ту же пищу. Чаще всего пищевые отравления бывают связаны с употреблением мясных блюд, птицы, майонеза и заправленных им салатов, риса, кондитерских изделий, кремов, мороженого и т. п. Первые симптомы могут появиться через 2-4 ч после употребления пищи, но иногда инкубационный период составляет 12-24 ч.

При появлении рвотных позывов стимулируйте рвоту, чтобы очистить желудок от остатков испорченной пищи. Приготовьте бледно-розовый раствор перманганата калия, обязательно перелив его после отстаивания в другую посуду, чтобы исключить любую возможность проглатывания нерастворившихся кристалликов, способных вызвать ожог слизистой желудка. Питье теплого раствора стимулирует рвоту и очищает желудок. После нескольких приступов рвоты состояние больного обычно улучшается и он оказывается в состоянии пить небольшими порциями раствор для регидратации (см. ниже), что исключительно важно.

Лечение диареи

Рекомендуется прием адсорбентов (активированный уголь, неоинтестопан, энтеросгель), при подозрении на инфекцию – по 1 таб. (100 мг) фуразолидона после еды, запивая большим количеством жидкости. При приеме фуразолидона недопустимо употреблять алкоголь. В легких случаях для уменьшения диареи можно принять 4 мг лоперамида (имодиум, лопедиум); при необходимости далее по 2 мг после повторного жидкого стула, но не более 16 мг в сутки.

Предварительный просмотр

В основе лечения сильной диареи должно лежать возмещение воды и солей, теряемых со стулом и рвотными массами. Смесь солей для пероральной регидратации выпускается в виде таблеток или порошка, расфасованного в пакеты из фольги. Раствор можно приготовить самостоятельно, для чего 8 чайных ложек сахара и 1 чайную ложку соли нужно растворить в 1 л воды. Сначала раствор пьют помногу, а затем малыми порциями: один стакан (200 мл) после каждой дефекации для восполнения продолжающейся потери воды и солей.

Когда больной почувствует голод, ему нужно дать жидкую пищу, например безалкогольные напитки и подсоленные бульоны. Острая и жирная пища противопоказана. При появлении крови в рвотных массах или стуле, возникновении признаков обезвоживания (особенно в случае суточного похудания на 2 кг и более) или уменьшении количества мочи (менее 500 мл в сутки) срочно проконсультируйтесь с врачом.

В легких случаях нужно лишь побольше пить и на некоторое время отказаться от острой пищи. В качестве питья нужно давать солевой раствор для пероральной регидратации, смешанный с фруктовым соком. После прекращения диареи можно постепенно вернуться к употреблению обычной пищи. В тяжелых случаях с высокой температурой (39-40°С) проводится лечение антибиотиками.

В случае острой диареи следует иметь в виду, что у больного может быть дизентерия, брюшной тиф, холера или малярия, и проводить соответствующее лечение.

Каждый случай диареи необходимо рассматривать как инфекционное заболевание. Если состояние больного не улучшается через 48 ч и если диарея одновременно возникает у многих членов команды, посоветуйтесь с врачом по радио.

Расстройство пищеварения

Этим термином обозначают такие состояния, при которых пища не подвергается обычным изменениям в пищеварительном тракте. Расстройство пищеварения не болезнь, а симптом. Иногда оно длится недолго и проходит бесследно, например, при переедании, однако хроническое расстройство пищеварения может быть признаком таких тяжелых болезней, как рак или язва.

К признакам расстройства пищеварения относятся неприятные ощущения после еды, чувство полноты в верхней части живота, вздутие живота, отрыжка, метеоризм, изжога, боль за грудиной, тошнота, головная боль, неприятный запах изо рта, обложенный язык, запор и плохой сон.

При легком расстройстве пищеварения необходимо пить суспензию гидроксида алюминия и гидроксида магния (по 15 мл каждый час) до полного исчезновения симптомов. Если больной испытывает очень сильные неприятные ощущения в животе, но рвоты у него нет,

Репозиторий ВГАВМ

следует искусственно вызвать рвоту. Для этого больной должен засунуть в глотку два пальца или выпить сразу 3-4 стакана теплой подсоленной (чайная ложка соли на стакан) воды. При наличии сильной боли к верхней части живота нужно приложить теплую грелку.

При хроническом расстройстве пищеварения выбор продуктов питания нужно максимально ограничить, больной должен есть только ту пищу, прием которой сопровождается наименьшими неприятными ощущениями. Больному необходимо порекомендовать есть медленно, тщательно пережевывая пищу. Он должен следить за регулярностью стула. Важно выяснить причину расстройства пищеварения, поскольку оно может быть признаком очень тяжелой болезни. В ближайшем порту больной должен обратиться к врачу.

Восстановление кишечной флоры

На стадии выздоровления, особенно после лечения антибиотиками, рекомендуется прием энтеробиотиков (бифидумбактерин, бактисубтил, линекс).

Ревматизм

Острый ревматизм (ревматическая лихорадка)

Ревматизм – острое лихорадочное заболевание, которое поражает молодых людей и не имеет ничего общего с ревматизмом в простонародном смысле этого слова (см. ниже раздел "Мышечный ревматизм"). Ревматическая лихорадка начинается довольно остро, однако ей нередко предшествуют ангина и общее недомогание. Температура быстро поднимается до 39 или 40°С, и возникает воспаление одного или нескольких суставов (они припухают, краснеют, становятся горячими и болезненными, особенно при движении). Чаще всего поражаются коленные, голеностопные, плечевые и лучезапястные суставы, но воспаление никогда не охватывает все суставы сразу. На протяжении 2-6 недель оно возникает то в одном, то в другом суставе. Наблюдаются обильное потоотделение и высокая температура.

При более легкой форме ревматической лихорадки общие симптомы и лихорадка менее выражены. Самый важный аспект ревматической лихорадки состоит в том, что очень часто наряду с суставами поражается сердце, в результате чего позднее может возникнуть клапанный порок сердца.

Основная цель лечения состоит в предотвращении стойких поражений сердца, для чего больной должен постоянно находиться в постели и соблюдать абсолютный покой. Больному категорически запрещается вставать с постели. Больной должен принимать пищу в постели, пользоваться мочеприемником и подкладным судном. Больной должен побольше пить (воду, фруктовые соки, молоко). На пора-

Неверенный Ревматизм

женные суставы рекомендуется накладывать сухой ватный компресс. Ацетилсалициловая кислота в достаточных количествах оказывает специфическое противоревматическое действие. Каждые три часа днем и ночью больной должен принимать по 600 мг этого лекарства до тех пор, пока он не будет доставлен в стационар; эвакуацию необходимо осуществить как можно быстрее.

Для улучшения сна и уменьшения возбуждения рекомендуется принимать по 5 мг диазепама каждые 4 или 6 ч в зависимости от реакции на это лекарство.

Мышечный ревматизм (фиброзит)

Мышечный ревматизм - простонародное название, используемое для описания болей в мягких тканях туловища и конечностей. Обычно в пораженном участке тела возникает мышечная скованность и появляются локальные болезненные очаги (узелки). Общее состояние больного остается удовлетворительным.

Приступ зачастую возникает после большой физической нагрузки и может варьироваться от легкой болезненности до очень сильной боли. Обычно такие боли возникают в области плеча и шеи или же в области поясницы и ягодиц.

Лечение

При выраженном дискомфорте прежде всего необходимо дать покой пораженному участку тела. Для уменьшения боли рекомендуется 3 раза в день принимать по 2 таблетки ацетилсалициловой кислоты или парацетамола.

Пораженный участок нужно тепло укутать, хорошо помогает также местное применение тепла и легкий массаж, особенно после горячей ванны. К обычной физической активности следует переходить сразу же после исчезновения острых симптомов.

Хронический ревматизм (остеохондроз)

Этот термин нередко используют для описания скованности и боли в суставе и окружающих его мышцах, вызванных дегенеративными изменениями в суставе. Это самая частая форма артроза у лиц среднего и старшего возраста.

Чаще всего поражаются испытывающие большую нагрузку тазобедренные и коленные суставы, а также поясничный отдел позвоночника. В одном или нескольких суставах возникают постепенно усиливающиеся боли и скованность, сопровождающиеся некоторым ограничением подвижности. Симптомы зачастую усиливаются после физического покоя. Несмотря на постепенное начало болезни, бывают периоды обострения, во время которых симптомы напоминают мышечный ревматизм. В такие периоды необходим полный покой для пора-

Новая Вершина

женных суставов. Местное тепло и прием ацетилсалициловой кислоты или парацетамола приносят облегчение. (См. также раздел "Плевродиния". с. 207).

Сахарный диабет

При сахарном диабете нарушается способность организма использовать и хранить запас сахара, образующийся из углеводов, которые содержатся в обычной пище. Излишек сахара остается в крови и выводится с мочой, увлекая за собой воду. Потеря сахара и воды из организма вызывает повышенный аппетит и жажду.

Поджелудочная железа больного сахарным диабетом вырабатывает мало инсулина (гормона, регулирующего уровень сахара в крови). Нормализовать метаболизм (обмен) сахара можно путем изменения диеты и/или введения дополнительного количества инсулина. Определение в моче сахара (глюкозы) помогает подобрать нужную диету и установить количество инсулина, которое необходимо вводить больному.

Сахарный диабет характеризуется похуданием, слабостью, повышенной жаждой и частым испусканием большого количества мочи.

У молодых людей сахарный диабет протекает более тяжело и может принять форму быстро развивающейся острой болезни. У пожилых лиц, особенно тучных, болезнь развивается постепенно и иногда проявляется лишь повышенной жаждой и учащенным мочеиспусканием. В обеих возрастных группах одним из проявлений сахарного диабета может быть частое возникновение фурункулов и карбункулов. Инфекции могут приводить к обострению сахарного диабета.

Лечение. Из рациона больного необходимо полностью исключить блюда, содержащие крахмал и сахар. Это обычно позволяет избежать таких осложнений, как диабетическая кома (см. ниже), до того, пока врач не поставит окончательный диагноз и не назначит соответствующее лечение.

У больного сахарным диабетом могут возникнуть два вида комы: диабетическая и гипогликемическая (инсулиновая). Диабетическая кома может быть первым проявлением сахарного диабета у молодого человека с острой формой болезни или возникнуть у больного, давно страдающего сахарным диабетом, в случае, когда уровень инсулина слишком низок, а уровень сахара в крови слишком высок.

Гипогликемическая кома возникает у человека, давно страдающего сахарным диабетом, в том случае, когда он принял слишком много инсулина и не смог вовремя поесть, что приводит к резкому снижению уровня сахара в крови.

Сравнительные признаки диабетической и гипогликемической комы приведены в таблице 4.

Незаменимый справочник

В том случае, когда больной без сознания, находящиеся при нем вещи могут стать ключом к постановке диагноза. Больной диабетом, принимающий инсулин или какое-либо иное противодиабетическое лекарство, нередко носит с собой запас сахара или других сладостей. При нем может быть специальная карточка, браслет или медальон с указанием того, что он страдает сахарным диабетом. Лечение должно быть таким же, как при потере сознания.

Если у больного возникает кома, но он не теряет сознания и вы предполагаете, что его состояние вызвано нехваткой инсулина, спросите, есть ли у него инсулин, и введите ему столько, сколько он скажет. Если у него нет инсулина, уложите его в постель и посоветуйтесь с врачом по радио.

Если состояние больного вызвано избытком инсулина и он сохраняет сознание, немедленно разведите в теплой воде 4 кусочка или две полные чайные ложки сахара, дайте выпить этот раствор больному и продолжайте внимательно следить за его состоянием.

Если вы затрудняетесь отличить диабетическую кому от гипогликемической, дайте находящемуся в сознании больному сахар, это не причинит вреда, даже если у него диабетическая кома.

Таблица 4. ОПризнаки диабетической и гипогликемической комы

Признаки комы	Диабетическая (высокий уровень сахара)	Гипогликемическая (низкий уровень сахара)
Начало	Постепенное	Внезапное
Температура	Вначале снижена	Нормальная
Пульс	Частый, слабый	Нормальный
Дыхание	Редкое, глубокий шумный вдох и сильный выдох	Обычное
Кожа	Бледная, сухая	Влажная
Запах ацетона	Есть	Нет
Язык	Сухой	Влажный
Обезвоживание	Есть	Нет
Состояние психики	Нарушений нет	Спутанность, иногда судороги
Рвота	Обычно имеет место	Редко

Информационный вариант

Примечание. Существуют формы инсулина, которые отличаются друг от друга активностью и продолжительностью действия, но все эти формы вводят путем инъекции. Существуют и другие противодиабетические лекарства в виде таблеток. Прежде чем ввести больному инсулин или дать ему другое лекарство, прочтите инструкцию на упаковке.

Сигуатера и отравления моллюсками

Это отравления токсинами, накапливающимися в рифовых рыбах (губанах, барракудах, рифовых окунях и др.) (сигуатера) и морских моллюсках. Через 1 ч — сутки после еды появляется зуд во рту, который сменяется онемением. Присоединяются тошнота, металлический привкус во рту, рвота, боли в животе, понос. Возникает головная боль, слабость, тяжесть и боли в мышцах и суставах. Меняется кожная чувствительность: холодное кажется горячим и наоборот. Может подняться температура.

В тяжелых случаях нарушается зрение. появляются расстройства координации движений, параличи, судороги, что может стать причиной смерти.

Лечение: промывание желудка, прием сорбентов (активированный уголь), обильное питье. Специфического лечения не существует. При благоприятном исходе выздоровление может длиться месяц и более.

Паралитическое отравление моллюсками (PSP)

PSP, а также нейротоксические и другие отравления происходят при употреблении в пищу мидий, устриц, гребешков и других моллюсков. Симптомы появляются в течение 10-30 мин. и включают жжение или онемение губ, полости рта, а затем и конечностей, тошноту, рвоту, диарею. Речь становится невнятной, дыхание затрудняется. Возможен смертельный исход. Лечение состоит в поддержании жизненных функций, специфического лечения не существует.

Синусит

Синусит – это воспаление придаточных пазух (синусов) носа. Эти пазухи сообщаются с полостью носа через небольшие отверстия. Воспаление чаще всего возникает в самых больших синусах, расположенных в верхней челюсти и называемых верхнечелюстными или гайморовыми, и в лобной кости и называемых лобными синусами (см. рис. 85).

Обычно синусит начинается остро, часто во время простуды или после нее. В результате воспаления и отека отверстия, соединяющие синусы с полостью носа, закрываются, и в синусе скапливается гной, вызывающий местное напряжение, боль и лихорадку. Симптомы сину-

Ознакомительный фрагмент

сита нередко наиболее выражены утром и постепенно уменьшаются в течение дня.

Верхнечелюстной синусит (гайморит)

Боль ощущается в области скуловой кости и усиливается при нажатии на нее или при постукивании. Обычно боль усиливается при наклоне вперед. Из носа нередко выделяется неприятно пахнущая густая жидкость. Иногда краснеет глаз на пораженной стороне.



Рис. 87: Придаточные пазухи носа.

Лобный синусит (фронтит)

Боль ощущается вокруг костного края, находящегося под бровью, нажатие на надбровие и иногда на внутренний угол глазницы вызывает боль. Время от времени из носа выделяется гной. Обычно температура увеличивается и возникает общее недомогание. Иногда краснеет глаз на пораженной стороне.

Лечение

Больного следует уложить в постель, где он должен находиться до нормализации температуры и еще в течение одних суток. Ему нужно посоветовать не сморкаться, а просто вытирать нос, поскольку сморкание вызывает боль и может привести к распространению инфекции.

Горячие влажные компрессы и грелка с горячей водой, прикладываемые ко лбу, носу и щекам, помогают уменьшить неприятные ощущения и боль. Для уменьшения боли можно принимать анальгетики.

Теносиновит запястья

Это состояние возникает в тех случаях, когда длительные повторные движения запястья вызывают воспаление сухожильных влагалищ. Воспаление нередко возникает при длительном потрошении рыбы. Движение кисти в запястных суставах (характерное для потрошения рыбы) вызывает местную боль и ощущение скрипа. Этот скрип можно почувствовать при обследовании больного, для чего нужно положить свою ладонь на болезненное место и попросить пациента сделать соответствующие движения.

Лечение. Единственным эффективным лечением является покой для запястья на 8-10 дней. Для этого руку следует иммобилизовать на косынке или же наложить лейкопластырь от середины кисти примерно до локтя.

Незавершенная Версия

Укусы и ужаления

Укусы животных

В результате укусов животных возникают как поверхностные, так и глубокие раны. В таких ранах может возникнуть бактериальная инфекция, в том числе столбняк, они могут также стать входными воротами для вируса бешенства.

Все раны, вызванные укусами животных, необходимо тщательно промыть водой с мылом (но не тереть) и затем обработать 1 % раствором хлоргексидина. Перед обработкой раствором хлоргексидина нужно смыть все следы мыла. После этого на рану накладывают повязку. Следует убедиться в том, что больной вовремя иммунизирован против столбняка (при укусе человеком опасности столбняка нет). Если через час или позже в ране появляется дергающая боль, проводите лечение антибиотиками (с. 272). См. также о бешенстве (с. 112).

Укусы крыс

Человека, которого укусила крыса, необходимо лечить антибиотиками (с.272). Рану следует промыть водой с мылом и наложить стерильную повязку.

Укусы змей

Многие змеи безвредны, однако существует три типа ядовитых змей:

- кобры, мамбы, африканские ошейниковые кобры, и т. п.,
- гадюки, гюрзы,
- очень ядовитые морские змеи в Тихом и Индийском океанах.

Непотревоженные змеи редко нападают на человека. Даже если змея и нападает, обувь чаще всего защищает человека от укуса.

Обычно вокруг укуса возникают боль и отек, исключение составляют укусы морских змей, при которых не бывает местной реакции, но зато возникают генерализованные мышечные боли.

При попадании в организм большого количества яда возникает шок (с. 26), проявляющийся учащенным сердцебиением, одышкой, коллапсом и иногда судорогами. Может нарушиться свертывание крови. Эти симптомы обычно появляются в интервале от 15 мин до 1 ч после укуса.

У укушенного сразу же возникает страх внезапной смерти, однако на самом деле смертельные случаи редки. **Поэтому очень важно как можно быстрее успокоить пострадавшего.** Для уменьшения боли он может принять таблетку ацетилсалициловой кислоты.

При возникновении рвоты примите меры к тому, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути, и, если необходимо, придайте пострадавшему удобное положение.

Неавторизованный перевод

Если укусившую змею удалось убить, с помощью палки положите ее в мешок и сохраните для последующей идентификации. Не пытайтесь найти и убить змею, так как это может привести к дальнейшим укусам. Не трогайте мертвую змею, она может укусить рефлекторно еще в течение примерно часа после смерти. Если укус произошел на берегу или в порту, **немедленно доставьте пострадавшего в больницу.** В других случаях обратитесь к врачу по радио, описав по возможности внешний вид змеи и характер укуса.

При укусе в руку или ногу лучше всего сразу промыть место укуса водой с мылом, наложить стерильную повязку и не туго перебинтовать конечность выше места укуса широким эластичным бинтом (см. замечания, касающиеся наложения жгута, с. 24). Можно также с помощью этих же средств иммобилизовать всю конечность. Нужно как можно меньше двигать пострадавшей конечностью, так как движения усиливают распространение яда.

Отсасывать яд из раны обычно не рекомендуют из-за опасности усиления кровотечения, внесения инфекции и отравления человека, который отсасывает яд. Однако интенсивное и частое отсасывание может оказаться полезным при укусах в лицо и такие участки тела, которые невозможно иммобилизовать. Человек, отсасывающий яд, должен все время его выплевывать. В случае попадания яда в глаз его следует тщательно промыть водой.

Медузы

Не следует купаться там, где обитают медузы. При прикосновении человека к медузе в него могут попасть так называемые стрекательные клетки. Пораженный участок кожи рекомендуется обработать спиртом, который убивает эти клетки. После нужно удалить с кожи остатки щупалец и слизь. **Не растирайте ужаленное место мокрой рукой или мокрой тканью,** так как это может лишь усугубить дело.

В тяжелых случаях при возникновении коллапса необходимо делать искусственное дыхание и непрямой массаж сердца (см. с. 13).

Ядовитые рыбы

Такие рыбы обитают в большей части тропических морей, главным образом вокруг островов Тихого и Индийского океанов. Они имеют длинные шипы, которые покрыты тканями, вырабатывающими яд. При уколе такими шипами возникает сильная, зачастую мучительная местная боль.

По возможности погрузите пораженную часть тела в самую горячую воду, какую только может вытерпеть пострадавший. Боль стихнет через несколько секунд. Быстро выньте конечность из воды во избежание ожога. При возобновлении боли (обычно минут через 30) вновь погрузите конечность в горячую воду. Если пораженный участок тела

Неофициальная версия

невозможно погрузить в воду (лицо или туловище), место укуса следует инфильтрировать лидокаином по описанному ниже способу.

Наберите в шприц 1 % раствор лидокаина гидрохлорида. Простерилизуйте кожу спиртом и введите иглу непосредственно под кожу. Введите такое количество лидокаина, чтобы кожа приподнялась в виде небольшого бугорка. Подождите несколько минут, пока лидокаин не окажет анестезирующее действие. Нагните шприц так, чтобы игла находилась непосредственно под кожей, проведите ее вперед и введите еще небольшую порцию лидокаина. Отведите иглу назад, поверните шприц примерно на 60°, проведите иглу вперед и снова сделайте небольшую инъекцию. Повторяя этот процесс, можно обезболить участок диаметром 3-4 см.

Морские ежи

Шипы морских ежей могут вызвать весьма болезненные травмы. Это особенно справедливо в отношении морского ежа, обитающего в Средиземном море, у берегов Франции, Испании и у южного побережья Англии. Черное тело этого морского ежа диаметром 30 мм и более покрыто острыми шипами длиной около 25 мм. При соприкосновении ежа с телом человека фрагменты шипов застревают в коже или под нею. Их нужно удалить, предварительно сделав в случае необходимости местную анестезию 1 % раствором лидокаина. После введения лидокаина выждите не менее 5 мин, прежде чем приступать к разрезанию кожи. Старайтесь использовать минимальное количество лидокаина для получения максимального эффекта. После удаления шипов обработайте кожу 1% раствором хлоргексидина и наложите сухую повязку. Если часть шипа осталась в коже, направьте пострадавшего к врачу в ближайшем порту.

Скорпионы, многоножки и пауки

Самыми распространенными и часто основными последствиями укусов этих насекомых являются местная боль и страх. Однако укусы некоторых видов очень болезненны, особенно для детей. В таких случаях наложите жгут выше места укуса и в течение 5 мин интенсивно отсасывайте содержимое ранки, все время сплевывая его. Хорошо промойте ранку мыльной водой и наложите сухую повязку. Если сильная боль сохраняется и после отсасывания, инфильтрируйте зону укуса лидокаином.

Ужаления пчелами, осами, шершнями и муравьями

Ужаления этими насекомыми болезненны и могут вызывать сильный отек. Укус в горло может привести к нарушению проходимости воздушных путей. Если судно находится в порту, то при сильном отеке и нарушении дыхания больного необходимо доставить в больницу.

Неофициальный перевод

Если жало находится в коже, постарайтесь удалить его. В том случае, когда часть жала возвышается над поверхностью кожи, попытайтесь выдавить оставшийся яд, проводя ногтем большого пальца вдоль жала от основания к верхушке. Разведите в стакане воды чайную ложку питьевой соды и обработайте этим раствором ужаленное место. Человеку, которого ужалили в рот или в горло, нужно дать выпить раствор соды и пососать кусочек льда. Некоторые лица очень чувствительны к ужалениям насекомых. В таких случаях очень быстро могут возникнуть аллергические реакции, включая коллапс (см. раздел "Анафилактический шок", с. 137).

Клещи

Клещи встречаются в лесной зоне на всей территории России. Есть клещи и в странах Европы (Прибалтика, Финляндия, Скандинавия, Германия, Польша и др.). Клещи обитают в траве и невысоких кустах. Укус клеща незаметен и обычно обнаруживается не сразу, а когда клещ раздувается от выпитой крови. Удаляют клеща, зажав как можно ближе к хоботку пинцетом или хирургическим зажимом, вытягивая и одновременно поворачивая. Имеются в продаже и специальные инструменты в виде двузубой вилочки. Можно воспользоваться петлей из толстой нитки, захватив ей клеща у самой кожи, пошатывая и вытягивая. После удаления место укуса смазать йодом. Если в ранке осталась голова с хоботком, торчащий хоботок можно удалить, зажав пинцетом и выкрутив. Если удалить хоботок не удается, возникает небольшой гнойничок, как от занозы, и через некоторое время хоботок выходит.

Укус клеща опасен возможностью заражения энцефалитом и рядом других заболеваний. При посещении лесов в эндемичных по клещевому энцефалиту регионах (Сибирь) желательно сделать прививку. В средней России и Европе гораздо чаще клещи заражены боррелиозом (болезнь Лайма), поэтому в случае укуса клеща сразу же пройдите профилактический курс приема антибиотика доксициклина, эффективного против возбудителей этого заболевания. Характерным симптомом заражения боррелиозом является обширное покраснение, развивающееся через несколько дней после укуса и расширяющееся в стороны. Боррелиоз – тяжелое хроническое заболевание, при подозрении на заражение необходимо обратиться за медицинской помощью.

Ушные болезни

Строение уха

Ухо – орган слуха и равновесия. Он состоит из трех частей: наружного уха, среднего уха и внутреннего уха. Наружное ухо включает ушную раковину и наружный слуховой проход. Стенки прохода выстланы волосами и содержат железы, которые секретируют ушную серу; проход имеет длину около 2,5 см и ведет в среднее ухо.

Неофициальная версия

Барабанная перепонка отделяет наружный слуховой проход от среднего уха. Находящиеся в среднем ухе три крохотные слуховые косточки передают звуковые колебания от барабанной перепонки к внутреннему уху..Барабанная перепонка и косточки настолько чувствительны, что сильные колебания воздуха, возникающие, например, при взрыве или выстреле из орудия, могут их повредить.

Среднее ухо соединено с верхней частью глотки слуховой трубой, через которую в него попадает воздух. Благодаря наличию слуховой грубы давление воздуха в среднем ухе равно давлению воздуха в наружном слуховой проходе. Через слуховую трубу в среднее ухо может проникать инфекция из носа и глотки, чему способствует энергичное высмаркивание. Попадание инфекции в среднее ухо может вызвать абсцесс и гнойный средний отит. Иногда инфекция из среднего уха распространяется на сосцевидный отросток височной кости, в результате чего возникает мастоидит. Следствием этого может стать абсцесс головного мозга или стойкая глухота.

Сосцевидный отросток – крупный закругленный костный выступ, расположенный за ушной раковиной. Он содержит множество крошечных полостей, напоминающих пчелиные соты. Иногда возникает воспаление сосцевидного отростка в результате попадания в него инфекции из среднего уха.

Внутреннее ухо состоит из костного лабиринта и перепончатого лабиринта. Костный лабиринт в свою очередь состоит из нескольких полостей: преддверия, трех полукружных каналов и улитки. Перепончатый лабиринт расположен внутри костного и имеет почти такую же форму. Улитка передает слуховые импульсы на слуховой нерв. Полукружные каналы обспечивают поддержание равновесия тела. Они заполнены жидкостью, и каждое движение головы вызывает соответствующее перемещение жидкости в трех каналах. При движении жидкости возникают нервные импульсы, благодаря которым человек поддерживает равновесие тела. У некоторых людей при полете на самолетах или во время плавания на судне возникают головокружение и тошнота. Это состояние называется морской болезнью.

Исследование уха

Сравните внешний вид обоих ушей. Обратите внимание на то, нет ли покраснения и отека ушной раковины и окружающих тканей, а также выделений из наружного слухового прохода. Постарайтесь нащупать увеличенные и болезненные лимфатические узлы вокруг пораженного уха и сравните их с лимфатическими узлами вокруг второго уха (с. 168).

При хорошем освещении слегка оттяните ушную раковину назад и вверх, при этом наружный слуховой проход выпрямится, и его удается лучше осмотреть.

Репозиторий ГомГМУ

Сильно надавите на оба сосцевидных отростка. Болезненность одного из них может быть признаком инфекции среднего уха или мастоидита.

Выясните у больного продолжительность, силу и характер боли в ухе. Проверьте, не снизился ли у больного слух, не появился ли шум в ушах и не нарушилось ли чувство равновесия.

Боль в ухе

Боль в ухе может быть вызвана следующими причинами: инфекцией среднего уха; воспалением, абсцессом или фурункулом наружного слухового прохода; воспалением слуховой трубы; болезнями зубов; эпидемическим паротитом; воспалением сосцевидного отростка или других соседних структур.

Боль в ухе и чувство распирания нередко возникают при рините и инфекциях верхних дыхательных путей. Острая инфекция среднего уха вызывает сильную боль и обычно приводит к образованию абсцесса.

Ушная сера

Скопление ушной серы обычно вызывает лишь небольшой дискомфорт в наружном слуховом проходе, но если уплотненная сера находится рядом с барабанной перепонкой, то при глотании и высмаркивании может возникать боль. Наличие в наружном слуховом проходе большого количества серы приводит к снижению слуха, особенно в случае попадания в проход воды. Во время осмотра при хорошем освещении у входа в наружный слуховой проход нередко можно увидеть серную пробку.

Ни в коем случае нельзя пытаться выковыривать пробку из наружного слухового прохода.

Уложите больного так, чтобы ухо, в котором находится пробка, смотрело вверх. Закапайте в ухо слегка подогретое растительное масло, попросите больного не двигаться минут пять и затем вытрите масло, которое вытечет из уха после того, как больной встанет на ноги.

Повторяйте эту процедуру два раза в день в течение трех дней. Ватную пробку в ухо вставлять не следует.

Если симптомы не уменьшаются, в ближайшем порту больной должен обратиться в медицинское учреждение для промывания уха.

Инфекция наружного уха (наружный отит)

Эта инфекция часто возникает в жаркую погоду или после плавания, особенно в тропиках и субтропиках. Инфекция нередко поражает оба уха. тогда как фурункулы и инфекция среднего уха чаше всего бывают односторонними. Для наружного отита боль нехарактерна, но больной может испытывать дискомфорт и зуд, могут иметь место выделения из наружного слухового прохода. Кожа прохода слегка кровоточит и выглядит красной и блестящей.

Неавторизованная копия

Наружный слуховой проход нужно осторожно высушить ватными тампонами. Иногда это лучше удается самому больному. Затем в проход закапывают несколько капель раствора ацетата алюминия. Через пять минут ухо высушивают, больной поворачивается на другую сторону, закапывают капли во второе ухо. Повторяйте эту процедуру каждые 2 ч до полного прекращения выделения из уха. Если в течение 2 дней состояние больного не улучшается, следует перейти к закапыванию тетрациклиновых капель (3-4 капли, 3 раза в день) до тех пор, пока больной не попадет на прием к врачу.

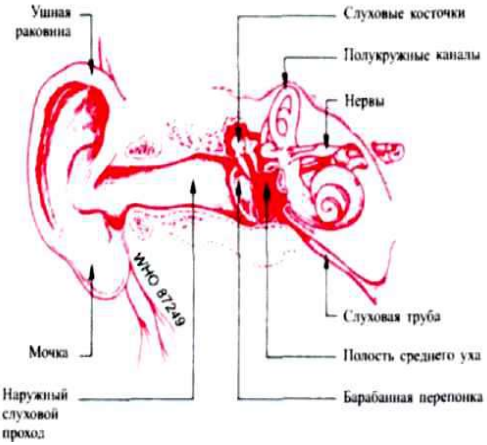


Рис. 88: Ухо человека.

До тех пор пока больного не осмотрит врач, или в течение 2 нед после исчезновения всех симптомов больной должен воздерживаться от плавания и избегать попадания воды в уши во время умывания. Ни в коем случае нельзя вставлять в уши ватные пробки или иные предметы.

Фурункул наружного слухового прохода

Фурункул, возникший в наружном слуховом проходе, вызывает дергающую боль, сила которой увеличивается день ото дня. Разрыв фурункула сопровождается внезапным усилением боли, вслед за которой из уха вытекает небольшое количество гноя с примесью крови, и боль становится гораздо слабее. Если ушную раковину слегка оттянуть назад и вверх, то нередко удается увидеть фурункул в наружном слуховом проходе. Оттягивание ушной раковины в этом направлении обычно вызывает усиление боли, что и служит подтверждением диагноза. Воспаление среднего уха сопровождается такой же болью, но при этом оттягивание ушной раковины не вызывает усиления боли.

Наружный слуховой проход на стороне поражения может быть сужен по сравнению с нормальным и гиперемирован. Лимфатические узлы, дренирующие пораженное ухо, припухают и становятся болезненными.

Каждые 2 ч закапывайте в ухо раствор ацетата алюминия до тех пор, пока боль не исчезнет. В случае разрыва фурункула очистите слуховой проход и в дальнейшем следите за тем, чтобы в нем не скапливался гной.

Неофициальный перевод

Инфекция среднего уха (средний отит)

При инфекциях носа и глотки патогенные микроорганизмы через слуховую трубу могут попадать в среднее ухо (рис. 74).

В случае нарушения дренажа среднего уха через слуховую трубу давление в нем возрастает. Инфицированные секреты прорываются через барабанную перепонку, которая при этом разрывается.

Вначале у больного возникает глубокая боль в ухе, которая носит пульсирующий ноющий характер и похожа на зубную боль, несколько снижается слух, и может появиться шум в ушах. Общее состояние больного заметно ухудшается, температура тела повышается. По мере увеличения давления в среднем ухе боль усиливается, пока не произойдет разрыв барабанной перепонки. Выделение гноя через разорвавшуюся барабанную перепонку сопровождается уменьшением боли и снижением температуры. Околоушные лимфатические железы не опухают. Сильное нажатие на сосцевидный отросток может вызвать боль. При раннем применении эффективных антибиотиков течение среднего отита может изменяться.

Больного нужно уложить в постель и каждые 4 ч измерять температуру, частоту пульса и дыхания. Каждые 4 ч больной должен принимать по 2 таблетки ацетилсалициловой кислоты до полного исчезновения боли. Определенное облегчение приносит закапывание в ухо теплого оливкового масла.

Если вы даже только предполагаете, что у больного имеет место средний отит, для предотвращения разрыва барабанной перепонки необходимо как можно скорее начать лечение антибиотиками.

Когда лечение антибиотиками оказывается успешным, воспаление прекращается, боль исчезает, температура тела нормализуется и целостность барабанной перепонки не нарушается.

Если разрыв барабанной перепонки все же произошел, следует каждые 2 ч высушивать наружный слуховой проход. Разрыв барабанной перепонки вовсе не означает, что антибиотик не дал эффекта. Необходимо довести до конца 5-дневный курс лечения.

Когда состояние больного улучшится и температура нормализуется, можно будет разрешить ему вставать с постели, но при этом нужно следить за тем, чтобы ухо было чистым и сухим. В ближайшем порту больной обязательно должен показаться врачу; не рекомендуется плавать и летать самолетами, пока этого не разрешит врач.

Инфекция сосцевидного отростка

Инфекция среднего уха иногда распространяется на сосцевидный отросток. Это может случиться в любой момент длительного среднего отита, когда разрыв барабанной перепонки и истечение из уха гноя сохраняются в течение долгих месяцев и даже лет. При острых инфекциях среднего уха подозрение на мастоидит должно возникнуть в тех

случаях, когда плохое самочувствие, боль в ухе и выделения из уха сохраняются в течение 10-14 дней. Нажатие на сосцевидный отросток вызывает сильную боль, даже несмотря на проведение полного курса лечения антибиотиком. Мастоидит – серьезное осложнение, требующее лечения в специализированном медицинском учреждении на берегу.

Фурункулы, абсцессы и карбункулы

Фурункулы

Фурункул – острое гнойное воспаление, которое начинается у корня волоса. Он выглядит как плотное, приподнятое красное болезненное образование, которое постепенно увеличивается в размерах. Иногда он через два – три дня исчезает, но чаще верхушка его размягчается и образуется желтая головка. Через некоторое время верхушка вскрывается и гной вытекает наружу, после чего фурункул постепенно исчезает. Обычно фурункул не вызывает повышения температуры тела, но может стать причиной лимфангита (с. 169).

Карбункулы

Карбункул представляет собой группу близко расположенных мелких фурункулов. Карбункул вызывает сильный отек и очень болезнен. Температура тела может повыситься до 38°С, и больной чувствует общее недомогание.

Абсцессы

Абсцесс представляет собой полость, заполненную гноем, вокруг которой возникает сильный отек, и сопровождается сильной дергающей болью. Сначала кожа над абсцессом краснеет, становится горячей на ощупь, плотной и очень болезненной, а через день-два она растягивается под действием скопившегося гноя и становится еще более болезненной. На этой стадии кожа истончается и слегка "подается" при легком прикосновении. Температура тела обычно достигает 38-40°С. Вокруг абсцесса может возникать сильный отек, лимфатические узлы, дренирующие пораженный участок, опухают и становятся болезненными (см. раздел "Воспаление лимфатической системы", с. 147).

Абсцессы чаще всего возникают на плече, в подмышечной ямке, на шее, в паху и вокруг заднего прохода.

При наличии небольшого фурункула с локализованным воспалением и при нормальной температуре антибиотики вводить не следует. Участок вокруг фурункула нужно обработать 1% раствором хлоргексидина и, когда раствор испарится, наложить легкую сухую повязку. При наличии большого фурункула, карбункула или абсцесса перед тем, как приступать к обработке, необходимо состричь все волосы.

Предварительный просмотр

Успокойте больного и применяйте местное тепло в виде влажных компрессов. Для приготовления компрессов можно использовать горячий солевой раствор (две чайные ложки поваренной соли на литр воды). Температура раствора должна быть около 43°С. Если человек, делающий компресс, не может спокойно держать его в руке, то, значит, он будет слишком горячим и для больного.

Если абсцесс еще не созрел для вскрытия (см. ниже), т.е. если вы при легком нажатии на него не ощущаете флюктуации гноя, и если температура тела остается выше 38°С, начинайте лечить больного антибиотиками.

Как только вы убедитесь в наличии гноя, вскройте абсцесс и выпустите гной, не ждите, пока абсцесс лопнет сам.

Вскрытие абсцесса

Приготовьте все необходимое:

- скальпель,
- хирургический пинцет,
- корнцанг

  Прокипятите инструменты 20 мин. Слейте воду из стерилизатора, поставьте его на чистое полотенце, дайте ему остыть.
- лоток с горячим (37°С) антисептиком (1% раствор хлоргексидина),
- ватные тампоны,
- лоток для сбора гноя,
- пакет для грязных тампонов и салфеток,
- узкую полоску из стерильной марли длиной около 30 см.

Тщательно вымойте руки водой с мылом, используя щетку для ногтей. Попросите помощника удобно усадить больного в хорошо освещенном месте.

1. Внимательно осмотрите пораженный участок и точно решите, где вскрывать абсцесс. Разрез нужно делать в месте наибольшей флюктуации и, поскольку обычно кровеносные сосуды и нервы располагаются вдоль длинной оси тела, разрез тоже нужно делать вдоль нее; при таком направлении разреза вероятность повреждения сосудов и нервов меньше, чем при поперечном разрезе.

2. Обработайте абсцесс и широкий участок здоровой кожи вокруг него 1% раствором хлоргексидина.

3. Возьмите скальпель и сделайте разрез длиной не менее 1,5 см в наиболее флюктуирующем участке. Если абсцесс находится на конечности, попросите помощника держать ее. Гной из разреза должен вытекать свободно. Если этого не происходит, введите в рану сомкнутые концы пинцета и широко раскройте их. Затем выньте пинцет и, держа в

Неразрешенный перевод

каждой руке но тампону, слегка нажмите с обеих сторон на абсцесс для того, чтобы облегчить выход гноя. Выдавливание может быть опасным, поскольку способствует распространению инфекции.

4. Возьмите корнцангом стерильную марлевую полоску и введите ее в рану. Полоска должна рыхло заполнять рану, а ее наружный конец должен быть около 10 см. Цель этой процедуры состоит в том, чтобы рана оставалась открытой, эффективно дренировалась и заживала снизу вверх.

5. Протрите участок вокруг раны стерильным тампоном.

6. Наложите на рану стерильную салфетку, вату и забинтуйте ее.

Спустя 24 ч удалите марлевый дренаж. Если выделений из раны очень мало, больной не чувствует боли и температура тела снижается, наложите на рану простую стерильную повязку. Ежедневно делайте перевязки до полного заживления раны.

Примечание. Фурункулы и карбункулы, расположенные на носу и вокруг него, в ноздрях или на губах, вскрывать нельзя. Их вскрытие всегда связано с опасностью распространения инфекции на головной мозг. Следует набраться терпения и ждать, пока они не вскроются сами.

Дальнейшее лечение

Если больной чувствует себя плохо и у него повышена температура, уложите его в постель и через каждые 6 ч давайте по 2 таблетки парацетамола или ацетилсалициловой кислоты для уменьшения боли. Если температура держится более суток, проводите лечение антибиотиками.

Поскольку выделения из раны инфицированы, следует выбрасывать загрязненные повязки, стерилизовать все использованные инструменты и лотки и тщательно мыть руки.

Повязку следует менять ежедневно.

У больного с карбункулом, абсцессом и множественными фурункулами может быть сахарный диабет (см. с. 217), в следующем порту направьте его к врачу.

Холецистит (воспаление желчного пузыря)

Холецистит может быть как острым, так и хроническим и почти всегда связан с наличием камней в желчном пузыре. Им обычно болеют тучные люди среднего и более старшего возраста; больные хроническим холециститом зачастую длительное время страдают нарушением пищеварения и метеоризмом, особенно после приема острой и жареной пищи. Типичный острый приступ холецистита начинается с внезапной острой боли в правом подреберье. Обычно боль бывает постоянной, а не схваткообразной и отдает в правую лопатку и иногда в правое плечо. Повышается температура тела, появляется тошнота и рвота, больной старается лежать в постели не шевелясь. Такое поведе-

Неавторизованный вариант

ние больного является важным диагностическим признаком, отличающим холецистит от желчной колики, при которой больной во время приступа схваткообразных болей мечется от боли (с. 181).

При ощупывании живота часто обнаруживается локальная болезненность в области желчного пузыря и сопутствующие ей напряжение мышц в правом подреберье.

Если во время глубокого вдоха ввести кончики пальцев под реберный край вместе с втягивающимися мышцами живота, то можно ощутить небольшое и очень болезненное образование.

Холецистит не следует путать с желчной коликой, правосторонней пневмонией, гепатитом, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, с правосторонним пиелитом (см. табл. 5 и табл. 6, с. 154).

Больной должен соблюдать постельный режим и не принимать твердую пищу, пока не пройдет тошнота, он может пить достаточное количество жидкости (кроме молока). После того как пройдет тошнота, можно перейти на щадящую диету, исключающую жареные и острые блюда. Прикладывание горячей грелки к области желчного пузыря облегчает боль. Следует регулярно измерять температуру тела, частоту пульса и дыхания. Ежедневно нужно внимательно осматривать белки глаз с целью обнаружения желтухи, а также обращать внимание на цвет мочи и кала.

Проводите лечение антибиотиками (с. 272). В неосложненных случаях состояние больного улучшается уже через 2 дня. При усилении боли и повышении температуры, а также при возникновении желчной колики или желтухи посоветуйтесь с врачом по радио.

Целлюлит

Целлюлит – септическое поражение кожи, при котором в отличие от абсцесса воспаление распространяется в подкожной ткани. Кожа красная и отечная, и на высоте заболевания на коже при нажатии остается ямка, как при водянке (с. 198). Больной обычно чувствует недомогание, у него может быть озноб, головная боль и лихорадка. Ближайшие лимфатические узлы опухают и становятся болезненными.

Больного с лихорадкой нужно уложить в постель. При наличии выраженного отека пораженному участку тела желательно придать возвышенное положение. Проводите лечение антибиотиками (с. 272).

Глава 8. Венерические болезни

При половых контактах передаются гонорея, хламидийные инфекции, мягкий шанкр, генитальный герпес, сифилис, паховый лимфограну-

Национальная библиотека

лематоз, венерическая гранулема, генитальные бородавки, лобковый педикулез, чесотка, СПИД, трихомоноз, кандидоз и бактериальный кольпит. См. также раздел "Вирусный гепатит В", с. 117.

К наиболее частым симптомам болезней, передаваемых половым путем, относятся выделения из мочеиспускательного канала, покраснение и припухлость гениталий, генитальные язвы, увеличение паховых лимфатических узлов, появление бородавок, а также присутствие на коже вшей или в самой коже чесоточных клещей.

Для точной диагностики болезней, передаваемых половым путем, нужны лабораторные анализы. Поскольку на судне таких условий нет, можно поставить лишь предположительный диагноз. Если судно находится более чем в дне пути от ближайшего порта, человека, у которого заподозрена венерическая болезнь, необходимо сразу же начать лечить антибиотиками. В историю болезни нужно записывать субъективные и объективные симптомы, проводимое лечение и реакцию на него.

По прибытии в порт больного следует как направить к специалисту, который может провести соответствующие диагностические тесты и при необходимости осуществить дополнительное лечение. По возможности следует выявить половых партнеров больного и посоветовать им обратиться к врачу.

Баланит и постит

Баланит – воспаление головки полового члена, постит – воспаление крайней плоти. Иногда они наблюдаются одновременно (баланопостит). Предрасполагающим фактором является несоблюдение личной гигиены, особенно у мужчин, которым не сделано обрезание, и сахарный диабет.

При баланите и баланопостите могут возникнуть небольшие или обильные поверхностные выделения. Поэтому необходимо внимательно осмотреть головку полового члена и крайнюю плоть, с тем чтобы отличить баланопостит от уретрита. Перед осмотром наденьте перчатки и оттяните крайнюю плоть, полностью обнажив головку полового члена.

К другим признакам баланита и постита относятся зуд и раздражение, причиняющие больным большие страдания. Иногда половой член бывает отечен и оттягивание крайней плоти вызывает боль. При осмотре можно обнаружить красноту, эрозии (поверхностные дефекты), слущивание кожи крайней плоти и выделения той или иной интенсивности.

Лечение. Головку полового члена и крайнюю плоть нужно мыть три раза в сутки. После подмывания половой член следует на некоторое время опустить в ванночку с раствором перманганата калия, цвет раствора должен быть розовым. После этого половой член нужно тща-

Ознакомительная версия

тельно обсушить и нанести на головку и крайнюю плоть мазь с 2% миконазола нитрата. Если в течение недели не наступает улучшения, больного нужно направить к специалисту на берегу.

Венерическая гранулема

Венерическая гранулема – бактериальная болезнь, развивающаяся исподволь. Поражения обычно локализуются на гениталиях, в паху, на бедрах вблизи паховой складки, в перианальной области и вокруг рта. Инкубационный период составляет 17-50 дней.

Самым ранним кожным поражением может быть папула или узелок, который изъязвляется, превращаясь в единичную, увеличивающуюся в размерах язву или в группу язв. Типичная язва при венерической гранулеме выглядит как приподнятая масса, больше похожая на опухоль, чем на язву. Она имеет гладкие приподнятые края, резко отграниченные от окружающей кожи. Лимфатические узлы не опухают, и общее состояние больного остается удовлетворительным. Нелеченые язвы могут распространяться на прилежащие участки тела.

Диагноз обычно можно поставить на основании клинической картины. В специализированном медицинском учреждении клинический диагноз у нелеченого больного можно подтвердить посредством микроскопического исследования ткани из очага поражения.

Лечение. Больной не менее 2 нед должен принимать или по две таблетки сульфаметоксазола/триметоприма (400 мг/80 мг) 2 раза в день, или по 500 мг тетрациклина гидрохлорида 4 раза в день. В ближайшем порту больной должен посетить специализированное медицинское учреждение.

Воспаление мошонки

Воспаление мошонки можно определить как увеличение ее объема, сопровождающееся отеком и краснотой. Этому состоянию иногда сопутствуют боль, выделения из уретры и жжение при мочеиспускании. Отек мошонки обычно бывает односторонним.

У членов команды корабля отек мошонки чаще всего обусловлен воспалением придатка яичка (эпидидимитом), вызванным возбудителями, которыми больной заразился при половом сношении. Такая причина отека мошонки наиболее вероятна у больного с выделениями из уретры, а также у того, у кого они были недавно. Обычно эпидидимит начинается остро, но иногда он развивается в течение 24-48 ч. Вначале могут возникнуть "необычные ощущения" в мошонке, которые, однако, быстро сменяются болью и отеком. Боль носит тянущий характер.

Это состояние необходимо отличать от перекрута яичка (см. с. 162). В последнем случае через 4-6 ч после прекращения кровоснабжения яичка может наступить его омертвение. Перекрут яичка чаще всего

Неправительственный

возникает у детей и крайне редко бывает у взрослых мужчин старше 25 лет. Наличие в анамнезе уретрита позволяет исключить перекрут. При перекруте яичко нередко бывает несколько втянуто и поднятие мошонки не приводит к уменьшению боли. Больного с перекрутом яичка необходимо незамедлительно доставить в больницу. Следует помнить, что отек мошонки могут вызвать также травма, ущемленная паховая грыжа, опухоли, туберкулез и эпидемический паротит (свинка).

Воспаление тазовых органов

Воспаление тазовых органов – широкий термин, охватывающий различные инфекции органов таза у женщин. Эти инфекции вызываются микроорганизмами, которые обычно проникают из влагалища и шейки матки и поражают слизистую оболочку матки, маточных труб и брюшины.

Воспаление тазовых органов, вызываемое возбудителями болезней, передаваемых половым путем, одна из основных причин бесплодия и хронических болей в животе. Одним из последствий воспаления тазовых органов может стать внематочная беременность. Поэтому к лечению воспаления тазовых органов нужно подходить очень серьезно.

К числу симптомов воспаления относятся боль в нижних отделах живота разной степени интенсивности, которая может быть как односторонней, так и двусторонней, лихорадка и выделения из влагалища (см. раздел "Выделения из влагалища").

Возникновению воспаления тазовых органов нередко содействует применение внутриматочной спирали. Следует отметить, что диагностировать воспаление тазовых органов без соответствующих гинекологических и лабораторных исследований довольно трудно; кроме того, его непросто отличить от других болезней, при которых возникает острая боль в животе, например от аппендицита (см. с. 138).

Лечение. Препаратом выбора для лечения воспаления тазовых органов является либо спектиномицина гидрохлорид 2 г внутримышечно, либо сульфаметоксазол/триметоприм (400 мг/80 мг) по 10 таблеток один раз в день в течение 3 дней. Затем в любом случае необходимо провести курс лечения доксициклином по одной таблетке или капсуле (100 мг) 2 раза в день в течение 10 дней в сочетании с приемом метронидазола по 1 г 2 раза в день в течение 10 дней.

Внимание! Метронидазол нельзя давать беременным женщинам. Во время приема метронидазола необходимо воздерживаться от употребления алкоголя.

Выделения из влагалища

У женщин болезни, передаваемые половым путем, зачастую сопровождаются увеличением количества влагалищных выделений или

изменением их цвета и запаха. Влагалищные выделения – самый частый признак гинекологических заболеваний. Они могут сопровождаться зудом, отеком, жжением при мочеиспускании, болью в нижнем отделе живота и в пояснице. Перечисленные симптомы могут быть вызваны различными инфекциями.

Трихомоноз

очень распространенная болезнь, особенно в тропических районах. Он характеризуется выделениями, имеющими неприятный запах, как правило, они желтого или зеленого цвета, пенящиеся. Кандидоз влагалища также очень широко распространен во всех районах мира. Он характеризуется белыми, творожистого вида выделениями, зудом наружных половых органов и иногда опуханием и покраснением наружных половых органов и влагалища.

Бактериальный вагиноз

Очень распространенная болезнь, особенно у женщин, ведущих беспорядочную половую жизнь. Зуд обычно отсутствует. Типичные выделения имеют серый цвет, иногда пенятся, густые, с рыбным запахом. При других инфекциях, например гонорее, выделения могут быть белыми или желтыми, водянистыми или гнойными.

Лечение. Женщина может одновременно страдать несколькими инфекциями. Без лабораторных исследований нужно придерживаться следующих практических правил. Сначала больную необходимо лечить от трихомоноза и/или бактериального вагиноза (схема А). Если состояние ее не улучшается, переходят к антигонококковой и антихламидийной терапии (схема Б). Если и это не дает эффекта, следует провести антикандидозную терапию (схема В) или же в ближайшем порту направить больную к специалисту.

Схема А. Больная должна сразу выпить 2 г метронидазола и затем в течение 6 дней принимать по 500 мг метронидазола 2 раза в день.

Метронидазол нельзя давать беременным женщинам. Во время лечения метронидазолом следует воздерживаться от приема алкоголя.

Схема Б. Проведите один из курсов лечения, описанных в разделе "Уретрит и выделения из мочеиспускательного канала", с. 244.

Схема В. С помощью аппликатора глубоко во влагалище необходимо вводить мазь, содержащую 2% миконазола нитрата. Делать это нужно один раз в день (лучше всего перед сном) в течение недели.

Генитальные бородавки

Генитальные бородавки вызываются вирусом и чаще всего возникают у молодых взрослых. У мужчин они могут располагаться на половом члене, вокруг анального отверстия и в прямой кишке. У женщин они обычно локализуются на наружных половых органах, вокруг анального отверстия и во влагалище. Бородавки представляют собой мягкие об-

Неразрешенный перевод

разования, имеющие цвет мяса, сидящие на широком основании или на тонкой ножке; размер их широко варьируется. Они могут быть единичными или состоять из нескольких отдельных экземпляров, которые, сливаясь вместе, образуют одну крупную массу, зачастую похожую на цветную капусту. Мелкие бородавки почти не причиняют беспокойства, тогда как крупные доставляют больному много неприятностей и неудобств и склонны к изъязвлению, которое может стать причиной кровотечения или возникновения вторичной инфекции. Диагноз обычно ставят на основании клинической картины.

Лечение. На судне адекватное лечение бородавок провести невозможно, поэтому в ближайшем порту больного следует направить в специализированное медицинское учреждение.

Генитальный герпес

Болезнь может протекать бессимптомно, когда вирус присутствует в клетках эпителия уретры, но никак себя не проявляет. Однако обычно генитальный герпес у мужчин проявляется возникновением мелких везикул на половом члене , мошонке, бедрах и ягодицах. Обычно заполненные жидкостью везикулы болезненны, но иногда вызывают только зуд. Через день или два везикулы лопаются, оставляя после себя крошечные открытые язвы, которые спустя 2-3 нед заживают. Регионарные лимфатические узлы, находящиеся вблизи пораженного участка, могут увеличиваться и становиться болезненными.

В большинстве случаев клинический диагноз можно поставить по внешнему виду высыпаний, особенно на стадии везикул.

После заживления язв вирус остается в организме в спящем состоянии. Рецидив активной инфекции может возникнуть через много недель или месяцев. Со временем эти повторяющиеся атаки становятся реже и протекают менее тяжело, а герпетические поражения заживают быстрее.

Лечение. Полностью излечить генитальный герпес в настоящее время невозможно. Для предупреждения вторичной инфекции пораженные участки нужно обмывать с мылом и осторожно высушивать. Для уменьшения болей можно принимать анальгетики. Если вы сомневаетесь в правильности диагноза "генитальный герпес" лечите больного так, как сказано выше в разделе "генитальные язвы".

Генитальные язвы

Генитальные язвы весьма широко распространены, особенно среди жителей тропических стран. При отсутствии правильного лечения некоторые из них могут стать причиной тяжелых осложнений. Язвы могут возникать при самых разных болезнях, передаваемых половым путем.

Неправильный Ветеринар

Распространенность этих болезней в разных районах мира неодинакова. Например, в Африке и Юго-Восточной Азии самой частой причиной генитальных язв является мягкий шанкр, тогда как в Европе и США их причиной наиболее часто является генитальный герпес. Паховый лимфогранулематоз и венерическая гранулема – гораздо более редкие болезни, встречающиеся главным образом в некоторых тропических странах. Паховый лимфогранулематоз эндемичен в Западной Африке и Юго-Восточной Азии, тогда как венерическая гранулема распространена в Восточной Африке, Индии, некоторых районах Индонезии, в Папуа-Новой Гвинее и на Суринаме. Ниже каждая из этих болезней описана более подробно.

Больные с одной из этих болезней обычно жалуются на возникновение на гениталиях или прилегающих участках тела одной или нескольких язв. Если язва находится на головке полового члена или на внутренней поверхности полового члена, мужчина обычно жалуется на выделения и невозможность оттянуть крайнюю плоть. У женщин язвы могут располагаться на вульве, и в этом случае больные жалуются на жжение во время мочеиспускания.

При осмотре половых органов необходимо пользоваться одноразовыми перчатками. Обращайте внимание на число язв и их внешний вид, а также на наличие или отсутствие увеличения паховых лимфатических узлов. Безболезненные плотные язвы обычно характерны для сифилиса; болезненные, легко кровоточащие язвы типичны для мягкого шанкра; сосудистые поражения, превращающиеся в поверхностные эрозии или мелкие язвочки, очевидно, свидетельствуют о герпетической инфекции. Нередко имеют место и двойные инфекции. Клинические симптомы зачастую не позволяют отличить одну болезнь от другой, и поэтому окончательный диагноз можно поставить только на основании результатов лабораторных исследований. Для выбора специфического лечения решающее значение имеют данные о распространенности каждой болезни в том или ином районе. Поэтому рекомендуемая схема лечения направлена на излечение двух наиболее часто встречающихся болезней – мягкого шанкра и сифилиса. Генитальный герпес в настоящее время излечению не поддается.

Лечение. Проводите лечение антибиотиками. У больного сифилисом может возникнуть так называемая реакция Яриша-Герсгеймера (см. раздел "Сифилис", с. 242). Больным с очень болезненными изъязвлениями и припуханием лимфатических узлов рекомендуется соблюдать постельный режим. Как только начато лечение, больные уже не должны считаться заразными, и поэтому отпадает необходимость соблюдать особые меры предосторожности. По прибытии в ближайший порт больные должны обратиться к специалисту, имея при себе всю информацию о своей болезни.

Неофициальный перевод

Мягкий шанкр

Мягкий шанкр вызывается бактериями, заражение почти всегда происходит во время полового сношения. Инкубационный период (время между заражением и появлением первых симптомов) невелик и составляет в среднем 3-5 дней. Поражения обычно видны только у мужчин; у женщин клинические проявления наблюдаются редко, но на стенках влагалища могут возникать язвы. Первое поражение обычно имеет вид небольшой воспаленной припухлости, которая вскоре превращается в пузырек или пустулу; через 2-3 дня пустула вскрывается, превращаясь в очень болезненную язву.

Классическая язва у больного мягким шанкром поверхностна, диаметр ее колеблется от нескольких миллиметров до 2 см. Края язвы обычно неровные и окружены зоной красного цвета. Дно язвы покрыто некротическим экссудатом и легко кровоточит при прикосновении. Язвы при мягком шанкре в отличие от сифилитических язв мягкие и чрезвычайно болезненны.

У мужчин язвы чаще всего локализуются на внутренней и наружной поверхности крайней плоти и в бороздке, отделяющей головку полового члена от его тела.

Примерно через 1-2 нед после появления первичного очага паховые лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными. Через некоторое время узлы могут нагноиться, и в случае разрыва из них вытекает гной.

Лечение

Либо введите больному внутримышечно 2 г спектиномицина гидрохлорида, либо давайте ему два раза в день в течение 5 дней по 2 таблетки сульфаметоксазола/триметоприма (400 мг/80 мг), либо в течение 7 дней 4 раза в день по две таблетки (250 мг) эритромицина.

Лимфаденит

Лимфаденит – это увеличение лимфатических узлов. Лимфаденит почти никогда не бывает единственным симптомом болезни, передаваемой половым путем. В большинстве случаев паховому лимфадениту сопутствуют генитальные язвы, инфекция нижних конечностей или, что бывает реже, тяжелый уретрит. Лимфаденит может сопровождаться болью и быть односторонним или двусторонним. Боль и флюктуация иногда провоцируются пальпацией (ощупыванием) лимфатических узлов. Лимфаденит может быть регионарным (например, паховым при язвах гениталий и других локальных поражениях) или захватывать лимфатические узлы в нескольких частях тела (например, при вторичном сифилисе или синдроме приобретенного иммунодефицита).

Неверенный Иван

У больных с паховым лимфаденитом необходимо всегда осматривать головку полового члена и крайнюю плоть, чтобы можно было обнаружить генитальные язвы или оставшиеся после них рубцы.

Болезни, передаваемые половым путем, сопровождающиеся лимфаденитом, и соответствующие клинические характеристики лимфаденита показаны в табл. 4.

Таблица 5. Болезни, передаваемые половым путем, при которых возникает лимфаденит

Болезнь	Состояние лимфатических узлов
Мягкий шанкр	Болезненные, иногда нагнаиваются
Генитальный герпес	Болезненные при прикосновении
Первичный сифилис	Упругие, плотные, безболезненные, лимфаденит регионарный
Вторичный сифилис	Упругие, плотные, безболезненные, лимфаденит генерализованный
Паховый лимфогранулематоз	Объемные, иногда болезненные, иногда нагнаиваются, часто разделены паховой связкой
Синдром приобретенного иммунодефицита	Обычно безболезненные, лимфаденит генерализованный

Больного нужно лечить так, как сказано в разделе "Генитальные язвы", с. 237.

Лобковый педикулез (вшивость)

Лобковые вши почти всегда передаются при половых сношениях. Эта болезнь во многих странах стала эндемичной и поражает главным образом молодых взрослых. Основным симптомом является умеренный или сильный зуд, приводящий к расчесам, покраснению, раздражению и воспалению кожи. Вши видны как мелкие коричневые пятна в паху, вокруг половых органов и анального отверстия. Гнид, прикрепленных к волосам, можно рассмотреть с помощью лупы.

Лечение. На пораженные участки (лобок, паховая область, перианальная область) необходимо наносить 1% линдановую мазь через каждые 8 ч в течение 24 ч. Непосредственно перед каждым нанесением мази больной должен принимать душ. По окончании обработки он должен еще раз принять душ и сменить одежду и нижнее белье.

Распространяется бесплатно

Паховый лимфогранулематоз

Паховый лимфогранулематоз – системная венерическая болезнь. Инкубационный период составляет 4-21 день. Первичное поражение обычно имеет вид язвы, везикулы, папулы или пустулы диаметром не более 5-6 мм и у мужчин часто локализуется в бороздке, отделяющей головку полового члена от его тела. Обычно это поражение единично, оно безболезненно и заживает через несколько дней, не оставляя после себя рубца. В большинстве случаев больной даже не замечает эту первичную язвочку. После заживления первичного поражения самым частым симптомом у гетеросексуальных мужчин является острое опухание паховых лимфатических узлов, которое нередко бывает односторонним. Опухание начинается с образования плотной массы, которая не очень болезненна и обычно захватывает несколько групп лимфатических узлов.

Через 1-2 нед плотная масса (бубон) спаивается с кожей и подкожной тканью, становится весьма болезненной и нагнаивается. Однако нагнаиваются не все бубоны, некоторые из них превращаются в твердую массу. Паховая связка иногда делит уплотненную массу лимфоузлов на верхнюю и нижнюю части, образуя характерную борозду. Бубон может лопнуть, и тогда из него вытекает гной, цвет и консистенция которого не всегда одинаковы. В конечном счете на месте бубона образуется рубец.

При отсутствии лечения паховый лимфогранулематоз может вызвать грубые анатомические нарушения в урогенитальной и ректальной областях.

Лечение. Больные паховым лимфогранулематозом должны соблюдать постельный режим, так как двигательная активность приводит к увеличению продолжительности воспалительного процесса и замедляет выздоровление. В первые два – три дня к паховой области нужно прикладывать пузырь со льдом для уменьшения боли и дискомфорта. После этого следует перейти к применению тепла (грелка) для ускорения процесса рассасывания воспалительных очагов.

Больной должен не менее 2 нед принимать или по 500 мг тетрациклина гидрохлорида 4 раза в день, или по 100 мг доксициклина 2 раза в день, или по 500 мг эритромицина 4 раза в день. Содержимое нагноившихся бубонов нужно удалять отсосом.

Проктит

Проктит – это инфекция прямой кишки, зачастую вызываемая микроорганизмами, передаваемыми половым путем. В ярко выраженных случаях из анального отверстия выделяется гной, иногда смешанный с кровью. Может иметь место зуд вокруг анального отверстия.

Ознакомительная версия

У женщин проктит обычно является вторичной инфекцией и вызывается попаданием в прямую кишку влагалищных выделений, содержащих гонококки (см. разделы "Выделения из влагалища", с. 235, и "Ректальная инфекция", с. 245). У мужчин-гомосексуалистов проктит является следствием анального полового сношения с инфицированным партнером.

Лечение. По схемам, применяемым при лечении уретрита (с. 244).

Сифилис

Сифилис вызывается спирохетами, которые проникают в организм через слизистые оболочки половых органов, прямой кишки и рта, а также через мелкие порезы и ссадины кожи.

Клинически сифилис обычно включает три стадии. Язвы, возникающие в первичной и вторичной стадиях, обычно безболезненны. Они могут самопроизвольно зажить без всякого лечения, но сифилитическая инфекция продолжает дремать в организме, никак себя не проявляя в течение нескольких лет. В поздней стадии сифилис может вызывать тяжелые поражения головного и спинного мозга, сердца и других органов.

Первая стадия характеризуется наличием твердого шанкра (т. е. эрозии или язвы) в месте внедрения спирохет в организм. С момента заражения до появления первых видимых признаков инфекции проходит 10-90 дней (обычно 3 нед). От возникновения шанкра и до того, как результаты серологических тестов (т. е. исследования крови) на сифилис становятся положительными, проходит еще несколько недель. Типичный шанкр располагается в бороздке, отделяющей головку полового члена от его тела. Следует помнить, однако, что шанкр может возникнуть в любом участке тела, где инфекция проникла в организм. Обычно твердый шанкр одиночен, но иногда их бывает несколько. Первичный шанкр имеет правильные округлые очертания и плоское дно. Иногда дно язвы покрыто желтой или сероватой коркой. Шанкр безболезнен, если только не присоединяется вторичная бактериальная или герпетическая инфекция. Основание шанкра твердое на ощупь (как хрящ).

Обычно в паху с одной или обеих сторон определяются упругие, плотные безболезненные увеличенные лимфатические узлы, такие же узлы определяются в других участках тела, если шанкр имеет экстрагенитальную локализацию (см. раздел "Воспаление лимфатической системы", с. 168). При наличии вторичной инфекции лимфатические узлы могут быть болезненными. Обычно шанкр самопроизвольно заживает в течение 6 нед. На стадии шанкра больной очень заразен.

Вторичная стадия сифилиса обычно начинается через 6-8 нед после появления первичного шанкра. Иногда первичный сифилитический шанкр все еще сохраняется к моменту начала вторичной стадии.

В ряде случаев, однако, вторичная стадия служит первым проявлением сифилиса, т. е. с момента заражения до появления первых симптомов проходит 10-14 нед. Самым ярким признаком вторичного сифилиса является генерализованная незудящая сыпь, элементы которой представляют собой мелкие плоские или слегка приподнятые розовые пятна, эти пятна постепенно темнеют и приобретают темно-красный цвет. Наиболее густая сыпь наблюдается на ладонях, стопах и в области половых органов. Более редким признаком вторичного сифилиса является очаговое выпадение волос на голове. В этот период больные жалуются на недомогание, головную боль, боли в горле, температура тела повышается до 38,5°С. При наличии этих симптомов, а также генерализованной сыпи и/или сыпи на ладонях и стопах, которая не зудит и сопровождается увеличением шейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов, следует заподозрить вторичный сифилис. Другими признаками вторичного сифилиса могут быть мокнущие язвы, особенно в области гениталий, и широкие кондиломы (бородавки) в анальной области. Нужно помнить, что мокнущие язвы кишат спирохетами и потому чрезвычайно заразны.

Симптомы вторичной стадии сифилиса постепенно исчезают без всякого лечения, после чего болезнь переходит в латентную (скрытую) фазу, и лишь через много лет появляются признаки третичного сифилиса.

Лечение. Больным с подозрением на сифилис необходимо пройти курс лечения антибиотиками. В ближайшем порту больной должен посетить врача-специалиста.

Предостережение! Примерно через 6-12 ч после введения пенициллина приблизительно у 50% больных первичным и вторичным сифилисом возникает так называемая реакция Яриша-Герксгеймера. Она характеризуется лихорадкой, ознобом, болями в суставах, увеличением отека первичных поражений или более ярким видом вторичной сыпи. Эта реакция обусловлена гибелью огромного числа спирохет и не должна вызывать беспокойства. Для уменьшения болей больному можно дать анальгетики.

СПИД

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) является одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. К группам риска относятся реципиенты крови и продуктов крови (например, больные гемофилией), наркоманы, использующие внутривенное введение наркотиков, а также половые партнеры и дети инфицированных лиц.

Болезнь вызывается вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который обнаружен в различных биологических жидкостях инфицированных лиц. Почти во всех случаях заражение происходит в результате

Неразрешенный перевод

контакта со спермой, влагалищными секретами, кровью или продуктами крови. Вирус не передается при обычных контактах с инфицированным человеком.

Вирус иммунодефицита человека поражает в первую очередь белые клетки крови (лимфоциты), играющие главную роль в иммунной защите организма. Вирус может оставаться в дремлющем состоянии и размножаться, не вызывая у инфицированного человека каких-либо симптомов. Независимо от того, есть ли симптомы у инфицированного, он должен считаться заразным.

После латентного периода, длящегося от 6 до 60 мес, примерно у 20-25% инфицированных лиц возникает состояние, известное как СПИД-родственный комплекс, который характеризуется такими симптомами, как повышенная утомляемость, небольшое повышение температуры, ночная потливость, генерализованное увеличение лимфатических узлов, упорная диарея и снижение массы тела более чем на 10%. Лимфатические узлы плотные и безболезненные, как правило, они увеличены в нескольких, обычно симметричных, участках тела. Примерно у 20-50% инфицированных лиц через 5-10 лет развивается полная клиническая картина синдрома приобретенного иммунодефицита; она возникает либо сразу, либо через стадию СПИД-родственного комплекса.

Клинические проявления СПИДа могут быть обусловлены заражением ВИЧ или представляют собой результат нарушения иммунитета, выражающегося в различных инфекциях, расстройствах и определенных формах рака. В дополнение к сильному похуданию и диарее, длящейся более месяца, больные могут страдать пневмониями, изъязвлениями кожи, менингитом и другими тяжелыми инфекциями, а также злокачественными сосудистыми опухолями кожи. СПИД приводит к смертельному исходу, поскольку организм больного не может восстановить клеточные иммунные функции.

Белые бляшки грибковой инфекции на слизистой оболочке рта, обычно распространяющиеся на глотку, являются частым признаком нарушения сопротивляемости против инфекций и должны вызвать подозрение на наличие СПИДа. Эти симптомы могут быть обусловлены и другими инфекционными болезнями, вследствие чего диагноз можно поставить только с помощью лабораторных исследований.

Лечение состоит в терапии конкретных инфекций и специальной антиретровирусной терапии. Больных с подозрением на СПИД в ближайшем порту необходимо направить к специалисту.

Уретрит и выделения из мочеиспускательного канала

Уретрит характеризуется выделениями из наружного отверстия мочеиспускательного канала (уретры), жжением и болью во время мо-

Неверифицированный, ознакомительный

чеиспускания и зудом на конце уретры. Уретрит может быть вызван гонококками (гонорея) или целым рядом других патогенных микроорганизмов (см. ниже).

Гонококковый уретрит, как правило протекает более тяжело, чем негонококковый. Инкубационный период гонококкового уретрита колеблется от 1 до 14 дней, но обычно составляет 2-5 дней. Выделения обычно обильные, желтого цвета, густые и гнойные.

Негонококковый уретрит может быть вызван различными бактериями, в некоторых случаях возбудителя установить не удается. При негонококковом уретрите выделения обычно скудные, водянистые или серозно-слизистые. У мужчин уретрит необходимо отличать от баланита (воспаление головки полового члена) и постита (воспаление крайней плоти). Для этого наденьте одноразовые перчатки, оттяните вниз крайнюю плоть, полностью освободив головку полового члена, и внимательно осмотрите их для установления источника выделений.

У женщин одни и те же микроорганизмы могут вызывать уретрит и воспаление шейки матки. Более чем у 60% женщин с такими инфекциями нет видимых симптомов болезни. В остальных случаях основным признаком является увеличение выделений из влагалища (см. также раздел "Выделения из влагалища", с. 235).

Микроорганизмы, вызывающие уретрит, могут инфицировать и прямую кишку. Такие инфекции бывают у женщин и мужчин-гомосексуалистов и возникают в результате попадания в прямую кишку влагалищных выделений или при ректальном половом сношении с инфицированным партнером. Основные симптомы ректальной инфекции – выделение гноя, иногда с примесью крови, и зуд вокруг анального отверстия. У мужчин и женщин, страдающих уретритом, может возникнуть инфекция конъюнктивы.

Лечение. Больных уретритом необходимо лечить такими препаратами, которые эффективны в отношении как гонококков, так и других патогенных микроорганизмов; при этом следует учитывать, что больной может быть инфицирован несколькими видами микроорганизмов.

В течение 3 дней больным следует давать 10 таблеток сульфаметоксазола/триметоприма (400 мг/80 мг). После этого нужно провести курс лечения доксициклином: по одной капсуле или таблетке (100 мг) дважды в течение 7 дней.

Такое лечение обычно эффективно в отношении всех форм уретрита и ректальных инфекций. Больному с сопутствующим конъюнктивитом нужно 3 раза в день в течение недели закладывать за веки 1 % тетрациклиновую мазь. Примерно через неделю после завершения лечения больной должен обратиться в специализированное медицинское учреждение для обследования с целью подтверждения отсутствия ин-

Предварительный просмотр

фекции. Желательно в течение четырех месяцев сдавать кровь для анализа на сифилис.

Чесотка

Чесотка, возбудителем которой является мелкий клещ, в настоящее время в развитых странах считается болезнью, передаваемой половым путем. Основной ее симптом – зуд, особенно по ночам. Поражения носят примерно симметричный характер. Обычно паразит поражает межпальцевые складки, боковые поверхности пальцев, запястья, области локтевых суставов, подмышечные складки, участки вокруг молочных желез у женщин, участки вокруг пупка, половой член, мошонку, ягодицы и верхнюю часть задней поверхности бедер.

Невооруженным глазом можно разглядеть только папулы, экскориации и корочки. С помощью лупы можно увидеть чесоточные ходы. Диагноз обычно ставят на основании клинической картины. В специализированных медицинских учреждениях можно провести микроскопическое исследование кожи для обнаружения самок клеща и яиц.

Лечение. На все туловище и конечности нужно нанести тонкий слой 1% линдановой мази и оставить на 8-12 ч. После этого больной должен принять душ или ванну и сменить одежду и постельное белье.

Профилактика болезней, передаваемых половым путем

Будучи оторванными от дома и находясь зачастую в ситуациях, благоприятствующих беспорядочной половой жизни, моряки подвергаются высокому риску заражения болезнями, передаваемыми половым путем. Лучший способ свести этот риск к минимуму – отказ от случайных половых связей. Презерватив обеспечивает определенной защитой от заражения некоторыми болезнями. В ситуациях, связанных с риском, мужчина должен помочиться сразу после полового акта. Каждый из партнеров должен обмыть свои половые органы и другие потенциально инфицированные участки тела.

Глава 10. Беременность, женские болезни, роды

Менструация

У большинства здоровых женщин менструация длится 3-6 дней с регулярными интервалами в 28 дней. У одной и той же женщины ритмичность менструаций и количество теряемой крови могут несколько варьироваться. Менструация обычно сопровождается ощущением тя-

Неофициальная версия

жести внизу живота и дискомфортом. У некоторых молодых женщин в первый день менструации возникают схваткообразные боли и иногда тошнота, рвота и слабость. Нередко за 3-4 дня до начала менструации появляется тупая тянущая боль в паху и пояснице, которая иногда проходит после начала менструации. Многие женщины перед менструацией становятся более раздражительными и рассеянными.

Помощь при болезненной менструации

Не поддавайтесь на уговоры женщины дать ей обезболивающее средство более сильное, чем ацетилсалициловая кислота или парацетамол. В тех случаях, когда боль и другие симптомы нарушают трудоспособность женщины, облегчение могут принести горячая ванна и последующий отдых в постели.

Задержка или отсутствие менструации

Самой частой причиной задержки менструации у здоровой женщины с регулярным менструальным циклом является беременность. Если задержка составляет две недели и ей предшествовали половые сношения, женщина должна обратиться к врачу с целью обследования на предмет беременности. К числу других причин задержки менструации относятся нерегулярный менструальный цикл, психический стресс, физическое перенапряжение и болезнь.

Беременность

Беременных женщин нельзя брать в рейс. О беременности следует думать в тех случаях, когда:

- у женщины не было одной или нескольких менструаций:
- женщина чувствует недомогание (тошноту или рвоту) по утрам;
- женщина считает, что ее молочные железы стали крупнее и тяжелее, а соски потемнели;
- женщина стала чаще мочиться.

Увеличение живота редко становится заметным ранее 16-й недели беременности.

Кровотечение во время беременности или при подозрении на нее

Кровотечение в первые 6 месяцев беременности свидетельствует об угрожающем или начавшемся самопроизвольном аборте. Женщину необходимо уложить в постель; она должна соблюдать постельный режим до полного прекращения выделений, что бывает при угрожающем аборте. Если кровотечение не прекращается и сопровождается болью внизу живота, можно с уверенностью говорить о начавшемся аборте. В таком случае действуйте согласно указаниям, приведенным в разделе, посвященном аборту (см. ниже).

Неавторизованный перевод

Кровотечение в период с 7-го по 9-й месяц беременности свидетельствует скорее всего о начале родов (см. с. 252) или же обусловлено аномальным положением плаценты в матке. В любом случае женщина должна соблюдать постельный режим до тех пор, пока ее не удастся срочно доставить на берег.

Беременной женщине не следует давать каких-либо лекарств, кроме парацетамола. Исключение можно сделать по совету врача, который знает, что эта женщина беременна, а также в тех случаях, когда лекарство необходимо дать для спасения ее жизни.

Кровянистые выделения из влагалища

К ним относятся выделения у женщины в постклимактерическом периоде, а также не связанные с менструацией выделения у женщины детородного возраста. При незначительных выделениях женщину нужно уложить в постель, где она должна оставаться до прекращения выделений. При достаточно обильных и длительных выделениях начните вести учет пульса и дайте обезболивающее. Иногда бывает необходимо как можно быстрее доставить женщину в больницу. Ни в коем случае нельзя тампонировать влагалище.

Внематочная беременность

Внематочная (эктопическая) беременность возникает тогда, когда оплодотворенная яйцеклетка начинает развиваться вне матки. Зачастую это происходит в одной из маточных труб.

Растущий эмбрион может вызвать разрыв маточной трубы к третьей неделе обычного менструального цикла или же в любое время вплоть до 8-й недели беременности. Разрыв маточной трубы – неотложное состояние, симптомы которого описаны ниже. Обычно появлению боли и кровянистых выделений из влагалища предшествует задержка менструации. Влагалищные выделения нередко имеют цвет кофейной гущи.

У больной необходимо узнать дату последней менструации, а также выяснить, имела ли она после этого половые сношения.

У женщины детородного возраста (15-45 лет), жалующейся на боли в животе и отмечающей задержку менструации, всегда следует предполагать внематочную беременность.

Опыт показывает, что небольшая боль и значительные кровянистые выделения из влагалища свидетельствуют об аборте (см. ниже), тогда как сильная боль и незначительные выделения говорят о внематочной беременности. Разрыв трубы может вызвать повреждение сосудов, в результате чего возникает тяжелое внутреннее кровотечение, сопровождающееся сильной болью в животе и коллапсом. При подо-

Неверный вариант

зрении на внематочную беременность немедленно посоветуйтесь с врачом по радио.

Выкидыш (спонтанный аборт)

Обычно спонтанный аборт возникает примерно на 12-й неделе беременности.

При угрозе аборта женщина отмечает незначительные кровянистые выделения из влагалища и дискомфорт, напоминающий обычные менструальные боли. Ее следует уложить в постель и наблюдать за ней до исчезновения симптомов. Необходимо измерить температуру, и, если она превышает 38°С, начать лечение антибиотиками (см. с. 272). После этого женщине нужно предоставить отдых на несколько дней и освободить от тяжелой работы до тех пор, пока в следующем порту ее не осмотрит врач.

В большинстве случаев постельный режим не приводит к исчезновению симптомов, аборт становится неизбежным, что сопровождается усилением кровотечения и болями. Женщину следует уложить в постель и внимательно наблюдать за ее состоянием. Каждые полчаса необходимо считать пульс и записывать результат в специальную таблицу. Всю выделившуюся кровь следует осматривать для обнаружения сгустков и твердого материала, присутствие которого свидетельствует о состоявшемся аборте.

Сальпингит

Сальпингит – это воспаление маточных труб, которые соединяют матку с яичниками. Сальпингит бывает трудно отличить от цистита (см. с. 149) и аппендицита (см. с. 138).

Сальпингит может быть вызван разнообразными микроорганизмами, иногда он возникает после аборта или острой болезни, передаваемой половым путем. Женщина жалуется на одностороннюю или двустороннюю боль внизу живота, чуть выше середины паховой складки. При прощупывании можно обнаружить местное напряжение брюшной стенки в этих участках. Иногда наблюдаются кровянистые выделения из влагалища. Боль, локализующаяся только справа, может быть ошибочно расценена как проявление аппендицита, однако в отличие от аппендицита при сальпингите боль сразу возникает внизу живота, а не перемещается туда из центра живота. Кроме того, при сальпингите температура обычно выше, чем при аппендиците. Болезненное мочеиспускание говорит в пользу цистита.

Лечение. Больную необходимо уложить в постель и каждые 4 ч измерять температуру, пульс и дыхание. Проводите лечение антибиотиками, а также каждые 8 ч давайте по таблетке метронидазола (200 мг).

Неварварин

Такое лечение следует продолжать в течение 2 нед. В порту больную необходимо направить к врачу.

Зуд вульвы

Вульва – собирательное название женских наружных половых органов. Легкий зуд может наблюдаться во время беременности, менструации и в постклимактерическом периоде. Более стойкий и сильный зуд может поражать всю вульву и иногда распространяется на область заднего прохода. И наоборот, зуд заднего прохода может распространяться на вульву. Зуд обычно усиливается по ночам, в теплой постели. Иногда зуд сопровождается выделениями из влагалища. Обычно больная может описать местные изменения: сыпь, припухание, покраснение или выделения. Если больная жалуется только на зуд, следует иметь в виду такие его причины, как педикулез (наличие лобковых вшей), чесотка, дерматит, сахарный диабет и энтеробиоз. Проводите анализ мочи на сахар (см. раздел "Сахарный диабет", с. 217) и анализ кала на остриц (с. 99). Причиной зуда зачастую бывают и психологические факторы.

Влагалищные выделения, сопровождающие зуд вульвы, могут быть обусловлены болезнью, передаваемой половым путем (с. 232). Больная с влагалищными выделениями должна обратиться к врачу в следующем порту. Если зуд причиняет большие страдания, проведите курс лечения метронидазолом (по 200 мг каждые 8 ч в течение 7 дней) и посоветуйте больной вводить на ночь глубоко во влагалище суппозиторий с миконазолом в течение 2 недель (это следует делать и во время менструации). Наружные половые органы следует смазывать мазью с миконазолом.

Внимание! Во время лечения метронидазолом необходимо полностью отказаться от употребления алкогольных напитков, а также воздерживаться от половых сношений.

Роды

Беременные женщины, которым вскоре предстоят роды, не должны быть в море, но может случиться, что женщина вынуждена будет рожать на борту судна. В такой ситуации необходимо сделать все возможное, чтобы доставить женщину в береговую больницу до того, как начнутся роды. Чем раньше происходят роды, тем в большей опасности находится жизнь ребенка. Если женщину не удается заблаговременно эвакуировать, необходимо сделать все возможное для того, чтобы родовспоможение оказывал врач или акушерка; если и это невозможно, следует найти на корабле кого-то, кто знаком с родами. В этой главе описано, что делать в случае, когда роды начались раньше,

Неавторизованный

чем удалось обеспечить женщине помощь со стороны медицинского персонала.

Введение

Ребенок обычно рождается примерно на 40-й неделе после зачатия. Иногда, в силу различных причин, роды начинаются преждевременно. Если ребенок рождается на борту судна за 3 мес до срока или еще раньше, то шансы на его выживание весьма малы. Однако есть ряд простых вещей, которые нужно сделать для повышения шансов на выживание недоношенных детей (см. с. 256).

Начало родов

О начале родов свидетельствует появление периодических схваткообразных болей в пояснице и нижней части живота. На этой стадии свяжитесь с врачом по радио и все время держите его в курсе событий. В течение нескольких часов схватки становятся более сильными и частыми и в конце концов возникают примерно каждую минуту. В это время из влагалища выделяется небольшое количество крови и слизи. Это свидетельствует о непосредственном начале самого процесса родов. Обычно через короткое время после этого, но иногда и через несколько часов происходит разрыв околоплодных оболочек и из влагалища изливается большое количество (250-500 мл) вязкой водянистой жидкости (околоплодные воды). В самом начале родов женщина должна постараться освободить кишечник и мочевой пузырь. Важно, чтобы на протяжении всех родов мочевой пузырь был пуст. Роды могут длиться от получаса до нескольких часов (см. рис. 144).

Подготовка к родам

Необходимо заблаговременно подготовить подходящую каюту. По возможности она должна быть достаточно большой, чтобы к койке можно было подойти с ножного конца и с обеих сторон. Если решено принимать роды в судовом лазарете, всех находящихся там больных следует перевести в другие помещения. В тех случаях, когда в лазарете находится нетранспортабельный больной, а также если в лазарете незадолго до этого был пациент, страдающий инфекционной болезнью, роды следует принимать в другом помещении, которое предварительно нужно самым тщательным образом убрать. Чтобы уберечь матрац, между ним и простыней нужно постелить водонепроницаемую клеенку. Необходимо приготовить большое количество теплой воды, мыло, салфетки и полотенца, а также подкладное судно, стерильное судно для плаценты и пластиковый мешок для хранения плаценты, 4 тесемки длиной около 25 см каждая, хирургические ножницы, вату, 2 небольшие стерильные тесемки, бинты и спирт. Все инструменты и те-

Неправильный перевод

семки следует простерилизовать путем кипячения в течение 20 мин. Помимо этого, нужно подготовить чистое мягкое одеяло для заворачивания ребенка, подходящую коробку с чистыми простынями, которая будет служить импровизированной детской кроваткой, а также чистое белье и халат для матери.

Лица, помогающие при родах, должны быть здоровы, у них не должно быть кашля, простуды, какой-либо инфекционной болезни, поноса и кожных заболеваний. Прежде чем оказывать какую-либо помощь матери или ребенку, они должны тщательно вымыть мылом кисти, запястья и предплечья и, по возможности, надеть свежевыстиранную одежду.

Роды

После начала схваток необходимо каждый час измерять температуру, пульс и дыхание. Если женщина раньше уже рожала, то она обычно не нуждается в особых советах, но если это первые роды, женщину все время нужно успокаивать, говоря ей, что все идет хорошо. Одним женщинам бывает удобнее всего лежать на боку с подогнутыми ногами, другие же предпочитают сидеть, лежать в другой позе или ходить по каюте. Женщина должна быть тепло одета, ей можно давать теплое питье, но не алкогольные напитки. Ее нельзя оставлять одну; желательно, чтобы человек, которому она доверяет (родственник или подруга) все время находились с ней, успокаивая и подбадривая ее, особенно на последних стадиях родов, когда схватки становятся особенно сильными и болезненными. Женщине следует посоветовать на ранних стадиях не тужиться во время схваток, а лишь часто дышать. Преждевременное или слишком быстрое рождение головки ребенка может вызвать разрывы влагалища.

Обычно первой появляется головка ребенка, и на этой стадии необходимо лишь очистить нос и рот от пленок, чтобы он мог дышать, а при появлении шеи проверить, не обвилась ли вокруг нее пуповина. Обвившуюся пуповину следует снять с шеи сзади наперед (рис. 145). Если пуповина туго обмотана вокруг шеи, перевяжите ее двумя узлами из тесьмы на расстоянии примерно 6-7 см друг от друга, перережьте пуповину между узлами с помощью хирургических ножниц и размотайте концы пуповины с шеи ребенка.

Универсальный вариант

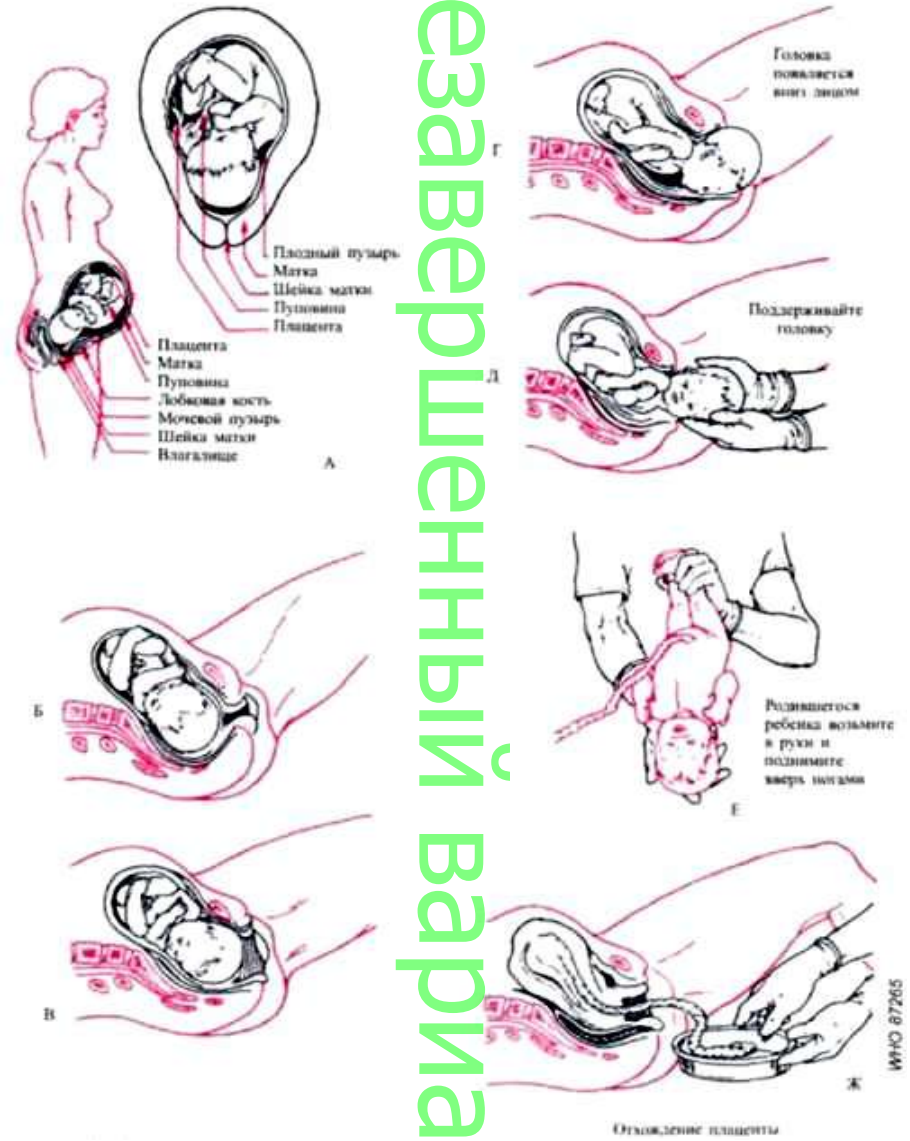


Рис. 89: Беременность и стадии нормальных родов.

Когда ребенок полностью родится, его следует поднять, держа за ножки и головку и не натягивая пуповину, которая соединена с плацен-

незавершенный вариант

той. Еще раз убедитесь в том, что нос и рот ребенка свободны от любых материалов, которые могли бы помешать дыханию, затем уверенно, но нежно держа его за ножки, опустите головкой вниз на несколько секунд, чтобы изо рта и носа могла вылиться находящаяся там жидкость (рис. 87, е). Ребенок обычно начинает дышать без посторонней помощи, но если он не дышит, обхватите его нос и рот своими губами и сделайте искусственное дыхание, вдувая очень небольшое количество воздуха.

Когда ребенок начнет дышать, положите его на бок и стерильными тампончиками, смоченными стерильной водой, промойте его глаза. Затем, через несколько минут после того, как артерия пуповины перестанет пульсировать, крепко перевяжите пуповину двумя отрезками тесемки; один узел нужно наложить примерно в 5 см от живота ребенка, а второй узел в 2,5 см от него ближе к матери, после этого перережьте пуповину между двумя узлами (рис. 91). Наложите стерильную салфетку на животик ребенка поверх перевязанной пуповины, после чего запеленайте его в мягкую пеленку. В течение следующих 5 мин проверяйте, не кровоточит ли пуповина; если есть кровотечение, наложите на пуповину третий узел.

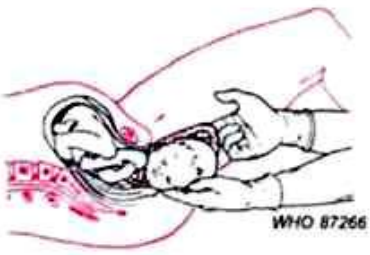


Рис. 90: Освобождение шеи ребенка от пуповины.

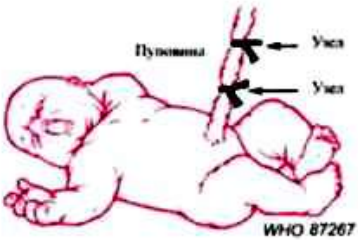


Рис. 91: Перевязка и отсечение пуповины.

Новорожденного нужно как можно скорее приложить к материнской груди, накрыв их обоих одеялом. Тепло материнского тела обеспечит ребенку комфортную температуру. Сосание ребенком груди может ускорить отхождение плаценты (см. следующий раздел).

Что нужно делать после перевязки пуповины

Вы должны как можно быстрее закончить все манипуляции с ребенком и сосредоточить свое внимание на женщине. Из влагалища может все еще выделяться небольшое количество крови, смешанной с остатками околоплодных вод, и это не должно вызывать беспокойства. Однако, если имеет место сильное кровотечение, нужно положить одну руку на нижнюю часть живота и нащупать матку в виде выходящего из таза выпуклого образования размером с небольшой кокосовый орех. С

Не для продажи, распространяется бесплатно

помощью легкого массажа постарайтесь вызвать сокращение матки, о котором можно судить по ее уплотнению. Примерно через 15-20 мин после рождения ребенка у женщины могут вновь появиться схватки и произойдет отхождение плаценты. Плацента выглядит как плоский похожий на мясо предмет диаметром 15-20 см, из центра которого исходит пуповина. Не пытайтесь ускорить отхождение плаценты путем вытягивания ее за пуповину.

Пуповину, плаценту, оболочки и прочий материал, исторгнутый из влагалища, необходимо положить в пластиковый пакет, запечатать его и хранить в холодильнике до тех пор, пока он не будет отправлен вместе с матерью и ребенком в больницу или его содержимое не исследует врач.

Теперь женщину можно обмыть, переодеть в чистое белье и уложить в чистую постель. Если во время родов произошли наружные разрывы, посоветуйтесь с врачом по радио относительно необходимости наложения на них швов. После того как вы удобно устроили женщину, дайте ей теплое питье. Женщина должна на короткое время приложить ребенка к груди, если она уже не сделала этого раньше. После этого она может уснуть.

Последующая помощь

Женщину и ребенка следует как можно скорее передать на попечение врачей на берегу. Пока их не удастся переправить на берег, нужно руководствоваться приведенными ниже советами.

Утром и вечером у женщины нужно измерять температуру и, если она поднимается выше 37,8°С, необходимо провести лечение антибиотиками. Если температура остается нормальной и женщина чувствует себя хорошо, то спустя 24 ч после родов она должна ежедневно на некоторое время вставать с постели. Она должна есть обычную пищу и пить много жидкости, включая молоко. В первые дни после родов нужно следить за работой мочевого пузыря и кишечника. В первое время женщине бывает трудно мочиться из-за растяжения мышц и общей болезненности урогенитальной области. Ее следует успокоить и подбодрить, сказав, что это пройдет.

В начале женщине бывает легче мочиться, сидя в теплой ванне. Если через 3 дня после родов нет стула, женщине следует дать легкое слабительное.

Ребенка следует приложить к материнской груди вскоре после родов и затем делать это достаточно часто. Молоко обычно появляется на 2-й или 3-й день после родов. При каждом кормлении ребенка нужно прикладывать к обеим грудям на 7-10 мин. В первые несколько дней жизни ребенок обычно теряет в весе, но к 10-му дню восстанавливается тот вес, с которым он родился.

Фрагмент для ознакомления

Через 24 ч ребенка нужно искупать. Приготовьте ванночку с теплой водой, туалетное мыло и фланелевую пеленку. Положите ребенка на полотенце и аккуратно вымойте лицо, голову и тело для того, чтобы снять белое, похожее на воск вещество, которым покрыта его кожа. Участок вокруг перевязанной пуповины мыть нельзя. Для защиты от попадания воды его следует накрыть стерильной салфеткой. Затем тельце ребенка осторожно высушивают путем промокания полотенцем, а на пуповину накладывают свежую стерильную салфетку. Салфетку нужно менять через 2-3 дня. Обычно пуповина отпадает примерно на десятый день.

Преждевременные роды

Ребенок, родившийся преждевременно или с очень низким весом (менее 2 кг), нуждается в особом уходе. Его следует держать в теплом месте и давать ему грудное молоко. Лучше всего чтобы ребенок лежал рядом с матерью. Мать и ребенка необходимо как можно скорее эвакуировать.

Глава 12. Кораблекрушения

Оставление судна

Основная причина гибели людей на море – гипотермия. Температура воды существенно ниже температуры тела. Поэтому человек, оказавшийся в воде, начинает терять тепло, что приводит к снижению температуры внутренних органов. По мере снижения температуры внутренних органов и развития гипотермии (см. с. 258) увеличивается вероятность фибрилляции желудочков и остановки сердца.

Степень опасности, которую генерализованная гипотермия представляет для жизни, зависит от температуры воды и продолжительности пребывания в ней. Последствия переохлаждения зависят от места кораблекрушения, времени года, длительности пребывания в воде и проявляемой при этом активности, а также теплоизоляции тела (количеством жировой ткани и одежды).

Практические советы людям, вынужденным покинуть судно, приведены в специальной брошюре, опубликованной IMO.

1. Наденьте на себя как можно больше теплой одежды, прежде всего старайтесь укрыть голову, шею, кисти и стопы.
2. При наличии спасательного костюма наденьте его поверх теплой одежды.

Неавторизованный вариант

3. Если спасательный костюм не обладает плавучестью, наденьте спасательный жилет и убедитесь в том, что он правильно закреплен.
4. Всякий человек, подверженный морской болезни, до или сразу же после посадки на аварийное плавсредство должен принять соответствующее лекарство. Морская болезнь сильно снижает шансы на выживание; вследствие рвоты вы будете терять драгоценную влагу; морская болезнь делает человека более чувствительным к гипотермии.
5. По возможности избегайте погружения в воду, например старайтесь сесть в шлюпку, опускаемую с помощью шлюпбалки, на посадочной палубе.
6. Если погружение в воду неизбежно, не прыгайте с высоты более 5 м. Старайтесь уменьшить шок, связанный с внезапным погружением в холодную воду. Он может вызвать быструю смерть или привести к неконтролируемому увеличению частоты дыхания, в результате вода может попасть в легкие. Если прыгнуть в воду необходимо, прижмите локти к туловищу, одной ладонью закройте нос и рот, а другой крепко прижмите ее к лицу.
7. Оказавшись в воде, будь то случайно или будучи вынужденным покинуть терпящее бедствие судно, постарайтесь сориентироваться и определить местонахождение корабля, спасательных шлюпок, плотов, других людей и любых плавающих предметов. Застегните одежду как можно раньше после того, как вы оказались в воде, прежде чем руки перестанут слушаться.
8. Находясь в воде, плывите только в тех случаях, когда вам нужно приблизиться к аварийному плавсредству, другому человеку или плавающему предмету, на который вы сможете взобраться. Бесцельное плавание будет лишь выкачивать теплую воду, находящуюся между вашим телом и слоями одежды, тем самым увеличивая скорость охлаждения тела. При движении рук и ног происходит отток теплой крови из внутренних участков тела к наружным, в результате чего очень быстро теряется тепло. В воде следует двигаться как можно меньше, несмотря на сильные боли. Убить может не боль, а потеря тепла!
9. Положение тела в воде также влияет на сохранение тепла. Во время плавания старайтесь не делать резких движений, ноги прижмите друг к другу, локти к бокам, руки скрестите поверх спасательного жилета. В таком положении поверхность тела, контактирующая с холодной водой, становится минимальной. Старайтесь держать голову и шею над водой.

Неавторизованный перевод

10. Старайтесь как можно быстрее взобраться в спасательную шлюпку, на спасательный плот или иной плавающий предмет, чтобы уменьшить время пребывания в холодной воде.
11. Помните, что в воде тепло теряется во много раз быстрее, чем на воздухе. Поскольку эффективность теплозащиты вашей одежды сильно уменьшилась из-за того, что она намокла, старайтесь укрыться от ветра. Если удалось взобраться в спасательную шлюпку, постарайтесь накрыться брезентом или надеть неиспользуемую одежду. Для сохранения тепла нужно тесно прижаться к другим людям, находящимся в шлюпке.
12. Сохраняйте веру в спасение и не теряйте присутствия духа. Это увеличит ваши шансы дожить до прибытия спасателей. Очень многое зависит от вашей воли к жизни!
13. Не употребляйте спиртных напитков. Они не только ускоряют потерю тепла, но и ухудшают способность ориентироваться в окружающей обстановке.

Помощь на борту аварийного плавсредства

Гипотермия, вызванная пребыванием в холодной воде

Как уже отмечалось, гипотермия является ведущей причиной смерти людей, оказавшихся в холодной воде в результате кораблекрушения. Гипотермия имеет место у большинства лиц, извлеченных из холодной воды. Она проявляется резкой бледностью, нередко генерализованной ригидностью мышц, дрожью, нарушением сознания той или иной степени и шоком. Кроме того, смерть в результате утопления зачастую является следствием резкой слабости, вызванной гипотермией, и наступает раньше, чем могла бы наступить смерть, обусловленная одной лишь гипотермией.

Лечение при гипотермии зависит от состояния пострадавшего. Если у пострадавшего сохранено сознание и он ориентируется в окружающей обстановке, то с него нужно снять, несмотря на сильнейшую дрожь, всю мокрую одежду и переодеть его в сухую одежду или завернуть в одеяла. Даже лица, находящиеся в сознании, сразу после спасения могут впасть в коллапс и потерять сознание. Алкогольные напитки ни в коем случае нельзя употреблять.

В более тяжелых случаях, когда у спасенного нет дрожи и он находится в полубессознательном или бессознательном состоянии или на первый взгляд кажется мертвым, необходимо принять незамедлительные меры, направленные на спасение жизни. В таких ситуациях руководствуйтесь приведенными ниже рекомендациями:

- У человека, извлеченного из воды, сразу же проверьте дыхание. Если он не дышит, освободите дыхательные пути и немедленно при-

Ознакомительная версия

ступайте к искусственному дыханию (по методу "рот в рот" или "рот в нос").

- Избегайте излишних манипуляций; даже не снимайте со спасенного мокрой одежды; не делайте массажа.
- Постарайтесь предотвратить дальнейшую потерю тепла в результате испарения или воздействия ветра. Заверните спасенного в одеяла, положите его так, чтобы голова была ниже остального тела.

Эмоциональные факторы

Нередки случаи, когда люди оставались живы больше месяца. Самым важным фактором, от которого зависит выживание людей, потерпевших кораблекрушение, является воля к жизни. Об этом убедительно говорит опыт всех кораблекрушений. Нередко потерпевшие кораблекрушение делают, казалось бы, все мыслимые ошибки, но остаются в живых только благодаря воле к жизни.

Действия и моральная стабильность потерпевших кораблекрушение зависят в первую очередь от моральной и психологической прочности как всей группы, так и каждого отдельного человека. Группа опытных моряков, например, психологически гораздо устойчивее, чем группа шокированных происшедшим пассажиров.

С течением времени моральное состояние группы людей, ожидающих спасения на борту аварийного плавсредства, может существенно ухудшиться. Очень важно занять членов группы каким-нибудь делом. Выполнение различных поручений – уход за пострадавшими, работа с парусами, подача сигналов бедствия и т.п. отвлекает от мрачных мыслей и помогает сохранить надежду. Тот, кто находится на борту аварийного плавсредства в одиночку, должен экономить энергию и ресурсы. Людям может казаться, что они слышат голоса или видят предметы, которых на самом деле нет. Различного рода умственные упражнения помогают предотвратить возникновение таких галлюцинаций.

Нарушения психики могут возникнуть в любое время до и после спасения. Находящиеся на борту аварийного плавсредства должны распознавать психические нарушения и бороться с ними, но в первую очередь это должен делать капитан.

Страх очень быстро передается от одного человека к другому и может резко снизить шансы на выживание в открытом море. Для борьбы со страхом следует подбадривать пострадавших и других людей на борту аварийного плавсредства, давать им поручения, чтобы они были заняты каким-то делом. Панику необходимо пресекать в самом зародыше. Некоторых людей приходится даже связывать.

Солнечные ожоги

Солнечные ожоги – одна из опасностей, грозящих людям в открытом море, независимо от того, на какой широте они находятся. Тяжесть

Неавторизованный

ожогов может варьироваться от первой до третьей степени и зависимости от длительности пребывания на солнце и возможности укрыться от него. В начале возникает покраснение кожи, она отекает и становится болезненной. Этому могут сопутствовать лихорадка, тошнота, рвота, понос, слабость и даже прострация.

Для предотвращения солнечных ожогов нужно все время быть полностью одетым, а еще лучше – находиться в тени. Следует стараться не смотреть на солнце и на его отражения от воды. Лицам, находящимся на борту аварийного плавсредства, рекомендуется весь день носить темные очки. Помимо этих простейших мер предосторожности, все открытые части тела рекомендуется густо смазывать противоожоговым кремом.

Питье и питание

Если есть основания считать, что помощь придет позже чем через сутки, в первые 24 ч следует расходовать минимальное количество воды. Благодаря этому в организме находящихся на аварийном плавсредстве людей активизируются механизмы экономии воды, и в последующие дни потребность в воде снизится. У тех лиц, которые провели какое-то время в воде или наглотались морской воды, может иметь место сильная жажда, и их потребность в питье следует частично удовлетворять. По прошествии первых суток каждый человек должен потреблять пол-литра воды в сутки. В тропическом климате при наличии достаточных запасов воды ее потребление следует увеличить, чтобы компенсировать усиленную потерю, связанную с интенсивным потоотделением.

Перегрев тела

В тропических районах люди, находящиеся на борту аварийного плавсредства, могут страдать от жары. В определенных обстоятельствах усиленное потоотделение является причиной очень большой потери воды. Организм в некоторой степени приспосабливается к жаре, однако полная акклиматизация наступает лишь у немногих людей. Обезвоживание можно предотвратить сведением физической активности к минимуму в дневное время и рациональным использованием одежды в качестве тента. Лечение заключается в потреблении больших количеств воды, если это позволяют ее запасы.

Тепловой коллапс возникает в результате потери воды и солей (симптомы и лечение описаны на с. 201). Тепловые судороги представляют собой болезненные спазмы мышц конечностей, спины и живота, причиной которых является потеря солей (см. с. 200).

Тепловой (солнечный) удар – состояние, требующее оказания неотложной помощи (см. с. 199)

Нерецензированный

Неправильная версия

Медицинское оснащение спасательных шлюпок

На борту спасательных шлюпок, плотов и иных плавающих средств должен быть набор первой помощи. На тех судах, которые плавают в редко посещаемых районах океана или в холодных морях, рекомендуется иметь дополнительно расширенный набор в водонепроницаемой упаковке, который в любой момент можно было бы взять на борт спасательной шлюпки или спасательного плота.

Повреждения, вызванные воздействием холода

Холодные повреждения отдельных участков тела (лицо, конечности) возникают вследствие воздействия на ткани и мелкие кровеносные сосуды чрезмерно низких температур. Степень повреждения зависит от таких факторов, как температура, продолжительность воздействия, скорость ветра, влажность, отсутствие защитной одежды и наличие мокрой одежды. Неблагоприятные последствия воздействия холода усиливаются под влиянием таких факторов, как утомление, индивидуальная чувствительность, сопутствующие травмы, эмоциональный стресс, курение и употребление спиртных напитков.

Холодовые травмы отдельных участков тела делятся на три главные группы: ознобления, траншейную стопу и отморожения.

Ознобления

Ознобления – легкая форма холодовой травмы. Они возникают при высокой влажности и температурах выше точки замерзания воды (0-16°C). Ознобления обычно возникают на ушах, пальцах и тыльной поверхности кистей, но иногда поражают и ноги, в частности переднюю поверхность голени.

Кожа приобретает синюшный цвет, отекает, появляются зуд и болезненность при прикосновении, которая в тепле может усиливаться. При кратковременном воздействии эти изменения полностью и бесследно исчезают, однако повторяющиеся воздействия приводят к хроническим нарушениям, которые характеризуются усилением отечности кожи, дальнейшим изменением ее цвета (она становится темно-красной с фиолетовым оттенком), появлением пузырей и язв, которые медленно заживают, оставляя после себя многочисленные пигментированные рубцы.

Лечение. Для облегчения неприятных ощущений смазывайте кожу смягчающей мазью, например вазелином. Люди, подверженные обморожениям, должны избегать холода и носить шерстяные носки и перчатки.

Траншейная стопа

Эта форма холодовой травмы возникает при воздействии на ноги воды с температурой выше точки замерзания, обычно ниже 10°C, в

течение 12 ч и более. Она характерна для лиц, находящихся на аварийных плавсредствах, которые потерпели кораблекрушение при сочетании следующих неблагоприятных факторов: длительное пребывание без движения, недоедание, промокшая стесняющая одежда и плохая погода. Клинически траншейная стопа проявляется отечностью стопы и нижних голеней, онемением, покалыванием, зудом, болью, судорогами и изменением цвета кожи.

При траншейной стопе, не осложненной травмой, деструкции тканей обычно не происходит.

Лечение. После спасения пострадавших следует всячески избегать быстрого отогревания пораженных конечностей, механического повреждения кожи и нарушения целостности пузырей. Пораженные конечности ни в коем случае нельзя массировать.

Профилактика. Лица, находящиеся на аварийных плавсредствах должны делать все для того, чтобы их стопы были сухими и теплыми. Обувь нужно расшнуровать, рекомендуется несколько раз в день шевелить пальцами и делать различные движения в голеностопном суставе. По возможности следует снять обувь и укутать стопы неиспользуемой одеждой. Рекомендуется воздерживаться от курения.

Отморожения

Этим термином описываются те холодовые травмы, при которых возникают повреждения тканей, вызванных их замерзанием. Это самая тяжелая форма локальной холодовой травмы. Несмотря на то что площадь замороженного участка обычно невелика, отморожения могут охватывать обширные области тела. В наибольшей степени отморожению подвержены пальцы кистей и стоп, щеки, уши и нос. При длительном воздействии холода замораживание может распространиться на предплечья и голени. В результате образования кристаллов льда в коже и других тканях пораженный участок приобретает белый или серовато-желтый цвет. Боль может появиться вначале и затем исчезнуть. Зачастую пострадавший чувствует в пораженном участке только очень сильный холод и онемение, иногда это сопровождается покалыванием и зудом. Пострадавший может даже не догадываться об отморожении пока ему об этом не скажут. При неглубоком отморожении при нажатии на пораженный участок поверхностный слой кажется твердым, а нижележащие ткани - мягкими. При глубоком отморожении весь пораженный участок бывает твердым, как дерево, и при надавливании не сжимается. Через 12-36 ч на поверхности и в более глубоких тканях появляются волдыри. По мере оттаивания пораженный участок краснеет и опухает, позже могут развиться гангрена и омертвение тканей (некроз). Масштаб и характер отморожения можно установить только со временем. К счастью, лечение отморожений различной степени идентично, за

исключением лечения поверхностных отморожений. При поверхностном сухом отморожении пораженный участок необходимо немедленно отогреть для предотвращения замерзания глубоких тканей. Однако никогда нельзя отогревать замороженную конечность, прежде чем пострадавший будет доставлен туда, где есть все условия для быстрого отогревания (вода, источник тепла и т.п.).

При всех отморожениях нужно соблюдать определенную последовательность действий: оказание первой помощи, быстрое отогревание и лечение после оказания первой помощи.

- *Первая помощь*. Прежде всего пострадавшего необходимо как можно быстрее доставить туда, где ему смогут оказать квалифицированную помощь, и затем отогреть его. Необходимо отметить, что пострадавший может пройти значительное расстояние с замороженными стопами без особого вреда для себя. Начав отогревание, его нужно довести до конца. Всех пострадавших с локальными отморожениями нижних конечностей рекомендуется транспортировать на носилках. Повторное замерзание пораженных участков, а также ходьба с частично оттаявшими стопами могут причинить пострадавшему очень большой вред. Во время транспортировки и в начале лечения употребление спиртных напитков не допускается, поскольку они приводят к расширению капилляров кожи и усиливают потеряю тепла организмом. Никакие мази и кремы на пораженные участки тела накладывать не следует.
- *Быстрое отогревание*. Отогревание состоит из устранения воздействия холода и лечения локальной холодовой травмы. Чтобы убрать холод, нужно снять холодную и мокрую одежду, а также обувь и носки. Добавлять тепло можно из внешних и внутренних источников. Внешним источником тепла служат заранее нагретые одеяла и одежда. Если пострадавший наденет холодную одежду или ляжет в холодный спальный мешок, это приведет к быстрой потере остатков его тепла. Лучше чтобы кто-то снял с себя одежду и надел ее на пострадавшего. Точно так же нужно, чтобы кто-то предварительно нагрел своим телом спальный мешок, предназначенный для пострадавшего. Хорошим источником тепла может служить тело другого человека. Внутренним источником тепла обычно служат горячее питье и пища.
- Существуют два способа быстрого отогревания: влажный и сухой. Предпочтительнее использовать влажное быстрое отогревание, которое заключается в том, что пораженный участок тела полностью погружают в воду с температурой 40-42°С. Температуру воды нужно постоянно контролировать с помощь термометра. При отсутствии термометра человек, оказывающий пострадавшему помощь, может полить воду себе на внутреннюю поверхность запястья, чтобы опре-

Репозиторий ВГУ

делить, не слишком ли она горячая. Отогревание прекращают после того, как пораженный участок становится красным, обычно это происходит минут через двадцать. С этого момента необходимость во влажном быстром отогревании отпадает.

- Сухое отогревание занимает в 3-4 раза больше времени, чем влажное. Лучше всего это делать с помощью естественного тепла тела, например засунув кисти пострадавшего в подмышки другого человека или отдав ему свою теплую одежду. Пострадавшего можно также обдувать теплым воздухом.
- Ни в коем случае не заставляйте пострадавшего ходить и не массируйте пораженный участок тела. Температура воды не должна превышать 44°С. Нельзя прикладывать к телу снег или лед, нельзя также отогревать конечности, располагая их близко к открытому огню.
- *Лечение после оказания первой помощи*. После отогревания пораженного участка нижней конечности пострадавшего следует транспортировать только на носилках. Необходимо снять стесняющую одежду, тепло накрыть пострадавшего и создать ему условия для сна.
- После отогревания пораженный участок следует аккуратно вымыть с мылом, стараясь не повредить волдыри, и наложить сухую стерильную повязку. Для того чтобы пальцы не соприкасались друг с другом, между ними нужно поместить прокладки из сухой стерильной марли. Пострадавшего нужно уложить в постель, придать пораженному участку возвышенное положение и сделать так. чтобы на него не давило одеяло.
- Чтобы с пораженным участком не соприкасалось постельное белье и одеяла, можно использовать специальную подставку или изготовить подставку из подручных средств. Дополнительный обогрев пострадавшего не требуется.
- Для снятия боли можно дать обезболивающее.

Оказание помощи пострадавшим с гипотермией

При температуре окружающей среды ниже 20-21°С шанс человека на выживание зависит от его термоизоляции (жировая ткань и одежда), соотношения площади поверхности тела к его объему, исходного уровня метаболизма и воли к жизни.

Морская вода замерзает при -2°С. Можно считать, что в большинстве полярных районов вода со льдом имеет именно такую температуру. В такой воде температура тела очень быстро падает. Сознание сохраняется 5-7 мин, незащищенные руки перестают слушаться в течение 1-4 мин и через 10-20 мин наступает смерть. Установлено, что сильное охлаждение головы и шеи может вызвать массивное кро-

Новая версия

воизлияние в мозг, поэтому именно голову и шею нужно защищать от холода в первую очередь.

У людей, извлеченных из холодной воды, необходимо измерить ректальную температуру, поскольку это помогает точнее оценить шансы на выживание каждого конкретного человека.

В тех случаях, когда ректальная температура ниже 35°С, гипотермия постепенно вызывает снижение исходного уровня метаболизма, частоты сердечных сокращений и кровяного давления, а также неудержимую дрожь. При температуре 27-30°С возникают галлюцинации, апатия и ступор или потеря сознания, при 21-28°С наступает смерть от фибрилляции желудочков и остановки сердца.

Лечение генерализованной гипотермии следует начинать с искусственного дыхания. При очень слабом дыхании или его отсутствии, а также при отсутствии пульса на сонной артерии бывает трудно определить, жив ли пострадавший. В таких случаях всегда проводите непрямой массаж сердца и искусственное дыхание.

После того как с помощью этих мер вам удалось восстановить дыхание и сердцебиение, снимите с пострадавшего мокрую одежду и организуйте его быстрое отогревание. По возможности рекомендуется погрузить пострадавшего в ванну с водой, нагретой до 40-42°С. Если организовать отогревание в ванне невозможно, обложите пострадавшего грелками с теплой водой и накройте одеялами. Нужно следить за тем, чтобы вода не была слишком горячей, поскольку пострадавшие с гипотермией особенно подвержены ожогам. Если пострадавший находится без сознания, следите за проходимостью его дыхательных путей.

Рекомендуется отогревать внутренние органы. **Чрезвычайно важно не пытаться отогревать руки и ноги пострадавшего, поскольку отогревание конечностей вызывает приток холодной крови от них к внутренним органам, а это усугубляет холодовое повреждение последних.**

Пострадавшего необходимо поместить в ванну с горячей водой или использовать иные способы отогревания. Отогревание нужно продолжать до тех пор, пока ректальная температура не поднимется выше 35°С и не прекратится дрожь.

При большом числе пострадавших с генерализованной гипотермией помощь в первую очередь нужно оказывать тем, кто не дышит (но еще жив) и лицам, находящимся без сознания.

Необходимо внимательно наблюдать за состоянием пострадавшего с гипотермией. У таких лиц может возникнуть угнетение дыхания и кашлевых рефлексов, вследствие чего в их дыхательных путях может накапливаться слизь.

Пострадавшему нельзя давать никакого питья и еды. поскольку жидкость может попасть в легкие и, кроме того, может возникнуть рвота

Ознакомительная версия

вследствие паралича кишечника. Алкогольные напитки можно употреблять не раньше чем через 24 ч после выздоровления.

Если дыхание становится поверхностным или медленным, приступайте к искусственному дыханию по методу "рот в рот". У человека с гипотермией, находящегося без сознания, пульс и кровяное давление следует измерять каждые 15 мин, а ректальную температуру - каждые полчаса.

Через 12-24 ч после того, как к пострадавшему вернется сознание, он должен каждые 6 ч в течение 5 дней принимать по 500 мг тетрациклина. Необходимо как можно быстрее эвакуировать пострадавшего в медицинское учреждение.

Загрязнение нефтью

Очищать кожу от нефти следует не раньше, чем пострадавший согреется и придет в себя (исключение составляют участки вокруг рта и глаз). Пострадавшие, перенесшие гипотермию, должны принять теплый душ или ванну и полностью сменить одежду. Затем их тело следует вытереть мягкими хлопчатобумажными или бумажными полотенцами с целью удаления как можно большего количества нефти. Участки травм или ожогов нужно вытирать с большой осторожностью или вообще не трогать. Затем с помощью сильной струи теплой воды нужно постараться удалить основную массу нефти. Для мытья головы и тела рекомендуется использовать шампунь. Проявляя терпение и настойчивость, с помощью хорошего туалетного мыла можно в конце концов полностью очистить тело от нефти. Нельзя применять растворители, чистящие средства, керосин и прочие вещества, не предназначенные для обработки кожи. Разрешается, однако, использовать желеобразные чистящие средства, предназначенные для этой цели. Однако лучше всего удалять нефть путем ее терпеливого механического снятия с помощью полотенец, душа, шампуня и туалетного мыла.

Обезвоживание и истощение

Лица, потерпевшие кораблекрушение и находившиеся несколько суток на аварийных плавсредствах, могут страдать от обезвоживания. Те, кто пробыл в открытом море несколько недель, могут, кроме того, быть истощены. Устранять обезвоживание и истощение следует с осторожностью. Вначале давайте пострадавшим солевой раствор для пероральной регидратации или сладкие напитки в таких количествах, которые вызывали бы выделение одного литра мочи в сутки. В умеренном климате (и в помещениях с кондиционированным воздухом) это составляет около 2 л в день. В теплую погоду, когда пострадавший сильно потеет, количество жидкости следует увеличивать. В первые 2 дня необходимо ограничиться лишь жидкой пищей (вода с сахаром, мо-

Неправильная

локо, протертый суп). Затем можно постепенно вводить небольшие количества обычной пищи.

Такую диету следует соблюдать до тех пор, пока пострадавший не будет эвакуирован в больницу или осмотрен врачом.

Глава 13. Смерть в море

Помощь умирающему

Бывает так, что смерть предотвратить невозможно, но и в этой ситуации необходимо стараться избавить умирающего от страданий и боли, окружить его вниманием и заботой и защищать его человеческое достоинство. Постарайтесь сделать все для того, чтобы умирающий был умиротворен душой и не испытывал физических страданий.

Признаки смерти

Никогда не считайте кого-либо мертвым, пока вы и другие не убедитесь в наличии перечисленных ниже признаков смерти.

- Остановка сердца. Пульс не определяется, сердцебиения не слышно. Приложите ухо к левой половине груди на уровне соска и внимательно прислушайтесь. Если вы не знаете, что должно быть слышно, предварительно приложите ухо к левой половине груди живого человека. Для того чтобы убедиться в прекращении кровообращения, туго обвяжите палец ниткой. У живого человека палец становится синюшным, у покойника он остается белым. При легком нажатии на ноготь живого человека он становится бледным, а после прекращения надавливания приобретает прежнюю окраску. У покойника этого не происходит.
- Прекращение дыхания. Приблизьте свое ухо ко рту и носу больного. Если он мертв, вы не услышите движения воздуха и не увидите поднимания и опускания грудной клетки и живота. Зеркало, приложенное ко рту и носу живого человека, запотевает, если же человек мертв, этого не происходит.
- Глаза становятся тусклыми, а кожа бледной. Зрачки расширены и не сужаются при сильном освещении.

Это самые первые признаки смерти, позднее появляются и другие.

- Трупное окоченение, возникает обычно через 3-4 ч после смерти. Скорость возникновения трупного окоченения зависит от окружающей температуры. Трупное окоченение сохраняется 2-3 дня и сильнее всего выражено в области нижней челюсти, локтевого и коленного суставов.

Незавершенный перевод

- Трупные пятна. Под влиянием земного притяжения кровь скапливается в нижних частях трупа. Так. если после смерти труп лежит на спине, красноватые или фиолетовые пятна, напоминающие кровоподтеки, возникают на спине и задней поверхности конечностей. На основании расположения трупных пятен можно установить, в какой позе труп находился после смерти.
- Мутная роговица. У живого человека роговица прозрачна. Она становится мутной примерно через 15 ч после смерти.
- Разложение. Изменения, обусловленные разложением трупа, становятся заметными через 2-3 дня после смерти и обычно вначале появляются на животе в виде зеленоватых пятен.

Предупреждение: ложная смерть

Человек, принявший чрезмерное количество седативных средств или транквилизаторов, либо страдающий гипотермией, может выглядеть мертвым, хотя на самом деле он жив. Подобного рода ошибки случались. Внимательно обследуйте пострадавшего на предмет обнаружения дыхания, пульса, сердцебиения и иных признаков жизни.

Причина смерти

Очень важно попытаться установить причину смерти. Причины смерти можно разделить на две основные группы:

- естественные, например болезнь;
- травмы, которые могут быть случайными и преднамеренными.

Если человек заболел или получил травму, находясь на борту судна, необходимо завести историю болезни, в которой должны быть указаны все обстоятельства получения травмы, характер болезни, ее течение и проводимое лечение. История болезни может сыграть важную роль в случае проведения в последующем расследовании. В последующем может возникнуть необходимость в проведении медико-юридического расследования, даже если в момент смерти не было явных или подозрительных криминальных ситуаций.

Опознание трупа

В тех случаях, когда сохранить труп не представляется возможным и его необходимо похоронить в море, необходимо исследовать тело и подробно записать все находки, которые позднее могут пригодиться для опознания. Это должны делать как минимум два человека.

Одежда

Снимите с тела всю одежду, не разрезая и не разрывая ее. Составьте перечень всех предметов одежды, обращая внимание на инициалы или имена, которыми могут быть помечены эти предметы. В этот перечень необходимо включить также все бумаги, бумажник, деньги и прочие предметы. Все мокрые предметы следует высушить и затем по-

Неправительственная

ложить в пластиковый мешок, который нужно запечатать, пометить и хранить с тем, чтобы в ближайшем порту передать полиции. Одежду необходимо высушить, свернуть и пометить. При передаче одежды и иных предметов властям сверьте предметы по списку и получите соответствующую расписку.

Обследование трупа

Внимательно осмотрите труп и запишите следующие данные: раса, цвет кожи, приблизительный возраст, рост.

Для измерения роста положите труп так, чтобы ноги были полностью вытянуты. Сделайте две отметки на полу, одну на уровне пяток, вторую на уровне темени, измерьте и запишите расстояние между двумя отметками.

Далее отметьте телосложение трупа (полный, худой, истощенный, мускулистый и т. п.).

Осмотрите лицо и голову. Отметьте длину и цвет волос, опишите брови и растительность на лице. Опишите цвет кожи (например, загорелая, бледная, багровая и т.п). цвет глаз и форму носа. Откройте рот и осмотрите зубы, запишите их число, особенно отмечая кариозные и отсутствующие зубы. Зубные протезы необходимо снять, вымыть и хранить вместе с другими вещами для будущего расследования.

Осмотрите тело и опишите все родинки, бородавки, шрамы или деформации, связанные с травмами.

Отметьте локализацию рубцов, их длину и ширину, пользуясь, при необходимости, схемой. Отметьте, обрезана ли крайняя плоть. Подробно опишите татуировки и перепишите все буквы и слова. Отметьте размер, расположение, общий вид и цвет татуировок. Опишите обнаруженные раны и кровоподтеки; постарайтесь установить, могут ли они быть причиной смерти. Отметьте точное расположение, глубину и размеры всех ран.

Опишите характер ран: ровные резаные, рваные, пулевые и т. п. Обратите внимание на наличие копоти на коже или одежде со стороны входного пулевого отверстия. Проверьте, есть ли выходное отверстие. Ощупайте кожу вокруг раны в поисках пули и в случае ее обнаружения опишите ее расположение. Посмотрите внимательно, есть ли вокруг раны кровоподтеки, признаки имевшего место кровотечения из раны, такие, как сгустки крови, пятна крови на окружающей рану коже, на одежде, а также на месте, где был обнаружен труп. Это поможет отличить раны, причиненные при жизни (они кровоточат) от посмертных, которые не кровоточат. Опишите обнаруженные переломы костей и признаки болезней.

Незавершенный вариант

Фотографирование

Сфотографируйте с разных точек труп на том месте, где он был обнаружен. После того как труп уберут, сделайте несколько фотографий места происшествия для того, чтобы запечатлеть пятна крови на полу и иные детали. Сделайте общий снимок обнаженного трупа, а также сфотографируйте крупным планом раны, рубцы, повреждения, татуировки и т.п. Постарайтесь сфотографировать все, что, по вашему мнению, будет способствовать опознанию тела или представляет интерес для установления причины смерти. Не забудьте сделать соответствующие записи в судовом журнале.

Время смерти

Точные записи о времени осмотра трупа и о перечисленных ниже изменениях помогут позднее установить время наступления смерти.

Отметьте, есть ли трупное окоченение.

Осмотрите труп на предмет обнаружения признаков разложения, самыми ранними из которых являются зеленые или зеленоватые пятна в нижней части живота. Позднее эти пятна распространяются на все тело, от трупа исходит зловоние. Если разложение дошло до такой степени, некоторые данные, необходимые для опознания, получить невозможно.

Похороны в море

Если нет подозрений на преступление или сохранить труп невозможно, тело предают морю. Покойного традиционно зашивали в парусину, а под коленями к парусине привязывали колосники для утяжеления. На современных судах колосников и парусины нет. При поисках замены следует помнить, что саван должен быть сделан из прочного материала, а груз должен быть достаточно тяжелым, чтобы покойный быстро погрузился в воду. В материале нужно сделать отверстия для выхода газов, образующихся при разложении.

После завершения всех приготовлений покойного следует положить на помост, один конец которого должен опираться на ограждение борта, а второй на козлы или иную подставку После этого покойного покрывают флагом корабля, один конец которого должен быть закреплен на внутреннем конце помоста. Деревянные бруски, прибитые к нижней части помоста и упирающиеся в ограждение борта, не дадут помосту сползти за борт. По приказу поднимают внутренний конец помоста, и тело соскользывает из-под флага в море.

При передаче семье сообщения о том, что тело предано морю, капитан судна должен указать долготу и широту места, где состоялись похороны. Кроме того, капитан должен узнать у родственников, хотят

Неавторизованная версия

ли они наряду с личными вещами покойного получить флаг, которым он был накрыт.

Глава 17. Лекарства и аптечка

Сохраняйте инструкции от всех лекарств и внимательно прочтите инструкцию, принимая решение о выборе и приеме лекарства.

Одни лекарства нужно принимать до еды, другие запивать большим количеством жидкости. Чтобы лечение было наиболее эффективным, необходимо соблюдать соответствующие указания в инструкции. При лечении многими препаратами необходимо поддерживать в крови постоянную концентрацию лекарства. Для этого лекарство лучше принимать через равные промежутки времени, например каждые 6 ч. Если время приема пропущено и уже приближается следующий срок, не следует принимать двойную дозу.

Если курс лечение пройден, но больной не поправился, не следует просто продолжать давать те же лекарства; рекомендуется посоветоваться по радио с врачом.

Нерациональное использование лекарств может причинить вместо пользы вред. Ни одно лекарство не следует принимать беспорядочно.

Побочные эффекты и взаимодействия лекарств

Многие лекарства вызывают побочные эффекты, гиперчувствительность или аллергию. Аллергические реакции и их лечение описаны на с. 136.

Серьезные проблемы могут возникать вследствие взаимодействия лекарств друг с другом, в частности, к опасным последствиям может привести комбинация успокоительных средств (транквилизаторов). Важно помнить, что этиловый спирт также является депрессантом ЦНС и что употребление его, даже в умеренном количестве, на фоне приема других депрессантов ЦНС очень опасно. Воздержаться от употребления алкоголя лучше при приеме любых лекарств.

Большинство лекарств, перечень которых дан в настоящем руководстве, не вызывают заметных побочных эффектов. Небольшая тошнота, легкая диарея или слабая сыпь не должны быть основанием к прекращению приема назначенных лекарств в точном соответствии с правилами, приведенными в настоящем руководстве, или с рекомендациями врача. Если побочные эффекты резко выражены, их не следует игнорировать, и нужно принять решение о прекращении или изменении лечения.

Незавершенный перевод

Лечение детей

В течение часа после приема ребенком любого лекарства необходимо следить за его общим состоянием. Если у ребенка появляется слабость или меняются пульс и дыхание, посоветуйтесь с врачом по радио, прежде чем давать очередную дозу лекарства.

Таблетки, предназначенные для взрослых, нужно разделить на соответствующие доли, истолочь, смешать с чем-либо сладким или молоком и в таком виде дать маленькому ребенку. Давайте ребенку дозу, указанную в инструкции к препарату для его возраста, а при отсутствии таких данных: 1-4 года: 1/3 дозы для взрослого, 4-10 лет: 1/2 дозы для взрослого, 10-15 лет: 3/4 дозы для взрослого.

Анальгетики (обезболивающие)

Для судовой аптечки доступны только разрешенные к свободному обращению анальгетики ненаркотического действия, не позволяющие снять сильную боль. Анальгетики этого вида оказывают одновременно противовоспалительное и жаропонижающее действие.

Рекомендуется иметь в составе аптечки несколько анальгетиков, отличающихся по своим свойствам: анальгин, парацетамол, ацетилсалициловая кислота, цитрамон, ибупрофен, темпалгин. Более эффективны смешанные препараты, содержащие различные анальгетики, например, пенталгин (продается по рецепту, так как содержит кодеин).

Парацетамол

Обычная доза: 2 таблетки, в случае необходимости через каждые 6 ч. Это лекарство хорошо облегчает боль, его могут принимать больные, которые не переносят ацетилсалициловую кислоту.

Антибиотики

Общие положения

Антибиотики (противомикробные препараты) должны приниматься регулярно и в рекомендованной инструкцией дозировке. Снижение дозировки недопустимо. Прием антибиотика не следует прекращать при улучшении состояния больного. Обычная длительность лечения 5-7 дней. Необходим полный курс, даже если на третий день больному стало гораздо легче. Преждевременное прекращение лечения может привести к обострению болезни. Если в инструкции не сказано иначе, необходимо продолжать лечение 2 дня после исчезновения симптомов болезни. При отсутствии эффекта от препарата необходимо посоветоваться с врачом о возможной замене.

Выбор антибиотика

Используйте антибиотик, которым заболевший лечился ранее и знает, что данный препарат не вызывает у него аллергии и выраженных

Неофициальная версия

побочных реакций. Для небольшой команды такие сведения должны быть собраны заранее и учтены при комплектовании судовой аптечки. При их отсутствии используйте ципрофлоксацин или доксициклин. Не рекомендуется использование пенициллинов из-за более частых аллергических реакций и устойчивости бактерий к пенициллинам, широкого применявшимся многие годы. Некоторые антибиотики противопоказаны при беременности и лактации, а также детям младшего возраста — прочтите инструкцию к лекарству.

Общие сведения о применении антибиотиков даны ниже в таблице. Один и тот же антибиотик может иметь разлные торговые названия, например, азитромицин — азивок, зимакс, сумамед и др.

Часто используемые антибиотики

Группа 1. Пенициллины: оксациллин, ампициллин.
Группа 2. Фторхинолоны: ципрофлоксацин, левофлоксацин.
Группа 3. Цефалоспорины: цефуроксим, цефаклор.
Группа 4. Макролиды и азалиды: азитромицин, эритромицин.
Группа 5. Тетрациклины: тетрациклин, доксициклин.

Инфекции	**1 гр.**	**2 гр.**	**3 гр.**	**4 гр.**	**5 гр.**
Кожи и мягких тканей (раны, ожоги, абсцессы, язвы)	+	+	+	+	+
Органов дыхания (бронхит, пневмония)	+	+	+	+	+
ЛОР органов (отит, гайморит, фарингит, тонзиллит и др.)		+	+	+	+
Почек и мочевыводящих путей	+	+	+		+
Половых органов (простатит, сальпингит, гонорея и др.)		+	+	+	+
Брюшной полости (ЖКТ, желчных путей, перитонит, тиф, холера)		+			+

В широком смысле слова к антибиотикам (антибактериальным средствам) относят также многие другие препараты, например, сульфаниламиды и такие препараты, как грамицидин, фуразолидон и пр.

Национальный Вариант

Аптечка

Сохраните и поместите в аптечку инструкции от всех приобретенных для нее лекарств.

В таблицу ниже включены препараты общего назначения. О лекарствах, назначенных для лечения хронических заболеваний, а также привычных для себя (эффективных и не вызывающих аллергии), каждый член экипажа должен позаботиться самостоятельно или сообщить лицу, ответственному за комплектацию общей аптечки.

Подобная аптечка может служить как в плавании (походе), так и в качестве домашней. В таблице указаны минимальные количества лекарств, которые должны быть достаточны для лечения в течение нескольких дней для экипажа из 2 чел., совершающего плавание длительностью до месяца в районах, где при необходимости возможно как пополнение аптечки, так и оперативное обращение за медицинской помощью. При более многочисленном экипаже увеличьте количество; для длительного плавания, особенно с посещением отдаленных и малоразвитых регионов, значительно увеличьте запас лекарств. К вам могут обратиться за помощью экипажи других яхт или местные жители.

В состав аптечки не включены средства, которые могут быть отнесены скорее к гигиеническим и косметическим: противосолнечные и защитные кремы для кожи, лосьоны, шампуни, репелленты, зубные пасты, интимные кремы и т. п. Влажные салфетки с дезинфицирующим действием хороши для очистки и ухода за руками и телом, особенно в холодном климате или при дефиците пресной воды, когда мытье возможно лишь изредка. Все это важно для поддержания здоровья и комфорта.

На судне или в путешествии не всегда есть возможность питаться свежими продуктами, поэтому необходимо приобрести и регулярно принимать поливитамины. Можно рекомендовать для путешественников универсальный комплекс Аэровит.

Таблица 6. Состав аптечки.

Наименование лекарства или лекарств	**К-во**	**Примечание**
Наружные		
Йод, настойка спиртовая 2,5%	Флакон или фломастер	Смазывание кожи вокруг ран, порезов и мелких ссадин. Не наносить на раны.

Неправильный перевод

Перекись водорода 3% раствор	Флакон	Антисептик, останавливает небольшие кровотечения, в т.ч. из носа. Можно обрабатывать раны.
Хлоргексидин концентрат	Флакон	Антисептик. 1% - дезинфекция оборудования и кожи, 0,5% - обработка ран, ожогов, инфицированных потертостей и т. п. 0,2% полоскания рта и горла, профилактика венерических инфекций. Не рекомендуется применять вместе с йодом.
Фурацилин	20 табл.	Антисептик. Растворяется в горячей воде. Для влажно-высыхающих повязок, полоскания горла.
Спирт медицинский.	Флакон	Антисептик. Для дезинфекции рук приготовить 70% раствор.
Калия перманганат	5 г	Антисептик, обеззараживание воды.
Пантенол	Спрей	При ожогах и обширных поверхностных повреждениях кожи.
Бальзам «спасатель»	Тюбик	При ушибах, ссадинах, ожогах и пр.
Клей медицинский		Обработка мелких ссадин и царапин.
Детская присыпка, тальк		Лечение опрелостей
Ауробин или др. кортикостероидный крем, мазь (гидрокортизон, фторокорт).	Тюбик	Дерматиты, лишай, воспаления кожи, укусы насекомых. Раздражение в области заднего прохода. Не рекомендуется наносить на обширные поверхности и применять длительно.

Несанкционированный фрагмент

Для лечения глаз		
Сульфацил натрия (альбуцид) капли глазные 20% раствор стерильный в капельницах по 1 мл	3 шт.	Противомикробное средство, сульфаниламид. Конъюнктивит, воспаление при попадании грязи.
Гидрокортизоновая мазь глазная		Воспаление глазного яблока при ненарушенной роговице, при физ. и хим. воздействиях.
Анальгетики, жаропонижающие		
Цитрамон, ацетилсалициловая кислота (аспирин)	20 табл.	Цитрамон (смесь ацетилсалициловой к-ты, парацетамола и кофеина) несколько эффективнее как анальгетик.
Парацетамол, предпочтительны препараты для горячего питья (колдрекс, терафлю, ленсип, ринзасип и пр.)	таблетки, пакеты	Жаропонижающее, слабый анальгетик. Выпускается в смеси с добавками для приготовления горячего питья, ослабляющего симптомы простуды и гриппа. Не превышать рекомендуемую в инструкции дозировку!
Пенталгин, Пенталгин - Н	20 табл.	Комбинированное обезболивающее
Анальгин	20 табл.	Обезболивающее
Антибактериальные препараты		
Грамидин	20 табл.	Антибактериальный препарат, таблетки для рассасывания при боли в горле.
Доксициклина гидрохлорид, таблетки по 100 мг.	20 табл.	Сильнодействующий антибиотик.

Неавторизованный Вариант

Фуразолидон по 50 мг	20 табл.	Антибактериальный препарат для ЖКТ
Ципрофлоксацин по 250 мг, 100 шт.	20 табл.	Сильнодействующий антибиотик.
Прочее		
Соли для пероральной регидратации в пакетиках или таблетках	10 шт.	Возмещение потерь жидкости при рвоте и диарее
Уголь активированный	50 табл.	Адсорбент
Бензилбензоат мазь	Тюбик	Противопаразитарное (чесотка, педикулез)
Нитроглицерин, таблетки по 0.5 мг.	20 шт.	При боли в сердце. Хранить при т-ре до 25°С
Тавегил (супрастин, кларитин)	20 табл.	Противоаллергические средства
Нафтизин (ксилен, галазолин и др.)	1 фл.	Капли в нос (при заложенности, для остановки кровотечения).

Отдельные лекарства

Ацетилсалициловая кислота (аспирин)

Предостережение. Предпочтительно заменить парацетамолом.

Ацетилсалициловую кислоту не следует принимать при язве и других проблемах с желудком, нарушениями пищеварения. Некоторые люди обладают повышенной чувствительностью к ацетилсалициловой кислоте, которая может вызвать у них сыпь, головокружение и тошноту.

Показания. Для облегчения болей при таких болезнях, как грипп, простуда и синусит. Для снятия головной боли, невралгии, мышечных болей, болей в суставах; как жаропонижающее средство.

Применение и дозировка. до 500 мг, в случае необходимости повторную дозу можно принять через 6 ч. Для уменьшения поражения стенок желудка таблетки ацетилсалициловой кислоты нельзя глотать не разжевывая, лучше измельчить и запивать аспирин молоком, или растворить в воде со щепоткой соды, или принимать с пищей.

Неварварный вариант

Гидрокортизоновая мазь

Показания. Для облегчения состояния при некоторых кожных болезнях, сыпях, воспалениях кожи.

Глазная гидрокортизоновая мазь – для уменьшения воспаления при различных физ. и хим. воздействиях, при неповрежденной роговице.

Противопоказания. Нельзя применять лечить больных ветряной оспой и лиц, страдающих системными инфекциями. Не применять длительное время.

Применение и дозировка. На очищенный пораженный участок кожи наносят тонкий слой мази 2-4 раза в сутки. Мазь следует слегка втирать, а кожу перед каждым нанесением нужно очистить. Глазную мазь наносят в небольшом к-ве под нижнее веко несколько раз в сутки.

Предупреждение. Глазную мазь можно использовать для лечения кожи, но обычную 1% мазь нельзя закладывать в глаза.

Сульфацил натрия (альбуцид), глазные капли

Показания. Противомикробный сульфамидный препарат местного применения. Лечение воспалений передних отделов глаза (конъюнктивитов и пр.). Профилактика воспаления глаз при попадании пыли, песка, инородного тела.

Применение. Закапывают по 1-2 капли несколько раз в день, уменьшая частоту по мере стихания воспаления. При закапывании ощущается резкое жжение, затем быстро наступает облегчение.

Доксициклин, таблетки или капсулы по 100 мг

Показания. Инфекции дыхательных путей (фарингит, бронхиты, пневмония, абсцесс легкого), ЛОР-органов (отит, тонзиллит, синусит и пр.), мочеполовой системы (цистит, пиелонефрит, простатит, уретрит, гонорея и др.), желчных путей и ЖКТ (холецистит, дизентерия, диарея путешественников), кожи и мягких тканей (абсцессы, фурункулы, панариции, ожоги, раны и др.).

Инфекции глаз, сифилис, иерсиниоз, риккетсиоз, хламидиоз, тифы, боррелиоз, туляремия, холера, малярия и др. Профилактика малярии при путешествиях до 4 мес. на территориях со штаммами, устойчивыми к хлорохину.

Противопоказания. Беременность (II-III триместры), лактация, дети до 8 лет.

Применение и дозировка. Для взрослых и детей массой более 45 кг 200 мг в первый день лечения (по 100 мг через 12 ч), далее 100 мг в сутки. При тяжелых инфекциях мочевыводящих путей, половых органов 200 мг/сут (до 4-х недель).

Взаимодействия. Адсорбцию снижают антациды и молочные продукты.

Неавторизованный фрагмент

Особые указания. Для предотвращения раздражения и изъязвления ЖКТ рекомендуется прием с большим количеством жидкости, пищей. Ограничить пребывание на солнце во время лечения и 4-5 дней после него (фотосенсибилизация).

Калия перманганат (марганцевокислый калий)

Применение. Наружное. Раствор используют для дезинфекции кожи и слизистых оболочек, а также для лечения некоторых кожных болезней.

Предостережение. При попадании крепкого раствора или кристаллика внутрь вызывает ожог слизистой и отравление.

Лидокаина гидрохлорид для инъекций, 1% раствор

Применение. Для местной анестезии при мелких хирургических вмешательствах. Для предотвращения случайного попадания в вену подкожные инъекции делайте медленно, как показано на рис. 66-67.

Предостережение. Лидокаин нельзя вводить больным, у которых ранее имели место аллергические реакции на какой-либо местный анестетик, поскольку у них могут возникнуть опасные побочные эффекты. При проведении местной анестезии наготове должны быть шприцы с адреналином и гидрокортизоном. Лидокаин, оставшийся в открытой ампуле, выбрасывают.

Фундизол, мазь с бензойной и салициловой кислотами

Применение. Наружное, для лечения грибковых поражений кожи. При нанесении на кожу вызывает шелушение наружных ее слоев (кератолиз). Крем следует накладывать на пораженный участок один-два раза в день.

Метронидазол, таблетки по 200 мг

Применение. Для лечения сальпингита и других женских болезней, а также амебной дизентерии.

Дозировка: при женских болезнях обычно по 1 таблетке каждые 8 ч в течение 2 нед.

Предостережение: во время лечения метронидазолом воздерживаться от употребления спиртных напитков. Женщины с сальпингитом, принимающие метронидазол, должны воздерживаться от половых сношений.

Нитроглицерин, таблетки по 0,5 мг

Применение. Для снятия острого приступа стенокардии. Одна таблетка, положенная под язык в момент возникновения боли в груди, обычно полностью снимает боль через 1-3 мин. Нитроглицерин может вызывать приливы и пульсирующую головную боль. Это лекарство можно принимать с часовыми перерывами несколько раз в день без вреда для больного. Больной, у которого под языком находится таблетка нитроглицерина, должен сидеть.

Неразрешенное размещение

Предостережение. Нитроглицерин нельзя давать больным с глаукомой. Нитроглицерин летуч, таблетки теряют активность под влиянием воздуха, высокой температуры и влаги.

Парацетамол, таблетки по 500 мг, порошки

Применение: для снятия боли и снижения температуры. Парацетамол обладает такой же обезболивающей способностью, как и ацетилсалициловая кислота, и является эффективным жаропонижающим средством. Удобны порошки на основе парацетамола с сахаром, фруктовыми и витаминными добавками для приготовления горячего питья, облегчающего симптомы простуды. Выпускаются под многочисленными товарными марками (Колдрекс, Ринзасип и пр.)

Дозировка. По 2 таблетки или 1 порция напитка, при необходимости через каждые 6 ч.

Предостережение. Не следует превышать указанную дозировку, это может быть опасно.

Сульфаметоксазол + триметоприм (400 мг + 80 мг) в таблетках

Применение. Для лечения инфекций мочевыводящих путей

Дозировка для взрослых. По 1-2 таблетки каждые 12 ч в течение 7 дней. Каждую таблетку необходимо запивать полным стаканом воды. Дозы, применяемые для лечения болезней, передаваемых половым путем, указаны в главе 7.

Предостережение. Лекарство нельзя давать младенцам, беременным, больным хроническими болезнями почек и печени, бронхиальной астмой и лицам, страдающим аллергией. Больной должен пить много жидкости для предотвращения возникновения камней. Возможные побочные реакции: тошнота, головная боль, сыпь. При возникновении аллергической реакции прием лекарства необходимо прекратить. Во время лечения избегать пребывания на солнце.

Уголь активированный в таблетках

Применение. Применяют на первых стадиях лечения большинства отравлений, в том числе при расстройствах пищеварения. Активированный уголь адсорбирует многие яды.

Дозировка. По 2-4 таблетки.

Фуразолидон, таблетки по 50 мг

Антибактериальный препарат.

Дозировка. При дизентерии, паратифе, пищевых токсикоинфекциях у взрослых применяют по 50-150 мг 4 раза/сут в течение 5-10 дней.

Предостережение. С осторожностью применяют у пациентов с нарушениями функции почек. При приеме фуразолидона недопустимо принимать алкоголь.

Предварительный просмотр

Хинина сульфат, таблетки по 300 мг

Применение. Для лечения острых приступов малярии. Хинина сульфат не используют для профилактики или подавления малярии.

Дозировка. Больной с острыми приступами малярии должен принимать по 2 таблетки каждые 8 ч до тех пор, пока не попадет к врачу. Если лечение приходится продолжать более 10 дней, посоветуйтесь с врачом по радио. Для уменьшения возможного раздражения желудка это лекарство рекомендуется принимать после еды.

Предостережение. Хинина сульфат может вызывать токсические побочные эффекты, такие, как шум в ушах, головная боль, головокружение. Большие дозы иногда приводят к снижению слуха и глухоте. Могут наблюдаться также покраснение кожи, нарушение зрения, обильное потоотделение, боль в животе, тошнота, рвота, диарея, делирий, судороги и коллапс.

Хлорохина фосфат, таблетки по 250 мг (таблетка содержит 150 мг хлорохина основания)

Применение. Для профилактики и лечения малярии.

Дозировка. Подробности (включая дозы для детей) приведены в разделе "Малярия", с. 123.

Предостережение. Иногда прием 1,5-2,0 г вызывает отравление. У детей половина этого количества может привести к смерти.

Прием профилактических и лечебных доз хлорохина может сопровождаться незначительными побочными эффектами, например тошнотой и рвотой (особенно если лекарство принято на пустой желудок), а иногда зудом. Указанные симптомы исчезают после прекращения приема хлорохина.

Ципрофлоксацин (ципролет, цифран), таблетки по 250 мг

Показания. Инфекции дыхательных путей, ЛОР-органов, почек и мочеполовой системы, гинекологические, желчных путей, ролости рта, ЖКТ, кожи и мягких тканей, костей и суставов, гонорея.

Противопоказания. Беременность, лактация, детский и подростковый возраст.

Применение и дозировка. По 250-500 мг 2 раза в сутки. Обильное питье.

Особые указания. С осторожностью назначать при нарушениях мозгового кровообращения. Ограничить пребывание на солнце (фотосенсибилизация).

Эритромицин, таблетки по 250 мг

Применение. Для лечения различных инфекций верхних и нижних дыхательных путей; инфекций полости рта, десен и зубов; инфекций уха. горла и носа.

Медицинская энциклопедия

Дозировка. По одной таблетке 4 раза в сутки (при тяжелых инфекциях можно принимать по 2 таблетки). После исчезновения симптомов инфекции лечение продолжают в течение 2 дней.

Предостережение. Если возникает кожная сыпь, прием эритромицина следует прекратить. У некоторых больных эритромицин вызывает неприятные ощущения в животе, схваткообразные боли, тошноту и рвоту, но эти побочные эффекты затем обычно ослабевают.

Инструменты и материалы

В табл. 7 указаны инструменты и материалы, которые рекомендуется иметь в судовой аптечке.борту судна, и их минимальное количество, которое должны быть достаточно для лечения в течение нескольких дней небольшого экипажа, совершающего плавание в районах, где при необходимости возможно пополнение запасов.

Таблица 7. Инструменты и материалы для походной аптечки

Описание предмета	К-во	Примечания
Лупа 4-8 - кратная	1	
Пинцет	1	
Ножницы	1	
Термометр медицинский	1	
Жгут резиновый	1	
Скальпель малый	1	Можно заменить бритв. лезвиями.
Материалы		
Лейкопластырь в рулонах, ширина 2 см и 5 см.	2	
Лейкопластырь бактерицидный (полоски)	30	
Салфетки кровеостанавливающие с фурагином	3	Колетекс-гем, Активтекс-АКФ
Салфетки для инфицированных ран с фурагином и хлоргексидином Активтекс ХФ	3	
Салфетки антисептич. с обезболиванием	3	Содержат лидокаин.

Ознакомительный вариант

Активтекс ФЛ, ХЛ		
Бинт марлевый, стерильный, 3 см, 5 см, 10 см	5	
Вата хлопковая, стерильная. 50 г	1	
Вата нестерильная, 100 г	1	
Индивидуальный перевязочный пакет	2	
Бинт эластичный 5 см	1	
Трубчатые марлевые бинты, разных размеров	5	Для фиксации повязок.
Напалечники резиновые	5	

Незавершенный вариант

Приложения

1. Анатомия и физиология человека

Кожа

Кожа состоит из наружного слоя (эпидермис) и глубокого слоя (дерма). В последнем находятся потовые железы, волосяные фолликулы, а также окончания чувствительных и болевых нервов. Наружный слой плотный, он служит защитой внутреннему, в котором расположены чувствительные нервные окончания. Кожа содержит многочисленные потовые железы, корни волос и железы, которые вырабатывают вещества, смазывающие кожу и волосы.

Скелет

Череп состоит из большого числа костей, неподвижно соединенных друг с другом, исключение составляет нижняя челюсть, которая движется в суставах, расположенных впереди ушной раковины. Череп покоится на верхнем конце позвоночника, состоящего из ряда расположенных друг над другом небольших костей, называемых позвонками. Внутри позвоночника находится спинной мозг; на уровне каждого позвонка от спинного мозга отходят нервы. На нижнем конце позвоночника находится таз, состоящий из тазовых костей и поддерживающий органы брюшной полости. С наружной стороны каждой газовой кости имеется полукруглое углубление, в которое входит закругленная головка бедренной кости, образуя шаровидный тазобедренный сустав.

Нижний конец бедренной кости вместе с верхним концом большеберцовой кости (которая легко прощупывается над кожей голени) образует блоковидный коленный сустав.

Впереди коленного сустава находится надколенник (коленная чашечка). Нижние концы большеберцовой и малоберцовой костей соединяются со стопой, образуя голеностопный сустав. Стопа состоит из большого числа мелких костей разной формы.

С каждой стороны к позвоночнику прикреплены 12 ребер. Ребра, за исключением двух нижних, имеют полукруглую форму, одним концом прикрепляясь к позвоночнику, а другим к грудине. Передние концы двух самых нижних ребер не прикрепляются к грудине.

Ребра вместе с грудным отделом позвоночника и грудиной образуют грудную клетку, в которой находятся легкие, сердце и другие внутренние органы. Когда человек делает глубокий вдох, ребра движутся вперед и наружу, благодаря чему грудная клетка расширяется. Грудина, плоская и похожая на кинжал кость, располагается непосредственно под кожей в передней части грудной клетки, и к ее верхнему

Неавторизованная версия

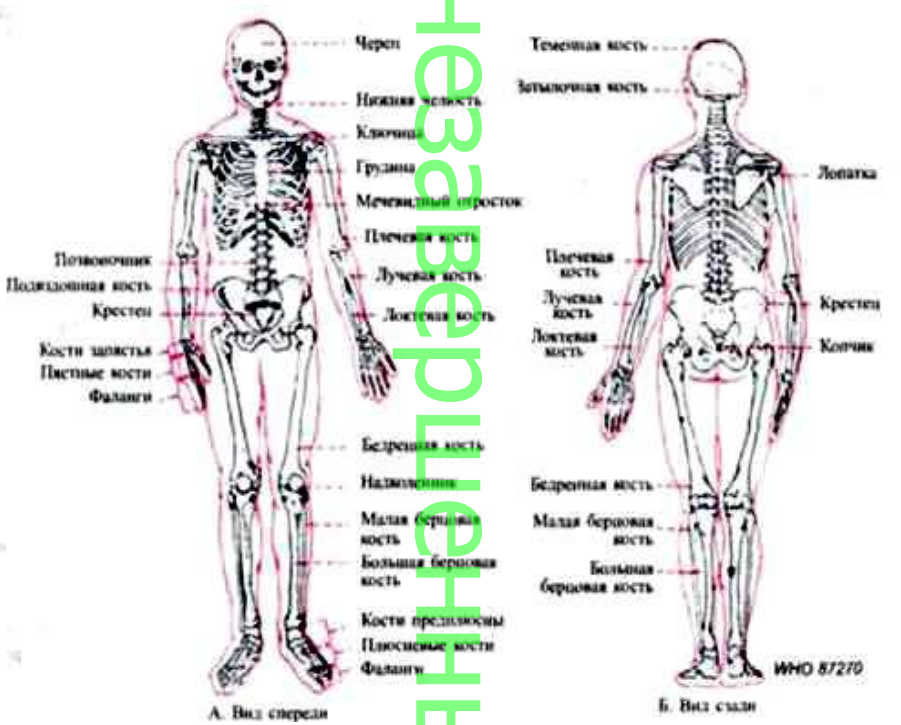


Рис. 92: Скелет.

краю прикрепляются с каждой стороны ключицы. Ключицы расположены горизонтально и действуют наподобие балки, удерживая в правильном положении плечевой сустав.

Наружный конец ключицы соединяется с лопаткой, плоской костью треугольной формы, расположенной в верхней и наружной части спины. В каждой лопатке имеется небольшое углубление, куда входит закругленный верхний конец плечевой кости, образуя плечевой сустав. Нижний конец плечевой кости образует вместе с локтевой и лучевой костями локтевой сустав. Нижние концы локтевой и лучевой костей соединяются с костями кисти, образуя лучезапястный сустав.

Кровеносная система (сердце и сосуды)

В организме человека находится около 5 литров крови, которая циркулирует по всем органам и тканям. Кровь движется по сосудам благодаря сокращению сердца, которое представляет собой своеобразный мышечный насос размером примерно с кулак. Сердце находится в грудной клетке позади грудины, располагаясь между легкими в основном в левой половине грудной клетки. Оно состоит из двух ча-

Незавершенный перевод

стей; правая часть получает венозную кровь и прокачивает ее через легкие, где она, проходя по мельчайшим сосудам (капиллярам), отдает углекислый газ и насыщается кислородом.

Обогащенная кислородом кровь попадает в левую половину сердца и оттуда по артериям закачивается во все участки организма. Артериальная кровь снабжает органы и ткани кислородом, питательными веществами, водой и солями; она имеет ярко-красный цвет. Арте-

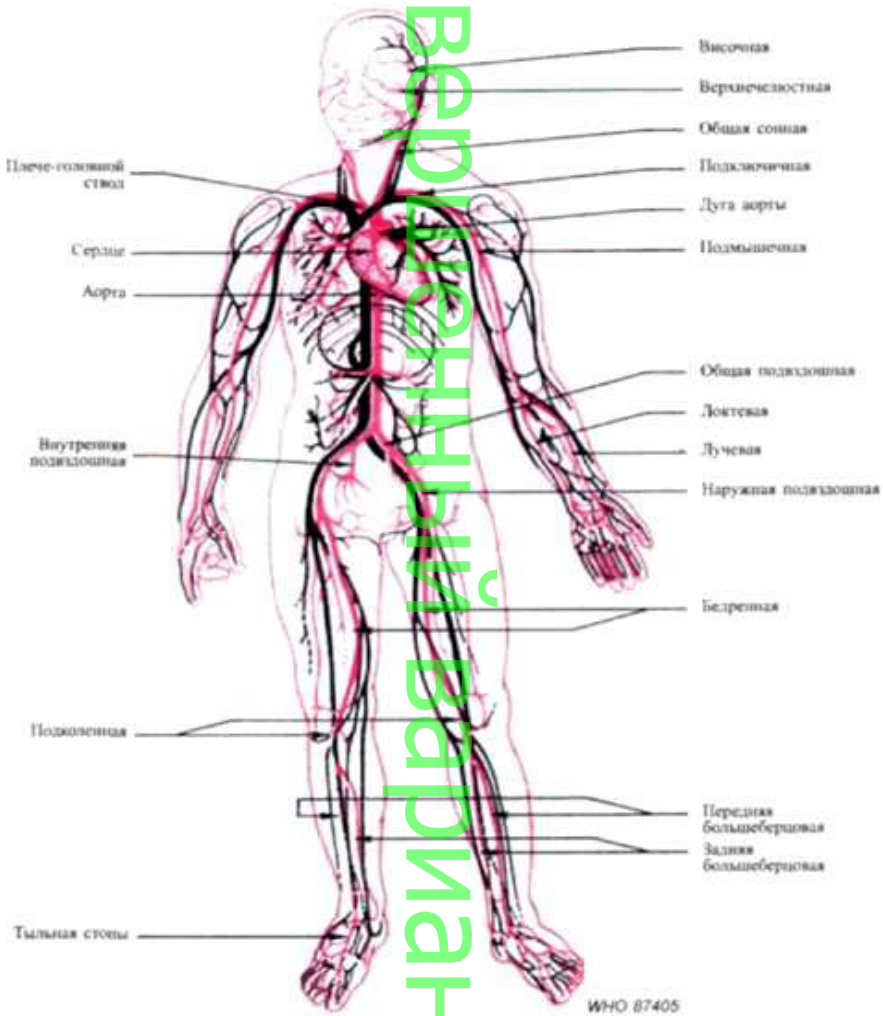


Рис. 93: Кровеносная система. Указаны названия основных артерий (артерии окрашены в красный цвет, вены - в черный).

Ознакомительный вариант

рии имеют вид толстостенных трубок, диаметр которых уменьшается по мере удаления от сердца. В тканях расположены мельчайшие кровеносные сосуды, называемые капиллярами. Кровь, отдав тканям кислород и другие вещества и насытившись углекислым газом, приобретает темный цвет. Такая кровь по капиллярам поступает в вены (тонкостенные сосуды), которые несут ее обратно в правую половину сердца.

Часть крови поступает в сосуды желудка и кишечника и, обогатившись питательными веществами, переносит их на хранение в печень. По артериям кровь поступает также в почки, где она очищается от различных "отходов", которые выводятся из организма с мочой.

При движении крови по артериям они пульсируют с такой же частотой, с какой сокращается сердце. Средняя нормальная частота пульса равна примерно 70 ударов в минуту, а при возбуждении, переживаниях, физической нагрузке, лихорадке и различных болезнях пульс становится более частым.

Дыхательная система

При каждом вдохе воздух (содержащий кислород) проходит через нос или рот и через гортань попадает в трахею. Трахея делится на два главных бронха, каждый из которых затем делится на множество более мелких бронхов, пронизывающих легочную ткань (рис. 93). По бронхам и более мелким трубкам воздух попадает в мельчайшие воздушные полости, называемые альвеолами, каждая из которых окружена капиллярами. Здесь кровь отдает углекислый газ и обогащается кислородом. Во время выдоха воздух проходит назад по дыхательным путям. Каждое легкое покрыто особой оболочкой, плеврой. Такой же оболочкой выстлана и внутренняя сторона грудной клетки. Эти два слоя плевры во время дыхания легко скользят друг по другу.

Легкие похожи на эластичные губки, воздушные полости которых расширяются при вдохе

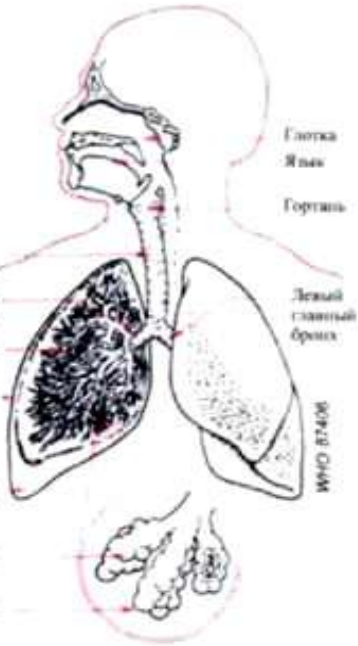


Рис. 94: Дыхательная система.

Ознакомительный вариант

и уменьшаются при выдохе. Многие люди думают, что акт дыхания обусловлен движением ребер наружу и внутрь, но основная работа совершается благодаря движению диафрагмы вверх и вниз. Диафрагма – большая куполообразная перегородка, отделяющая грудную клетку от брюшной полости. При сокращении мышц диафрагмы ее купол уплощается, и легкие опускаются, благодаря чему в них входит воздух; при расслаблении мышц диафрагмы ее купол выгибается, легкие сжимаются, и воздух из них выходит наружу. Мышцы живота также участвуют в акте дыхания. При их сокращении органы брюшной полости прижимаются к диафрагме, способствуя выдоху, а благодаря расслаблению брюшных мышц усиливается опускание диафрагмы и увеличивается вдох.

Здоровый человек обычно делает 16-18 дыхательных движений в минуту, но при физической нагрузке и некоторых болезнях, особенно тех, которые поражают сердце и легкие, частота дыхания значительно увеличивается.

Пищеварительная система и органы брюшной полости

Во рту пища пережевывается и увлажняется слюной; содержащиеся в слюне вещества дают начало процессу пищеварения. Затем пережеванная пища благодаря движению языка попадает в глотку и оттуда в пищевод – мышечную трубку, расположенную сзади трахеи. Пищевод проходит в задней части грудной клетки между легкими, пересекает диафрагму и заканчивается в верхней части желудка.

Как видно из рис. 95, желудок расположен главным образом в левой верхней части брюшной полости, частично сзади хрящей нижних левых ребер и непосредственно под сердцем. На пищу, попавшую в желудок, действуют различные пищеварительные вещества (ферменты), а стенки желудка то сокращаются, то расслабляются, благодаря чему пища хорошо перемешивается. У взрослого человека емкость желудка равна примерно 1 л.

Из желудка частично переваренная пища попадает в тонкую кишку, где она смешивается с другими пищеварительными ферментами, в частности с ферментами, которые вырабатываются печенью и поджелудочной железой. В тонкой кишке, длина которой равна примерно 6 м, всасываются питательные вещества и вода, а остатки пищи попадают в толстую кишку, которая соединяется с тонкой кишкой в правой нижней части живота. В самом начале толстой кишки расположен червеобразный отросток (аппендикс). В толстой кишке происходит дальнейшее всасывание воды из остатков пищи. Нижний конец толстой кишки соединяется с прямой кишкой, где окончательно формируется кал, который и выводится из организма через задний проход.

Ознакомительный фрагмент

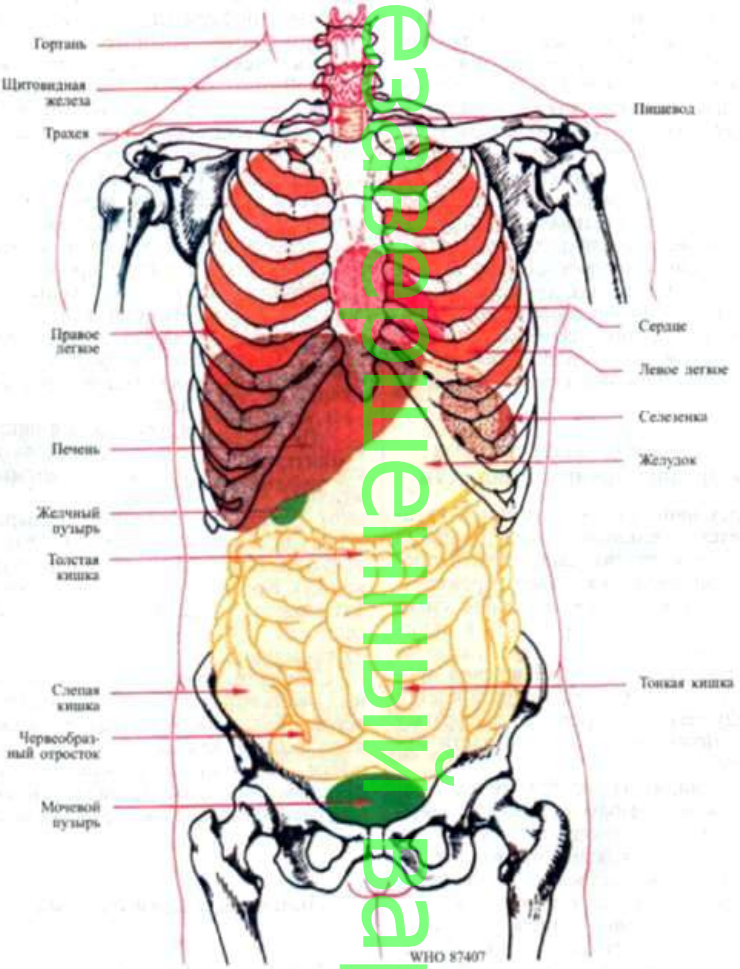


Рис. 95: Органы грудной клетки и брюшной полости. Вид спереди.

Печень секретирует важный пищеварительный сок (зеленовато-коричневатая жидкость) называемый желчью. Желчь собирается в небольшом резервуаре (желчном пузыре), а оттуда попадает в верхнюю часть тонкой кишки (в двенадцатиперстную кишку). Кроме того, в печени перерабатываются и хранятся питательные вещества, поступающие туда с кровью из кишечника.

Неразрешенный вариант

Селезенка – плотный овальный формы орган в верхней левой области живота; она расположена позади желудка и выше левой почки. Функция селезёнки связана главным образом с кроветворением, при некоторых болезнях она увеличивается.

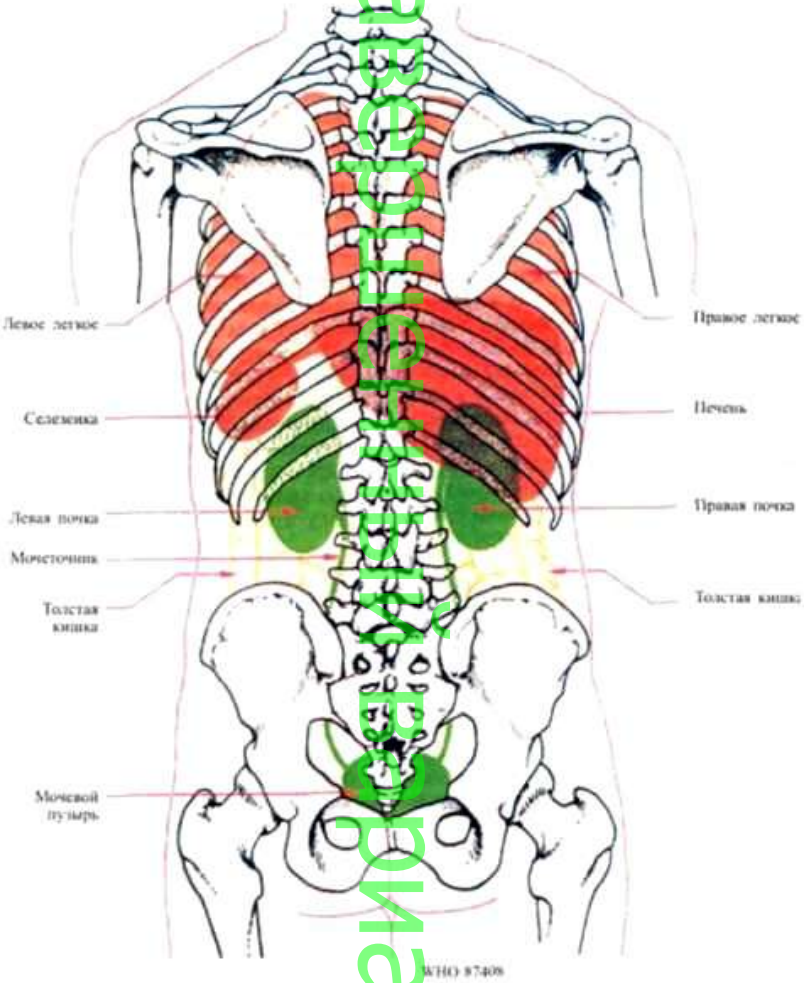


Рис. 96: Органы грудной клетки и брюшной полости. Вид сзади.

Ознакомительный вариант

Мочевыводящая система

Почки расположены сбоку от позвоночника в верхней части брюшной полости. Они удаляют из крови воду и продукты распада, которые выводятся из организма в виде мочи. Моча вытекает из почки по небольшой трубке, называемой мочеточником, нижний конец каждого мочеточника соединен с мочевым пузырем. Мочевой пузырь представляет собой мускульный мешок и расположен в передней части тазовой полости. Моча накапливается в мочевом пузыре и через мочеиспускательный канал (уретру) выводится наружу.

Нервная система

Нервная система состоит из головного мозга, спинного мозга и отходящих от них нервов.

Спинной мозг также состоит из нервной ткани; он выходит из головного мозга через отверстие в основании черепа и проходит по каналу в позвоночнике. Спинной мозг содержит линии связи между головным мозгом и различными частями тела, а также ряд местных нервных центров. Через определенные интервалы от спинного мозга отходят нервные стволы, содержащие как двигательные, так и чувствительные нервные волокна; эти нервные волокна, соединенные с мышцами, кожей и другими органами.

Вегетативная нервная система

Вегетативная нервная система – тонкая сеть нервов, которые помогают контролировать функции различных внутренних органов. В этой системе также есть локальные нервные центры, например солнечное сплетение, расположенное в верхней части живота позади желудка. Вегетативная нервная система имеет связи с определенными отделами головного мозга, но неподконтрольна воле человека и действует автономно. Она регулирует частоту сердечных сокращений в соответствии с потребностями различных систем организма в конкретный момент времени. Она также контролирует функцию мышц желудка и кишечника, частоту и глубину дыхания.

Репозиторий ГГМУ

2. Области тела

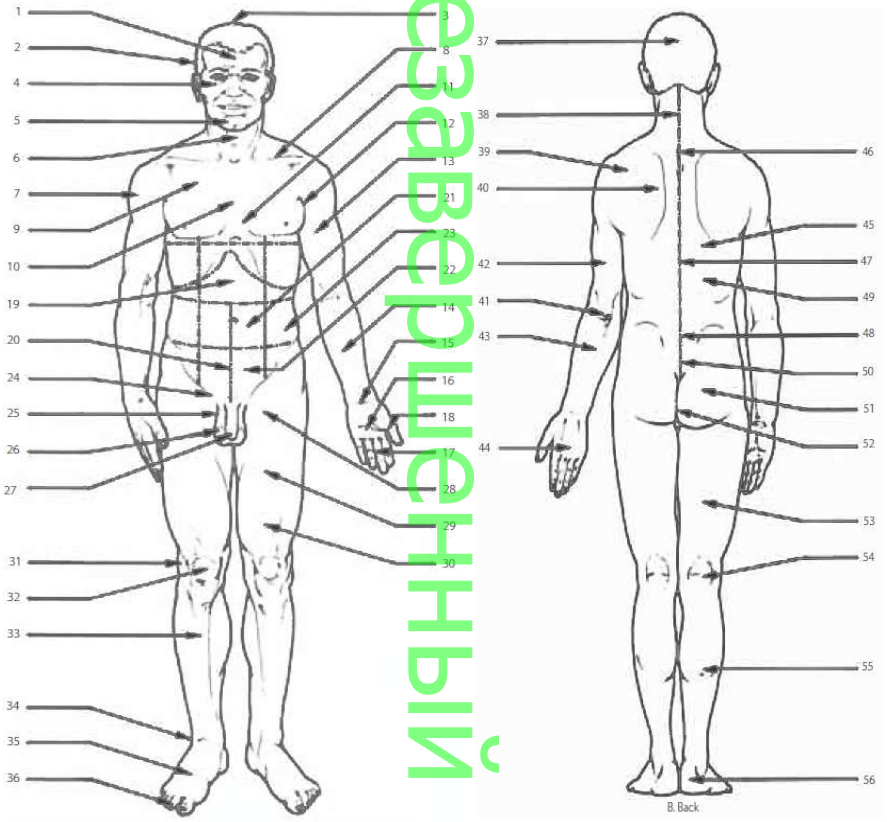


Рис. 97: Названия областей тела.

1	Передняя область головы	Frontal region of head
2	Боковая область головы	Side of head
3	Верхняя область головы	Top of head
4	Лицо	Face
5	Нижняя челюсть	Jaw
6	Шея (передняя область)	Neck (front)
7	Плечевой пояс	Shoulder
8	Ключица	Clavicle
9	Грудь	Chest
10	Область грудины	Mid-chest
11	Сердце	Heart
12	Подмышечная область	Armpit
13	Область плеча	Upper arm

Несанкционированный вариант

Незавершенный вариант

14	Область предплечья	Forearm
15	Область запястья	Wrist
16	Ладонь	Palm of hand
17	Пальцы	Fingers
18	Большой палец	Thumb
19	Центр.верх.обл. живота	Central upper abdomen
20	Центр.нижн. обл. живота	Central lower abdomen
21	Верхняя область живота	Upper abdomen
22	Нижняя область живота	Lower abdomen
23	Боковая область живота	Lateral abdomen
24	Паховая область	Croin
25	Мошонка	Scrotum
26	Яички	Testicles
27	Половой член	Penis
28	Верхняя область бедра	Upper thigh
29	Средняя область бедра	Middle thigh
30	Нижняя область бедра	Lower thigh
31	Колено	Knee
32	Надколенник	Patella
33	Передняя область голени	Front of leg
34	Голеностопный сустав	Ankie
35	Стопа	Foot
36	Пальцы стопы	Toes
37	Задняя область головы	Back of head
38	Задняя область шеи	Back of neck
39	Задн. область плечевого пояса	Back of shoulder
40	Область лопатки	Scapula regin
41	Локоть	Elbow
42	Задняя обл. плеча	Back upper arm
43	Задняя обл. предплечья	Back of lower arm
44	Тыльная область кисти	Back of hand
45	Задн. нижняя обл. груди	Lower chest region
46	Позвоночник, верх. часть	Spinal column, upper
47	Позвоночник, сред. часть	Spinal column, middle
48	Позвоночник, нижн. часть	Spinal column, lower
49	Поясничная область	Lumbar (kidney) region
50	Крестцовая область	Sacral region
51	Ягодица	Buttock
52	Задний проход	Anus
53	Задняя область бедра	Back of thigh
54	Задняя область колена	Back of knee
55	Икра	Calf
56	Пятка	Heel

3. Меры массы и объема

Масса

1 кг = 1000 г ≈ 2,2 фунта (lb); 453 г ≈ 1 lb
1 г = 1000 мг ≈ 16 гранов (гр); 1 гран = 60 мг
28 г ≈ 1 унция(oz), 1 унция (oz) ≈ 480 гранов (гр),
Не спутайте 1 грамм (г) и 1 гран (1 гр)!

Объем

1 литр(л) = 1000 миллилитров (мл) ≈ 35,2 жидких унций (США), ≈ 34 жидкие унции (США)
1 пинта = 568 мл (британская), 473 мл (американская)
1 жидкая унция = 28 мл (брит.), 30 мл (США)
5 мл = 1 чайная ложка

4. Дезинфекция воды

Дезинфекция системы питьевой воды хлором

Насколько возможно вычистите резервуар для воды и промойте его и распределительную систему. Определите объем воды, необходимый для полного заполнения водяной системы. Дезинфекция производится раствором с содержанием хлора 50 мг/л, для приготовления которого можно использовать хлорную известь или раствор гипохлорита натрия. На 100 л воды необходимо 7 г хлорной извести (25%) или 50 мл заводского раствора гипохлорита натрия.

Хлорную известь разведите в 0,5 — 1 л воды и дайте раствору отстояться в течение 30 мин, чтобы нерастворившиеся частицы осели на дно. Влейте прозрачную жидкость (раствор хлора) в водяной танк и сразу же заполните его целиком питьевой водой. Сильный напор воды обеспечит хорошее перемешивание. Откройте краны системы, находящиеся ближе всего к резервуарам, и дайте воде стечь до появления хлорированной воды. Постепенно открывайте краны распределительной системы до тех пор, пока все они не будут промыты хлорированной водой. Нужно проследить за тем, чтобы резервуар для подачи воды также был заполнен хлорированной водой. Поскольку некоторое ее количество уйдет на промывку распределительной системы, в резервуар необходимо добавить воду до перелива и, при необходимости, добавить также раствор хлора, чтобы его концентрация составляла 50 мг/л.

Резервуары и система распределения должны быть заполнены хлорированной водой не менее 4 ч. При нехватке времени можно сократить обработку до 1 ч, увеличив концентрацию хлора до 100 мг/л. По прошествии указанного срока необходимо слить хлорированную воду

Неразрешенная публикация

из резервуаров и системы распределения и промывать их питьевой водой до тех пор, пока вытекающая вода перестанет пахнуть хлором.

Способы обеззараживания питьевой воды

Воду для питья необходимо кипятить или использовать бутилированную воду. Вода из водопровода в марине или порту может иметь самое разное качество – например, в Скандинавии она пригодна для питья, во многих других районах мира водопроводная вода может содержать большое количество загрязнений и патогенных микроорганизмов. То же относится и к воде из природных источников (родников, колодцев, ручьев.

Для обеззараживания воды, кроме кипячения, могут использоваться различные методы. Остановимся на использовании фильтров и хлорировании. Фильтрование не обеспечивает обеззараживание воды, если только не применяется мембранный фильтр с субмикроскопическими отверстиями, задерживающий, в том числе, бактерии и вирусы. Такие мембраны используются в осмотических опреснителях, но полученная стерильная вода может вновь оказаться загрязненной, если проходит через грязную распределительную систему. Широко распространенные бытовые фильтры не могут гарантировать полную очистку от опасных микроорганизмов.

Хлорировать питьевую воду на яхте или в полевых условиях постоянно не рекомендуется, поскольку это может приводить к образованию токсичных соединений (диоксинов), накапливающихся в организме.

При необходимости обеззараживания воды без кипячения используются специально предназначенные для питьевой воды таблетки, выделяющие хлор (пантоцид, галазон).

1. Профильтруйте воду, что необходимо для очистки от механических загрязнений и относительно крупных микроорганизмов (например, яиц гельминтов), более устойчивых к хлору, чем бактерии и вирусы.

2. Растворите в воде пантоцид из расчета 1 таблетка на 0,5 л, для явно загрязненной воды 2 табл. Обеззараживание происходит в течение 15 мин.

Можно провести обеззараживание грязной воды, растворив в закипающей воде щепотку перманганата калия и дав ей покипеть 1-2 минуты. После остывания и оседания хлопьевидного осадка двуокиси марганца и окисливших примесей вода должна быть прозрачной, без следов розового цвета. Слейте отстоявшуюся воду в чистую посуду.

Ознакомительный фрагмент

Предметный указатель

Абсцесс....229
  перитонзиллярный....152
Адреналин....137
Алкоголь....81
  опьянение....81
  похмелье....82
Аллергия....136
Анальгетики....272
Анатомия....284
Анафилактический шок....137
Ангина....151
Антибиотики....272
Аппендицит....**138,** 146
Артрит подагрический....209
Асептика....107
Аскаридоз....173
Аспирин....277
Астма....164
Асфиксия....46
Ацетилсалициловая кислота...277
Баланит....233
Белая горячка....82
Беременность....247
  внематочная....248
Бешенство....112
Блефарит....177
Боль....
  в горле....151
  в груди....153
  в животе....140
  в сердце....157
  в спине....161
  в яичках....162
  головная....179
  зубная....196
Ботулизм....163
Бронхит....165
Бубон....134
Вагиноз....236
Варикозное расширение вен...167
Вегетативная нерв. система....291
Ветряная оспа....115
Взрыв, повреждения....45
Влагалище....
  выделения....235, 248, 250
  кровотечение....144, **247**
Водно-солевой баланс....96
  обезвоживание....96
  раствор для регидратации...97
Возбудители инфекций....109
Возгорание одежды....27
Воспаление....
  десны....197
  желчного пузыря....231
  лимфатической системы....168
  мочевого пузыря и почек....149
  мошонки....234
  ногтевого валика....186
  подкожной ткани....232
  тазовых органов....235
  яичек (орхит)....135
Восстановл. кишечной флоры.215
Вши....**201,** 240
Вывихи....71
Высокая температура....171
Гвоздичное масло....196
Гельминтозы....172
Геморрой....174
Генитальные бородавки....236
Генитальные язвы....237
Гепатит....115
  инфекционный (А)....116
  сывороточный (В)....117
Герпес....175, 194
  генитальный....237
Гидрокортизоновая мазь....278
Гипертония....171
Гипотермия....258, 264
Глаз....
  болезни....175

Незавершенный вариант

введение лекарств.....105
засорение.....64
ожог ультрафиолетом 66
ожоги.....65
Травмы.....62
холодные компрессы.....101
Голень.....
отеки.....160
перелом.....42
флебит.....167
Голова.....
головная боль.....179
Перелом костей черепа.....31
травмы.....57
Грипп.....118
Грыжи.....179
Делирий.....83
Депрессия.....211
Дерматит.....191
Дерматомикоз.....187
Диарея.....213
Дизентерия.....118
Дифтерия.....119
Доксициклин.....278
Дыхание.....13
дыхательная система.....287
искусственное.....15
Жгут.....24
Желтая лихорадка.....120
Желтуха.....116, 120, **181**
Задержка мочи.....150
Задний проход.....174, 182
Запор.....183
Зуб мудрости.....197
Зубы и полость рта.....
болезни.....195
травмы.....68
Зубы и полость рта, травмы....195
Импетиго.....192
Инсульт.....183
Инфаркт миокарда.....158
Инфекции кисти.....185
Инъекции.....
внутримышечные.....104
подкожные.....103
Искусственное.....15
Исследование.....
кала.....99
мокроты.....100
рвотных масс.....101
Ишиас.....195
Карбункул.....229
Кашель.....186
Кератит.....178
Клещи.....224
Кожа.....284
Кожные болезни.....187
Колика.....
желчная.....181
кишечная.....146
почечная 148
Кома.....
гипогликемическая.....217
диабетическая.....217
уремическая.....12
Конъюнктивит.....177
Корь.....122
Крапивница.....189
Краснуха.....121
Кровотечение.....22
в полости рта.....68
внутреннее.....67
из носа, губ, языка.....67
из носа, сильное.....68
из уха.....66
при варикозе.....167
сильное.....22
Крючка удаление.....74
Ларингит.....152
Легкие.....287
Лидокаин.....279
Лимфаденит.....169
Лимфангит.....169
Лихорадка денге.....122
Лишай опоясывающий.....190
Малярия.....123

Незавершенный вариант

Мастоидит....228
Менингококковый менингит....127
Менструация....246
Метронидазол....206, 279
Мигрень....179
Миконазола нитрат....234
Мононуклеоз инфекционный ..121
Морская болезнь....193
Морские ежи....223
Мочевой пузырь....148
Мочи задержка....150
Невралгия....194
Невралгия лицевого нерва....194
Неврит....194
Непроходимость кишечника....146
Нефрит....150
Нефть, удаление с кожи....266
Нитроглицерин....279
Нос, травмы....67
Обезвоживание....266
Обеззараживание воды....295
Обморок....195
Ожоги....68
дыхательных путей....71
солнечные....70
термические....27, 68
химические....28
электрические....27
Орхит....135
Освобождение дых. путей....16
Остеохондроз....216
Отеки....198
Отит....228
Отравления....76
моллюсками....219
пищевые....213
рифовыми рыбами....219
Паралич....36, 184
Парацетамол....280
Паховый дерматомикоз....187
Переломы....**28,** 31
Переноска пострадавшего....48
Перикоронит....197
Перитонит....205
Пирантел....173
Пищеварительная система....288
Плеврит....206
Плевродиния....207
Пломба, выпадение....196
Пневмония....207
Пневмоторакс....208
Повязки....73
Подагра....209
Позвоночник, перелом....35
Постит....233
Потница....191
Почки....147, 291
Проктит....241
Пролежни....94
Простуда....208
Психические болезни....209
Пульс....14, **90**
Раны....49
Расстройства пищеварения....212
Растяжения....72
Ревматизм....
мышечный....216
острый....215
хронический....216
Сальпингит....249
Сахарный диабет....217
Свинка....135
Селезенка....290
Сенная лихорадка....138
Сердечная недостаточность....160
Сердце, непрямой массаж 18
Сибирская язва....129
Сигуатера....219
Сикоз....190
Синусит....219
Сифилис....242
Скарлатина....130
Скелет....284
Сотрясение мозга....58
СПИД....243
Стенокардия....157

Незавершенный вариант

Столбняк....130
Сульфаметоксазол....280
Сульфацил натрия....278
Тахикардия....159
Твердый шанкр....242
Теносиновит запястья....220
Тепловой (солнечный) удар....199
Тепловой коллапс....201
Тиф....113
Тонзиллит....151
Точки прижатия артерий....24
Трахома....178
Трещины....191
Трихинеллез....173
Туберкулез....131
Уголь активированный....280
Укусы и ужаления....221
Уретрит....244
Ухо....
болезни....226
исследование....225
строение....224
травмы....66
ушная сера....226
Уход за лежачим....93
Фаренгейта шкала....90
Флебит....167
Фундизол....279
Фуразолидон....280
Фурункул....229
Хинин....281
Хлорохин....281
Холера....132
Холецистит....231
Холод....
применение для лечения....101
холодовые повреждения....261
Цепни....173
Ципрофлоксацин....281
Цистит....149
Челюсть, перелом....31
Череп, переломы....59
Чесотка....188, 246
Чума....133
Шея, перелом....37
Шины....33, 35, 42, 44
Шок....26
анафилактический....137
Эпидермофития....192
Эризипелоид....135
Эритромицин....281
Язва....
генитальная....233
пептическая....202, 203
прободная 204
Ячмень....178

Незавершенный вариант