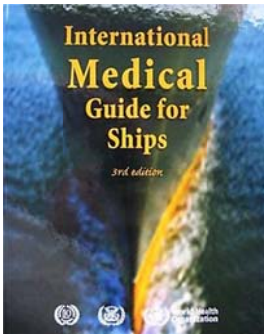


## Глава 9. Первая медицинская помощь



Первая помощь - это неотложное лечение больного и пострадавшего до того, как ему будет оказана квалифицированная медицинская помощь. Первую помощь оказывают для спасения жизни больного, предотвращения дополнительного травмирования, устранения шока и облегчения боли. При некоторых состояниях, таких как сильное кровотечение или асфиксия, для спасения жизни помощь необходимо оказать незамедлительно. В таких ситуациях промедление даже в несколько секунд может стоить пострадавшему жизни. Однако при большинстве травм и других неотложных состояний оказание помощи без угрозы для жизни пострадавшего или больного можно начать через несколько минут, которые необходимы для того, чтобы найти члена команды, владеющего навыками оказания первой помощи, или подобрать необходимые медицинские материалы и оборудование.

Навыками оказания первой помощи должны владеть *все члены команды*. Они должны обладать достаточными знаниями в этой области, уметь применять меры первой помощи, а также уметь распознать те случаи, когда лечение без опасности для жизни больного или пострадавшего можно отложить до прибытия более квалифицированного персонала.

### Очередность действий

Обнаружив пострадавшего:

- позаботьтесь о собственной безопасности, чтобы не стать очередной жертвой;
- при необходимости вынесете пострадавшего из опасного места или устраните саму опасность (при этом необходимо соблюдать изложенные ниже правила обращения с пострадавшим в замкнутом пространстве). В тех случаях, когда бессознательное состояние или сильное кровотечение имеет место только у одного пострадавшего (независимо от общего числа пострадавших), окажите незамедлительную помощь только ему и затем пошлите за помощью.

Если пострадавший находится в замкнутом пространстве, не пытайтесь проникнуть туда самостоятельно. Вызовите помощь и сообщите вахтенному помощнику. Не исключено, что атмосфера в замкнутом пространстве опасна. Члены спасательной бригады должны проникать в такое пространство только в дыхательных аппаратах, такой же аппарат необходимо как можно быстрее надеть и на пострадавшего.

### Общие принципы оказания первой помощи на борту судна

Первую помощь необходимо незамедлительно оказывать для:

- восстановления дыхания и работы сердца;
- остановки кровотечения;
- удаления из организма отравляющих веществ;
- прекращения дальнейшего воздействия вредных факторов на пострадавшего (например, его эвакуация из помещения с высокой концентрацией дыма).

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 на запястье или на сонной артерии, которая находится на боковой поверхности шеи. 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.



Если пострадавший не дышит, следует незамедлительно начать искусственное дыхание по методу «рот в рот» или «рот в нос».

Нужно остановить сильное кровотечение.

Пострадавший должен находиться в положении лежа, и передвигать его можно только при абсолютной необходимости. Пострадавшего нельзя транспортировать при подозрении на повреждение шеи или позвоночника. Переломы следует иммобилизовать до транспортировки пострадавшего. Не нужно пытаться вправить перелом на месте происшествия.

*Иммобилизация* – обездвиживание. Главная цель иммобилизации – обеспечить по возможности полный покой поврежденной части тела, что исключает дополнительную травматизацию и уменьшает боль.

Раны и большинство ожогов необходимо закрыть для предотвращения попадания в них инфекции.

При необходимости пострадавшего следует защитить от перегрева, помня, что в тропиках открытая стальная палуба, на которой может лежать пострадавший, обычно бывает очень горячей. Пострадавшему нельзя давать алкоголь в какой-бы то ни было форме.

Необходимо всегда очень серьезно относиться к следующим состояниям:

- отсутствию сознания;
- предполагаемому внутреннему кровотечению;
- колотым ранам;
- ранам в области суставов;
- возможным переломам;
- травме глаза.

Никогда не считайте пострадавшего мертвым, если вы 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;
- происходит постепенное остывание тела (этот признак может оказаться непригодным, если температура воздуха близка к нормальной температуре тела).

## Пострадавшие, находящиеся без сознания



Причины потери сознания весьма многообразны, и зачастую их бывает трудно установить.

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

*Дыхание.* Прислушайтесь, дышит ли человек, потерявший сознание. Для освобождения дыхательных путей необходимо максимально запрокинуть голову. 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. Если есть съемные зубные протезы, их необходимо удалить.

*Работа сердца.* Далее постарайтесь на слух определить, работает ли сердце. Нащупайте пульс на запястье и шее. Быстро определите пульс на сонной артерии, поместив два пальца в углубление между трахеей и крупной мышцей, расположенной на боковой поверхности шеи.

*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.

*Отсутствие дыхания и остановка сердца.* Член команды, хорошо владеющий навыками оказания первой помощи, должен сразу же приступить к непрямому массажу сердца. Если кровообращение не будет восстановлено, головной мозг не получит кислорода и пострадавший умрет через 4-6 минут.

### **Восстановление жизненно важных функций: искусственное дыхание и непрямой массаж сердца**

#### *Искусственное дыхание «рот в рот» (рис. 9.1)*

1. Откиньте голову пациента как можно дальше назад, положив одну руку ему под шею.
2. Положите другую руку на лоб пациента. Большим и указательным пальцами этой руки зажмите ноздри больного, чтобы предотвратить утечку воздуха через нос.
3. Продолжайте оказывать давление на лоб пациента ладонью этой руки, чтобы удерживать голову в максимально откинутах назад положении.
4. Сделайте глубокий вдох, после чего плотно обхватите своими губами рот больного.
5. Сделайте четыре быстрых энергичных вдувания в дыхательные пути больного. Следите за движениями грудной клетки при вдувании воздуха.
6. При правильном искусственном дыхании грудная клетка должна подниматься и опускаться. Отведите свою голову в сторону, что бы у пострадавшего произошел пассивный выдох.

7. Если вы находитесь в правильном положении, то можете почувствовать своей щекой движение выдыхаемого воздуха.
8. Сделайте следующий глубокий вдох, плотно обхватите губами рот пострадавшего и вновь сделайте энергичное вдувание.
9. Повторяйте эту процедуру 10-12 раз в минуту (каждые 5 с) при оказании помощи взрослым и детям старше четырех лет.
10. Наличие инородного тела следует заподозрить в том случае, если вам не удастся раздуть легкие пострадавшего, несмотря на правильное выполнение искусственного дыхания.

### ***Искусственное дыхание «рот в нос» (рис. 9.2)***

Дыхание ««рот в нос» следует применять в тех ситуациях, когда не удастся открыть рот пострадавшего, когда рот сильно поврежден и когда спасатель не может плотно охватить своими губами рот пострадавшего.

1. Сильно откиньте одной рукой голову пострадавшего назад. Другой рукой прижмите нижнюю челюсть пострадавшего к верхней, плотно закрыв тем самым его рот.
2. 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.
3. Делайте 10-12 вдуваний в минуту.

Искусственное дыхание необходимо продолжать до тех пор, пока у пострадавшего сохраняются признаки жизни; иногда это занимает 2 ч и более.



Рис. 9.1. Искусственное дыхание по способу «рот в рот»



Рис. 9.2. Искусственное дыхание по способу «рот в нос»

### ***Непрямой массаж сердца (рис. 9.3)***

При попытках вернуть к жизни человека, у которого нет дыхания и остановилось сердце, наряду с искусственным дыханием нужно проводить непрямой (закрытый) массаж сердца.

Искусственное дыхание обеспечивает поступление кислорода в легкие пострадавшего. Оттуда кислород переносится кровью в головной мозг и другие органы. Эффективный непрямой массаж сердца позволяет на некоторое время искусственно поддерживать кровообращение до тех пор, пока сердце не начнет вновь работать.



*Методика непрямого массажа сердца.*

Для эффективного непрямого массажа сердца нижний конец грудины пострадавшего должен смещаться на 4-5 см (у взрослых). Пострадавшего следует обязательно положить на твердую поверхность. Если он находится в постели, ему под спину следует положить какой-либо плоский твердый предмет, например доску. Тем не менее нельзя откладывать массаж сердца в поисках такого предмета.



Рис. 9.3. Непрямой массаж сердца

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 сильное внутреннее кровотечение.

При оказании помощи взрослому делайте примерно 60 надавливаний на грудь в минуту, если искусственное дыхание выполняет второй спасатель. Вдувание воздуха необходимо делать, не прерывая массажа сердца, так как любая пауза приводит к прекращению кровообращения и падению кровяного давления до нуля. 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 ни в коем случае нельзя прерывать более чем на 5 с.

Если помощь пострадавшему оказывает один спасатель, на 2 вдувания воздуха должно приходиться примерно 15 нажатий на грудь.

Проверка эффективности массажа сердца: зрачки и пульс

Проверьте реакцию зрачков. Реакция зрачков на свет (сужение) свидетельствует о том, что головной 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 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.

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.

## **Сильное кровотечение**

В организме 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. Для предотвращения большой потери крови кровотечение необходимо немедленно остановить.

Кровотечение бывает наружным - при повреждении кожных покровов - и внутренним, когда вследствие травмы кровь изливается 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 потерять сознание и перестать дышать.

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 тогда, когда все остальные способы не привели к остановке сильного кровотечения.

*Прямое сдавление.*

Самым простым способом остановки сильного кровотечения является наложение на рану салфетки и непосредственное сжатие кистью руки кровоточащего участка. В идеале следует накладывать стерильную салфетку; при отсутствии таковой следует использовать самую чистую из имеющихся в наличии тканей. В отсутствие салфетки и ткани рану можно сжать просто рукой. Когда салфетка пропитается кровью, на нее следует наложить новую и плотно прижать ее рукой. Первую салфетку удалять нельзя, так как это нарушает процесс свертывания крови. Салфетку можно зафиксировать, с тем чтобы она не смещалась.

При наложении *давящей повязки* не прерывайте кровообращение. Ниже повязки должен прощупываться пульс. Правильно наложенную повязку не следует менять по меньшей мере в течение 24 часов. Если бинты не пропитываются кровью, а в участках, расположенных ниже давящей повязки, кровообращение не нарушено, то повязку можно не менять несколько дней.

При сильном кровотечении из раны на конечности или на голове необходимо наложить на рану давящую повязку и придать пораженному участку возвышенное положение. При таком положении в пораженном участке снижается артериальное давление и уменьшается кровотечение из раны.

*Точки прижатия артерий.* В тех случаях, когда сильное кровотечение не удастся 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 при абсолютной необходимости и только до тех пор, пока не ослабеет сильное кровотечение.* Есть множество точек, в которых артерии можно прижать пальцами и тем самым остановить кровотечение. Наибольший эффект дает прижатие плечевой артерии на руке и бедренной артерии в паху.

*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 в свою очередь может потребовать ампутации конечности.

Жгут накладывают выше раны на расстоянии 5-7 см от ее верхнего края. На место наложения жгута накладывают какую-нибудь ткань. Жгут затягивают только до остановки кровотечения.

В теплое время жгут можно не снимать в течение 2 часов, в холодное время – не более 1 часа.

Периодическое ослабление жгута (2-3 минуты) 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. Никогда не закрывайте жгут одеждой, повязкой или иным способом.

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

Если пострадавшего, которому наложен жгут, эвакуируют в больницу, 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. Эти функции нарушаются вследствие недостаточного кровоснабжения и нехватки кислорода.

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

Тяжелый шок представляет серьезную угрозу жизни пострадавшего. 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 не ровным и глубоким.
- Жажда, тошнота и рвота. Эти признаки часто наблюдаются при шоке, сопровождающем кровотечение.
- Слабый и частый пульс. Обычно частота пульса превышает 100.
- Беспокойство, возбуждение и страх. Эти признаки наблюдаются в ранних стадиях шока и 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 перечисленных симптомов всем лицам с тяжелыми травмами необходимо проводить противошоковое лечение, с тем чтобы предотвратить его возможное возникновение.

#### *Лечение.*

- Устраните причины шока. Для этого нужно остановить кровотечение, восстановить дыхание и снять сильную боль.
- При сильной боли можно внутримышечно ввести 10 мг сульфата морфина. Если давление крови низкое, сульфат морфина вводить нельзя, так как он может вызвать дальнейшее 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 разможенных ранах живота и травме головного мозга. При отсутствии упомянутых выше состояний давайте больному пить раствор солей для пероральной регидратации (по полстакана каждые 15 мин).

Шок лучше лечить посредством внутривенного введения жидкостей, если на судне есть человек, умеющий это делать. Внутривенно можно вводить раствор декстрана (60 г/л, 6%) или хлорида натрия (9 г/л, 0,9%). НИКОГДА нельзя давать алкоголь.

### **Возгорание одежды**

Лучшим из всех современных способов тушения загоревшейся одежды является использование порошкового огнетушителя. При отсутствии такового положите пострадавшего и сбейте пламя, завернув его в любую подходящую ткань, или вылейте на него несколько ведер воды, либо направьте на него струю воды из пожарного шланга. Убедитесь в том, что вся тлеющая одежда погашена.

Примечание. Порошок, распыляемый из огнетушителя, либо вообще не раздражает глаза, либо вызывает легкое раздражение. Большинство людей плотно закрывают глаза, когда на них попадает порошок. После того как 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. Для снятия боли дать обезболивающее средство, приложить к обожженному месту, закрытому повязкой, полиэтиленовые мешочки или пузырь с кусочками льда, снегом или холодной водой. Если нет возможности охладить участок ожога на месте происшествия, пострадавшего следует доставить туда, где это можно сделать. 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 перебинтуйте ее.

### **Электрические ожоги и электротравмы**

Приближаясь к человеку, пораженному электрическим током, примите соответствующие меры предосторожности, чтобы самому не стать очередной жертвой. Если возможно, отключите ток. Если такой возможности нет, изолируйте



себя, прежде чем прикоснуться к пострадавшему, надев для этого резиновые перчатки, резиновые сапоги или став на резиновый коврик.

Электрические 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.

При остановке сердца делайте непрямой массаж. Пошлите за подмогой. 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. Лечение должно включать применение обезболивающих средств, профилактику и устранение шока, а также борьбу с инфекцией.

Электрическим ожогам могут сопутствовать паралич дыхательного центра, потеря сознания и мгновенная смерть.

### **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.

### **Переломы**

Перелом - это повреждение кости с нарушением ее целостности. При переломе могут образовываться отломки или он может быть линейным. Если кожа над участком перелома не повреждена, то последний называют закрытым. При повреждении кожи говорят об открытом переломе.

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, как правило, это происходит при переломе крупных костей.

О наличии перелома с очень большой долей вероятности можно говорить если пораженный участок становится отечным и синюшным вследствие внутреннего кровотечения. Отек почти всегда возникает сразу же после перелома, цвет кожи изменяется позже.

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

*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 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% (10 г/л) раствором цетримида. 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).

Пострадавшему, который испытывает сильную боль, можно внутримышечно ввести 10 мг сульфата морфина.

*Иммобилизация.* Надувные шины очень удобны для временной иммобилизации переломов костей конечностей, однако они не пригодны для иммобилизации переломов в участках, отдаленных от коленного или локтевого суставов, поскольку они не могут обеспечить достаточную иммобилизацию таких переломов. Шину накладывают на конечность и надувают ртом. При иных способах надувания шина может оказаться слишком тугой, в результате чего может замедлиться или полностью прекратиться кровообращение в конечности. Надувные шины можно накладывать поверх повязок, наложенных на рану.

Надувные шины сделаны из прозрачного материала, и через них можно хорошо видеть кровотечение из раны. Острые края костей не должны касаться надувной шины, чтобы не проколоть ее.

Для того чтобы обеспечить хорошую иммобилизацию конечности, шина должна быть достаточно длинной и захватывать суставы, в которые входит сломанная кость.

Надувные шины можно использовать при перемещении пострадавшего в пределах судна и во время его эвакуации в больницу. Через несколько часов их нужно снять и в дальнейшем применять иные средства иммобилизации.

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. 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;
- 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 пострадавшему необходимо оказать экстренную медицинскую помощь.

### **Переломы конкретных костей**

*Череп.* Перелом костей черепа может быть вызван падением с высоты, ударом, сдавлением или проникающей травмой, например пулевым ранением.

Пострадавшего 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.

Морфин вводить ни в коем случае нельзя!

*Верхняя челюсть.* При любых травмах лица в первую очередь необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей. При наличии ран следует остановить кровотечение. Шатающиеся зубы удалить, если есть опасность, 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. В этом случае 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. Сжимание 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 любые признаки закупорки дыхательных путей. Применение холодных компрессов может уменьшить отек и боль. Нижнюю челюсть пострадавшего необходимо иммобилизовать не только путем сжимания зубов, но и с помощью специальных повязок. 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.

*Ключица, лопатка и плечевая кость* (рис. 9.3). Переломы этих костей часто бывают результатом падения на вытянутую руку или на плечо. Более редкой причиной их перелома является прямой удар. Поместите в подмышечную ямку мягкий валик размером примерно с кулак. Затем прибинтуйте руку к туловищу. Это удобно делать с помощью треугольной косынки. Усадите пострадавшего, так как в этом положении он чувствует себя наиболее удобно.

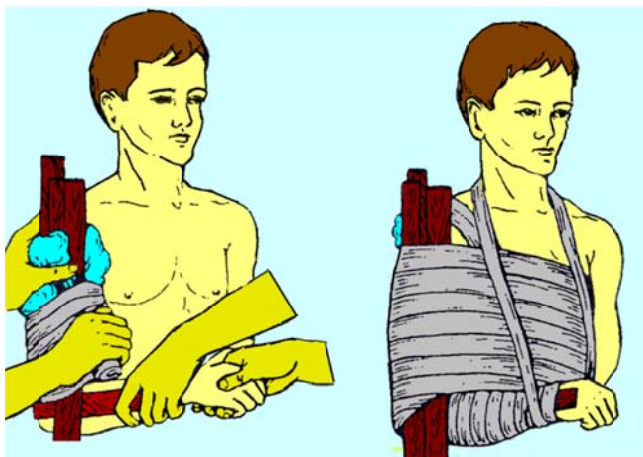


Рис. 9.3. Шина при переломе плечевой кости

*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 выраженная деформация. Пострадавший не может поднять руку и согнуть ее в локте.

Перелом необходимо иммобилизовать надувной шиной, захватывающей всю руку. При

отсутствии надувной шины руку следует подвесить на косынку и привязать ее к туловищу широкой косыночной повязкой. Можно использовать также обернутую мягким материалом шину, которую фиксируют к наружной поверхности плеча. 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.

*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, затем иммобилизовать надувной шиной на половину руки. При отсутствии надувной шины предплечье следует фиксировать двумя обернутыми мягким материалом шинами, одну из которых накладывают с наружной, а другую - с внутренней стороны. Шины должны быть достаточно длинными, чтобы выступать за локтевой сустав и доходить до середины кисти. Предплечье нужно подвесить на косынку так, чтобы кисть была примерно на 10 см выше локтя. При необходимости можно использовать импровизированную шину, на пример 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. Руку необходимо иммобилизовать обернутой в мягкий материал шиной, которая должна начинаться от середины предплечья и выступать за кончики пальцев. 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. Предплечье и кисть необходимо подвесить на косынку. Зачастую для сохранения функции кисти бывает необходимо в экстренном порядке провести дальнейшее лечение независимо от тяжести травмы.

*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.

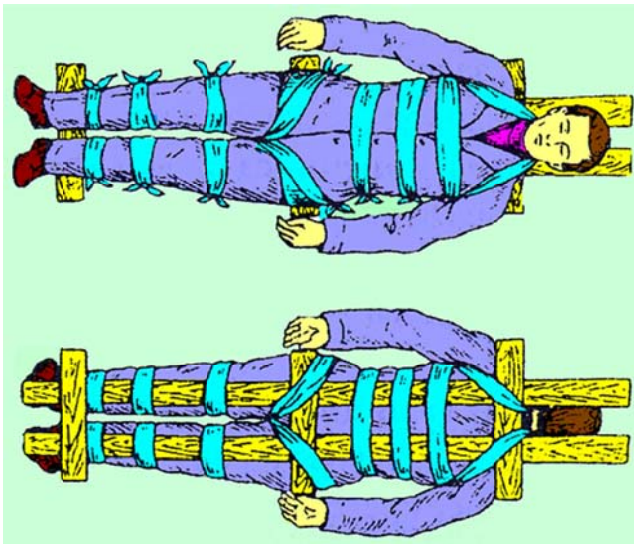


Рис. 9.4. Иммобилизация при переломе позвоночника

Спросите его, чувствует ли он боль в спине. Большинство пострадавших с переломом позвоночника чувствуют боль, однако у очень небольшого числа боль отсутствует. Поэтому тщательно 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.

Пострадавший с переломом позвоночника должен лежать неподвижно и прямо. Его тело ни в коем случае нельзя сгибать наподобие складного ножа, поднимая его под колени и под мышки. Пострадавшего, однако, можно без вреда для него повернуть на левый или правый бок, поскольку при осторожном повороте движения позвоночника очень малы. Цель первой помощи - уложить пострадавшего на плоскую твердую поверхность. 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. Для переноски пострадавших с переломом позвоночника годятся носилки Нейла-Робертсона. Брезентовые носилки можно использовать только в том случае, если они укреплены поперечными деревянными прокладками, обеспечивающими жесткую опору для спины. Некоторым моделям носилок Нейла-Робертсона также необходимо придать дополнительную жесткость.

При отсутствии носилок Нейла-Робертсона для иммобилизации пострадавшего можно использовать широкую деревянную доску. Такой импровизированный способ можно применять и для иммобилизации пострадавшего в случае подозрения на перелом таза.

**Шея.** Одной из самых частых разновидностей травм шеи является компрессионный перелом позвонков, который происходит в том случае, когда, например, человек резко встает и сильно ударяется головой о что-то твердое или когда он падает на голову. Лечение такое же, как и при переломах позвоночника, поскольку шейные позвонки составляют верхнюю часть позвоночника.

**Позвоночник** (рис. 9.4). При подозрении на перелом позвоночника пострадавший должен лежать не шевелясь. Любое неосторожное движение пострадавшего может вызвать повреждение или разрыв спинного мозга, следствием которого является стойкий паралич, потеря чувствительности в ногах, а также пожизненное недержание мочи и кала.

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.



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.

*Грудная клетка.* Повреждения ребер часто бывают результатом падения на твердый предмет с острыми или 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 герметически 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. 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.

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

Пострадавшему, который находится в сознании, нужно придать сидячее положение, так как оно облегчает дыхание. Если пострадавший не может сидеть прямо, ему следует придать полусидячее положение, при котором он сидит, откинувшись на подушку или наклонившись на подушку, лежащую у него на коленях. По возможности пострадавший должен наклониться на тот бок, где имеется рана, так как это уменьшает движения грудной клетки на пораженной стороне, в результате чего уменьшается боль и ослабевает внутреннее кровотечение в грудную полость.

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 обычно 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. При повреждении мочевого пузыря или уретры (канал, соединяющий мочевой пузырь с кончиком полового члена) моча может попадать в ткани.

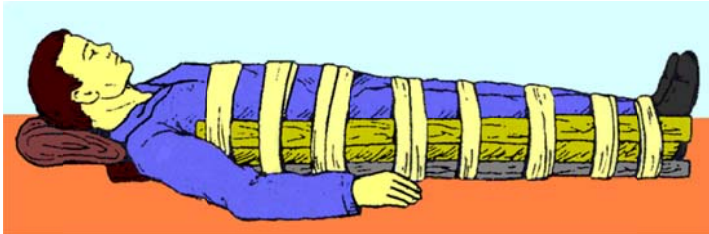
Пострадавших с переломом таза следует поднимать очень осторожно. Если пострадавший испытывает сильную боль, его нужно уложить на носилки или деревянную доску с помощью тех же приемов, что и при переломе позвоночника. Между бедрами пострадавшего необходимо поместить подушку, а его колени и лодыжки связать друг с другом.

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. При необходимости проводите противошоковое лечение, но не приподнимайте таз и ноги.

*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.



При подозрении на перелом бедренной кости прежде всего положите между бедрами, коленями, голенями и лодыжками сложенные 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. После этого пострадавшего можно перенести на носилках или на длинной доске в лазарет.

*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.

Ногу нужно осторожно выпрямить и наложить надувную шину на всю ногу. Можно также использовать жесткую шину, обернутую в мягкий материал, подложив подушки под колени и лодыжки. Шину привязывают к ноге бинтами или иным материалом.

*Голень (большеберцовая и малоберцовая кости).* При переломе обеих костей наблюдается сильная деформация голени. В случае перелома только одной кости неповрежденная кость служит своеобразной шиной и деформация бывает незначительной. Переломы большеберцовой кости (она находится в передней части голени) нередко бывают открытыми. Может наблюдаться отек, а боль настолько сильна, что пострадавшему приходится вводить морфин.

Голень следует осторожно выпрямить путем легкого вытяжения. Можно

наложить надувную шину на всю ногу. В случае открытого перелома надувная шина способствует остановке кровотечения. При использовании жестких шин две должны охватывать голень по бокам, а третья - снизу. Шины должны начинаться от середины бедра и выходить за пределы пятки.

*Обе ноги.* При переломе костей обеих ног может иметь место большая кровопотеря. 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 наступать на поврежденную ногу. Следует наложить надувную шину на половину ноги. При использовании обычных 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.

### **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. Контуры пораженного участка изменены вследствие вывиха и отека (кровоизлияния), возникающего вокруг вывиха. Симптомы вывиха очень сходны с симптомами перелома, но при вывихах отсутствует хруст трущихся обломков кости. Всегда помните, что переломы и вывихи могут возникать одновременно.

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. Проверьте кровообращение и чувствительность. 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 изменится 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.

## Травмы головы

В большинстве случаев при травмах головы смерть, которую можно было бы предотвратить, является результатом нарушения проходимости дыхательных путей, а не повреждения головного мозга. Вы должны не только перевязать тяжелые раны головы, но и сосредоточить внимание на мерах по спасению жизни, направленных на поддержание нормального дыхания и предотвращение закупорки дыхательных путей. 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 квалифицированную медицинскую помощь в больнице.

При некоторых травмах головы, наличии в ране инородных тел, а так же в том случае, когда непосредственно ниже открытой раны имеется перелом, не удастся 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 накладку, имеющую форму пончика.

## Повреждения, вызванные взрывами



При взрывах возникают внезапные и резкие движения воздуха. В результате взрыва люди могут быть травмированы падающими обломками. Кроме того, сама взрывная волна может вызвать тяжелые и даже 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 могут наблюдаться явления шока, ему трудно дышать, он испытывает стеснение или боль в груди; лицо, как правило, синюшно, изо рта может выделяться кровавая пена. По возможности вынесите пострадавшего на свежий воздух. Придайте ему полусидячее положение. Расстегните тесную одежду. Следите за тем, чтобы он не переохлаждался. Посоветуйте ему откашливаться и сплевывать мокроту. Морфин вводить нельзя! При остановке дыхания приступайте к проведению искусственного дыхания методом «рот в рот».

*Голова.* Травмы головы при взрывах обычно сопровождаются сотрясением мозга. В некоторых случаях может наблюдаться паралич конечностей, обусловленный поражением спинного мозга. Пострадавший может быть без сознания или в полубессознательном состоянии. В последнем случае он может сидеть, не будучи в состоянии двигаться и не обращать внимание на происходящее вокруг. У таких пострадавших зачастую отсутствуют какие-бы то ни было внешние

признаки травмы, но при этом у них нет сил и желания двигаться. Они моментально «впадают в детство» и могут вести себя очень глупо. Например, несмотря на возможность легко спастись с тонущего судна, они настолько не ориентируются в окружающем, что не предпринимают попыток спастись. Упав, такой пострадавший может утонуть в луже воды или масла глубиной всего 20 см только потому, что не понимает, что нужно встать на ноги.

Если пострадавшие находятся в полубессознательном состоянии, возьмите их за руки и выведите в безопасное место. Твердо говорите им все, что они должны делать. Обращайтесь с ними как с очень маленькими детьми.

*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.

*Внутреннее кровотечение.* Внутреннее кровотечение может быть следствием удара, напряжения или болезни, например язвенной болезни желудка. Внутреннее кровотечение бывает скрытым или видимым. 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 очень слабым и учащенным, дыхание - очень поверхностным. Пострадавший испытывает сильную жажду и тошноту, становится беспокойным, жалуется на нехватку воздуха. Эти три признака свидетельствуют о том, что кровотечение продолжается. Позже пострадавший перестает жаловаться, утрачивает интерес к происходящему и теряет сознание.

Самым важным признаком продолжающегося кровотечения является учащение пульса и падение кровяного давления. Лицам со скрытым внутренним кровотечением может понадобиться переливание крови. Уложите пострадавшего так, чтобы голова была несколько опущена. Приподнимите ноги, чтобы улучшить кровоснабжение головного мозга и легких. Сохраняйте такое положение тела при транспортировке пострадавшего в судовой госпиталь. Если пострадавший беспокоен или испытывает сильную боль, введите ему морфин.

*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 четыре часа 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, то соответствующую ноздрю необходимо затампонировать марлей.

*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 удастся самому пострадавшему под руководством другого человека или с помощью зеркала.



*Повреждение 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.

### **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 минут, если не удастся удалить такое инородное тело.

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. При необходимости повторите этот прием несколько раз. Если кусок пищи удалось вытолкнуть из глотки, удалите его пальцами изо рта и придайте пострадавшему удобное положение.

### **Удушье**

Удушье обычно вызывается газами или дымом. Помните, что опасные газы могут не иметь запаха, который предупредил бы вас об их присутствии. Не проникайте в замкнутые пространства, предварительно не приняв необходимых мер предосторожности. Помните об опасности пожара и/или взрыва в тех ситуациях, когда речь идет о горючих газах или парах.

Начальными признаками отравления угарным газом являются ощущения общей слабости, головная боль в области лба и висков, ощущение тяжести в голове, ускоренное сердцебиение, покраснение кожных покровов.

Эвакуируйте пострадавшего на свежий воздух. При необходимости применяйте искусственное дыхание и непрямой массаж сердца и придайте пострадавшему удобное положение. Дайте пострадавшему кислород.

### **Странгуляция**

Одной из форм странгуляции является повешение, которое, к счастью, редко происходит на судах. Оно не всегда бывает преднамеренным и иногда является результатом несчастного случая. Лицо повешенного имеет темно-багровый цвет из-за нарушения кровоснабжения головы, глаза вылезают из орбит, лицо и шея имеют опухший вид.

1. Перережьте и снимите петлю, поддерживая тело повешенного. Расстегните всю стесняющую одежду. Оказывайте помощь так же, как человеку, находящемуся без сознания.

2. При отсутствии дыхания проводите искусственное дыхание, а при остановке сердца - его массаж. После восстановления самостоятельного дыхания дайте пострадавшему кислород.

3. Постоянно наблюдайте за состоянием пострадавшего, пока не передадите его в руки врача. Это необходимо, с одной стороны, по медицинским причинам, а с другой - из-за возможности повторения попытки самоубийства.

## **Первая помощь при общем замерзании**

Смерть человека наступает, когда температура тела его достигает 20-25<sup>0</sup>С. В начальный период отмечаются озноб с типичным дрожанием конечностей, появление общей слабости, головокружения, посинения кожных покровов. При продолжении отмечаются сонливость, резкое падение общего тонуса, чувство безразличия к окружающей обстановке и собственной судьбе.

Пострадавшего надо немедленно согреть. Энергично растереть все тело, если есть возможность – погрузить в ванную с теплой водой. Внутрь можно дать немного вина, а затем – горячий чай или кофе.

## **Транспортировка пострадавшего**

Правильная эвакуация больного или раненого с места происшествия или на берег - очень важное мероприятие, поскольку от этого может зависеть его жизнь (рис. 9.5). Это, в частности, 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, с которой вы имеете дело, и руководствуйтесь здравым смыслом.

Способ транспортировки зависит от состояния пострадавшего и характера травмы.

Если судно находится в порту, то лучше всего дождаться прибытия бригады скорой помощи, так как члены этой бригады имеют большой опыт в обращении с пострадавшими. Вы можете помочь им и рассказать то, что вы знаете о несчастном случае. Например, если пострадавший упал на дно трюма, то лучше всего опустить в трюм носилки, оказать пострадавшему на месте первую помощь, поставить носилки на крышку люка или какую-либо иную ровную платформу, положить на них пострадавшего и осторожно поднять крышку люка вместе с носилками подъемным краном. Такой подъем может вызвать страх у беспомощного человека, получившего травму, и он будет чувствовать себя гораздо увереннее, если один из спасателей будет стоять на крышке люка, расставив ноги над носилками и держась руками за стропы. Точно так же, если пострадавший находится на палубе, а сходни узкие или неустойчивые, то он будет чувствовать себя гораздо спокойнее, когда его опустят на крышку люка или на ком-либо ином достаточно большом плоском предмете.



Рис. 9.5. Транспортировка пострадавшего



*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 спасатель имеет телосложение не хуже, чем у пострадавшего.

При эвакуации из узкого места один спасатель держит пострадавшего под мышками, а другой - под коленями.

Одно из преимуществ переноски на замке из трех рук состоит в том, что один из 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 в результате взрыва возникает много обломков и когда добраться до пострадавшего и спасти его может только один человек. После извлечения пострадавшего из такого труднодоступного места дальнейшую эвакуацию иногда могут осуществлять два человека. Следите за тем, чтобы связанные в запястьях руки пострадавшего не нарушали работу дыхательного аппарата, если спасатель пользуется таким аппаратом.



*Многоцелевые носилки*, предназначенные для использования на борту судна, удобны в обращении, обеспечивают надежную опору для тела пострадавшего и особенно полезны при эвакуации из узких мест, когда приходится преодолевать сложные повороты или когда пострадавшего необходимо поднять на определенную высоту (например, из трюма на палубу).

Эти носилки сделаны из прочного брезента, жесткость которому придают тонкие бамбуковые дощечки. Верхняя часть носилок поддерживает голову и шею, которые фиксируются брезентовым ремнем, охватывающим лоб. Средняя часть оборачивается вокруг грудной клетки и имеет выемки для подмышек. Эта часть крепится тремя ремнями. Нижняя часть носилок оборачивается вокруг бедер и голеней, вплоть до голеностопных суставов.

Если больной без сознания, положите его на спину и свяжите голеностопные суставы и стопы обеих ног восьмиобразной повязкой, кроме того, свяжите вместе колени и запястья

Носилки Нейла-Робертсона можно использовать и для эвакуации пострадавшего в вертикальном положении.



### **Сумки первой помощи**

В сумках первой помощи должны быть раствор йода, большой перевязочный пакет, 2 средних перевязочных пакета, 4 малых перевязочных пакета, 8 треугольных косынок, вата, английские булавки, лейкопластырь, ножницы, карандаш и бумага.

Одна из таких сумок должна находиться в судовой аптечке, чтобы ее можно было доставить к месту происшествия. Другие сумки, расположенные в «стратегических» точках судна, могут очень пригодиться в чрезвычайных ситуациях, если члены команды знают, где они находятся и что в них содержится. Однако зачастую содержимое этих дополнительных сумок используется для оказания помощи при небольших травмах, а в ряде случаев и просто разворовывается. Поэтому его необходимо время от времени проверять.

*Запасные сумки первой помощи.* На крупных торговых судах, а также на средних и крупных рыболовных судах с командой более 20 человек необходимо иметь запасные сумки первой помощи, чтобы ими можно было воспользоваться в тех случаях, когда лазарет уничтожен или недоступен из-за пожара. Такие запасные сумки должны находиться на мостике, в ЦПУ машинного отделения и других местах, достаточно удаленных от судового лазарета.

*Индивидуальный перевязочный 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 (ваши пальцы тоже не должны прикасаться к ней), прежде чем она не будет наложена на рану.

- Всегда выбирайте перевязочный пакет с подушечкой большего размера, чем рана, которую необходимо закрыть.
- При бинтовании конечности, головы или туловища натягивайте бинт плотно, чтобы надежно фиксировать подушечку на ране.

