

Осторожно – БЕШЕНСТВО!



**Памятка для населения
по предупреждению
заболевания бешенством**

БЕШЕНСТВО – острое вирусное инфекционное заболевание, общее для человека и животных, которое всегда заканчивается смертью. Бешенством болеют все млекопитающие.

Более чем в 150 странах мира от бешенства ежегодно умирает около 55 тысяч человек.

В последние годы в Российской Федерации ситуация по бешенству среди животных продолжает оставаться напряженной, отмечается тенденция к росту числа регионов, неблагополучных по данному заболеванию.

В настоящее время ситуация по бешенству в Ярославской области также неблагополучная.

Проблема бешенства стала актуальной с 2003 года. Чаще всего больные бешенством животные обнаруживаются в сельской местности. Больные животные перестают бояться человека, приходят в населенные пункты, начинают контактировать с домашними животными: кошками, собаками, со скотом, могут нападать на человека.

Основным резервуаром вируса в природе являются лисицы, волки, енотовидные собаки, среди которых возникают спонтанные эпизоотии бешенства.

Основным источником инфекции для человека являются собаки, в первую очередь – безнадзорные, а из диких животных – лисы,

енотовидные собаки, волки. Возможно заражение человека и от других животных – коров, овец, коз, свиней, лошадей, ослов, крыс, ежей, летучих мышей и др.

Животные становятся заразными для людей уже в конце инкубационного периода (до начала проявлений признаков болезни). Заражение человека наступает при укусе больным животным, а также вследствие ослюнения свежих ранений кожи или слизистых оболочек. Особенно опасны укусы в голову, лицо, кисти рук.

У человека, заразившегося бешенством, инкубационный период составляет от 10 дней до 3–4 (чаще 1–3) месяцев, иногда до 2-х лет.

Признаки заболевания человека: водобоязнь с явлениями спазма глоточной мускулатуры при виде воды и пищи, аэрофобия – мышечные судороги, возникающие при малейшем движении воздуха, усиленное слюноотделение.

Профилактика бешенства заключается в борьбе с бешенством среди животных, вакцинации домашних, бездомных и диких животных, установлении карантина, профилактической иммунизации лиц, имеющих профессиональный риск заболевания бешенством (егеря, охотники, лесники, ветеринарные работники и др.).

В целях профилактики бешенства все пострадавшие от укусов, при нанесении животным царапин и ослюнения должны немедленно обратиться за медицинской помощью для своевременного начала антирабического лечения, которое включает в себя местную обработку раны, проводимую как можно раньше после укуса или повреждения, и введение антирабической вакцины.

Во время проведения курса вакцинации необходимо ограничивать физические нагрузки, избегать переохлаждения, исключить употребление спиртных напитков, воздержаться от проведения других профилактических прививок.

Антирабическую помощь можно получить в травматологических

пунктах по месту жительства или приемных отделениях центральных районных больниц.

ПОМНИТЕ! Срочная вакцинация после укуса дикого или домашнего животного – единственная мера предупреждения заболевания бешенством у человека.

Оказание первой медицинской помощи



Искусственная вентиляция легких (искусственное дыхание)

Прежде, чем приступить к искусственному дыханию, необходимо:
– быстро освободить пострадавшего от стесняющей дыхание одежды (расстегнуть воротник, развязать галстук и освободить ремень);

– освободить полость рта и носоглотки пострадавшего от посторонних предметов и слизи (пальцем, обернутым марлей или платком);

– голову пострадавшего запрокинуть, широко раскрыть рот и сместить вперед нижнюю челюсть.

При способе искусственного дыхания «рот в рот» (нос пострадавшего зажимают) оказывающий помощь делает глубокий вдох и с силой вдувает воздух в рот пострадавшего, у которого происходит пассивный вдох. Затем оказывающий помощь быстро отстраняется для нового глубокого вдоха, а пострадавший в это время «делает» пассивный выдох. Первые 5-10 вдуваний

необходимо сделать быстро (за 20-30 секунд), а затем – со скоростью 12-15 вдуваний в минуту до возобновления самостоятельного дыхания пострадавшего.

При появлении вздутия живота (частичное попадание воздуха в желудок) необходимо осторожно надавить рукой на верхнюю половину живота, не прекращая искусственной вентиляции легких. Если у пострадавшего имеется челюстно-лицевая травма или спазм жевательной мускулатуры, то искусственную вентиляцию легких осуществляют через нос.

Использование других способов искусственной вентиляции легких, основанных на сжатии грудной клетки, поднимании и опускании рук и т.д., гораздо менее эффективно.

Закрытый

массаж сердца

При отсутствии у пострадавшего пульса (возможно резкое ослабление или даже прекращение сокращений сердца) необходимо одновременно с искусственной вентиляцией легких проводить закрытый массаж сердца.

Закрытый массаж сердца производится путем ритмичных нажатий на подвижную часть грудины. Давление на грудину оказывают двумя руками: основание ладони одной кисти устанавливают на середине грудины, а другую кисть помещают сверху. Следует помнить, что при чрезмерных усилиях возможны переломы ребер, грудины, повреждения сердца, печени, реже - селезенки и других органов.

Если помощь оказывает один человек, то, сделав несколько (3-4) надавливания на грудину, он прерывает массаж и один раз вдувает через рот или нос воздух в легкие пострадавшего, затем снова делает направление на грудину, опять вдувает воздух и т.д.

Оказание помощи пострадавшим при клинической смерти

Понятие о клинической смерти и показания к проведению сердечно-легочной реанимации. Тяжелые травмы, вдыхание ядовитых газов или воздуха с малым содержанием кислорода,

поражение электрическим током и другие причины могут привести к смерти пострадавшего, которая в первые минуты носит обратимый характер и называется клинической или мнимой.

Наиболее достоверными признаками клинической смерти являются: отсутствие сознания; отсутствие дыхания; отсутствие пульсации крупных артерий; расширенные зрачки, не реагирующие на свет.

Наряду с указанными признаками отмечают бледность или синюшность кожи и слизистых оболочек, общее расслабление мышц, уменьшение кровотечения из ран и др.

При отсутствии в течение ближайших 3-5 минут необходимой помощи в коре головного мозга наступают необратимые изменения и в дальнейшем развивается биологическая, истинная смерть.

Оказывающий помощь должен свободно владеть методами оценки состояния пострадавшего.

При наличии дыхания видны дыхательные движения грудной клетки (живота), ухом слышны дыхательные звуки, кожей щеки ощущается струя выдуваемого воздуха.

Остановке дыхания может предшествовать так называемое атональное дыхание, которое не обеспечивает необходимой вентиляции легких. Оно проявляется в виде судорожных дыхательных движений с большой амплитудой, коротким максимальным выдохом с частотой 2-6 дыхания в минуту, или редким поверхностным дыханием с малой амплитудой дыхательных движений.

Пульс обычно определяют на сонной артерии, располагая плашмя 2-3 пальца на боковой поверхности шеи. Пульсацию бедренной артерии можно определить в паховой области.

Расширение зрачков и отсутствие реакции сужения их на свет возникает после прекращения кровообращения. В нормальном состоянии при освещении глаз светом зрачки довольно активно суживаются.

Естественно, что не все указанные признаки появляются одновременно, но достаточно отсутствия пульсации на крупных сосудах или вышеуказанных нарушений дыхания, чтобы приступить к проведению сердечно-легочной реанимации (оживлению).



Рис. 1
Сердечно-легочная

реанимация.

Мероприятия сердечно-легочной реанимации проводят в следующем порядке (Рис. 1):

- восстановление проходимости дыхательных путей;
- искусственная вентиляция легких (ИВЛ);
- искусственное кровообращение путем наружного массажа сердца.

Реанимация, начатая в первые три минуты после остановки кровообращения, дает положительные результаты в 15-18 раз чаще, чем в последующие 1-2 минуты.

Восстановление проходимости верхних дыхательных путей – важная задача, без выполнения которой бесполезно проведение реанимации.

Остановка дыхания у пострадавшего в бессознательном состоянии обычно бывает вызвана закупоркой дыхательных путей корнем языка (особенно при наклоне головы вперед) или инородными телами (пыль, рвотные массы, кровь и др.).

При обнаружении такого пострадавшего следует немедленно восстановить проходимость его дыхательных путей, для чего необходимо: запрокинуть голову назад и при необходимости, выдвинуть вперед нижнюю челюсть; очистить рот и глотку от инородного содержимого.

При запрокидывании вследствие натяжения тканей корень языка отходит от задней стенки глотки, рот открывается. Если он не открывается, надавливают на подбородок пострадавшего. Чтобы убедиться в восстановлении проходимости дыхательных путей, в них вдувают воздух по одному из описанных ниже методов ИВЛ. Если грудная клетка не расширяется, необходимо дополнительно выдвинуть вперед нижнюю челюсть, используя так называемый тройной прием (Рис. 2) при котором голова пострадавшего охватывается двумя ладонями и запрокидывается назад. При этом вторым и пятым пальцами, размещенными под углами нижней челюсти, выдвигает ее вперед, а первыми пальцами, упираясь в подбородок, открывают рот. Менее удобно выдвижение нижней челюсти одной рукой (Рис. 2).

При наличии во рту инородного содержимого голову пострадавшего поворачивают в сторону, открывают рот и одним или двумя пальцами обернутыми тканью, очищают рот и глотку.

Жидкость из ротовой полости лучше удалять, подводя под ближайшее плечо пострадавшего свое колено и повернув его голову в сторону противоположную.

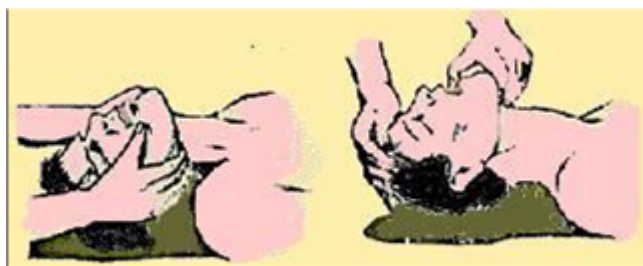


Рис. 2 Выведение вперед нижней челюсти и открывание рта двумя ладонями или рукой

Повторное безуспешное вдувание воздуха заставляет предположить

наличие инородного тела в области голосовой щели. Для его удаления наносят 3-5 ударов основанием ладони в межлопаточную область или производят толчок ладонью в подложечное пространство в сторону диафрагмы.

Приемы восстановления проходимости дыхательных путей необходимо использовать даже в тех случаях, когда нет возможности уложить пострадавшего на спину, например, в тесной выработке, в завале.

При подозрении на повреждение шейного отдела позвоночника запрокидывание головы недопустимо. Ей придают среднее положение между разгибанием и сгибанием, выдвигают вперед нижнюю челюсть и проводят ИВЛ.

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) проводится в тех случаях, когда пострадавший не дышит или у него редкое, судорожное (агональное) дыхание.

Для быстрого восстановления дыхания используют методы ИВЛ с активным вдуванием ("изо рта в рот", "изо рта в нос", через S-образный воздуховод), что позволяет вводить в легкие пострадавшего в среднем 800-1000 мл воздуха, который по содержанию кислорода (16-18%) вполне пригоден для ИВЛ в ситуациях "высшей срочности". Ручные методы ИВЛ, наиболее эффективным из которых является метод Сильвестра, могут быть использованы как исключение.

Метод "изо рта в рот" (Рис. 3) заключается в следующем:

пострадавшего укладывают на спину и становятся на колени сбоку у его головы; восстанавливают проходимость дыхательных путей; сделав глубокий вдох и зажав нос пострадавшего пальцами, лежащей на лбу руки, охватывают своими губами область раскрытого рта и вдувают воздух в дыхательные пути пострадавшего, наблюдая за движением грудной клетки. При утечке воздуха через нос или углы рта передняя стенка грудной клетки или не движется, или смещается кверху незначительно; отводят свое лицо в сторону, продолжая удерживать голову пострадавшего в запрокинутом состоянии. При этом за счет эластичности мышц грудной клетки пострадавшего происходит

пассивный выдох.

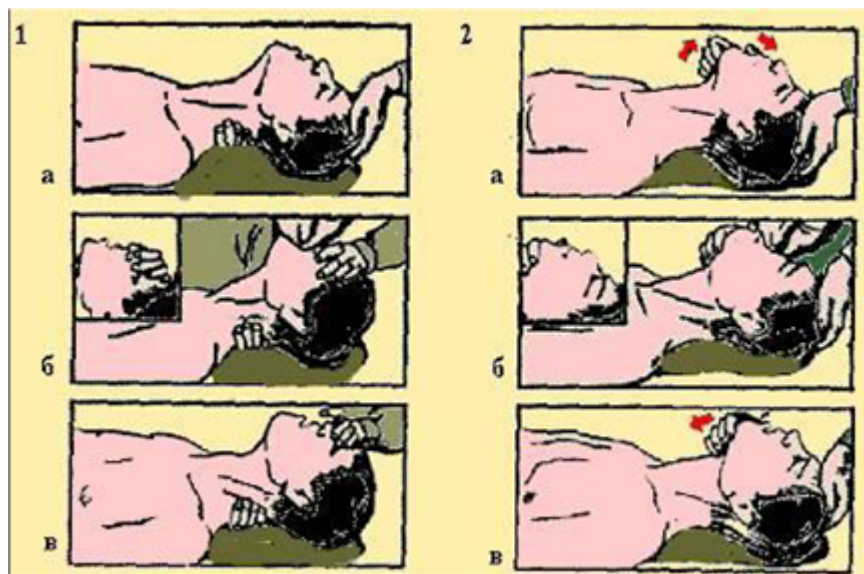


Рис. 3 Методы искусственной

вентиляции легких:

1 – «Изо рта в рот»

2 – «Изо рта в нос»

а) запрокидывание головы;

б) вдох;

в) выдох.

После 4-5 глубоких и быстрых раздуваний легких проверяют пульс на сонной артерии, поддерживая голову в запрокинутом положении. При наличии пульсации артерии продолжают вдувание воздуха с частотой 13-16 раз в минуту. Воздух можно вдувать через платок, марлю. ИВЛ проводят до появления самостоятельного дыхания. Нередко вначале отдельные дыхательные движения недостаточны по глубине, неритмичны и не могут обеспечить необходимый газообмен в легких. В подобных случаях переходят к вспомогательной вентиляции легких – вдувание воздуха пострадавшему проводят на высоте самостоятельного слабого вдоха или при затянувшемся интервале между вдохами.

Метод «изо рта в нос» (Рис. 3) оказан при сохранении проходимости носовых выходов и затруднении открывания рта (травма нижней челюсти, спазмы жевательных мышц). Выполняют его в положении пострадавшего на спине после запрокидывания

головы. Приподнимая нижнюю челюсть и прижимая ее к верхней, охватывают губами нос пострадавшего и вдувают воздух через носовые отверстия, герметизируя рот смещением нижней губы вверх при помощи большого пальца руки, поддерживающей нижнюю челюсть. При выдохе нос освобождается.

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) через S – образный воздуховод более эффективна и гигиенична. Для ее проведения, перемещая поперечную перепонку, регулируют длину вводимого в рот отрезка воздуховода – она должна быть равной расстоянию между губами и углом нижней челюсти. Воздуховод вводят вогнутостью вверх вдоль твердого неба до задней стенки глотки, затем его поворачивают вогнутостью вниз (“ротационная” методика). Реаниматор располагается сзади или сбоку. В первой позиции он двумя руками схватывает голову пострадавшего, сжимает большими пальцами крылья носа, а остальными прижимает нижнюю челюсть и герметизирует рот.

ИВЛ методами “изо рта в нос” и через S- образный воздуховод проводят в том же режиме, что и при методе “изо рта в рот”.

Следует помнить, что при нарушении проходимости дыхательных путей или слишком энергичном вдувании воздуха значительное количество его может попадать в желудок, что проявляется вздутием верхней части живота. Это может привести к рвоте и попаданию содержимое желудка в легкие. При этом необходимо немедленно повернуть голову и плечи пострадавшего на бок и очистить полость рта и глотки.

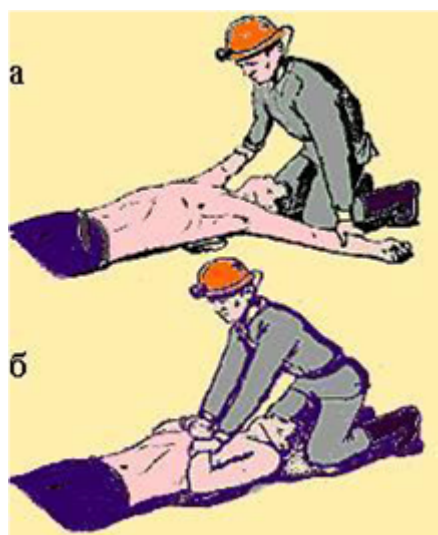


Рис. 4 Ручной метод ИВЛ по

Сильвестру, а – вдох, б – выдох

Метод Сильвестра (Рис. 4) применяется при невозможности использования вышеописанных методов вследствие утечки воздуха через раненые отверстия лица.

Для его проведения пострадавшего укладывают на спину и подложив на уровне лопаток валик из скатанной одежды высотой 15-20 см фиксируют голову в отведенном положении. Реаниматор, став на колени у изголовья пострадавшего и взяв его руки за предплечья, по счету “раз, два, три” разводит их в стороны назад, осуществляя искусственный вдох. По счету “четыре, пять, шесть” делает обратное движение, и сжимая предплечьями рук пострадавшего нижнюю часть грудной клетки, производит выдох. Движения должны быть плавными, и выполняются ритмично 12-15 раз в мин. Надавливание на грудную клетку не должно быть слишком сильным, чтобы не повредить реберные хрящи.

Искусственное кровообращение. Простейшим методом восстановления и поддержания кровообращения является непрямым массаж сердца. Сущность его заключается в том, что при сдавливании сердца между позвоночником и грудиной кровь выталкивается в крупные артерии большого и малого круга кровообращения.

После прекращения давления на грудину сердце вновь заполняется венозной кровью.

Метод непрямого массажа сердца включает следующие действия:

- пострадавшего укладывают на спину, на жесткое основание (почва, жесткие носилки);
- обнажают грудную клетку, расстегивают поясной ремень, пояс брюк;
- располагаясь сбоку пострадавшего с таким расчетом, чтобы передняя грудная стенка находилась на расстоянии вытянутых рук, определяют место надавливания (Рис. 5) – нижнюю половину грудины на два поперечных пальца выше мечевидного отростка;
- положив на указанный участок грудины вдоль ее оси основание ладони одной руки, на ней сверху под прямым углом располагают вторую ладонь. Пальцы обеих кистей должны быть приподняты;

- становятся устойчиво, наклоняясь над пострадавшим так, чтобы руки были выпрямлены в локтевых суставах и перпендикулярны по отношению к поверхности грудной клетки пострадавшего;
- надавливают толчкообразно на грудину, смещая ее к позвоночнику примерно на 4 – 5 см.

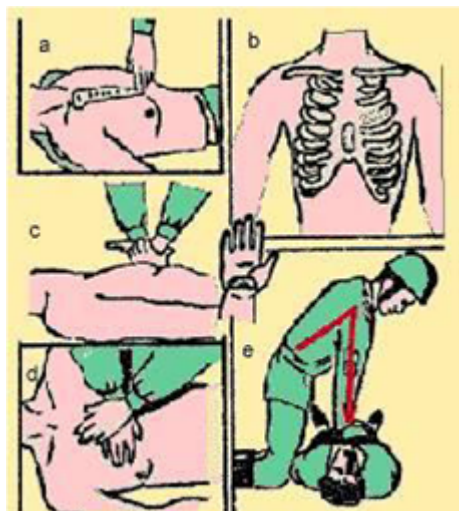


Рис. 5 Непрямой массаж сердца

- а – определение места проведения наружного массажа;
- б – место соприкосновения ладони и грудины;
- в, г – положение рук на грудной клетке;
- д – положение туловища.

Массаж сердца производят в режиме 60 надавливаний в минуту. При правильном массаже на сонной и бедренной артериях при каждом толчке определяется искусственно вызванная пульсовая волна. Для определения появления самостоятельного пульса или изменения положения тела пострадавшего массаж сердца нельзя прекращать более чем на 5 с.

Нарушение правил проведения непрямого массажа сердца может привести к переломам ребер (определяется по характерному хрусту во время сдавливания грудины), что является серьезным осложнением. Однако и в этом случае массаж сердца необходимо продолжать, обратив особое внимание на технику его выполнения.

Сочетание непрямого массажа сердца с искусственной вентиляцией легких.

Следует помнить, что массаж сердца может быть эффективным

только при насыщении крови кислородом. Поэтому его проводят одновременно и ИВЛ.

Если реанимацию проводит один человек (Рис. 6), то после определения состояния пострадавшего, восстановления проходимости дыхательных путей, раздувания легких, проверки пульсации на сонной артерии он производит поочередно 15 надавливаний на нижнюю половину грудины, 2 быстрых вдувания воздуха в легкие, затем снова 15 массажных толчков и 2 вдувания и т.д. Таким образом за минуту необходимо выполнить 60 надавливаний на грудину и 8 вдувания воздуха в легкие. Паузы между массажем и вентиляцией должны быть минимальными.



Рис. 6 Сочетание наружного массажа

сердца с ИВЛ

Один реаниматор: два быстрых вдувания в легкие, пятнадцать надавливаний на грудину.

Два реаниматора: одно вдувание воздуха в легкие, пять надавливаний на грудину.

Каждые 4 – 5 мин. контролируют восстановление самостоятельного пульса на сонной артерии.

Лучше проводить реанимацию вдвоем. При этом один из реаниматоров обеспечивает проходимость дыхательных путей и после раздувания легких приступает к проведению ИВЛ. Второй реаниматор, убедившись в отсутствии пульсации на сонной артерии, освобождает грудную клетку от одежды, расстегивает пояс и после 3-5 быстрых вдувания в легкие, произведенных первым реаниматором, начинает непрерывный наружный массаж сердца с частотой 60 надавливаний на грудину в минуту.

Для установления необходимого ритма массажа можно вслух

считать трехзначные числа. Произнесение каждой из цифр – “125, 126...” занимает 1 с. В промежутке между массажными толчками после каждого пятого надавливания реаниматор, проводящий вентиляцию, делает быстрое вдувание воздуха. Эффективность массажа сердца контролирует реаниматор, проводящий ИВЛ. Во время массажных толчков он определяет пульс на сонных артериях и периодически проверяет реакцию зрачков на свет. Оказывающие помощь могут меняться местами.

Признаками успешной реанимации являются: постепенное сужение зрачков и появление реакции их на свет, восстановление самостоятельного пульса на крупных сосудах, а затем восстановление дыхания и сознания. Отсутствие признаков эффективности реанимации в ближайшие минуты требует незамедлительного контроля правильности проведения ИВЛ и массажа сердца. Необходимо проверить проходимость дыхательных путей, находится ли пострадавший на жестком основании и пр. Для увеличения притока крови к сердцу, ноги пострадавшего приподнимают на 50-75 см. (ноги удерживает помощник или подставляет какой-либо предмет).

Проведение сердечно-легочной реанимации продолжают до восстановления кровообращения и дыхания или до прибытия медицинских работников. При появлении самостоятельного пульса массаж сердца можно прекратить, но ИВЛ продолжают до самостоятельного дыхания.

Реанимацию не следует проводить лишь при явных признаках биологической смерти, к которым относятся трупные пятна, окоченение, помутнение роговицы и ее высыхание.

Окончательное заключение о смерти делает медицинский работник. Оказывая медицинскую помощь при утоплении следует помнить о необходимости очистить полость рта от ила, слизи и т.п., если имеются протезы – вынуть их. Для удаления воды из верхних дыхательных путей кладут спасаемого на свое колено так, чтобы голова его была ниже уровня туловища, энергично нажимают между лопатками один-два раза. Не нужно тратить время на попытку удалить воду из легких. Проводятся реанимационные мероприятия по общим правилам.

После восстановления самостоятельного дыхания и

сердечной деятельности пострадавшего на воде необходимо согреть и доставить в лечебное учреждение.

Общее переохлаждение организма.

Данная патология довольно-таки часто может встречаться при наводнениях. В клинике общего переохлаждения выделяют стадии:

1) **а**динамическая: озноб, цианоз и бледность кожи, затрудненная, скандированная речь, безразличие ко всему. Ректальная температура 33-35 град.

2) ступорозная реакция: резкая сонливость, угнетение сознания, бледность или акроцианоз, маскообразное выражение лица, дизартрия. Пульс -30-60 в мин., слабого наполнения. Дыхание поверхностное, редкое. Ректальная температура 31-32 град.

3) судорожная стадия: отсутствует сознание, имеются судороги, окоченение. Западение глазных яблок, веки не сомкнуты, зрачки сужены, почти не реагируют на свет. Пульс 30-40 в мин., определяется с трудом только на сонных и бедренных артериях. Дыхание редкое – 3-4 цикла в минуту, иногда типа Чейн-Стокса. Ректальная температура ниже 31 градуса.

При адинамической стадии необходимо согреть пораженного в теплом помещении.

Дают горячее питье, пищу, алкоголь. При тяжелом состоянии (ступорозная, судорожная стадии) пораженного необходимо поместить в теплую ванну (t +35-37 град.), постепенно повышая (за 15-20 мин.) температуру воды до 39-40 градусов.

Согревание необходимо прекратить при ректальной температуре 35 градусов. Одновременно проводят энергичное растирание тела.

Внутривенно 40-60 мл 40% глюкозы (подогретой) с 1%-1,0 димедрола.

При расстройствах сердечной деятельности и дыхания внутривенно 0,06% 1мл коргликона и 1% 1мл лобелина в 20 мл 40% глюкозы.

Единый общероссийский детский телефон доверия

**ЕДИНЫЙ ОБЩЕРОССИЙСКИЙ ДЕТСКИЙ
ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ**



Телефон доверия – это служба экстренной психологической помощи по телефону; в которой работают дипломированные психологи.

8-800-2000-122

– единый номер телефона доверия (служб экстренной психологической помощи) для детей, подростков и их родителей.

Звонок **анонимный и бесплатный** с любого телефона.

Позвонив на Телефон доверия; каждый человек, без исключения; имеет возможность **анонимно**:

- установить контакт с консультантом; которому может полностью довериться;
- свободно выражать свои мысли и чувства., не подвергаясь оценке и давлению;
- быть принятым; как личность;
- получить эмоциональную поддержку.

Консультанты Телефона доверия в разговоре не навязывают собственных мнений; не диктуют условий; а помогают абонентам мобилизовать собственные духовные, физические, интеллектуальные, творческие ресурсы для выхода из кризисного состояния.

Телефон доверия работает **круглосуточно**, без перерывов и выходных, анонимно и конфиденциально. Абоненты могут быть уверены, что никто, никогда и ни при каких обстоятельствах не узнает содержания беседы.

ПОЗВОНИ, ТЕБЕ ПОМОГУТ!

Безопасное поведение на воде



На нашей планете есть много возможностей оказаться в воде: она покрывает 71 процент земной поверхности. Поэтому древние греки умение плавать считали таким же обязательным, как умение читать.

Впрочем, тысячелетние наблюдений показывают, что тонут в основном именно те, кто умеет плавать. И, как это не странно: как бы ни умел человек бегать, прыгать, плавать или даже летать, жизнь его не станет защищеннее без правильного управления своими возможностями. Более того, увеличение степеней свободы ведет к увеличению степеней опасности.

Общество спасания на воде со дня своего создания, с 1872 года, учит граждан России самым простым правилам **безопасного поведения на воде**:

- не нырять в незнакомых местах;

- не заплывать за буйки;
- не выплывать на судовой ход и не приближаться к судам;
- не устраивать игр в воде, связанных с захватами;
- не плавать на надувных матрасах или камерах;
- не купаться в нетрезвом виде...

Но с 1872 года нарушения этих правил остаются главной причиной гибели людей на воде.

Впрочем, называют и другую, главную причину гибели в воде – это сначала самоуверенность, а потом страх. И только знания помогут не растеряться в опасной ситуации.

Например, у пловца начинает сводить ногу. Зная, что это обычная ситуация, вы должны на секунду погрузиться с головой в воду и, распрямив ногу, сильно рукой потянуть на себя ступню за большой палец. Если не знать этого приема, легко испугаться и, теряя силы и сбивая дыхание, пытаться плыть к берегу, а там уж – как повезет.

Кстати, одновременно с умением плавать, обязательно нужно научиться и отдыхать в воде.

Первый способ – лежа на спине. Спокойно расправив руки и ноги, закрыть глаза, лечь головой на воду и расслабиться, лишь слегка помогая себе удержаться в горизонтальном положении. Набрать в легкие воздуха, задержать, медленно выдохнуть.

Второй способ – сжавшись «поплавок». Вдохнуть, погрузить лицо в воду, обнять колени руками и прижать к телу, сдерживая выдох (но не напрягаясь), медленно выдыхать в воду, а затем – опять быстрый вдох над водой и снова «поплавок». Если вы замерзли, надо делать неподвижную (статическую) гимнастику, по очереди напрягая руки и ноги.

Итак, отдохнув, надо не спеша, не тратя силы плыть к берегу. И опять отдыхать. Но ни в коем случае не тратить энергию на страх, утешьте себя, в крайнем случае, той мыслью, что бояться уже поздно – надо только действовать. В конце концов, умеющий проплыть десять метров, проплывет и сто, если будет отдыхать.

Разумеется, все эти советы нужны, если вы вообще умеете плавать. Научить плавать своего ребенка – такая же обязанность родителей, как научить переходить улицу. Уверенно держаться на

воде можно научить за 5-7 дней, и это уже первый шаг к безопасности: дети тонут не только в прудах и речках, но и в бочках с водой, и в домашних ваннах.

Что делать, если на ваших глазах тонет человек? Прежде всего, дать себе секунду на размышление. Подумайте и осмотритесь, нет ли рядом спасательного средства? Им может быть все, что угодно, увеличивающее плавучесть человека и, что вы в состоянии до него добросить. Например, спасательный круг можно бросить на 20-25 метров, конец Александрова – чуть дальше (с борта судна, за счет высоты – значительно дальше). Посмотрите, нет ли поблизости лодки? Можно ли позвать кого-то еще на помощь? Ободрите криком потерпевшего, сообщите ему, что вы идете на помощь.

Если вы стараетесь добираться до тонущего вплавь, то максимально учтите течение воды, ветер, расстояние до берега и т.д. Приближаясь, старайтесь успокоить и ободрить выбившегося из сил пловца. Если это удалось и он может контролировать свои действия, приступайте к спасательным действиям. Утопающий пловец должен держаться за плечи спасателя. Если он не в состоянии взять вас за плечи, то обращаться с ним надо жестко и бесцеремонно. Некоторые инструкции рекомендуют даже оглушить утопающего, чтобы спасти его и свою жизнь.

Коротко техника спасания выглядит так. Подплыв к утопающему, надо поднырнуть под него и, взяв сзади одним из приемов захвата (классический – за волосы), транспортировать к берегу. В случае, если утопающему удалось схватить вас за руки, шею или ноги, освобождайтесь и немедленно ныряйте – инстинкт самосохранения заставит потерпевшего вас отпустить.

Если человек уже погрузился в воду, не бросайте попыток найти его в глубине, а затем вернуть к жизни. Это можно сделать, если утонувший был в воде около 6 минут. Вытащив на берег, осмотрите потерпевшего: рот и нос могут быть забиты тиной или песком, их надо немедленно прочистить (пальцами, повернув голову человека на бок). Затем положите пострадавшего животом на свое колено (голову свесить лицом вниз) и сильно нажав, выплесните воду из желудка и дыхательных путей. Все это надо делать быстро и так же быстро уложить пострадавшего на

спину, расстегнуть ему пояс и верхние пуговицы и начать искусственное дыхание.

Встаньте на колени слева, максимально запрокиньте голову утонувшего (это очень важно!) и, сместив челюсть вниз, раскройте ему рот. Сделайте глубокий вдох, приложите свои губы к губам пострадавшего (рекомендуется через платок или марлю) и с силой выдохните воздух. Ноздри пострадавшего при этом надо зажать рукой. Выдох произойдет самостоятельно.

Если у пострадавшего не бьется сердце, [искусственное дыхание](#) надо сочетать с непрямой массажем сердца. Для этого одну ладонь положите поперек нижней части грудины (но не на ребра!), другую ладонь – поверх первой накрест. Надавите на грудину запястьями так, чтобы она прогнулась на 3-5 сантиметров, и отпустите. Прогибать нужно сильно, толчком, используя вес своего тела. Через каждое вдувание воздуха делайте 4-5 ритмичных надавливаний.

Хорошо, если помощь оказывают двое. Тогда один делает искусственное дыхание, другой – массаж сердца. Не останавливайте меры по реанимации до прибытия «скорой помощи»: благодаря вашим действиям организм может еще жить.

Разумеется, приемы оживления и спасения совсем не просто применять без практики. Но даже если у вас нет никакой подготовки – действуйте! Надо использовать любой шанс. Спасение утопающего в большей степени зависит от поведения самого человека.

Клещи наступают!



Ярославская область входит в число эндемичных регионов, где энцефалитные клещи встречаются чаще и регистрируется заболеваемость клещевым вирусным энцефалитом.

Клещевой вирусный энцефалит (далее – КВЭ)- это острое инфекционное вирусное заболевание, поражающее нервную систему. Переносчиками заболевания являются иксодовые клещи.

КВЭ приводит к параличам, расстройствам памяти, интеллекта. Вирус КВЭ, как правило, передается человеку при укусе клеща или при его раздавливании, а также при употреблении в пищу инфицированного сырого козьего молока.

Инкубационный период (время до появления симптомов заболевания) длится от 1 дня до месяца, в среднем 10 дней. Чем дольше клещ находился на коже человека, тем быстрее развивается заболевание.

Первые симптомы болезни: лихорадка (до 38-39°C), сильная головная боль, иногда тошнота, рвота, боль в суставах, слабость, разбитость, нарушения сна, кашель и насморк. В некоторых случаях заболевание может закончиться на этой стадии, и человек выздоравливает. Но в более тяжелых случаях на 3-5 сутки развивается поражение центральной нервной системы – менингит, энцефалит, менингоэнцефалит. Лечение клещевого энцефалита осуществляется только в условиях стационара.

Также через укусы клещей передаются другие инфекции: клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), анаплазмоз, эрлихиоз.

Как уберечь себя от укусов клещей?

Клещ может укусить человека в лесу или в парке, на дачном участке, попасть в дом вместе с принесенными из леса ветками,

«приехать» на шерсти домашних животных и т. п. Большая часть клещей поджидает свою жертву на траве или на земле.

Собираясь в лес, постарайтесь защитить себя от нападения клеща: наденьте одежду с длинными рукавами, плотно прилегающими к запястью; брюки заправьте в высокие сапоги (обувь должна закрывать тыл стопы и лодыжку, давая возможность заправить в нее одежду); обязательно наденьте одежду с капюшоном; одежду выбирайте светлую, чтобы легче было заметить клеща; обработайте одежду и открытые части тела репеллентом, отпугивающим клещей; передвигаясь по лесу, старайтесь держаться середины тропинки, остерегайтесь высокой травы и кустарника. Клещ долго ищет место для укуса, поэтому при длительном нахождении в лесу или на даче необходимо проводить само- и взаимоосмотры каждые 2 часа. При возвращении домой следует просмотреть одежду и тело и принять душ. Следует также осматривать домашних животных после прогулки в лесной полосе и городских парках.

Если клещ еще не присосался, можно удалить его самостоятельно. Если присасывание клеща произошло, его необходимо удалить, соблюдая следующие правила: на место присасывания необходимо нанести каплю растительного или вазелинового масла, тело клеща захватить пинцетом или пальцами через небольшой кусочек ткани (бинта) и, медленно раскачивая его, вращая по часовой стрелке, вытащить насекомое. Ранку необходимо обработать спиртовым раствором йода или другим антисептиком. Если же удалить его самим не удастся, следует безотлагательно обратиться за помощью в травматологический пункт, поликлинику, приемные отделения больниц.

Далеко не каждый укусивший человека клещ является переносчиком клещевого энцефалита. Но извлеченного клеща нужно обязательно исследовать на наличие у него вируса заболевания. Насекомое следует поместить в герметичную емкость (сухой чистый стеклянный пузырек) и как можно быстрее доставить в лабораторию для исследования привезенного экземпляра на клещевые инфекции. При невозможности немедленной доставки

клеща в лабораторию закрытый флакон допускается хранить в холодильнике, но более 2 суток с момента укуса клеща.

На территории Ярославской области находятся **4 лаборатории, где можно исследовать клещей на наличие клещевых инфекций:**

– в г. Ярославле

во ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Ярославской области» по адресу ул. Воинова, д.1 Режим работы лаборатории : с понедельника по пятницу с 9 час. до 17.00 час. Работа лаборатории в выходные дни возможна при увеличении количества обращений пациентов. Телефон лаборатории: 8(4852) -73-36-42.

в ГАУЗ ЯО клиническая больница им. Соловьева по адресу ул.Загородный сад, 11. Режим работы лаборатории : до 01.05.2019 и с 01.07.2019 по 30.10.2019 с понедельника по пятницу с 8.00. до 15.00, с 01.05.2019 года по 31.06.2019 ежедневно с 7.30 час. до 19.30 час (без выходных и праздничных дней), с 01.07.2019 по 30.07.2019 с понедельника по пятницу с 8.00. до 17.00, включая выходные и праздничные дни. Телефон лаборатории: 8(4852) 25-13-94, 74-41-92, кабинет приема клещей 73-67-66.

– в г. Рыбинске

в филиале ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» по адресу г. Рыбинск, ул. Солнечная, д. 39. Режим работы лаборатории : с понедельника по пятницу с 9 час. до 17.00 час. Работа лаборатории в выходные дни возможна при увеличении количества обращений пациентов. Телефон лаборатории: 8(4855) 55-12-88.

– в г. Ростове

в филиале ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в Ростовском районе по адресу г. Ростов, пер. Перовский, 19. Режим работы лаборатории : с понедельника по пятницу с 9 час. до 17.00 час. Работа лаборатории в выходные дни возможна при увеличении количества обращений пациентов. Телефон

лаборатории: 8(48536) 6-25-43.

При сдаче клеща на исследование необходимо сообщить номер контактного телефона, по которому Вам сообщат о результате исследования.

Если анализ подтверждает, что клещ является переносчиком энцефалита, лаборатория направляет человека в травматологический пункт или приемное отделение ЦРБ, где ему вводится противоклещевой иммуноглобулин.

Введение противоклещевого иммуноглобулина в медицинских организациях осуществляется с профилактической целью только после исследования клеща на вирус клещевого энцефалита. В исключительных случаях, для иммунизации детей, укушенных клещами в эндемичных районах области, введение противоклещевого иммуноглобулина может осуществляться без исследования клеща.

Одним из наиболее важнейших и эффективных способов профилактики заболевания клещевым энцефалитом являются прививки. Их рекомендуется проводить в осенне-зимний период, до пробуждения клещей из спячки. Вакцинацию против энцефалита проводят двукратно. Через год после первых двух прививок вводится повторная доза вакцины. Затем 1 раз в 3 года проводится ревакцинация. Современные вакцины позволяют проводить в теплое время года ускоренную вакцинацию с интервалом в две недели. Прежде чем сделать прививку от клещевого энцефалита необходимо проконсультироваться с врачом для исключения противопоказаний.

В Ярославской области проводится вакцинация за счет средств областного бюджета детям, взрослым, профессиональная деятельность которых связана с выполнением сельскохозяйственных, гидромелиоративных, строительных работ, работ по выемке и перемещению грунта, заготовительных, промысловым, геологических, изыскательных, экспедиционных, дератизационных, дезинсекционных работ, работ по

лесозаготовке, расчистке, благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. Плановая вакцинация взрослых, не относящихся к профессиональным контингентам, осуществляется в осенне-зимний период в медицинских организациях по месту прикрепления по предварительной заявке пациента.

2019 год.

УДАЛЕНИЕ КЛЕЩЕЙ

Производится:

- в рабочее время: в поликлинике в хирургическом кабинете, в часы приема врача-хирурга.
- в нерабочее время поликлиники в приемном отделении стационара

ВВЕДЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА

ПРОТИВ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Производится:

- в кабинетах врачей участковых терапевтов во время работы поликлиники;
- в кабинетах врачей участковых педиатров и врача инфекциониста во время работы поликлиники;
- в нерабочее время поликлиники – в приемном отделении стационара.

Иммуноглобулин вводится детям и взрослым на бесплатной основе при наличии положительного результата исследования клеща.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕЩЕЙ

Проводится в баклаборатории

г. Рыбинск, ул.Солнечная, д. 39

Часы работы: с 8 до 16 часов, в субботу и праздничные дни с 8 до 13 часов.

Выходные дни: воскресенье (и 1 мая, 9 мая).

тел.(84855) 55-12-88.

При сдаче клеща до 11 часов – результат исследования выдается в этот-же день до 16 часов
при сдаче после 11 часов – результат на следующий день.

Положительные результаты сообщаются по телефону

Цена исследования:

на клещевой энцефалит – 350 руб.;

на клещевой боррелиоз – 500 руб;

на 4 инфекции (клещевой энцефалит, боррелиоз, эрлихоз, анаплазмоз) – 1200 руб.

Для застрахованных лиц исследования проводятся бесплатно.

Исследования клещей можно провести также в г. Ярославль:

ул. Войнова, д. 1;

Тутаевское шоссе, д. 27 (ОДКБ № 3 травмпункт);

ул.Загородный сад, д. 11 (б-ца им. Н. В. Соловьева);

ул. Носкова, д. 7 (б-ца им. Семашко).

Осторожно – змеи!



Укусы животных – серьезная проблема для здоровья населения во всем мире. Наибольшую опасность представляют укусы змей, собак, кошек и обезьян. Об этом сообщает Всемирная организация здравоохранения. В мире насчитывается около 600 видов ядовитых змей, и примерно 50- 70% их укусов приводят к

интоксикации. В средней полосе России наиболее распространенная ядовитая змея – обыкновенная гадюка (*Viperidae berus*). Обыкновенную гадюку можно встретить в лесной и лесостепной зонах. Чаще встречается в смешанных лесах, на полянах, болотах, заросших гарях, по берегам рек, озер и ручьев.

В средней полосе гадюки активны в дневное время. Любят греться на солнце, в том числе могут это делать и прямо на тропе, на пнях, кочках и каменных плитах. Охотятся обычно ночью. Питаются преимущественно мелкими грызунами, лягушками, насекомыми. При встрече с человеком змея, как правило, пытается скрыться. При угрозе занимает активную оборону: шипит, совершает угрожающие броски и наиболее опасные броски-укусы, которые легче всего провоцируются движущимся объектом. Весной яд гадюки более токсичен, чем летом.

В Ярославской области случаи укусов змеями людей регистрируются в течение ряда лет.

Профилактика укуса змеи

В районах обитания змей следует носить длинные брюки, высокие ботинки или сапоги, гетры и перчатки. Важнее всего внимательно смотреть под ноги, прежде чем сделать очередной шаг. Не лишней будет выставленная вперед палка и при быстром движении по тропе. Не следует устраивать ночлег возле прогнивших пней, деревьев с дуплами, у входов в норы или пещеры, рядом с кучами мусора или валежника. В теплые летние ночи змеи активны и могут приползти к костру. При передвижении ночью необходимо освещать путь фонарем. Следует плотно закрывать вход в палатку.

Чаще всего укус происходит случайно – если на змею наступить. Вторая наиболее частая ситуация – укус в руку при попытке ее поймать.

Удар ядовитых гадючьих «клыков» оставляет две кровоточащие точечные ранки. Тотчас же в месте укуса ощущается сильный зуд, нарастающая боль, а через минут начинает развиваться отек, который к исходу первых суток может распространиться на всю

пораженную конечность и часть тела. При попадании яда в кровь общая реакция может развиваться сразу или спустя полчаса или час после укуса. Чаще всего это происходит через 15-20 минут (данные из различных литературных источников). Появляется головокружение, вялость, головная боль, тошнота, иногда рвота, одышка, частый пульс. Яд обыкновенной гадюки по механизму токсического действия является ядом преимущественно геморрагического (вызывающего кровоизлияние), свертывающего кровь и местного отечно- некротического действия.

Факторы, влияющие на тяжесть последствий от укуса змеи.

На степень тяжести последствий от укуса змеи влияют несколько факторов:

– Возраст, размеры тела и состояние здоровья больного. Интоксикация у детей обычно бывает тяжелой и смертельный исход у них более вероятен, так как относительно большая доза яда приходится на тело жертвы с меньшими размерами;

– Место укуса. Чем ближе место укуса к голове, тем он опаснее. Укусы в конечность или в жировую ткань менее опасны, чем укусы в туловище, лицо или непосредственно в какой-либо кровеносный сосуд. Прямое поражение ядовитыми зубами более опасно, чем нанесенные ими царапины, скользящие удары или удары в кость. Выходное отверстие для истечения яда в ядовитом зубе змеи находится значительно выше его верхушки; таким образом, верхушка ядовитого зуба может проникнуть в кожу, не вызвав интоксикацию; даже тонкий слой одежды может послужить серьезной защитой. Благодаря тому что ранка от укуса змеи имеет поверхностный характер, примерно у 20 % больных, укушенных ядовитыми змеями, интоксикация не разовьется, даже если ядовитые зубы проникнут в кожу;

– Наличие различных бактерий, особенно клостридий и других анаэробных микроорганизмов, во рту змеи или на коже ее жертвы. Это может привести к тяжелому инфицированию в некротических тканях в месте укуса;

– Физическая нагрузка или усилия, такие как бег, сразу после укуса. Это ускоряет системную абсорбцию яда.

Что нельзя делать при укусе змеи:

- Нельзя ловить и убивать змею. Это забирает ценное время и часто добавляет группе ещё одного укушенного участника;
- Запрещено поить пострадавшего алкоголем. Алкоголь резко ускоряет распространение яда и снижает артериальное давление;
- Запрещено накладывать жгут на укушенную конечность. Это практически 100%-й способ получить гангрену;
- Нельзя делать надрезы в области укуса, «чтоб яд вытек с кровью», прижигание раны. Змея кусает глубоко, и яд распространяется быстро. Ожог кожи самочувствие пострадавшего не улучшит;
- Запрещается накладывать согревающие компрессы, мазать место укуса согревающими мазями (это касается укусов любыми животными).

Что можно и нужно делать при укусе змеи:

- Осмотреть место укуса: для гадюки характерно наличие двух проколов (или одного, если один зуб у змеи был сломан). Если ранок нет, а есть следы от множества маленьких зубчиков – то, может, укусила не гадюка, а уж или полоз;
- Пострадавшего следует немедленно уложить и иммобилизовать пораженную конечность, чтобы снизить скорость распространения яда;
- Снять обувь (если укус в ногу) или кольца, браслеты, часы (если укус в руку);
- Укушенную ногу прибинтовать к здоровой, придавая слегка возвышенное положение. При укусе в руку ее фиксируют в согнутом положении с помощью ткани, перекинутой через шею.
- Дать обильное питье;
- Как можно быстрее после укуса обеспечить транспортировку пострадавшего в положении лежа в ближайшую медицинскую организацию.

Куда обращаться при укусе змеи:

- Приемное отделение ближайшей медицинской организации;
- Станции и отделения скорой медицинской помощи;
- Травматологический пункт по месту жительства (в с. Новый

Некоуз – ГУЗ ЯО Некоузская ЦРБ, в г. Ярославле: взрослые – ГБУЗ ЯО «Городская больница им. Н.А.Семашко» и ГАУЗ ЯО «Клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.В.Соловьева», дети – приемный покой ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница»; в г. Рыбинске: ГБУЗ ЯО «Городская больница № 2 имени Н. И. Пирогова»).