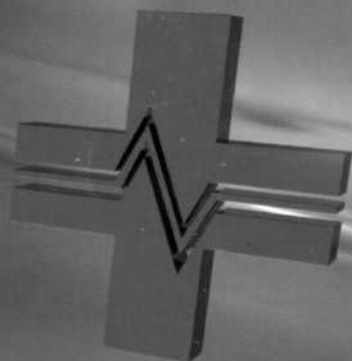




КОРПОРАЦИЯ
ДЭНАС МС

Исполнительная группа по реализации государственных программ Российской Федерации «Здоровье Нации» и «Сохранение генофонда Человека»



**ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
ДЭНС - ПОМОЩЬ
ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ**

Атлас-справочник

Тело, пусть пока и немощное, — не гроб, а храм Духа.

Александр Мень

Помогая другому, каждый тем самым содействует личному счастью. Многие желают его достигнуть, но не знают, как взяться за дело. Суметь помочь страдающему — несомненно, одна из самых прекрасных способностей, которыми располагает человек.

Теодор Билърот



ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДЭНС - ПОМОЩЬ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Атлас-справочник

Под общей редакцией
академика Международной академии
фундаментального образования
профессора В.В. Малахова
и доцента В.В. Чернышева

Екатеринбург, 2004

ISBN 5-9601-0012-6

Власов А.А., Лавруков А.М.,
Умникова М.В., Рубцова О.И., Иванова Н.И., Малахова Я.В.,
Николаева Н.Б., Сафронов А.А.

Назначение данного издания - помочь пользователям аппаратов семейства ДЭНАС эффективно справиться с повреждениями и угрожающими жизни состояниями в течение более или менее кратковременного времени в порядке само- и взаимопомощи при возникновении экстренной ситуации в любое время и в любом месте пребывания.

Следует помнить, что приводимый в издании материал ни в коем случае не является исчерпывающим, а сама книга не является пособием для самодиагностики и самолечения.

Диагностика требует квалифицированного подхода, поэтому диагноз всегда должен устанавливать врач.

Книга позволит вам определиться в трудной ситуации и оказать пациентам эффективную первую неотложную помощь до прибытия медиков.

Атлас-справочник предназначен в качестве дополнительного учебного пособия для широкого круга заинтересованных пользователей.

© Дизайн, верстка: **Вячеслав Шелудков**, 2004

© Иллюстрации: **Владимир Малахов, Вячеслав Шелудков**, 2004

© "Рекламно-издательская фирма "Санэд", 2004

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на достижения современной медицины, борьба с внезапно возникшими повреждениями, патологическими состояниями и заболеваниями, особенно при необходимости оказания неотложной помощи, является не до конца отработанным звеном.

Различают следующие этапы медицинской помощи:

- первой медицинской помощи, которая осуществляется людьми, не имеющими специального медицинского образования;
- первой доврачебной помощи, которая оказывается лицами, имеющими подготовку по оказанию медицинской помощи (средний медицинский персонал, провизоры и пр.);
- первой врачебной помощи, которая оказывается врачом, имеющим необходимый инструментарий, лекарственные средства, и объем такой помощи регламентируется условиями ее оказания, т.е. где она оказывается - вне больничных условий или в поликлинике, машине «скорой помощи», стационаре;
- квалифицированной медицинской помощи, которая оказывается врачами
 - специалистами высокой квалификации в условиях многопрофильных больниц;
- специализированной медицинской помощи, которую можно получить на самом высоком уровне в условиях специализированных клиник, институтов и академий.

Повышение качества и своевременности оказания неотложной помощи внезапно заболевшим и пострадавшим возможно лишь за счет повышения санитарного уровня населения нашей родины и всемерного адекватного использования возможностей всех этапов оказания медицинской помощи.

Однако известно, что даже в крупных городах бригада «скорой помощи» прибывает по вызову только через несколько десятков минут. Даже в такой короткий отрезок времени могут наступить необратимые изменения в организме внезапно заболевших или пострадавших.

Поэтому судьба и жизнь пострадавших и внезапно заболевших во многом зависит от своевременности и качества первой медицинской помощи, которую, как правило, оказывают люди, далеко не всегда владеющие приемами оживления и поддержки нарушенных функций организма в период до начала оказания первой доврачебной или врачебной помощи.

Эффективность первой медицинской помощи может быть достигнута при условии непосредственного и быстрого участия находящихся рядом с пострадавшим людей, которые обладают необходимыми навыками и знаниями простейших элементов оказания неотложной помощи. Людей, которые имеют под рукой эффективные средства оказания первой медицинской помощи. К последним мы по праву можем отнести аппараты чрескожной динамической электронейростимуляции - ЭСИ-032-1 «Протон», ДЭНАС и ДиаДЭНС.

Наше издание посвящено оказанию первой медицинской помощи, которая хотя и называется неквалифицированной, но имеет очень большое значение для своевременного облегчения состояния внезапно заболевшего или пострадавшего, а зачастую и для сохранения жизни человека до приезда бригады «Скорой помощи» или МЧС, то есть до оказания больному или пораженному гражданину первой доврачебной или врачебной медицинской помощи.

Но читателю следует знать, что аппараты семейства ДЭНАС достаточно часто используются для ликвидации неотложных состояний и обеспечения жизнедеятельности пострадавших и заболевших на всех этапах медицинской помощи.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Первая медицинская помощь оказывается часто в порядке само- и взаимопомощи, а также специально обученными лицами (парамедики, санитарные дружинники, военнослужащие, сотрудники МЧС, милиции, ГИБДД и пр.) на месте происшествия, в садах и огородах, в походах и во время поездок и путешествий, а также при необходимости транспортировки в случае отсутствия возможности оказания первой доврачебной или врачебной помощи.

Первая медицинская помощь предусматривает:

1. Немедленное прекращение воздействия поражающих факторов (извлечение пострадавших из-под тяжести, завалов, из горящего помещения или из воды; прекращение воздействия электрического тока или отравляющих газов).
2. Осуществление группы мероприятий, которые должны быть выполнены по жизненным показаниям и к которым относят, прежде всего, устранение асфиксии, искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, временную остановку кровотечения, транспортную иммобилизацию с использованием подручных средств, обезболивание.

Оказание первой неотложной помощи довольно часто может сопровождаться следующими затруднениями. Во-первых, если пациент находится в бессознательном состоянии, в состоянии шока или коллапса, то оказывающий медицинскую помощь не всегда может получить необходимую информацию о случившемся от самого пациента. Во-вторых, как правило, под рукой в это время не оказывается нужных лекарственных препаратов и необходимого медицинского инвентаря.

Первая проблема решается путем опроса свидетелей происшедшего или родственников. При опросе необходимо выяснить, нет ли у пациента каких-либо хронических заболеваний, по поводу которых он регулярно принимает лекарства (например, бронхиальная астма, сахарный диабет и пр.). Полезно также узнать имя и возраст пострадавшего.

Вторая проблема решается еще более простым способом - у вас всегда с собой должен быть ДЭНС-аппарат и запасная батарейка.

При оказании неотложной помощи в первую очередь ДЭНС-оператор должен ответить на вопрос - жив пациент или находится в состоянии клинической смерти. Если сознание, пульс и дыхание отсутствуют, то оказывающий помощь должен проводить реанимационные мероприятия.

При исходно сохранном сознании у больного или после оживления пострадавшего, если квалифицированная медицинская помощь еще не может быть оказана, оператор должен уметь определить основной симптом или синдром, который определяет тяжелое состояние больного. Другими словами, оказывающий первую неотложную медицинскую помощь в указанной ситуации должен выявить главную (доминирующую) жалобу пациента.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

При оказании неотложной помощи диагнозы заболеваний не выставляются. В экстренной ситуации всегда важно выделить ведущий патологический симптом или синдром (жалобу). То есть выявить расстройства функций тех органов или систем организма, которые нарушают состояние больного, определяют тяжесть состояния данного пациента и могут привести к смерти или к дальнейшему прогрессивному ухудшению его здоровья.

Эти синдромы следующие:

- Нарушение сознания - его отсутствие или спутанность, галлюцинации или неадекватность поведения;
- Нарушение (расстройства) дыхания;
- Нарушение функции сердечно-сосудистой системы: расстройства сердечной деятельности и нарушение давления крови в сосудах (например, шок, гипотонический или гипертонический кризы и пр.);
- Болевой синдром;
- Судорожный синдром;
- Гипертермия (высокая температура тела);
- Нарушение мочеотделения (задержка мочи или непроизвольное мочеиспускание).

СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АД	артериальное давление
АТЗ	активные триггерные зоны
БАТ	биологически активные точки
БАЗ	биологически активные зоны
ДР	дозированный режим работы аппарата (режим «тест» у аппаратов ДиаДЭНС)
ДЭНС, ДЭНС-терапия, ДЭНС-воздействие, ДЭНС-пособие и пр.	чрескожная динамическая электронейростимуляция, электродинамическая рефлексотерапия
КЭ	комфортный энергетический уровень аппаратного воздействия
ЛТЗ	латентные триггерные зоны
МаксЭ	максимальный энергетический уровень аппаратного воздействия
МинЭ	минимальный энергетический уровень аппаратного воздействия
НУЗ	журнал «Народный университет здоровья»
ПКЗ	пояснично-крестцовая зона
ПТЖ	зона прямой проекции жалобы или органа, «предъявляющего жалобу»
ПР	постоянный режим работы аппарата (режим «терапия» у аппаратов ДиаДЭНС)
ТЗ	триггерные зоны (зоны асимметрии), подразделяются на АТЗ и ЛТЗ
ШВЗ	шейно-воротниковая зона
ШК	зона «шейное кольцо»
2ШП	зона второго шейного позвонка
ЗД	зона «три дорожки»
БТ	зона «шесть точек»

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ВАЖНО ЗНАТЬ!

При оказании неотложной помощи в любом случае следует действовать очень быстро, так как при отсутствии сердечной и дыхательной деятельности в мозг не поступает кислород. Считается, что в этих условиях уже спустя 5-6 мин. начинаются необратимые изменения мозга.

Поэтому вызывать бригаду скорой помощи следует без ущерба для пациента, то есть один человек оказывает помощь, а другой - вызывает медиков. Если этого другого нет, то сначала следует провести реанимационные мероприятия, а после получения результата вызвать врача. Если и это невозможно, то после получения результата необходима эвакуация больного в такое место, где возможна квалифицированная медицинская помощь. При всех перечисленных выше ситуациях ДЭНС-пособие всегда оказывает незаменимую для жизни больного помощь.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

При оказании первой медицинской помощи сначала следует определить, находится пациент в сознании или без сознания. Это делается очень просто. Человека, потерявшего сознание, в отличие от спящего человека, нельзя разбудить обычными способами - толкая, щипая его или с силой разминая ушные раковины.

Если **пациент находится в сознании**, то у оператора есть возможность спокойно опросить его, оценить состояние сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности, определить ведущий патологический синдром (жалобу) и оказать соответствующую помощь до прихода врача.

Если **больной без сознания**, то в любом случае и в указанном порядке необходимо срочно провести поочередно следующие мероприятия:

А. Осторожно уложить пациента на спину

Укладывать пациента на спину можно различными доступными способами, только за исключением подозрения на перелом позвоночника. В последнем случае, если потерпевшему угрожает непосредственная опасность и его необходимо срочно переместить, то это следует делать нескольким людям, поддерживая одновременно голову, шею, плечи, таз и ноги таким образом,



Рис. 1 Перемещение на спину пациента с подозрением на перелом позвоночника

чтобы голова, шея и туловище были всегда на одной линии и не смещались относительно друг друга по оси тела (рис. 1).

Б. Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей

1. Удалите изо рта больного все, что может мешать дыханию (слюну, слизь, частички пищи, съемные зубные протезы, остатки рвотных масс и пр.). У взрослых пациентов бывает полезным широко открыть рот, придерживая нижнюю челюсть, взять салфеткой крепко язык и осторожно потянуть его вверх. После этого процедура очищения ротовой полости пальцем более результативна.
2. У детей не следует при очищении ротовой полости касаться задней стенки глотки и что-либо делать с языком (опасность появления рвоты).
3. Не пытайтесь класть что-либо в рот человеку, находящемуся без сознания. Не передвигайте его без необходимости и не пытайтесь посадить. Если у больного вдруг начались позывы на рвоту или рвота, то положите его в позу на бок (см. рис. 20 на стр. 36).
4. Поместите два пальца под подбородок пациента и осторожно поднимите ему нижнюю челюсть вверх. Одновременно другой рукой нажмите больному на лоб и отклоните его голову назад, запрокинув ее. После этого поло-



Рис. 2 Правильно запрокинутая голова пациента. Подбородок поднят вверх. Дыхательные пути проходимы для воздуха.



Рис. 3 Незапрокинутая голова пациента. Подбородок опущен вниз. Язык опущен назад и вниз и закрывает дыхательные пути.

жите под шею больного валик, сделанный из подручного материала (рис. 2). При подозрении на травму позвоночника просто поднимите ему подбородок и не пытайтесь запрокинуть его голову. Этот прием способствует освобождению дыхательных путей от западающего при бессознательном состоянии назад языка (рис. 3).

В. Оценить дыхание

Для того, чтобы узнать, дышит больной или нет, приблизьте свое лицо к его рту и прислушайтесь к его дыханию в течение 5 сек., одновременно наблюдая за признаками движения грудной клетки и живота. При наличии дыхания вы будете слышать его шум и видеть одновременное движение грудной клетки и живота.

Г. Оценить состояние кровообращения

Оценка состояния кровообращения производится путем определения пульса на центральных артериях. Отсутствие пульса на центральных артериях свидетельствует об остановке сердца.

У взрослых и детей старшего возраста состояние пульса проверяется на сонных артериях. Сонные артерии (правая и левая) располагаются на шее пациента, огибают гортань с обеих сторон, поднимаясь к голове. Зоны прямой проекции сонных артерий находятся на шее, кнутри от правой и левой кивательных мышц (рис. 4). Оператор помещает свои пальцы на шею по обе стороны и несколько выше «яблочка» пациента и в течение 5 сек., прижимая пальцы к шее, старается нащупать биение пульса (рис. 5).

У младших детей пульс оценивается на плечевой артерии, так как на сонных артериях у детей этого возраста часто бывает трудно нащупать пульс. Плечевые артерии (правая и левая) располагаются на внутренней стороне соответствующей руки ребенка посередине между плечом и локтем. Оператор легко прижимает к указанному месту указательный и средний пальцы своей руки и нащупывает пульс в течение 5 сек. (рис. 6).



Рис. 4 Зоны прямой проекции сонных артерий.



Рис. 5 Ощупывание пульса на сонных артериях пациента

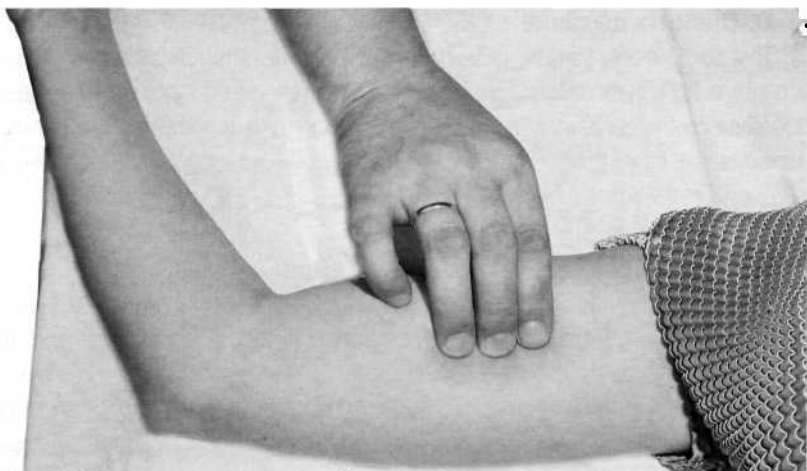


Рис. 6 Ощупывание пульса у детей младшего возраста

ВАЖНО ЗНАТЬ!

При бессознательном состоянии пациента всегда нужно выполнять следующие действия:

- А. Осторожно уложить пациента на спину, лучше на твердую поверхность.
- Б. Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей.
- В. Проверить состояние дыхания.
- Г. Проверить состояние кровообращения.
- Д. Применить реанимационное (ургентное) ДЭНС-пособие.
- Е. При отсутствии эффекта от реанимационного ДЭНС-пособия один человек должен продолжать ДЭНС-воздействие на закрытые веки глаз пациента, а другой проводить искусственное дыхание «рот в рот» и закрытый массаж сердца.

АЗБУКА РЕАНИМАЦИИ

Дословно латинский термин «реанимация» означает «оживление, возвращение к жизни». Под реанимацией понимается восстановление утраченных или резко нарушенных жизненно важных функций организма, проводимое с помощью удара кулаком по грудной клетке в области сердца, закрытого массажа сердца, электрической дефибрилляции, искусственно-го дыхания, нагнетания крови в артерии и др.

По сути, все оказываемые реанимационные пособия преследуют одну цель - борьбу с гипоксией, для чего следует восстановить жизненно необходимое для головного мозга снабжение кислородом. Для этого богатый кислородом воздух через свободные дыхательные пути должен поступать в кровь, а обогащенная кислородом кровь в результате адекватной работы сердца в достаточном количестве должна поступать в головной мозг.

Если этого не происходит в течение 4 - 6 мин. - то начинается необратимое состояние организма и наступает смерть головного, именно головного мозга. Человека и после этого срока можно оживить, но его головной мозг уже потеряет знание языка, все навыки, всю память. Этот человек при оживлении не будет знать, как брать ложку, что такое сладкое и чем оно отличается от кислого и соленого. Этот человек не будет знать, что он есть здесь и сейчас, кто он и где он. Он не узнает вас. И этот человек никогда не будет тем, кем он был до смерти, с которой он и вы справились. Это будет человек «зеро» - с нуля. Его нужно будет снова знакомить с этим чудесным миром. Его нужно будет снова учить жить в этом мире. И в этой ситуации тоже может помочь ДЭНС. Но это предмет отдельного разговора.

Итак, общедоступные по определению, закрытый массаж сердца и искусственное дыхание являются вынужденными, принудительными мероприятиями, при которых оператор силой своих рук и напором своей выдыхаемой струи воздуха механически заменяет естественную электробиомеханическую активную деятельность мышц сердца и мышц грудной клетки как органов, выполняющих функцию кровяного и дыхательного насосов.

Однако проводимые практически необученным человеком, если он осмелится, искусственное дыхание и закрытый массаж сердца нередко бывают неэффективными и даже могут приводить к осложнениям в виде попадания рвотных масс пациента в его же дыхательные пути, вздутию

желудка, переломам ребер, повреждению диафрагмы, сердечной мышцы и легких пациента, инфицированию оператора и пр.

С другой стороны, при относительно быстром повреждении деятельности головного мозга в экстремальных ситуациях наиболее устойчивыми к гипоксии и «живучими» являются структурные элементы и проводящие системы спинного мозга, ядерных центров ЦНС и локализованные нервные тканевые и межклеточные содружества. Это связано с тем, что указанные организации являются филогенетически более древними.

Известны исследования, которые показали, что электрическая активность кожи и некоторых филогенетически более древних структур нервной системы способна сохраняться в течение десятков часов после констатации биологической смерти человека.

Таким образом, оказывая ДЭНС-воздействие и стимулируя электрическим импульсом наших аппаратов определенные биологически активные точки и зоны кожи, мы используем для восстановления жизнеспособности организма именно эти более устойчивые к гипоксии рефлекторные энергоинформационные связи.

Поэтому сразу же после нарушения, а может быть прекращения функции сердечной мышцы и мышц грудной клетки большое значение с целью оживления организма играет не только попытка внешнего, искусственного механического замещения этих функций.

При неотложных состояниях для восстановления ансамбля регуляторных систем организма большое внимание следует уделять именно рефлекторной электрической стимуляции необходимых рефлексогенных зон и биологически активных точек

При помощи аппаратов семейства ДЭНАС оператор способен перераспределить внутренний энергетический потенциал организма и отрегулировать информационные потоки с целью восстановления функции головного мозга, легких и сердца.

Неотложное ДЭНС-пособие играет огромную роль при оказании первой медицинской помощи как общедоступный и эффективный способ восстановления утраченных или резко нарушенных функций организма.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ДЭНС-ОПЕРАТОРА ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Внезапно возникшие неотложные состояния требуют экстренной ДЭНС-помощи, поэтому у оператора должна быть всегда с собой запасная батарея.
2. Аппаратная обработка при неотложных состояниях **ВСЕГДА** проводится в **ПОСТОЯННОМ РЕЖИМЕ**.
3. Неотложные состояния являются показанием для одновременного применения двух аппаратов ДЭНС-терапии либо двумя операторами, либо одним (бимануальная методика).
4. Если пациент без сознания, то оператор обязательно должен оценить состояние пострадавшего, то есть очень быстро и последовательно выполнить пункты А, Б, В, Г из азбуки реанимации (стр. 10).
5. Если больной без сознания, то при ДЭНС - реанимационном пособии при обработке необходимых зон вне зависимости от возраста - **ВСЕГДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МАКСИМАЛЬНО ВОЗМОЖНЫЙ УРОВЕНЬ ВЫХОДНОЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ МОЩНОСТИ АППАРАТА**.
6. Если больной в сознании и имеется возможность обратной связи с пациентом, то оператором устанавливается комфортный или максимальный энергетический уровень аппаратного воздействия. В таких случаях энергетический уровень воздействия определяется самим пациентом (субъективно) и зависит от степени выраженности болевого синдрома и порога болевой чувствительности пациента.
7. Длительность аппаратного воздействия при неотложной первой медицинской помощи всегда неопределенная - до улучшения состояния, до приезда бригады скорой помощи и пр.

ПОДГОТОВКА АППАРАТОВ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРИ ОТСУТСТВИИ У ПАЦИЕНТА СОЗНАНИЯ:

Аппарат ЭСИ-032-1 «Протон»

1. Включить аппарат кнопкой «Вкл» (рис. 7).
2. Установить максимальную выходную аппаратную мощность: нажать на кнопку «УВЛ» и удерживать ее до появления самого яркого свечения индикатора «КНТ». Максимально возможный для аппарата уровень мощности достигается за ≈ 4 сек.
3. Включить постоянный режим работы аппарата (90 ± 18 Гц): нажать и постоянно удерживать в нажатом состоянии кнопку «РЕЖ». Аппарат работает в ПР только при постоянно нажатой кнопке «РЕЖ».
4. Для проведения лечебного воздействия приложить электроды на нужную кожную зону.

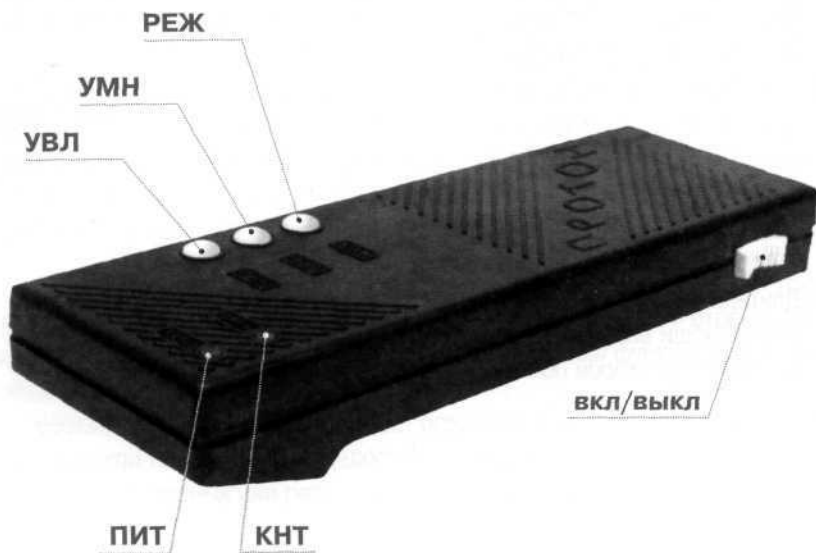


Рис. 7 Внешний вид лицевой стороны аппарата ЭСИ-032-1 «Протон» и органов управления

Аппарат ДЭНАС

1. Включить аппарат кнопкой «ВКЛ» (рис. 8).
2. Установить максимальную выходную аппаратную мощность: нажимать на кнопку «мощность +» до появления свечения последнего правого светодиода на линейке из 10 светодиодов. Максимально возможный для аппарата уровень мощности достигается за ≈ 4 сек.
3. Включить постоянный режим работы аппарата (77 ± 2 Гц): однократно нажать на кнопку «РЕЖИМ», чтобы загорелся светодиод «дозированный/постоянный».
4. Для проведения лечебного воздействия приложить электроды на нужную кожную зону.



Рис. 8 Внешний вид лицевой стороны аппарата ДЭНАС и органов управления

Аппараты ДиаДЭНС - Т и ДиаДЭНС - ДТ

1. Включить аппарат кнопкой «ВКЛ» (рис. 9).
2. Прозвучит музыкальный фрагмент и на жидкокристаллическом индикаторе (ЖКИ) аппарата появится рекламная информация (20 сек). Для срочного прекращения рекламной заставки (1 сек) и перехода в состояние «ОЖИДАНИЕ» нажать и удерживать кнопку «ЧАСТОТА +». Аппарат перешел в состояние «ОЖИДАНИЕ» при 77 ± 2 Гц.
3. Включение постоянного режима (у аппаратов ДиаДЭНС этот режим называется «ТЕРАПИЯ») и увеличение уровня выходной энергетической мощности производится путем нажатия на кнопку «МОЩНОСТЬ +».
4. Обычная установка максимальной выходной энергетической мощности.

У аппаратов ДиаДЭНС максимальная выходная мощность значительно превышает максимальную мощность аппаратов ЭСИ - 032-1 «Протон» и ДЭНАС, кроме того, у аппаратов ДиаДЭНС уровень выходной мощности контролируется цифровой индикацией на ЖКИ со значением от 1 до 99.

При отсутствии экстренных ситуаций уровень мощности обычно увеличивается путем периодического или постоянного нажатия кнопки «МОЩНОСТЬ +». Максимальная выходная энергетическая мощность аппаратов при этом достигается в среднем за 30 сек., что недопустимо долго при оказании неотложной помощи.

5. Экстренная установка максимальной выходной энергетической мощности проводится в течение 2 сек. Для этого большим пальцем правой руки следует одновременно нажать на кнопки «ЧАСТОТА +» и «ЧАСТОТА -», и держать их в нажатом состоянии. Большим пальцем левой руки нажать на кнопку «МОЩНОСТЬ +» и не отпускать ее до достижения аппаратом максимальной выходной энергетической мощности, то есть значения «99» на ЖКИ.
6. Установка необходимой частоты воздействия. Для неотложной помощи используются частоты 77 ± 2 ; 140 ± 5 ; 200 ± 5 Гц. Увеличение частоты следования импульсов достигается нажатием кнопки «ЧАСТОТА +».
7. Для проведения лечебного воздействия приложить встроенные электроды аппарата на нужную кожную зону.



Рис. 9 Внешний вид лицевой стороны аппаратов ДиаДЭНС-Т и ДиаДЭНС-ДТ и органов управления

ПОДГОТОВКА АППАРАТОВ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА СОЗНАНИЯ

При оказании неотложной помощи больному в сохраненном сознании или при восстановлении сознания у пациента после проведенных реанимационных мероприятий, когда появляется возможность обратной связи оператора с пациентом, и при наличии возможности адекватных ответов пациента на вопросы оператора о состоянии пациента и имеющихся у него жалобах, порядок подготовки аппаратов к применению сохраняется прежним.

Однако в последних указанных ситуациях уже не следует применять максимальную выходную энергетическую мощность аппаратного воздействия. В таких случаях оператором устанавливается субъективный комфортный или максимальный энергетический уровень аппаратного воздействия.

Если у больного в клинической картине превалирует болевой синдром, то при очень выраженной боли следует применять максимальный энергетический уровень аппаратного воздействия.

Методика субъективного определения энергетического уровня аппаратного воздействия

Электроды включенного аппарата вначале устанавливаются на необходимую кожную зону пациента, а затем оператор начинает подбирать, ориентируясь на ощущения пациента, уровень аппаратной мощности, увеличивая или при необходимости уменьшая ее путем нажатия на специальные кнопки.

У аппарата ЭСИ-032-1 «Протон» для увеличения силы импульса используется кнопка «УВЛ», а для уменьшения - кнопка «ШН» (рис. 7).

У аппарата ДЭНАС для увеличения энергетического уровня воздействия применяется кнопка «МОЩНОСТЬ +», а для уменьшения - кнопка «МОЩНОСТЬ -» (рис. 8).

У аппаратов ДиаДЭНС для увеличения степени энергетической мощности воздействия используется кнопка «МОЩНОСТЬ +», а для уменьшения - кнопка «МОЩНОСТЬ -» (рис. 9).

Комфортный энергетический уровень (КЭ) - это такой уровень воздействия, при котором пациент испытывает легкое субболевое покалывание, которое похоже на «бег на месте больших резвых мурашек» по коже. Это покалывание в дальнейшем проявляется ощущением тепла в области воздействия. При движении аппарата по кожным зонам в случае попадания

электродов в область двигательных точек могут произвольно и безболезненно сокращаться некоторые мышцы.

Максимальный энергетический уровень (МаксЭ) - это такой уровень воздействия, при котором пациент испытывает интенсивное покалывание в подэлектродной зоне, которое сопровождается терпимым болевым ощущением. Описанные непосредственные чувственные восприятия могут распространяться на периферические от подэлектродной зоны области тела. Они всегда сопровождаются произвольным безболезненным сокращением мышц, когда электроды аппарата при его движении попадают на двигательные точки.

Следует всегда помнить, что изменение степени чувствительности пациента к выходной энергетической мощности аппаратов является индикатором эффективности терапии. На каждом сеансе воздействия следует отмечать, на каком светодиоде (шкала ДЭНАС от 1 до 10) или на каких цифрах (шкала ДиаДЭНС от 1 до 99) мощности воздействия больной испытывает комфортные или иные ощущения от аппаратной обработки. Изменение цифрового значения мощности в динамике (в течение одного сеанса, от сеанса к сеансу) для достижения, например, комфортного уровня ощущения влияния аппарата на пациента, несомненно, всегда является положительным показателем проводимой ДЭНС.

Выбор частоты воздействия

Аппараты ЭСИ-032-1 «Протон» и ДЭНАС в ПР работают на одной частоте 90 ± 18 Гц и 77 ± 2 Гц соответственно.

Обе модификации аппарата ДиаДЭНС генерируют электрические биполярные импульсы сложной нейроподобной формы с затухающим колебательным характером и обеспечивают возможность установки следующих частот следования импульсов в режиме «ТЕРАПИЯ»: 10 ± 2 ; 20 ± 2 ; 60 ± 2 ; 77 ± 2 ; 140 ± 5 и 200 ± 5 Гц.

Поэтому при оказании неотложной ДЭНС-помощи больным, находящимся в сознании, аппаратами ДиаДЭНС-Т и ДиаДЭНС-ДТ, у операторов возникает вопрос, на какой частоте проводить стимуляцию в режиме «ТЕРАПИЯ».

По сути, выбор частоты зависит от двух факторов: от выраженности болевого синдрома и от варианта происхождения боли (подробнее см. БОЛЬ).

Для удобства пользователей аппаратами ДиаДЭНС и согласно общепринятым в электрорефлексотерапии положениям все частоты условно разделены на следующие функциональные частотные диапазоны:

- Диапазон «низких» частот - 10 и 20 Гц. Эффект низкочастотной стимуляции, подобно классической акупунктуре, реализуется через опиоидэргическую систему организма. При воздействии в низкочастотном диапазоне обезболивание развивается обычно медленно, через 20-60 мин. после его начала, является стойким и нередко продолжается в течение последующих 3-5 час. Используется в зоне прямой проекции жалобы (ПГЖ), или органа, «предъявляющего жалобу».
- Диапазон «высоких» частот - 60, 77, 140 Гц. Высокочастотная стимуляция не связана с повышением уровня эндогенных опиоидов в плазме и ликворе, ее анальгезирующий эффект носит локальный, сегментарный характер. При воздействии в высокочастотном диапазоне анальгезирующий эффект наступает быстро, уже через 5-10 мин., но является относительно нестойким и практически полностью регрессирует спустя 30-60 мин. после окончания стимуляции. Используется как для обработки зоны ПГЖ, так и для обработки любых сегментарных зон.
- «Супервысокая» частота 200 Гц вызывает быструю локальную анестезию, которая сохраняется преимущественно только во время аппаратного воздействия за счет того, что в нервных волокнах в области воздействия развиваются явления парабиоза и афферентная передача болевого импульса блокируется. Применяется в зоне прямой проекции боли.

ОСНОВНЫЕ ЗОНЫ ДЭНС - РЕАНИМАЦИИ

Зоны реанимации на лице

Основные зоны реанимации располагаются на лице (рис. 10), что обеспечивает быстрый доступ к ним.

Первая зона находится на верхней губе. Электроды помещаются на верхнюю губу снаружи. Технологические особенности аппарата ДЭНАС позволяют устанавливать электроды более эффективно, таким образом, чтобы центральный электрод прикасался к месту перехода носовой перегородки в верхнюю губу. В этой зоне находится точка 26VG (жень-чжун).

Вторая зона расположена в центре подбородочно-губной борозды. В этой зоне находится точка 24VC (чэн-цзян).

Третья зона расположена на середине кончика носа. В этой зоне находится точка 25VG (гу-ляо).

Данные зоны обрабатываются при шоке, потере сознания, вызванной любой причиной, обмороках, выраженном алкогольном опьянении. Перед обработкой зоны для лучшей эффективности следует смочить какой-либо жидкостью (водой, слюной и пр.). На каждую зону воздействуют по 15-30 сек., чередуя их по порядку до получения эффекта, но на протяжении не более четырех циклов. При обработке обязательно следует использовать ПР и максимальную выходную энергетическую мощность.



Рис. 10 Зоны реанимации на лице

Зона реанимации «проекция верхушки сердца»

Располагается в пределах зоны передней прямой проекции сердца. Проекция верхушки сердца у новорожденного находится на левой половине грудной клетки в четвертом межреберье несколько кнаружи от среднеключичной линии или на ней. У взрослых и детей старше 1,5 лет проекция верхушки сердца смещается в пятое межреберье (рис. 11).

У живого человека в зоне прямой проекции верхушки сердца можно определить пульсацию сердца - верхушечный толчок.

С реанимационной целью оператор расстегивает рубашку пациента, у женщин поднимает левую молочную железу и устанавливает на эту зону электроды аппарата включенного в ПР при максимальной выходной энергетической мощности.



1. Зона «проекция верхушки сердца»
2. Зона передней прямой проекции сердца
3. Зона боковой прямой проекции сердца
4. Левая средне-ключичная линия

Рис. 11 Топография зоны реанимации «проекция верхушки сердца»

ЗОНЫ, ДЭНС-ОБРАБОТКА КОТОРЫХ ОБЕСПЕЧИВАЕТ СТАБИЛИЗАЦИЮ РЕАНИМАЦИОННОГО ЭФФЕКТА

Кисти правой и левой рук («перчатки»)

Аппаратная обработка кистей рук называется методикой «перчатки». При использовании методики «перчатки» обрабатывается вся площадь кисти - пальцы со всех сторон, в том числе и межпальцевые промежутки, ребро ладони, ладонь и тыльная поверхность. Направление движения аппарата в указанной ситуации - от кончиков пальцев до лучезапястного сустава (*рис. 12А*).

Шейно - воротниковая зона («матросский воротник»)

Верхняя граница ШВЗ проходит по задней поверхности шеи на уровне остистого отростка 2-го шейного позвонка (очень часто она соответствует границе роста волос под затылком), по боковым краям шейного треугольника и верхним краям трапецевидных мышц; нижняя граница представляет собой воображаемую горизонтальную линию, проведенную на уровне остей лопаток (*рис. 12Б*).

При обработке ШВЗ необходимо учитывать следующие условия:

1. Показаниями для аппаратной обработки являются жалобы.
2. При заболеваниях, сопровождающихся повышением внутричерепного и артериального (кровяного) давления, направление движения аппарата по зоне - всегда только сверху вниз.

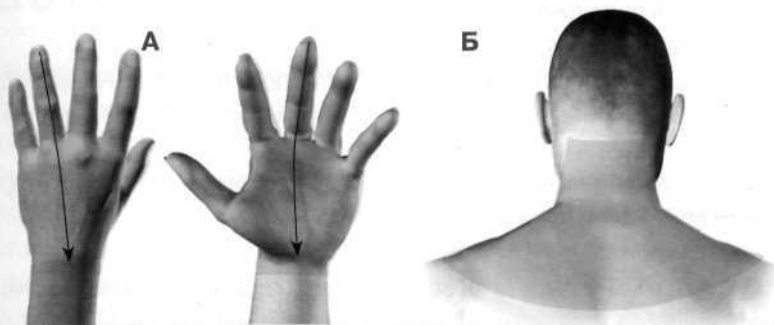


Рис. 12 Зоны, обработка которых обеспечивает стабилизацию реанимационного эффекта

3. При заболеваниях, сопровождающихся понижением артериального давления, и при шоковых состояниях направление движения аппарата только снизу вверх.
4. При нормальном артериальном давлении направление движения аппарата произвольное.
5. Воздействие при МаксЭ всегда повышает артериальное давление.

Зона передней прямой проекции сердца. Располагается слева от грудины на площади, равной площади одной ладони пациента (*рис. 11*). Воздействие в этой зоне осуществляется только при сердечной недостаточности и в реанимационных целях.

Зона боковой прямой проекции сердца. Находится на левой боковой поверхности грудной клетки. Площадь ее соотносится с площадью одной ладони пациента. Правую ладонь пациента следует расположить таким образом, чтобы кончики пальцев касались дна левой подмышечной впадины (*рис. 11*).

ДЭНС - РЕАНИМАЦИЯ. ПАЦИЕНТ БЕЗ СОЗНАНИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ. НЕОПРЕДЕЛЕННАЯ СИТУАЦИЯ.

Если пациент потерял сознание или находится без сознания, то следует немедленно:

1. Осторожно и быстро уложить пациента на спину.
2. Обеспечить проходимость дыхательных путей.
3. Оценить дыхание и кровообращение.
4. Обработать аппаратом в ПР при МаксЭ последовательно зоны реанимации на лице (*см. рис. 10*); время воздействия примерно 15 - 30 сек. на точку.
5. Обработку зон повторяем не более 4 раз.
6. Обычно положительный эффект наблюдается при первом или втором цикле стимуляции точек реанимации на лице.

Ожидаемый результат (основные критерии эффективности):

- появление самостоятельных дыхательных движений,
- появление розовой окраски губ и лица,
- сужение зрачков,

- появление пульса на сонных артериях,
- появление движений и стонов,
- появление признаков сознания.

В случае получения положительного результата от ДЭНС закрепляем его:

- укладываем пациента в положение на боку (см. рис. 20 на стр. 36);
- до стабилизации состояния и оформления четкого сознания или до прихода врача начинаем обрабатывать следующие зоны:
 - кисти рук в ПР при МаксЭ (рис. 12);
 - шейно-воротниковую зону снизу вверх в ПР при КЭ (рис. 12);
 - зону прямой передней или боковой проекции сердца («правило ладони») в ПР при КЭ (рис. 12).

Если положительного эффекта от ДЭНС не наблюдается:

- продолжаем аппаратную обработку в ПР при МаксЭ в зоне проекции верхушки сердца в течение 2 - 3 мин. (рис. 11);
- Затем один оператор продолжает аппаратную обработку закрытых век глаз пострадавшего, а другому следует проводить стандартный комплекс реанимации - искусственное дыхание и наружный массаж сердца (см. следующий раздел). Продолжительность оказания помощи - до приезда бригады скорой помощи, до появления пульса и самостоятельного дыхания у пациента, или пока у вас сохраняются силы для проведения этих действий (См. следующий раздел).

СТАНДАРТНЫЙ КОМПЛЕКС СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ (СЛР)

Искусственное дыхание рот в рот

1. Пациент находится в позе на спине на твердой поверхности с запрокинутой головой (см. рис. 2 стр. 12).
2. Оператор крепко зажимает нос больного большим и указательным пальцами.
3. Оператор делает глубокий вдох, плотно накрывает губами рот пациента.
4. Затем равномерно вдует воздух в рот больного в течение примерно 2 сек., наблюдая за тем, чтобы грудь больного при этом поднялась.
5. Отнимает свои губы ото рта пациента и ждет, пока из груди больного не выйдет воздух («выдох») и грудная клетка не опустится.
6. После этого цикл искусственного дыхания повторяется (рис. 13).



Рис.13 Искусственное дыхание рот в рот

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Если грудная клетка пациента при вдувании ему в рот воздуха не поднимается, то следует убедиться: правильно ли запрокинута голова больного, достаточно ли герметично пальцы и губы оператора закрывают ноздри и рот пострадавшего, не закрыты ли дыхательные пути остатками рвотных масс, кровью или инородными предметами.

При подозрении на закупорку дыхательных путей процедуру освобождения верхних дыхательных путей полезно повторить (см. стр. 11).

Закрытый (наружный) массаж сердца

Наружный массаж сердца технически прост и поэтому доступен каждому человеку.

1. Пациент находится в позе на спине на твердой поверхности с запрокинутой головой. Раздевать не надо - экономия времени (см. рис. 2 стр. 12).
2. Оператор становится с левой или правой стороны от больного (как удобно).
3. Оператор левой рукой находит точку, в которой нижние ребра сходятся в центре грудной клетки друг с другом.
4. Затем выше этого пункта поперечно телу пациента, на нижней части груди-

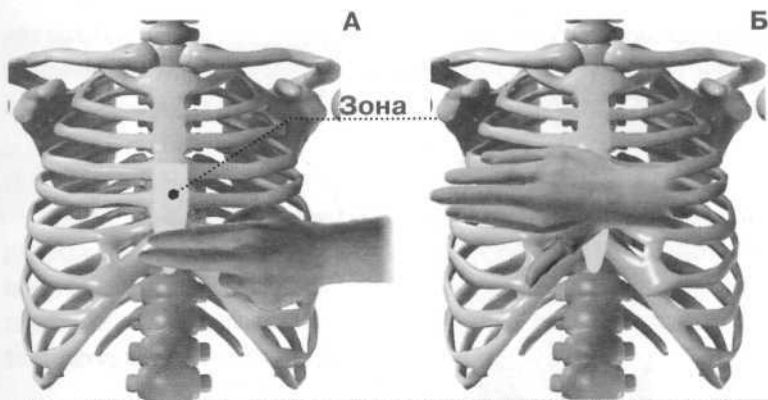


Рис. 14 Определение зоны для проведения закрытого массажа сердца

ны пациента оператор помещает 7 галца (указательный и средний) левой руки (рис. 14А).

5. Основание ладони своей правой руки оператор устанавливает чуть выше пальцев своей левой руки на нижнюю часть грудины пациента (рис. 14Б).
6. Затем оператор кладет свою левую ладонь на кисть установленной на груди-не пациента своей правой руки и переплетает пальцы обеих рук (рис. 15А).
7. При этом следует отвести переплетенные пальцы рук вверх так, чтобы гру-дины пациента плотно касалось основание ладони правой руки, на которую осуществляло давление основание ладони левой кисти (рис. 15Б).



Рис. 15 А Положение рук оператор-а на груди-не пациента



Рис. 15 Б Вид сбоку



Рис. 16 Закрытый массаж сердца у взрослого

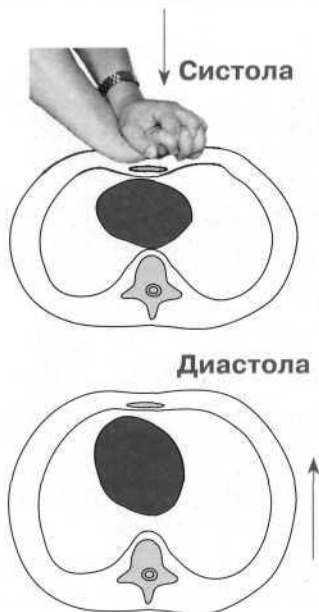


Рис. 17 Схема механизма закрытого массажа сердца

8. Оператору следует надавливать на грудину пострадавшего ритмично и выпрямленными (прямыми) руками. Грудина должна опускаться вниз, к позвоночнику, при каждом массажном движении на 3 - 5 см. (рис. 16).
9. Этот эффект должен достигаться не столько силой рук, сколько использованием тяжести тела через рычаг выпрямленных рук. Это очень важно для сохранения силы оператора. Надавливать на грудину надо быстро, толчкообразно. Руки оператора не должны отрываться от груди пациента в промежутках между надавливаниями.
10. Частота надавливания должна составлять примерно 80 раз в минуту. Для обеспечения этой частоты оператору при нажатии на грудную клетку полезно вслух считать: «раз и два и три и четыре и пять... и так далее».

При точном и полном исполнении указанных рекомендаций сердце будет последовательно сжиматься и расправляться между грудиной и позвоночником. Это обеспечит искусственный эффект гидравлического насоса, так как объем полостей сердца будет уменьшаться при искусственном придавливании грудины (систола), выталкивая кровь в аорту, легочную, другие артерии

для питания тканей и клеток организма. А при естественном пассивном поднятии грудины из-за присасывающего эффекта сердце будет наполняться кровью (диастола) путем засасывания застоявшейся крови из вен (рис. 17).

ВАЖНО ЗНАТЬ!

При выполнении СЛР одним человеком рекомендуется чередовать 15 надавливаний на грудь с двумя приемами искусственного дыхания. Если помощь оказывают два человека, то указанное соотношение должно быть 5 к 1, то есть через 5 надавливаний на грудь пациента должно быть одно вдувание воздуха. И не забывайте про ДЭНС.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СЛР У ДЕТЕЙ

Методика выполнения СЛР у детей старшего возраста такая же, как у взрослых, и отличается лишь тем, что движения оператор выполняет немного быстрее и с меньшей силой.

У детей до 3-летнего возраста СЛР проводится следующим образом.

1. Положите ребенка на спину.
2. Освободите дыхательные пути ребенка:
 - Осторожно поднимите подбородок и запрокиньте голову ребенка назад.
 - Пальцем или салфеткой удалите все видимые посторонние частички изо рта.
 - Нельзя касаться задней стенки глотки и что-либо делать с языком!
3. Приступите к выполнению искусственного дыхания:
 - Герметично закройте своим ртом одновременно и открытый рот и нос ребенка, а не только рот (рис. 18).
 - Частота вдуваний воздуха должна быть около 20 дыханий в мин.
 - Количество воздуха, вдуваемого при каждом искусственном вдохе в легкие ребенка, зависит от возраста ребенка. В возрасте до 1 года требуется совсем немного воздуха, ребенку постарше - больше.
 - Каждое вдувание воздуха в легкие ребенка должно приводить к поднятию его грудной клетки. Если при искусственном дыхании у ребенка с каждым разом поднимается живот (вздувается), то воздух попадает в желудок. При этом следует проверить проходимость дыхательных путей и попробовать уменьшить количество вдуваемого воздуха.



Рис. 18 Проведение искусственного дыхания у маленького ребенка



Рис. 19 Закрытый массаж сердца у ребенка первого года жизни

4. Методика закрытого массажа сердца отличается для детей младшего возраста. У больших детей применяют ту же процедуру, что и у взрослых.

Для проведения закрытого массажа сердца у грудных детей и младенцев мысленно проведите линию, соединяющую соски ребенка, поставьте два своих пальца на грудину под этой линией и выполняйте легкие надавливания на грудь с амплитудой не более 2 см (рис. 19).

У малышей, которые начинают ходить и уже ходят (до 3 лет) зона для проведения закрытого массажа сердца находится по методике взрослых. Ритмичные нажатия в этой зоне проводятся основанием только одной ладони с амплитудой 3 - 4 см.

У детей младше трехлетнего возраста в обоих случаях массаж сердца проводится с частотой приблизительно 100 надавливаний в минуту, после каждых пяти надавливаний делается один принудительный вдох.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Выполняйте сердечно-легочную реанимацию:

1. До приезда скорой помощи.
2. До появления признаков жизни у больного:
 - самостоятельных дыхательных движений,
 - розовой окраски губ и лица,
 - сужения зрачков,
 - пульса на сонных артериях,
 - движений и стонов,
 - признаков сознания.
3. Пока у вас не закончатся силы.

ПОЛОЖЕНИЕ НА БОКУ

Пациента без сознания, но при сохранном дыхании и наличии пульса всегда следует укладывать в положение на боку. В этой позе язык не закрывает дыхательных путей, а слюна, слизь и рвотные массы свободно стекают изо рта и не попадают в дыхательные пути.

Методика:

1. Оператор встает на колени сбоку от больного, приподнимает подбородок и запрокидывает назад его голову. Затем поднимает руку пациента со своей стороны выше его головы и сгибает в локте под прямым углом (рис. 20А).

2. После этого оператор берет вторую руку больного и кладет ее поперек его туловища кистью к противоположной щеке и поддерживает эту руку в указанном положении (рис. 20Б).
3. Затем свободной рукой оператору следует крепко взять под колено дальней от него ноги пациента и потянуть колено вверх - к себе. Тянуть следует до тех пор, пока больной не окажется на боку, с рукой, подложенной под щеку (рис. 20В).
4. Правильное положение: голова отведена назад (чтобы дыхательные пути были свободны); рука под щекой должна поддерживать голову так, чтобы рот был направлен книзу, верхняя нога больного должна быть согнута в бедре и колене под прямым углом (рис. 20Г).

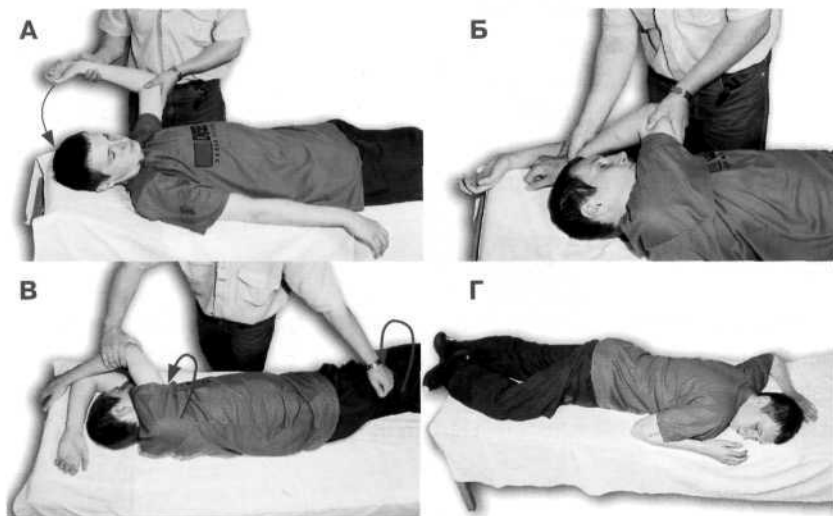


Рис. 20 Укладывание пациента в положение на боку

УТОПЛЕНИЕ

Утопление в пресной воде приводит к трепетанию сердца, и его деятельность прекращается раньше, чем наступает остановка дыхания. При утоплении в морской воде сердечная деятельность прекращается позднее, чем происходит остановка дыхания.

Практически, срок пребывания под водой, после которого возможно оживление, составляет от 3 до 30 мин., в зависимости от температуры воды, возбуждения или торможения центральной нервной системы в период утопления.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Если кто-либо тонет, то это не всегда удастся определить с первого взгляда. Любое необычное поведение человека в воде: сдавленные крики, хаотичные взмахи руками, поведение типа «клюющего поплавка» и прочие, всегда должно настораживать.
 - При спасении утопающего всегда позаботьтесь о собственной безопасности: протяните тонущему человеку с берега шест или бросьте веревку, не пытайтесь переплыть или перейти вброд потоки с сильным течением, избегайте глубоких мест с холодной водой.
 - Так как в панике утопающий может вцепиться в вас, то при спасении всегда имейте с собой доску, спасательный пояс или другой нетонущий предмет, за которые человек мог бы ухватиться, а вы легко могли бы транспортировать его до берега.
 - Всегда вызывайте врача или скорую помощь.
1. После того, как спасенный доставлен на берег, следует очистить его дыхательные пути. Для того, чтобы как можно больше вытекло воды, поддержите пациента, опустив его голову ниже уровня тела. Постарайтесь уложить пострадавшего на наклонную поверхность на живот головой вниз, при этом его можно поднимать за бедра. Левой рукой спасатель нажимает на спину пострадавшего. Однако следует помнить, что полное освобождений дыхательных путей и желудка от воды при этом невозможно.
 2. Освободите своими пальцами дыхательные пути жертвы от водорослей и других частиц. **Маленьким детям не трогайте язык и не давите на живот!**
 3. Проводим ДЭНС-РЕАНИМАЦИЮ (стр. 28).

4. При появлении признаков жизни закрепляем эффект реанимации: обрабатываем зону «елочка» при МаксЭ или КЭ в течение 1-2 мин. и другие указанные зоны (стр.28). До прибытия скорой помощи согрейте пострадавшего (дайте ему сухую одежду, одеяло, горячий чай и пр.).
5. При отсутствии признаков жизни проводим СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНЮЮ РЕАНИМАЦИЮ(стр.29).
6. В любом случае, даже если вам кажется, что пациент полностью оправился от утопления, обязательно отправьте его в больницу под наблюдение врачей. Это связано с тем, что через несколько часов после спасения у него могут развиваться дыхательные нарушения, а в более поздние сроки он может заболеть воспалением легких (пневмонией).

ЭЛЕКТРОТРАВМА

Наиболее часто электротравмы наблюдаются при поражении человека электрическим током общей бытовой сети, реже встречаются удары молний и контакт с высоковольтными проводами.

Воздействие электрического тока на организм вызывает общие и местные изменения. К первым относят поражение ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При электротравме может наблюдаться угнетение функции продолговатого мозга, трепетание желудочков сердца, остановка сердца и дыхания. Длительный контакт с проводником тока приводит к спазму мышц, и пострадавший не в состоянии самостоятельно оторваться от проводов.

Местные повреждения связаны с тем, что при непосредственном воздействии электрического тока на ткани электроэнергия превращается в тепловую, что приводит к глубоким ожогам кожи, мышц и даже костей. При этом могут наблюдаться кровотечения из крупных кровеносных сосудов.

При быстро оказанной помощи поражения, связанные с воздействием тока, могут быть легко обратимыми.

Первая медицинская помощь при поражении током состоит из двух этапов:

1. Срочное освобождение пациента от дальнейшего воздействия электрического тока.

Сначала оператор должен обезопасить себя, изолировав свои руки и ноги от возможного воздействия электрического тока. Для этого на руки надевают резиновые перчатки, ногами становятся на резиновый коврик. Берутся

за те части одежды пострадавшего человека, которые не прилегают к его телу. При отсутствии резиновых перчаток и коврика под ноги бросают сухую одежду, сухую доску. Сухой палкой отбрасывают провод или отталкивают от источника тока пациента.

2. Собственно оказание первой медицинской экстренной помощи.

Начинается только после освобождения пораженного от воздействия тока и заключается в проведении реанимационных мероприятий по полной программе для пациента без сознания (см. ДЭНС-РЕАНИМАЦИЯ, СЛР, стр.28).

Если имеются ожоги и после того, как пораженный пришел в сознание, то до приезда скорой помощи следует обезболить пораженные участки (см. ОЖОГИ, стр. 102).

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Если у человека, пораженного электрическим током, в ходе проведения реанимации не появляются трупное окоченение и трупные пятна, то оживать его следует в течение не менее 2 часов.
- После появления признаков жизни и сознания, даже если нет жалоб, следует помнить, что у пациента в течение 2 дней может быть повторная остановка сердца и дыхания, поэтому он должен наблюдаться у врача.
- При наличии выраженных ожогов пострадавшие от электрического тока в течение 3-4 нед. должны находиться под наблюдением врача.

УДУШЬЕ

В нормальных условиях у здорового человека при глотании пища направляется в пищевод. Для того, чтобы глоток воды или кусочек еды не попал при этом в дыхательное горло (трахею), вход в него в этот момент закрывается специальной заслонкой - надгортанником.

При несвоевременном закрытии входа в дыхательное горло туда могут попадать слюна, глоток выпитой жидкости или частички пищи. Говорят, человек поперхнулся или подавился.

Если в трахею здорового человека попало незначительное количество вещества, то рефлекторно наступают кашель или рвота, которые и обеспечивают удаление инородного тела из просвета дыхательных путей, и человек снова обретает способность дышать.

Если избавиться от инородного тела по каким-то причинам не удастся, подавившийся человек частично или полностью теряет возможность вдохнуть воздух и развивается удушье (острая асфиксия). Обычно такой человек не может говорить, хватается за горло, его лицо краснеет, он пытается, но не может сделать вдох, быстро развивается резкое беспокойство, паническое состояние, и пострадавший теряет сознание.

Экстренная помощь подавившемуся ребенку младше года

1. Пациентам в этом возрасте нельзя надавливать ладонью на живот!
2. Положите ребенка на свою левую руку животом лицом вниз. Поддерживая его голову пальцами левой руки не закрывая дыхательных путей, правой рукой пять раз крепко шлепните его между лопаток (рис. 21).
3. Если ребенок продолжает задыхаться, переверните его на спину, поддерживая затылок. Поставьте подушечки указательного и среднего пальцев своей руки на живот посередине между пупком и началом грудной клетки (нижним концом грудины). Надавите несколькими быстрыми движениями вниз и по направлению к грудной клетке (диафрагме). Если есть необходимость, то можно повторить прием до 4-х раз (рис. 22).
4. Если ребенок потерял сознание, немедленно вызывайте скорую помощь и проводите реанимацию (см. РЕАНИМАЦИЯ).



Рис. 21 Прием №1 при оказании помощи грудному ребенку в случае асфиксии



Рис. 22 Прием №2 при оказании помощи грудному ребенку в случае асфиксии

Экстренная помощь подавившемуся ребенку

1. Ребенка старше года положите животом себе на колени головой вниз и слева от себя. Пять раз сильно хлопните правой рукой по спине ребенка между лопаток (рис. 23).
2. Если этот прием не поможет, то переверните ребенка лицом вверх и, поддерживая его под спину левой рукой, правой рукой пять раз сильно надавите на живот чуть выше пупка в направлении вверх под ребра (рис. 24).
3. Если указанные мероприятия не увенчались успехом, указанные приемы следует повторить еще раз.
4. Если ребенок потерял сознание, немедленно вызывайте скорую помощь и проводите реанимацию (см. РЕАНИМАЦИЯ).



Рис. 23 Прием №1 при оказании помощи ребенку старше года в случае асфиксии



Рис. 24 Прием №2 при оказании помощи ребенку старше года в случае асфиксии

Экстренная помощь при приступе удушья у подростков и взрослых

1. Подавившийся человек в сознании:

- Наклоните пострадавшего вперед, согнув в пояснице, и сильно ударьте ладонью своей правой руки по его спине между лопаток.
- Если первый прием не поможет, то быстро следует использовать прием Геймлиха: обхватите пострадавшего своими руками сзади, крепко сомкните их в замок немного выше пупка (в проекции диафрагмы) и резко надавите на его живот по направлению к себе и вверх (*рис. 25*).

2. Подавившийся человек без сознания:

- Встаньте рядом с лежащим на спине пациентом на колени и, положив руку на руку, основанием ладони шесть раз надавите на живот непосредственно под грудной клеткой в подложечной области (*рис. 26*).
- Если при этом положительного результата достигнуть не удалось, вызовите скорую помощь и немедленно начинайте реанимацию (*см. РЕАНИМАЦИЯ*).

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Детям в возрасте до одного года никогда и ни в коем случае нельзя надавливать ладонью на животик.
- Никогда нельзя засовывать свои пальцы глубоко в рот и горло подавившемуся человеку, пытаясь выпасть инородное тело - вы только протолкнете его глубже в дыхательные пути и усугубите удушье.



Рис. 25 Прием Геймлиха.



Рис. 26 Помощь при асфиксии взрослого при потере сознания.

НЕОТЛОЖНОЕ ДЭНС-УСТРАНЕНИЕ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ И ПРИЗНАКОВ

АНАФИЛАКТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ

Анафилактическая реакция возникает у людей, сверхчувствительных к определенным веществам живой и неживой природы (антигенам). После попадания таких аллергенов в организм человека незамедлительно наступает реакция взаимодействия антиген-антитело с выделением больших количеств биологически активных веществ (медиаторов), и в первую очередь, гистамина. Выделившиеся медиаторы приводят к изменению тонуса сосудов, отеку тканей и прочим патологическим изменениям.

Аллергическая реакция на коже (например, крапивница, отек Квинке, пузыри и отек при укусе насекомых и пр.) или слизистых (например, аллергический круп, приступ бронхиальной астмы и пр.) является примером преимущественно местной анафилаксии. Анафилактический шок - это общая тяжелая реакция организма, встречается реже, обычно наблюдается у гиперчувствительных людей после приема медикаментов, при инъекциях лекарств или вакцин, укусов пчел, оводов и пр. Характеризуется появлением затрудненного дыхания, падением артериального давления, развитием обморочного состояния и потерей сознания. Одновременно могут наблюдаться кожные высыпания и отек Квинке. Анафилактический шок - это состояние, требующее экстренной медицинской помощи.

См. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, КРАПИВНИЦА И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК КВИНКЕ, НАСМОРК АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ, ОБМОРОК, РЕАНИМАЦИЯ, ШОК.

АПОПЛЕКСИЧЕСКИЙ УДАР

См. ИНСУЛЬТ.

АРИТМИИ СЕРДЦА

В обыденной жизни сердечный ритм определяется по пульсу. Пульс - это колебание стенки артерии, которое создается волной крови, выбрасываю-



Рис. 27 Прощупывание периферического пульса на лучевой артерии

щейся из сердца при его сокращении (систола). Обычно пульс прощупывается на передней поверхности предплечья у запястья между лучевой костью и сухожилиями сгибателей (*периферический пульс на $a. radialis$, рис. 27*). Если по каким-то причинам на лучевых артериях пульс не прощупывается, или его исследовать нельзя, то для этого используют сонную, бедренную, плечевую, локтевую и другие артерии (*рис. 5 и 6*).

Частота и ритм пульса определяется количеством пульсовых волн в одну минуту и их правильной ритмичностью.

Частота пульса зависит от многих причин, в основном от силы и тренированности сердечной мышцы и правильной работы нервной системы человека. У новорожденных нормальным считается пульс 140 ударов в мин., у детей до 5 лет - 100, у взрослых людей - 60 - 80 ударов в мин. Выраженное учащение пульса у здоровых людей преходяще и наступает при физическом, эмоциональном напряжении. Редкий пульс - до 50 и даже 40 ударов в мин. наблюдается у хорошо тренированных спортсменов.

Сердечные аритмии могут возникать при поражении сердечной мышцы и без него. В первом случае они более серьезны. Аритмии провоцируются недостаточным питанием миокарда кровью, недостаточным содержанием в крови кислорода и избыточным содержанием углекислого газа, артериальной гипотензией, дефицитом в пищевом рационе калия, кальция и магния, алкоголем, кофеином и некоторыми лекарствами.

Частый пульс соответствует ускоренному ритму работы сердца и называется тахикардией, редкий - брадикардией. Тахикардия наблюдается в острый период инфекционных заболеваний, при повышенной функции щитовидной железы (гипертиреоз), при сердечной недостаточности, внезапном снижении артериального давления, шоке, кровопотере и пр. Брадикардия характерна для больных вирусными гепатитами (инфекционной желтухой), при угнетении функции щитовидной железы (гипотиреоз), при сотрясении мозга и для некоторых других заболеваний.

Ряд заболеваний может сопровождаться нарушением правильного ритма

сердца. Наиболее частые нарушения - экстрасистолия и мерцательная аритмия. Экстрасистола по пульсу определяется как внеочередная, преждевременная волна меньшей величины, после которой определяется удлиненная компенсаторная пауза. Экстрасистолы возникают периодически и могут быть единичными и групповыми.

Мерцательная аритмия характеризуется отсутствием какого-либо порядка в ритме пульса: пульсовые волны различной величины следуют одна за другой с разными интервалами. Мерцательная аритмия обычно возникает при выраженных поражениях мышцы сердца: кардиосклерозе, пороках сердца, тиреотоксикозе.



1. Зона соответствия сердца на ладони
2. Задняя зона ПП сердца
3. Боковая зона ПП сердца
4. Зона закрытого века глаза

Рис. 28 ДЭНС-пособие при приступе аритмии сердца

ДЭНС-пособие:

1. В период аритмии ДЭНС-воздействие рекомендуется начинать в зоне микросоответствия сердца на ладонях пациента (рис. 28, 1), в ПР при КЭ, до получения эффекта (обычно 3-5 мин.).
2. В крайне редких случаях, когда в течение 5 мин. положительный эффект не наблюдается, обработке в ПР при КЭ подлежат зоны задней (рис. 28, 2) и боковой проекции сердца (рис. 28, 3), закрытые веки глаз (рис. 28, 4).
3. Сеанс заканчивается обработкой зоны ЗД в ДР при МинЭ с обработкой обнаруженных триггеров.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Необходимо учитывать тот факт, что сердечные аритмии снимаются аппаратом за несколько минут, но при этом велика вероятность их повторного возникновения.

Поэтому после ликвидации приступа аритмии проводим 8-12-дневный курс ДЭНС-лечения (см. *Руководство*).

БОЛЬ

Боль - это одна из наиболее часто предъявляемых жалоб. Боль - это наиболее частый симптом болезни. Боль - одно из самых неприятных субъективных ощущений человека, и ее свойства, например, характер, интенсивность, локализация, длительность, частота возникновения и пр. являются проявлениями тех или иных нейрогуморальных процессов адаптации, объективно происходящих в организме конкретного пациента. Болезненные ощущения могут возникать как следствие эмоциональных или функциональных расстройств, могут быть признаком структурной патологии или механического поражения тканей и органов. Боль является одним из классических признаков воспаления.

По происхождению боль подразделяется на соматогенную (кожа, мышцы, суставы, другие ткани) и нейрогенную (повреждение нервов, спинномозговых проводящих путей или таламуса).

Соматогенная боль возникает при раздражении периферических ноцицепторов (например, травмах, послеоперационных болях, при экстракции зубов, при артритах и пр.). Для нее характерны следующие признаки: болевой раздражитель известен; боль, которая обычно имеет четкую локализацию; боль при поражении внутренних органов может «отдаваться» в других местах (иррадиировать); боль напоминает ранее перенесенную другую соматоген-

ную боль; выраженность боли уменьшается при приеме противовоспалительных (аспирин, анальгин и пр.) и наркотических средств.

Для ДЭНС-подавления соматогенной боли оптимален как диапазон низких частот (10 и 20 Гц), так и универсальная частота 77 Гц (или 90 Гц у аппарата ЭСИ 032-1 «Протон»).

Нейрогенная боль (например, тригеминальная невралгия, фантомно-болевой синдром и пр.) принципиально отличается по механизмам своего формирования от соматогенной боли. В частности, после повреждения нервных волокон возникает эктопическая активность как в месте повреждения, так и в нейронах дорсальных ганглиев. Для нейрогенной боли характерны следующие признаки: для ее возникновения пациент не находит определенной причины; боль пациентом часто не подлечит четкой локализации; боль часто необычная и не похожа на соматогенную; боль не удается купировать противовоспалительными препаратами, она лишь частично уменьшается после приема наркотиков.

При нейрогенной боли для подавления эктопической активности, чтобы создать электрический «блок» проведения по периферическому нерву, требуется высокая частота ДЭНС-воздействия (60, 77, 90, 140 и 200 Гц).

Хронический болевой синдром, как правило, является представителем нейрогенных механизмов формирования боли. Довольно часто сопровождается эмоциональными расстройствами (паника, депрессия, невротизация, невроз).

Купирование приступа хронической боли и ликвидация очень выраженной боли проводится комбинацией разных частот следования импульсов в течение одного сеанса воздействия. Показанием для смены частот является изменение характеристик боли. Например, в ПГЖ при невралгии тройничного нерва воздействие аппаратом ДиаДЭНС начинается при 200 Гц. Как только выраженность боли уменьшается, аппарат переключается на частоту 77 Гц, а затем 10-20 Гц до стойкого обезболивающего эффекта.

Если устранение боли производится аппаратом ДЭНАС, то на начальном этапе сеанса применяется ПР (77 Гц). В это время наблюдается преобладание ответных реакций организма, оказывающих быстрый регулирующий и анальгетический эффект. Затем для запуска регулирующих реакций организма с участием гуморальных механизмов и с целью дальнейшего усиления и стабилизации лечебного эффекта может применяться частота 10 Гц (ДР). Однако в последнем случае оператор не должен обращать внимание и как-либо трактовать время прихода светозвукового сигнала. После получения

светозвукового сигнала электроды аппарата отрывают от кожи, а после прекращения сигнала - электроды вновь устанавливают на необходимую зону.

Устранение боли аппаратом ЭСИ-032-1 «Протон» производится в ПР (90Гц) до эффекта.

Достижение определенной положительной динамики в течение сеанса является показателем эффективности, говорит о том, что организм ответил на проводимое ДЭНС-воздействие. Поэтому продолжительность аппаратного воздействия определяется индивидуально по динамике «предъявляемой жалобы».

Сеанс ДЭНС-воздействия должен заканчиваться при появлении следующих критериев достаточности: пациент заснул; пациент испытывает существенное улучшение самочувствия; болевой синдром полностью купирован; в подэлектродной зоне параллельно с исчезновением боли наблюдается яркое покраснение кожи, ощущение ползания «мурашек», чувство тепла или легкости (предусмотренные ответные реакции). Так как из-за особенностей течения реакций саморегуляции довольно часто субъективная положительная динамика самочувствия и состояния пациента опережает нормализацию объективных показателей (напр, частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления, температуры тела пациента и пр.), одним из основных принципов ДЭНС мы считаем принцип минимально-достаточного воздействия. А именно: «Есть боль - продолжай воздействие. Боль прошла - заканчивай воздействие». В среднем время сеанса при купировании болевых синдромов может варьировать от 15-20 мин. и 30-40 мин. до 1-1,5 час.

В начале устранения боли количество сеансов аппаратного воздействия в течение суток может быть несколько. Суточная кратность ДЭНС зависит от наличия и частоты рецидивов болевого синдрома и их характера у каждого конкретного больного. Обычно сеансы заканчиваются после достижения анальгетического эффекта, проводятся с перерывами «по необходимости» или через каждые 2-3 часа.

В большинстве случаев для полного купирования острой боли достаточно от 1 сеанса до 2 суток последовательного аппаратного воздействия.

При хронической боли важно не только получить положительный результат на отдельном сеансе ДЭНС, но и систематически продолжить аппаратное воздействие в виде курса. При этом очень важно предложить пациенту четкие тактические цели, которых он должен поэтапно достигнуть. Например, сначала добиться полноценного ночного сна, затем вернуть способность ходить в магазины, затем - возобновить работу. При лечении хронической боли часто необходим комплексный подход.

При курсовом лечении на сеансе, кроме воздействия в зоне прямой проекции боли, необходимо также обрабатывать имеющиеся триггерные зоны, сегментарные зоны и, по показаниям, универсальные зоны (но не более 3-4 зон одновременно). Это усиливает положительный терапевтический эффект и позволяет справиться даже с устойчивой болью в более короткие сроки, чем при применении лекарственной терапии. Показанием для повторения курсового лечения при хроническом заболевании будет новый эпизод боли (т.е. обострение).

Для неотложного купирования болевого синдрома необходимо проводить аппаратное воздействие в ПР при МаксЭ. Уровень энергетического воздействия следует выбирать индивидуально, он может изменяться в течение одного сеанса ДЭНС-терапии в зависимости от динамики степени выраженности болевого синдрома. Чем сильнее боль, тем больший должен использоваться энергетический уровень.

ДЭНС-терапию при болевых синдромах начинают с опроса больного и детализации болевого синдрома. При четкой локализации боли аппаратное воздействие начинают в зоне прямой проекции боли (*рис. 29 и рис. 30*), выбирая для первичной обработки максимально болевые точки. При миграции боли используют лабильную методику и передвигают электроды включенного в ПР аппарата за изменяющей свою локализацию зоной максимальной болезненности. Если при опросе или осмотре пациента четкую локализацию боли установить не удастся (т.е. отсутствуют локальная болезненность при пальпации и АТЗ), если болевой синдром носит неопределенный характер (типа «вся голова гудит», «всю спину ломит» и т.п.) аппаратное воздействие начинаем в ДР при МинЭ и КЭ, с целью поиска контактных или дистантных универсальных центральных и периферических ЛТЗ (*рис. 31*).

В любом случае, при проведении ДЭНС-терапии необходимо обязательно отслеживать динамику симптоматики не только в течение процедуры, но и в течение курсового воздействия, ориентируясь на изменяющийся характер жалобы больного, его поведенческую реакцию и симптомы со стороны вегетативной нервной системы.



Рис. 29 Алгоритм аппаратного воздействия при боли No 1
ЛОКАЛИЗОВАННАЯ И ДЕТАЛИЗИРОВАННАЯ БОЛЬ СО СТОРОНЫ
НЕПАРНОГО ОРГАНА ИЛИ ЧАСТИ ТЕЛА

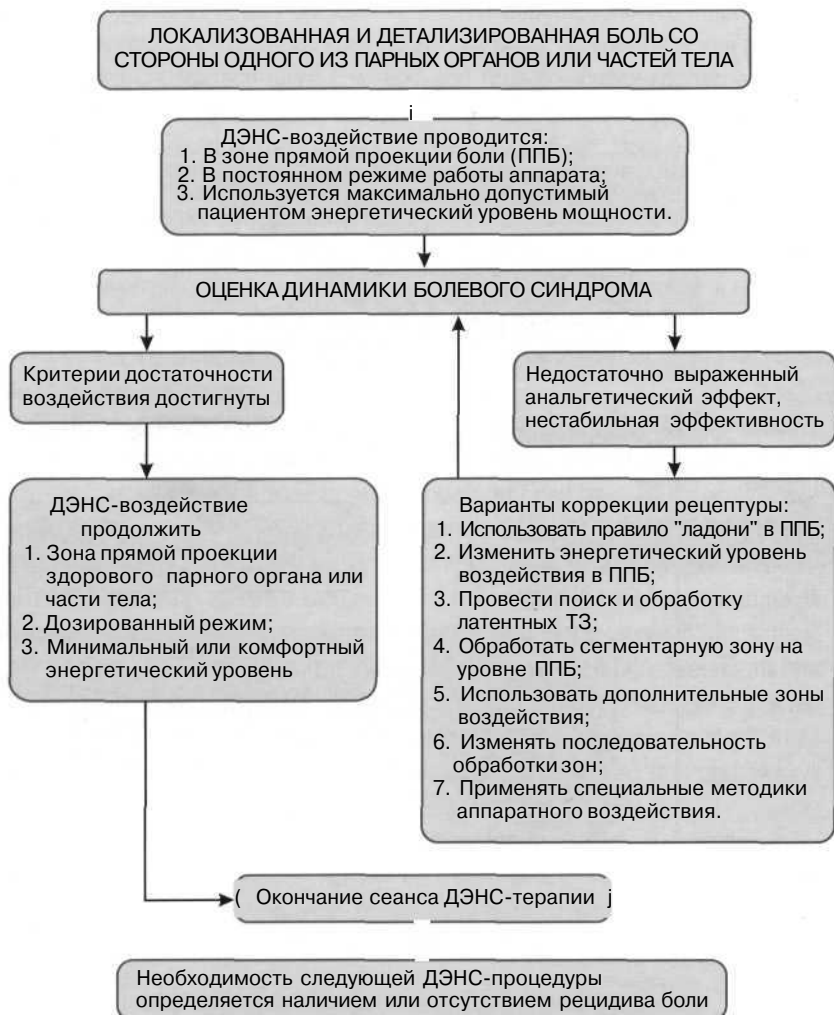


Рис. 30 Алгоритм аппаратного воздействия при боли No 2
ЛОКАЛИЗОВАННАЯ И ДЕТАЛИЗИРОВАННАЯ БОЛЬ СО СТОРОНЫ
ОДНОГО ИЗ ПАРНЫХ ОРГАНОВ ИЛИ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

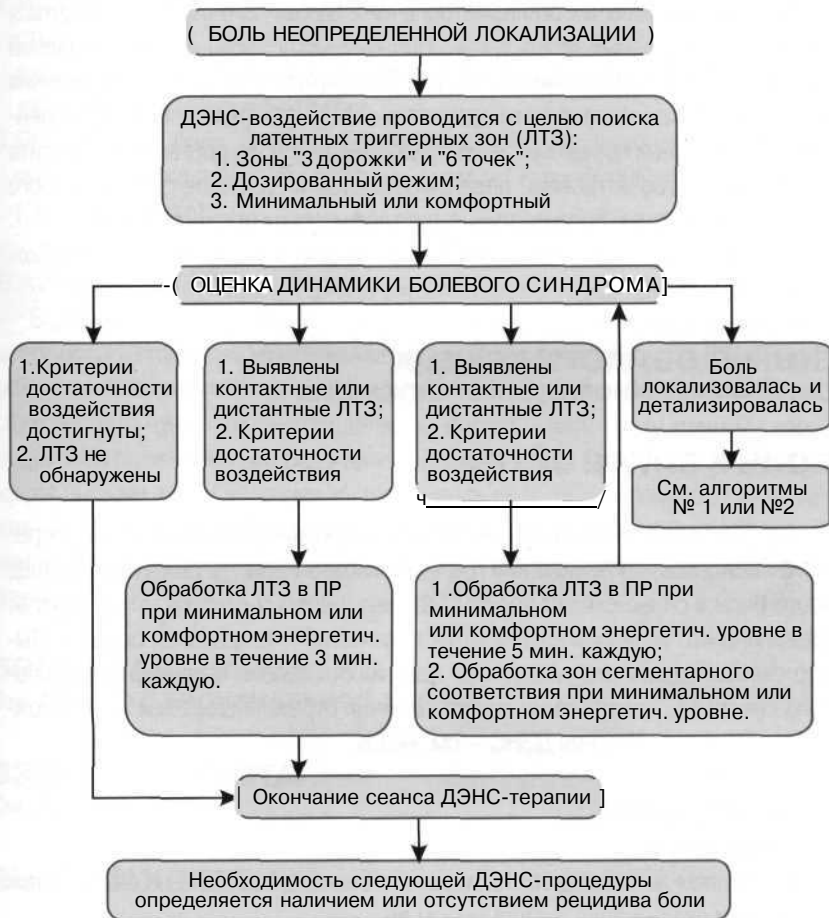


Рис. 31 Алгоритм аппаратного воздействия при боли No3 БОЛЬ НЕОПРЕДЕЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Малая интенсивность боли и ее небольшая продолжительность не всегда свидетельствуют о незначительных патофизиологических и патоморфологических изменениях в организме больного, зачастую боль может являться симптомом серьезных заболеваний. Поэтому важно помнить, что болевой синдром любой выраженности может быть признаком грубого нарушения морфологической целостности органов и тканей (например, острого аппендицита и язвенных поражений слизистых оболочек полых органов, менингита и черепно-мозговой травмы, переломов костей и разрывов связок, острого инфаркта миокарда, дегенеративно-дистрофических процессов и пр.).

Поэтому после оказания первой медицинской помощи пациенту необходимо обязательно получить консультацию врача.

БОЛЬ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА

См. ИНФАРКТ МИОКАРДА и СТЕНОКАРДИЯ

БОЛЬ В СПИНЕ ОСТРАЯ

Острая боль в спине может наблюдаться при миозите мышц спины, переломе позвонков, протрузии или грыже межпозвонковых дисков и пр. Но чаще всего боли в спине связаны со сдавлением нервных стволов, отходящих от позвоночника. Типичная локализация поражения - поясничная область. Выбор схемы воздействия аппаратом зависит от степени выраженности болевого синдрома, локализации жалоб, наличия отраженных болей и их осложнений. Общие положения ДЭНС - см. БОЛЬ.

Рецептура ДЭНС:

А. Первая помощь:

1. Определяем локализацию максимально болезненной зоны на спине путем опроса и ощупывания и запоминаем ее.
2. Обрабатываем в ПР при КЭ две дорожки шириной в одну ладонь пациента вдоль позвоночника в течение 15-20 мин.
3. Затем обрабатываем в ПР при МаксЭ или КЭ зону выявленной ранее максимальной болезненности до ее существенного уменьшения или исчезновения или достижения критериев общей достаточности воздействия.
4. Для закрепления эффекта после окончания сеанса ДЭНС-терапии нужно намазать всю спину кремом «Малавтилин».

Б. Необходимое продолжение.

1. Сеансы ДЭНС можно повторять сколько угодно, показанием для очередной процедуры является возобновление болевого синдрома.
2. Рецептура воздействия сохраняется прежняя, но если болевой синдром стойкий, следует проводить поиск триггерных зон и при обнаружении обрабатывать их в ПР при МаксЭ массажными вращающими (в обе стороны) движениями в течение 5-10 мин.
3. При наличии боли по ходу нерва (например, седалищного) используем в ходе аппаратного воздействия принцип горизонтальной симметрии (см. Руководство).

ВАЖНО ЗНАТЬ!

В редких случаях ДЭНС после первоначального уменьшения интенсивности боли в спине она может усилиться на 2-3-й день от начала ДЭНС-воздействия. Это естественный ход событий, и бояться возвращения боли не стоит. Просто нужно упорно продолжать обрабатывать место прямой проекции этой боли несколько раз в день в ПР при КЭ или МаксЭ до достижения эффекта. Если в этих условиях вы откажитесь от ДЭНС, то болевой синдром вам не удастся купировать даже сильнейшими анальгетиками. Еще раз говорим вам - необходимо продолжать ДЭНС, и в течение суток боль полностью исчезнет.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

См. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.

ВЗДУТИЕ ЖИВОТА

См. ЗАПОР.

ВЫВИХИ КОСТЕЙ

Кости в суставах удерживаются с помощью прочных связок, которые обеспечивают правильное положение костей относительно друг друга, что, в свою очередь, гарантирует правильное движение костей. Неправильное принудительное смещение суставных концов костей относительно друг друга вследствие травмы называется вывихом. Травматический вывих в любом случае сопровождается кровоизлиянием в сустав, разрывом суставной кап-

сулы и повреждением окружающих тканей. Наиболее часто наблюдается вывих плеча, возникающий обычно при падении на отведенную конечность. При этом больные отмечают резкий «щелчок», сильную боль и невозможность активных движений в суставе. При осмотре определяется западение мягких тканей в верхней трети плеча. Больной старается удержать здоровой рукой поврежденную, наклоняет туловище в сторону повреждения. При ощупывании смещенный суставной конец кости может определяться в необычном месте, например в подмышечной впадине.

Неотложная помощь:

1. Вопреки распространенному мнению, не следует предпринимать никаких попыток к вправлению вывихнутой кости в сустав, так как это может привести к большему повреждению тканей.
2. ДЭНС-пособие проводится для достижения анальгетического, противовоспалительного эффекта и эффекта расслабления мускулатуры: в ПР при МаксЭ обрабатываем зону прямой проекции боли и вывиха и возможного начинающегося отека, переставляя аппарат по наиболее болезненным точкам до достижения анальгетического эффекта (обычно 10-15 мин).
3. Затем накладывается косыночная повязка для плеча (*см. КОСЫНОЧНЫЕ ПОВЯЗКИ*), и пострадавший срочно доставляется в травматологическое отделение, где специалистом и вправляется вывих. Для облегчения этой процедуры ДЭНС-пособие следует продолжать при транспортировке больного.

ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА

См. ГИПЕРТЕРМИЯ.

ГИПЕРТЕРМИЯ

Общеизвестно, что нормальная температура тела человека находится в пределах от 36°C до 37°C. Однако американские авторы считают, что максимальные значения нормальной температуры тела могут колебаться от 37,2° С в 6 час утра до 37,7° С в 16 час.

Гипертермия (ГТ) - повышение температуры тела. Различают ГТ без лихорадки и ГТ с лихорадкой.

ГТ без лихорадки возникает:

1. Когда организм не может отдавать во внешнюю среду производимое им тепло (например, при повышении температуры окружающей среды), и тог-

да развивается ПЕРЕТРЕВАНИЕ или ТЕПЛОВОЙ УДАР (см.).

2. Как осложнение медикаментозной терапии (злокачественный нейрорегги-ческий синдром, злокачественная гипертермия).

ГТ с лихорадкой (см. ЛИХОРАДКА истинная) возникает в результате инфекции, может сопровождать иммунные расстройства, васкулит или тромбоз, инфаркт, травмы, опухоли, тиреоидный или надпочечниковый кризы.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

Гипертонический криз - это внезапное повышение артериального давления (АД), при котором нарушается состояние мозгового кровообращения и увеличивается внутричерепное давление. Не всегда сопровождается выраженным подъемом АД при его измерении тонометром.

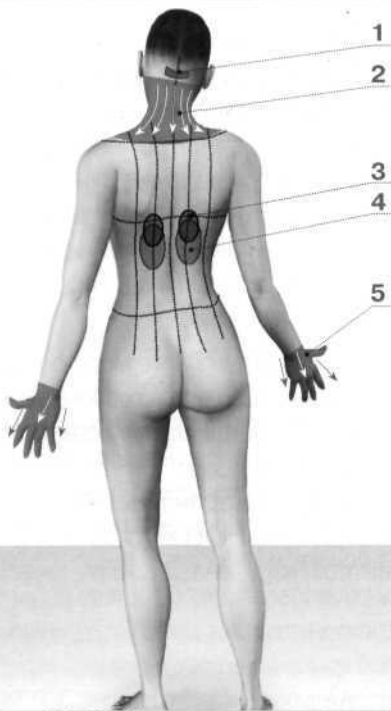
Гипертонический криз вызывает резкое ухудшение самочувствия и проявляется следующими жалобами пациента: неопределенной головной болью, мельканием мушек перед глазами, тошнотой, нарушением зрения, шумом в ушах и пр.

Методика ДЭНС (рис.32):

1. Зона 2-го шейного позвонка (2 ШП) в ПР при КЭ в течение 2-3 мин.
2. Зоны прямой проекции сонных артерий (правой и левой) в ПР при МинЭ или КЭ в течение 1-2 мин. с каждой стороны (рис. 4).
3. ШВЗ скользящим веерообразным движением сверху вниз в ПР при МинЭ или КЭ в течение 10-15 мин.

Возможные варианты течения криза и ДЭНС-пособия:

1. Если подъем АД сопровождается бледными и холодными на ощупь кистями рук и стопами ног (спазм сосудов), то перед ШВЗ аппаратом обрабатывают зону кистей. «Перчатки снимают» в ПР при КЭ в течение 5-10 мин. или до появления ощущения тепла в кисти.
2. Если подъем АД сопровождается резким возбуждением, ознобом, сердцебиением, покраснением лица, то можно перед обработкой ШВЗ провести аппаратную обработку прямой проекции надпочечников в ПР при КЭ в течение 3-5 мин.
3. Если подъем АД сопровождается высоким диастолическим («нижним») давлением или между систолическим и диастолическим АД небольшая разница (малая пульсовая разница), то перед обработкой ШВЗ необходи-



1. Зона 2ШП
2. ШВЗ (сверху вниз)
3. Зона ПП надпочечников
4. Зона ПП почек
5. Зона перчатки («перчатки снимаем»)

Рис. 32 ДЭНС при гипертоническом кризе

мо провести обработку прямой проекции почек в ПР при КЭ в течение 5-10 мин. (правило «ладони»).

4. Если подъем АД сопровождается болью в области сердца, нарушением ритма сердца, то после обработки ШВЗ обрабатывают зону проекции сердца по Су Джок на левой руке (рис. 28.1) в ПР при КЭ до улучшения самочувствия (время определяется индивидуально).
5. В общественных местах (или в транспорте) воздействием аппаратом осуществляется в зоне соответствия сердца и шейно-воротниковой зоны на кистях рук пациента ПР при КЭ, длительность воздействия до эффекта или 10-20 мин.

Ожидаемые результаты:

1. Самый хороший результат, когда во время аппаратной процедуры жалобы пациента проходят, его самочувствие улучшается, а АД снижается на 10-15 мм рт. ст. В этом случае АД больного в течение последующих 30-40 мин. после сеанса ДЭНС продолжает снижаться и достигает возрастной нормы.

2. Другой результат, который можно ожидать после процедуры, бывает редко и проявляется в том, что самочувствие пациента во время процедуры улучшилось, жалобы почти прошли, но АД в результате проведенного сеанса не снизилось. В этой ситуации оператору рекомендуется подождать 20-30 мин., в течение которых АД обязательно начнет снижаться. Если пациент не уверен в получении результата, то ему можно принять не более 1/4 разовой дозы лекарственного препарата от той, которую он обычно принимает для снижения АД, иначе может наступить резкое снижение АД.
3. Крайне редко, но бывает и такая ситуация, при которой оператор захотел сделать как лучше, а получилось как всегда. Человек чувствовал себя неплохо, жалоб не предъявлял и не подозревал, что оператор при измерении обнаружит у него повышенный уровень АД и склонит к проведению ДЭНС-воздействия. Во время проведения аппаратной обработки для снижения АД у пациента появляются жалобы на ухудшение самочувствия, и при измерении повышается уровень АД. В этом случае пациенту необходимо принять 1/2 разовой дозы лекарственного препарата от той, которую он обычно принимает при резком подъеме АД и через час, если жалобы не прошли, можно повторить сеанс. Выбор зон воздействия определяется жалобами пациента.

ГИПОТЕРМИЯ

Гипотермия, или переохлаждение, это болезнь, вызываемая низкой температурой окружающей среды, когда температура тела падает ниже 35°C. Возникает обычно в холодное время года при охлаждении или в результате погружения человека в холодную воду. Физическое переутомление, низкая масса тела и прием алкоголя способствуют переохлаждению.

Охлаждение организма обычно сначала проявляется зябкостью, чувством холода, затем появляется неуправляемая мышечная дрожь. Собственно гипотермия наступает тогда, когда у больного исчезает ощущение холода, он перестает дрожать, становится бледным, вялым и сонным. Диагноз часто не ставят, потому что термометр не рассчитан на температуру ниже 35°C. При дальнейшем воздействии холода температура тела больного продолжает снижаться, сознание его путается, и у него может появляться ложное чувство тепла и даже жара. При температуре тела 30°C мышцы коченеют. При снижении температуры тела до 27°C и ниже больной теряет сознание и происходит остановка сердца.



Рис. 33 ДЭНС при переохлаждении и замерзании

Первая помощь при гипотермии (рис. 33):

А. Если сознание сохранено, больной заторможен:

- Транспортировать пациента в теплое помещение. Если сознание у больного спутано и/или он плохо может двигаться, обработать зоны реанимации на лице в ПР при МаксЭ.
2. Во время транспортировки проводить аппаратную обработку ушных раковин и кистей рук в ПР при МаксЭ.
 3. В теплом помещении снять с больного всю мокрую одежду и дать сладкое горячее питье.
 4. Если пострадавший способен самостоятельно двигаться, то ему следует принять горячую ванну с температурой воды 40°C. Во время приема ванны продолжить аппаратную обработку ушных раковин и кистей рук.

5. Если пациент не может самостоятельно двигаться, а также пожилых и ослабленных людей рекомендуется уложить в постель, трижды провести аппаратную обработку зоны «ЗД» в ПР при КЭ со скоростью движения аппарата 1 см в сек. Затем хорошенько укрыть и продолжить аппаратное воздействие в зонах ушных раковин, кистей и стоп в ПР при КЭ. Дополнительно можно обрабатывать голени. Длительность воздействия до согревания пациента.

Б. Если больной без сознания:

1. Провести ДЭНС- РЕАНИМАЦИЮ (см. стр. 28) и вызвать врача.
2. Перенести больного в помещение.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Обязательно вызвать врача.
- При переохлаждении следует избегать приема алкоголя вне теплого помещения, так как он только усилит гипотермию.
- При остановке сердца реанимацию продолжать до тех пор, пока больной не будет согрет до температуры тела 36°C и не будет реагировать на все проводимые мероприятия по оживлению.

ГИПОТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

Гипотонический криз - это внезапное снижение (падение) артериального АД, сопровождающееся недостаточным снабжением головного мозга кровью и проявляющееся резким ухудшением состояния человека: слабостью, головокружением и обморочным состоянием.

Методика ДЭНС (рис. 34):

1. Зона 2 ШП в ПР при КЭ в течение 2-3 мин.
2. Зона прямой проекции сонных артерий в ПР при МинЭ или КЭ в течение 1-2 мин. (рис. 4).
3. ШВЗ скользящим веерообразным движением снизу вверх в ПР при МаксЭ или КЭ в течение 10-15-мин. или до эффекта.

Обычно в результате процедуры АД у пациента поднимается на 10-15 мм рт.ст.

Возможные варианты ДЭНС:

1. При необходимости можно добавить обработку прямой проекции надпочечников в ПР при КЭ по 3-5 мин. с каждой стороны.
2. Аппаратная обработка кистей рук от кончиков пальцев до лучезапястных суставов ПР при КЭ в течение 5-7 мин. («перчатки надеваем»).
3. Аппаратная обработка зоны «полубраслет», расположенной на внутренней поверхности предплечий пациента, симметрично в ПР при КЭ по 3-5 мин.
4. При отсутствии экстренности и для мягкого подъема АД аппаратом можно обрабатывать в ПР при КЭ зону «звездочка», расположенную у корней волос на лбу по средней линии лица пациента. Продолжительность обработки - до улучшения самочувствия.



1. Зона 2ШП
2. ШВЗ (снизу вверх)
3. Зона ПП надпочечников
4. Зона «перчатки» («перчатки одеваем»)
5. Зона «звездочка»
6. Зона «полубраслет»

Рис. 34 ДЭНС при гипотоническом кризе

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

Обычно больные жалуются на головокружение при возникновении у них необычных ощущений в голове или при неустойчивой походке. Однако исключительно часто термин «головокружение» связан либо со слабостью, либо с неустойчивостью тела в вертикальном положении.

Слабость является признаком нарушения снабжения головного мозга кровью обогащенной кислородом или, реже, глюкозой. Слабость может наблюдаться при разных состояниях, таких как гипервентиляция (при частом и глубоком дыхании) и гипогликемии (голодание, сахарный диабет), ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ, ОСТРОЕ ПРЕХОДЯЩЕЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, отек мозга (например, при ГИПЕРТОНИИ, менингите или травме), ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК, у больных с депрессией.

Головокружение - это иллюзия движения собственного тела или движения окружающего мира и предметов, чаще в виде вращения. Кроме вышеуказанных патологических состояний возникает при морской болезни, в связи со зрительными образами, при врожденной травме или остеохондрозе шейного отдела позвоночника, при поражении ствола мозга или расстройствах VIII пары черепных нервов, при поражении лабиринта уха и пр.

ДЭНС-пособие при морской болезни и в связи со зрительными образами:

1. Аппаратная обработка зон, расположенных перед и за ушной раковиной; ПР при МинЭ или КЭ, до эффекта или в среднем по 2 - 5 мин. в каждой зоне с двух сторон.
2. При необходимости повторяем сеанс по потребности или через 1,5 часа.

ДЭНС-пособие при головокружении, связанном с нарушением кровообращения в шейном отделе позвоночника:

1. Пациенту рекомендуется впредь уменьшить амплитуду движений в шее и не поворачивать резко голову.
2. Зоны аппаратной обработки:
 - ШВЗ, направление движения аппарата определяется учетом артериально-го давления; ПР при КЭ, 5 - 10 мин., с акцентом на зоне 2 ШП;
 - зона «шейное кольцо»; ПР при КЭ, 2-3 мин.;
 - зона «шесть точек»; ДР при МинЭ или КЭ;
 - зоны, расположенные перед и за ушной раковиной; ПР при МинЭ или КЭ, по 3 мин. в каждой зоне с двух сторон, с акцентом на сосцевидных отростках;
3. При необходимости повторяем сеанс по потребности или через 1,5 часа.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

При повторении эпизодов головокружения очень важно разобраться в истинной их природе. Обязательно обратитесь к невропатологу.

ДИАРЕЯ

См. ПОНОС

ДЫХАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

При оказании первой медицинской помощи важно отличать следующие расстройства дыхания:

1. Нарушение проходимости верхних дыхательных путей для воздуха.
 - Острая асфиксия - приступ удушья, подавился, аспирация инородного тела, инородное тело гортани и трахеи. Развивается быстро. Причины - частичное или полное препятствие (закупорка) для прохождения воздуха в области верхних дыхательных путей при попадании туда инородного тела (*см. УДУШЬЕ*).
 - Круп (стеноз гортани, стенозирующий ларинготрахеит): сужение просвета верхних дыхательных путей в результате нарастающего отека слизистой оболочки дыхательного горла, что приводит к затруднению прохождения воздуха в легкие. Основная причина - инфекция. Развивается более медленно (*см. КРУП*).
2. Нарушение проходимости средних дыхательных путей, сопротивление току воздуха в бронхах:
 - бронхиальная астма;
 - обструктивные бронхиты (*см. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ*).

ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИСТУП

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ), или холелитиаз, сопровождается образованием желчных конкрементов (камней) в желчном пузыре. Чаще ЖКБ встречается у женщин, полных людей, больных диабетом, циррозом печени, беременных, получающих эстрогенные препараты и оральные противозачаточные средства (контрацептивы).

Образование камней нередко происходит бессимптомно, и их случайное выявление при проведении УЗИ органов брюшной полости бывает неожиданным для человека. Обычно клинические проявления ЖКБ наблюдаются, если

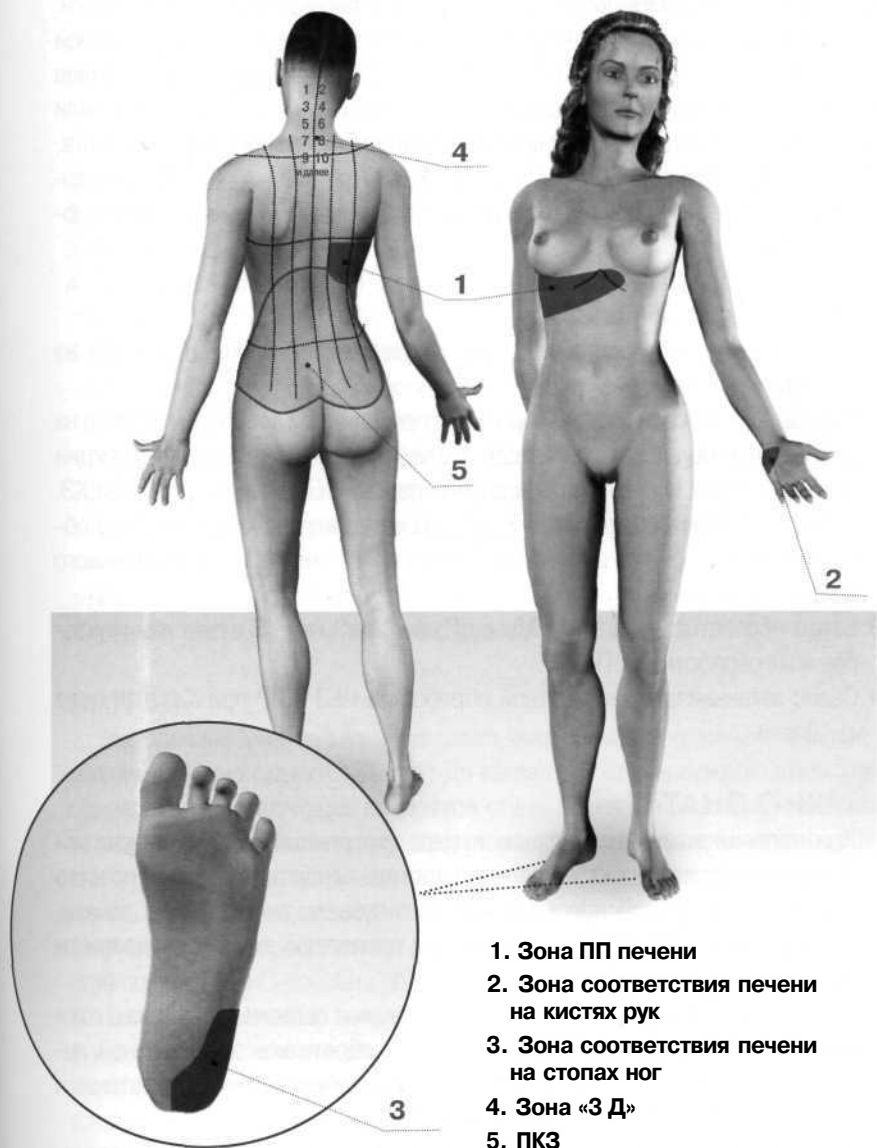


Рис. 35 ДЭНС при желчной колике

конкременты вызывают воспаление желчных путей (холецистит) или начинают отходить через желчные протоки в полость двенадцатиперстной кишки. При этом пациент жалуется на боль в правом подреберье или в подложечной области, которая обычно появляется спустя 0,5-1,5 час после еды (желчная колика). Боль может продолжаться часами и отдавать в правую лопатку или спину. У большинства больных одновременно наблюдается тошнота и рвота.

При использовании ДЭНС для купирования желчной колики быстро достигаются обезболивающий, противовоспалительный и желчегонный (тюбаж) эффекты.

ДЭНС-пособие (рис. 35):

1. Больной во время процедуры должен находиться в положении «сидя на постели».
2. Обрабатывается зона прямой проекции печени и/или зоны соответствия на кистях рук и подошвах ног. В ходе воздействия на зону прямой проекции печени следует использовать «правило ладони». Применяется ПР при КЭ. Аппарат устанавливается по 5-7 мин. на точку или передвигается по обрабатываемой зоне со скоростью 1 см в сек. до снятия или значительного уменьшения жалобы.
3. Затем обрабатывается зона «ЗД» в ДР при МинЭ или КЭ с поиском триггеров и их обработкой в ПР.
4. Сеанс заканчивается аппаратной обработкой ПКЗ в ПР при КЭ, в течение 5-10 мин.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- При наличии камней в желчном пузыре (по данным УЗИ) и отсутствии симптомов желчной колики нельзя работать аппаратом в зонах правого подреберья и прямой проекции желчного пузыря, так как может начаться отхождение камней. Если это все-таки произошло, то следует провести указанное ДЭНС-пособие.
- Если при желчной колике появляются желтушная окраска склер глаз и кожи (признаки механической желтухи), следует обратиться за врачебной помощью, так как велика вероятность полной закупорки желчных протоков и необходимо оперативное вмешательство.
- Если желчная колика сопровождается лихорадкой, необходима консультация врача для исключения острого калькулезного холецистита.

ЗАИКАНИЕ ОСТРОЕ

Внезапное появление заикания возникает после испуга или другой стрессовой ситуации, чаще у детей раннего возраста, и по-другому называется острым логоневроз.

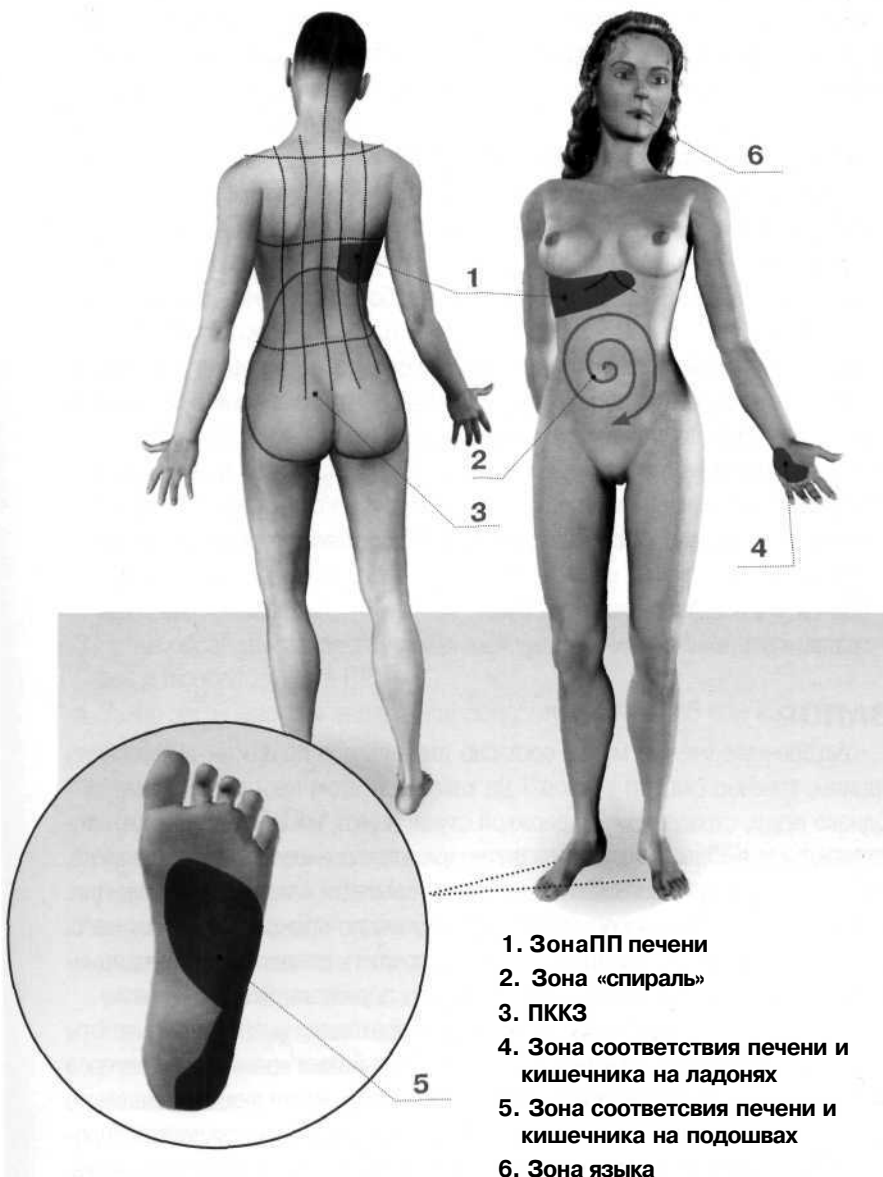
Рецептура экстренного ДЭНС-пособия:

1. Зона «ЗД» в ДР при МинЭ или КЭ;
2. ШВЗ в ПР при КЭ сверху вниз, 1-2 мин;
3. Зона языка; ПР при МинЭ, 30-40 сек;
4. Закончить зоной «БТ» в ДР при МинЭ, с отработкой в ПР «временной асимметрии».
5. Если заикание не прошло после первого сеанса, то в рецептуру следует включить аппаратную обработку специальных «речевых» зон в ДР, а затем в ПР при МинЭ по 1 мин. на каждую:
 - середина носогубной складки;
 - область красной каймы верхней губы;
 - подчелюстная зона, расположенная под подбородком (проекция дна ротовой полости);
 - подушечки всех пальцев обеих рук;
 - граница роста ногтевых пластинок на каждом пальце.

ЗАПОР

Умудренные ученые мужи, согласно имеющимся понятиям и классификациям, конечно скажут: «Запор?! Да какая при этом неотложная помощь?» Однако люди, страдающие задержкой стула, знают, какое это мучение, они-то знают, как выбивает из колеи вздутие живота, повышенное газоотделение, они не по наслышке испытали на себе все прелести каловой интоксикации, вплоть до обморочного состояния. Поэтому мы по просьбе народных масс, а не по бумажным рескриптам, решили включить в раздел первой медицинской помощи ДЭНС-пособие при нарушениях перистальтики кишечника.

Запор - это любые затруднения при дефекации, уменьшение частоты стула или отсутствие его в течение 2 дней. Причинами хронических запоров часто являются функциональные нарушения деятельности пищеварительного тракта. Под влиянием самых различных факторов нарушается пассаж (движение) кишечного содержимого и затрудняется опорожнение кишечника. Предрасполагающие факторы включают нервно-регуляторные расстройства, низкую физическую активность, легко усваиваемую пищу, отсутствие в раци-



1. Зона ПП печени
2. Зона «спираль»
3. ПККЗ
4. Зона соответствия печени и кишечника на ладонях
5. Зона соответствия печени и кишечника на подошвах
6. Зона языка

Рис. 36 ДЭНС при ЗАГОРАХ

оне растительной клетчатки и пищевых волокон, неправильное определение времени для дефекации (правильное - это по утрам). Отсутствие стула и вздутие живота может быть связано, например, с парезом кишечника и послеоперационной депрессией.

Запор приводит к болям, вздутию живота, одышке, длительной задержке кала с последующим формированием каловых камней, полной закупорке просвета кишки и перфорации кишечника. Систематический прием слабительных препаратов, очистительные клизмы при хронических запорах вызывают привыкание организма к искусственному опорожнению кишечника и способствуют дальнейшему прогрессированию запоров.

ДЭНС при запорах (рис. 36):

1. Сначала обрабатываем зону прямой проекции печени в ПР при КЭ, 10-15 мин.
2. Затем обрабатывается кожа передней брюшной стенки в ПР при МаксЭ (у детей при КЭ) по стабильной или лабильной методике. Электроды аппарата перемещаются по направлению движения часовой стрелки, от пупка к периферии живота спиралью или от мечевидного отростка к лону сверху вниз.
3. Пояснично-крестцово-копчиковая зона (ПККЗ) является сегментарной зоной для кишечника и обрабатывается в ДР и ПР (5-10 мин.) при КЭ.
4. Зоны соответствия на кистях рук и подошвах ног в ПР при КЭ, 5-15 мин. (в зависимости от возраста).
5. Зона языка в ПР при МинЭ до 1 мин.
6. При наличии у пациента локальной болезненности, дискомфорта (нередких у таких больных), при выявлении зон «залипания» аппарата, красных или белых пятен - данным участкам на процедуре уделяется дополнительное внимание (это ТЗ).
7. Среднее время сеанса для взрослого - 15-25 мин., для ребенка - 5-15 мин. Очень часто на процедуре начинают отходить газы, пациент, отталкивая оператора, срывается с кушетки и мчится в туалет.

ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ПРОИЗНЕСЕНИИ СЛОВ

См. ОСТРОЕ ПРЕХОДЯЩЕЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ и ИНСУЛЬТ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ.

ИНСУЛЬТ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ

Церебральный инсульт - это локальное повреждение ткани мозга вследствие полного прекращения кровоснабжения в определенной области головного мозга. Причиной этого являются тромбоз, эмболия сосудов и кровоизлияние. Инсульт у взрослых людей встречается в любом возрасте независимо от пола. Клинические симптомы и тяжесть последствий инсульта зависят от природы и степени поражения ткани мозга. Инсульт может развиваться относительно постепенно, но чаще характерно внезапное драматическое начало заболевания с развитием очаговых неврологических симптомов. Инсульт может протекать с жалобами на головную боль, головокружение, или без них. Для инсульта могут быть характерными нарушение речи, спутанность сознания, расстройство зрения, недержание мочи, чувствительные нарушения (ощущение покалывания или онемения с одной стороны тела); двигательные нарушения (например, утрата контроля над движениями конечности, парез и паралич); потеря сознания и шумное дыхание. Больной инсультом, находящийся в бессознательном состоянии, может иметь красную окраску кожи и замедленный пульс, у него могут быть зрачки разного размера.

Неотложное ДЭНС-пособие при инсульте:

А. Кратность воздействия:

- Чем раньше начинаем ДЭНС-воздействие, тем быстрее достигается положительный эффект.
- Первый ДЭНС-сеанс должен проводиться не дольше 20 мин. Затем через каждые 1,5 часа увеличиваем продолжительность воздействия аппаратом на 10 мин., доводя общую длительность одного сеанса до 90 мин.
- Первые 2 суток аппаратную обработку проводим через каждые 1,5 часа с перерывом только на сон.
- На 3-й - 4-е сутки начинаем проводить 3-4 сеанса ДЭНС в день, и обычно на 7-е сутки состояние пациента нормализуется.

Б. Рецептúra воздействия:

1. Зоны воздействия аппаратом на первом сеансе (рис. 37):

- зона 2-го шейного позвонка; ПР при КЭ, 2-3 мин;
- зона прямой проекции сонных артерий; ПР при КЭ, 2-3 мин (рис. 38);
- ШВЗ с учетом уровня артериального давления; ПР при КЭ, 5-10 мин;
- если известна локализация инсульта, то обрабатываем прямую ее проекцию на голове; ПР при КЭ, 6-10 мин. Волосы следует расправлять так, что-

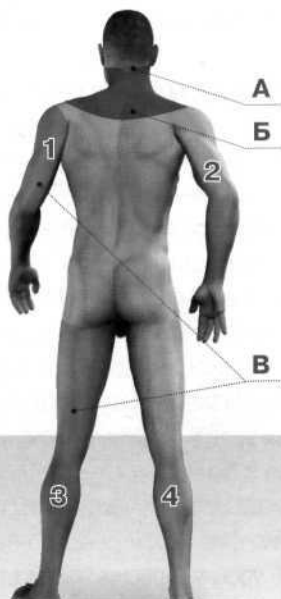


Рис. 37 Принцип горизонтальной симметрии

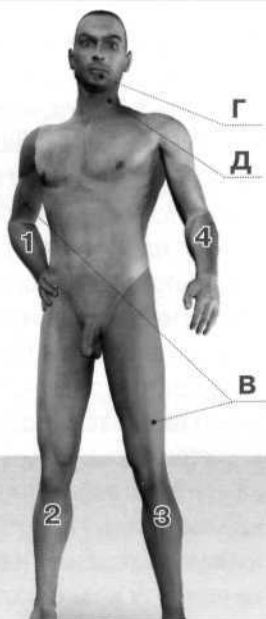


Рис. 38 Принцип вертикальной симметрии

- А. Зона 2 ШП
- Б. ШВЗ
- В. Желтым цветом выделена пораженная конечность (цифрами обозначен порядок воздействия)
- Г. Зона языка
- Д. Сонная артерия

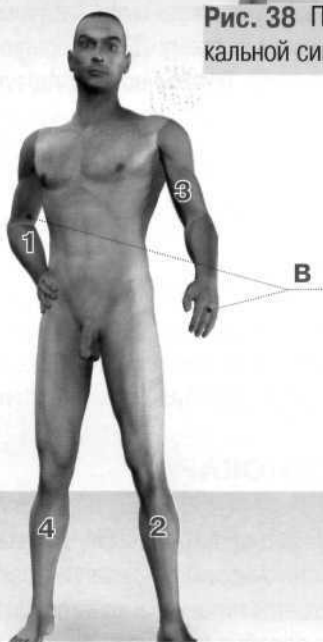


Рис. 39 Принцип тетрасимметрии

бы электроды аппарата касались кожи; если состояние пациента тяжелое, то волосы лучше сбрить;

- если нарушена речь, то обрабатываем зону языка, доставая его салфеткой; ПР при МинЭ, 30-40 сек. (рис. 38);
 - при параличах и парезах конечностей можно использовать принципы горизонтальной (справа-слева, рис. 37), вертикальной (верх-низ, рис. 38) и тетрасимметрии (крест-накрест, рис. 39). В остром периоде аппаратное воздействие проводится сначала в области пораженной конечности в ПР при КЭ или МаксЭ, а затем на симметричной здоровой конечности в ДР при КЭ или МинЭ.
 - В любом случае, при парезах и параличах направление движения аппарата - от центра к периферии. При работе в ПР аппарат можно как переставлять (стабильная методика), так и передвигать (лабильная методика).
 - Обязательна оценка динамики состояния пациента. Если возможно, то начинаем и заканчиваем каждый сеанс с опроса и осмотра пациента. Выясняем, как изменились у него кожная чувствительность, объем движений и сила мышечных сокращений. Например, в динамике фиксируем реакцию пациента на одну и ту же мощность энергетического уровня, просим подвигать пальцами пораженной руки, сжать ими палец или ладонь оператора и др.
2. Со второго сеанса в схему ДЭНС-терапии добавляется воздействие на зоны общего регуляторного воздействия и пр.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Больной с симптомами инсульта обязательно нуждается в срочной консультации врача.
- После появления первых симптомов инсульта вызываем бригаду скорой помощи и начинаем сразу же работать с больным до ее приезда.
- Если врачи пациента оставили лечиться дома, то продолжаем ДЭНС-терапию дома. Если пациента госпитализировали, то продолжаем ДЭНС в больнице.

ИНФАРКТ МИОКАРДА

Острый инфаркт миокарда (ОИМ, коронарный тромбоз, приступ острой сердечной недостаточности) - внезапная закупорка артерий сердца, вследствие чего нарушается питание мышцы сердца и наступает гибель его клеток.

Боль в груди подобна боли при приступе СТЕНОКАРДИИ, но имеются отличия. При ОИМ пациент жалуется на сильную мучительную боль в груди,

1. Зоны реанимации на лице
2. ШВЗ
3. Интегральная зона ПП сердца
4. Зона ПП надпочечников
5. ПКЗ

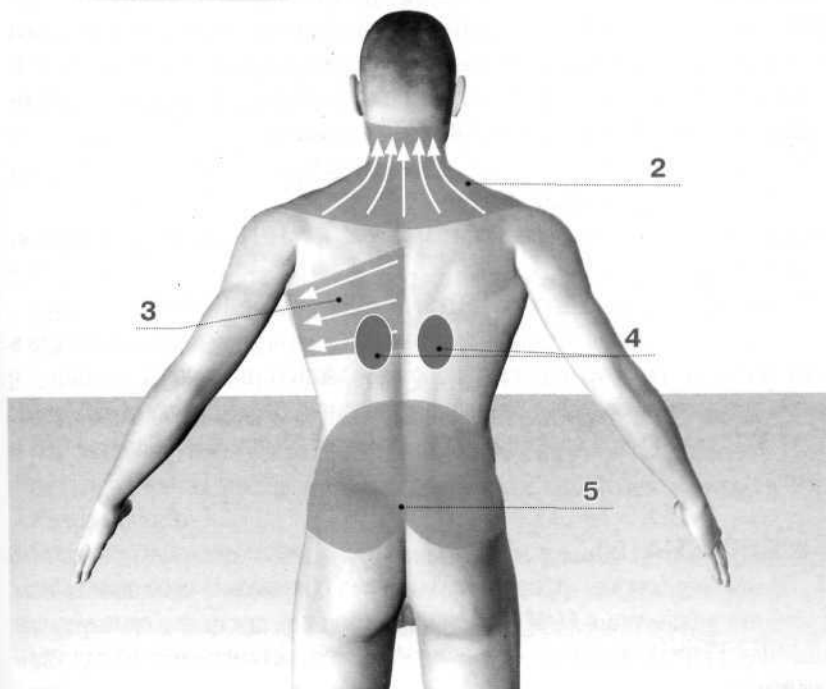


Рис. 40 ДЭНС при инфаркте миокарда

которая может распространяться на левую руку, верхнюю часть спины, шею и челюсть. Боль повторяется и длится более 30 мин., не полностью облегчается при отдыхе или при приеме нитроглицерина. Одновременно часто наблюдаются удушье, чувство сдавливания груди, тошнота, рвота, потливость, чувство страха, повышенная температура тела, бледная и липкая кожа, ускоренный пульс и падение артериального давления (коллапс).

Однако следует помнить, что в 25% случаев ОИМ протекает бессимптомно.

Первая медицинская помощь:

1. Немедленно вызовите бригаду скорой помощи или попросите кого-нибудь сделать это, чтобы вы могли оставаться около пациента, если это возможно.
2. Если больной потерял сознание, проводите РЕАНИМАЦИЮ.
3. Если больной в сознании, по возможности обеспечьте ему максимум покоя и удобства. Расстегните воротник, ослабьте тесную одежду, уложите пациента и положите под его голову и колени подушки, чтобы придать ему полулежащее положение. Откройте форточку и обеспечьте приток свежего воздуха.
4. Начните ДЭНС-терапию по указанной ниже рецептуре. Длительность сеанса определяется улучшением самочувствия пациента, купированием жалоб, стабилизацией пульса и артериального давления. Следующий сеанс при необходимости начинается при повторном появлении жалоб.

ДЭНС-рецептура (рис. 40):

- Однократно обработать реанимационные зоны лица в ПР при МаксЭ по 30 сек. на одну зону.
- Обработать ШВЗ снизу вверх в ПР при МаксЭ в течение 1 - 3 мин.
- Проводить ДЭНС воздействие в интегральной зоне прямой проекции сердца в ПР при КЭ сверху вниз и от центра к боковой части груди спереди и сзади.
- При уменьшении болевого синдрома проводится обработка зоны «ЗД» в ДР при КЭ, зоны прямой проекции надпочечников в ПР при КЭ по 3 мин. и ПКЗ в ДР.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

По приезду бригады скорой помощи нужно обязательно сообщить врачам о том, что у больного с ОИМ вы применяли аппарат, поскольку самочувствие пациента и результаты электрокардиографического исследования всегда улучшаются.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНЫХ ТКАНЕЙ ОСТРЫЕ

Острые инфекционные заболевания кожи возникают при попадании микробов в организм через дефект кожи в виде царапин, мацераций, ожогов и пр. Наиболее часто в практике встречаются следующие виды гнойной инфекции: ПАНАРИЦИЙ, ФУРУНКУЛ, КАРБУНКУЛ.

Обычно попавшие в рану бактерии начинают активно проявлять свою жизнедеятельность с формированием воспалительного очага в тканях через 6 - 12 час. Развиваются покраснение кожи, венозный стаз с образованием отека, появляется боль, повышается температура в области воспаления, нарушается функция органа. Организм с защитной целью в очаг воспаления посылает лейкоциты и ограничивает его от своей внутренней среды так называемым лейкоцитарным валом. Позже вокруг очага воспаления из клеток соединительной ткани образуется грануляционный вал, который еще надежнее ограничивает гнойный очаг. Такими же защитными барьерами служат лимфатические сосуды и лимфатические узлы.

При наличии высокозаразной инфекции и слабом иммунитете местные защитные барьеры организуются медленно, что нередко приводит к прорыву инфекции в лимфатические пути и появлению острого отека вызванного лимфостазом (см. ЛИМФАДЕНИТ, ЛИМФАНГИТ).

ДЭНС-пособие:

1. Если гнойник расположен на голове или верхней половине тела обрабатываем ШВЗ, если на нижней - ПКЗ. Применяем ДР при КЭ, при выявлении триггеров обрабатываем последние в ПР при КЭ.
2. Затем продолжаем аппаратную обработку в прямой проекции жалобы, то есть очага воспаления - панариция, фурункула, карбункула, именно там, где пациента более всего беспокоит боль, где имеется покраснение кожи, где кожа горячая на ощупь и наблюдается отек тканей; используем ПР при КЭ или МаксЭ.
3. Продолжительность сеанса индивидуальна и зависит от фазы развития воспалительного процесса, от степени тяжести и пр. Во всяком случае, следует ориентироваться на общеизвестные принципы, то есть заканчивать воздействие при достижении следующих критериев достаточности: пациент заснул; пациент испытывает существенное улучшение самочувствия; жалоба полностью ликвидирована; в подэлектродной зоне наблю-

дается ощущение ползания «мурашек», чувство легкости. При острых воспалительных заболеваниях нужно проводить сеансы несколько раз в день по потребности с интервалом на сон (см. критерии достаточности) или через 1 - 1,5 час.

4. При наличии симптомов интоксикации, повышенной температуры тела, плохом аппетите, слабости, тошноте включаем в рецептуру следующие зоны воздействия:
- зоны прямой проекции печени, поджелудочной железы, кишечника; ПР при МинЭ или КЭ, 7 - 10 мин;
 - зону грудины и наружно-боковые поверхности голеней обеих ног; ПР при МинЭ или КЭ, 3 - 5 мин;
 - зону прямой проекции надпочечников в ПР при КЭ 3 - 5 мин. через 1 сеанс.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

При острых воспалительных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки следует начинать ДЭНС при появлении первых симптомов, которыми чаще бывают боль и покраснение. В этом случае удастся полностью прекратить дальнейшее развитие воспаления, очаг которого просто «рассасывается».

Если вы начали ДЭНС позже, в период начала формирования гнойного стержня (период консолидации гноя), то мобилизуются защитные барьеры организма, «созревание» воспалительного очага ускорится и содержимое его изольется наружу.

Для большей эффективности ДЭНС перед сеансом в зоне воспаления на кожу, площадь, равной одной ладони пациента, следует наносить тонким слоем крема «Малавтилин».

КАРБУНКУЛ

Это гнойное воспаление многих волосяных мешочков и сальных желез с некрозом в центре, в тяжелых случаях в воспалительный процесс вовлекается подкожная клетчатка. Чаще всего карбункул локализуется на затылке и спине. Карбункул протекает тяжелее, чем фурункул. Повышается температура тела до 39°C, беспокоят боли в месте воспаления, нарушается сон, часто возникают осложнения: лимфаденит, лимфангит, тромбофлебит, сепсис.

ДЭНС-терапия - см. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНЫХ ТКАНЕЙ ОСТРЫЕ, ЛИМФАДЕНИТ И ЛИМФАНГИТ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ.

КОЛИКА ЖЕЛЧНАЯ

См. ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИСТУП.

КОСЫНОЧНЫЕ ПОВЯЗКИ

Косынка представляет собой кусок материи в виде прямоугольного треугольника или платок, сложенный под углом. Косынку можно накладывать на различные участки тела для их фиксации перед транспортировкой, но наиболее часто ее используют для подвешивания руки. Стандартный размер косынки 136x100x100 см.

Для перевязки и фиксации конечностей, для закрепления перевязочного материала, для изготовления кольцевого валика из косынки можно сделать широкую и узкую повязку (рис. 41). Кольцевой валик (рис. 41) необходим для защиты раны от излишнего давления перевязочного материала, при открытых переломах, когда из раны торчит кость, а также в тех случаях, когда в ране обнаружено инородное тело (например, осколок стекла, гвоздь, арматура и пр.).

Косыночная перевязь применяется для фиксации локтя, предплечья и запястья при их ушибах, вывихах и переломах. Больной при подвешивании руки перевязью должен сидеть или стоять. Руку перевязывают таким образом, чтобы кисть была немного выше локтя, а пальцы выглядывали наружу (рис. 42).

Косыночная поднимающая повязка (рис. 43) используется при травмах плеча, а также когда рана на руке кровоточит. При перевязке больной поднимает предплечье больной руки здоровой рукой или при помощи оператора так, чтобы ее пальцы доставали до противоположного плеча. Основание треугольной повязки помещается над поднятым предплечьем и кистью так, чтобы верхний длинный конец лежал на плече здоровой руки, а широкий конец находился ниже локтя согнутой больной руки. Затем широкий конец осторожно протягивают вверх между больной рукой и телом пострадавшего, а нижний длинный конец за спиной пациента протягивают на встречу верхнему и связывают их в ямке над ключицей. Торчащий широкий конец направляют между передней частью повязки и предплечьем.

Кроме того, из косынки можно сделать повязку для поддержки молочной железы, фиксации тазобедренного сустава и голени (рис. 44).

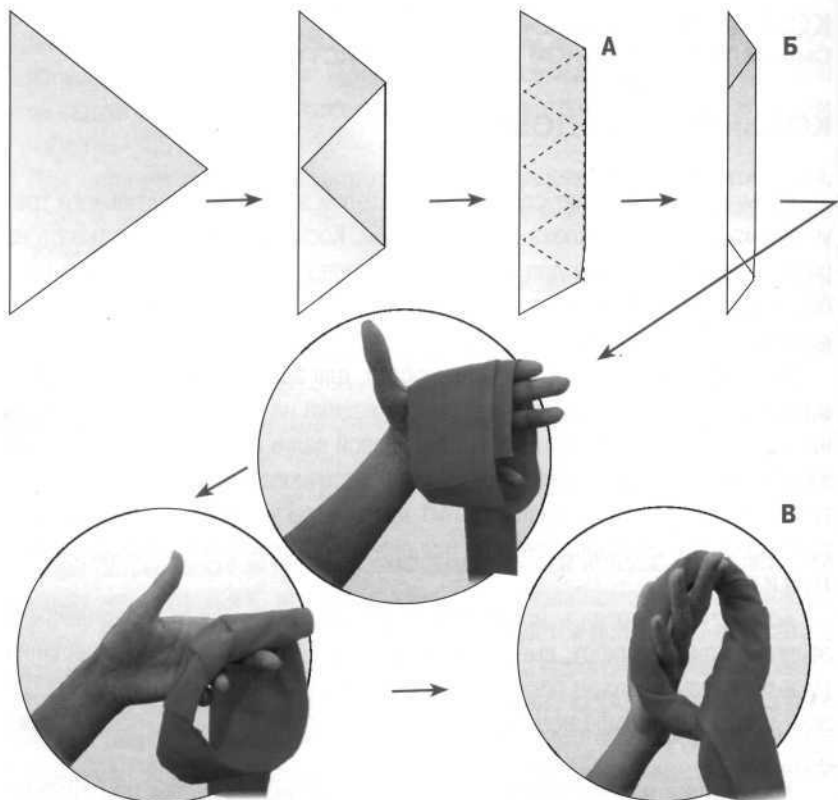


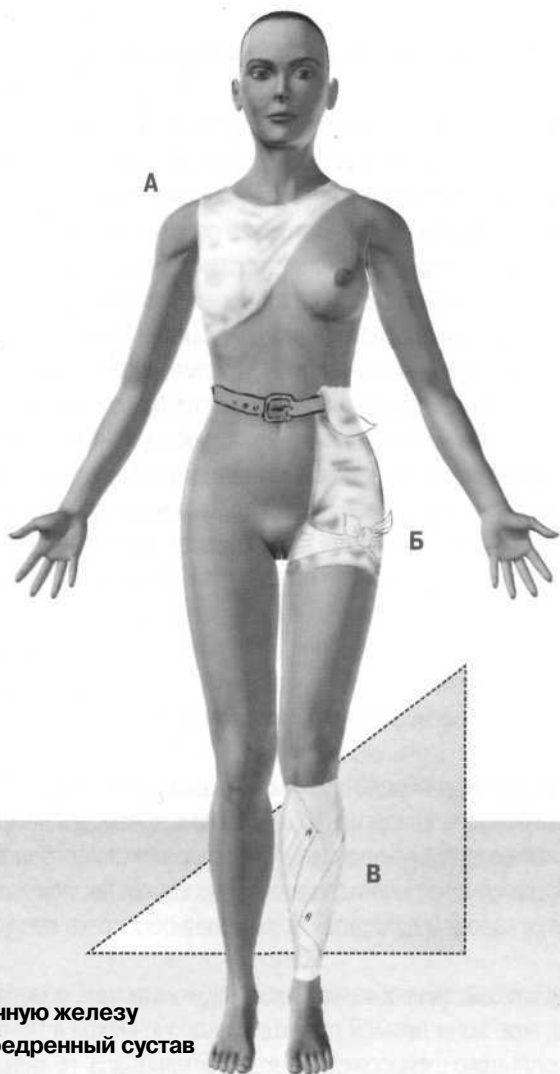
Рис. 41 Порядок изготовления широкой (а), узкой (б) косыночных повязок и кольцевого валика (в)



Рис. 42 Косыночная перевязь для локтя, предплечья и запястья



Рис. 43 Косыночная перевязь для плеча



- А.** на молочную железу
- Б.** на тазобедренный сустав
- В.** на голень

Рис. 44 Другие типы косыночных повязок

КРАПИВНИЦА И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК КВИНКЕ

Крапивница и ангионевротический отек Квинке относятся к заболеваниям аллергической природы немедленного типа. Они могут развиваться совместно или отдельно. В качестве аллергенов, провоцирующих реакцию гиперчувствительности, могут выступать знакомые каждому вещества, такие как шерсть животных, пыльца растений, домашняя пыль, пищевые продукты, лекарственные препараты. Кроме того, эти заболевания могут вызвать пищевые добавки (например, краситель тартразин бензоат, салицилаты).

Крапивница характеризуется внезапным появлением на коже большого зудящих, от розового до красного цвета волдырей с приподнятыми очерченными границами и бледными центрами. Их размер может быть от нескольких миллиметров до гигантских сливающихся очагов до 10 - 20 см в диаметре.

Ангионевротический отек Квинке - приступообразный ограниченный (от 2 и более см) отек кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек длительностью несколько часов, редко более. Кожа в месте отека имеет обычную окраску, иногда краснеет. Отек Квинке может появляться на лице, губах, языке и прочих местах тела. Очень опасен отек слизистой оболочки гортани (см. КРУП).

Первая ДЭНС-помощь:

1. Устранить контакт больного с аллергеном (если он известен и если это возможно).
2. Начинаем аппаратную обработку зоны поражения в ПР при КЭ. Если имеется несколько очагов аллергии, то начинаем с обработки самого беспокоящего больного очага. Если площадь зоны поражения большая, то начинаем с обработки самого беспокоящего больного места площадью не более площади двух ладоней пациента. Аппаратная обработка продолжается до эффекта.
3. В рецептуру воздействия обязательно следует включать обработку антиаллергических зон: зоны прямой проекции надпочечников в ПР при КЭ, 3 - 5 мин; зоны седьмого шейного позвонка в ПР при КЭ, 3 - 5 мин.
4. При диспептических жалобах рекомендуется обрабатывать зоны прямой проекции печени, поджелудочной железы и кишечника.

КРОВОИЗЛИЯНИЕ В МОЗГ

См. ИНСУЛЬТ

КРОВОТЕЧЕНИЕ

Кровотечением называется излияние крови из кровеносных сосудов. Характер кровотечения зависит от вида раны. Открытыми ранами называются раны, при которых имеется повреждение кожных покровов, а кровотечение является наружным. При закрытых ранах кожа не повреждается, кровь изливается во внутренние ткани и органы, а кровотечение называется внутренним.

Различают артериальные кровотечения, которые возникают при ранении артерии и характеризуются выбросом из открытой раны струи в виде фонтана алой, ярко-красной крови. Интенсивность потери крови зависит от величины поврежденного сосуда и характера ранения. Так как за короткий промежуток времени теряется большое количество крови, а самостоятельная остановка кровотечения наблюдается только при поперечных разрывах сосудов, то артериальное кровотечение опасно для жизни развитием шока от кровопотери.

При венозном кровотечении изливающаяся кровь имеет темно-красный цвет, медленно истекает в рану. Медленное вытекание крови из венозных сосудов, легко спадающиеся при сжатии сосудистые стенки способствуют образованию тромба, поэтому венозное кровотечение из средних и мелких сосудов менее опасно для жизни, чем артериальное.

Однако большинство кровотечений следует отнести к смешанному типу, то есть артериально-венозному.

Капиллярное кровотечение возникает при повреждении кожи, слизистых оболочек, мышц и характеризуется истечением крови из всей раневой поверхности, кровь «сочится» из поврежденных капилляров.

А. Временная остановка кровотечения из открытой раны

1. Сначала следует определить место локализации раны. После этого проверить, не содержит ли она чужеродных предметов (например, осколков стекла, металлических предметов и пр.), освободить место ранения от одежды и приподнять поврежденную конечность выше уровня сердца, при положении больного лежа.

2. Если рана свободна от посторонних предметов, зажмите ее. Если рана узкая и длинная, плотно прижмите края раны, одновременно сводя их друг с другом как можно ближе. Манипуляции следует производить, используя прокладку из чистой ткани (носовой платок, куски простыни и пр.) или через стерильную давящую повязку.
3. При обильных кровотечениях, если рана находится на дистальных отделах конечности, используется позиционное сгибание - максимальное сгибание конечности и ее фиксация в этом положении бинтом или поясным ремнем.
4. При массивных артериальных и смешанных кровотечениях, когда повязка при позиционном сгибании обильно промокает кровью («капает»), следует наложить жгут в области, расположенной выше места кровотечения (рис. 45).

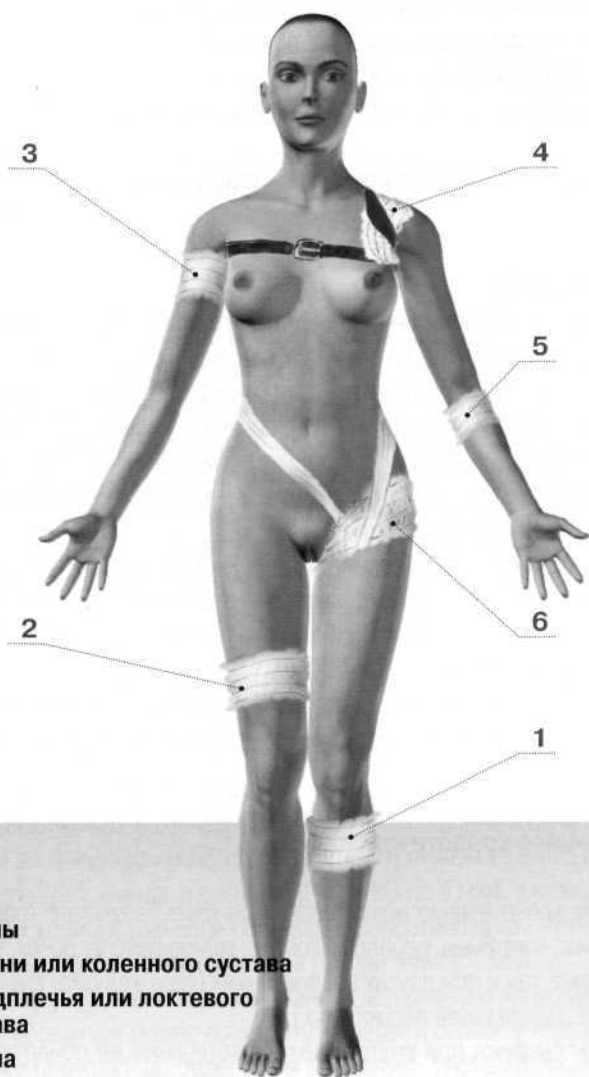
Существует мнение, что при кровотечениях из ран верхней конечности жгут должен быть наложен на нижнюю или верхнюю треть плеча. Наложение жгута на середине плеча противопоказано из-за возможности сдавливания лучевого нерва. Наложение жгута на предплечье некоторыми считается мало эффективным вследствие глубокого расположения сосудов между двумя костями предплечья.

При кровотечении из ран нижней конечности жгут должен быть наложен на бедро.

Если в вашей аптечке есть стандартный жгут, то накладывать следует его. При отсутствии стандартного жгута можно использовать подручные средства: пояс, ремень, эластичный бинт, презерватив и др. Перед тем, как накладывать жгут, под него следует подложить подкладку из марли, бинта, одежды и пр. Сила, с которой накладывается жгут, определяется прекращением кровотечения из раны и исчезновением пульса на периферической артерии - лучевой артерии на руке, на артерии тыла стопы или позади внутренней лодыжки на ноге. Все витки жгута накладываются с одинаковой силой, равномерно друг около друга, без ущемления кожи.

Предельно допустимое время, в течение которого можно держать жгут затянутым, не должно превышать 60 мин., поэтому после наложения жгута под один из его витков необходимо подложить записку с указанием времени наложения жгута и сроков его ослабления.

Во избежание отморожения пораженную конечность следует освободить от сдавливающей ее обуви, резинок и обеспечить сохранение тепла как для всего организма, так и в особенности для поврежденной конечности.



1. Стопы
2. Голени или коленного сустава
3. Предплечья или локтевого сустава
4. Плеча
5. Кисти
6. Бедра

Рис. 45 Возможные места наложения жгута при массивном кровотечении из артерии

5. Электроды ДЭНС-аппарата устанавливаем прямо на рану, при большой линейной ране - перпендикулярно длиннику раны так, чтобы электроды касались обеих сторон раны. Если наложена давящая повязка, то через повязку. Воздействие проводим в ПР при КЭ в течение 15-20 мин. или до полной остановки кровотечения.
6. После остановки кровотечения перевязываем рану, если она не была перевязана.
7. При массивных кровотечениях проводим транспортировку пострадавшего в больницу.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Если рана содержит посторонний предмет, его можно попытаться удалить, промывая рану водой только в том случае, если он не застрял в тканях. Во всяком случае, не надо тратить на это много времени. В этой ситуации сведите концы раны и проведите ДЭНС, после остановки кровотечения положите валик вокруг чужеродного предмета (см. КОСЫНОЧНЫЕ ПОВЯЗКИ), перевяжите конечность, не затрагивая рану и торчащий из нее предмет, и обратитесь за врачебной помощью.
- Необходимо помнить, что в течение первых 2-х мин. аппаратной обработки кровотечения может несколько усилиться - этого не следует бояться.
- Если, несмотря на ваши усилия, у больного появляются признаки шока от кровопотери, действуйте как при ШОКЕ.
- Для быстрого заживления раны и профилактики вторичного кровотечения аппаратную обработку раны проводим 2-4 раза в день. Курс лечения длится 4-5 дней.

Б. Внутреннее кровотечение

Внутреннее кровотечение может развиваться как в результате травмы внутренних органов, например, переломе костей, ушибе печени, почек, черепно-мозговой травме, так и при других заболеваниях (язве желудка, внематочной беременности, туберкулезе легких и пр.).

Если кровь снаружи при внутреннем кровотечении не обнаруживается, то диагноз поставить трудно, а клиническую картину у пациента определяет объем внутренней кровопотери и развитие симптомов ШОКА.

Иногда о внутреннем кровотечении можно подозревать по образованию гематомы (кровавой опухоли) или по появившимся кровавистым выделениям.

ям. Например, по розовой или красной окраске мочи при ушибе почки; по кровотечению из ушей и носа при черепно-мозговой травме; по примеси крови в рвотных массах при язве желудка и пр.

При подозрении на внутреннее кровотечение следует действовать как при ШОКЕ и немедленно обратиться за медицинской помощью.

Дополнительно к рецептуре ДЭНС-воздействия при ШОКЕ аппаратом следует обрабатывать прямые проекции подозреваемого на повреждение органа или части тела, печени и селезенки в ПР при КЭ.

КРУП

Круп - сужение просвета верхних дыхательных путей в результате нарастающего отека слизистой оболочки гортани при ларинготрахеите. Это приводит к затруднению прохождения воздуха в бронхи и легкие. Встречается у маленьких детей. Клинически круп проявляется лающим сухим кашлем, хриплым голосом, беспокойством пациента, одышкой с затрудненным свистящим вдохом и западением надключичных ямок. Кашель часто начинается ночью. В тяжелых случаях ребенок может посинеть и потерять сознание. Поэтому при появлении симптомов крупа обязательно следует обратиться за врачебной помощью.

Методика ДЭНС (рис. 46):

1. Зона яремной ямки в ПР при КЭ, 2-3 мин.
2. Подчелюстная зона в ДР а затем в ПР при КЭ, 3-5 мин.
3. Зона «шейное кольцо» трехкратно в ПР при КЭ.
4. Зона «слюнявчик» в ПР при КЭ, 5 мин. от периферии к центру.
5. ШВЗ и зона «елочка» в ПР при КЭ горизонтальными полосами по 5 мин.
6. Икроножные зоны ног и стопы в ПР при КЭ по 5 мин. с каждой стороны.
7. При необходимости и если ребенок не сопротивляется, в рецептуру можно включать обработку зоны языка, в ПР при МинЭ, 1 мин.

На одном сеансе используют обычно не более 4-х из указанных зон. Выбранную рецептуру можно повторить на первом сеансе 2-3 раза. Аппаратную обработку проводят до облегчения состояния, уменьшения или исчезновения лающего кашля и одышки, появления влажного кашля. Повторные сеансы проводятся в зависимости от состояния пациента, но не реже 3-4 раз в первые сутки.

Дополнительно настоятельно рекомендуется обильное теплое щелочное питье (например, молоко, минеральная вода и пр.) повышенная влажность воздуха в комнате, где находится ребенок и частые паровые ингаляции.

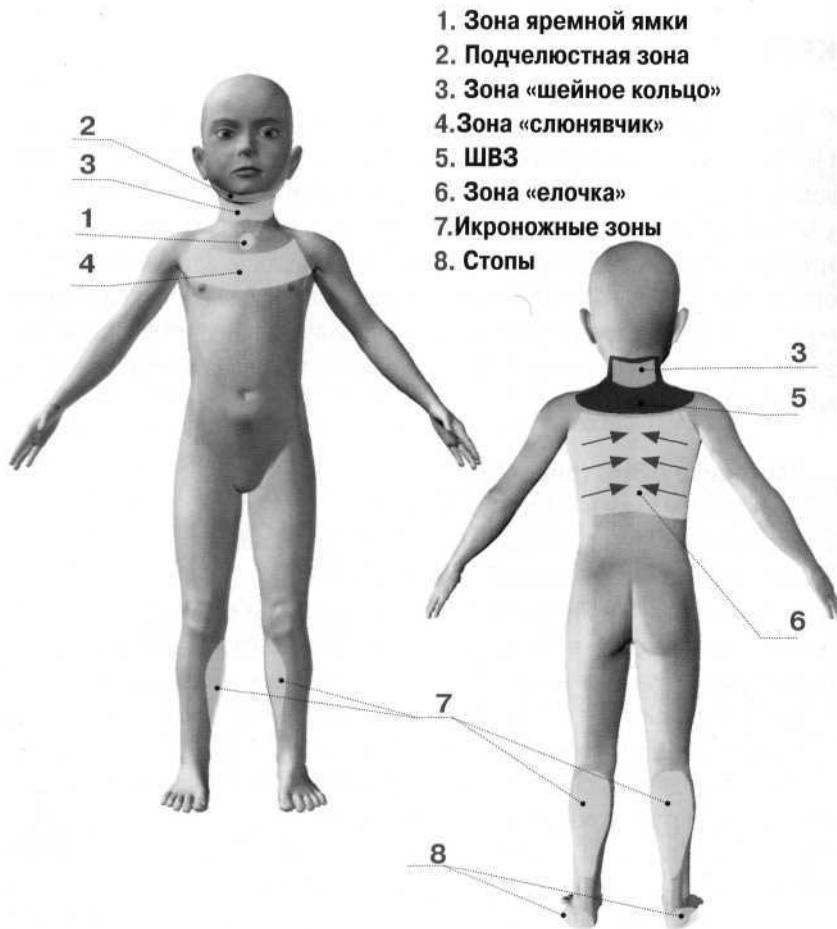


Рис. 46 ДЭНС при кашле

ЛАРИНГИТ И ЛАРИНГОТРАХЕИТ

Ларингит, ларинготрахеит - воспаление слизистой оболочки гортани или гортани и трахеи, которое проявляется осиплостью или исчезновением голоса, сухим, лающим кашлем, болью в горле и повышенной температурой тела. У маленьких детей острый ларингит без лечения может осложниться удушьем (см. КРУП).

Обрабатываем подчелюстную зону, зоны «яремная ямка», грудины, «елочка», икроножные зоны и стопы ног. Используем ПР при КЭ до облегчения состояния, улучшения дыхания, появления влажного кашля. В среднем сеанс занимает от 25 до 40 мин. Повторные сеансы проводятся в зависимости от состояния пациента, но не реже 3-4 раз в первые сутки.

Дополнительно рекомендуется обильное теплое щелочное питье (например, молоко, минеральная вода и пр.) и, если возможно, паровые ингаляции.

Самый простой и безопасный способ паровых ингаляций - поместить ребенка в комнату, заполненную паром. Это может быть ванная комната, в которой открыт кран с горячей водой. Другой способ называется «ингаляции под тентом». На стол устанавливается кастрюля с горячей водой, куда желательно добавить любые смягчающие вещества, например листья мяты, кожуру картошки, валидол, настойку календулы или бензоиновую настойку и пр. Затем мать усаживает ребенка себе на колени так, чтобы ноги его находились между ее ног, а правая рука обнимала ребенка, прижимая его руки к телу. Лицо женщины должно быть на уровне лица ребенка. Они наклоняются над кастрюлей и вдыхают из нее пар, закрывшись сверху легким одеялом, пледом или куском материи.

ЛАЮЩИЙ КАШЕЛЬ

См. КРУП и ЛАРИНГИТ.

ЛИМФАДЕНИТ И ЛИМФАНГИТ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ

Лимфаденит и лимфангит - это гнойное воспаление лимфатических узлов и сосудов соответственно. Возникают как осложнение различных гнойных процессов (ФУРУНКУЛ, КАРБУНКУЛ, абсцесс, инфицированная рана).

Больные предъявляют жалобы на жжение и зуд в области воспаления. Появляются розовые и красные полосы, которые идут от гнойного очага к лимфатическим узлам (лимфангит), последние становятся болезненными, увеличенными в размерах и плотными, как яйцо (лимфаденит), периферическая часть конечности по отношению к очагу воспаления отекает (острый лимфостаз). Если вовремя не применить ДЭНС, над узлами появляется красная окраска кожи, резкая болезненность, а затем они расплавляются гноем. Этот гнойник может самостоятельно вскрыться.

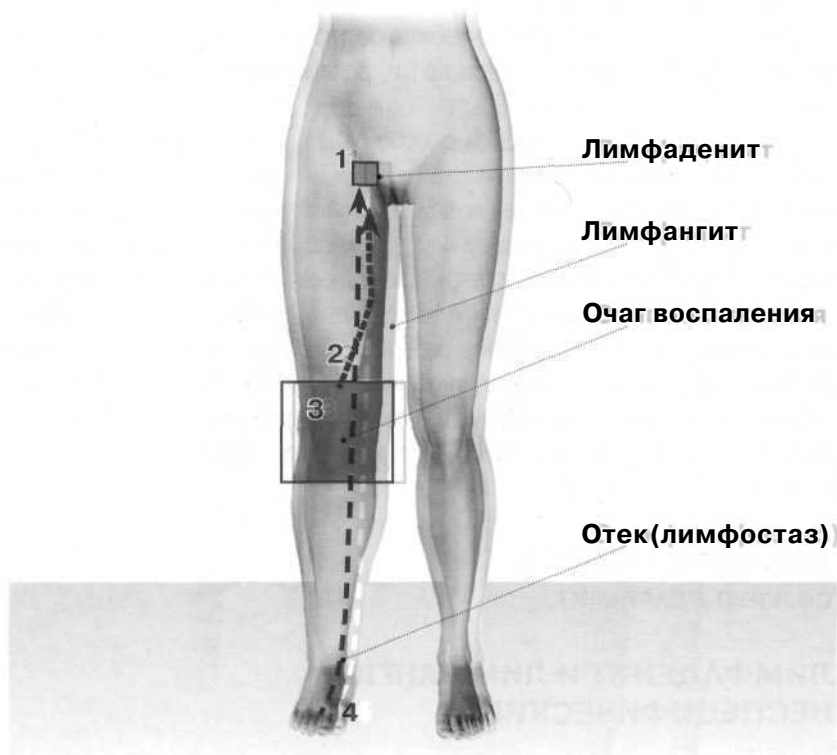


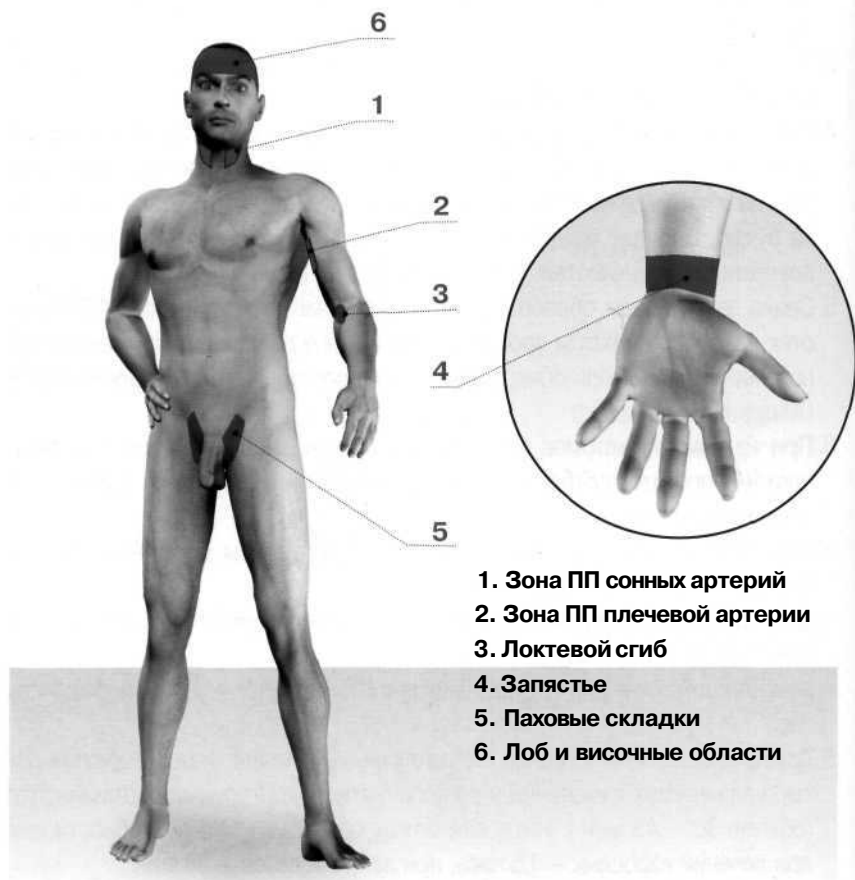
Рис. 47 ДЭНС при лимфадените, лимфангите и остром лимфостазе (цифрами обозначен порядок проведения ДЭНС)

ДЭНС-пособие (рис. 47):

1. Сначала аппаратом обрабатываем зону прямой проекции лимфатического узла, находящегося центрально от основного очага воспаления (регионарный лимфатический узел). Если узел интактен, то применяем ПР при КЭ, если имеются признаки воспаления, то используется ПР при МаксЭ. Длительность воздействия - до появления ощущения «мурашек» или чувства тепла (обычно 10-20 мин).
2. Затем аппаратную обработку проводим по линии лимфангита, переставляя электроды от пнойника по направлению к центру тела. Используем ПР при КЭ или МаксЭ.
3. После чего обрабатываем непосредственную причину лимфаденита и лимфангита - ФУРУНКУЛ, КАРБУНКУЛ и пр.
4. При отеке конечности, вызванном острым лимфостазом, переставляем аппарат по коже от кончиков пальцев ног до тазобедренного сустава (если отек на ногах) или от кончиков пальцев рук до плечевого сустава (если отек на руках). Порядок воздействия: передняя, задняя, внутренняя, наружная поверхности конечностей. Используем ПР при КЭ.
5. Сеанс заканчиваем обработкой ПКЗ (если очаг на ногах) или ШВЗ (если отек на руках, с учетом уровня артериального давления). Применяем ДР при МинЭ или КЭ, при обнаружении триггеров обрабатываем последние в ПР при КЭ.
6. При наличии симптомов интоксикации, повышенной температуры тела, плохом аппетите, слабости, тошноте включаем в рецептуру следующие зоны воздействия:
 - зоны прямой проекции печени, поджелудочной железы, кишечника; ПР при МинЭ или КЭ, 7 - 10 мин;
 - зону грудины и наружно-боковые поверхности голени обеих ног; ПР при МинЭ или КЭ, 3 - 5 мин;
 - зону прямой проекции надпочечников в ПР при КЭ 3 - 5 мин. через 1 сеанс.
5. Длительность одного сеанса индивидуальна и определяется выраженностью клинических изменений и общепринятыми критериями достаточности (обычно 30 - 45 мин.). Интервал между сеансами - по потребности или при лечении взрослых - 1,5 часа, при лечении детей - 30 мин.

ЛИХОРАДКА

Температура тела до высоких цифр повышается по разным причинам. Это могут быть и психоэмоциональные факторы, и истинная неврологическая (гипоталамическая) недостаточность, но исключительно часто лихорадка является признаком многих тяжелых инфекционных и хирургических заболеваний, когда гипоталамус теряет свою регуляторную способность.



1. Зона ПП сонных артерий
2. Зона ПП плечевой артерии
3. Локтевой сгиб
4. Запястье
5. Паховые складки
6. Лоб и височные области

Рис. 48 ДЭНС при лихорадке

Применение ДЭНС приводит к нормализации регуляторной функции гипоталамуса, активации механизмов теплопотери, расширению периферических сосудов, к потоотделению и снижению температуры.

Лихорадящие больные жалуются на мышечные и суставные боли, отсутствие аппетита, сонливость. У большинства из них возникает зябкость и озноб, кожа становится сухой и горячей, учащаются пульс и дыхание, появляется жажда, уменьшается мочеотделение. При температуре выше 40,5°C развивается бред. Крайне высокая температура тела, или гиперпирексия, соответствует значениям выше 41,1°C и считается очень опасной, так как начинают расплавляться клетки мозга. Температура в пределах 41,7 - 42,2°C обычно приводит к смерти.

Следует учитывать, что повышенную температуру тела не всегда следует снижать. Доказано, что температура в пределах 38-38,5°C является защитной реакцией организма, при которой начинают интенсивно вырабатываться многие биологически активные вещества, предназначенные для выздоровления.

ДЭНС-воздействие при лихорадке начинаем в случаях, когда;

- температура тела пациента превысила уровень 38—38,5°C;
- температура тела регистрируется ниже 38°C, но ранее у пациента наблюдались при повышении температуры судороги;
- повышенная температура тела сопровождается побледнением кожи, появлением преходящей мраморной окраски кожи, холодными на ощупь конечностями и возбуждением пациента (плач, нарушение сна, отказ от еды и питья и пр.).

При лихорадке пациента не следует тепло одевать и укутывать. Интенсивно-розовая и красная окраска кожи являются признаком того, что организм расширил свои периферические сосуды и увеличил теплоотдачу. При бледной коже первым симптомом положительного эффекта от ДЭНС может быть появление розовой окраски, а не снижение температуры при ее измерении.

При оказании первой медицинской помощи при высокой температуре тела не следует забывать поить больного жидкостью.

ДЭНС при лихорадке (рис. 48):

1. Зоны прямой проекции сонных артерий; ПР при КЭ или МинЭ, по 7-10 сек. на каждую артерию.

2. Зоны прямой проекции плечевой артерии - внутренняя поверхность плеча в области подмышечной впадины.
3. Локтевые сгибы.
4. Запястья (зона «браслета»).
5. Паховые складки.
6. Подколенные ямки.
7. Лоб и височные области.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Необязательно обрабатывать все зоны подряд.
- Во время аппаратного воздействия необходимо следить за изменением состояния больного.
- Следует помнить, что улучшение самочувствия, появление розовой окраски кожи, ликвидация возбуждения, засыпание больного часто опережают объективное снижение температуры тела, поэтому для успокоения контрольная термометрия проводится не ранее чем через 20-30 мин. после окончания процедуры.
- При необходимости сеанс ДЭНС-терапии следует повторить.
- С невысокой лихорадкой (менее 38°C) следует бороться при беременности, фебрильных судорогах у детей, нарушениях сердечно-легочной и мозговой деятельности.

МИГРЕНЬ

Обычно односторонняя, реже двухсторонняя очень сильная пульсирующая головная боль, сопровождающаяся разнообразными симптомами.

Классическая мигрень может начаться в любом возрасте. Характерна наследственность и частое возникновение у женщин. Приступы провоцируются употреблением вина, сыра, шоколада, контрацептивов, физической нагрузкой или стрессами. Характерна триада симптомов: нарушение зрения в виде мелькающих светящихся бликов (аура мигрени), односторонняя пульсирующая головная боль, тошнота и рвота. Приступ обычно длится от 2 до 6 час. и проходит после сна.

Обычная мигрень - односторонняя или двусторонняя головная боль с тошнотой, чаще встречается у женщин. Реже может сопровождаться рвотой или зрительными расстройствами. Боль генерализованная с локализацией в височных или нижнезатылочных областях. Приступ может длиться от не-

1. Зона 2 ШП
2. Зона ПП боли (волосы раздвигать)
3. Зона ПП матки
4. Зона «перчатки» («перчатки снимаем»)

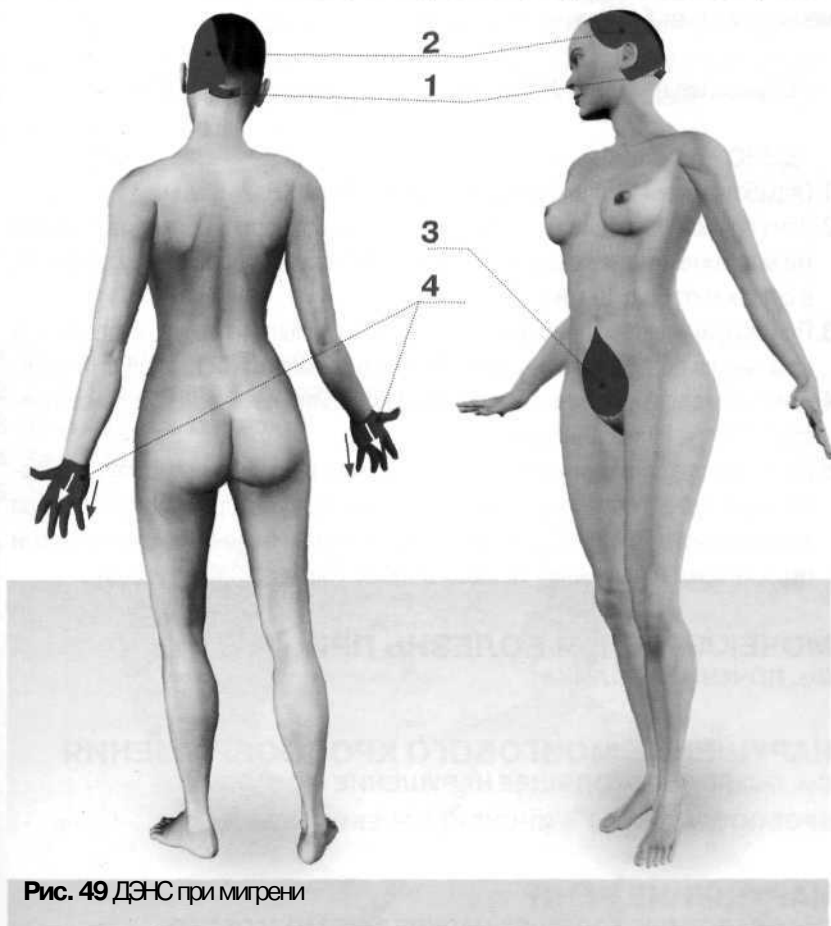


Рис. 49 ДЭНС при мигрени

скольких часов до нескольких дней. Обычно провоцируется стрессом и начинается к ночи.

Кластерная мигрень - рецидивирующая односторонняя непугльсирующая головная боль, обычно возникает ночью и локализуется в глазнице или над ней. Чаще встречается у молодых мужчин. Появляется через 2-4 час после засыпания и сопровождается заложенностью носа и слезотечением

на стороне поражения. Зрительные расстройства, тошнота и рвота наблюдаются крайне редко. Приступ длится от 20 до 60 мин. и потом проходит. Приступы головной боли наблюдаются в одно и то же время несколько ночей подряд, иногда с перерывом в несколько недель. Затем в течение нескольких месяцев или лет болезнь не беспокоит.

Основные правила ДЭНС-обезболивания - см. БОЛЬ.

ДЭНС - пособие:

1. Обработка зоны 2-го шейного позвонка; ПР при КЭ, 2-3 мин.
2. Зона прямой проекции боли; ПР при МаксЭ, обработка проводится легкими массажными движениями, раздвигая волосы, до достижения эффекта, в среднем от 5 до 10 мин.
3. При возникновении приступа в предменструальный период в рецептуру включается обработка зоны прямой проекции матки; ПР при КЭ, 5-10 мин.
4. Триггерные зоны, то есть зоны, с которых обычно начинается болевой приступ; ПР при МинЭ, 2 - 3 мин.
5. При приступе мигрени у женщин с холодными и бледными кистями рук бывает достаточно обработать зону «перчатки» с двух сторон кисти от центра к периферии в ПР при КЭ в течение 10-20 мин. или до появления розовой окраски кожи и ощущения теплоты в руках. Головная боль проходит.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИСТУП

См. ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА.

НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

См. ОСТРОЕ ПРЕХОДЯЩЕЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ и ИНСУЛЬТ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ.

НАРУШЕНИЕ РЕЧИ

См. ОСТРОЕ ПРЕХОДЯЩЕЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ и ИНСУЛЬТ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ.

НАСМОРК АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ

Аллергический ринит (АР) или насморк - воспалительный процесс слизистой оболочки носа, который проявляется заложенностью носа, слизистыми, иногда обильными выделениями из носа, чиханием, зудом в области глотки или конъюнктивы глаз, слезотечением и синуситом. Различают сезонный АР (развитие которого связано с воздействием пыльцы, трав, деревьев и пр.) и длительный АР. Последний обусловлен контактом с домашней и книжной пылью, а также шерстью животных.

1. Боковые поверхности носа
2. Зоны ПП придаточных пазух носа
3. Зона «шейное кольцо»
4. Зона 7 ШП
5. Зона ПП надпочечников

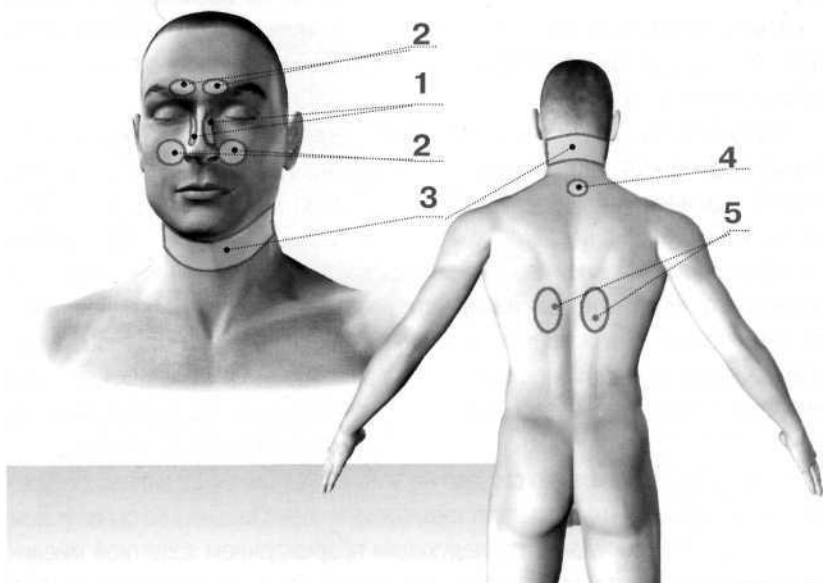


Рис. 50 ДЗНС при аллергическом насморке

Первая ДЭНС-помощь (рис. 50):

1. Устранить контакт больного с аллергеном (если он известен и если это возможно).
2. Аппаратная обработка скатов носа и зон прямой проекции придаточных пазух носа с двух сторон, в ПР при КЭ, 7-10 мин.
3. Обработка зоны шейное кольцо, в ПР при КЭ, три раза.
4. Обработка антиаллергических зон: зоны надпочечников - ПР при КЭ, 3-5 мин; зоны седьмого шейного позвонка - ПР при КЭ, 3 - 5 мин.
5. При необходимости цикл повторить.

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Невралгия тройничного нерва - хроническое заболевание, которым страдают обычно люди среднего и пожилого возраста, характеризуется приступами чаще односторонней боли в области глаза, носа, губ, челюстей, лба или волосистой части головы. Пациенты боль обычно описывают как сильную, пронзающую, пульсирующую, стреляющую. Боль обычно бывает продолжительностью 10-30 сек. и может повторяться в течение часа несколько раз. После окончания периода обострения боли могут не беспокоить человека в течение недель или нескольких месяцев, а затем приступы начинаются вновь. Только 25% пациентов достигают длительного улучшения, принимая лекарственные препараты.

У человека есть два тройничных нерва - правый и левый. Каждый тройничный нерв имеет три веточки, которые обеспечивают чувствительность верхней, средней и нижней частей нашего лица на своей половине. Правый тройничный нерв поражается чаще, чем левый, а еще реже поражаются оба нерва одновременно. Также чаще поражаются средняя и нижняя веточки тройничного нерва, которые иннервируют области верхней и нижней челюсти (нижнее веко, боковую поверхность носа, верхние и нижние губы, зубы, десна, половину языка). Изолированное поражение верхней веточки, которая иннервирует глаз, бровь, лоб и волосистую часть головы встречается очень редко.

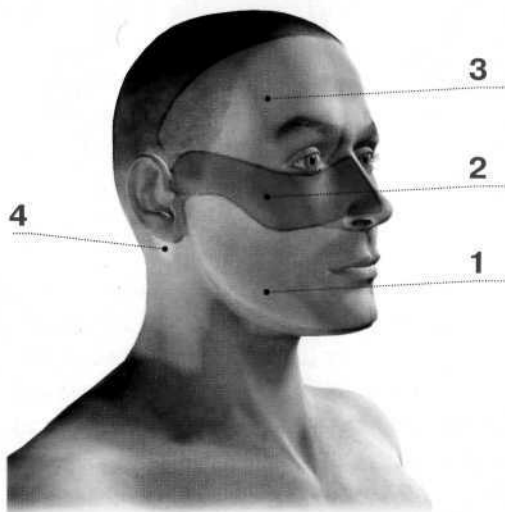
Причина заболевания до сих пор не установлена, хотя большинство специалистов считают, что невралгия тройничного нерва связана со сдавлением его кровеносным сосудом и последующим повреждением защитной миелиновой оболочки нерва. В результате этого нерв начинает передавать в мозг извращенную информацию, при которой даже легкое прикосновение к коже

лица (например, дуновение ветерка или проведение макияжа) воспринимается мозгом как грубое и болезненное. Боль в области десны или щеки может затруднять прием пищи.

Основные правила ДЭНС-обезболивания - см. БОЛЬ.

ДЭНС-пособие в период приступа невралгии тройничного нерва (рис. 51):

1. Обработка зоны прямой проекции боли; ПР при МаксЭ.
2. Если зона боли меняет свою локализацию, аппарат следует за ней до полного снятия болевого синдрома.
3. Воздействие на точку выхода ствола тройничного нерва под мочкой уха на больной стороне головы в ПР при КЭ, 10-15 мин.
4. Воздействие на точку выхода ствола тройничного нерва под мочкой уха на здоровой стороне головы в ДР при КЭ.
5. После аппаратной обработки обязательно использовать аппликации крема «Малавтилин» в зонах выхода ствола и веточек тройничного нерва.



- 1, 2, 3. Зоны возможной локализации боли
4. Зона ПП выхода ствола тройничного нерва

Рис. 51 ДЭНС при приступе тригеминальной невралгии

1. Зона ПП мочевого пузыря
2. ПКЗ
3. Зона БТ
4. Зона сегментарного кольца
5. Зона соответствия мочевого пузыря на кисти

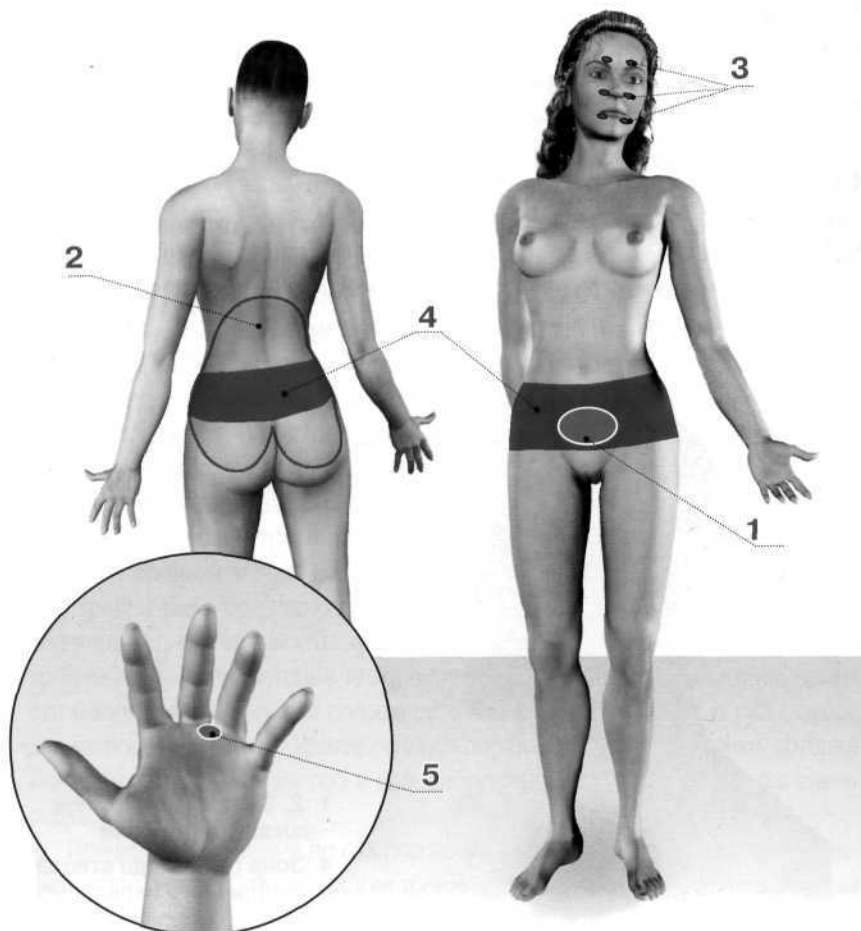


Рис. 52 ДЭНС при недержании мочи вследствие истуга

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ ИСПУГА

Острый невротический энурез или недержание мочи вследствие испуга, чаще возникает у детей раннего возраста. Для профилактики закрепления этого недуга рекомендуется начинать ДЭНС как можно раньше.

Рецептура ДЭНС (рис. 52):

1. Аппаратную обработку следует начинать сразу же по появлении эпизода недержания мочи.
2. Зоны воздействия:
 - зона прямой проекции мочевого пузыря; в ПР при КЭ или МинЭ; 3-5 мин;
 - ПКЗ; в ДР при МинЭ или КЭ;
 - Зона бТ, в ДР при МинЭ или КЭ;
3. Указанную рецептуру следует применять после каждого эпизода недержания мочи.
4. Если эпизоды недержания мочи повторяются более трех раз, то в рецептуру следует включить обработку сегментарного кольца на уровне мочевого пузыря, зоны соответствия мочевого пузыря по Су Джок.

НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Кровотечение из носа может быть результатом работы механизмов саморегуляции организма (например, при повышенном артериальном давлении), объясняется слабостью кровеносных сосудов носа, но чаще носовое кровотечение является следствием удара, простуды верхних дыхательных путей, а также сморкания.

Первая помощь

1. Пациента следует усадить удобно и наклонить голову вперед. Если больной отклонит голову назад, то для остановки кровотечения это значения не имеет, а кровь будет стекать в горло, что может привести к рвоте и отсутствию контроля над обильностью кровопотери.
2. Пациент должен зажать нос пальцами ниже переносицы и держать их так в течение 10 мин. В это время он должен дышать ртом, не сморкаться, не разговаривать и не делать глотательных движений, так как это мешает образованию кровяного сгустка.

3. ДЭНС-пособие:

- обработать зону бТ в ДР при КЭ, при обнаружении триггеров использовать ПР;
- обработать боковые скаты носа в ПР при КЭ, по 1-2 мин. на установку;
- для закрепления эффекта трижды обработать зону сегментарного кольца на уровне печени и селезенки в ПР при КЭ и зону «табакерки» в ПР при КЭ по 1 мин;
- если кровотечение не прекратится - повторите цикл обработки.

После остановки кровотечения проведите туалет лица пациента ваткой, смоченной в теплой воде, и попросите его не сморкаться и спокойно посидеть в течение хотя бы ближайшего часа для предотвращения возможного разрушения образовавшегося кровяного сгустка.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Если кровь, вытекающая из носа, имеет водянистый характер и желтовато-красный цвет, немедленно обратитесь к врачу, потому что это может быть симптомом перелома основания черепа при травмах головы и лица.
- Длительные носовые кровотечения опасны тем, что они могут вызывать значительную потерю крови и состояния ШОКА у пациента. Поэтому, если носовое кровотечение не удастся остановить в течение 30 мин., немедленно обратитесь за медицинской помощью к врачу-отоларингологу или в ближайший травматологический пункт. Во время транспортировки пациент должен находиться в указанной позе, ДЭНС не прекращать.

Также см. КРОВОТЕЧЕНИЕ.

ОБМОРОЖЕНИЕ

См. ОТМОРОЖЕНИЕ.

ОБМОРОК

Обычно обморок начинается с того, что у пациента появляется нарушение зрения, шум в ушах, потливость. Однако обморок может наступить очень быстро и без ауры (предвестников). В этом случае появляется общая слабость (упадок сил с чувством неминуемой потери сознания), к которой затем добавляется потеря мышечного тонуса, человек падает и при полной неспособности к поднятию теряет сознание.

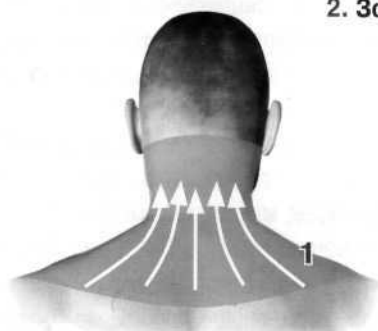
Обморок развивается вследствие резкого уменьшения кровоснабжения

мозга. Причинами обморока могут быть сильная боль, испуг, выраженный эмоциональный стресс, голодание или длительная вегетарианская диета, продолжительные периоды неподвижности в горизонтальном положении, жара и духота.

А

1. ШВЗ

2. Зона «браслет»



Б



1. Зоны реанимации на лице

2. Зона «перчатки» («перчатки одеваем»)

3. Зона «табакерка»

4. Зона «полубраслет»

Рис. 53 ДЭНС при обмороке А – сознание сохранено; Б – при потере сознания

Рецептура ДЭНС (рис. 53):

А. При появлении предвестников и сохраненном сознании:

1. Зона ШВЗ в ПР при МаксЭ снизу вверх до исчезновения жалобы.
2. Зона «браслет» в ПР при КЭ 3 мин.

Б. При потере сознания:

1. Зоны реанимации на лице в ПР на МаксЭ по 15-30 сек. на каждой. Часто эффект достигается от аппаратной обработки одной зоны под носом.
2. Когда человек пришел в сознание, возможны следующие варианты:
 - жалоб нет и теплые розовые кисти рук - пусть пациент полежит 15 мин. и отправить его к врачу;
 - жалоб нет и холодные бледные кисти рук - надеваем «перчатки» в ПР при КЭ до ощущения у пациента тепла и появления розовой окраски кистей.
 - беспокоит слабость и головокружение - обработать пациенту зону «табакерка» или зону «полубраслет» в ПР на КЭ от 1 до 5 мин;
 - при определении у пациента низкого АД можно добавить зону ШВЗ снизу вверх.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

В случае обморочных состояний рекомендуется:

- в период предвестников усадить больного с опущенной к коленям головой;
- при потере сознания пациента нужно уложить в горизонтальное положение так, чтобы его ноги находились выше головы;
- обеспечить приток свежего воздуха;
- если пациент после ДЭНС-пособия не пришел в сознание через несколько минут, оценить его состояние, при необходимости провести реанимацию (см. «Азбука реанимации»), затем уложить в позу на боку и вызвать скорую помощь. До прибытия бригады следить за пульсом и дыханием больного.

ОЖОГИ

Ожогом называется повреждение тканей, вызванное действием высокой температуры, химических веществ, излучений и электротока. Наиболее часто встречаются термические ожоги, причинами которых являются сухой жар (огонь, солнечные лучи), масло или жир (при приготовлении пищи), горячая вода, кипяток и пар. В настоящее время ожоги в основном подразделяют не по степени тяжести, а по вероятности самовосстановления тканей: на поверхностные - когда остается достаточно тканей для восстановления терми-

ческого дефекта, и глубокие, когда необходима пересадка кожи.

При поверхностных ожогах появляется боль, покраснение кожи и незначительный отек. В последствии в ряде случаев образуется волдырь, а иногда кожа белеет и отшелушивается. При более сильных ожогах кожа отслаивается, образуются мокнущие раны. Тяжелые ожоги могут привести к шоку, а также к смерти из-за потери жидкости и белка из раневых поверхностей или из-за присоединяющейся инфекции.

Первая помощь:

1. При слабых ожогах обрабатываем зону прямой проекции жалобы, то есть зону гиперемии и болезненности. В зависимости от площади пораженной поверхности, электроды аппарата устанавливаются или переставляются от центра к периферии. Используется ПР при КЭ или МаксЭ, до эффекта или примерно в течение 20 мин.
2. При наличии волдырей или отслоившейся кожи следует предварительно обработать электроды аппарата перекисью водорода и спиртосодержащей жидкостью. Рядом с тканевым дефектом аппаратное воздействие проводится в ПР при КЭ. В области тканевого дефекта существует два способа ДЭНС. Первый способ может осуществляться только аппаратом ЭСИ-032-1 «Протон» и называется бесконтактным (воздушный коридор), когда электроды аппарата, работающего в ПР, медленно переставляют над пораженным участком на расстоянии 3-5 мм от его поверхности. Второй способ доступен для всех аппаратов семейства ДЭНАС. Он заключается в том, что контакт электродов в области дефекта с тканями должен быть таким минимальным, чтобы только обеспечить включение ПР аппаратов. При любом способе используется МинЭ. Направление движения в области дефекта от периферии к центру.
3. Кроме того, таких больных для профилактики шока следует обязательно поить чаем и кофе, а также щелочными минеральными водами (500-2000 мл) или питьем, приготовленным по следующей прописи: в 1 л кипяченой воды или в 1л теплого чая разводят чайную ложку поваренной соли и 2/3 чайной ложки питьевой соды.
4. Тяжелые ожоги с клинической картиной шока - см. ДЭНС-РЕАНИМАЦИЯ И ШОК.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Перед тем, как оказывать помощь, убедитесь, что вам не угрожает опасность.
- Чем раньше мы применим аппарат, тем лучше будет терапевтический эффект и тем минимальнее окажутся последствия термической травмы.
- Электроды аппарата по коже нельзя передвигать, только переставлять.
- При ожогах на одном из парных органов, симметричную ожогу зону на здоровом органе следует обработать в ДР при КЭ.
- При химическом ожоге предварительно следует промыть участок поражения чистой проточной водой в течение не менее 10 мин.
- Никогда не накладывайте при ожоге пластырь, не наносите кремы, лосьоны, масло и т.п.
- Никогда не прокалывайте волдыри и не пытайтесь убрать из раны прилипшие частички.
- Пораженного всегда полезно напоить теплым чаем, кофе, щелочной водой.
- Тяжелые и глубокие ожоги всегда лечатся у врача.

ОЖОГ ГЛАЗ ХИМИЧЕСКИЙ

Химический ожог глаз обычно встречается только в производственных условиях. Однако и в домашних условиях некоторые бытовые химикаты, такие как уксусная эссенция, освежители воздуха, репелленты, удобрения и пр., также способны вызвать ожог. Химические ожоги глаз иногда приводят к тяжелым последствиям вплоть до слепоты, поэтому необходима немедленная медицинская помощь.

Первая помощь:

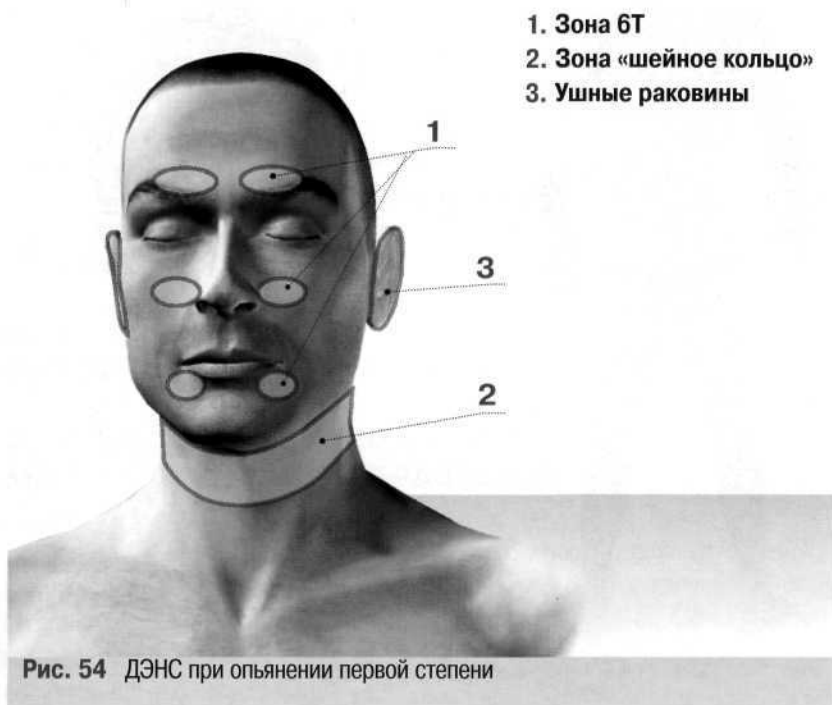
- 1, Промойте глаза большим количеством проточной воды (кроме случаев ожога негашеной известью). Это надо делать осторожно. Если глаза больного плотно зажмурены от боли, их необходимо открыть своими пальцами.
2. Аппаратом ДЭНС обрабатываем зону прямой проекции глаз на закрытых веках при ПР и КЭ. Первый сеанс длится 40 мин., повторный сеанс проводится через 2 часа, его продолжительность составляет 30 мин.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Несмотря на то, что полный положительный эффект достигается у 85-95 % пациентов, пострадавшего для проверки зрения необходимо показать окулисту.

ОПЬЯНЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЕ

При отравлении алкоголем (опьянение, интоксикация) условно можно выделить три стадии (фазы). При увеличении степени отравления и соответственно концентрации алкоголя в крови, при проведении ДЭНС увеличивается количество зон и времени воздействия.



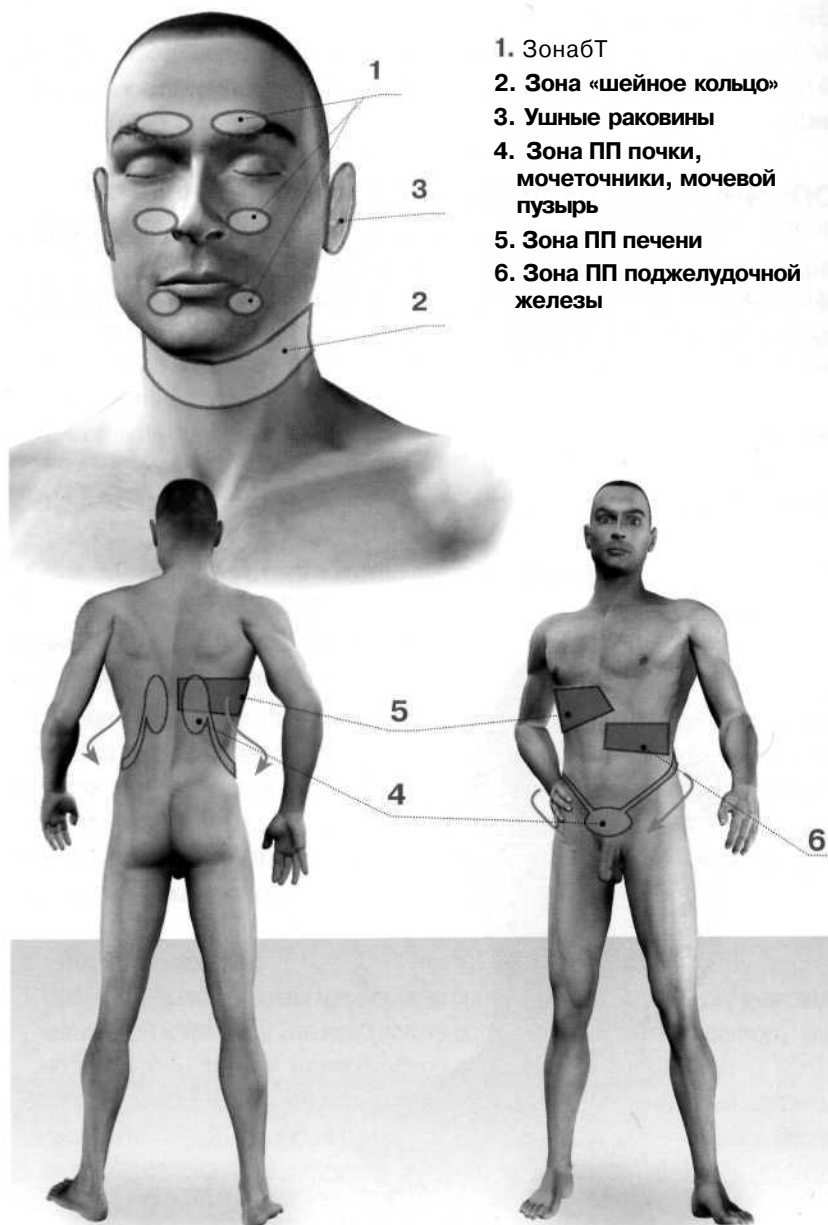


Рис. 55 ДЭНС при опьянении второй степени

Методика ДЭНС:

1. При первой степени (пациент возбужден, активен, весел, поет и шутит) аппаратной обработке подлежат следующие зоны: БТ, язык, ШК, ушные раковины (рис. 54). Используется ПР при КЭ. Время воздействия около 30 мин.
2. При второй степени, которая может проявляться головокружением, тошнотой, рвотой, затем появляются заторможенность, замедленные и несуразные ответы, упорный взгляд в одну и ту же точку, зевание и непреодолимое желание спать, проводим аппаратное воздействие на указанные выше зоны. После этого в ПР при КЭ по 10-15 мин. на зону обрабатываем прямые проекции мочеиспускательных органов (от почки до мочевого пузыря, сверху со спины через бок вниз к мочевому пузырю с двух сторон), печени, поджелудочной железы (рис. 55).
3. При третьей степени, что называется «напился до изумления», «лыка не вяжет», «вырубился» - пациент теряет сознание, лицо его становится влажным и красным, появляется тяжелое дыхание, наблюдается напряженный и учащенный пульс на запястьях. Затем дыхание становится поверхностным, пульс прощупывается плохо, хотя и остается частым, лицо становится одутловатым, глаза наливаются кровью, зрачки расширяются. В такой ситуации следует обеспечить проходимость дыхательных путей пострадавшего и уложить его на бок (см. ПОЛОЖЕНИЕ НА БОКУ на стр. 35). ДЭНС-помощь начинаем проводить с обработки зон реанимации на лице в ПР при МаксЭ до эффекта. Последний не заставляет себя ждать. Больной широко открывает глаза, вздрагивает и может размахивать руками. Берегите свое лицо! После того, как пациент пришел в сознание, с целью дальнейшего отрезвления проводим ДЭНС по схеме при второй степени опьянения.

ОСТЕОХОНДРОЗ

См. БОЛЬ В СПИНЕ.

ОСТРОЕ ПРЕХОДЯЩЕЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Острое преходящее нарушение мозгового кровообращения (ОПНМК), или транзиторная ишемическая атака, проявляется очаговыми неврологическими симптомами, которые полностью исчезают в течение 24 час. Может наблюдаться в любом возрасте, в том числе у детей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ОПНМК связано с временным нарушением кровообращения в какой-либо части головного мозга, обычно вследствие частичной закупорки артерий при атеросклерозе, тромбозе или эмболии. Симптомы ОПНМК появляются внезапно и чаще сохраняются в течение от трех минут до двух часов. К признакам ОПНМК относятся чувство дурноты, головокружение, мышечная слабость, онемение или покалывание в конечностях, невнятная речь или потеря способности говорить, расстройства зрения, спутанность сознания. Во время приступа ОПНМК, в отличие от инсульта, больной всегда остается в сознании.

Неотложное ДЭНС-пособие - см. ИНСУЛЬТ.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Больному, у которого наблюдаются приступы ОПНМК, следует обязательно обратиться к врачу для исключения таких заболеваний, как гипертония, сахарный диабет, атеросклероз, болезни сердца.

ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

См. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНЫХ ТКАНЕЙ ОСТРЫЕ

ОТМОРОЖЕНИЕ

Отморожение - это локальная холодовая травма, то есть повреждение тканей под воздействием холода. Обычно различают ознобление или обморожение мочек ушей, лица, пальцев рук и ног и т.д. И более тяжелую степень - отморожение, например, стопы, когда в процесс вовлекаются более крупные кровеносные сосуды.

В первый период отморожения кожа в зоне поражения становится холодной на ощупь, белой, немеет, полностью теряется ощущение холода, давления и растирания. Второй период начинается с началом согревания. Кожа становится красной и теплой на ощупь, появляется отек тканей (припухлость), возникает чувство жжения, покалывания, боль. При тяжелых случаях, когда появляются пузыри, омертвление ткани, озноб, повышение температуры тела, кроме ранней ДЭНС рекомендуется обязательное лечение в стационаре.

Первая помощь:

1. Пострадавшего срочно перевести в теплое помещение.
2. Снять промерзшую обувь, носки, перчатки.

3. ДЭНС-пособие. Обрабатываем зону прямой проекции жалобы. В зависимости от площади пораженной поверхности, электроды аппарата устанавливаются или переставляются от центра к периферии отмороженного участка. Используется ПР при КЭ или МаксЭ, до эффекта или примерно в течение 20 мин. В тяжелых случаях при отморожении рук подключается аппаратная обработка ШВЗ, при отморожении ног - ПКЗ; ДР при КЭ или МинЭ с обработкой ТЗ.
4. По возможности дать горячее питье и уложить в теплую постель, обратиться за врачебной помощью.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Чем раньше мы применим аппарат, тем лучше будет терапевтический эффект и тем минимальнее окажутся последствия отморожения.

Отмороженные участки тела нельзя массировать и растирать, особенно снегом, так как это усиливает охлаждение тканей, а льдинки ранят кожу, что может привести к инфицированию.

ПАНАРИЦИЙ

Это различные виды гнойного воспаления пальцев. Чаще возникает на ладонной поверхности пальцев рук при царапинах, заусенцах и пр. Воспаление околоногтевого валика называется паронихием. Клинические симптомы: боль, припухлость, краснота, повышение температуры, нарушение функции конечности.

ДЭНС-терапия - см. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНЫХ ТКАНЕЙ ОСТРЫЕ

ПАНКРЕАТИТ ОСТРЫЙ

Острый панкреатит - воспаление поджелудочной железы. Наиболее частыми его причинами являются алкоголизация, желчнокаменная болезнь, травма живота, инфекционные болезни (эпидемический паротит, вирусный гепатит, глисты), прием некоторых медикаментов (сульфаниламиды, фуросемид, тетрациклины) и пр.

Острый панкреатит клинически проявляется постоянной сверлящей болью в середине подложечной области, которая может быть опоясывающей, а может отдавать в спину. Боль в животе обычно усиливается при повороте пациента на живот, а выраженность ее колеблется от незначительной степени до шокового состояния. Другими симптомами являются тошнота, рвота и нарушения стула.

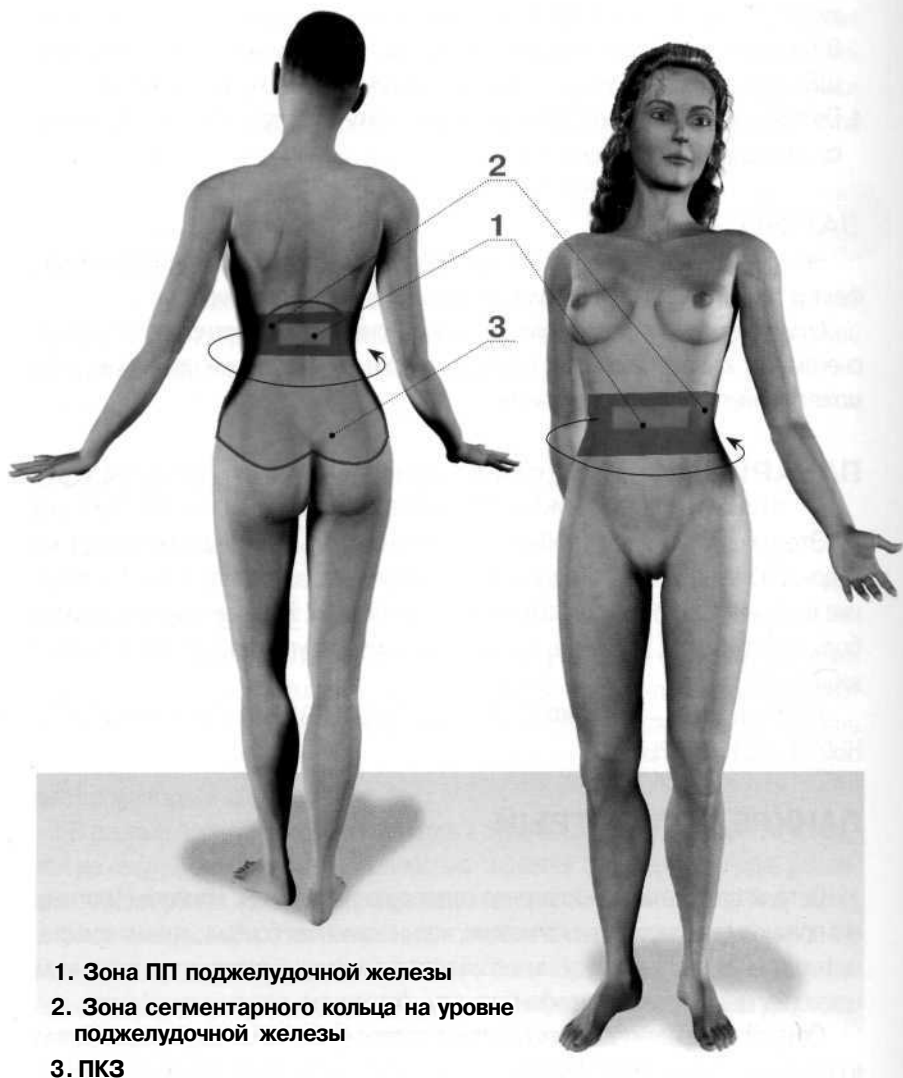


Рис. 56 ДЭНС при приступе панкреатита

Неотложная помощь (рис. 56):

Основные положения ухода за больным - холод, голод и покой - до сих пор не потеряли своей актуальности.

Методика ДЭНС

1. Зона прямой проекции болевых ощущений и зоны прямой проекции поджелудочной железы: передней и задней; в ПР при КЭ переставляем или перемещаем аппарат до существенного уменьшения или ликвидации жалобы.
2. Зона сегментарного кольца на уровне проекции поджелудочной железы; в ПР при КЭ (правило «ладони»).
3. Зона ЗД в ДР при МинЭ или КЭ с обработкой обнаруженных триггеров в ПР.
4. ПКЗ в ПР при КЭ, 5 мин.
5. За один сеанс обрабатываем не более 3 - 4 зон.
6. В первые два дня можно проводить сеансы ДЭНС-терапии несколько раз в день до стойкой стабилизации состояния, а затем 1 раз в день в течение не менее 3-х дней.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

При появлении у пациента с панкреатитом неукротимой рвоты, профузного поноса, обморочного состояния, холодного липкого пота, одышки и повышения температуры тела - следует срочно вызвать бригаду скорой помощи.

ПАРАЛИЧ

См. ИНСУЛЬТ

ПЕРЕГРЕВАНИЕ И ТЕПЛОВОЙ УДАР

Перегревание организма и тепловой удар являются результатом срыва адаптационных механизмов, когда мозг (гипоталамус) теряет способность правильно регулировать температуру тела.

Перегревание развивается постепенно и наступает у людей, которые длительное время подвергаются воздействию высоких температур окружающей среды. Чаще всего перегреванию подвержены дети, находящиеся длительное время на солнце без головного убора. Перегревание может наступать у лиц, работающих в горячих цехах или занимающихся интенсивным физическим трудом в условиях непривычной жары.

Клиническая картина перегревания часто бывает похожа на симптоматику

шока (см. ШОК). Предобморочное состояние у пациента сопровождается холодной и липкой кожей, температура тела при этом может быть нормальной или повышенной, дыхание частое и неглубокое, пульс - быстрый и слабый. Вследствие потери соли при обильном потоотделении пострадавший иногда может жаловаться на болезненные мышечные спазмы. В тяжелых случаях наступает потеря сознания.

Первая ДЭНС-помощь при перегревании проводится по методике указанной в разделе ОБМОРОК или ШОК.

Другие мероприятия, которые необходимо выполнить оператору: перенести пострадавшего в тень или другое прохладное место; уложить пациента на спину и приподнять его ноги; дать ему выпить достаточное количество слегка подсоленной кипяченой воды (одна чайная ложка соли на литр воды).

Тепловой удар развивается обычно всего за несколько минут и всегда приводит к потере сознания. В редких случаях можно наблюдать предвестники теплового удара - больной жалуется на плохое или необычное самочувствие, головокружение, головную боль, на путаницу мыслей. Затем кожа больного краснеет, становится сухой и горячей, пульс становится ускоренным и больной теряет сознание.

Первая ДЭНС-помощь при тепловом ударе с потерей сознания проводится по методике, указанной в разделе ОБМОРОК, а после того, как больной пришел в себя, по методике ЛИХОРАДКА.

Первая ДЭНС-помощь при тепловом ударе без потери сознания проводится по методике, указанной в разделе ЛИХОРАДКА.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- В любом случае, при тепловом ударе следует перенести пациента в прохладное место, раздеть его до нижнего белья и вызвать скорую помощь.
- Одновременно или после проведенного ДЭНС-пособия можно обернуть пострадавшего мокрой простыней и периодически смачивать ее, обдувая пациента вентилятором, пока температура тела не снизится до 38°C.
- Когда температура тела снизится до безопасного уровня, нужно заменить мокрую простыню сухой.
- До приезда скорой помощи следует контролировать температуру тела. В случае нового повышения - повторите сеанс ДЭНС для ее снижения.

ПЕРЕДОЗ

Передоз (передозировка) - острое отравление, наступающее от случайного или с целью суицида введения больших доз наркотических веществ. После внутривенного введения наступает немедленно. При приеме внутрь срок наступления различный. Проявляется сужением зрачков, поверхностным дыханием, редким пульсом, пониженной температурой тела, затем наступает потеря сознания и кома.

Аппаратом обработать зоны реанимации на лице в ПР при МаксЭ (см. *РЕАНИМАЦИЯ на стр. 25*).

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ

В среднем в скелете взрослого человека имеется около 206 костей, которые являются опорой, поддерживают и несут на себе все остальные системы человеческих органов, благодаря этому мы живем и двигаемся (костяк, опорно-двигательная система).

Любая кость специально устроена и является живой частью тела. Для того, чтобы сломать кость, необходимо значительное механическое усилие. Тем не менее, при интенсивном росте организма, а также при некоторых заболеваниях и при дефиците кальция, фосфора, аскорбиновой кислоты и пр., особенно у детей и пожилых людей кости могут быть хрупкими. Так как кости имеют нервную регуляцию и кровоснабжение, то при нарушении их целостности пациент испытывает резкую боль, а в области перелома появляется отек мягких тканей и кровоизлияние (синяк). Часто конечность в результате перелома принимает неестественную форму.

Переломы костей бывают закрытыми, когда целостность кожи сохранена; открытыми, когда сломанная кость разрывает кожу, или в месте перелома имеется рана. При оскольчатом переломе кость разламывается с образованием нескольких отломков; перелом по типу «зеленой веточки» характерен для детей и характеризуется неполным переломом кости или трещиной, которую видно на рентгеновском снимке. Патологические переломы наблюдаются в пожилом возрасте и при ряде заболеваний, ослабляющих структуру костей.

Первая медицинская помощь:

А. Общие положения:

1. При любом травматическом воздействии, которое заканчивается появлением нестерпимой резкой боли, побледнением пострадавшего, неспособностью его к соображению и передвижению, следует подозревать перелом костей.



1. Шины из подручного материала (доски, палки, лыжи)
2. Мягкая прокладка из материала
3. Перевязи

Рис. 57 Фиксация сломанной ноги шинами



1. Толстая, мягкая прокладка
2. Перевязи

Рис. 58 Фиксация сломанной ноги к здоровой ноге

2. Во всех случаях при подозрении на перелом (за исключением перелома костей мелких косточек рук) желательно не двигать больного, особенно, если имеются основания для предположения о переломе позвоночника.
3. Для оказания первой помощи, ДЭНС-посobie следует применять сразу же после наступления травмы, используя ПР при МаксЭ. Это обеспечит быстрый аналгетический, а соответственно, и противошоковый эффекты, предупредит развитие выраженных кровоизлияний и отека тканей.
4. При подозрении на перелом аппарат ДЭНС-терапии по коже в прямой проекции жалобы только переставляют, но никогда не передвигают из-за опасности сместить обломки костей при возможном оскольчатом переломе.
5. Сломанным конечностям желательно обеспечить неподвижность и покой. Сломанную руку всегда следует осторожно зафиксировать относительно тела с помощью перевязи (см. КОСЫНОЧНЫЕ ПОВЯЗКИ). Сломанную ногу лучше положить между двумя подушками или валиками из свернутой одежды. И только если помощь задерживается или ее ждать неоткуда, сломанную ногу следует осторожно прибинтовать к шинам (если они имеются) или к здоровой ноге (рис. 57 и 58). При исполнении этого действия следует перемещать конечность, держа ее в своих руках выше и ниже места предполагаемого перелома.
6. Согрeйте пострадавшего, но не давайте ему ни питья, ни еды, потому что ему может потребоваться наркоз при поступлении в больницу.
7. При ожидании врачебной помощи разговаривайте с пострадавшим, успокаивайте его и следите за его состоянием, так как всегда может развиться ШОК.

Б. Неотложное ДЭНС-посobie:

1. При нарушении сознания ДЭНС начинаем с проведения одного цикла стимуляции реанимационных зон на лице (см. РЕАНИМАЦИЯ).
2. При закрытых переломах аппарат переставляем в зоне прямой проекции предполагаемого перелома (боль, отек и пр.).
3. При открытых переломах аппарат переставляем от периферических участков тела в направлении раны. После обработки электродов аппарата спиртом можно оказывать воздействие непосредственно вокруг раны либо бесконтактным способом.
4. Сеанс продолжается до приезда бригады скорой помощи;
5. При самостоятельной транспортировке в травматологический пункт своим ходом следует зафиксировать конечность подручными материалами с условием возможности продолжения аппаратной обработки в зоне прямой проекции до приезда по назначению.

В. После ликвидации признаков болевого шока и купирования острой боли, после оказания первой врачебной помощи и наложения гипсовой повязки, лонгеты, аппарата скелетного вытяжения используется следующая **рецептура ДЭНС**.

1. При закрытых переломах проводим аппаратную обработку в зонах:
 - симметричных участку перелома на здоровой конечности; ДР при КЭ или МинЭ;
 - ниже и выше гипсовой повязки; ПР при КЭ, 10-15 мин;
 - при переломах костей верхних конечностей обрабатываем зону ШК и ШВЗ с учетом артериального давления;
 - при переломах костей нижних конечностей воздействуем на ПКЗ;
 - обрабатываем зоны ЗД и БТ; ДР при МинЭ или КЭ, проводим поиск зон асимметрии с последующей их обработкой в ПР.
2. При открытых переломах конечностей обрабатываем:
 - зоны, симметричные участку перелома на здоровой конечности; ДР при МинЭ или КЭ;
 - зону непосредственно вокруг перелома, в проекции раны; ДР, затем ПР при КЭ, 10-15 мин;
 - зону ШК или ПКЗ;
 - зоны ЗД и БТ
3. Средняя продолжительность сеанса - 20-40 мин. с учетом достижения критериев достаточности. Периодичность сеансов в первые несколько суток зависит от выраженности болевого синдрома, степени тяжести перелома, но не должна быть реже, чем один сеанс через 1,5-2 час. с перерывом на сон. Продолжительность курсового воздействия определяется индивидуально.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- При фиксации конечностей никогда не задевайте места перелома!
- Никогда не пытайтесь выпрямить сломанную и/или деформированную конечность!
- После оказания ДЭНС-пособия пострадавшему **обязательно необходимо** консультация врача-травматолога и рентгенологическое исследование, так как наступит выраженное облегчение состояния пациента, и тяжесть клиники может не соответствовать тяжести имеющихся повреждений.

ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНКОВ

Перелом позвонков (обыденно - позвоночника) - следствие травмы при избыточном сгибании позвоночника или падении на выпрямленные ноги. Это очень опасное для жизни повреждение, угрожающее полным или частичным разрывом спинного мозга. Перелом позвонков проявляется сильной болью в спине, потерей двигательной способности и исчезновением чувствительности в разных частях тела (временный или постоянный паралич), в зависимости от того, где был травмирован позвоночник.

Неотложная помощь:

1. Убедитесь, что вам не грозит опасность.
2. Вызовите бригаду скорой помощи.
3. Если пострадавший без сознания, проведите РЕАНИМАЦИЮ.
4. Если пострадавший в сознании, осторожно поддерживайте своими руками в области боковой части голову пациента, а тело обложите плотными свертками тряпок, одежды, одеял, полотенец и пр., которые снаружи обкладываются более твердыми предметами (камнями, тяжелыми сумками).
- б. ДЭНС-пособие в связи с нежелательностью лишнего передвижения пациента следует проводить в ПР при МаксЭ в зоне микросоответствия позвоночника на кистях рук. При ознобе, слабости и бледности в рецептуру следует включить обработку зоны перчаток и запястий пациента (браслет).
6. Если пострадавшему угрожает опасность и/или его необходимо срочно перенести, то любое перемещение следует делать таким образом, чтобы несколько человек поддерживали голову, шею, плечи, талию и ноги так, чтобы указанные части тела при укладывании на твердые носилки или широкую доску, не смещались относительно друг друга и были на одной **линии** (рис. 1 на стр. 11).

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- При любой травме спины, особенно если механизм ее неизвестен, всегда следует действовать как при переломе позвонков.
- При подозрении на перелом позвоночника следует как можно скорее организовать транспортировку пострадавшего в больницу.

ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ

См. ГИПОТЕРМИЯ.

ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА

См. ГИПЕРТЕРМИЯ.

ПОНОС

Понос или диарея - это термины, которые употребляют для обозначения разжиженного или водянистого кала.

Понос зачастую начинается неожиданно у здоровых людей и может являться проявлением инфекционных заболеваний (вирусных, бактериальных или глистно-паразитарных). В этом случае он нередко сопровождается подъемом температуры тела, головной болью, тошнотой, рвотой и жаждой. Большой инфекционным поносом является заразным для окружающих людей.

При подозрении на кишечную инфекцию следует соблюдать мероприятия по собственной безопасности, которые заключаются в частом мытье рук с мылом, обеззараживании каким-нибудь дезинфекционным средством выделений больного (например, хлоркой), ограничении его контактов со здоровыми людьми.

Другим обязательным условием является обращение за квалифицированной медицинской помощью.

В период от начала заболевания и до консультации врача любой человек, имеющий ДЭНАС, может и должен оказать первую медицинскую помощь. После консультации, в случае, если понос еще не прошел, ДЭНС-терапия сопровождает лечение, назначенное врачом.

Первая медицинская помощь при поносах заключается в следующем.

1. Обильное дробное питье частыми небольшими порциями (от 1 ст. ложки до 50 мл с интервалами в 15 мин). Простейший раствор для восполнения потерь жидкости и электролитов приготавливается следующим образом: в одну чистую бутылку 0,7 л наливается теплая кипяченая вода, в которой затем растворяются 3 столовых ложки сахара и одна чайная ложка поваренной соли. Если есть возможность, то следует применять водные растворы «Регидрон», «Энтеродез» или «Натуральной Карловарской минеральной соли» (порошки для приготовления этих растворов можно заранее приоб-

рести в аптеке). В виде дополнительного питья используется зеленый чай, отвары вяжущих трав.

2. **ДЭНС-терапия** в таких случаях проводится после каждого эпизода разжиженного или жидкого стула до стабилизации состояния. Обычно для этого достаточно от 5 до 7 сеансов.

1. Обработка кожи передней брюшной стенки

2. Зона ПП печени

3. Зона ЗД

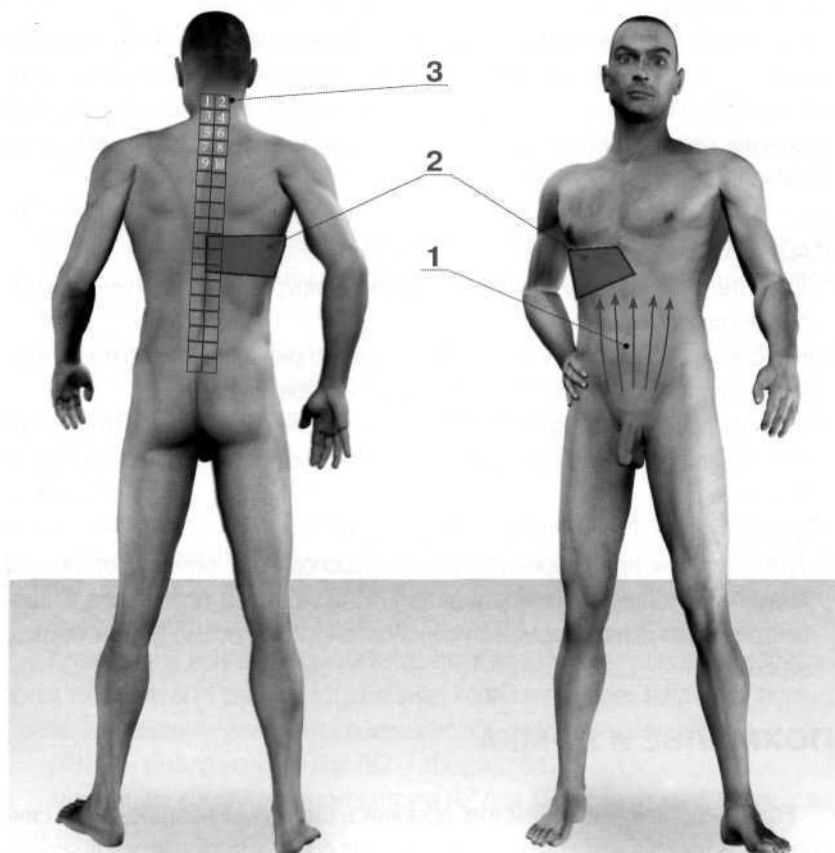


Рис. 59 ДЭНС при поносах

ДЭНС-воздействие проводится в ПР при КЭ. Мы приводим простейшую рецептуру. В начале сеанса в течение 10-25 мин. проводится обработка кожи передней брюшной стенки, от лона до мечевидного отростка, снизу вверх. После чего стимуляция осуществляется в зоне прямой проекции печени - 5-15 мин. (рис. 59).

Кроме инфекционных причин бывают и другие источники поноса.

Функциональные диареи. Появление жидкого стула четко связано с сильными эмоциональными переживаниями или диетическими погрешностями. В этих случаях аппаратная обработка проводится по приведенной выше схеме, плюс - «три дорожки» в ДР. После каждого эпизода жидкого стула, до эффекта.

Обострение хронического заболевания пищеварительной системы, известного уже пациенту (например, хронический колит и/или энтерит, гастрит, панкреатит и пр.). В таких случаях после купирования поноса по указанной схеме ДЭНС-терапия проводится курсом (курсами) в комплексе лечебных мероприятий.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

1. Обязательные поводы для консультации у хирурга, инфекциониста и гастроэнтеролога:
 - Понос, сопровождающийся острой, резкой, непривычной болью в животе.
 - Понос, сопровождающийся повышением температуры тела.
 - Понос, сопровождающийся появлением выраженной сухости во рту, сухого обложенного налетом языка, сухой, дряблой кожи, отсутствием мочеиспускания.
 - Примесь слизи, крови, гноя в испражнениях.
2. ДЭНС-терапия при диарее не заменяет восполнение объема потерянной жидкости (особенно значимо у детей), а также прием препаратов - сорбентов и препаратов, нормализующих кишечную микрофлору (пробиотики, эубиотики).

ПОХМЕЛЬЕ И ЛОМКА

Если у вас или ваших близких появились симптомы абстинентного синдрома - похмелья или ломки, то это говорит о том, что развилось привыкание организма к алкоголю или наркотикам (соответственно). Зависимость эта проявляется тем, что при снижении или отказе от опьяняющей дозы человек

начинает себя плохо чувствовать (собственно абстинентный синдром) и организм требует для улучшения самочувствия и повышения работоспособности и интереса к жизни принять еще стаканчик любой алкогольсодержащей жидкости или дозу наркотика.

Проведение первой неотложной медицинской помощи мы покажем на примере устранения похмелья. Условно течение алкогольной абстиненции можно разделить на несколько клинических вариантов.

Первый клинический вариант.

Проявляется вегетативными расстройствами, такими как потливость, гиперемия кожи, учащение пульса и дыхания, повышение АД и температуры тела, тремор (дрожание) пальцев и кистей рук, тошнота, головная боль, рвота. Сопровождается тревожностью, бессонницей, кошмарными сновидениями.

ДЭНС - программа «ПОХЛЮ - I» (рис. 60):

Аппаратная обработка проводится в ПР при КЭ в следующей последовательности:

1. Начинаем с обработки ушных раковин, по 10 мин. на каждую.
2. Далее обрабатываем межлопаточную зону в области верхней трети лопаток, по 5 мин. с каждой стороны позвоночника;
3. Обрабатываем зону под нижним краем ключицы у наружного ее конца (у плеча), по 5 мин. с каждой стороны.
4. Обрабатываем зону прямой проекции почек, по 10 мин. с каждой стороны, затем зону прямой проекции мочеточников и мочевого пузыря сверху вниз.
5. Обрабатываем зону прямой проекции печени - 10 мин.
6. И заканчиваем сеанс обработкой зоны ЗД в ПР при МинЭ. Сверху вниз лабильно трехкратно.

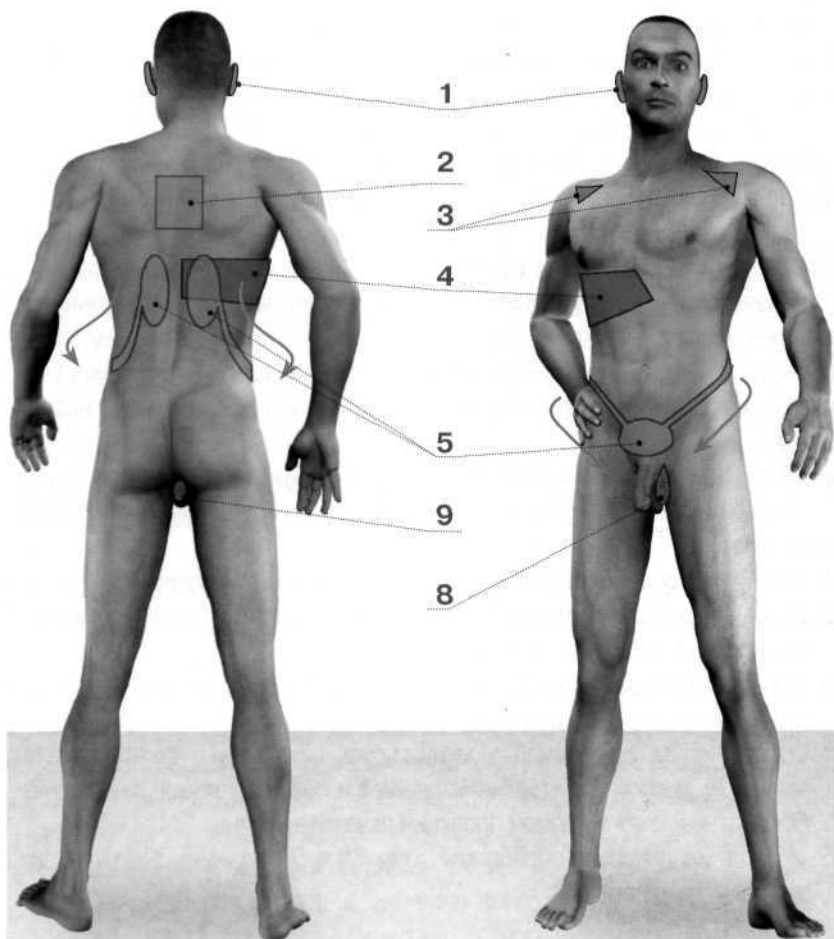
Второй клинический вариант.

К указанной при первом клиническом варианте симптоматике добавляются мозжечковые расстройства в виде горизонтального нистагма, общего тремора. Сознание у пациента сохранено. Он просит на опохмелку.

ДЭНС - программа «ПОХЛЮ - II» (рис 61):

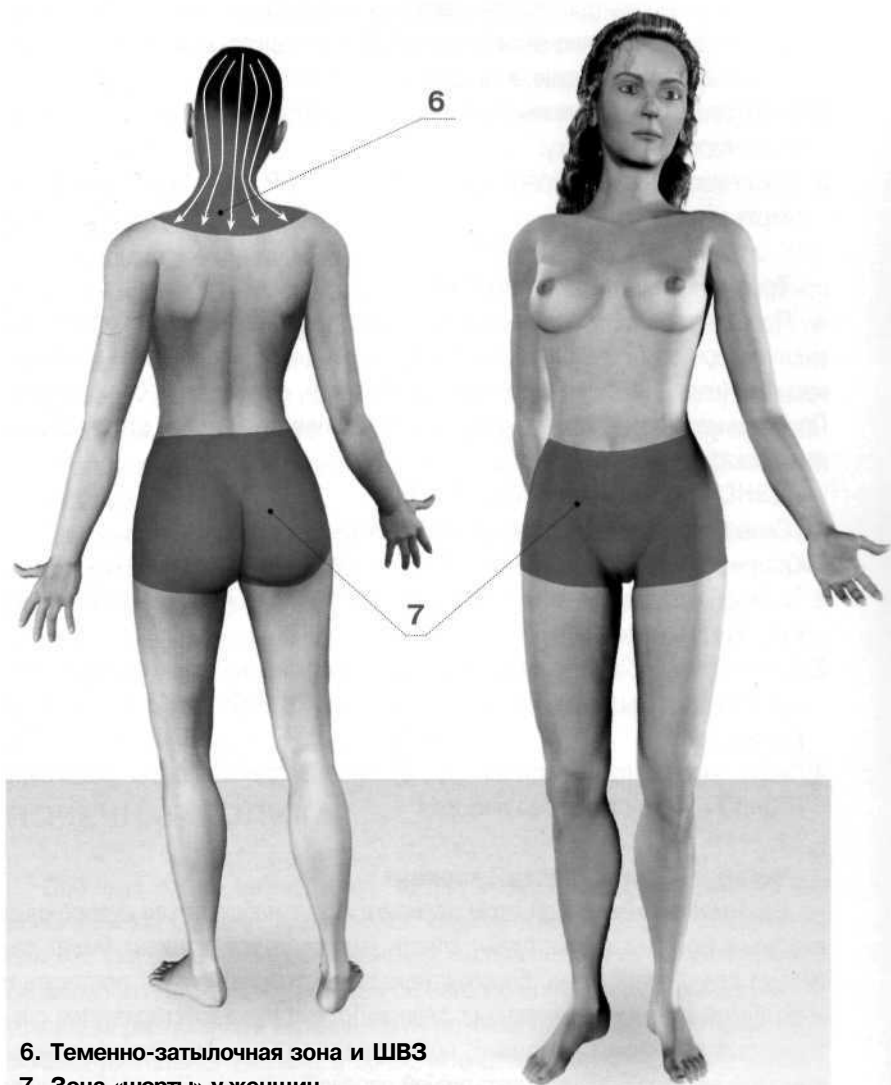
Аппаратная обработка проводится в ПР при КЭ в следующей последовательности:

Первая часть сеанса заключается в выполнении пунктов с 1 по 5 рецептуры «ПОХЛЮ - I», т.е. методики первого клинического варианта.



1. Ушные раковины
2. Межлопаточная зона
3. Подключичная зона
4. Зона ПП печени
5. Зона почки-мочеточники-мочевой пузырь

Рис. 60 ДЭНС - программа «ПОХЛО - 1»



- 6. Теменно-затылочная зона и ШВЗ
- 7. Зона «шорты» у женщин
- 8. Зона мошонки
- 9. Зона «1 млн. долларов» у мужчин

Рис. 61 ДЭНС - программа «ПОХЛО - II»

Вторая часть сеанса ДЭНС:

1. Раздвигая волосы (для пользы дела можно побрить) или намочив голову, обрабатываем теменно-затылочную-шейно-воротниковую зону, сверху вниз дорожками веерообразно, в течение не менее 7-10 мин.
2. После этого обрабатываем у женщин зону «шорты», у мужчин зону «миллион долларов» и мошонку.
3. Заканчиваем сеанс обработкой зоны «ЗД» в ПР при МаксЭ трехкратно сверху вниз.

Третий клинический вариант.

Проявляется психопатологическими расстройствами: странностью поведения, зрительными, слуховыми, тактильными и обонятельными галлюцинациями (напр., пациент с кем-то разговаривает, снимает с себя чертиков). При этом может быть как буйным, так и затаившимся. Помощь в этом случае лучше оказывать вдвоем.

ДЭНС - программа «ПОХЛО - III»:

Сеанс начинаем с аппаратной обработки:

1. Кистей рук в ПР при МаксЭ по 3 мин. каждую. «Перчатки снимаем».
2. Затем обрабатываем зоны «табакерка» и «браслет» в ПР при МаксЭ по 1-3 мин. на каждую зону.
3. После этого обрабатывается наружная поверхность голени отступая на 2 поперечных пальца вниз от колена и до лодыжки в ПР при КЭ, по 5 мин. на каждой ноге.
4. После этого производится аппаратное воздействие по рецептуре «ПОХЛО - II», часть первая и вторая.

Четвертый клинический вариант

Наиболее тяжелый. При этом варианте могут наблюдаться судорожные припадки («странные приступы») вплоть до эпистатуса, пациент может необычно долго спать (кома, бессознательное состояние). Может протекать в виде белой горячки (алкогольный делирий), которая характеризуется спутанностью сознания, ажитацией, яркими галлюцинациями, бредом, выраженными расстройствами вегетативной нервной системы. При возбуждении пациента следует побеспокоиться о собственной безопасности.

ДЭНС - программа «ПОХЛО - IV»:

1. Сначала в ПР при МаксЭ обрабатываем зоны реанимации на лице.
2. Затем аппаратное воздействие в ПР при МаксЭ проводится в зоне на 2 см выше пупка и в области мечевидного отростка грудины по 1-2 мин.
3. После этого производится аппаратное воздействие по рецептуре «ПОХЛО - III».

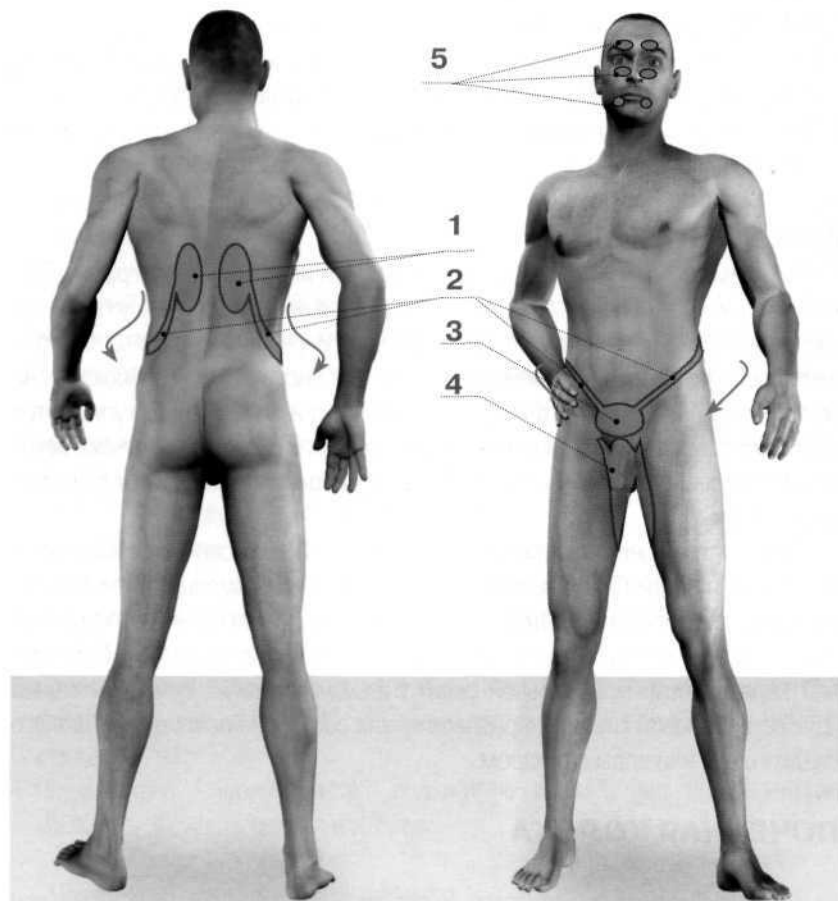
ВАЖНО ЗНАТЬ!

Уважаемые дамы и господа, операторы! При исполнении программ «ПОХЛО - III» и «ПОХЛО - IV» потрудиться придется немало, но зато у пациента уже через 1,5-2 часа наступит глубокий сон. В редких и тяжелых случаях после первого сеанса выраженного эффекта с наступлением глубокого сна не происходит, но в любом случае больной успокаивается, у него купируются вегетативные расстройства и исчезают судороги. В последних случаях рекомендуется сеанс повторить, выбор рецептуры при этом зависит от клинической картины.

Для быстреего восстановления водного, электролитного, кислотно-щелочного и витаминного балансов страдающего от похмелья организма необходима их коррекция. С этой целью рекомендуется в течение первых 1-1,5 часов дробно, небольшими порциями выпить ему 1,5 л раствора «Натуральной Карловарской минеральной соли» и рекомендовать принять не менее 2,5 г аскорбиновой кислоты, предварительно растворив ее в стакане теплого сладкого чая или воды с сахаром.

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА

Почечная колика наблюдается, когда начинается движение камней при мочекаменной болезни. Характерные клинические симптомы: выраженный болевой синдром, неконтролируемые и частые позывы на мочеиспускание, снижение мочеотделения, розовая окраска мочи (примесь крови). Боль обусловлена растяжением верхней части мочевых путей, мочевого пузыря или мочеиспускательного канала в области предстательной железы у мужчин. Боль сильная, мигрирующая, коликообразная, в начале приступа локализуется в поясничном отделе спины, может отдавать в живот и по ходу мочеточника в паховую складку и ногу. По мере отхождения камня боль перемещается за ним. Расстройства мочеиспускания заканчиваются после отхождения камня с обильным мочеиспусканием.



1. Зона ПП почек
2. Зона ПП мочеточников
3. Зона ПП мочевого пузыря
4. Внутренняя поверхность бедер и наружные половые органы у мужчин
5. Зона БТ

Рис. 62 ДЭНС при почечной колике

ДЭНС-пособие (рис. 62):

1. Проводится в положении больного сидя.
2. Аппаратную обработку начинаем с ПКЗ с акцентом на зону прямой проекции почек, ПР при МаксЭ, длительность воздействия - до снятия болевого синдрома.
3. Если приступ почечной колики купирован, проводим обработку в зонах проекции мочеточников и мочевого пузыря сверху вниз, по направлению тока мочи с двух сторон. Применяем ДР при МинЭ или КЭ. Также обрабатываем зону 6Т и признаки асимметрии, если они есть. На этом сеанс заканчивается.
4. Если боль из поясничной области стала перемещаться вниз по ходу мочеточника, значит камень «пошел» по мочеточнику.
 - В этом случае «провожаем» камень аппаратом по ходу мочеточника в мочевой пузырь в соответствии с предъявляемой пациентом динамикой болевых ощущений и обработкой выявляемых зон «залипания» аппарата. Используем ПР при КЭ или МаксЭ.
 - Затем обрабатываем зону прямой проекции мочевого пузыря; в ПР при КЭ, 5 - 10 мин.
 - У мужчин следует обязательно обрабатывать зону прямой проекции предстательной железы - «1 млн. долларов» (рис. 60), половой член (от его корня до головки), внутреннюю поверхность бедер; ПР при МинЭ или КЭ, 5-10 мин. При задержке боли в области промежности и предстательной железы продолжаем воздействие до ее исчезновения и появления свободного мочеиспускания.
 - Заканчиваем сеанс обработкой зоны 6Т в ДР.
5. Обязательно обрабатываются симметричные парные участки тела.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Пациентов с приступом почечной колики должны наблюдать врачи-нефрологи и урологи.

Тактику лечения мочекаменной болезни определяет только врач, который оценивает локализацию и размер камней, наличие обструкции мочевыводящих путей и нарушения функции почек, и решает вопрос о хирургическом или консервативном способе лечения.

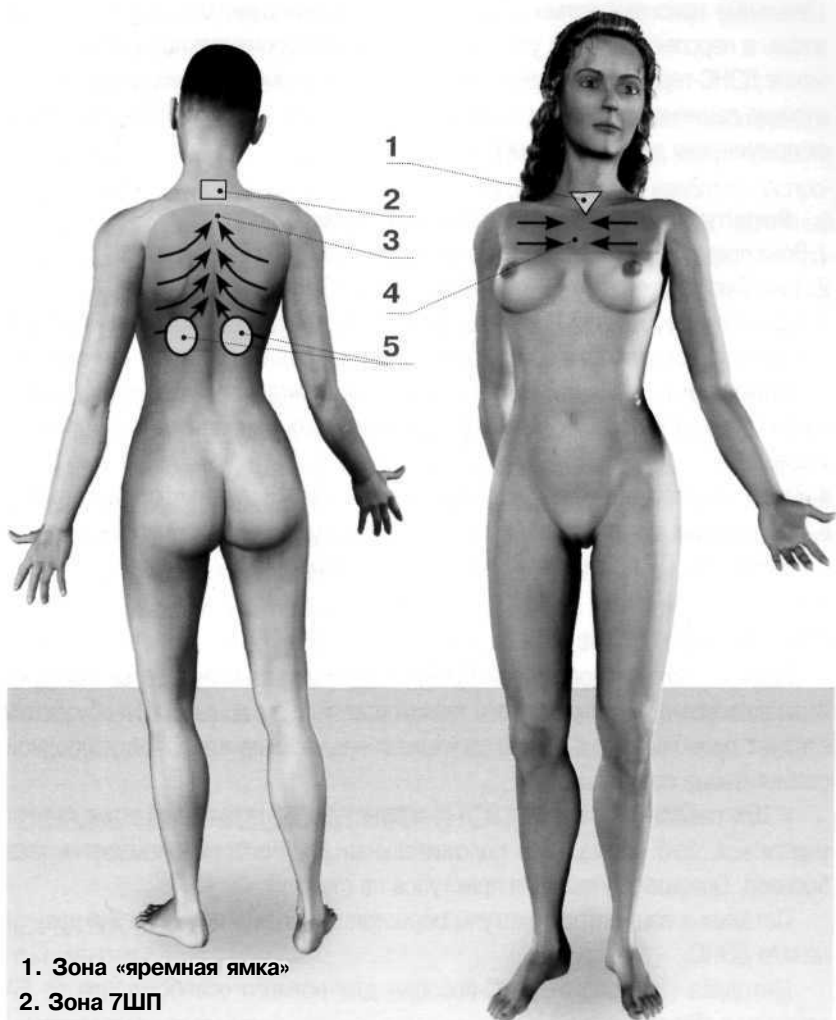
ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бронхиальная астма (БА) встречается в любом возрасте за исключением детей до 3-х летнего возраста (младенцев). Хотя именно у младенцев мы можем наблюдать истоки БА, которые в этом возрасте проявляются в виде частого кашля при нормальной температуре тела, эпизодами ночного кашля и так называемыми «обструктивными бронхитами».

Есть несколько точек зрения на причины возникновения навязчивого кашля и затруднения дыхания. Некоторые считают исключительной причиной БА повышенную чувствительность к аллергенам, которые представляют собой вещества белковой природы и содержатся во многих растениях и пищевых продуктах. Результаты других объективных исследований показывают, что основной причиной формирования БА являются неконтролируемые психоэмоциональные состояния. В последнем случае особенно часто приступы одышки вызываются эмоциональными перегрузками, физической нагрузкой, метеорологическими условиями, сигаретным дымом, семейными проблемами и пр.

Во время приступа БА расстройства дыхания связаны со спазмом мышц бронхов, отеком слизистой оболочки бронхов и с повышенной секрецией слизи особыми железами бронхов. Благодаря указанным расстройствам просвет бронхов сужается, и полностью выдохнуть отработанный и обогащенный углекислым газом воздух из легких больному становится трудно. Соответственно, в легкие при вдохе не может поступить достаточное количество обогащенного кислородом воздуха. Чтобы обеспечить эффективный выдох больной вынужден подключать мышцы грудной клетки и брюшного пресса для выдавливания воздуха из легких. Клинически это проявляется экспираторной одышкой, то есть натужным дыханием с удлиненным выдохом, кашлем со скудно отделяемой мокротой и беспокойством больного.

Степень нарушения бронхиальной проводимости бывает разной, определяет тяжесть астматического эпизода или приступа и зависит от формы и стажа БА. В начале формирования и легких случаях БА наблюдаются кашель при засыпании, ночной кашель, приступообразное навязчивое покашливание, кашель без видимых инфекционных причин, периодическое свистящее дыхание. Затем формируются типичные приступы одышки с хрипами и затруднением на выдохе, которые заканчиваются отхождением густой и вязкой мокроты. В тяжелых случаях наблюдается астматический статус, когда больной не может выйти из состояния приступа длительное время, и удушье.



1. Зона «яремная ямка»
2. Зона 7ШП
3. Зона «елочка»
4. Зона «слюнявчик»
5. Зона ПП надпочечников

Рис. 63 ДЭНС при приступе бронхиальной астмы

При определенной настороженности и наличии возможности выявить начальные признаки астмы, ДЭНС-терапия однозначно определит лучшую жизнь в перспективе. При уже сформированной бронхиальной астме включение ДЭНС-терапии в комплексное лечение позволит стабилизировать состояние пациента на значительный срок и уменьшить или вообще отказаться от применения лекарственных препаратов.

Рецептура ДЭНС при приступе БА (рис. 63):

1. Зона яремной ямки: ПР при КЭ, время воздействия 2-3 мин.
2. Зона 7-го шейного позвонка: ПР при КЭ, 2-3 мин.
3. Зона «елочка»: ПР при КЭ иногда МаксЭ до отхождения мокроты. Мокрота может откашливаться в обильном количестве (полным ртом), о чем следует предупредить пациента. При тенденции пациента к повышенному АД или при гипертонической болезни направление движения аппарата - горизонтальное.
4. Затем обрабатываем зону «сплюнявчик», ПР при КЭ от периферии к центру.
5. При тяжелых приступах подключать обработку зоны прямой проекции надпочечников, ПР при КЭ по 3 мин. с каждой стороны

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Если вы начали применять ДЭНС в период развивающегося или уже развившегося приступа БА, то в следующие 7 дней аппаратную обработку следует проводить только при каждом очередном приступе БА до полной стабилизации состояния.

У 15% пациентов в первые 2-4 дня приступы бронхиальной астмы могут участиться. Это нормальная положительная динамика, происходит чистка бронхов. Опасаться учащения приступов не стоит.

Остальных пациентов приступы перестают беспокоить уже на 2-4 день от начала ДЭНС.

Методика курсового ДЭНС-пособия для полного освобождения от БА описаны в «Руководстве».

ПУЛЬС

См. АРИТМИИ СЕРДЦА.

РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК

Прыжки, повороты, резкие движения, избыточная нагрузка, неожиданное выкручивание или вытягивание мышцы, сухожилия или связки могут привести к тому, что волокна этих тканей надорвутся или растянутся. К наиболее распространенным их видам относятся растяжение мышц или сухожилий, частичный или полный разрыв мышечной ткани или сухожилий. Клинически при этом пациент испытывает резкую боль, нарушается двигательная функция конечности, в месте поражения наблюдаются нарастающий отек и кровоподтек.

Неотложная помощь:

1. Как можно скорее использовать ДЭНС: обрабатываем зону прямой проекции боли и начинающегося отека в ПР при МаксЭ, переставляя аппарат по наиболее болезненным точкам до эффекта (обычно 10- 25 мин). Это приводит к быстрому болеутоляющему эффекту, останавливает внутренние кровотечения и препятствует развитию воспаления.
2. При разрыве тканей произвести иммобилизацию путем наложения эластичного бинта, но не делать повязку слишком тугой.
3. Если сразу же оказать помощь, то этого бывает достаточно.
4. Если ДЭНС-помощь отсрочена и отек в области травмы уже появился, то придется проводить сеансы несколько раз в день в течение 3-5 дней.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОСТРАЯ

См. ИНФАРКТ МИОКАРДА.

СИНЯК

См. УШИБ.

СТЕНОКАРДИЯ

Стенокардия (грудная жаба) - наиболее часто встречающееся клиническое проявление хронической ишемической болезни сердца. Причиной развития стенокардии является недостаточное кровоснабжение сердечной мышцы. Стенокардию могут вызывать атеросклероз сосудов сердца, гипертоническая болезнь, порок артериального клапана, гипертрофическая кардиомиопатия и спазм коронарной артерии.

Клинически приступ стенокардии проявляется загрудинной болью и ощущением удушья и сдавления в груди, которые появляются при физической нагрузке или эмоциональном напряжении и исчезают при отдыхе или после приема нитроглицерина. Боль может быть как слабой, так и сильной и отдавать в левую руку или челюсть. Иногда больные жалуются на чувство онемения или тяжести в левой руке.

ДЭНС-пособие:

- У пожилых, тучных людей, у людей, страдающих гипертонической болезнью, в случае возникновения приступа в общественных местах ДЭНС-воздействие оказывается в зоне микроответствия сердца на ладонях пациента (см. рис. 28.1), в ПР при КЭ, до получения эффекта (обычно 3-5 мин.).
- При возникновении приступа в иных ситуациях аппаратное воздействие проводится в задней прямой проекции сердца (см. рис. 28.2) в ПР при КЭ, до получения эффекта (обычно 1 - 3 мин.).
- Сеанс заканчивается обработкой зоны 6Т в ДР при МинЭ с обработкой наружных триггеров.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Люди, страдающие стенокардией, обязательно должны наблюдаться у врача.

При жалобах на боль в области сердца, на загрудинные боли, одышку и пр. симптомы стенокардии, которые не проходят при проводимой терапии в течение 20 мин., необходимо вызвать бригаду скорой помощи и продолжать ДЭНС до ее приезда (см. ИНФАРКТ МИОКАРДА).

По приезде бригады скорой помощи нужно обязательно сообщить врачам о том, что Вы применяли аппарат (поскольку самочувствие пациента и результаты электрокардиографического исследования всегда улучшаются).

СУДОРОГИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ (ФЕБРИЛЬНЫЕ)

Фебрильные судороги - это судороги, которые возникают при повышении температуры тела у детей, чаще в возрасте до двух-трех лет. Обычно судороги являются одним из проявлений токсического синдрома при инфекционных заболеваниях, таких как грипп, ангина, дизентерия, менингит. Более легкие случаи связаны с тем, что ребенка при субфебрильной температуре при ОРЗ тепло закутывают в одеяло или плед и при этом страдает теплоот-

дача. Судороги характеризуются тоническим сильным сокращением мышц, выгибанием спины. Иногда у больного ребенка закатываются глаза, руки сжимаются в кулачки, а дыхание становится прерывистым.

Основная помощь при фебрильных судорогах заключается в понижении температуры тела и регуляции периферического сосудистого тонуса (см. ЛИХОРАДКА).

СУДОРОЖНЫЕ ПРИПАДКИ

См. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК.

ТОШНОТА

По определению, - тошнота - это ощущение, предшествующее рвоте. Это весьма неприятное, дискомфортное ощущение под ложечкой, которое может сопровождаться обильным слюноотечением.

Существует несколько возможных причин тошноты и вариантов ДЭНС-борьбы с ней:

1. Отказ организма от переваривания какой-либо пищи проявляется тошнотой, как предупреждение перед рвотой и является защитной реакцией как у вполне здорового человека (при отравлении, переедании, перепитии и пр.), так и при обострении хронических заболеваний пищеварительной системы.

При гастроэнтерологическом заболевании (состоянии), сопровождающемся тошнотой, используется следующая ДЭНС-методика:

- Аппаратом в ПР при КЭ обрабатывается подложечная область и зона прямой проекции печени до эффекта (обычно 5-10 мин.).
- Затем аппаратом в ПР при КЭ в течение 1-3 мин. обрабатывается две дорожки в «регионе Б» (грудной отдел позвоночника).
- Электроды аппарата в ПР при КЭ устанавливаются в зону соответствия желудка и печени на кисти.

Положительный эффект наступает через 5-10 мин.

2. Укачивание и «морская болезнь» - сопровождаются тошнотой и рвотой и не способствуют радостному путешествию и познавательному процессу.

В этом случае рекомендуется обрабатывать ШВЗ в ПР при КЭ (направление движения определяется уровнем артериального давления), дополнительно задержаться (2-3 мин.) на сосцевидных отростках (потрогайте костные бугорки за мочкой уха) - до эффекта.

3. Существует обширный список других «внежелудочных» причин тошноты. Тошнота сопровождает аппендицит и менингит, артериальную гипотонию и гипертонию, остеохондроз шейного отдела и анемию, беременность и гепатит, похмелье и инфаркт и пр. Кроме того, вас может мутить просто от общения с кем-либо. При «внежелудочной» тошноте - необходимо проводить лечение основного заболевания. При этом ДЭНС как симптоматическая первая медицинская помощь с успехом может использоваться и в этом случае.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

- Если тошнота сопровождается повышенной температурой тела, болями в животе, повторной рвотой, поносом, головной болью, сонливостью, нарушением сознания, болями в области сердца - есть прямые показания для консультации хирурга, инфекциониста и гастроэнтеролога и кардиолога.
- При появлении рвоты - промыть желудок ресторанным способом. Если рвота не приносит облегчения - срочно обратиться к врачу.
- При желчнокаменной болезни, вне приступа колик, не рекомендуется аппаратное воздействие в зоне прямой проекции печени и желчного пузыря. Обработка зоны прямой проекции печени приводит к мощному желчегонному действию, что может явиться причиной начала отхождения камней и появлению механической желтухи.
- Если тошнота или рвота появились после удара по голове, это признак черепно-мозговой травмы и нужно обратиться к врачу.

ТРИГЕМИНАЛЬНАЯ НЕВРАЛГИЯ

СМ. НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.

УШИБ

Большинство ушибов вызвано резким столкновением с тупым предметом. Как правило, целостность кожи при этом не нарушается, но кровеносные сосуды в области травмы лопаются, и кровь из них вытекает в окружающие ткани, вызывая всем знакомые синяки и гематомы (*см. КРОВОТЕЧЕНИЕ*). В основном, ушибы не приводят к серьезным расстройствам здоровья, однако мешают жизни. Предупредить указанные нарушения или ускорить ликвидацию их поможет ДЭНС.

ДЭНС-воздействие при ударе по телу следует применить как можно

скорее: обрабатываем зону прямой проекции травмы, боли в ПР при МаксЭ, до эффекта (обычно 10-25 мин.). Это приводит к быстрому болеутоляющему эффекту, останавливает внутренние кровотечения и препятствует развитию воспаления. При своевременном и быстром применении ДЭНС боль от удара быстро проходит, не возникает синяков и отека тканей.

ФУРУНКУЛ

Это острое гнойное воспаление волосяного мешочка, сальной железы и окружающей их клетчатки. Фурункул может образоваться в любом месте, где имеются сальные железы, но чаще всего возникает на шее, спине, ягодицах, лице. Заболеванию способствуют загрязненная кожа, расчесы, переохлаждение, истощение, авитаминоз, диабет. В месте проникновения микробов сначала появляется болезненность, небольшое уплотнение (инфильтрат), которое постепенно увеличивается, краснеет, боли усиливаются, может повышаться температура тела, затем формируется гнойный стержень. Никогда не следует выдавливать стержень, так как это приводит к обострению процесса и формированию КАРБУНКУЛА.

ДЭНС-терапия - см. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНЫХ ТКАНЕЙ ОСТРЫЕ.

ЦИСТИТ

Цистит - это воспаление мочевого пузыря. Чаще всего причиной является инфекция или мочекаменная болезнь. Из провоцирующих факторов следует назвать алкоголизацию и переохлаждение. При цистите больной жалуется на нарушение ритма мочеотделения, болезненные позывы и скудное мочеиспускание, боль, жжение и тяжесть в надлобковой области, может быть повышенная температура тела.

ДЭНС-пособие:

1. Обрабатываем зону прямой проекции мочевого пузыря в ПР при КЭ до улучшения самочувствия (исчезновения дизурических жалоб, боли, появления свободного мочеиспускания и пр.), в среднем 15-20 мин.
2. Затем обрабатываем сначала с одной, а затем с другой стороны, сверху вниз по направлению тока мочи прямые проекции почек и мочеточников. Общая продолжительность воздействия на все эти зоны составляет в среднем 7-10 мин.

3. При необходимости обрабатываем ПКЗ, сегментарное кольцо на уровне мочевого пузыря; ДР при КЭ. Если обнаруживаются триггеры, обрабатываем их в ПР при КЭ.
4. При остром цистите или обострении хронического цистита в начале аппаратного воздействия можно проводить сеансы несколько раз в день по мере повторения жалобы. При стабилизации состояния - 1 раз в день. Курсовое воздействие при остром цистите - от 3 до 8 дней, при обострении хронического цистита - 10-14 дней.
5. Обязательно обследуйте пациента у врача для определения причины цистита - часто это бывает инфекция, передающаяся половым путем.

ШОК

Шок - это универсальное патологическое состояние организма, характеризующееся острой недостаточностью кровообращения вследствие падения артериального давления, которое становится таким низким, что кровь перестает поступать в органы и ткани. Организм при шоке находится на грани жизни и смерти.

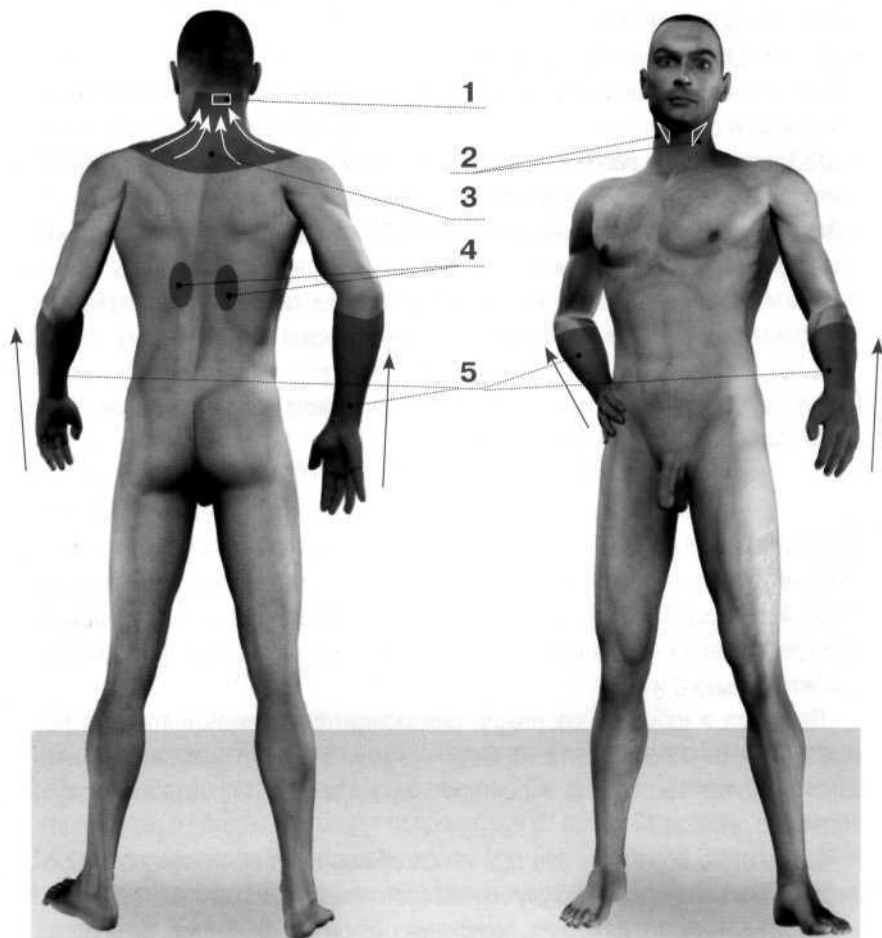
Шок может развиваться внезапно (например, болевой шок, анафилактический шок) и за более продолжительный отрезок времени (шок от кровопотери, от потери жидкости при поносах, септический и пр.).

К основным клиническим признакам шока относятся:

- снижение артериального давления, в том числе систолического, ниже 90 мм рт. ст.;
- беспокойство и нервное возбуждение, которые могут сопровождаться расстройством восприятия и переходят в слабость, обморочное состояние и потерю сознания;
- бледность и цианоз (синеватый оттенок кожи из-за отсутствия кислорода), холодная липкая кожа;
- слабый и частый пульс (нитевидный), который может не определяться на периферических сосудах;
- нарушение ритма дыханий, расширенные зрачки и отсутствие мочеотделения.

Первая медицинская помощь (рис. 64):

1. Вызвать бригаду скорой помощи.
2. ДЭНС-пособие для быстрой эффективности рекомендуется проводить двумя аппаратами одновременно (бимануальная методика):



1. Зона 2ШП

2. Зона ПП сонных артерий

3. ШВЗ

4. Зона ПП надпочечников

5. Зона «Длинные перчатки»

Рис. 64 ДЭНС при шоковых состояниях у пациентов в сознании

А. При появлении симптомов шока и сохраненном сознании проводим аппаратную обработку:

- Зоны 2 ШП в ПР при КЭ в течение 2-3 мин.
- Зоны прямой проекции сонных артерий в ПР при МинЭ или КЭ в течение 1-2 мин.
- ШВЗ скользящим веерообразным движением снизу вверх в ПР при МаксЭ или КЭ в течение 10-15-мин. или до эффекта.
- Зоны прямой проекции надпочечников в ПР при КЭ по 3 - 5 мин. с каждой стороны (правило «ладони»).
- Зоны «длинные перчатки» (от кончиков пальцев кистей рук до середины предплечья) в ПР при КЭ в течение 5-7 мин. («перчатки надеваем»).

Б. При развернутой картине шока и потере сознания у пациента - см. РЕАНИМАЦИЯ.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Если возможно, то следует экстренно попытаться устранить причину шока. Например, при болевом шоке следует обезболить пострадавшего, при кровотечении - остановить кровотечение, при шоке от потери жидкости - поить больного и пр.

Пациента в шоковом состоянии рекомендуется держать в тепле, в положении лежа с приподнятыми вверх ногами. Больного нельзя оставлять одного, так как всегда есть вероятность необходимости проведения искусственного дыхания.

Аппаратную обработку зон при необходимости можно чередовать, продолжительность сеанса - до улучшения состояния, нормализации и стабилизации артериального давления, появления пульса на периферии, до приезда бригады скорой помощи.

ЭНУРЕЗ, ОСТРЫЙ НЕВРОТИЧЕСКИЙ См. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК

Возникает у людей к ним склонных, при внезапном повышении электрической активности головного мозга в ответ на всевозможные внешние раздражители (эмоциональные, метеорологические, инфекционные и пр.).

При развернутом эпилептическом припадке (ЭП) человек внезапно теряет сознание и падает. Иногда этому предшествует короткий период «потери ясности в голове» и «слабости» (аура). Затем наступает собственно припадок. Тоническая фаза припадка, при которой мышцы больного сокращаются, становятся плотными - «коченеют», а дыхание может останавливаться на несколько секунд. Потом наступает клоническая фаза припадка, при которой все тело больного резко дергается, воздух с шумом вылетает сквозь крепко стиснутые зубы, изо рта может выделяться пена. Обычно весь припадок длится не более минуты, но наблюдателю этот срок кажется более длительным. После припадка мышцы расслабляются, дыхание нормализуется, однако больной может оставаться без сознания еще несколько минут.

Эпилептические припадки обычно производят устрашающее впечатление. Однако они редко имеют, за исключением возможной травмы при падении или в период клонической фазы, выраженные ближайшие отрицательные последствия для больного.

Первая медицинская помощь.

1. Если возможно, то больного до начала судорог следует положить на спину.
2. Очистите пространство вокруг больного. Отодвиньте мебель и другие предметы, о которые он может повредиться во время приступа.
3. Расстегните одежду на больном.
4. Во время приступа не пытайтесь держать пациента или что-то вставлять в рот.
5. Окажите помощь по ДЭНС-пособию. Указанные ниже зоны обрабатываются при отсутствии насильственных действий оператора. Зоны обрабатываются по принципу - «куда попадете - и ладно».

Зоны для аппаратной обработки во время припадка:

- ребра ладоней (от запястья до конца мизинцев);
 - круговые движения аппаратом вокруг пупка;
 - зоны реанимации на лице.
6. При полной ликвидации припадка проверьте, нет ли у больного поврежде-

ний, порезов или переломов. Если припадок случился на улице, помогите больному добраться до дома и сообщите обо всем врачу.

7. Крайне редко, но бывает. Если в течение 15 мин. к больному не вернется сознание и в случае повторных судорог - вызовите скорую помощь.

ЯИЧКА ПЕРЕКРУТ

Перекрут яичка чаще наблюдается у юношей в возрасте от 12 до 20 лет. Клиническая симптоматика связана с патологическим поворотом семенного канатика и яичка, что при несвоевременной помощи может привести в дальнейшем к некрозу яичка и необходимости его оперативного удаления.

Перекрут яичка может возникнуть как без всякой видимой причины, так и как следствие травмы или в результате большой физической нагрузки, например у спортсменов.

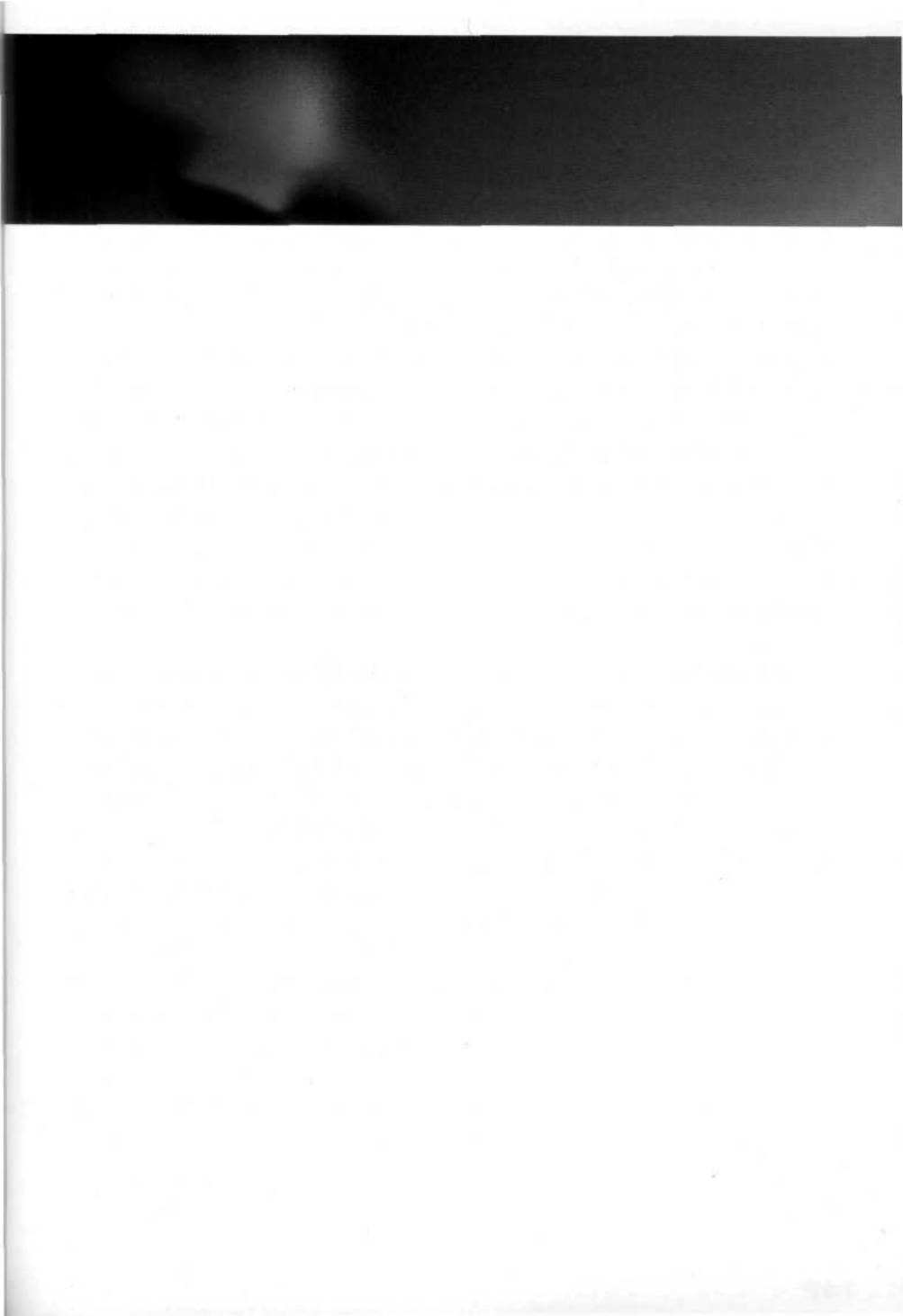
Клиническая симптоматика: внезапно появляется сильная боль в яичке и его уплотнение, быстро развивается покраснение и отек мошонки, может наблюдаться тошнота и рвота, лихорадка, повышенное потоотделение, учащение пульса.

ДЭНС-пособие:

1. Снять штаны и трусы.
2. Развести как можно шире ноги.
3. До приезда скорой помощи аппаратной обработке в ПР при КЭ подлежат зоны отека и болезненности, паховые складки, низ живота и ПКЗ.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Больному с клинической симптоматикой перекрута яичка нельзя передвигаться на своих ногах, ему необходимы постельный режим и срочная госпитализация в стационар бригадой скорой помощи.



СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуревич-Ильин Г.Я. Общая врачебная техника. - М: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1946. - 436 с.
2. Динамическая электронейростимулирующая терапия. Новые рубежи и итоги эмпирического этапа развития / Матер, междунар. юбилейн. симп., посвящ. 5-летию Корпорации «ДЭНАС МО // МЦ Корпорации «ДЭНАС МО, МЗ Свердловской области. Екатеринбург, 6 февраля 2003. - 190 с.
3. Динамическая электронейростимулирующая терапия. Эволюция продолжается / Матер, междунар. симп., посвящ. 6-ти летию Корпорации «ДЭНАС МС» // РЦ АРТ, Институт рефлексотерапии ФНКЭЦ ТМДил МЗ РФ, МЗ Свердловской области, НИИ КМ МАФО. - Екатеринбург, 14 февраля 2004. - 264 с.
4. ДЭНС - терапия болевых синдромов различного генеза. Тематический сборник статей./ЦНИИ рефлексотерапии МЗ РФ, МЗ Свердловской области, МАФО, МЦ Корпорации ДЭНАС МС. - Екатеринбург, июнь 2003. - 58 с.
5. ДЭНС - факультет. Архив научно-практических трудов. - Т. I. Теоретические, фундаментальные и методологические аспекты электронейростимуляции. - Екатеринбург, 2004. - 144 с.
6. Медицинский вестник. Т. I, вып. 1 / Опыт применения ДЭНС-терапии в медицинской практике // МЦ Корпорации «ДЭНАС МС». Екатеринбург, 2002 г. - 72 с.
7. Медицинский вестник. Т. I, вып. 4/Теоретическое обоснование и опыт практического использования динамической электронейростимулирующей терапии в системе комплексной реабилитации больных наркоманией // МЗ Свердловской области, ОГУЗ СОКПБ, МЦ Корпорации «ДЭНАС МС». - Екатеринбург, 2002 г. - 32 с.
8. Медицинский вестник. Т. II, вып. 1. Электродинамическая рефлексотерапия аппаратами семейства ДЭНАС / Институт рефлексотерапии ФНКЭЦ ТМДил МЗ РФ, МЗ Свердловской области, НИИ КМ МАФО, РЦ АРТ. - Екатеринбург: ДЭНАС МС, 2003. - 98 с.
9. Медицинский вестник. Т. II, вып. 3. Применение электродинамической рефлексотерапии в неврологической и психиатрической практике / Институт рефлексотерапии ФНКЭЦ ТМДил МЗ РФ, МЗ Свердловской области, НИИ КМ МАФО, РЦ АРТ. - Екатеринбург: ДЭНАС МС, 2003. - 96 с.
10. Медицинский вестник. No 3 (12) / Институт рефлексотерапии ФНКЭЦ ТМДил МЗ РФ, МЗ Свердловской области, НИИ КМ МАФО, РЦ АРТ. - Екатеринбург: ДЭНАС МС, 2004. - 80 с.

11. Мейзеров ЕЕ, Черныш И.М., Дубова М.Н. Динамическая электронейростимуляция при обезболивании и лечении функциональных расстройств// Анестезиология и реаниматология. No4, 2002. - 31- 34 с.
12. Мейзеров ЕЕ, Черныш И.М., Королева М.В., Дубова М.Н., Адашинская ГА, Краснова Л.Б. Электродинамическая рефлексотерапия в комплексном лечении болевых синдромов. // Боль и паллиативная помощь. Тез. докл. Сибирской межрегиональной научно-практ. конф. Новосибирск, 10-12 сентября 2002 г. - 32-34 с.
13. Михайлов БА, Альбинский ЕГ Основы оказания первой доврачебной помощи: Учеб. пособие. - СПб: СПбГУ, 1998. - 35 с.
14. Мэйлел Э. Энциклопедия первой помощи. М: Медицина, 1996. - 245 с.
15. Неотложная помощь в педиатрии: Рук-во для врачей скорой помощи / Под. ред. Э.К. Цыбулькина. - Л: Медицина, 1987. - 352 с.
16. Общий уход за больными в терапии: Учеб. пособие / Под ред. А.Н. Шишкина. - **СПб: СПбГУ, 1998. - 62 с.**
17. Первая доврачебная помощь/ Под ред. В.М. Величенко, ГС. Юмашева. - М: Медицина, 1999. - 272 с.
18. Руководство по медицинской службе Гражданской обороны / Под ред. А.И. Бурназяна. - М: Медицина, 1983, - 496 с.
19. Руководство по динамической электронейростимулирующей терапии аппаратами ДЭНАС. 2-е изд., перераб. и доп.// Чернышев В.В., Малахов В.В., Власов А. А., Рубцова О.И., Иванова Н.И.- Екатеринбург, 2002. - 284 с.
20. Справочник Харрисона по внутренним болезням / Под ред. К. Иссельбахера, Е. Браунвальда, Дж. Вилсон и др. - СПб: Издательство «Питер», 1999. - 976 с.
21. Универсальный регистр ДЭНС-терапии // Чернышев В.В., Малахов В.В., Рязкин А.Ю., Рязкин С.Ю. - НППРМП ДЭНАС, Екатеринбург, 2003. - 124 с.
22. «Уральский вестник курортологии, физиотерапии и реабилитации». Специальный выпуск. Уральское медицинское обозрение. Екатеринбург. No 5, 2001 г. - 90 с.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ

Рис. 1	Перемещение на спину пациента с подозрением на перелом позвоночника.....	11
Рис. 2	Правильно запрокинутая голова пациента. Подбородок поднят вверх. Дыхательные пути проходимы для воздуха.....	12
Рис. 3	Незапрокинутая голова пациента. Подбородок опущен вниз. Язык опущен назад и вниз и закрывает дыхательные пути.....	12
Рис. 4	Зоны прямой проекции сонных артерий.....	13
Рис. 5	Ощупывание пульса на сонных артериях пациента.....	13
Рис. 6	Ощупывание пульса у детей младшего возраста.....	14
Рис. 7	Внешний вид лицевой стороны аппарата ЭСИ-032-1 «Протон» и органов управления.....	18
Рис. 8	Внешний вид лицевой стороны аппарата ДЭНАС и органов управления ..	19
Рис. 9	Внешний вид лицевой стороны аппаратов ДиаДЭНС-Т и ДиаДЭНС-ДТ и органов управления.....	21
Рис. 10	Зоны реанимации на лице.....	25
Рис. 11	Топография зоны реанимации «проекция верхушки сердца».....	26
Рис. 12	Зоны, обработка которых обеспечивает стабилизацию реанимационного эффекта.....	27
Рис. 13	Искусственное дыхание ротв рот.....	30
Рис. 14	Определение зоны для проведения закрытого массажа сердца ..	31
Рис. 15 А	Положение рук оператора на груди пациента.....	31
Рис. 15 Б	Вид сбоку.....	31
Рис. 16	Закрытый массаж сердца у взрослого.....	32
Рис. 17	Схема механизма закрытого массажа сердца.....	32
Рис. 18	Проведение искусственного дыхания у маленького ребенка.....	34
Рис. 19	Закрытый массаж сердца у ребенка первого года жизни.....	34
Рис. 20	Укладывание пациента в положение на боку.....	36
Рис. 21	Прием №1 при оказании помощи грудному ребенку в случае асфиксии..	40
Рис. 22	Прием №2 при оказании помощи грудному ребенку в случае асфиксии..	41
Рис. 23	Прием №1 при оказании помощи ребенку старше года в случае асфиксии.....	41
Рис. 24	Прием №2 при оказании помощи ребенку старше года в случае асфиксии.....	42
Рис. 25	Прием Геймлиха.....	43
Рис. 26	Помощь при асфиксии взрослого при потере сознания.....	43
Рис. 27	Прощупывание периферического пульса на лучевой артерии.....	45
Рис. 28	ДЭНС- пособие при приступе аритмии сердца.....	46
Рис. 29	Алгоритм аппаратного воздействия при боли № 1 ЛОКАЛИЗОВАННАЯ И ДЕТАЛИЗИРОВАННАЯ БОЛЬ СО СТОРОНЫ НЕПАРНОГО ОРГАНА ИЛИ ЧАСТИ ТЕЛА.....	51

Рис. 30	Алгоритм аппаратного воздействия при боли № 2 ЛОКАЛИЗОВАННАЯ И ДЕТАЛИЗИРОВАННАЯ БОЛЬ СО СТОРОНЫ ОДНОГО ИЗ ПАРНЫХ ОРГАНОВ ИЛИ ЧАСТЕЙ ТЕЛА.....	52
Рис. 31	Алгоритм аппаратного воздействия при боли №3 БОЛЬ НЕОПРЕДЕЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.....	53
Рис. 32	ДЭНС при гипертоническом кризе.....	58
Рис. 33	ДЭНС при переохлаждении и замерзании.....	60
Рис. 34	ДЭНС при гипотоническом кризе.....	62
Рис. 35	ДЭНС при желчной колике.....	65
Рис. 36	ДЭНС при запорах.....	68
Рис. 37	Принцип горизонтальной симметрии.....	71
Рис. 38	Принцип вертикальной симметрии.....	71
Рис. 39	Принцип тетрасимметрии.....	71
Рис. 40	ДЭНС при инфаркте миокарда.....	73
Рис. 41	Порядок изготовления широкой (а), узкой (б) косыночных повязок и кольцевого валика (в).....	78
Рис. 42	Косыночная перевязь для локтя, предплечья и запястья.....	78
Рис. 43	Косыночная поднимающая повязка для плеча.....	78
Рис. 44	Другие типы косыночных повязок.....	79
Рис. 45	Возможные места наложения жгута при массивном кровотечении из артерии.....	83
Рис. 46	ДЭНС при крупе.....	86
Рис. 47	ДЭНС при лимфадените, лимфангите и остром лимфостазе (цифрами обозначен порядок проведения ДЭНС).....	88
Рис. 48	ДЭНС при лихорадке.....	90
Рис. 49	ДЭНС при мигрени.....	93
Рис. 50	ДЭНС при аллергическом насморке.....	95
Рис. 51	ДЭНС при приступе тригеминальной невралгии.....	97
Рис. 52	ДЭНС при недержании мочи вследствие испуга.....	98
Рис. 53	ДЭНС при обмороке А - сознание сохранено; Б - при потере сознания.....	101
Рис. 54	ДЭНС при опьянении первой степени.....	105
Рис. 55	ДЭНС при опьянении второй степени.....	106
Рис. 56	ДЭНС при приступе панкреатита.....	110
Рис. 57	Фиксация сломанной ноги шинами.....	114
Рис. 58	Фиксация сломанной ноги к здоровой ноге.....	114
Рис. 59	ДЭНС при поносах.....	119
Рис. 60	ДЭНС - программа «ПОХЛЮ - I».....	122
Рис. 61	ДЭНС - программа «ПОХЛЮ - II».....	123
Рис. 62	ДЭНС при почечной колике.....	126
Рис. 63	ДЭНС при приступе бронхиальной астмы.....	129
Рис. 64	ДЭНС при шоковых состояниях у пациентов в сознании.....	137

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	7
СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ	9
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	10
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА	10
АЗБУКА РЕАНИМАЦИИ	15
ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ДЭНС-ОПЕРАТОРА ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	17
ПОДГОТОВКА АППАРАТОВ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРИ ОТСУТСТВИИ У ПАЦИЕНТА СОЗНАНИЯ:.....	18
ПОДГОТОВКА АППАРАТОВ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА СОЗНАНИЯ.....	22
ОСНОВНЫЕ ЗОНЫ ДЭНС-РЕАНИМАЦИИ.....	25
ЗОНЫ, ДЭНС-ОБРАБОТКА КОТОРЫХ ОБЕСПЕЧИВАЕТ СТАБИЛИЗАЦИЮ РЕАНИМАЦИОННОГО ЭФФЕКТА.....	27
ДЭНС-РЕАНИМАЦИЯ.	
ПАЦИЕНТ БЕЗ СОЗНАНИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ.	
НЕОПРЕДЕЛЕННАЯ СИТУАЦИЯ	28
СТАНДАРТНЫЙ КОМПЛЕКС СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ (СЛР) ..	29
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СЛР У ДЕТЕЙ.....	33
ПОЛОЖЕНИЕ НА БОКУ.....	35
УТОПЛЕНИЕ.....	37
ЭЛЕКТРОТРАВМА.....	38
УДУШЬЕ.....	39
ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПОДАВИВШЕМУСЯ РЕБЕНКУ МЛАДШЕ ГОДА	40
ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПОДАВИВШЕМУСЯ РЕБЕНКУ.....	41
ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ УДУШЬЯ У ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ.....	42
НЕОТЛОЖНОЕ ДЭНС-УСТРАНЕНИЕ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ И ПРИЗНАКОВ	44
АНАФИЛАКТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ.....	44
АПОПЛЕКСИЧЕСКИЙ УДАР.....	44
АРИТМИИ СЕРДЦА.....	44
БОЛЬ.....	47
БОЛЬ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА.....	54
БОЛЬ В СПИНЕ ОСТРАЯ.....	54

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА.....	55
ВЗДУТИЕ ЖИВОТА.....	55
ВЫВИХИ КОСТЕЙ.....	55
ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА.....	56
ГИПЕРТЕРМИЯ.....	56
ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ.....	57
ГИПОТЕРМИЯ.....	59
ГИПОТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ.....	61
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ.....	63
ДИАРЕЯ.....	64
ДЫХАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	64
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИСТУП.....	64
ЗАИКАНИЕ ОСТРОЕ.....	67
ЗАПОР.....	67
ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ПРОИЗНЕСЕНИИ СЛОВ.....	69
ИНСУЛЬТ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ.....	70
ИНФАРКТ МИОКАРДА.....	72
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНЫХ ТКАНЕЙ ОСТРЫЕ.....	75
КАРБУНКУЛ.....	76
КОЛИКА ЖЕЛЧНАЯ.....	77
КОСЫНОЧНЫЕ ПОВЯЗКИ.....	77
КРАПИВНИЦА И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК КВИНКЕ.....	80
КРОВОИЗЛИЯНИЕ В МОЗГ.....	81
КРОВОТЕЧЕНИЕ.....	81
КРУП.....	85
ЛАРИНГИТ И ЛАРИНГОТРАХЕИТ.....	87
ЛАЮЩИЙ КАШЕЛЬ.....	87
ЛИМФАДЕНИТИЛИМФАНГИТНЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ.....	87
ЛИХОРАДКА.....	90
МИГРЕНЬ.....	92
МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИСТУП.....	94
НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	94
НАРУШЕНИЕ РЕЧИ.....	94
НАСМОРК АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ.....	94
НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.....	96
НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ ИСПУГА.....	99
НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ.....	99
ОБМОРОЖЕНИЕ.....	100
ОБМОРОК.....	100
ОЖОГИ.....	102
ОЖОГ ГЛАЗ ХИМИЧЕСКИЙ.....	104
ОПЬЯНЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЕ.....	105
ОСТЕОХОНДРОЗ.....	107

ОСТРОЕ ПРЕХОДЯЩЕЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ..	107
ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ	108
ОТМОРОЖЕНИЕ	108
ПАНАРИЦИЙ	109
ПАНКРЕАТИТ ОСТРЫЙ	109
ПАРАЛИЧ	111
ПЕРЕГРЕВАНИЕ И ТЕПЛОВОЙ УДАР	111
ПЕРЕДОЗ	113
ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ	113
ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНКОВ	117
ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ	118
ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА	118
ПОНОС	118
ПОХМЕЛЬЕ И ЛОМКА	120
ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА	125
ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	128
ПУЛЬС	131
РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК	131
СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОСТРАЯ	131
СИНЯК	131
СТЕНОКАРДИЯ	131
СУДОРОГИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ (ФЕБРИЛЬНЫЕ) ..	132
СУДОРОЖНЫЕ ПРИПАДКИ	133
ТОШНОТА	133
ТРИГЕМИНАЛЬНАЯ НЕВРАЛГИЯ	134
УШИБ	134
ФУРУНКУЛ	135
ЦИСТИТ	135
ШОК	136
ЭНУРЕЗ, ОСТРЫЙ НЕВРОТИЧЕСКИЙ	138
ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК	139
ЯИЧКА ПЕРЕКРУТ	140
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	142
СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ	144

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
ДЭНС - ПОМОЩЬ
ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Атлас-справочник

Под общей редакцией академика Международной академии
фундаментального образования

профессора В.В. Малахова и доцента В.В. Чернышева

Авторы:

Малахов В.В., Чернышев В.В., Власов А.А., Лавруков А.М.,
Умникова М.В., Рубцова О.И., Иванова Н.И., Малахова Я.В.,
Николаева Н.Б., Сафронов А.А.

Корректор: Е. Вакорина
Дизайн, верстка: В. Шелудков

Подписано в печать: 14.10.2004. Формат 60x84 1/16

Бумага офсетная.

Тираж 990 экз. Заказ № **664**

Отпечатано в ООО «РИФ «САНЭД»
624003, г. Арамиль, ул. Ленина, 40



**ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
ДЭНС - ПОМОЩЬ
ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ**

Атлас-справочник

Назначение данного издания - помочь пользователям аппаратов семейства ДЭНАС эффективно справиться с внезапными повреждениями и угрожающими жизни состояниями в течение более или менее кратковременного времени в порядке само- и взаимопомощи при возникновении экстренной ситуации в любое время и в любом местопребывании.

Следует помнить, что приводимый в издании материал ни в коем случае не является исчерпывающим, а сама книга не является пособием для самодиагностики и самолечения.

Диагностика требует квалифицированного подхода, поэтому диагноз всегда должен устанавливать врач.

Книга позволит вам определиться в трудной ситуации и оказать пациентам эффективную первую неотложную помощь до прибытия медиков.