

Тема 3. Наружные кровотечения

Вопросы:

1. Раны и их клиническая характеристика.
2. Первая помощь при кровопотере и травматическом шоке.
3. Учение о повязках.
4. Техника наложения повязок.

Раной называется повреждение тканей, сопровождающееся нарушением целостности покровов кожи или слизистых оболочек.

Все ранения подразделяются на две большие группы:

- проникающие (когда нарушается целостность внутренних оболочек и ранящий предмет попадает в одну из полостей нашего тела - черепа, грудной клетки, живота или суставов);
- непроникающие (все остальные ранения).

По механизму получения травмы, все ранения можно разделить на следующие виды:

- колотые (при малом диаметре наружного отверстия характерна достаточно большая глубина раневого канала);
- резаные (достаточно обширные внешние повреждения при малой глубине раневого канала);
- рубленые (характерно широкое разможнение краёв и обширные внутренние повреждения);
- укушенные (характерно наличие контура (рисунка) зубов) – могут сочетаться со следующим видом –
- рваные (обширные внешние повреждения звёздчатой формы);
- скальпированные (при этом виде ранений кожа с подкожной основой полностью отделяется от подлежащих тканей);
- огнестрельные (в результате воздействия огнестрельного снаряда – пули, дроби, картечи и т.п.), в свою очередь они подразделяются на:
 - слепые (когда имеется только входное отверстие и ранящий снаряд находится в глубине тела);
 - сквозные (имеются входное и выходное отверстия, как правило, выходное отверстие несколько больше входного);
 - касательные (поверхностные повреждения кожного покрова).

По виду ранящего орудия различают раны колотые, резаные, ушибленные, рубленые, рваные, укушенные, огнестрельные раны.

Колотые раны.



Колотая рана возникает при повреждении мягких тканей иглой, шилом, гвоздем, ножом, штыком и другими острыми удлиненными предметами. Такая рана обычно глубокая и слепая, имеет относительно небольшое входное отверстие и может сопровождаться повреждениями кровеносных сосудов и внутренних органов.

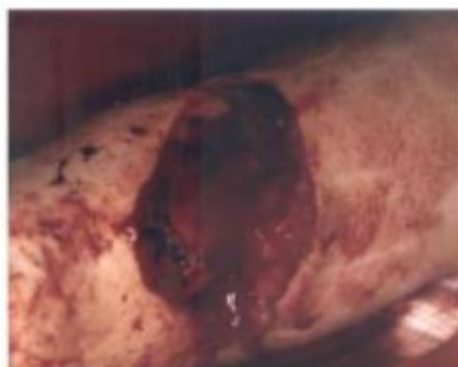
Резаные раны.



Резаные раны наносятся острым предметом, чаще это нож, стекло и др. Эти раны наиболее благоприятны в плане заживления, т. к. количество разрушенных клеток невелико, края раны ровные; она зияет, создавая хорошие условия для оттока содержимого, для обработки раны.

Резаная рана, характеризуется преобладанием длины поврежденного участка над его глубиной, ровными краями, минимальным объемом погибших тканей и реактивных изменений вокруг раны.

Рубленые раны.



Рубленые раны. Рубленые раны наносятся тяжелым острым предметом (сабля, топор). Для них характерно глубокое повреждение тканей, широкое зияние, ушиб и сотрясение окружающих тканей, что снижает их сопротивляемость, осложняет обработку, способствует более частому развитию инфекции.

Она имеет большую глубину и большой объем нежизнеспособных тканей, нежели резаная рана.

Ушибленные раны.

Ушибленные раны возникают под воздействием широкого ранящего оружия большой массы или предмета, обладающего большой скоростью. Форма их неправильная (извилистая, звездчатая), края неровные. Обычно наблюдаются при автотравмах, сдавлении тяжелыми предметами, ударами тяжелыми тупыми предметами. Наличие в ранах большого количества ушибленных омертвевших тканей делает эти раны особенно опасными в отношении инфекции. Разновидностью ушибленных ран являются рваные и рвано-ушибленные раны.

Ушибленная рана и размозженная рана возможны при ударах тупыми предметами, характеризуются раздавливанием и разрывом тканей со значительной зоной первичного, а впоследствии и вторичного травматического некроза с обильным микробным загрязнением поврежденных тканей.

Рваная рана



Рваная рана образуется при таком воздействии механического повреждающего фактора на мягкие ткани, которое превышает их физическую способность к растяжению. Края ее всегда имеют неправильную форму, отмечаются отслойки или отрывы тканей и разрушение тканей.

Скальпированные раны.



Скальпированная рана характеризуется полной или частичной отслойкой кожи с подкожной клетчаткой, а на волосистой части головы почти всех мягких тканей, без существенного их повреждения. Такие раны опасны из-за шока, кровопотери.

Укушенные раны.

Укушенные раны наносят домашние животные (собаки, кошки), редко дикие. Раны разнообразной формы, загрязнены слюной животных. Особенно опасны раны после укусов животных, больных бешенством. Огнестрельная рана - результат воздействия поражающих факторов огнестрельного оружия (осколки, пули, дробь). Она существенно отличается от всех других видов ранений по структуре, характеру местных и общих изменений, течению процессов заживления. Особенно опасны для жизни огнестрельные раны от разрывных пуль и пуль со смещённым центром тяжести. При сквозном огнестрельном ранении образуются входное и выходное отверстия, причем входное всегда меньше выходного. В результате прямого действия осколка или пули возникает раневой канал. В него, особенно при осколочных ранениях, увлекаются обрывки одежды, земля, разрушенные ткани, которые загрязняют рану, что, в случаях обширных размозжений, скоплений крови, повреждения внутренних органов, способствует развитию тяжелых форм гнойных и других осложнений.

Асептические и инфицированные раны.

Раны делятся на асептические, инфицированные и гнойные. Асептические — это чистые раны, все остальные — инфицированные. Если произошла задержка с первичной хирургической обработкой раны (позднее обращение, отсутствие хирурга, транспорта для доставки в больницу), развиваются инфекционные осложнения.

Операционные и травматические раны.

По обстоятельствам нанесения раны делят на хирургические (операционные) и случайные (травматические).

Проникающие раны

По отношению к полостям тела (полости груди, живота, черепа, суставов) различают проникающие и непроникающие раны. Проникающие раны более опасны в связи с возможностью повреждения или вовлечения в воспалительный процесс оболочек полостей и внутренних органов.

В зависимости от анатомического субстрата ранения различают повреждения мягких тканей, кости, крупных сосудов и нервов, сухожилий.

Ранение может осложниться развитием:

- кровотечения с появлением острой анемии;
- шоком;
- раневой инфекции;
- возможностью нарушения целостности жизненно важных органов.

Первая помощь раненым включает срочную остановку кровотечения с помощью давящей повязки, наложение первичной асептической повязки на рану, введение обезболивающих средств, иммобилизацию частей тела при переломах костей, значительных повреждениях мягких тканей, крупных сосудов и нервов. Любая рана должна быть закрыта, т.е. на нее накладывается асептическая по возможности (чистая) повязка. Первичная асептическая повязка оберегает рану от вторичного ее инфицирования, поскольку впитывает и обеспечивает временную задержку попавших в рану инфекционных агентов, токсинов и продуктов распада поврежденной ткани, предупреждает развитие раневой инфекции и шока.



Перед тем как оказывать мероприятия первой помощи при ранении конечностей нужно определить, есть ли кровотечение у пострадавшего. Если при повреждении плеча или бедра задета артерия, то в этом случае смерть может наступить в течение двух минут от потери крови. Определить артериальное кровотечение можно по алому цвету крови и выбиванию ее в

виде фонтанчика. Венозная же кровь бывает темного цвета, и течение ее проходит менее интенсивно. Остановить кровотечение можно с помощью жгута, давящей повязки или тампонады ранения.

Более чем на один час накладывать жгут нельзя, но обычно этого времени хватает, чтобы подроспела квалифицированная помощь или доставить раненого в больницу. Давящую повязку следует накладывать поверх ранения, непосредственно на место кровотечения.

Десмургия (от греч. δεσμός - «связь, повязка» и ἔργον - «дело») - раздел медицины, изучающий правила лечения ран, повязки и методы их наложения.

Повязки бывают различными:

- обыкновенные - защищают от внешних воздействий;
- укрепляющие - удерживающие в ране перевязочный материал и лекарства;
- давящие - создают давление на определенном участке при остановке кровотечения;
- иммобилизирующие - обеспечивают неподвижность поврежденной части тела.

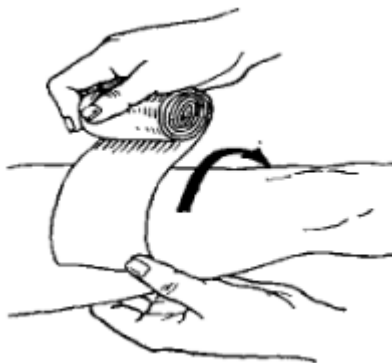
По способу закрепления перевязочного материала выделяют лейкопластырную, клеевую, косыночную, пращевидную, Т-образную, бинтовую, повязку, укрепленную трубчатым бинтом. При оказании доврачебной помощи на догоспитальном этапе чаще всего раны закрывают с помощью индивидуального перевязочного пакета, состоящего из двух ватно-марлевых подушек, прикрепленных к бинту.

Правила наложения индивидуального перевязочного пакета:

- разорвать прорезиненную оболочку по надрезу и снять ее;
- из складки бумажной оболочки вынуть булавку, а саму оболочку снять и выбросить;
- левой рукой взять за конец бинта и развернуть его до скатки;
- взять скатку правой рукой и развернуть пакет;
- руками можно прикасаться только к тем поверхностям ватно-марлевых подушек, которые маркированы цветными нитками;
- наложить ватно-марлевые подушки на рану, укрепить их бинтом, а конец бинта закрепить булавкой.

Правила бинтования:

- придать больному наиболее удобное положение, при котором не усиливается боль;
- во время бинтования следить за выражением лица пострадавшего.
- при наложении стерильной повязки нельзя касаться тех слоев марли, которые будут непосредственно соприкасаться с раной;
- бинтовать следует двумя руками, осуществляя вращение головки бинта вокруг бинтуемой части тела. При этом бинт необходимо разворачивать слева направо.



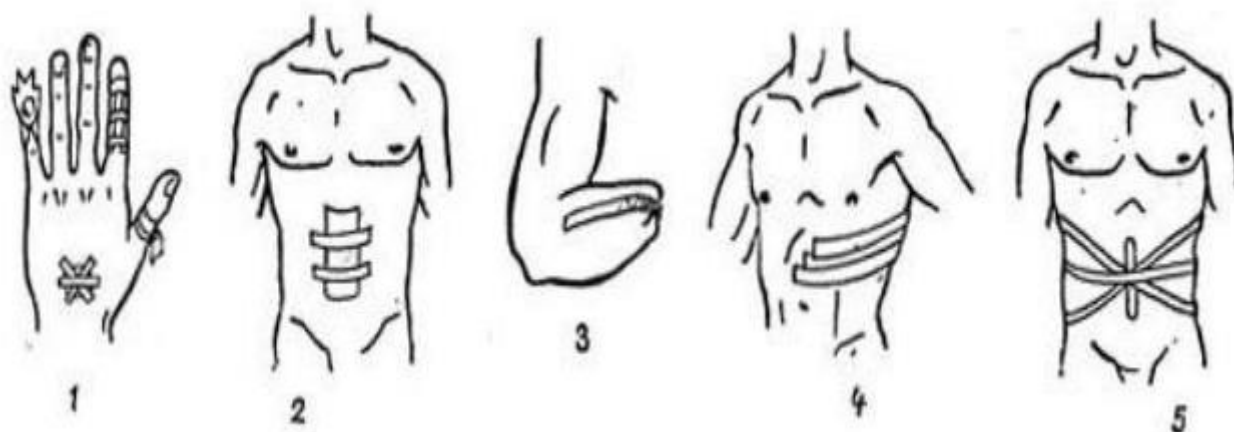
Правильное положение бинта при наложении повязки.

- каждый последующий виток бинта должен закрывать половину или две трети ширины предыдущего;
- бинтуемая часть тела, особенно конечности, должна находиться в том положении, в котором она будет находиться после наложения повязки. Например, повязка, наложенная на коленный сустав в согнутом положении, будет непригодна, если больной после этого начнет ходить;
- завязывать конец бинта или фиксировать его булавкой следует над здоровой частью тела.

Наложённая повязка не должна нарушать кровообращение конечности!

При появлении онемения, усилении болей, увеличении отека или синюшности кожи ниже повязки необходимо расслабить ее или заменить новой.

На кисть и область лучезапястного сустава рекомендуется накладывать восьмиобразную повязку, а при наличии обширных повреждений - возвращающуюся. Повязки на один палец кисти начинают с лучезапястного сустава. Затем бинт проводят по тылу кисти до конца пальца, после чего круговыми витками выходят на основание пальца и далее, через тыл кисти, на предплечье.



Правильность наложения повязки при непредвиденных нештатных обстоятельствах зависит от умения и тренированности. Полезно обрести их в спокойной обыденной обстановке, в порядке само- и взаимопомощи!

Предплечье лучше закрывать спиральной повязкой. Чтобы фиксировать повязку в области плечевого сустава, необходимо витки бинта проводить через грудь.

Техника наложения повязок на верхнюю конечность и грудную клетку:

а - на кисть и лучезапястный сустав (восьмиобразная);

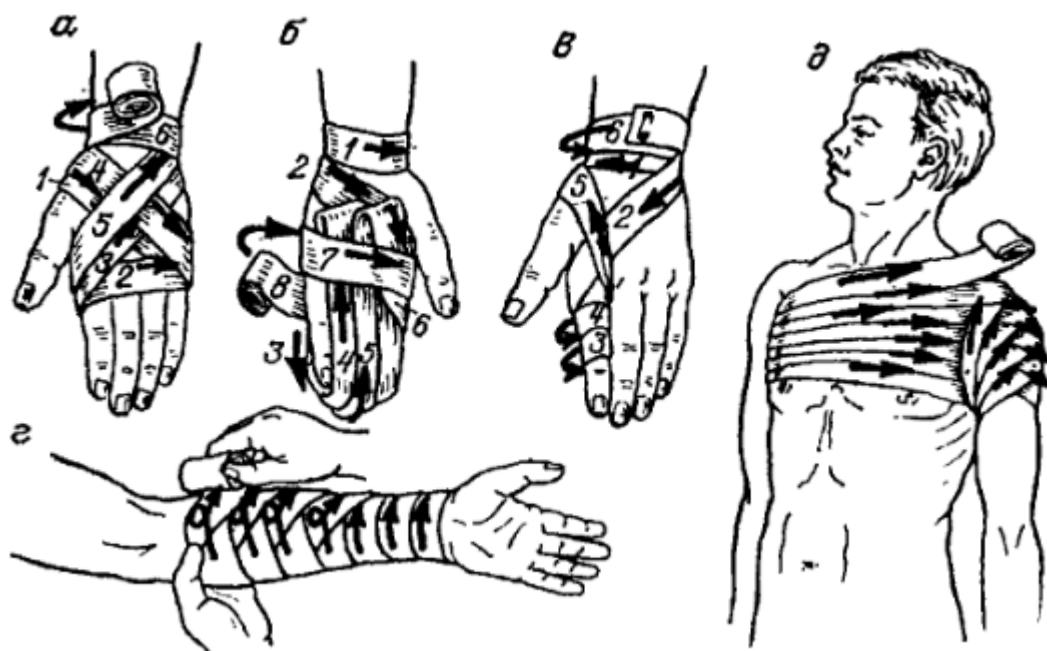
б - возвращающаяся на кисть;

в - на второй палец;

г - спиральная с перегибами на предплечье;

д - колосовидная на плечевой сустав и грудную клетку.

На стопе отдельно бинтуют только один палец. Повязку начинают с укрепления бинта у лодыжек. Далее бинт проводится по тылу стопы до конца пальца, после чего по спирали перемещается до основания пальца, а затем, через межпальцевой промежуток на тыл стопы с фиксацией в области голеностопного сустава.



На коленный сустав лучше всего накладывать расходящуюся повязку.

