

- ▶ ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России
- ▶ Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом
ПО
- ▶ Зав.кафедрой: д.м.н. проф. Шнякин П.Г

КРОВОТЕЧЕНИЯ

*Клинический ординатор:
Шарафетдинов А. И.*

КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Артериальные
- Венозные
- Капиллярные
- Паренхиматозное
- Смешанное



АРТЕРИАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ.

- Кровь выбрасывается струей, часто толчкообразно (пульсирует)
- цвет ее ярко-красный
- ***Артериальное наружное кровотечение наиболее значительное и быстро приводит к острому малокровию:***
- Бледность,
- Частый и малый пульс
- Прогрессирующее снижение артериального давления
- Головокружение
- Потемнение в глазах
- Тошнота, рвота
- Обморок



ВЕНОЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

- кровь имеет темную окраску
- льется непрерывно и равномерно
- при наружном венозном кровотечении характерно медленное вытекание крови.



при ранении крупных вен с повышенным внутривенозным давлением, чаще вследствие затруднения оттока, кровь может вытекать струей, но она обычно не пульсирует.

В редких случаях возможна легкая пульсация, обусловленная передачей пульсовой волны с артерии, проходящей рядом с поврежденной веной.

Ранение крупных вен опасно развитием воздушной эмболии мозговых сосудов или сосудов сердца: в момент вдоха в этих венах возникает отрицательное давление.



Капиллярное кровотечение

Отдельных кровотокающих сосудов не видно, кровь сочится, как из губки.

По окраске стоит на грани между артериальной и венозной.

Капиллярное кровотечение быстро останавливается самостоятельно и имеет значение лишь при пониженной свертываемости крови (гемофилия, заболевания печени, сепсис).



Паренхиматозное кровотечение

- Особенно опасно, его остановить бывает очень трудно. Кровоточит вся раневая поверхность вследствие обилия кровеносных сосудов во внутренних органах.
- Кровотечение при смешанном ранении мелких артерий, вен, капилляров внутренних паренхиматозных органов (печени, селезенки, легких, почек) может быть очень обильным и продолжительным.

Помощь: до приезда "скорой помощи" нужно осторожно уложить пострадавшего, тепло укрыть, дать попить теплой подсоленной воды.



- Без медицинской помощи кровотечение может закончиться самопроизвольной остановкой или обескровливанием и смертью от анемии мозга и нарушения сердечно-сосудистой деятельности.

Для поддержания необходимого уровня кровоснабжения жизненно важных органов в организме развивается сложный механизм адаптации, включающий в себя:

- 1) спазм сосудов;
- 2) учащение сердечной деятельности и дыхания;
- 3) увеличение объема циркулирующей крови за счет привлечения ее из депо и тканевой жидкости



МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

- Приподнять конечность, максимально согнуть в суставе и сдавить проходящие в данной области сосуды (пальцевое прижатие, давящая повязка, наложение жгута, а также зажимов на кровоточащий сосуд в ране).
- Существующие методы имеют положительные и отрицательные стороны и используются изолированно или в комбинации (например, давящая повязка и приподнятое положение конечности).



ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИЙ

Таблица 6.5. Точки для пальцевого прижатия артериальных стволов при наружных кровотечениях

Локализация кровотечения	Артерия	Расположение точек для пальцевого прижатия
Голова и шея	1. Общая сонная	У внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы к сонному бугорку поперечного отростка VI шейного позвонка
	2. Наружная челюстная	К нижнему краю нижней челюсти на границе задней и средней третей
	3. Височная	К височной кости спереди и выше козелка уха
Верхние конечности	4. Подключичная	К I ребру в надключичной области, снаружи от места прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы
Верхние конечности	5. Подмышечная	К головке плечевой кости в подмышечной ямке
	6. Плечевая	К плечевой кости в верхней трети внутренней поверхности плеча, у края двуглавой мышцы
	7. Локтевая	К локтевой кости в верхней трети внутренней поверхности предплечья
Нижние конечности	8. Бедренная	Ниже середины пупартовой связки к нижней ветви лобковой кости
	9. Подколенная	По центру подколенной ямки к бедренной кости
	10. Артерия тыла стопы	На середине расстояния между наружной и внутренней лодыжками, ниже голеностопного сустава
	11. Задняя большеберцовая	К задней поверхности медиальной лодыжки
Область таза, маточные кровотечения	12. Брюшная часть аорты	Кулаком к позвоночнику слева на уровне пупка

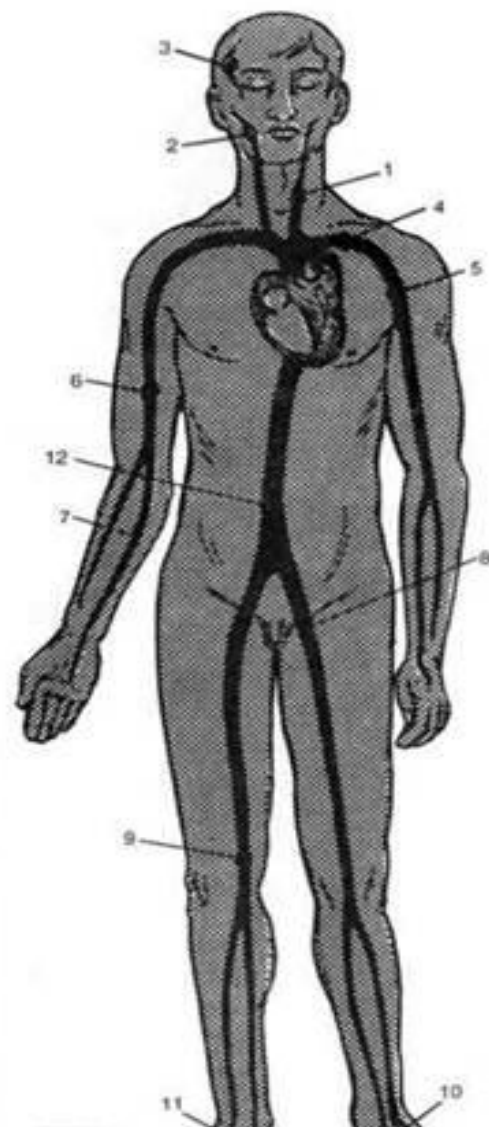


Рис. 6.1. Точки для пальцевого прижатия артерий (объяснение в тексте).



височной



наружной
челюстной



сонной



подключичной



подмышечной



плечевой



лучевой



ОСТАНОВКА
АРТЕРИАЛЬНОГО
КРОВОТЕЧЕНИЯ
ПУТЕМ
ПАЛЬЦЕВОГО
ПРИЖАТИЯ
АРТЕРИЙ



локтевой



брюшной аорты



бедренной



подколенной



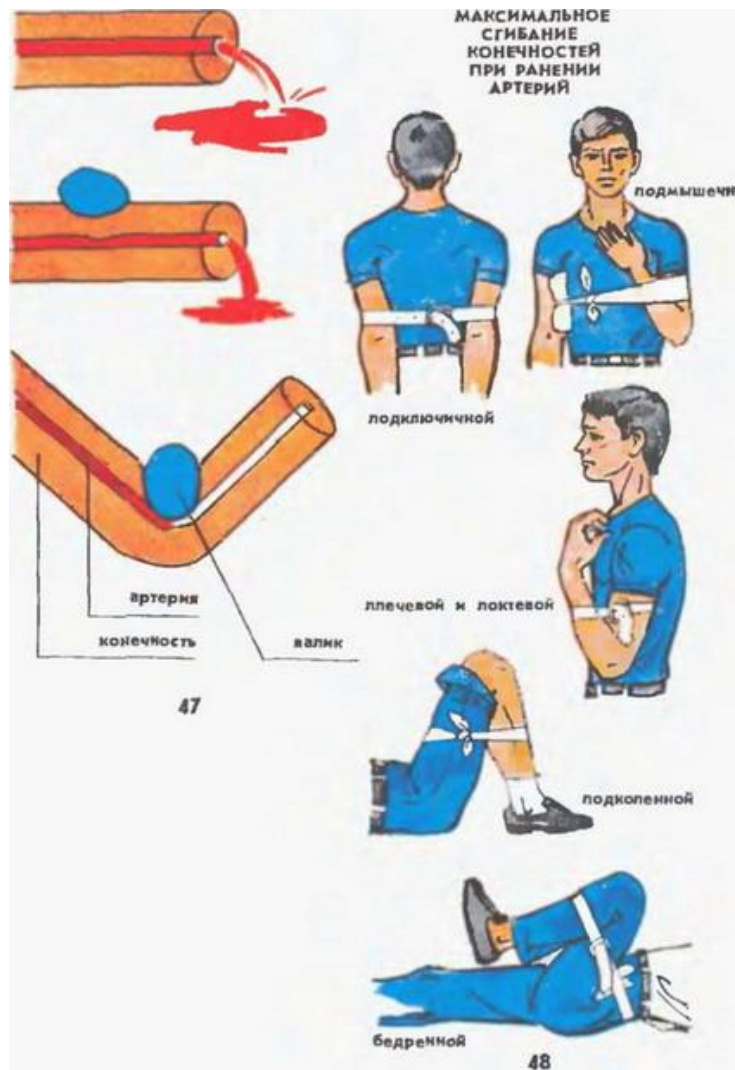
тыла стопы



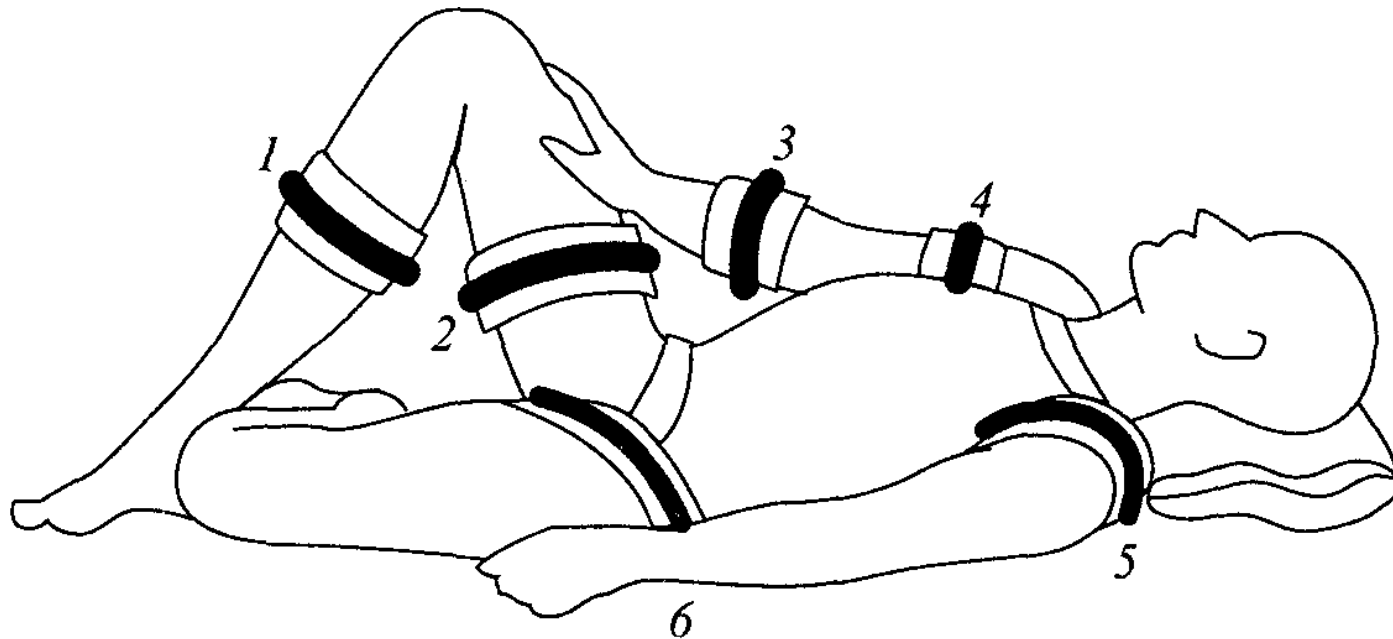
задней
большеберцовой



МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ



НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА



Жгут Эсмарха представляет собой крепкую резиновую трубку длиной до 1,5 м, на одном конце которой укреплена металлическая цепочка, а на другом - крючок.

Резиновый бинт меньше травмирует ткани, чем резиновая трубка.



НЕДОСТАТКИ НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА:

1. Сдавление не только артерий, но и нервных стволов, что может привести к парезу.
 - Для уменьшения неблагоприятного действия рекомендуется через один час распустить жгут на несколько минут (если кровотечение не возобновится) и затем снова его затянуть. Это улучшает питание тканей и повышает их сопротивляемость, что особенно важно при транспортировке пострадавших в холодное время года (особенно зимой).
2. Прекращение кровообращения в тканях снижает их сопротивляемость инфекции и создает благоприятную почву для развития анаэробной гангрены.
3. Нельзя оставлять жгут на конечности более 2 часов ввиду опасности омертвения. Поэтому сопровождающему больного должно быть сообщено время наложения жгута.

