

ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

В.А. Шаповалова, канд. мед. наук, **В.Е. Косачев**, канд. мед. наук
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
E-mail: shapo-viktoriya@mail.ru

Рассматриваются приемы и особенности оказания первой помощи при кровотечениях в условиях чрезвычайных ситуаций.

Ключевые слова: первая помощь, кровотечения, виды кровотечений, пальцевое прижатие, давящая повязка, максимальное сгибание конечности, кровоостанавливающий жгут.



Поражающие факторы чрезвычайных ситуаций (ЧС) как природного, так и техногенного характера являются причиной многообразных травм, ранений, большинство которых сопровождаются кровотечениями разных видов и интенсивности. Наиболее опасны для жизни артериальные, венозные кровотечения из магистральных сосудов, а также внутренние кровотечения при травмах селезенки, печени, грудной клетки, живота. Они вызывают острую, массивную кровопотерю, существенно снижающую объем циркулирующей крови (ОЦК) [1, 3].

В норме у человека ОЦК – около 4,5–5,5 л. При кровотечении из крупных сосудов человек теряет около 150 мл крови в 1 мин. За 10 мин кровопотеря составит 1,5–2,0 л, причем этого достаточно для развития травматического шока, а в дальнейшем, если кровотечение не будет остановлено, – для летального исхода.

Из сказанного следуют, по меньшей мере, 2 вывода: первый – надо уметь диагностировать величину кровопотери; второй – нельзя медлить с остановкой кровотечения, т.е. необходимо своевременно оказать пострадавшему первую помощь, не дожидаясь прибытия спасателей, бригад скорой медицинской помощи.

Принято классифицировать все кровотечения по двум признакам:

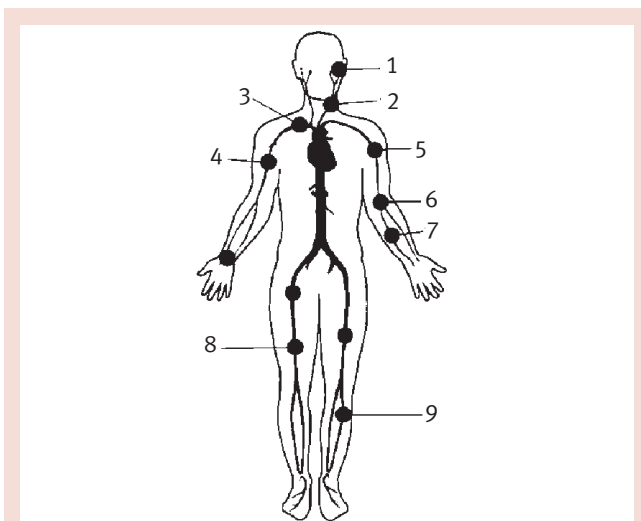
- внутреннее и наружное кровотечение; при внутреннем кровотечении кровь после травмы скапливается в полостях и тканях тела, при наружном она вытекает из ран и естественных отверстий тела;
- артериальное, венозное, капиллярное, паренхиматозное кровотечение; в большинстве руководств по первой помощи даются их описания; артериальное кровотечение характеризуется алой, пульсирующей струей крови, выбрасываемой из раны «фонтаном»; венозное кровотечение определяют как кровотечение, при котором темная (или вишневого цвета) кровь стекает с краев раны; капиллярное кровотечение является менее массивным и возникает при множественном повреждении мельчайших сосудов кожи; его, как правило, относят к незначительным.

Однако на практике не все так однозначно, причем неоднозначность касается не только ОЦК, но и вида кровотечения.

Дело в том, что люди, попавшие в ЧС, находятся в одежде, и пульсирующая струя крови или кровь, вытекающая из раны, под одеждой часто не видна. Определить количество потерянной человеком крови также довольно сложно даже для медицинских работников, не говоря уже об очевидцах, которые нередко оказывают первую помощь.

Приступая к оказанию помощи пострадавшему, следует быстро определить наличие или отсутствие у него кровопотери. Для этого существуют общие признаки: наличие раны или закрытой травмы; видимое кровотечение, кровоподтеки; наличие крови на одежде, земле; бледная, прохладная, липкая кожа; жажда, частый слабый пульс, поверхностное дыхание. При внутреннем кровотечении к этим симптомам добавляются: защита живота (положение эмбриона); подтягивание коленей к животу; дискомфорт или боль в животе; видимое увеличение живота; тошнота, рвота.

По каким же признакам можно определить объем кровопотери при наружном кровотечении, если пострадавший одет. Прежде всего необходимо



Типичные места прижатия кровеносных сосудов [4]; 1 – височная артерия; 2 – общая сонная артерия; 3 – подключичная артерия; 4 – подмышечная артерия; 5 – плечевая артерия; 6 – локтевая артерия; 7 – лучевая артерия; 8 – бедренная артерия; 9 – передняя большеберцовая артерия

обратить внимание на растекающуюся по земле кровь. Если диаметр лужи крови – около 1 м, кровопотеря примерно составляет 1 л. Далее надо посмотреть на одежду пострадавшего. Если одежда пропитана кровью и выглядит как «вафельное полотенце», пострадавший, скорее всего, потерял около 800 мл крови. Определенное представление о величине кровопотери может дать характер травмы. Так, при гемотораксе (скопление крови в грудной полости) кровопотеря составляет около 1,5–2,0 л, при травме живота – до 2 л, при переломе позвоночника – до 1,5 л, при скальпированной ране размером в ладонь – 500 мл [4].

От величины кровопотери во много зависит развитие шока. Следует помнить, что при травме истиной причиной развития шока является не боль, а величина кровопотери. Шок – грозное осложнение, нередко он приводит к гибели пострадавшего. Вот основные его симптомы: бледность и синюшность кожи; спавшиеся вены; беспокойство; нарушение сознания вплоть до его отсутствия; озноб, холодный липкий пот; снижение артериального давления; пульс становится частым, едва прощупывается.

Принято выделять 3 степени шока: I (20% ОЦК, около 1 л); II степень (30% ОЦК, около 1,5 л); III степень (40% ОЦК, 2 л). Кровопотеря более 40% несовместима с жизнью[2].

Поэтому временная, максимально быстрая и эффективная остановка кровотечения при оказании первой помощи в зоне ЧС – крайне важная задача. При первой помощи проводится только временная остановка кровотечения, окончательная возможна лишь в лечебной организации.

Из способов временной остановки кровотечения применяются:

- пальцевое прижатие кровоточащего сосуда;
- прямое давление на рану;
- максимальное сгибание конечностей;
- давящая повязка;
- тугое бинтование раны;
- наложение табельного или импровизированного (из подручных средств) жгута.

Начинать следует с пальцевого прижатия кровоточащего сосуда, которое позволяет максимально быстро остановить кровотечение. Затем следует позаботиться о более длительной остановке кровотечения; принимаемые меры – от максимального сгибания конечности до наложения кровоостанавливающего жгута. Говоря о кровоостанавливающем жгуте следует помнить, что эта процедура весьма травматична и применять ее надо только в крайних случаях.

Для выполнения пальцевого прижатия сосуда необходимо знать типичные места прижатия (см. рисунок).

Артерию прижимают пальцем или кулаком к находящейся под ней кости. При правильном выполнении приема кровотечение быстро и эффективно останавливается. Однако следует учесть, что силы пальцевого прижатия обычно хватает минут на 10.

Нередко бывает, что оказывающий первую помощь очевидец из-за волнения забывает точки прижатия. Тогда рекомендуется простой способ остановки кровотечения – прямое давление на рану. Противопоказанием для данного приема является перелом кости.

Часто при остановке кровотечения из сосудов предплечья, голени, бедра помогает довольно простой прием – максимальное сгибание конечности в локтевом, коленном, тазобедренном суставе.

Давящая повязка обычно применяется при остановке венозных и не сильных артериальных кровотечений. Надо закрыть рану стерильной салфеткой, положить поверх салфетки туго скрученный тампон, с силой вдавить его в рану, контролируя остановку кровотечения, и держать так около 10 мин, после чего прибинтовать тампон к конечности и выполнить ее иммобилизацию.

Тугое бинтование применяют при венозных и капиллярных кровотечениях.

Универсальным приемом остановки кровотечения из поврежденных сосудов конечностей считается наложение кровоостанавливающего жгута. Используют либо табельный жгут, либо подручные средства. В качестве табельного средства, как правило, применяют классический кровоостанавливающий жгут Эсмарха (прочная резиновая лента длиной 140 см, шириной 2,5 см и толщиной не

менее 2 мм). В качестве подручных средств можно использовать брючный ремень, галстук или другую ткань, скрученную в виде полосы шириной 2–3 см. Нельзя применять проволоку, другие тонкие материалы из-за опасности серьезного повреждения кожи и подлежащих тканей.

При наложении кровоостанавливающего жгута необходимо строго выполнять существующие правила. Это – весьма болезненная и травматичная процедура, неправильно наложенный жгут сам по себе представляет серьезную опасность. К данному приему следует прибегать только в крайнем случае, при очень сильных кровотечениях, которые не удается остановить иначе.

На место наложения жгута (выше раны на 5–7 см), чтобы не прищемить кожу, предварительно укладывают плотную ткань или несколько слоев бинта. Жгут с силой растягивают и накладывают на конечность таким образом, чтобы остановить кровотечение первым витком (самым тугим). Остальные витки накладывают с меньшей силой вплотную друг к другу. После наложения жгута его надо зафиксировать и обязательно отметить время наложения. Следует помнить, что жгут не должен пережимать сосуд более 1 ч [3]. За это время пострадавший должен получить медицинскую помощь. Если помощь невозможна, для предотвращения развития гангрены конечности через 1 ч следует на 10 мин ослабить жгут для восстановления кровотока. При этом необходимо пальцем прижать кровоточащий сосуд. Повторно жгут накладывают несколько выше прежнего места.

При оказании первой помощи пострадавшему в ЧС необходимо учитывать не только общие правила остановки кровотечений, но и особенности кровотечений из разных анатомических областей. При ранении шеи уже через несколько секунд могут произойти потеря сознания, воздушная эмболия и наступление смерти. Поэтому быстрота остановки такого кровотечения имеет первостепенное значение. Необходимо прижать рану

пальцем или через ткань воротника пострадавшего, свободной рукой достать из аптечки скатку бинта и подложить его под палец для герметизации раны, жгут наложить на бинт и провести до подмышечной области, где и зафиксировать. Давящая повязка и жгут способствуют остановке кровотечения

При носовом кровотечении кровь изливается не только наружу через носовые отверстия, но и в глотку, полость рта. Пострадавшего необходимо усадить, наклонить его голову так, чтобы кровь вытекала наружу и не попадала в глотку. На переносицу кладут кусочек льда или платок, смоченный холодной водой, и пальцами прижимают крылья носа к носовой перегородке. После остановки кровотечения пострадавшему предлагают прополоскать рот водой и выпить стакан холодной воды. Если носовое кровотечение продолжается более 30–40 мин, следует вызвать скорую помощь. Запрещено вкладывать в полость носа вату.

Литература

1. Косачев В.Е. Первая помощь при детском травматизме. Медицинская сестра. 2016; 1: 9–11.
2. Кузнецова Н.В., Орлова Т.Н., Скребушевская А.А. Теория сестринского дела и медицина катастроф. Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 352 с.
3. Левчук И.П., Третьяков Н.В. Медицина катастроф. Курс лекций. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
4. Первая помощь. Учебник для водителей. М., 2009. – 176 с.

FIRST AID FOR BLEEDING IN EMERGENCY SITUATIONS

V.A. Shapovalova, Cand. Med. Sci.; V.E. Kosachev, Cand. Med. Sci.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper considers the techniques and specific features of first aid to victims of emergency bleeding.

Key words: first aid, bleeding, types of bleeding, digital occlusion, pressure bandage, maximal limb flexion, arresting bleeding tourniquet, shock.