

VIP

Врач и Пациент

Very Important Patient



ных могут наблюдаться высокая температура, кровотечения, боли в костях, трудно поддающиеся лечению инфекции, лейкозные поражения кожи.

Лечение

По словам доктора медицинских наук, сотрудника Гематологического научного центра Минздрава России О.Ю.Виноградовой, за последние 13 лет в медицине произошел огромный рывок в лечении ХМЛ: появились препараты, воздействующие непосредственно на мутировавший в результате заболевания ген. Сегодня основной метод лечения – это антитирозинкиназная терапия, которая блокирует патологический белок, и заболевание дальше не развивается. Благодаря современной терапии у подавляющего большинства пациентов в хронической фазе наблюдается стойкая длительная ремиссия. И если раньше средняя продолжительность жизни после постановки диагноза в среднем составляла от 3 до 5 лет, сегодня живы очень многие пациенты, которым начали терапию 12 лет назад, среди них есть больные, страдающие ХМЛ более 20 лет. Благодаря тому, что проводятся научные разработки новых препаратов с различным механизмом действия, есть надежда, что в будущем можно полностью излечивать всех пациентов с диагнозом ХМЛ.

Травматические повреждения: основы оказания первой помощи при ранениях

Травматические повреждения занимают второе место в структуре летальности и третье – среди всех причин нетрудоспособности. При этом более 50% всех повреждений составляет бытовая травма, около 40% – дорожно-транспортная и около 5% – производственная. Первая помощь на месте происшествия является не только неотъемлемым звеном в цепочке лечения, но и, оказанная грамотно, она является фундаментом сохранения жизни пострадавшего, быстрого заживления, предотвращения многих возможных осложнений и скорейшей социальной адаптации после травмы. Особое место первая помощь в порядке само- и взаимопомощи занимает при травмах в результате массовых катастроф, когда число пострадавших в несколько раз превышает возможности медицинского персонала.

В понятие травмы заключают нарушение целостности функций тканей и органов в результате воздействия внешних факторов (механических, термических, химических, электрического тока, радиационных). К наиболее частым травматическим повреждениям относят ранения, ушибы, вывихи, переломы, ожоги, отморожения, электротравмы.

Раной называют любое повреждение с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек. При этом воз-

можны как поверхностные повреждения (кожи, слизистых), так и глубже лежащих структур (мышцы, нервы, сосуды, полости и внутренние органы, кости).

По характеру нанесения раны делят на: случайные (бытовые, производственные, транспортные, при стихийных бедствиях), преднамеренные (операционные) и военные. Все случайные раны являются первично инфицированными – загрязненными микроорганизмами окружающей среды, ранящего предмета и кожных покровов. **По виду ранящего оружия** выделяют *резаные, колотые, рубленые, рваные, ушибленные, разможенные, укушенные, огнестрельные, отравленные, зараженные и смешанные* (колото-резаные, рвано-укушенные и т.д.) раны. **По отношению раны к полостям тела** – проникающие ранения, т.е. дном раны является полость или расположенные в этой полости внутренние органы, и непроникающие (раневой канал слепо заканчивается в мягких тканях). К осложненным относят раны с повреждением сосудов, нервов, костей, сухожилий, внутренних органов, с развитием шока, с развитием массивного кровотечения и т.д.

Выраженность основных клинических проявлений ран зависит от локализации, глубины и обширности раны, а также наличия повреждения сосудов, нервов и внутренних органов:

VIP

Врач и Пациент

Very Important Patient



1. Боль – защитная реакция организма на травму в результате повреждения рецепторов и нервных окончаний. Наиболее болезненны ранения кожи пальцев, брюшины, плевры, надкостницы.

2. Второй основной признак раны – зияние, т.е. расхождение краев раны. Выраженность его зависит от расположения длины раны относительно эластических волокон кожи. При поперечном расположении раны зияние наиболее выражено.

3. Кровотечение, т.е. истечение крови из просвета кровеносного сосуда в результате его повреждения или нарушения проницаемости его стенки, является обязательным и наиболее опасным признаком раны. Без своевременной помощи даже при незначительном внешне ранении, но активном кровотечении может быстро наступить летальный исход. Поэтому оказание первой помощи пострадавшим всегда начинают с остановки кровотечения.

Таким образом, основные задачи оказания первой помощи заключаются в скорейшей ликвидации жизнеугрожающих осложнений ранения (кровотечение, шок) и предотвращении дальнейшего загрязнения раневой поверхности. При этом используются как табельные средства, входящие в состав специальных аптечек первой помощи, так и подручные материалы (пояс в качестве жгута, полоски ткани и др.). Если ранение наступило в результате дорожно-транспортного происшествия, эвакуация из транспортного средства пострадавшего при артериальном кровотечении возможна только после пальцевого прижатия сосуда или наложения жгута поверх одежды. Надо помнить, что жгут накладывают только поверх одежды или марлевой повязки на время не дольше 1 ч, под жгутом оставляют записку с указанием времени наложения. Если после наложения жгута конечность отекает и синее – жгут наложен неправильно, необходимо снять жгут и наложить заново. При небольших кровотечениях их остановка производится наложением давящей повязки. Пострадавшему дают теплое питье и обеспечивают наблюдение до прибытия медперсонала.

После остановки кровотечения проводится обработка кожных покровов вокруг раны антисептическими растворами (например, 5% настойкой йода, бриллиантовым зеленым, мирамистином) и укрытие раны стерильной повязкой. При наложении повязки не следует касаться руками слоев марли, которые будут прилегать к раневой поверхности. При ранениях груди производят герметизацию раны (специальной стерильной воздухопроницаемой оболочкой от индивидуального перевязочного пакета или любыми подручными материалами, например полиэтиленовым пакетом и т.д.) для предотвращения попадания воздуха в плевральную полость и развития острой дыхательной и сердечной недостаточности. При проникающих ранениях брюшной стенки с выпадением внутренних органов (пряжи большого сальника, петли кишки) повязку накладывают сверху, не вправляя выпавший орган в брюшную полость. На область раны прикладывают холод, при выраженном болевом синдроме можно применять нестероидные про-

тивовоспалительные препараты (например, кетопрофен, ибупрофен и др.). Пострадавшие с проникающими повреждениями грудной и брюшной полостей подлежат экстренной первоочередной транспортировке в стационар.

Необходимо помнить, что удалять инородные предметы, залегающие глубоко в ране, не следует, так как это может привести к дополнительной травматизации, увеличить кровотечение или вызвать болевой шок. Также нельзя промывать саму рану спиртовыми растворами. Для обработки раневой поверхности лучше всего подходят водные растворы антисептиков, например фурацилина, мирамистина и др. На небольшие поверхностные раны и ссадины после обработки антисептическими растворами можно накладывать специализированные раневые бактерицидные повязки и лейкопластыри, обеспечивающие хорошую защиту раневой поверхности и адаптацию краев для лучшего заживления (например, Активтекс с хлоргексидином и лидокаином, Коллахит, Унипласт и др.).

Обработка укушенных ран заключается в дезинфекции раны (немедленное и тщательное промывание водой в течение 10–15 мин с мылом, моющим средством, повидон-йодом или другими антисептическими веществами, убивающими вирус бешенства) и скорейшей госпитализации для хирургической обработки раны и выполнения специфической профилактики (вакцинация и введение антирабического иммуноглобулина).



Наложение стерильной салфетки на рану

М.В. Костюченко

Кафедра медицины катастроф ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва