

КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ – СРЕДСТВО СПАСЕНИЯ ИЛИ УГРОЗА ДЛЯ ЖИЗНИ ! ?

Фокин Ю.Н, Зуев В.К.

ФГУ «Центральный военный клинический госпиталь

им. А.А.Вишневого Минобороны России»,

Государственный институт усовершенствования

врачей Минобороны России.

Россия, г. Красногорск.

Кровоостанавливающий жгут, наложенный по абсолютным показателям, является средством спасения раненого. С другой стороны, его применение создает угрозу потери конечности, а в ряде случаев и жизни раненого. Применение кровоостанавливающего жгута необходимо и оправдано только тогда, когда невозможно достичь временного гемостаза более простым и безопасным методом.

Ключевые слова: ранения, кровотечения, кровоостанавливающий жгут, осложнения.

Временная остановка наружного кровотечения в порядке само- и взаимопомощи известна с глубокой древности. Установить факт, кому принадлежит приоритет применения кровоостанавливающего жгута не представляется возможным.

В 1973 году Ф.Эсмарх на II-м Международном конгрессе хирургов предложил кровоостанавливающий жгут из резиновой трубки. В Великой Отечественной войне (1941-1945 г.г.). Основным методом остановки наружного кровотечения оставался кровоостанавливающий жгут – 65,7% [2]. В 50% случаях кровотечение было остановлено жгутом во время войны в Афганистане [1]. Во время боевых действий на Северном Кавказе (1994-2002 г.г.) в общей структуре непосредственных причин

смерти на поле боя массивные кровотечения составили 40,9%, что позволило выделить группу «потенциально спасаемых раненых» [6]. Следует подчеркнуть, что у 4,4% погибших на месте получения травмы отмечались нетяжёлые повреждения, чаще всего дистальных отделов конечностей.

Проведён анализ результатов оказания медицинской помощи у 104 раненых с повреждениями магистральных сосудов, которые поступили в госпитали первого эшелона специализированной медицинской помощи. В том числе травмы магистральных сосудов верхних конечностей диагностированы в 31,7% случаях, нижних конечностей – в 63,5%. Повреждения магистральных вен в сочетании с ранениями артерий отмечены у 21 (20,2%) пострадавшего.

По данным медицинской документации кровотечение было остановлено: кровоостанавливающим жгутом – 44 (42,3%) раненых (табельным – 81,8% и импровизированным – 18,2% соответственно); наложением тугей повязки – 28 (26,9%); самопроизвольная остановка кровотечения – 23 (22,1%); поступили с продолжающимся кровотечением – 9 (8,7%). При этом из 44 случаев первичного использования жгута у половины раненых жгут был снят на последующих этапах медицинской эвакуации после которого были применены менее травматичные методы остановки кровотечения (тугое тампонирование раны, лигирование сосуда).

У 24 раненых, которые поступили на этап специализированной помощи жгут был оставлен из-за наступившей необратимой ишемии конечности.

Другие технические средства временной остановки наружного кровотечения (большие атравматические иглы для прошивания магистрального кровоточащего сосуда через кожу, металлические конструкции с винтовым сдавлением сосуда через входное и выходное отверстие раны и др.) на практике не использовались. Известно, что результаты лечения раненых зависят от сроков доставки раненого на этап медицинской эвакуации. При поступлении раненых от 3-х до 6-ти часов от момента получения ранения частота ампутации конечности достигала 4,2%. Этот показатель возрастал до 50% при поступлении раненых в более поздние сроки.

Таким образом, наложение жгута, как средства временной остановки

наружного кровотечения является ответственным решением и требует чётких показаний [4]. Жгут должен применяться только по абсолютным показаниям: отрывы и разрушение конечностей; артериальное кровотечение из ран выше коленного и локтевого суставов, которое не остановлено давящей повязкой.

При наложении жгута необходимо соблюдать ряд правил: жгут накладывается как можно ближе к краю раны на приподнятую конечность, защищённую одеждой или специально подложенным материалом; сдавление жгутом должно быть достаточным, но не чрезмерным (кровотечение остановлено, и не определяется пульс на периферических артериях); на рану накладывается асептическая повязка (индивидуальный перевязочный пакет), не закрывая жгута, вводятся анальгетики из аптечки индивидуальной; конечность со жгутом необходимо обязательно иммобилизовать, а в холодное время года утеплить; при благоприятных условиях через каждые полчаса жгут следует расслаблять, применяя на это время пальцевое прижатие магистральной артерии в типичном месте; в сопроводительных медицинских документах необходимо указывать точное время наложения (расслабления) жгута; в холодное время года (при температуре воздуха ниже 0°C) кровоостанавливающий жгут накладывается не более, чем на 1,5 часа, при плюсовой температуре воздуха – на 2 часа; раненые с временно остановленным кровотечением в первую очередь подлежат эвакуации воздушным транспортом в сопровождении санинструктора (фельдшера) в госпиталь, где оказывается неотложная специализированная хирургическая помощь; при осмотре раненого медицинским работником необходимо проводить контроль жгута, т.е. проверять целесообразность и качество его наложения.

Вывод. Кровоостанавливающий жгут, наложенный по абсолютным показаниям, является средством спасения раненого. С другой стороны, его применение создаёт реальную угрозу потери конечности, а в ряде случаев и жизни раненого. Применение кровоостанавливающего жгута необходимо и оправдано только тогда, когда невозможно достичь временного гемостаза более простым и безопасным методом.

Литература

1. Ефименко Н.А., Зуев В.К., Самохвалов И.М., Ахадов А.М., Фокин Ю.Н., Сулима А.С., Сименив С.Я. Кровоостанавливающий жгут и результаты лечения огнестрельных ранений магистральных сосудов в вооружённом конфликте // Тезисы научно-практической конференции «Стратегия и тактика хирургической, терапевтической и анестезиологической помощи раненым и больным в условиях локальных военных конфликтов» – Москва, 2000. – С.56-58.
2. Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг., т.19., Огнестрельные ранения и повреждения сосудов / Москва, Медгиз. – 1955. – 462с.
3. Самохвалов И. М. Проблемы оказания хирургической помощи раненым с повреждениями кровеносных сосудов в вооружённых конфликтах // Тезисы научно-практической конференции «Стратегия и тактика хирургической, терапевтической и анестезиологической помощи раненым и больным в условиях локальных военных конфликтов» – Москва, 2000. – С.52-53.
4. Указания по военно-полевой хирургии / Под редакцией Брюсова П.Г., Ефименко Н.Л. - Москва, 1999. - 138с.
5. Филатов В. В., Коротченко В.С. Патологоанатомический профиль боя в локальном вооружённом конфликте // Тезисы научно-практической конференции «Стратегия и тактика хирургической, терапевтической и анестезиологической помощи раненым и больным в условиях локальных военных конфликтов» - Москва, 2000. – С.209-210.

КРОВОСПИННИЙ ДЖГУТ – ЗАСІБ ПОРЯТУНКУ ЧИ ЗАГРОЗА ЖИТТЮ?

Фокин Ю.Н., Зуев В.К.

Кровоспинний джгут, накладений за абсолютними показами, є засобом порятунку пораненого. З іншого боку, його застосування створює загрозу втрати кінцівки, а в ряді випадків і життя пораненого. Застосування кровоспинного джгута є необхідним і оправданим тільки тоді, коли неможливо досягти тимчасового

гемостазу більш простим і безпечним методом.

Ключові слова: поранення, кровотечі, кровоспинний джгут, ускладнення.

STYPTIC TOURNIQUET – IS IT LIFE SAVING MEAN OR THREAT FOR THE LIFE!?

Yu.N. Fokin, V.K. Zuyev

Styptic tourniquet, applied according to absolute indications is the mean of saving the life of a wounded person. From the other side its use creates real threat of the extremity loss, and in certain cases – the threat for the life. The use of a styptic tourniquet is justified only, when it is impossible to achieve temporary hemostasis with the help of more simple and safe method.

Key words: injuries, bleeding, styptic tourniquet, complication.