

Кровотечение.

Гемостаз.



Кровотечение

- **Кровотечение** - выхождение крови из поврежденного кровеносного сосуда в ткани, полости организма или внешнюю среду.
- Кровь может истекать из кровеносных сосудов внутрь организма или наружу, либо из естественных отверстий, таких как влагалище, рот, нос, анальное отверстие, либо через повреждение кожи.
- От скорости и правильности оказания медицинской помощи зависит жизнь больного. Средний медработник должен в совершенстве владеть техникой остановки кровотечения /гемостазом/.

Патогенез кровопотери

- Основным звеном патогенеза расстройства функций организма при кровопотере являются уменьшение **ОЦК** и наступающая *гипоксемия* с последующей *гипоксией* органов и тканей.
- **Гипоксемия** обуславливает развитие как компенсаторно - приспособительных реакций, так и патологических изменений.
- **ОЦК** – объём циркулирующей крови

Патогенез кровопотери.

- **Гипоксемия** - понижение содержания кислорода в крови в результате нарушения кровообращения, повышенной потребности тканей в кислороде (чрезмерная мышечная нагрузка и др.), уменьшения газообмена в лёгких при их заболеваниях, уменьшения содержания гемоглобина в крови (например, при анемиях), уменьшения парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе.
- **Гипоксия** - кислородное голодание, кислородная недостаточность, понижение содержания кислорода в тканях.

Способы определения ОЦК у

здоровых
людей (в среднем 5-6
литров)

людей (в среднем 5-6
литров)

ОЦК (объем
циркулирующей
крови)

Сердечно-сосудистая
Система (80%)

Паренхиматозные органы (20%)

Артерии
15-20%

Вены
70-80%

Капилляры
5-7%

Способы определения ОЦК у здоровых людей (в среднем 5-6 литров)

Способ определения	Мужчины	Женщины
На 1 м ² поверхности тела	2,8 л	2,4 л
В % массы тела	7,5%	6,5%
В мл/кг массы тела	70мл/кг	65 мл/кг

Патогенез кровопотери

```
graph TD; A[Патогенез кровопотери] --> B[Способы определения объема кровопотери]; B --> C[Прямые]; B --> D[Относительные]
```

Способы
определения
объема
кровопотери

Прямые

Относительные

Прямые способы определения

- КолOMETрический метод (сбор и взвешивание всей излившейся крови, в том числе и из пропитанных салфеток путем колориметрирования)
- Гравиметрический метод (взвешивание опер. материала, содержимое отсоса, скопившейся крови в полостях и т. д.)
- Метод определения ОЦК с помощью красителей (синей Эвенса)
- Радиоизотопный метод (I^{131} , Cr^{51})

Относительные способы определения V кровопотери (%)

- **Шоковый индекс Альговера** = ЧСС / АД сист.
(0,5 – 0,6 в норме)

Например:

ЧСС – 60 в минуту, АД сист. 120 мм рт. ст.

Шоковый индекс = $60/120 = 0,5$ – это норма, или

ЧСС – 120 в минуту, АД сист. 90 мм рт. ст.

Шоковый индекс = $120/90 = 1,5$ – это потеря 40 и более % ОЦК, что свидетельствует о **крайне тяжелой степени острой кровопотери и развитии геморагического шока.**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕФИЦИТА ОЦК ПО ИНДЕКСУ Альговера- Бури

Величина шокового индекса	Объём кровопотери в % от ОЦК
до 0,8	10%
0,9 – 1,2	20%
1,3 – 1,4	30%
1,5 и более	40 и более

Прямые способы определения

- Учет средних объемов кровопотери при стандартных методиках операции или травмах:
 - резекция желудка (360-780 мл)
 - холецистэктомия (180-230 мл)
 - гастрэктомия (1000 мл)
 - перелом бедренной (500-1000 мл),
плечевой кости (300-500 мл) и т. д.

Механизм компенсации

- Для исходов кровотечения большое значение имеют величина и быстрота кровопотери, возраст больного, общее состояние организма и сердечно-сосудистой системы. Для поддержания необходимого уровня кровоснабжения жизненно важных органов в организме развивается сложный механизм адаптации, включающий в себя:
 - спазм сосудов;
 - учащение сердечной деятельности и дыхания;
 - увеличение объёма циркулирующей крови за счет привлечения её из депо и тканевой жидкости.

Степени острой кровопотери

- Различают легкую, среднюю, тяжелую и крайне тяжелую степени острой кровопотери.
- При **легкой степени** дефицит ОЦК составляет 10% - 500 мл: АД - в норме или незначительно снижено, пульс - в норме или слегка учащен.
- При **средней степени** - дефицит ОЦК = 15-20% до 1000 мл: АД снижено, пульс частый, слабый; кожа бледная, ногти цианотичные.

Степени острой кровопотери

- При **тяжелой степени** дефицит ОЦК составляет примерно 30%: АД снижено, пульс нитевидный, анурия.
- **Крайне тяжелая степень** - дефицит ОЦК свыше 30%: характеризуется потерей сознания, коллапс. Больные погибают от недостаточности кровообращения, гипоксии мозга и других жизненно важных органов.

Степени острой кровопотери

- Внезапная потеря 50% всего объема крови считается смертельной.
- Медленная кровопотеря /в течение ряда дней / такого же объема крови почти не дает летальности, так как в этих условиях успевают мобилизоваться компенсаторные механизмы, направленные на выравнивание кровяного давления и устранения гипоксии.

Клинические признаки в зависимости от V кровопотери

Объем кровопотери	Клинические признаки
До 10% ОЦК	Минимальная тахикардия, бледные, холодные кожные покровы
20-30%	PS до 120 в 1 мин., А/д ниже 100 мм рт ст, бледность, холодный пот, цианоз, одышка, олигоурия
Более 30% ОЦК	PS более 120 в 1 мин., А/Д 60 и ниже или не определяется, ступор, анурия

Причины кровотечений.

Нарушение целостности сосудистой стенки:

- а/ Травмы - одна из основных причин кровотечений
- б/ Повышение артериального давления в сосуде
- в/ Резкое снижение атмосферного давления
- г/ Гнойное расплавление тромба и стенки сосуда

Причины кровотечений.

Нарушение проницаемости сосудистой стенки:

а/ Изменение химического состава крови

б/ Действие токсинов

/ заболевания : скарлатина, сепсис, желтуха,
гемофилия/

в/ Нарушение витаминного баланса в организме.

Необходимо различать

- **Кровоизлияние** - диффузное пропитывание тканей кровью
- **Гематома** - скопление крови, ограниченное тканями.
- **Кровотечение** - выходение крови из поврежденного сосуда в ткани, внешнюю среду, полости.

В зависимости от полости кровотечение называется:

- 1) **Гемоперитонеум** - в брюшную полость
- 2) **Гемоторакс** - в грудную полость
- 3) **Гемартроз** - в полость сустава
- 4) **Гемоперикардиум** - в полость перикарда

Классификация кровотечений.

- **Анатомическая классификация / в зависимости от поврежденного сосуда /:**
 - 1) артериальное**
 - 2) венозное**
 - 3) капиллярное**
 - 4) паренхиматозное**

Артериальное кровотечение

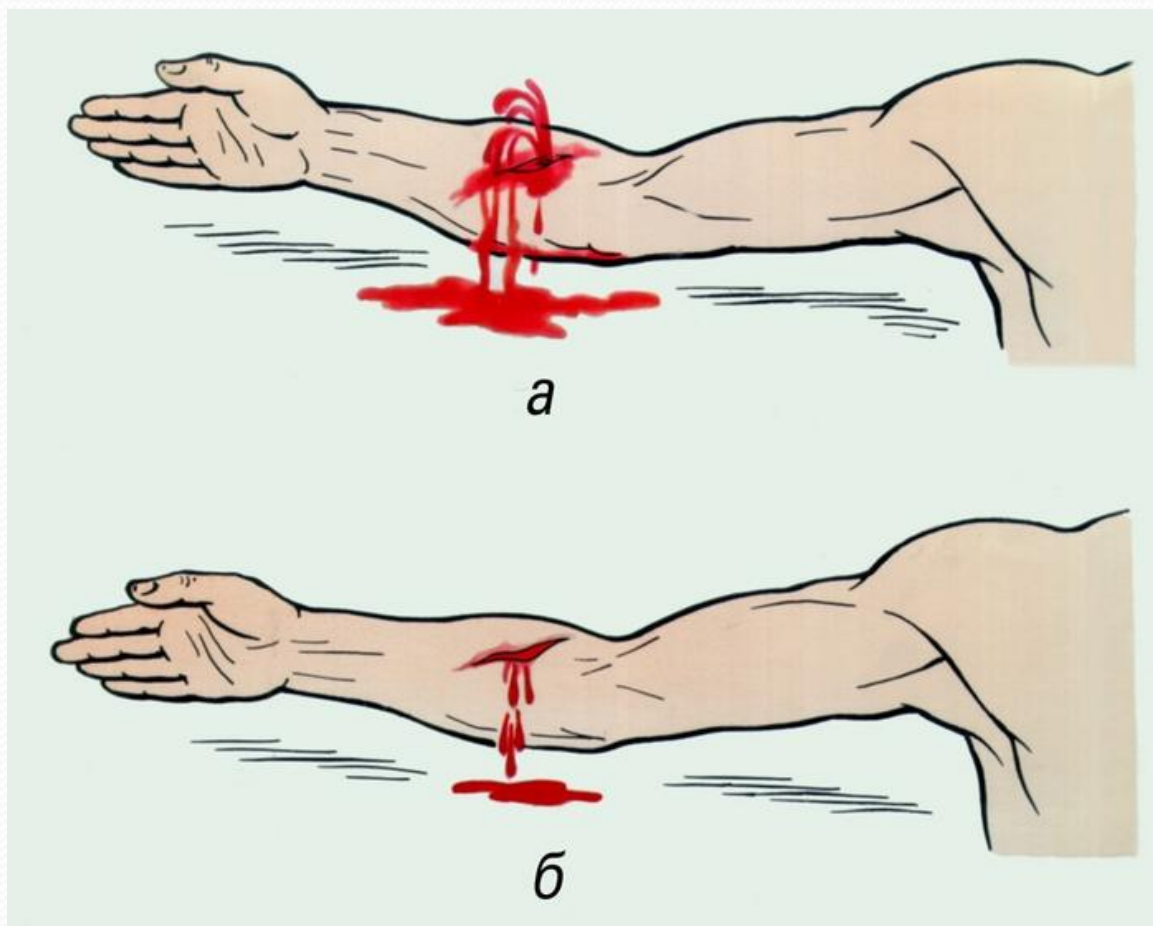
- Артериальное кровотечение легко распознается по пульсирующей струе ярко-красной крови, которая вытекает очень быстро. Оказание первой помощи необходимо начать с пережатия сосуда выше места повреждения. Далее накладывают жгут, который оставляют на конечности максимум на 2 часа (зимой — 1 час) у взрослых и на 40-60 минут — у детей. Если держать дольше, может наступить омертвление тканей.

Венозное кровотечение

- Венозное кровотечение характеризуется тем, что из раны струится темная по цвету венозная кровь. Сгустки крови, возникающие при повреждении, могут смываться током крови, поэтому возможна кровопотеря. При оказании помощи на рану необходимо наложить марлевую повязку или жгут (под жгут необходимо положить мягкую прокладку, чтобы не повредить кожу).

Виды кровотечения:

а — артериальное, б —
венозное.



Капиллярное кровотечение

- Кровотечение поверхностное, кровь по цвету близка к артериальной, выглядит как насыщенно красная жидкость. Кровь вытекает в небольшом объеме, медленно. Так называемый симптом «кровавой росы», кровь появляется на пораженной поверхности медленно в виде небольших, медленно растущих капель, напоминающих капли росы или конденсата. Остановка кровотечения проводится с помощью тугого бинтования. При адекватной свертывающей способности крови проходит самостоятельно без медицинской помощи.

Паренхиматозное кровотечение

- Наблюдается при ранениях паренхиматозных органов (печень, поджелудочная железа, легкие, почки), губчатого вещества костей и пещеристой ткани. При этом кровоточит вся раневая поверхность.
- В паренхиматозных органах и пещеристой ткани перерезанные сосуды не сокращаются, не уходят в глубину ткани и не сдавливаются самой тканью.

Классификация кровоотечений.

● Этиологическая :

- 1) **механическое /травматическое/** - вызвано механической причиной - травмы
- 2) **нейротрофическое / патологическое /** - вызвано трофическими расстройствами стенки сосуда, например: сепсис, скарлатина, цинга, желтуха
- 3) **распад злокачественной опухоли**

Классификация кровотечений.

● Клиническая :

- 1) **Наружное** - кровь вытекает во внешнюю среду или в полый орган, сообщающийся со внешней средой
- 2) **Внутреннее** - кровотечение в ту или иную полость тела / плевральное, брюшинное и др./
- 3) **Скрытое** - не имеет ярких внешних проявлений и определяется специальными методами исследования / реакция Грегерсена/

Классификация кровотечений.

● С учетом времени:

- I. **Первичные** - начинаются сразу после повреждения, травмы.
- II. **Вторичные** -
 - **ранние** - в первые часы и сутки после ранения / до развития инфекции в ране /
 - **поздние** - могут начаться в любой момент после развития инфекции в ране. Такие кровотечения обусловлены гнойным расплавлением тромба в поврежденном сосуде, расплавлением стенки сосуда, воспалительным процессом

Артериальное кровотечение.

- Наиболее опасный вид кровотечения. Признаки: кровь алого цвета, вытекает пульсирующей струей, быстро. При пережатии центрального конца кровотечение останавливается. Такое кровотечение может привести к острому малокровию. При повреждении крупных артериальных сосудов смерть может наступить через несколько секунд.

Венозное кровотечение.

- Кровь темно – вишневого цвета, вытекает равномерно значительно медленнее, чем при артериальном кровотечении, кровоточат оба поврежденных конца. При пережатии центрального конца кровотечение не останавливается. Опасно возникновением воздушной эмболии /засасывание воздуха в сосуд /. Особенно опасно повреждение крупных венозных сосудов в области шеи. Воздушная «пробка» закупоривает правые отделы сердца или легочные артерии. Смерть наступает от рефлекторной остановки сердца и паралича дыхательного центра.

Капиллярное кровотечение.

- Кровоточит вся поверхность раны. При окраске занимает среднее положение между артериальным и венозным. Склонно к самопроизвольной остановке. Опасно при большой площади раневой поверхности, а также при гемофилии, сепсисе, авитаминозе, когда наблюдается снижение свертываемости крови.

Паренхиматозное кровотечение.

- Оно наблюдается при повреждении всех сосудов /артерий, вен, капилляров/ внутренних паренхиматозных органов /печень, почки, селезенка, легкие и т.п./. Кровотечение очень опасно, так как не склонно к самопроизвольной остановке, может привести к острой анемии. Но есть местные симптомы, по которым можно диагностировать. Наличие крови в той или иной полости носит специальное название /мы уже говорили об этом, но можно еще раз повторить/.

Паренхиматозное кровотечение.

- Скопление крови в плевральной полости называют **гемотораксом**.
- Проблемы у больных при гемотораксе: одышка, ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки, тупость при перкуссии, ослабление голосового дрожания.
- Скопление крови в полости перикарда называется **гемоперикардиумом**.
- Местно отмечается расширение зоны сердечной тупости, общее ослабление сердечной деятельности, цианоз кожных покровов и видимых слизистых.
- Скопление крови в полости сустава называется **гемартрозом**.
- Местные проблемы: увеличение объема сустава, резкая болезненность при движениях и пальпации, ограничение подвижности, симптом флюктуации.

Гемоторакс

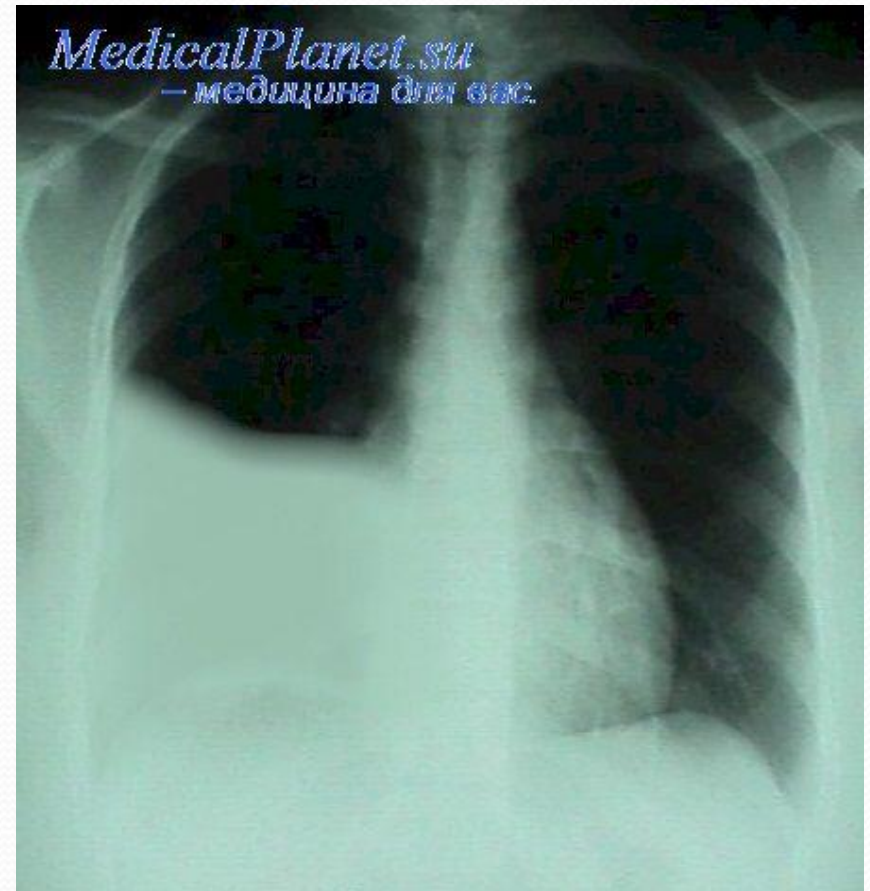
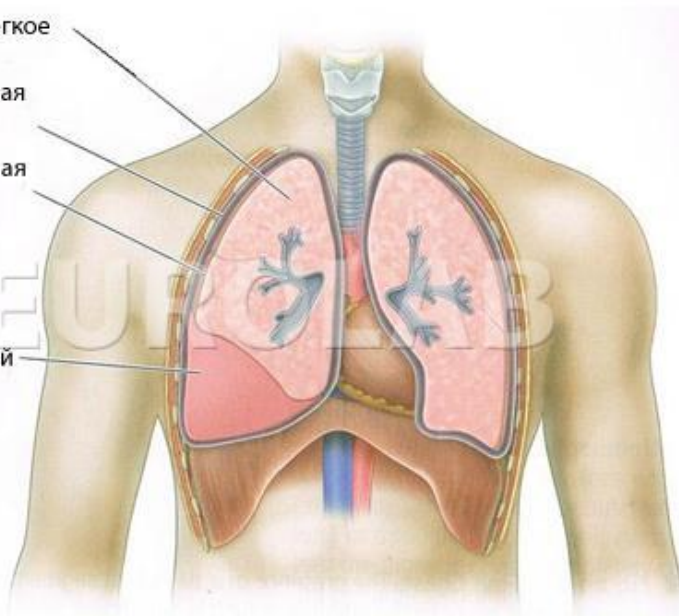
Гемоторакс

Сжавшее легкое

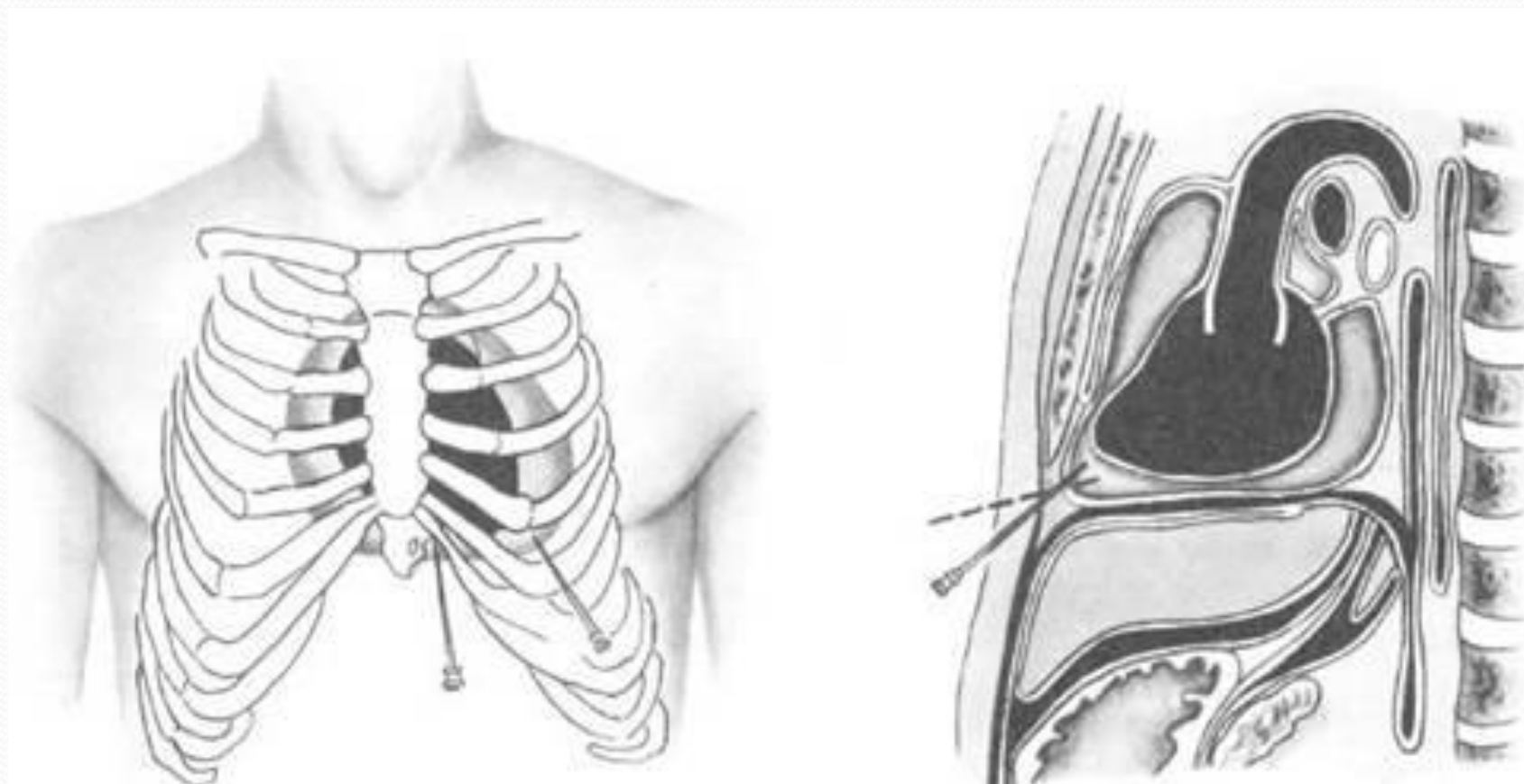
Париетальная плевра

Висцеральная плевра

Кровь в плевральной полости

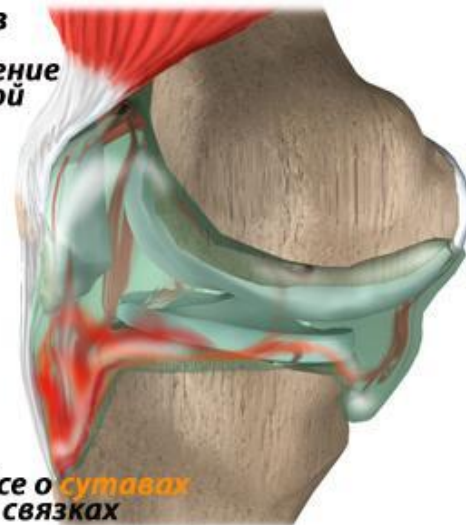


Гемоперикардium



Гемартроз

Гемартроз
Кровотечение
в суставной
капсуле



Общие симптомы острой кровопотери.

- Клиническая картина острого малокровия: бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек.
- Сухость кожи
- Заостренные черты лица
- Потемнение в глазах, шум в ушах, головокружение, зевота, тошнота, жажда.
- Снижение артериального давления
- Пульс учащенный, слабый вплоть до нитевидного
- Частое поверхностное дыхание
- Потеря сознания, за потерей следуют судороги, непроизвольное выделение мочи и кала.

Причины смерти.

Резкое уменьшение количества жидкости в сосудах, резкое падение АД, обеднение центров мозга кровью и кислородом. Смертельная потеря 2,5 л крови. Опасна потеря 1,5 – 2 л крови, но больной может погибнуть и при меньшей потере крови в зависимости от:

- **быстроты кровотечения** - при быстрой потере $1/3$ крови может наступить смерть, а при медленной кровопотере в течение нескольких дней даже больше $1/2$, осложнений не наступает, благодаря регулярной функции ЦНС.
- **характера кровотечения** - /артериальное, венозное, капиллярное, паренхиматозное/.

Причины смерти.

- **возраста и пола.**

Новорожденные погибают при потере нескольких миллилитров крови. Годовалый ребенок погибает при потере 200 мл крови, так как сердечно-сосудистая система у детей плохо приспособлена. Тяжело переносят и могут погибнуть от кровопотери пожилые люди, мужчины. Женщины переносят кровопотерю легче.

Причины смерти.

- **состояния сердца и кровеносных сосудов.** При здоровом сердце кровеносная система легче приспособляется: стенки сосудов эластичные, быстро наступает спазм, выравнивание давления и компенсаторное расширение сердца. При патологии со стороны сердца и сосудов, больные даже при небольшой потере погибают.
- **общего состояния организма.** Чем полноценнее физиологическое состояние организма, особенно ЦНС, тем легче он справляется с кровотечением.
- **физико-химического состава крови.**
- **обстановки и условий.**

Опасности и исходы кровотечений.

- **Острое или хроническое малокровие.** При медленной /в течение нескольких недель/ кровопотере организм приспосабливается к хроническому малокровию.
- **Сдавление жизненно важных органов** / мозг, сердце, легкое и др./
- **Воздушная эмболия.**
- **Пульсирующая гематома** /недостаточная остановка во время операции/.
- **Инфицирование** /развитие инфекции - гнойный плеврит, артрит/.

Остановка кровотечения.

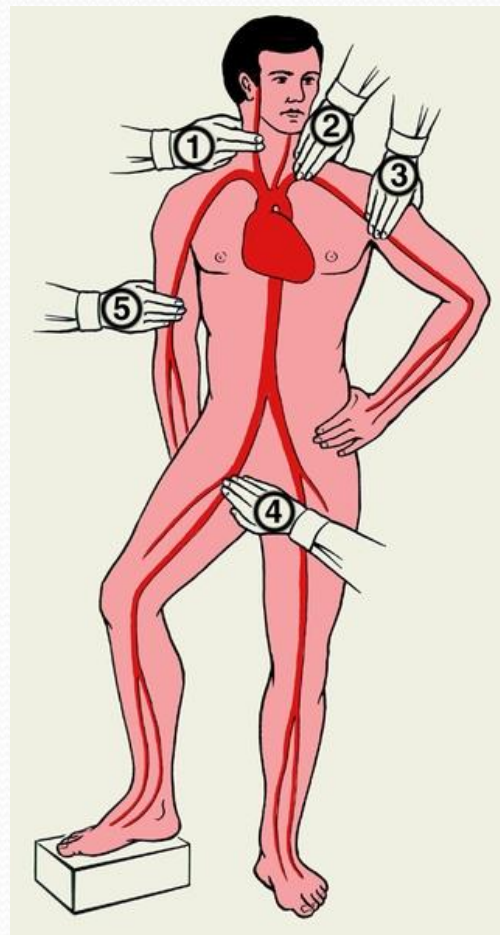
- **Самопроизвольная** - происходит в результате спазма сосудов, уменьшении диаметра, снижения АД, образования тромба.
- **Временная** - при остановке кровотечения необходимо насколько возможно соблюдать правила асептики, применять методы строго обосновано и не вредить больному.
- **Окончательная остановка кровотечений.** Проводится в лечебных учреждениях.

Остановка кровотечения.

- **Пальцевое прижатие** главных артериальных стволов к кости. Прижатие сосуда в ране пальцами.
Сонная артерия - к поперечному отростку 6 шейного позвонка и по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
Плечевая артерия - к плечевой кости.
Подкрыльцовая артерия - к головке плечевой кости при отведенной руке.
Подключичная артерия - к 1 ребру.
Бедренная - к лобковой кости.
Брюшная аорта - кулаком к позвоночнику у худых людей.

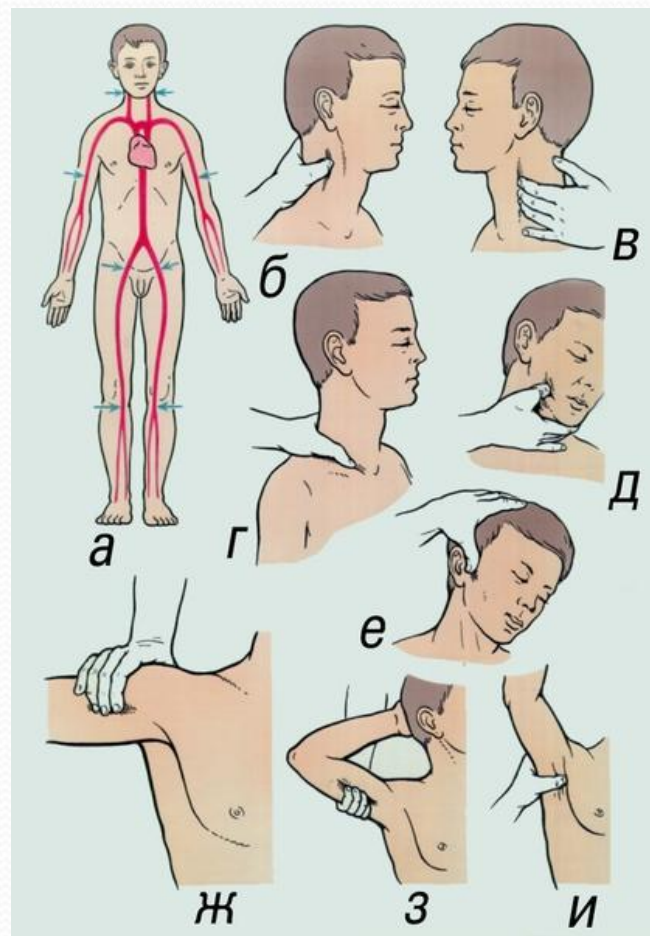
Пальцевое прижатие

- Схематическое изображение мест прижатия основных артерий на теле человека при кровотоке: 1 — общей сонной; 2 — подключичной; 3 — подмышечной; 4 — бедренной; 5 — плечевой.



Пальцевое прижатие

- Метод временной остановки (пальцевое прижатие) артериального кровотечения:
а — схема расположения магистральных артерий и точек их прижатия (указаны стрелками); б, в — прижатие общей сонной артерии; г — прижатие подключичной артерии; д — прижатие наружной челюстной артерии; е — прижатие височной артерии; ж, з — прижатие плечевой артерии; и — прижатие подмышечной артерии.



Остановка кровотечения.

- **Прижатие** кровоточащего сосуда - давящая повязка /венозное, капиллярное/.
- **Приподнятое положение конечности** / небольшое артериальное и венозное/. Обычно такое положение придают после наложения давящей повязки.
- **Метод максимального (форсированного) сгибания** конечности.

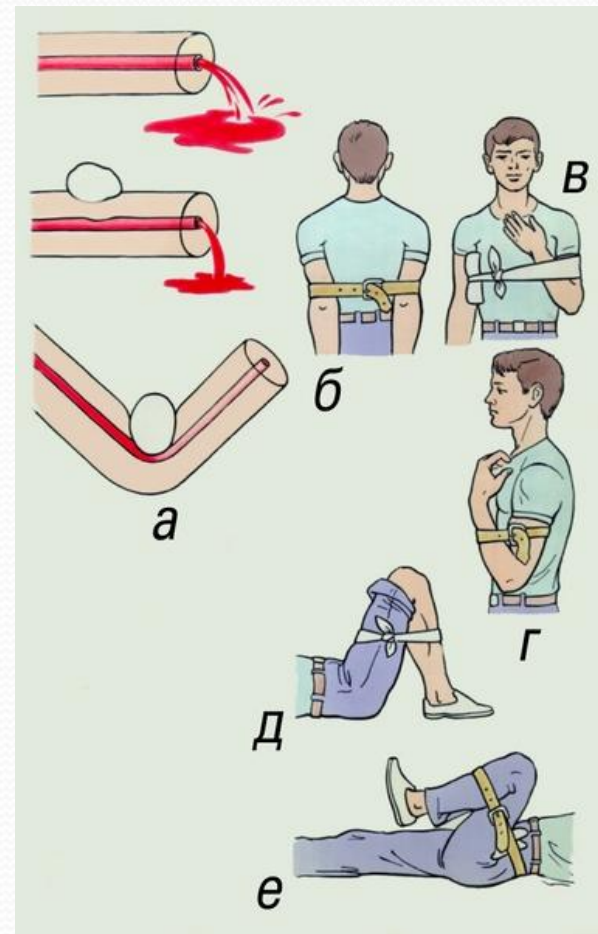
Максимальное сгибание

- Максимальное сгибание или разгибание в суставах.
- Подключичная и подкрыльцовая артерии - оба локтя рук с согнутыми предплечьями отводятся назад и укрепляются бинтом.
- Бедренная артерия - бедро привести к животу и прибинтовать.
- Подколенная артерия - сгибание в коленном суставе.
- Артерия предплечья - сгибание в локтевом суставе.

Форсированное сгибание

Методы остановки кровотечения из сосудов конечностей путем их форсированного сгибания:

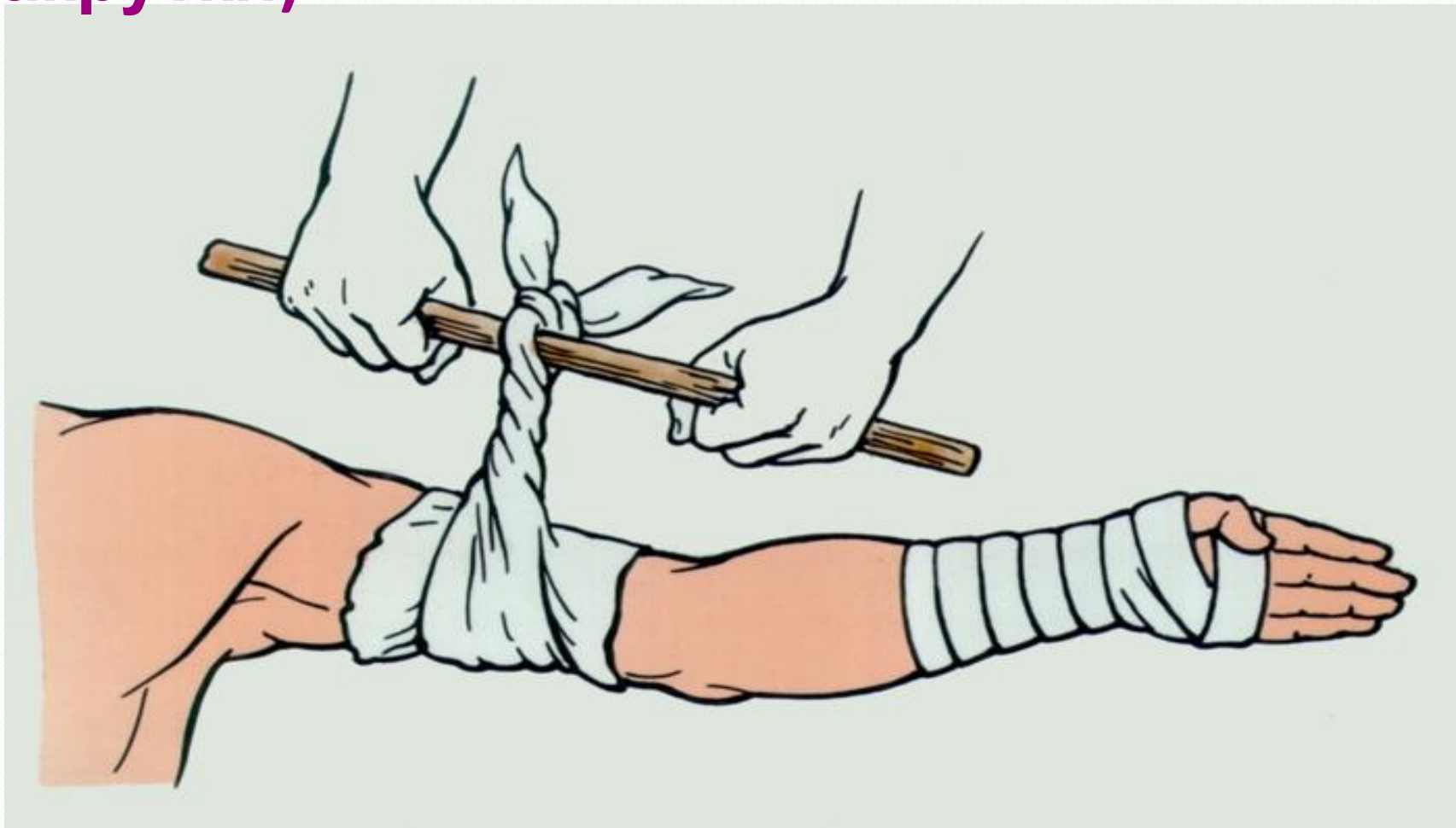
- **а** — общий механизм действия форсированного сгибания конечности (1 — кровеносный сосуд, 2 — валик, 3 — конечность);
- **б** — при ранении подключичной артерии;
- **в** — при ранении подмышечной артерии;
- **г** — при ранении плечевой и локтевой артерий;
- **д** — при ранении подколенной артерии;
- **е** — при ранении бедренной артерии.



Остановка кровотечения.

- Тампонада раны.
- Временное наложение зажима.
- Круговое перетягивание конечности выше кровоточащего участка эластичным жгутом Эсмарха или закруткой.

Временная остановка кровотечения (наложение закрутки)

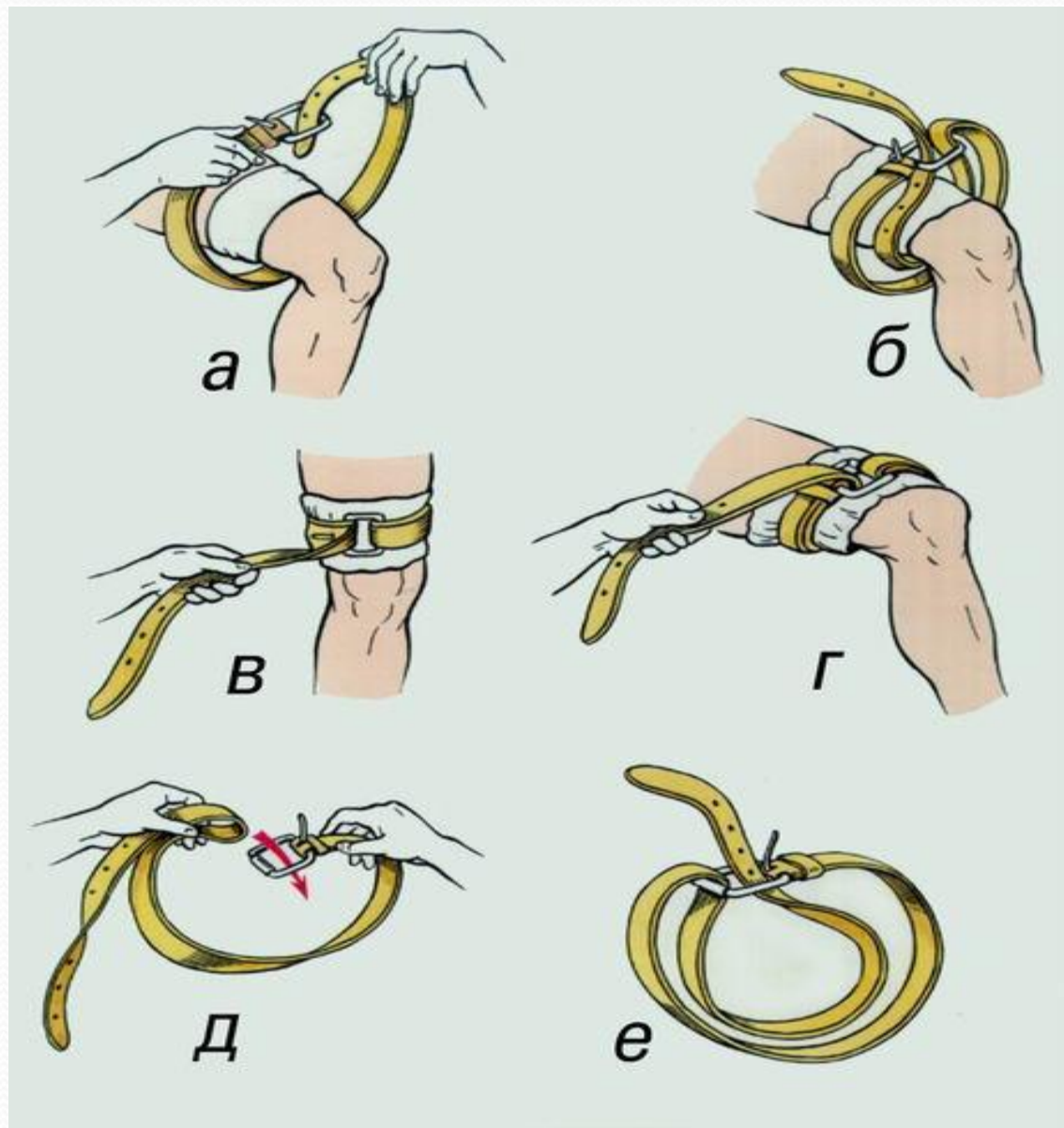


**Временная
остановка
кровотечения
(наложение закрутки)**



Временная остановка кровотечения (наложение ремня)

(наложение ремня)



Правила наложения жгута.

- Конечность приподнята, кожа закрыта материалом, одеждой, вокруг основания наложить сильно растянутый жгут. Первым туром остановить кровотечение. Туры жгута не перекрещиваются, идут рядом, между ними не должно быть зазора.
- Под жгут подложить записку с указанием времени наложения.
- В летнее время жгут накладывается на 1,5 - 2 часа, в зимнее - на 1 час. Артериальный жгут Эсмарха накладывается выше раны / если - на конечность/.
- При длительной транспортировке жгут необходимо снимать на 10 – 15 минут; зимой жгут ослабляют через каждые 30 минут, а летом – через 50 минут.

Наложение жгута



Недостатки жгута.

- Сдавление не только артерий, но и мягких тканей, нервов /парезы, параличи/
- Если жгут наложен более 2 часов, может возникнуть гангрена
- Прекращение кровообращения снижает сопротивляемость организма.

Ошибки при наложении жгута.

- Наложение жгута без достаточных показаний.
- Наложение жгута на обнаженную кожу.
- Неправильный выбор места / необходимо накладывать как можно ближе к ране. Это не касается при артериальном кровотечении в области предплечья, кисти /.
- Наложение жгута на те сегменты, где возможно сильное сдавление нервов /например, в средней трети плеча/.
- Слабое затягивание, так как венозный застой усиливает кровотечение.

Ошибки при наложении жгута.

- Отсутствие иммобилизации конечности после наложения жгута.
- Длительное пребывание жгута на конечности /парез, параличи/ повреждение нервов, ишемическая контрактура, гангрена. Длительная ишемия создает благоприятные условия для развития анаэробной инфекции.
- Отсутствие мероприятий по профилактике возможных и опасных осложнений при снятии жгута с конечности /»турникетный шок»/. По назначению врача ввести аминазин, димедрол. Жгут снимать медленно в течение нескольких минут.

Окончательная остановка кровотечений.

Проводится в лечебных учреждениях.

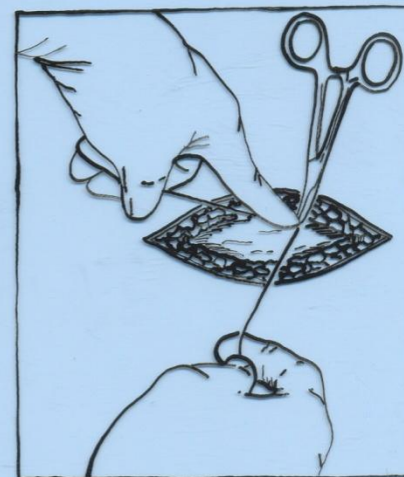
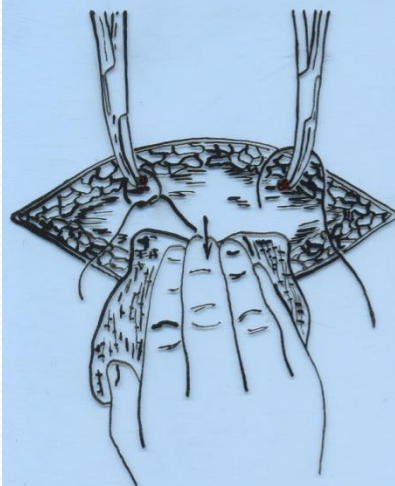
- Механические методы
- Физические методы
- Химические методы
- Биологические методы.

Механические методы.

- а/ перевязка сосуда в ране
- б/ перевязка сосуда с прошиванием
- в/ перевязка сосуда на протяжении
- г/ закручивание сосуда
- д/ наложение сосудистого шва
- е/ замена сосуда протезом
- ж/ оставление кровоостанавливающих зажимов на длительный срок /4-7 дней/ - **не надежен.**

Механические методы окончательной остановки кровотечений

А. ЛИГИРОВАНИЕМ И ТАМПОНАДОЙ.



Б. ПРОШИВАНИЕМ



Физические методы остановки кровотечений.

- Пузырь со льдом при подкожных гематомах, глотание кусочков льда при желудочном кровотечении, лечение с местным применением холода при операциях на богато васкуляризованных органах /мозг, печень, почки/, особенно при удалении опухолей; тампоны, пропитанные горячим изотоническим раствором хлорида натрия 50-60 градусов, орошение горячими жидкостями 50-60 градусов, диатермокоагуляция, лазер, хирургические методы, криохирургия, радиохрургия.

Химические методы.

- сосудосуживающие препараты
- повышающие свертываемость крови препараты.
- препараты, уменьшающие проницаемость сосудистой стенки:

Местно: адреналин 0,1% раствор, перекись водорода.

Общее : дицинон, аминокaproновая кислота, глюконат кальция, рутин, аскорутин, аскорбиновая кислота /синтетическая/ и т.п.

- Травы: лагохилус, крапива, водяной перец, тысячелистник, кора калины, цветки арники.

Биологические методы.

- Тампонада животными тканями, богатыми тромбокиназой /сальник, мышцы, фасции, жировая клетчатка/.
- Переливание крови. плазмы, сывороточной тромбоцитной массы, фибриноген, гемофобин, криопреципитат, антигемофильный глобулин, антигемофильная плазма,
- трасилол, контрикал, / снижают фибринолитическую активность крови/ .
- Протромбиновый комплекс, викасол, аскорбиновая кислота.
- Тромбин, желатиновая губка, кровоостанавливающая марля, вискоза, фибриновая пленка, БАТ / биологический антисептический тампон/, канаксидел.

Медицинская помощь при некоторых видах кровотечений.

- **Носовое кровотечение.**
- **Кровотечение из легких.**
- **Кровотечение из пищевода и желудка.**
- **Геморрагический шок.**

Носовое кровотечение.

- Возникает при повреждении слизистой оболочки носа, воспалительных заболеваниях /ринит/, новообразованиях полости носа, геморрагических диатезах, пороках сердца, гипертонической болезни /кризах/

Носовое кровотечение.

1. Успокоить больного
2. Усадить его, несколько наклонив голову вперед
3. При невозможности усадить больного, его уложить на бок или живот, что предупреждает попадание крови в желудок и легкие.
4. Предупредить больного, чтобы кровь, поступающую в рот, он выплевывал в лоток /дает возможность судить о размерах кровопотери /
5. На область носа и переносицы наложить кусок льда /снега/, завернутый в ткань
6. Если кровотечение не останавливается, то двумя пальцами /первым и указательным/ прижать крылья носа к перегородке на 3-5 минут.

Носовое кровотечение.

7. При отсутствии эффекта в передний отдел носовых ходов ввести вату или марлю, смоченные в 3% растворе перекиси водорода.
8. При продолжающемся кровотечении - произвести переднюю тампонаду носа / с помощью пинцета глубоко в передний отдел носа ввести тампоны, смоченные 3% раствором перекиси водорода или стерильным вазелиновым маслом/ на 24-48 часов.
9. Пращевидная повязка на нос /наложить/
10. Госпитализация - транспортировка на носилках в полусидячем положении.
11. В ряде случаев для окончательной остановки кровотечения передняя тампонада носа дополняется задней /делает это врач/

Носовое кровотечение.

Тампонада полости носа

Передняя тампонада полости носа



Марлевая турунда
шириной 1,5 - 2 см и длиной 50 см

Турунду слегка пропитывают
вазелиновым маслом, с помощью
анатомических щипцов вводят
через носную в верхне-задний
отдел носа до упора, остальную
часть закладывают «гармошкой»
сверху нозя. Снаружи тампон
фиксируют пращевидной повязкой.
Время нахождения тампона до 24 часов.

www.Labstend.ru

Задняя тампонада полости носа

Задняя тампонада проводится при кровотечениях
из задних отделов носа лор-врачом.



Марлевый тампон подвязан
к резиновому катетеру



Подведение тампона
к области носоглотки

Пращевидная повязка на нос



Кровотечение из легких.

- **Возникает** при травмах грудной клетки /разрыв легкого и бронхов, баротравма / и заболеваниях легких / ТВС, бронхоэктазы, опухоли, воспаление или абсцесс легкого, инфаркт легкого/, митральном пороке сердца, заболеваниях системы крови.
- **Проблемы больного:** кашель, кровохарканье - алая кровь в виде сгустков, прожилок крови в мокроте, иногда в виде «малинового желе», пенистой мокроты.

Кровотечение из легких.

Последовательность действий.

- 1) Придать больному полусидячее положение
- 2) Создать полный физический и психический покой
- 3) Убедить больного в необходимости сдерживать кашель и глубоко спокойно дышать, не разговаривать
- 4) Освободить больного от одежды, стесняющей дыхание
- 5) На грудь положить холод /пузырь со льдом, полотенце, смоченное холодной водой/
- 6) Вызвать врача и по его назначению провести гемостатическую терапию
- 7) Больного госпитализировать на носилках в полусидячем положении в стационар.

Кровотечение из пищевода и желудка.

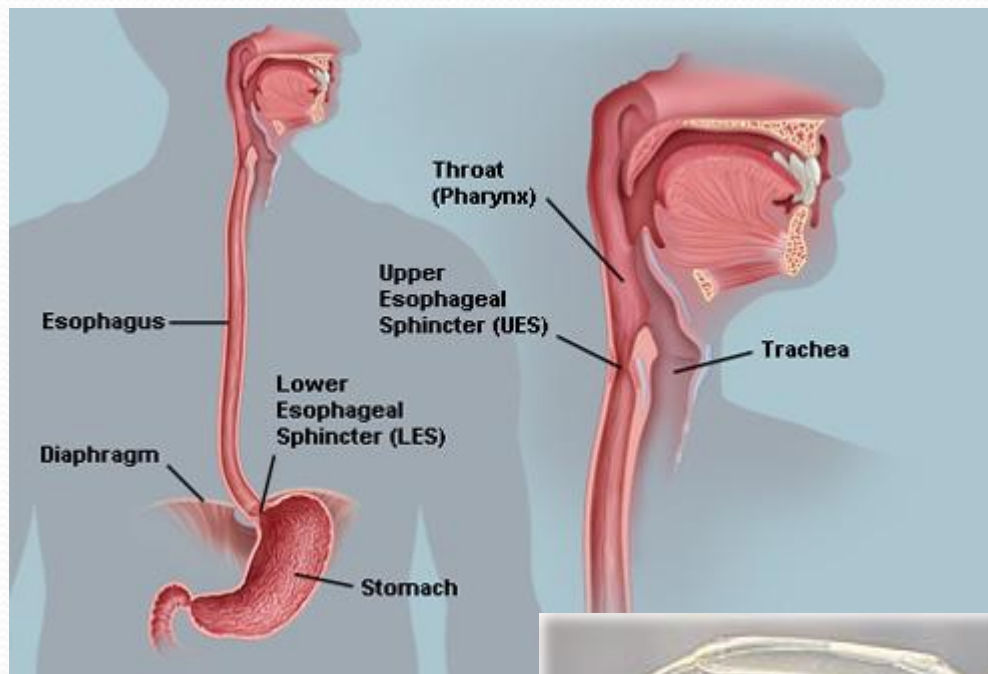
- **Чаще осложнение** язвенной болезни желудка /эрозии, язвы/ или расширение вен пищевода, геморрагический гастрит /медикаментозное воздействие, стресс, гипоксия, синдром Мэллорн-Вейса и др./
- **Проблемы больного:** тошнота, кровавая рвота в виде «кофейной гущи», дегтеобразный стул /мелена/. В рвотных массах примесь пищи. На лицо - все явления острой анемии.

Кровотечение из пищевода и желудка.

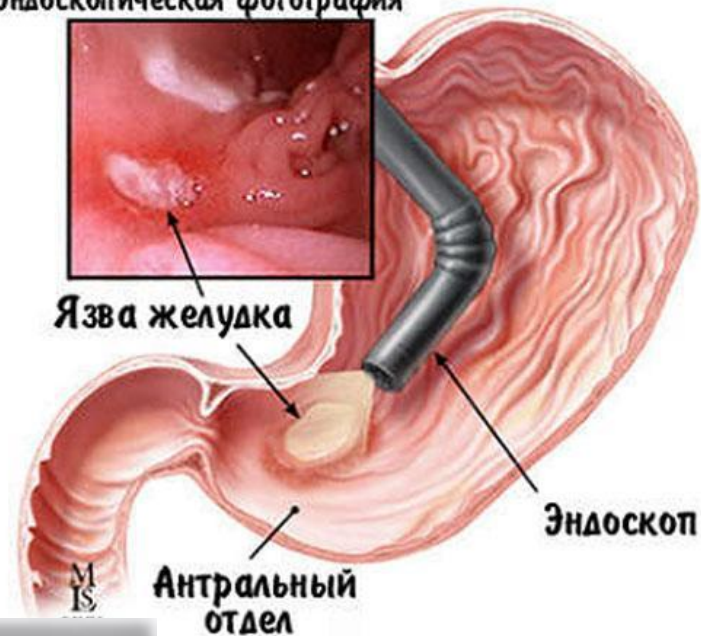
● Последовательность действий.

- 1) Горизонтальное положение больного
- 2) Холод - на эпигастральную область
- 3) Не принимать пищу, жидкость и медикаменты перорально!
- 4) Срочная госпитализация на носилках с опущенным головным концом.

Кровотечение из пищевода и желудка.



Эндоскопическая фотография



Спасибо за внимание!

Кто не кушает- тот
КОНЧИТА!

