

## Травми .Гематоми.

Багато говориться про бойові ураження бійців, але із виду упускається що основна маса ушкоджень і травм припадає на не бойові травми. Серед них важливе місце займають гематоми. Вони супроводжують нас і вдома і на природі і в походах і на війні. Більш детально про це в статті інструктора медсанбату Дмитра Андрощука



**Гематома** - посттравматичне скупчення крові всередині людського тіла, що виникло в результаті розриву судин (наприклад, при забоях). Гематоми бувають незначними та такими, які здавлюють м'які тканини і розташовані поряд органи. Можуть локалізуватися під шкірою, слизовими оболонками, в товщі м'язів, в стінці внутрішніх органів, в головному мозку і т.д. Гематоми невеликого розміру зазвичай розсмоктуються самостійно. Великі гематоми можуть організуватися з утворенням сполучної тканини, порушувати функції розташованих поруч органів або нагноюватися. Особливо небезпечні внутрішньочерепні гематоми, які викликають здавлення головного мозку і можуть стати причиною смерті пацієнта. Лікування гематом зазвичай хірургічне, рідше проводиться консервативна терапія .

## Класифікація гематом



Існує кілька класифікацій гематом:

- За локалізацією: підшкірні, підслизові, подфасціальні, міжм'язеві гематоми. Крім того, виділяють гематоми, які локалізуються в тканинах внутрішніх органів, а також в порожнині черепа.
- По відношенню до судини: неппульсуючі та пульсуючі гематоми.
- За фізичним станом крові в ділянці травми: свіжі (без згортання), коагульовані, інфіковані, нагноєні гематоми.
- За клінічними ознаками: дифузні, обмежені і осумковані гематоми.

В окрему групу слід виділити внутрішньочерепні гематоми ( субдуральні , епідуральні , внутрішньошлуночкові , внутрішньомозкові і субарахноїдальні крововиливи) , які за клінічними ознаками , особливостями перебігу і можливими наслідками для життя пацієнта відрізняються від всіх інших видів гематом.

## Причини і фактори ризику



У більшості випадків причиною розвитку гематом стає посттравматична внутрішня кровотеча , що виникла в результаті удару , вибухової хвилі, здавлювання, защемлення та інших травм. Винятком із загального правила є субарахноїдальний крововилив, який може виникати не тільки внаслідок травми, але і в результаті нетравматичного пошкодження судини. Іноді гематоми (як правило - невеликі) розвиваються при деяких захворюваннях, один із прикладів такої патології - синдром Меллорі-Вейса (тріщини в нижній частині стравоходу або верхньої частини шлунка внаслідок блювання при прийомі алкоголю або переїдання).

До числа факторів, які впливають на частоту розвитку і об'єм гематом, відноситься порушення проникності судин, підвищена крихкість судинної стінки, а також погіршення згортання крові. Імовірність інфікування і нагноєння гематом збільшується при зниженні захисних сил організму внаслідок виснаження, хронічного захворювання, старечого віку і порушень з боку імунної системи.

## Підшкірні гематоми



Розрізняють наступні стадії.

**Легка.** За звичай гематома з'являється швидко, за 24 год. З моменту травматизму. Для неї характерний слабкий або помірний біль в ділянці травми без порушення функції кінцівки. Розсмоктується самостійно

**Середня.** Це гематома з'являється вже за 3-5 год. Після отримання травми. Характерними є помірний біль та припухлість з частковим порушенням функції кінцівки. Така травма потребує оцінки травматологом для визначення тактики ведення.

**Важка.** Ця гематома з'являється вже за 1-2 години після травматизації. Характерними є сильний біль, значна припухлість та втрата функції кінцівки. Дана травма терміново потребує кваліфікованої травматологічної допомоги.

При цьому якою б не була гематома- вона супроводжується припухлістю та інфільтрацією ділянки травми. Спочатку ділянка над ураженням гіперемуються, стає червоною, згодом внаслідок застою крові набуває ціанотичного синюшного відтінку..

При самовільному прориві гематоми може відбутись інфікування і загноєння, оскільки кров є чудовим живильним середовищем для розмноження мікроорганізмів.

За звичай лікування підшкірних гематом проходить консервативно і не потребує хірургічного втручання. В першу чергу необхідно прикласти холод до місця травми, який згодом змінити на давлячу пов'язку.

При сильному больовому синдромі виправданим буде використання таблетованих анальгетиків та протизапальних з Pill-Pack бійця і гель Троксевазин для змазування місця удару і гематоми.

При великих обширних гематомах спочатку дрениують підшкірний простір, потім накладають тиснучу пов'язку.

## Внутрішньом'язеві гематоми



Основною відмінністю від підшкірної гематоми є глибина розміщення, що і спричиняє відмінну симптоматику (особливо - у глибині великих м'язів) локальні ознаки дещо відмінні: інфільтрація і

припухлість знаходяться в глибших шарах, що зменшує ефективність пальпаторної діагностики. Замість локального набряку відмічається збільшення об'єму кінцівки  
Діагностувати гематому можна за звичай на підставі зовнішнього вигляду місця ураження та клінічних проявів.

Лікування незначних гематом полягає в використанні протизапальних та ангіопротекторів (мазь Троксевазин, Ліотон гель). Великі гематоми негайно потребують фасціотомії та хірургічного лікування, оскільки вони небезпечні розвитком анаеробної інфекції.

## Осумковані гематоми



Якщо кров не просочує тканини, а утворює порожнину- це називається Осумкована гематома.

Небезпечність даного типу гематоми- є те, що при відсутності лікування за звичай вона не зникає безслідно а уцілюється за рахунок накопичення фібрину та солей кальцію, або нагноється, особливо при травмах з пошкодженням цілісності шкіри (ссадна)

Великі та осумковані гематоми потрібно розкривати та дрениувати для прискорення видужання , попередження нагноень та ускладнень. Доцільність та необхідність розкривання гематоми повинен визначати лише медик, адже інколи нагноєна небезпечна гематома може бути невеликих розмірів і не привернути увагу польового парамедика. Невеликі гематоми можуть бути дреновані й в мед частині. Великі обширні, глибокі й нагноєні являються показом до госпіталізації. За звичай вскривати гематоми повинні хірурги, але не нагнійні гематоми можуть бути ліквідовані травматологом.

Вся маніпуляція проводиться з використанням місцевого знеболення. Після інфільтрації анестетиком робиться розріз в умовній ділянці центру гематоми, видаляються згустки крові, та промивається утворена порожнина. Гарно для промивання підходить хлоргексидин або перекис водню. Що до ушивання ран- тут ключовими є ознаки інфікування гематоми. Якщо рана чиста- вона ушивається з встановленням трубчатого дренажа і туго бинтується для попередження післяопераційної гематоми. Шви за звичай знімають на 7-10 день.

Що до інфікованих ран- ми відносимось до них, як до будь яких гнійних ран в польовій хірургії (дренування без ушивання, обов'язкова антибіотикотерапія)

## Піднігтьова гематома



Піднігтьова гематома- це травма, яку можна винести окремим пунктом, адже хоч вона і не є критичною в плані погіршення життєвих показників чи функцій організму, але викликає значну біль і дискомфорт, а ще вона займає суттєву частину небойових травм військовослужбовців. . За звичай травмований борець прийде до медика з піднятою доверху кінцівкою, адже так його біль значно знижується.

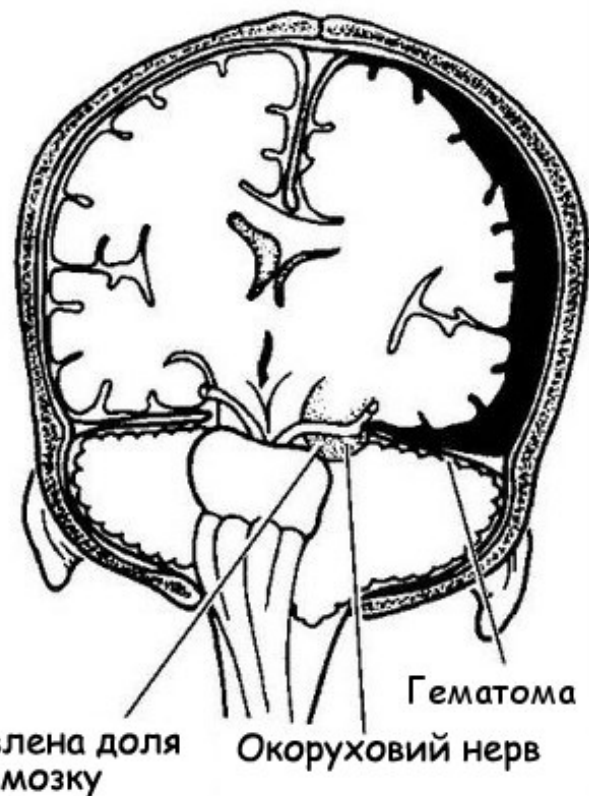
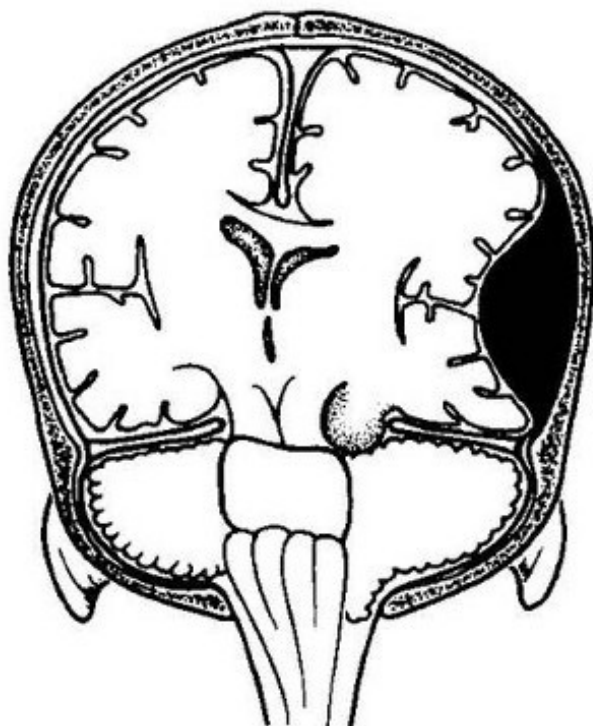
Під поняттям піднігтьової гематоми розуміється наявність посттравматичного згустку крові під нігтьовою пластинкою. Вона може з'явитись внаслідок удару , контузійної хвилі, або навіть носіння незручного взуття, або недошнуровування берців. Інколи сильна травма провокує відпадіння нігтя. В польових умовах рекомендується промити рану хлоргексидином та покрити стерильною марлею з маззю-антибіотиком.

В інших же випадках ми повинні надати бійцю допомогу, оскільки його дієздатність суттєво впаде. Дана маніпуляція проводиться лише медиком. Для виходу гематоми та зниження тиску потрібно зробити отвір в центрі нігтьової пластини (за звичай саме там скупчується найбільше крові.) Для цієї маніпуляції потрібна скріпка, мультитул і запальничка. Спершу не забудьте фіксувати бійця і відвернути його увагу чимось. Далі розжареною до червона "гострою" частиною скріпки точково пропалюємо нігтьову пластину, без надмірного тиску і провалень. Для успішної маніпуляції пам'ятайте про опору ребра долоні на столі перед опусканням розжареної скріпки. Дана процедура не є дуже болючою, оскільки нігтьова пластинка немає болевих нервових закінчень. Після цього потрібно накласти стерильну вологу пов'язку.

## Внутрішньочерепні гематоми

Над твердою мозковою оболонкою

Під твердою мозковою оболонкою



За локалізацією внутрішньочерепні гематоми діляться на епідуральні (між твердою мозковою оболонкою і черепом), субарахноїдальні (в субарахноїдальному просторі), субдуральні (між павутинною і твердою мозковими оболонками), внутрішньошлуночкові (в порожнинах шлуночків мозку) внутрішньомозкові (в тканинах мозку).

Внутрішньомозкові і внутрішньошлуночкові гематоми зустрічаються досить рідко внаслідок травм, зазвичай - при тяжкій ЧМТ.

Напевно, най достовірнішою симптоматикою внутрішньочерепної гематоми після травми є втрата свідомості а також типовий "світлий проміжок" (період гарного самопочуття), "гіпертонічний" головний біль, блювота, психомоторне збудження. Також спостерігається брадикардія, гіпертонія, різниця показів АТ на правій і лівій руках, анізокорія, епіпади. Виявляються пірамідні симптоми (патологічні рефлексії, що свідчать про ураження центральних нейронів кори).

Виразність симптоматики прямо залежна від розмірів гематоми та локалізації ураження.

Дане ушкодження виникає в 0,4-7,5 % випадків черепно-мозкової травми. Це досить небезпечна локалізація гематоми. Смертність при такому пошкодженні сягає 60-70%.

За швидкістю наростання симптоматики розрізняють три типи гематом:

- Гостра . Короткий світлий проміжок ( від кількох годин до 1-2 доби).
- Підгостра . Симптоматика гематоми з'являється через 3-4 доби.
- Хронічна . Тривалий світлий проміжок ( від кількох тижнів до кількох місяців).

Зазвичай причиною кровотечі є розрив артерій чи вен в ділянці ураження. Симптоми варіюються в залежності від віку пацієнта, важкості ЧМТ та локалізації ураження

Першочергово з'являються скарги на головний біль, далі на блювоту без полегшення, також можливі епіпади, парези, можуть бути дихальні розлади, розлади мови. Інколи ознакою може бути розширення зіниці з ураженого боку. У важких випадках може розвинути ком.

Діагноз внутрішньочерепної гематоми ставлять на підставі опитування постраждалого, якщо ж він без свідомості то опитують когось із супроводжуючих, акцентуючи увагу на обставинах, світлому проміжку, неврологічних симптомах і даних додаткових досліджень.

Всім пораним з травмами голови виконують рентген черепа в двох проекціях. Проте най достовірнішим для постановки діагнозу є КТ, МРТ та ехоенцефалографія

Лікують такі гематоми хірургічно в Нейрохірургії. Згустки крові витягують аспіратором, порожнину промивають і усувають джерело кровотечі.

У подальшому всіх поранених чекає відновна терапія, тривалість якої залежить як від розміру і локалізації гематоми, так і від часу протягом якого пораненого доставили в стаціонар.

Характер неврологічних порушень залежить від тяжкості травми і ступеня ушкодження різних мозкових структур.