

3. Ковальов І.П., Петренко О.В., Степаненко Г.М. та ін. Ефективність масажу у комплексному лікуванні пацієнтів з травмами щелепи. Журнал травматології та ортопедії України. 2020; 2(25): 78-85.
4. Сидоренко Л.І., Гончаренко А.М., Шевченко І.В. та ін. Вплив фізіотерапії на процес відновлення щелепи після перелому. Медична реабілітація та фізіотерапія. 2021; 3(10): 112-120.
5. Павленко В.О., Кузьменко Л.С., Литвиненко І.М. та ін. Комплексна програма реабілітації пацієнтів після травм щелепи: результати ретроспективного аналізу. Український журнал медицини та фізіотерапії. 2019; 6(18): 45-52.

ВИДИ УШКОДЖЕНЬ У БОЙОВИХ І НЕБОЙОВИХ УМОВАХ.

*Левков А.А.¹, Рибалко Л.М.¹, Москаленко П.О.²,
Москаленко І.В.², Гулько Т.Ю.¹*

¹Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», Полтава, Україна

²НН Медичний інститут СумДУ, Суми, Україна

Під час війни ризик поранення є дуже високим, тому важливо знати, як проводити первинну обробку ран.

Рана – порушення цілості шкіри або слизової оболонки з можливим ушкодженням прилеглих тканин.

Класифікація ран:

1. За характером дії предмета, яким поранено рани бувають:

- вогнепальна рана виникає внаслідок дії кулі вогнепальної зброї.

Така рана має рановий канал, заповнений рановим детритом, сторонніми тілами. Мають зону травматичного некрозу тканин, а також зону молекулярного струсу. Такі рани максимально інфіковані. Розрізняють тупі (коли куля залишилася в тілі) і наскрізні (на виліт) поранення. Наскрізні поранення характеризуються наявністю вихідного отвору, який завжди більше вхідного. В залежності від типу кулі та дистанції стрільби рановий

канал може бути не прямолінійним і викликати великі пошкодження. Іноді вихідний отвір може знаходитися з боку вхідного (поранення в голову, груди або живіт при наявності бронежилета). Вхідний отвір характеризується наявністю т.зв. штанцмарки-коло навколо рани, чорного кольору. З цього сліду визначають калібр зброї (розмір самої рани як правило менше). Куля може залучати до рани частинки одягу, спорядження, що в свою чергу може привести до зараження.

- колота рана виникає від дії ножа, багнета, заточки, шила, пік. Ці рани мають невеликі зовнішні розміри при великій глибині. Іноді такі рани бувають наскрізними. Через велику глибини пошкодження, можуть виникати внутрішньо порожнинні кровотечі та пошкодження внутрішніх органів, що робить ці рани важко діагностуючими і від цього особливо небезпечними. Також велика небезпека інфекційного зараження.

- різана рана має рівні неушкоджені края і іноді значну довжину. Вони сильно кровоточать. Виникають в результаті дії ножа, скальпеля

- рублена рана дуже схожа на різану, але при цьому ушкодження набагато обширніше. Іноді спостерігається розтрощення м'яких тканин, дроблення і переломи кісток. Виникають в результаті дії сокири, шаблі.

- забита рана виникає внаслідок впливу тупого предмета (труби, молотка, обуха сокири тощо), при падінні з висоти. Через пошкодження судин навколо рани і їх закупорки порушується живлення країв рани кров'ю і як наслідок їх відмирання.

- розчавлена - виникає в результаті потрапляння кінцівки між рухомими частинами.

- рвана рана характеризуються вирваними шматками тканин, нерівними краями, ушкодженнями м'язів, сухожилів, відшаруванням ділянок шкіри.

- скакльпована рана виникає унаслідок удару гострим предметом, що рухається дотично до поверхні шкіри. Особливість цієї рани в тому що утворюються значні дефекти шкіри, що зумовлює тривале загоєння.

- укушена виникає при укусі тварин, людини. Рана глибока, рвана, з наявністю слини, зазвичай характерне масивне інфікування.

-отруйна рана виникає під дією отруйних речовин: фосфорорганічних речовин, кислот, лугів.

2. За ступенем забруднення:

- асептична (операційна рана)

- забруднена мікробами (рана, утворена в нестерильних умовах або нанесена в побуті, на виробництві тощо)

3. За глибиною ушкодження: поверхнева, проникна, наскрізна, касательні, сліпа.

4. За характером загоювання:

- загоювання первинним натягом самостерігається при різаних ранах, коли стінки та краї рани сполучені один з одним, при зашиванні операційних ран. Цри цьому стінки рани склеюються, злипаються між собою за рахунок фібринної плівки. Первинне натягування при загоюванні рани характеризується зрошуванням країв рани без макроскопічно видимої проміжної тканини. Таке заживлення можливе при повному і тісному зтиканні країв рани, але без натягування тканин, при відсутності інфекції в рані, при відсутності гематоми, при збереженні життєздатності країв рани, при відсутності сторонніх тіл, інфікованих тіл та вогнищ некрозу;

- загоювання під струпом коли раневий дефект покривається кіркою (струпом), яка складається з крові, лімфи, міжтканинної рідини. Струп виконує захисну, бар'єрну функцію, під ним відбувається репаративний процес за рахунок утворення грануляційної тканини та регенеруючого епідерміса. Після епітелізації струп відпадає. Вказанні види заживлення не мають між собою якісної різниці, раневий процес проходить всі фази розвитку, в регенеративних процесах приймають участь одні й ті ж клітинні культури. Закінчується заживлення рани формуванням сполучної (рубцевої) тканини.

- загоювання вторинним натягом спостерігається, коли краї та стінки рани не притуляються один до одного, коли є порожнина в рані, дефект тканин, багато загиблих тканин, розвивається інфекція. Заживлення таких ран проходить ті ж фази раневого процесу, що і при первинному натягуванні. Все ж таки спостерігається некроз, гнійний процес, очищення рани, виконання дефекта грануляціями, формування колагенових, еластичних волокон з утворенням сполучної тканини (рубця). Заживлення ран вторинним натягуванням відбувається через нагноєння, гранулювання, раневу контракцію, формування рубця та епітелізацію.

Раневий процес - це реакція організму на травму, що характеризується послідовними протіканнями стадій (фаз) з патологічними, біохімічними та клінічними особливостями. Розрізняють наступні фази (стадії) раневого процесу:

1. Фаза запалення, що характеризується ексудацією, розвитком запального набряку, некролізом, гідратацією.
2. Фаза проліферації, що характеризується переважанням відновних, регенеративних процесів, утворенням грануляційної тканини, дегідратацією.
3. Фаза загоювання - це дозрівання рубцевої тканини та епітелізація рани.

Основними симптомами є: біль, кровотеча, зіяння рани, функціональні, травматичні розлади.

Біль - неминучий при всіх випадкових ранах, інтенсивність і тривалість його залежить від топографії рани, від стану ЦНС, від предмету, що поранив, від наявності чужорідних тіл і т.д. Найбільш болісні рани в області нервових стовбурів і сплетень, черевної порожнини, окістя.

Кровотеча - спостерігається з кожної рани, але інтенсивність і тривалість її залежить від калібру пошкоджених судин, від вигляду ран, кровотеча з рваних, забитих, розчавлених ран менш інтенсивна, ніж при різаних, рублених коли кровоточать дрібні шкіряні і мускульні судини, а

тим більше великі. При рваних ранах кінці судин зм'яті, скручені, стінки розвалені і злипші. Ці обставини сприяють зупинці кровотечі.

Зіяння рани - це розходження її країв, пов'язане з еластичними властивостями пораних тканин, направленням рани, її глибиною, локалізацією, розміром пошкодження і дефектом тканини.

Функціональні розлади - виникають при різноманітних ранах, їх можна поділити на трофічні і судинні, що тісно переплітаються між собою.

Існують ранні ускладнення (одразу після ураження): кровотеча, гостра крововтрата, анемія, шок та пізні ускладнення (через декілька діб). Сюди відносять ранні та пізні вторинні кровотечі, нагноєння ран, сепсис і т.д. Інфіковану рану необхідно відрізнити від первинного мікробного забруднення. Останнє може мати місце і в ранах, що вважаються асептичними, стерильними. Інфіковані рани - це такі, коли розвивається гнійний процес і є клінічні ознаки місцевої та загальної інфекції. Інфіковані рани загоюються по типу вторинного натягу, через гнійно-грануляційний процес.

Обстеження пораненого повинно бути ретельним і всебічним. Відомості з анамнезу дозволяють отримати інформацію про предмет, що поранив. При огляді рани визначають:

- 1) Розміри, вигляд рани, ступінь пошкодження тканин, її забрудненість;
- 2) Виявляють наявність деформацій, ступінь активних і пасивних рухів в суглобах;
- 3) Наявність і характер пульсу на периферійних артеріях кінцівок.

Головною метою лікування будь-яких ран є відновлення форми та функції пошкодженої при травмі тканини, шляхом з'єднання анатомічних структур зшиванням тканини. Для досягнення цієї головної мети при наданні допомоги на різних етапах лікування проводяться наступні заходи.

При наданні першої допомоги на догоспітальному етапі пораненій людині здійснюють: зупинку кровотечі; профілактику інфекції;

профілактику шоку; негайна евакуація. В залежності від характеру кровотечі накладаються асептична пов'язка чи кровоупинний джгут.

Література

1. Домедична допомога (алгоритми, маніпуляції): Методичний посібник / В.О.Крилюк, В.Д.Юрченко, А.А.Гудима та ін. - К.: НВП "Інтерсервіс", 2014. - 84 с.
2. Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Паламар І.В., Корольова Н.Д., Кучанська Г.Б., Новицький Н.О. Медицина надзвичайних ситуацій. Організація надання першої медичної допомоги: Підручник. - К.: «Медицина», 2011. – 526 с.
3. Тарасюк В.С., Матвійчук М.В. Паламар М.В., Поляруш В.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М. Малик С.Л., Кривецька Н.В. Перша медична (екстрена) допомога з елементами тактичної медицини на до госпітального етапі в умовах надзвичайних ситуацій. – К.: Медицина, 2015.
4. Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї). – Вид. 1. - К.: «МП Леся», 2015.
5. Наказ МОЗ України «про заходи щодо удосконалення надання екстреної мед. допомоги населенню в Україні. № 500 від 29.08.2008р.
6. Олена і Віктор Пінчук «Навчальна програма «Військова медицина на полі бою» (Combat Medicine)» Київ, Україна, 2015, 255 с.