ДІАГНОСТИКА ТРАВМИ ТА ЛІКУВАННЯ ПОТЕРПІЛИХ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Діагностика гострої травми вима­гає оперативності і, насамперед, ви­сокої точності в розпізнанні загроз­ливих життю пошкоджень. На догос-пітальному етапі вона здійснюється за допомогою фізичних методів та про­стих апаратних методів, на госпіталь­ному — як фізичних, так і різних до­поміжних (апаратних та інструменталь­но-лабораторних) .

Особливостями діагностики травм, оскільки вони виникають рап­тово, є невідкладний характер (через можливі життєво небезпечні усклад­нення) та стислі строки для встанов­лення діагнозу. До того ж діагности­ку нерідко доводиться проводити в умовах, коли потерпілий непритом­ний, що робить неможливим збиран­ня анамнезу і змушує користуватись лише об'єктивними ознаками травми. Тому лікар повинен мати добру ме­дичну та загальнохірургічну підготов­ку і уміти проводити дослідження швидко, за раціональною схемою.

У тактичному плані дослідження проводять за принципом "від загаль­ного до конкретного" — незалежно від обсягу, тяжкості травми. Від точності діагностики та якості надання потер­пілому первинної (догоспітальної) медичної допомоги часто залежать як перебіг травми, так і доля хворого. Це положення зберігає силу, зали­шається дійсним і для госпітального етапу. Звичайно легкі, незначні трав­ми діагностувати на всіх етапах не складно. Проте треба зауважити, що визначення тяжкості травми нелегка справа і вимагає всебічного обстежен­ня потерпілого. Навіть у пацієнта, що після одержання травми самостійно прийшов у травматологічний пункт чи поліклініку і має, на перший погляд, буцімто невелику рану чи закриту травму без значних загальних пору­шень, травма може бути загрозливою для життя. До таких, зокрема, травм належать колото-різані рани черевної та грудної порожнин, забиття голо­ви, за яких можуть повільно розвива­тись внутрішні кровотечі в черевну порожнину, порожнину плеври, пе­рикарда чи черепа внаслідок пошкод­ження судин органів цих порожнин.

Потерпілих з травмами, які само­стійно звертаються в поліклініку чи травмпункт, після ретельного обсте­ження лікарями в цих установах та надання первинної медичної допомо­ги переважно лікують амбулаторне в хірургічних кабінетах поліклінік. Лише невелику кількість травмованих за по­казаннями направляють у хірургічні стаціонари.

Потерпілим з травмами різного сту­пеня тяжкості, які не можуть само­стійно пересуватись, первинну ме­дичну допомогу надають лікарі спе­ціальної бригади "швидкої допомо­ги". В цьому разі на першому, до-госпітальному, етапі діагностики трав­ми зосереджуються, насамперед, на оцінці загального стану потерпілого, встановлюють наявність чи відсутність серцебиття, дихання, зовнішньої кро­вотечі, паралічу кінцівок чи переломів великих кісток. Насамперед, особли­во за відсутності притомності, пере­віряють прохідність дихальних шляхів і у разі виявлення там сторонніх тіл видаляють їх. За відсутності дихання та серцебиття розпочинають легенево-серцеву реанімацію (ШВЛ та закри­тий масаж серця). У разі зовнішньої кровотечі здійснюють тимчасову зу­пинку її (джгутом, іншим турнікетом чи тугою пов'язкою, пальцевим при­тисканням тощо).

Якщо є переломи великих кісток кінцівок, їх іммобілізуть транспортни­ми стандартними шинами (не зніма­ючи одягу), рани закривають стериль­ними бинтовими пов'язками. Потер­пілих у стані непритомності кладуть на бік у положенні "три чверті" для запобігання можливій асфіксії блювотними масами.

Потерпілим з ознаками травматичного шоку чи загрозою його розпочи­нають протишокову терапію (знеболю­вання, зігрівання, серцеві препарати тощо), а також налагоджують уже в ма­шині "швидкої допомоги" інфузійну терапію і продовжують її в дорозі до стаціонару. Потерпілих терміново транспортують у хірургічні чи спеціа­лізовані хірургічні відділення для ліку­вання політравми. Ще на догоспіталь-ному етапі хворим з відкритими трав­мами проводять імунізацію проти прав­цю, вводять антибіотики широкого спектру дії чи інші антибактеріальні препарати.

З метою удосконалення (прискорен­ня та поліпшення) діагностики травми та прогнозування її наслідків, а також раціонального використання терапев­тичних ресурсів і якісної оцінки стану невідкладної допомоги потерпілим з травмами в деяких країнах, насамперед у США, розроблено прогностичні сис­теми, які грунтуються не на су­б'єктивній оцінці травми лікарем, а на об'єктивних анатомічних чи функціо­нальних характеристиках її. Серед цих схем найвідоміша AIS (абревіатура від англ. abbreviated injuri scale — скоро­чена шкала пошкоджень) та похідна від неї ISS (injuri severity score — шкала тяж­кості пошкодження).

Ці анатомічні схеми дуже громіздкі (лише перелік кодів показників травми займає кілька сторінок), і тому вони, хоча й дають вірогідні критерії для оці­нки прогнозу травми, практично май­же не застосовуються.

Останнім часом більшого поширен­ня набула простіша функціональна схе­ма, запропонована Н. Champion і спів­авторами (1981), що відома як система TS (trauma score — бал тяжкості трав­ми). За нею враховують 5 головних фун­кціональних характеристик (ознак): А— частота дихань за 1 хв; В — дихальні зу­силля (нормальне чи з застосуванням до­поміжних м'язів); С — систолічний ар­теріальний тиск; D — заповнення капі­лярів (повторне) після зняття тиску на передпліччі; Е — коматозна шкала Глазго (стан ЦНС). Оцінка показників у балах суб'єктивна. Ця схема дає такі самі прогностичні результати, як AIS і ISS, але вона поргативніша за них і тому поширеніша більшою мірою в лікуваль­них установах, що надають невідкладну допомогу потерпілим.