



Збірник тез
Міжнародної науково-практичної конференції

**"МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ В РОЗРІЗІ
РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ"**

Collection of studies
International medical scientific and practical conference

«EMERGENCY MEDICINE IN DIFFERENT SPECIALTIES»



26-27 січня 2023
м. Івано-Франківськ

January 26-27, 2023
Ivano-Frankivsk



НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ (НС) ПРИ ОТРИМАННІ ТЯЖКОЇ ОПІКОВОЇ ТРАВМИ (ТОТ)

Носенко Володимир Михайлович, доцент, к.мед.н.

Одеський національний медичний університет, Україна.

ТОТ можлива у побуті, на виробництві та на війні. Оцінка та лікування її схожі на такі ж при будь-якій іншій гострій травмі, але мають й особливості. Насамперед треба розпізнати і лікувати небезпечні для життя НС. Важливо відразу виявити комбіновані поразки, що має значення для бойової ТОТ, тому що важкообпечені також можуть мати: механічні травми (переломи, вивихи, травми внутрішніх органів, що проникають чи не проникають, кровотечі, пневмо- та гемоторакси, черепно-мозкові травми); електротравми (та й самі електроопіки частіше глибші та небезпечніші у порівнянні з термічними опіками); радіаційні поразки (також і променеві опіки та променеву хворобу, тощо); отруєння чадним газом та/або продуктами горіння (механізм опікової комбінованої травми пов'язаний безпосередньо з термічними пошкодженнями, але фактор пошкодження інший); можуть бути інші отруєння, не пов'язані безпосередньо з термічними ушкодженнями (отруєння бойовою отруйною речовиною, передозування наркотиків, ліків, тощо). Не менш важливо відразу ж діагностувати поєднану травму (кілька пошкоджень у межах різних анатомо-функціональних ділянок): опік дихальних шляхів із опіками шкіри або без опіків шкіри, опіки слизових оболонок очей, уретри, прямої кишки, тощо). Так, наприклад, при бойових ТОТ, що супроводжуються вибухами (як і при вибухах газу в шахтах), часто мають місце три основні вражаючі фактори: механічний (вибух, ударна хвиля, баротравма), термічний (полум'я вибуху та/або пожежа, полум'я палаючого одягу, навколишніх горючих предметів, висока температура навколишнього середовища, металів, що розжарилися) і хімічний (окис вуглецю та інші продукти горіння). Якщо ще додати кульові та осколкові поранення при бойових діях, кровотечі, переломи, то виходить складна проблема для швидкої і точної діагностики НС. Далі, поєднання цих вражаючих факторів часто викликає комбіновану термо-механо-токсичну травму, ускладнену опіковим та/або травматичним, геморагічним шоком. Розвивається синдром «взаємного обтяження», який набагато небезпечніший за ізольований шок лише однієї етіології. Це не тільки відкладає відбиток на оцінку тяжкості стану, але й часто потребує особливого підходу під час лікування. Рекомендується терміново зупинити процес горіння на постраждалому. Якщо одяг прилипає до шкіри, його треба загасити, обрізати в цьому місці і не знімати, додатково не травмувати шкіру. Дуже важливим є охолодження обпечених ділянок (холодною водою, снігом і т.п.), але без загального переохолодження. Потім бажано повністю роздягнути пацієнта, оглянути наявність супутніх травм і відразу одягнути, вкрити для зігрівання. Опіки зазвичай відразу не кровоточать. Якщо є місцева кровотеча, є супутня травма – знайдіть та усуньте причину кровотечі. Механічна травма може сприяти внутрішній (наприклад – у порожнину) кровотечі, що призводить до тахікардії та гіпотонії. Ніхто не скасовував правила первинного обстеження, що ефективно

використовуються десятиліттями, які полягають саме в ранній діагностиці невідкладних загрозливих для життя станів та їх лікування (стандартний алгоритм ABC та його модифікації).

1. Підтримка прохідності дихальних шляхів із захистом шийного відділу хребта. негайно оцініть стан дихальних шляхів, відкрийте дихальні шляхи (попередьте проблеми з язиком, зупинку дихання): підйом підборіддя та висування нижньої щелепи. При підозрі на травму шиї – іммобілізація шиї та голови спеціальним коміром та укладанням на ношах з додатковою фіксацією тулуба та голови.
2. Оцінка наявності і якості кровообігу із зупинкою можливої кровотечі, на перших етапах хоча б терміновим притисканням судини, що кровоточить, а потім тампонування, пов'язка і т.п. Оцініть кровообіг за артеріальним тиском, частотою пульсу та кольором необпеченої шкіри. Бажано безперервне моніторування ЕКГ та пульсоксиметрії (на необпеченій кінцівці чи на вухах). Викид адреналіну після опіків часто підвищує ЧСС у дорослих до 120 ударів на хвилину, якщо вона вища, то це найчастіше в даному випадку вказує на гіповолемію, недостатню оксигенацію, неусунений біль, пошкодження ЦНС. Аритмії можуть бути спричинені електротравмою, електролітним дисбалансом. Вставте внутрішньовенний катетер максимально можливого діаметра (по можливості через необпечену шкіру). Травмовані з опіками понад 20% п.п.т. за звичай повинні мати 2 постійні венозні катетери великого діаметру, особливо під час транспортування (ще краще - центральний венозний катетер). На догоспітальному рівні без точного розрахунку загальної площі поверхні тіла обпалених і площі опіку, стартові об'єми внутрішньовенної (або внутрішньокісткової) рідини для постраждалих з поширеними опіками залежать від віку пацієнта. Наприклад: діти до 5 років – приблизно 125 мл/годину сольового розчину (Рінгера лактату, тощо), діти 6-13 років - 250 мл/годину, підлітки віком від 14 років і дорослі - 500 мл/годину. Кровообіг в кінцівці з циркулярним або майже циркулярним глибоким опіком може бути порушено, при цьому часто є відсутність пульсу на артерії нижче (дистально), наприклад – на променевій (не треба вводити рідину в периферичну вену цієї кінцівки).
3. Оцінка наявності та якості дихання (правило «чую, бачу, відчуваю», бажана аускультация та перевірка дихальних шумів у кожній легені, оцінка частоти та глибини дихання) і, якщо воно неефективне а пацієнт непритомний, необхідна установка ротоглоткового повітроводу, термінова ендотрахеальна інтубація, проведення штучної вентиляції за необхідності. Якщо є підозра на термо-інгаляційну травму (опіки обличчя, згоріле волосся і кіптява в носі, кіптява й опіки в ротовій порожнині, змінений голос, кашель) – термінова подача 100% кисню з високою швидкістю через лицьову маску. Циркулярні глибокі опіки грудної клітки та шиї можуть погіршити вентиляцію та вимагають постійного контролю (іноді – невідкладна некротомія за життєвими показаннями). Не забуваймо про можливий гемопневмоторакс.
4. Оцінка свідомості, неврологічного статусу (визначення рівня свідомості пацієнта будь-яким методом (шкала Глазго, тощо), зазвичай обпечений у гострому періоді у свідомості, насторожений, наляканий, орієнтований у просторі та часі (якщо цього

немає, то треба подумати про черепно-мозкову травму, про отруєння чадним газом, передозування наркотиками, гіпоксію).

Література.

1. Комбустіологія: підручник / Е. Я. Фісталь [та ін.]. - К. : Інтерлінк, 2004. – 184 с.