

Лікування поранених з вибуховими травмами кінцівок на етапах медичної евакуації.

Клініка вибухових травм буває строкатою через безліч симптомів уражень, різного характеру і локалізації, які з'являються одночасно чи послідовно.

Основною ознакою чисельних і поєднаних травм залишається важкий загальний стан постраждалого (блідість шкірних покривів і губ, холодний піт, частий ниткоподібний пульс, низький артеріальний тиск). Іноді цей стан не пояснюється видимими ушкодженнями, тому необхідно постійно пам'ятати про приховані джерела кровотечі. Особливо це важливо при доставці поранених з накладеними джгутами і транспортними шинами, тому що зовнішній вигляд місцевих змін та виконані заходи спрощують загальну картину і розсіюють увагу. Тільки після початку протишокових заходів і зняття джгутів та іммобілізації можна почати планомірне вивчення причин і обставин травми.

Оскільки багато постраждалих доставляються без свідомості, слід починати з виявлення життєво небезпечних порушень дихальної та серцево-судинної систем. Найчастіше виявляються порушення, пов'язані з гострою крововтратою, ураженням головного мозку, паренхіматозних органів, спинного мозку. У постраждалих у свідомості важливе значення має виявлення більш точних обставин травми і детальне вивчення скарг.

Обстеження

Обстеження слід проводити за певною схемою. При вибуховій травмі, яка має особливу тяжкість і численні пошкодження, доцільно виділити ведучі, тобто найбільш небезпечні для життя в даний момент ушкодження. Це тим більше необхідно, що іноді обстеження здійснюється одночасно з заходами, які рятують життя (протишокова терапія, операції з причини загрозливої кровотечі, здавлення головного мозку, пошкодження статевих органів, відривів і розтощення кінцівок).

У всіх випадках слід встановити характер і тяжкість ушкоджень головного мозку (бувають практично завжди), органів зору, ЛОР-органів, щелепно-лицьової області.

Основною діагностики повинні служити результати об'єктивного обстеження, спрямованого на виявлення всіх пошкоджень. Його починають з оцінки гемодинаміки і послідовно проводять ретельний огляд, пальпацію та інші тести, що застосовуються в загальнохірургічній діагностиці. Особливу увагу приділяють діагностиці ушкоджень опорно-рухового апарату. При численній і поєднаній травмі здійснюють екстрену оглядову рентгенографію всього тіла або найбільш пошкоджених травм областей черепа, хребта, грудей, черевної порожнини, тазу, великих суглобів кінцівок.

Екстрене лабораторне обстеження повинно включати уточнення обсягу крововтрати за показниками гемоглобіну, гематокриту, шокowego індексу, при можливості ОЦК, ЦВТ, кислотно-основного стану крові.

Пораненим, які знаходяться у важкому стані, слід відразу ж виконати катеризацію сечового міхура для постійного контролю за кількістю і якістю сечі.

Оскільки дані ЕКГ можуть об'єктивно свідчити не тільки про діяльність серця, а й про стан гомеостазу в цілому, потрібно записувати ЕКГ повторно.

Обстеження бійців з вибуховою травмою продовжується під час хірургічної обробки. Тут виявляють характер і протяжність первинного некрозу, а також межі життєздатних тканин в зонах первинних і віддалених пошкоджень.

Лікування.

Проводять комплексно з урахуванням важкості загального стану пораненого і місцевих пошкоджень.

У першому періоді проводять протишокову терапію, спрямовану на усунення порушень життєво важливих функцій і нормалізацію гемостазу. У цей період виконують мінімальні оперативні втручання за життєвими показаннями.

У другому періоді продовжують інтенсивну терапію з метою ліквідації зберігаються розладів основних життєво важливих функцій, їх стабілізації і підтримки параметрів гомеостазу (збереження сталості внутрішнього середовища організму), профілактиці та лікування ускладнень.

Третій період включає виконання реконструктивно-відновних операцій, загальнозміцнююче лікування, фізіотерапію, протезування, а також лікування віддалених наслідків.

Середньостатистична потреба в переливанні крові і рідин в першому періоді становить близько 3л крові та 3-4л кровозамінних рідин, що зазвичай забезпечує поповнення крововтрати. Надалі переливання крові і рідин визначають залежно від стану поранених і успішності хірургічного лікування.