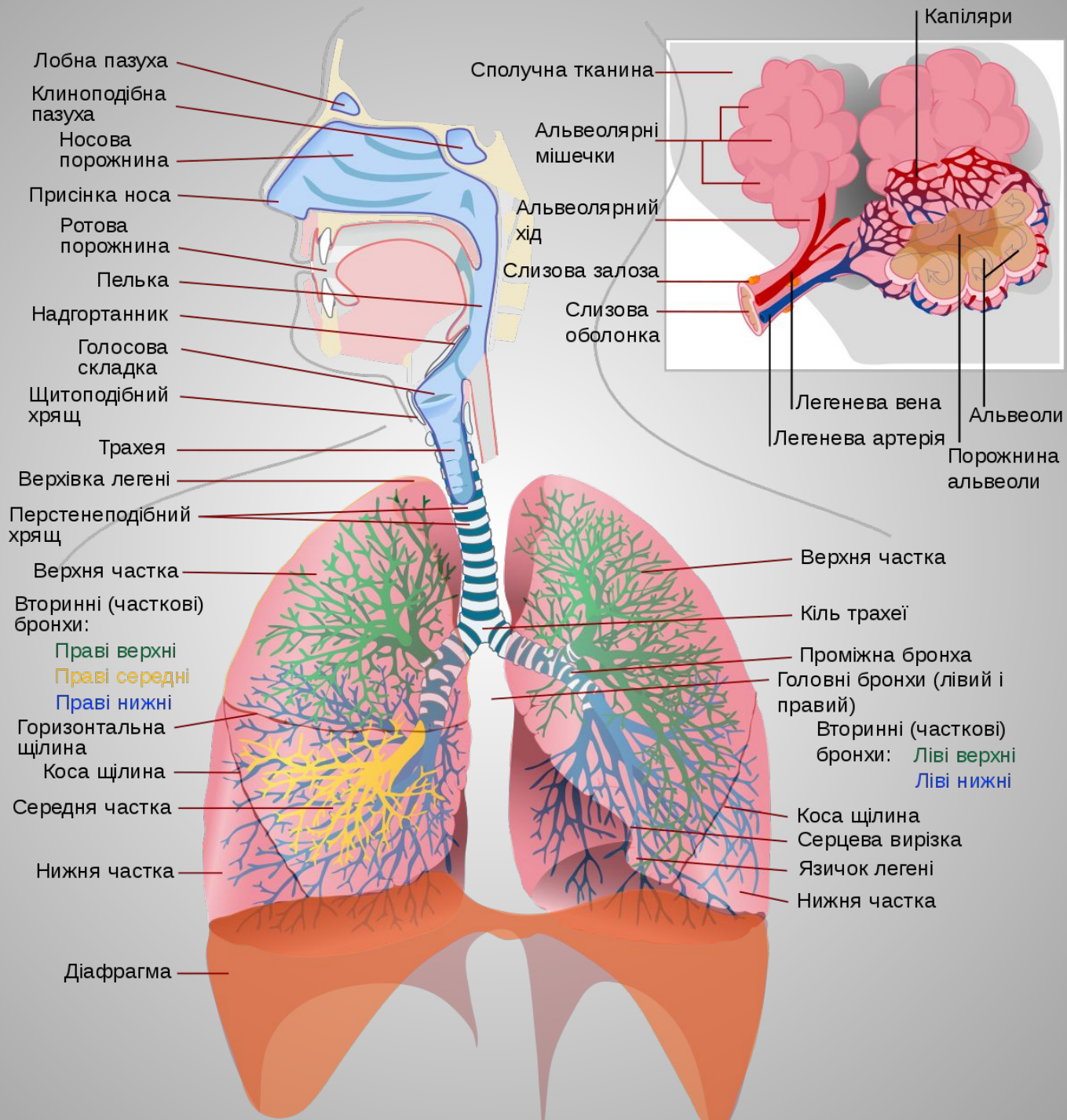


Екстрена медична допомога при травматичних ушкодженнях грудної клітки



Класифікація

I. Із наявністю поєднаних травм або без них:

1. Ізольована травма.

2. Поєднана травма (черепно-мозкова, з пошкодженням органів живота, з пошкодженням кісток).

II. На основі механізму травми:

1. Забій.

2. Стиснення.

3. Струс.

4. Перелом.

Класифікація

- III. За характером анатомічних пошкоджень грудної клітки:
 - 1. Без порушення цілості.
 - 2. З порушенням цілості ребер, грудини тощо.
- IV. За характером пошкоджень органів грудної порожнини:
 - 1. Без пошкоджень внутрішніх органів.
 - 2. Із пошкодженням внутрішніх органів (легені, трахея, бронхи, стравохід, серце, судини, діафрагма тощо).
- V. За характером ускладнень:
 - 1. Неускладнені.
 - 2. Ускладнені:
 - 1) ранні (пневмоторакс, гемоторакс, підшкірна, медіастинальна емфіземи, флотуючі переломи ребер, травматичний шок, асфіксія);
 - 2) пізні (посттравматична пневмонія, посттравматичний плеврит, нагнійні захворювання легень та плеври).

Класифікація

VI. За станом серцево-легеневої системи:

1. Без явищ дихальної недостатності.
2. Гостра дихальна недостатність (I, II, III ступенів).
3. Без явищ серцево-судинної недостатності.
4. Гостра серцево-судинна недостатність (I, II, III

ступенів).

VII. За тяжкістю травми:

1. Легка.
2. Середнього ступеня.
3. Тяжка.

Огляд постраждалого

Первинний огляд:

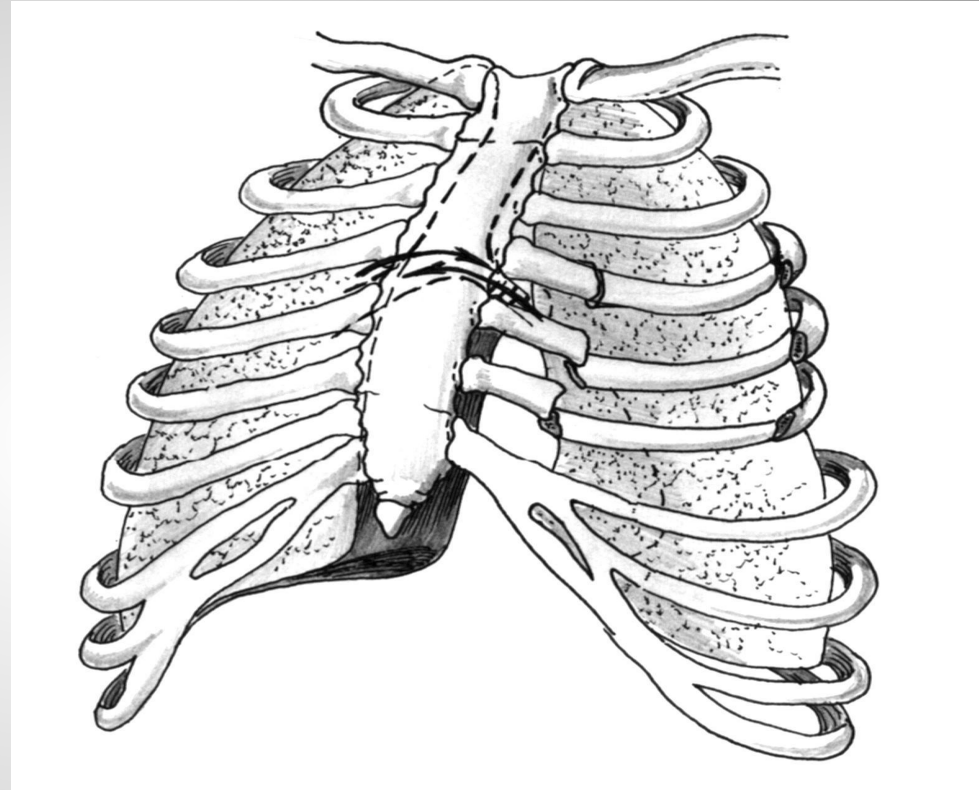
- Положення постраждалого
- Звуки з ВДШ
- Обструкція ВДШ
- Екскурсія грудної клітки

Фізикальне обстеження:

- Огляд
- Аускультация
- Пальпація

Перелом ребер

- Найчастіше – 4-8 ребра латерально
- Біль, утруднене дихання та крепітація



Флотуючі переломи ребер

1. Центральний флотуючий сегмент - множинні переломи ребер по парастернальних або середньо-ключичних лініях.
2. Передньо-боковий флотуючий сегмент - множинні переломи ребер по парастернальній та передньо-аксиллярній лініях.
3. Боковий флотуючий сегмент - множинні переломи ребер по передній та задній аксиллярних лініях.
4. Задній флотуючий сегмент - множинні переломи ребер по задньо-аксиллярній та паравертебральній лініях.

Двосторонні множинні переломи ребер



Лівобічні множинні переломи ребер

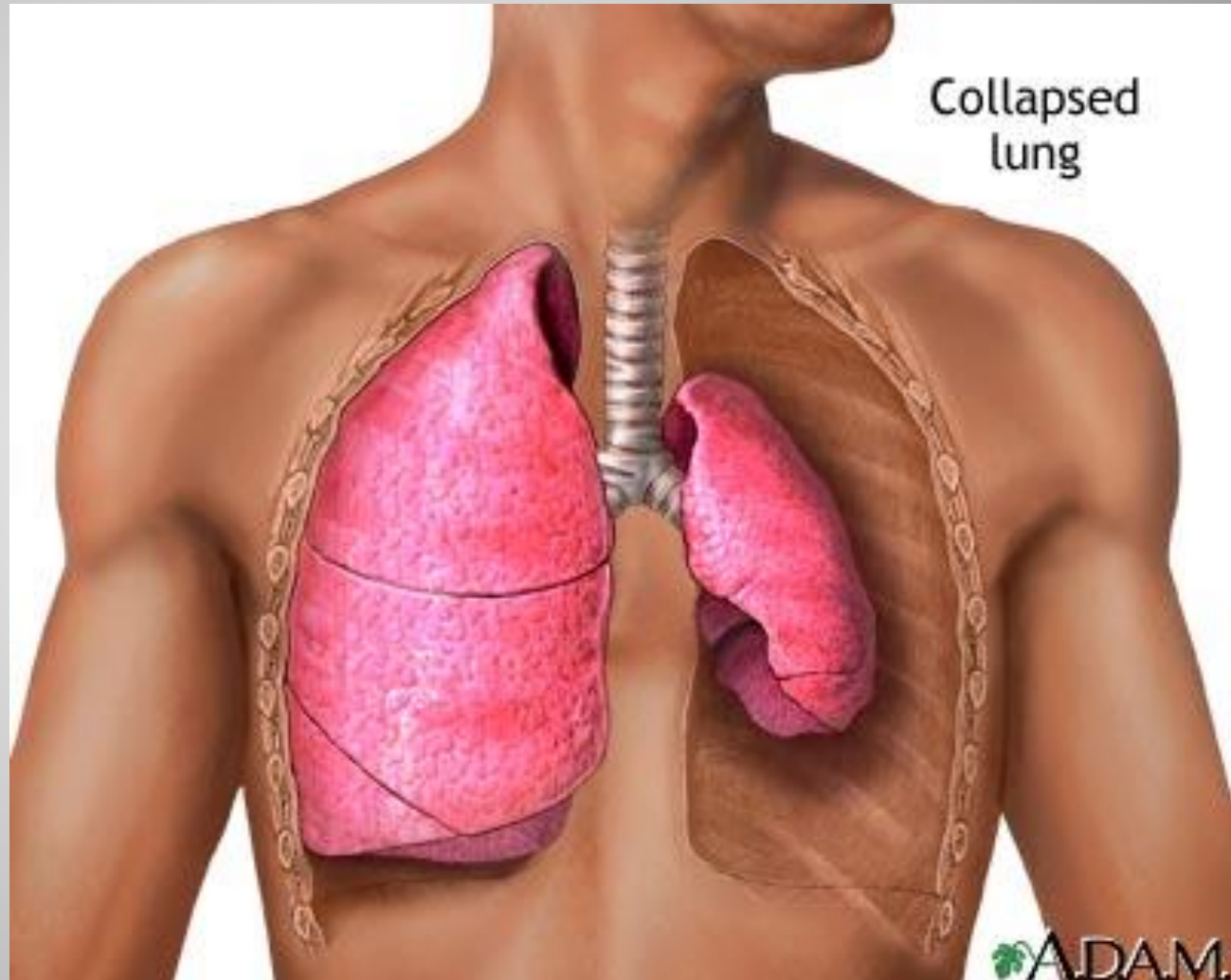


Пневмоторакс

- Простий
- Відкритий
- Клапанний

Пневмоторакс

Простий
Відкритий
Напружени
й



Підшкірна емфізема



Лівобічний тотальний пневмоторакс

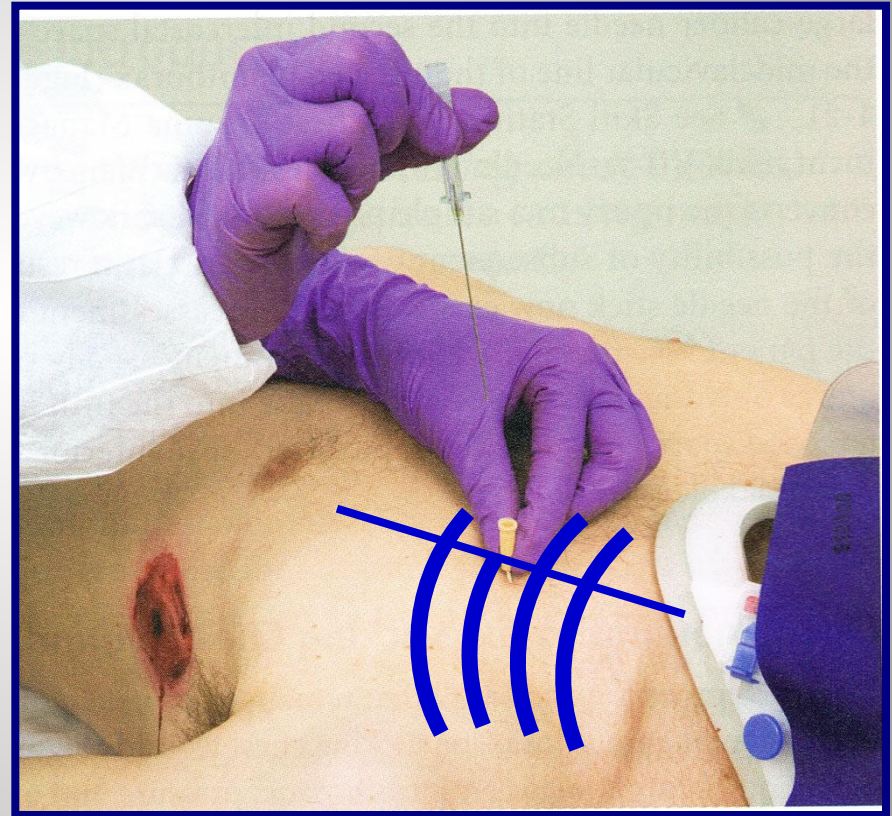
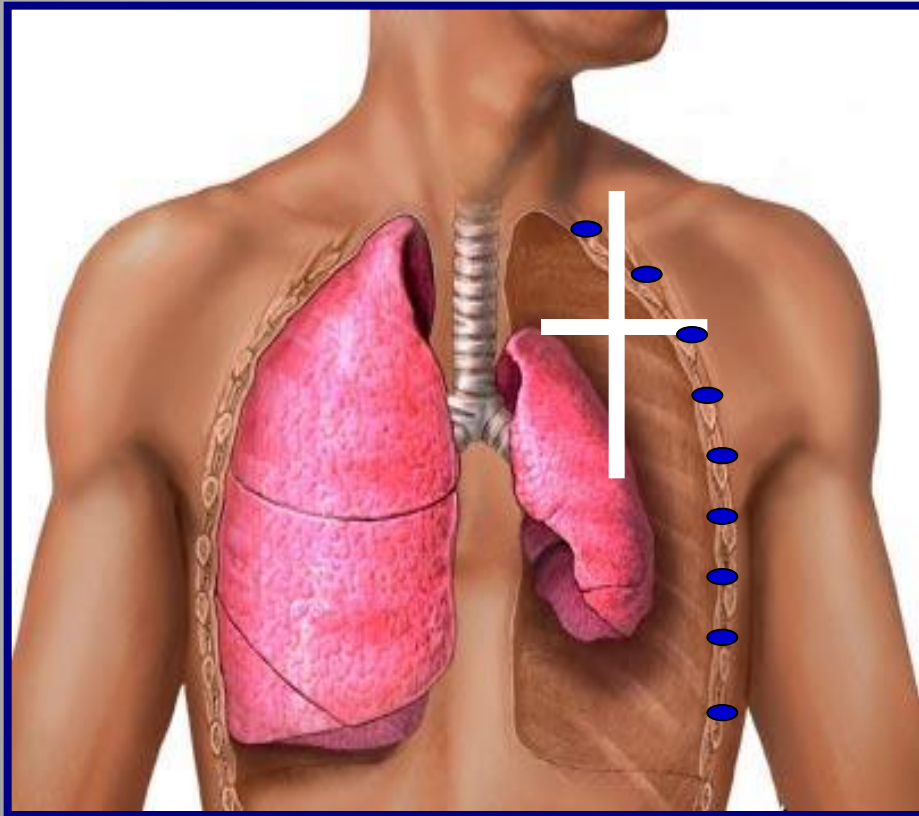


Лівобічний субтотальний пневмоторакс



Декомпресія плевральної порожнини

По середньоключичній лінії, в другому або третьому міжребір'ї, по верхньому краю ребра



Гемоторакс

- Накопичення крові у плевральній порожнині
- До 2500-3000 мл крові у кожній половині
- Небезпека катастрофічної кровотечі!!!
- Біль, слабкість, проблеми з диханням + ознаки наростаючого шоку

Лівобічний середній гемоторакс



Лівосторонній малий гемоторакс



Правосторонній великий гемоторакс



Тампонада серця

- Найчастіше – проникаюче ножове поранення
- Локалізація поранення – чотирикутна “серцева коробка”
- Тріада Бека:
- слабкі приглушені тони серця
- набряк яремних вен
- низький АТ

Інші можливі стани

- Контузія легені
- Контузія серця
- Розрив серця або клапанів серця
- Струс серця (раптова зупинка)
- Травматичний розрив аорти
- Розрив діафрагми



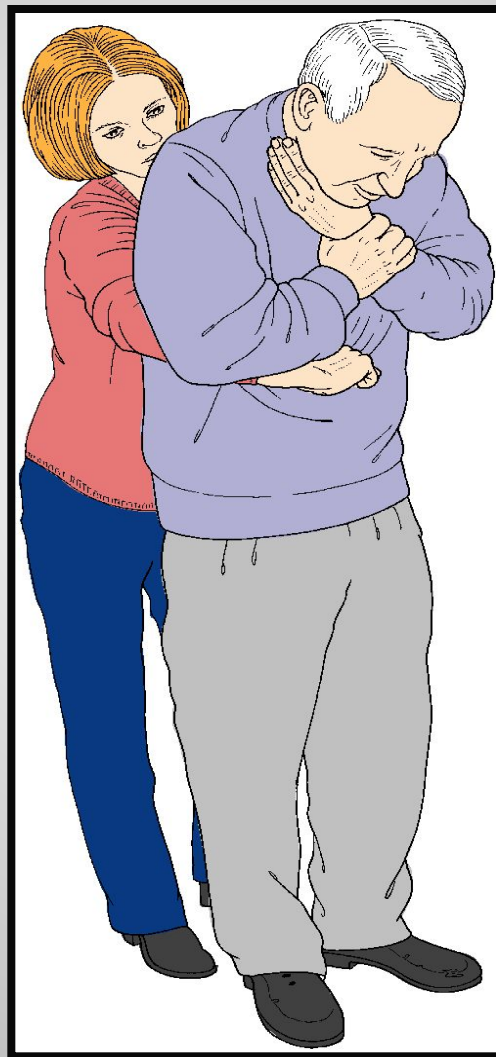
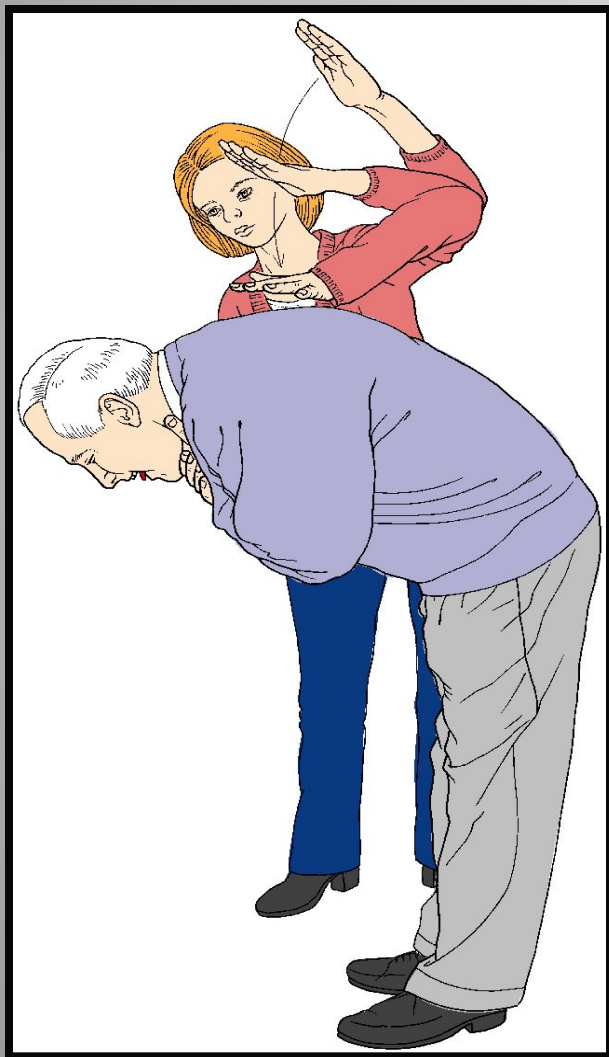
Транспортування

- положення постраждалого напівсидячи;
- повторний огляд та спостереження за постраждалим;
- прохідність дихальних шляхів, за потреби – інтубація;
- оксигенотерапія та вентиляційна підтримка;
- в/в доступ, при шоці цільовий АТ – 80-90 мм.рт.ст.;
- за необхідності – протишокові та реанімаційні міроприємства;
- симптоматична терапія.

Періоди при гострій тотальній обструкції голосової щілини стороннім тілом

- 1 – постраждалий притомний, знаходиться на ногах (2-4 хв)
- 2 – період втрати притомності та розвитку судом (2-3 хв).
- 3 – період клінічної смерті (з 5-ї до 10-ї хв).

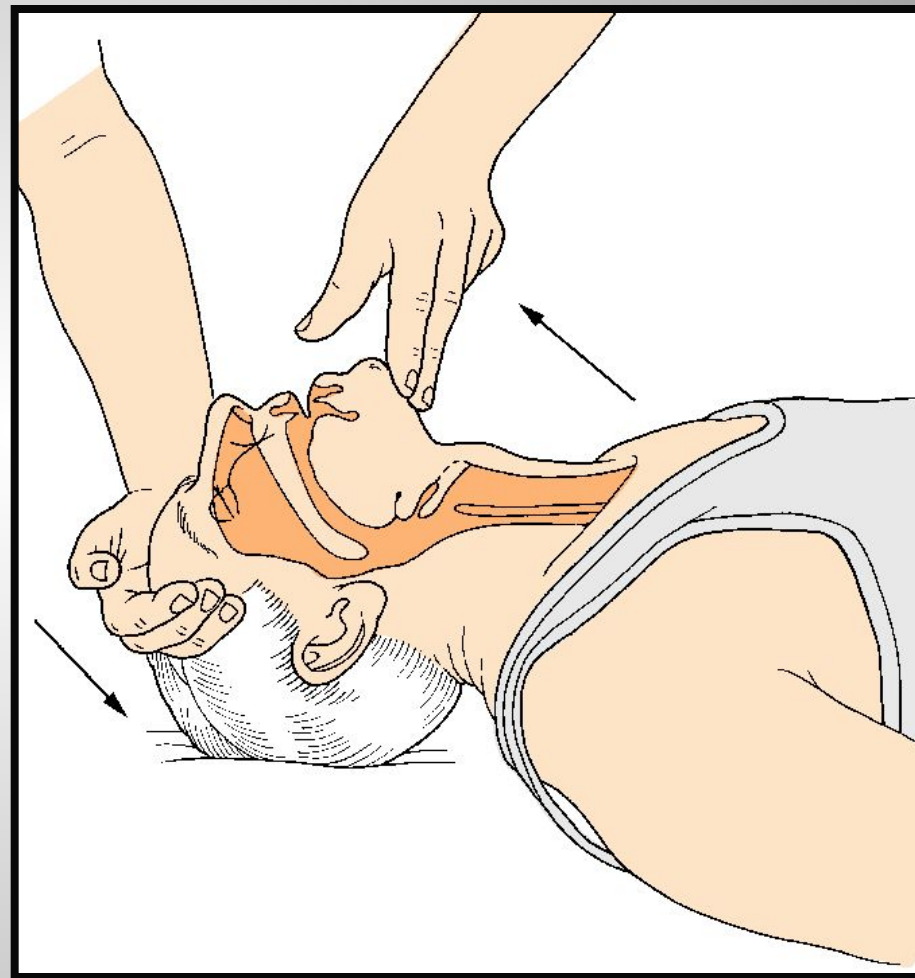
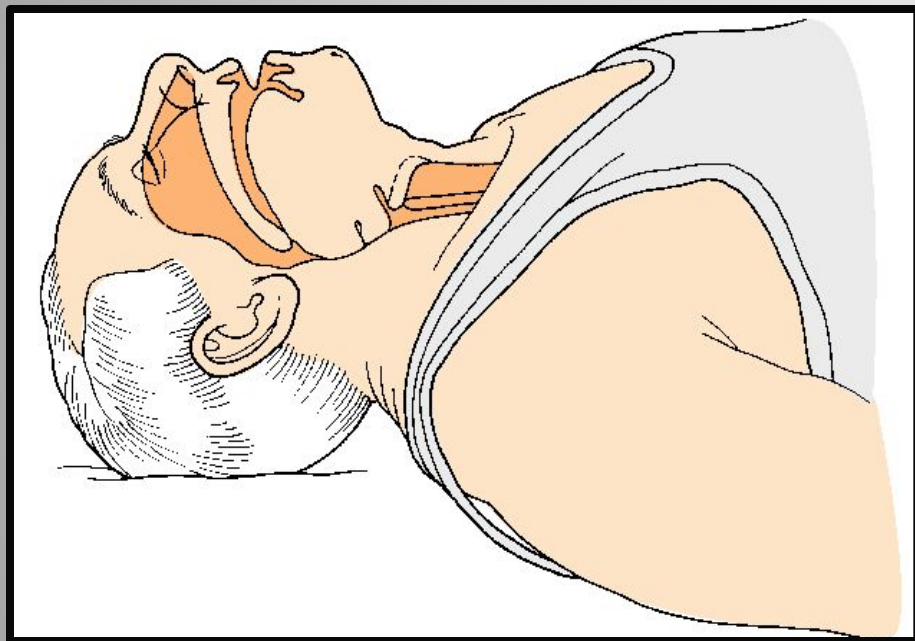
Як виконувати прийом Хеймліха?



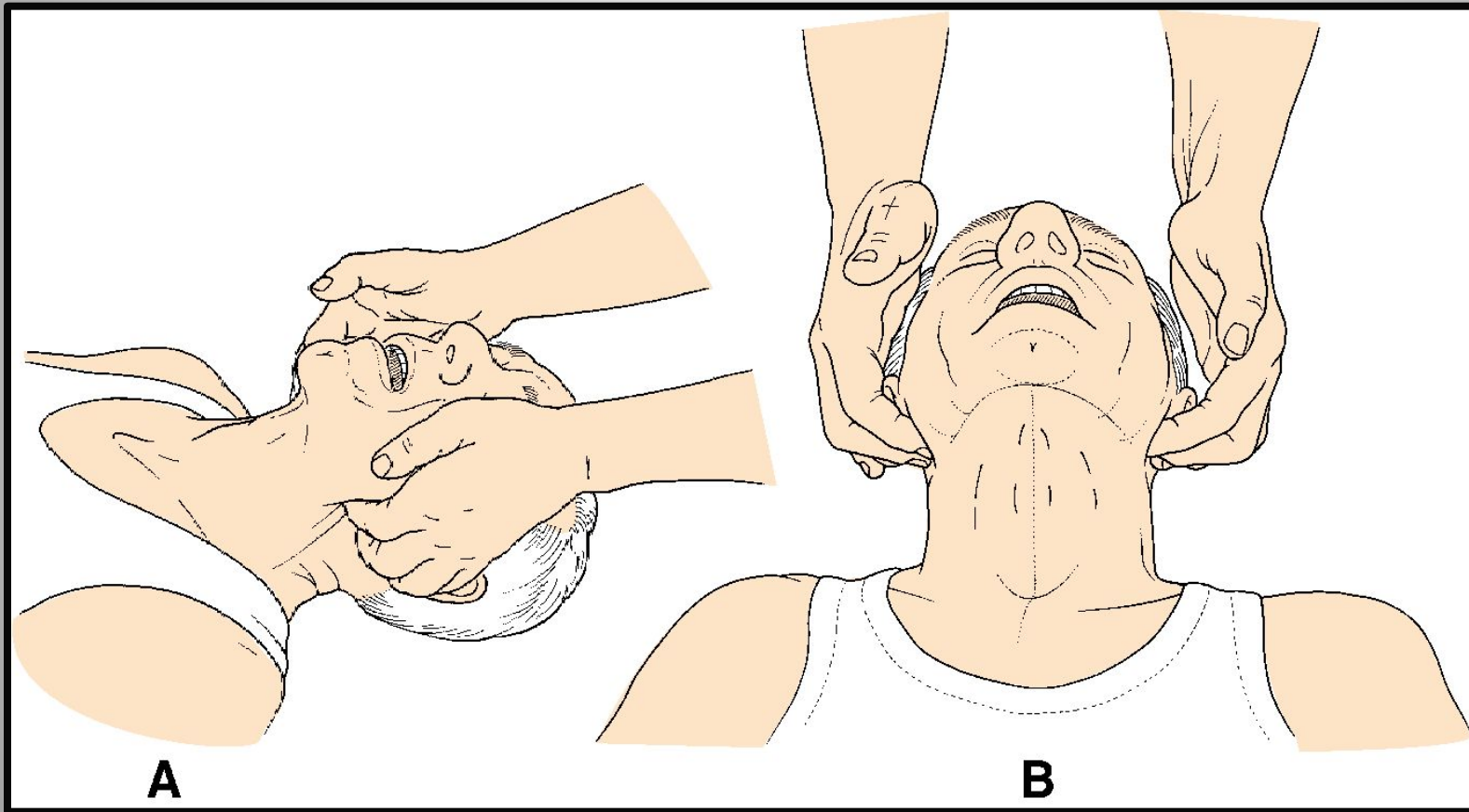
Методи забезпечення прохідності дихальних шляхів

- Мануальні (висування нижньої щелепи, підняття нижньої щелепи)
- Прості (орофарінгеальний чи назофарінгеальний повітропровід)
- Складні (надгортанні пристрої, інтубація трахеї, хірургічні методи)

Закидання голови та підняття нижньої щелепи

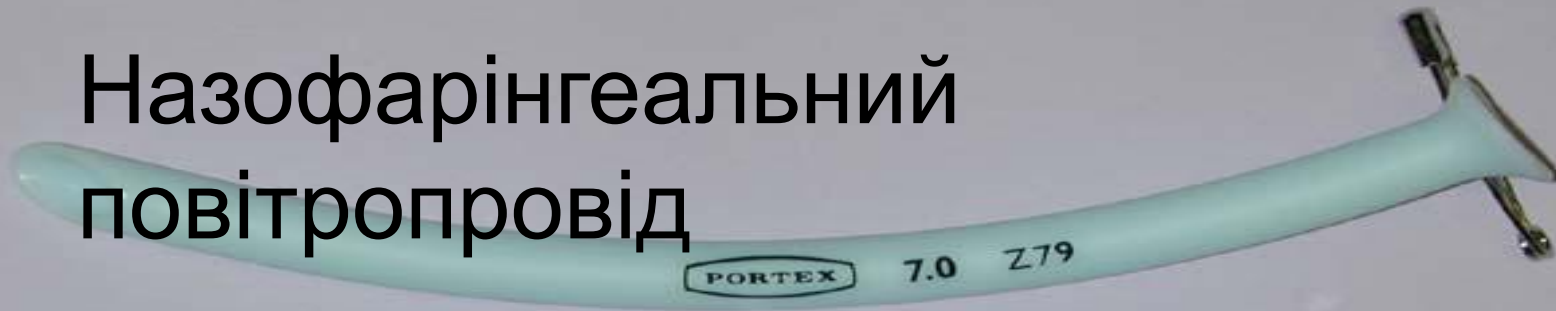


Висування нижньої щелепи



Прості повітропроводи

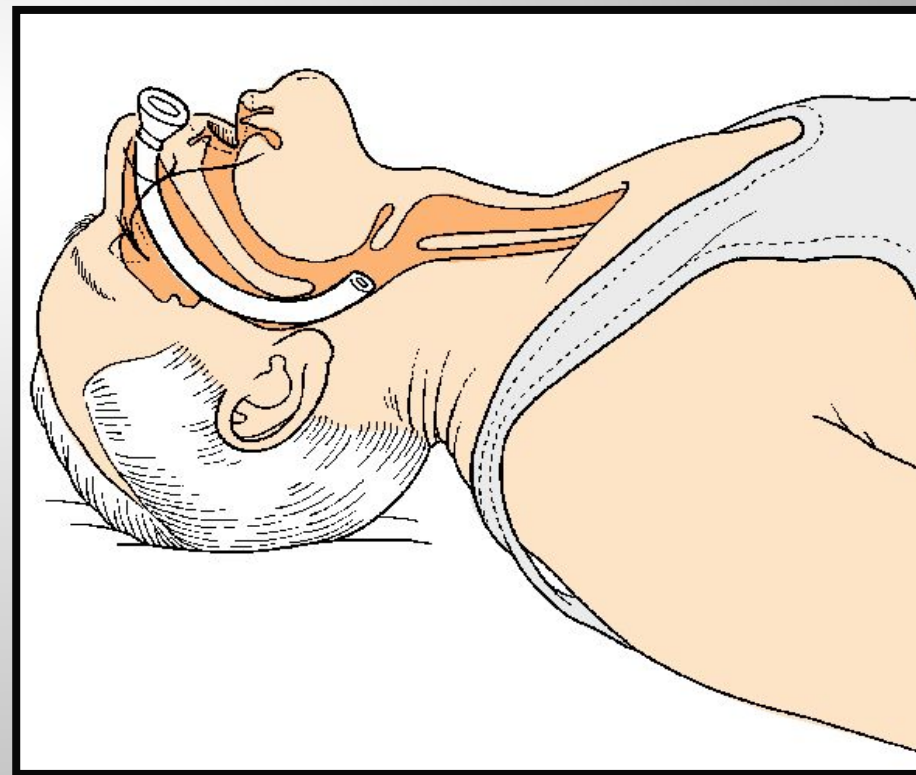
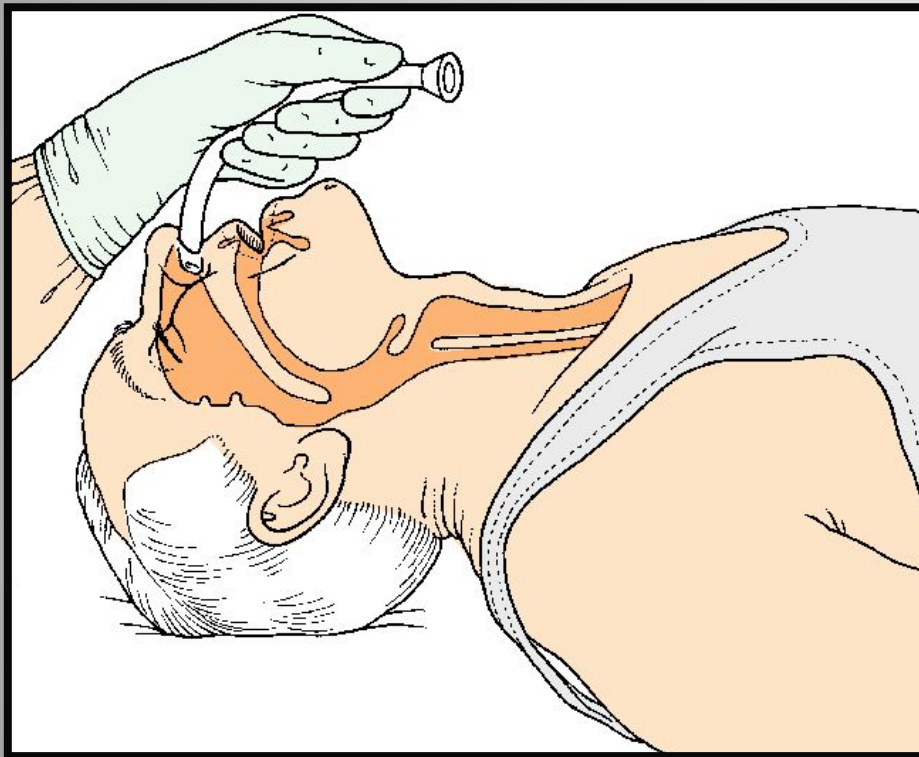
Назофарінгеальний
повітропровід



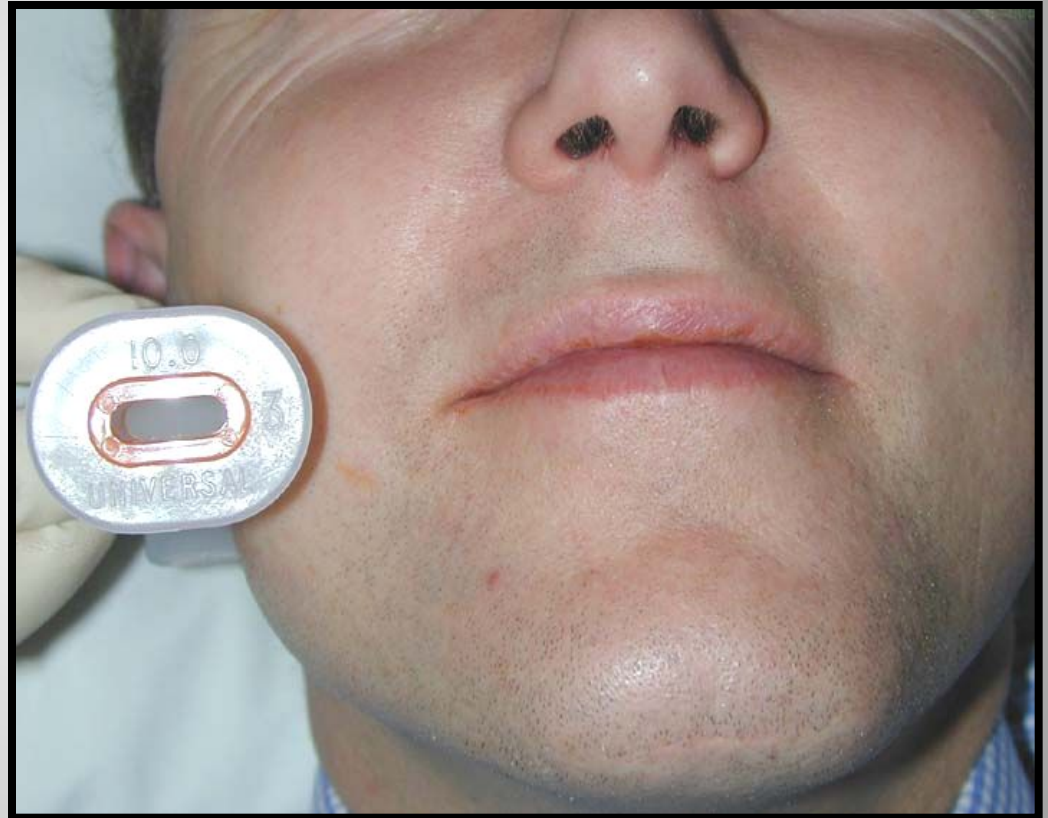
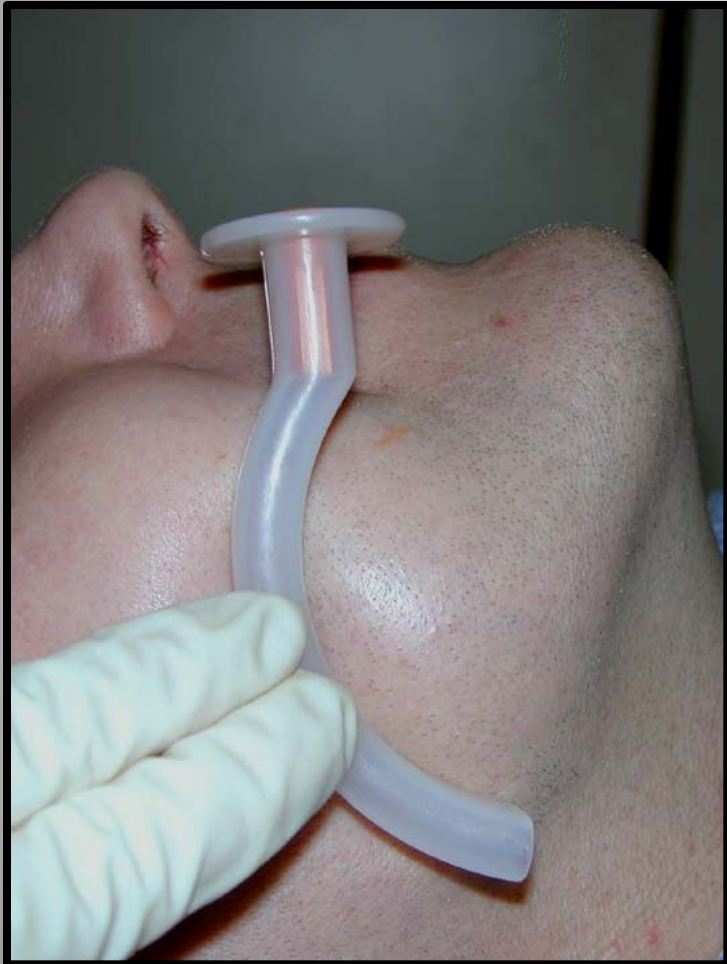
Орофарінгеальний повітропровід



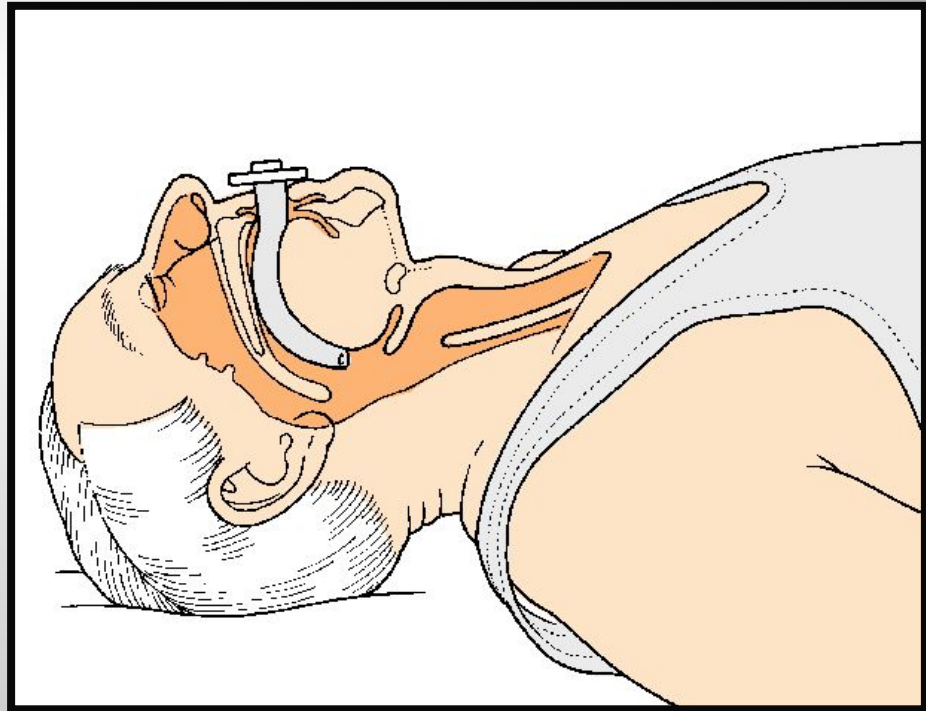
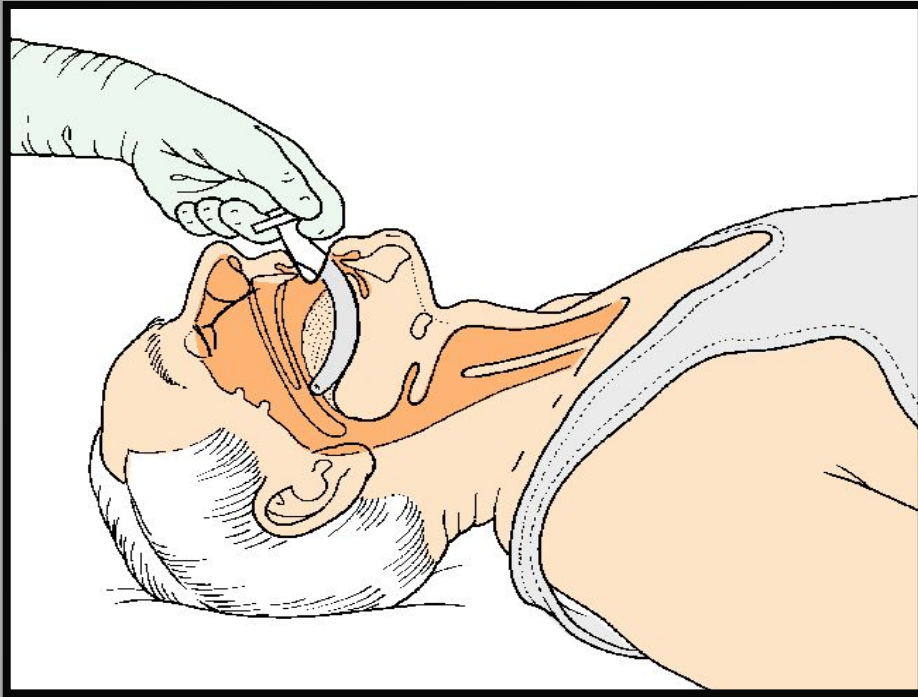
Введення назофарінгеального повітропровіду



Визначення розміру



Введення орофарінгеального повітропровіду



Бар'єрний пристрій для штучного дихання рот-в-рот



Кишенькова маска



Вентиляція мішком Амбу, 2 особи



ВВЕДЕННЯ ЛАРИНГЕАЛЬНОЇ

МАСКИ

ПОКАЗАННЯ:

- необхідність проводити допоміжну вентиляцію у постраждалих без свідомості;
- альтернативний метод інтубації трахеї.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- наявність блювотного рефлексу;
- обструкція дихальних шляхів стороннім тілом;
- ларингоспазм;
- набряк слизової ротоглотки.

УСКЛАДНЕННЯ:

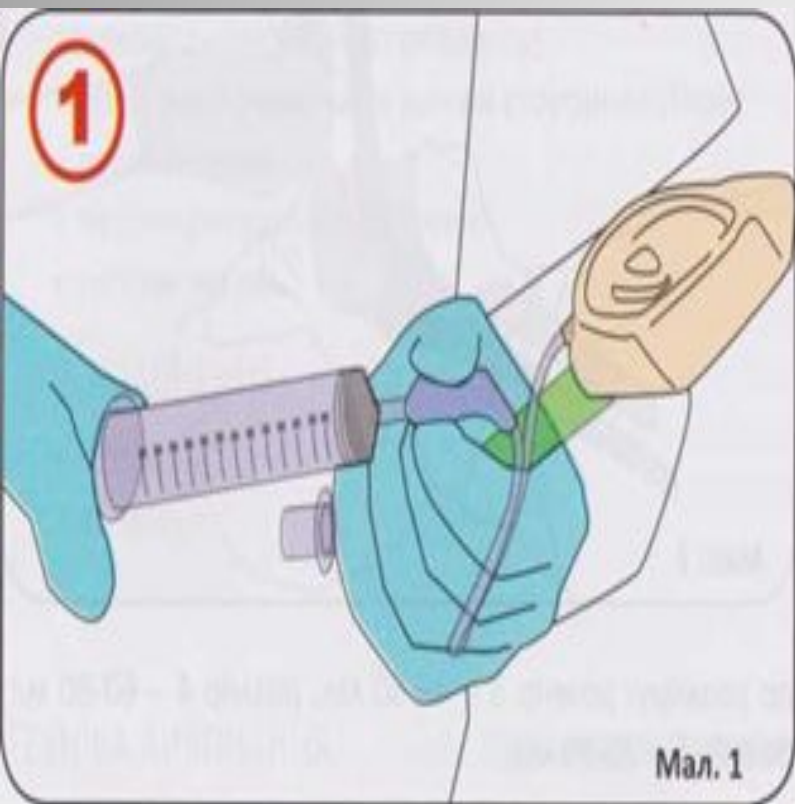
- блювота;
- аспірація;
- ларингоспазм.

НЕОБХІДНЕ ОБЛАДНАННЯ:

- ларингеальна маска;
- шприц;
- відсмоктувач;
- лубрикант на водній основі.

Техніка виконання

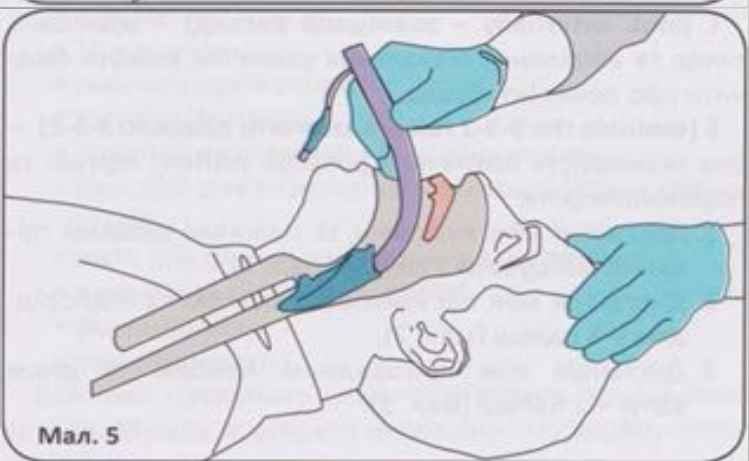
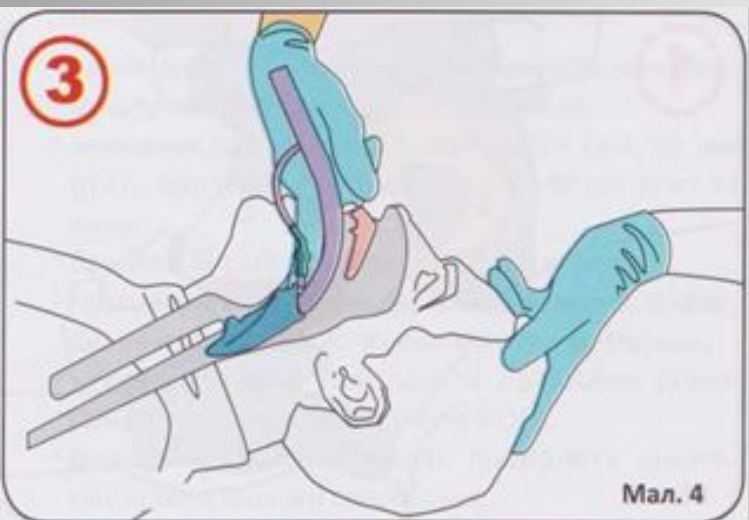
Крок 1 (мал. 1). Підберіть правильний розмір маски. Видаліть повністю повітря з манжетки - використовуйте прямий тиск та відсмоктування за допомогою шприца. Нанесіть на манжетку гель.



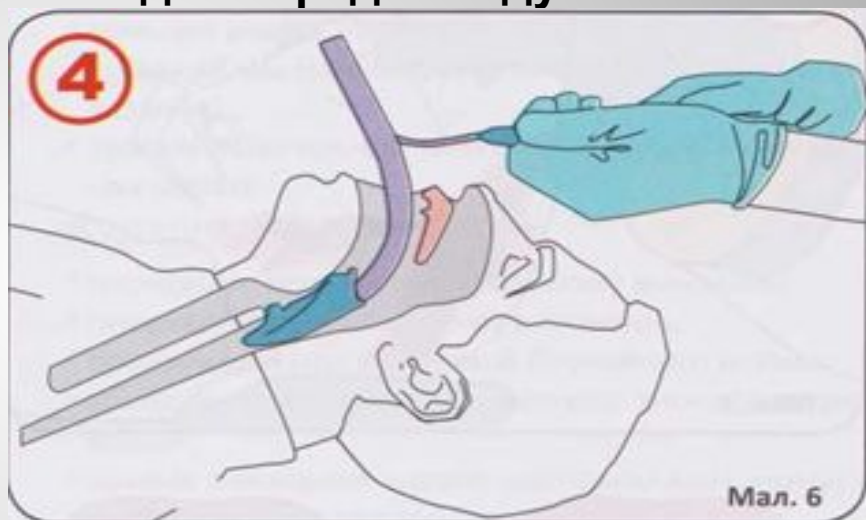
Крок 2 (мал. 2, 3). Основною рукою візьміть ларингеальну маску в місці переходу трубки в маску вказівним та великим пальцями, як олівець. Відкрийте рот постраждалого. Притисніть кінець ларингеальної маски до твердого піднебіння та, направляючи маску вгору вказівним пальцем, що утримує маску в місці з'єднання трубки та маски (як олівець), проведіть її по задній стінці глотки.



Крок 3 (мал. 4, 5). Спрямуйте маску вниз м'яким рухом до повного її введення - Ви повинні відчувати опір. Притримуючи маску на місці витягніть свої пальці з рота постраждалого.



Крок 4 (мал. 6). Роздуйте манжетку (не слід роздувати манжетку максимальним об'ємом повітря) та зафіксуйте трубку. Підтвердіть нормальне проходження повітря - відсутність опору при проведенні ІІВЛ дихальним мішком типу АМБУ, аускультация легень. У випадку необхідності видалення маски -манжетку не слід попередньо здувати.



КОНІКОТОМІЯ

ПОКАЗАННЯ:

- необхідність проводити допоміжну вентиляцію у постраждалих без свідомості;
- значне пошкодження обличчя, опік верхніх дихальних шляхів;
- обструкція верхніх дихальних шляхів внаслідок набряку, кровотечі чи наявності стороннього тіла;
- безуспішна ендотрахеальна інтубація.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- діти молодше 12 років.

УСКЛАДНЕННЯ:

- гостре розширення шлунка повітрям;
- блювота.

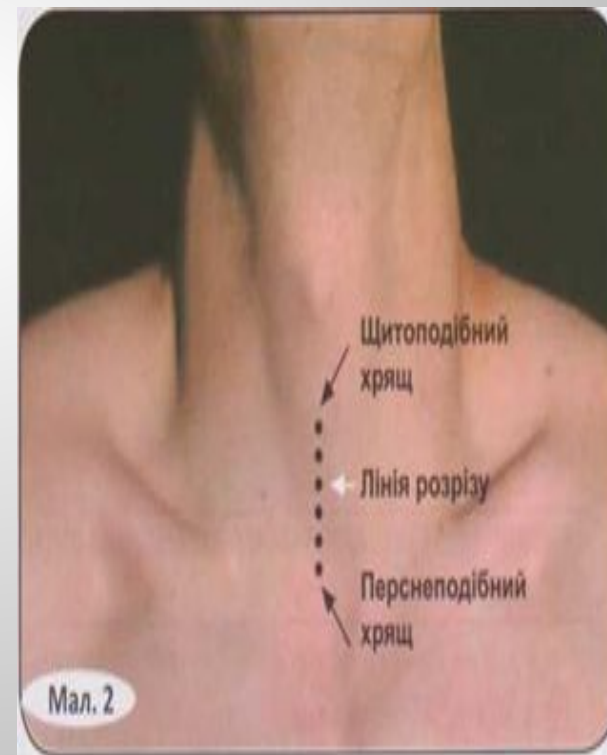
НЕОБХІДНЕ ОБЛАДНАННЯ:

- скальпель;
- розширювач трахеї;
- трахеостомічна чи ендотрахеальна трубка;
- антисептичний розчин, рукавички, серветки;
- дихальний мішок типу АМБУ;
- кисень;
- кровоспинні затискачі;
- відсмоктувач;
- фіксуючі засоби для трубки.

Техніка виконання

Крок 1. Приготувати всі необхідні матеріали

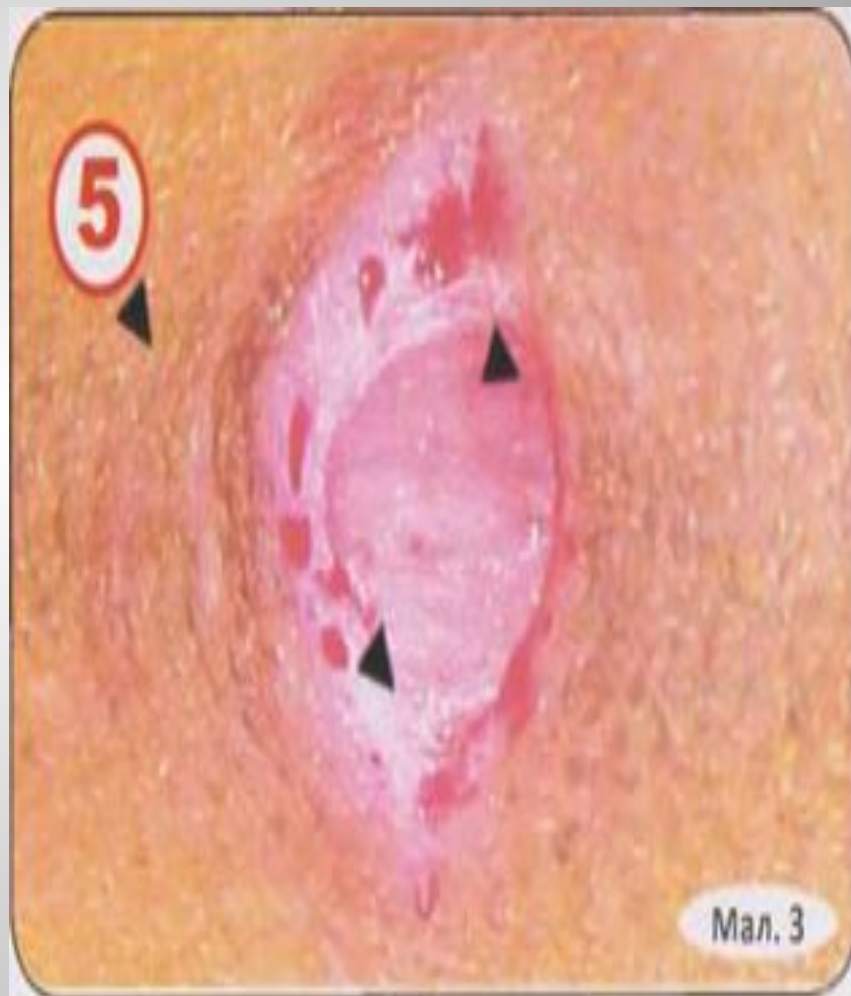
Крок 2 (мал. 1, 2). Визначити анатомічні орієнтири на передній поверхні шиї та намітити лінію розрізу



Крок 3. Обробити шкіру передньої частини шиї антисептичним розчином.

Крок 4. Зафіксувати гортань руками.

Крок 5 (мал. 3). Виконати вертикальний розріз шкіри над крікотиреоїдною мембраною. На дні розрізу повинна візуалізуватись мембрана білого кольору з деяким відблискуванням.



Крок 6 (мал. 4, 5). Виконати горизонтальний прокол мембрани скальпелем. Важливо проколоти, а не розрізати мембрану. Після проколу мембрани можна її розширити ввівши тупий кінець скальпеля.



Крок 7. (мал. 6). Розвести хрящі за допомогою затискача



Крок 8 (мал. 7). Ввести ендотрахеальну трубку в напрямку грудної клітки. Видалити провідник та впевнитись у правильному розміщенні трубки.



Крок 9. Роздути манжетку. Зафіксувати трубку до шиї. Приєднати до трубки дихальний мішок типу АМБУ та проводити ШВЛ.