

Ռ Ե Ֆ Ե Ր Ա Տ

Թեմա - Տրավմատոլոգիական օգնության
կազմակերպում ոչ մասնագիտական
կլինիկայում

Բժիշկ՝ Եղիյան Ֆրունզե

Վերապատրաստման ամսաթիվ՝ 09.03.10 - 02.04.10

Տրավման - դա օրգանիզմի վրա արտաքին ազդակների հանկարծակի ազդեցությունն է, որը բերում է անատոմիական և ֆունկցիոնալ խանգարումների, առաջացնելով օրգանիզմի ընդհանուր և տեղային ռեակցիա:

Կախված վնասվածքի տեսակից տարբերում են.

1. Մաշկային /սալջարդ,վերք /
2. Ենթամաշկային /կապանների պատռվածք, ոսկրային /
3. Խոռոչային /սալջարդ, արյունազեղում, կրծքավանդակի որովայնի վնասվածքներ /

Վնասվածքները լինում են

1. Եզակի
2. Բազմակի
3. Համակցված
4. Կոմբինացված

Ոչ մասնագիտական /շրջանային/ հիվանդանոցներում հանդիպում են տրավմայի բոլոր տեսակները

1. Արտադրական /արդյունաբերական, գյուղատնտեսական/
2. Ոչ արտադրական /տրանսպորտային, փողոցային, կենցաղային, սպորտային/
3. Զինծառայողների տրավմաներ /խաղաղ ժամանակների,պատերազմական/
4. Կանխամտածված

Մեծ տեղ է զբաղեցնում մանկական տրավմատիզմը, որը պահանջում է առանձնահատուկ մոտեցում /հոգեբանական, ֆիզիկական/:

Տրավմատոլոգիական օգնության կազմակերպումը իրականացվում է 3 օղակով.

1. Առաջին օգնություն
2. Ամբուլատոր բուժում
3. Ստացիոնար բուժում

Առաջին տրավմատոլոգիական օգնությունը իր բնույթով կարող է լինել

1. Էլեմենտար
2. Կվալիֆիկացված

Էլեմենտար օգնություն կարող են ցույց տալ ինչպես բուժաշխատողները, այնպես էլ ոչ բուժաշխատողները: որոշ դեպքերում էլեմենտար առաջին օգնությունը իկարող է լինել վերջնական և բավարար: Կարևոր օղակը հանդիսանում է ամբուլատոր օգնությունը, քանի որ տուժողների մեծ մասը կարիք է ունենում միայն ամբուլատոր բուժման:

Տրավմատոլոգիական պուլսկտը կամ կաբինետը պետք է ունենան

1. վիրակապարան
2. գիպսարան

Սակայն շրջային հիվանդանոցներում այս բոլորի բացակայան պայմաններում այդ բոլորը կարող են իրականացվել վիրաբուժական բաժանմունքում ռենտգեն կաբինետի և լաբորատորիայի առկայության պայմաններում:

Տրավմատիկ հիվանդի դիագնոզը հիմնականում դրվում է կլինիկորեն:

Հիվանդի հետազոտման կարգն է.

1. Անամնեզ
2. Զննում
3. Պալպաթիա, աուսկուլտացիա
4. Շարժումների ծավալի որոշում
5. Վերջույթի երկարության, շրջագծի և դեֆորմացիայի որոշում
6. Հեմոդինամիկայի որոշում
7. Ռենտգեն- հետազոտություն
8. Լաբորատոր հետազոտություն
9. Դիագնոզի հաստատում

Լինում են դեպքեր, երբ միաժամանակ հիվանդանոց են բերվում երկու և ավելի տրավմայի ենթարկված հիվանդաներ:

Շրջանային հիվանդանոցում մասնագետների ոչ բավարար քանակի և որոշ գործիքների չլինելու պատճառով , հարկ է լինում առաջին հերթին հիվանդների տեսակավորում ըստ ծանրության աստիճանի:

Խմբակային տրավմատիզմի դեպքում բժշկի առաջնային ուշադրությունը պետք է արժանանա այն հիվանդը, որը կլինիկորեն ունի կյանքին սպառնացող վնասվածքներ:

Հաճախ հարկ է լինում շտապ վիրահատական միջամտության /խոռոչային սուր արյունահոսություններ, մագիստրալ անոթների վնասվածքներ/: Սուր արյունահոսության պատճառով հնարավոր են սրտի գործունեության ծանր խանգարումներ, անոթային, արտաքին շնչառական ֆունկցիայի, էնդոկրին-ռեգուլյացիայի և այլ խանգարումներ: Սուր արյունահոսության հիմքում ընկած է հիպովոլեմիան:

Տարբերվում են հիպովոլեմիաների

1. կայծակային
2. սուր
3. քրոնիկական տեսակները

Խանգարման արտահայտվածությունը կախված է կորցրած արյան քանակով, արագությամբ, տարիքից, սեռից, ուղեկցող հիվանդությունից: Արյունահոսությունները լինում են

1. Առաջնային, որը առաջանում է տրավմայի ժամանակ
2. Երկրորդային, որը առաջանում է առաջնային արյունահոսությունը կանգնեցնելուց հետո

1. Արտաքին
2. ներքին

Արտաքին արյունահոսության ժամանակ կլինիկորեն ավելի հեշտ է գնահատել հիվանդի ընդհանուր վիճակը, քանի որ տեսանելի է արյան կորստի քանակը: Դրա հետ ավելի հեշտ է պայքարել:

Ներքին արյունահոսությունը ավելի դժվար է դիագնոզել կոմպենսացված արյունահոսությունների ժամանակ, ինչպես նաև բավարար գործիքային հետազոտություններ չունենալու պատճառով:

Հաճախ հարկ է լինում դիմել դիագնոստիկ լապարոտոմիայի և պոլևկցիոն ախտորոշմանը:

Մասիվ արյունահոսությունների ժամանակ հակաշոկային թերապիան կատարվում է վիրահատության հետ միաժամանակ:

Երբեմն հիվանդի վիճակի ծանրությունը պայմանավորված է լինում տրավմատիկ շոկով: Եվ հակաշոկային թերապիայից հետո հիվանդի վիճակը լավանում է:

Հաճախ շրջանային հիվանդանոցներում հնարավոր չէ լիարժեք ստացիոնար բուժօգնություն այնպիսի տրավմաների դեպքում, որոնք պահանջում են նեղ մասնագիտական բուժօգնություն /գանգուղեղային ծանր տրավմաներ, խոշոր նյարդի վնասումներ, խոշոր ոսկրերի կոտրվածքներ, մեծ մակերեսով այրվածքներ և այլն/:

Այսպիսի դեպքերում կատարվում է սիմպտոմատիկ բուժում և համապատասխան ժամկետում տեղափոխում մասնագիտացված կլինիկա:

Ավելի հարաբերական թեթև հիվանդներին կատարվում է զննում, վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակում, կմախքային իմոբիլիզացիա: Նման հիվանդների հետ երբեմն հարկ է լինում, որ աշխատի բուժանձնակազմը, քանի որ վիրաբույժը, տրավմատոլոգը կարող է զբաղված լինել ավելի ծանր հիվանդով:

Այդ դեպքում միջին բուժանձնակազմը աշխատում է ոչ մասնագետ բժշկի ղեկավարությամբ:

Հաշվի առնելով նման պայմանները պետք է ժամանակ առ ժամանակ պետք է անցկացնել դասախոսական և պրակտիկ աշխատանքներ միջին և ցածր բուժաշխատողների հետ:

Հստակ տեղ են զբաղեցնում մանկական տրավմատիզմը: Ստացիոնար օգնությունը երեխաներին կատարվում է նույն սկզբունքներով, ինչ մեծահասակներին, հաշվի առնելով մանկական օրգանիզմի անատոմիոֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունները: Երեխաները ստացիոնար օգնություն են ստանում առանձին հիվանդասենյակում, բուժմանը մասնակցում է նաև մանկաբույժը դեղորայքի դոզավորման և մանկական ինֆեկցիաների հայտնաբերման նպատակով:

Ծանր տրավմաների ժամանակ հիվանդության սուր շրջանը հաղթահարելուց հետո, երեխան ուղեգրվում է նեղ մասնագիտական

կլինիկա հետագա բուժման ռեաբիլիտացիոն թերապիայի, հարկ լինելու դեպքում մանակական հոգեբանի կոնսուլտացիայի:

Մանկական տարիքում ավելի հաճախ հանդիպում են տրանսպորտային, փողոցային, կենցաղային, սպորտային տրավմատիզմը: Շրջանային պայմաններում շատ կարևոր է, որ դպրոցներում տարվեն համապատասխան դասընթացներ դպրոցական բուժքույրերի, ինչպես նաև ֆիզիկական կուլտուրայի ուսուցիչների հետ սպորտային տրավմատիզմի դեպքում ճիշտ առաջին օգնություն կազմակերպելու համար:

Շրջանային հիվանդանոցը պետք է ունենա բարձր որակավորում ունեցող շտապ օգնության բրիգադա, քանի որ փողոցային, տրանսպորտային և կենցաղային տրավմատիզմի ժամանակ օգնության առաջին օղակը պատկանում է շտապ օգնության բրիգադային: Այն պարզաբանում է տրավմայի հանգամանքները, գնահատում է տուժողի ընդհանուր վիճակը, դիագնոզում է վնասվածքը, որը կարող է բերել կենսական կարևոր օրգանների ֆունկցիայի խանգարմանը, անց է կացնում անհրաժեշտ անհետաձգելի , հակաշոկային և ռեանիմացիոն միջոցառումներ, նաև իմոբիլիզացիա:

Ավելի դժվար երեխաների մինչհոսպիտալիզացիոն միջոցառումները: Ծանր տրավմայի նկատմամբ երեխայի ռեակցիան չունի սահմանափակ տենդենց և երեխայի վիճակը կարող է պրոգրեսիվ ձևով վատանալ, դառնալով ավելի կլինիկական, քան կար մինչև այդ: Եվ ելքը կախված կլինի երեխայի մինչհոսպիտալային բուժօգնության որակից:

Հատկապես պոլիտրավմա ունեցող երեխաները կարիք ունենկոմպլեքս անհետաձգելի առաջին բուժօգնության: Սակայն նման սպեցիալիզացված շտապ օգնության բրիգադաների քանակը հատկապես շրջաններում քիչ է:

Ամփոփելով վերը նշվածը, շրջանային հիվանդանոցները պետք է հագեցված լինեն համապատասխան բարձր կվալիֆիկացված մասնագետներով, միջին բուժ. անձնակազմով, անհրաժեշտ սարքավորումներով, շտապ օգնության բարձր որակավորմամբ բրիգադաներով և համապատասխան սարքավորումներով:

Գրականություն

1. Ա. Ֆ. Հրասիով - Վնասվածքաբանության տեղեկատու
2. Գ. Ս. Յոլմաշև - Տրավմատոլոգիա և օրթոպեդիա
3. Մ. Դ. Ցեյտլին - Անհետաձգելի տրավմատոլոգիա