

АНАЛГОСЕДАЦІЯ ДІТЕЙ З ПОЛІТРАВМОЮ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Шкатула Ю.В., к.м.н., доц., Рудніков В.В.

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та НС.

КУ «Сумська міська станція швидкої медичної допомоги»

Адекватне знеболювання – один з основних компонентів невідкладної допомоги дітям з політравмою на догоспітальному етапі. Крім болю потрібно враховувати психоемоційний стан постраждалого. Дітям притаманна неконтрольована, ситуаційно зумовлена поведінка, що може бути викликана не лише болем, але й страхом, ізоляцією від батьків та безліччю інших причин, що ускладнює організацію надання допомоги. Проведена аналгоседація повинна захистити постраждалих від стресіндуруючих наслідків травми, знизити болючість маніпуляцій і підготувати до транспортування, іноді на значну відстань. При аналітичному огляді літератури встановлено, що більшість авторів одностайно вважають, що знеболення на догоспітальному етапі повинно бути адекватним, але що стосовно способів, методів, пропозицій і рекомендацій найрізноманітніші.

Ми вирішили проаналізувати результати проведеного знеболення у дітей з політравмою при доправленні їх з місця одержання травми у лікувальний заклад, використовуючи шкалу CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale, шкала болю дитячого госпіталю східного Онтаріо), з додатковим опитуванням постраждалих та аналізуючи супровідну документацію де було вказано спосіб і метод знеболення (табл. 1).

Табл. 1 Ефективність проведеного знеболення дітям з поліорганними та полісистемними пошкодженнями на догоспітальному етапі

Метод знеболення	Кількість випадків (n=67)	Результат, використовуючи шкалу CHEOPS
Наркотичні анальгетики	4	7 ± 2, 5
Ненаркотичні анальгетики	41	11 ± 2, 4
Атаралгезія	18	8 ± 0, 4
Регіональна анестезія	2	13 ± 1, 5
Інгаляційний наркоз	2	6 ± 2, 2

Інтерпретація результатів – свідчення неадекватного знеболення виникає при отриманні >10 балів.

Дані приведені в таблиці свідчать, що повне знеболення було отримано у 11 (13,5%) дітей, добре – у 28 (28,4%), задовільне – у 23 (16,8%), незадовільне – у 6 (8%).

На догоспітальному етапі серед методів анестезіологічного захисту травмованих дитячого віку перевагу слід надавати атаралгезії. Її застосування базується на сполученні транквілізаторів та анальгетичних засобів і дозволяє зменшити психоемоційний дискомфорт, при цьому ефект знеболювання посилюється.

Наркотичні анальгетики у дітей на догоспітальному етапі, як метод знеболення при наданні першої допомоги, мають більше обмежень, ніж показань через здатність підвищувати внутрішньочерепний тиск, зменшувати напругу м'язів передньої черевної стінки, пригнічувати дихальний центр і кашльовий рефлекс. Ці препарати не застосовуються при закритій черепно-мозковій травмі, підозрі на ушкодження органів черевної порожнини.

У педіатричній травматологічній практиці ми не бачимо жодних переваг для виконання на догоспітальному етапі новокаїнових блокад, що у першу чергу пов'язано з поглибленням під час маніпуляції психоемоційного дискомфорту.

Разом з аналгоседацією на догоспітальному етапі надзвичайно важливим заходом є психологічна підтримка. Необхідно постійно підтримувати мовний контакт, як з метою заспокоєння постраждалої дитини так і для динамічного моніторингу змін неврологічного статусу.