





**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ
ПОЛИТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

**ГОУ ДПО «Казанская государственная
медицинская академия» Росздрава
Доцент кафедры травматологии и
ортопедии д.м.н. И.О. Панков**



**ПОЛИТРАВМА – ЭТО СОВОКУПНОСТЬ
ДВУХ И БОЛЕЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ОДНО ИЗ
КОТОРЫХ ЛИБО ИХ СОЧЕТАНИЕ НЕСЕТ
УГРОЗУ ЖИЗНИ ПОСТРАДАВШЕГО И
ЯВЛЯЕТСЯ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ
ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ
ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**



**НЕУКЛОННЫЙ РОСТ ТРАВМАТИЗМА ,
СВЯЗАННЫЙ С РАЗЛИЧНОГО РОДА
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ,
ЭКОЛОГИЧЕСКИМИ И КРИМИНАЛЬНЫМИ
КАТАСТРОФАМИ, УВЕЛИЧЕНИЕМ ЧИСЛА
ДОРОЖНО - ТРАНСПОРТНЫХ
ПРОИСШЕСТВИЙ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПРОБЛЕМУ
ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ**

**ПО ДАННЫМ ВОЗ, В СТРУКТУРЕ
ОБЩЕЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ, ЛЕТАЛЬНОСТЬ
ОТ ПОЛИТРАВМЫ ЗАНИМАЕТ ТРЕТЬЕ
МЕСТО (после летальности от
онкологических и сердечно – сосудистых
заболеваний).**


**В ГРУППЕ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 18 - 40
ЛЕТ ПОЛИТРАВМА ЯВЛЯЕТСЯ
ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ
СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ**

Проблема Летальность

Летальность при политравме достигает 40%

В структуре общей летальности летальность по отделениям травматологии и ортопедии летальность от политравмы составляет 90 – 95%.





Летальность. Причины.

Причинами летальности в первые часы после травмы являются *шок* и *острая кровопотеря*.

В более позднее время- тяжелые мозговые расстройства и сопутствующие осложнения.





Инвалидность.

Инвалидность при политравме достигает 25-45%.





Осложнения.

Наиболее частые **осложнения** наблюдаются со стороны:

Центральной нервной системы

Внутренних органов

Опорно - двигательного аппарата





Осложнения.

Легочные осложнения возникают у **50%** пострадавших с политравмой .

В **14%** являются причиной **летальных исходов**.



Осложнения.


Тромбоэмболические осложнения при политравме достигают 90%.

Частота возникновения тромбоза глубоких вен нижних конечностей составляет 60 – 90%.

Особую группу составляют пациенты с множественными переломами костей таза.

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей имеет место в 35 – 85% случаев.


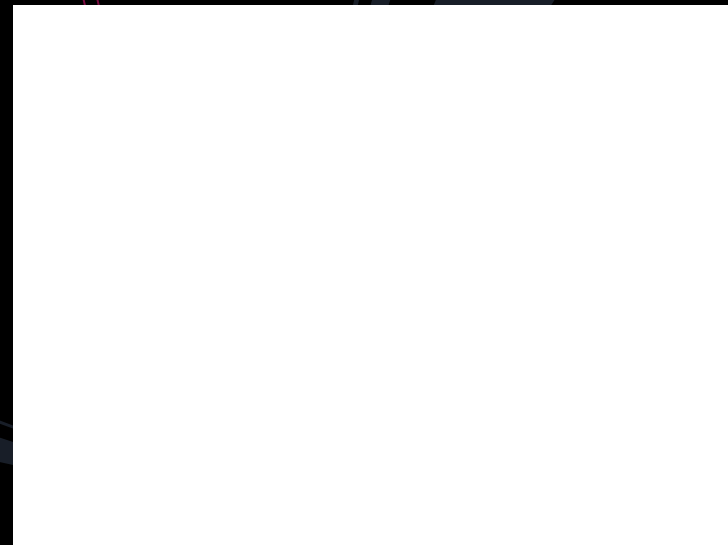
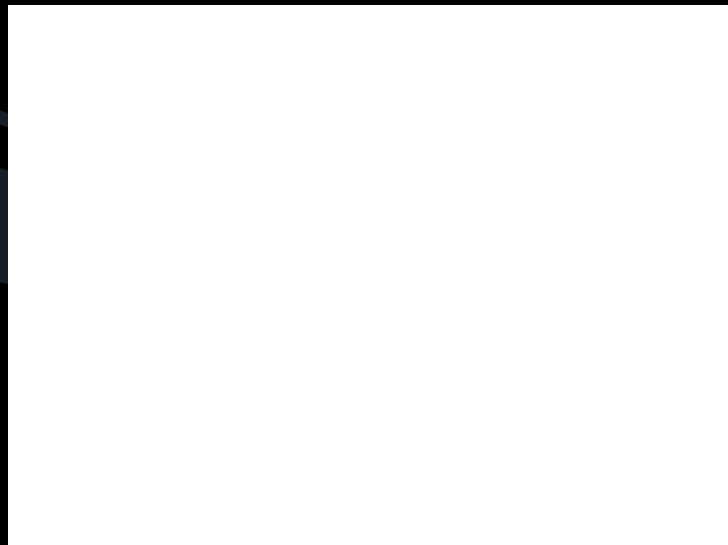
Тромбоэмболии легочной артерии составляют 2-10%



**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ТЯЖЕЛОЙ ПОЛИТРАВМОЙ ЗАВИСИТ ОТ
ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА И
СРОКОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ПОМОЩИ**



ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ПОЛИТРАВМОЙ



Опыт оказания специализированной помощи по данным
Научно – исследовательского центра Татарстана «ВТО» -
Республиканского травматологического центра.

При поступлении в приемное отделение центра пациентов с тяжелой политравмой (ДТП, кататравма и пр.) комплексные лечебно – диагностические мероприятия проводятся бригадой в составе:

врачи травматологи – ортопеды

врач хирург

врачи нейрохирурги

врачи анестезиологи – реаниматологи

медицинские сестры

К моменту поступления пострадавших бригада находится в приемном отделении. Руководит бригадой старший дежурный врач.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК

При клинических проявлениях шока на первый план выступают противошоковые мероприятия.

Весь комплекс лечебно – диагностических мероприятий проводится одновременно с противошоковой терапией в реанимационном зале с шоковой операционной.

При имеющих место переломах костей конечностей осуществляется полноценная иммобилизация переломов, которая является неотъемлемой частью борьбы с шоком.





КРОВОТЕЧЕНИЕ

При отрывах и размозжениях конечностей, открытых переломах с массивным кровотечением производится временная остановка кровотечения (кровоостанавливающий жгут, наложение кровоостанавливающего зажима на сосуд в ране).



ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Диагностика переломов ребер и повреждений органов грудной клетки производится одновременно с противошоковыми мероприятиями.

Диагностическая **пункция** плевральных полостей.

Дренаживание плевральных полостей при наличии гемо -, пневмо -, гемопневмоторакса.

При двойных переломах ребер и западениях грудной клетки производится вытяжение за грудину, в некоторых случаях фиксация ребер спицами.



ПОВРЕЖДЕНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Комплексные диагностические мероприятия проводятся одновременно с противошоковой терапией.

Лапароцентез. Эндоскопическое исследование.

Ультразвуковое исследование.

При выявлении повреждений органов брюшной полости и внутрибрюшном кровотечении по экстренным показаниям проводится операция лапаротомия, ревизия брюшной полости и забрюшинного пространства, остановка кровотечения, дренирование.

ЧЕРЕПНО – МОЗГОВАЯ ТРАВМА

Диагностика черепно – мозговых и спинальных повреждений проводится всем пострадавшим, поступившим в приемное отделение после ДТП.

Эхоэнцефалоскопия . Рентгенография, МРТ и КТ черепа.

При выявлении интракраниальной гематомы, а также сдавления головного и спинного мозга оперативное вмешательство проводится по экстренным показаниям.



СОЧЕТАТЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

При переломах костей конечностей в сочетании с повреждениями внутренних органов, интракраниальными гематомами, тяжелыми нестабильными переломами тел позвонков оперативные вмешательства по экстренным показаниям выполняются двумя или более операционными бригадами в условиях **шоковой операционной приемного отделения.**

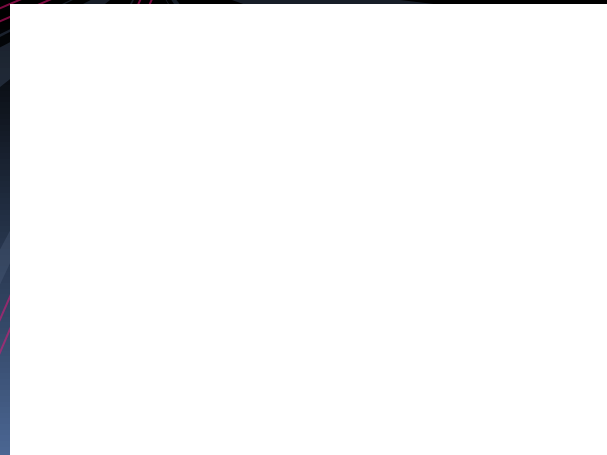
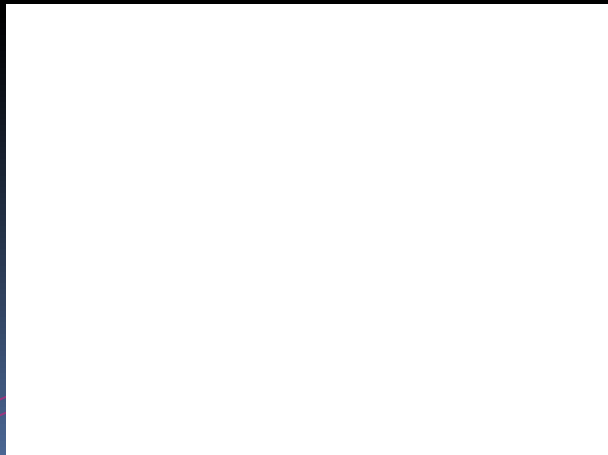
Оперативная репозиция и стабилизация переломов выполняются одновременно с операциями на жизненно важных органах.

Репозиция и стабилизация переломов является важнейшим компонентом противошоковой терапии и профилактикой осложнений травматической болезни.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

При множественных переломах костей конечностей без угрозы кровотечений оперативные вмешательства выполняются после выведения пострадавших из шока и стабилизации артериального давления.

Оперативная репозиция переломов и стабилизация отломков костей является важнейшим мероприятием, направленным на устранение шокогенных очагов и профилактику возможного развития жировой эмболии и нарушений свертывающей системы крови (ДВС – синдром, тромбоз эмболии).

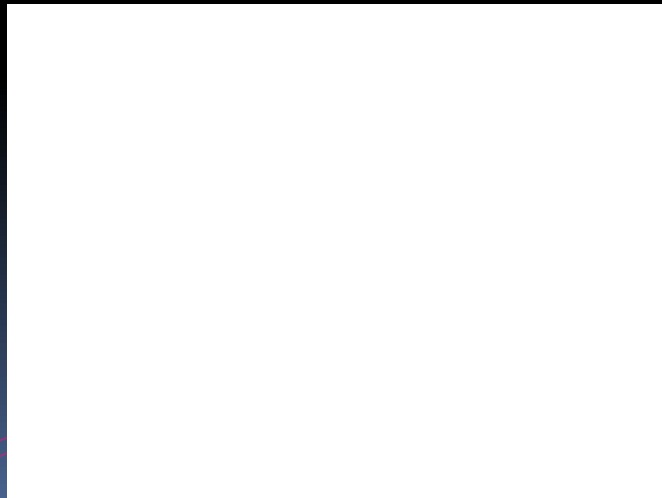


МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

При переломах костей конечностей оперативная репозиция с устранением всех видов смещений и стабилизацией отломков производится в операционной приемного отделения.

Операция проводится по неотложным показаниям с целью профилактики возможных травматических осложнений.

Применяется чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации.



ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

В отделении неотложной травматологии разработаны и успешно применяются оригинальные компоновки спице – стержневых и стержневых аппаратов внешней фиксации при различных видах и типах переломов.



ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

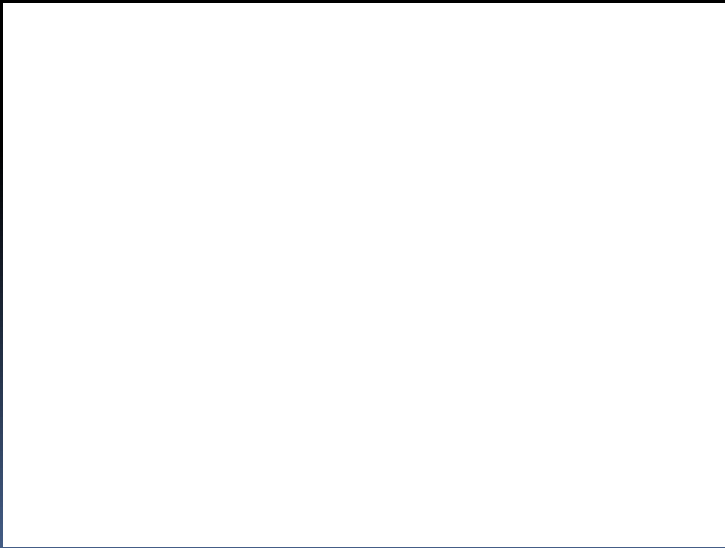
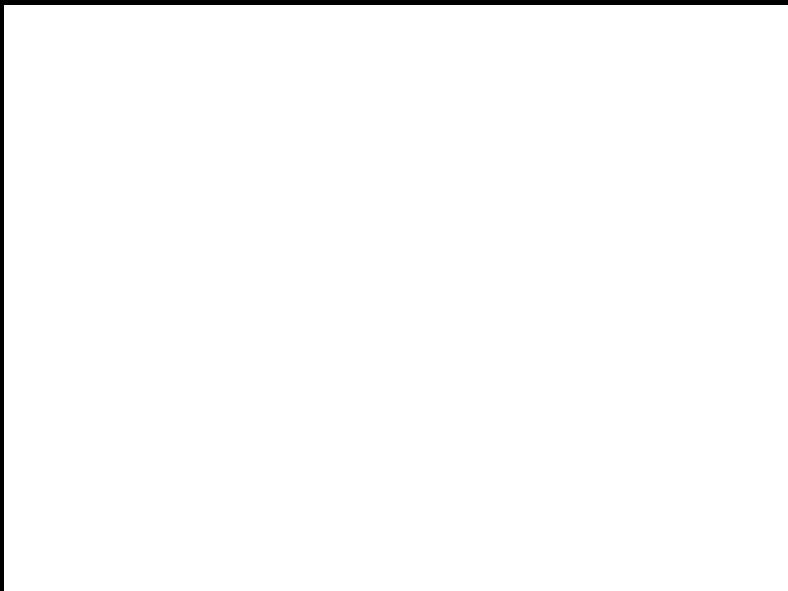
При открытых переломах производится первичная хирургическая обработка, ЧКОС аппаратами внешней фиксации.

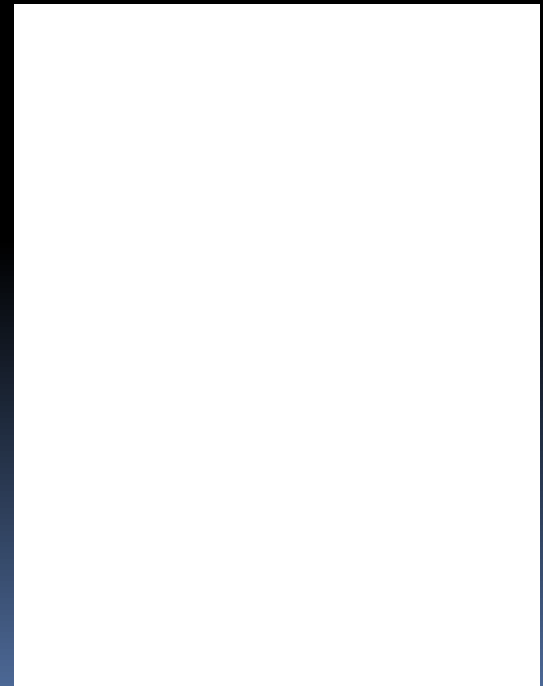
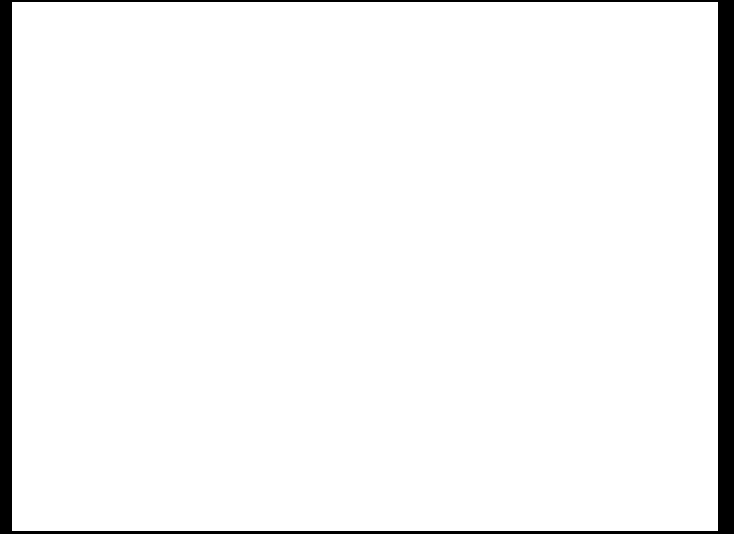
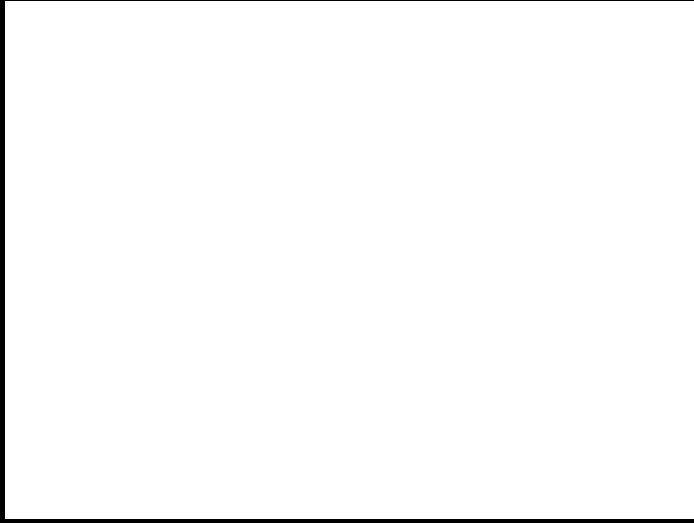
При закрытых переломах костей репозиция осуществляется на операционном ортопедическом столе. Применяется закрытый ЧКОС аппаратами внешней фиксации.

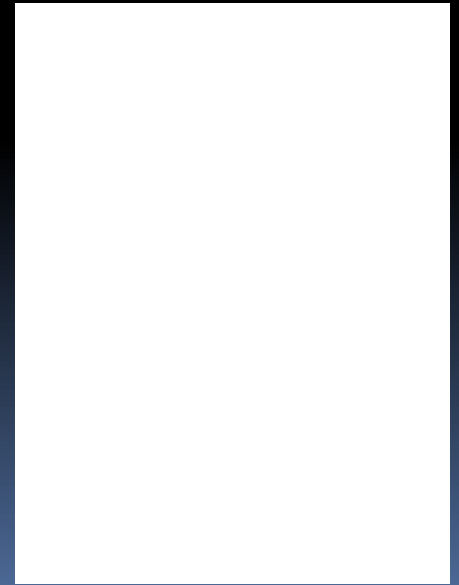


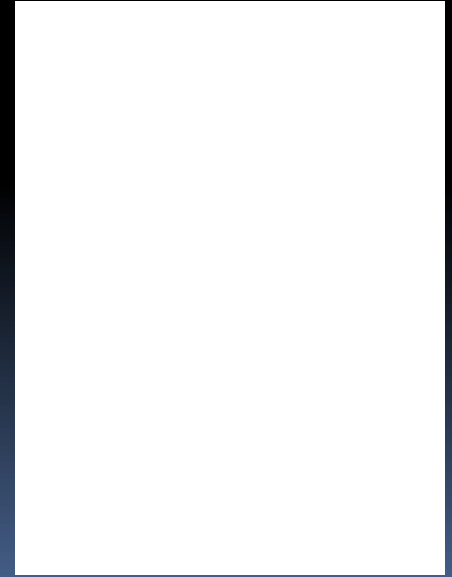


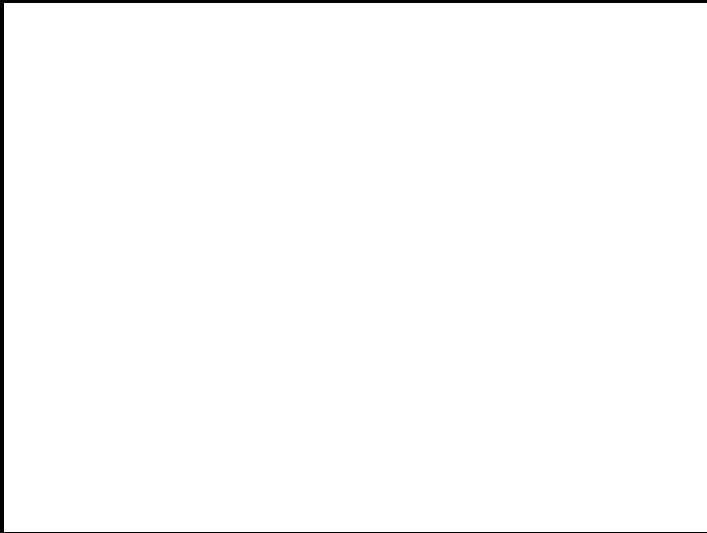
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ
















НАУЧНО – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТАТАРСТАНА «ВТО» – РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР



НИЦТ «ВТО» - Республиканский

травмацентр

Работа центра в условиях оказания неотложной специализированной помощи.

Всего обращений:

2008г. – 13921.

2009г. – 14786.

Обращений за сутки в дни ургентной травматологии, в среднем – 100 – 120 (от 85 до 145).

Всего обращений после ДТП (2009г.) – 748.



**НИЦТ «ВТО» - Республиканский
травмацентр
Летальность**

Отделение неотложной травматологии – 1,8%

Отделение нейрохирургии – 5,1%

По двум ургентным отделениям, в среднем – 3,2%

Летальность при тяжелой политравме – 9,7%



**В структуре общей летальности – летальность от
политравмы – 52,2%**



БЛАГОДАРИМ ЗА

ВНИМАНИЕ

