

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования Сибирский
государственный медицинский университет

Кафедра травматологии, ортопедии,
военно-полевой хирургии
Заведующий кафедрой - Первеев
Василий Иванович, д.м.н., профессор,
академик МАНЭБ.

ПОЛИТРАВМА

Выполнил: Монгуш Ч.В., 5
курс, гр.1014.

Научный руководитель:
Копанчук Александр
Иванович, к.м.н.

Руководитель кружка:
Кочетков Юрий Степанович,
чл.–корр. АМТН, д.м.н.,
профессор.

Томск, 2014 г.

ПОЛИТРАВМА – это совокупность повреждений двух и более анатомо-физиологических областей человеческого тела с выраженным проявлением синдрома взаимного отягощения травматического шока.



Актуальность темы:

- Частота 5-8% от всех повреждений.
- Летальность: 18% при множественных переломах, 70% при сочетанных повреждениях.
- 65-70% погибших приходится на долю молодого трудоспособного населения страны в возрасте 25-50 лет.

Причины политравм:

- ДТП – 50-75%
- Кататравма – 24-40%
- Несчастные случаи на производстве



- У пациентов при абдоминальной патологии остается приемлемой обычная тактика с исчерпывающей и окончательной хирургической обработкой поврежденного органа.
- В случае развития у таких пациентов послеоперационных осложнений выполняются повторные операции.
- Однако последние не планируются во время первой операции и выполняются только при развитии осложнений.
- Эти вмешательства относятся к операциям, выполняемым «по требованию»

В ряде других клинических ситуаций:

- Перитонитах различного генеза, острой ишемии кишечника различного происхождения, травмах и ранениях органов брюшной полости, - предполагается применение тактики сокращенной лапаротомии с запланированной релапаротомией. Это так называемые операции «по программе»

Хирургические

вмешательства,

выполняемые «по

программе»:

- Программа: санационная

- релапаротомия;

- Релапаротомия типа «second-look»;

- Программная релапаротомия для «контроля повреждения» (операции «damage control»).

- ⦿ В начале 90-х годов XX века была апробирована и предложена новая стратегия лечения тяжелой сочетанной травмы.
- ⦿ Целью сформулированной стратегии является предупреждение развития необратимых физиологических нарушений путем последовательного этапного лечения пострадавших.

- ◎ В нашей стране данное направление до сих пор не получило широкого одобрения и применения.
- ◎ «По старинке» считается «правильным» выполнение полной и окончательной композиции вмешательства.

- ◎ ***Damage Control (предложен M.F.Rotondo)***
– тактика, направленная на ограничение продолжительности хирургических манипуляций, которые могут увеличить кровопотерю и потенцировать гипотермию, коагулопатию и ацидоз. Вместо этого выполняются только неотложные хирургические манипуляции для обеспечения гемостаза и предотвращения контаминации бактериями, а остальные, такие как ушивание печени и окончательное закрытие брюшной полости откладываются до стабилизации состояния пациента.

- Считается, что термин DCS впервые был использован в хирургии повреждений живота М. Rotondo и соавт. в 1993 г., которые доложили о выживаемости 77% пострадавших с тяжелой травмой сосудов брюшной полости в сочетании с повреждениями других органов. Сам же термин DCS был заимствован из терминологии специалистов военно-морского флота и относился к тактике спасения серьезно поврежденного в бою судна, стремящегося самостоятельно дойти до своей гавани. В буквальном переводе DCS означает «прекращение повреждения». Слово «повреждение» здесь следует понимать в широком смысле (поражение или расстройство функций организма). Согласно солидному словарному изданию, устойчивое словосочетание DCS означает "ремонтно-восстановительные работы". В нашей стране часто используется термин «запрограммированное многоэтапное хирургическое лечение».

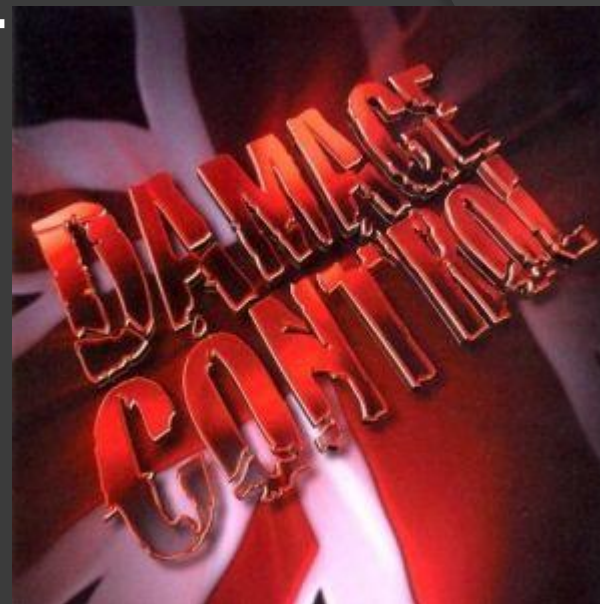


Борьба за живучесть корабля HMS Ardent в 1982 году.
Пострадал в результате налета аргентинской авиации во время Фолклендской войны



Триада расстройств

- Гипотермия ($<35^{\circ}\text{C}$);
- Ацидоз;
- Коагулопатия.



При наличии хотя бы двух расстройств показан переход к тактике damage control

3 этапа тактики Damage Control

- ① 1) Первичное вмешательство (<90 мин, оптимально <60 мин):
 - Гемостаз (тампонада брюшной полости, спленэктомия);
 - Профилактика инфекций;
- ② 2) Стабилизация состояния пациента
 - Противошоковая терапия;
- ③ 3) Программная релапаротомия (24-48 часов после 1ого этапа, крайний срок 72 часа)
 - Окончательная операция.

3 принципа первичного вмешательства:

- 1) максимально быстрая временная остановка кровотечения любым технически простым способом и изоляция поврежденных полых органов от свободной брюшной полости;
- 2) прекращение каких-либо дальнейших манипуляций до стабилизации гемодинамики;
- 3) минимизация объема хирургической обработки поврежденных органов и тканей с целью сокращения продолжительностью операции.

Минимизация объема хирургической операции означает:

- ⦿ Выполнение тугий тампонады кровоточащих паренхиматозных органов «потерянными тампонами»;
- ⦿ Наложение однорядного шва на раны полых органов без формирования кишечных стом или резекция кишки с ушиванием концов наглухо без формирования анастомозов при выявлении некротизированных сегментов кишки швами через все слои;
- ⦿ Формирование лапаростомы принятой в клинике методикой с целью профилактики синдрома интраабдоминальной компрессии или сведение краев раны редкими швами через все слои (можно цапками).

Средние объемы кровопотери и продолжительность хирургического вмешательства

Параметры	Damage control	Традиционная хирургическая тактика
Объем гемоперитонеума	2012,4±185,6	2105,0±160,2
Объем интраоперационной кровопотери	418,6±56,3	886,0±176,2
Продолжительность операции	68,0±12,3	127,4±21,6

По результатам исследований, проведенных с 2006 по 2008 гг. в клинике экстренной хирургии и портальной гипертензии РНЦХ им. Акад. Б.В.Петровского РАМН на базе ГKB №20 г. Москвы.

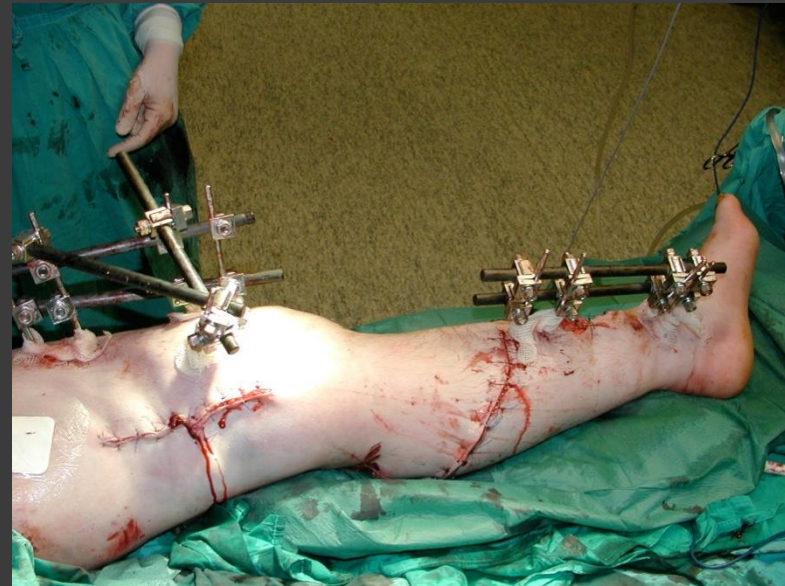
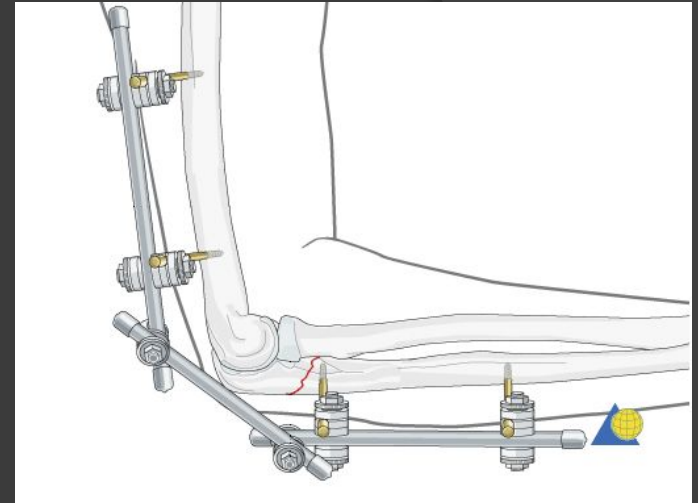
Объем интраоперационной инфузионной терапии	4450±430 мл	6780±950 мл
---	-------------	-------------

Программная релапаротомия

- ⦿ Решающими являются сроки выполнения релапаротомии. Обычно существует «удобное окно» между коррекцией метаболической недостаточности и началом синдрома системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности.
- ⦿ «Окно» - в течение 24-48 часов после первой операции.

В отношении опорно-двигательного аппарата:

- При переломах длинных трубчатых костей выполняется иммобилизация костных отломков с помощью стержневых аппаратов внешней фиксации.



- ◎ Таким образом профилактруется развитие ряда осложнений:
 - Жировая эмболия;
 - ТЭЛА;
 - Травмирование сосудисто-нервных пучков;
 - Отягощение травматического шока;

Вывод:

- При соблюдении принципов, предусматривающих проведение этапного лечения, позволяет снизить послеоперационную летальность в группе пострадавших с политравмой с ~70% до 30%.