

*Оказание медицинской
помощи больным с
травмой опорно –
двигательного аппарата
на догоспитальном
этапе*

ДОМИНИРУЮЩИЕ ПРИЧИНЫ ТРАВМЫ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Дорожно-транспортные происшествия – 50%;

Падения с высоты (кататравма) – 25%;

Производственный травматизм – 15%;

Прочие – 10%.



Сегодня во всех индустриальных странах мира политравма стала основной причиной смерти людей моложе 40 лет.

Ежегодно в Украине от политравм погибает около 70 тысяч человек.

Для сравнения: за 10 лет боевых действий в Афганистане, где было задействовано более 620 тысяч военнослужащих, погибло 12,5 тысяч человек.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ежегодно в Украине получают травмы
2 млн человек, среди которых 64000
погибают

В первые часы после травмы на
догоспитальном этапе погибают 60
-70% пострадавших

- ▶ На месте происшествия — 40%
- ▶ При транспортировке — 20%
- ▶ В приёмном отделении — 6%

▶ В стационаре (первые 3 суток) — 34%

Причины ближайшей смерти от травм

- внутричерепные гематомы;
- напряжённый пневмоторакс;
- массивный гемоторакс;
- повреждения внутренних органов;
- массивная кровопотеря;
- травматический шок.

Эти летальные случаи часто можно предотвратить.

Данный период называется “золотым часом”, в течение которого немедленные, активные действия врача помогают сохранить жизнь пострадавшего.

Из каждых 100 человек при ДТП
погибают:



- в Украине - 15-17;
- в странах ЕЭС - 3-4;
- в США - 1-2.

Принцип “золотого часа”,

Детальные случаи можно частично предотвратить, но !!! при одном условии – четкая, адекватная **ОРГАНИЗАЦИЯ** всех экстренных служб при **ДТП** в период так называемого “**ЗОЛОТЫМ ЧАСОМ**”, в течение которого немедленные, активные действия врача (и всех других служб) помогают сохранить жизнь пострадавшего.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДТП



Круглосуточное дежурство специализированных реанимационных бригад скорой помощи с использованием реанимобилей класса «С»

Оказание помощи на догоспитальном этапе базируется на основании принципа "золотого часа", предложенного R.A. Crowley(1970).

Все повреждения делятся на 3 категории :

1.Необратимые.

2.Состояние травмированного зависит от своевременной помощи в течение 1 часа.

3.Оказание квалифицированной помощи может быть отложено в течение 1 часа без риска для жизни и здоровья.

План диагностики



При политравме очень важно в каждом случае сразу установить доминирующее (ведущее) повреждение, определяющее в остром периоде травматической болезни тяжесть состояния пострадавшего и требующее неотложных лечебных и оперативных вмешательств

1. Доминирующие повреждения

- это наиболее тяжелая травма, которая без лечения смертельна, а при лечении даёт летальность более 20%.

2. Конкурирующие повреждения

- это равнозначные с доминирующим повреждения

3. Сопутствующие повреждения

- неопасные для жизни, но требующие стационарного либо амбулаторного лечения

4. Осложнения травматического и нетравматического генеза

Определение ведущего и сопутствующего повреждений при политравме позволяет прервать прогрессирование синдрома взаимного отягощения, обеспечить благоприятное клиническое течение всех следующих стадий травматической болезни

Доминирующие повреждения

1. Тяжёлая травма головного мозга – 15%
2. Травма спинного мозга – 0,7%
3. Травма груди – 6%
4. Травма живота – 5%
5. Травма ОДА – 11%
6. Травма двух и более полостей – 16%
7. Травма без доминирующего повреждения – 46,3%

Первичный осмотр на догоспитальном этапе - порядок действий при политравме (правило А,В,С,Д):

- **Дыхательные пути (Airway)** – обеспечить проходимость дыхательных путей и контролировать положение шейного отдела позвоночника.
- **Дыхание (Breathing)** – уменьшить гиповентиляцию, выявить и устранить опасные осложнения повреждений грудной клетки.
- **Кровообращение (Circulation)** – оценка адекватности кровообращения, контроль наружного кровотечения, лечение гиповолемии.
- **Неврологические нарушения (Disability / neurology)** – оценить степень нарушения сознания и другие неврологические нарушения (парезы, параличи).

Алгоритм оказания помощи на догоспитальном этапе:

- восстановление проходимости дыхательных путей
- восстановление сердечной деятельности (наружный массаж сердца, дефибриляция)
- противошоковые мероприятия (остановка кровотечения, адекватное обезболивание, внутривенная инфузионная терапия)
- транспортная иммобилизация
- транспортировка в лечебные учреждения

Догоспитальный этап

Состояние требующие немедленной помощи на месте происшествия:

- аспирация;
- ушиб сердца, фибрилляция;
- наружное кровотечение;
- выраженный болевой синдром;

Положение “на боку” спонтанно дышащего пациента в бессознательном состоянии предотвращает механическую асфиксию



Аспирация из верхних дыхательных путей и применение воздуховода у пациентов с тяжёлой челюстно-лицевой травмой



При невозможности адекватной вентиляции пострадавшему показана эндотрахеальная интубация

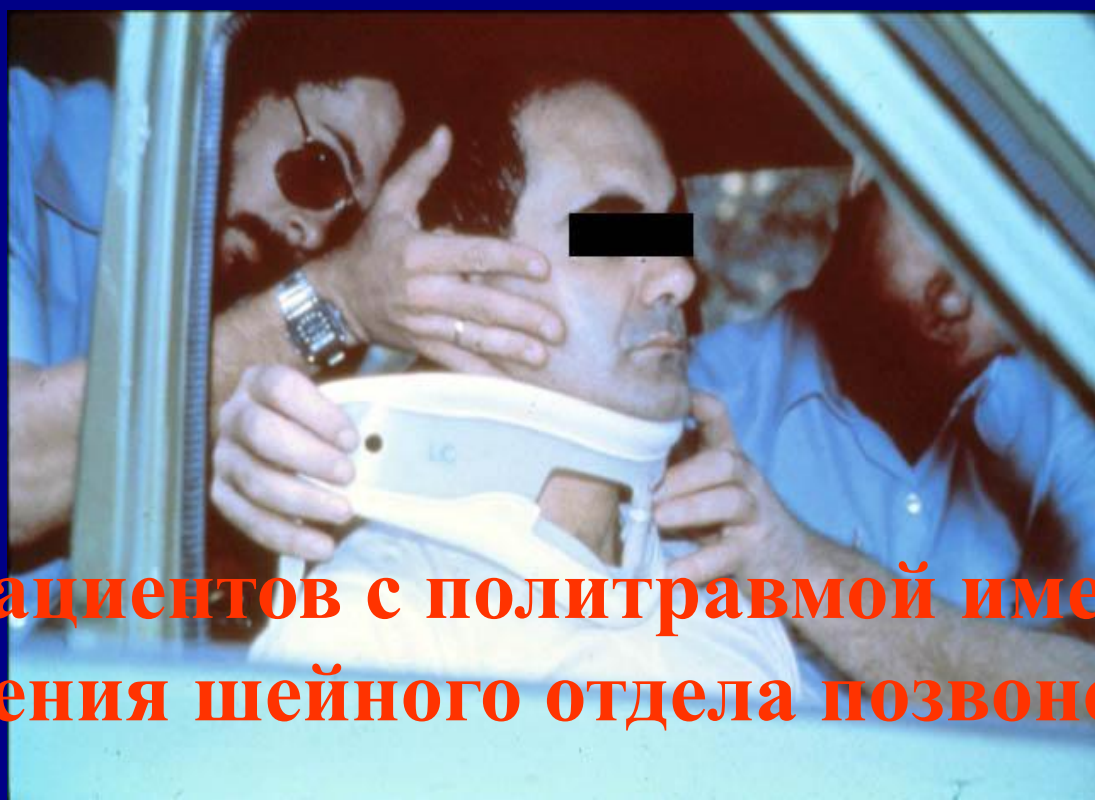


7% пациентов с политравмой нуждаются в интубации на догоспитальном этапе.

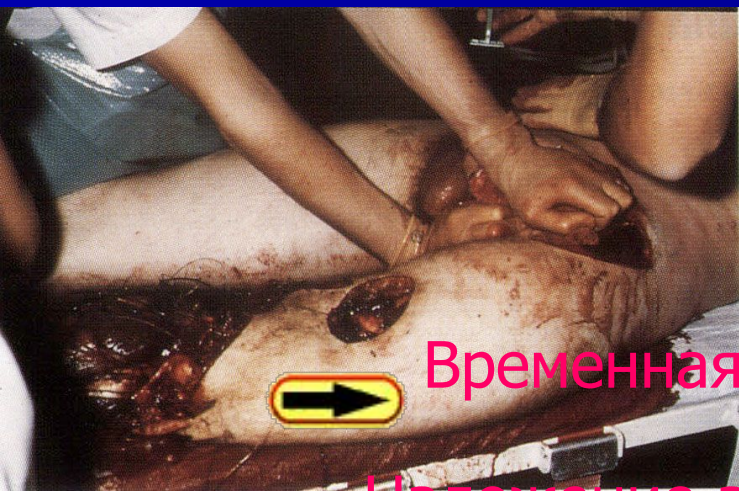


Шейный отдел позвоночника должен быть иммобилизован у любого пациента с:

- множественными повреждениями
- любыми повреждениями выше уровня ключицы
- любым нарушенным уровнем сознания



У 40% пациентов с политравмой имеются повреждения шейного отдела позвоночника



Временная остановка наружного кровотечения



Наложение асептической повязки на рану



Инфузионная терапия, анальгетики



Транспортная иммобилизация



Транспортировка больного в госпиталь



Травма ОДА

1. Нестабильные переломы таза
2. Множественные переломы крупных сегментов ОДА
3. Переломы конечностей
4. Синдром длительного сдавления
5. Классический травматический шок (острая кровопотеря)

ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ

- *Под иммобилизацией понимают создание неподвижности поврежденной части тела для обеспечения ее покоя. Иммобилизация применяется при переломах костей, повреждениях суставов, нервов, обширных повреждениях мягких тканей, воспалительных процессах конечностей, ранении крупных сосудов и обширных ожогах.*

- Транспортная иммобилизация, или иммобилизация на время доставки больного в стационар, несмотря на то что является временной мерой, имеет большое значение как для жизни пострадавшего, так и для дальнейшего течения и исхода повреждения. Осуществляется транспортная иммобилизация посредством специальных шин, изготовленных из подручных материалов и путем наложения повязок.
- Транспортные шины делятся на шины фиксирующие и шины, сочетающие фиксацию с вытяжением.
- Из фиксирующих шин наибольшее распространение получили шины фанерные, проволочно-лестничные, досчатые, картонные; к шинам с вытяжением относятся шины Томаса - Виноградова и Дитерихса.
- Современные пневмошины.

Основные принципы транспортной иммобилизации:

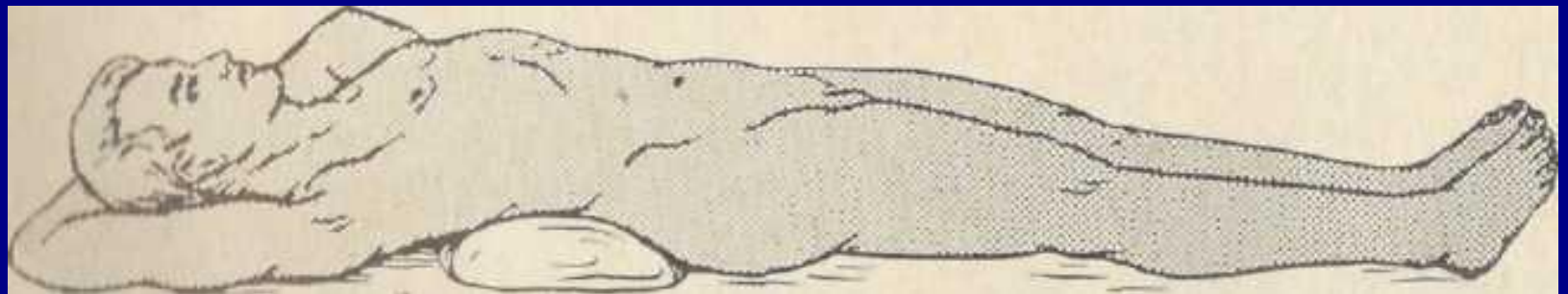
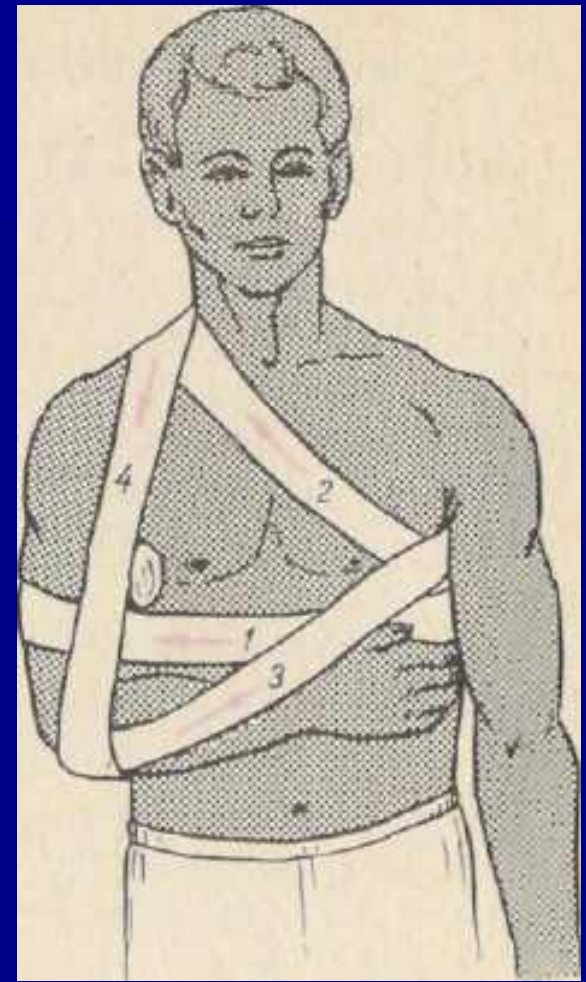
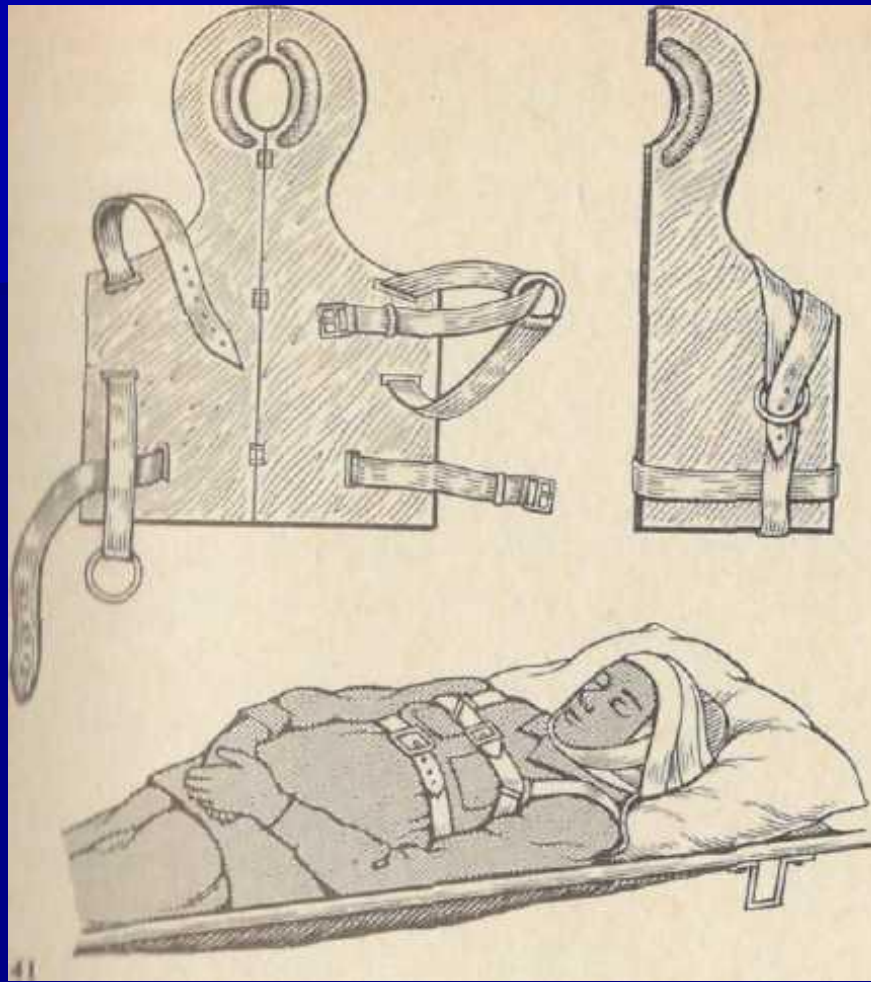
- Шина обязательно должна захватывать два, а иногда (нижняя конечность) и три сустава.
- При иммобилизации конечности необходимо по возможности придать ей физиологическое положение, а если это невозможно - такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется.
- При закрытых переломах необходимо до окончания иммобилизации произвести легкое и осторожное вытяжение поврежденной конечности по оси.

При открытых переломах вправление отломков не производится — накладывают стерильную повязку и конечность фиксируют в том положении в котором она находится в момент повреждения.

При закрытых переломах снимать одежду с пострадавшего не нужно. При открытых переломах необходимо наложить стерильную повязку.

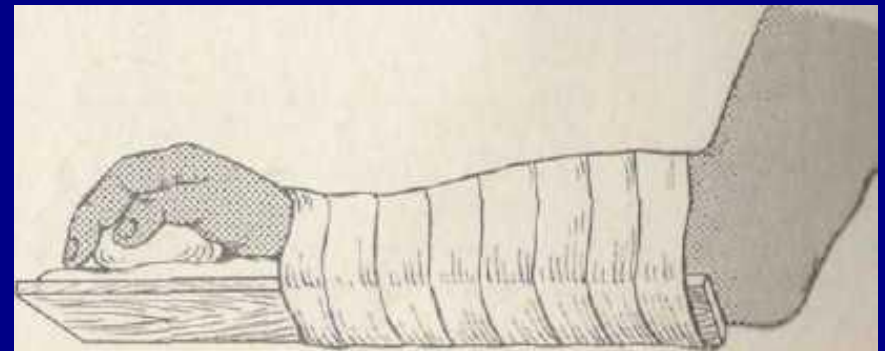
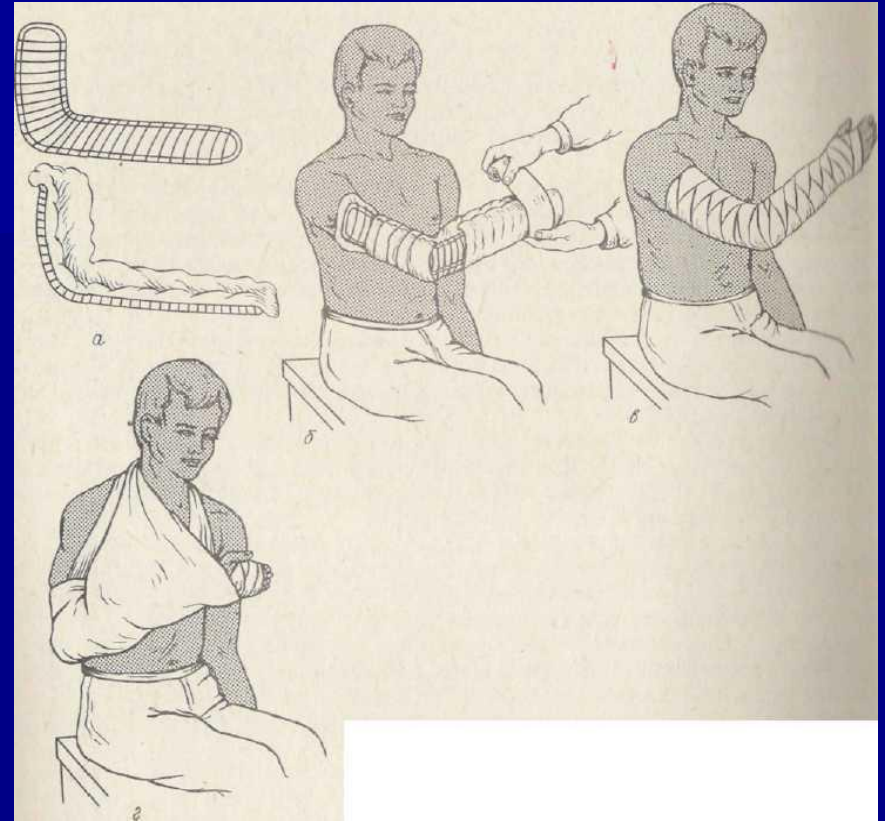
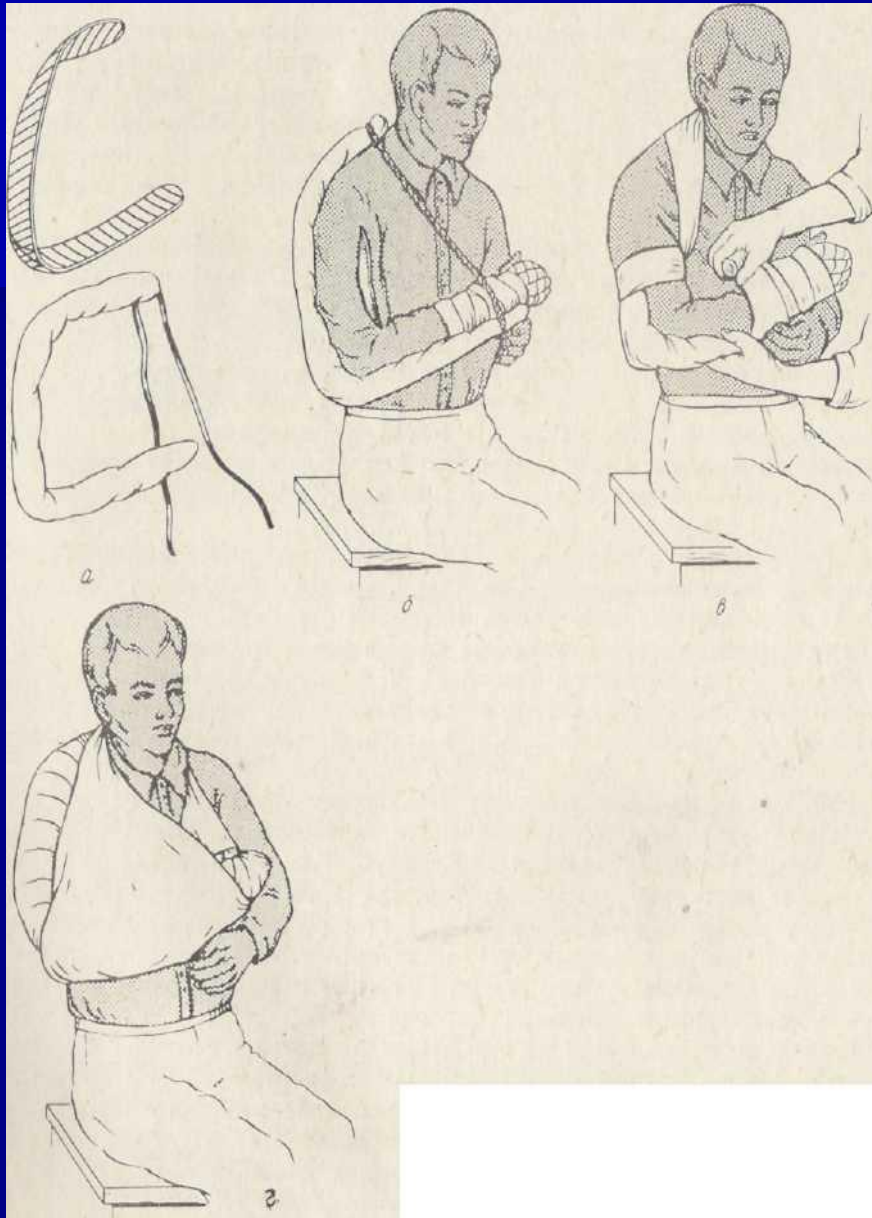
- Нельзя накладывать жесткую шину прямо на тело: необходимо подложить мягкую подстилку (вата, сено, полотенце и т. д.).
- Во время перекладывания больного с носилок поврежденную конечность должен держать помощник.
- Надо помнить, что неправильно выполненная иммобилизация может принести вред в результате дополнительной травматизации. Так, недостаточная иммобилизация закрытого перелома может превратить его в открытый и тем самым утяжелить травму и ухудшить ее исход.

Транспортная иммобилизация



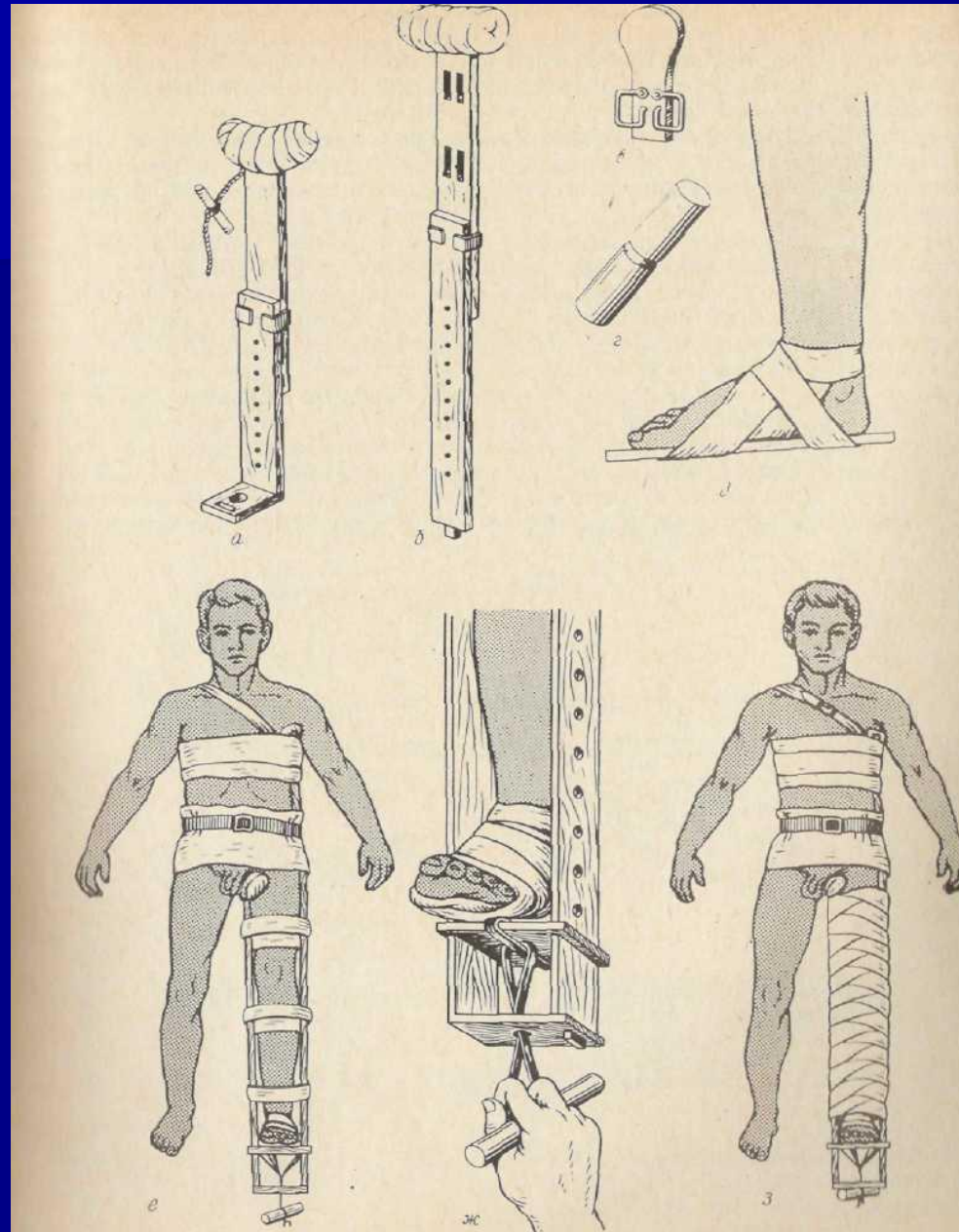
Транспортная

иммобилизация

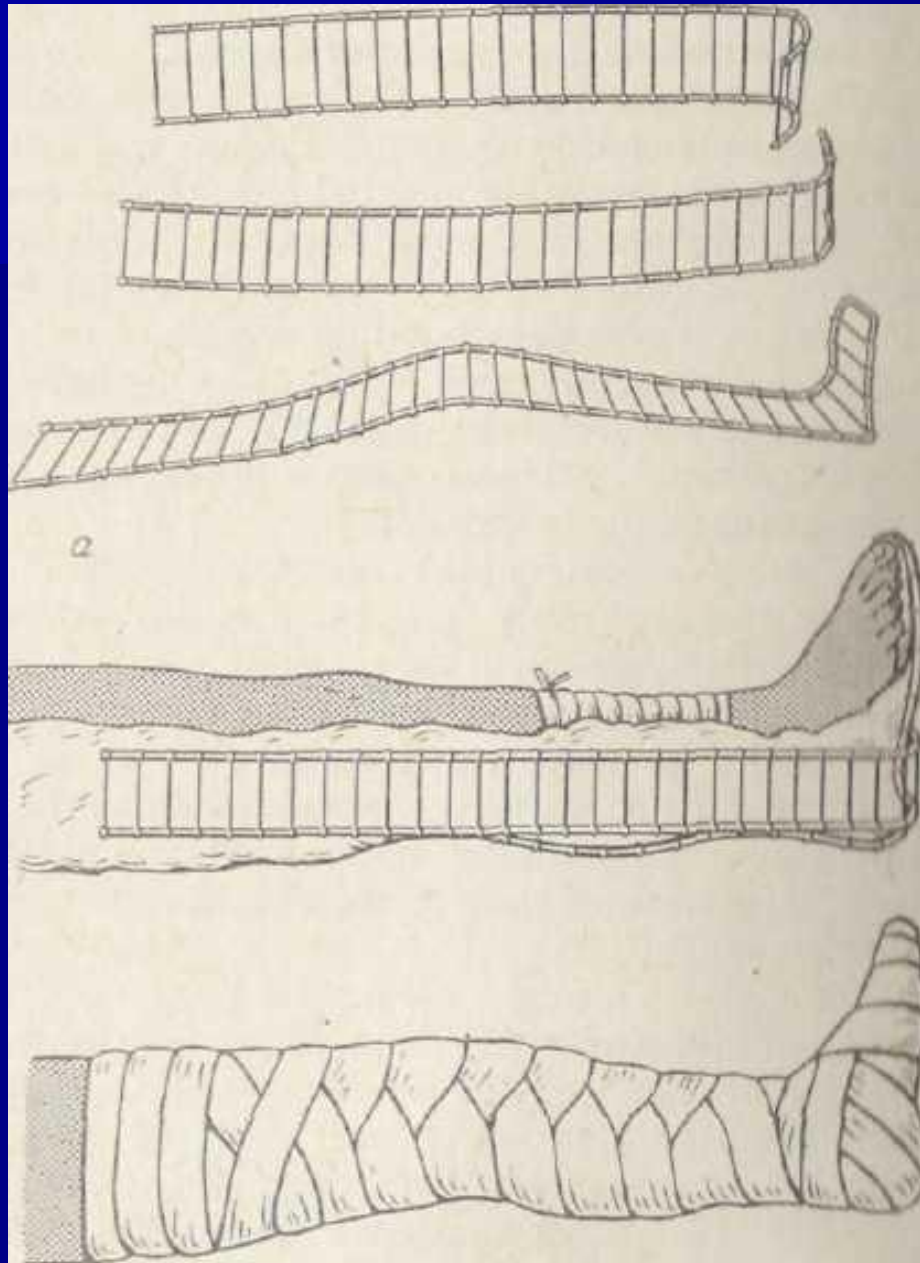


Транспортная

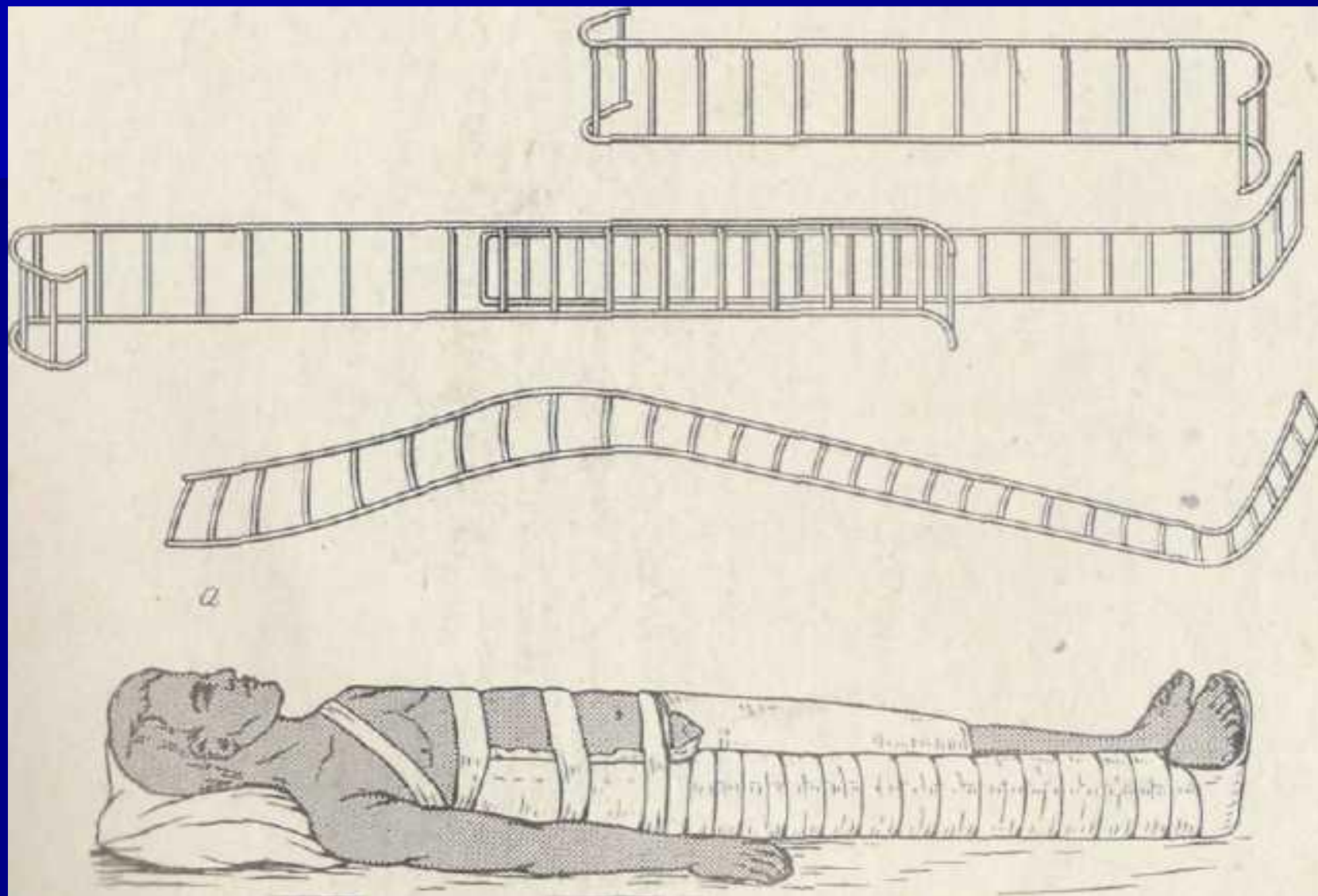
иммобилизация



Транспортная иммобилизация



Транспортная иммобилизация



ФАРМАКОТЕРАПИЯ ШОКА

- Адекватное обезболивание (наркотические анальгетики) морфин, промедол, фентанил, кетамин, трамадол, дроперидол, натрия оксибутират;
- Антигистаминные препараты: димедрол, супрастин, пипольфен, контрикал, анальгин;
- Гормоны - глюкокортикоиды: высокие дозы (преднизолон 90 мг..) дофамин, мезатон;

Инфузия должна быть адекватной- коллоидные растворы для удержания ОЦК (флексюля в две вены).

Объем
лечебных
мероприятий

Метод лечения



Тактика лечения
сортировка, последовательность
лечебных мероприятий

Спасибо за
внимание

УСТУПИ
ДОРОГУ

СКОРОЙ

Мы готовы
Вам помочь

