

ПОЛИТРАВМА.

Особенности. Диагностика.

Подготовил:

студент 6 курса 2 мед
факультета 155А группы
Сауленко Ярослав

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИТРАВМЫ

1. Наблюдается синдром взаимного отягощения.

Например: кровопотеря, при политравме она более или менее значительна, способствует развитию шока в более тяжелой форме, что ухудшает течение травмы и прогноз.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИТРАВМЫ

2. Сочетание повреждений создает ситуацию несовместимости терапии.

Например: а) при травме опорно-двигательного аппарата для оказания помощи показаны наркотические анальгетики, однако при сочетании повреждения конечности с ЧМТ введение их противопоказано.

б) сочетание повреждения грудной клетки и перелома плеча не позволяет наложить отводящую шину или торакобрахиальную гипсовую повязку.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИТРАВМЫ

3. Учащается развитие тяжелых осложнений, приводящих к критическому состоянию:

- А) массивная кровопотеря.
- Б) шок.
- В) токсемия.
- Г) острая почечная недостаточность.
- Д) жировая эмболия
- Е) тромбоэмболия.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИТРАВМЫ

4. Наблюдается стертость проявлений патологии брюшной полости при краниоабдоминальной травме, повреждении позвоночника.

Это приводит к диагностическим ошибкам и просмотру повреждений внутренних органов брюшной полости .

Основные исследования.

- Анамнез
- Физикальное исследование
- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Гемостазиограмма
- Электрокардиография
- УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза.
- УЗИ плевральных полостей
- Эхоэнцефалоскопия
- Рентгенография черепа
- Рентгенография органов грудной клетки
- Рентгенография шейного отдела позвоночника
- Рентгенография грудного отдела позвоночника
- Рентгенография таза
- Рентгенография различных сегментов опорно-двигательного аппарата
- КТ черепа, грудного, абдоминального сегментов позвоночника, таза
- по показаниям в зависимости от локализации повреждений, механизма травмы

- Особое внимание необходимо уделить шейному отделу позвоночника.
- Целесообразно считать, что все пациенты с политравмой «условно» имеют повреждение шейного отдела позвоночника. Эта концепция требует обязательного применения коаксальной стабилизации при помощи жесткого съемного воротника начиная с догоспитального этапа оказания медицинской помощи. Подозрение на повреждение шейного отдела позвоночника снимается только после рентгенологического контроля, даже несмотря на высокий уровень сознания пострадавшего и отсутствие выраженной очаговой симптоматики!

- При осмотре грудной клетки следует обратить внимание на видимую деформацию и асимметричное участие грудной клетки в акте дыхания.
- Необходимо внимательно осмотреть состояние ключиц, ребер и осторожно после поворота пострадавшего на бок – грудной и поясничный отделы позвоночника.
- Деформация грудной клетки свидетельствует о травме грудной клетки с нарушением ее каркасной функции и развитием гемо- или пневмотораксов. Наличие набухания яремных вен на фоне низких показателей системного АД в сочетании с деформацией грудной клетки или наличием проникающего ранения в «опасной» зоне позволяет заподозрить ранение сердца с развитием его тампонады.

- Первичный осмотр передней брюшной стенки при политравме недостаточно информативен.
- Однако необходимо осмотреть кожные покровы с целью выявления кровоизлияний в проекции паренхиматозных органов. Если пострадавший в сознании, то пальпация живота может выявить симптомы раздражения брюшины.
- В обязательном порядке должна быть визуально осмотрена промежность с проведением ректального и вагинального исследований. Катетеризация мочевого пузыря проводится осторожно с учетом возможного повреждения уретры. Макрогематурия является показанием для проведения рентгенологических исследований с использованием контраста с целью исключения повреждения мочевого пузыря и почек.

- Осмотр верхних и нижних конечностей направлен на выявление деформации, переломов трубчатых костей и повреждение суставов.
- Особое внимание следует уделить выявлению возможных переломов костей таза. Иммобилизация переломов должна проводиться на догоспитальном этапе, в противном случае это следует сделать сразу при поступлении в стационар. Выявление мест переломов может помочь в предварительной оценке

Дополнительные исследования.

- КОС и газы крови
- Осмолярность сыворотки крови
- Определение уровня лактата
- Магнитно-резонансная томография
- Ангиография сосудов таза
- УЗИ суставов (в области повреждений)
- Тропонины, ВNP, Д-димер, гомоцистеин (по показаниям)
- иммунограмма (по показаниям)
- цитокиновый профиль (интерлейкин-6,8, ФНО- α) (по показаниям)
- маркеры костного метаболизма (остеокальцин, дезоксипиридинолин) (по показаниям)

Для оценки тяжести травмы используется шкала TRISS, базирующаяся на шкале RTS с поправкой на возраст.

Шкала Revised Trauma Score (RTS)

RTS, балл	Параметр		
	Шкала комы Глазго, балл	Систолическое АД, мм рт.ст.	Частота дыхания в минуту
4	13-15	Более 89	10-29
3	9-12	76-89	Более 29
2	6-8	50-75	6-9
1	4-5	1-49	1-5
0	3	0	0

- Все пациенты с политравмой в обязательном порядке должны совместно осматриваться травматологом, реаниматологом, хирургом, нейрохирургом.
- Консультации других специалистов – в зависимости от локализации повреждений (оториноларинголог, челюстно-лицевой хирург, уролог) и наличия комбинированной травмы (комбустиолог).