



Кафедра общей хирургии СОГМА

Лекция:

**ТРАВМА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.
СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ.**

Травмой называется воздействие на организм внешних факторов (механических, термических, электрических, лучевых и др.), вызывающих в органах и тканях нарушение анатомических структур, физиологических функций и сопровождающихся общей и местной реакцией организма.

Травматизм – это распространенность травм у определенных групп населения, находящихся в одинаковых условиях.

Различают:

- **Производственный**
 - промышленный
 - сельскохозяйственный
- **Транспортный**
 - автомобильный
 - железнодорожный
- **Военный**
- **Спортивный**
- **Бытовой**

Каждый из этих видов травматизма обусловлен определенными факторами и имеет свои характерные особенности. Так, при производственном и военном преобладают ранения, а при спортивном – ушибы и растяжения.

ТРАВМА

ЗАКРЫТАЯ

ОТКРЫТАЯ

ПРОНИКАЮЩАЯ

НЕПРОНИКАЮЩАЯ

ОДИНОЧНАЯ

МНОЖЕСТВЕННАЯ

КОМБИНИРОВАННАЯ

СОЧЕТАННАЯ

ОСТРАЯ

ХРОНИЧЕСКАЯ

ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ

- *Ушибы* (contusio) - это закрытые механические повреждения тканей и органов без видимого нарушения кожных покровов. Сопровождаются разрывом капилляров и кровоизлиянием в мягкие ткани.

Клинические признаки – боль, кровоподтек, отечность, нарушение функции, возможно образование гематомы. При ушибе сустава может возникнуть гемартроз, т.е. скопление крови в суставе.

Принципы лечения : холод, давящая повязка, мази, снимающие отек – троксевазин, индовазин, гепариновая мазь. При гемартрозе выполняется пункция сустава с эвакуацией крови, иммобилизация, физиотерапия.

ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ

- *Растяжение* (distorsio) – это закрытое повреждение связочного аппарата сустава без нарушения его анатомической целостности. При этом наблюдается разрыв отдельных волокон суставной сумки и точечные кровоизлияния.

Клинически растяжение проявляется увеличением объема сустава за счет отека параартикулярных тканей, боль, ограничение объема движений в суставе.

Принципы лечения: холод, поверхностная анестезия хлорэтилом или лидокаином, фиксирующая повязка, гипсовая иммобилизация, применение мазей – финалгон, индометациновая, долпиг, фастум-гель, физиотерапия.

ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ

- *Разрывы тканей*(*rupturae*)- наступают при превышении физиологического предела эластичности и прочности тканей, связок, сухожилий, мышц.

Клинически разрывы проявляются болью и выпадением функции, патологической подвижностью при разрыве связок, симптомами блокады при повреждении менисков сустава.

Лечение разрывов только оперативное — восстановление анатомической непрерывности местными тканями или пластическими операциями.

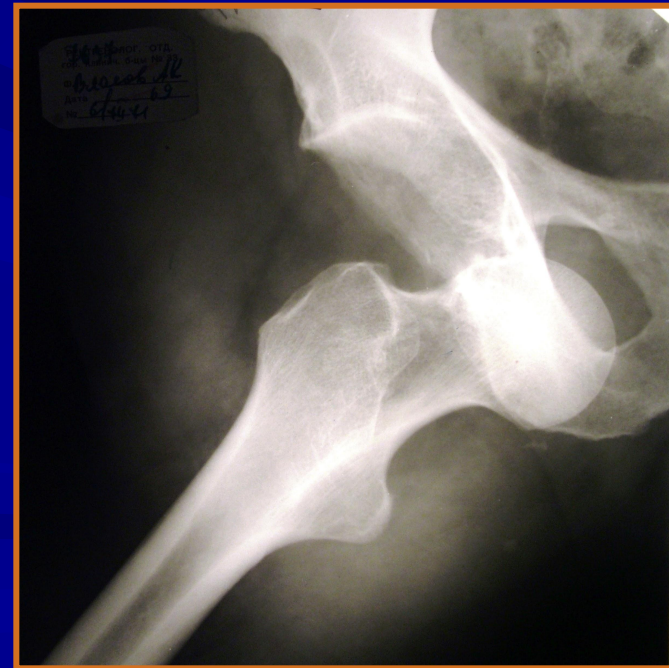
ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ

- *Сотрясение* (*commotio*) – механическое воздействие на ткани, приводящее к нарушению функционального их состояния без макроскопически видимых анатомических нарушений.

ВЫВИХИ

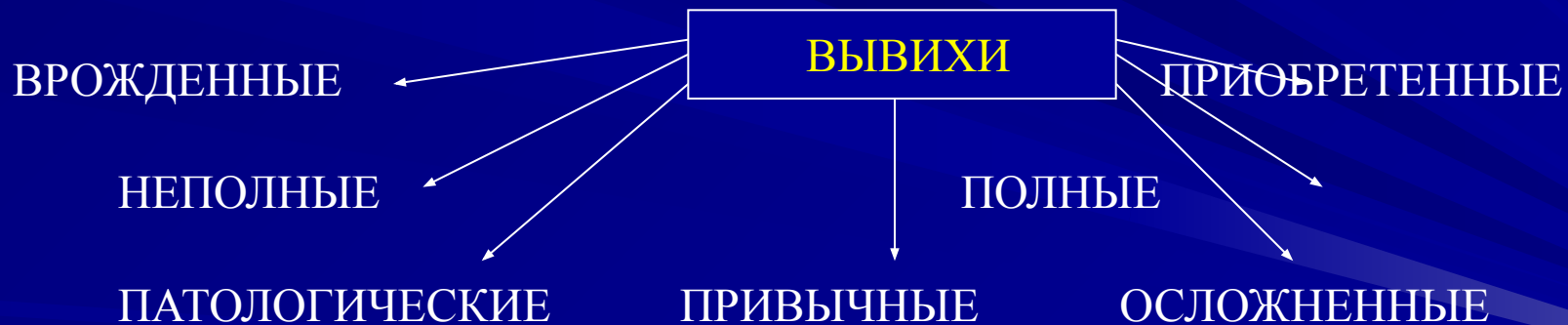
- Клиника – боль, отсутствие активных и пассивных движений, отек, кровоподтек или гематома, гемартроз, вынужденное положение конечностей, деформация в области сустава.

Диагноз подтверждается рентгенологически



- **Вывихи** (*luxatio*) – это стойкое патологическое смещение суставных поверхностей относительно друг друга, исключающее активные и пассивные движения.

КЛАССИФИКАЦИЯ



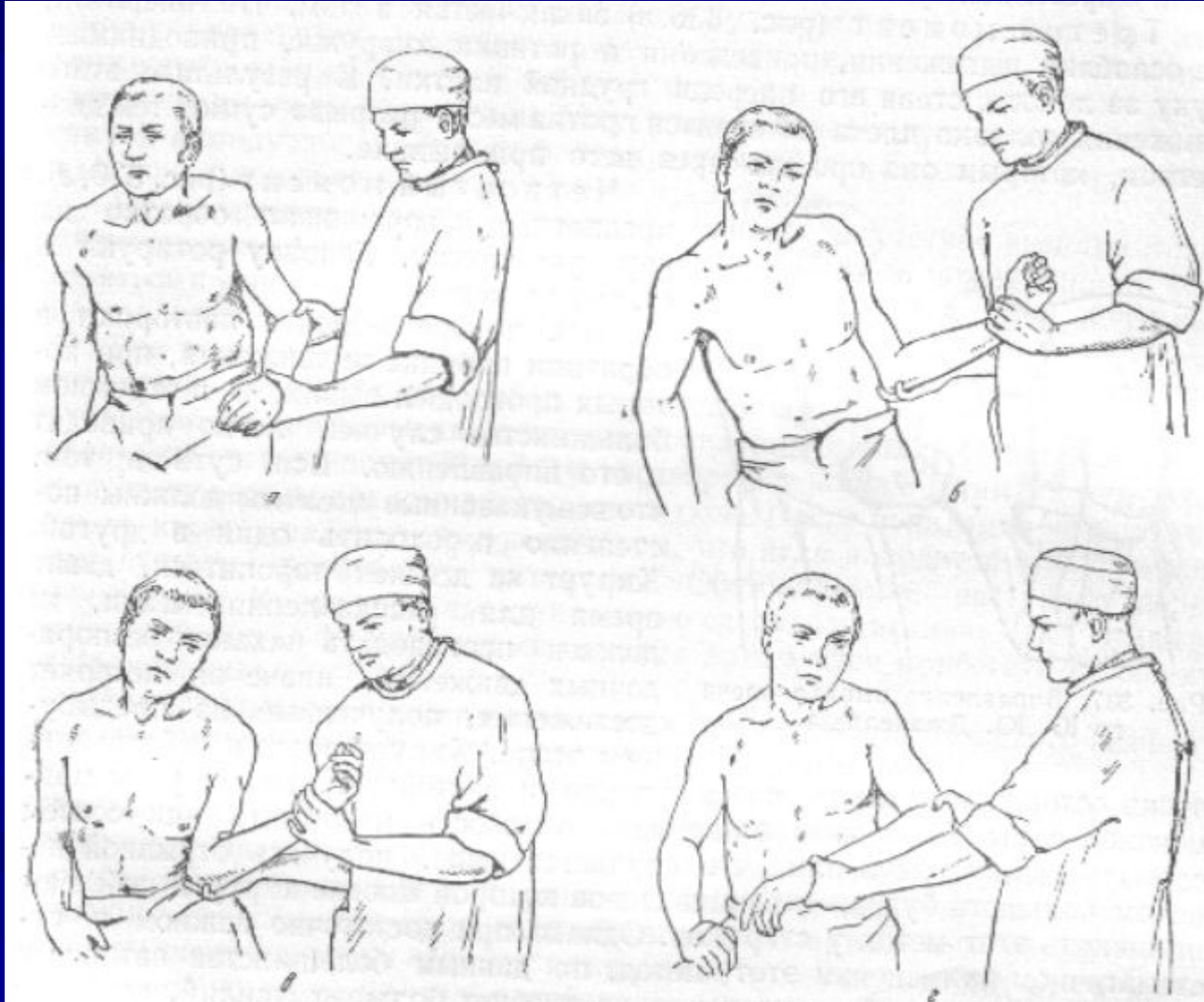
ВЫВИХИ

Лечение:

Догоспитальный этап – транспортная иммобилизация шинами Крамера, Дитерихса, пневматическими шинами, фиксирующей повязкой Дезо, подручными средствами. Введение анальгетиков (и наркотических).

- **В стационаре:** после уточнения диагноза производят местное обезболивание новокаином, лидокаином, ультракаином, введение наркотических средств и вправление, которое основано на растяжении и расслабление мышц и повторении движений, характерных для данного сустава. Используют метод Кохера и Дженилидзе. После вправления производится контрольный снимок и фиксация гипсовой лонгетой на 1 – 2 недели.

Вправление вывиха по Кохеру



СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

- Синонимы, использующиеся для обозначения этого термина – краш-синдром, травматический эндотоксикоз, синдром компрессии тканей, миоренальный синдром.
- СДС- это развитие прижизненного некроза тканей, вследствие длительной компрессии сегмента тела, вызывающего эндотоксикоз и развитие острой почечной недостаточности.

ПАТОГЕНЕЗ

ИШЕМИЯ ТКАНЕЙ



МЕХАНИЧЕСКОЕ РАЗРУШЕНИЕ



ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ТОКСЕМИЯ



МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ



МИОГЛОБИНУРИЯ И МИОГЛОБИНЕМИЯ



БЛОКАДА ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ



ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

КЛАССИФИКАЦИЯ

- По виду компрессии : раздавливание
сдавление (прямое, позиционное)
- По локализации : изолированная (одна анатомическая
область)
множественная
сочетанная (с переломами, повреждениям
сосудов и нервов, ЧМТ).
- По степени тяжести : I ст. - легкая (сдавление до 4 часов)
II ст. - средняя (до 6 часов)
III ст. - тяжелая (до 8 часов)
IV ст. - крайне тяжелая (сдавление
обеих конечностей в течение
8 часов и более).

- I степень** - незначительный отек мягких тканей, кожа бледная, на границе поражения выбухает над здоровой. Признаков нарушения кровообращения нет.
- II степень** - умеренный индуративный отек мягких тканей и их напряжение. Кожа бледная, с участками цианоза. Через 24-36 часов образуются пузыри с прозрачным желтоватым содержимым. Нарушение венозного кровообращения и лимфооттока приводит к прогрессированию нарушений микроциркуляции, микротромбозам, нарастанию отека и сдавлению мышечной ткани.
- III степень** - выраженный отек и напряжение мягких тканей. Кожные покровы цианотичны или «мраморного» вида. Через 12-24 часа появляются пузыри с геморрагическим содержимым. Индуративный отек и цианоз быстро нарастают, что свидетельствует о грубых нарушениях микроциркуляции, тромбозе вен, приводящих к некротическому процессу.
- IV степень** - индуративный отек выражен, ткани резко напряжены. Кожные покровы синюшно-багрового цвета, холодные. Эпидермальные пузыри с геморрагическим содержимым. Отек практически не нарастает, что свидетельствует о глубоких нарушениях микроциркуляции и недостаточности артериального кровотока.

КЛИНИКА

I период - ранний (период шока) до 48 часов после освобождения от сдавления.

- В клинике преобладают проявления травматического шока : выраженный болевой синдром, психо- эмоциональный стресс, нестабильность гемодинамики, гемоконцентрация, креатининемия, протеинурия и цилиндрурия.

II период - период острой почечной недостаточности . Длится от 3 до 12 дней.

- В клинике нарастает отек конечностей, освобожденных от сдавления, на поврежденной коже обнаруживаются пузыри, кровоизлияния. Гемоконцентрация сменяется гемодилюцией, нарастает анемия, резко снижается диурез , вплоть до анурии. Гиперкалиемия и гиперкреатининемия достигают наиболее высоких цифр $L - 35\%$.

III период - восстановительный (3 -4 неделя)

- Нормализуется функция почек, содержание белка, креатинина и электролитов крови. На первый план выходят инфекционные осложнения. Высок риск развития сепсиса.

Опыт медицины катастроф показывает, что наибольшее значение в определении тяжести клинических проявлений СДС имеют степень сдавления и площадь поражения, наличие повреждений внутренних органов, переломов и кровотечения. Сочетание даже короткого по времени сдавления конечности с любой другой травмой резко утяжеляет течение и ухудшает прогноз.

ЛЕЧЕНИЕ

Одним из первых догоспитальных мероприятий должно быть **наложение резинового жгута** на сдавленную конечность, ее иммобилизация и **введение наркотических анальгетиков** (промедол, омнопон, морфилонг) для снятия болевого синдрома и эмоционального стресса .

ЛЕЧЕНИЕ

- **I ПЕРИОД**

Противошоковая и дезинтоксикационная терапия включает:

- внутривенное введение свежзамороженной плазмы (до 1 литра в сутки), полиглюкина, реополиглюкина;
- введение кристаллоидов (ацесоль, хлосоль, дисоль, р-р Рингера);
- дезинтоксикационных кровозаменителей (гемодез, неогемодез, неокомпенсан);
- перорально применяется сорбент – энтеродез.

Экстракорпоральная детоксикация в этот период представлена плазмоферезом с извлечением до 1,5 литров плазмы.

ЛЕЧЕНИЕ

II ПЕРИОД

Состав и объем инфузий корректируется в зависимости от суточного диуреза, степени интоксикации, кислотно-щелочного равновесия и характера оперативного вмешательства.

Инфузионно- трансфузионная терапия проводится в объеме не менее 2 литров в сутки: плазма, альбумин, аминокислоты, гидрокарбонат натрия, глюкозо-новокаиновая смесь, р-р глюкозы .

Плазмоферез показан всем пострадавшим, у которых сдавление было более 4 часов, имеющих признаки интоксикации и локальные изменения поврежденной конечности.

ГБО – 1-2 раза в сутки с целью уменьшения гипоксии тканей.

Форсированный диурез – до 80-100 мг лазикса на фоне введения 3-4 литров растворов в/в.

Антибактериальная терапия

Дезагрегантная терапия: гепарин, курантил, трентал

Выбор хирургической тактики - в зависимости от состояния и степени ишемии поврежденной конечности.