ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И АНЕСТЕЗИИ ПРИ ТРАВМЕ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Выполнил:
Ординатор 1 года обучения
Кафедры «Травматология и ортопедия»
Зверев Роман Владимирович

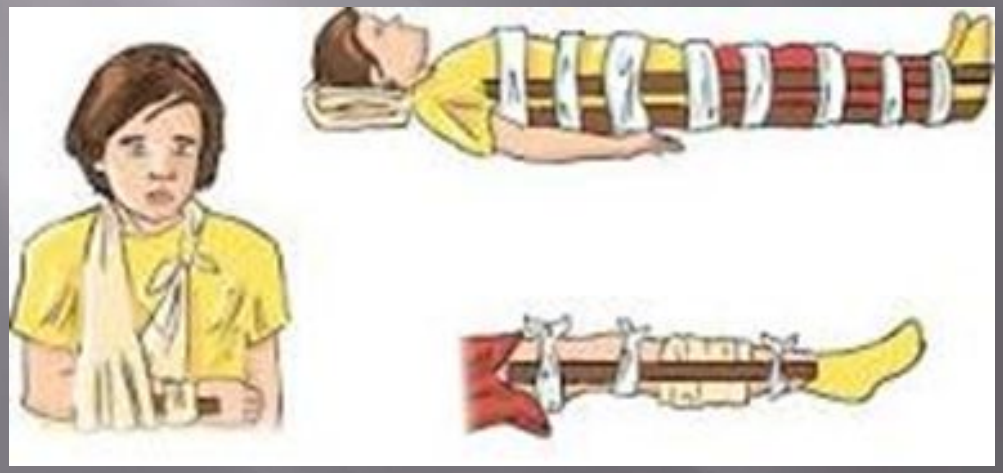
Реанимация и интенсивная терапия при тяжелых ранениях и травмах верхних конечностей

Термин реанимация в буквальном переводе означает «оживление». Однако в современном понимании, этот термин гораздо шире, чем непосредственное восстановление сердечной деятельности и дыхания после их остановки (сердечно-легочная синкопа или клиническая смерть).

- Решающее значение имеет устранение острых дыхательных расстройств, восстановление самостоятельного дыхания, временная остановка кровотечения и, если представляется возможным, — проведение мер, направленных на борьбу с выраженной гиповолемией (инфузиоиная терапия в ПМП).

При травмах верхних конечностей очень важную роль играет устранение патологической подвижности в поврежденных конечностях.

При транспортировке с этой целью применяют шины и тугие повязки.



В условиях реанимации бригада травматологов накладывает аппарат внешней фиксации.

а б в

Рисунок 3. Рентгенограммы больного П., 44 лет, с Г-образным чрезмыщелковым переломом левого плеча (тип В1) до (а), в процессе фиксации после закрытого вправления (б) и после снятия аппарата (в)

Рисунок 4. Фото больного П., 44 лет, через снятием аппарата (фиксация - 45 дней)

Анестезия при операциях на верхних конечностях

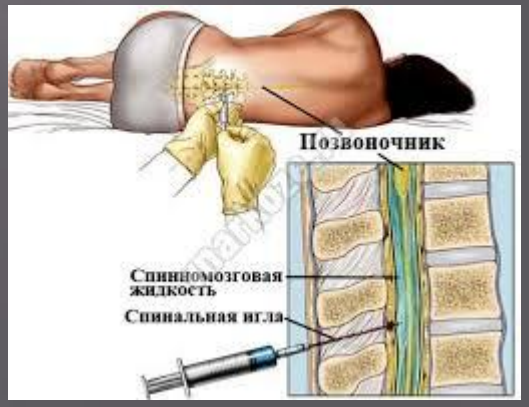
- Выбор оптимального метода анестезии при травмах конечностей зависит от общего состояния больного, характера травмы, наличия сопутствующей патологии и степени ее выраженности, возрастных изменений органов и систем.

- Наиболее важным моментом является определение степени срочности операции. В мирное время при изолированной травме конечностей количество пострадавших, нуждающихся в экстренной хирургической помощи, составляет около 5 % (открытые и закрытые переломы костей с повреждением крупных сосудов, отрывы сегментов конечностей с сохранением условий для реплантации, травматические вывихи сегментов с признаками ишемии конечностей).

Возрастные аспекты, сопутствующая патология, синдром «полного желудка», состояние алкогольного опьянения у пострадавших с травмами конечностей при проведении общей анестезии учитываются по общепринятым правилам.

Основные виды анестезии

- Местная анестезия и ее разновидности
  - -терминальная,
  - -инфильтрационная
  - -проводниковая
  - -плексусная
  - -эпидуральная
  - -спинальная
  - -каудальная
  - -внутрикосная
  - -внутривенная под жгутом.
- Ингаляционный наркоз



Проводниковая анестезия верхней конечности

Спектр применяемых методов анестезии при операциях на верхних конечностях достаточно широк – от местного обезболивания до общей анестезии. Однако блокада плечевого сплетения
по сравнению с общей анестезией более безопас-
на, вызывает длительную послеоперационную анальгезию, имеет меньше побочных эффектов
и сопровождается большей

Техника проведения блокады плечевого сплетения:

) Способ с верификацией стволов сплетения по парестезиям:

- пациента укладывают в положение на спине, голова должна быть слегка повернута в противоположную сторону, рука на стороне вмешательства приводится к туловищу и ротируется кнаружи;

- производят обработку места инъекции и изоляцию его стерильным бельем;

- определяют анатомические ориентиры – перстневидный хрящ, латеральный край грудино-ключично-сосцевидной мышцы, межлестничное углубление (определяется путем перемещения (соскальзывания) пальцев с латерального края грудино-ключично-сосцевидной мышцы; при этом пациента просят поднять голову, создавая сопротивление путем надавливания на его лоб) и поперечный отросток (бугорок) 6-го шейного позвонка (прощупывается на дне межлестничного углубления), который находится на уровне перстневидного хряща;

– место проекции бугорка маркируется;

- – производят внутрикожную анестезию;
- - игла для проведения блокады вводится в месте проекции бугорка 6-го шейного позвонка и направляется в сторону последнего в каудальном и заднем направлении, перпендикулярно поверхности кожи; при этом канюля иглы должна быть прочно фиксирована большим и указательным пальцем с опорой ладони на ключицу пациента;
- - категорически запрещается направлять иглу перпендикулярно оси позвоночника или в краниальном отклонении, так как это чревато субарахноидальной инъекцией и развитием тотального спинального блока или же пункцией позвоночной артерии;
- - игла медленно продвигается до получения парестезии или до контакта с костью; для поиска парестезий иглу перенаправляют с шагом в 1-2 мм вдоль линии, перпендикулярной направлению стволов сплетения (то есть спереди назад);
- - после получения парестезии (большинство авторов склоняются к мысли, что получение парестезии совсем не обязательно, достаточен контакт иглы с поперечным отростком 6-го шейного позвонка, после достижения которого иглу оттягивают на 1-2 мм) проводится аспирационная проба и вводится 1 мл пробной дозы анестетика;
- - отсутствие признаков внутрисосудистой или интраневральной инъекции служит сигналом к введению основной дозы анестетика, которая вводится дробно; причем через каждые 5 мл инъекции проводится осторожная аспирационная проба;
- - иглу извлекают, накладывают асептическую повязку.

СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ