



SAVEZ ZDRAVSTVENIH RADNIKA VOJVODINE

**TERAPIJA POVREDA KOŠTANO-ZGLOBNOG
SISTEMA KAO IZOLOVANIH I U SKLOPU
POLITRAUMATIZOVANIH POVREDA U ORTOPEDIJI**

**Autor: Petrović Aleksandra
Strukovna medicinska sestra**

Osnovni pravac bolničkog lečenja povreda koštano-zglobnog aparata najpre određuje postojanje multiplih povreda. U fazi inicijalnog zbrinjavanja teško povređenih, svedeno je na postavljanje eventualno nedostajuće imobilizacije i zaustavljanje masivnog krvarenja. U zbrinjavanju povreda izdvajaju se **dve osnovne celine**, a to su: **inicijalno i definitivno zbrinjavanje** povreda.

Pojedine lokalizacije povreda gornjih ekstremiteta tretiraju se prvenstveno konzervativnim načinom lečenja kao: prelomi gornjeg okrajka ili dijafize humerusa, donjeg okrajka radijusa ili kostiju šake. U drugih lokaliteta tretman je prevashodno operativan: prelom olekranona, dislokovanih preloma glave radijusa, dijafize kostiju podlaktice. Životna dob, dislokacija ulomaka ili prekid kontinuiteta kožnog pokrivača mogu bitno uticati na izbor načina lečenja kod izlovanih povreda, a još više kod multiplih.

Povrede donjih ekstremiteta se češće zbrinjavaju operativno, kao prelomi svih

lokalizacija femura, tibijalni plato sa narušenim izgledom zglobne površine ili malleolus sa luksacijom skočnog zgloba. Ligamentarne povrede kolena se takođe zbrinjavaju operativno, pri značajnoj nestabilnosti zgloba kod mlađih osoba.

Povrede kičmenog stuba se češće leče konzervativno, ali je kod nekih tipova povreda dominantno operativno lečenje, kao što su povrede sa neurološkim ispadima.

Tretman otvorenih povreda je specifičan. Alternativno rešenje nudi hirušku obradu rane, uz istovremenu unutrašnju ili spoljašnju fiksaciju, ili fiksaciju odložiti.

Vrsta implantacionog materijala je veoma raznovrsna. Osim fiksacionih materijala, za unutrašnju ili spoljašnju fiksaciju, u definitivnom zbrinjavanju povreda primenjuju se i **endoproteze**. Kod starijih osoba sa prelomom vrata butne kosti ugrađuju se parcijalne proteze kuka, kao što se dislokovani multifragmentarni prelomi glave radijusa zamenjuju **silastičnom protezom**. Klasični fiksacioni materijali kao što su: ploče, zavrtnji, Kiršnerove igle, Kinčerovi ili Rašovi klinovi, u poslednjih decenija su pretrpeli mnoge modifikacije. Takođe su

se pojavile mnogobrojne modifikacije ploča, naročito ugaonih, zavrtnjeva, transfiksacionih intramedularnih klinova.

Spoljašnja fiksacija se najčešće primenjuje kod preloma potkolenice, nešto ređe natkolenice, nadlaktice, podlaktice i kostiju šake. Kod starijih osoba ponekad se fiksacija ulomaka intraartikularnih preloma distalnog humerusa ili femura rešava primenom “**koštanog cementa**”. Isti material se koristi za nadoknadu izgubljene koštane mase. Savremeni implantacioni materijali i endoproteze su sačinjeni od materijala na koje organizam manje biološki reaguje. Ukoliko dođe do reakcije organizma na ugradni material, problem se rešava uklanjanjem fiksacionih materijala neposredno po sanaciji preloma.

Dileme primene konzervativnog ili operativnog tretmana povreda koštano-zglobnog aparata predstavljale su prošlost ortopedске hirurgije. Prisutne su u sadašnjosti i biće predmet polemika u budućnosti.

TERAPIJA POVREDA RAMENOG POJASA, NADLAKTICE I IŠČAŠENJE ZGLOBA RAMENA

Ovakve povrede ne spadaju u prvi red hitnosti u zbrinjavanju politraumatizovanih pacijenata, uvažavajući princip, da u prvi red prioriteta spadaju mere kojima se podržavaju funkcija srca, pluća, bubrega i drugih vitalnih organa. Terapijski principi inicijalnog zbrinjavanja ovih vrsta povreda su kompresivni zavoj kod povređenog krvnog suda. U hiruške urgencije takođe spadaju iščašenja velikih zglobova, zbog velikog bola koji ih prati i potencijalno moguće pojave ozbiljnih neurocirkulatornih

smetnji, u slučaju da se relativno brzo ne izvrši repozicija iščašenog zgloba. Iščašenje zgloba ramena inače čini više od 50% svih iščašenja zglobova u ljudskoj populaciji, pa je realno očekivati da budu najviše zastupljena kod politraumatizovanih pacijenata.

Principi lečenja se nimalo ne razlikuju od principa kojima se ove povrede uobičajeno zbrinjavaju. U bilo kojoj vrsti opšte anestezije, uz bilo koju manuelnu tehniku, vrši se repozicija iščašene glave nadlaktice u zglobnu čašicu lopatice. Obavezno se ordiniraju analgosedativi, uz observaciju, zbog postojećih drugih povreda. Imobilizacija (Desault) Dezolovim zavojem uz obavezni kontrolni RTG snimak nakon repozicije zgloba. **Posebnu pažnju obratiti na poznatu činjenicu** da se i kod izolovanih povreda ramena vrlo često predviđa zadnje iščašenje ovog zgloba, jer se zadnja iščašenja ramena retko dešavaju, a često predviđaju. Ova činjenica dobija posebno mesto važnosti kod zbrinjavanja politraumatizovanih pacijenata, gde se dijagnostičke procedure izvode urgentno.

Prelomi gornjeg okrajka nadlaktice ne spadaju u češće prelome. U velikoj meri se leče neoperativno-gipsanom imobilizacijom ili posebnim ortozama. U slučaju otvorenih preloma sa dislokacijom ulomaka i povredama velikih krvnih sudova, postoji indikacija za operativno lečenje. Zbog relativne učestalosti povrede radijalnog živca kod preloma srednje trećine tela nadlaktatne kosti, u slučajevima kada se otkrije ležija nerva, potrebno je postaviti radijalni aparat kako bi se sprečila kontraktura ručnog zgloba i prstiju šake. Stepem težine oštećenja

živca ne može sa sigurnošću odmah proceniti, ali nošenje ovog aparata skraćuje vreme oporavka.

Prelomi ključne kosti se leče neoperativno, postavljanjem Madsenovog (Madsen) zavoja, koji je metod izbora lečenja, jer je njegova efikasnost dokazana praktično u svim situacijama.

TERAPIJA POVREDA LAKTA I PODLAKTICE

Povrede lakta i podlaktice po učestalosti, zauzimaju značajno mesto kod povređivanja, pa stoga blagovremeno započeto, dobro planirano i sprovedeno lečenje ima velik značaj u prevenciji invaliditeta povređenih.

Po prepoznavanju povrede, povređeni ekstremitet se privremeno imobilizuje Kramerovom šinom, sa rukom u fiziološkom položaju. Do sledeće etape lečenja se kontroliše boja i temperature šake. Po prijemu u urgentni centar, nakon postavljanja Dg. transportna imobilizacija se zamenjuje gipsanom longetom. U slučaju nedislokovanih preloma, longeta ostaje trajni oblik lečenja s tim što se posle 7-10 dana, pojačava imobilizacija cirkularnim zavojem ili u potpunosti menja. Ako je prelom dislokovan u nekoj vrsti anestezije se vrši repozicija koštanih ulomaka. Ako se ne postigne zadovoljavajući ishod, pacijent se priprema za operativno lečenje. O tome da li će se primeniti operativno ili konzervativno lečenje se odlučuje na osnovu lokalnog nalaza, RTG snimka i opšteg stanja pacijenta.

TERAPIJA PRELOMA DISTALNOG OKRAJKA HUMERUSA

Suprakondilarni prelomi kod odraslih se po pravilu leče **KONZERVATIVNO, "VISEĆIM GIPSOM"**. Operativno lečenje je rezervisano za prelome sa udruženim neurovaskularnim lezijama. Kod retkih transkondilarnih preloma se preporučuje fiksiranje preloma iglama i zavrtnjima, s obzirom na usporeno srastanje, stvaranje kalusa. Poseban problem u lečenju predstavljaju povrede nastale mimoilaženjem vozila sa isturenim laktom kroz prozor automobila tzv. "sideswipe" frakture. Obično su u pitanju otvorene povrede sa značajnim laceracijama i različitim kombinacijama preloma.

TERAPIJA PRELOMA RADIJUSA I ULNE

Prelomi olekranona se leče **OPERATIVNO**. Metode koje se koriste za fiksaciju su: fiksacija zavrtnjem ili po metodi "zuggurtung". Cilj je obezbediti ranu mobilizaciju zgloba.

Kominutivni prelomi glavice i vrata radijusa, prelomi koji zahvataju više od trećine zglobne površine, prelomi sa ulomcima, zatvevaju operativno lečenje.

Nedislokovani prelomi se leče nadlaktanom imobilizacijom.

Otvoreni prelomi lakta i podlaktice zahtevaju poseban tretman. Ukoliko se radi o prelomima I i II stepena, može se uz antibiotsku zaštitu u optimalnom vremenskom roku postaviti unutrašnja fiksacija. Veće i zaprljane rane zahtevaju predhodni debridman i nadlaktanu imobilizaciju sa "prozorom" za previjanje. Po sanaciji mekih tkiva pristupa se operativnom fiksiranju preloma. Kod otvorenih preloma sa defektom kože i mekih struktura, primenjuje se spoljašnji fiksator.

TERAPIJA LUKSACIJA LAKTA

Iščaćenja lakta ne predstavljaju terapijski problem s obzirom da se luksacije lakta sa ili bez anestezije lako reponuju. Problem mogu da predstavljaju udružene povrede, prelomi koji mogu da uzrokuju otežanu repoziciju. Za uspešno lećenje povreda lakta neophodna je rana i dobro vođen arehabilitacija.

TERAPIJA POVREDA RUČNOG ZGLOBA

Su pre svega veoma česte povrede bilo da se javljaju kao izolovane ili u sklopu politraume, kada budu ne tako retko ne prepoznate ili ignorisane. Među brojnim traumatizmima ove regije su prelomi skafoidne kosti, periulnarne luksacije, lezije artikularnog diskusa.

Frakture skafoidne kosti, spadaju u tzv. **skrivenne povrede**, pošto se često ne vide na RTG-u neposredno nakon traume i zbog čega su česte **dijagnostičke i terapijske greške**. Zbog toga u svim sumnjivim slučajevima treba započeti lećenje imobilizacijom gipsanom longetom, sve dok se ne utvrdi prava dijagnoza, nakon otprilike 10-14 dana. Dužina nošenja imobilizacije zavisi od lokalizacije preloma. Kod dislokovanih preloma, potrebna je operacija, osteosintezom Kiršnerovim iglama, sa postoperativnom imobilizacijom sve do zarastanja preloma.

TERAPIJA POVREDA ŠAKE

Učešće povreda šake u svakodnevnom traumatizmu je veliko.

Osnovne terapijske mere vezane za ove povrede se moraju ispoštovati, kako bi se samnjile dalekosežne posledice.

Opšte i posebne mere zbrinjavanja povreda šake se svode na nekoliko bitnih postupaka:

Obezbeđivanje prohodnosti disajnih puteva i terapija kiseonikom

Obzirom na važnost kiseonika u metabolizmu tkiva, povređena šaka, slabo ishranjena zbog povrede biće još više kompromitovana hipoksijom organizma.

Zaustavljanje krvarenja iz većih krvnih sudova

Gubitak veće količine krvi dovodi do hemoragičnog šoka, koji se, između ostalog, manifestuje vazokonstrikcijom krvnih sudova na periferiji, a samim tim i hipoksijom tkiva šake. Ukoliko postoji povreda tkiva šake, onda će njena cirkulacija biti slaba, pa je **nekroza tkiva** neminovna posledica.

Analgetici i sedacija povređenog

Povređeni su u stanju šoka, koji se manifestuje psihomotornim nemirima. U sklopu toga, povređeni može da pogorša povredu šake, ako ona nije imobilisana i treba da dobije analgetike i sedative.

Terapija nadoknade tečnosti

Kod značajnog gubitka krvi neophodna je nadoknada derivatima krvi i elektrolitskim rastvorima. Količina i vrsta tečnosti kojom se nadoknađuje postojeći gubitak se određuje na osnovu laboratorijskih nalaza pacijenta.

Monitoring povređenog

Radi procene funkcije vitalnih organa i lečenja politraumatizovanog, neophodno je postavljanje centralnog venskog i urinarnog katetera. Podaci dobijeni kontinuiranim monitoringom od presudnog su značaja i direktno utiču na donošenje daljih odluka u cilju lečenja politraumatizovanog pacijenta.

Primarna toaleta i previjanje rana

Posle inicijalno sprovedenih urgentnih dijagnostičkih procedura, paralelno sa ostalim terapijskim merama, vrši se toaleta i previjanje velikih zadesnih rana na ekstremitetima. Nakon ispiranja rane i pranja njene okoline, sledi previjanje oblogom natopljenom antiseptičnim rastvorom, kako bi primarna hirurška obrada rane bila odložena do stabilizacije opšteg stanja teško povređenog pacijenta.

Imobilizacija povređenih ekstremiteta

Ukoliko nije postavljena na mestu povrede ili u toku transporta, mora se postaviti prilikom prijema. Transportna imobilizacija ima veliku ulogu u sprečavanju daljih oštećenja povređenog tkiva, smanjenju bola i obimu krvarenja.

Profilaksa tetanusa

Aktivna i pasivna antitetanusna zaštita je neophodna kod izlovanih povreda šake, kao i kod svih vrsta povreda.

Inicijalna primena antibiotika

Politraumatizovani pacijenti zahtevaju profilaktičnu primenu antibiotika. Kombinacija antibiotika je neophodna zbog podjednake osetljivosti povređenih na G+ i G- uzročnike

infekcija. Tokom lečenja vrste i doze antibiotika zavise od rezultata briseva rana i antibiograma. Nakon sprovedenih inicijalnih terapijskih mera, monitoringom se uspostavlja uvid u stanje svih organa i organskih sistema i planira operativni zahvat. Povrede šake ne ugrožavaju život povređenih, pa je njihov tretman sveden na sekundarnu obradu do 48h. Tercijarna rekonstrukcija se sprovodi po potpunom oporavku pacijenta. Sekundarna obrada šake ima **veći terapijski efekat** od tercijarne. **Primarna obrada šake je IMPERATIV**. Pravilan inicijalni tretman, uz dobar monitoring, dobar operativni plan, najbolja je mogućnost za preživljavanje politraumatizovanog i smanjenje komplikacija.

TERAPIJA POVREDA KUKA

Povrede kuka zahtevaju urgentno zbrinjavanje. Luksacije kuka su rezultat trauma, najčešće u saobraćajnim akcidentima, u okviru politraume. Pravac i stepen dejstva sile određuju tip luksacije. Luksacija kuka se mora reponovati što pre, u prvih nekoliko časova od povređivanja, u anesteziji. Nakon postignute repozicije luksacije, klinički i radiografski verifikovane, tretman se nastavlja mirovanjem u postelji uz trouglasto abdukciju i jastuče. Sledi fizikalno lečenje. Ako ovakvo lečenje ne da rezultat, pristupa se operativnom lečenju.

LUKSACIJA KUKA SA PRELOMOM ACETABULUMA

Luksacioni prelomi kuka su teške povrede koje su praćene traumatskim i hipovolemijskim šokom, tako da inicijalni tretman zahteva stabilizaciju opšteg stanja pacijenta. Tretman ovih povreda zahteva kliničku i radiološku evaluaciju stabilnosti

zgloba, nakon inicijalne repozicije. Traje 6 nedelja, skeletnom trakcijom sa opterećenjem tegovima, uz redovnu radiološku kontrolu.

TERAPIJA DISLOKOVANIH PRELOMA VRATA BUTNE KOSTI

Tretman je isključivo hiruški i treba ga izvršiti u prvih 24h od povređivanja. Treba naglasiti da svi prelomi vrata butne kosti zarastaju sporo. **Parcijalna endoproteza kuka** ima velik značaj kod pacijenata gde je potrebno hitno i definitivno hiruško zbrinjavanje. **Inicijalna ugradnja proteze** indikovana je kod pacijenata starije životne dobi, sa smanjenjem životnih funkcija, obolelih od parkinsonizma, hemiparetičnih, pacijentima sa sistemskim oboljenjima. Važno je naglasiti da parcijalne endoproteze moraju biti adekvatne veličine. U slučajevima gde postoji oštećenje acetabuluma, indikovana je ugradnja **totalne endoproteze zgloga kuka**. Implantacijom proteze otklanja se bol, ekstremitet se dovodi u normalan položaj i omogućava započinjanje fizikalnog tretmana uz oslonac 100%. Time se ubrzava postoperativni tok, a rehabilitacija sprovodi u granicama fizičkih mogućnosti povređenog.

TERAPIJA POVREDA NATKOLENICE

Obično se javljaju kao veoma teški i komplikovani dislokovani prelomi, sa gubitkom velike količine krvi i povredama mekih tkiva. Često su u sklopu teških trauma i udruženih povreda glave, grudnog koša, abdomena, koji ugrožavaju život povređenog. Osnovna dilema u lečenju se odnosi na vreme kad treba započeti eventualnu hirušku intervenciju. Da li odmah, ili je

odložiti izvesno vreme do kompletnog oporavka pacijenta. Međutim, ako se radi o prelomima kod kojih je došlo do lezije krvnih sudova, neophodno je pristupiti operativnom tretmanu u prvih 6h. Zbrinjavanje ovakvih povreda zahteva potpunu dijagnostiku, kao što su: CT, NMR, scintigrafija skeleta. Obično se radi o multifragmantarnim prelomima. Većina ortopedskih hirurga je mišljenja, da bez obzira na lokalizaciju preloma treba operativno lečiti u narednih 5-10 dana, zbog smanjivanja rizika nastanka masne tromboembolije, što se posebno odnosi na prelom dijafize femura. Opšteprihvaćen stav je da se kod otvorenih preloma natkolenice II i III stepena, lokalnog oštećenja ili infekcija kože i mekih tkiva, **kontraindikovano operativni zahvat, jedino spoljašnjim fiksatorom.**

TERAPIJA POVREDA POTKOLENICE

Tibija je kost koja se svojim najvećim delom nalazi pod kožom, te je povećana mogućnost nastanka otvorenih preloma, a samim tim i koštane infekcije. Srastanje preloma je moguće postići uz gipsanu imobilizaciju u preko 90% slučajeva. U zavisnosti od lokalizacije i vrste preloma, primenjuju se mnogobrojne operativne tehnike, podeljene u 2 grupe: **ekstramedularne i intramedularne fiksacije.** U današnje vreme se najčešće koristi ekstramedularna metoda kod tretmana kosih i spiralnih preloma. U tretmanu otvorenih preloma i oštećenja mekih tkiva, metoda izbora je **spoljašnja fiksacija**, pri čemu se smanjuje rizik postoperativne infekcije na minimum. Ovakav fiksator se može primanjivati kod multifragmantarnih i segmentnih preloma potkolenice.

TERAPIJA POVREDA KOLENA

Lečenje povreda kolena predstavlja jednu od najvećih i najvažnijih oblasti traumatologije. Koleno je izuzetno često podložno povredama, a sa druge strane, nelečene povrede mogu ostaviti teške posledice i ozbiljan invaliditet. Terapija se po tipu može podeliti na **konzervativnu i operativnu, potom na terapiju svežih i zastarelih povreda i lečenje sekvela povreda**

TERAPIJA AKUTNIH LIGAMENTARNIH POVREDA I LUKSACIJA KOLENA

Akutne ligamentarne povrede kolena su veoma česte i javljaju se kao posledica sportskih aktivnosti, saobraćajnog traumatizma, povreda na radu. Po tipu spadaju u distorzije zgloba, a po intenzitetu se dele u 3 stepena, zavisno od stabilnosti zgloba. Ukešteni ligament bez operativne rekonstrukcije nikad ne zarastaju. Smatra se da je optimalno vreme za operaciju u prvih 72h, od povrede. Nakon sprovedene hiruške rekonstrukcije ligament, obavezna je imobilizacija zgloba 4-5 nedelja. Od izuzetnog značaja za konačni ishod lečenja ima **fizikalni tretman, koji treba započeti već sa dve nedelje od operacije, izometrijskim kontrakcijama kvadricepsa i naravno, nastaviti punim opterećenjem, energično nakon skidanja imobilizacije.**

TERAPIJA ZASTARELIH POVREDA LIGAMENATA

Zastarele povrede ligamenata kolena imaju za posledicu **funkcionalni deficit kolena i nestabilnost kolena.** Pri određivanju načina lečenja, ključno je proceniti koliki je funkcionalni deficit kolena. Izolovane rupture samo jednog

ligamenta ne postoje i uvek su u manjoj ili većoj meri oštećene I druge structure kolena. **Kod udruženih povreda meniskusa, parcijalne menisektomije daju bolje rezultate od totalnih.**

TERAPIJA POVREDA MENISKUSA KOLENA

1. U poslednjih nekoliko decenija, lečenje povreda meniskusa je doživelo revolucionarne promene. Razvojem i usavršavanjem artroskopske hirurgije kolena, razne vrste parcijalnih menisektomija su potpuno istisnule klasične operativne metode. U zbrinjavanju politraumatizovanih pacijenata, artroskopske operacije spadaju u **tercijarne dijagnostičke i terapeutske procedure**. Artroskopija omogućuje direktnu vizuelizaciju svih delova zgloba. Prednosti ove metode su:
 1. Kratka hospitalizacija-jednodnevna hirurgija. Ima velik ekonomski efekat u cilju smanjenja troškova lečenja.
 2. Izvode se u lokalnoj anesteziji ili u regionalnoj.
 3. Male incizije kroz zglob rezultiraju minimalnom inflamatornom reakcijom, što smanjuje bol i ubrzava rehabilitaciju.
 4. Rehabilitacija počinje odmah već istog dana, aktivnim vežbama, uz hod sa punim osloncem na operisanu nogu.
 5. Vraćanje normalnim životnim aktivnostima, a sportisti treningu, već za desetak dana. Vrhunski sportisti otpočinju sa takmičenjem već za tri nedelje od operacije.Posle intervencije, koleno se imobilize u narednih sedam dana, da bi se sprečilo stvaranje izliva u kolenu i započinje aktivni fizikalni tretman. Ukoliko se prilikom artroskopije

uoči lezija prednjeg ukrštenog ligamenta, njegovom rešavanje se pristupa tek posle tri nedelje od povrede. Kontraindikacije za artroskopiju su retke. Kod ograničene pokretnosti zgloba, potrebno je načiniti ukljanjanje priraslica i omogućavanje pokreta. Ne treba je raditi kod preloma butne kosti i potkolenice, kao i vaskularnih oštećenja.

TERAPIJA POVREDA KIČMENOG STUBA

Inicijalni tretman uključuje-PREHOSPITALNI

1. Obezbeđivanje prolaznosti disajnih puteva, nesmetane respiracije i zaustavljanje krvarenja.
2. Utvrđivanje vitalnih parametara i uzimanje kratke anamneze
3. Palpaciju celog kičmenog stuba-radi lekar.

SVE REANIMACIONE PROCEDURE MORAJU SE VRŠITI SA EKSTREMNOM PAŽNJOM.

Pomeranje povređenog sa spinalnom frakturom, zahteva predhodnu imobilizaciju kičmenog stuba. Premeštanje vrše najmanje tri osobe. Povređeni se postavlja u supinalni položaj na neku tvrdu podlogu. Čelo, trup i ekstremiteti se fiksiraju za nosila. Održavanje prolaznosti disajnih puteva sa sumnjom na povredu cervikalne kičme, treba vršiti bez fleksije i ekstenzije vrata. Osobe koje pretrpe politraumu mogu biti hipotenzivne zbog hipovolemičnog šoka. Koža je hladna i vlažna. Posle pružanja prve pomoći, povređenog, što hitnije prebaciti u urgentni centar.

POSTUPCI U HITNOJ PRIJEMNOJ SLUŽBI

U prvom momentu potrebna je brza provera ispravnosti postupaka preduzetih na mestu akcidenta. Prevalidno prohodnosti disajnih puteva. Respiratorne komplikacije su česte kod cervikalnih i torakalnih povreda kičmene moždine. Ove lezije idu sa razvojem medularnog edema, pa je dekompenzacija moguća prilikom svake faze dijagnostike i tretmana. **Zato je imperativ brižljiva respiratorna opservacija i arterijske gasne analize.** Asistirana ventilacija se razmatra kod pada vitalnog kapaciteta ispod 700 ml. Kvadriplegični bolesnici su pod velikim rizikom aspiracije gastričnog sadržaja. Endotrahealna intubacija je jedini siguran način prevencije aspiracije u neposrednom periodu nakon povrede. U slučaju da ne uspe ni jedna vrsta intubacije, radi se traheostomija.

Uz povrede kičmene moždine, često idu udružene povrede kombinovane sa hipovolemijskim šokom. **Inicijalni farmakološki tretman se odlikuje davanjem udarnih doza kortikosteroida. Započinje sa 1-2 mg/kg I.V. Deksametasona na svakih 4-6 h.**

BOLNIČKI TRETMAN FRAKTURA ILI DISLOKACIJA KIČMENOG STUBA

Tretman može biti **KONZERVATIVNI ILI OPERATIVNI**

Najvažnije je odrediti da li se radi o stabilnoj ili nestabilnoj leziji, sa ili bez neuroloških ispada. Nestabilne povrede sa neurološkim ispadima su kandidati za operativno lečenje.

KONZERVATIVNO LEČENJE POVREDA KIČMENOG STUBA

Osnov konzervativnog lečenja kod lezija vratnog segmenta je KRANIJALNOM TRAKCIJOM. Posle repozicije sledi ležanje 6 nedelja. Pacijente treba okretati na svakih 2h, radi prevencije dekubitusa. U daljem toku lečenja, aplikuje se ortoza-mideri i započinje vertikalizacija. Imobilizacija se skida posle 3 meseca. Ova vrsta lečenja ima svoje nepovoljne strane. Tokom ranog postraumatskog perioda, mogu nastati redislokacije, kolaps pršljena i nove nervne lezije. Oko 20% neoperativno lečenih pacijenata sa kominutivnim prelomom zadobija neurološke simptome koje primarno nisu imali. Nehiruški tretman ima i opšte komplikacije. Povećana je incidenca flebotromboze i plućne embolije usled ležanja. Značajna je učestalost urinarne infekcije i dekubita.

OPERATIVNO LEČENJE POVREDA KIČMENOG STUBA

Rana operacija kičme je relativno bezopasna intervencija. Hiruška fiksacija omogućava bržu mobilizaciju. Pokazalo se da su i slučajevi sa traumom kičme bolji kandidati za intervenciju odmah po prijemu, nego u poznijoj fazi.

