



Education
Programme



Football Doctor
Education Programme

12-ТИ ЛЦЕНЦЕН СЕМИНАР ЗА КЛУБСКИТЕ ДОКТОРИ

ПОВРЕДИ ВО ФУДБАЛОТ
ДИЈАГНОЗА И ТРЕТИРАЊЕ



ЗАСТАПЕНОСТ И ЗНАЧЕЊЕТО НА ФУДБАЛСКИТЕ ПОВРЕДИ

- 1000 ПАТИ ПОВИСОК РИЗИК ОД ВИСОКО РИЗИЧНИТЕ ИНДУСТРИСКИ ЗАНИМАЊА
- ЕКИПА ОД 28 ИГРАЧИ ДО 50 ПОВРЕДИ ПО СЕЗОНА
- 12% ОД ИГРАЧКИОТ КАДАР КЕ БИДЕ НЕДОСТАПЕН ВО ТЕКОТ НА ЦЕЛА ПОЛУСЕЗОНА
- ЕКИПИТЕ КОИ НАЈДОБРО ГИ РЕШАВААТ ВАКВИТЕ ПРОБЛЕМИ СЕ СО НАЈГОЛЕМИ ШАНСИ
ДА СЕ НАЈДАТ НА ПОВИСОКО МЕСТО НА ТАБЕЛАТА НА КРАЈОТ ОД СЕЗОНАТА



НАЈЧЕСТ ФУДБАЛСКИ ПОВРЕДИ

- ПОВРЕДИ НА ГЛУЖДОТ
- ПОВРЕДИ НА КОЛЕНОТО
- ПРЕПОНСКИ ПОВРЕДИ
- ПОВРЕДИ НА МУСКУЛИТЕ



ВРЕДНОСТА НА СТАТИСТИЧКАТА АНАЛИЗА БАЗИРАНА НА ДОКАЗИ ЗА ДОКТОРОТ

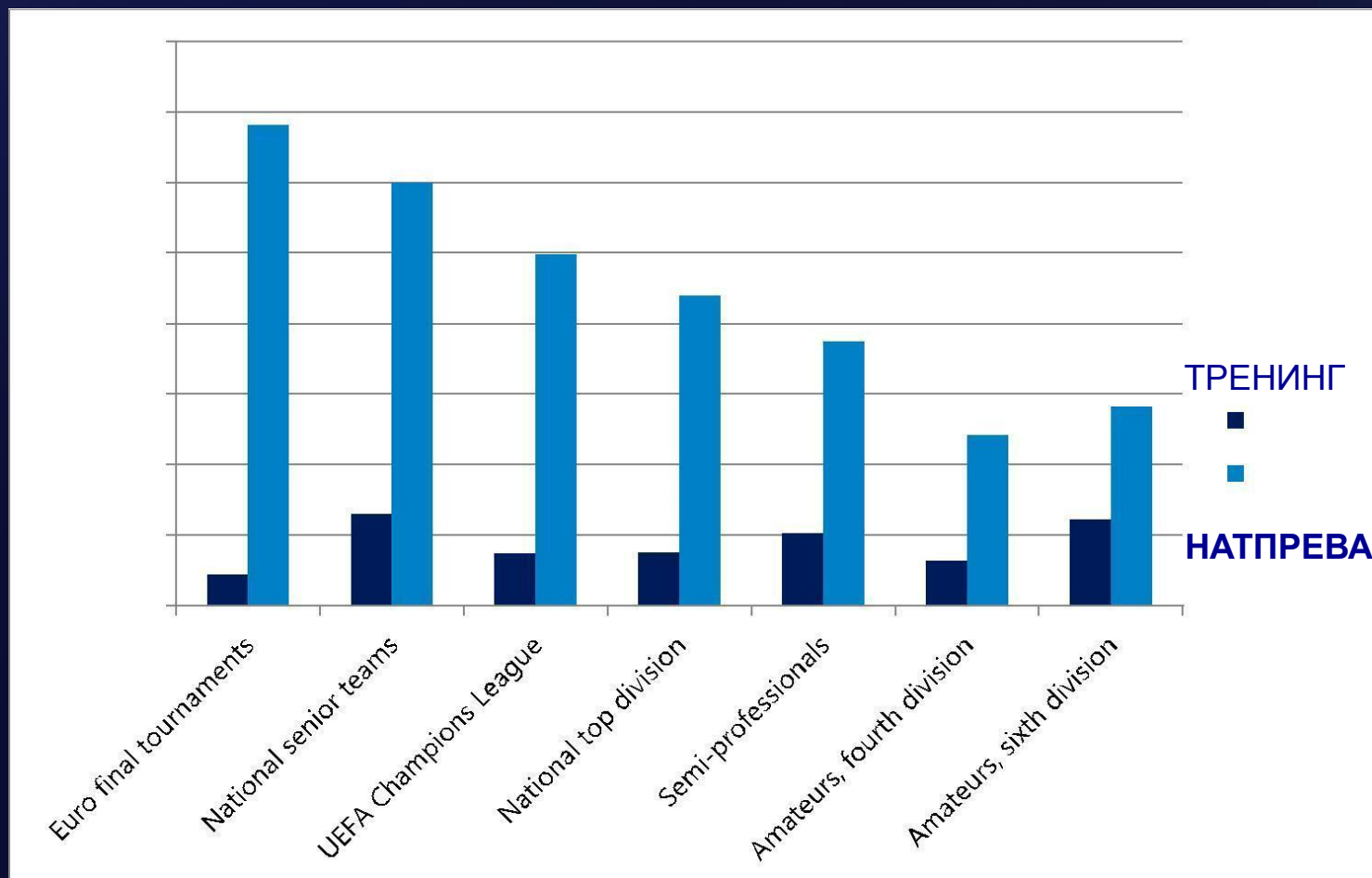
- СТАТИСТИКАТА ОД УЕФА СТУДИЈАТА И ДРУГИ СТУДИИ БАЗИРАНИ НА ДОКАЗИ СЕ НАЈВАЖНА АЛАТКА ЗА ДОКТОРОТ ПРИ НОСЕЊЕ НА ОДЛУКИТЕ КОИ КЕ БИДАТ ЗАСНОВАНИ НА ВЕРОДОСТОЈНИ НАУЧНИ ДОКАЗИ ОСОБЕНО ПРИ ОДЛУКАТА ЗА ВРАКАЊЕ НА ИГРАЧОТ ВО ИГРА, ПРАШАЊЕ КОЕ РЕДОВНО ИМ СЕ ПОСТАВУВА НА ДОКТОРИТЕ. ПОЗНАВАЊЕТО НА СТУДИЈАТА КЕ ВИ ПОМОГНЕ ВО СПРАВУВАЊЕТО СО БРОЈНИ ПРАШАЊА КАКО:
 - 1 Колку често се случуваат специфичните повреди
 - 2 Механизмот на настанување на тие повреди
 - 3 Кога играчите може да се вратат на тренинг и натпревари по специфичните повреди
 - 4 Ризикот од повторна - реповреда
- СЕТО ТОА ЗА ДА СМЕ ПОДГОТВЕНИ ОДНАПРЕД ВО ПОГЛЕД НА ДОБРО И ЕФИКАСНО МЕНАЏИРАЊЕ НА ТАКВИТЕ ПОВРЕДИ



КАКОВ Е РИЗИКОТ ЗА ЗДОБИВАЊЕ СО ПОВРЕДИ

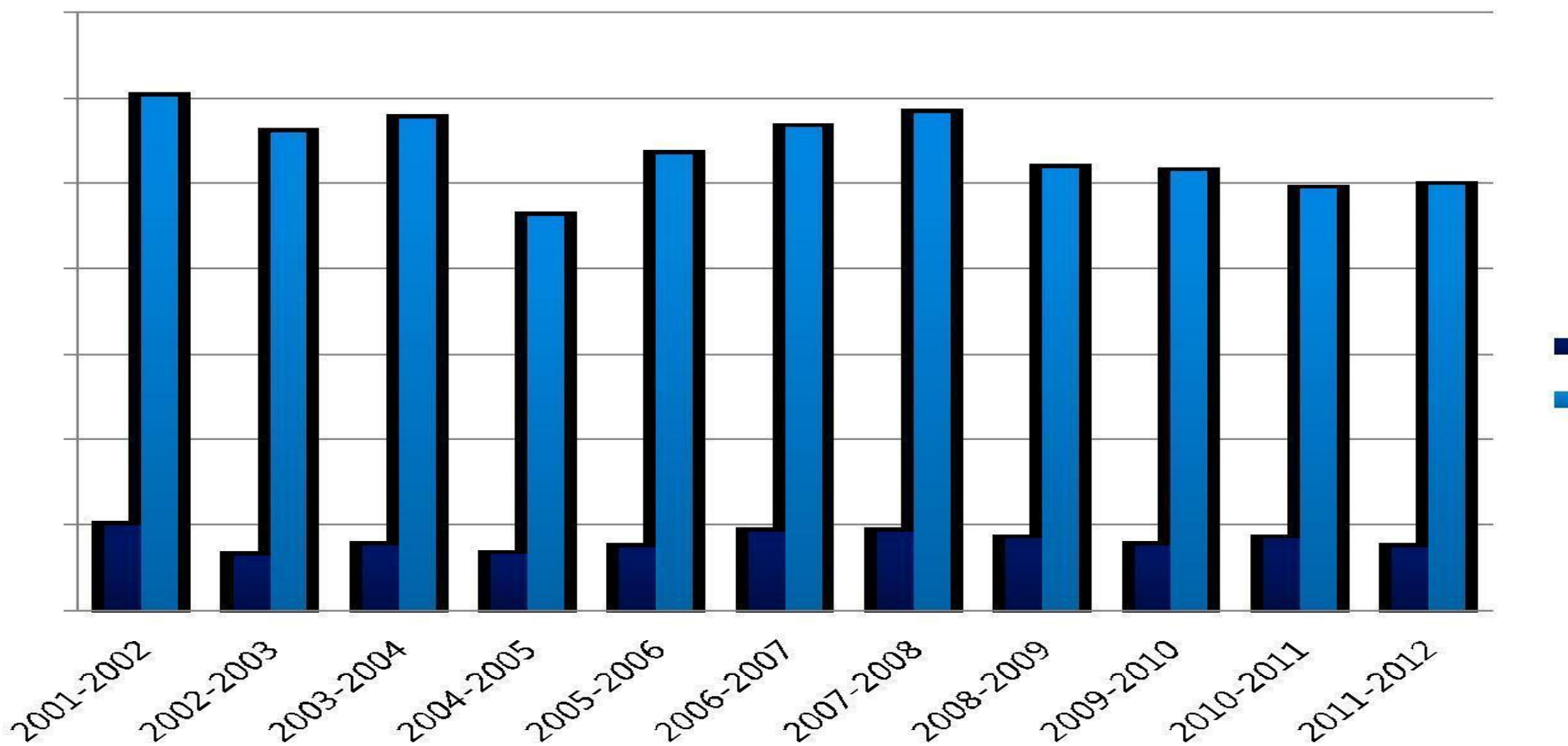
- Според УЕФА студијата: играчот се смета за повреден се додека медицинскиот персонал не дозволи целосно учевство во тренинзите и да биде на располагање за учевство во натпревар.
- Ризикот за повредување се изразува како број на повреди на 1000 часа на изложеност
- Ризик при тренинг
- Ризик при натпревари
- Ризик при различни нивоа на игра

РАЗЛИЧНИ НИВОА НА ИГРА И РИЗИК ОД ПОВРЕДИ



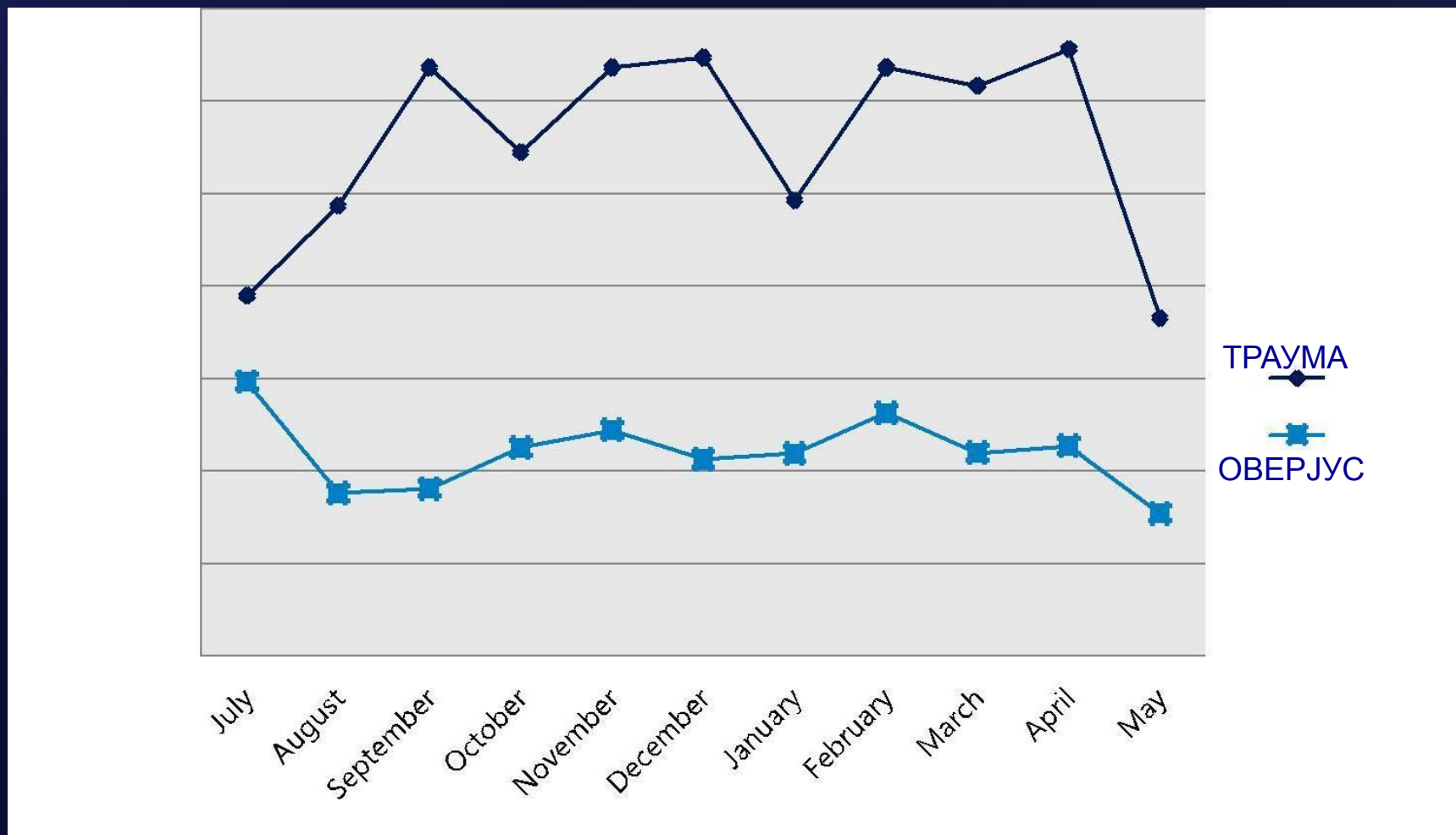


РИЗИК ОД ПОВРЕДИ ПО СЕЗОНИ ВО ГОДИНИТЕ КОИ СЕ ДЕЛ ОД СТУДИЈАТА

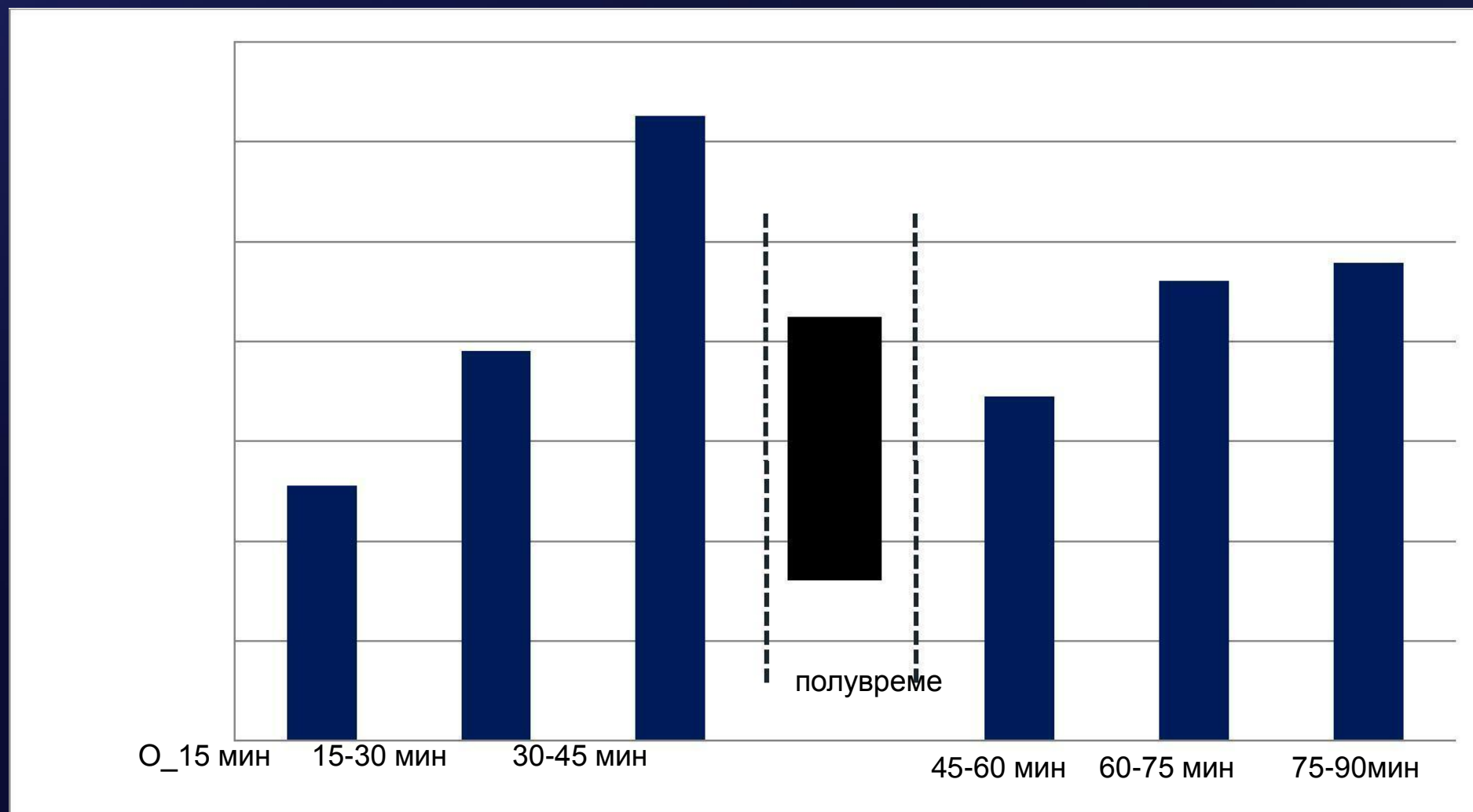




ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОВРЕДИТЕ ВО ГОДИШНА ФУТБАЛСКА СЕЗОНА

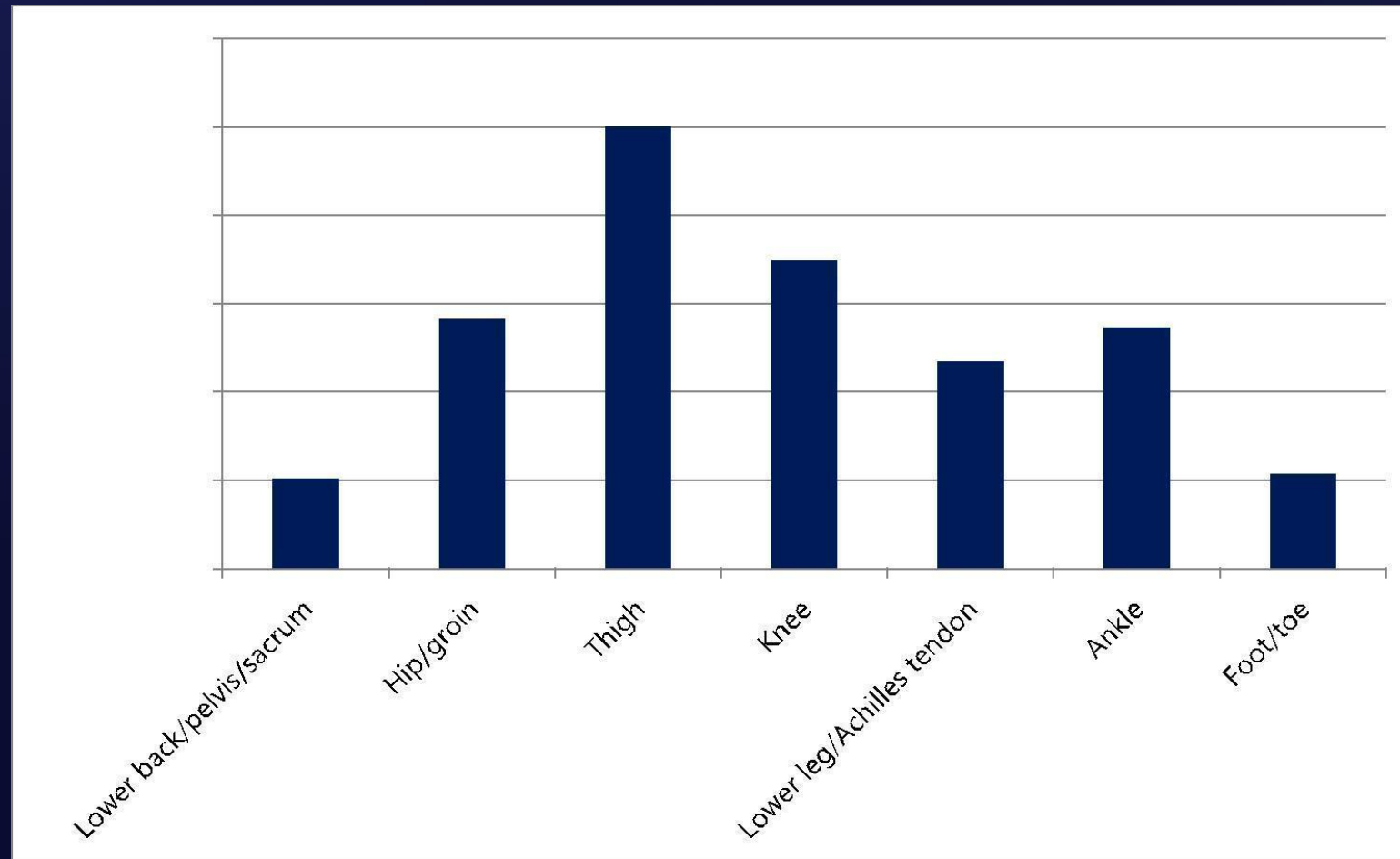


ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОВРЕДИТЕ ЗА ВРЕМЕ НА НАТПРЕВАРИТЕ



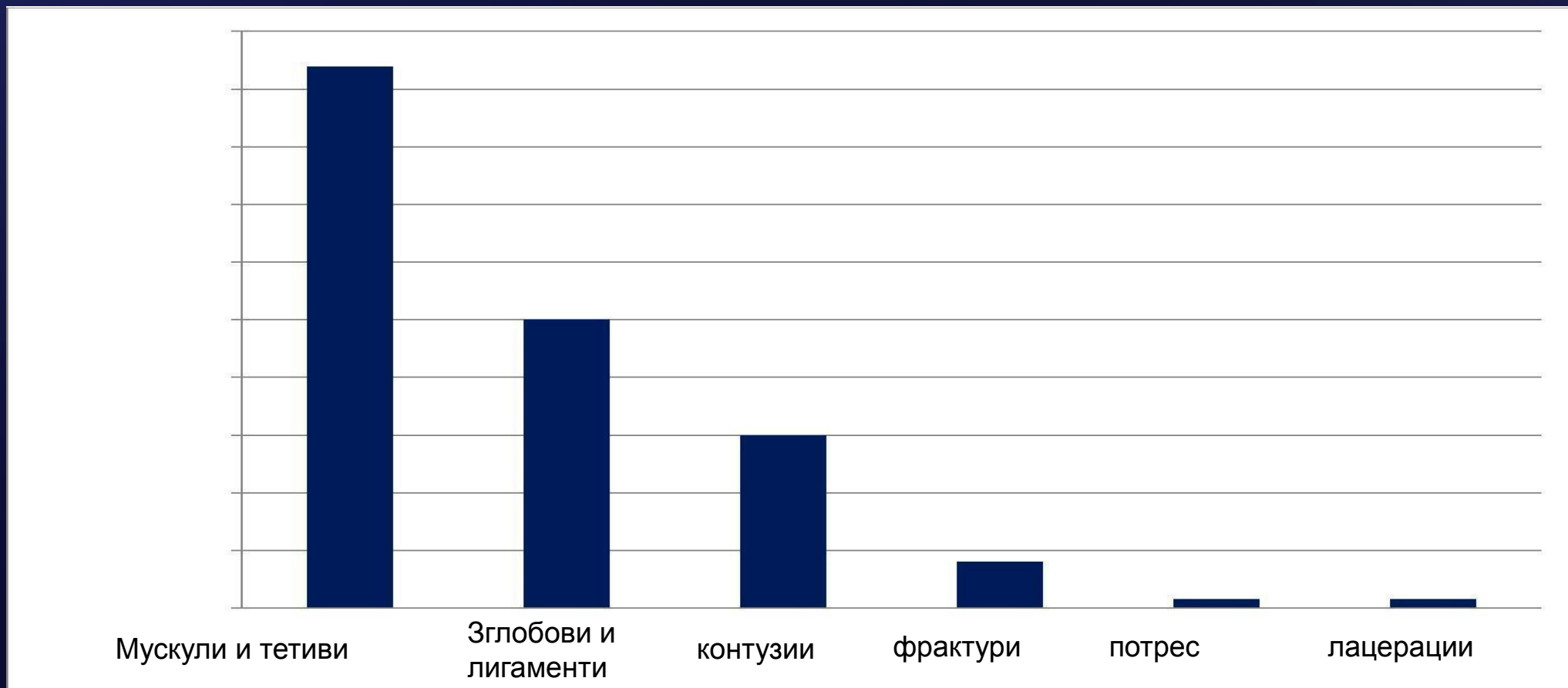


НАЈЧЕСТИ ВИДОВИ НА ПОВРЕДИ ВО ФУТБАЛОТ СПОРЕД ЛОКАЦИЈАТА





НАЈЧЕСТИ ТИПОВИ НА ПОВРЕДИ ВО ФУТБАЛОТ





БРОЈ НА ПОВРЕДИ И ОТСУСТВО ПОРАДИ ПОВРЕДАТА

	Diagnosis	Injuries per team per season	Absence in days (median)	Absence in days (mean ± SD)	Absence in days (max.)
1	Hamstring muscle injury	6-7	14	19±18	180
2	Adductor injury	4-5	9	15±19	196
3	Ankle sprain (lateral)	3-4	8	15±19	164
4	Quadriceps muscle injury	2-3	14	21±22	156
5	Calf muscle injury	2-3	15	19±16	95
6	Knee sprain (MCL)	2	16	23±23	202
7	Knee contusion	1-2	5	6±4	55
8	Thigh contusion	2-3	4	7±9	93
9	Achilles tendinopathy	1	10	23±37	205
10	Lumbalgia/lower back pain	1	5	10±19	168
Total		24-31			



1	дијагноза	% од вкупните повредувања	Одсуство во денови средно	Одс денови средно +/- СД	Максим одсут во денови
2	Ruptura ACL	0.8	194	194 ± 75	580
3	Ruptura na t Achilles	0.1	169	161 ± 65	274
4	Fractura na tibia I fibula	0.1	124	131 ± 32	167
5	Fractura na MT 5	0.5	78	80 ± 17	213
6	Fractura na ATL	0.2	87	90 ± 52	200
7	Lateral meniscus	0.9	43	57 ± 48	210
8	Medial meniscus	0.6	35	47 ± 37	193



ПОЧЕСТИ РЕПОВРЕДИ

	Diagnosis	% of all injuries	Absence in days (median)	Absence in days (mean \pm SD)	Re-injury rate
1	Groin pain	8-12	9	15 \pm 19	29
2	Lower back pain	2	5	10 \pm 19	22
3	Achilles tendinopathy	2	10	23 \pm 37	34
4	Shin splints	1-2	4	8 \pm 10	31
5	Patellar tendinopathy	1.5	7	18 \pm 34	26
6	Plantar fasciitis	1	4	16 \pm 25	34
7	Stress fractures	0.5	80	90-130 \pm 40-90	29



ТРЕНД НА ПОВРЕДУВАЊЕТО

- ОПАГАЊЕ НА КОНТАКТ ПОВРЕДИТЕ
- ОПАГАЊЕ НА ЛИГАМЕНТНИ ПОВРЕДИ
- ЗГОЛЕМУВАЊЕ НА БЕЗ КОНТАКТ ПОВРЕДИ ОД 58 НА 64%
- РАЗНОЛИКОСТ ВО ПОВРЕДУВАЊЕТО НИЗ ЕВРОПА
- ПОВРЕДИ ПРИ НАТПРЕВАРИ НА ВЕШТАЧКИ ТЕРЕНИ
- ВЛИЈАНИЕ НА ПОБЕДАТА ИЛИ ПОРАЗОТ ВРЗ РИЗИКОТ ОД ПОВРЕДУВАЊЕ



МЕНАЦИРАЊЕ НА ПОВРЕДИТЕ ВО НАТПРЕВАРИТЕ

- ПРАВИЛА НА ИГРАТА
- Терен за игра : површина на теренот; безбедност; комерцијални паноа, новинари фоторепортери
- Топка: димензии тежина
- Опрема на играчие: копачки штитници и друга заштитна опрема помагала
- Накит
- Судијата и повреда на играч
- Фаул и неспортско однесување
- Судиите и доктор – Повредата само се прегледува на теренот а се третира надвор од теренот за игра
- Ризици од потценување на сериозноста на повредата
- Обезбедување ММР



БЛАГОДАРАМ

Цели

- Да се разберат принципите на рамката за иницијален преглед
- Да се разберат приоритетите при менаџирање на повреда
- Да се разбере кога и како да се направат едноставните ресусцитирачки процедури
- Да се разберат принципите на преглед и менаџирање на повреди на вратна рбетница вклучувајќи ја и техниката на Лог Рол



Рамка на иницијалниот преглед

- Airway
 - Breathing
 - Circulation
 - Disability
 - Extract/Expose

“Дали сте добро, ме слушате ли?”



Одговара на прашањето?

- **А- Дишни патишта**- Проодни
- **Б- Дишење**- Доволно респираторна резерва за да вдише и издише воздух за да зборува.
- **Ц-Циркулација** – Доволен циркулаторен волумен за перфузија на мозокот

- **Д-Disability -Свест**
Ориентиран
- **Unresponsive-Нема одговор = Повикај помош**



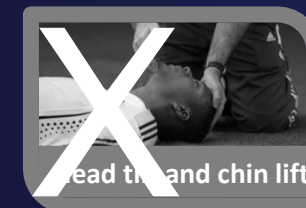
Дишни патишта

- **Примарни**
Крварење, модрици или оток оможат директно да ги компромитираат дишните патишта
- **Секундарно**
Намалено ниво на свеста би можело да е поради отапеност на рефлексите на дишните патишта
- Иницијалното менаџирање и за двете(примарни или секундарни) е исто
- **Заштитете ја вратната рбетница додека ги прегледувате дишните патишта**

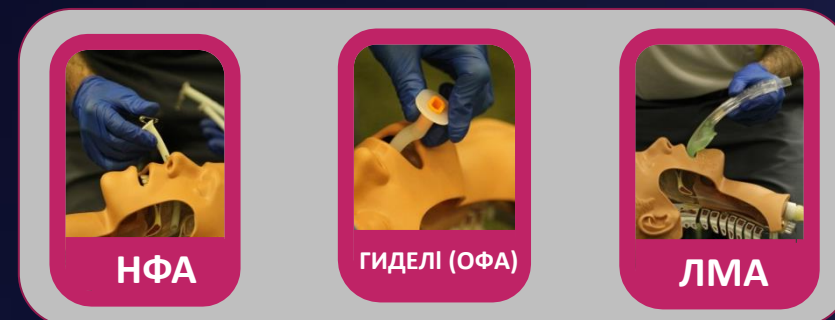


Менаџирање на дишните патишта

- Jaw Thrust-Подигање на долна вилица
- ~~Head tilt and chin lift~~ Подигање на брада и зафрлање на глава наназад



- Помагала за дишни патишта
 - НФА Внимателност при повреди на главата
 - Гидел Внимателно да не се влоши проодноста на дишните патишта
 - ЛМА Внимателно да не се влоши проодноста на дишните патишта



- Сукција

- O₂ 15 литри што е можно побрзо



Вратна рбетница

- Веднаш фокусирајте се на главата од играчот и нежно стабилизирајте ја ВР држејќи ја главата од двете страни
- Jaw thrust –Подигање на долна вилица може да се направи
- Имобилизација=
 - Полу-тврд колар + блокови + теип + Спинален борд
 - ИЛИ**
 - Вие ја контролирате ВР со држење на главата цело време



Дишење

Гледам



- Број на респирации
- Длабочина на дишењето
- Симетричност во движењето на градите

Слушам



- Што ни кажува играчот
- Какви респираторни звуци се слушаат

Чувствувам



- Трахеата
- Хируршки емфизем
- Крепитација
- Пулс



Дишење

- Ургентни Торакални Трауматски Состојби
 - Опструкција на дишните патишта
 - Тензионен Pneumothorax
 - Отворен Pneumothorax
 - Масивен Haemothorax
 - Лебдечки сегмент-млатило на градниод зид
 - Срцева Тампонада

Менаџирањето се заснова на максимизирање на оксигенацијата и вентилирање

Запаметете дека доколку играчот е на кислород со висок проток, ќе има оксигенација дури и кога вентилацијата е незадоволителна

Циркулација

Гледам



- Боја на кожа и слузокожа на играчот
- Видливо крварење или деформитети

Слушам



- Каде имаат болки?

Чувствувам



- Пулс (број и волумен)
- CRT-ВКП
- КП
- Гликемија (кај секој играч со грчеви конфузен или несвесен)

Циркулација

- Абдомен
 - Модрици, рани
 - Одбранбен рефлекс на ст муск.
 - Перитонизам(се јавува покасно)
 - Не заборавајте да дадете аналгезија. (Оваа не ќе ја афектира клиничката слика)
- Карлица
 - Никогаш не отварајте ја карлицата –направете само еден преглед
- Долги Екстремитети-коски
 - Затворена фрактура
 - Отворена фрактура



Циркулација - Менаџирање

- Максимизирај оксигенација и вентилација
 - O₂
 - Аналгезија
- Запрете го крварењето ако е можно
 - Директен притисок
 - Имобилизација
- Повторувајте го прегледот вклучувајќи опсервација
 - (документирајте ги вашите наоди како што ги наоѓате)
- Низок праг за транспорт во болничка установа ако нема одговор на постапките што сте ги превзеле
 - (размислете за IV пристап и давање на течности)

Мозочни функции –свест

- Ниво на свеста
- Очни папили
- Знаци за локализација



Disability-мозочни функции свест

- AVPU-ABПУ



Alert –буден и одговара соодветно

Verbal – одговара на вербални стимули

Pain – одговара на болни стимули

Unresponsive – воопшто не одговара



Мозочни функции-степен на свесноста

- ГКС

	Очи	Вербален	Моторен
1	Нема одговор на болка	Нема одговор на болка	Нема одговор на болка
2	Ги отвара на болка	Неразбирливи гласови	Екстензија на болка
3	Ги отвара на вербални команди	Несоодветен	Флексија на болка
4	Ги отвара спонтано	Конфузен	Се повлекува на болка
5		Соодветен	Ја локализира болката
6			Исполнува команди

Запаметете: Најдобриот моторен одговор

Применувајте само еден стимул додека тестираате

Изнесување од терен

- Извадете го безбедно од теренот
- Користете Лог Рол на спиналниот борд ако сметате на можна повреда на рбетот
- Не излегувајте од теренот додека не направете комплетен преглед на долните екстремитети и постепено не го дигнете играчот.
- Осигурајте дека не се пропуштени повреди на грбниот дел -Лог Рол ако е потребно
- Превенирајте хипотермија





Резиме на менаџирање поврден играч со заштита на вратна 'рбетница

- Заштитете и осигурајте дишни патишта со вратна рбетница
- Вентилирај и оксигенирај
- Запрете го крварењето
- Аналгезија
- Изнесете го безбедно од теренот

Изведовање на Лог Рол

+ 1 x прегледувач (ако има на располагање)

Карлица -1 рака над
1 рака под

3 x Асистенти

1 x Тим лидер



Нозе - 2 раце под

Гради - 2 раце над



Секундарен преглед

- Детален преглед од глава до петици(прсти)
- Се извршува откако ABCDE е комплетиран и направени било кои потребни третмани
- Прегледот опфаќа:
 - AMPLE историја
 - Преглед од глава до петици
 - Невролошки преглед
 - Постојана ре-евалуација на состојбата

Секундарен преглед

- AMPLE историја

A Allergies-Алергии

M Medications-Медикаменти

P PMH-Минати заболувања

L Last eaten-последен оброк

E Events –случување пр механизам на повредување



Секундарен преглед

- Глава до петици(прсти)

- Глава - вклучувајќи преглед на очи и уши(запаметете острина на вид)

- Максило-фациален

- Врат

- Гради

- Стомак

- Карлица

- Мускулоскелетен

прегледај повторно, прегледај повторно....

Рамиња до рачни прсти, Колкови до ножни прсти

Секогаш мисли на compartment syndrom

- Невролошки

- Мозок

- Целиот рбет ако веќе не е прегледан при Лог-Рол



Секундарен преглед

- Како да се минимизира можноста да се пропушти повреда
 1. Висок степен на сомнеж
 2. Често повторувања на прегледот





Education
Programme



Football Doctor
Education Programme

ПРАШАЊА



Education
Programme



Football Doctor
Education Programme

ПОВРЕДА НА 'РБЕТОТ



Цели

- Механизам на повреда на 'рбетот
- Класификација на повредите
- Преглед на 'рбетницата
- Потврда дека 'рбетот е неповреден

Повреда на 'рбетот

- Најчесто по тапа траума
- Мора да сметате на повреда на врат кај секого со повреда:
 - над клавикулата
 - Намален ГКС
 - загрижувачки механизам на повредување



Повреда на 'рбетот

Механизам на повредата

- Аксиално оптоварување
- Флексија
- Екстензија
- Ротација
- Странично свиткување
- Дистракција



Класификација на повредите

- Примарни и секундарни
- Анатомски
- Комплетни или некомплетни
- Придружени со Шок
- Ниво на повредата

Примарни или секундарни

- Примарни** Вистинска иницијална повреда на 'рбетниот мозок
 Наша цел е да првенираме влошување на оваа со осигурување на 'рбетниот мозок
- Секундарни** повредите причинети на клеточно ниво
 Минимизирајте ги со администрирање на кислород и одржување на КП од 90-100mmHg систолен.
ИЗБЕГНЕТЕ хипотензија.

Анатомска локација на повредата

Анатомска локација	Процент
Цервикална (особено C5)	55%
Торакална	15%
Тораколумбарна	15%
Лумбосакрална	15%

Комплетни наспроти Некомплетни

- Комплетни
 - Нема моторни и сензитивцни функции
- Некомплетни
 - Било која моторна или сензорна функција
 - Подобра прогноза
- Сакрална поштеда
 - Зачуван сензибилитет во перианалната или ректалниот тонус



Спинален или Неуроген Шок

- Спинален Шок
 - Флациднос & губење на рефлексите
 - Вариабилно траење
- Неуроген Шок
 - Оштетување на десцедентните симпатетични патишта
 - Хипотензија & Брадикардија



Ниво на повредата

- Базирано на испитувањата:
 - Моторни
 - Сензорни
 - Рефлекси



Системски ефекти

- Респираторна слабост
- Губење на чувството за болка
- Хипотензија
- Уринарна ретенција
- Рани од притисок – дури и на спиналниод борд за краток временски интервал



Расчистување на ВР

- Физикален преглед
- Nexus или канадски C-Spine правила



Физикален преглед

- **Преглед на ВР**- палпираме за болна осетливост на задната средишна линија од потилниот гребен до процесусот на 1^{от} Т пршлен
- **Неуролошки** – барајте објективни знаци за дефицит во сите 4 екстремитети
- **Заведувачки болна повреда** – секоја состојба за која се мисли дека ќе му го одвлече вниманието на пациентот од секундарна повреда на ВР



Nexus и Канадските правила за ВР

Nexus

- Нема осетливост на средишна линија
- Нема фокални невролошки дефицит
- Нормална будност
- Нема интоксикација
- Нема заведувашка повреда

Канадски правила за ВР

- Слични на NEXUS но додади ограничување со староста (>60)
- Способност да го ротира вратот >45 степени во двата прав



Упатсва за расчистување на ВР

- Нема болна осетливост на задна средна линија
- Нема фокални невролошки дефицит
- ГКС 15
- Нема заведувачки повреди(нема интоксикација)
- Можност за активна ротација од 45 степени во два правца
- Не посои загриженост поради механизмот на повреда



Заштита на ВР

- **Заштита од влошување на примарната повреда**
- **Минимизирање на секундарна повреда**
- Комплетна имобилизација=
 1. Спинална штица Борд
 2. Поставен тврд колар
 3. Блок од двете страни
 4. Челото и брадата со леплива лента
Прицврстени за бордот
- Внимателно со немирни играчи





Резиме за Спинална Повреда

- Прегледај и менаџирај ВР во исто време кога ги прегледувате и менаџирате дишните патишта
- Пазете да не ја влошите примарната повреда на ВР пр. со отварање на дишни патишта –подигање на брада и зафрлање на глава -контраиндицирано
- Минимизирај секундарна повреда
- Претпазливо со заведувачки повреди кога ја расчистувате ВР
- ВР секогаш при траума се претпоставува дека е повредена и треба да се заштити. Ако не сме сигурни дали има повреда или не пак осгурете ја ВР
- Запаметете само со Полу-тврд колар ВР не е адекватно имобилизирана



Education
Programme



Football Doctor
Education Programme

Прашања



Education
Programme



Football Doctor
Education Programme

ΤΡΑΥΜΑ

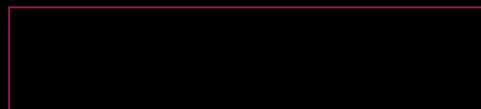
ЦЕЛИ

- ❖ Да се разберат принципите на рамката за иницијален преглед
- ❖ Да се разберат приоритетите при менаџирање на повредите
- ❖ Да се разбере кога и како да се направат едноставните ресусцитирачки процедури



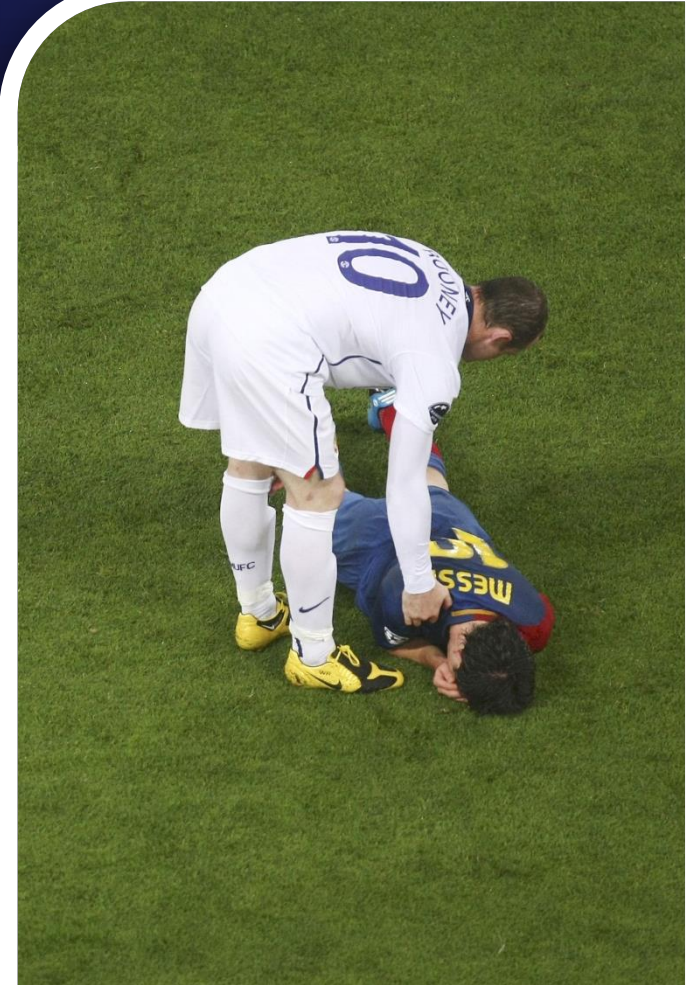
Студија на случај - Траума

Траума на Глава и Лице



Цели

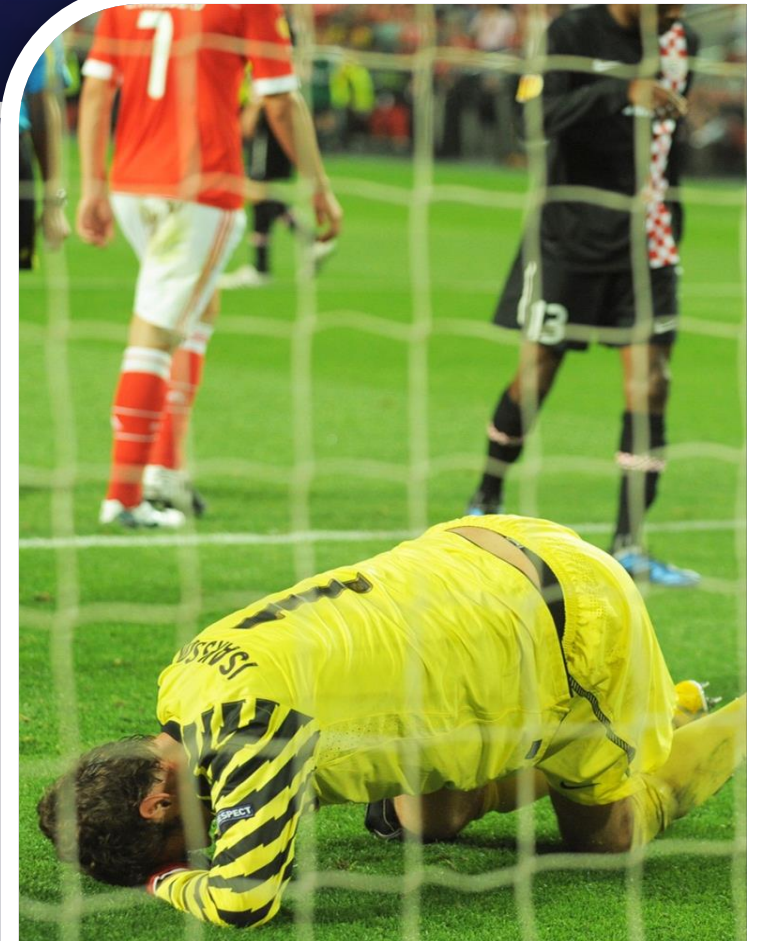
- Видови на повреди– (мисли на Вратна 'Рбетница)
 - Глава (& Мозок)
 - Лице (& Мозок)
- Преглед на играч со повреда на глава
- Принципи на менаџирање на повреди на глава и лице



Модерниот фудбалски доктор треба да поседува вештини да менаџира повреда на глава

Преглед и проценка на играч со повреда на глава

- Анамнезата е клучна-Механизам на повреда .. (не заборавате да ги прашате другите играчи/судиите)
- Прегледај АБЦ и заштити ја ВР
- ГКС/АВПУ
- Модифицирани Мадокс прашања
- Кога да се врати во игра на терен?
- Кога да се испрати во болница?



Тежината на повредата на глава не секогаш може да е веднаш очигледна

Модифицирани Maddocks

1 на кое место сме?

2 кое полувреме е?

3 кој последен постигна гол?

4 каде го игравте последниот натпревар ?

5 дали победивме на последниот натпревар?



Кога да се врати во игра/кога да се испрати во болница

Враќане во игра

- Нема губење на свеста
- Нема грчеви
- GCS 15 цело време
- Нормален невролошки преглед
- Maddocks 5/5
- Нормален тест на баланс
- Нормален вид
- Асимптоматичен

Упатување во Болница

- GCS <15 било кога
- Пост трауматски грчеви
- Губење на свеста
- Фокални знаци
- Силна и перзистентна главоболка
- Поврака повеќе од 2 епизоди
- ПТА > 5 минути
- Ретроградна амнезија > 30 минути
- Високоризичен механизам на повреда
- Знаци за фрактури на череп
- позната коагулопатија



Одлуката Дали да се врати во игра често се носи под голем притисок

Видови на повреди на лицето

- Меки Ткива
- Коски
 - Максило-фацилјални фрактури
 - Нос
 - Орбитални
 - Зигоматичен комплекс

Не заборавате ја орбиталната траума!!!
- Мандибула
- Заби



Преглед на повреди на лицето

Механизам на повреда со придружни компликации како:

- Примарна опструкција на дишните патишта
- Можна придружна повреда на ВР
- Можен Потрес на мозокот со последователна опструкција на дишни патишта поради губење на свеста

АБЦ пристап

Дишни патишта со заштита на Вратна 'рбетница

Проблеми со вид и движење на очи

Парестезии

Движења на мандибула

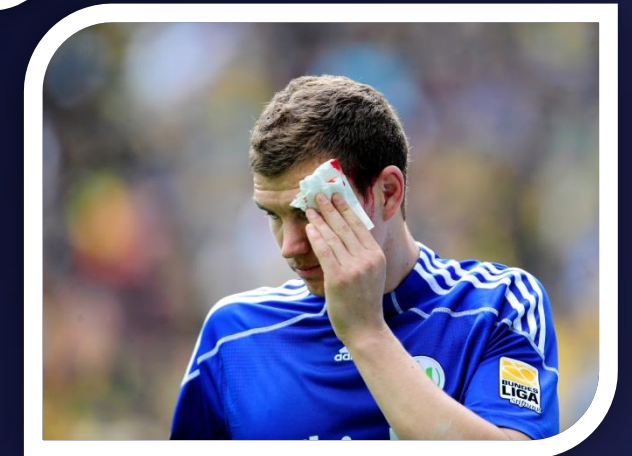
Трнење под орбита

Малоклузија

Скршен или искорнат заб

Фрактури на коски на лицето со крепитации на палпација

Крварења и хематоми



Мекоткивни повреди на лицето

- Фактори специфични за спортот
 - Механизам на повреда
 - Придружни повреди - очи, заби
 - Естетика и функција
- Опции за третирање
 - Привремени или Дефинитивни
- Дали ќе игра?
 - Зависи од големината на раната
 - Сомнеж за придружни повреди?
 - Реално ќе се затвори дефинитивно/времено?
 - Темелен дебридман!!
 - Тетанус статус!!
- Да се упати за дефинитивно истражување/затварање?



Мекоткивни повреди на лицето се многу чести во фудбалот

Мандибуларна фрактура

- Надвор од терен транспорт до болница
- Враќање во игра за прв тим?
 - Колку долго е потребно играчот да се опорави?



Зигоматичен комплекс

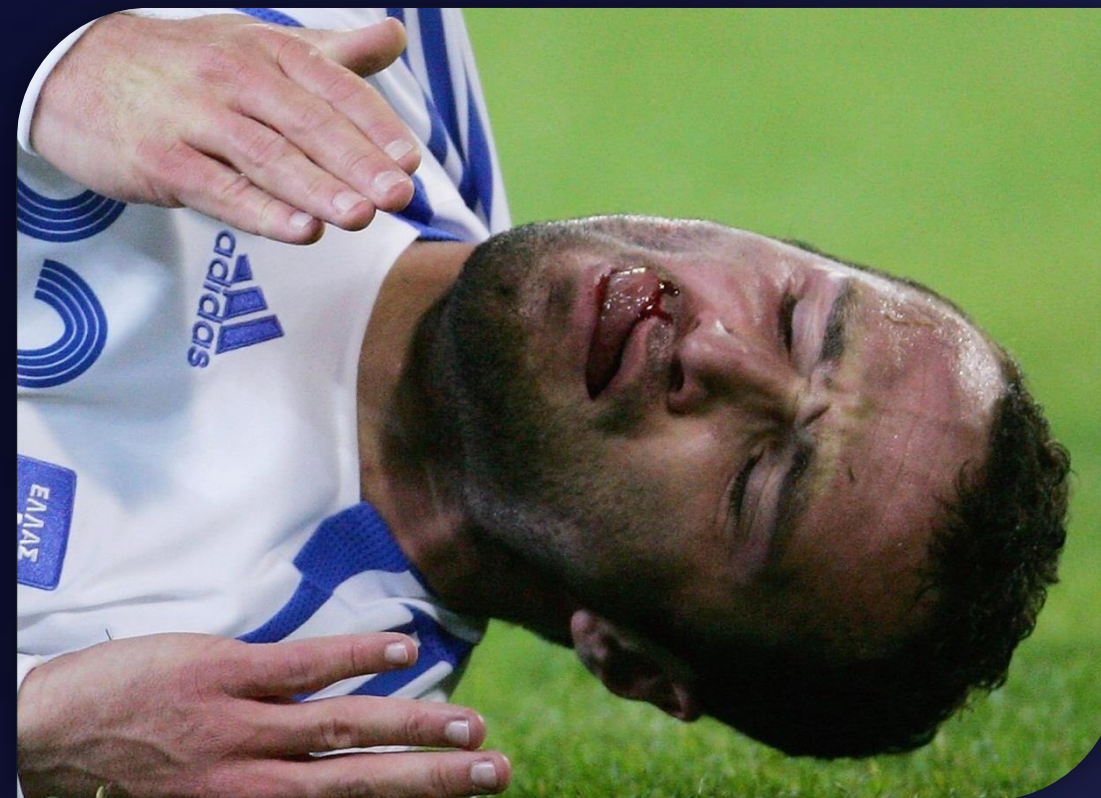
- Коска на лицето #
- Ризик за видот/очно јаболко
 - Повредите на О. јаболко опасни за ВИДОТ
 - Недијагностицирана/не третирана повреда може да ја загрози кариерат
 - Акомодација/острина/Диплопија



Зигоматичен комплекс

- Почести повреди на заби
 - Авузија
 - Изместување/фрактура

- Што правите да се превенира оваа колекција од повреди во вашата екипа?
 - Штитник за заби!
 - Не ќе ги изгубите деловите дури и при значителна траума



Резиме

- Повреди на Глава и Лице
- Повреди на Лице
 - Може да бидат комплексни
 - Може да се пропуштат значителни повреди

?

→ Да продолжи да игра?

→ Да го напушти теренот?

→ Да оди во Болница?



Education
Programme



Football Doctor
Education Programme

Прашања



Education
Programme

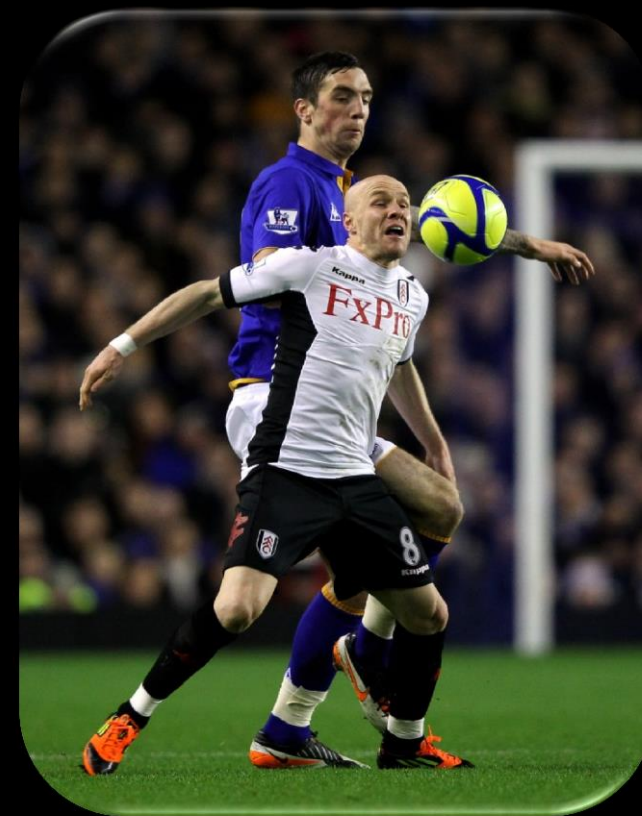
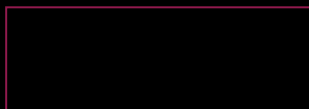


Football Doctor
Education Programme

Траума на Гради& Стомак

Case Study - Trauma

Траума на Гради & Абдомен



Цели

- Систематски пристап во проценка на потенцијални:
 - Градни
 - Абдоминални повреди
- Идентификување на живото-загрозувачки повреди
- Едноставно менаџирање на овие состојби



Преглед и проценка на повреда на Градите

- прегледај и третирај **Дишни Патишта** ПРВО (со контрола на ВР)
- Прегледот на градите се дел на преглед на **Breathing-Дишење** но може да е дел и од **Циркулација**
- Почнете со вратот одете надолу кон зидот на градите

Гледам



Слушам



Чувствувам





Преглед и проценка на повреда на градите

- Опструкција на дишни патишта

- Тензион-Вентилен Пнеумоторакс

Шок

Знаци

- Бучно дишење
- Стридор
- Зарипнатост
- Цијаноза
- Тахипнеа

Третирање

- Отварање на Д. П маневра – Jaw thrust-подигање Мандибула
- Висок проток на O₂
- Сукција

Знаци

- Респираторен дистрес
- Тахикардија
- Хипотензија
- Намален влез на воздух во афектирана страна
- Хипер-резонантна перкусија на афектирана страна
- Девиација на трахеа спротивно од афектираната страна
- Дистендирани вратни вени
- (цианозата е касен знак)

Третирање

- Висок проток O₂
- Декомпресија со игла
- Транспорт во Болница

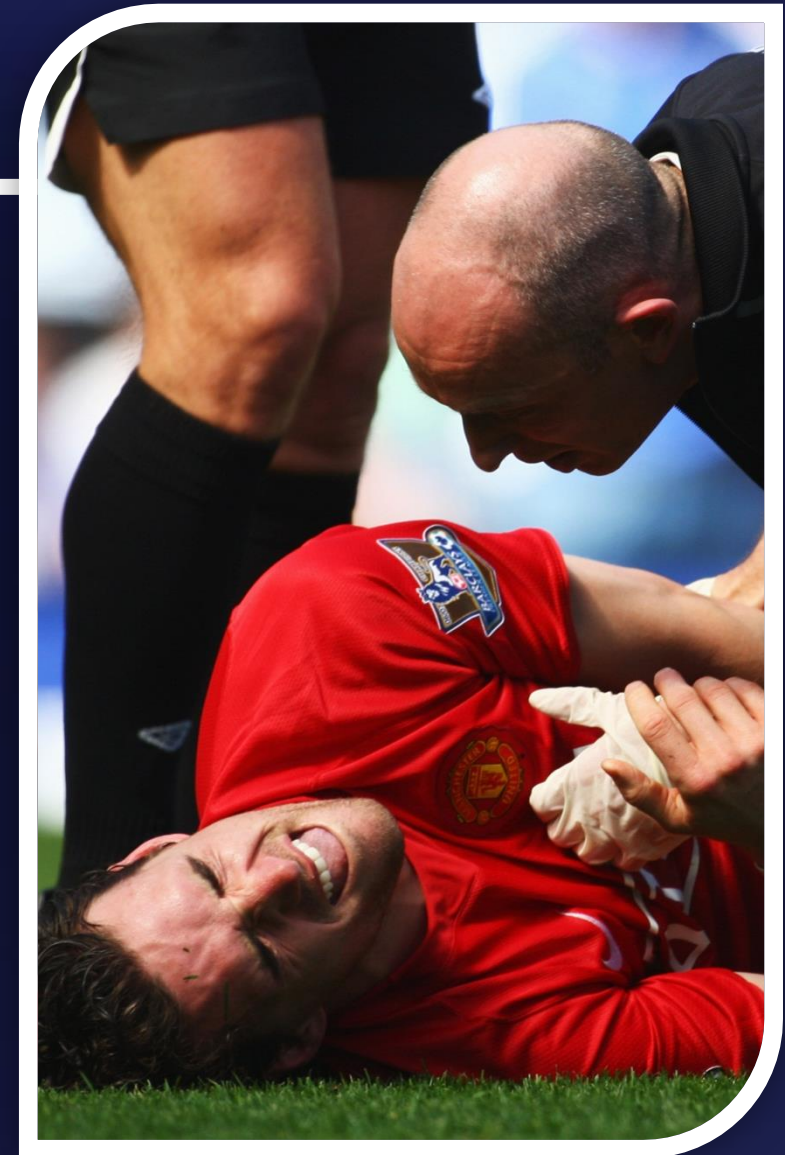


Последици од повредите на градите

- Хипоксија
- Хиповентилација
- Шок
- Третманот се фокусира на добивање помош и правењето на основното добро:
 1. Почнете со техники за Дишни Патишта (ако е потребно) следено со 15л кислород
 2. Осигурајте транспорт со амбулантно возило за дефинитивен третман
 3. Направете специфични техники ако се индицирани од постоечките состојби. пр. Декомпресија со игла при тензион пнеумоторакс

Фрактури и придружни повреди

- **Стернум** Директна траума
Можност за придружна повреда на миокардот
Да се направи ЕКГ
- **Скапула** Значителни сили.
Провери за придружни градни/абдоминални
повреди
- **Редра** Ако се изолирани обезбеди аналгезија
и очекувај 4-6 недели за опоравување.
**ВНИМАВАЈ ЗА ФРАКТУРИ НА 1-3^{ТО} или 10-12^{ТО}
РЕБРО**





Резима за повреди на Гради

Тапи сили многу почесто во спортот одошто пенетрантните сили

Слезина	40-55%
Црн дроб	35-45%
Црева	5-10%

Секоја повреда на долните 10-12 ребра е поврзана со висока инциденца на интра-абдоминални повреди.



Резима за повреди на Гради

Тапи сили многу почесто во спортот одошто пенетрантните сили

Слезина	40-55%
Црн дроб	35-45%
Црева	5-10%

Секоја повреда на долните 10-12 ребра е поврзана со висока инциденца на интра-абдоминални повреди.

Преглед и проценка на Абдоминални повреди

- Прегледај и третирај **Airway** ПРВО (со контрола на ВР)
- Осигурај дека е направен преглед на гради и посветено внимание на секој проблем.
- Продолжете со преглед на абдомен како дел од Циркулација прегледот

Гледам



Слушам



Чувствувам





Преглед и проценка на Абдоминални повреди

- Менаџирај Дишни патишта со ВР и Дишење
- Кислород
- Аналгезија
- ИВ пристап и ИВ администрирање на течности
- Низок праг за упатување во болница на секого со продолжителна болка или болна осетливост, дури и ако обсервацијата е нормална

Специфични повреди на Абдомен

Слезината лежи лево позади 9-11^{то} ребро.

- Сметај кај секого со повреда на долна лева страна на гради
- Внимавај за можна пропрапатна патологија со зголемена слезина
- Можен подмолен напад затоа повторувај го прегледот
- Често се менаџира конзервативно



Специфични повреди на Абдомен

- Повреди на Црн дроб многу поретко во спортот од Слезенката
- Директна повреда на десен долен граден кош би можел да причини суп-капсуларен хематом
- Сметај кај секого со повреда на десен долен граден кош

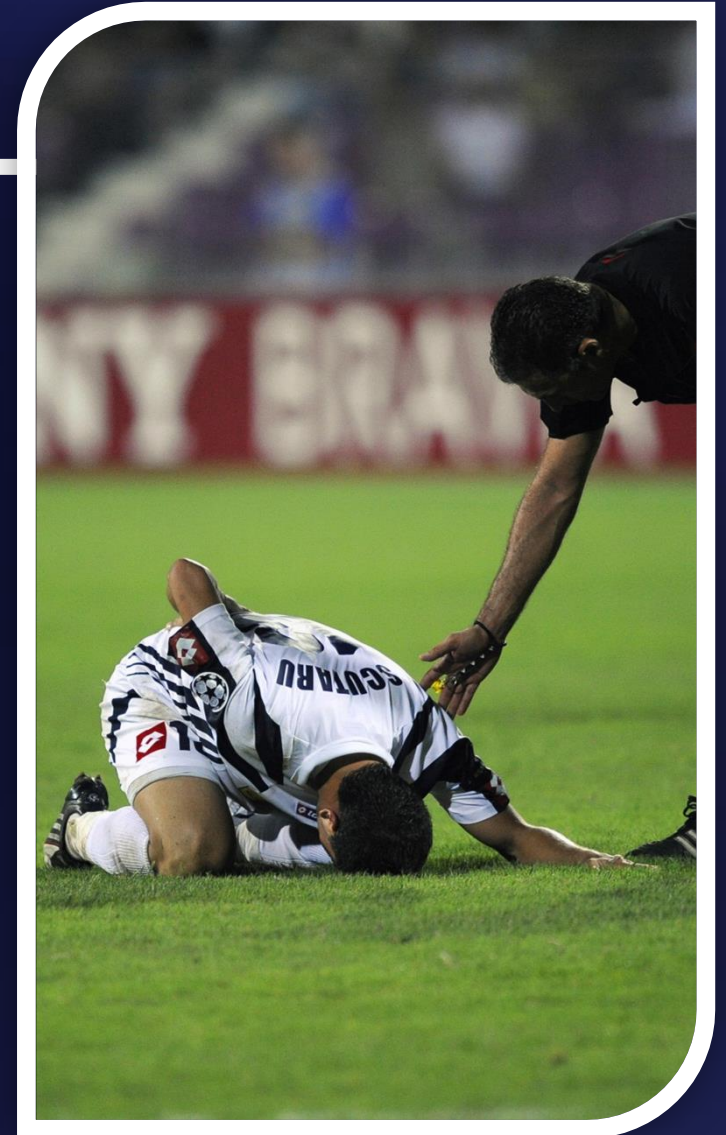


Специфични повреди на Абдомен

Дуоденум

Вообичаено се повредува секундарно при сили на децелерација

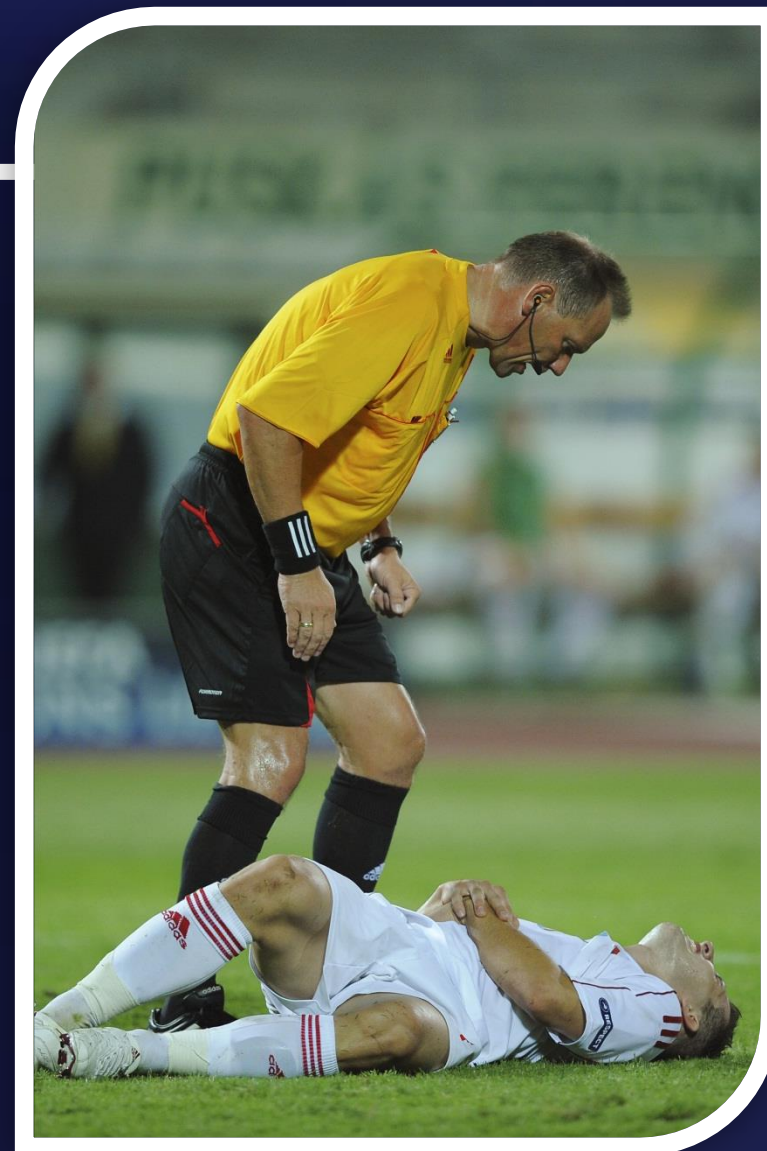
- Сметај кога има и фрактура на ЛС 'рбетница
- Суптилни првични симптоми



Специфични повреди на Абдомен

Дијафрагма

- Обично после тапа траума
- Обично се јавува на лева страна
- ДД со вентилен(тензион) пнеумоторакс
- Многу поретка и многу необично да предизвика шок



Резиме за Абдоминални повреди

- Внимателна анамнеза и повторувачки прегледи
- Сметај на повреда на абдомен кај секого со повреда на долен дел на гради
- Внимавајте за подмолен напад на знаците во многу случаи

Третирањето е :

1. Максимизирање на оксигенација
2. Аналгезија со ИВ пристап и ИВ течност доколку е можно.
3. Транспортирај во болница





Education
Programme



Football Doctor
Education Programme

Прашања



Education
Programme



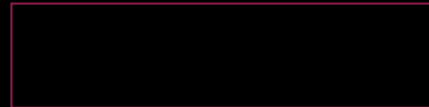
Football Doctor
Education Programme

Траума на карлица & екстремитети

Случај - Траума

Побвреда на долги екстремитети

Eddie Gustafsson- Sweden





Преглед на повреди на карлицата

- Прегледај и третирај **Airway ПРВО** (со контрола на ВР)
- Осигурај дека е направен преглед на гради и абдомен и посветено внимание на секој проблем
- Продолжете со преглед на карлица како дел од **Циркулација**
 - Анамнеза
 - Гледај
 - Палпирај

Преглед на повреди на карлицата

Гледај



- особено ротирачки деформитети на нозе.
- Крварење – дали има отворена фрактура?
- Модрици оток

Палпирај чувствуај



- Пулс+/- КП
- Палпирајте карлица од постериорно кон антериорно.
- Почни од СИЗ и работи кон антериорно
- Палпирајте колкови и фемури

Движи



НИКОГАШ НЕ РАЗВЛЕКУВАЈТЕ ЈА КАРЛИЦАТА ЗА ПРЕГЛЕД НА 'СТАБИЛНОСТА'

- Ако мора да се направи некое движење на карлицата тоа е нежно придвижување во антеро-медијален правец држејќи ги илијачните кристи и нежно влечете кон напред Ако некогаш го правите направите го само еднаш.
- Мрдајте ги колковите само ако нема болки во грбот. Прво активни а потоа пасивни .
- Кажете му на пациентот да запре веднаш ако движењето на колкови предизвикува болки во грб.

Траума на Карлица Менаџирање

- Менаџирај **ПРВО** Airway со ВР , Дишење-Breathing абдомен како дел од Циркулација
- Кислород
- Аналгезија
- ИВ пристап со администрирање ИВ течности ако е можно
- Ако имате сомнеж за постоење фрактура на карлица поставете биндер
- Ако има значителна повреда придружена со губење на крв и болка при движења на играчот поради повреда на карлицата имобилизирајте ја времено карлицата со чаршав или дрес/тренерка од играчот околу карлицата за да се овозможи транспорт до болница



Фрактури на карличниот прстен

- Секогаш последица на високоенергетска тапа траума.
- Ретка во фудбалот
- Видот на фрактурата зависи од механизмот на повредата
- Компликации од крварење – до 4литри губење на крв

Латерална Компресија	Страничен удар
АП/Отворена книга	Челен удар
Вертикален Расцеп	Пад од висина

Други фрактури

- Ацетабуларни – обично поврзани со карличниот прстен # или ацетабуларна дислокација.
- Менаџирањето е исто како и за фрактурите на карлицата



Дислокации

- Дислокација на колк
- 90% во спортот постериорни
- Обично ногата е пократка, и ротирана интерно со флектиран и во аддукција колк
- Прегледајте за придружни повреди
 - Обезбедете аналгезија
 - Транспорт





Резиме Повреди на Карлицата

- Потенцијално опасни по живот
- Третирај Airway- ДП со ВР и Дишење- Breathing **ПРВО**
- Не развлекувајте ја карлицата
Направете само еднаш преглед за стабилност(ако воопшто правите)
- Третирање:
 - Максимизирање на оксигенација
 - Обезбеди аналгезија со ИВ пристап и ИВ течности ако воопшто возможно.
 - Имајте низок праг за користење на корсет
 - (Имобилизирајте со чаршав/дрес ако не стабилна или јака болка при движење без корсет)
- Транспорт



Преглед на повреди на екстремитети – Како и Кога?

- Императив е да се осигури ПРВО А и В .
- Продолжете со преглед на било кој повреден екстремитет по прегледот на гради, абдомен и карлица. Како дел од преглед за **Циркулација** од иницијалниот преглед
- Стабилизирај ја секоја повреда и потоа заврши го иницијалниот преглед и врати се на екстремитетите како дел на секундарниот преглед.



Принципи на Менаџирање на повреди на Екстремитетите

1. Контролирај губење на крв

- Видливи- направете **директен притисок** за секоја крваречка рана
- Прикриени- Иммобилизирај секоја фрактура. (Запамете за карлица)

Редуцирај било која деформација на екстремитеите која предизвикува компромитирање на неуро-васкуларните садови

2. Аналгезија

- Иммобилизирај
- ПО и /или ИВ (внимавај ИМ доколку има придружни повреди)
- Entonox
- Локална или регионална анестезија
- Редукција на било кој деформитет



Принципи на Менаџирање на повреди на Екстремитетите

Отворени фрактури

- Може да се суптилни
 - сметај при секоја рана блиску до клиничката фрактура
- Темелно чистење
- Отстранете ги остатоците(отпадоци-дебрис)
- Натопени со физиолошки или бетадин гази преку раната
- (Обично потребно транспорт во болница и антибиотици и тетатнус,)

Специфични повреди на екстремитетите

- Дислокација на рамо
90% антериорни.
Резултират во губење на нормалната заобленост во квадрантен изглед на рамото.
- Да се редуцира –места или не?

Многу специфични селектирани пациенти ако се прави на терен:

1. Веќе имал дислокации и играчот потврдува
2. Дистално неуроваскуларно компромитирање
3. Одложен транспорт до болница





Специфични повреди на екстремитетите

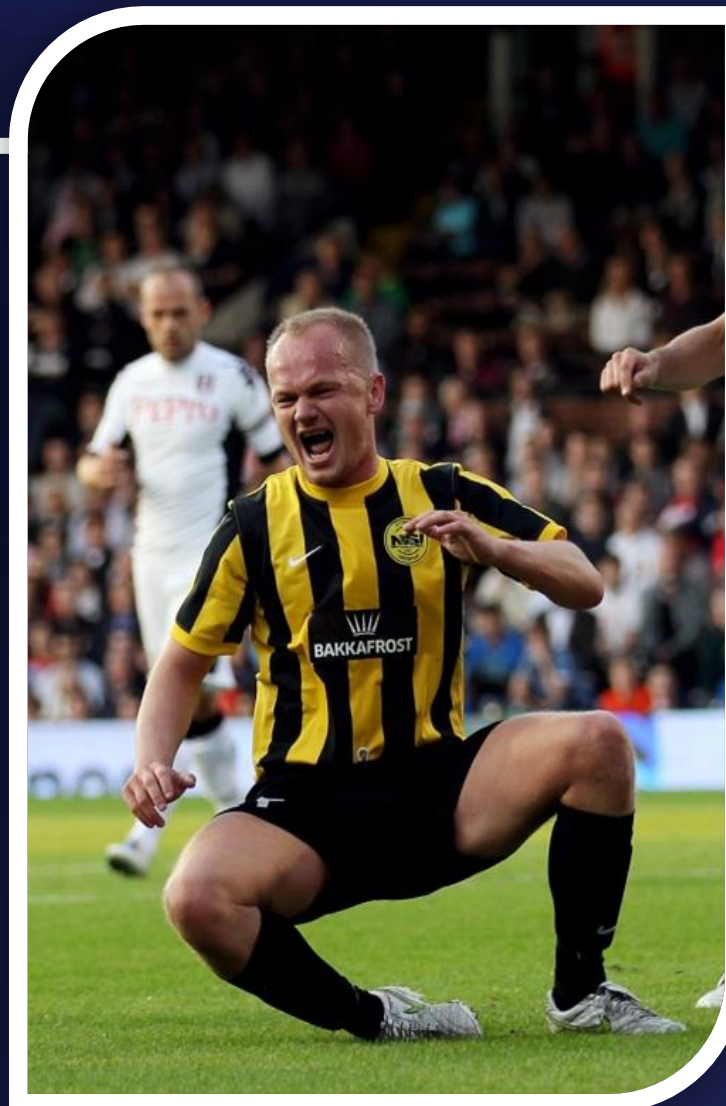
Фрактура на телото на фемур

- Потенцијално опасни по живот особено отворените
- Иммобилизацијата помага во спречување на крварењето
- Менаџирај АБЦ и сметај и на други повреди
- Обезбеди аналгезија – најдобро со блокада на феморалниот нерв
- Иммобилизирај (во редуцирана позиција ако е можно)
- ИВ течности

Специфични повреди на екстремитетите

- Дислокација на глуждот?
+/- фрактура

Да се редуцира-места или не?
- Направете на терен ако :
 1. Дистално неуроваскуларно компромитирање
 2. Одложен транспорт до болница
- Како да се редуцира





Резиме

- Менаџирај прво повреди опасни по живот
- Запрете го крварењето!
- Редуцирај и имобилизирај фрактури и дислокации секогаш кога е можно
- Препознај васкуларна компромитација



Education
Programme



Football Doctor
Education Programme

Прашања