

ЛОКАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Діагноз: ТРАВМА ЖИВОТА

Код МКХ-10: Травми живота, нижньої частини спини, поперекового відділу хребта та тазу [S30 - S39]

Приклади формулювання діагнозу:

1.Тупа травма живота. Забій передньої черевної стінки. Розрив селезінки? Геморагічний шок ІІст.

2.Ножове поранення живота. Проникаюча колота рана з пошкодженням печінки. Внутрішня кровотеча. Геморагічний шок ІІ-ІІІст.

Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:

бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана постраждалим з ТЖ у перші хвилини від початку травми.

Постраждалим ТЖ необхідно забезпечити термінову госпіталізацію у відповідні ЗОЗ, які надають вторинну медичну допомогу.

Швидка діагностика ознак ТЖ на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування постраждалих у відповідні ЗОЗ.

ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу (1)

Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події становить у містах-10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста – 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Діагностичне та клінічне обстеження постраждалого фіксується у Kartі виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Kartі виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о) необхідно прикріпити ЕКГ.

Обґрунтування.

Рання діагностика та госпіталізація постраждалих з ознаками ТЖ у спеціалізовані ЗОЗ зменшує смертність та інвалідність внаслідок травми, покращує результати лікування постраждалих.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу

1.1.Збір анамнезу захворювання:

1.1.1.Визначити вид, механізм та обставини травми.

1.1.2.Встановити час виникнення болю в животі, його тривалість та зв'язок з можливою травмою.

1.1.3.Встановити характер болю, його локалізацію та іррадіацію.

1.1.4.Встановити, чи була спроба зняти біль знеболюючими препаратами та ефект від даної дії.

1.1.5.Встановити зв'язок болю з фізичним навантаженням.

1.1.6.Встановити наявність задишки.

1.1.7.Встановити наявність рани на черевній стінці.

1.1.8.Встановити наявність ссаден, гематом м/тканин черевної стінки.

1.1.9.Встановити наявність сторонніх тіл черевної стінки.

1.1.10. Встановити наявність евентерації внутрішніх органів.

1.2.Збір анамнезу життя:

1.2.1. Встановити, які лікарські засоби приймає постраждалий щоденно.

1.2.2. З'ясувати, які лікарські засоби постраждалий прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

1.2.3. З'ясувати наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань: тютюнопаління, цукровий діабет, гіперхолестеринемія. Виявити в анамнезі інші супутні захворювання: порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічних захворювань, виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч, ХОЗЛ, тощо.

1.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати, чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

1.2.5. З'ясувати, чи хворіє постраждалий гепатитами, на туберкульоз, венеричними захворюваннями.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження

2.1.Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE.

2.2.Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.

2.3.Візуальна оцінка:

2.3.1. Колір шкірних покривів, вологість, наявність набухання шийних вен, заповнення периферичних капілярів.

2.3.2. Виявити наявність рани, сторонніх тіл черевної стінки.

2.3.3. Виявити точкові крововиливи на черевній стінці поперекової ділянки.

2.3.4. Виявити вимушене положення хворого.

2.3.5. Виявити ознаки кровотечі.

3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи постраждалих

1. Пульс, його характеристика, АТ.
2. ЧД, його характеристика.
3. Вимірювання артеріального тиску на обох руках.
4. Пальпація серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію.
5. Аускультация серця та судин шиї, точок проекції ниркових артерій.
6. Аускультация легень: наявність вологих хрипів.

Слід мати на увазі, що у багатьох постраждалих з ТЖ при фізичному обстеженні відхилень від нормальних показників може не бути.

4. Проведення інструментального обстеження

Обов'язкові:

1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ - сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.
2. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, **норма – 95 %**).

Лікувальна тактика.

1. Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Положення постраждалого лежачи з піднятою злегка головою.

Хворим на ТЖ для зменшення навантаження на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не дозволяти постраждалому самотійно пересуватись.

2. Забезпечити подачу кисню.
3. Забезпечити моніторингування життєвих функцій та електрокардіограми.

4. Забезпечення венозного доступу. Усім постраждалим з ТЖ у перші години після або у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

2. Надання екстреної медичної допомоги

1. Відкриті ушкодження живота.

На догоспітальному етапі будь-яка колото - різана рана живота повинна трактуватися як проникаюча . Рани, локалізовані у верхній третині стегна, в області сідниці, в поперековій області також можуть проникати в черевну порожнину.

Невідкладна допомога:

- стерильна пов'язка на рану;
- при евентерації, якщо випали петлі кишечника або інші органи на догоспітальному етапі в черевну порожнину назад не вправляються (у випадках їх рясного забруднення вони можуть бути кілька разів промиті теплим антисептичним розчином і фіксовані за допомогою вологої пов'язки, просоченої антисептиком, яка постійно зволожується теплим антисептичним розчином);
- при явищах шоку – внутрішньовенне введення 10% гідроксиетилкрохмалю, розчину натрію хлориду 0,9 %, розчину глюкози 5% зі швидкістю, достатньою для утримання АТ вище 80 мм рт. ст.;
- знеболювання розчином метамізол натрію 50% - 2 мл внутрішньовенно або кеторолак 10-30 мг внутрішньовенно (або внутрішньом'язово) (при відкритій травмі черевної порожнини з евентрацією внутрішніх органів допустимо використання наркотичного анальгетика - 1 мл підшкірно (морфін + носкапін +папаверин +кодеїн +тебаїн);
- екстрена госпіталізація в хірургічне відділення на ношах;
- сторонні предмети (ніж, шило, заточка), що знаходяться в рані не вилучати, а додатково фіксувати (пластирем).

2. Закрита травма живота.

Виділяють дві групи потерпілих:

- з клінічною картиною *гострої крововтрати*;
- з *симптоматикою перитоніту за наростаючими ознаками ендогенної інтоксикації*.

Невідкладна допомога при гострій крововтраті:

- зупинка зовнішньої кровотечі здійснюється будь-якими доступними методами(тампонада рани, затискач на судину, що кровоточить);

- відшкодування об'єму циркулюючої крові (далі - ОЦК): пункція і катетеризація від однієї до трьох периферичних вен;

- внутрішньовенно вливання плазмозамінних розчинів (10% гідроксиетилкрохмалю 5-7 мл на 1 кг маси тіла) 30-50 мл/кг за годину, при тривалій кровотечі не вводити, так як він може посилити кровотечу; реосорбілакт, рефортан;

- за відсутності середньо-молекулярних декстранів струменеве внутрішньовенне вливання розчинів електролітів, обсяг інфузії при цьому повинен перевищувати обсяг крововтрати в 3-4 рази;

- швидкість інфузії при артеріальному тиску, який не визначається - 250-500 мл/хв (протягом перших 5-7 хвилин інфузійної терапії артеріальний тиск повинен визначатися), надалі швидкість інфузії повинна бути такою, щоб підтримувати рівень артеріального тиску 80-90 мм рт. ст.;

- при тривалій кровотечі артеріальний тиск вище 90 мм рт. ст. піднімати не можна;

- при недостатньому ефекті інфузійної терапії - допамін 5 мл 0,5 % розчину на 400 мл плазмозамінного розчину внутрішньовенно, преднізолон до 30 мг/кг внутрішньовенно;

- оксигенотерапія: протягом перших 15-20 хвилин - 100 % кисень через маску наркозного апарата або інгалятора, в подальшому - киснево-повітряна суміш із вмістом 40% кисню;

- транспортування в стаціонар з продовженням інфузійної терапії;

- «Холод» (за наявності) на живіт;

- екстрена госпіталізація в хірургічний стаціонар;

- введення анальгетиків припустимо у випадку вираженого больового синдрому при політравмі (за показаннями): розчин метамізол натрію 50 % 2мл внутрішньовенно, або 1 мл (морфін + носка пін + папаверин + кодеїн + тебаїн) підшкірно або кеторолак 10-30 мг внутрішньовенно (або внутрішньом'язово).

Госпіталізація

Обґрунтування

Термінова госпіталізація постраждалого у визначені ЗОЗ медичної допомоги.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі постраждалі з підозрою на ТЖ незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації. У ЗОЗ необхідно взяти медичну документацію та попередні кардіограми постраждалого.

2. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторинг стану постраждалих, контроль АТ, ЧСС, ЧД, ЕКГ, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

3. Транспортування постраждалого здійснюється на ношах у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні, приймальне відділення, безпосередньо у відділення інтенсивної терапії, реанімаційне відділення, кардіологічну реанімацію.

Необхідні дії водія бригади екстреної медичної допомоги:

1. Забезпечити доставку медичних працівників та оснащення виїзної бригади до місця події у найкоротший термін (до 10 хвилин у місті та 20 хвилин у населених пунктах поза межами міста) та оптимальним маршрутом.

2. Сприяти медичним працівникам в наданні екстреної медичної допомоги хворим та постраждалим, перенесенні та підключенні медичної апаратури.

3. Брати безпосередню участь у перенесенні хворого на ношах, особисто відчиняти задні двері автомобіля, брати участь у встановленні нош з хворим у салон автомобіля, зачиняти задні двері.

4. Забезпечити транспортування хворого до лікарні.