

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я

_____ № _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ТРАВМА ЖИВОТА

2013

Перелік скорочень:

АТ	Артеріальний тиск
ЕКГ	Електрокардіограма
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
ТЖ	Травма живота
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЧД	Частота дихання
ЧСС	Частота серцевих скорочень

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Травма живота (ТЖ)

1.2. Код МКХ-10: Травма живота (**S30 - S39**)

S.30. Поверхнева травма живота, нижньої частини спини і тазу

S.30.0 Ушиб нижньої частини спини та тазу

S.30.1 Ушиб стінки живота

S.30.2 Ушиб зовнішніх статевих органів

S.30.7 Множинні поверхневі травми живота, нижньої частини спини та тазу

S.30.9 Поверхнева травма живота, нижньої частини спини та тазу, невизначена

S.31. Відкрита рана живота, нижньої частини спини і тазу

S.31.0 Відкрита рана в області нижньої частини спини та тазу

S.31.1 Відкрита рана стінки живота

S.31.7 Множинні відкриті рани живота, нижньої частини спини та тазу

S.31.8 Відкрита рана інших та невизначених частин живота

S.34. Травма нервів поперекового відділу спинного мозку та нервів в області живота, нижньої частини спини і тазу

S.34.6 Травма периферійного(них) нерву(вів) живота, нижнього відділу спини та тазу

S.34.8 Травма інших та невизначених нервів в області живота, нижнього відділу спини та тазу

S.35. Травма кровоносних судин в області живота, нижньої частини спини і тазу

S.35.0 Травма черевної аорти

S.35.1 Травма нижньої порожнистої вени

S.35.2 Травма черевної мезентеріальної артерії

S.35.3 Травма ворітної чи селезінкової вени

S.35.4 Травма ниркових кровоносних судин

S.35.5 Травма здухвинних кровоносних судин

S.35.7 Травма множинних кровоносних судин в області живота, нижньої частини спини та тазу

S.35.8 Травма інших кровоносних судин в області живота, нижньої частини спини та тазу

S.35.9 Травма невизначених кровоносних судин в області живота, нижньої частини спини та тазу

S.36. Травма внутрішніх черевних органів

S.36.0 Травма селезінки

S.36.1 Травма печінки чи жовчного міхура

S.36.2 Травма підшлункової залози

S.36.3 Травма шлунку

S.36.4 Травма тонких кишок

S.36.5 Травма товстих кишок

S.36.6 Травма прямої кишки

S.36.7 Множинні травми внутрішньочеревних органів

S.36.8 Травма інших внутрішньочеревних органів

S.36.9 Травма неуточнених внутрішньочеревних органів

S.37. Травма органів тазу

S.37.0 Травма нирки

S.37.1 Травма сечоводу

S.37.2 Травма сечового міхура

S.37.3 Травма сечовивідного каналу

- S.37.4 Травма яєчника
- S.37.5 Травма фаллопієвої труби
- S.37.6 Травма матки
- S.37.7 Множинна травма органів тазу
- S.37.8 Травма інших органів тазу
- S.37.9 Травма невизначеного органу тазу

S.38. Розтрощення (розчавлення) та травматична ампутація частини живота, нижньої частини спини і тазу

S.38.1 Розтрощення (розчавлення) інших та невизначених частин живота, нижньої частини спини і тазу

S.38.3 Травматична ампутація інших та не уточнених частин живота, нижньої частини спини і тазу

S.39. Інші та не уточнені травми живота, нижньої частини спини і тазу

S.39.0 Травма м'язів та сухожиль живота, нижньої частини спини і тазу

S.39.6 Травма внутрішньочеревного(них) органу(нів) разом в тазовим(и) органом(нами)

S.39.7 Інші множинні травми живота, нижньої частини спини і тазу

S.39.8 Інші уточнені травми живота, нижньої частини спини і тазу

S.39.9 Не уточнені травми живота, нижньої частини спини і тазу

1.3. Протокол призначений для лікарів медицини невідкладних станів, лікарів бригад екстреної медичної допомоги.

1.4. Мета протоколу: організація та надання екстреної медичної допомоги постраждалим з травмою живота, зменшення смертності.

1.5. Дата складання протоколу: грудень 2013 рік.

1.6. Дата наступного перегляду: грудень 2016 рік.

1.7. Розробники:

Хобзей М.К.	Голова мультидисциплінарної робочої групи, директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, д.мед.н.
Юрченко В.Д.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Медицина невідкладних станів», директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
Гур'єв С.О.	Заступник директора з наукової роботи Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор
Близнюк М.Д.	Заступник директора з екстреної медичної допомоги Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
Сацик С.П.	Завідувач відділу наукових проблем та екстреної медичної допомоги та невідкладних станів Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н., ст.н.сп.
Кушнір В.А.	Старший науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Ліщишина О.М.	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н, ст.н.с.
Горох Є.Л.	Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.тех.н.
Мельник Є.О.	Начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Шилкіна О.О.	Начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного

підприємства «Державний експертний центр
МОЗ України»

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг
Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»,
м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті
Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та на
<http://www.dec.gov.ua>

Рецензенти:

Гур'єв С.О.	Заступник директора з наукової роботи, лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, д.мед.н., професор
Кузьмін В.Ю.	Доцент кафедри «Медицини катастроф» НМАПО ім. П.Л. Шупика, к.мед.н.
Максименко М.А.	Старший науковий співробітник, к.мед.н.

1.8.Епідеміологічна інформація

За даними Ю.В. Іллінського, смертність при закритих поєднаних травмах живота досягає 88,5 %. Основна причина закритих травм живота мирного часу - дорожньо-транспортні пошкодження (понад 65-70 %) і кататравмі (до 20-25 %). Крім традиційного поділу ушкоджень живота на поранення і закриті травми, в кожному конкретному випадку виділяються пошкодження як внутрішньочеревних органів (печінки, селезінки, кишечника і його брижі, шлунка, діафрагми), так і позачеревного простору (великих судин, 12- палої кишки, нирки, підшлункової залози). Н. Цибуляк у своїй монографії наводить зведені дані літератури про частоту ушкоджень органів і летальності при закритій травмі живота. Летальність в середньому становила 30 %, а перше місце за частотою пошкоджень займають розриви селезінки (26,2 %), на другому місці (24,2 %) - розриви нирки, на третьому (16,2 %) - розриви тонкої кишки і брижі, четверте місце віддано розривам печінки (15,6 %). Треба відзначити, що кількість постраждалих з ушкодженнями органів черевної порожнини продовжує постійно збільшуватися. Наведені дані ще раз свідчать про необхідність чіткої організації лікувального процесу та постійного зв'язку між фахівцями всіх хірургічних профілів, про індивідуальну відповідальність хірурга за підвищення досвіду і хірургічної майстерності.

Таким чином, розробка Уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги для постраждалих з ТЖ є надзвичайно актуальним завданням, яке має виконуватись в рамках мультидисциплінарної програми надання екстреної медичної допомоги та здійснюватись на основі доказів ефективності, фармакотерапії та організаційних принципів її надання.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Особливістю даного протоколу є зміни в організації системи надання екстреної медичної допомоги, заснованої на уніфікації дій диспетчера станції екстреної медичної допомоги та лікаря бригади екстреної медичної допомоги.

Основною метою даного уніфікованого клінічного протоколу було створення ефективної системи надання екстреної медичної допомоги постраждалим з травмою живота на основі впровадження наступності в системі дій диспетчера станції екстреної медичної допомоги, лікаря бригади екстреної медичної допомоги та лікаря стаціонару.

Цей уніфікований клінічний протокол надання екстреної медичної допомоги є комплексним протоколом медичної допомоги постраждалим з травмою живота (діагноз за МКХ – [S30 S39] Травми живота, нижньої частини спини, поперекового відділу хребта та тазу а саме, екстрена медична допомога).

Вперше обґрунтування та положення цього уніфікованого клінічного протоколу побудовані на доказах (evidence-based medicine) і мають конкретні посилання на джерела доказової медицини, третинні джерела, які створювались на основі даних РКД, НРКД, мета-аналізів, систематизованих оглядів літератури.

УКПМД був розроблений мультидисциплінарною робочою групою, яка включала представників різних медичних спеціальностей (загальної практики-сімейної медицини, спеціалістів з невідкладної медичної допомоги, кардіологів, кардіохірургів, інтервенційних хірургів та ін.).

Слід зазначити, що в даному УКПМД передбачена діюча організаційна структура надання медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 892/7180 від 12.11.2002 р.), а також особливості надання медичної допомоги за новою організаційною структурою - відповідно до критеріїв розмежування медичних послуг (наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 1414/20152 від 07.12.2011 р.).

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Організація та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

Діагноз: ТРАВМА ЖИВОТА

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

Обґрунтування та основні положення протоколу

1. Догоспітальний етап включає надання екстреної медичної допомоги постраждалим з ТЖ з моменту виявлення постраждалого або звернення такого постраждалого за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

2. 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.

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

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

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

6. Для забезпечення послідовності надання екстреної медичної допомоги постраждалим з діагнозом ТЖ у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний

маршрут постраждалих та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, які надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я.

7. У кожному ЗОЗ обов'язково повинен бути розроблений та затверджений ЛПМД.

8. ЛПМД повинен бути доведений до кожного, хто бере участь у наданні медичної допомоги постраждалим з ТЖ на догоспітальному етапі.

3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ЕКСТРЕНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

3.1.1. ДЛЯ ДИСПЕТЧЕРА ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ ЦЕНТРУ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ
--

Положення протоколу

1. Прийом виклику диспетчером оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112.

2. Диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф повинен:

прийняти виклик екстреної медичної допомоги відповідно до затвердженого алгоритму, забезпечити його оброблення та оперативне реагування;

під час оброблення інформації щодо виклику екстреної медичної допомоги сформуванати інформацію про місце події, характер та особливості невідкладного стану людини, вид допомоги, необхідний для усунення негативних наслідків такого стану для здоров'я людини, та повідомити про це абонента, який здійснив виклик екстреної медичної допомоги;

передати станції екстреної (швидкої) медичної допомоги та відповідній бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги інформацію про виклик екстреної медичної допомоги, характер та особливості невідкладного стану людини;

направити бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги до постраждалого з підозрою на екстрений стан;

визначити заклад охорони здоров'я, до якого бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснюватиме перевезення постраждалих у невідкладному стані, передати цю інформацію бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги і такому закладу;

здійснювати інформаційний супровід надання екстреної медичної допомоги та прийняти інформацію про результат її надання на місці події, під час перевезення та прибуття постраждалих до закладу охорони здоров'я.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Поради абоненту, який зателефонував у оперативно-диспетчерську службу центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф:

- Покладіть постраждалого в горизонтальне положення;
- Якщо наявна рана в ділянці живота – накладіть асептичну пов'язку;
- Якщо в наявній рані є сторонній предмет, в жодному разі його не видаляти;
- Якщо у постраждалого евістерація внутрішніх органів, то в жодному разі не вправляти;

- Евентеровані внутрішні органи накрити зволоженою асептичною пов'язкою;

- Дайте травмованому доступ повітря;

- Не давати хворому пити;

- Не залишайте постраждалого без нагляду;

- Якщо наявна зупинка дихання – проведення серцево-легеневої реанімації.

2. Після реєстрації виклику диспетчер терміново направляє бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події.

3.1.2. ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу (1)

3.1.2.1. 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.

3.1.2.2. Діагностичне та клінічне обстеження постраждалого фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Карті 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 саден, гематом м/тканин черевної стінки.

1.1.9. Встановити наявність сторонніх тіл черевної стінки.

1.1.10. Встановити наявність евертації 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 постраждалих 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 ший, 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 %**).

3.1.2.3. 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 моніторування 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 - різна 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 (пластиром).

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 (джгут за показаннями, що давить, 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;

- за відсутності середньо-молекулярних декстранів струменеве внутрішньовенне впливання 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 + тебайн) підшкірно або кеторолак 10-30 мг внутрішньовенно (або внутрішньом'язово).

3.1.2.4.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 моніторування 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 багатoproфільної лікарні, приймальне відділення, безпосередньо у відділення інтенсивної терапії, реанімаційне відділення, кардіологічну реанімацію.

4. Територіальним органом з питань охорони здоров'я обов'язково повинен бути розроблений та затверджений наказ, локальний протокол (відповідного рівня) який забезпечує організацію надання допомоги постраждалим з ТЖ, взаємодію між ЗОЗ, що надають медичну допомогу.

IV. Індикатори якості медичної допомоги



1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1.1. Наявність у керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги локального протоколу надання медичної допомоги постраждалим з ТЖ.

1.2. Відсоток постраждалих з ТЖ, яким було здійснено кисневу підтримку у визначений проміжок часу (до 30 хвилин) та зроблено ЕКГ у 12 відведеннях у визначений проміжок часу з моменту первинного контакту з медичним працівником.

1.3. Відсоток постраждалих з ТЖ, яких було доставлено в стабільному стані.

1.4. Відсоток постраждалих з ТЖ, які госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару у визначений проміжок часу (2 години; 12 годин) з моменту первинного контакту з медичним працівником.

У СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Список літератури, яка була використана під час оновлення та адаптації

1. Абакумов М.М. Особенности диагностики и определения рациональной лечебной тактики при закрытой сочетанной травме живота / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук // РМЖ. – 2003. – №2. – С. 23–25.
2. Абдоминальні пошкодження при дорожньо-транспортній травмі / М.Г. Кононенко, С.П. Коробова, Л.Г. Кащенко [та ін.] // Вісник Вінницького нац. мед. ун-ту. – 2010. – №14 (2). – С. 351–353.
3. Актуальні питання організації і надання ургентної допомоги при торакоабдоминальній травмі / Я.Г. Колкін, І.В. Мухін, В.В. Хацко та ін. // Шпитальна хірургія. – 2004. – №4. – С. 145–148.
4. Алгоритм действий при сочетанной травме с повреждением внутренних органов / А.С. Балалыкин, А.Н. Алимов, Ю.В. Отлыгин [и др.] // Материалы с выездного пленума РАЭХ. – Барнаул, 2002. – С. 56–58.
5. Алгоритм діагностично-лікувальної тактики при закритих травмах органів черевної порожнини / М.Г. Шевчук, І.М. Сорочинський, Р.П. Герич та ін. // Шпитальна хірургія. – 2004. – №4. – С. 152–154.
6. Алгоритмы реанимационного пособия, интенсивной терапии и эфферентных методов у больных с комбинированной травмой и массивной кровопотерей / А.Н. Грошев, В.П. Шевяков, Н.К. Попков [и др.] // Эфферентная терапия. – 2003. – Т. 9, №1. – С. 73–73.
7. Александрова О.С. Факторный анализ проявлений полиорганной недостаточности и их роли в наступлении неблагоприятного исхода у пострадавших с сочетанной травмой живота / О.С. Александрова, Ю.М. Гаин // Мед. журнал. – 2009. – №2. – С. 19–23.
8. Бабкина Е.П. О выявленных ошибках в диагностике и лечении при травме грудной клетки и органов брюшной полости // Укр. мед. альманах. – 2006. – №1. – С. 25–27.
9. Багдасарова Е.А., Багдасаров В.В., Ярошецкий А.И. Прогноз исхода в первые сутки сочетанной абдоминальной и скелетной травмы: пилотное исследование II Международный форум «Неотложная медицина в мегаполисе», 20–21 апреля 2006 г. – С. 129.
10. Багненко С.Ф., В.В. Стожаров, А.Г. Мирошниченко, А.Е. Чикин, А.А. Закарян, И.А. Титов, Н.В. Разумный. Принципы функционирования травмоцентров различного уровня и определение их зон ответственности // Вестник МАПО. — 2010г. – №6 – С. 3.
11. Габдулхаков Р.М., Галеев Ф.С., Вавилов А.Е., Гараев Р.Г., Нигматуллин К.А., Мустафин Х.М., Валиева Г.Р., Мурзина Л.С.

Информационная значимость анатомо-морфологических систем оценки тяжести механических повреждений в предсказании исхода при сочетанной травме // Новости анестезиологии и реаниматологии. – 2007. – № 3. – С. 100–101.

12. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме / А.Б. Молитвословов, М.И. Бокарев, Р.Е. Мамонтов и др. // Хирургия. – 2002. – № 9. – С. 22–26.

13. Діагностичні критерії імунофізіологічних порушень при політравмі і шоку / М.К. Голоборобько, О.М. Климова, В.В. Булага та ін. // Одеський мед. журн. – 2004. – №5. – С. 36–38.

14. Дубов А.М. Изменения показателей гемодинамики при травмах и ранениях живота / А.М. Дубов // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2003. – №1. – С. 28–34.

15. Капшитарь А.В. Клинико-фармакологические аспекты изменения тяжести синдрома эндогенной интоксикации у пострадавших с закрытой травматической болезнью печени при лечении тиотриазолином / А.В. Капшитарь // Харк. хірург. школа. – 2010. – №6. – С. 88–90.

16. Концепція хірургічного лікування політравми / Я.Л. Заруцький, Л.М. Анкін, Ю.О. Гардаев та ін. // В кн.: Матеріали XXI з'їзду хірургів України (5–7 жовтня 2005 р.). – Запоріжжя, 2005. – Том 1. – С. 39–41.

17. Кравец А.В. Диагностика и лечение больных с закрытым повреждением органов брюшной полости в сочетании с черепно-мозговой травмой / А.В. Кравец, В.П. Кравец // Лікарська справа. – 2005. – №1/2. – С. 72–75.

18. Матвеев С.Б., Пахомова Г.В., Кифус Ф.В., Голиков П.П. Окислительный стресс при открытой абдоминальной травме с массивной кровопотерей // Клиническая лабораторная диагностика. – 2005. – №1. – С. 14–16.

19. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 892/7180 від 12.11.2002 р.

20. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 1414/20152 від 07.12.2011 р.

21. Наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 863\16879 від 14.09.2009.

22. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

23. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 661/20974 від 28.05.2012 р.

24. Наказ МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 147/18885 від 03.02.2011 р.

25. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

26. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 № 251 «Про затвердження п'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

27. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

28. Никитина О.В., Булава Г.В., Дорфман А.Г., Манькин И.Е. Опыт применения пентаглобина при травме груди и живота с массивной кровопотерей // Вестн. интенсивной терапии. – 2006. – №4. – С. 3–6.

29. Політравма – сучасна концепція надання медичної допомоги / Ф.С. Глумчер, А.В. Макаров, Г.Г. Сулов, С.А. Дубров: Тез. докл. I Всеукр. науч.-практ. конф. з міжнар. участю. – К., 2002. – С. 13–14.S.

30. Флорикян А.К. Некоторые актуальные и дискуссионные проблемы тяжелых травматических повреждений и пути их решения // Междунар. мед. журн. – 2004. – Т. 10, №2. – С. 77–85.

31. Цыбиков С.Г. Результаты диагностики повреждений живота при сочетанной травме / С.Г. Цыбиков, В.Ф. Соботович, Ю.К. Усольцев // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – №3. – С. 173–174.

32. Nathens A.B. et al. A resource-based assessment of trauma care in the United States. // J. Trauma. – 2004. – Vol. 56 (1). – P. 173–178.

33. Eastridge B.J., Malone D., Holcomb J.B. Early predictors of transfusion and mortality after injury: a review of the data-based literature // J. Trauma. – 2006. – Vol. 60 (Suppl. 6). – P. 20–25.

34. Frith D., Goslings J.C., Maegele M. et al. Definition and drivers of acute traumatic coagulopathy: clinical and experimental investigations // J. Thromb. Haemost. – 2010. – Vol. 8. – P. 1919–1925.

35. Gwodziewicz J., Lipinski J., Lasek J. Analiza epidemiologiczna i kliniczna chorych z mnogimi obraeniami ciaa leczonych w ostatnich 20 latach // Wybrane zagadnienia z chirurgii. – 1999. – Vol. I. – P. 42–47.

36. Karam M., Khreiss K.M., Musallam M.H. et al. Small bowel intussusception following blunt abdominal trauma in an adult patient // Emerg. Med. J. – 2009. – Vol. 26. – P. 752–753.
37. MacKenzie E., Weir S., Rivara F. et al. The value of trauma center care // J. Trauma. – 2010. – Vol. 69. – P. 1–10.
38. Milham F.H., LaMorte W.W. Factors associated with mortality in trauma: Re-evaluation of the TRISS method using the national data bank // J. Trauma. – 2005. – Vol. 56. – P. 1090–1096.
39. Papadopoulos I.N., Bukis D., Karalas E. et al. Preventable prehospital trauma deaths in a Hellenic urban health region: an audit of prehospital trauma care // J. Trauma. – 1996. – Vol. 41. – P. 864–869.
40. 32. Review of abdominal damage control and open abdomens: focus on gastrointestinal complications / Smith B.P., Adams R.C., Doraiswamy V.A. et al. // J. Gastrointest. Liver Dis. – 2010. – Vol. 19 (4). – P. 425–435.
41. 33. Tushar Mahambrey, Katherine Pendry, Alexandra Nee et al. Critical care in emergency department: massive haemorrhage in trauma // Emerg. Med. J. – 2012. – Vol. 28. – P. 305–309.
42. 34. Doganayt, H. Guven, D. Aygun et al. Blunt abdominal trauma with unexpected anaphylactic shock due to rupture of hepatic cysts // Grand Rounds. – 2002. – Vol. 2. – P. 17–20.

Алгоритм



Примітка.

Будь-яку колото-різану рану живота нежаючи прониклою, раніш предмети (ніж, пеня, заточка), що заходяться в рані не витягувати, а додатково фіксувати (пластиром) або утримувати рукою.