

Политравма (травмы живота)



Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2018 (Казахстан)

Одобен

Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг

Министерства здравоохранения Республики Казахстан

от «29» марта 2019 года

Протокол №60

Травмы живота

Другие множественные травмы живота, нижней части спины и таза (S39.7)

Множественные открытые раны живота, нижней части спины и таза (S31.7),

Множественные поверхностные травмы живота, нижней части спины и таза (S30.7),

Травма других внутрибрюшных органов (S36.8),

Травма желудка (S36.3),

Травма матки (S37.6),

Травма нескольких внутрибрюшных органов (S36.7),

Травма нескольких кровеносных сосудов на уровне живота, нижней части спины и таза (S35.7),

Травма органов брюшной полости (S36),

Травма печени или желчного пузыря (S36.1),

Травма поджелудочной железы (S36.2),

Травма почки (S37.0),

Травма селезенки (S36.0),

Травма тонкого кишечника (S36.4),

Множественная травма – повреждение двух и более органов одной полости, двух и более анатомических образований опорно-двигательного аппарата, повреждение магистральных сосудов и нервов в различных анатомических сегментах.

Сочетанная травма – повреждение внутренних органов различных полостей, совместные травмы внутренних органов и опорно-двигательной системы, совместная травма опорно-двигательного аппарата и магистральных сосудов и нервов.

Классификация

Классификация:

1. Период острой реакции на травму: соответствует периоду травматического шока и раннему постшоковому периоду; его следует рассматривать как период индукционной фазы СПОН.
2. Период ранних проявлений травматической болезни: начальная фаза СПОН – характеризуется нарушением или неустойчивостью функций отдельных органов и систем.
3. Период поздних проявлений травматической болезни: развернутая фаза СПОН – если больной выжил в I периоде течения травматической болезни, то протеканием именно

этого периода определяется прогноз и исход болезни.

4. Период реабилитации: при благоприятном исходе, характеризуется полным или неполным выздоровлением.

Диагностика

Диагностические критерии

Анамнез: полезна первичная информация, которую могут сообщить родственники пострадавшего, очевидцы случившегося или сотрудники бригады, доставившие пострадавшего с места травмы.

Своевременная и краткая информация о механизме травмы, времени от момента травмы, величине ориентировочной кровопотери на месте травмы может значительно облегчить работу врачей и улучшить ее результаты.

Ситуации, при которых всегда предполагается политравма:

при смерти пассажиров или водителя транспортного средства;

- если пострадавшего выбросило из автомобиля;
- если деформация транспортного средства превышает 50 см;
- при сдавлении;
- при аварии на высокой скорости;
- при наезде на пешехода или велосипедиста;
- при падении с высоты более 3 м;
- при взрыве;
- при завале сыпучими материалами.

Физикальное обследование:

Проводится параллельно или после решения приоритетных задач по оказанию неотложной помощи.

В первую очередь проводится оценка нарушений сознания. С этой целью более удобно пользоваться шкалой ком Глазго – Glasgow Come Scale (GCS) (см.таб.1)

Шкала ком Глазго

Открытие глаз:	
- спонтанно	4
- на речь	3
- на боль	2
- нет	1
Вербальная реакция/ответы на вопросы	

- ориентирован	5
- спутанная речь	4
- неадекватная речь	3
- нечленораздельные звуки	2
- не отвечает	1
Двигательная реакция	
- нормальное спонтанное движение	6
- реагирует на боль	5
- сгибание нормальное	4
- сгибание не нормальное	3
- разгибание на боль	2
- нет реакции	1

Сумма баллов демонстрирует фактическое состояние больного. Максимально она может составить 15 баллов (при ясном сознании и хорошей ориентации в месте и времени). В случае тяжелой черепно-мозговой травмы сумма баллов 7 или менее.

Суммарная оценка:

15 баллов – ясное сознание;

13-14 баллов – оглушение;

9-12 баллов – сопор;

4-8 баллов – кома;

3 балла – смерть мозга – неизбежно ведет к летальному исходу, то есть смерть мозга и неизбежный летальный исход являются синонимами.

При травмах легкой и средней тяжести 1-й степени (до 20 баллов) летальность составляет приблизительно 10%; при тяжелых травмах 2-й степени (20-35 баллов) без угрозы жизни на первом этапе – 25%; при тяжелых травмах с угрозой для жизни на всех этапах 3-й степени (35-50 баллов) летальность достигает 50%; при крайне тяжелых травмах 4-й

степени (свыше 50 баллов) летальность достигает 75%.

Сумма баллов	Степень тяжести	Летальность в %
1-19	1 стабильное	До 10
20-34	2 пограничное	До 25
35-48	3 тяжелое	До 50
>48	4 критическое	75 и более

Лечение

Разделение пострадавших на основании оценки их общего состояния, характера повреждений и возникших осложнений с учетом прогноза на 4 группы:

1 сортировочная группа (черная маркировка): пострадавшие с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальном состоянии (агонирующие), которые нуждаются только в симптоматической терапии. Прогноз неблагоприятен для жизни.

2 сортировочная группа (красная маркировка) – тяжелые повреждения, представляющие угрозу для жизни, т.е. пострадавшие с быстро нарастающими опасными для жизни расстройствами основных жизненно важных функций организма (шок), для устранения которых необходимы срочные лечебно-профилактические мероприятия. Прогноз может быть благоприятен при своевременном оказании медицинской помощи.

3 сортировочная группа (желтая маркировка) – повреждения средней степени тяжести, т.е. не представляющие непосредственной угрозы для жизни. Возможно развитие опасных для жизни осложнений. Прогноз для жизни относительно благоприятный.

4 сортировочная группа (зеленая маркировка) – легко пораженные, т.е. пострадавшие с легкими повреждениями, нуждающиеся в амбулаторно-поликлиническом лечении.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	Лекарственные средства	Способ применения	Уровень доказательности
антагонист-агонистов опиатных рецепторов	нальбуфин	внутривенно или внутримышечно из расчёта 0,15—0,3 мг (0,00015—0,0003 г) на	В

		1 кг массы тела	
опиоидный анальгетик	Тримеперидин	внутримышечно и, в экстренных случаях, внутривенно от 0,01 г до 0,04 г (от 1 мл 1 % раствора до 2 мл 2 % раствора)	В
опиоидный анальгетик	Фентанил	внутримышечно или внутривенно 0,5—1—2 мл 0,005 % раствора	В
Нейролептическое средство из группы бутирофенонов	Дроперидол	2,5—5 мг (1—2 мл) внутривенно	В
антагонист НМДА-рецепторов прямого действия	Кетамин	6—8 мг/кг внутримышечно	В
Противогипоксическое средство	Кислород	Ингаляционно, в концентрации 40-60%, в смеси с воздухом, в количестве 4-5 л/мин	А
синтетический глюкокортикоидный препарат	Преднизалон	Внутривенно Разовая доза составляет 50–150 мг (в тяжелых случаях — до 400 мг)	А
агонист опиоидных рецепторов	Трамадол	50 мг внутривенно или внутримышечно	В

Основные направления терапии:

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции.
2. Обеспечение адекватной перфузии тканей, что достигается коррекцией острой кровопотери, гиповолемических и метаболических расстройств.
3. Адекватное обезболивание и седация.
4. Лечение органных дисфункций.
5. Оперативное лечение повреждений.

Резанимационные мероприятия проводят по классической схеме ABCDE:

A (airway) — дыхательные пути, контроль шейного отдела позвоночника.

- В (breathing) — дыхание.

- C (circulation) — обеспечение циркуляции крови (непрямой массаж сердца, остановка кровотечения, инфузионная терапия).
- D (disability) — неврологический статус.
- E (environment) — раздевание.

Программа первой помощи по поддержанию жизни.

1. Освобождение пострадавшего без нанесения ему дополнительных травм.
2. Освобождение и поддержание проходимости верхних дыхательных путей (тройной прием П. Сафара)
3. Проведение экспираторных методов ИВЛ.
4. Остановка наружного кровотечения с помощью жгута или давящей повязки.
5. Придание безопасного положения пострадавшему в бессознательном состоянии (физиологическое положение на боку).
6. Придание безопасного положения пострадавшему с признаками шока (с опущенным головным концом).

Мероприятия первой очереди.

1. Катетеризация магистральной или периферической вены
2. Ингаляция кислорода или ИВЛ
3. Катетеризация мочевого пузыря

Темпы инфузионной терапии не зависят от калибра вены, в которую проводится инфузия, а прямо пропорциональны диаметру и обратно пропорциональны длине катетера [9]. Контроль повреждений – тактика лечения жизнеопасных и критических политравм, согласно которой в зависимости от тяжести состояния пострадавшего, оцененной по объективным показателям, в раннем периоде применяются только те методы, которые не вызывают серьезного ухудшения состояния пациента.

Таблица 6. Классификация шока

<i>Параметр</i>	<i>Класс</i>			
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Объем кровопотери (%)</i>	15 и менее	20-25	30-40	40 и более
<i>ЧСС, уд/мин</i>	Менее 100	100	120	Более 140
<i>АД сист</i>	90-100	70-90	60-70	Менее 60
<i>Диурез, мл/час</i>	Более 30	20-30	5-15	Менее 5
<i>Сознание</i>	Тревога	Возбуждение	Спутанное	Угнетение

Таблица 7. Принципы восполнения кровопотери в зависимости от степени шока

Класс кровопотери	Дефицит ОЦК	Инфузионные растворы	Объемные соотношения для восполнения дефицита
1	<i>Менее 15%</i>	Кристаллоиды	3*Дефицит ОЦК
2	<i>20-25%</i>	Кристаллоиды	3*Дефицит ОЦК
		Коллоиды	1*Дефицит ОЦК
		СЗП	1*Дефицит ОЦК
3	<i>30-40%</i>	Кристаллоиды	1*Дефицит ОЦК
		Коллоиды	3*Дефицит ОЦК
		Цельная кровь, ее компоненты	1*Дефицит ОЦК
4	<i>Более 40</i>	Кристаллоиды	3*Дефицит ОЦК
		Коллоиды	1*Дефицит ОЦК
		Цельная кровь, ее компоненты	1*Дефицит ОЦК

Госпитализация

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: все пациенты с политравмой подлежат госпитализации в зависимости от тяжести состояния в отделение реанимации либо в профильные отделения. Пациенты с выставленным диагнозом политравма не предполагают плановой госпитализации, так как является наличие опасности для жизни.