

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14 и 43/14), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ФРАКТУРИ НА РЕБРА И НА КАРЛИЦА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување при фрактури на ребра и на карлица преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при фрактури на ребра и на карлица, по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот, може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на постапката, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-3047/1
12 март 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Годоров

ФРАКТУРИ НА РЕБРА И НА КАРЛИЦА

МБД упатство
9.10.2009

- Основни факти
- Фрактури на ребра
- Фрактури на карлица

ОСНОВНИ ФАКТИ

- Фрактурите на ребрата и на карлицата може да бараат само конзервативен третман или можат да бидат многу посериозни.
- Нестабилните фрактури на ребрата можат да бидат придружени со профузно крвавење, пнеумоторакс и респираторни проблеми.
- Фрактурирана карлица може да доведе до тежок губиток на крв.
- Препознајте го тензиониот пнеумоторакс кај траума пациентот, види 1.

ФРАКТУРИ НА РЕБРА

Дијагноза

- Дијагнозата може да се постави клинички. Имено, местото на фрактурата е осетливо на директна палпација и при притискање на фрактурираното ребро од задната страна.
- Важно е да се препознае дали е скршено само едно или повеќе ребра. Кај мултипли фрактури на ребрата ризикот од компликации е сигнификантно зголемен.
- Аускултирајте ги белите дробови. Доколку наодот е асиметричен, посомневајте се во постоење на пнеумоторакс.
- Рендгенографија на градниот кош не е потребна, доколку нема абнормални наоди на аускултација и клиничкиот наод не открива други алармирачки знаци. Но, рендгенографија треба веднаш да биде направена за да се исклучи пнеумоторакс или хематоторакс, доколку има основи да се сомневаме за нивно постоење, како и кај случаи каде се е сомневаме за мултипли фрактури на ребрата.

Третман

- Фрактура на едно ребро, обично, може да биде третирана амбулантно. Кај мултипли фрактури на ребрата, следење и опсервација на одделот каде што се врши третманот е оправдано во иницијалната фаза.
- Кај фрактури на две или на повеќе ребра, енергијата вклучена при добивање на повредата е толку голема што е можно да дојде до раскинување на плеурата и развој на пнеумоторакс. Исто така, зголемен е ризикот од крвавење.
- Доколку при клиничкиот преглед се покаже широко распространета осетливост околу местото на повредата и енергијата која е инволвирана е значајна, пациентот бргу треба да биде упатен за опсервација во болница, дури и ако нема потврда за фрактура на ниту едно ребро.
- Инјектирање на бупивакаин (3-5 мл под долниот раб на реброто) ќе доведе до намалување на болката за неколку часа, а, по потреба, постапката може да се повтори. Ако инјектирањето на фрактурираното ребро не доведува до намалување на болката, може, исто така, да се инјектира анестетик во интактното ребро од двете страни на фрактурираното ребро.

- Фракурираното ребро ќе биде особено болно во текот на првите три дена. Болката потоа ќе се намалува и ќе перзистира во текот на три недели, но таа ќе може да се контролира со аналгетици.
- Контролна рендгенографија треба да се направи кај пациенти со фрактури на две или на повеќе ребра. Доколку се дијагностицираат пнеумоторакс или хематоторакс, рендгенографијата се повторува 1-2 пати за 24 часа, сè додека не се забележи убедливо смалување на големината на лезијата.
- Пациентот треба да се советува да се врати на клиниката доколку тој/таа почувствуваат тешкотии при дишењето.
- Обвиткување на градниот кош со завој (стреипинг) на градниот кош може да се примени доколку е неопходно да се намали болката, предизвикана со движење на сидот на градниот кош. Обвиткувањето не смее да пречи на респираторната функција. Обвиткување со адхезивен завој не се препорачува, затоа што може да ја иритира кожата и неговото вадење е болно. Завојот, употребен за обвиткување треба да биде од самоадхезивен материјал кој не содржи лепило. Обвиткување со адхезивен завој обично не е потребно.
- Кај постарите, ретенцијата на спутумот може да доведе до инфекција на градите. Ова треба да се превенира со адекватна аналгезија. За пнеумонија треба да се посомневаме при појавата на знаци за инфекција.
- Флеил чест се обвиткува (стреипинг) и пациентот е поддржан со вакуумски душек во текот на транспортот. Респираторната функција треба да биде обезбедена.
- Пнеумоторакс I и хематоторакс се третираат со торакална дренажа. Акутен тензионен пнеумоторакс се ослободува со дебела игла, намената за интравенска употреба (Вигго), ако друга опрема не е при рака. Одлуката за торкоцентеза, во акутна ситуација, треба да се базира врз наодите од аускултацијата, без да се чека на рендгенографија на градниот кош.
- Нема време за губење доколку пациентот е тахикардичен, има плитко дишење, преплашен е и има сивкаста боја на кожата и е јасно дека е во лоша состојба!

ФРАКТУРИ НА КАРЛИЦАТА

Класификација на фрактурите на карлицата (види табела 1)

Силно енергетски („High – energy”) повреди на карлицата

- Комплицирана нестабилна фрактура на карлицата може да доведе до загуба на 1-3 литри крв, па затоа во текот на транспортот на повредениот неопходно е поставување на интравенска инфузија.
- Ако пациентот има нестабилна повреда на карлицата, вакуум душеци се користат во текот на транспортот за да се намали болката и крвавењето.

Фрактури на карлицата кај постари пациенти

- Фрактурите на сводот на ацетабулумот, по паѓање, се чести кај постарите пациенти.
- Рендгенолошкиот преглед на карлицата треба да ги вклучува и А-П и Л_Л проекција на афектираната страна.
- Рабовите на коските и ацетабуларниот свод мора да бидат внимателно анализирани на рендгенографиите. Дали се присутни фисури или изместувања?
- Пациент со недислоцирана (стабилна) фрактура на пубичниот рамус нема потреба од имобилизација. Мобилноста и оптоварувањето се дозволени до граница на болка. Третманот може да се одвива на оддел во општа болница (за повреди, предизвикани од пад).
- Со антиромботска профилакса се почнува по 24 часа, кога се намалува ризикот од крвавење.

Табела 1: Фрактури на карлицата

Тип на фрактура	Застапеност	Третман
Авулзија	Кај спортисти: мускулната контракција доведува до авулзија на коскен фрагмент	Интерна фиксација, понекогаш потребна, на пр. со шрафови
Фрактура на рамус (една, стабилна)	Типично кај постари пациенти, по паѓање	Аналгезија и рана мобилизација
Фрактури на карличниот прстен на неколку места	Високо енергетска повреда (сообраќајна незгода, пад од височина, паѓање)	Обично, хируршка фиксација, освен за полесните повреди кои можат да се третираат конзервативно
Ацетабулум	Пад (остеопороза!), сообраќајна несреќа, пад од височина, фрактура на сводот на ацетабулум кај постари	Дислоцирана скршеница или дислоциран колк, бараат итен третман, комплетно недислоцирани случаи се третираат
		Конзервативно.

Фрактури на кокцигеалната коска

- Најчесто при пад или при породување.
- Фрактурата е многу болна.
- Рендгенографијата не е неопходна во иницијалната фаза по минорна повреда, но таа е препорачлива доколку повредата била значајна (на пр. пад од поголема височина и дочекување директно на кокцигеланата коска). Вакава повреда може покрај фрактура на оскокцигис да доведе до фрактура на сакрум, што бара проценка во болнички услови (можни симптоми на кауда еквина).
- Третманот на фрактурите на апексот на кокцигеалната коска се состои во намалување на болката и обезбедување на погодно седиште. Кај хронични случаи, во предвид доаѓа вадење на фрактурираниот фрагмент.
- Локална анестезија, обично, не се користи во акутната фаза.

Автори: Eero Hirvensalo

Article ID: ebm00947 (018.012)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Kelly AM. Treatment of primary spontaneous pneumothorax. Curr Opin Pulm Med 2009 Jul; 15(4):376-9.

1. **EBM guidelines 9.10.2009, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира на 6 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во октомври 2015 година.**