

*ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА

Презентацию выполнила:

Червонец А.Ю.

Группа 524, V курс

Лечебный факультет

*** Закрытая травма - острое воздействие физических факторов внешней среды на организм, сопровождающееся повреждением анатомических и функциональных структур брюшной полости и забрюшинного пространства, с сохранением целостности кожных покровов.**

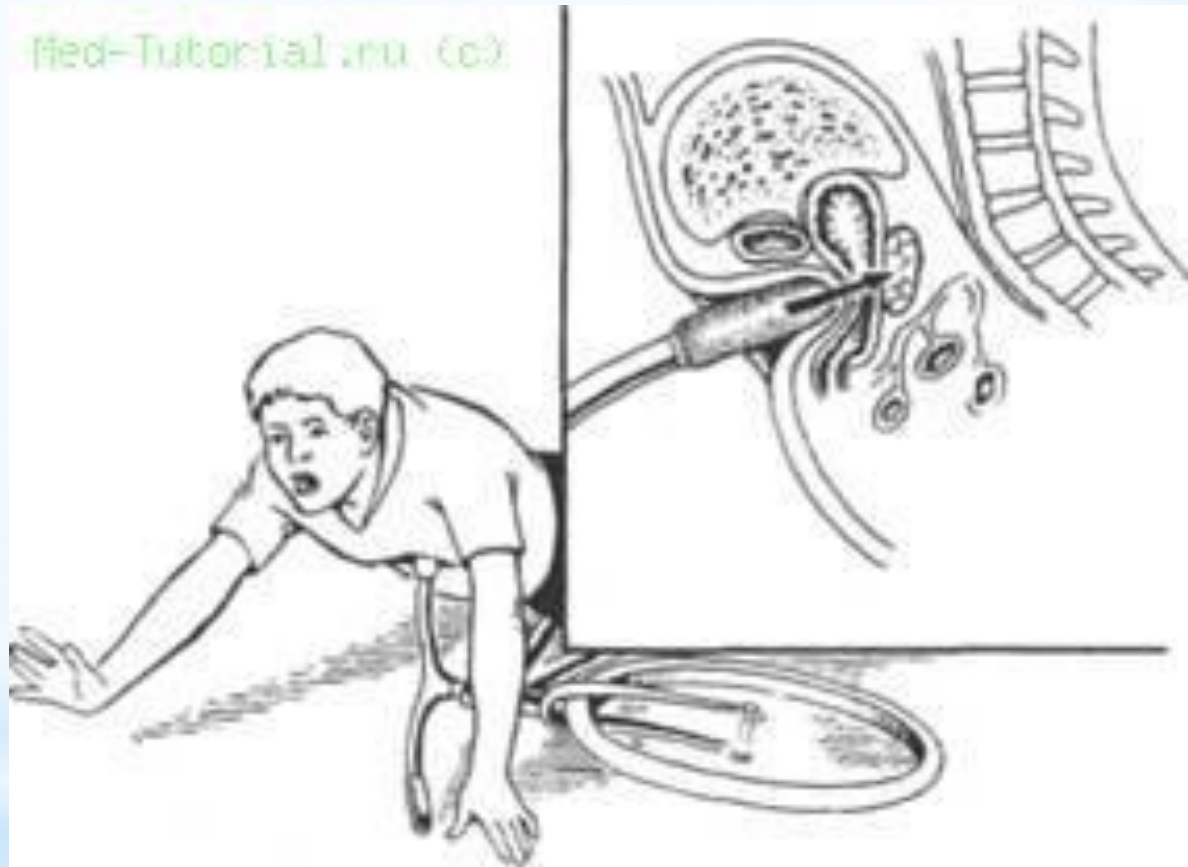
* Механизм и патогенез

- * Последствия воздействия прямого удара определяются характером травмирующего агента и степенью напряжения мышц передней брюшной стенки, защищающих внутренние органы от физических факторов внешней среды. Если сила удара больше, чем сопротивление мышц, то наблюдается их разрыв и передача усилия на внутренние органы. При этом важное значение имеет степень наполнения полого органа, на который передается ударная энергия. Маловероятно, что пустой мочевой пузырь и желудок подвергнутся разрыву. Кроме того, вводится понятие «гидродинамического удара», когда прямая ударная волна воздействует на стенку полого органа и по его содержимому за счет гидродинамического эффекта вследствие несжимаемости жидкости передается равномерно на всю стенку полого органа, что может привести к его разрыву на наименее прочном участке. Например, при переполненном желудке удар приходится на переднюю его стенку, в тоже время разрыв может наступить в области его дна - наименее прочном участке.
- * Отдельного внимания заслуживают удары в области костных структур, когда образовавшиеся костные фрагменты могут повредить соседние органы. Примером являются повреждения селезенки при переломе нижних ребер левой половины грудной клетки и повреждения мочевого пузыря и прямой кишки при переломе костей таза.

* Механизм и патогенез

- * Сдавление органов брюшной полости может произойти при более медленном, чем при прямом ударе, воздействии внешним предметом, например, переезде тела колесом автомобиля, обрушении зданий. Указанный механизм повреждения подразумевает наличие упора (кости скелета или внешние плотные предметы, например, асфальтная поверхность). Мобильные органы при действии силы сдавления «уходят» в сторону, а фиксированные раздавливаются на костном или внешнем упоре.
- * Падение с высоты сопровождается особым характером повреждения органов брюшной полости. В момент удара о землю продолжается инерционное движение органов брюшной полости, под влиянием которого наступают разрыв брыжейки кишки, петель кишок по свободному краю, отрыв печени от связочного аппарата, разрывы селезенки и другие повреждения. Следует отметить частое сочетание повреждение органов брюшной полости с травмами других локализаций - конечностей, грудной клетки и т.д.
- * Удар, сдавление и падение могут быть одновременными при действии взрывной волны. Повреждения носят множественный характер, включая травму грудной клетки, конечностей, позвоночника, черепно-мозговую травму.

Med-Tutorial.ru (c)



* Классификация травм брюшной полости

По происхождению травмы:

- * бытовые
- * уличные
- * производственные
- * с/хозяйственные
- * спортивные

По механизму травмы:

- * В результате прямого удара
- * Вследствие сдавления
- * В результате падения с высоты
- * Вследствие воздействия ударной волны
- * В результате воздействия нескольких факторов

* Классификация травм брюшной полости

По анатомическим признакам:

- * Закрытая травма брюшной стенки
 - * ушиб
 - * гематома
 - * разрыв мышечно-апоневротических структур
- * Закрытая травма органов брюшной полости
 - * травма полых органов
 - * травма паренхиматозных органов
- * Повреждения забрюшинного пространства

* Клиника и диагностика

Сбор анамнеза

- * Необходимо выяснить следующие моменты: давность травмы, вид травмы, характер травмирующего агента;

Оценка общего состояния пациента

- * Первейшей задачей врача является выявление **внутрибрюшного кровотечения**, которое представляет непосредственную угрозу для жизни пациента и требует экстренного хирургического вмешательства. Признаками внутреннего кровотечения являются тахикардия, падение артериального давления, бледность кожных покровов, коллапс, холодный пот, возбужденное состояние пациента. Защитное напряжение мышц живота, как правило, отсутствует при положительных симптомах раздражения брюшины. В случае излития большого количества крови в брюшную полость определяются притупление перкуторного звука в отлогих местах (симптом Байра). При определении у пациента тяжелого внутреннего кровотечения, геморрагического шока необходимо, ограничившись минимумом обследований, в экстренном порядке выполнить хирургическое вмешательство.

* Клиника и диагностика

- * При возникновении *перитонита* определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга, исчезновение печеночной тупости при пневмоперитонеуме (симптом Спигарного), ослабление или исчезновение перистальтических шумов, тахикардия, вынужденное положение пациента, сухость языка. В токсической стадии перитонита появляется мертвенно-бледный оттенок кожи лица, западение глаз, заострение носа (лицо «Гиппократ»), гипотония, пассивность и адинамия.
- * *Забрюшинные флегмоны*, развивающиеся при внебрюшинных разрывах полых органов, характеризуются выраженной интоксикационно-воспалительной реакцией с быстрым прогрессированием полиорганной недостаточности и развитием сепсиса. В проекции поврежденного органа иногда возможно определить инфильтрацию и болезненность забрюшинной клетчатки.

* Клиника и диагностика

* Лабораторно-инструментальная диагностика

Обязательным является выполнение общего анализа крови и мочи (при тяжелом состоянии пациента моча берется катетером), обзорной рентгенографии и ультразвукового исследования органов брюшной полости. Снижение уровня гемоглобина и эритроцитов характерно для внутрибрюшного кровотечения, обширных гематом брюшной стенки и забрюшинного пространства. Однако необходимо помнить, что при внутреннем кровотечении падения уровня гемоглобина и эритроцитов в первые часы после травмы может и не быть, оно развивается позднее при выходе межтканевой жидкости в сосудистое русло. Поэтому при недавнем сроке травмы необходимо ориентироваться на клиническую картину. Появление крови в моче характерно для повреждения органов мочевыделительной системы.

Рентгенологическое исследование

Позволяет выявить свободный газ под куполами диафрагмы (внутрибрюшное повреждение полых органов), переломы костных структур (костей таза, ребер), подкожную эмфизему, пневматизацию забрюшинной клетчатки (возможна при забрюшинном разрыве двенадцатиперстной кишки).

* Клиника и диагностика

- * Свободная жидкость при ультразвуковом или томографическом исследовании определяется при внутрибрюшном кровотечении, разрывах полых органов с излитием их содержимого, перитоните. Возможным является определение целостности паренхиматозных органов, выявление гематом (внутрибрюшных, забрюшинных, брюшной стенки). Если позволяет общее состояние пациента (отсутствие признаков массивного внутрибрюшного кровотечения) в случае неясного диагноза выполняется компьютерная или магниторезонансная томография.
- * При подозрении на разрывы желудка и двенадцатиперстной кишки и отсутствии свободного газа в брюшной полости при рентгенологическом исследовании возможно выполнение эзофагогастродуоденоскопии с повторной обзорной рентгенографией органов брюшной полости (при тяжелом состоянии пациента допустимо введение воздуха через желудочный зонд).
- * В случае неясного диагноза и невозможности исключения повреждений внутренних органов, показаны инвазивные методы диагностики. Вариантами вмешательства могут быть лапароцентез методом «шарящего катетера», диагностическая лапароскопия или лапаротомия. Выполнение лапароцентеза особенно показано тяжелым пациентам с сочетанной травмой, у которых даже небольшое хирургическое вмешательство может привести к ухудшению состояния вследствие операционной травмы. При лапароцентезе возможно выявление в брюшной полости крови, кишечного содержимого, желчи и патологического выпота, в этих случаях показано экстренная операция, несмотря на тяжелое состояние пациента.

* ПОВРЕЖДЕНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

- * Происходят при резком и кратковременном ударе малой силы при напряженных мышцах передней брюшной стенки. Повреждения брюшной стенки проявляются в виде ушиба, гематомы или разрыва мышечно-апоневротических структур.
- * Ушиб брюшной стенки возникает при повреждении кожи и подкожной клетчатки между мышцами живота и травмирующим агентом. Наступает отек тканей, образуются мелкие кровоизлияния, тромбозы сосудов, вплоть до развития некроза ткани. Внешне это проявляется знаками травмы (ссадина, царапина), отеком, припухлостью, уплотнением и болезненностью при пальпации. Отсутствуют клинические и лабораторно-инструментальные признаки перитонита и внутреннего кровотечения. Температура тела, пульс и артериальное давление остаются нормальными, общее состояние удовлетворительное. Через 3-5 дней наступает выздоровление. При сомнении в диагнозе пациент подлежит госпитализации и наблюдению до полного исключения повреждения внутренних органов. На область ушиба проводится местное лечение: холод, компрессы, физиотерапевтическое лечение, противовоспалительные мази. Пациенту рекомендуется ограничение физических нагрузок, при необходимости назначаются ненаркотические анальгетики.

* ПОВРЕЖДЕНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

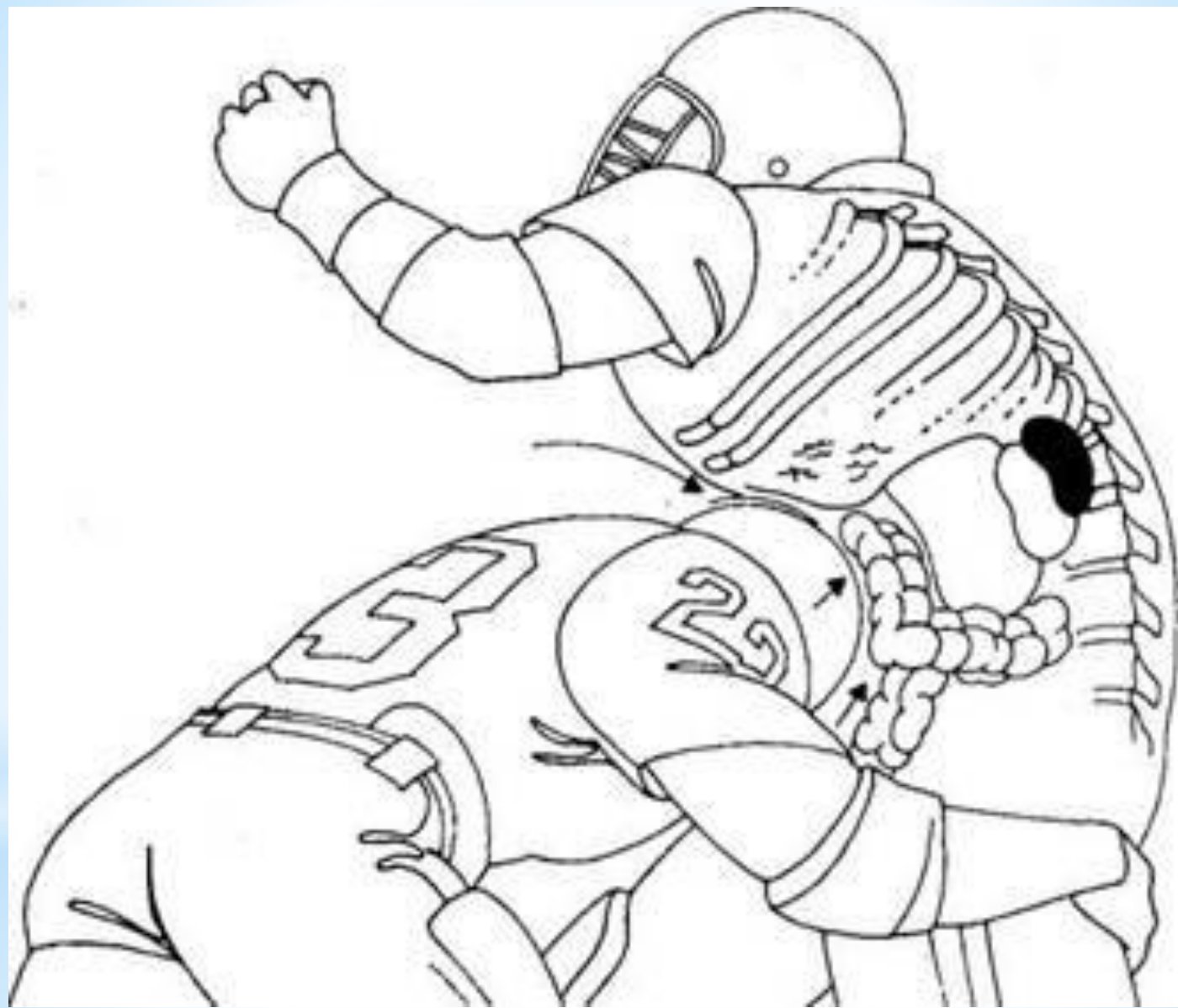
- * **Гематома** брюшной стенки по своей локализации может быть подкожной, внутримышечной (межмышечной) и предбрюшинной. При повреждении мелких сосудов излившаяся кровь имбибирует ткани на различном протяжении, при повреждении более крупных сосудов может образоваться полость, заполненная кровью и сгустками. Небольшие гематомы брюшной стенки проявляются локальной болезненностью в месте ушиба, усиливающейся при напряжении мышц брюшной стенке, при попытке пациента подняться. Пальпаторно в зоне локальной болезненности определяется припухлость и уплотнение, а в случае большой полостной гематомы - флюктуация. Признаков повреждения внутренних органов не выявляется, общее состояние пациентов не страдает. При гематомах предбрюшинной клетчатки кроме болевого синдрома может наблюдаться напряжение мышц и определяться симптомы раздражения брюшины, брюшная стенка отстаёт или не участвует в акте дыхания. Клинические проявления такой гематомы такой локализации напоминают повреждение внутренних органов, исключить которое порой затруднительно и возможно только при выполнении диагностического оперативного вмешательства (лапароцентез, диагностическая лапароскопия и лапаротомия).
- * Пациенты с гематомами брюшной стенки, как правило, госпитализируются для динамического наблюдения и исключения повреждения внутренних органов. При имбибиции тканей показано консервативное лечение, включающее местное лечение, назначение гемостатических и обезболивающих препаратов. При наличии полости, заполненной кровью, в комплекс лечения добавляют периодические пункции гематомы до полного ее исчезновения. При быстром нарастании гематомы и отсутствии эффекта от консервативных мероприятий, что может быть при повреждении крупных сосудов брюшной стенки, показано оперативное лечение с целью достижения гемостаза.

* ПОВРЕЖДЕНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

- * Разрыв мышц передней брюшной стенки происходит тогда, когда сила удара больше напряжения мышц (при ненапряженной брюшной стенке страдают внутренние органы, а мышцы остаются целыми). Разрыв мышц всегда сопровождается образованием гематомы во всех слоях брюшной стенки по типу имбибиции, но чаще в виде полостной гематомы. Имеется напряжение мышц, отсутствие дыхательных движений передней брюшной стенки и признаки раздражения брюшины - ложно-положительный симптом Щеткина-Блюмберга в области травмы. Характерным симптомом является наличие мышечного дефекта при попытке пациента встать в постели.
- * В случае разрыва мышц проводится стационарное наблюдение (с целью исключения повреждения внутренних органов, иногда с выполнением диагностических оперативных вмешательств) и лечение по принципу лечения гематом брюшной стенки. Оперативное вмешательство выполняется с гемостатической целью при быстро нарастающих гематомах при неэффективности консервативной терапии. Ушивать разорванные мышцы в раннем периоде после травмы нецелесообразно в связи с опасностью прорезывания швов из-за травматического размозжения мышц и имбибиции кровью. Оперативное вмешательство в случае формирования посттравматической грыжи в месте бывшего разреза рекомендуется выполнять через 1,5-2 месяца. Сформировавшаяся к этому времени в разорванных мышцах фиброзная ткань способна удерживать швы, наложенные на дефект брюшины.

* ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛЫХ ОРГАНОВ

- * Закрытое повреждение желудка возникает в 0,9-5,1% от всей закрытой травмы живота. Полные разрывы передней стенки желудка протекают через четыре клинических периода, как при прободной язве: болевой, мнимого благополучия, цветущего перитонита, полиорганной недостаточности. В начале заболевания характерны признаки болевого шока (бледность, холодный пот, брадикардия), доскообразное напряжение мышц живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах брюшной полости. Положительные симптомы Дзбановско-Чугуева (поперечные втянутые бороздки на передней брюшной стенке, соответствующие перемышкам прямых мышц живота), Крымова (исследование пупка кончиком пальца вызывает боль вследствие раздражения брюшины), Спизарного (исчезновение печеночной тупости – высокий тимпанит над печенью). При аускультации живота – «гробовая тишина».
- * При рентгенологическом исследовании появляется свободный газ под куполами диафрагмы. В последующие 4-12 ч (период мнимого благополучия) состояние улучшается за счет выброса в кровь эндорфинов, разбавления излившегося в брюшную полость желудочного содержимого продуцируемым брюшиной экссудатом, уменьшения болей в животе в результате пареза нервных окончаний брюшины. Однако продолжает нарастать интоксикация, воспалительные изменения, признаки перитонита и динамической кишечной непроходимости. Состояние пациентов прогрессивно ухудшается и развивается полиорганная недостаточность, знаменующая собой терминальную стадию заболевания.
- * При установлении у пациента разрыва желудка показана экстренная операция. Выполняется ушивание разрыва, при необходимости с иссечением разможенных краев разрыва, при обширном повреждении желудка - его резекция. Летальность при травмах желудка варьирует от 17,1 до 46%.



* ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛЫХ ОРГАНОВ

- * Закрытая травма двенадцатиперстной кишки составляет 1,7-5% всей закрытой травмы живота. Различают забрюшинные и внутрибрюшинные ее повреждения. При внутрибрюшинных разрывах (повреждение верхнегоризонтальной и нисходящей ветви) имеет место клиническая картина перфоративной гастродуоденальной язвы (см. закрытые повреждения желудка). Забрюшинные разрывы (задняя поверхность нисходящей ветви, нижнегоризонтальная ветвь и восходящая часть в зоне дуоденоюнального перехода) характеризуются развитием забрюшинной флегмоны на фоне тяжелого сепсиса с последующим присоединением перитонита. Отмечается тупая боль в правом подреберье и поясничной области при нарастающих явлениях интоксикации. Диагностически помогают рентгенография брюшной полости (сглаживание контуров подвздошно-поясничной мышцы, пузырьки газа в забрюшинном пространстве), гастродуоденоскопия, дуоденография (контрастное вещество выходит за пределы контуров кишки), ультразвуковое исследование (инфильтрация, отек забрюшинной клетчатки). При необходимости выполняется диагностическая лапароскопия, на которой отмечается триада Винивартера - кровь, желчь, газ в забрюшинном пространстве в зоне двенадцатиперстной кишки, могут выявляться стеариновые бляшки - как признак часто сопутствующего травматического панкреатита.
- * Лечение только хирургическое, производится мобилизация двенадцатиперстной кишки с выделением забрюшинной ее части (по Кохеру). В случае свежего разрыва возможен непосредственный его шов с иссечением при необходимости размозженных краев разрыва, вариантом является анастомозирование места разрыва с петлей тонкой кишки или отключенной по Ру петлей. При больших несвежих разрывах существует высокая вероятность несостоятельности швов, в этом случае с целью отключения пассажа по двенадцатиперстной кишке производится перевязка пилорического отдела желудка (как вариант резекция желудка на выключение) и гастроэнтеростомия. Во всех случаях необходимо хорошее дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости. Летальность при травме двенадцатиперстной кишки варьирует от 20,7 до 45%.

* ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛЫХ ОРГАНОВ

- * Закрытая травма тонкой кишки возникает в 24-26% случаев от всей закрытой травмы живота. Различают ушиб тонкой кишки, гематомы стенки, непроникающие разрывы, проникающие разрывы, размозжение тонкой кишки, разрывы брыжейки, отрыв кишки от брыжейки, гематомы брыжейки. Основным клиническим признаком является развитие перитонита. При разрывах брыжейки преобладают признаки внутрибрюшного кровотечения. Необходимо помнить, что при неполных разрывах тонкой кишки, гематомах стенки, разрывах брыжейки некроз стенки органа и перфорация может наступить в отсроченном периоде - через 3-4 суток от травмы. Диагностика: характерная клиническая картина и анамнез, ультразвуковое исследование (возможно определение свободной жидкости в брюшной полости и гематом), рентгенография органов брюшной полости (свободный газ выявляется реже, чем при повреждениях желудка). С целью уточнения диагноза выполняется диагностическая лапароскопия или лапаротомия.
- * Лечение оперативное: ушивание разрыва, резекция поврежденного участка тонкой кишки с первичным анастомозом, ушивание разрывов брыжейки. Летальность составляет 6,5-24,5%.

* ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛЫХ ОРГАНОВ

- * Закрытая травма толстой кишки возникает в 6,2-9,7% случаев. По аналогии с повреждениями тонкой кишки различают ушиб, гематомы стенки, непроникающие разрывы, проникающие разрывы, размозжение, разрывы брыжейки, отрыв кишки от брыжейки, гематомы брыжейки. Кроме того, возможны забрюшинные разрывы толстой кишки (прямой кишки, восходящей и нисходящей ободочной, слепой кишки). Особенностью клинического течения внутрибрюшинных разрывов толстой кишки является быстрое развитие тяжелого калового перитонита. В случае небольших повреждений возможно отграничение процесса с образованием абсцесса в области разрыва. Общие принципы диагностики соответствуют диагностике повреждений полых органов, при этом наиболее ценными являются инвазивные методы (диагностическая лапароскопия и лапаротомия).
- * Лечение травм толстой кишки хирургическое. Особенностью операции является высокая вероятность несостоятельности швов толстой кишки при ее ушивании, поэтому оно возможно в исключительно редких случаях: ранняя диагностика повреждения, небольшие размеры дефекта, отсутствие калового перитонита. Как вариант, при вышеуказанных признаках выполняется резекция участка толстой кишки с формированием анастомоза. Однако в подавляющем большинстве случаев необходимо наложение искусственного кишечного свища: шов разрыва с проксимальной петлевой коло- или илеостомой, выведение места разрыва в виде петлевой колостомы, при массивных повреждениях выполняется гемиколэктомия с петлевой илеостомой и операция типа Гартмана (резекция дистальных отделов толстой кишки с концевой колостомой). Обязательным компонентом операции является санация и дренирование брюшной полости по правилам перитонита. Даже при неполных разрывах существует вероятность последующей перфорации, поэтому в этом случае после наложения серозно-мышечных швов место разрыва выводится под кожу и фиксируется циркулярно к брюшине, то есть выполняется так называемая экстраперитонизация разрыва, что позволит в случае образования перфорации сформировать колостому без новой лапаротомии.
- * Лечение разрывов прямой кишки. Небольшие трещины и ссадины слизистой прямой кишки не ушиваются (проводится консервативное лечение – микроклизмы, свечи, антибактериальная терапия). Глубокие разрывы слизистой прямой кишки ушиваются. При полных разрывах прямой кишки накладывается петлевая сигмостома и производится ушивание дефекта кишки с дренированием околопрямокишечных клетчаточных пространств. После купирования перитонита и признаков воспаления со стороны клетчаточных пространств таза через 1,5-3 месяца выполняется реконструктивное вмешательство - закрытие сигмостомы.

* ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛЫХ ОРГАНОВ

- * Закрытая травма мочевого пузыря составляет 10-15% от всей закрытой травмы живота. В механизме его разрыва большое значение имеет степень его наполнения. Различают внутри- и внебрюшинные повреждения мочевого пузыря. Моча, излияющаяся в свободную брюшную полость, приводит к развитию перитонита, однако особенностью клинической картины является медленное его развитие, поскольку моча мало агрессивна в химическом и бактериальном плане, и полная клиника перитонита появится через 20-24 часа после травмы. Отмечаются дизурия (позывы к мочеиспусканию с невозможностью опорожнения мочевого пузыря), гематурия, клинические и инструментальные признаки наличия свободной жидкости в брюшной полости, положительные симптомы раздражения брюшины. При забрюшинных разрывах появляются тупая боль в нижних отделах живота, дизурия, гематурия на фоне формирования флегмоны клетчаточных пространств таза (урофлегмона). Разрывы слизистой могут осложниться кровотечением в полость мочевого пузыря и формированием сгустка на весь его просвет (тампонада мочевого пузыря). Клинический диагноз позволяют подтвердить рентгенконтрастное исследование мочевого пузыря (цистография с водорастворимым контрастом) и цистоскопия.
- * Лечение травм мочевого пузыря хирургическое: ушивание разрыва мочевого пузыря с эпицистостомией или постоянной катетеризацией мочевого пузыря, дренирование брюшной полости и клетчаточных пространств таза. Летальность варьирует от 15 до 25%.

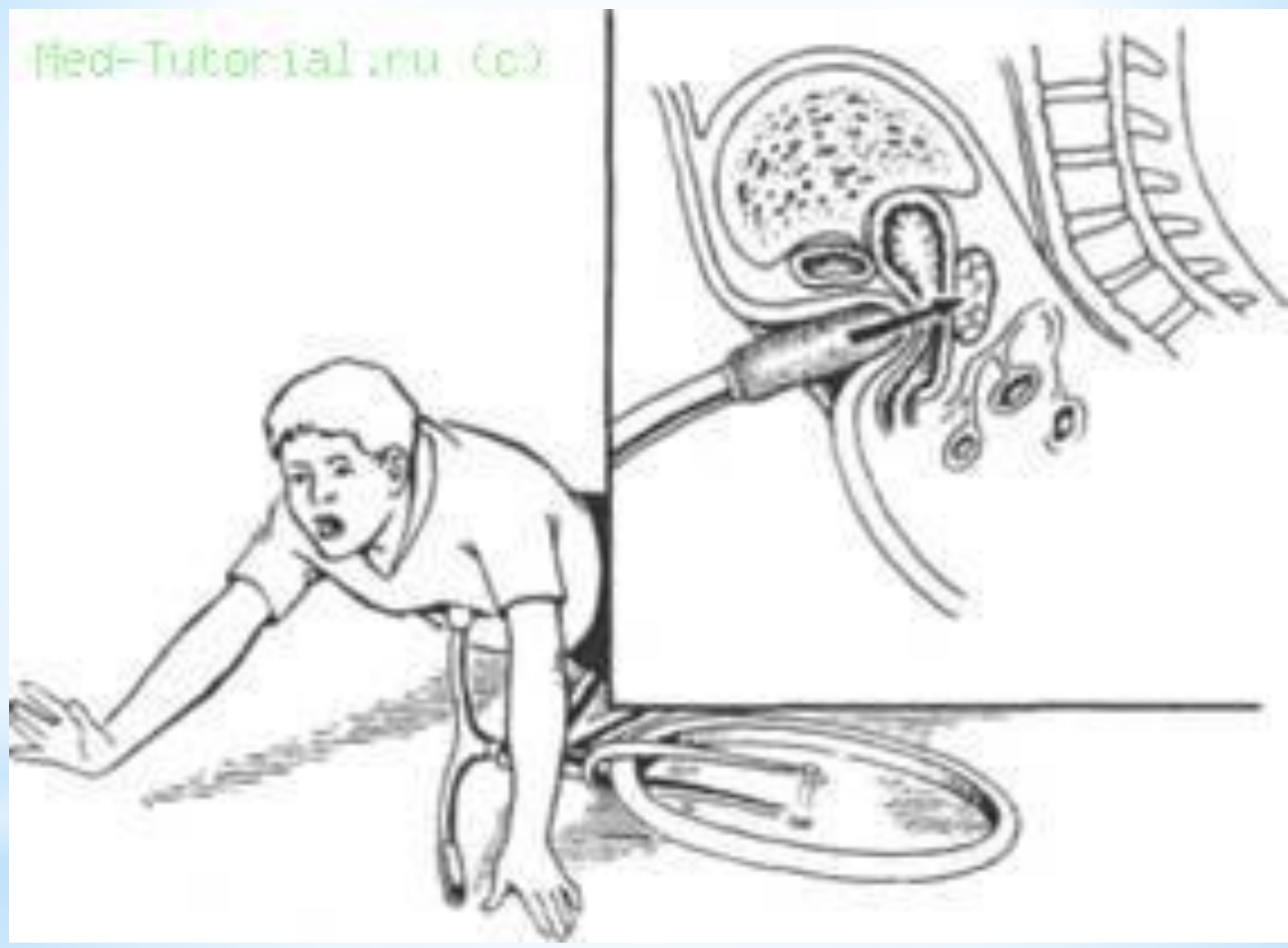
* ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

- * Закрытое повреждение селезенки составляет 20-30% от всей закрытой травмы живота. Чаще всего оно наблюдается при переломах нижних ребер левой половины грудной клетки - в проекции селезенки. Могут наступить разрыв, надрыв, размозжение ее ткани, образование подкапсульной гематомы, отрыв селезенки от ножки. Вследствие частого сочетания повреждений грудной клетки и травмы селезенки, иногда последняя диагностируется с опозданием или просматривается. Поэтому необходимо всем пациентам с такой травмой, даже при отсутствии болей в животе, проводить обследование с целью исключения повреждения селезенки.
- * В клинической картине превалирует признаки внутрибрюшного кровотечения: бледность кожных покровов, холодный пот, головокружение, шум в ушах, тахикардия, гипотония, коллапс. Положительные симптомы раздражения брюшины, френикус симптом слева, притупление в отлогих местах при большом количестве крови в животе, напряжение мышц живота в левой половине невыраженное или отсутствует. Характерен симптом «ваньки-встаньки», когда пациент предпочитает находиться в сидячем положении, при укладывании его на спину происходит усиление болей в левом подреберье и возникает затруднение дыхания, чувство нехватки воздуха. Это обусловлено давлением на левый купол диафрагмы гематомы в области разорванной селезенки, в то время как в сидячем положении гематома под действием силы тяжести припускается. Через 8-12 часов после разрыва нарастает клиника перитонита - наблюдается вздутие живота, напряжение мышц в левой половине, ослабление или отсутствие перистальтики, распространение боли по всему животу, более выраженный симптом Щеткина-Блюмберга.
- * При формировании подкапсульной гематомы клиники внутрибрюшного кровотечения, перитонита не определяется, пациентов беспокоят умеренные боли в левом подреберье. Однако в течение 1-3 суток возможен ее разрыв с появлением резких болей в животе, коллапсом и клиникой массивного внутрибрюшного кровотечения.
- * Диагностика: анамнез, «знаки травмы», ушибы грудной клетки и переломы нижних ребер левой половины грудной клетки, характерная клиническая картина. Диагностике помогает ультразвуковое исследование, которое позволяет оценить целостность органа, наличие разрывов, подкапсульных гематом, гематомы в области селезенки и свободную жидкость в брюшной полости. Рентгенологическое исследование - высокое стояние и ограничение подвижности левого купола диафрагмы. Наибольшую диагностическую ценность представляет диагностическая лапароскопия. Пациентам с тяжелым состоянием, при отсутствии возможности лапароскопической операции возможно выполнение лапароцентеза методом «шарящего катетера», выявление при этом крови и сгустков в брюшной полости является показанием к экстренной лапаротомии.
- * Лечение разрывов селезенки оперативное за исключением небольших подкапсульных гематом, в этом случае проводится динамическое наблюдение за состоянием пациента в стационарных условиях. В остальных случаях необходимо хирургическое вмешательство, как правило, выполняется спленэктомия. При небольших повреждениях возможно ушивание разрыва или гемостаз электро-, лазерной или плазменной коагуляцией (возможно и при лапароскопической операции), применение гемостатических губок. Желательным этапом операции является реинфузия излившейся в брюшную полость крови (при небольшой давности травмы). При этом она смешивается с антикоагулянтом (глюципр, гепарин) и вводится внутривенно. Летальность при травме селезенки 73,41%

* ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

- * Закрытая травма печени составляет 13,6-54% от всей закрытой травмы живота. Разрывы печени возникают при ударе в проекции печени, ушибах и переломах правых нижних ребер, падениях с высоты. Правая доля повреждается в 56,2%, левая - в 16,3%, ворота печени - в 10,9%, связки печени - в 6,8% случаев. Состояние пациента зависит от характера повреждения печени. При поверхностных и небольших внутриорганных разрывах состояние в момент поступления удовлетворительное, боли в правом подреберье постоянного характера и не очень интенсивные. Большие разрывы, гематомы и разможжения участков печени существенно утяжеляют состояние пациента, на первый план выходит геморрагический и травматический шок. Особенностью повреждений является поступление в брюшную полость кроме крови еще и желчи. Последняя, всасываясь брюшиной, поступает в кровь и приводит к появлению желтухи. Жирные кислоты угнетают синусовый узел сердца, что приводит к развитию брадикардии (симптом Финстерера). Постепенно появляются напряжение мышц в правой половине живота, симптом Щеткина-Блюмберга, ограничение участия живота в акте дыхания, ослабление перистальтических шумов. Все это свидетельствует о развитии перитонита, обусловленного поступлением в брюшную полость крови и желчи. Большие разрывы, помимо опасности смертельного кровотечения и желчного перитонита, вызывают серьезные нарушения функции печени и порой тяжелую интоксикацию на почве всасывания продуктов распада печеночной ткани.
- * Также возможно двухфазное течение разрыва с образованием и последующим разрывом подкапсулярной или внутриорганный гемматомы. Особенной клинической картиной обладают повреждения внепеченочных желчных протоков, когда их разрывы приводят к желчеистечению в брюшную полость и развитию желчного перитонита, при этом клиника внутрибрюшного кровотечения отсутствует.
- * Диагностике помогают ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование (ограничение в подвижности и высокое правого купола диафрагмы), компьютерная и магниторезонансная томография. Большую диагностическую ценность имеют лапароцентез (обнаружение в брюшной полости крови и желчи) и диагностическая лапароскопия.
- * Лечение повреждений печени в абсолютном большинстве случаев оперативное. Небольшие разрывы капсулы ушиваются или коагулируются (в том числе и при лапароскопической операции) электро-, лазерной или плазменной коагуляцией, применяются гемостатические губки. При больших разрывах производится ушивание печени П-образными швами, сегментарная и атипичная резекции, гемигепатэктомия. При разрывах желчного пузыря выполняется холецистэктомия. Разрывы внепеченочных желчных протоков ушиваются с обязательным наружным дренированием (по Холстеду-Пиковскому, Керу, Вишневскому) или формируется билиодигестивный анастомоз.

Med-Tutorial.ru (c)



* ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

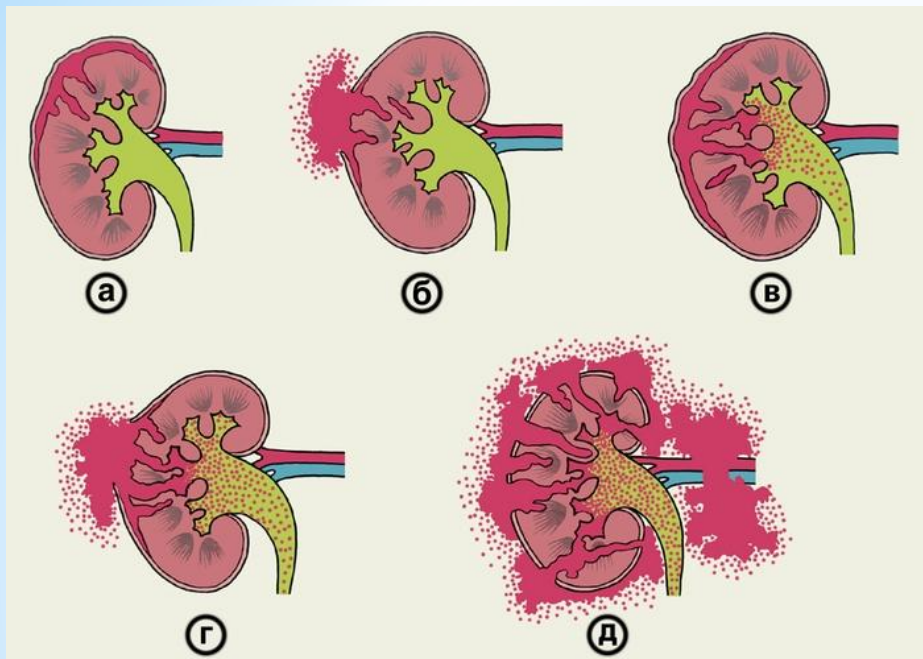
- * Закрытая травма поджелудочной железы составляет 1-4% от всей закрытой травмы живота. Чаще всего повреждение происходит при прямом ударе в эпигастральной области при расслабленных мышцах передней брюшной стенки. При этом в качестве упора выступает позвоночник, об который происходит разрыв поджелудочной железы в области головки и тела. Различают ушиб, внутриорганный гематому, разрыв поджелудочной железы (полный и неполный, с и без повреждением протока). Непременным признаком травмы поджелудочной железы является развитие посттравматического панкреатита. Состояние пациентов в первые часы после травмы зачастую остается нормальным, однако по мере прогрессирования панкреатита состояние ухудшается - боли усиливаются, носят опоясывающий характер, появляется тошнота и «неукротимая» рвота, повышается температура тела. Со стороны крови наблюдается лейкоцитоз, нейтрофилез, резко выраженный сдвиг формулы влево и повышенная СОЭ. В моче определяется высокий уровень диастазы, в крови - амилазы. При осмотре живота заметны признаки переза кишечника: живот вздут, перистальтические шумы ослаблены или не прослушиваются, рентгенологически определяются чаши Клойбера и пневматоз петель кишечника. Определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга вначале в верхних отделах брюшной полости, затем по всему животу за счет нарастания ферментативного перитонита. Диагностику помогают ультразвуковое и томографическое исследования, диагностическая лапароскопия, на которой в брюшной полости выявляются пятна стеатонекроза на сальнике и брюшине, наличие гематомы в забрюшинном пространстве и малом сальнике.
- * Лечение травм поджелудочной железы проводится дифференцированно. При гематомах, ушибах поджелудочной железы проводится консервативное лечение по принципам лечения острого панкреатита. Разрывы поджелудочной железы требуют оперативного лечения. Если не повреждены протоки, проводится ушивание капсулы железы с дренированием сальниковой сумки и парапанкреатической клетчатки. Если повреждены протоки, выполняется их ушивание или формируется панкреатооментобурсостома. При полном поперечном разрыве тела поджелудочной железы может быть выполнена резекция ее хвоста или тела с хвостом. Послеоперационная летальность при таких травмах достигает 27-45% и более.

* ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

- * При повреждениях забрюшинного пространства могут повреждаться почки и мочеточники, брюшная аорта или полая вена, и в большинстве случаев образуется забрюшинная гематома в виде имбибиции или полостной гематомы. Для этих травм характерны следы травмы на брюшной стенке или в поясничной области, болевой синдром с преобладающей локализацией боли в поясничной области, травматический или геморрагический шок. При обследовании пациента выявляются вторичные признаки внутреннего кровотечения - бледность, головокружение, слабость, коллапс, тахикардия и сниженное артериальное давление. Живот вздут за счет динамической непроходимости, наблюдается небольшое напряжение мышц, пальпаторная болезненность при глубокой пальпации пояснично-подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга или отсутствует или выражен слабо (перитонизм). В боковых областях живота определяется притупление перкуторного звука, не смещающееся при повороте туловища (симптом Джойса).
- * При забрюшинной гематоме без повреждения органов этой зоны показано консервативное лечение: покой, пункция и опорожнение гематомы, заместительная и гемостатическая терапия.
- * Повреждение аорты можно подтвердить выполнением ультразвукового доплерографического обследования, при необходимости выполняется ангиография. При разрывах аорты выполняется экстренная операция - ушивание разрыва или протезирование аорты. Значительное повреждение брюшной аорты сопровождается массивным быстрым кровотечением; такие пациенты редко поступают в стационар из-за гибели вскоре после травмы.
- * Наличие повреждений нижней полой вены с развитием и нарастанием забрюшинной гематомы является показанием к срочной операции ушивания разрыва и опорожнения гематомы. Только при небольших и ненарастающих гематомах возможна консервативная и наблюдательная тактика.

* ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

* Закрытая травма почек встречается в 10-12%.
Различают ушибы почек, разрывы почек (в том числе с повреждением чашечно-лоханочной системы), размозжение почки, повреждение почечных сосудов, отрыв почки от ножки или мочеточников. Классическая триада признаков включает: боль, забрюшинная гематома, гематурия (от микро- до макрогематурии). В случае повреждения чашечно-лоханочной системы и мочеточников моча попадает в околопочечную клетчатку и со временем развивается урофлегмона. Диагностика основывается на клинической картине, данных общего анализа мочи, ультразвукового или томографического обследования. Диагностике помогают внутривенная экскреторная урография (экстравазация контраста, деформация чашечно-лоханочной системы), радиоизотопная ренография, сцинтиграфия почек, ангиографическое исследование.



- * Лечение повреждений почек носит дифференцированный характер. При ушибах, небольших разрывах почек без прогрессирования паранефральной урогематомы лечение консервативное (холод, покой, гемостатическая терапия). При тяжелых повреждениях, сопровождающихся значительным разрушением почечной паренхимы, с существенными затеками крови и мочи в окружающие ткани и признаками шока показано хирургическое лечение. Выполняют: ушивание капсулы почки и ее паренхимы (с и без нефростомы), резекцию почки, ушивание лоханки, мочеточника или почечного сосуда, нефрэктомия (при значительных анатомических дефектах).

* Литература

* сайт student.bsmu.by

*Спасибо за
внимание!

