



ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА. ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЛЫХ ОРГАНОВ

Выполнила: студентка гр.ОП-509

Коробова К.Э.

2013

- Причинами закрытого повреждения органов брюшной полости обычно являются падение с большой высоты, автотравма, сдавление, реже – непосредственный прямой удар по животу или спине.
- Характер и степень повреждения зависят от механизма силы и места ее приложения, а также анатомического расположения органа.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДКА

У детей наблюдаются:

- ⦿ ушибы или надрывы серозномышечной оболочки желудка (обычно в сочетании с другими повреждениями внутренних органов)
- ⦿ и крайне редко — изолированные проникающие разрывы

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДКА

Характеризуется:

- ⦿ тяжелым шоком
- ⦿ бурным развитием острого перитонита
- ⦿ быстро нарастает интоксикация
- ⦿ рвота часто с примесью крови

Рентгенологически выявляется свободный газ в брюшной полости

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДКА

Изолированный ушиб желудка и надрывы серозномышечной оболочки имеют неопределенную клиническую картину:

- общее состояние в первые часы после травмы может быть тяжелым
- явления шока быстро ликвидируются проводимой терапией
- рвота бывает 1–2 раза
- жлобы на боль в надчревной области
- болезненная пальпация и перкуссия часто не позволяют исключить повреждения внутренних органов, что служит показанием к пробной лапаротомии

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДКА

- При проникающих разрывах срочную лапаротомию назначают параллельно с проведением противошоковых мероприятий
- Разрыв стенки желудка и надрывы серозномышечной оболочки зашивают двухрядным швом
- Операцию заканчивают одномоментным введением антибиотиков и зашиванием брюшной полости наглухо

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

- антибиотики широкого спектра действия (5–7 дней)
- физиотерапию (поле УВЧ)
- парентеральное питание на 2–3 сут
- кормление через рот жидкой пищей назначают с 3-го дня после вмешательства и проводят дробными порциями, постепенно расширяя диету
- на общий стол переводят к концу 3-й недели

ПОВРЕЖДЕНИЯ КИШЕЧНИКА

- Преимущественно возникает от прямого удара по животу, во время транспортных происшествий и при падении с высоты.
- Причиной внутрибрюшного разрыва прямой кишки, как правило, бывает падение на острый предмет промежностью, а у новорожденных и грудных детей — неумелое проведение медицинских манипуляций: ректальная термометрия, введение газоотводной трубки, клизменного наконечника.
- Сравнительно часто наблюдаются сочетанные повреждения.

ПОВРЕЖДЕНИЯ КИШЕЧНИКА

Все повреждения по характеру возникающих нарушений делятся на три основные группы:

1. ушибы, сопровождающиеся кровоизлиянием (гематомой) в стенку кишки, ссадинами и надрывами серозной и мышечной оболочек (без вскрытия просвета органа);
2. разрывы, проникающие в просвет кишки, с повреждением на ограниченном участке или по всей окружности (полный разрыв);
3. отрыв кишки от брыжейки.

Кроме того, следует учитывать локализацию повреждений (ДПК, тонкая или толстая кишка) . Каждая из этих групп имеет некоторые особенности клинической картины и хирургической тактики

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- При проникающих разрывах кишки в брюшную полость изливается кишечное содержимое и быстро развивается симптомокомплекс острого перитонита
- Однако у некоторых детей перфорация кишки может быть прикрыта или незначительных размеров, что ведет к замедленному развитию перитонеальных явлений
- Если повреждение кишки произошло без вскрытия просвета (ушиб, отрыв от брыжейки), то симптомы острого воспаления брюшины могут возникнуть в поздние сроки и только в случае некроза стенки травмированной кишки

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Наиболее ранним и постоянным признаком повреждения кишечника является **боль** в животе
- В первые часы после травмы ребенок обычно находится в **состоянии шока**
- **Общее состояние тяжелое**: ребенок адинамичен, вяло сопротивляется осмотру, старается избрать для себя наиболее «выгодное» положение, кожа бледная, иногда выражена синюшность кожи, черты лица заострены.
- **Гемодинамические нарушения**: частый пульс слабого наполнения, снижение артериального давления
- **Рвота** может быть однократной, при развитии перитонита может возникнуть повторно
- **Температура** тела субфебрильная, но вскоре достигает высоких показателей

ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ

- Болезненность при пальпации передней брюшной стенки (в первые часы после травмы над местом повреждения, позже, когда развились явления перитонита, — по всему животу)
- Можно определить напряжение мышц передней брюшной стенки
- При перкуссии живота: болезненность при перкуссии, иногда тимпанит над наиболее выпуклой частью живота, реже — притупление в отлогих местах.
- Симптом Щеткина—Блумберга может быть определен с достоверностью у детей старшего возраста и только в случаях развивающегося перитонита.

- ***Пальцевое ректальное исследование*** - при развитии перитонита: атоничный сфинктер, болезненность в зоне прямокишечноаточного или прямокишечнопузырного углубления
- ***Клинические анализы крови:*** умеренная анемия и лейкоцитоз со сдвигом в формуле влево
- ***Обзорная рентгенография брюшной полости*** в вертикальном положении или в латеропозиции: свободный газ в брюшной полости является абсолютным признаком разрыва полого органа, но отсутствие газа не дает права отвергнуть этот диагноз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАЗРЫВА ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

- Если травма сочеталась с **разрывом заднего листка** париетальной брюшины, то содержимое кишки быстро проникает в брюшную полость, и развивается картина **острого перитонита**
- **Без разрыва париетальной брюшины** в первые часы превалируют **явления шока** или общее состояние остается сравнительно **удовлетворительным**.

Затем появляются жалобы на усиливающиеся **боли** в верхних отделах живота, справа от пупка.

Появляется **рвота, повышается температура** тела до субфебрильных величин. Пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление снижается. Постепенно развивается клиническая картина «острого живота»

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

- Проникающие разрывы сопровождаются шоком, явлениями перитонита и иногда внутрибрюшным кровотечением
- Ребенок поступает в стационар в тяжелом состоянии, требующем немедленных реанимационных мероприятий.
- При полных разрывах кишки вскоре после травмы (2–3 ч) выявляются нарастающие явления перитонита
- Ушибы тонкой кишки часто протекают бессимптомно, однако имеющиеся подслизистые гематомы или тромбоз сосудов могут в последующем привести к некрозу стенки органа, его перфорации и развитию перитонита.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТРЫВА КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ ОТ БРЫЖЕЙКИ

- сопровождаются клинической картиной внутрибрюшного кровотечения и обычно выявляются только во время пробной лапаротомии. Если ребенку не оказана своевременная хирургическая помощь, то в первые 1–2 сут после травмы наступает гангрена петли кишки и возникает перитонит

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

- При **внутрибрюшном разрыве** старшие пациенты поступают в первые часы после травмы в тяжелом состоянии, с явлениями шока, что чаще всего связано с наличием сочетанной травмы (переломы, ушибы и др.)
- Дети жалуются на резкую болезненность в области раны промежности и нижних отделах живота. Общее состояние ухудшается, боли в животе усиливаются, появляется рвота, повышается температура тела. Пальпация брюшной стенки болезненна в нижних отделах живота, определяются симптомы раздражения брюшины. Свободная жидкость обычно не выявляется.
- Выделяющаяся из заднего прохода кровь позволяет заподозрить повреждение кишки.
- При пальцевом исследовании per rectum диагноз обычно не уточняется, так как разрыв локализуется сравнительно высоко, однако за пальцем появляются сгустки крови и каловые массы.
- Очистительная клизма при подозрении на внутрибрюшное повреждение прямой кишки **противопоказана**, так как вводимая при этом жидкость может дополнительно инфицировать брюшную полость.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

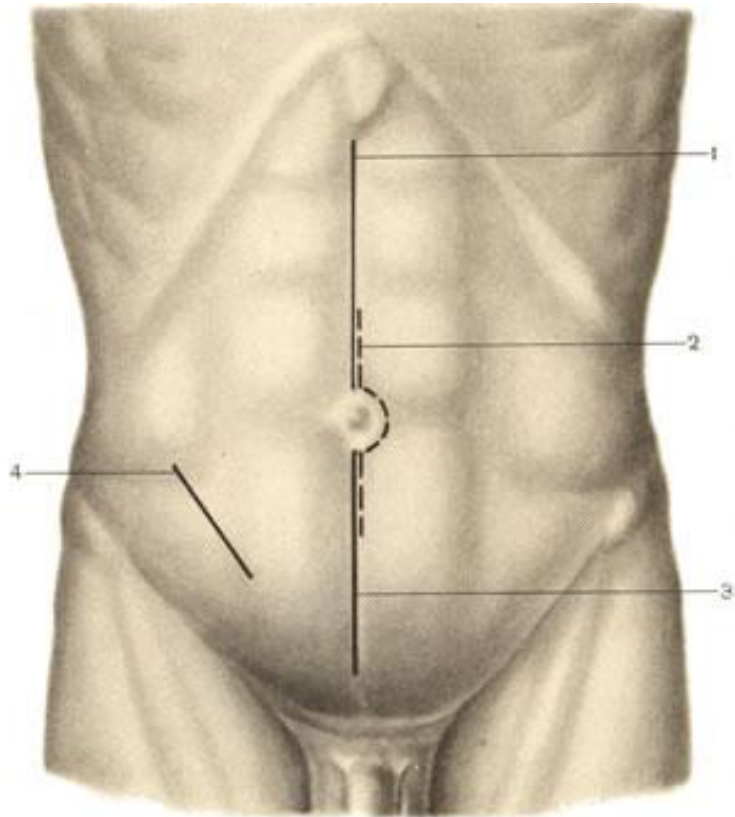
- Дети первых месяцев жизни, у которых перфорация прямой кишки произошла во время медицинских манипуляций, обычно поступают в крайне тяжелом состоянии, что связано с имеющимся основным заболеванием (острая форма болезни Гиршпрунга, энтероколит, сепсис и др.) и прогрессирующим перитонитом.
- Общее состояние ребенка ухудшилось внезапно во время выполнения клизмы или вскоре после введения газоотводной трубки. Вначале возникло резкое беспокойство, сменяющееся вялостью. Ребенок отказывался от груди матери, появлялась рвота. Температура тела повышалась до 38–39 °С.
- При объективном осмотре ребенок адинамичен. Живот вздут, имеется отечность нижних его отделов, переходящая на мошонку у мальчиков или наружные половые органы у девочек. Пальпация передней брюшной стенки болезненная, перкуторно выявляют тимпанит во всех отделах (иногда в отлогих местах определяется жидкость).

ЛЕЧЕНИЕ

- Установленный диагноз повреждения кишечника является прямым показанием к неотложному хирургическому лечению после кратковременной интенсивной подготовки (выведение из шока).
- В неясных случаях активное наблюдение за ребенком проводят в течение 2–6 ч и, при невозможности исключить повреждение, решают вопрос в пользу пробной лапаротомии.
- Если ребенок поступил в тяжелом состоянии, с явлениями шока, и окончательная диагностика в связи с этим невозможна, то лечение начинают с противошоковых мероприятий.
- После того как общее состояние улучшается, диагноз становится более очевидным, и ребенку производят лапаротомию.
- Обезболивание – эндотрахеальный наркоз с управляемым дыханием.
- Необходимо адекватное переливание крови, количество которой должно превышать потери на 0,1–0,3 л (в зависимости от возраста).

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КИШЕЧНИКА

- Производят срединную верхнюю лапаротомию от мечевидного отростка до пупка
- Производят ревизию



ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КИШЕЧНИКА

- Для разрывов двенадцатиперстной кишки характерно наличие забрюшинной гематомы, часто выявляются окрашивание брюшины желчью и небольшая эмфизема
- Выделившиеся при вскрытии брюшины газ и кровянистая жидкость с примесью кишечного содержимого указывают на повреждение полого органа. В таких случаях электроотсосом удаляют имеющийся выпот и производят ревизию кишечника.
- Дальнейшее хирургическое пособие определяется найденными патологическими изменениями.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КИШЕЧНИКА

- **Повреждение двенадцатиперстной кишки** обнаруживают путем рассечения брюшины над гематомой, разделением имбибированной кровью брыжейки ободочной кишки или желудочно-ободочной связки. Отверстие в кишке зашивают двухрядным швом. Обширный разрыв и размозжение являются показаниями к резекции поврежденного участка.
- **Разрывы тонкой кишки** обычно имеют вывороченную по краям слизистую оболочку и мало кровоточат. Швы (два ряда) накладывают в поперечном направлении для предупреждения сужения просвета. При циркулярных разрывах, обширном дефекте или близком расположении друг от друга нескольких ран производят резекцию кишки в пределах здоровых тканей и создают анастомоз «конец в конец».
- **Отрывы кишечной петли** от брыжейки и обширные кровоизлияния в стенку органа с нарушением кровоснабжения также являются показанием к резекции.
- Неправильная оценка жизнеспособности кишки при ее ушибах может привести к необходимости повторных тяжелых операций.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КИШЕЧНИКА

- **Разрывы толстой кишки** зашивают трехрядными швами. В случаях циркулярного разрыва или разможнения кишки общее состояние ребенка обычно не позволяет произвести одномоментную резекцию. Поврежденные отрезки кишки выводят, создавая противоестественный задний проход.
- **При внутрибрюшинном ранении прямой кишки** кишечные петли смещают кверху и вправо, затем отграничивают салфетками и подтягивают в рану поврежденную часть прямой кишки. Рану ее стенки зашивают трехрядными швами. Полость малого таза промывают раствором новокаина с антибиотиками.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КИШЕЧНИКА

- Операцию заканчивают зашиванием брюшной полости наглухо после одномоментного вливания антибиотиков (суточная возрастная доза)
- В случаях поздней операции, наличия перитонита в брюшную полость через отдельный прокол вводят ниппельный дренаж для вливания антибиотиков в послеоперационном периоде.
- Тампонирование показано крайне редко – при наличии флегмоны, развившейся в связи с поздно диагностированным разрывом забрюшинной части двенадцатиперстной кишки.
- При ранениях прямой кишки через поврежденную промежность рану последней послойно зашивают наглухо.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- парентеральное питание
- ежедневные трансфузии крови или плазмы
- введение антибиотиков (через дренаж — 3—4 дня, подкожно — 5—7 дней)
- введение сердечных средства
- показана продленная эпидуральная анестезия (4—5 дней)
- для предупреждения пневмонии проводят оксигенотерапию, дыхательную гимнастику
- швы снимают на 8—9й день
- курс противовоспалительной и противовоспаечной физиотерапии

В случаях выведения толстой кишки образованный противоестественный задний проход закрывают через 3—4 нед после того, как полностью нормализовалось общее состояние ребенка.

ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- Внутрибрюшные разрывы: при наполненном мочевом пузыре вследствие сильного сдавления или удара в нижнюю часть живота, при падении с высоты, моча изливается в брюшную полость
- Внебрюшные повреждения чаще всего возникают при травмировании отломками костей таза, моча изливается в околопузырную клетчатку

ЛЕЧЕНИЕ

- Протившоковая терапия
- Оперативное лечение:
 - Внутрибрюшной разрыв - осушение и санация брюшной полости, ушивание дефекта
 - Внебрюшной разрыв - ушивание дефекта, дренирование околопузырной клетчатки

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Внутрибрюшные разрывы - признаки раздражения брюшины, самостоятельное мочеиспускание отсутствует
- Внебрюшные разрывы: резкая болезненность и выбухание над лоном. Мочеиспускание болезненное, моча окрашена кровью, иногда непрерывные позывы к мочеиспусканию без выделения мочи
- Диагностика - восходящая цистография

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т./Под ред. Ю.Ф.Исакова. - ГЭОТАР-МЕД, 2004. - Т.2.
- Срочная хирургия детей: руководство для врачей./Г.А.Баиров - СПб.: Питер Пресс, 1997