

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

СТУДЕНТ: ТАРАСОВ Е.А. ОП-505

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Закрытая травма органов брюшной полости составляет 3% всех повреждений у детей. Чаще всего страдают паренхиматозные органы (селезёнка, печень, почки, поджелудочная железа). Из полых органов в основном травмируется двенадцатиперстная кишка.

Абдоминальную травму преимущественно регистрируют у детей в возрасте от 9 до 12-13 лет, чаще у мальчиков. Наибольшее количество повреждений приходится на весенние и осенние месяцы. Основными причинами травм бывают неорганизованный досуг и несоблюдение правил дорожного движения. В последние десятилетия отмечен рост травматизма при автомобильных катастрофах.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от характера и глубины повреждения паренхиматозного органа различают следующие виды травм органов брюшной полости:

- Ушибы с субсерозными и подкапсульными гематомами.
- Внутриорганные гематомы.
- Трещины и разрывы паренхимы с нарушением целостности капсулы.
- Размозжение.
- Отрывы частей или целого органа.

ЭТИОЛОГИЯ, МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ

Закрытая травма органов брюшной полости происходит при сильном ударе по животу или спине, автомобильной травме, падении с большой высоты, сдавлении и т.п.

Среди факторов, влияющих на степень и тяжесть повреждения внутренних органов брюшной полости, большое значение имеет их состояние в момент травмы. Активное напряжение мышц брюшной стенки предохраняет внутренние органы от повреждения.

СИМПТОМЫ РАЗРЫВА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ:

- бледность
- слабость
- жажда
- перкуторно определяемое наличие жидкости в животе перемещающейся при перемене положения тела,
- частый пульс слабого наполнения,
- учащенное и поверхностное дыхание без участия мышц передней брюшной стенки,
- полуобморочное состояние.

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ПЕЧЕНИ

Классификация повреждений печени.

1. Закрытые повреждения.

А. Вид повреждения: разрывы печени с повреждением капсулы; субкапсулярные гематомы, центральные разрывы или гематомы печени, повреждения внепеченочных желчных путей и сосудов.

Б. Степень повреждения:

- ⊙ поверхностные трещины и разрывы глубиной до 2см,
- ⊙ разрывы глубиной от 2-3см до половины толщи органа,
- ⊙ разрывы глубиной более половины толщи органа и сквозные разрывы, размозженные части печени или расчленение на отдельные фрагменты.
- ⊙ В. Локализация повреждения (по долям и сегментам).
- ⊙ Г. Характер повреждения внутрипеченочных сосудов и желчных протоков.

2. Открытые повреждения. Огнестрельные: пулевые, дробовые и осколочные, колото - резанные.

3. Сочетания закрытых и открытых повреждений:

- ⊙ Селезенка.
- ⊙ Поджелудочная железа
- ⊙ Желудок.
- ⊙ Двенадцатиперстная кишка.
- ⊙ Тонкая кишка
- ⊙ Толстая кишка.
- ⊙ Сосуды брюшной полости и забрюшинного пространства.

КЛИНИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ:

- ⦿ Боль в животе постоянного характера, чаще в правом подреберье или правой половине живота, реже по всему животу.
- ⦿ Тошнота и рвота. Изредка наблюдается рвота цвета кофейной гущи.
- ⦿ Отмечается бледность лица, слизистых оболочек, склер. Чем младше ребенок, тем чаще можно отметить цианоз носогубного треугольника.

- Тахипноэ.
- Пульс чаще ускоренный, реже – замедленный.
- При пальпации: ссадины, гематомы.
- Пальпацию живота начинают с нижних отделов.
- Характерен «симптом пупка» – резкая болезненность при надавливании на пупок, возникающая вследствие натяжения круглой связки печени.
- Симптом Куленкампа болезненность при пальпации живота и отсутствие при этом мышечного напряжения.
- Напряжение мышц наблюдается у большинства пострадавших

ДИАГНОСТИКА:

- Ограничение подвижности правого купола диафрагмы.
- Затемнение правого фланка живота с оттеснением правой половины толстой кишки к средней линии.
- При сочетании повреждения печени с разрывом полого органа в брюшной полости определяются воздух под диафрагмой и широкий уровень жидкости.
- Уменьшение объема эритроцитов и падение гематокритного числа при кровопотере.
- Лейкоцитоз характерен для повреждения печени, содержание лейкоцитов в периферической крови достигает $(15-25) \times 10^9 / \text{л}$.

ПОВРЕЖДЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ.

Травма селезенки является одним из наиболее частых видов повреждений. Закрытая травма селезенки возникает вследствие прямого удара в область левого подреберья, сдавления нижних отделов грудной клетки, силы инерции (падение с высоты). При закрытой травме груди встречаются повреждения селезенки отломками ребер. Разрыв капсулы селезенки с опорожнением подкапсульной гематомы и кровотечением в брюшную полость возникает на 3-7-е сутки после травмы. Известны случаи более позднего возникновения вторичного разрыва.

По характеру патологоанатомической картины различают четыре основных вида разрывов селезенки:

- 1) поверхностные (надрывы капсулы);
- 2) подкапсульные гематомы;
- 3) разрывы капсулы и паренхимы;
- 4) отрыв селезенки от сосудистой ножки.

- Тяжелые повреждения с быстро нарастающим кровотечением.
- Повреждения средней тяжести с менее интенсивным внутрибрюшным кровотечением, чем в первой группе, но с явными признаками острой кровопотери.
- Повреждение селезенки с образованием центральной или подкапсульной гематомы (двухмоментный разрыв).

КЛИНИКА ПОВЕРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ

Диагностика затрудняется из-за отсутствия четких симптомов, связанных именно с ранением селезенки.

Основная жалоба в первые часы после травмы — боль в области левого подреберья (у 90% больных), реже в верхнем отделе живота, распространявшаяся в другие отделы и нередко иррадирующая в левое плечо, левую лопатку.

Раздражение брюшины, напряжение брюшной стенки, выраженная болезненность при пальпации живота выявляются часто.

При изолированных повреждениях селезенки зачастую выявляется несоответствие между резкой болезненностью и незначительным напряжением мышц передней брюшной стенки (симптом Куленкампа).

ДИАГНОСТИКА:

Косвенными рентгенологическими симптомами повреждения селезенки являются ограниченная подвижность купола диафрагмы и неполное развертывание реберно-диафрагмального синуса слева. Иногда отмечается затемнение с левой половине брюшной полости и более высокое, чем обычно, расположение воздушного пузыря желудка.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Классификация повреждений поджелудочной железы

- 1. По функциональному состоянию поджелудочной железы в момент травмы:
 - в фазе функционального покоя; в фазе активной секреции.
- 2. По отношению к другим органам и тканям:
 - изолированные;
 - сочетанные;
 - комбинированные.

- 3. По характеру:
 - закрытые;
 - открытые — огнестрельные, колото-резаные;
 - эндогенные.
- 4. По локализации: головка; тело; хвост; их сочетания.
- 5. По характеру повреждения паренхимы и главного панкреатического протока:

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

При массивной травме возникают кровотечения в брюшную полость, симптомы травматического шока. В более поздние сроки появляются признаки травматического панкреатита, а в случае повреждения полых органов возникает перитонит. Больные предъявляют жалобы на резкие боли в верхнем отделе живота, иррадиирующие в спину, нередко носящие характер опоясывающих, тошноту, рвоту.

ЛЕЧЕНИЕ:

ПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИИ

- Неопределённость клинической картины и данных дополнительных методов исследования.
- Невозможность исключить повреждение внутренних органов в процессе динамического наблюдения, особенно при сочетанной травме.

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СКОРОСТИ И ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ

- ⦿ **Легкая степень**— потеря до 10-12% ОЦК (500-700 мл., гематокрит более 30 % и дефицит глобулярного объема до 20 %).
- ⦿ **Средняя степень**— потеря до 15-20% ОЦК (1000-1400 мл., гематокрит 25 – 30 % и дефицит глобулярного объема 20 – 30 %).

- ◎ **Тяжелая степень**— потеря 20-30% ОЦК (1500-2000 мл., гематокрит менее 25 % и дефицит глобулярного объема более 30 %).
- ◎ **Массивная кровопотеря**— потеря более 30% ОЦК (более 2000 мл).

