

Травмы живота



- **Травмы живота** – обширная группа тяжелых повреждений, в большинстве случаев представляющих угрозу для жизни пациента.
- **Закрытая травма живота**
 - — нарушение анатомической структуры и функции органов брюшной полости, возникающее под действием физических факторов внешней и внутренней среды организма при сохранении целостности кожных покровов и слизистых оболочек.
- К **открытым травмам живота** относят ранения.

- **Классификация закрытых травм живота**

- ***По происхождению:***

- – бытовые
- – уличные;
- – производственные;
- – с/хозяйственные;
- – спортивные.

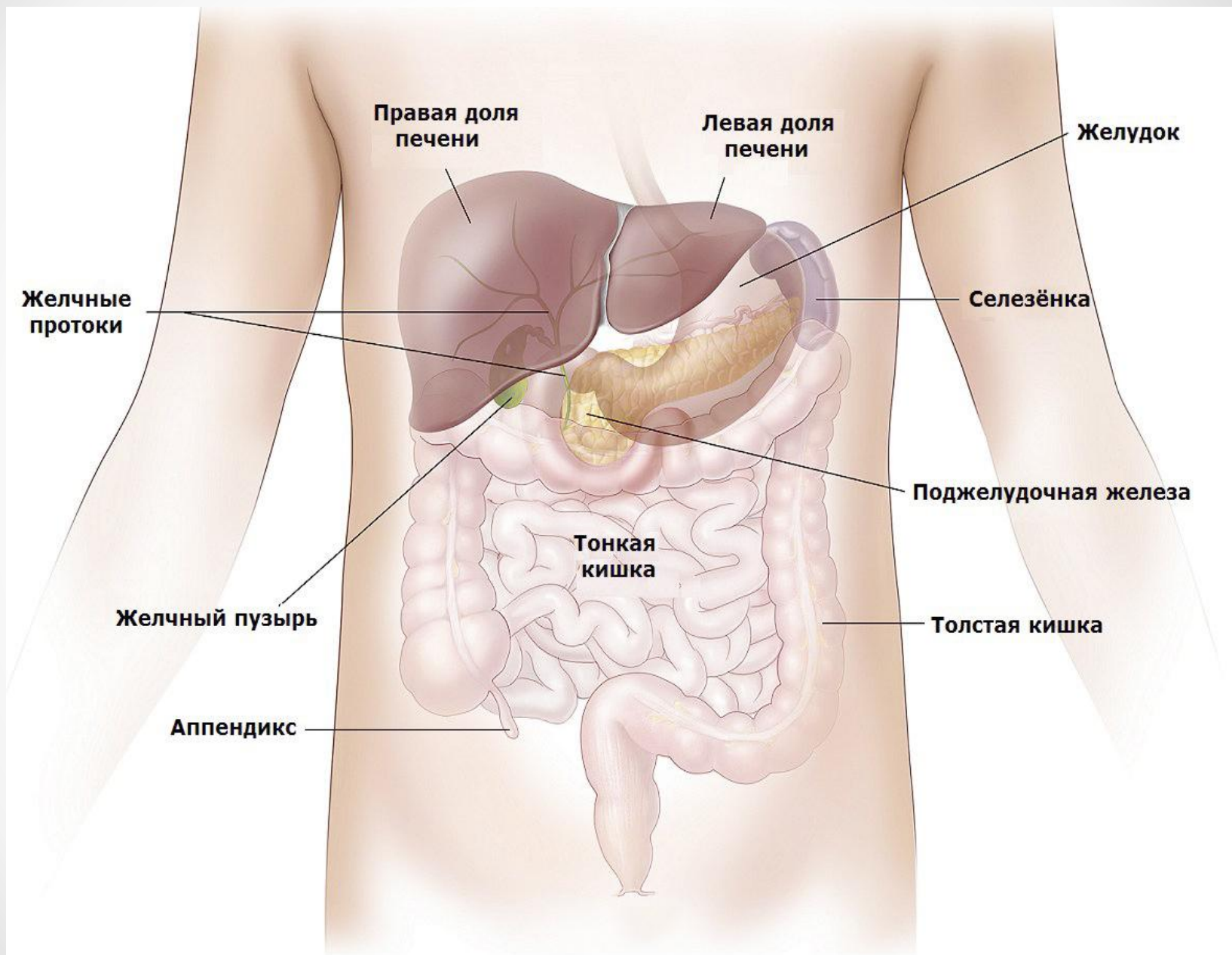


- **По механизму возникновения:**
- – в результате прямого удара;
- – вследствие сдавления;
- – в результате падения с высоты;
- – вследствие воздействия ударной волны;
- – в результате воздействия нескольких факторов.



- **По анатомическим признакам:**
- 1) закрытая травма брюшной стенки:
 - – ушиб;
 - – гематома;
 - – разрыв мышечно-апоневротических структур;
- 2) закрытая травма органов брюшной полости:
 - – травма полых органов;
 - – травма паренхиматозных органов;
- 3) повреждения забрюшинного пространства.





- **Клиническая картина закрытой травмы живота:**
- Ушиб брюшной стенки проявляется
- - локальной припухлостью и болезненностью, иногда видны ссадины, кровоизлияния.
- Болезненность усиливается при изменении положения тела, кашле, чихании, акте дефекации.
- Отсутствуют клинические и лабораторно-инструментальные признаки перитонита и внутреннего кровотечения.

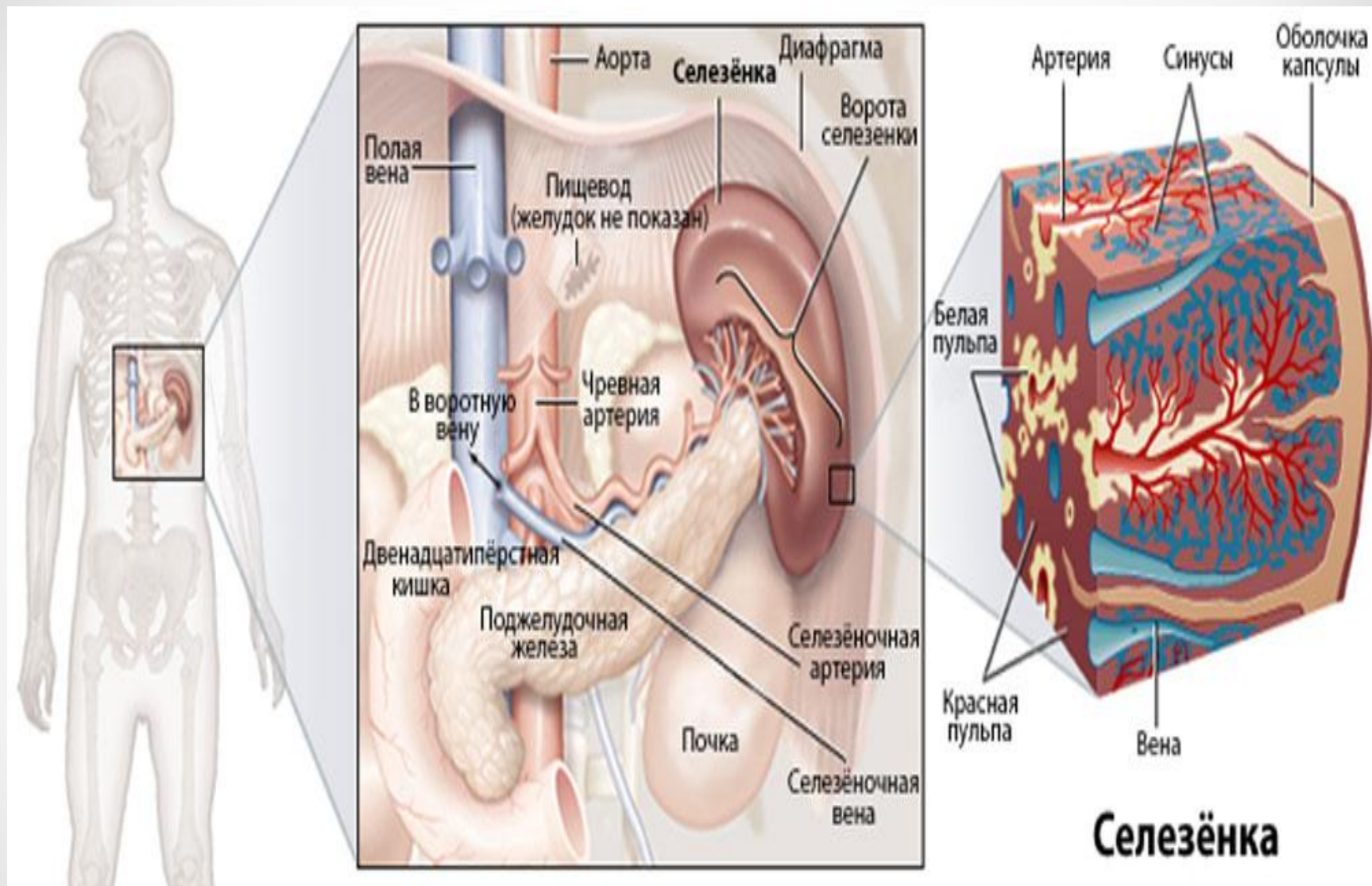
- Разрыв мышц и фасций брюшной стенки характеризуется такими же признаками, однако боль бывает выражена более резко, вследствие чего возникает рефлексорный парез кишечника (динамическая кишечная непроходимость) и вздутие живота.
- При разрыве мышц появляются кровоизлияния и могут образовываться гематомы, которые иногда распространяются далеко за место травмы.
- Окончательный диагноз повреждения передней брюшной стенки ставится тогда, **когда исключается разрыв полых или паренхиматозных органов брюшной полости!**



• **Повреждения паренхиматозных органов**

- - повреждения печени, селезенки, поджелудочной железы, почек.
- Особенностью этих органов является жесткое их положение (фиксация связками печени и селезенки, расположение поджелудочной железы и почек в слое клетчатки), что обуславливает малую смещаемость этих органов.
- **Различают:**
 - - поверхностные разрывы, или разрывы капсулы органа,
 - - глубокие разрывы,
 - - размозжения,
 - - отрывы части органа,
 - - полные разрывы

- **Паренхиматозные органы живота (печень и селезенка) при закрытых травмах повреждаются чаще, чем полые.**
- **Повреждение печени при травме живота** встречается часто.
- Обусловлено это:
 - - большими размерами печени и ее расположением
 - - малой эластичностью и непрочностью ее паренхимы.
- При патологических изменениях в паренхиме разрывы печени могут быть и при небольшой травме (падение на ровном месте, роды, акт дефекации).
- Разрывы и трещины могут быть подкапсульные, но при значительной травме отрываются отдельные части печени.
- **Селезенка**, имея более рыхлую пульпу без прочной стромы, повреждается чаще других органов.



- **Обратите внимание!**
- Печень и селезенка имеют плотную капсулу, под которой через некоторое время после травмы (часы и даже сутки) может накапливаться кровь и образуется гематома.
- В последующем после надрыва капсулы гематома опорожняется в живот и развивается типичная картина повреждения паренхиматозного органа с внутрибрюшным кровотечением.
- Это двухэтапные разрывы печени и селезенки, которые сложны в диагностическом плане, так как манифестация повреждения наступает не сразу, а в некотором интервале (от нескольких часов до суток и более).

- **Повреждения полых органов** (желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки, мочевого пузыря)
- **Клинические проявления** повреждений полых органов живота **основаны на признаках раздражения брюшины.**
- Истечение биологически активных жидкостей (кровь, желчь, моча, кишечное содержимое) в брюшную полость при нарушении целостности стенки полого органа придает болям разлитой характер без четкой локализации.
- С течением времени интенсивность болей постепенно нарастает, так же как и более отчетливыми становятся **признаки раздражения брюшины.**

- **Наиболее информативны из них следующие.**
- - Напряжение мышц передней брюшной стенки (**мышечный дефанс**).
- **Симптом Менделя** - боль возникает при легком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке.
- **Симптом Мортона** - давление на переднюю брюшную стенку вызывает боль.
- **Симптом Щеткина-Блюмберга** - после мягкого надавливания пальцами на переднюю брюшную стенку и быстрого отпускания возникает резкая боль. [видео\Симптом Щеткина Блюмберга.mp4](#)

- **По мере накопления жидкости в отлогах отделах живота перкуторно начинает определяться притупление.**
- После выявления тупости перкуссию проводят, повернув пациента на другой бок. Притупление при этом тоже перемещается, но на меньшей площади (за счет фиксированных сгустков крови) – **симптом Бэлленса.**
- Если притупление в боковом отделе живота не смещается при поворачивании пациента, следует подозревать забрюшинную гематому или кровоизлияние в корень брыжейки – **симптом Джойса.**



- Вышедший из желудка или кишечника газ концентрируется чаще всего под правым куполом диафрагмы, следствием чего является исчезновение печеночной тупости – **СИМПТОМ Кларка-Спизарского**.
- Пострадавший занимает вынужденное положение на левом боку с поджатыми к животу ногами, а при попытке перевернуть его на спину или правый бок он возвращается в прежнее положение — **симптом Розанова («ваньки-встаньки»)**.
- При этом пациенты отмечают сильную боль в левом плече – **симптом Кера**.



- **ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ**

- – **боль в животе.**

- Боль может быть различной локализации, интенсивности и иррадиации.
- Чаще всего боль соответствует локализации травмы, но в некоторых случаях боль в области травмы незначительная, однако в зоне иррадиации может быть выраженной.
- При повреждении
 - - **печени** боль иррадирует в правое плечо,
 - - **селезенки** – в левое плечо,
 - - **поджелудочной железы** – в поясничную область, обе надключичные области, левое плечо.
- При ранениях и разрывах **желудка и двенадцатиперстной кишки** боли «кинжальные», типичные для перфоративной язвы.
- При ранениях и разрывах **тонкой кишки** боль может быть различной локализации и интенсивности, **толстой кишки** (внутрибрюшных отделов) – как правило резкая.
- Для ранений **забрюшинных отделов толстой кишки** характерна тупая постоянная боль.

- **Рвота** в ближайшее время после травмы носит рефлекторный характер, далее становится застойной при развитии перитонита. При повреждении желудка может быть примесь крови в рвотных массах.
- **Задержка стула и газов** чаще развивается при перитоните, однако может быть из-за паралитической непроходимости при забрюшинной гематоме.
- **Выделение крови из прямой кишки** может свидетельствовать о ее повреждении.

- Характерны жалобы, связанные с **кровопотерей**:
 - резкая слабость,
 - коллаптоидные состояния,
 - головокружение,
 - холодный пот,
 - нарушения зрения.
- **Дизурические расстройства**, макрогематурия говорят о повреждении органов мочевыделительной системы. Следует помнить, что анурия может быть связана с падением артериального давления ниже 90 мм. рт. ст.

- **Положение пациента обычно вынужденное.**
Чаще всего пострадавший лежит на спине или на боку с приведенными к животу бедрами.
- При внутрибрюшном кровотечении может наблюдаться симптом «ваньки-встаньки», когда пациент стремится занять сидячее положение.
- Для **кровотечения в брюшную полость** характерными признаками являются:
 - - бледность кожи и слизистых оболочек,
 - - холодный липкий пот,
 - - частый пульс слабого наполнения,
 - - снижение артериального давления,
 - - частое поверхностное дыхание.

- **При развитии перитонита выявляются перитонеальные симптомы:**
- - **Щеткина-Блюмберга,**
- - **Воскресенского** ((симптом «рубашки») – усиление болезненности при проведении рукой сверху вниз от мечевидного отростка к подвздошным областям слева и справа. Является перитонеальным симптомом) [видео\Симптом Воскресенского.mp4](#)
- - **Раздольского** (болезненность при перкуссии в правой подвздошной области. Является перитонеальным симптомом). [видео\Симптом Раздольского \(1\).mp4](#)
- При внутрибрюшном кровотечении наблюдается перитонизм (симптом **Куленкампа**: перитонеальная симптоматика при отсутствии напряжения).

- **Диагностика**

- - У каждого пациента необходим тщательный сбор жалоб, анамнеза и выяснение обстоятельств и механизма травмы.
- - Обязательно берется кровь на определение содержания алкоголя.
- - О травме передается информация в милицию.
- При осмотре живота обращают внимание на:
 - - участие передней брюшной стенки в акте дыхания,
 - - наличие симметричного и локального вздутия.

- **Перкуторно** при повреждении полого органа может исчезнуть печеночная тупость (симптом Спигарного), при наличии жидкости – притупление в отлогих местах живота.
- **Аускультативно** при перитоните или паралитической непроходимости может наблюдаться отсутствие кишечных шумов (симптом Шланге).
- В обязательном порядке проводится **пальцевое ректальное исследование** (выявляется нависание и резкая болезненность тазовой брюшины, дефекты стенки прямой кишки, наличие костных отломков при переломе костей таза, наличие патологических примесей).

- **Лабораторная диагностика.**
- В ОАК наиболее значимыми показателями являются снижение эритроцитов, гемоглобина и гематокрита при кровопотере, а также лейкоцитоз при воспалительном процессе.
- Все сдвиги происходят только через несколько часов после травмы.
- В ОАМ при травме почки наблюдается гематурия, при повреждении поджелудочной железы амилазурия.
- Биохимический анализ крови при абдоминальной травме неспецифичен.

- **Зондирование**

Получение крови по зонду, заведенному в просвет желудка или двенадцатиперстной кишки, является одним из признаков травмы.

- **Катетеризация мочевого пузыря**

- **Лучевые методы исследования:**

- - ультразвуковое исследование

При ультразвуковой диагностике можно выявить наличие свободной жидкости в брюшной полости, разрыв паренхиматозных органов (селезенки, печени, почек, поджелудочной железы), забрюшинную гематому. В некоторых случаях определяется свободный газ.

- - рентгенологическое исследование

Позволяет выявить газ под куполом диафрагмы, разрыв полого органа при тупой травме живота, обнаружить инородные тела и определить их локализацию (например, пули и дробь при огнестрельных ранениях в живот), обнаружить повреждение таза, оценить сопутствующее повреждение органов грудной клетки, выявить разрыв диафрагмы.

- - компьютерная томография



- К **инвазивным методам инструментальной диагностики** относятся:
- **Лапароцентез** выполняется при невозможности исключить повреждение внутренних органов за счет неясной клинической картины.
- **Лапароскопия** – метод визуальной оценки повреждений внутренних органов, позволяет установить диагноз, остановить кровотечение, санировать брюшную полость.
- **Диагностическая лапаротомия** – самый информативный, но и самый травматичный метод диагностики.

- **Осложнения травм живота**

- - Разрыв мышц брюшной стенки через определенное время может привести к появлению грыжи.
- - Внутрибрюшное кровотечение без соответствующего своевременного лечения угрожает жизни.
- - Разрыв полого органа без своевременной операции вызывает развитие перитонита (воспаление брюшины), что приводит к сепсису (заражение крови) и летальному исходу.



- **Неотложная медицинская помощь**
- **На догоспитальном этапе** при абдоминальной травме:
 - 1. Придать пострадавшему положение, лёжа на боку или спине с согнутыми в коленях ногами;
 - 2. При нарушении дыхания, обеспечить проходимость ВДП и проводить ИВЛ: при самостоятельном дыхании обеспечить подачу кислорода.



- 3. При открытых повреждениях живота введение анальгетиков (ненаркотическими препаратами (3% - 1мл кеторолака или 5% - 1-2 мл трамадола) или наркотическими анальгетиками (1%-1мл морфина, 0,005% - 1-2мл фентанила; 1 мл 2% раствора тримеперидина), **при закрытой травме обезболивание противопоказано!**
- 4. При тяжелом состоянии на месте происшествия начинают противошоковую терапию (установить ПВК при необходимости 2-х и более и проводить инфузионную терапию под контролем АД (АДсист. не менее 90мм рт. ст.).
- 5. При возбуждении (судорогах) – 0,5% - 2-4 мл диазепама внутривенно;
- 6. При открытой травме обработать края раны 3% раствором перекиси водорода.
- 7. Ранящие предметы не извлекать
- 8. Наложить асептическую повязку

- 9. При **эвентрации**:
- кожу живота вокруг раны необходимо обработать антисептическим раствором
- выпавшую петлю кишки или орган аккуратно и бережно обернуть стерильной салфеткой
- обильно смоченной теплым изотоническим раствором натрия хлорида
- наложить асептическую повязку
- вправлять выпавшие внутренности запрещается
- 10. Запретить приём пищи и воды.
- 11. Холод на область живота .
- 12. Срочно транспортировать в хирургический стационар, обязательно в положении лежа на щите.

- **Лечение травмы живота**

- - Некоторые пациенты с закрытой травмой живота, не сопровождающейся внутрибрюшным кровотечением или разрывом полого органа, подлежат консервативному лечению.
- - При подтверждении диагноза внутрибрюшного кровотечения, разрыве полого или паренхиматозного органа необходимо выполнение широкой срединной лапаротомии.
- - Подкапсульный разрыв селезенки требует динамического наблюдения. Он опасен возможным отсроченным разрывом капсулы с обильным кровотечением в брюшную полость (двухмоментный разрыв селезенки), что потребует экстренной операции.

- **Травмы передней брюшной стенки с разрывом мышц и развитием гематомы требуют консервативного лечения:**
- - постельный режим,
- - местное применение холода
- - физиотерапевтические процедуры, способствующие рассасыванию гематомы.
- При больших размерах гематомы возможно выполнение пункции, а при нагноении – вскрытие и дренирование образовавшегося абсцесса.

- **Организация работы медицинской сестры. Особенности специального ухода за пациентами с повреждениями живота и органов брюшной полости**
- - После операции необходим строгий постельный режим,
- - наблюдение за пациентом, мониторинг ЧСС, АД, ЧДД, t° ,
- - выполнение врачебных назначений,
- - соблюдение правил асептики,
- - профилактика пролежней
- - профилактика послеоперационных осложнений (кровотечение из раны, внутреннее кровотечение, желудочно-кишечное кровотечение, вторичные кровотечения из краев раны, расхождение краев раны, инфицирование раны, несостоятельность швов, послеоперационная пневмония, тромбофлебит нижних конечностей, паротит, пролежни, психопатологические синдромы).

- **ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ**

- Повреждения печени наблюдаются у 20–25% пострадавших с травмой живота. Закрытая травма печени возникает от прямого удара, противоудара (о ребра и позвоночник) и сдавления. При колото – резаных ранениях печени летальность до 10%. При закрытой травме достигает 30–45%.

- **ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ**

- Повреждения селезенки встречаются у 20–25% пострадавших с травмой живота. Возникает вследствие прямого удара, сдавления, резкого перемещения органа. Возможно ранение селезенки отломками ребер. Летальность составляет 15–25%.
- Чаще бывает одномоментный разрыв селезенки (до 85%). Двухмоментный разрыв обычно возникает на 3–7 сутки.



- **ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- Повреждения поджелудочной железы встречаются в 1–4%. Чаще всего причиной является автоавария (удар о рулевое колесо). Практически всегда травма поджелудочной железы сочетается с повреждением печени, селезенки, двенадцатиперстной кишки. Летальность при открытых повреждениях составляет 25%, при закрытых 50–65%. Сочетанные повреждения поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки приводят к смерти в 60 – 80% случаев.

- **ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДКА**

- Частота составляет 2–3%. Закрытые повреждения возникают при ударе в эпигастральную область, падении с высоты, и чаще бывают при переполнении желудка (гидродинамический удар). Открытые повреждения желудка чаще встречаются при торакоабдоминальных ранениях. Летальность при открытых повреждениях желудка 0,5–3%, при закрытых разрывах 10–40%.

- **ПОВРЕЖДЕНИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

- Частота повреждений двенадцатиперстной кишки составляет от 1 до 5%. Чаще повреждения двенадцатиперстной кишки сочетаются с ранением смежных органов: головки поджелудочной железы, верхней брыжеечной артерии, нижней полой вены, правой почки. Забрюшинные отделы кишки чаще травмируются из-за меньшей подвижности. Повреждение забрюшинных отделов двенадцатиперстной кишки быстро приводит к забрюшинной флегмоне, а через 8–16 часов к перитониту. Летальность достигает 50–80%.

- **ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ**

- Тонкая кишка при травме живота повреждается чаще всего (30–38%). Имеет место гидродинамический удар. Открытые повреждения обычно бывают множественными, закрытые – одиночными. Подвздошная кишка травмируется чаще, чем тощая. В 10% встречаются множественные повреждения тонкой кишки. Летальность составляет 10–30%.

- **ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

- Повреждения толстой кишки встречаются в 3–13%. При травме толстой кишки различают открытые и закрытые, внутрибрюшинные и забрюшинные повреждения. Летальность при повреждениях толстой кишки составляет 15–40%, прямой кишки 50–70%.

-

-

-