

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.



Открытые повреждения органов брюшной полости

А. Непроникающие

Б. Проникающие

1) С повреждением органов брюшной полости (полых, паренхиматозных, полых и паренхиматозных)

2) Без повреждения органов брюшной полости

3) Закрытые повреждения органов брюшной полости

А. С разрывом полого органа

Б. С повреждением паренхиматозного органа

В. С повреждением полого и паренхиматозного органа

Г. Забрюшинная гематома.

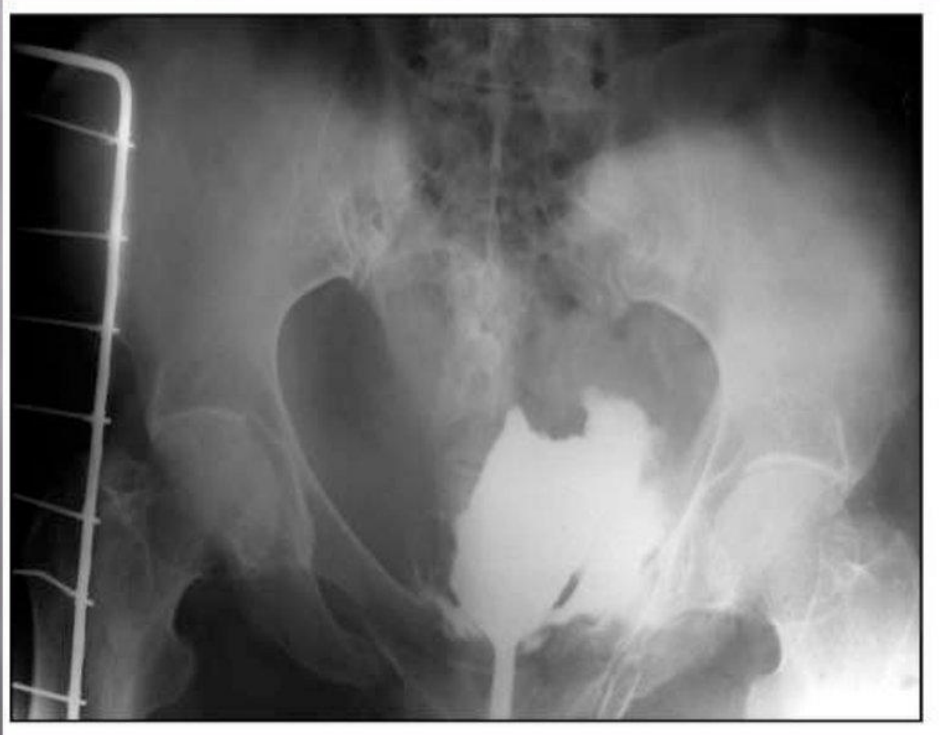
Тупая травма живота.

- **Закрытая тупая травма живота** – повреждения внутренних органов живота и забрюшинного пространства при отсутствии признаков нарушения целостности покровных тканей передней брюшной стенки, боковых отделов живота и поясничной области. Ее осложнениями являются острый перитонит в результате разрывов полых органов и геморрагический шок при повреждениях паренхиматозных органов и брюшных сосудов.

- При травме нижнего отдела живота возможен разрыв мочевого пузыря
- При внутрибрюшном разрыве мочевого пузыря истечение мочи в свободную брюшную полость быстро вызывает перитонит
- Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря часто сочетается с тяжелыми переломами костей таза со смещением отломков
- Почти всегда такие травмы сопровождаются гематурией и расстройствами мочеиспускания вплоть до острой задержки мочи
- При повреждении внебрюшной части мочевого пузыря на первое место выступают задержка мочеиспускания и инфекционные осложнения

УЗИ позволяет подтвердить клинич данные о скоплении
жидкости в нижней части брюшной полости
Доп методами диагностики являются цистография и
цистоскопия

Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря



- Обследование больного с тупой травмой живота начинают с осмотра, при котором уже внешние признаки травмы(подкожные и внутрикожные кровоизлияния) могут служить первым указанием для постановки диагноза
- Так, подкожные кровоизлияния в левом подреберье, резкие боли в этой области с иррадиацией в левое надплечье позволяют предположить повреждение селезенки
- Боль в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье заставляет



Признаки проникающего (открытого) повреждения живота

Наличие раны в области живота

Выпадение в рану органов живота,

Истечение в рану кишечного содержимого

В сочетании с признаками закрытого повреждения живота



Симптомами внутрибрюшного кровотечения являются бледность кожных покровов, учащение пульса, снижение артериального давления и гематокрита, гиповолемический шок

При исследовании живота может наблюдаться значительная болезненность, тупая постоянная боль

При повреждении полого органа явления перитонита развиваются не сразу после травмы, поэтому больной с подозрением на возможное повреждение должен находиться под наблюдением хирурга

Необходимы также повторные исследования с помощью ультразвуковой, эндоскопической аппаратуры и повторные анализы крови

- Классификация повреждений печени.
- Различают:
 - 1) по механизму травмы – закрытые и открытые (ранения) повреждения печени;
 - 2) сочетанная травма – травма печени в сочетании с повреждением других органов, возникшую при воздействии на организм одного повреждающего фактора;
 - 3) комбинированная травма – вызвана воздействием на организм двух или нескольких поражающих факторов (механическая травма печени на фоне ожога, ударной волны или радиационного

- Клиника повреждений печени. При закрытой травме печени развиваются два клинических варианта заболевания: 1) с относительно легким течением и 2) с тяжелым течением. Большое значение для клинического течения имеет двухфазность: а) субкапсулярная гематома, б) её разрыв. Тяжесть состояния обусловлена двумя ведущими синдромами – внутренним кровотечением и травматическим шоком. Эректильная фаза шока характеризуется беспокойством, возбуждением. Больные часто меняют позу, дыхание учащенное, поверхностное, артериальное давление нормальное или повышенное, кожа и слизистые покровы бледные. Торпидная фаза шока развивается при продолжающемся кровотечении. Больные вялые, безучастны к окружающему, начинают зевать, просят пить. Дыхание частое, поверхностное, бледность, тахикардия, артериальное давление снижено.

- Дополнительные методы исследования
- Лабораторные методы (в крови уменьшается э, нВ, Нt, увеличены лейкоциты).
- Рентгенологическая диагностика базируется в основном на косвенных признаках: высокое стояние диафрагмы, ограничение её подвижности, переломы ребер). Диагностическая ценность рентгенологического метода, возрастает при сочетании повреждений печени с травмой органов грудной клетки (разрыв диафрагмы, наличие пневмо и гемоторакса).
- Лапароцентез («щарящий катетер»).
- Диагностическая лапароскопия.
- УЗИ.
- КТ.
- Лапаротомия (Laparotomia explorative).

- Тактика врача
- Избегать инструментального обследования без обезболивания.
- Что нужно делать:
- Неотложная госпитализация в хирургический стационар.
- Принципиального различия в хирургической тактике при острых и закрытых травмах и ранениях печени нет.
- Ранняя операция. Операция при повреждении печени преследует три цели: а) широкое обнажение поврежденного органа; б) обработка раны печени; в) профилактика осложнений (развитие перитонита, Кровотечения и желчеистечения).
- г) срединная лапаротомия. Ушивание раны без иссечения ее краев. Опыт показал целесообразность щадящий хирургической обработки ран печени.

- Хирургические методы:
- Ушивание раны печени (остановка кровотечения), (швы Кузнецова-Пенского, Жордано, Брегадзе).
- Типичная и атипичная резекция печени.
- Локальные способы гемостаза: тампонада сальником, , гемастатической губкой; «Тахокомб»
- Гепатопексия по Хиарду –Алферову, Шапкину.
-

Травма селезенки

- I. По этиологии повреждений:
 - 1. Травматические;
 - 2. Ятрогенные (интраоперационные);
 - 3. Спонтанные (при спленомегалии).
- II. По механизму травмы:
 - Закрытые повреждения селезенки:
 - а) истинный разрыв (одновременные повреждения паренхимы и капсулы в виде одиночных, множественных и звездчатых разрывов);
 - б) субкапсулярный разрыв, приводящий к двухмоментному разрыву (повреждение только капсулы в виде трещины);
 - в) отрыв части органа или целого органа;
 - д) разможение органа.
 - 2. Открытое повреждение селезенки:
 - а) колото-резаные ранения селезенки (касательные, слепые, сквозные, сопровождающиеся разрывами, разможением или отрывом органа);
 - б) огнестрельные ранения селезенки.

- Клинические данные
- При тупой травме живота может быть одномоментный и двухмоментный разрыв селезенки. При двухмоментном разрыве диагностика центральной подкапсульной гематомы сложна. После первичного обморока наступает светлый промежуток в клиническом течении. Наличие переломов ребер слева (удар, падение), незначительные боли в левом подреберье, иррадиация в левое плечо лопатку должны насторожить. Keleman (1956) обращает внимание на малые симптомы (при субсерозной подкапсульной гематоме) – субфебрилитет, лейкоцитоз, стойкий парез кишечника. В дальнейшем среди относительно удовлетворительного состояния наступает «вторичный обморок» с кратковременной потерей сознания и нарастают явления профузного внутрибрюшного кровотечения. Клинические симптомы при закрытой травме живота с повреждением селезенки зависят (так же, как и при открытых повреждениях) от объема излившейся в живот крови и от сочетанных травм других внутренних органов.

-
-

- Показания к операции: повреждения селезенки. Основные задачи, решаемые хирургом во время операции, - это остановка кровотечения и выполнение наименее травматического и агрессивного способа устранения последствий травмы. До последнего времени операцией выбора у практических хирургов остается спленэктомия.
- При поступлении больных в состоянии травматического или геморрагического шока необходимы противошоковые мероприятия и предоперационная подготовка, которые проводятся одновременно с клиническим обследованием и диагностическими мероприятиями, включая диагностическую лапароскопию. На этом этапе осуществляется стандартные реанимационные мероприятия: обеспечение проходимости дыхательных путей, при необходимости – искусственная вентиляция легких, стабилизация гемодинамики путем интенсивной инфузии солевых растворов, плазмозаменителей и компонентов крови.

- Неоперативное ведение пациентов с травматическими повреждениями селезенки (ТПС) предполагает динамическое УЗ и КТ –исследование у гемодинамически стабильных пациентов. Условиями проведения консервативной терапии являются поверхностные повреждения и небольшие подкапсульные гематомы (класс повреждения I – I), изолированное повреждение селезенки, стертая клиническая картина, стабильная гемодинамика или её нормализация в результате проводимой инфузионной терапии, незначительное количество свободной жидкости на уЗИ, отсутствие тенденции к увеличению размеров гематом и нарастанию количества жидкости в брюшной полости на УЗИ – контроле, возможность тщательного мониторинга за больным. Неоперативное ведение больных: строгий постельный режим, назогастральное зондирование, по показаниям – гемотрансфузия. Наличие субкапсулярной гематомы величиной более 5 см. является показанием к оперативному лечению. Лечебная лапароскопия позволяет провести санацию брюшной полости, гемостаз небольших поверхностных повреждений посредством коагуляции