

*ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ*

Кафедра хирургических болезней

*Доцент кафедры:
Шамсиев Р.Э.*

.

Тема:

«Повреждения органов брюшной полости»

Уфа 2018

Одной из сложных и частых проблем неотложной хирургии является диагностика и хирургическое лечение повреждений органов брюшной полости.

Повреждения органов живота разделяются



на закрытые



открытые



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.

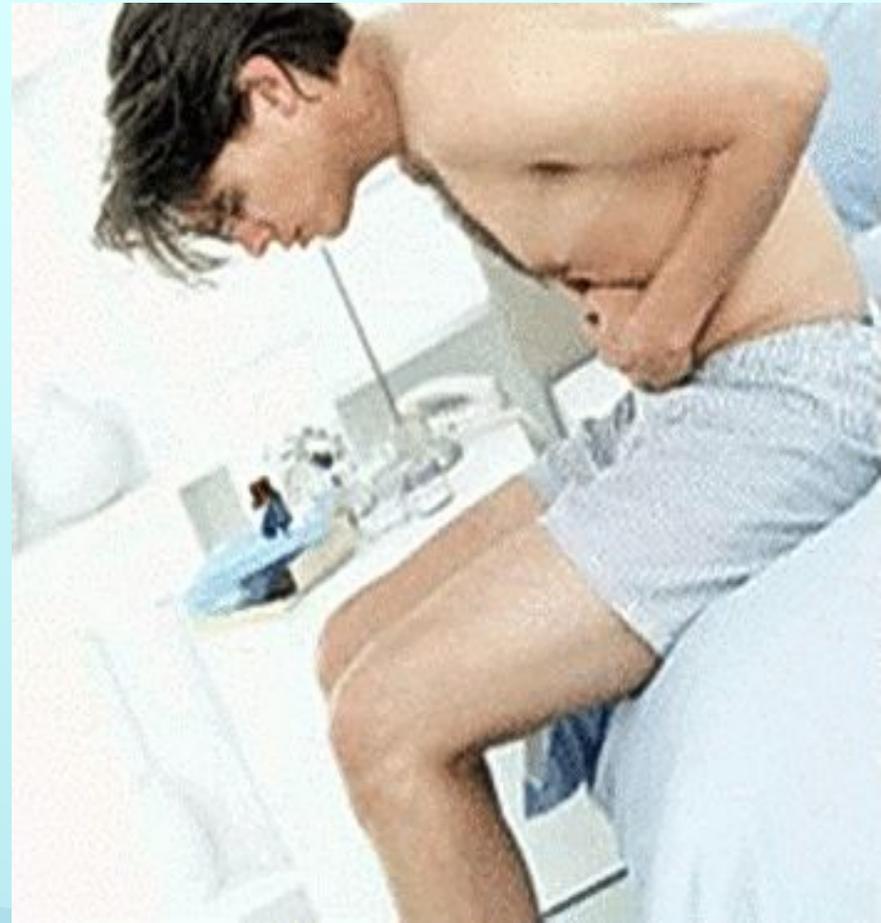
Открытыми называют травмы, которые сопровождаются ранениями кожных покровов (колотые, колото - резанные, огнестрельные)

Когда раневой канал доходит до париетальной брюшины и повреждает его, то ранение считается проникающим в брюшную полость.

При закрытых травмах брюшной полости повреждений кожных покровов нет.

Повреждение полых органов (желудок, кишечник)

***Сопровождается выходом
содержимого органов в
брюшную полость, что
вызывает сильную
«кинжальной» боль в животе***



Повреждение паренхиматозных органов

Сопровождается кровотечением в брюшную полость (разрывы печени, селезенки)

Признаки:

- ✓ Нарастающая бледность кожных покровов**
- ✓ Влажные, холодные кожные покровы**
- ✓ Частый пульс**
- ✓ Частое дыхание**
- ✓ Угнетение сознания**



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



Прежде всего, нужно установить механизм травмы, так как он часто определяет локализацию и вид повреждения.

- Ранение или удар в области нижних ребер справа или слева вызывает повреждение печени и селезенки, в нижние отделы живота – полых и паренхиматозных органов.**
- При падении с высоты на ноги возникают отрывы и разрывы кишечника, его брыжейки, забрюшинные гематомы.**
- При сдавлении живота возникают повреждения двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы.**

Для повреждений органов брюшной полости характерны жалобы на боли постоянного характера определенной локализации и интенсивности. Наиболее выражены боли при разрыве полых органов, они быстро приобретают разлитой характер из-за перитонита.

 Резкое усиление болей при движении или изменении положения тела является одним из симптомов **разрыва кишки**.

 Повреждениям **печени** свойственны боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, шею, ключицу.

 Травма **селезенки** может сопровождаться слабостью, головокружением болями в левом подреберье, отдающие в левую половину шеи, ключицу, плечо (френикус симптом).

 При повреждениях **поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки** боли локализуются в эпимезогастррии и опоясывают.

 Примесь крови в рвотных массах свидетельствует о повреждениях **желудка и ДПК**.

 Появление в кале примеси крови говорит о травме **толстой кишки**.

**Объективное обследование.
Положение больного
вынужденное на спине или боку
с поджатыми к животу
коленками.**

Для **внутрибрюшных кровотечений** характерны

- бледность кожных покровов
- симптом «ваньки-встаньки»
- беспокойство больного или безучастность
- пульс слабого наполнения, учащенный
- живот напряжен и болезнен
- Симптом Щеткина-Блюмберга положительный
- при перкуссии выявляется притупление в боковых отделах живота

При **повреждении полых органов** исчезает печеночная тупость.

Для **забрюшинной гематомы** характерен симптом Джойса (ограниченное притупление перкуторного звука, не смещаемое при перемене положения тела).

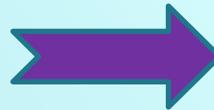
Клиника-лабораторные методы исследования.

Снижение числа эритроцитов, гемоглобина
гематокрита



внутреннее кровотечение

Лейкоцитоз и сдвиг
лейкоформулы влево



перитонит

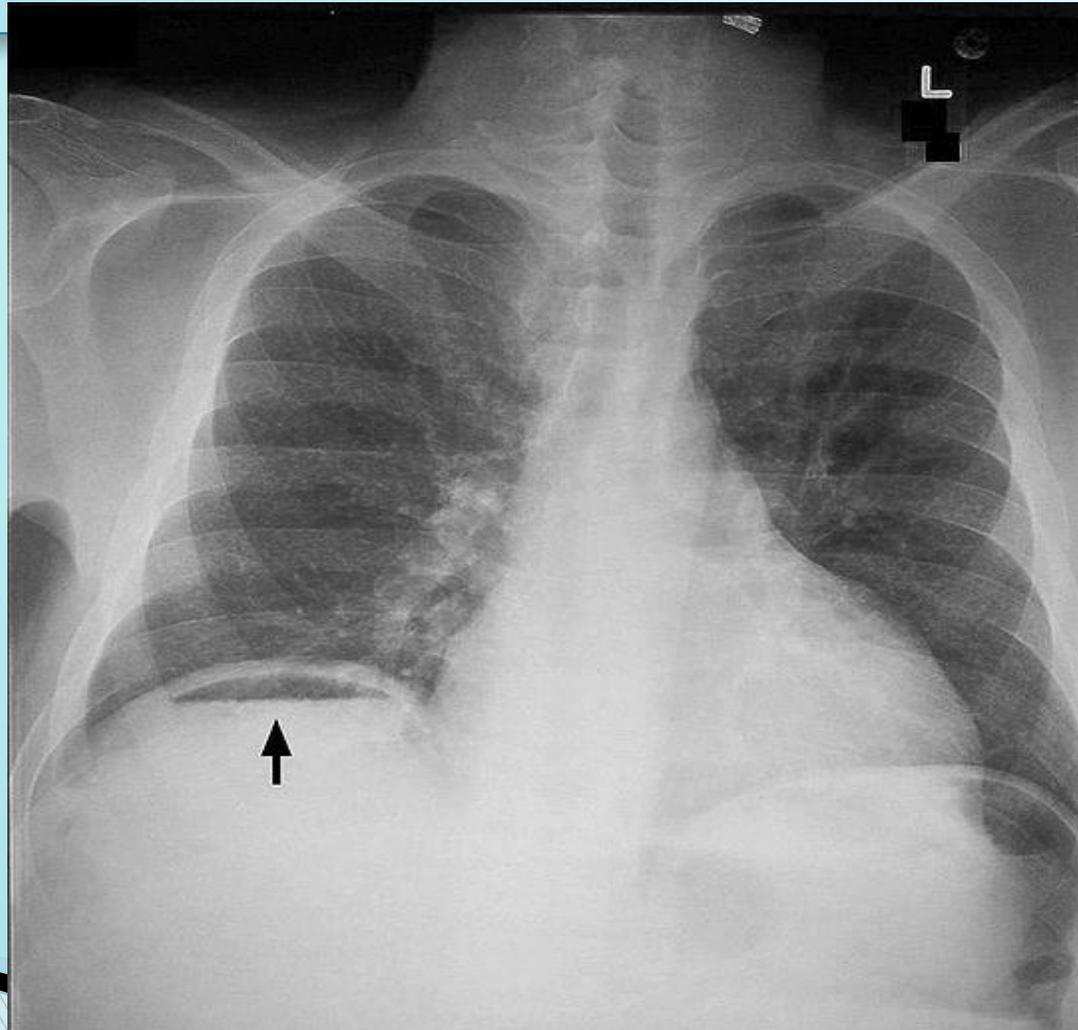
Диастазурия и
повышение уровня
амилазы в крови



травма поджелудочной железы.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости

при повреждении полых органов выявляется «симптом серпа» (признак пневмоперитонеума)



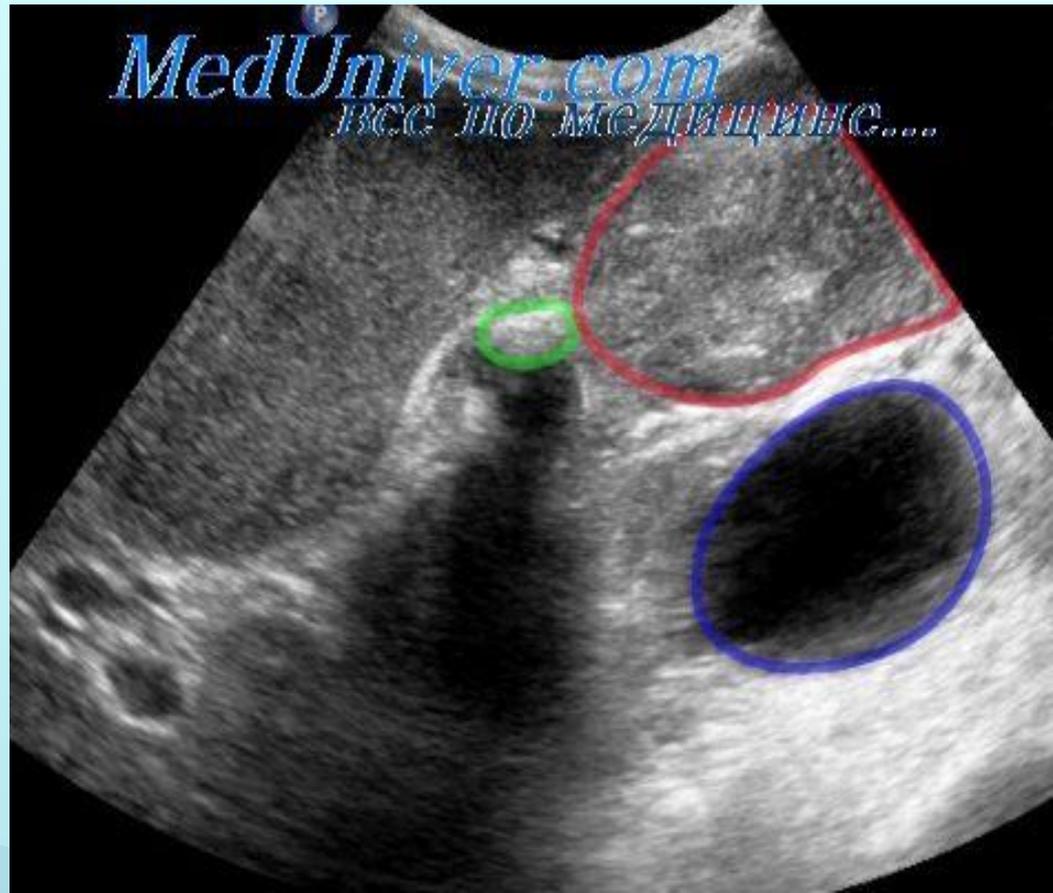
при травме селезенки и печени – высокое стояние купола диафрагмы

при забрюшинных разрывах ДПК можно выявить забрюшинную эмфизему в виде просветления вдоль правой почки и тень гематомы

перемещение внутренних органов в плевральную полость указывает на разрыв диафрагмы



Ультразвуковое
исследование органов
брюшной полости
позволяет обнаружить
жидкость в животе,
субкапсулярные
гематомы и центральные
разрывы
паренхиматозных
органов.

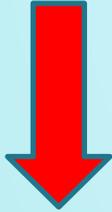


При помощи лапароцентеза можно обнаружить кровь, содержимое полого органа или их сочетание.

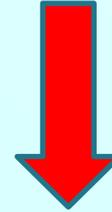
В неясных случаях при закрытых травмах живота помогает уточнить характер повреждения видеолапароскопия. Данный метод высокоинформативен и позволяет проводить манипуляции в брюшной полости с лечебной целью. Компьютерная томография брюшной полости позволяет обнаружить внутripеченочную гематому печени и секвестрацию паренхимы, внутриорганный дефект селезенки.

Радиоизотопное исследование подтверждает наличие травмы паренхиматозных органов, но требует длительного времени для его выполнения.

Показания к операции



Проникающее
ранение.



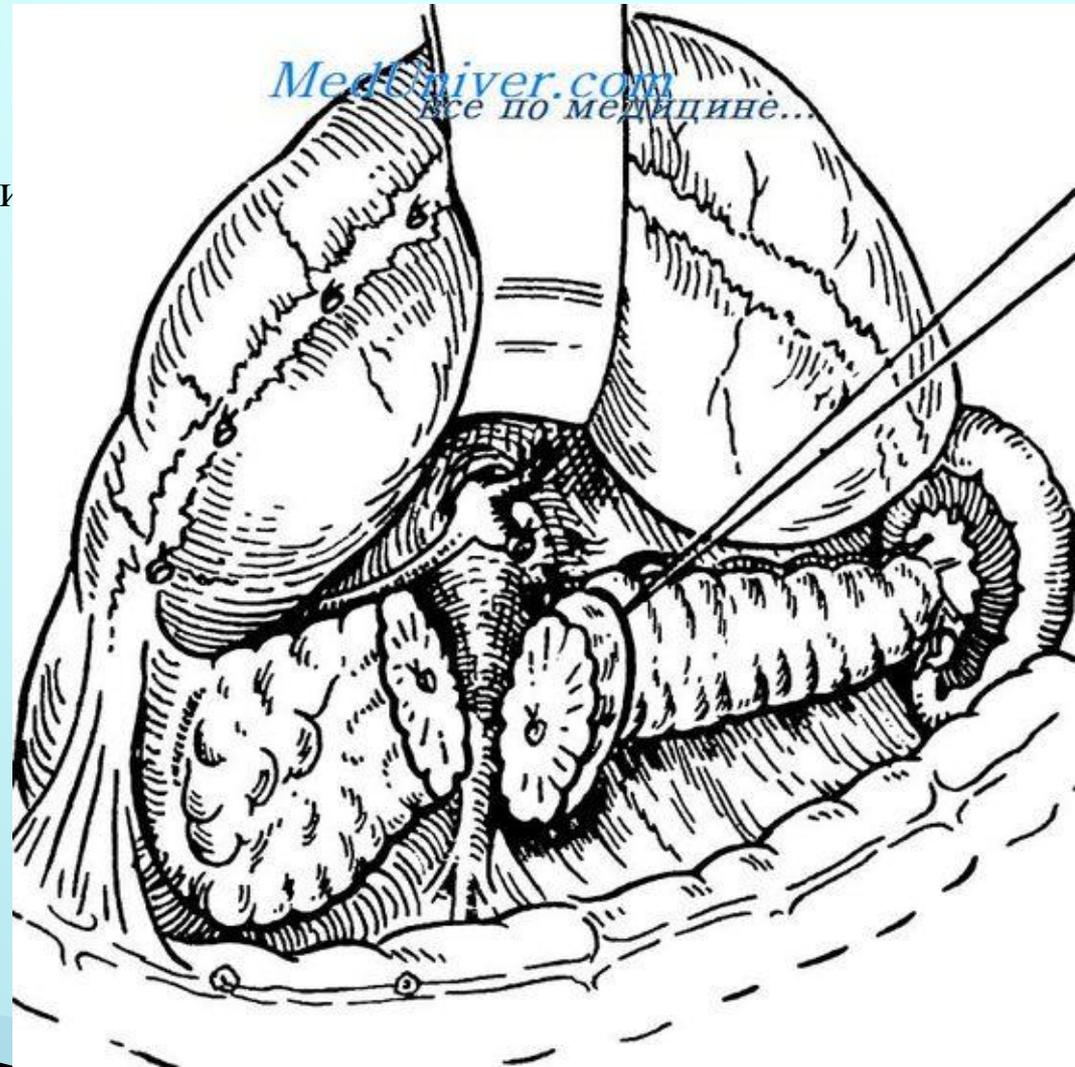
Повреждение внутренних
органов.

Операция проводится под общей анестезией. Выполняется срединная лапаротомия. Когда повреждается печень или селезенка первоочередная задача – остановить кровотечение. При травме печени временно сдавливаются между пальцами гепатодуоденальная связка, при травме селезенки – ножка селезенки, затем эвакуируется кровь из брюшной полости, потом проводят окончательный гемостаз. Окончательная остановка желче - и кровотечения достигается ушиванием раны печени П – образными швами, ее резекцией в сочетании с аппликацией пластины «ТахоКомб». В случае повреждения селезенки гемостаз достигается ушиванием восьмиобразным швом, лазерной коагуляцией с наложением раневого покрытия «ТахоКомб». Когда имеется размозжение селезенки или отрыв сосудистой ножки выполняют спленэктомию. Если внутрибрюшное кровотечение вызвано поврежденными сосудами брыжейки, то производят лигирование кровоточащих сосудов.

Эффективным способом борьбы с острой анемией является реинфузия излившейся крови. Она приемлема только при изолированных повреждениях паренхиматозных органов, противопоказана при ранении полого органа в силу загрязнения брюшной полости. Сбор крови осуществляют черпаком в стеклянную банку, куда предварительно добавляют 1000 ед. гепарина на 500 мл. крови. Кровь фильтруют через восемь слоев марли. Реинфузия стабилизированной и профильтрованной крови производят внутривенно капельно или струйно, после проведения пробы на гемолиз. После остановки кровотечения производится анестезия рефлексогенных зон раствором Новокаина (0,25% - 100,0) и ревизия органов брюшной полости.

Выбор операции на поджелудочной железе зависит от локализации и характера повреждения. Изолированные разрывы капсулы зашивают.

Производят новокаиновую блокаду, дренируют сальниковую сумку. При разрывах хвоста и тела – дистальную резекцию органа завершают дренированием сальниковой сумки. Культю железы ушивают П – образными швами, УКЛ, вирсунгов проток перевязывают отдельно и производят аппликацию «ТахоКомба». При повреждениях головки поджелудочной железы выполняют тампонируют и дренирование сальниковой сумки.



Раны желудочно – кишечного тракта ушиваются двухрядным швом в поперечном направлении. Размозженные края ран предварительно иссекаются. При близко расположенных ранах, обширных разрывах кишечной стенки или отрывах кишки от брыжейки производится резекция кишки с анастомозом бок в бок, назоинтестинальной интубацией. При забрюшинном повреждении ДПК необходима мобилизация ее по Кохеру с ушиванием раны в поперечном направлении, дренированием брюшной полости, широкое дренирование забрюшинного пространства и назодуоденальная декомпрессия двухпросветным зондом. При разрыве более $1/3$ окружности наложение дуоденоюноанастомоза или выключение двенадцатиперстной кишки из пассажа.

Травма ободочной кишки требует произвести ее резекцию с выведением приводящей кишки в виде одноствольной колостомы, а отводящая часть ушивается и погружается в брюшную полость. При небольших повреждениях или тяжелом состоянии пострадавшего и перитоните поврежденный участок толстой кишки может быть выведен в виде двухствольной колостомы. В случае ранения прямой кишки накладывают противоестественный задний проход.

Завершают лапаротомию санацией брюшной полости холодным антисептиком, дренированием отлогих мест. Рану брюшной полости зашивают наглухо.

Послеоперационное ведение

1. Режим. В первые сутки предписывается постельный режим на спине, на второй день – разрешается поворачиваться на бок и рекомендуется дыхательная гимнастика. Сидеть и вставать пострадавшим разрешается на 3 – 4 день.
2. Диета. При травмах желудочно – кишечного тракта аналогична той, что назначается после плановых операций. После ушивания печени – диетрежим как после холецистэктомии, при тяжелых повреждениях печени, связанных с разможжением ее паренхимы, стол 5а назначается не ранее как на 4 – ой неделе. После спленэктомии на второй день назначается стол 16, на третий стол 17, на четвертый – 18, а с шестого дня стол 19. К десятому дню эти больные переводятся на стол 15.
3. Лечение в послеоперационном периоде требует соблюдение следующих принципов: адекватного дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, рациональной антибиотикотерапии (с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотиком, комбинация препаратов, периодическая смена), комплексная иммунотерапия при развитии осложнений гнойного характера (стафилококковый анатоксин, антистафилококковый гамма – глобулин, гипериммунная антистафилококковая плазма, бактериофаг, иммуностимуляторы), активной дезинтоксикации, раннего восстановления моторно – эвакуаторной деятельности желудочно – кишечного тракта, сердечно – сосудистой терапии

Ранние послеоперационные осложнения по поводу травм органов брюшной полости возникают чаще на 5 – 9 день (кровоотечение, ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, несостоятельность швов, перитонит, абсцессы брюшной полости, расхождение краев лапаротомной раны с эвентерацией). Снятие швов производится на 10 – 12 день.

Реабилитация

Трудоспособность после открытых и закрытых повреждений органов брюшной полости определяется индивидуально в зависимости от тяжести повреждения, объема оперативного вмешательства, послеоперационных осложнений и профессии пациента. В течение 2 – 3 месяцев после лапаротомии по поводу травм живота противопоказаны тяжелый физический труд и нагрузка на брюшную стенку. В дальнейшем, если больной не может выполнять прежнюю работу или при наличии признаков инвалидности, он направляется на ВТЭК.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**