

НАО Медицинский Университет Астана  
Кафедра хирургических болезней и  
кардиоторакально хирургии

## ТЕМА: ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

---

Выполнила: Егемтаева А.К.  
Группа: 420 ОМ  
Проверил: Оразбаева С.Т.

- **Травмы брюшной полости** – 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.

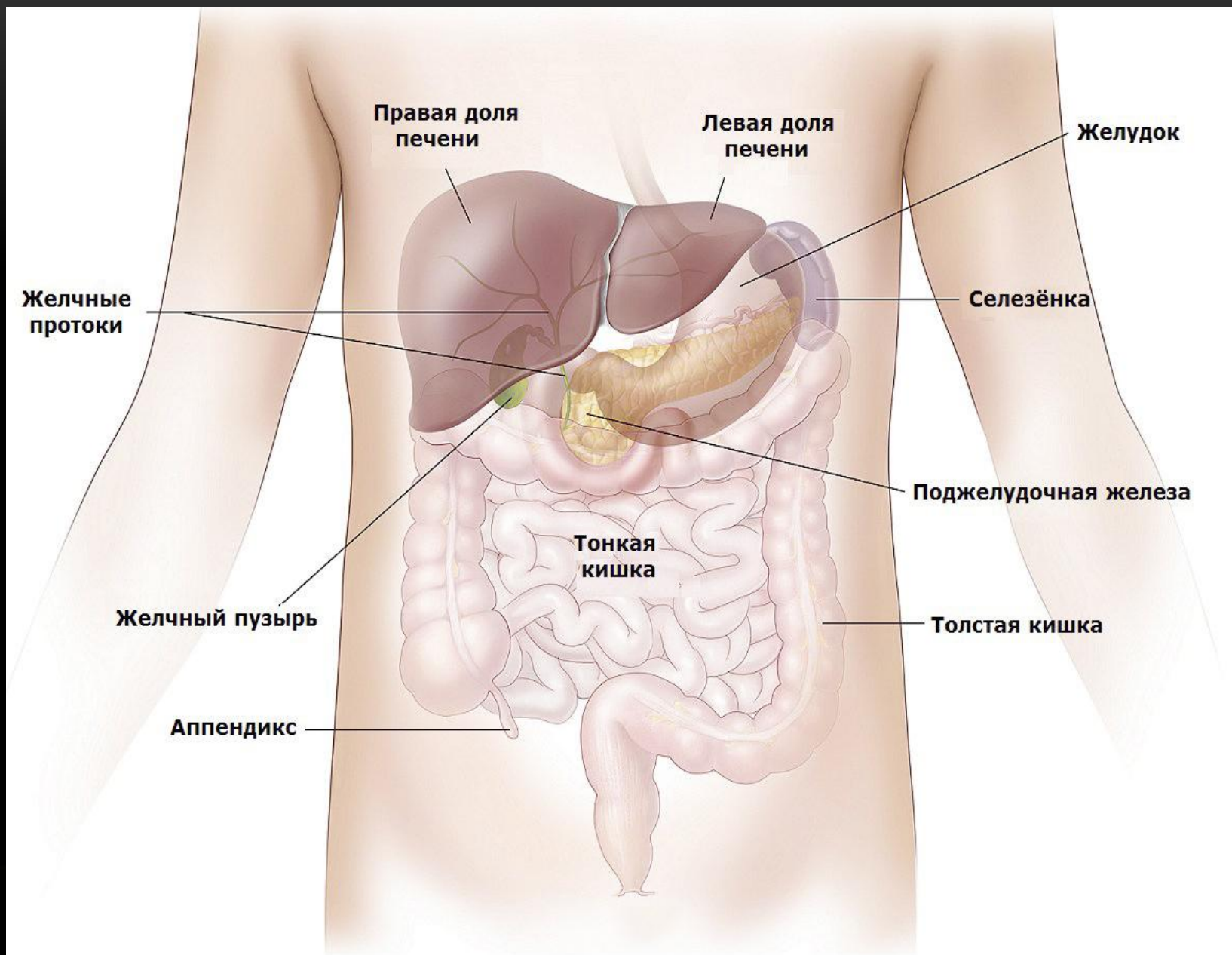
- **По анатомическим признакам:**

- 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 брюшной полости:**
  - 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 рефлекторный 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.

- **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.

- По мере накопления жидкости в отлогих 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)
  - Раздольского (болезненность при перкуссии в правой подвздошной области. Является перитонеальным симптомом).
- 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 брюшной полости**

- 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.

- 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.

- **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%.