

Тюменский медицинский колледж

Повреждение живота

Выполнил: преподаватель, к.м.н.
Шестаков Александр Васильевич

Повреждения живота отличаются высокой частотой развития массивных кровотечений, шока, повреждение внутренних органов. Внутренние органы могут травмироваться и вследствие гидравлического удара (падение с высоты, автотравма).

Все повреждения живота делятся:

Закрытые



Открытые



Повреждение живота

Фактор времени в большинстве случаев при повреждении живота играет решающую роль в сохранении жизни и в условиях ЧС необходимо заподозрить данные повреждения на ранних этапах эвакуации.

Главной задачей диагностики с травмой живота является не установление точного диагноза, а определение показаний к экстренному операционному вмешательству.

Показаний к экстренному операционному вмешательству

- Внутрибрюшное кровотечение.
- Повреждение органов брюшной полости.
- Ранение, проникающее в брюшную полость.

В полевых условиях необходимо ориентироваться на клинические симптомы:

- ноги согнуты и подтянуты к животу;
- лицо осунувшееся;
- язык сухой, обложен налетом;
- жажда;
- пульс учащен;
- одышка;
- передняя брюшная стенка не участвует в дыхании.

Местная симптоматика

Достоверным признаком проникающего ранения является: рана передней брюшной стенки, из которой выступают внутренние органы (петли кишечника, сальник) или вытекает кишечное или желудочное содержимое. Даже точечная рана может быть проникающей.

При закрытых повреждениях необходимо проверить симптомы раздражения брюшины, как ригидность передней брюшной стенки.

- Симптом Щёткина-Блюмберга: надавливание на переднюю брюшную стенку менее болезненно, чем внезапное отнятие давящих пальцев – резкая боль.
- Симптом перкуторной болезненности (не всегда эти симптомы достоверны).
- Отсутствие перистальтики кишечника при аускультации.
- Притупление перкуторного звука в отлогих местах живота.
- Наиболее точная диагностика возможна при выполнении лапороскопии и лапароскопии.

Первая медицинская и доврачебная ПОМОЩЬ

- При подозрении на повреждение органов брюшной полости категорически запрещен прием пищи или жидкости per os. Исключается прием таблетированных антибиотиков и антидотов. Обезболивание ввиду шока надо начинать как можно раньше.
- Через 2-3 часа, когда поступит на следующий этап, действие наркотических анальгетиков закончится и клиническая картина не исказится.
- Инфузия солевых растворов, введение их и во время транспортировки.
- Асептическая повязка на рану с выпавшими органами не вправляя их, смоченная солевым раствором или, допустимо, водой (влажное состояние выпавших органов).
- Повязка дополнительная на живот должна быть большой и плотно охватывать живот (иногда накладывают ватно-марлевое кольцо вокруг выпавших органов).

Первая доврачебная помощь. Оказание помощи сводится в проведении противошоковой терапии (в/в раствор, обезболивающие средства) и быстрой эвакуации.

Квалифицированная и специализированная помощь

- При массовом поступлении пораженных в первую очередь оперируются больные с кровотечением (0-1).
- Остальным пораженным проводят противошоковые мероприятия для стабилизации гемодинамики (0-2). Если загруженность операционного блока большая, то больных без внутреннего кровотечения можно эвакуировать на следующий этап специализированной помощи (ввиду профилактики перитонита).

Послеоперационный период

Цель: подготовка к эвакуации. Полностью вывести из шока. В первые двое суток п/о причинами смерти при проникающих повреждениях живота являются: шок и кровопотеря, в последующих – перитонит, пневмония.

Долгое время считали, что после операции больные в течение 5-6 иногда 10 суток нетранспортабельные. В настоящее время, с введением реанимационно-анестезиологических бригад, возможна эвакуация и после 1-2 суток.

Дальнейшее лечение проводится в специализированных стационарах (антибактериальная терапия, стимуляция кишечника, парентеральное питание, лечение осложнений – реконструктивные операции, проведение уточненной диагностики. Р-графия, КТ, УЗИ, лабораторные исследования).

СПАСИБО !!!

