

Абдоминальная травма



Абдоминальная травма одна из наиболее актуальных проблем ургентной хирургии. Частота встречаемости – до 5% всех травм. Но из-за множественности и тяжести повреждений, характерны высокая летальность (25-70%) и высокая частота послеоперационных осложнений (35-83%)

Классификация

По характеристике травмы:

- 1) Открытая (ранения)
- 2) Закрытая (ушибы брюшной стенки, повреждения органов БП и забрюшинного пространства)

Характеристика ранений и закрытых повреждений

- 1) Характер ранящего предмета (колотые, резаные, рубленые и.т.д.)
- 2) По отношению к брюшной полости (проникающие и непроникающие)
- 3) Повреждение внутренних органов (одиночные/множественные и монофокальные/полифокальные)

Характер травмы внутренних органов и сосудов

- 1) Повреждение паренхиматозных органов
- 2) Повреждение полых органов
- 3) Повреждение сосудов

Диагностика

Жалобы

Боли в животе различной локализации. При повреждении печени – иррадиация в надплечье справа, при травме селезёнки – слева. Но жалобы больного с абдоминальной травмой следует воспринимать критично, так как они не всегда соответствуют тяжести полученных повреждений.

Анамнез

- 1) Механизм травмы (автотравма, падение с высоты, ранение холодным оружием, огнестрельная или минно-взрывная травма)
- 2) Характер травмирующего агента (предмет, длина и ширина ножа, гладкоствольное или нарезное огнестрельное оружие)
- 3) Время получения травмы

Клиническое обследование

Положение:

Вынужденное – больной лежит на боку, подтяну колени к животу – повреждение полого органа.

Симптом «ваньки-встаньки» – больной из лежачего положения пытается сесть и тут же вновь ложится) – внутрибрюшное кровотечение.

Осмотр

Все обнаруженные повреждения обязательно фиксируются в истории болезни.

Дыхательные экскурсии брюшной стенки

Вздутие живота, его асимметрия.

Общие признаки острой кровопотери

(тахикардия, гипотония, бледность кожных покровов, холодный пот)

Перкуссия

Симптом Кларка-Спижарского – исчезновение печёночной тупости.

Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота – скопление свободной жидкости (кровь, экссудат, кишечное содержимое). При этом граница смещается при повороте на бок. Сохранение укорочения перкуторного звука в прежних границах – свидетельствует о забрюшинной гематоме (симптом Джойса)

Пальпация

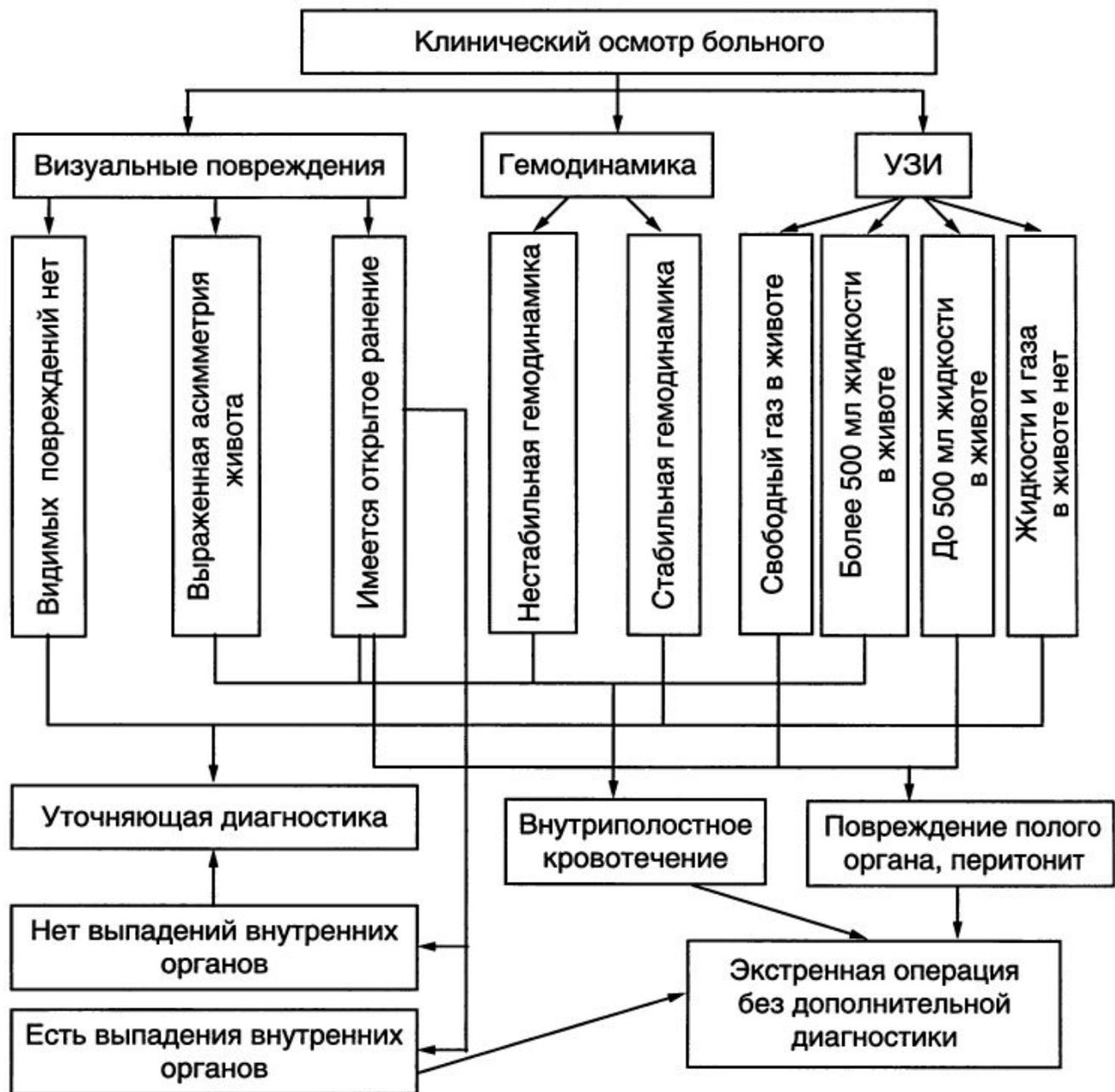
Симптом Щёткина-Блюмберга (может отсутствовать в первые часы после травмы)

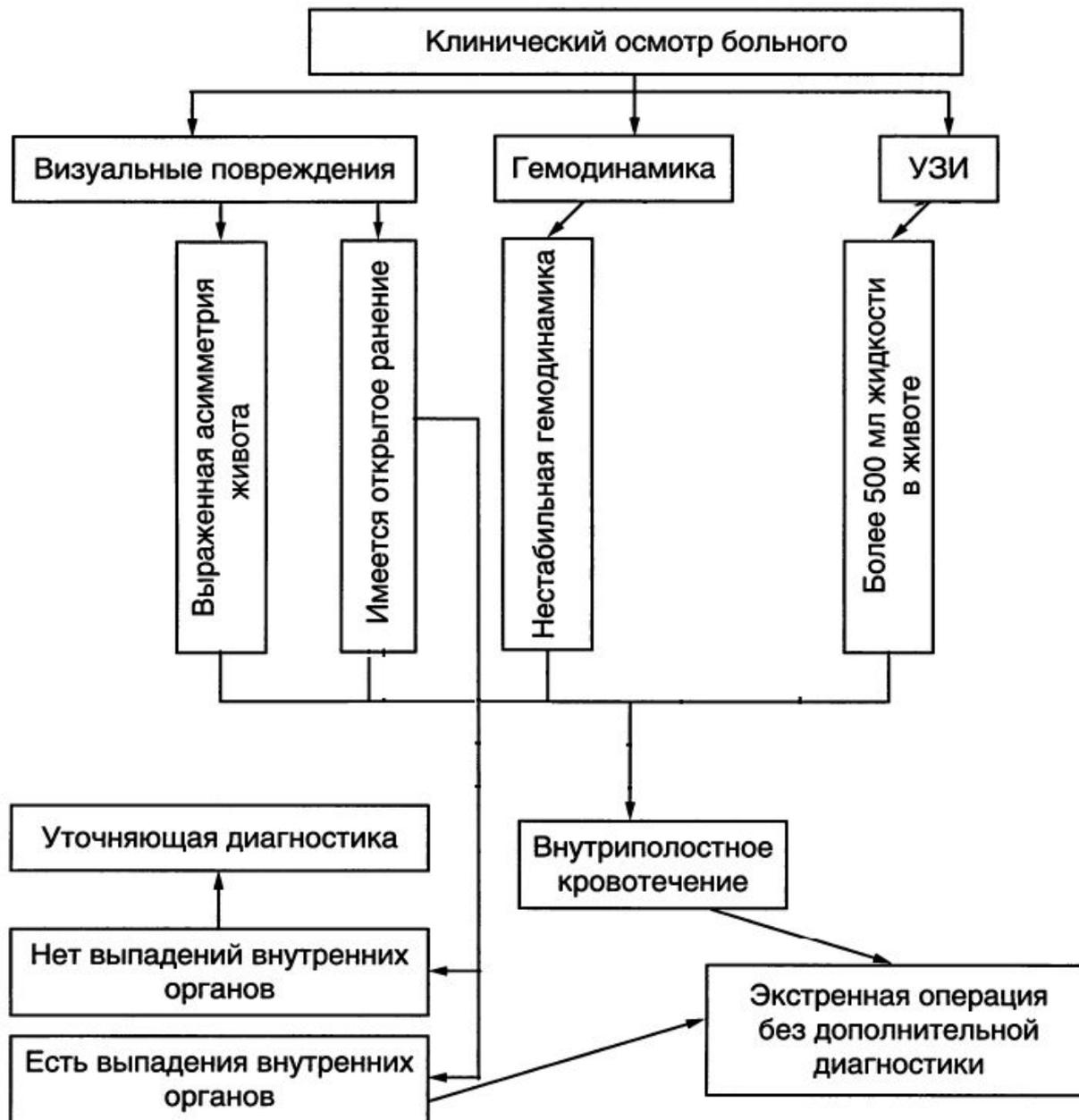
Симптом Куленкампа – болезненность и положительные симптомы раздражения брюшины без напряжения передней брюшной стенки (внутрибрюшное кровотечение).

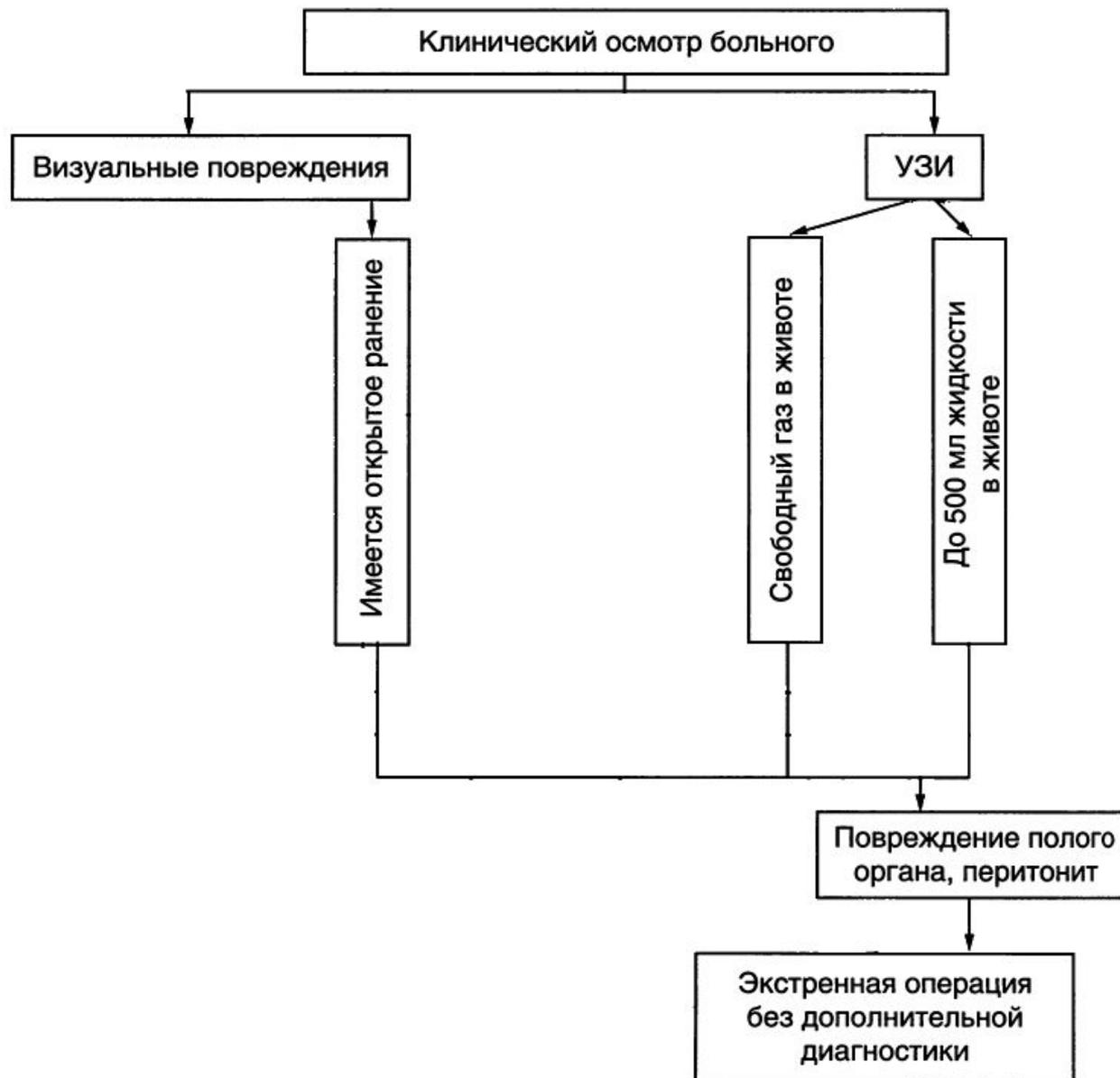
Лабораторная и инструментальная диагностика

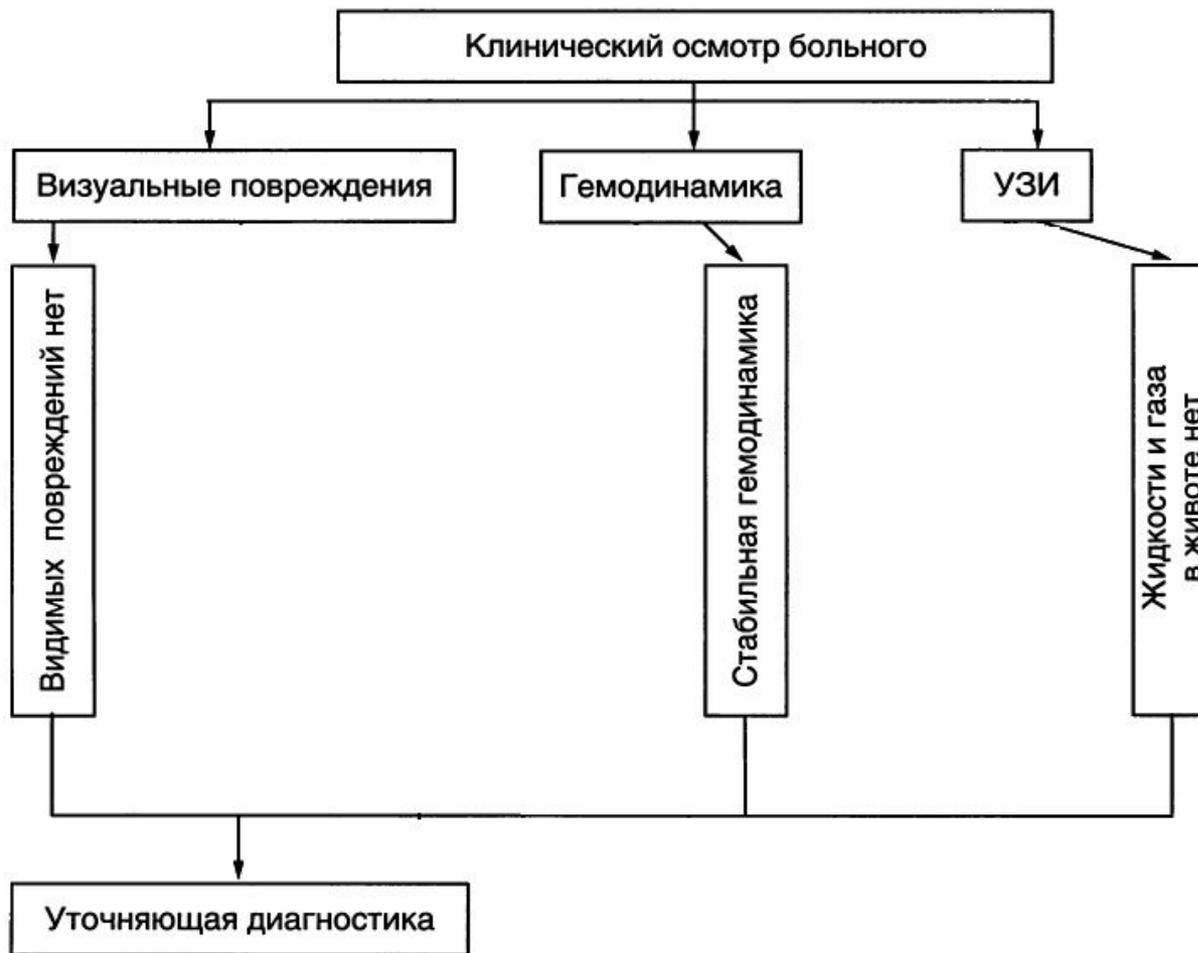
В обязательном порядке определяют гемоглобин, гематокрит, лейкоциты.

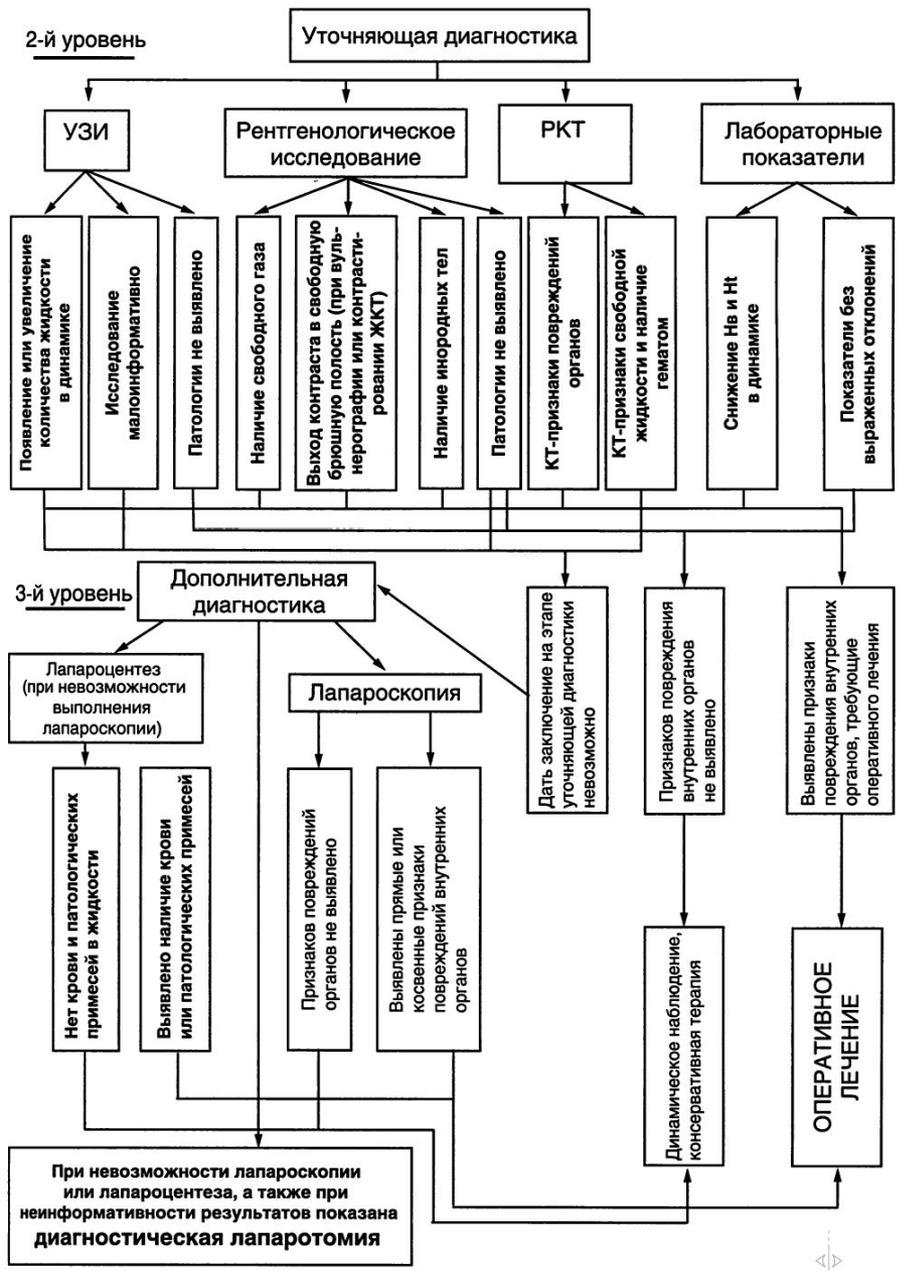
Самая важная диагностическая информация – УЗИ, КТ и РГ.

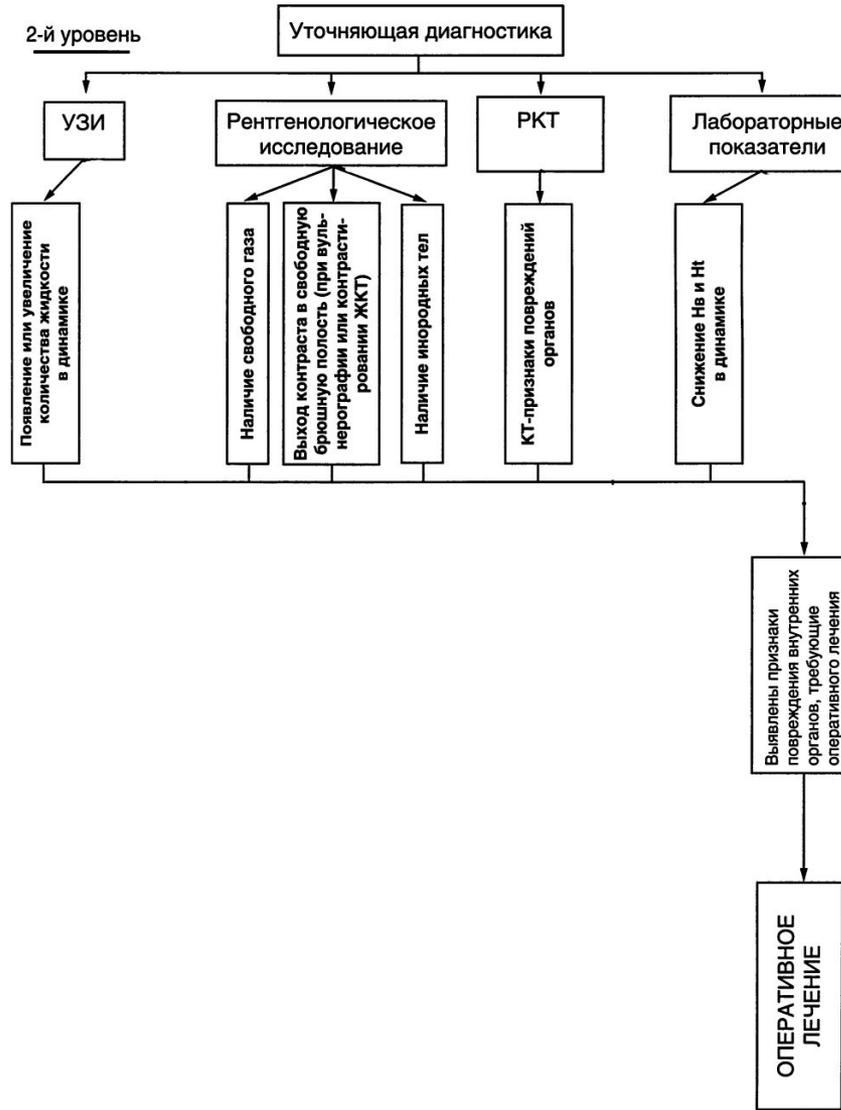


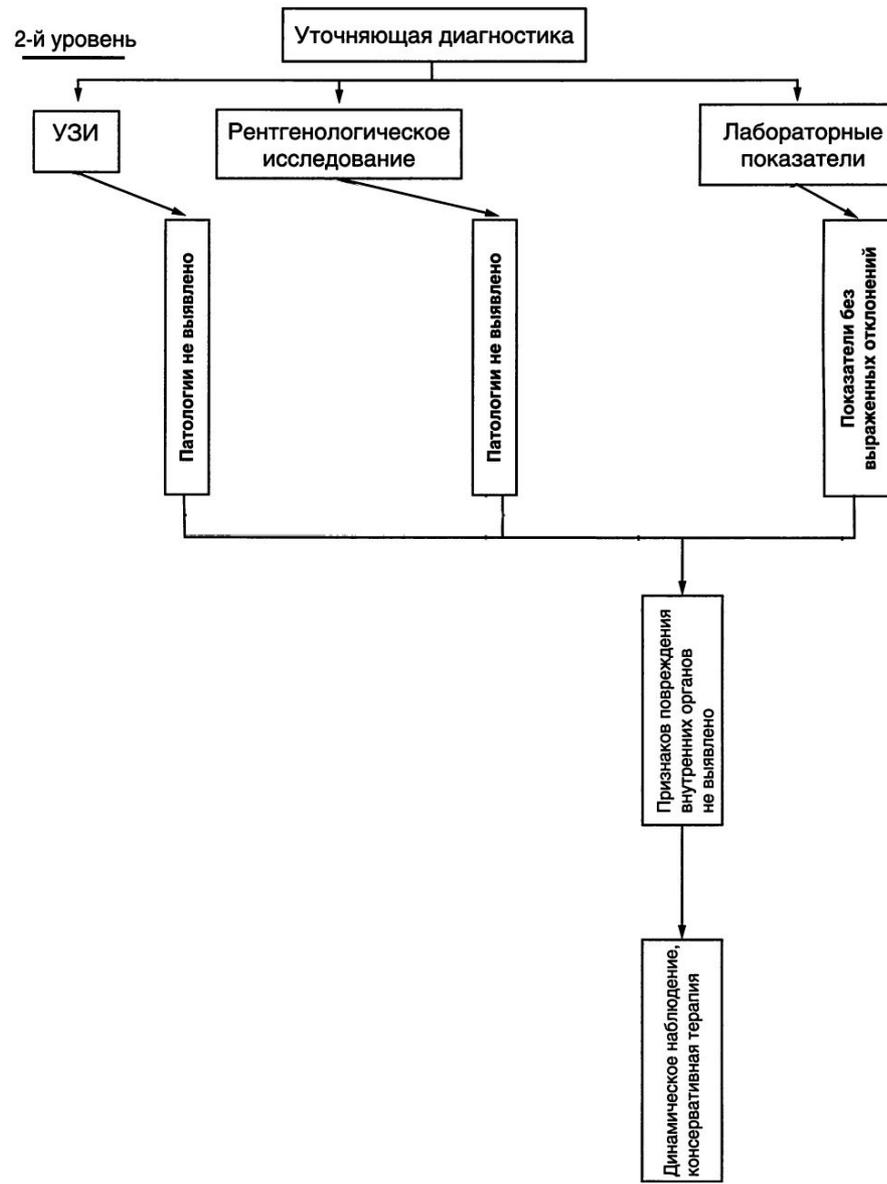


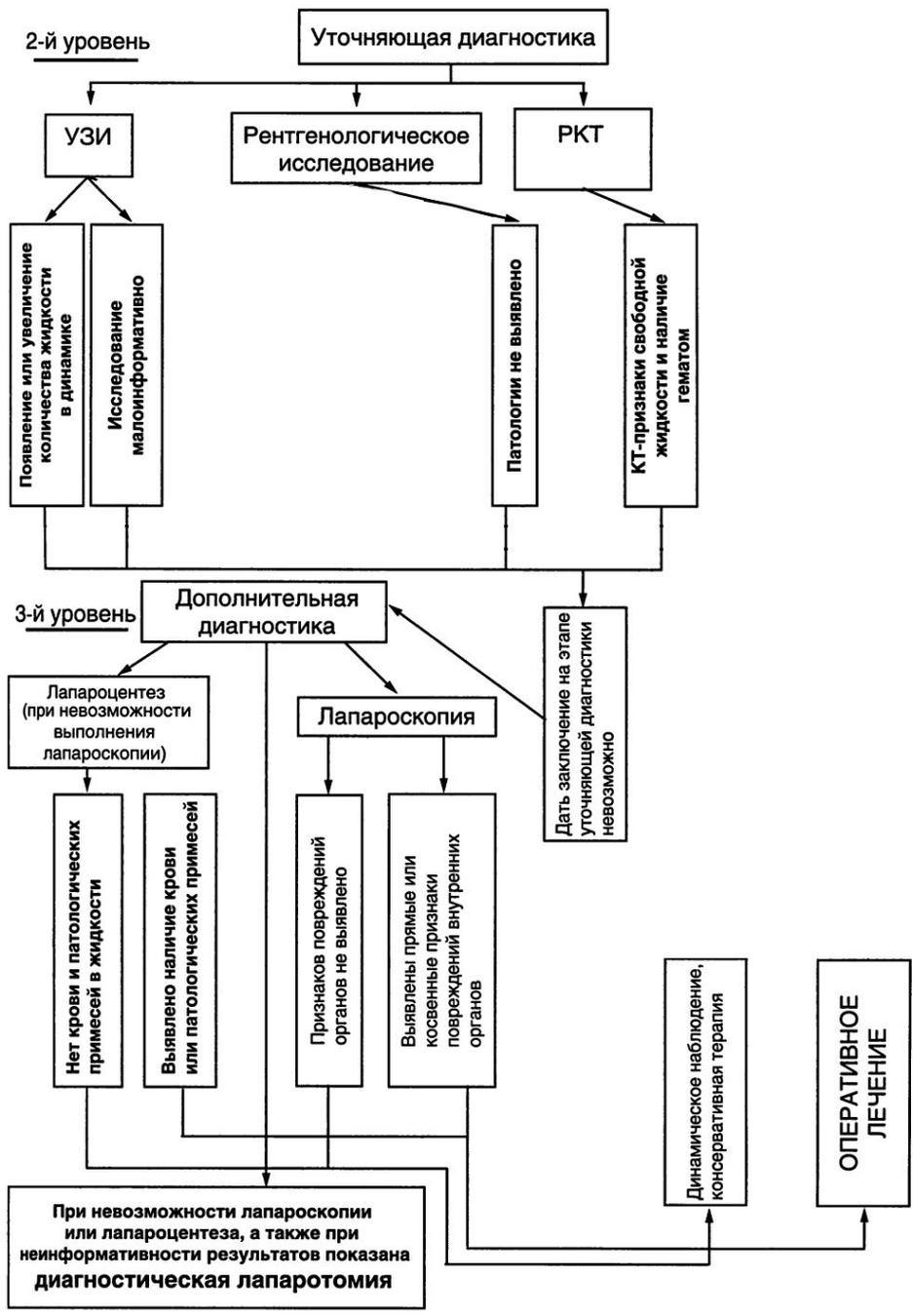












2-й уровень

Уточняющая диагностика

УЗИ

Рентгенологическое исследование

РКТ

Появление или увеличение количества жидкости в динамике

Исследование малоинформативно

Патологии не выявлено

КТ-признаки свободной жидкости и наличие гематом

3-й уровень

Дополнительная диагностика

Лапароцентез (при невозможности выполнения лапароскопии)

Лапароскопия

Дать заключение на этапе уточняющей диагностики невозможно

Нет крови и патологических примесей в жидкости

Выявлено наличие крови или патологических примесей

Признаков повреждений органов не выявлено

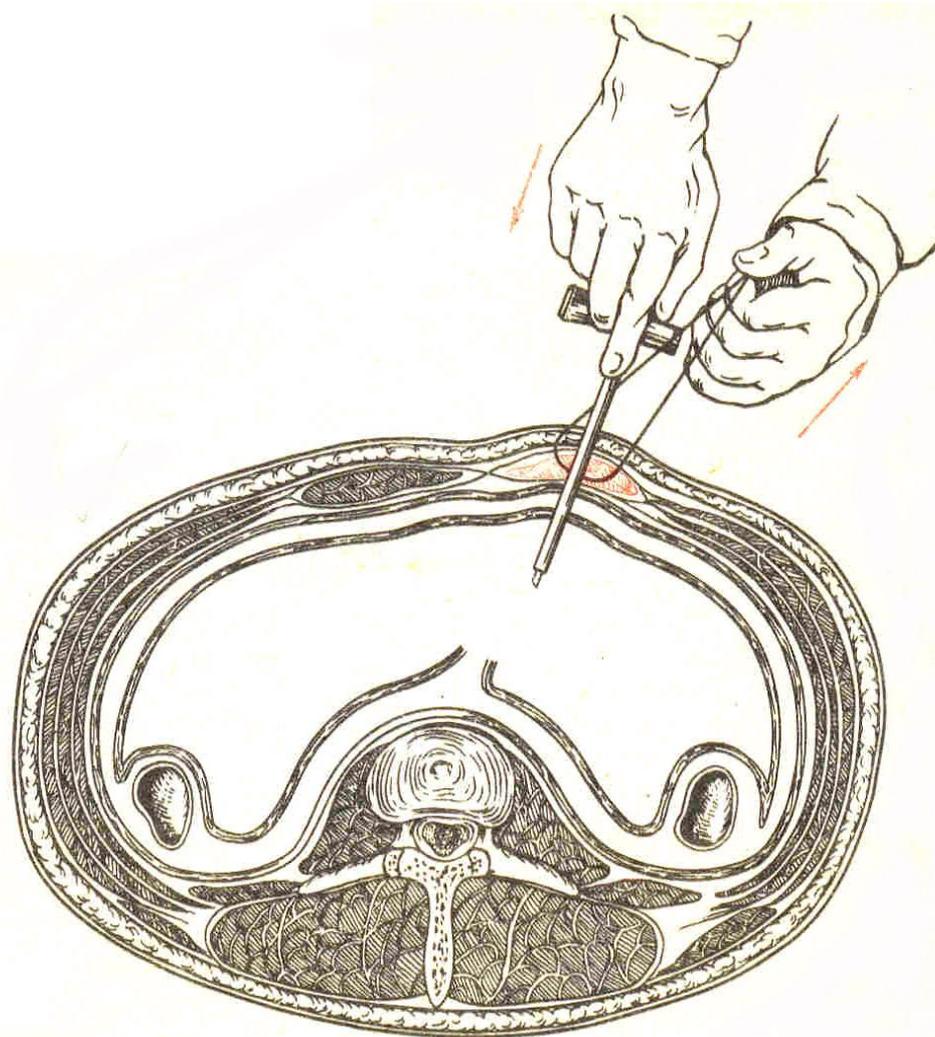
Выявлены прямые или косвенные признаки повреждений внутренних органов

При невозможности лапароскопии или лапароцентеза, а также при неинформативности результатов показана диагностическая лапаротомия

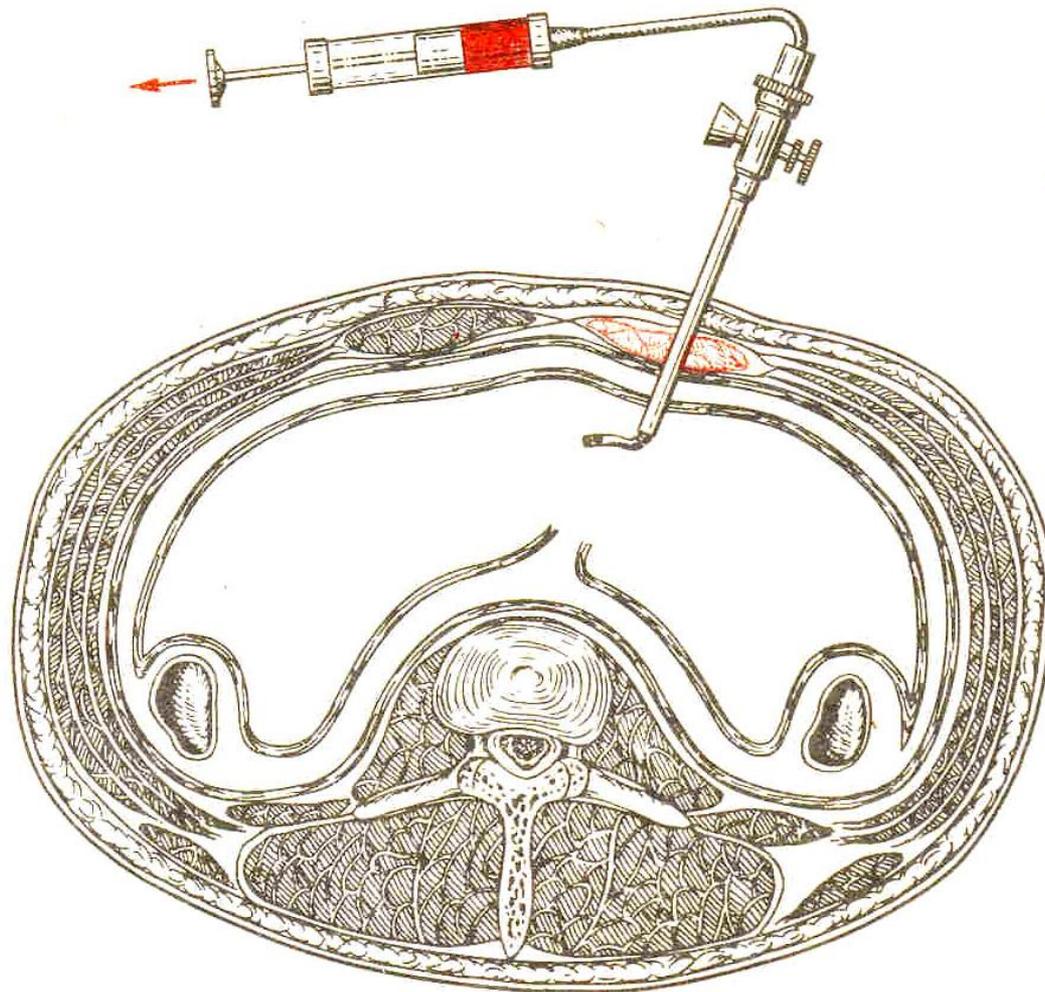
Динамическое наблюдение, консервативная терапия

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Пункция передней брюшной стенки троакаром



Аспирация содержимого брюшной полости с помощью шприца



Явные признаки внутрибрюшного кровотечения у пострадавших с закрытой травмой живота – абсолютное показание к немедленной операции, независимо от тяжести состояния пострадавшего и стабильности гемодинамики. Так же следует поступать при наличии признаков разрыва полого органа.

При проникающем ранении живота операция начинается со срединной лапаратомии.

Существует правило: рана передней брюшной стенки должна быть обработана таким образом, чтобы хирург мог видеть дно раневого канала, если оно не доходит до листка брюшины.

Обнаружение дефекта брюшины – показание к срединной лапаратомии.

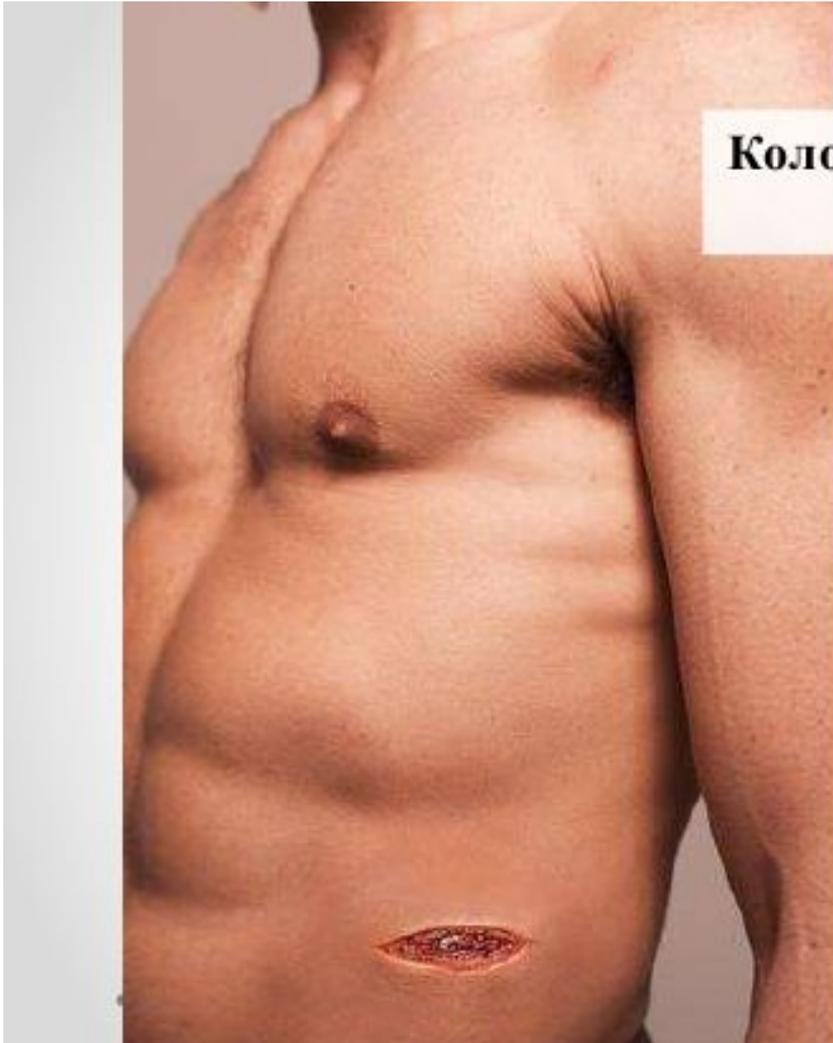
Обработка эвентрированных органов

Выпавшие петли кишечника и рану под общим обезболиванием обмывают тёплым стерильным физраствором, затем – р-ом антисептика.

Неповреждённую петлю вправляют, рану временно тампонируют стерильной салфеткой.

Повреждённую петлю окутывают салфеткой и оставляют временно на брюшной стенке, предварительно обработав её антисептиком.

Выпавшую прядь сальника в любом случае перевязывают и отсекают, рану прикрывают салфеткой.



**Колото-резаная рана передней брюшной стенки
Проникающая?**



**Колото-резаная рана
передней брюшной стенки
Проникающая?**



Доступ

Срединная лапаротомия от мечевидного отростка до 4-6 см ниже пупка (длина раны не мене 20 см).

Выполнение ограниченной верхнесрединной лапаротомии – частая и грубая ошибка.

Временный гемостаз

В момент вскрытия БП кровотечение усиливается из-за снижения внутрибрюшного давления.

Наиболее простой приём временного гемостаза – пережатие кровоточащего сосуда пальцами.

При повреждениях печени и селезёнки – пережимают печёночно-двенадцатипёрстную связку или ножку селезёнки.

Кровотечение из аорты и нижней полой вены (и их ветвей) останавливают прижатием раны к позвоночнику.

Ревизия органов брюшной полости

Перед ревизией проводят блокаду прокаинном корня брыжейки.

Выполняют ревизию в последовательности:

Желудок

Двенадцатиперстная кишка

Тонкая кишка

Толстая кишка

Прямая кишка и мочевого пузырь

Ревизия паренхиматозных органов:

Печень

Селезёнка

Поджелудочная железа

Реинфузия крови

Показание – кровопотеря более 500 мл.

Противопоказания: сопутствующие повреждения полых органов; длительный (более 24 ч.) срок с момента травмы и выраженном гемолизе



Повреждения желудка

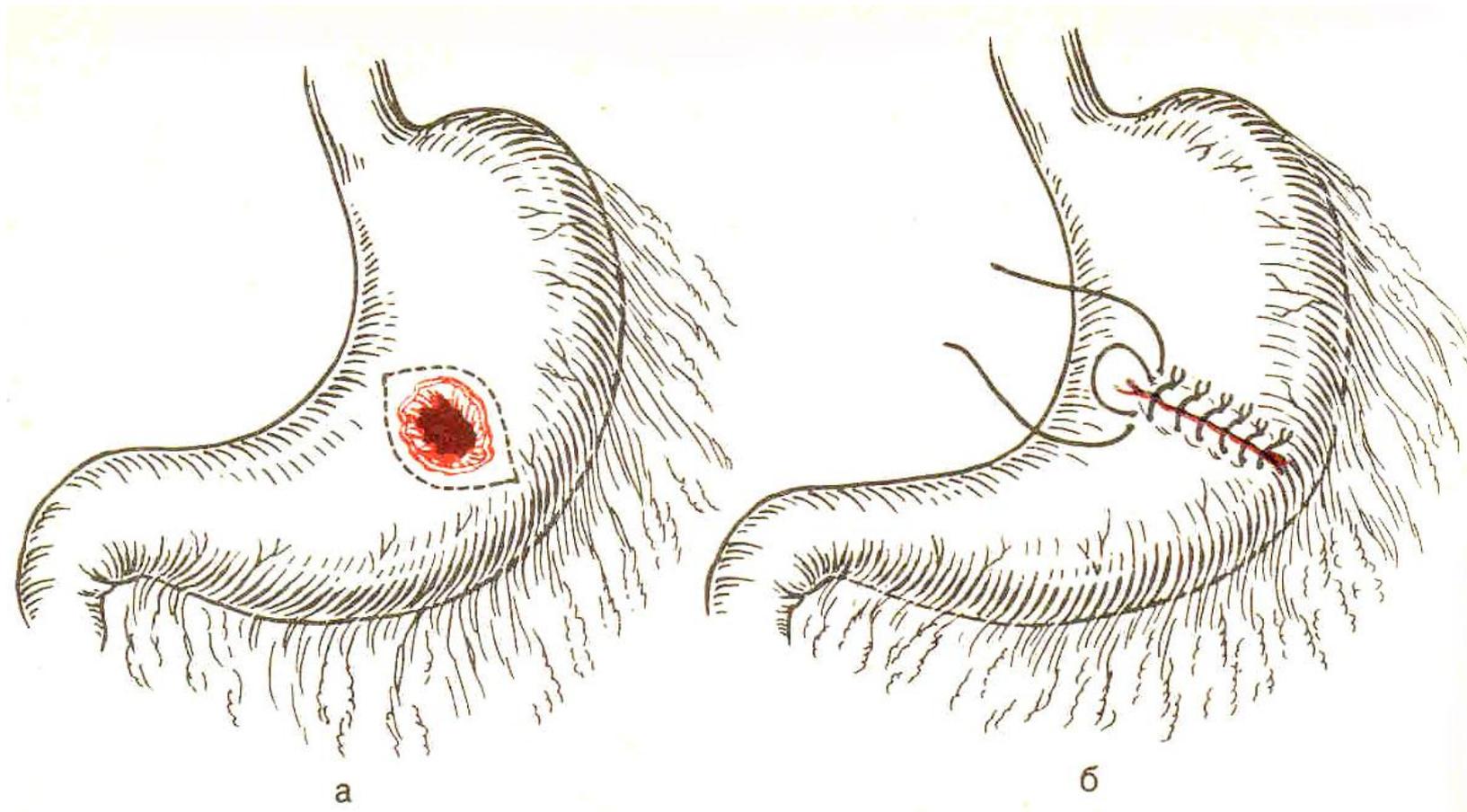
Часто с сопутствующими поражениями соседних органов (ПЖ, селезёнка, печень, ДПК).

При неполном разрыве болезнь протекает в три периода: шок, мнимое благополучие, вторичный некроз (перитонит).

Лечение

При полном разрыве – экономное иссечение краёв раны, ушивание двухрядным швом с укрытием ушитого дефекта сальником на ножке.

Этапы ушивания раны желудка



а – иссечение краев раны желудка

б – наложение швов в поперечном направлении по отношению к оси желудка

Повреждение тонкой кишки

Самый часто поражаемый орган при абдоминальной травме (до 35% случаев).

Классификация

Ушибы тонкой кишки (субсерозная и подслизистая гематома)

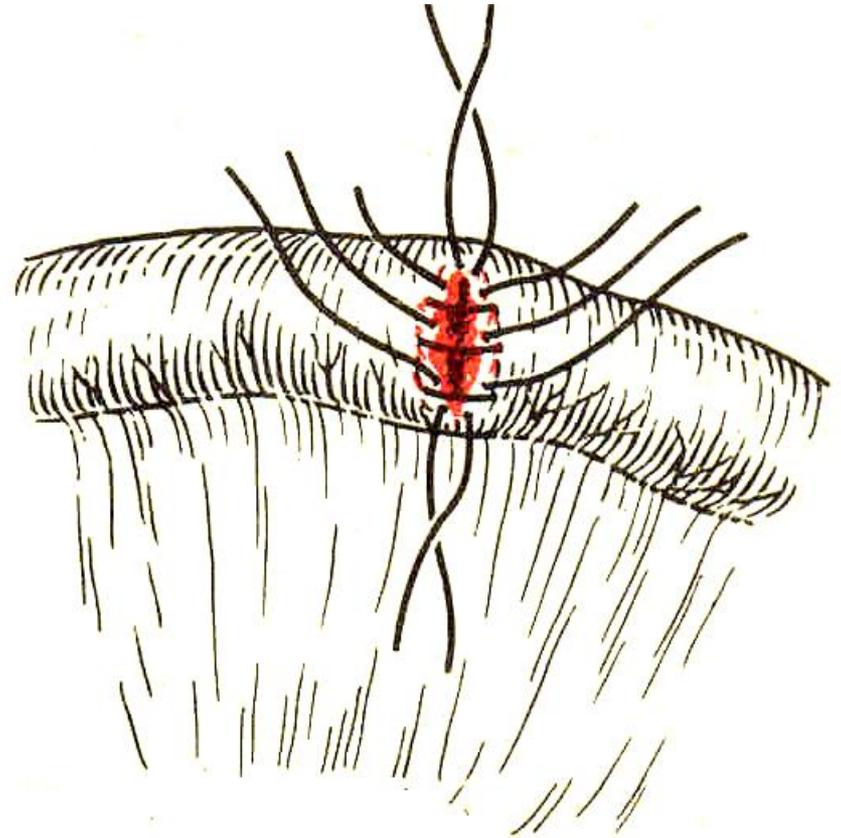
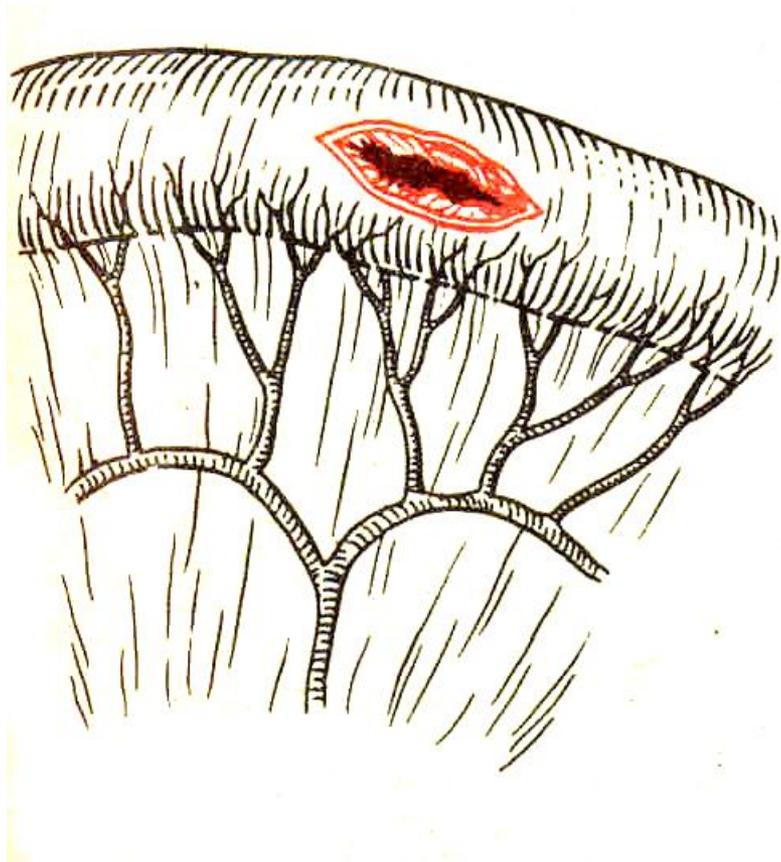
Разрывы (поперечные и продольные)

Закрытые повреждения и ранения стенки (серозной и слизистой оболочки, сквозные, размозжение, пересечение)

Лечение

Изолированные раны, протяжённостью менее половины диаметра кишки ушивают в поперечном направлении двухрядным швом с предварительным иссечением нежизнеспособных тканей.

Иссечение и ушивание раны тонкой кишки



Если ушивание невозможно – выполняется резекция кишки.

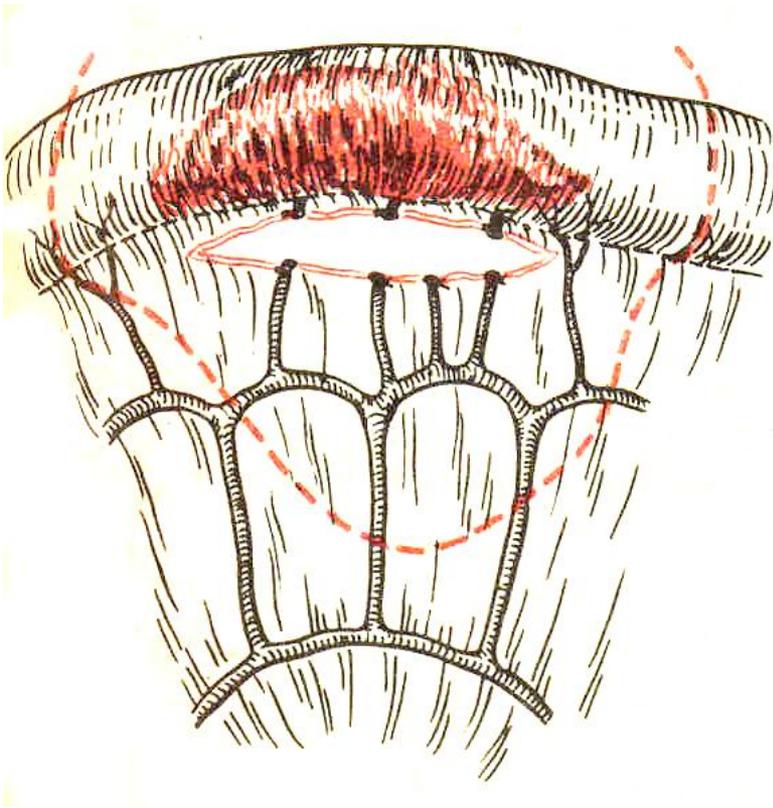
Показания:

Гематомы брыжейки

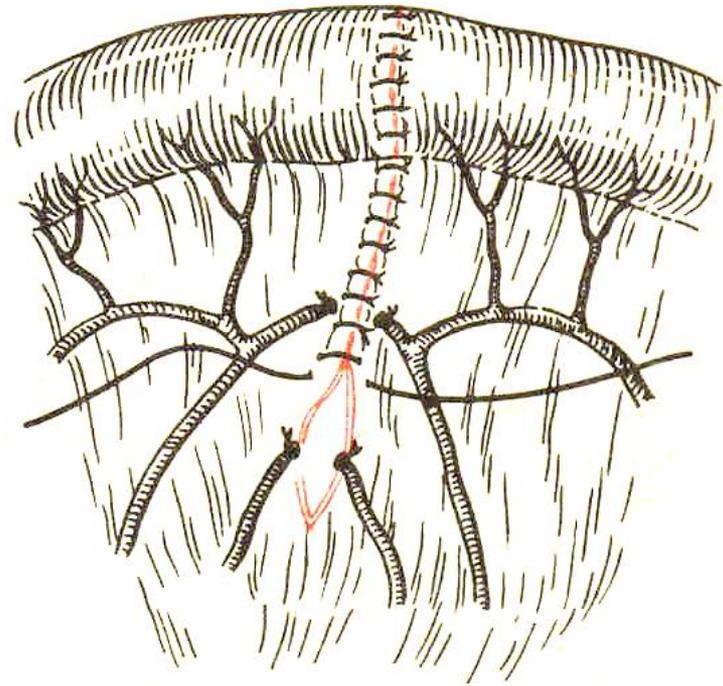
Отрыв кишки от брыжейки

Множественные ранения на ограниченном участке кишки

Резекция тонкой кишки при отрыве ее от брыжейки

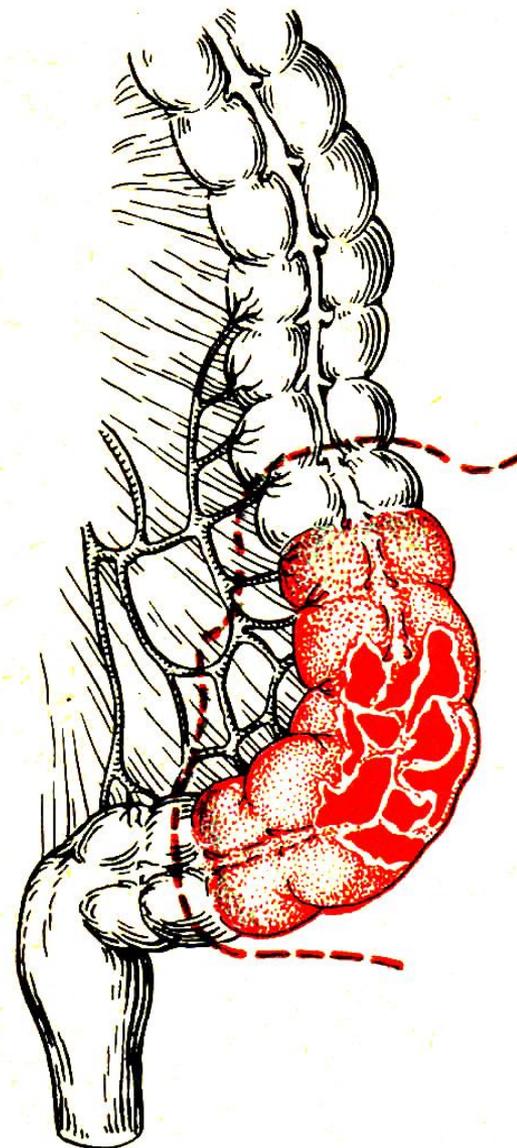


Объем резекции

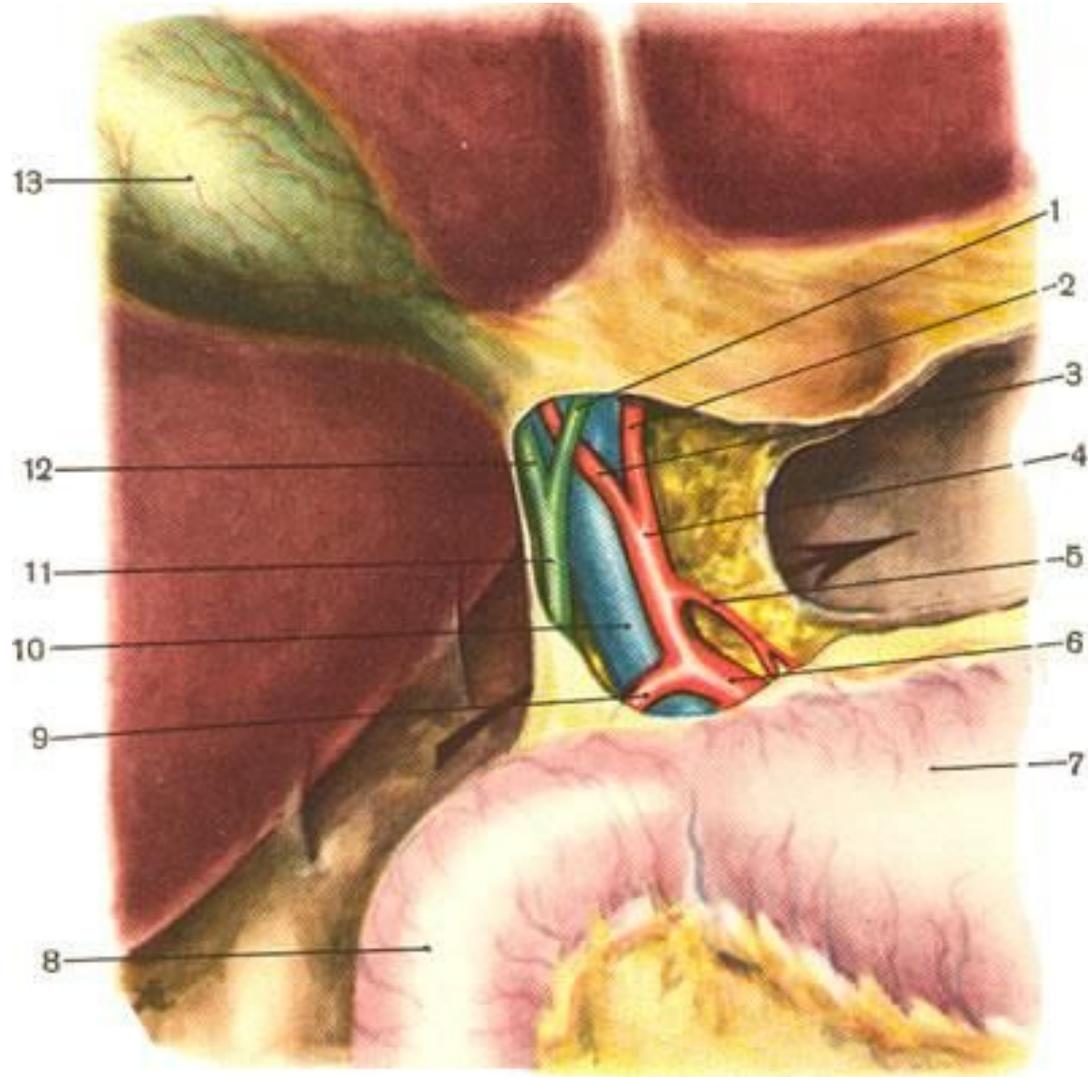


Этап операции

Резекция
поврежденного
участка
СИГМОВИДНОЙ
КИШКИ
(объем резекции)



Повреждения печени



Лечение

Консервативное лечение закрытой травмы печени возможно

- 1) Стабильная гемодинамика
- 2) Стабильные показатели гемоглобина и гематокрита
- 3) Отсутствие повреждений других органов БП и забрюшинного пространства, требующих оперативного лечения

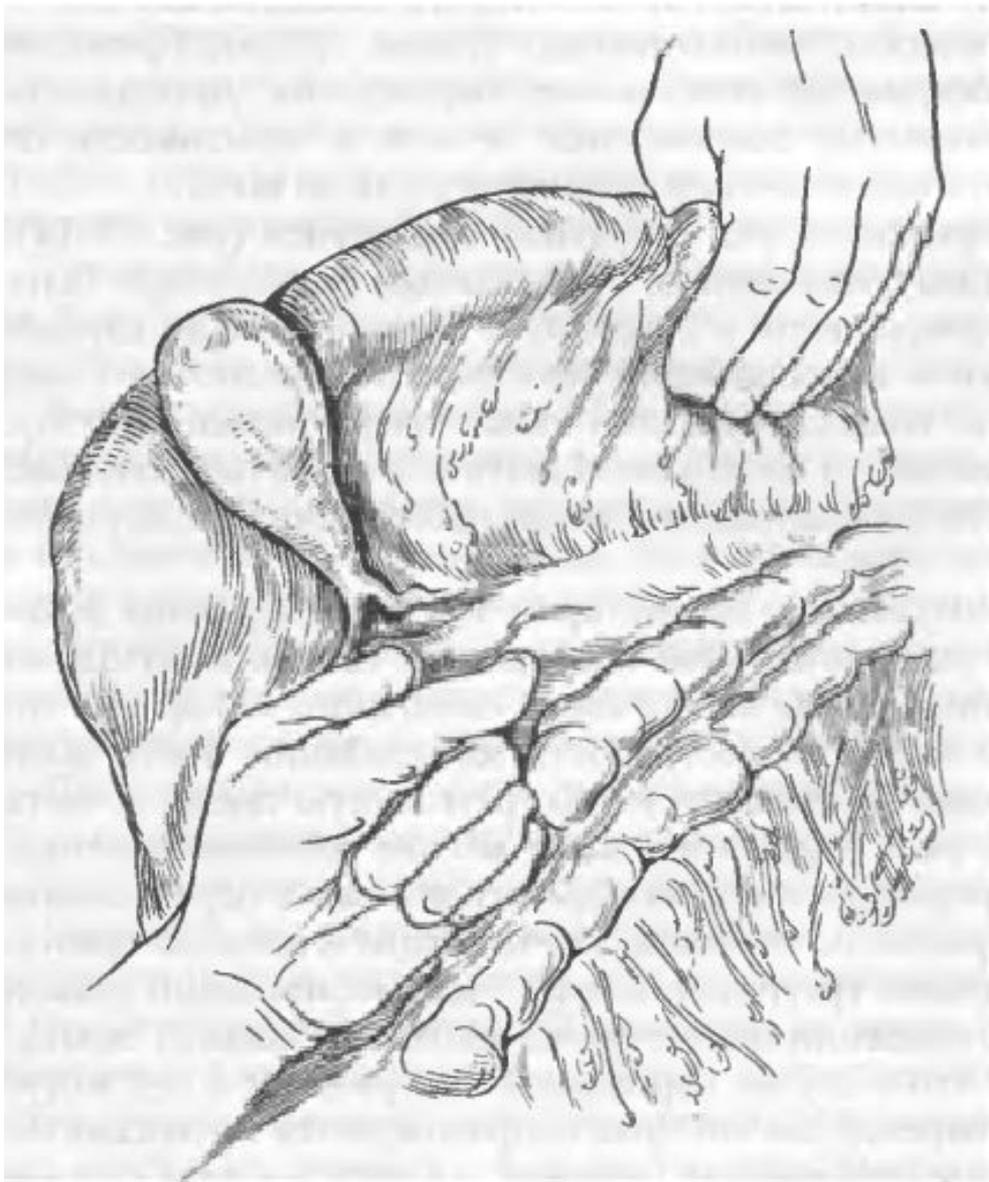
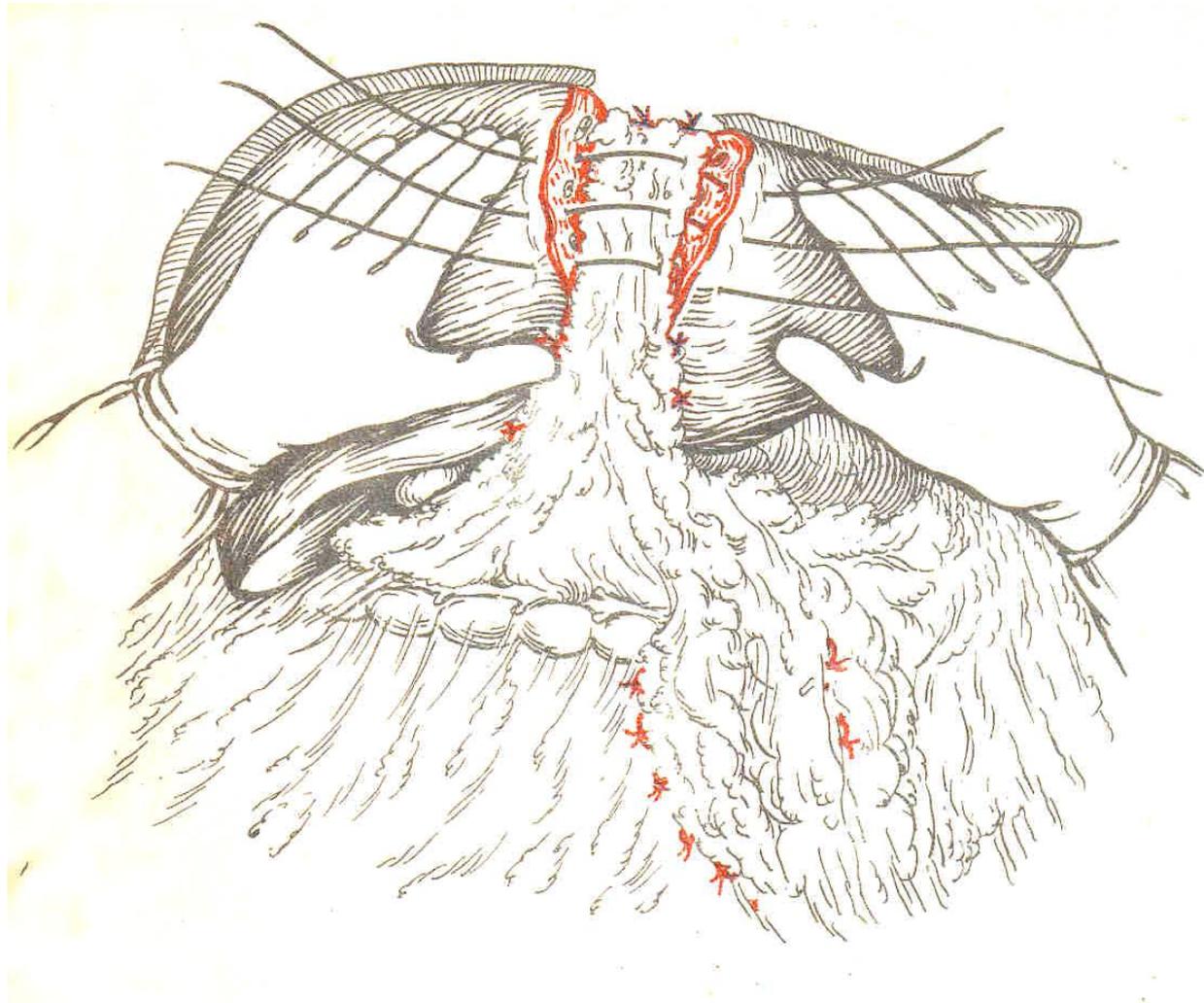
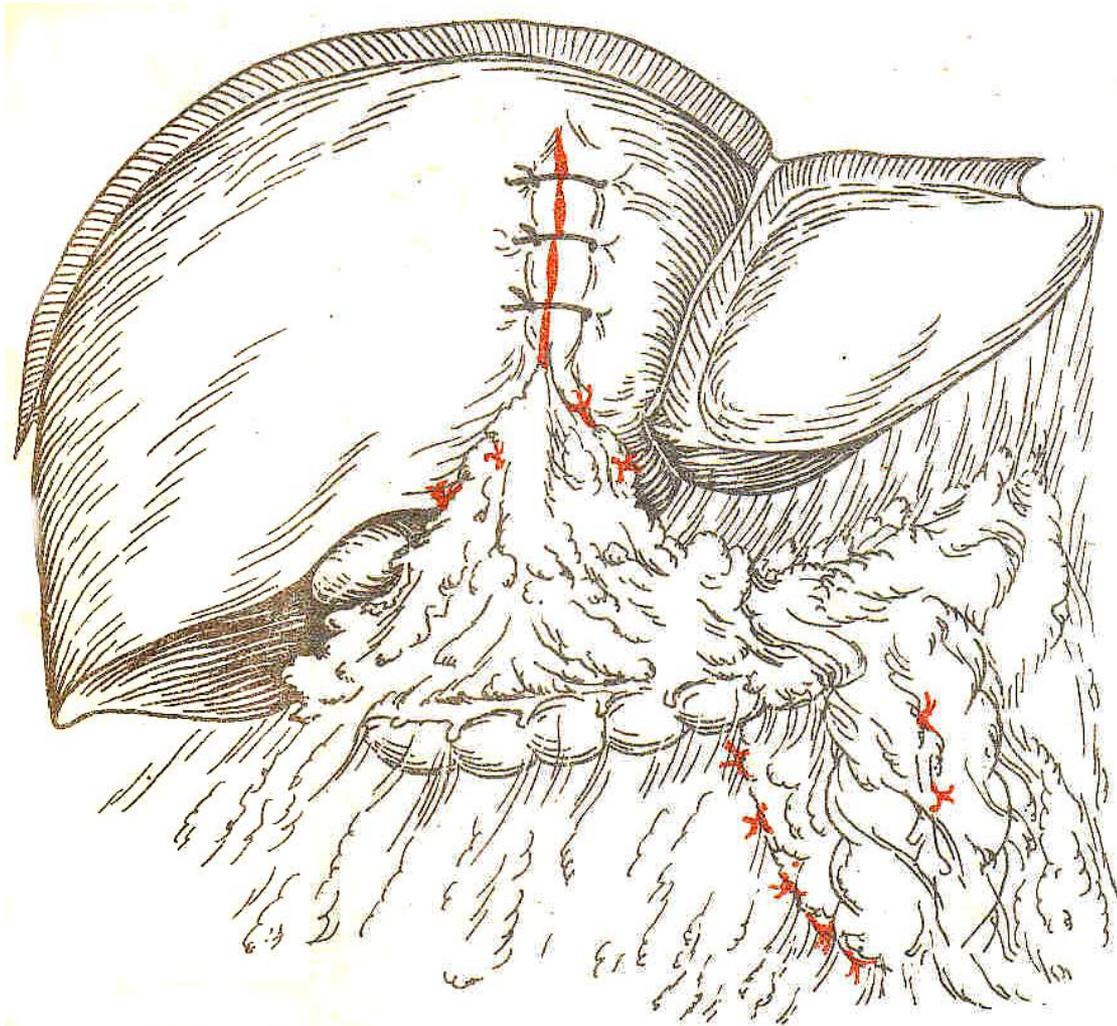


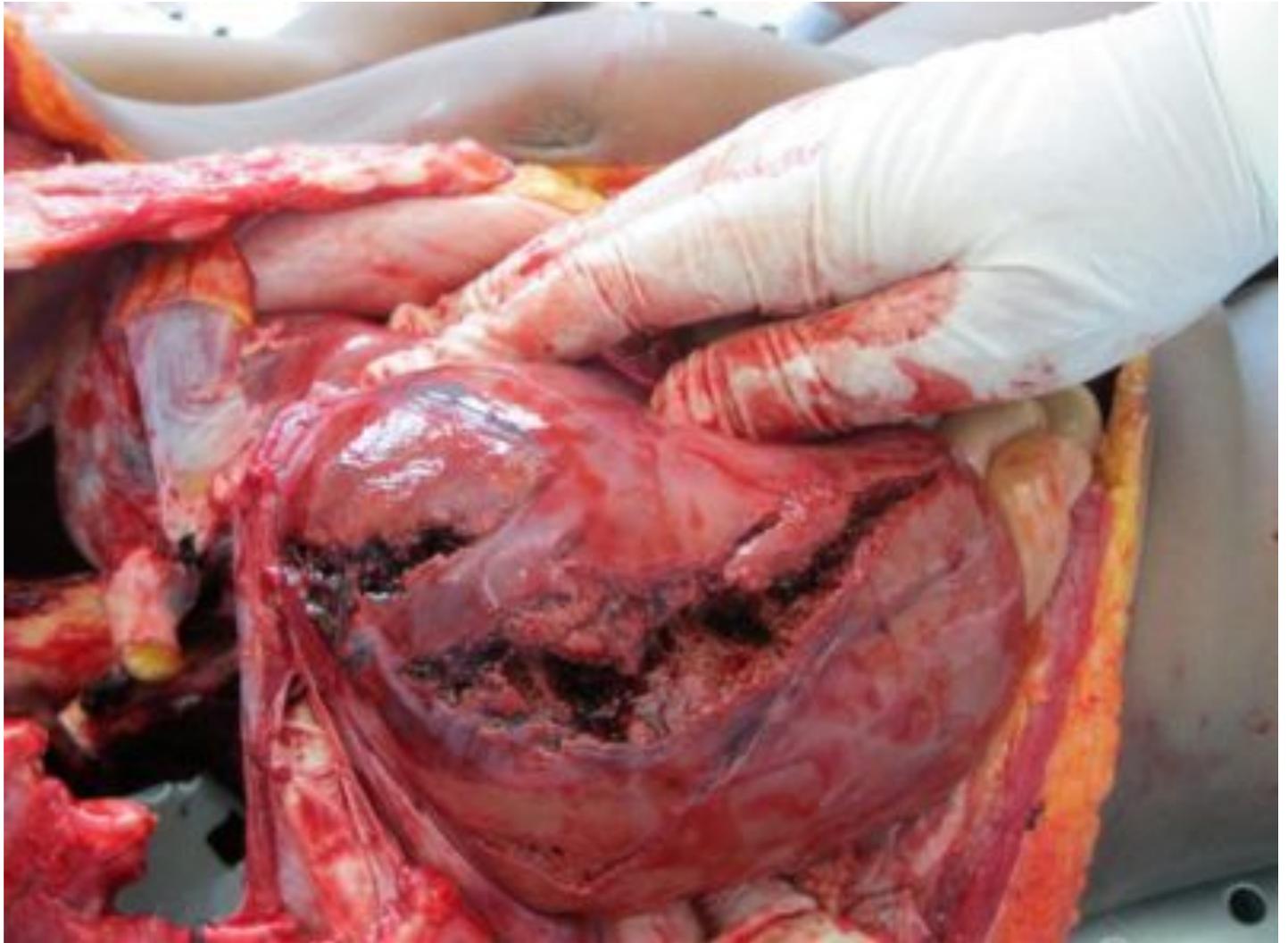
Рис. 53-13. Временная остановка кровотечения из раны печени пальцевым прижатием печёчно-двенадцатиперстной связки.

Тампонада раны печени сальником на ножке (подведение сальника)

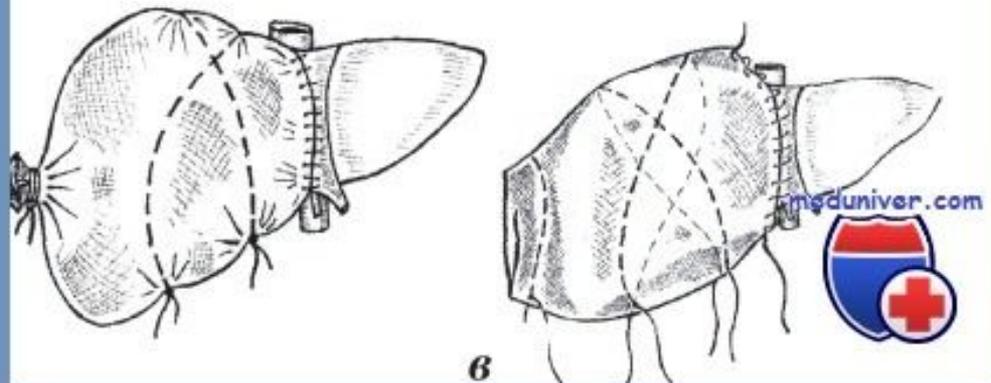
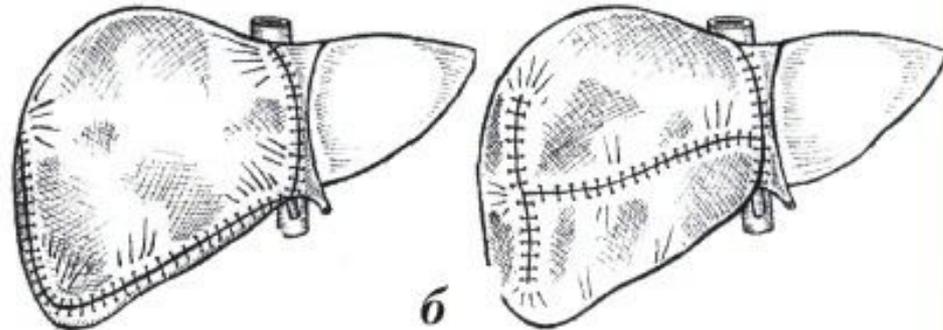
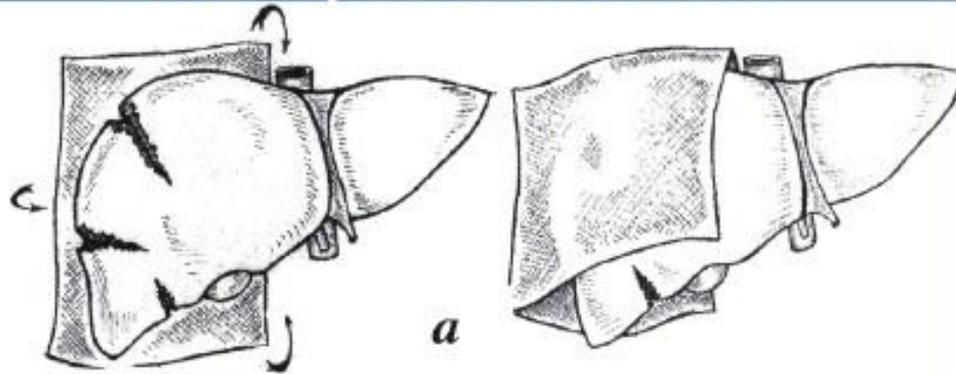


Тампонада раны печени сальником на ножке (наложение швов)

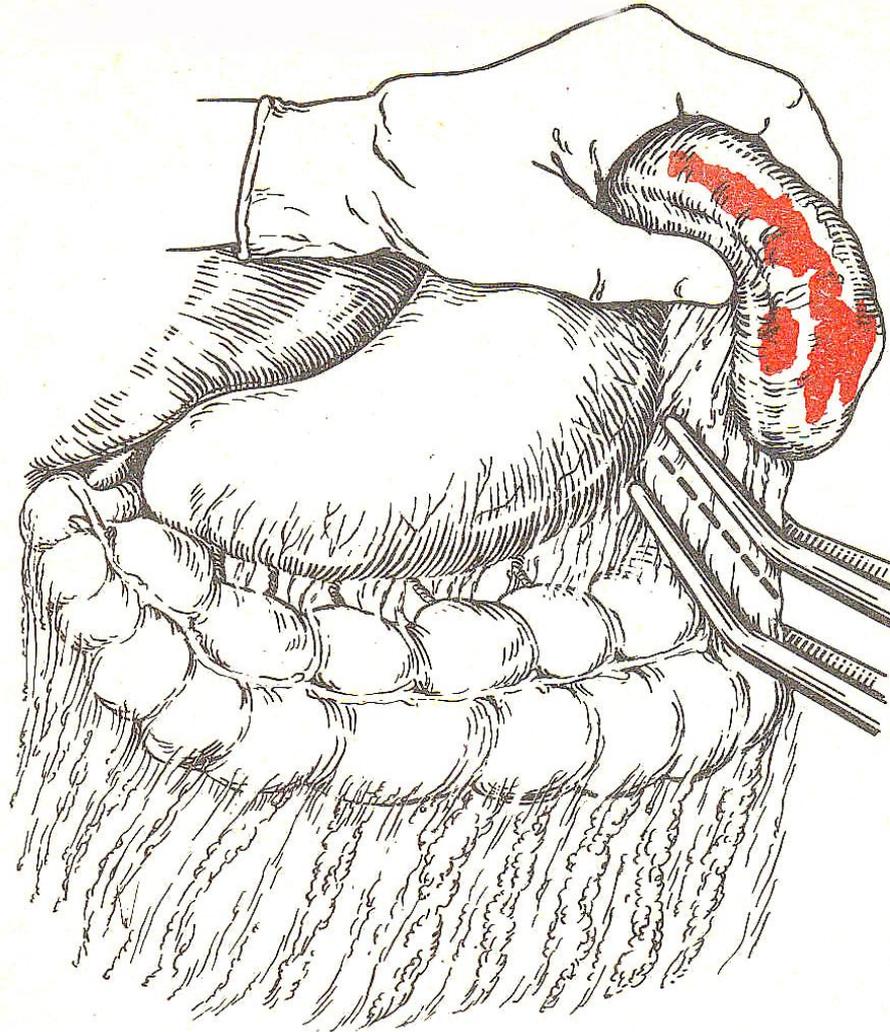




Пакетирование печени



Пальцевое прижатие сосудов для временной остановки кровотечения при разрыве селезенки



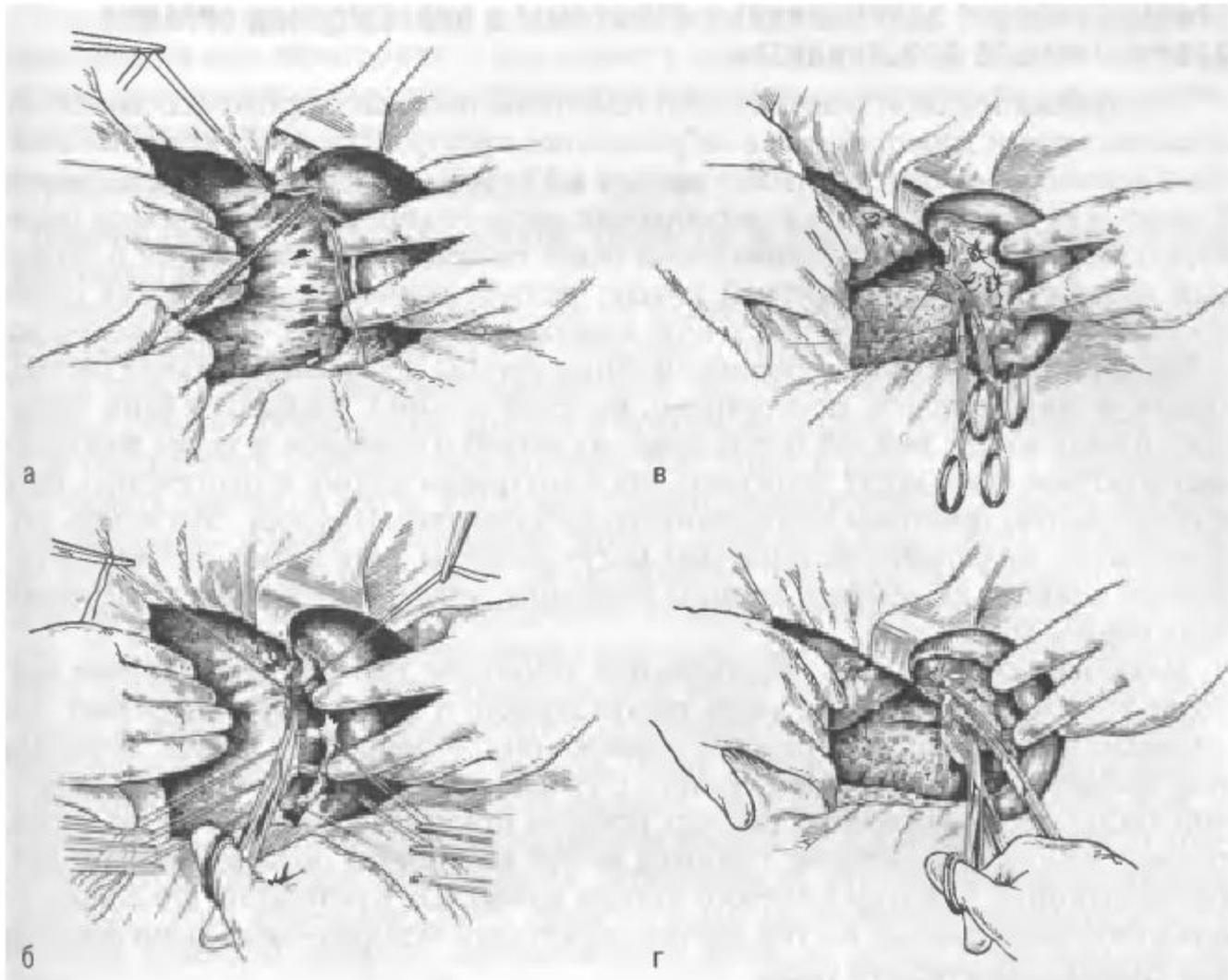
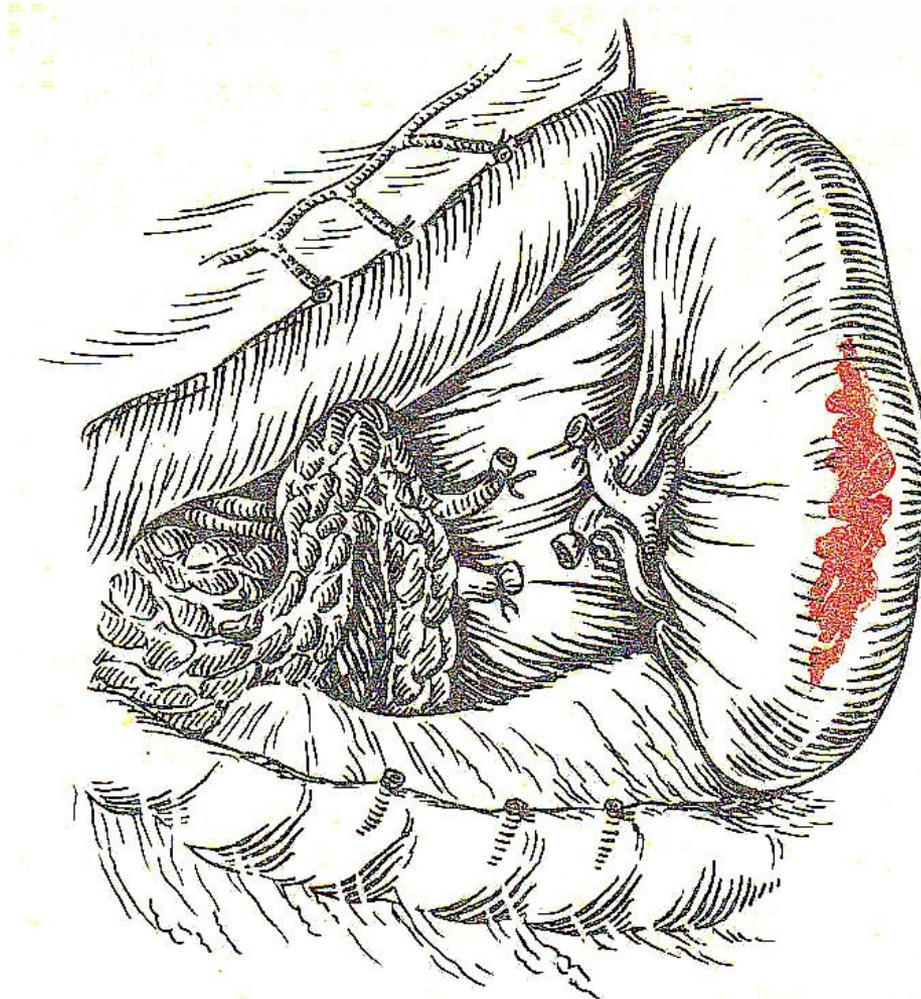


Рис. 53-26. Удаление селезёнки: а — наложение зажимов на диафрагмально-селезёночную связку; б — перевязка коротких сосудов желудка; в — перевязка ножки селезёнки; г — рассечение ножки селезёнки между зажимами.

Перевязка селезеночной артерии и вены

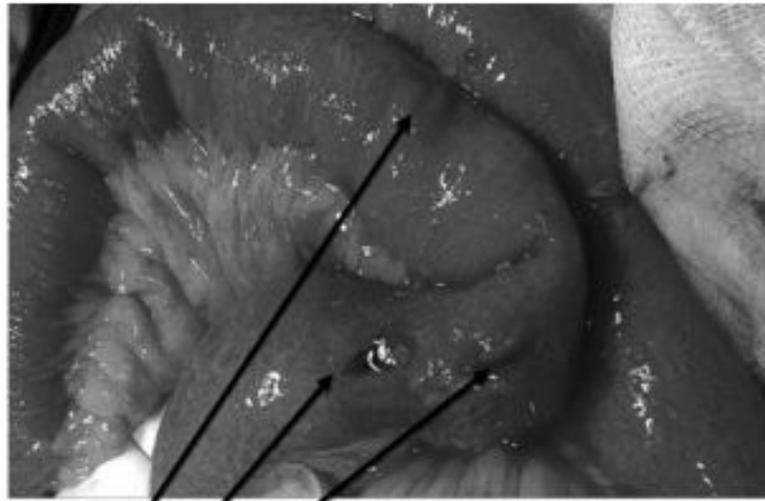


Ведение послеоперационного периода

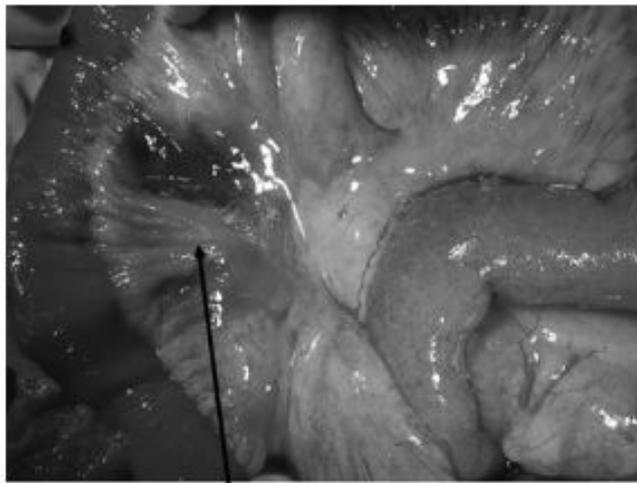
- *Строгий постельный режим*
- *Голод, жажда*
- *Положение Фовлера*
- *Анальгетики*
- *Антигистаминные*
- *Антибиотики*
- *Бронхолитики*
- *Сердечные гликозиды*
- *Витамины*
- *Инфузионная терапия в объеме 3-4 л жидкости*

Больной К., 46 лет, поступил с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, во всех отделах живота в 1-е сутки после травмы (со слов, был избит неизвестным, тошноты, рвоты не было, сознание не терял). При поступлении состояние больного средней степени тяжести; дыхание при аускультации в легких с жестким оттенком, ослаблено в нижних отделах слева, хрипов нет. Живот не вздут, при пальпации напряжен, болезненный во всех отделах; перитонеальные симптомы положительные. Status localis: разлитая боль при пальпации грудной клетки слева по задней подмышечной и лопаточной линии с VI по IX ребро. Подкожной эмфиземы грудной клетки нет.

При УЗИ брюшной полости при поступлении выявлено разобщение листков брюшины под печенью до 0,9 см, в полости малого таза — до 0,9 см. Заключение: эхопризнаки свободной жидкости в брюшной полости. При рентгенографии органов брюшной полости при поступлении: газ и плотное содержимое по ходу толстой кишки на всем протяжении; в мезогастрии единичные пневматизированные петли тонкой кишки, диаметром 3,3 см с нечеткими уровнями жидкости. В экстренном порядке выполнена диагностическая лапароскопия: в брюшной полости мутный геморрагический выпот до 300 мл во всех отделах живота, на висцеральной брюшине мезогастральной области налет фибрина. На расстоянии 80 см от илеоцекального угла сквозной дефект тонкой кишки с вывернутыми краями размером 3×2 см. Принято решение о конверсии — выполнена широкая срединная лапаротомия. В брюшной полости 450 мл геморрагического содержимого с примесью кишечного отделяемого. В 80 см от илеоцекального угла определяются 3 линейных разрыва подвздошной кишки диаметром до 1,5 см (рис. 5). Брыжейка тонкой кишки с множественными поверхностными разрывами, кровоподтеками, гематомой (рис. 6).



Разрывы стенки тонкой кишки
Ruptures of intestinal wall



Разрыв брыжейки тонкой кишки
Ruptures mesentery

В верхней трети сигмовидной кишки дефект серозно-мышечного слоя размером 2×1 см. При дальнейшей ревизии повреждений желчного пузыря, желудка, начального отдела двенадцатиперстной кишки не выявлено. Выполнена резекция около 15 см участка подвздошной кишки с тремя разрывами. Сформирован энтероэнтероанастомоз конец в конец. Произведена назоинтестинальная интубация. Выполнено ушивание дефекта стенки сигмовидной кишки. Произведено дренирование брюшной полости в полость малого таза, правое подпеченочное пространство и в левый латеральный канал. После операции пациенту проводили антибактериальную, инфузионно-спазмолитическую, антисекреторную терапию, лабораторный контроль, динамическое наблюдение.

На 3—4-е сутки после операции удалены дренажи из брюшной полости. На 4-е сутки после операции выполнено радиоизотопное исследование всасывающей способности кишки — нарушений не выявлено. Для оценки состоятельности энтероэнтероанастомоза и пассажа по тонкой кишке на 6-е сутки после операции дано 100 мл водорастворимого контрастного вещества через назоинтестинальный зонд: петли тонкой кишки диаметром до 3 см; энтероэнтероанастомоз диаметром до 0,6 см. Затекания контрастного вещества за его контуры не выявлено. Через 2 ч контраст распределился по толстой кишке на всем протяжении. Послеоперационный период гладкий. Швы с послеоперационной раны сняты на 12-е сутки. В удовлетворительном состоянии пациент выписан под наблюдение хирургом по месту жительства.

Спасибо за внимание

