**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

ДОКЛАД

на тему:

«**Помощь при травме живота**»

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

**2008**

**План**

Введение

1. Помощь на месте происшествия
2. Реанимация
3. Первичное и повторное исследование
4. Осложнения и ятрогенные повреждения

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

Диагностика повреждений внутренних органов при травме живота затруднена по ряду причин.

В брюшной полости имеется множество органов, и все они могут подвергаться изолированному или комбинированному повреждению. Во многих случаях речь идет о травиальном повреждении даже при воздействии значительной силы. Возможна и противоположная ситуация, когда, казалось бы, травиальный ушиб вызывает серьезное повреждение внутренних органов.

Данные объективного исследования иногда недостаточны или преувеличены даже у бодрствующих пациентов. Наблюдаемые физические признаки при том или ином конкретном повреждении могут значительно различаться у разных пациентов.

У многих пациентов наблюдается извращенное восприятие боли вследствие сопутствующих или предшествующих заболеваний. Наиболее частыми состояниями, изменяющими болевую реакцию, являются интоксикация и травма головы. Нарушения метаболизма, психические и неврологические
расстройства также могут затруднять объективное исследование.

Оценка и лечение повреждений живота должны проводиться с учетом особенностей организма пациента и его общего состояния. Ниже изложены основные направления в оказании помощи при повреждении живота.

**1. ПОМОЩЬ НА МЕСТЕ ПРОИШЕСТВИЯ**

На месте происшествия основные усилия должны быть направлены на обеспечение быстрой и надежной иммобилизации пострадавшего и устранение различных травмирующих факторов. На этом этапе возможно использование военных противошоковых брюк, которые применяются у пациентов с гипотензией. Введение широкопросветного внутривенного катетера (№ 16 или 14) и инфузионная терапия могут осуществляться уже в пути, однако это не должно задерживать доставку пострадавшего в ОНП.

**2. РЕАНИМАЦИЯ**

Реанимационные мероприятия при всех видах травмы включают обеспечение проходимости дыхательных путей, контроль за дыханием и циркуляцией крови. Проходимость дыхательных путей обеспечивается одновременно с иммобилизацией шейного отдела позвоночника; дыхание поддерживается (при необходимости) с помощью ИВЛ; после оценки состояния пациента проводится коррекция циркуляции. Замещение жидкости осуществляется с использованием не менее двух широкопросветных внутривенных катетеров. Если необходимо восполнение значительного объема жидкости, то в центральную или периферическую вену может быть проведен французский катетер № 9 по методу Сельдингера или посредством венесекции. Во время проведения катетера в вену осуществляется забор крови для лабораторных исследований. Рутинный лабораторный анализ крови у пациентов с травмой включает определение группы крови, пробу на совместимость, подсчет форменных элементов крови, измерение уровня электролитов и амилазы, определение протромбинового времени и частичного тромбопластинового времени, а также содержания алкоголя и токсических веществ (по показаниям). Дополнительные исследования у тяжело пострадавших включают печеночные и почечные функциональные тесты.

**3. ПЕРВИЧНОЕ И ПОВТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Врекомендациях Американского колледжа хирургов, которые касаются поддержания жизненных функций при травме, подчеркивается необходимость быстрого, но достаточно тщательного обследования пострадавшего ввиду возможного наличия сопутствующих повреждений, определяющих очередность лечебных мероприятий.

Повреждение головы, сердца, крупных сосудов или дыхательных органов может быть преобладающим над травмой живота. В ходе проведения неотложных мероприятий следует избегать преждевременного сдувания пневматических брюк. Для предупреждения гипотензии во время сдувания брюк необходим тщательный контроль АД. При значительной гиповолемии освобождение от тампонады может привести к сердечной нестабильности. Перед сдуванием брюк необходимо адекватное замещение объема жидкости. При стойкой гипотензии, сохраняющейся при раздутых ВПШБ, их сдувание производится в операционной. Предварительно можно рассмотреть возможность проведения торакотомии для сдавления аорты или ее пережатия.

Абдоминальное исследование при повторной оценке состояния пациента должно быть полным. Оно включает оценку состояния таза, промежности, мочеполовой системы, внутри брюшных органов, мышц и костей спины, брюшной стенки. Следует как можно быстрее определить объективные показания к операции. Предварительное выяснение характера внутрибрюшных повреждений целесообразно лишь в некоторых случаях; детальное обследование для уточнения диагноза, которое требует немало времени, как правило, недопустимо.

Важное значение для оценки состояния пациента с травмой живота имеет понимание патофизиологии травматического воздействия, а также значение терапевтических методов, используемых при специфических повреждениях. Предоперационное обследование и подготовка пациента к операции позволяют выработать концепцию хирургического лечения таких повреждений.

**Промывание брюшины**

Диагностический перитонеальный лаваж (ДПЛ) остается прекрасным тестом, обеспечивающим быструю оценку состояния внутрибрюшинных органов. К преимуществам метода относится его чувствительность (95 % во многих исследованиях), доступность, техническая простота и быстрота его выполнения. Возможные проблемы этого тестирования связаны с ятрогенными повреждениями и ошибочностью его использования при оценке ретроперитонеальных повреждений. Довольно высокая частота ложноположительных результатов этого теста используется в качестве аргумента в пользу КТ-сканирования. Кроме того, отмечается относительно низкая специфичность метода. Тем не менее, ДПЛ является ценным дополнительным исследованием при определении показаний к неотложной лапаротомии.

Показания

1. Показания к проведению ДПЛ при тупой травме включают анамнез значительной травмы живота при наличии сомнительных данных объективного исследования, как в нижеперечисленных случаях.
2. Наличие неврологических нарушений при травме головы или спинного мозга, а также при интоксикации наркотиками.
3. Необъяснимая гипотензия и вероятность внутрибрюшного
кровотечения.
4. Невозможность проведения мониторинга при абдоминальном исследовании, например у пациентов, требующих общей
анестезии в связи с сочетанными повреждениями.

Противопоказания

Абсолютных противопоказаний к промыванию брюшной полости нет, имеются только относительные. Разумеется, ДПЛ не является необходимым у пациентов с показаниями к операции: эта процедура лишь отсрочит операцию; к тому же она чревата дополнительными осложнениями.

ДПЛ относительно противопоказан пациентам, у которых его проведение сопряжено с повышенным риском, включая ситуации, перечисленные ниже.

**Предшествующая операция на органах брюшной полости. В** зависимости от типа операции и локализации рубца возрастает риск нечаянного повреждения внутренних органов из-за спаечного процесса.

**Поздние сроки беременности.** Беременная матка увеличивает риск повреждения смещенных ею внутренних органов.

**Значительное расширение кишечника газами.** Это может иметь место вследствие вентиляции через маску. При этом возрастает риск непреднамеренного повреждения кишки.

Техника

Проведение катетера в брюшную полость может осуществляться тремя способами: закрытым, полузакрытым или открытым. При всех трех способах предполагается предварительное проведение катетера Фолея и назогастральной трубки (вводится первой) для декомпрессии и дренирования желудка. Подготавливается и покрывается салфетками операционное поле; производится местное обезболивание анестетиком, содержащим эпинефрин в концентрации 1:100 000. Ввиду возможного попадания воздуха в брюшную полость желательно предварительное получение рентгенограммы живота.

**Закрытый способ.** После анестезии игла вводится в брюшную полость. Катетер для промывания устанавливается по методу Сельдингера.

**Полузакрытый способ.** Призводится разрез до фасции; перед выполнением перитонеальной пункции фасция визуализируется.

**Открытый способ.** Производится разрез кожи, фасции и брюшины. Разрез обычно делают по средней линии в нижней половине живота, однако он может проводиться в любой области в зависимости от локализации предыдущих разрезов или наличия перелома тазовых костей. Затем рассекают брюшину под прямым визуальным контролем и вводят катетер в брюшную полость, направляя его в глубь таза. У пациентов с относительными противопоказаниями ДПЛ может осуществляться модифицированным методом. При наличии обширного спаечного процесса в брюшной полости, имеющийся в ней выпот может быть изолирован; при этом невозможность получения его порции может ошибочно трактоваться как отрицательный результат. Промывание брюшной полости должно применяться в случаях выполнения лапароцентеза с диагностической целью.

Промывание

После установления катетера жидкость аспирируют, и если при этом получают более 10 мл крови, то тест считают положительным. Если кровь не аспирируется, то в брюшную полость вводят лактированный раствор Рингера из расчета 20 мл/кг (до 1 л). Для обеспечения полного распределения лаважной жидкости и получения ее образцов в разных отделах брюшной полости можно изменить положение пациента или промассировать живот. Вытеканию жидкости способствует положение Тренделенбурга. Неадекватный возврат лаважной жидкости представляет обычную проблему. Чаще всего это обусловлено положением катетера, но возможно и перемещение жидкости в плевральную полость при разрыве диафрагмы. Затем готовятся образцы лаважной жидкости для исследования.

Интерпретация данных

При установке катетера и в начале аспирации получено более 10 мл цельной крови.

При лабораторном анализе промывной жидкости обнаруживается:

а.> 100 000 эритроцитов в 1 мл при тупой травме

10 000 эритроцитов в 1 мл при проникающем ранении
(спорно)

1000 эритроцитов в 1 мл при огнестрельном ранении
(спорно)

б.> 500 лейкоцитов в 1 мл

в.> 200 ЕД амилазы в 100 мл

г.Примесь желчи

д.Наличие бактерий или вегетативного материала при микроскопическом исследовании.

Если в начале аспирации жидкость имеет розоватый цвет (что предполагает сомнительный результат) или пациенту предстоит перевод в другое отделение, то катетер оставляют на месте для более позднего проведения повторного исследования. В случае перевода пациента в другое медицинское учреждение образец лаважной жидкости передается вместе с ним.

**Компьютерная томография**

КТ-сканирование является превосходным диагностическим методом, дополняющим ДПЛ. При проведении исследования в оптимальных условиях КТ-сканирование гораздо более специфично по сравнению с ДПЛ.

Главное преимущество сканирования — возможность более точной оценки ретроперитонеального пространства и локализации повреждения до операции. Следует подчеркнуть, что результаты диагностического промывания брюшной полости и КТ-сканирования должны рассматриваться в контексте клинического состояния пациента. Ни один из методов исследования не является абсолютно эффективным, каждый метод должен использоваться с учетом клинических данных и в определенное время.

Для проведения результативного исследования необходим квалифицированный и опытный персонал, а также содействие пациента. Для оптимального разрешения необходимо пероральное и внутривенное введение контрастного вещества. Пероральный контраст дается в двух болюсах, обычно через назогастральный зонд. Первый болюс (500 мл 3 % водорастворимого контрастного вещества) вводится примерно за 30 мин до исследования, второй (250 мл того же раствора) — непосредственно перед началом КТ-сканирования. Внутривенный контрастный материал болюсно вводится во время диагностической процедуры. Для взрослых используется 100 мл 60 % йодсодержащего раствора. В настоящее время проводятся исследования для оценки эффективности введения контрастного вещества с помощью клизмы, что предположительно должно повысить чувствительность метода определения перфорации толстой кишки.

**4. ОСЛОЖНЕНИЯ И ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ**

**Просмотренные повреждения**

Основная проблема, связанная с травмой живота, — невыявление повреждений. Большинство предотвратимых летальных исходов наблюдается у пациентов с хирургически корректируемыми, но пропущенными или поздно установленными повреждениями. Среди пропущенных преобладают повреждения паренхиматозных органов и сосудов, а также кровотечения и осложнения вследствие шока. При повреждении полых органов наибольший риск представляет развитие сепсиса (местного или системного). Негативная лапаротомия ассоциируется с минимальными осложнениями и вместе с тем часто дает уверенность в отсутствии жизнеугрожающего повреждения.

**Гипотермия**

Наибольший риск для травмированных пациентов представляет гипотермия. Часто она усиливается при низкой температуре окружающей среды, использовании холодной крови и холодных кристаллоидных растворов для внутривенного введения, а также ДПЛ без подогревания растворов. Кроме того, при обследовании пострадавших раздевают, что также приводит к потере тепла. Температуру тела следует тщательно контролировать. Излишней потери тепла можно избежать подогреванием инфузионных растворов, использованием теплых одеял и подогретой лаважной жидкости.

**Коагулопатия**

У пациентов с травмой часто наблюдается коагулопатия. Ее причина обычно бывает неясной и многофакторной. Дилюция крови при массивной трансфузии, исходная коагулопатия у пациентов с алкогольным поражением печени, гипотермия и травма мозга могут способствовать коагулопатии. Необходим тщательный мониторинг и замещение факторов свертывания крови.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Военно-полевая терапия. Под редакцией Гембицкого Е.В. - Л.; Медицина, 1987. - 256 с.