Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Хирургии

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

**ДОКЛАД**

**на тему:**

**«Травма живота»**

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

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

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

Пенза

2008

# **План**

1. Обследование и лечение пациентов с травмой
2. Травма живота у детей

Литература

**1. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ**

Острые абдоминальные повреждения, требующие хирургического пособия, при системном и полном обследовании пациента должны идентифицироваться как можно быстрее. На основании повреждающего механизма выделяют два основных типа травмы живота: тупая (закрытая) травма и проникающее ранение. Фундаментальным положением здесь является то, что часто имеют место сочетанные повреждения. Так, пациент с колотой раной мог, кроме того, подвергнуться избиению. Аналогично этому пострадавший в автокатострофе, вероятнее всего, имеет значительную тупую травму, но вместе с тем он мог получить и проникающее ранение при столкновении с каким-либо острым предметом. Такой подход к оценке травмы позволяет сконцентрировать внимание на наиболее вероятных повреждениях, что способствует правильному выбору дополнительных диагностических методов.

Закрытая травма

Важное значение имеют подробный анамнез и объективное исследование. Помимо данных, касающихся механизма повреждения, анамнез должен включать краткие сведения о состоянии здоровья до травмы. Следует отметить предшествующие состояния, использование медикаментов и наличие аллергии, так как все это может повлиять на лечение и затруднить диагностику. Необходимую информацию может дать парамедицинский персонал, особенно если речь идет о пациентах с неврологическими нарушениями. Состояние автомобиля, а также оценка состояния других пассажиров, попавших в автодорожную катастрофу, помогают судить о тяжести повреждения.

Исследование живота включает осмотр области спины, нижней половины грудной клетки и промежности, а также проведение ректального и вагинального исследования. Это особенно важно у пациентов, которым предстоит неотложная лапаротомия. Повреждения спины и промежности трудно распознать при лапаротомии, и соответствующая терапия зависит от дооперационной диагностики.

У пациентов с травмой часто имеется расширение желудка, и проведение зонда в желудок помогает предотвратить аспирацию. При наличии повреждений лица с предполагаемым переломом пластинки решетчатой кости проведение зонда через нос противопоказано.

У наиболее тяжело травмированных пациентов устанавливается катетер Фолея (при отсутствии уретральных повреждений). Это позволяет контролировать количество выделяемой мочи, что является одним из наиболее важных параметров при проведении реанимации.

Рентгенологическое исследование весьма целесообразно при оценке динамики наблюдаемых процессов.

Рентгенография грудной клетки в вертикальном положении пациента. Такой снимок может обнаружить свободный воздух, что предполагает повреждение полых органов. Сопутствующие повреждения органов грудной полости наблюдаются часто, и рентгенологическое исследование является наиболее эффективным методом их диагностики.

Рентгенография таза. Ее проведение имеет важное значение у всех пациентов с множественными повреждениями, но особенно у лиц с травмой живота. Тазовые повреждения могут сопровождаться значительной кровопотерей и часто сочетаются с повреждением внутренних органов брюшной полости. При наличии перелома диагностическое промывание брюшной полости осуществляется через разрез над пупком во избежание попадания в тазовую гематому с последующим получением ложноположительного результата.

Уретрограмма. При подозрении на разрыв уретры уретрограмма выполняется до проведения катетера Фолея.

Внутривенная пиелография и цистография. Эти исследования целесообразны при наличии гематурии; обнаружение интраперитонеального разрыва мочевого пузыря может отрицать необходимость проведения ДПЛ.

КТ-сканирование. Проведение данного исследования целесообразно у пациентов со стабильной гемодинамикой. Важно понимать ограниченные возможности этого метода и соблюдать условия его выполнения. При нестабильном состоянии пациента применение КТ-сканирования не показано.

Исследование с водорастворимым контрастом. При подозрении на разрыв двенадцатиперстной кишки исследование с контрастным веществом и флюороскопия остаются "золотым стандартом" дооперационного обследования.

Артериография. Оценка повреждений главных сосудов наилучшим образом обеспечивается проведением артериографии. При переломах тазовых костей артериография позволяет определить локализацию кровотечения; кроме того, она дает возможность произвести эмболизацию поврежденной артерии.

Диагностический перитонеальный лаваж. ДПЛ может проводиться открытым или закрытым методом. Открытый метод наиболее безопасен в следующих ситуациях: 1) при беременности; 2) при наличии множественных послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке; 3) при переполнении воздухом петель тонкой кишки (как это наблюдается, например, при реанимации с вентиляцией легких через маску).

При закрытой травме живота результаты исследования лаважной жидкости интерпретируются с учетом нижеприведенных параметров.

Показание к лапаротомии: количество эритроцитов >100 000/мл; число лейкоцитов >500/мл; уровень амилазы >200 ЕД/100 мл; присутствие желчи, загрязнение бактериями и(или) остатками пищи.

Сомнительные результаты исследования, при которых рассматривается возможность проведения КТ-сканирования или повторного ДПЛ: количество эритроцитов в лаважной жидкости >20 000/мл.

Отрицательный результат: количество эритроцитов <20 000/мл.

Проникающие ранения живота

Проникающие повреждения живота можно разделить на два основных типа: повреждения при колотых ранах; повреждения, полученные при огнестрельном ранении.

Колотые раны

При сборе анамнеза и осмотре пострадавшего следует попытаться выяснить тип оружия, которым нанесено ранение и определить локализацию ран. Следует отметить анамнестические данные о сопутствующей закрытой травме. Важно также тщательное исследование ран, включая их локализацию и определение наиболее вероятной проекции раневого канала.

Введение назогастрального зонда целесообразно при декомпрессии желудка и подтверждении его возможной пенетрации. В случае предстоящей операции устанавливается катетер Фолея; это обеспечивает контроль количества выделяемой мочи и позволяет грубо оценить восполнение объема циркулирующей жидкости. Возможно также выявление гематурии.

Рентгенография грудной клетки помогает обнаружить сопутствующие повреждения и свободный воздух в верхних отделах живота. Наличие свободного воздуха лучше всего определяется на снимке в положении стоя (если это переносимо для пациента) или на боковом снимке у пациента, лежащего на животе. При предполагаемом повреждении промежности показана уретрография. При наличии гематурии необходимо выполнить пиелографию и цистографию. Дуоденография с использованием водорастворимого контраста целесообразна при определении пенетрации желудка или двенадцатиперстной кишки, но обычно она идентифицируется при операции. Ангиография иногда показана в тех случаях, когда имеется клиническое подозрение на повреждение сосудов или на это указывает проекция раневого канала. КТ-сканирование особенно целесообразно при проникающем ранении спины, поскольку промывание брюшной полости не позволяет идентифицировать ретроперитонеальное повреждение. Ножевые раны в боковых отделах также лучше всего определяются на КТ-сканах; при выявлении повреждений толстой кишки в некоторых центрах используется контрастирование при помощи клизмы с целью улучшения разрешения и повышения чувствительности КГ. Синограммы колотых ран, как правило, неинформативны.

Некоторым пациентам, безусловно, показана эксплоративная лапаротомия, избавляющая от необходимости проведения ряда исследований. Абсолютные показания к лапаротомии: 1) эвисцерация; 2) наличие явных симптомов раздражения брюшины; 3) стойкая гипотензия.

Местная эксплорация раны осуществляется при отсутствии перечисленных выше показаний к лапаротомии. Применяется местная анестезия; рану расширяют в глубину до фасции. Если фасция пенетрирована (раневым каналом), то эксплорация считается положительной. Мы считаем, что попытки дальнейшей эксплорации раны в поисках признаков перитонеальной пенетрации трудны и ненадежны в отношении их результативности.

Перитонеальный лаваж используется для определения пенетрации при отсутствии показаний к лапаротомии и наличии положительного результата эксплорации раны. Приемлем любой метод: закрытый, полузакрытый или открытый.

Специальные исследования при специфических повреждениях

Раны спины

Колотые раны спины трудны для исследования, за исключением тех из них, которые сопровождаются значительным кровотечением. При негативном результате клинического обследования наибольшую информацию можно получить с помощью КТ-сканирования с внутривенным или пероральным введением контрастного вещества. При этом необходимо тщательное наблюдение, так как при КТ-исследовании могут быть пропущены проникающие повреждения полых органов. Может потребоваться флюороскопическое исследование с контрастированием.

Раны в боковых отделах живота

Раны данной локализации подобны ранам спины в отношении потенциального повреждения ретроперитонеальных органов. Распознавание повреждений такое же, как и при ранах спины; однако вероятность повреждения ретроперитонеального отдела толстой кишки выше, поэтому в зависимости от степени подозрения эксплорация может быть разумным решением, позволяющим не пропустить некоторые повреждения.

Огнестрельные (и другие аналогичные) ранения

При таких ранениях необходимо определить тип и скорость снаряда. При ранении высокоскоростным (более 760 м/с) снарядом (пули, осколки и др.) следует ожидать значительного повреждения тканей. Даже при отсутствии явных признаков перитонеальной пенетрации такие раны могут требовать эксплорации.

При ревизии следует отметить наличие или отсутствие пояска осаднения или ожога частичками пороха. Эти данные, а также фотоснимок раны могут потребоваться при криминальном разбирательстве.

Как и при колотых ранах, вводится назогастральный зонд и устанавливается катетер Фолея. Рентгенологическое исследование и КТ-сканирование выполняются в том же объеме и по тем же показаниям, что и при колотых ранах. Могут быть также показаны уретрография, цистография, внутривенная пиелография и ангиография.

При огнестрельном ранении живота рутинной должна стать эксплоративная лапаротомия.

Перитонеальный лаваж целесообразен в ряде случаев; он может помочь при идентификации пациентов с перитонеальной пенетрацией. Типичным случаем является огнестрельное ране­ние в нижней части грудной клетки с наличием гемопневмоторакса, когда имеется слабая вероятность пенетрации диафрагмы. Именно в таких случаях некоторые хирурги предпочитают лаваж с последующей эксплорацией, если при ДПЛ обнаруживается какое-либо количество эритроцитов. Однако многие хирурги рутинно проводят эксплорацию у любого пациента с огнестрельным ранением, если имеется даже слабое подозрение на проникающее повреждение живота. При ранениях высокоскоростными пулями возможны внутрибрюшные повреждения без перитонеальной пенетрации, и ДПЛ может привести к ошибочному решению. Большинство хирургов не используют ДПЛ при этом типе повреждения. В тех случаях, когда ДПЛ применяется, мы считаем его результат положительным, если количество эритроцитов, определяемое в лаважной жидкости, превышает 1000/мл.

**2. ТРАВМА ЖИВОТА У ДЕТЕЙ**

У детей закрытая травма живота встречается гораздо чаще, чем проникающие ранения. Такая травма обычно является результатом автодорожного происшествия с участием детей в качестве пешеходов или пассажиров.

Начальное лечение такое же, как у взрослых, но с учетом некоторых особенностей детского возраста. Так, дыхательные пути у маленьких детей уже, чем у взрослых, и легче закрываются языком. Для интубации используются трубки с манжеткой; проведение интубации требует достаточного опыта, так как гортань у ребенка расположена более кпереди. ДПЛ показан далеко не всегда ввиду определенного риска осложнений.

Селезенка

Селезенка — наиболее уязвимый орган при тупой травме живота. Преобладающим клиническим проявлением является боль с последующим развитием симптомов кровопотери. Окончательный диагноз ставится при сканировании селезенки или КТ.

Иммунологическая значимость селезенки у детей обусловила быстрое развитие консервативных методов лечения повреждений этого органа. Пациенты с подозрением на повреждение селезенки наблюдаются до тех пор, пока не будет замещено определенное количество крови. При продолжающемся кровотечении или при наличии данных, предполагающих повреждение полых органов, производится лапаротомия, поэтому ДПЛ не является необходимым. Такая схема лечения применима только в медицинских центрах, располагающих необходимым оборудованием для проведения непрерывного мониторинга и имеющих возможность оказания хирургической помощи на круглосуточной основе. В других учреждениях возможен более агрессивный хирургический подход и ДПЛ применяется по тем же показаниям, что и у взрослых. Этот метод используется у пациентов с необъяснимой гипотензией, а также при получении сомнительных результатов абдоминального исследования или в случае невозможности проведения серийных абдоминальных исследований, как, например, при пролонгированной общей анестезии. При положительном результате лаважа производится лапаротомия, и предпринимаются активные попытки закрытия раны селезенки.

Другие органы брюшной полости

Лечение других специфических повреждений органов живота брюшной полости у детей подобно таковому у взрослых. Однако отмечаются различия в частоте того или иного повреждения. Гематома двенадцатиперстной кишки встречается часто, тогда как ее разрыв — редко. Как и у взрослых, консервативное лечение в таких случаях является оптимальным. Повреждение паренхиматозных органов наблюдается гораздо чаще, чем травма полых органов, что делает тактику выжидательного наблюдения при абдоминальных повреждениях у детей более рациональным вариантом лечения.

**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.