

Содержание

Введение	3
1. Принципы оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными закрытыми повреждениями живота	4
2. Диагностика сочетанных закрытых повреждений живота	6
2.1 Клиническая и лабораторная диагностика	8
2.2 Лучевая диагностика	12
2.2.1 Рентгенография и ангиография	12
2.2.2 Компьютерная томография	14
2.2.3 Ультрасонография	15
2.3 Лапароцентез и перитонеальный лаваж	17
2.4 Лапароскопия	20
3. Лечебно-тактическое прогнозирование	28
4. Лечебная тактика при сочетанной травме в зависимости от локализации ведущего повреждения и его характера	42
5. Лечение пострадавших с сочетанной закрытой травмой живота, сопровождающейся шоком	45
5.1 Хирургическая тактика при шокогенной механической травме живота	45
5.2 Лапаротомия, алгоритм ревизии органов брюшной полости	49
5.3 Лечебная видеолапароскопия	52
6. Особенности диагностики и лечения повреждений отдельных органов живота	56
6.1 Повреждения печени и желчевыводящих путей	56
6.2 Разрывы селезенки	67
6.3 Повреждения поджелудочной железы	70
6.4 Забрюшинные гематомы	73
6.5 Повреждения желудка	75
6.6 Повреждения двенадцатиперстной кишки	76
6.7 Повреждения тонкой кишки	82
6.8 Повреждения толстой кишки	84
6.9 Повреждения прямой кишки	90
6.10 Повреждения мочевыделительных органов	92
7. Осложнения сочетанных закрытых повреждений живота	97
Заключение	101

2. Диагностика сочетанных закрытых повреждений живота

Сложность диагностики сочетанных повреждений живота часто обусловлена тяжелым общим состоянием пострадавших, затруднением контакта вследствие отсутствия сознания, наслаиванием симптомов повреждения других органов и систем, маскировкой и извращением типичных признаков повреждения полых и паренхиматозных органов, изменением порогов болевой чувствительности, наличием другого тяжелого травматического очага, отвлекающего внимание больного и врача от повреждения живота. Идет поиск современных высоко информативных методов диагностики и лечения повреждений живота. Однако временные, организационные и технические возможности использования лечебно-диагностических алгоритмов при этом весьма ограничены. Так, нестабильность гемодинамики и нарушения дыхания у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой требуют быстрого исключения или подтверждения внутрибрюшных повреждений, от чего в значительной степени зависят объем и характер экстренной помощи. Необходимость проведения ИВЛ и нетранспортабельность пострадавших исключает использование высокоэффективных стационарных диагностических установок, требующих специально оборудованных помещений. Наконец, отсутствие возможности предварительной подготовки пострадавших и изменения положения их тела в значительной степени ограничивает применение отработанных методических приемов (Ермолов А.С., 1999).

Одним из резервов улучшения исходов лечения пострадавших с сочетанной травмой живота является максимально раннее распознавание повреждений органов брюшной полости. Между тем, диагностика повреждений органов брюшной полости у пострадавших с закрытой сочетанной травмой живота представляет особую сложность. Наличие травмы других анатомических областей может затушевывать симптомы внутрибрюшной катастрофы, и тогда лапаротомия выполняется на фоне тяжелого кровотечения или перитонита. Травма груди, позвоночника, костей таза способна дать ложную клинику «острого живота», в связи с чем возможны гипердиагностика и, как следствие этого, напрасное оперативное вмешательство. Так, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Щеткина-Блюмберга регистрируется только у 30-35% пациентов с повреждениями полого органа. С такой же частотой обнаруживается притупление перкуторного звука над боковыми флангами живота в случае кровотечения в свободную брюшную полость. В то же время перечисленные симптомы имеют место у 25-30% пострадавших без повреждения внутренних органов живота (Беркутов А.Н. и др., 1976; Урман М.Г., 1993).

На фоне шока повреждения опорно-двигательного аппарата и головы дают более яркую клиническую картину по сравнению с травмой живота,

«классические» симптомы которой сглаживаются или вовсе не выявляются (Лупанов Г.Г., Боровский М.И., 1982). При тяжелом ушибе головного мозга проявления черепно-мозговой травмы продолжительны, могут развиваться глубокие нарушения рефлекторных связей, сознания, а на этом фоне абдоминальная симптоматика не проявляется. В свою очередь, оценка истинной тяжести первичного повреждения головного мозга, как правило, становится возможной только после оценки и устранения патологических проявлений абдоминальных повреждений и, прежде всего, после восполнения объема циркулирующей крови (Ильин П.В., 1986).

В мирное время сложность диагностики усугубляется еще и тем, что значительная часть пострадавших в момент первичного осмотра находится в состоянии алкогольного опьянения. Кроме того, из-за тяжести состояния пострадавших врач ограничен во времени для диагностических поисков и, тем более, для динамического наблюдения. Дефицит времени и экстремальность обстановки еще более ощутимы при массовом поступлении пострадавших. Совершенно правы те клиницисты, которые считают, что у пострадавшего с нарушениями витальных функций хирург не должен стремиться к топическому диагнозу, во всяком случае, это не должно быть самоцелью. И все же, если при изолированной травме живота хирург еще вправе ограничить задачу диагностических исследований только установлением факта внутрибрюшной катастрофы, что тождественно необходимости лапаротомии, то у пострадавших с сочетанными повреждениями следует выяснить, чем конкретно обусловлена эта катастрофа. Обязательным является выявление ведущего, определяющего тяжесть состояния пострадавшего повреждения, которое в данный момент представляет реальную угрозу жизни (Шапошников Ю.Г. и др., 1990).

Несмотря на тяжесть состояния пострадавших, их физикальное обследование обязательно должно включать осмотр, пальпацию и аускультацию не только живота, но и других областей. Для пострадавших в сознании оно было и остается основой всей диагностики. Боль и болезненность, защитное напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины, как правило, являются достаточным основанием для срочной лапаротомии, тем более, когда их регистрируют на фоне нестабильной гемодинамики. Специалисты одного из региональных центров США, предназначенного для лечения тяжелых механических повреждений, на основании опыта лечения более 3 тыс. пострадавших выявили пять основных факторов, потенциально указывающих на вероятность повреждения органов брюшной полости: гипотензия на месте происшествия, гипотензия при поступлении в стационар, сопутствующие повреждения груди, особенно с вовлечением нижних ребер, сопутствующие повреждения таза и дефицит оснований менее 3 ммоль (Черкасов М.Ф. и др., 2005).

6.7 Повреждения тонкой кишки

Закрытые повреждения тонкой кишки являются наиболее частыми и встречаются в 22,3-37,8%. Они возникают при падении с высоты в 9,2%, при ушибе и сдавлении грудной клетки – в 0,9%, при переломах костей таза и скелета – в 3,2% (Шапошников Ю.Г., 1986; Черкасов М.Ф. и др., 2005).

При закрытых повреждениях тонкой кишки может произойти отрыв кишки от брыжейки, разрыв кишки одиночный или множественный, особенно часто у мест фиксации (дуоденоюнальный переход, терминальный отдел подвздошной кишки, спайки), разможнение кишки, множественные разрывы кишки могут происходить от действия взрывной волны. Кроме разрывов наблюдаются ушибы и интрамуральные кровоизлияния, которые могут приводить к гангрене с последующей перфорацией или стриктурой. Различают ушибы стенки кишки с петехиальными кровоизлияниями и ушибы с множественными гематомами и обширными кровоизлияниями.

При повреждении брыжейки и обширных разрывах кишки на первый план выступают клинические признаки анемии и продолжающегося кровотечения. При повреждениях без массивного кровотечения симптомы острого живота могут быть завуалированы симптомами травмы других органов, шоком, повреждением головного мозга, алкогольным или наркотическим опьянением. В диагностике их основное значение имеют методы лучевой и инструментальной верификации, а не клинические и лабораторные данные.

В клинической картине сочетанных повреждений тонкой кишки на первом месте находится гиповолемия, связанная как с внутрибрюшным кровотечением, так и с общей кровопотерей, обусловленной переломами длинных трубчатых костей и костей таза. Отсутствие клинических признаков перитонита обусловлено ранним поступлением пострадавших, тяжестью общего состояния и сочетанным характером травмы.

Верификация повреждений тонкой кишки до операции возможна приблизительно у половины пострадавших с закрытой травмой живота благодаря данным рентгенологического исследования, УЗИ и лапароскопии. У второй половины пациентов травма этого отдела кишечника выявлена при ревизии во время лапаротомии, показанием к которой являются продолжающееся внутрибрюшное кровотечение или признаки повреждения других органов.

Интрамуральные гематомы опорожняют, разрывы ушивают в поперечном направлении. Десерозированные участки ушиваются серо-серозными швами. Показаниями для резекции тонкой кишки являются множественные разрывы на ограниченном участке, разрывы большой протяженности, риск сужения просвета кишки в результате ушивания разрыва, локализация больших дефектов и обширных гематом у брыжеечного края кишки, обширные интрамуральные гематомы, а также отрыв брыжейки от кишки. Если резекцию

подвздошной кишки приходится производить вблизи ее перехода в слепую, то всегда возникает опасность нарушения кровообращения оставшегося терминального участка подвздошной кишки, когда длина его не превышает 3-10 см (критическая сосудистая точка Гриффитса). В таких случаях надежнее ушить оставшийся короткий отводящий конец наглухо и погрузить его культю в слепую, а приводящий – анастомозировать с ободочной кишкой.

Химическая и ферментативная агрессивность кишечного содержимого убывает по направлению сверху вниз, но в этом же направлении возрастает вирулентность бактериальной флоры, поэтому считается более рациональным начинать ушивание множественных дефектов с дистальных отделов кишки.

При резекции тонкой кишки позднее 6 часов с момента травмы и наличии трех и более факторов риска (шок, острая массивная кровопотеря, гиповолемия, эндотоксикоз, вторичный иммунодефицит, респираторный дистресс-синдром, ДВС-синдром) некоторые авторы рекомендуют операцию дополнять формированием декомпрессионной У-образной энтеростомы.

При наличии гнойного перитонита и повреждения подвздошного отдела тонкой кишки ушивание раны, а тем более наложение анастомоза бесперспективно (Кочнев О.С., 1984), поэтому оба конца кишки целесообразно вывести на кожу в виде кишечных стом. При функционировании кишечного свища содержимое, полученное из проксимальной стомы вливают в дистальную. Преимущество при этом имеет методика создания стомы-двустволки по Шалимову.

Хирургическая тактика по отношению к гематомам и разрывам брыжейки должна быть активной. Вмешательства изолированных при разрывах брыжейки обычно не представляют технических трудностей. При линейных разрывах, перпендикулярных к продольной оси кишечника, кровообращение стенки кишки, как правило, не страдает. Дефект брыжейки зашивают узловыми швами. При разрывах брыжейки по продольной оси кишечника жизнеспособность его страдает значительно или бывает сомнительной. В таких случаях производят резекцию сегмента кишки. При гематомах брыжейки всегда реальна опасность некроза кишки из-за сдавления сосудов или их вторичного тромбоза. Кишечная стенка подвергается некрозу как при нарушении артериального кровообращения (ишемический инфаркт), так и при нарушении венозного оттока (геморрагический инфаркт). Гематому удаляют, кровоточащие сосуды лигируют, дефект брыжейки ушивают. При сомнении в жизнеспособности участка кишки показана резекция ее сегмента в пределах здоровых тканей с ориентацией на аркады.

Решающее значение в борьбе с угнетением двигательной функции кишечника после операций по поводу закрытой травмы живота с повреждением внутренних органов и создании благоприятных условий для заживления ран наряду с общим лечением имеют тотальная декомпрессия и санация желудочно-кишечного тракта и адекватное дренирование брюшной полости.