

УДК 616-001:617.55

ББК 54.58

Л 33

Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударов А.А.

Л 33 Травма живота. — М.: Издательство БИНОМ, 2015. — 64 с.

ISBN 978-5-9518-0652-9

В работе изложены современные представления о клинической картине, вариантах инструментальной диагностики и лечения больных с повреждениями органов брюшной полости. Большое место уделено лучевым методам диагностики повреждений и технике оперативного вмешательства.

Предназначена для студентов медицинских вузов, клинических ординаторов, молодых врачей.

УДК 616-001:617.55

ББК 54.58

© Коллектив авторов, 2014

© Издательство БИНОМ, 2015

ISBN 978-5-9518-0652-9

Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударов А.А.

Травма живота

Учебное пособие

Оформление С.О. Мясникова
Компьютерная верстка Д.В. Фирстов
Корректор К.Ю. Савинченко

Подписано в печать 06.07.2015.

Формат 60×90 1/16. Печ. л. 4.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Тираж 800 экз. Заказ 2101.

ООО «Издательство БИНОМ»
103473, Москва, ул. Краснопролетарская, 16
info@binom-press.ru

Оглавление

Глава 1. Классификация	4
Глава 2. Диагностика повреждений живота	6
1. Методы диагностики	6
1.1 Ультразвуковое исследование	9
1.2 Лапароцентез	13
1.3 Лапароскопия	15
1.4 Компьютерная томография	19
1.5 Магнитно-резонансная томография	22
1.6 Ангиография	23
1.7 Радиоизотопное исследование	23
2. Лечение-диагностический алгоритм	25
Глава 3. Классификация оперативных вмешательств у пострадавших с сочетанной травмой	31
Глава 4. Оперативное лечение	33
1. Доступ	34
2. Временный гемостаз и эвакуация крови	34
3. Ревизия органов брюшной полости	35
4. Реинфузия крови	39
5. Операция на поврежденных органах	41
6. Санация и дренирование брюшной полости	60
7. Назоинтестинальная интубация	61
8. Ушивание лапаротомной раны	63
Литература	64



Рис. 7. Цистограмма — внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря

обследования и исключая проведение диагностических лапаротомий, способствует снижению летальности у пострадавших с травмой живота при сочетанных повреждениях в целом с 53,8 до 42,3 % и снижению летальности в группе оперированных больных с 42,8 до 35,4 %. Использование комплекса современных диагностических методов позволяет проводить консервативное лечение пострадавших с гемоперитонеумом до 500 мл при остановившемся кровотечении.

Опыт практического применения объективной оценки тяжести состояния, проведенной по дополненной шкале ВПХ-СП, показал, что она в значительной степени определяет диагностический и лечебный алгоритмы оказания помощи пострадавшим.

Классификация оперативных вмешательств у пострадавших с сочетанной травмой

Лечение пострадавшего с сочетанной травмой включает в себя проблемы реаниматологии, анестезиологии, хирургии, травматологии, нейрохирургии, трансфузиологии, иммунологии и т. д. Хирург, определяя показания к операции, выбирая ее объем и характер, не может не учитывать наличие нарушений гемодинамики и метаболизма, острой дыхательной недостаточности, сопутствующей патологии. В абсолютном большинстве работ показанием к проведению оперативного вмешательства является гемоперитонеум, независимо от его величины, а также любое повреждение органов брюшной полости с нарушением их целостности. Однако в 50–80 % случаев при лапаротомии, выполненной в связи с гемоперитонеумом травматического генеза, продолжающегося кровотечения не выявляют, а повреждения органов брюшной полости не являются жизненноопасными. Проведение подобных лапаротомий является дополнительной травмой для пострадавшего.

Классификация оперативных вмешательств, выполняемых при повреждениях живота, основана на показаниях и сроках выполнения операций:

Неотложные операции — проводят пострадавшим одновременно с реанимационными пособиями, независимо от тяжести состояния больного. Они были направлены на устранение нарушений жизненно важных функций организма (как правило, при массивном внутрибрюшном кровотечении и повреждении органов желудочно-кишечного тракта). По показаниям неотложные операции проводят как первый этап программированного многоэтапного хирургического лечения (damage control).

При наличии одновременно показаний к торакотомии и лапаротомии в первую очередь выполняют торакотомию. В остальных случаях сочетанных повреждений груди и живота показано

дренирование плевральной полости, а затем — лапаротомия. У пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой, требующей экстренной декомпрессивной трепанации, и повреждением органов брюшной полости, требующим экстренной лапаротомии, операции выполняют одновременно двумя бригадами. Операции по поводу открытых переломов конечностей и ран мягких тканей выполняют после лапаротомии.

Срочные операции — проводят пострадавшим при повреждении органов брюшной полости (печени, селезенки, поджелудочной железы, сосудов брыжейки) при увеличивающимся в процессе наблюдения гемоперитонеуме свыше 500 мл, а также при разрывах мочевого пузыря, разрывах почек, проникающих в чашечно-лоханочную систему, разрывах диафрагмы. Эти операции выполняют после стабилизации основных гемодинамических показателей.

Отсроченные операции — проводят, как правило, в сроки от нескольких дней до 3–4 недель после поступления в стационар пострадавшим с внутриорганными гематомами печени или селезенки.

Пострадавшие с гематомами паренхиматозных органов должны находиться под динамическим наблюдением с использованием УЗИ и КТ. Увеличение гематомы в объеме, изменение конфигурации и размеров органа являются прогностическими признаками высокой вероятности ее разрыва. Поэтому такие пострадавшие подлежат хирургическому лечению, несмотря на отсутствие в данный момент внутрибрюшного кровотечения.

Оперативное лечение

Существуют следующие условия, без соблюдения которых хирургу, выполняющему операцию в связи с повреждением органов брюшной полости, трудно рассчитывать на успех:

1. Необходимость хорошего освещения операционного поля.
2. Необходимость использования заведомо проверенных и исправных хирургических инструментов, длина которых должна соответствовать глубине операционной раны.
3. Недопустимость применения малых разрезов брюшной стенки с надеждой последующего расширения его в нужном направлении. Опыт показал, что в критических ситуациях времени у хирурга на такое расширение доступа не бывает.
4. Нежелательность изменения положения больного на операционном столе в ходе операции. Например, резкий подъем головного конца операционного стола может привести к трудно корригируемой гипотонии.

Строгое выполнение обязательного перечня предоперационных мероприятий в значительной степени снижает риск хирургического вмешательства. Перед операцией необходимо выполнить катетеризацию центральной вены (если она не была выполнена заранее) и приготовить достаточное количество плазмы крови и эритроцитной массы.

Дежурный персонал операционной должен приготовить все для сбора крови из брюшной и плевральной полостей и ее реинфузии.

Принцип оперативного лечения при повреждениях живота заключается в том, что весь комплекс хирургических манипуляций состоит из нескольких этапов, последовательность которых необходимо строго соблюдать.

Отступление от этих принципов может быть причиной возникновения осложнений во время операции, послеоперационных

осложнений, а в некоторых случаях и гибели пострадавших (Абакумов М. М. и др., 2005).

Оперативное вмешательство при травме живота должно включать:

1. Выполнение доступа.
2. Временный гемостаз и эвакуация крови.
3. Ревизия органов брюшной полости.
4. Начало реинфузии крови.
5. Выполнение основного объема операций на поврежденных органах.
6. Назоинтестинальная интубация.
7. Санация и дренирование брюшной полости.
8. Ушивание операционной раны.

1. Доступ

Во всех случаях следует выполнять срединную лапаротомию протяженностью от мечевидного отростка и на 4 см ниже пупка (длина раны должна быть не менее 20 см).

Выполнение ограниченной верхнесрединной лапаротомии является грубой тактической ошибкой. Через небольшой доступ невозможно провести полноценную ревизию и свободное вмешательство на органах, и в таких случаях хирургу приходится тратить время на расширение доступа вниз.

Однако и при широкой срединной лапаротомии доступ иногда приходится в ходе операции расширять косо вверх от пупка по направлению к реберной дуге (технические трудности при ушивании разрывов правой доли печени, при травме селезенки).

2. Временный гемостаз и эвакуация крови

В момент вскрытия брюшной полости кровотечение из поврежденных сосудов усиливается за счет снижения внутрибрюшного давления. В связи с этим анестезиолог принимает меры по поддержанию гемодинамики, хирург быстро выполняет временную остановку кровотечения, а ассистент производит эвакуацию крови

из брюшной полости. При этом кровь необходимо собирать в стерильную емкость с тем, чтобы затем, после выяснения характера повреждений, постараться вернуть ее в кровеносное русло пострадавшего, т. е. подвергнуть реинфузии.

Источники кровотечения хирург обнаруживает, когда видит пульсирующую струю крови, и кровь, поступая с характерным шипением из сосуда в глубине раны, приводит в движение кровь, уже излившуюся в брюшную полость.

Наиболее простой прием временного гемостаза заключается в пережатии кровоточащего сосуда пальцами. Временный гемостаз при повреждениях печени и селезенки достигается путем пережатия печеночно-двенадцатиперстной связки или ножки селезенки. При разрывах печени временную остановку кровотечения осуществляют путем сдавления печени руками ассистента. Для того чтобы остановить кровотечение из аорты, ее забрюшинно расположенных висцеральных ветвей, подвздошных артерий, а также нижней полой вены и ее ветвей, следует вначале прижать рану пальцем или всей ладонью к костной ткани (позвоночнику, костям таза и т. д.), а затем выделить сосуды проксимальнее и дистальнее раны. После того как на выделенные участки крупного кровеносного сосуда будут наложены турникеты из тесьмы или эластичных пластиковых трубок, кровотечение будет надежно остановлено и хирург в спокойной обстановке может продолжить операцию.

Такие же турникеты накладывают на печеночно-двенадцатиперстную связку, на ножку селезенки или почки.

В тех случаях, когда перечисленные выше приемы недостаточно эффективны и кровотечение продолжается, следует рукой придавить к позвоночнику аорту тотчас ниже диафрагмы.

3. Ревизия органов брюшной полости

Убедившись в достижении временного гемостаза и собрав кровь из брюшной полости, хирург приступает к тщательной ревизии органов. Ревизию необходимо начинать с полых органов, потому что обнаружение повреждений полых органов, во-первых, позволит принять меры к изоляции мест повреждения, а следовательно,