

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора
В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М.
Лубенского

РЕФЕРАТ
По теме
**“Травма полых органов брюшной полости. Клиника. Методы
диагностики”**

Заведующий кафедрой: Д.М.Н., доцент Здзитовецкий Дмитрий
Эдуардович

Выполнил:
клинический ординатор 1 года
Попов Валерий Александрович

Руководитель:
Д.М.Н., доцент
Здзитовецкий Дмитрий
Эдуардович

Красноярск, 2021г.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛЫХ ОРГАНОВ.

К травмам полых органов брюшной полости относятся травмы желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, тонкой и толстой кишок, мочевого пузыря.

Клиническая картина:

Травмы полых органов брюшной полости могут проявляться полным разрывом с повреждением всех слоев стенки органа, неполным разрывом (повреждение серозной, мышечной оболочек, подслизистого слоя с сохранением целостности слизистой), размождением, гематомой стенки, разрывом брыжейки и отрывом органа от нее. Разрывы стенки и повреждения брыжейки приводят к развитию внутрибрюшного кровотечения, которое иногда бывает массивным. Полные разрывы внутрибрюшной части органа приводят к развитию перитонита, появлению свободного газа в брюшной полости, а забрюшинной части — к развитию забрюшинных флегмон (разрывы забрюшинной части двенадцатиперстной кишки, прямой кишки, мочевого пузыря). Выраженность перитонита зависит от содержимого органа, давности травмы и размеров разрыва. В случае небольших разрывов клиника перитонита может быть скудна вследствие небольшого количества содержимого, попавшего в брюшную полость. Кроме того, возможно отграничение места поражения сальником и соседними органами с развитием инфильтратов и абсцессов.

Необходимо также помнить о вероятности разрыва брыжеечного края органа (что бывает крайне редко) — в этом случае кишечное содержимое в свободную брюшную полость не поступает, а образуется абсцесс брыжейки с возможным последующим прорывом и развитием перитонита.

Травма желудка.

Нетипичная клиника наблюдается также при разрывах задней стенки желудка вследствие гидродинамического удара, что приводит к излитию его содержимого в полость сальниковой сумки, не вызывая разлитого перитонита. Неполные разрывы, обширные гематомы и размождение стенки, разрывы брыжейки могут привести к некрозу поврежденного участка органа и внезапному развитию тяжелого перфоративного перитонита на 3–5-й день. Закрытое повреждение желудка. Возникает в 0,9–5,1 % от всех закрытых травм живота.

Полные разрывы передней стенки желудка протекают через четыре клинических периода, как при прободной язве: болевой, мнимого благополучия, цветущего перитонита, терминальный. В начале заболевания характерны признаки болевого шока (бледность, холодный пот, брадикардия), доскообразное напряжение мышц живота, положительный симптом Щеткина–Блюмберга во всех отделах брюшной полости. Положительные симптомы Дзбановского–Чугуева (поперечные втянутые бороздки на передней брюшной стенке, соответствующие перемычкам прямых мышц живота),

Крымова (исследование пупка кончиком пальца вызывает боль вследствие раздражения брюшины), Спигарного (исчезновение печеночной тупости — высокий тимпанит над печенью). В последующие 4–12 ч (период мнимого благополучия) состояние улучшается за счет выброса в кровь эндорфинов, разбавления излившегося в брюшную полость желудочного содержимого продуцируемым брюшиной экссудатом, уменьшения болей в животе в результате пареза нервных окончаний брюшины. Однако продолжают нарастать интоксикация, признаки перитонита и динамической кишечной непроходимости. Состояние пациентов прогрессивно ухудшается и развивается полиорганная недостаточность, знаменующая собой терминальную стадию заболевания. Летальность при травмах желудка варьирует от 17,1 до 46 %.

Травма двенадцатиперстной кишки.

Составляет 1,7–5 % всех закрытых травм живота. Различают забрюшинные и внутрибрюшинные повреждения двенадцатиперстной кишки. При внутрибрюшинных разрывах (передняя поверхность верхнегоризонтальной и нисходящей ветви) имеет место клиническая картина перфоративной гастродуоденальной язвы. Забрюшинные разрывы (задняя поверхность нисходящей ветви, нижнегоризонтальная ветвь и восходящая часть в зоне дуоденоюнального перехода) характеризуются возникновением забрюшинной флегмоны с развитием тяжелого сепсиса и последующим присоединением перитонита. Отмечается тупая боль в правом подреберье и поясничной области при нарастающих явлениях интоксикации. Летальность при травме двенадцатиперстной кишки варьирует от 20,7 до 45 %.

Травма желчного пузыря.

Для повреждения жёлчного пузыря характерна определённая симптоматика: боль, локализующаяся вначале в правом подреберье, напряжение мышц брюшной стенки, ограничение её подвижности, грудной тип дыхания, положительные симптомы Ортнера и Щёткина-Блюмберга, притупление перкуторного звука над правым боковым каналом, по которому распространяется излившаяся жёлчь. При всех видах повреждений желчевыводящей системы в ближайшие сутки развивается жёлчный перитонит. При неполном разрыве желчных протоков, когда часть желчи всё же попадает в двенадцатиперстную кишку, перитонит развивается медленнее.

Травма тонкой кишки.

Возникает в 24–26 % случаев от всех закрытых травм живота. Различают ушиб тонкой кишки, гематомы стенки, непроникающие разрывы, проникающие разрывы, разможнение тонкой кишки, разрывы брыжейки, отрыв кишки от брыжейки, гематомы брыжейки. Основным клиническим признаком является развитие перитонита. При

разрывах брыжейки превалируют признаки внутрибрюшного кровотечения. Необходимо помнить, что при неполных разрывах тонкой кишки, гематомах стенки, разрывах брыжейки некроз стенки органа и перфорация может наступить в отсроченном периоде — через 3–4 суток после травмы. Летальность составляет 6,5–24,5 %.

Травма толстой кишки.

Возникает в 6,2–9,7 % случаев. По аналогии с повреждениями тонкой кишки различают ушиб, гематомы стенки, непроникающие разрывы, проникающие разрывы, размозжение, разрывы брыжейки, отрыв кишки от брыжейки, гематомы брыжейки. Кроме того, возможны забрюшинные разрывы толстой кишки (прямой кишки, восходящей и нисходящей ободочной, слепой кишки). Особенностью клинического течения внутрибрюшинных разрывов толстой кишки является быстрое развитие тяжелого калового перитонита. В случае небольших повреждений возможно отграничение процесса с образованием абсцесса в области разрыва. Особую опасность представляют забрюшинные разрывы прямой кишки, так как, будучи просмотренными, они приводят к тяжелым флегмонам забрюшинной клетчатки. Прямая кишка хорошо защищена костями таза, но возможны ее разрывы при падении, резком напряжении брюшного пресса, ударе по животу, особенно в тех случаях, когда задний проход замкнут. При переломах таза кишка повреждается осколками кости. Разрывы прямой кишки, как правило, наблюдаются в области передней стенки. Исходом парапроктита может стать образование прямокишечного свища.

Закрытая травма мочевого пузыря.

Составляет 10–15 % от всех закрытых травм живота. Различают внутри- и внебрюшинные повреждения мочевого пузыря. Моча, изливающаяся в свободную брюшную полость, мало агрессивна в химическом и бактериальном плане, поэтому полная клиника перитонита появится через 20–24 ч после травмы. Отмечаются дизурия (позывы к мочеиспусканию с невозможностью опорожнения мочевого пузыря), гематурия, клинические и инструментальные признаки наличия свободной жидкости в брюшной полости, положительные симптомы раздражения брюшины. При забрюшинных разрывах появляются тупая боль в нижних отделах живота, дизурия, гематурия на фоне формирования флегмоны клетчаточных пространств таза (урофлегмоны). Разрывы слизистой могут осложниться кровотечением в полость мочевого пузыря и формированием сгустка на весь его просвет (тампонада мочевого пузыря). Летальность варьирует от 15 до 25 %.

ДИАГНОСТИКА ТРАВМ ПОЛЫХ ОРГАНОВ

Лабораторные:

Общий анализ крови: определение уровня гемоглобина, эритроцитов для

подтверждения анемии из-за кровотечения.

Биохимический анализ крови: для определения уровня билирубина при повреждениях желчного пузыря и холедоха.

Инструментальные, рентгенологические:

Травма желудка: При рентгенологическом исследовании в 70 % случаев появляется свободный газ под куполами диафрагмы.

Травма двенадцатиперстной кишки: Диагностически помогают рентгенография брюшной полости (сглаживание контуров подвздошно-поясничной мышцы, пузырьки газа в забрюшинном пространстве), гастродуоденоскопия, дуоденография (контрастное вещество выходит за пределы контуров кишки), УЗИ (инфильтрация, отек забрюшинной клетчатки). При необходимости выполняется диагностическая лапароскопия, на которой отмечается триада Винивартера — кровь, желчь, газ в забрюшинном пространстве в зоне двенадцатиперстной кишки, могут выявляться стеариновые бляшки — признак часто сопутствующего травматического панкреатита.

Травма мочевого пузыря: Клинический диагноз при травме мочевого пузыря позволяют подтвердить проба Зельдовича (несоответствие количества введенной в мочевой пузырь жидкости количеству выведенной), рентгеноконтрастное исследование мочевого пузыря (ретроградная цистография с водорастворимым контрастом) и цистоскопия. При подозрении на разрыв мочевого пузыря показана катетеризация — подтверждением диагноза является малое количество кровянистой мочи, выделяющейся через катетер. В сомнительных случаях необходимо проведение восходящей цистографии, при которой обнаруживается наличие рентгенконтрастного раствора в околопузырной клетчатке.

Травма желчного пузыря: Ранняя диагностика закрытых повреждений возможна при использовании инструментальных методов исследования. При УЗИ в момент поступления эхографические признаки травмы желчного пузыря минимальны, их выявляют при динамическом исследовании. При отрыве желчного пузыря обнаруживают свободную жидкость под печенью, желчный пузырь может не дифференцироваться. Наличие жидкости в брюшной полости требует уточнения её характера. В данном случае показан лапароцентез. Более точный способ диагностики - видеолапароскопия. Жёлчное окрашивание выпота подтверждает травму желчного пузыря. При наличии соответствующего оборудования для обследования пациента с травмой органов брюшной полости, в том числе и при травмах полых органов, используют компьютерную томографию, которая позволяет детально изучить структуру и состояние внутренних органов, выявив даже небольшие повреждения и незначительное кровотечение. Одним из самых эффективных методов диагностики является лапароскопия. В брюшную полость через небольшой разрез вводится эндоскоп, через

который можно непосредственно увидеть внутренние органы, оценить степень их подтверждения и четко определить показания к операции. В ряде случаев лапароскопия является не только диагностической, но и лечебной методикой, при помощи которой можно остановить кровотечение и удалить кровь из брюшной полости.

Литература:

1. «Избранные лекции по неотложной абдоминальной хирургии», 2012г. Автор: Гарбузенко Д.В.
2. «Абдоминальная хирургия. Национальное руководство», 2016г. Автор: Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А.
3. «Неотложная абдоминальная хирургия», 2018г. Автор: Затевахин И.И., Кириенко А.И., Сажин А.В.
4. «Неотложная хирургия органов брюшной полости», 2013г. Автор: Кондратенко П.Г.