

*Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Кафедра факультетской хирургии и урологии

Травмы живота и органов брюшинного пространства

(клиника, диагностика, хирургическая тактика и лечение)

**Учебное пособие для студентов,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»**

Иваново - 2013 г.

Составители: Стрельников А.И.

Верушкин Ю.И.

Шевырин А.А.

Познанский С.В.

Рецензенты:

кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой общей хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России **С.П.Черенков;**

доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России **Е.Ю.Евтихова**

Пособие составлено в соответствии с учебной программой подготовки выпускников по специальности «Лечебное дело». Содержит блок информации по клиническому течению, диагностике, хирургической тактике и лечению травм живота и органов брюшинного пространства, вопросы и клинические задачи для текущего и итогового контроля знаний и практических умений студентов.

Предназначено для самостоятельной подготовки студентов IV-VI курсов на циклах «Факультетская хирургия и урология».

Содержание

Введение.....	4
Основные понятия.....	6
Смежные дисциплины.....	9
Основные положения	11
1. Травма двенадцатиперстной кишки.....	..13
3. Травма поджелудочной железы.....	.17
4. Травма селезенки.....	..21
5. Травма печени.....	..23
6. Травма почек.....	..24
7. Травма мочеточников.....	..26
8. Травма мочевого пузыря.....	..28
Задания для самоконтроля.....	37
Контрольные вопросы.....	38
Тесты для самоконтроля знаний.....	39
Учебные ситуационные задачи.....	41
Контрольные ситуационные задачи.....	..44
Рекомендуемая литература.....	..47

ВВЕДЕНИЕ

Число травматических повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства не имеет тенденции к снижению. Эта патология приобрела социальную значимость ввиду того, что в возрасте людей до 40 лет сочетанные повреждения занимают первое место среди причин смерти. Рост числа дорожно-транспортных происшествий, неблагоприятная криминогенная обстановка, непрекращающиеся войны и высотное строительство являются реалиями современного мира, к сожалению, обуславливающими стабильно высокие цифры сочетанных травм. Травмы живота мирного времени составляют 1,5-2,5% всех травм вообще.

Трудности диагностики травмы живота и органов забрюшинного пространства и высокие цифры летальности заставляют хирургов до сих пор решать спорные вопросы по применению инструментальных методов диагностики, выбору сроков оперативного вмешательства, его объема. Больные часто поступают в клинику в состоянии шока, внутреннего кровотечения, алкогольного опьянения. Еще труднее бывает дифференцировать закрытую травму с повреждением или без повреждения внутренних органов. При множественных повреждениях, когда травма живота сочетается с травмой других частей тела, установить диагноз подчас бывает невозможно.

Цель, стоящая перед студентом: дать общее представление о травматических повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, изучить симптоматику повреждений поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, селезенки и печени, почек, мочеточников и мочевого пузыря, усвоить принципы диагностики этих заболеваний, выработать хирургическую тактику и методы оперативного вмешательства.

Студент должен знать:

1. Клиническую классификацию травматических повреждений органов брюшной полости. Систематизация повреждений.
2. Симптоматологию и методы диагностики травм живота. Последствия проникающих ранений органов брюшной полости.
3. Тактические вопросы ведения больных с травмами.
4. Показания к консервативному и оперативному лечению.
5. Этапы хирургического лечения.
6. Диагностику и лечение повреждений ДПК.
7. Классификацию, клинику и методы хирургического лечения.
8. Клинику и диагностику травм поджелудочной железы.
9. Объем оперативного вмешательства при травме ПЖ.

10. Классификацию, клинику, диагностику и лечение повреждений селезенки.
11. Объем оперативного вмешательства при травме селезенки.
12. Клинику, диагностику и объем оперативного вмешательства при травме печени.
13. Клиническую классификацию повреждений почек.
14. Симптоматологию и методы диагностики травм почек.
15. Показания к консервативному и оперативному лечению при повреждении почек.
16. Диагностику и лечение повреждений мочеточников.
17. Классификацию повреждений мочевого пузыря.
18. Лечение травм мочевого пузыря.

Студент должен уметь интерпретировать данные:

1. Пальцевого исследования прямой кишки.
2. Рентгенологического исследования органов брюшной полости, при необходимости – костей таза, конечностей, черепа, позвоночника.
3. Ангиографии, экскреторной урографии, вальнуерографии.
4. УЗИ, лапароцентеза и лапароскопии, сканирования.
5. Мультиспиральной компьютерной томографии.
6. Цистографии.

Студент должен владеть:

1. интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики у пациентов с травмами живота и органов забрюшинного пространства.
2. алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам.
3. методикой обоснования тактики ведения больного с травмами живота и органов забрюшинного пространства, показаний для экстренной госпитализации пациента с данной патологией, показаний и противопоказаний для экстренной операции, методов лечения больных с травмами живота и забрюшинного пространства.
4. алгоритмом оказания неотложной помощи при острой задержке мочеиспускания.
5. техникой катетеризации мочевого пузыря мягким катетером.

Вопросы для повторения

Для достижения поставленной цели следует вспомнить из курса анатомии человека: форму, строение и топографию наиболее часто травмированных органов (ДПК, ПЖ, селезенка и печень, почки и мочевого пузыря), их

отношение к брюшине; из курса топографической анатомии и оперативной хирургии - забрюшинные клетчаточные пространства, пути распространения гнойной инфекции; из курса общей хирургии - операции: резекцию желудка и доли печени, панкреатодуоденальную резекцию, еюностомию по Майдлу, дуоденостомию, холецистэктомию, наложение ГЭА, нефрэктомию, резекцию почки, нефростомию, пиелостомию, эпицистостомию.

Основные понятия

1.Общее представление о травматических повреждениях органов брюшной полости:

Систематизация травматических повреждений: а) голова, позвоночник (спиной мозг) и шея; б) грудь; в) живот; г) опорно-двигательный аппарат.

а) Механизм повреждения органов брюшной полости.

б) Клиническая классификация травм живота:

по степени их повреждения: легкие, тяжелые и критические;

по количеству: а) одиночная; б) множественная; в) сочетанная (торакоабдоминальные повреждения);

по виду: а) открытые (проникающие и не проникающие) б) закрытые (разрыв мышц, кровоизлияния, трещины, отрывы);

Различают повреждения:

а) **полых органов** (ушибы, раздавливания, полные или частичные разрывы);

б) **паренхиматозных органов** (печень, селезенка, поджелудочная железа);

в) **травма кровеносных сосудов** (разрывы крупных сосудов, отрыв боковых ветвей, разрыв аорта и т.д.).

Симптоматология: а) наличие зоны повреждения, б) боль, в) напряжение мышц передней брюшной стенки, г) исчезновения печеночной тупости, д) притупление в отлогих местах, е) симптом Щеткина-Блюмберга.

Диагностика: а) жалобы пострадавшего, б) анамнез, в) клинические данные, г) лабораторная диагностика, д) рентгенологические исследования. е) УЗИ, ж) лапароцентез. з) лапароскопия, и) диагностическая лапаротомия.

Тактика ведения больных: а) активная, б) активно-выжидательная, в) выжидательная (плановая).

Лечение: а) консервативная терапия (при повреждениях легкой степени и как этап предоперационной подготовки), б) экстренные операции.

Этапы хирургического лечения: а) остановка внутрибрюшного кровотечения, б) исключение выделения кишечного содержимого в брюшную полость. в) тщательная ревизия органов брюшной полости, г) удаление последствий травмы, д) санация и дренирование брюшной полости.

Последствия проникающего ранения: а) развитие травматического шока, б) перитонит, в) внутрибрюшной кровотечение, г) наличие свободного газа в брюшной полости.

2. Повреждения двенадцатиперстной кишки.

1. Механизм повреждений.

2. Классификация повреждений ДПК.

3. Симптоматология: а) шок, б) резкая боль в животе, в) поступление из брюшной полости дуоденального содержимого (при открытой травме), г) напряжение мышц брюшной стенки д) признаки перитонита, е) симптоматика внутрибрюшного кровотечения.

4. Диагностика: а) обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости, б) лапароскопия, в) УЗИ. г) КТГ, д) диагностическая лапаротомия.

5. Лечение: а) консервативное, как этап предоперационной подготовки, б) экстренное оперативное вмешательство.

3. Повреждение поджелудочной железы.

1. Механизм повреждений ПЖ.

2. Классификация травм ПЖ.

3. Симптоматология: а) шок, б) боль в эпигастральной области, в) многократная рвота, г) задержка стула и газов, д) признаки интоксикации.

4. Диагностика: а) анамнестические и клинические данные, б) рентгенологические исследования, в) лапароскопия, г) диагностическая лапаротомия.

5. Лечение: а) консервативное (при ушибах), б) оперативное.

4. Повреждения селезенки

1. Классификация повреждений.

2. Симптоматология: а) симптомы внутреннего кровотечения и шока (бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления, снижение уровня гемоглобина и гематокрита, ОЦК), б) симптом Щеткина-Блюмберга, в) симптом «ваньки-встаньки».

3. Диагностика: а) обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости, б) УЗИ, в) лапароцентез «шарящий катетер», г) экстренная лапароскопия, д) диагностическая лапароскопия.

4. Лечение: а) консервативное, б) оперативное.

5. Повреждение печени

1. Классификация

2. Симптоматология и диагностика: а) шок, б) боль, в) симптомы внутреннего кровотечения и шока (бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления, снижение уровня гемоглобина и гематокрита, ОЦК), г) притупление в отлогих местах, д) симптом Щеткина-Блюмберга.

3. Лечение: а) консервативное, как метод предоперационной подготовки, б) оперативное вмешательство.

6. Травма почек, мочеточников и мочевого пузыря

Повреждения почек.

1. Механизм повреждений почек.

2. Клиническая классификация травм почек по степени их повреждения: легкие, тяжелые и критические.

3. Симптоматология:

а) боль в поясничной области, б) припухлость в поясничной области, в) гематурия, г) анемия, д) нарушения гемодинамики.

4. Диагностика: а) клинические данные, б) лабораторная диагностика, в) рентгенологическое исследование, г) ультразвуковое исследование.

5. Лечение а) консервативная терапия (при повреждениях легкой степени), б) экстренные операции (при тяжелых и критических повреждениях почки).

Повреждения мочевого пузыря

1. Механизм повреждений.

2. Классификация повреждений мочевого пузыря.

3. Симптоматология: а) боль над лоном, б) нарушение мочеиспускания, в) гематурия, г) наличие свободной жидкости в брюшной полости, д) признаки перитонита, е) признаки мочевого затека, ж) выделение мочи из раны (при открытых повреждениях мочевого пузыря).

4. Диагностика: а) УЗИ мочевого пузыря, б) мультиспиральная компьютерная томография мочевого пузыря, в) восходящая цистография, г) проба Зельдовича, д) красочные пробы (при открытых повреждениях мочевого пузыря).

5. Лечение: а) консервативное (при неполных разрывах), б) оперативное (при полных разрывах мочевого пузыря — внутрибрюшинных и внебрюшинных).

Смежные дисциплины

Знания, полученные студентами при изучении темы «Травма живота и органов забрюшинного пространства» необходимы не только хирургам абдоминального отделения, но и врачам хирургам других специальностей.

Нейрохирургия

В структуре травматологических больных, поступающих в стационары, закрытая сочетанная вертеброабдоминальная травма (ВАБТ) наблюдается относительно часто – у каждого десятого пострадавшего с политравмой. Этого рода травма относится к категории чрезвычайно тяжелых. Она сопровождается значительной летальностью на всех этапах медицинской помощи, включая специализированную. Трудность диагностики ВАБТ связана с тяжестью

состояния пострадавших и «наложением» локальных симптомов повреждения позвоночника и спинного мозга на синдром «острого живота». Наличие тяжелой степени травматического шока извращает локальную симптоматику. При этом классические симптомы «острого живота» могут отсутствовать или быть слабовыраженными. Следовательно, дежурному хирургу необходимо знать алгоритм диагностики закрытых сочетанных ВАБТ. Выделяют следующие важные моменты:

- выяснение механизма и времени получения травмы; состояние сознания (бессознательное, ступорозное, ясное);
- положение пострадавшего (на спине, на боку);
- состояние глазных симптомов (зрачки – расширены, сужены, нормальные, анизокория);
- роговичный рефлекс - сохранен, отсутствует; дыхание (агональное, предагональное, удовлетворительное); и т.д.

При этом, на догоспитальном этапе ограничиваются постановкой предварительного диагноза. В стационаре привлекают дополнительные методы исследования (катетеризация, рентгенологическое обследование, лапароцентез, лапароскопия и т.д.). Обязательна консультация врача нейрохирурга или врача невропатолога.

При торакоабдоминальной травмы повреждение диафрагмы сочетается с повреждениями костей таза и органов брюшной полости. Наступает перемещение в плевральную полость желудка, петель тонкого и толстого кишечника, участка большого сальника, селезенки. В клинической картине преобладают симптомы сопутствующей патологии (плевропульмональный шок, сердечно-сосудистая и легочная недостаточность, кровотечение, перитонит). Заподозрить признаки разрыва диафрагмы можно при наличии над грудной клеткой тимпанита при перкуссии, кишечных шумов при аускультации. Необходимо рентгенологическое исследование органов грудной клетки в двух проекциях. Установленный диагноз закрытого разрыва диафрагмы должен считаться основанием для срочной операции с привлечением хирурга торакального отделения.

Урология

Повреждение почек нередко сочетается с повреждениями других внутренних органов. Распознавание травмы почек, решение вопроса о сопутствующих повреждениях внутренних органов представляет собой сложную задачу, особенно когда больной находится в состоянии шока, алкогольного опьянения. Точно собранный анамнез заболевания, выявление механизма травмы, исследование мочи и применение специальных методов

исследования позволяет хирургу быстро принять правильное решение, а при необходимости пригласить на консультацию врача уролога. При повреждении органов брюшной полости хирург обязан выяснить состояние органов мочевой системы. Наличие гематурии, присутствие свободной жидкости в брюшной полости и выявление гематомы в забрюшинной клетчатке, позволяют заподозрить повреждение мочевой системы и произвести необходимые исследования. Встречаются случаи, когда врач-хирург произвел лапаротомию по поводу острого хирургического заболевания органов брюшной полости и во время операции установил повреждение почки. В этой ситуации необходимы знания методов оперативного вмешательства этих повреждений. И все-таки, в данном случае целесообразно приглашение врача уролога с целью проведения консультации и выбора объема оперативного вмешательства.

Травматология

Повреждение почки довольно часто сопровождается переломами 10-12-го ребер. В тех случаях, когда имеется повреждение нижних ребер, необходимо выяснить состояние почек (произвести исследование мочи, рентгеноурологическое обследование). Одним из частных осложнений переломов костей таза является повреждение мочевого пузыря. И в целях своевременной диагностики этого осложнения травматолог должен использовать восходящую цистографию. Знания по урологии и умение выполнить наиболее простые специальные диагностические мероприятия помогут своевременно установить диагноз повреждения мочевых органов и правильно определить тактику врача.

Основные положения

Выделяют: а) - **открытые** (проникающие ранения) брюшной полости
б) - **закрытые** (тупые) травмы живота.

Причинами открытых повреждений чаще являются колото-резаные и огнестрельные (пулевые, осколочные) ранения. Поэтому открытая травма характеризуется наличием раневого канала.

К **закрытым повреждениям** органов брюшной полости и забрюшинного пространства относятся случаи без нарушения целостности кожных покровов. Чаще всего закрытые повреждения органов брюшной полости являются следствием дорожно-транспортных происшествий, удара твердым предметом в живот, падения с высоты, сдавление живота, ударной волны при взрыве.

Нередко при закрытой травме имеются также повреждения брюшной

стенки в виде разрыва мышц, а также кровоизлияний в кожу, подкожную или предбрюшинную клетчатку. Повреждения паренхиматозных органов могут быть в виде трещины, разрыва, отрыва или размозжения. Травма органов забрюшинного пространства, как правило, сочетается с гематомой забрюшинной клетчатки.

Тем не менее, чаще повреждаются полые органы. Вид повреждения полых органов бывает различным: ушиб и гематома стенки, полный или частичный разрыв стенки (одиночный и множественный), отрыв от брыжейки, размозжение, а также сочетание нескольких повреждений. Чаще происходит разрыв кишки в области ее наибольшей фиксации: дуоденоеюнальный переход и терминальный отдел подвздошной кишки.

Тяжесть закрытой травмы порой обуславливается повреждениями нескольких внутренних органов, а также разрывами крупных сосудов вследствие воздействия одного травмирующего агента (сочетанная травма).

Особую группу составляют больные с травмой прямой кишки. Прямая кишка может повреждаться при огнестрельных и колото-резаных ранениях, падении на определенный предмет, в ходе проведения ректороманоскопии, колоноскопии или клизм, инородными телами, переломах костей таза, а также при родовой травме. Травма нижних отделов живота может приводить к разрыву мочевого пузыря.

Симптоматика открытой травмы (проникающего ранения) определяется видом и степенью повреждения внутренних органов.

При открытых повреждениях живота необходимость экстренного хирургического вмешательства не вызывает сомнений.

Клиника закрытых повреждений внутренних органов переменчива и в основном также определяется наличием кровотечения или перитонита. Чаще больные поступают в состоянии травматического шока. При разрыве полых органов отмечаются резкие боли в животе. Больные в этих ситуациях занимают вынужденное, неподвижное положение на спине или на боку. При пальпации живота определяется выраженное напряжение мышц брюшной стенки. При перкуссии нередко отмечается исчезновение печеночной тупости (наличие газа в брюшной полости) и притупление в отлогих местах живота, указывающее на наличие свободной жидкости в брюшной полости. Быстро развивается типичная клиника перитонита. Тем не менее, клиническая картина травматического повреждения поджелудочной железы и забрюшинного отдела ДПК, может быть мало выраженной, вызывая ошибочность лечебной тактики. Она нередко оказывается пролангированной во времени.

При травме полых органов и особенно толстой кишки может быть выделение крови из прямой кишки, которая обнаруживается во время ректального пальцевого исследования.

Повреждение почек и мочевыводящих путей сопровождается гематурией.

Разрывы паренхиматозных органов, осложненные кровотечением, проявляются соответствующей симптоматикой: бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, низкое артериальное давление, малый и частый пульс. Боли при этом нередко иррадиируют в надплечье.

При диагностике травматического повреждения **следует:**

- 1) выяснить обстоятельство травмы, ее характер и механизм;
- 2) определить локализацию патологического процесса;
- 3) произвести тщательный осмотр раневого канала, выяснив его направление;
- 4) провести минимальные лабораторные исследования;
- 5) выполнить обязательное пальцевое исследование просвета прямой кишки.

В диагностике помогает обзорная рентгенография брюшной полости. Выявление свободного газа в брюшной полости является достоверным признаком повреждения полых органов. При подозрении на повреждение мочевого пузыря производится цистоскопия, экскреторная урография, ангиография. В настоящее время широкое распространение получило УЗИ, сканирование печени. В последующем используется лапароцентез и лапароскопия. И, наконец, проводится диагностическая лапаротомия

Хирургическое лечение во многом зависит от вида повреждения. Преимущественно выполняются органосохраняющие операции.

По показаниям проводятся следующие виды оперативных вмешательств: ушивание разрывов или резекция поврежденной части органа, остановка кровотечения, санация и дренирование брюшной полости.

Так, объем вмешательства при травме печени варьирует от ушивания раны до резекции участка печени.

При повреждении толстой кишки выполняются операция ушивание раны или резекции кишки с наложением проксимальной колостомы.

При травме прямой кишки нередко требуется дополнительное наложение разгрузочной колостомы.

ТРАВМА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) сочетаются часто с травмами органов грудной клетки, но могут быть и изолированными.

Классификация.

Существует несколько классификаций травматических повреждений

ДПК, построенных по различным принципам.

По механизму травмы ДПК разделяются на: закрытые, открытые и ятрогенные;

По локализации – вне- и внутрибрюшинные повреждения, а также определенной части ДПК (первая, вторая, третья или четвертая);

По степени повреждения – гематома, надрыв, разрыв, сквозная рана, отрыв;

По сочетанности и числу повреждений различных органов (поджелудочная железа, печень, селезенка и другие органы.).

Достаточно исчерпывающей является классификация Е. Moore (1990), которая выделяет 5 степеней тяжести травмы ДПК:

1 – гематома или разрыв стенки, не проникающий в просвет кишки, занимающие одну часть ДПК;

2 – гематома нескольких частей или разрыв кишки не более 50% её окружности;

3 – разрыв второй порции кишки достигает 75% или же 50 – 100% в первой, третьей, четвертой порциях;

4 – во второй порции ДПК разрыв превышает 75%, возможно повреждение ампулы большого сосочка ДПК или дистальной трети общего желчного протока;

5 – повреждение нескольких органов панкреатодуоденальной зоны, деваскуляризация кишки.

Клиника и диагностика.

Клиническая картина травм ДПК отличается полиморфизмом, так как зависит от степени и локализации повреждения, а также возможного сочетанного поражения других органов.

Открытая травма ДПК, в основном, сопровождается повреждениями других органов и проявляется клиникой кровотечения и шока. Поэтому эти пациенты доставляются в хирургические стационары в ранние сроки. Закрытые повреждения имеют различные клинические проявления и во многом зависят от нарушения целостности париетальной брюшины, покрывающей ДПК, а также возможного поражения других органов. При повреждениях забрюшинных участков ДПК, ее содержимое первоначально может поступать в забрюшинную клетчатку, не вызывая резких болей в животе. Поэтому пациенты чаще обращаются за медицинской помощью через несколько дней после травмы. Больные, которые поступают сразу после травмы, могут жаловаться на неопределенной локализации умеренные боли в животе. Некоторые из них принимают вынужденное положение на правом боку с приведенными к животу

коленими. Как правило, в этом период отсутствуют четкие признаки повреждения внутренних органов. В таких ситуациях выделяют так называемый период мнимого благополучия или «светлого промежутка». Через некоторое время их состояние резко ухудшается. Это обусловлено тем, что нарушается целостность париетальной брюшины и содержимое вытекает в брюшную полость с развитием перитонита. Появляется резкий болевой синдром с быстро нарастающими симптомами тяжелой интоксикации. Иногда в поясничной области выявляется подкожная эмфизема. При флегмоне забрюшинной клетчатки без развития перитонита положительным считается симптом Канавела, для которого характерны признаки интоксикации, сопровождающиеся повторной рвотой при мягком и малоболезненном животе.

Учитывая выше изложенное, выделяют три клинических типа **внебрюшинных** разрывов ДПК:

- 1) быстрое развитие перитонита, обусловленное нарушением целостности брюшины или повреждением другого органа;
- 2) нарастание симптоматики перитонита через 12 часов;
- 3) наличие периода мнимого благополучия и появление признаков перитонита или флегмоны забрюшинного пространства через 3-4 дня после травмы.

Диагностика травм ДПК, в связи с отсутствием специфических признаков и наличием различных форм, основывается на комплексном обследовании с учетом анамнеза, клинического течения и дополнительных методов исследования. Так, рентгенологический метод эффективен при разрывах внутрибрюшинных отделов ДПК (первый участок и передняя стенка второго участка). В этих ситуациях выявляется свободный газ и жидкость в брюшной полости.

При забрюшинных разрывах иногда выявляется газ в забрюшинном пространстве, представляющий собой полосы просветления вокруг почек или вдоль большой поясничной мышцы. При гематоме и инфильтрации забрюшинной клетчатки в некоторых случаях отмечается затемнение правой половины живота.

Поступление рентгеноконтрастного вещества за пределы ДПК является характерным признаком ее разрыва.

При лапароскопии возможна диагностика забрюшинной гематомы. Иногда выявляются очаги стеатонекроза и желтовато-зеленоватое пропитывание тканей.

При ФЭГДС иногда обнаруживается внутривисцеральная гематома, сгустки крови или разрыв ДПК.

Современная ультразвуковая аппаратура позволяет выявить косвенные

признаки повреждения ДПК: внутрстеночная гематома, забрюшинная инфильтрация, воздух в забрюшинном пространстве, «завуалированность правой почки».

Наиболее эффективным методом диагностики забрюшинных повреждений ДПК считается компьютерная томография.

Следует отметить, что в некоторых случаях забрюшинные повреждения ДПК остаются не диагностированными даже во время оперативного вмешательства. В основном это отмечается при сочетанных повреждениях других органов и не проведении тщательной ревизии забрюшинных гематом. Наличие забрюшинной гематомы, желтовато-зеленые пятна и эмфизема париетальной брюшины считаются характерными признаками разрывов ДПК, это триада признаков, описанная Laffite в 1934 году.

Лечение.

По мнению П.А.Иванова и соавт.,2004, хирургическая тактика при повреждениях двенадцатиперстной кишки не унифицирована. Изучая данные литературных источников, можно сделать вывод о том, что чем тяжелее травма ДПК, тем сложнее оперативное вмешательство. Применяются различные варианты операций, однако, ни одно из них не приносит желаемых результатов

Выбор метода оперативного вмешательства зависит не только от вида и степени повреждения, но и сроков с момента травмы. **Оно основано на следующих моментах:**

- 1) ушивание дефекта кишки
- 2) частичное или полное исключение пассажа желудочно-кишечного содержимого
- 3) декомпрессии петель тонкого кишечника, которая сводится :
 - а) рассечению связки Трейца
 - б) наложению дуоденостомы
 - в) еюностомия по Майдлу
 - г) наложению разгрузочной холецистостомы
 - д) наложению гастроэнтероанастомоза

При повреждении забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки мы придерживаемся мнений Ю. А. Сайдаковского и соавт., 1992, которые рекомендуют следующие этапы оперативного вмешательства:

- а) ушивание места разрыва;
- б) резекцию краев поврежденной области при ее нежизнеспособности с наложением дуоденодуоденального анастомоза «конец в конец», который можно добавить гастроэнтероанастомозом;

в) при повреждении нижнего горизонтального отдела, расположенного слева от позвоночника и невозможности ушить дефект – наложение дуоденоюнального анастомоза «конец в конец»;

г) в случае обширных повреждений, где невозможно выполнить анастомоз, как крайняя мера – закрытие обеих концов ДПК с наложением гастроэнтероанастомоза с межкишечным соустьем по Брауну.

Важным моментом вмешательства является декомпрессия ДПК с помощью трансназальной интубации ее просвета. Вариантами декомпрессии ДПК, дополняющими назодуоденальную интубацию, являются: рассечение связки Трейца, холецистостомия, еюностомия, дуоденостомия, наложение гастроэнтероанастомоза (ГЭА), отключение ДПК с наложением ГЭА и ряд других приемов.

Интересна представленная схема операции, выполняемой при разможжении нижнегоризонтальной ветви ДПК:

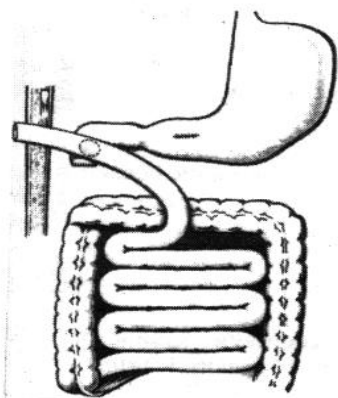


Рис.1. Резекция нижнегоризонтальной ветви, с ушиванием культи ДПК наглухо, наложение впереди ободочного еюнодуоденоанастомоза бок в бок (с нисходящей частью duodenum), выведение временной концевой энтеростомы в правом подреберье.

ТРАВМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Классификация.

Выделяются открытые и закрытые повреждения ПЖ. Чаще (около 70%) отмечаются закрытые повреждения ПЖ, возникающие при тупой травме живота. Существуют различные объяснения механизмов закрытых повреждений ПЖ. По мнению многих исследователей, забрюшинное расположение и фиксация ПЖ у позвоночного столба, играющего роль «твердой подкладки», при ударе по животу или поясничной области, падении с высоты, сдавлении или сотрясении тела, способствуют ее травматическому повреждению. Считается, что резкое смещение внутренностей и повышение внутрибрюшного давления также могут способствовать повреждению фиксированной к позвоночному столбу ПЖ.

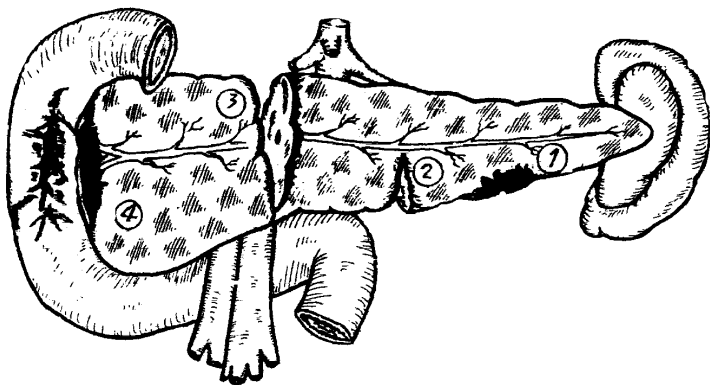
Механогенез автомобильной травмы ПЖ включает различные компоненты, и поэтому повреждения ее могут быть разнообразными:

незначительные ушибы, гематомы, локальные и множественные разрывы, отрывы и размозжения. При этом возможен прямой удар рулем. В этих ситуациях используется термин “steering-wheel trauma”. ПЖ может повреждаться вследствие резкого переразгибания туловища в момент автокатастрофы или удара о дорожное покрытие при выпадении из машины.

В случаях вело - и мототравмы ПЖ, чаще отмечается направленный повреждающий механизм рулем. Травмы ПЖ, обусловленные сдавлением туловища, как правило, сопровождаются повреждениями грудной клетки, почек и других паренхиматозных органов.

Повреждения ПЖ при железнодорожных катастрофах чаще комбинируются с тяжелыми травмами черепа и опорно-двигательного аппарата.

Открытая травма, как правило, является следствием колото-резаных или огнестрельных ранений. Изолированные повреждения ПЖ составляют не более 25% случаев. У 50- 60% пациентов травмы ПЖ бывают сочетанными, так как сопровождаются повреждениями других органов брюшной полости. При этом чаще поражаются печень, селезенка и желудок. У 20-25% больных отмечается комбинированная травма: черепно-мозговая, костей, грудной клетки и других внутрибрюшинно расположенных органов.



Различного вида повреждения ПЖ отмечаются у мужчин в 3-4 раза чаще, чем у женщин. Возраст пострадавших, как правило, не превышает 40 лет.

Представляем классификацию повреждений поджелудочной железы по степени тяжести (Ерамишанцев А.К., 1994).

- 1 – ушиб органа, подкапсульная гематома без повреждения капсулы;
- 2 – повреждения железы без разрыва главного панкреатического протока;
- 3 – повреждения железы с разрывом главного панкреатического протока;
- 4 – сочетанная панкреатодуоденальная травма.

Клиника и диагностика.

Для открытых травм ПЖ характерно наличие раневого канала. Эти пациенты, как правило, поступают в тяжелом состоянии с явлениями шока,

внутрибрюшного кровотечения или перитонита. Часто у них отмечаются повреждения других органов и, прежде всего, желудка, а также печени. При закрытых изолированных травмах ПЖ пациенты жалуются на боли в верхних отделах живота, тошноту, иногда рвоту. Интенсивность болевого синдрома зависит от степени повреждения ПЖ. Пальпаторно определяется болезненность в верхних отделах живота и напряжение мышц брюшной стенки. Может быть вздутие живота.

Различного вида повреждения ПЖ отмечаются у мужчин в 3-4 раза чаще, чем у женщин. Возраст пострадавших, как правило, не превышает 40 лет.

Симптоматология для открытых травм ПЖ характерна наличием раневого канала. Эти пациенты, как правило, поступают в тяжелом состоянии с явлениями шока, внутрибрюшного кровотечения или перитонита. Часто у них отмечаются повреждения других органов и, прежде всего, желудка, а также печени. При закрытых изолированных травмах ПЖ пациенты жалуются на боли в верхних отделах живота, тошноту, иногда рвоту. Интенсивность болевого синдрома зависит от степени повреждения ПЖ. Пальпаторно определяется болезненность в верхних отделах живота и напряжение мышц брюшной стенки. Может быть вздутие живота.

В специальной литературе имеется описание триады симптомов, характеризующих тупую изолированную травму ПЖ: шок, холодный период (мнимого благополучия), перитонеальные проявления. Однако, как подчеркивалось выше, чаще закрытая травма ПЖ бывает сочетанной или комбинированной. В этих ситуациях, в основном из-за проявлений шока или кровотечения симптомы повреждения ПЖ могут отходить на задний план. Поэтому не случайно при тяжелой комбинированной травме иногда повреждения ПЖ обнаруживаются лишь на аутопсии. В то же время, порой даже при полных разрывах ПЖ, не сопровождающихся выраженным кровотечением и повреждениями других органов, больные могут чувствовать себя относительно удовлетворительно (период так называемого мнимого благополучия).

Степень проникающих повреждений ПЖ и возможных сочетанных поражений других органов устанавливается во время операции (или видеолапароскопии) при тщательной ревизии после вскрытия сальниковой сумки. О возможной травме ПЖ могут свидетельствовать наличие забрюшинной гематомы, сквозные ранения желудка, двенадцатиперстной или толстой кишки, а также желудочно-ободочной связки, селезенки. При ранениях панкреатодуоденальной зоны необходима мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру и рассечение связки Трейца. Этот прием позволяет ревизовать все отделы двенадцатиперстной кишки и головку ПЖ. В связи с

вариабельностью, полиморфизмом клиники, отсутствием патогномичных симптомов, а также сочетанностью повреждений других органов, диагностика закрытой травмы ПЖ нередко вызывает значительные трудности. В ее диагностике используются комплексные методы исследования. В экстренных ситуациях предпочтение отдается лапароскопии. Применяются лабораторные методики, УЗИ и КТ.

Лечение.

Одним из дискуссионных остается вопрос об оперативной тактике. В зависимости от степени повреждения ПЖ диапазон оперативных вмешательств варьирует от малоинвазивных чрескожных манипуляций до обширных резецирующих операций. При небольших колото-резаных проникающих ранениях ПЖ обеспечивается гемостаз, прошивая прецизионно только зону сосудистого пучка и дренирование сальниковой сумки.

В последнее время при повреждениях ПЖ 1 и 2 степени тяжести хорошие результаты достигаются при осуществлении видеолапароскопии и видеооментопанкреатоскопии.

При тяжелых проникающих обширных повреждениях вид операции определяется также общим состоянием пациентов. В этих ситуациях основной принцип вмешательства заключается в сохранении жизни пострадавшего.

При крайне тяжелых состояниях по возможности осуществляется мобилизация ПЖ, гемостаз и дренирование зоны повреждения, а также абдоминализация ПЖ. В редких случаях, если позволяет состояние пациента, особенно при огнестрельных ранениях, производится различного объема дистальная резекция ПЖ. Следует подчеркнуть, что огнестрельные ранения, в отличие от ножевых, характеризуются обширными участками размозжения ткани ПЖ.

При закрытой травме характер оперативного вмешательства определяется степенью повреждения ПЖ. При изолированных (подкапсульная гематома) и паренхиматозных ушибах ПЖ с помощью видеоэндоскопической техники обеспечивается эвакуация содержимого из сальниковой сумки и в необходимых случаях ее дренирование. У этих пациентов чаще не требуется проведение срочного оперативного вмешательства на самой ПЖ.

Герметизация неглубоких разрывов ПЖ успешно достигается с помощью аппликаций пластинок «ТахоКомб». С целью гемостаза также применяется лазерная и плазменная коагуляция сосудов. Показаниями к экстренным операциям у них являются кровотечения и перитонит вследствие сочетанного повреждения других органов брюшной полости. Тем не менее, при любом виде травмы ПЖ все поступившие должны оцениваться как пациенты с

травматическим панкреатитом. Поэтому им назначается соответствующий комплекс мероприятий по принципу лечения острого панкреатита и осуществляется динамический контроль (УЗИ, КТ, биохимические исследования, видеоэктопанкреатоскопия) за течением процесса с целью своевременного распознавания возможных тяжелых осложнений.

Объем хирургического вмешательства при тяжелых паренхимно-протоковых повреждениях ПЖ в каждом конкретном случае определяется индивидуально и зависит также от тяжести состояния пациента. Используются паллиативные, по принципу первичной хирургической обработки раны ПЖ, и радикальные резекционные вмешательства. При размозжении ткани железы и полном поперечном разрыве операцией выбора является дистальная резекция. Однако после дистальных резекций ПЖ возникает опасность развития тяжелого сахарного диабета. Поэтому при полных разрывах ПЖ стали проводиться окклюзии дистальных отделов вирсунгова протока с помощью специальных клеевых композиций. Имеются сообщения о восстановлении главного панкреатического протока и целостности паренхимы ПЖ с помощью пластических операций на погружном дренаже. Однако эти операции сопровождаются большим числом осложнений и в экстренных ситуациях, как правило, не применяются. При тяжелых повреждениях головки ПЖ и двенадцатиперстной кишки иногда выполняется панкреатодуоденальная резекция.

После любого вида оперативного вмешательства нередко возникают осложнения. Наиболее часто отмечаются деструктивный панкреатит, панкреатический свищ, псевдокиста. В отдаленном периоде возможно развитие хронического панкреатита.

ТРАВМА СЕЛЕЗЕНКИ

Классификация.

Выделяются открытые и закрытые повреждения селезенки. Иногда селезенка повреждается во время различных операций на органах брюшной полости (ятрогенные повреждения). В крайне редких случаях имеют место спонтанные разрывы селезенки. Они, как правило, возникают при ее увеличениях. Играют роль и различные изменения, обусловленных различными сопутствующими заболеваниями: малярия, лимфогранулематоз, врожденная и приобретенная гемолитическая анемия, цирроз печени, туберкулез и т.д.

Выделяют четыре степени тяжести травмы селезенки:

I степень – повреждение капсулы и (или) паренхимы глубиной менее 1 см;

II степень – разрыв глубиной от 1 до 3 см;

III степень – разрыв глубиной выше 3 см;

IV степень – полное разрушение органа.

При закрытой травме бывают одномоментный (85%) и двух моментный (15%) разрыв селезенки.

Клиника и диагностика.

При разрывах селезенки отмечается симптоматика внутреннего кровотечения: бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, тахикардия, гипотония, снижение уровня гемоглобина и другие признаки. По мере накопления крови в свободной рюшной полости появляются симптомы раздражения брюшины. В случаях скопления крови в поддифрагмальном пространстве больной нередко занимает вынужденное полусидячее положение. Это так называемый симптом «ваньки-встаньки», так как в строго горизонтальном положении происходит усиление боли. Считается, что данный симптом обусловлен раздражением рецепторов дифрагмальной брюшины.

В случаях одномоментного разрыва сразу же возникают признаки внутреннего кровотечения. Для двух моментного разрыва характерно образование внутри селезеночной гематомы без нарушения целостности капсулы. Затем по мере роста гематомы или под влиянием различных факторов (физическая нагрузка, подъем артериального давления) происходит разрыв капсулы селезенки и начинается кровотечение в брюшную полость.

Диагностика повреждений селезенки осуществляется на основании анамнестических и физикальных данных, лапароцентеза, лапароскопии, УЗИ, КТ и лабораторных исследований, подтверждающих признаки кровотечения.

Лечение.

В последние десятилетия активно разрабатываются консервативные способы лечения закрытой травмы селезенки. Особенно это касается субкапсулярных гематом селезенки. Однако это возможно при наличии соответствующей аппаратуры, обеспечивающей постоянный мониторинг за состоянием больного. При этом больные соблюдают строгий постельный режим. Тем не менее, и в этих ситуациях возникают большие сложности при двух моментных разрывах селезенки.

Все шире стали применяться лапароскопические способы остановки кровотечения с помощью электро- или лазерной коагуляции, гемостатических адгезивных материалов и коллагеновых губок.

В случаях оперативного вмешательства используются все возможные способы гемостаза (шов с привлечением участков сальника, коагуляция, клеевые композиции, лигирование и эмболизация селезеночной артерии и другие манипуляции), а также органосохраняющие операции в виде резекции селезенки в комбинации с перечисленными выше гемостатическими мероприятиями. Все большую популярность приобретает метод резекции

поврежденного участка селезенки, который заключается в пережатии лишь одной ветви селезеночной артерии, а далее осуществляется резекция участка селезенки в пределах обескровленных тканей.

Резекцию селезенки необходимо заканчивать спленорафией с тампонадой раны гемостатическим материалом (пластинкой «ТахоКомб» или кетгутовой сеткой из полиглактина 910 (vicryl)). В случаях разможнения селезенки, глубоких разрывах в области ворот и повреждениях ее сосудов нередко вынужденно производится спленэктомия. При невозможности сохранения селезенки проводится реплантация фрагментов ее ткани в большой сальник.

ТРАВМА ПЕЧЕНИ

При травме органов брюшной полости наиболее часто отмечаются повреждения печени (Feliciano D.V.,1989.) в сочетании, как правило, с повреждениями других органов грудной или брюшной полости. В случаях повреждения внутрпечёночных желчных протоков возможно возникновение билом и билиогематом с последующим нагноением или гемобилией.

Интересно, что впервые в 1898 году A.Whipple сообщил об ограниченном скоплении желчи в печени после её травмы, а Gould L., Patel A. (1979) первыми предложили термин «билома» для обозначения отграниченного внутрпеченочного расположения желчи после травмы желчных протоков.

Клиника и диагностика.

В клинической картине травмы печени на первое место выступают симптомы шока, внутреннего кровотечения, перитонеальные симптомы, свидетельствующие о катастрофе в брюшной полости. Направление хода раневого канала в сочетании с клиническими симптомами у большинства больных позволяют до операции поставить диагноз повреждения печени.

В случаях возникновения в послетравматическом периоде билиогемангиом клиника неспецифична. Жалоб вообще может не быть. Чаще всего наблюдается субфебрильная температура. При осложнениях нагноением лихорадка и озноб. Иногда происходит разрыв с поступлением крови в свободную брюшную полость (Борисов А.Е., 2003).

Лечение.

При травматическом повреждении ткани печени применяются различные варианты оперативного вмешательства:

1. Резекция печени, лигирование общей печеночной артерии.
2. Селективная эмболизация ветвей печеночной артерии - наиболее эффективный метод лечения. В качестве окклюзирующих агентов использовались микроэмболы “TruFill” металлические спирали Гиантурко и “TruFill”и окклюзионные спирали Китнера.

3. При колотых и резаных ранах – ушивание раны с наложением П – образных швов.

4. При глубокой рваной раны – тампонада раны прядью сальника на ножке с подшиванием его к глиссоновой капсуле.

5. При повреждении сосудов и желчных путей – резекция доли или сегмента, атипичные резекции ткани печени.

6. При подкапсульной гематоме – опорожнение и ее дренирование.

7. Гепатопексию по Киари-Алферову.

8. Тампонада и дренирование.

9. Эмболизация печеночной артерии.

ТРАВМА ПОЧЕК

Классификация.

Существует несколько классификаций травматических повреждений почек, построенных по различным принципам.

По сочетанности травмы почек бывают:

- сочетанные (сопровождаются повреждениями органов брюшной полости, грудной клетки);

- изолированные (без повреждения других органов).

По механизму травмы различают:

- закрытые (без повреждения кожи);

- открытые (с повреждением кожных покровов) - чаще огнестрельные.

По степени повреждения (классификация Кларенса) закрытые травмы делятся на:

- легкие (ушиб почки, разрыв жировой капсулы с гематомой в паранефральной клетчатке, небольшие надрывы ткани почки или чашечек без повреждения фиброзной капсулы почки);

- тяжелые (разрывы паренхимы почки и чашечек, проникающие в околопочечную клетчатку с образованием гематомы или урогематомы в ней; отрывы части почки);

- критические (размозжение, повреждение или отрыв сосудистой ножки почки).

Клиника и диагностика.

Симптоматология закрытых травм почек во многом зависит от степени повреждения. Наиболее частыми признаками повреждения являются: боль (с характерной почечной локализацией и иррадиацией вниз), припухлость и выбухание в поясничной области в результате образования урогематомы; тотальная гематурия (у 80% больных), анемия, нарушения гемодинамики (шок, коллапс). При повреждении брюшины развивается перитонит. При забрюшинной гематоме выявляется парез кишечника. Открытые повреждения почек часто являются комбинированными, и всегда инфицированными. Особенностью симптоматики данной категории травматических повреждений является наличие мочи в ране.

Поздними осложнениями повреждений почек являются: хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гидронефротическая трансформация, образование артерио-венозного свища, нефрогенная гипертония.

Диагностика повреждений почки начинается со сбора анамнеза. В этом аспекте крайне важно выяснить механизм конкретной травмы. Решающее значение имеет определение тяжести повреждения, которая определяется не местными, а общими проявлениями травмы.

При легких травмах общее состояние больного удовлетворительное, гемодинамика не нарушена, анемия не нарастает. При тяжелых травмах общее состояние пострадавшего прогрессивно ухудшается, нарастают явления шока и анемии. При критических повреждениях развивается картина тяжелейшего шока, появляются признаки клинической смерти.

Специальные методы исследования могут быть применены только после выведения больного из шокового состояния. Ведущим, наиболее часто применяемым методом в распознавании травмы почек является экскреторная урография, которая позволяет выявить проникновение рентгено-контрастного вещества за пределы чашечно-лоханочной системы, а также состояние контрлатеральной почки. Восходящая уретеропиелография в такой ситуации опасна, но в трудных для диагностики случаях может выполняться. Ангиография, УЗИ почек и компьютерная томография позволяют подтвердить наличие повреждения и определить состояние контрлатеральной почки.

Лечение.

Даже при подозрении на повреждение почек больного необходимо госпитализировать в урологическое или хирургическое отделение. При легких повреждениях применяется выжидательная тактика: строгий постельный режим, гемостатическая терапия, холод на поясничную область, антибиотикотерапия, контроль состояния гемодинамики (пульса, АД), контроль изменений со стороны красной крови (число эритроцитов, уровень гемоглобина и гематокрита), а также оценка выраженности гематурии. Постельный режим назначается не менее чем на 2 недели.

Экстренное оперативное лечение показано при открытых повреждениях почки, при тяжелых закрытых и критических повреждениях, сопровождающихся признаками нарушения гемодинамики, нарастанием объема урогематомы, макрогематурией, анемизацией больного. Перед операцией желательно вывести больного из шока и произвести необходимые диагностические мероприятия. Если в течение 30-40 минут шок не удастся ликвидировать, то надо оперировать больного под прикрытием противошоковых мероприятий.

При одиночном разрыве паренхимы почки показано ушивание раны почки, при множественных разрывах одного из сегментов почки выполняется резекция данного сегмента, при множественных разрывах, размозжении почки,

отрыве почки от сосудистой ножки - нефрэктомия. Причем, необходимо помнить, что при ушивании почки и ее резекции надо использовать П-образные кетгутовые швы с прокладками жировой или мышечной ткани.

ТРАВМА МОЧЕТОЧНИКОВ

Классификация.

Травмы мочеточников происходят чаще всего при операциях на тазовых органах (гинекологических вмешательствах, операциях на прямой кишке и мочевом пузыре) и являются по этиологии и механизму возникновения ятрогенными.

По виду повреждения различают следующие варианты травм мочеточника:

- пересечение мочеточника (полное или неполное);
- перевязка (полная или пристеночная);
- прокол или прошивание лигатурой;
- разможнение (сдавление зажимом);
- резекция на протяжении.

По локализации повреждения мочеточника могут определяться в:

- верхней трети мочеточника;
- средней трети мочеточника;
- нижней трети мочеточника;

Клиника и диагностика.

Крайне важным моментом является необходимость и возможность распознавания ранения мочеточника непосредственно в ходе оперативного вмешательства. Достоверным признаком его ранения является выделение мочи в рану. Распознаванию факта травмы способствует красочная проба с индигокармином: после внутривенного введения красителя происходит выделение окрашенной мочи из поврежденного мочеточника, которая визуализируется в ране.

Большое значение в диагностике травмы мочеточника после операции имеют экскреторная урография, радиоизотопная ренография, восходящая уретеропиелография и диагностическая катетеризация мочеточника.

Лечение.

Консервативное лечение допустимо только при проколах мочеточника (мочеточниковым катетером или иглой).

Лечение других повреждений мочеточника только оперативное. Характер

операции зависит от вида травмы, ее локализации и ряда других условий. Главной целью лечения является восстановление целостности и проходимости мочеточника.

Наиболее распространенными операциями являются уретероуретеро- и уретероцистоанастомоз. При любых операциях на мочеточнике обязательна тщательная его перитонизация и последующее дренирование забрюшинного пространства. Место анастомоза проксимального и дистального отделов мочеточника или мочеточника с мочевым пузырем обязательно должно находиться за пределами брюшной полости, чтобы избежать затекания мочи в брюшную полость с развитием перитонита.

При проколе мочеточника во время операции, достаточно забрюшинного дренирования раны на несколько дней. При невозможности восстановить проходимость мочеточника применяют пиелостомию или нефростомию. В дальнейшем при улучшении состояния больного производят пластическую операцию на мочеточнике (уретероуретеростомия, уретероцистонеостомия, операция Боари).

Уретероуретеростомия - это соединение концов рассеченного или резецированного мочеточника. Техника выполнения операции заключается в следующем. После освобождения поврежденного мочеточника выделяют его концы. Для обнаружения дистального конца мочеточника нередко приходится прибегать к его катетеризации. При стриктуре делается резекция мочеточника, после чего его косо срезанные концы сшивают кетгутовыми швами на трубке, выполняющей роль «шины». Мочу из почки с пораженной стороны отводят при помощи нефро- или пиелостомии.

Уретероцистонеостомия - имплантация мочеточника в новое место мочевого пузыря. Такой вид операции выполняется при повреждении, нарушении проходимости предпузырного отдела мочеточника. Техника выполнения оперативного пособия следующая. Внебрюшинным доступом в подвздошной или надлобковой области выделяют из окружающих тканей нижнюю треть мочеточника и мочевого пузыря. Мочеточник пересекают у места повреждения или обструкции. Мочевой пузырь вскрывают по передней стенке. В мочевом пузыре на стороне повреждения делают подслизистый туннель, через который по антирефлюксной методике проводят мочеточник.

В тех случаях, когда из-за повреждения мочеточника на большом протяжении, нельзя произвести уретероцистоанастомоз, производят замещение тазового отдела мочеточника лоскутом из переднебоковой стенки мочевого пузыря (операция Боари). Срединным надлобковым доступом или косым разрезом по Пирогову в подвздошной области осуществляется доступ к предпузырному отделу мочеточника и мочевому пузырю. Мочеточник пересекают над местом обструкции в пределах здоровой ткани. В проксимальный конец мочеточника вводят полиэтиленовую дренажную трубку с диаметром просвета 5-6 мм на глубину 10-12 см. Из переднебоковой части

стенки мочевого пузыря выкраивают лоскут шириной 2-3 см и длиной 10-14 см с основанием у дна мочевого пузыря. Выкроенный лоскут на катетере вшивают в трубку, к которой подшивают дистальный отдел мочеточника, проводя конец мочеточника в подслизистом туннеле лоскута по антирефлюксной методике. Затем ушивают дефект мочевого пузыря, предварительно выведя конец дренажной трубки мочеточника наружу.

ТРАВМА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Классификация.

По механизму травмы мочевого пузыря делят на:

- открытые;
- закрытые.

По локализации повреждения бывают:

- внебрюшинные;
- внутрибрюшинные.

По объему повреждения выделяют:

- полные (повреждения всех слоев стенки органа);
- неполные (повреждения слизистой оболочки).

Чаще встречаются внебрюшинные (81,5 % случаев), которые нередко имеют место при переломах костей таза, вследствие тракции тазового кольца и перерастяжения связок мочевого пузыря. Поэтому разрывы чаще локализуются на передней и боковых стенках мочевого пузыря и не зависят от наполнения пузыря.

Внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря встречаются в 18,5% всех его повреждений и возникают, как правило, при переполненном мочевом пузыре, что особенно часто случается при употреблении значительного количества алкоголя. В качестве механизма травмы выступают прямой удар в нижней части живота или сотрясение тела (прыжок). В обоих случаях возникает эффект гидравлического удара, в результате которого сотрясение передней брюшной стенки многократно усиливается, и происходит разрыв чаще всего наиболее тонкой и податливой верхней стенки пузыря.

Клиника и диагностика.

При неполных повреждениях мочевого пузыря имеет место гематурия, при полных травмах кроме гематурии появляются мочевые затеки в паравезикальной клетчатке и гематома. Мочевая флегмона может распространяться на бедра, ягодицы и мошонку. Основными симптомами внебрюшинного повреждения мочевого пузыря является: отсутствие или небольшое количество кровянистой мочи, несимметричная перкуторная тупость над лоном, пастозность тканей при исследовании через прямую кишку или влагалище. На 2-3 день после травмы возникают гиперемия, отек и болезненность в области лобкового симфиза, нижней части живота, наружных

половых органов. Распространение мочевого флегмоны и развитие сепсиса могут привести к летальному исходу. Основным методом диагностики разрывов мочевого пузыря является восходящая цистография. На цистограмме отмечается значительное сужение тени мочевого пузыря (за счет его сдавления в сагиттальном направлении мочевыми затеками) и выхождение контрастного раствора в тазовую клетчатку за пределы контуров мочевого пузыря (затеки). При отсутствии видимых затеков, но наличии выраженной гематурии используется цистоскопия, с помощью которой можно точно определить повреждение стенки мочевого пузыря или выявить другой источник гематурии.

При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря самостоятельное мочеиспускание отсутствует, поскольку моча поступает в брюшную полость. Рано появляются признаки раздражения брюшины, а затем и мочевого перитонита, который впоследствии переходит в гнойный. В отлогах местах брюшной полости появляется тупость перкуторного тона, обусловленная скоплением мочи в свободной брюшной полости.

В диагностических целях проводится проба Я. Б. Зельдовича (1903 г.). Для этого в мочевой пузырь по катетеру вводят 250-300 мл стерильной жидкости, и катетер оставляют открытым. Если по нему вся введенная жидкость изливается наружу, то внутрибрюшинного повреждения нет, а в случае задержки выделения жидкости проба считается положительной. Лучшим подтверждением диагноза являются результаты восходящей цистографии. При этом контрастное вещество в виде отдельных пятен выявляется в боковых каналах брюшной полости и между петлями кишечника. Однако, в некоторых случаях происходит тампонада раны мочевого пузыря сальником, и в этом случае проба Зельдовича и цистография не выявляют повреждения. В таких случаях надо выполнять цистоскопию, при которой и обнаруживается разрыв стенки пузыря.

Лечение.

При неполном разрыве мочевого пузыря показано консервативное лечение (строгий постельный режим, холод, гемостатическая терапия).

При полном разрыве показано срочное оперативное лечение.

При внебрюшинном разрыве показано вскрытие мочевого пузыря, ревизия, ушивание раны, эпицистостомия, при обширных затеках - дренирование малого таза по Буяльскому-Мак-Уортеру.

При внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря показана лапаротомия с ревизией органов брюшной полости, ее санация, ушивание раны мочевого пузыря, наложение внебрюшинной эпицистостомы.

Открытые повреждения мочевого пузыря чаще огнестрельные и их

особенности заключаются в том, что они всегда инфицированные и характерным симптомом является истечение мочи из раны. Методы диагностики и лечения в основном те же, что и при закрытых повреждениях.

Карта курации больного с травмой живота.

При выяснении жалоб и сборе анамнеза травматического повреждения следует уточнить:

1. Выяснить механизм, время и характер травмы.
2. Определить локализацию повреждения: череп, грудь, живот, позвоночник, конечности.
3. Наличие, локализацию и характер боли.
4. Время от момента травмы.
5. Жалобы, связанные с повреждениями других органов.
6. Общее самочувствие в зависимости от времени.
7. Объем оказанной медицинской помощи до госпитализации.
8. Вид транспорта (машина скорой медицинской помощи, самолет, вертолет, случайная автомашина).
9. Положение пострадавшего при транспортировке.

При осмотре пострадавшего необходимо выяснить:

1. Общее состояние пострадавшего (крайне тяжелое, тяжелое, средней тяжести, удовлетворительное). Показатели артериального давления.
2. Положение больного (активное или вынужденное), на спине, на боку.
3. Состояние (окраска) кожи и слизистых оболочек и влажность кожи (холодный, липкий пот).
4. Состояние сознания (бессознательное, ступорозное, ясное).
5. Наличие внешних повреждений (ссадины, царапины, раны, ушибы, и т.д.). Их локализацию.
6. Состояние языка (влажный, сухой, обложен). Наличие или отсутствие рвоты.
7. Определение местных признаков (участие брюшной стенки в акте дыхания).
8. Болезненность передней брюшной стенки при поверхностной и глубокой пальпации.
9. Напряжение брюшного пресса (разлитое, локальное, отсутствует).
10. Выяснение симптомов раздражения брюшины: симптом Щеткина-Блюмберга, Куленкамппфа, Хендри, Менделя.
11. Определить печеночную тупость (сохранена, отсутствует) и притупление в отлогих местах (есть, нет).
12. Характер мочеиспускания (самостоятельное, задержано).
13. Определить диурез (количество мочи, окраска).
14. Наличие движений конечностей (отсутствуют, в полном объеме).
15. Чувствительность (есть, нет, снижена).

При лабораторных исследованиях следует уточнить:

1. Изменения со стороны красной крови (есть признаки анемии или нет).
2. Изменения в осадке мочи (эритроцитурия).
3. Биохимия крови (остаточный азот, время свертывания крови, протромбин, креатинин, сахар крови, желчные пигменты).
4. Определить группу крови и резус фактор.

При специальном исследовании желательно выполнить:

1. Обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости, при необходимости рентгенограмму костей черепа, таза, конечностей.
2. УЗИ органов брюшной полости, зоны повреждения.
3. Лапароцентез или лапароскопию.
4. Экскреторную урографию, цистографию
5. МСКТ или ЯМРТ.
6. При сомнении в диагнозе – **диагностическую лапаротомию.**

Карта курации больного с повреждением почек и мочеточников

При выяснении жалоб и сборе анамнеза заболевания следует уточнить:

1. Наличие, локализацию и характер боли (в поясничной области, животе, над лоном).
2. Наличие гематурии, ее особенности.
3. Характер мочеиспускания.
4. Общее самочувствие, жалобы связанные с повреждением других органов.
5. Время, обстоятельства и механизм травмы.
6. Проявление заболевания в первые часы.
7. Время обращения к врачу.
8. Был и ли ранее заболевания почек, как больной лечился?

При осмотре больного надо выяснить следующее:

1. Положение больного (активное или вынужденное).
2. Наличие внешних повреждений (ссадины, царапины, раны, ушибы, кровоподтеки, переломы костей). Их локализацию.
3. Имеются ли признаки нарушения гемодинамики (пульс, АД).
4. Имеются ли клинические признаки анемизации?
5. Наличие признаков раздражения брюшины.
6. Наличие признаков забрюшинной гематомы или урогематомы.
7. Изменения при пальпации почек и определение симптома Пастернацкого.

При лабораторном исследовании следует уточнить:

1. Изменения со стороны красной крови, свидетельствующие об анемии.
2. Изменения в осадке мочи (эритроцитурия).

При специальном исследовании желательны выполнить:

1. УЗИ почек.
2. Экскреторную урографию.
3. Почечную ангиографию.
4. МСКТ или ЯМРТ.
5. Ретроградную уретеропиелографию (по строгим показаниям).

На основании полученных данных установить и обосновать диагноз. Определить тактику врача.

Карта курации больного с повреждением мочевого пузыря

При выяснении жалоб и сборе анамнеза заболевания следует уточнить:

1. Наличие, локализацию и характер боли (в животе, над лоном, в области промежности и др.).
2. Наличие и вид гематурии.
3. Характер мочеиспускания.
4. Жалобы, связанные с повреждением других органов.
5. Время и обстоятельства травмы.
6. Проявление заболевания в первые часы.
7. Время обращения к врачу.
8. Были ли ранее заболевания почек, мочевого пузыря? Как больной лечился?

При осмотре больного выяснить следующее:

1. Положение тела (активное, вынужденное).
2. При вынужденном положении тела проверить наличие сколиоза, псоас-симптома, положения лягушки.
3. Цвет кожных покровов, слизистых.
4. Наличие ссадин, царапин, ушибов на коже.
5. Выраженность тахикардии, уровень артериального давления.
6. Симптомы повреждения костной системы.
7. Наличие деформаций (выбухание поясничной, надлобковой области).
8. Участие передней стенки живота в акте дыхания, наличие симптомов раздражения брюшины.

9. Наличие в брюшной полости свободной жидкости.
10. Пальпаторное и перкуторное исследование мочевого пузыря.

Анализ результатов лабораторных исследований предусматривает оценку:

1. Общего анализа крови.
2. Группы крови и резус фактора.
3. Гематокрита, свертывающей системы крови.
4. Общего анализа мочи.

Анализ результатов инструментального, рентгенологического, ультразвукового, радиоизотопного исследования предусматривает оценку:

1. Восходящей цистографии.
2. Обзорной и экскреторной урографии.
3. Цистоскопического исследования.
4. УЗИ мочевого пузыря.

На основании полученной информации необходимо установить диагноз, обосновать его, определить тактику врача.

Примерный план диагностического поиска у больных с травмой ДПК

План и последовательность применения различных методов исследования при подозрении на травму двенадцатиперстной кишки зависит от времени поступления пострадавшего от момента получения травмы, характера и объема травмы, тяжести состояния и условий, в которых выполняются дополнительные методы исследования. В любом случае необходимо выполнить общие анализы крови и мочи. Целесообразно введение желудочного зонда с целью удаления желудочного содержимого и исключения клиники ЖКК. Обязательное пальцевое исследование просвета прямой кишки. Если общее состояние больного удовлетворительное, не нарушены показатели гемодинамики, нет массивных сопутствующих повреждений костей таза или конечностей выполняются рентгенологические методы диагностики, УЗИ. При тупой травме живота и не уточненном диагнозе возникает необходимость выполнения лапароцентеза или лапароскопии. Окончательным этапом диагностики в практике хирурга является диагностическая лапаротомия. При наличии раневого канала с поступлением через него желчного или кишечного содержимого больной доставляется из приемного отделения в экстренную операционную.

Примерный план диагностического поиска у больных с травмой ПЖ.

Пострадавшие с подозрением на травму ПЖ, в основном, необходимо госпитализировать в специализированное отделение. И, все-же, в этих условиях клиническое обследование больного с травмой поджелудочной железы не всегда позволяет поставить окончательный диагноз. Сходство выявленной клиники у пострадавшего при травме живота с острым панкреатитом позволяет лишь заподозрить патологию ПЖ. В данном случае имеет значение объем травматических повреждений, их локализация в сочетании с повреждениями органов грудной клетки, ЧМТ, конечностей. Как правило, для дежурного хирурга важны показатели амилазы крови, диастазы мочи, остаточного азота, креатинина. Диагностический поиск у больных при травме ПЖ требует в условиях приемного отделения пальцевое исследование прямой кишки, выполнение обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости, УЗИ. Полученные с помощью мультиспиральной компьютерной томографии данные на основании анамнеза, клинического течения и дополнительных методов исследования позволяет поставить окончательный диагноз. А это, в свою очередь, дает возможность хирургу выбрать правильную тактику ведения пациента с травмой живота. Оперативное вмешательство выполняется после тщательно проведенной предоперационной подготовки

Примерный план диагностического поиска у больных с травмой почек и мочеточников

План и последовательность применения различных методов исследования при подозрении на травму почек и мочеточников зависит от тяжести состояния больного, наличия повреждений других органов и систем. В любом случае производят общие анализы крови и мочи. В дальнейшем план диагностического поиска определяется тяжестью общего состояния больного и прежде всего показателями гемодинамики. Если общее состояние больного удовлетворительное (показатели гемодинамики не нарушены, клинических и лабораторных признаков нарастающей анемии нет), то исследование начинают с УЗИ почек и с экскреторной урографии. Полученные с помощью данных методов сведения можно уточнить мультиспиральной компьютерной томографией, ретроградной уретеропиелографией, почечной ангиографией.

В том случае, когда состояние больного тяжелое и имеются умеренно выраженные признаки нарушения гемодинамики, приведенные методы исследования должны выполняться только при проведении противошоковых

мероприятий. Здесь исследование может быть дополнено почечной ангиографией. Если противошоковые мероприятия в течение 40-60 мин остаются неэффективными, то никакие специальные исследования не проводятся, т. к. промедление с оказанием экстренной помощи может оказаться роковым для больного.

Примерный план диагностического поиска у больных с травмой мочевого пузыря

Клиническое обследование больного уже дает возможность заподозрить закрытое повреждение мочевого пузыря. Сам механизм травмы имеет здесь большое значение. Так, даже небольшая травма на фоне алкогольного опьянения при наличии перитонеальных симптомов заставляет заподозрить внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря, то при переломе костей таза следует заподозрить внебрюшинное повреждение пузыря. При подозрении на внебрюшинный разрыв специальное исследование следует начинать с восходящей цистографии. Можно дополнить его и УЗИ мочевого пузыря. При неуверенности в диагнозе допускается и цистоскопия. При подозрении на внутрибрюшинный разрыв необходимо выполнить пробу Зельдовича и восходящую цистографию, а в случае сомнений произвести и цистоскопию.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

- Приведите недостающие ответы:
- 1. Причины летальных исходов пострадавших в возрасте до 40 лет:**
а) рост числа дорожно-транспортных происшествий; б) неблагоприятная криминальная обстановка; в) увеличение числа военных действий; г)..... д) высотное строительство.
 - 2. Систематизация повреждений:** а) грудь; б) опорно-двигательный аппарат; в) голова; г).....
 - 3. Виды травматических повреждений:** а) открытые; б) закрытые; в) одиночные; г) множественные; д).....
 - 4. Классификация повреждений:** а) полых органов; б).....; в) травма кровеносных сосудов.
 - 5. Последствия проникающего ранения:** а) развитие травматического шока; б) перитонит; в).....; г) наличие свободного газа в брюшной полости.
 - 6. Дополнительные методы исследования:** а) экскреторная урография, б) ангиография, в)УЗИ; г); д) лапароскопия; е) сканирование печени.

7. **Этапы хирургического лечения:** а) тщательная санация и дренирование брюшной полости; б).....; в)исключить выделение кишечного содержимого; г) удаление последствий травмы.
8. **Классификация травмы ДПК;** а) гематом а или разрыв стенки кишки; б); в) разрыв кишки до 75% ее окружности; г) более 75%; д) повреждение нескольких органов панкреатодуоденальной зоны.
9. **Объем хирургического лечения при травме ДПК:** а) ушивание дефекта кишки; б).....; в) декомпрессия петель кишечника
- 10.**Классификация травм ПЖ:** а); б) повреждения ПЖ без нарушения целостности вирсунгова протока; в) повреждение ПЖ с разрывом протока; г) полный разрыв.
- 11.**Классификация травм селезенки:** а) открытые повреждения; б) закрытые; в); г) ятрогенные повреждения.
- 12.**Наиболее часто выполняемая операция при травме селезенки:** а) наложение швов на рану; б) коагуляция; в); г) горячий воздух и горячие ванны.
- 13.**Объем оперативного вмешательства при травме печени:** а) ушивание раны; б) гепатопексия по Киари-Алферову; в).....; г) эмболизация печеночной артерии.
14. **Признаки повреждения печени:** а) травматический шок; б) боли в правом подреберье; в).....
- 15.**Классификация закрытых повреждений почек (Кларенса):** 1) легкие повреждения а) , б) разрыв жировой капсулы, в) небольшие надрывы ткани почки или чашечек, без разрыва фиброзной капсулы.
- 16.**Тяжелые повреждения:** а) разрывы паренхимы почки и чашечек проникающие в окологерматическую клетчатку с образованием гематомы или уругематомы, б).....,
- 17.**Локализации повреждения:** а) размозжение почки, б) повреждение сосудистой ножки, в)
- 18.**Симптомы закрытых повреждений почек:** а) боль в поясничной области, б)....., в) тотальная гематурия, г)....., д) нарушение гемодинамики.
- 19.**Методы консервативной терапии повреждений почек:** а) постельный режим, б) местное применение холода, в)....., г) антибактериальная терапия.
- 20.**Показания к оперативному лечению при повреждении почек:** а) открытое повреждение почки, б) тяжелые закрытые повреждения, в).....
- 21.**Признаки внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря:** а) отсутствие самостоятельного мочеиспускания, б) признаки раздражения брюшины, перитонита, в).....,
- 22.**Основные методы диагностики разрывов мочевого пузыря:** а) катетеризация мочевого пузыря, б)....., в) цистоскопия.

23. **Лечение больных с внебрюшинным разрывом мочевого пузыря:**
а) ушивание разрыва стенки пузыря, б)....., в) дренирование клетчатки таза по Буяльскому-Мак-Уортеру.
24. **Лечение больных с внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря:** а) лапаротомия, б)....., в) эпицистостомия.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Классификация травм живота.
2. Систематизация повреждений.
3. Симптоматология повреждения органов брюшной полости.
4. Основной признак травмы мочевого пузыря при внутрибрюшном и внебрюшном повреждении.
5. Последствия проникающего ранения брюшной полости.
6. С чего начинается обследование больного?
7. От чего зависит клиническая картина повреждения?
8. Объем исследований, выполняемый хирургом при поступлении больного с травмой.
9. Метод постановки окончательного диагноза.
10. Классификация травм ДПК и ПЖ.
11. Клиническая картина при забрюшинном повреждении ДПК.
12. На чем основано хирургическое лечение травм ДПК?
13. В чем сходство клинической картины острого панкреатита и повреждения ПЖ?
14. С какой патологией можно сравнить повреждение ДПК?
15. Клиническая картина травмы селезенки, объем оперативного вмешательства.
16. Клиническая картина травмы печени.
17. Ранние послеоперационные осложнения при травме печени.
18. Последствия травматических повреждений органов брюшной полости.
19. Классификация закрытых повреждений почки Кларенса.
20. Симптоматология повреждений почки.
21. Диагностика повреждений почки.
22. Показания к консервативному лечению повреждений почки.
23. Показания к оперативному лечению повреждений почки.
24. Виды повреждений мочеточника.
25. Классификация повреждений мочевого пузыря.
26. Симптоматология и клиническое течение внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря.
27. Симптоматология и клиническое течение внебрюшинных разрывов мочевого пузыря.
28. Диагностика повреждений мочевого пузыря.
29. Лечение повреждений мочевого пузыря.

ТЕСТЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

На каждое задание выберите один правильный ответ

1. Какие повреждения почек чаще наблюдаются в мирное время?

- А) Открытые
- Б) Закрытые
- В) Сочетанные
- Г) Ятрогенные
- Д) Одинаково часто любые из перечисленных

2. Механические повреждения почек подразделяются на:

- А) Открытые
- Б) Закрытые
- В) Изолированные
- Г) Сочетанные
- Д) Правильно все

3. Наиболее информативным из предложенных методов диагностики при травме почек является:

- А) Хромоцистоскопия
- Б) Абдоминальная аортография
- В) Экскреторная урография
- Г) УЗИ
- Д) Нефросцинтиграфия

4. Повреждения мочеточника встречаются во всех перечисленных случаях, кроме:

- А) Тупой травмы поясничной области
- Б) Инструментальных исследований
- В) Попытки извлечения камня петлей
- Г) Гинекологических операций
- Д) Дистанционной литотрипсии

5. В акушерско-гинекологической практике повреждения мочеточника наблюдаются чаще всего:

- А) Одновременно обоих мочеточников
- Б) В нижней трети
- В) В средней трети
- Г) В сочетании с травмой мочевого пузыря
- Д) В верхней трети

6. При подозрении на перевязку мочеточника во время операции для уточнения диагноза нужно произвести:

- А) Обзорную урографию

- Б) Экскреторную урографию
- В) УЗИ почек
- Г) Хромоцистоскопию и катетеризацию мочеточников

7. Причиной внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря при тупой травме живота:

- А) Пустой мочевой пузырь
- Б) Воспаленный мочевой пузырь
- В) Наполненный мочевой пузырь
- Г) Атрофия стенки мочевого пузыря

8. Симптомами внутрибрюшной травмы мочевого пузыря являются все перечисленное, кроме:

- А) Отсутствие в течение длительного периода мочеиспускания и позывов к нему
- Б) Тимпанический звук над лоном при перкуссии передней брюшной стенки
- В) Пальпируемый над лоном переполненный мочевой пузырь
- Г) Напряжение мышц передней брюшной стенки, отечность передней брюшной стенки

9. При внебрюшинной травме мочевого пузыря обязательными исследованиями являются:

- А) Цистография
- Б) Уретрография
- В) Цистоскопия
- Г) Пневмоцистография
- Д) Обзорная урография

Правильные ответы: 1-Б, 2-Д, 3-Г, 4-А, 5-Б, 6-Г, 7-В, 8-В, 9-А.

УЧЕБНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Больная И., 28 лет, колхозница, поступила в отделение районной больницы 10.02.1980 года в 11.00 с болями в животе постоянного характера без четкой иррадиации. Заболела внезапно. Катаясь на лыжах, упала и почувствовала боль в животе. Осматривается дежурным хирургом. Общее состояние тяжелое. Пульс 98 ударов в одну минуту, аритмичный. АД 95/60 мм.рт.ст. Пальпаторно определяется легкая болезненность в правом подреберье. Назначено проведение общего анализа крови и мочи. Измерена аксиллярная и ректальная температура.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз? А. Перфоративная язва; Б. Острый аппендицит; В. Острая кишечная непроходимость; Г. Острый панкреатит; Д. Травма двенадцатиперстной кишки.

2. Какой метод инструментального обследования необходимо, прежде всего, провести? А. ФЭГДС; Б. УЗИ; В. Обзорную рентгенографию брюшной полости; Г. Лапароскопию.

3. Какое лечение вы назначаете больному? А. Оперативное; Б. Консервативное. Диагностируется острый аппендицит. Операция через 4 часа от начала заболевания. Под местной анестезией разрезом Волковича-Дьяконова вскрывается брюшная полость. Выпота нет. Червеобразный отросток не изменен. При доступной ревизии органов брюшной полости патологии не найдено.

4. Каков объем операции следует выполнить? А. Аппендэктомия; Б. Отросток не удалять. И все-таки принимается решение о выполнении аппендэктомии, что и делается. Послеоперационное течение тяжелое. Боли в животе на фоне приема наркотических средств сохраняются. И стали больше локализоваться в нижних отделах брюшной полости. Через двое суток, на фоне нарастания клиники перитонита, прежним доступом выполняется релапаротомия. Диагностируется вторичное изменение правого яичника.

5. Какова тактика в данном случае? А. Пригласить консультанта; Б. Оперировать самостоятельно; В. Не оперировать. Состояние в ближайшие сутки не улучшается, боли стали носить постоянный характер. Отмечается резкое вздутие живота, задержка стула и газов, однократная, обильная рвота застойным содержимым с примесью желчи.

6. Методы диагностики? А. Рентгенологическое исследование; Б. УЗИ; В. Лапароскопия; Г. Релапаротомия. При осмотре состоянии больной тяжелое, занимает вынужденное положение с приведенными к животу ногами. Кожные покровы бледные. Пульс 112 ударов в минуту, артериальное давление 105/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот «доскообразный». Перкуссия живота резко болезненная во всех отделах, отмечается ригидность мышц. Четкое притупление в отлогих местах. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Анализ крови: гемоглобин – 106 г/л, лейкоцитов 14,2:10⁹/л.

7. Окончательный диагноз? А. Спаечная тонкокишечная непроходимость; Б. Перфоративная язва; В. Травматический разрыв двенадцатиперстной кишки Г. Перитонит.

8. Какое лечение вы назначите больному? А. Консервативное; Б. Оперативное. Консультантом диагностируется перитонит, причина которого не устанавливается. Принимается решение о проведении оперативного вмешательства в третий раз.

9. Вид обезболивания: А. Местная анестезия, Б. Эндотрахеальный наркоз; В. Масочный наркоз; Г. Внутривенный наркоз. **1**

10. Каков доступ? А. Разрезом Волковича-Дьяконова; Б. Срединная лапаротомия. В ходе операции диагностируется фибринозно-гнойный перитонит, источником которого оказалась травматический разрыв двенадцатиперстной кишки.

11. Объем оперативного вмешательства? А. Резекция желудка; Б. Ваготомия, дренирующая операция; В. Ушивание зоны повреждения и дренирование брюшной полости; Г. Дуоденостомия.

Эталон ответа:

1- д; 2-г; 3-а; 4-б; 5-а; 6- а; 7- в; 8-б; 9-б; 10- б; 11-а,б,в,г.

Задача 2. Пострадавший в возрасте 17 лет госпитализирован был в клинику тотчас же после нанесения ему ножевого ранения в правом подреберье, проникающего в брюшную полость.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз. А. Повреждение стенки желудка; Б. Ранение двенадцатиперстной кишки; В. Внутривнутрибрюшное кровотечение; Г. Ранение поперечно-ободочной кишки; Д. Травма правой почки.

2. Каковы показания к операции? А. Внутривнутрибрюшное кровотечение. Б.Наличие перитонита; В. Поступление желчи через раневой канал.

3. Доступ при данной травме. А. Срединная лапаротомия; Б. Разрез Федорова С.П.; В. Двухподреберный.

4. Объем оперативного вмешательства. А. Лапаротомия, ушивание раны двенадцатиперстной кишки; Б. Лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости; В. Ликвидация источника кровотечения; Г. Резекция желудка.

5. Что необходимо для выполнения адекватной операции? А. Широкий лапаротомный доступ; Б. Выполнение дополнительного Т-образного разреза; В. Тщательная ревизия органов брюшной полости; Г. Квалифицированный хирург; Д. Дополнительная мобилизация дистального отдела двенадцатиперстной кишки.

6. Методы профилактики несостоятельности швов? А. Декомпрессия желудка и начального отдела петель тонкого кишечника путем введения трансназального зонда; Б. Наложение гастроэнтероанастомоза; В. Разгрузочная холецистостомия; Г. Дуоденостомия.

7. Характер послеоперационного осложнения? А. Несостоятельность швов ушитой раны; Б. Дополнительный дефект в кишке; В. Перитонит; Г. Ранняя спаечная кишечная непроходимость.

8. Объем оперативного вмешательства при несостоятельности швов? А. Дуоденостомия; Б. Резекция желудка; В. Ушивание зоны несостоятельности; Г. Санация и дренирование зоны дефекта.

9. Возможные ошибки в диагностике? А. Имелись множественные повреждения органов брюшной полости; Б. Недостаточная квалификация хирурга; В. Недостаточное использование дополнительных методов исследования.

10. Возможные исходы оперативного вмешательства? А. Летальный исход; Б. Наличие ряда послеоперационных осложнений; В. Выздоровление; Г. Проведение многократный релапаротомий.

Эталон ответа:

1-А, В; 2-А, В; 3-А; 4-А; 5-В, Г; 6-А; 7-А; 8-А, Г; 9-А, Б; 10-Б, Г.

Задача 3. Больной, 40 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в надлобковой области, задержку мочеиспускания. Несколько часов назад в нетрезвом состоянии упал с велосипеда. Несмотря на сильные позывы на мочеиспускание, после травмы помочиться самостоятельно не может. При пальпации отмечается болезненность и напряжение мышц в нижних отделах живота. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Мочевой пузырь перкуторно не определяется.

Вопросы:

1. Каков Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимо выполнить?
3. Лечебная тактика?

Эталон ответа:

1. У больного внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. Диагноз поставлен на основании наличия травмы в анамнезе, боли в надлобковой области, наличия в брюшной полости свободной жидкости, болезненности и напряжения мышц внизу живота, отсутствия самостоятельного мочеиспускания.

2. Больному необходимо сделать восходящую цистографию. При затекании рентгеноконтрастной жидкости в брюшную полость диагноз будет подтвержден.

3. Необходимо оперативное вмешательство.

КОНТРОЛЬНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Больной С., 26 лет, поступает в хирургическое отделение через 6 часов после получения ножевого ранения брюшной полости при артериальном давлении 40/20 мм. рт. ст. При первичном осмотре диагностируется проникающее ножевое ранение передней брюшной стенки с повреждением внутренних органов, внутрибрюшное кровотечение, разлитой перитонит. Предоперационная подготовка и уточнения диагноза. По жизненным показаниям выполняется средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаруживается большое количество свежей крови и сгустков. По возможности проводится реинфузия крови. При дальнейшей ревизии брюшной полости хирурги диагностируют повреждение брыжейки начальных отделов тонкого кишечника и линейный дефект стенки поперечно-ободочной кишки. Производится ушивание раны кишки и наложение узловых гемостатических швов на брыжейку. При этом в истории болезни описывается наличие забрюшинной гематомы, в последствие расцененной оперирующими хирургами как итог имеющегося повреждения брыжейки. Ревизия забрюшинного пространства в ходе первой операции не производилась. Операция закончена дренированием брюшной полости двумя силиконовыми дренажами, одна из которых была проведена к зоне ушитой брыжейки. Послеоперационное течение на протяжении трех последующих суток

протекало вполне удовлетворительно. Но на четвертые сутки состояние больного стало ухудшаться. Нарастала интоксикация, возникала рвота застойным содержимым, отмечалась тахикардия. Температура тела временами достигала 39°. Больной стал предъявлять жалобы на усиление болей в животе, его вздутие.

Вопросы:

1. Составьте план дальнейшего ведения больного.
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Какова тактика лечащего хирурга?
4. Каков возможен исход?

Задача 2. В условиях хирургического отделения ЦРБ оперирован больной С., 46 лет по поводу травматического повреждения поджелудочной железы. Выполнено лапаротомия, дренирование сальниковой сумки. Послеоперационное течение тяжелое. На 7 сутки с лапаротомной раны были сняты два кожных шва с последующей ревизией ее – гнойное содержимое не получено. Выполняется контрольная рентгенограмма органов брюшной полости. Заключение врача-рентгенолога – нельзя исключить наличие абсцесса брюшной полости. Транспортируется в реанимационное отделение ОКБ. По экстренным показаниям предпринимается попытка проведения диагностической лапароскопии – безуспешна. Высказывается предположение о вскрытии абсцесса брюшной полости во время транспортировки.

Вопросы:

1. Составьте план обследования пациента с целью уточнения возникшего осложнения.
2. Наметьте варианты лечения.
3. Определите возможность и необходимость оперативного вмешательства.

Задача 3. Больной В., 39 лет оперирован 8 суток назад по поводу травматического повреждения ДПК. Выполняется лапаротомия, ушивание раны ДПК (нисходящая ветвь) с дренированием зоны повреждения. В последующем отмечает усиление болей в правом подреберье, повышение температуры, ознобы, однократную рвоту с примесью редуцированной крови. В условиях перевязочной сняты швы с послеоперационной раны. Отмечено умеренное ее нагноение в нижнем углу. Дан эндотрахеальный наркоз. При вскрытии брюшной полости обнаруживается около 1 литра серозного выпота, окрашенного кровью со сгустками. На петлях тонкого и толстого кишечника наложение фибрина. В просвете желудка кровь. После разделения нескольких рыхлых спаек обнаружен инфильтрат, ограниченный петлями тонкого кишечника и ее брыжейкой. В ходе разделения инфильтрата возникло обильное венозное кровотечение.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Определить дальнейшую тактику ведения больного.

3. Выбрать объем предполагаемого оперативного вмешательства.

Задача 4. Больной 25 лет, доставлен в клинику с жалобами на боль в правой поясничной области, тотальную макрогематурию со сгустками. Час назад был избит неизвестными.

Общее состояние тяжелое. Больной несколько заторможен. Отмечается выраженная бледность кожных покровов. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 70/40 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Перкуторно легочный звук. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в правой половине, где имеется напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Имеется сколиоз в больную сторону, припухлость в правой поясничной области. Левая почка не пальпируется. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. Мочевой пузырь не пальпируется, область его безболезненна. Больной помочился самостоятельно. Моча интенсивно окрашена кровью.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какие методы исследования наиболее информативны?
3. Какова лечебная тактика в данной ситуации?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Евтихов Р.М., Путин М.Е., Шулутко А.М. и др. Клиническая хирургия. Изд-во «ГЭОТАР–Медиа», 2006. - 864 с.: илл.
2. Лопаткин Н.А. Урология. Учебник для студентов медицинских вузов. - Москва, 2004. - 520 с.
3. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни: учебник с компакт-диск. - В 2 т. – М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009. - Т. 1. – 608 с.; Т.2 – 400 с.
4. Хирургические болезни \ под ред. акад. РАМН М.И.Кузина.- Москва.: Медицина, 2008. – 607 с.

Дополнительная:

1. Абакумов М.М., Владимирова Е.С., Цурова Д.Х., Черная Н.Р., Донов Л.В. Травматическая гемобилия. Хирургия, 2006. - № 8. - с. 10-16.
2. Верушкин Ю.И., Бабаев А.А. Хирургическая тактика врача-консультанта отделения санитарной авиации. Изд-во «Иваново», 1995. - 272 с.
3. 80 лекций по хирургии. Под ред. Савельева В.С. - М.: «Медиа Медика», 2008. - 340 с.