

Тупая травма живота, открытые повреждения живота



Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2014 (Казахстан)

Категории МКБ: Другие и неуточненные травмы живота, нижней части спины и таза (S39), Размозжение и травматическая ампутация части живота, нижней части спины и таза (S38), Травма кровеносных сосудов на уровне живота, нижней части спины и таза (S35), Травма органов брюшной полости (S36), Травма тазовых органов (S37)

Классификация

По характеру повреждающего агента:

- механическая травма;
- термическая травма;
- химическая травма;
- лучевая травма;
- комбинированная – сочетание двух и более видов энергий.

По распространенности (масштабности) травмы:

- изолированная травма живота;
- сочетанная травма: в сочетании с травмой головы, позвоночника, спинного мозга, шеи, груди, опорно-двигательного аппарата.

По характеру травмы:

Открытая травма (раны): колотые, резаные, рубленые, рваные, ушибленные и их сочетания, огнестрельные (пулевые, осколочные, минно-взрывные)

Непроникающая в брюшную полость:

- без повреждения органов БП;
- с повреждением органов БП (одиночные или множественные): повреждение полых органов, повреждение паренхиматозных органов, повреждение сосудов.

Проникающая в брюшную полость:

- без повреждения органов БП;
- с повреждением органов БП (одиночные или множественные): повреждение полых органов, повреждение паренхиматозных органов, повреждение сосудов.

Закрытая (тупая) травма:

- брюшной стенки;
- органов брюшной полости: повреждение полых органов, повреждение паренхиматозных органов, повреждение сосудов;
- забрюшинного пространства: повреждение полых органов, повреждение паренхиматозных органов, повреждение сосудов.

Диагностика

Физикальное обследование (по принципу «ABCDE») в соответствии с Приложением 1:

Диагностические критерии

Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- боли в ране и (или) в животе различной локализации, интенсивности и ир-радиации. При повреждении печени боли отдают в надплечье справа, при травме селезенки – слева;
- на сухость языка, тошноту, рвоту, задержку газов, отсутствие стула, затруднение при мочеиспускании;
- головокружение, потемнение в глазах – признаки острой анемии.

Анамнез: указание на травму.

Для выявления тупой травмы большое значение имеет высота, с которой произошло падение, либо скорость транспортного средства, на которой произошла авария.

При проникающих ранениях важны расстояние, с которого был сделан выстрел, вид оружия и пули, длина ножа.

В бессознательном состоянии следует выяснить анамнез по возможности у сопровождающих лиц.

Физикальное обследование

Общий осмотр:

- бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
- холодный пот;
- частое поверхностное дыхание;
- частый (более 100 уд. в минуту) пульс слабого наполнения;
- низкое (менее 100 мм рт.ст.) артериальное давление;
- сухость языка – частый симптом при травме полых органов;
- макрогематурия – признак кровотечения, обусловленное травмой почки;
- вздутие живота:
- при проникающем ранении живота оно может означать повреждение печени, селезенки или магистрального сосуда;
- при тупой травме вздутие живота может быть обусловлено паралитической кишечной непроходимостью, которая возникает при повреждении органов забрюшинного пространства (особенно — поджелудочной железы) и спинного мозга;
- резкое вздутие, возникающее в первые 2 часа после травмы, характерно для забрюшинной гематомы;
- вздутие живота, асимметрия, исчезновение дыхательных экскурсий передней брюшной стенки наблюдаются у пострадавших с разлитым гнойным перитонитом, доставленных более чем через 12 часов после травмы полых органов;
- симптом Грея Тернера (цианоз боковой поверхности живота) и симптом Каллена (цианоз пупочной области) указывают на забрюшинную гематому;
- прямые признаки травмы – раны, ссадины, кровоподтеки, кровоизлияния. В то же время отсутствие их на брюшной стенке не исключает наличия тяжелой травмы внутренних органов! При проникающих ранениях находят входное и выходное отверстия, перед рентгенографией отмечают их скрепками для бумаг.

При наличии раны, выпадение из раны внутренних органов и тканей (чаще - пряди большого сальника, реже - петли тонкой кишки), истечение из раны кишечного содержимого, желчи, мочи с соответствующим окрашиванием повязки (белья) и запахом являются прямыми признаками проникающего ранения.

Косвенные признаки проникающего ранения: симптомы общей кровопотери, интоксикации и перитонита, а также пневмоперитонеум (исчезновение печеночной тупости при

перкуссии), гидроперитонеум (притупление в отлогих местах), которые выявляются при перкуссии живота.

Пальпация и перкуссия живота:

- при пальпации живота отмечают объемные образования, болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, крепитацию над костями таза и нижними ребрами;
- диффузное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность ее при пальпации – признаки повреждения внутренних органов, но этот же симптом является характерным и для изолированной травмы прямых мышц передней брюшной стенки;
- положительный симптом Щеткина-Блюмберга указывает на развитие перитонита, но может отсутствовать в первые часы после травмы;
- положительный симптом Куленкампа – болезненность и положительные симптомы раздражения брюшины при отсутствии напряжения передней брюшной стенки характерны для гемоперитонеума;
- укорочение перкуторного звука в боковых отделах живота указывает на скопление в брюшной полости свободной жидкости (кровь, экссудат, трансудат, кишечное содержимое, гной, моча и т.д.);
- симптом Джойса: укорочение перкуторного звука, границы которого не меняются при изменении положения тела (поворот на бок) – характерный признак забрюшинной гематомы;
- исчезновение «печеночной тупости» (зоны укорочения перкуторного звука над областью печени) указывает на разрыв полого органа в брюшной полости, когда свободный газ скапливается под правым куполом диафрагмы. Отсутствие данного признака не исключает разрыва полого органа.

Аускультация живота:

Отсутствие перистальтических шумов при одновременном отсутствии резкого вздутия указывает на травму внутренних органов. Вздутие и отсутствие перистальтических шумов может наблюдаться при забрюшинной гематоме и в поздних стадиях перитонита. Отсутствие кишечных шумов в течение 5 мин – показание к диагностической лапаротомии, особенно при проникающих ранениях.

Ректальное исследование: если кровь выделяется из заднего прохода или остается на перчатке при пальцевом исследовании, для выявления повреждений прямой кишки проводят ректороманоскопию.

Назогастральный зонд и мочевой катетер обязательно устанавливаются всем пациентам с подозрением на травму живота. Присутствие крови в полученной жидкости – признак повреждения верхних отделов ЖКТ или мочевых путей.

Следует помнить:

- нарушения сознания (сопутствующая черепно-мозговая или спинномозговая травма), алкогольное и наркотическое опьянение значительно изменяют болевую чувствительность и затрудняют обследование;
- анальгетики (наркотические и ненаркотические) не назначают до постановки окончательного диагноза.

Дифференциальный диагноз

Поврежденный орган	Характерные синдромы или симптомы	Дифференцирующий тест
--------------------	-----------------------------------	-----------------------

<p>Брюшная стенка</p>	<p>Болезненность при пальпации, напряжение мышц передней брюшной стенки, пальпируемое объемное образование могут быть обусловлены гематомой влагалища прямой мышцы живота.</p>	<p>Для того чтобы отличить такую гематому от внутрибрюшного объемного образования, лежащего на спине больного просят приподнять голову. Мышцы живота при этом напрягаются, и внутрибрюшное образование не пальпируется или прощупывается с трудом. Внутривенная гематома одинаково хорошо пальпируется в любом положении.</p>
<p>Селезенка</p>	<p>Тупая травма в анамнезе более часто чем ранение, боль в верхнем левом квадранте или иррадиация боли в левое плечо. Часто сочетается с переломом ребер слева. Симптомы гиповолемии. Болезненность в левом верхнем квадранте. При физикальном обследовании нет специфических тестов для выявления повреждения селезенки.</p> <p>Внезапная боль в животе и симптомы внутрибрюшного кровотечения иногда появляются через несколько суток после травмы. В этом случае следует заподозрить двухэтапный разрыв селезенки.</p>	<p>КТ с в/в контрастированием : разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение или активное кровотечение из селезенки.</p> <p>В анализах – анемия, снижение гематокрита.</p> <p>На УЗИ – подкапсульная или внутрибрюшная гематома</p> <p>ДПЛ – обнаруживают кровь.</p>
<p>Печень</p>	<p>В анамнезе указания на тупую или открытую травму, боль в правом верхнем квадранте, сочетается часто с переломом нижних ребер справа, здесь же болезненность.</p> <p>Гиповолемия, увеличение живота. Физикальные данные не надежные.</p>	<p>КТ с в/в контрастированием : разрыв печени, внутрибрюшное кровотечение или активное кровотечение из селезенки.</p> <p>В анализах – анемия, снижение гематокрита.</p> <p>На УЗИ – подкапсульная или внутрибрюшная гематома</p> <p>ДПЛ – обнаруживают кровь.</p> <p>Ангиография – внутривенное артериальное</p> <p>ЭРХПГ: признаки повреждения желчных путей.</p>

Почки	В анамнезе – тупая или открытая травма боковой поверхности живота, макрогематурия, боли и болезненность в боку и пояснице, усиливающаяся на вдохе. Переломы 11 или 12 ребра. Нестабильная гемодинамика.	В моче – макрогематурия. КТ БП или таза с в/в контрастированием: замедление контрастирования почек и мочевого пузыря, гематома, : разрыв печени, деструкция урогентального дерева.
Поджелудочная железа	Указание на ранение или локальную тупую травму эпимезогастрия. Симптомы появляются с задержкой из-за ретроперитонеального расположения. Диффузная боль в животе с иррадиацией в спину. Через несколько часов может появиться напряжение мышц и перитонеальные симптомы.	КТ в/в контрастированием: воспалительные изменения вокруг панкреас. Значительное повышение активности сывороточной амилазы и липазы.
Желудок	Указание на ранение или локальную тупую травму, особенно эпигастрия, часто травма на фоне полного желудка. Неспецифическая боль в животе. Иногда кинжальная боль и доскообразное напряжение мышц.	Р-графия с захватом диафрагмы: свободный газ под диафрагмой. Выделение крови по назогастральному зонду.
Тонкая кишка	Чаще указания на ранения, чем тупую травму. Часто в раннем периоде без признаков перитонита, затем доскообразный живот с диффузной болезненностью.	Р-графия с захватом диафрагмы: свободный газ под диафрагмой. КТ: свободная жидкость без признаков повреждения паренхиматозных органов. Утолщение стенки кишки. ДПЛ – позитивные тест на гемоперитонеум, наличие бактерий, желчи или частичек пищи.
Толстая кишка	Чаще указания на ранения, чем тупую травму. Обращать внимание на возможность повреждения толстой и прямой кишки при переломах таза. Диффузная болезненность при напряженном животе, кровь при ректальном исслед. Часто в раннем периоде без	Р-графия с захватом диафрагмы: свободный газ под диафрагмой. КТ: свободный газ или гематома брыжейки, экстравазация контраста.

	признаков перитонита, затем доскообразный живот с диффузной болезненностью. Кровь при ректальном исследовании.	
Диафрагма	<p>Высотные и высокоскоростные тупые травмы живота или торокоабдоминальные ранения.</p> <p>Боль в грудной клетке, неспецифические боли в животе. Чувство нехватки воздуха. Аускультативно – ослабление дыхания или кишечные шумы в грудной клетке.</p> <p>Нестабильность гемодинамики, одышка, тахикардия, боль в надплечье, напряжение мышц живота.</p>	<p>Р-графия грудной клетки: гемопневмоторакс, высокое стояние диафрагмы, желудок и кишка в грудной полости.</p> <p>КТ: гемопневмоторакс высокое стояние диафрагмы, желудок и кишка в грудной полости.</p> <p>Лапароскопия: прямая визуализация диафрагмальной травмы.</p>
Мочевой пузырь	<p>Указания на тупую травму или ранение, ассоциация с переломом костей таза, дизурия и макрогематурия, болезненность в нижних отделах.</p>	<p>КТ в/в контрастированием: свободная жидкость.</p> <p>В крови повышение мочевины и креатинина.</p> <p>Цистография: затек контраста в брюшную полость или ретроперитонеальное пространство.</p>
Сосуды брюшной полости	<p>Указания на ранения живота или таза чаще чем на тупую травму.</p> <p>Вздутие живота, тахикардия, нестабильность гемодинамики, гипотензия, потеря пульса на нижних конечностях.</p>	<p>УЗИ: свободная жидкость.</p> <p>КТ в/в контрастированием: свободная жидкость, экстравазация контраста.</p>

Лечение

Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: противошоковая, инфузионно-трансфузионная терапия.

- Морфина гидрохлорид 2% 1 мл, раствор для внутривенной и внутримышечной инъекций (при травматическом шоке);
- Натрия хлорид, раствор для инфузий 0,9%, флакон 200 мл; 400 мл; 500 мл.

Госпитализация

Показания к экстренной госпитализации:

- установленный диагноз АТ
- обоснованное предположение о наличии АТ

Показания к плановой госпитализации: не проводится.