

Травмы толстой кишки.



Этиология.

По механизму возникновения:

- в результате прямого удара;
- вследствие сдавления;
- в результате падения с высоты;
- вследствие воздействия ударной волны;
- в результате воздействия нескольких факторов.

По происхождению:

- бытовые
 - уличные;
 - производственные;
- с/хозяйственные;
- спортивные.



Классификация.

Различают ***открытые и закрытые*** травмы толстой кишки.

• ***Помимо этой классификации, выделяют:***

1. Повреждения внутрибрюшинных отделов.
2. Повреждения внебрюшинных отделов.
3. Повреждение внутрибрюшинных и внебрюшинных отделов.

А также единичные, множественные, комбинированные, сочетанные.

Клинические проявления повреждений толстой кишки **основаны на признаках раздражения брюшины.**

Истечение биологически активных жидкостей (кровь, кишечное содержимое) в брюшную полость при нарушении целостности стенки полого органа придает болям разлитой характер без четкой локализации.

С течением времени интенсивность болей постепенно нарастает, так же как и более отчетливыми становятся **признаки раздражения брюшины.**



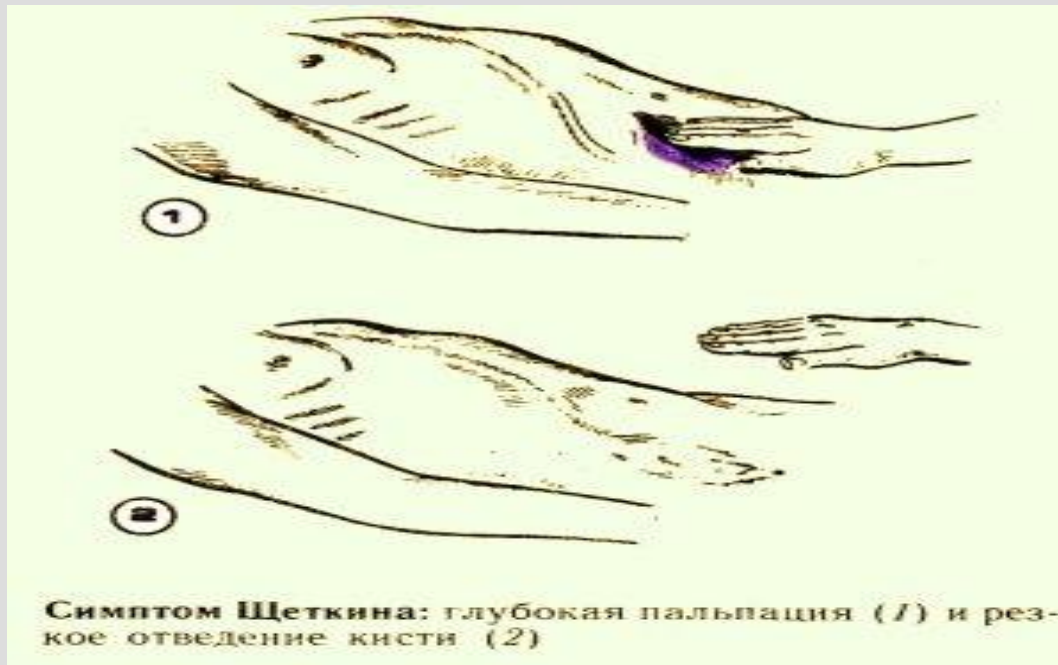
Наиболее информативны из них следующие.

- Напряжение мышц передней брюшной стенки (**мышечный дефанс**).

Симптом Менделя - боль возникает при легком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке.

Симптом Мортона - давление на переднюю брюшную стенку вызывает боль.

Симптом Щеткина-Блюмберга - после мягкого надавливания пальцами на переднюю брюшную стенку и быстрого отпускания возникает резкая боль.



Вышедший из кишечника газ концентрируется чаще всего под правым куполом диафрагмы, следствием чего является исчезновение печеночной тупости – симптом Кларка-Спизарского.

Пострадавший занимает вынужденное положение на левом боку с поджатыми к животу ногами, а при попытке перевернуть его на спину или правый бок он возвращается в прежнее положение — СИМПТОМ Розанова («ваньки-встаньки»).

При этом пациенты отмечают сильную боль в левом плече – **симптом Кера**.



По мере накопления жидкости в отлогах отделах живота перкуторно начинает определяться притупление.

После выявления тупости перкуссию проводят, повернув пациента на другой бок. Притупление при этом тоже перемещается, но на меньшей площади (за счет фиксированных сгустков крови) – **симптом Бэлленса**.

Если притупление в боковом отделе живота не смещается при поворачивании пациента, следует подозревать забрюшинную гематому или кровоизлияние в корень брыжейки – **симптом Джойса**.



ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ

– боль в животе.

Чаще всего боль соответствует локализации травмы, но в некоторых случаях боль в области травмы незначительная.

При травмах толстой кишки (внутрибрюшных отделов) – как правило резкая.

Для ранений **забрюшинных отделов толстой кишки** характерна тупая постоянная боль

Задержка стула и газов чаще развивается при перитоните, однако может быть из-за паралитической непроходимости при забрюшинной гематоме.

Выделение крови из прямой кишки может свидетельствовать о ее повреждении.

Характерны жалобы, связанные с **кровопотерей**: - резкая слабость,

- коллаптоидные состояния,
- головокружение,
- холодный пот,
- нарушения зрения
- тахикардия

Положение пациента обычно вынужденное. Чаще всего пострадавший лежит на спине или на боку с приведенными к животу бедрами.

При внутрибрюшном кровотечении может наблюдаться симптом «ваньки-встаньки», когда пациент стремится занять сидячее положение.

Для **кровотечения в брюшную полость** характерными признаками являются:

- бледность кожи и слизистых оболочек,
- холодный липкий пот,
- частый пульс слабого наполнения,
- снижение артериального давления,
- частое поверхностное дыхание.



При развитии перитонита выявляются перитонеальные симптомы:

- **Щеткина–Блюмберга,**

- **Воскресенского ((симптом «рубашки»)** – усиление болезненности при проведении рукой сверху вниз от мечевидного отростка к подвздошным областям слева и справа. Является перитонеальным симптомом)

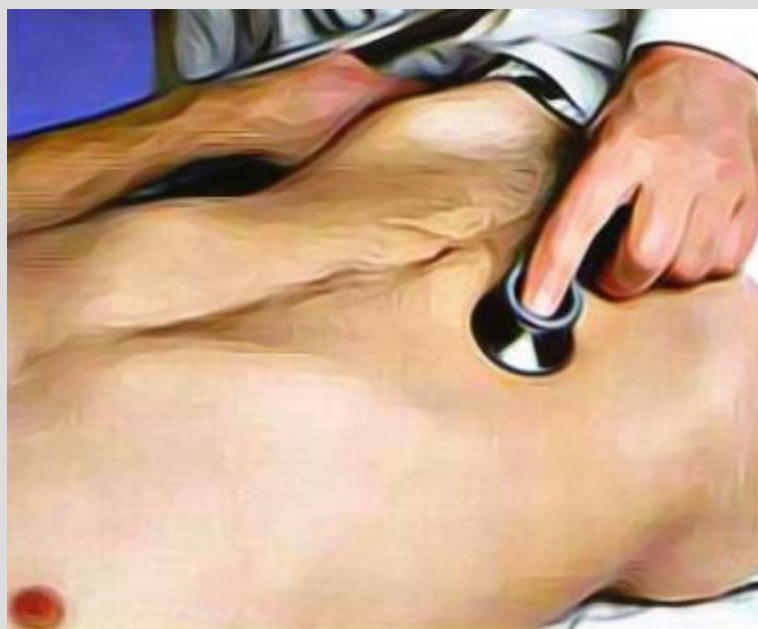
- **Раздольского** (болезненность при перкуссии в правой подвздошной области. Является перитонеальным симптомом).

При внутрибрюшном кровотечении наблюдается перитонизм (симптом **Куленкампа**: перитонеальная симптоматика при отсутствии напряжения).

Перкуторно может исчезнуть печеночная тупость (симптом Спигарного), при наличии жидкости – притупление в отлогих местах живота.

Аускультативно при перитоните или паралитической непроходимости может наблюдаться отсутствие кишечных шумов (симптом Шланге).

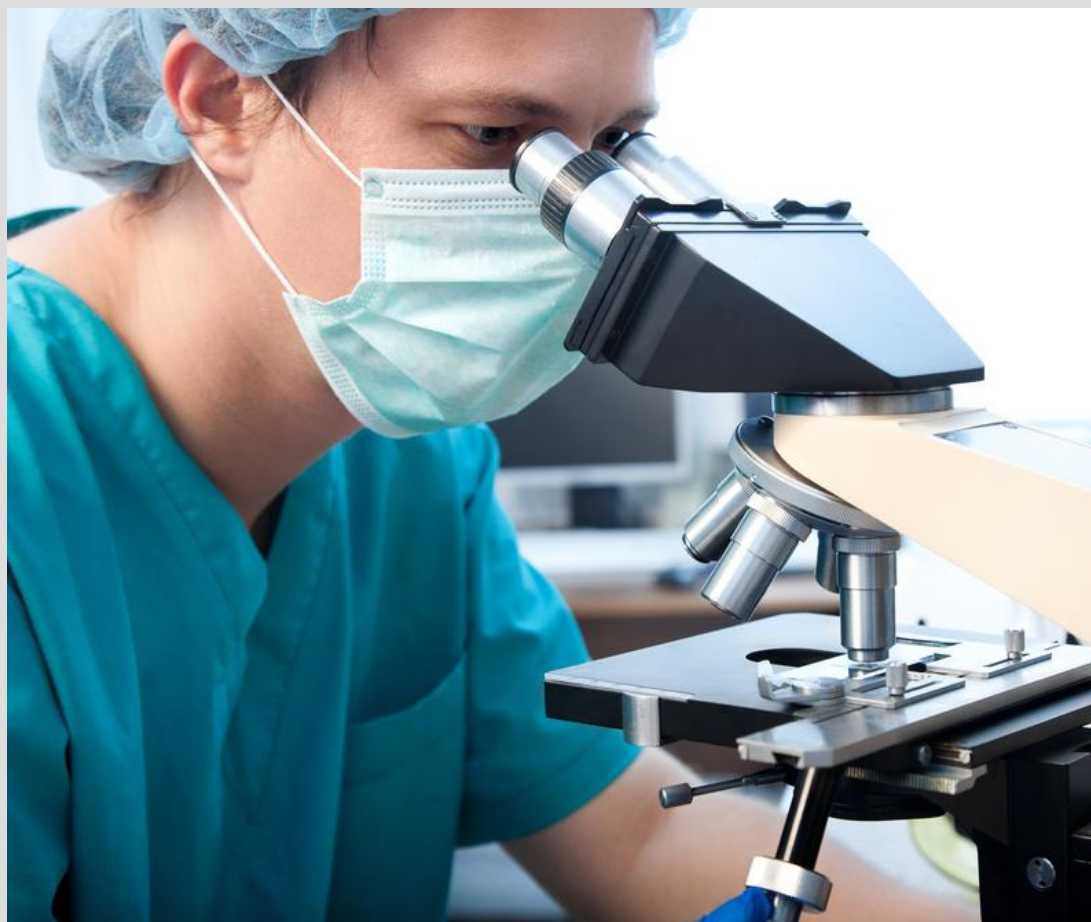
В обязательном порядке проводится **пальцевое ректальное исследование** (выявляется нависание и резкая болезненность тазовой брюшины, дефекты стенки прямой кишки, наличие костных отломков при переломе костей таза, наличие патологических примесей).



Лабораторная диагностика.

В ОАК наиболее значимыми показателями являются снижение эритроцитов, гемоглобина и гематокрита при кровопотере, а также лейкоцитоз при воспалительном процессе.

Все сдвиги происходят только через несколько часов после травмы.



- ультразвуковое исследование

При ультразвуковой диагностике можно выявить наличие свободной жидкости в брюшной полости, разрыв паренхиматозных органов, забрюшинную гематому. В некоторых случаях определяется свободный газ.

- рентгенологическое исследование

Позволяет выявить газ под куполом диафрагмы, разрыв полого органа при тупой травме живота, обнаружить инородные тела и определить их локализацию (например, пули и дробь при огнестрельных ранениях в живот), обнаружить повреждение таза.

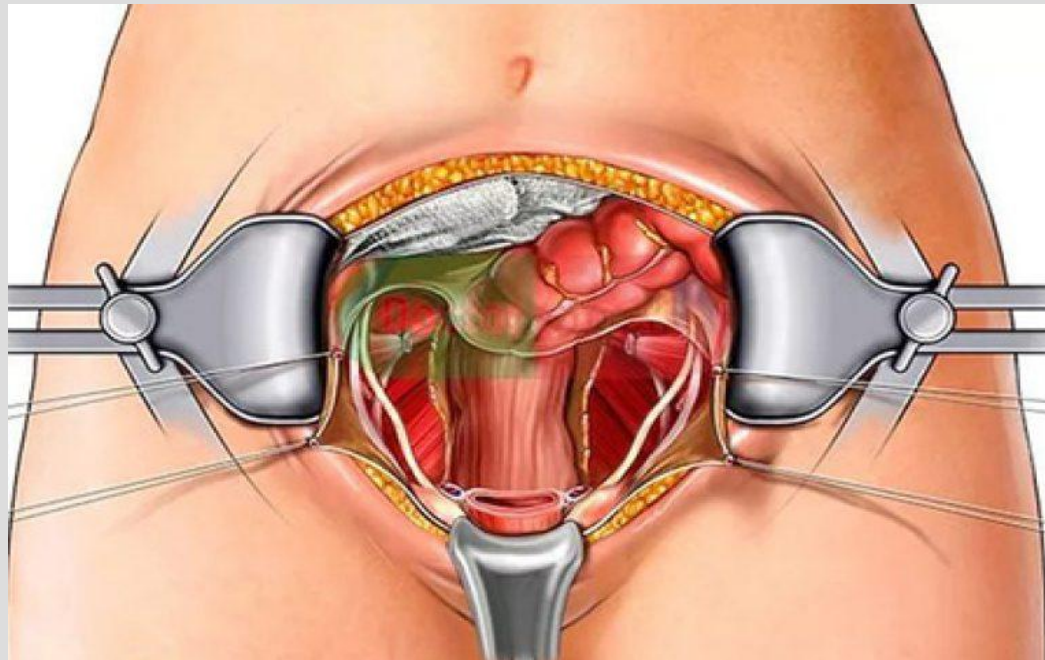
- компьютерная томография

К **инвазивным методам инструментальной диагностики** относятся:

Лапароцентез выполняется при невозможности исключить повреждение внутренних органов за счет неясной клинической картины.

Лапароскопия – метод визуальной оценки повреждений внутренних органов, позволяет установить диагноз, остановить кровотечение, санировать брюшную полость.

Диагностическая лапаротомия - самый информативный, но и самый травматичный метод диагностики.



Неотложная медицинская помощь

На догоспитальном этапе при абдоминальной травме:

1. Придать пострадавшему положение, лёжа на боку или спине с согнутыми в коленях ногами;
2. При нарушении дыхания, обеспечить проходимость ВДП и проводить ИВЛ: при самостоятельном дыхании обеспечить подачу кислорода.



3. При открытых повреждениях живота введение анальгетиков (ненаркотическими препаратами (3% - 1 мл кеторолака или 5% - 1-2 мл трамадола) или наркотическими анальгетиками (1%-1мл морфина, 0,005% - 1-2мл фентанила; 1 мл 2% раствора тримеперидина), **при закрытой травме обезболивание противопоказано!**

4. При тяжелом состоянии на месте происшествия начинают противошоковую терапию (установить ПВК при необходимости 2-х и более и проводить инфузионную терапию под контролем АД (АДсист. не менее 90мм рт. ст.).

5. При возбуждении (судорогах) – 0,5% - 2-4 мл диазепама внутривенно;

6. При открытой травме обработать края раны 3% раствором перекиси водорода.

7. Ранящие предметы не извлекать

8. Наложить асептическую повязку

9. При **эвентрации**:

кожу живота вокруг раны необходимо обработать антисептическим раствором

выпавшую петлю кишки или орган аккуратно и бережно обернуть стерильной салфеткой обильно смоченной теплым изотоническим раствором натрия хлорида

наложить асептическую повязку

вправлять выпавшие внутренности запрещается

10. Запретить приём пищи и воды.

11. Холод на область живота .

12. Срочно транспортировать в хирургический стационар, обязательно в положении лежа на щите.

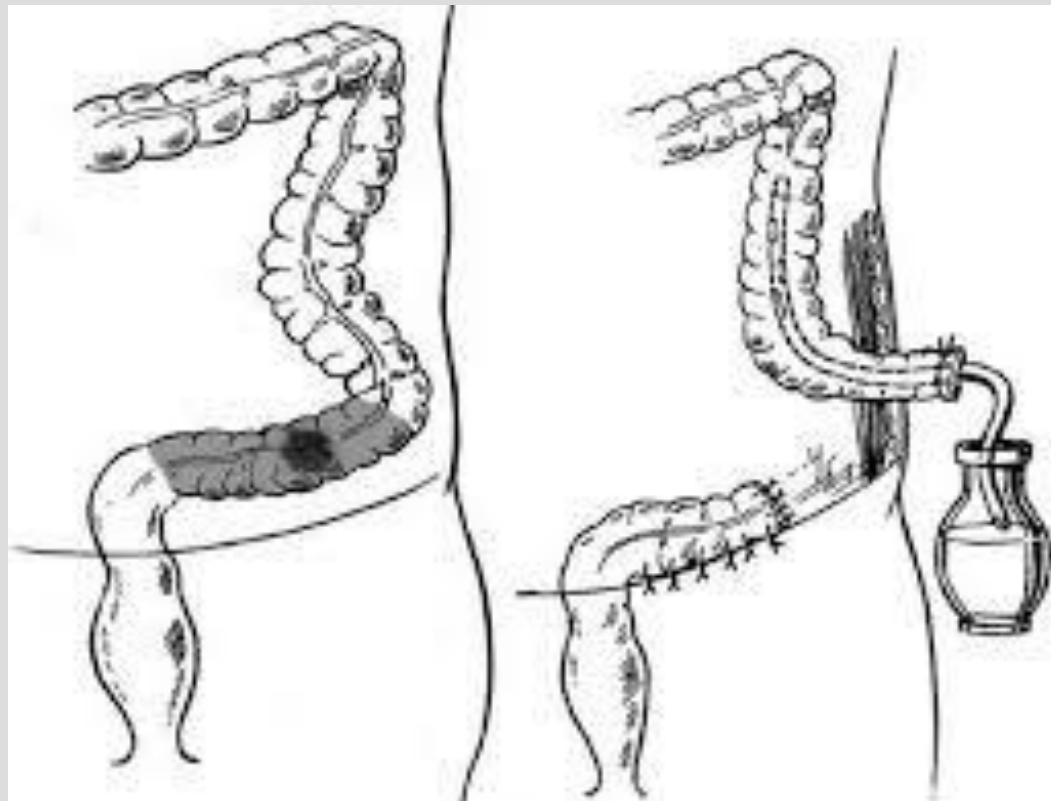
- **Лечение** хирургическое, зависит от характера повреждения кишки.

- **Послеоперационная терапия.**

Проводится инфузионная, антибактериальная терапия, стимуляция кишечника, анальгетики.

Питание: голод в течение 3 дней. На 4 сутки назначается 1а стол, с 7 суток - 1 стол.

Колостома может быть закрыта уже через 1 месяц после операции.



Спасибо за внимание!

