Неотложная помощь при травмах и ранах живота

Раненые и пострадавшие с повреждениями органов брюшной полости в тяжелом состоянии после доставки их в дежурный хирургический стационар должны направляться сразу в операционную, где им будет начата или продолжена комплексная противошоковая терапия под руководством анестезиолога, а при необходимости проведены также диагностические исследования для уточнения диагноза и установления показаний к неотложной лапаротомии. Должны быть категорически запрещены перекладывания этих раненых с носилок на носилки, даже при внутрибольничной транспортировке, так как эти процедуры неизбежно сопровождаются снижением артериального давления и ухудшением состояния пострадавших.

В стационаре раненным в живот обязательно производятся эвакуация желудочного содержимого, пальцевое исследование прямой кишки, катетеризация мочевого пузыря.

Если при зондировании желудка (а это обязательно перед лапаротомией во избежание регургитации) появляется кровь, значит ранен желудок или начальный участок двенадцатиперстной кишки. Обнаружение крови на перчатке при пальцевом исследовании прямой кишки свидетельствует о повреждении диетального отдела толстой кишки.

Выявление гематурии свидетельствует о повреждении мочевых путей. В необходимых случаях для выявления источника кровотечения (и если позволяет состояние раненого) производят экскреторную или ретроградную урографию.

Всем раненным в живот следует выполнять обзорную рентгенографию брюшной полости, а при подозрении на торакоабдоминальное повреждение - и грудной полости. Исследование производится обязательно в двух проекциях, одна из которых - в вертикальном положении больного или в латеропозиции. Рентгеновское исследование позволяет выявить пневмоперитонеум (признак повреждения полых органов), пневмоторакс и гемоторакс при торакоабдоминальных повреждениях, смазанность контуров поясничных мышц, что бывает при забрюшинной гематоме. Рентгеновское исследование позволяет обнаружить инородные тела при слепых ранениях и распознать повреждения ребер, позвоночника и таза, сочетающиеся с повреждением живота.

В затруднительных случаях приемом, облегчающим распознавание повреждений органов живота при тупой травме, является лапароцентез с применением шарящего катетера.

Для дифференциальной диагностики проникающего или непроникающего характера ранения живота может быть применена вульнерография.

Для установления характера ранения можно применить и прогрессивное расширение раны брюшной стенки с ревизией раневого канала. Если при этом обнаруживается повреждение париетальной брюшины, то ранение проникающее и необходима лапаротомия.

Дифференциальная диагностика характера повреждения может осуществляться и с помощью забрюшинной блокады, предложенной В. Ю. Кесслером.

Блокада снимает болевые ощущения и улучшает состояние больного при отсутствии повреждений внутренних органов. Если же имеется перитонит, состояние больного не изменяется и необходима лапаротомия.

Основным методом лечения раненных в живот и пострадавших с тупой травмой живота и повреждением внутренних органов является оперативное вмешательство под эндотрахеальным наркозом с параллельным проведением комплекса противошоковых мероприятий, главным среди которых является переливание одногруппной крови. Если диагноз ясен, то оперируют сразу после доставки раненых в больницу после кратковременной предоперационной подготовки, в сомнительных случаях допустимы наблюдение в течение 2 -3 ч и выполнение доступных диагностических исследований. В диагностике повреждений живота грубой ошибкой врача будет установление окончательного заключения на основании только одного осмотра пострадавшего, если характер повреждения неясен. Поэтому врач скорой помощи должен всегда

госпитализировать всех лиц, у которых нельзя подтвердить или отвергнуть повреждение органов брюшной полости, а хирург стационара должен установить за ними тщательное наблюдение и решить этот вопрос в ближайшие 2 -3 ч.

При поступлении в дежурный хирургический стационар одновременно нескольких человек с ранениями или закрытыми повреждениями органов брюшной полости в первую очередь оперируют лиц, у которых имеется или не может быть исключено внутреннее кровотечение. Им операции производятся независимо от тяжести состояния, а противошоковые и реанимационные мероприятия выполняют параллельно с операцией. Во вторую очередь оперируют пострадавших, находящихся в относительно удовлетворительном состоянии, которые не нуждаются в предоперационной подготовке. В третью очередь оперируют раненых и пострадавших в состоянии шока II -III степени, но без признаков кровотечения; этим пострадавшим проводят предварительно предоперационную подготовку в течение 2 -3 ч. Не оперируют лиц в удовлетворительном состоянии при неясном диагнозе и лиц в агональном состоянии с крайне тяжелыми повреждениями внутренних органов - их направляют в стационар для наблюдения и симптоматической терапии.

Повреждения внутренних органов при проникающих ранениях и закрытых повреждениях живота отличаются большим многообразием по характеру, локализации и объему и в деталях не всегда могут быть распознаны до операции. Оперативные вмешательства по поводу открытых и закрытых повреждений брюшных органов - это почти всегда вмешательства у лиц в тяжелом состоянии, при выраженной кровопотере, шоке и прогрессирующем перитоните. Отсюда и вытекают требования к этим операциям как к жизне-спасающим: доступ и обезболивание должны обеспечивать возможность ревизии всех органов брюшной полости, ревизия должна выполняться быстро, как можно наименее травматично, в строго определенной последовательности, чтобы не допустить возможности просмотра какого-либо повреждения, после чего с учетом состояния оперируемого должен быть выбран и выполнен самый простой и требующий наименьших затрат времени вариант вмешательства на поврежденных органах.

Поэтому операции по поводу закрытых и открытых повреждений органов брюшной полости следует производить под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами и управляемым дыханием. Наиболее рациональным доступом является срединная лапаротомия, которая позволяет осмотреть все отделы брюшной полости.

При наличии в брюшной полости крови ревизию начинают с поиска источника и остановки кровотечения. Кровь удаляют аспиратором, и если она не загрязнена содержимым полых органов и после повреждения прошло не более 16 - 20 ч, то реинфузируют пострадавшему.

Хирургу необходимо помнить, что раненные в живот и пострадавшие с тупой травмой живота плохо переносят резекции и экстирпации органов. Оперируя этих лиц, следует применять наиболее простые и рациональные технические приемы. Операция на органах живота завершается промыванием брюшной полости теплым изотоническим раствором натрия хлорида с антибиотиками или раствором риванола (5 - 6 л), введением раствора новокаина в брыжейку тонкой и толстой кишки и дренированием. Рану зашивают до кожи.

Послеоперационное лечение и уход за раненными в живот имеют важнейшее значение в их судьбе. В послеоперационном периоде таким раненым показана интенсивная терапия, включающая переливание крови, плазмы, плазмозамещающих жидкостей, коррекцию электролитного баланса и КОС, применение антибиотиков, анальгетиков, стимуляцию сердечной деятельности, лечение и профилактику дыхательной недостаточности, борьбу с парезом кишечника.

Важнейшее значение у раненных в живот имеет адекватное восполнение кровопотери. Доза 1 - 1,5 л крови, переливаемой раненному в живот во время операции, в большинстве случаев совершенно недостаточна. Известно, что перитонит, которым осложняются ранения живота, приобретает весьма неблагоприятное течение, наслаиваясь на шок и некомпенсированную кровопотерю.

В комплексном послеоперационном лечении раненных в живот весьма целесообразны длительная перидуральная анестезия (она обеспечивает хорошее обезболивание и быстрое восстановление моторной функции желудочно-кишечного тракта), а также назначение стероидных гормонов.

Наиболее частыми осложнениями у раненных в живот в послеоперационном периоде являются пневмония, нагноение раны, перитонит, внутри-брюшные абсцессы, кишечные свищи, спаечная кишечная непроходимость, эвентрация.

Эвакуация раненных в живот после операции разрешается автомобильным транспортом на 10 - 12-й день, а вертолетом и самолетом при относительно удовлетворительном состоянии - на 6 - 7-й день.