

1. Методика обстеження хворих із симптомокомплексом "гострий живіт"

"Гострий живіт" – симптомокомплекс, який розвивається внаслідок пошкодження або гострого захворювання черевної порожнини і її органів, при якому ознаки ускладнення очевидні, але перебіг основного захворювання настільки прихований або змазаний, що діагностувати основне захворювання важко, іноді неможливо. Хворі потребують негайної госпіталізації в спеціалізований відділ для отримання хірургічної допомоги.

Обстеження виконують в певній послідовності.

Суб'єктивний статус. Основні скарги

Біль – симптом, який завжди супроводжує симптомокомплекс "гострий живіт". Питання щодо деталізації болю необхідно ставити в певній послідовності:

Що – характер болю – гострий, ниючий, сіпаючий, переймоподібний, особливо в комбінації з вурчанням кишок, поступовий, раптовий, інтенсивність, перебіг (початковий біль та під час обстеження).

Відчуття печії (запальний процес, дефекти слизової оболонки, їх реакція на подразнення). Відчуття тиску, переповнення, здуття (при перерозтягненні глибоких шарів стінок шлунково-кишкового тракту). Біль може мати характер приступів, які проявляються колькою (кишкова, апендикулярна, печінкова, ниркова).

Де – локалізація болю (нечітко локалізована – загально-вісцеральний; локалізована відповідно органа – соматичний), радіація болю.

Коли – постійно, епізодично, періодично.

Чому – визначають фактори, які провокують біль: емоційні, фізичне напруження, травматичне пошкодження, положення тіла, запалення, ішемія тощо. Необхідно визначити симптоми, які супроводжують біль (дізуричні, диспептичні, почашення пульсу, рівень артеріального тиску, температура тощо).

Блювота – при симптомі гострого живота завжди виникає після болю, має рефлексорний характер. Необхідна її деталізація (кисла, гірка, тухла, з домішками слизу, крові, давно прийнятої їжі, приносить полегшення).

Розлади нормального відходження газів та калу – пов'язані з явищами динамічної та механічної кишкової непрохідностей. Виділення: слизь, кров тощо.

Температура, її рівень та коливання. Особливості анамнезу (перенесені раніше оперативні втручання). У жінок – гінекологічний анамнез (захворювання, стан менструального циклу, час останніх місячних).

Огляд

Звертають увагу на положення хворого (вимушене, неспокій, хворий змінює позу, адинамія, загальмованість). Страждальний вигляд обличчя хворого, його блідість, загострені контури, впалі щоки та очі (лице Гіппократа) – викликає підозру на гостре хірургічне захворювання з включенням запалення очеревини.

При огляді слизових, кон'юнктиви, шкіри знаходять симптоми анемії, жовтяницю, порушення серцево-судинної діяльності. Сухість шкіри та зниження тургору характерні для станів, які маніфестують порушення водно-електролітного балансу.

Язик – сухий, обкладений, нашарування, рельєф тощо.

При огляді живота звертають увагу на наявність післяопераційних рубців, їх локалізацію, дефекти, стан, розміри:

– форми живота: рівномірне випинання (помірне ожиріння, парез кишечника, накопичення рідини, подразнення очеревини);

– нерівномірне випинання передньої черевної стінки (ПЧС) непрохідність органів шлунково-кишкового тракту, обмежені запальні процеси черевної стінки, порожнини (інфільтрат, абсцеси), новоутвори доброякісні, злоякісні;

– втягнутий живіт – різке виснаження хворого, різке напруження м'язів передньої черевної стінки на початку перфоративного перитоніту "дошкоподібний" живіт;

– відсутність дихальних рухів передньої черевної стінки – симптом дифузного перитоніту та паралічу діафрагми.

При місцевому перитоніті, паралічу одного із куполів діафрагми спостерігають нерівномірне "відставання" одного боку в диханні.

Визначають наявність перистальтики. Видима на око перистальтика кишок (симптом Шланге) свідчить про кишкову непрохідність, шлунка – про перешкоду пасажу шлункового вмісту в антральному відділі.

При огляді хворому пропонують надути живіт, а потім його втягнути (симптом Розанова). При симптомі гострого живота хворому важко виконати цю дію внаслідок болю – подразнення очеревини (позитивний симптом Розанова), цей прийом дає можливість віддиференціювати патологію черевної порожнини від позаочеревинної.

Наявність фіолетової пігментації навколо пупка (симптом Кулдзна), бокових стінок живота (симптом Турнера), – ознака гострого панкреатиту.

Пігментація шкіри у вигляді буро-коричневих плям від хронічного використання грілок (гемоліз еритроцитів з відкладенням гемосидерину). Розповсюджена сітка підшкірних вен "голова медузи" ("органи" в ділянці пупка – симптом затримки портального кровотоку). Розширені вени в нижньо-бокових відділах живота свідчать про затримку відтоку по системі нижньої порожнистої вени.

Пальпація

Виконуємо орієнтовну поверхневу пальпацію для визначення наявності напруження м'язів передньої черевної стінки і локалізації болю. Цю маніпуляцію виконують легким натисканням пальців на живіт.

М'язове напруження – результат рефлексу з боку запальної очеревини, основний симптом перитоніту. Його визначають за інтенсивністю м'язів чинити опір. Тонус м'язів вивчають на симетричних ділянках правої і лівої половин передньої черевної стінки.

За інтенсивністю напруження розрізняють: незначну ригідність, значне напруження, дошкоподібне напруження. Може визначитись під час пальпації або в стані спокою, на обмеженій ділянці (локальне), мати розлитий характер (дифузне).

За допомогою пальпації встановлюємо ділянку найбільшої болючості, яка відповідає локалізації запального процесу і місцю найбільшого подразнення очеревини. На цій основі базується симптом Щоткіна-Блумберга. Він визначається таким чином: повільно, плавно натискають пальцями руки на передню черевну стінку, а потім раптово їх забирають. При подразненні очеревини в цій ділянці, на другому етапі прийому, біль гостро посилюється – позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. Він свідчить про наявність запального процесу (подразнення очеревини) будь-якої локалізації черевної порожнини. На цьому ж принципі ґрунтується симптом Воскресенського – поява різкого болю в правій здухвинній ділянці при швидкому ковзному проведенні долоні по передній черевній стінці через сорочку в напрямку від правого підребер'я до правої здухвинної ділянки (симптом гострого апендициту).

Локальну болючість вивчають за допомогою такого прийому: помірно постукування зігнутих пальцем по різних ділянках черевної порожнини (симптом Менделя).

Після поверхневої пальпації виконують глибоку (за методом В.П.Образцова-М.Д. Стражеско). Пальпацію внутрішніх органів, як правило, проводять у такт дихальних рухів. За її допомогою визначають зони найбільшої болючості (відповідно локалізації органів черевної порожнини) та її патологічний стан (наявність пухлин, інвагінацій, роздутих петель, запальних пухлин, їх об'єм, рухомість, консистенцію, болючість, поверхню, місце розташування тощо).

При визначенні локалізації пухлиноподібних утворів використовують такий прийом: при напруженні передньої черевної стінки пухлина, яка виходить з неї, не зникає. Пухлина черевної порожнини або заочеревинного простору зникає (не пальпується).

При пальпації визначають наявність деяких специфічних щодо певних захворювань симптомів:

– *симптом Кера* – болючість на вдиху під час пальпації правої підреберної ділянки (гострий холецистит);

– *симптом Мерфі* – неможливість глибокого вдиху внаслідок гострого болю під великим пальцем лівої руки, яким натискають по краю реберної дуги в проекції жовчного міхура (гострий холецистит);

– *симптом Мюсси-Георгієвського* (френікус симптом) – біль при натисканні на шиї в проекції проходження діафрагмального нерва в проміжку між ніжками обох кивальних м'язів (гострі захворювання жовчних шляхів та піддіафрагмальних просторів);

– *симптом Ровзінга* – посилення болю в правій здухвинній ділянці при поштовхоподібних рухах у лівій здухвинній ділянці (гострий апендицит);

– *симптом Образцова* – посилення болю при пальпації правої і здухвинної ділянки, коли хворий підносить ногу, випрямлену в правому колінному суглобі (гострий апендицит);

– *симптом Пастернацького* – посилення болю при нанесенні коротких ударів боковою поверхнею долоні по поперековій ділянці нижче XII ребра (при захворюваннях сечовидільної системи та запаленні позаочеревинного простору);

– *симптом Куленкампа* – болючість дугласового простору при накопиченні перитонеального ексудату. Пальпація через пряму кишку (перитоніт);

– *симптом Мейо-Робсона* – болючість у ділянці лівого реберного хребетного кута (гострий панкреатит).

При пальпації також можливо визначити, відповідно захворюванню, зони гіперестезії шкіри передньої черевної стінки (зони Захар'їна-Геда).

Перкусія

Розрізняють такий характер перкуторних звуків:

– нормальний тимпаніт;

– високий тимпаніт – роздуті петлі, скупчення газу в кишках (метеоризм), накопичення газу в черевній порожнині (пневмоперитонеум);

– приглушений перкуторний звук – скупчення калових мас, різке наруження м'язів передньої черевної стінки;

– абсолютна тупість (стеговий звук) – наявність рідини (асцит, перитонеальна рідина, кров тощо).

Перкуторно за висотою звуку визначають межі органів черевної порожнини, наявність, розміри патологічних утворів черевної порожнини.

Спеціальні симптоми: симптом Спіжарного – зменшення об'єму, або відсутність печінкової тупості за рахунок наявності вільного газу під правим куполом діафрагми (перфорація порожнистого органа);

– *звуження простору Траубе* – при наявності рідини в лівій плевральній порожнині (ексудат, кров), при пухлинах органів лівого підребер'я, великій печінці, селезінці;

– *симптом Валя* – високий тимпаніт над обмеженим фіксованим метеоризмом, коли визначають пальпаторно роздуту петлю кишки (непрохідність петлі кишки).

Для визначення наявності рідини (обмежена, вільна) в черевній порожнині проводять порівняльну перкусію обох половин живота в напрямку від його середини до бокових відділів. Потім, перкусію ЧП проводять у положення хворого на правому, лівому боці (рідко в колінно-ліктьовому положенні, в вертикальному положенні). Зміна перкуторного звуку (замість тупості тимпаніт) буває при наявності вільної рідини черевної порожнини, її переміщенні.

Перкуторно зона притуплення (обмежена) над лоном свідчить про наявність переповненого сечового міхура, збільшеної матки, кіст додатків матки.

За допомогою перкусії визначають зону перкуторної болючості (зона подразнення очеревини), яка відповідає локалізації запального процесу. Наприклад, болючість при перкусії ділянки жовчного міхура (симптом Ортнера-Грекова) свідчить про наявність гострого холециститу.

Аускультация

Аускультация дає можливість визначити стан кишкових шумів, наявність артеріального судинного шуму та встановити розміри органа, його функційний стан тощо.

У нормі кишкові шуми виникають через певні проміжки часу як булькаючий приглушений звук. Він може бути посиленням, беззвучним, з високим або металічним тоном (механічна кишкова непрохідність). Іноді прослуховують шум падаючої краплі (симптом Спасокукоцького). При паралітичній непрохідності, термінальній стадії перитоніту – перистальтика не прослуховується (симптом "гробової тиші"). В останньому випадку прослуховують дихальні шуми і серцеву діяльність.

Іноді вислуховують шум тертя очеревини в ділянці печінки, селезінки (перигепатит, перихолецистит, периспленіт).

За допомогою коротких поштовхів кінчиками напівзігнутих пальців в ділянці шлунка, натще можна визначити шум плескоту шлунка (стеноз виходу із шлунка, його атонія), шум плескоту кишок (симптом Склярова) при кишковій непрохідності.

Спеціальні прийоми (симптоми)

Пальцеве дослідження прямої кишки – визначають тонус сфінктера, стан слизової (рухомість, інфільтрація, новоутвори, дефекти); наявність і характер вмісту (кал, слиз, кров тощо); балано-подібне розширення порожньої ампули прямої кишки (симптом Обухівської лікарні) при гострій кишковій непрохідності; болючість при тисненні на стінку прямої кишки – синдром подразнення очеревини при гострих запальних процесах черевної порожнини або органів малого таза; випинання або нависання стінки прямої кишки при накопиченні рідини в порожнині малого таза (запальний ексудат, кров) при перитоніті або внутрішньочеребній кровотечі.

Симптом – посилення болю в правій здухвинній ділянці при положенні хворого на лівому боці (гострий апендицит).

Симптом Фінстерера – припинення болю в епігастрії та посилення перистальтичних шумів (при гострій шлунково-кишковій кровотечі).

Симптом Воскресенського – відсутність пульсації черевної аорти при клініці гострого панкреатиту.

Спеціальні методи обстеження

Визначають:

- шоківий індекс – відношення частоти пульсу до систолічного артеріального тиску, він становить в нормі – 0,5;
- ЕКГ;
- лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, сечі, основні біохімічні показники крові, група крові, резус-фактор;
- рентгенологічне дослідження: Р-скопія, при необхідності, Р-графія грудної й черевної порожнини.

Акценти: рухомість діафрагми, стан синусів, наявність вільного газу під діафрагмою (симптом серпа) або накопичення його в кишках (поширена пневматизація, симптом галактики, кокарди, аркади), наявність рідин в кишках (чаші Клойбера), затемнення – наявність рідини (ексудат, кров).

- Урографія (камінці в нирці, сечоводах тощо).
- Використання інтрагастрального введення водорозчинних контрастів, повітря або кисню при підозрі на перфорацію шлунка і дванадцятипалої кишки.
- Іригоскопія (графія) при підозрі на товстокишкову непрохідність.
- Ультразвукове дослідження.
- Лапароцентез із використанням шарячого катетера для визначення наявності і характеру вмісту черевної порожнини: ексудат (наявність езімів, соляної кислоти, жовчі, гною тощо), кров, повітря.
- Пункція дугласового простору – визначення характеру вмісту (*див. вище*).
- Лапароскопія – візуальне обстеження стану черевної порожнини, її органів.
- Диференційно-діагностичні методи, які забезпечують виключення станів імітуючих несправжній гострий живіт.
- При невизначеності конкретної патології при наявності перитоніту, катастрофи в черевній порожнині – показана діагностична (пробна) лапаротомія.

1. УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Класифікація ушкоджень органів черевної порожнини

Розрізняють закриті і відкриті ушкодження (поранення) черевної порожнини. Серед них найбільше практичне значення мають ушкодження шлунка, тонкої і товстої кишок та паренхіматозних органів (печінки і селезінки).

Ушкодження шлунка і кишок

Шлунок і кишки найчастіше ушкоджуються при закритих і відкритих травмах черевної порожнини. Так, під час Великої Вітчизняної війни ці ушкодження спостерігалися у 83,8 % оперованих поранених, в тому числі поранення шлунка - в 13,2%, тонких кишок - 55%, товстих кишок - 56,3 % випадків.

Значно частіше (в 5—6 разів) відмічаються комбіновані ушкодження шлунка та інших органів черевної порожнини, здебільшого печінки.

Закриті ушкодження шлунка і кишок залежно від характеру, сили травми, напряму удару, ступеня нановнення і стану хворого можуть супроводитися ушибом стінки порожнистого органа з утворенням субсерозної та підслизової гематоми, неповним або повним розривом стінки з виходженням вмісту в черевну порожнину.

Поранення порожнистих органів можуть бути різноманітними — від невеликих колотих, різаних або дірчастих ран до множинних розрізів і значних руйнувань при вогнестрільних пораненнях. Симптоматологія ушкоджень шлунка і кишок залежить від тяжкості травми, стану хворого, наявності або відсутності порушення цілості стінок порожнистих органів.

При ушибах (забоях) порожнистих органів без порушення цілості їх стінок хворі скаржаться на біль у черевній порожнині; при ушкодженнях шлунка — в надчеревній ділянці; при ушкодженнях кишок біль має розлитий характер, переважно навколо пупка і в нижніх відділах іквота. При сильній травмі можуть настати колапс або шок.

Під час пальпації живота відмічаються біль і резистентність м'язів передньої черевної стінки, симптоми подразнення очеревини не спостерігаються.

При закритих ушкодженнях і пораненнях, які супроводяться порушенням цілості шлунка і кишок, хворі звичайно скаржаться на сильний біль у животі. Стан хворих тяжкий, спостерігаються напруження м'язів передньої черевної стінки, симптоми пневмоперитонеуму, подразнення очеревини і швидко наростаючого перитоніту. При порушенні цілості судин виявляються симптоми внутрішньої кровотечі.

Найтяжче, з різко вираженими явищами перитоніту і шоку, проходять поранення тонкої кишки.

При ізольованих пораненнях шлунка і, особливо, тонкої кишки стан хворих у перші години після поранення може бути порівняно задовільним.

Лікування. Поранення шлунка і дванадцятипалої кишки підлягають зашиванню двоповерховими швами — неперервним кетгутувим на всі шари і вузловими шовковими на серозну і м'язову оболонки. Рани зашивають після видалення надлишку слизової оболонки і гемостазу в поперечному напрямі для запобігання звуженню та деформації шлунка і дванадцятипалої кишки.

Рани тонкої кишки зашивають кисетними швами при невеликих розмірах поранень або двоповерховими швами в поперечному напрямі. Резекція тонкої кишки показана при повному перериванні і значних дефектах кишки, відриві брижі і-множинних пораненнях, розміщених близько одне від одного.

Якщо поранений перебуває в дуже тяжкому стані, допускаються виведення ушкоджень кишки з черевної порожнини і фіксація її до парієтальної очеревини в ділянці операційної рани. В разі порушення цілості товстої кишки невеликі рани зашивають, при значних дефектах і повних розривах кишки, відриві брижі показана резекція або виведення ушкодженої ділянки кишки з метою утворення калової фістули.

При зашиванні ран і резекції товстої кишки застосовують триповерхові шви з наступною пластикою сальником для більшої герметичності зашитої рани.

При позаочеревинних пораненнях прямої кишки, а також коли немає впевненості в надійному закритті ран внутрішньоочеревинного відділу прямої кишки і нижнього відділу сигмовидної кишки, накладають протиприродний задній прохід.

Ушкодження печінки. Ушкодження печінки належать до групи дуже тяжких травм органів черевної порожнини.

Ушкодження печінки виникають внаслідок безпосередньої травми і поранення її, здавлень і тяжких струсів, в результаті протиудару, падінь з висоти, ушибів черевної порожнини. При патологічне змінній печінці (малярія, сифіліс, цироз та ін.) можуть виникати ушкодження після незначної травми або підвищення внутрішньочеревного тиску, наприклад при підніманні ваги та ін.

Ушкодження печінки бувають закриті і відкриті. Розрізняють такі ушкодження печінки: а) без порушення цілості капсули (субкапсулярні центральні гематоми) і б) з порушенням цілості капсули (тріщини, розриви, розміщення).

Клініка ушкоджень печінки залежить від тяжкості травми, характеру її і стану хворого.

При збереженні цілості капсули хворі скаржаться на біль у ділянці печінки, відмічаються болісність і напруженість м'язів у ділянці правого підребер'я. Нерідко спостерігаються жовтяничність шкіри та слизових оболонок, загальна слабкість і тахікардія. При значних гематомах і руйнуваннях печінки стан хворих тяжкий внаслідок різкої інтоксикації, порушення функції печінки і шоку.

Субкапсулярні гематоми можуть ускладнитися розривом капсули (двомоментні розриви печінки) з наступним розвитком симптомів внутрішньочеревної кровотечі і жовчного перитоніту.

Ушкодження печінки з порушенням цілості капсули проходять тяжко і супроводяться симптомами шоку, внутрішньочеревної кровотечі і перитоніту. Хворі бліді, скаржаться на загальну слабкість, запаморочення і сильний біль у черевній порожнині. Вони лежать на правому боці або перебувають у вимушеному напівсидячому положенні (симптом іванця-киванця). Стан хворих тяжкий, шкіра бліда, вкрита холодним потом, нерідко відмічається акроціаноз. У тяжких випадках можуть настати втрата свідомості, різке падіння артеріального тиску і ниткоподібний пульс.

Живіт трохи здутий, не бере участі в акті дихання. При пальпації визначаються напруження м'язів і позитивний симптом Щоткіна — Блюмберга, особливо різко виражені в ділянці правого підребер'я. При перкусії внаслідок надходження крові і жовчі в черевну порожнину відзначається приглушення в пологих місцях її. Межі приглушення змінюються залежно від положення хворого.

Границі печінки при розривах верхньої поверхні її і скупченні крові під правим куполом діафрагми збільшені догори.

Рентгенівське дослідження показує високе стояння й обмеження рухомості правого купола діафрагми, збільшення тіні печінки, а також вільну рідину в пологих відділах живота, яка переміщається при зміні положення хворого. У крові виявляється зниження гемоглобіну й числа еритроцитів і лейкоцитоз. Звичайно для ушкоджень печінки є характерним прогресуюче наростання симптомів анемії.

Лікування. Поранення і закриті ушкодження печінки підлягають терміновому оперативному втручанню, звичайно під загальним знеболюванням. Застосовують косий розріз у правому підребер'ї.

Під час операції здійснюють ревізію органів черевної порожнини, уважно оглядають печінку, включаючи верхню і верхньозадню поверхні. Рану печінки обробляють обережно, дуже дбайливо видаляють некротичні, висячі ділянки її, сторонні предмети.

Гемостаз досягається обколюванням кровотечних судин і зшиванням рани вузлуватими товстими кетгутовими швами.

До резекції печінки вдаються дуже рідко: при розміжченні лівої частки, крайовому розміжченні або майже повному відриві частини правої частки.

Для гемостазу рекомендується користуватися сальником на ніжці.

Великі рани печінки покривають розпластанною ділянкою сальника, який фіксують вузлуватими кетгутовими швами по краях дефекту.

Тампонаду марлею застосовують при великих дефектах печінки, коли неможливо накласти шви, а також при паренхіматозній кровотечі або загрозі вторинної кровотечі в післяопераційному періоді,

Субкапсулярні гематоми спорожняють з допомогою пункції.

Операцію закінчують старанним звільненням черевної порожнини від крові, введенням антибіотиків, тампонів і дренажів. Тампони підводять до місця поранення з метою гемостазу, дренажі — для введення антибіотиків і створення вільного відтікання жовчі в післяопераційному періоді.

Під час операції роблять краплинно-струминне переливання крові, щоб своєчасно компенсувати крововтрату і запобігти шоку.

У післяопераційному періоді може виникнути ряд тяжких ускладнень (шок, жовчний перитоніт, гепаторе-нальний синдром, вторинні кровотечі, абсцес печінки, піддіафрагмальний абсцес, жовчні фістули, сепсис).

У зв'язку з тяжкістю ушкодження і післяопераційними ускладненнями відмічається висока летальність (30—50 % випадків).

Ушкодження селезінки

Ушкодження селезінки поділяються на закриті і відкриті. Закриті ушкодження її становлять 10—18,5 % усіх травм органів черевної порожнини. Під час Великої Вітчизняної війни поранення селезінки становили 5—7 % усіх ран живота.

Ці ушкодження виникають внаслідок безпосередньої травми ділянки селезінки, здавлення, тяжких струсів живота, а також при вогнестрільних і колото-різаних пораненнях. Особливо легко виникають ушкодження патологічно зміненої селезінки при малярії, тифах, спленомегалії та ін.

Розрізняють ушкодження селезінки: а) повні, з порушенням цілості капсули (поодинокі і множинні розриви, розміщення і т. д.); б) субкапсулярні, без порушення цілістності капсули (субкапсулярні, центральні навколоселезінкові гематоми).

Незважаючи на збереження цілості капсули, може статися її розрив з проривом гематоми і сильною кровотечею в черевну порожнину (двоментні розриви селезінки).

Клініка ушкоджень селезінки різна залежно від характеру їх. При найчастіше спостережуваних одноментних розривах селезінки відмічаються симптоми наростаючої гострої крововтрати, шоку і подразнення очеревини. Хворі скаржаться на загальну слабкість, запаморочення і сильний біль у черевній порожнині, часто перебувають у вимушеному положенні на лівому боці з підтягнутими до живота стегнами (симптом іванця-киванця). Нерідко виникають тяжкі порушення серцево-судинної системи, колапс і непритомний стан внаслідок сильної кровотечі й шоку.

Живіт напружений, не бере участі в акті дихання;

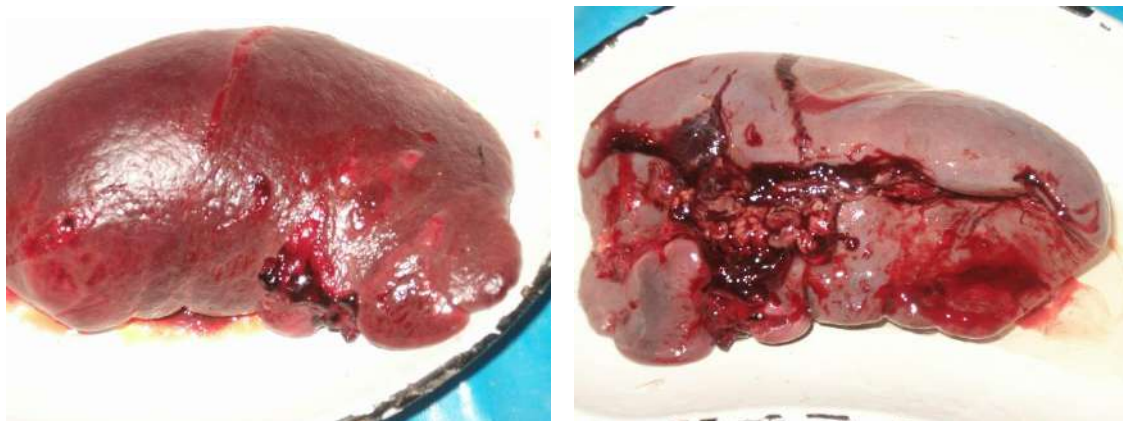
Спостерігається різка болісність при пальпації його, особливо в ділянці лівого підребер'я, симптом Щоткіна — Блюмберга позитивний. При перкусії виявляється вкорочення перкуторного звуку в пологих місцях черевної порожнини. При дослідженні прямої кишки внаслідок затікання крові визначається болісність і нависання прямокишково-маткового (у жінок) або прямокишково-міхурового (у чоловіків) заглиблення (дугласового простору).

Рентгенівське дослідження виявляє високе стояння й обмеження рухомості лівого купола діафрагми, а також вільну рідину в нижніх відділах черевної порожнини, яка переміщається при зміні положення хворого.

При повторних дослідженнях крові відмічається наростаюча анемія, зниження гемоглобіну і числа еритроцитів, помірний лейкоцитоз.

При субкапсулярних ушкодженнях селезінки хворі скаржаться на біль і почуття повноти в ділянці лівого підребер'я. Дослідження визначають напруження м'язів і болісність у ділянці лівого підребер'я.

При рентгенівському дослідженні встановлюється високе стояння й обмеження рухомості лівого купола діафрагми, іноді збільшення тіні селезінки.



Лікування ушкоджень селезінки хірургічне. При субкапсулярних ушкодженнях її можливе консервативне лікування з додержанням суворого постільного режиму й

застосуванням антибіотиків. Хворі потребують пильного нагляду. Якщо є симптоми внутрішньочеревної кровотечі або абсцедування, проводять термінову спленектомію.

Операцію виконують під загальним знеболюванням;

найбільшого поширення набув доступ у лівому підребер'ї паралельно лівій реберній дузі, на 3—4 см нижче від неї.

При ушкодженнях селезінки можуть бути застосовані видалення, резекція і зашивання її.

Найчастішою операцією є спленектомія. Вона показана при значних розміщеннях селезінки, ушкодженнях патологічне зміненої селезінки, надривах і тріщинах у ділянці воріт, великих гематомах, які загрожують розривом і вторинною кровотечею.

Резекція селезінки показана при невеликих крайових пораненнях (крайова, кутова резекція) або тріщинах нижнього полюса її. Неодмінною умовою резекції селезінки є надійний гемостаз і обкутування її в ділянці операції сальником на ніжці. Сальник підшивають до селезінки кетгутувими швами. Шви накладають при поверхневих неглибоких пораненнях. Рекомендується додаткове підшивання сальника на ніжці або обкутування ним селезінки в ділянці поранення.

У зв'язку з гострою крововтратою під час операції роблять краплинно-струминне переливання крові, щоб компенсувати крововтрати і запобігти шоку.

Якщо поранення селезінки ізольоване і немає гемолізу, можна зробити аутогемотрансфузію. Кров, що вилілася в черевну порожнину, зливають через ліжку з марлево-ватним фільтром у стерильну посудину з розчином стабілізатора (4 % розчин натрію цитрату; беруть з розрахунку і частина розчину на 10 частин крові). Гемоліз крові, що вилілася, встановлюється центрифугуванням у пробірці протягом 5—10 хв.

Летальність при ізольованих ушкодженнях селезінки висока; вона досягає 25 %. При закритих ушкодженнях органів черевної порожнини потерпілих слід негайно госпіталізувати в хірургічне- відділення.

Транспортувати потерпілих треба дуже обережно. Як щё є підозра на ушкодження органів черевної порожнини, категорично забороняється введення болезаспокійливих засобів, які можуть затушувати клінічну картину.

Перша допомога при тупій травмі живота.

- Холод на живіт.
- Протишочкові заходи: в/в поліглюкін, желатиноль, преднізолон, гідрокортизон, серцеві засоби.
- Боротьба з внутрішньою кровотечею: в/в хлористий кальцій 10% - 10 мл, глюкоза 5-10%, фізрозчин, амінокапронова кислота, дицінон, поліглюкін, желатиноль, в/м вікасол 2-4 мл,
- Термінове транспортування в хірургічне відділення на ношах лежачи на спині,

Не можна! - вводити знеболюючі засоби, давати пити, їсти, давати ліки через рот!

Перша допомога при відкритій травмі.

- На рану накласти ас. пов'язку, шкіряні покриви навколо рани обробити йодонатом, спиртом.



Проникаючі поранення



Сторонні предмети шлунка

- При евентерації (випадінні органів черевної порожнини), **можна** їх вправляти.

Не



Євентерація

Петлі кишок, що випали, покривають стерильними вологими серветками, змоченими розчином фурациліну, фізрозчином, обкладають їх ватно – марлевим валиком, щоб не стиснути їх при бинтуванні.

- Боротьба з шоком.
- Боротьба з внутрішньою кровотечею.
- Якщо діагноз ясний, особливо при євентерації – ввести знеболюючі засоби.

Термінове транспортування в хірургічне відділення для негайного оперативного лікування.

Лікування травм живота з ушкодженням внутрішніх органів

Під загальним знеболюванням проводиться термінова серединна лапаротомія.

При ушкодженні органів ШКТ – ушивання або резекція ушкодженої ділянки кишки, шлунка. Санація і дронування черевної порожнини.

При ушкодженні печінки, підшлункової залози – ушивання ран, при розмічених пораненнях – економна резекція і ушивання рани з тампонадою сальником.

При ушкодженні селезінки – видалення селезінки (спленектомія).