

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА

ТРАВМЫ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ЖИВОТА)

Травмы живота бывают закрытые (тупые) и открытые.

Закрытая травма живота

Причины: удар ногой, кулаком, палкой или упал на живот.

Классификация:

1. Ушиб передней брюшной стенки.
2. Ушиб органов живота.
3. С повреждением паренхиматозных органов.
4. С повреждением полых органов.
5. Сочетанные — повреждение паренхиматозных и полых органов.

Повреждение паренхиматозных органов (селезенка, печень) дает клинику кровотечения. Такую же клинику дает повреждение сосудов брюшной полости, брыжейки кишечника, сальника.

Клиника: выделяют общие и местные симптомы: **Общие симптомы** — субъективные и объективные признаки кровотечения.

Местные.

При осмотре — живот «лягушки», распластанный по бокам, щадит в акте дыхания.

Пальпаторно — болезненность и напряжение в области нанесения травмы.

Симптом Щеткина — Блюмберга положительный.

Перкуторно — тупость внизу живота, тупость смещается при повороте больного, так как жидкость переливается, этим отличается от забрюшинной гематомы; симптом баллотирования.

При ректальном исследовании нависание слизистой прямой кишки у мужчин и при вагинальном исследовании — нависание заднего свода — у женщин.

Симптом «Ваньки — Встаньки».

При пункции заднего свода у женщин и пункции брюшной полости через переднюю брюшную стенку у мужчин — кровь.

Лапароскопия и УЗИ — помогают поставить диагноз — жидкость в брюшной полости.

Неотложная помощь:

1. Холод на живот.
2. Если АД низкое, пульс частый, с назначением врача вводить солевые растворы, химические гемостатики, повышающие свертываемость крови.
3. Больного перевозят лежа, если массивное кровотечение, с опущенным головным концом, если больной сможет лежать.
4. Не обезболивать, не кормить, не поить, грелки не прикладывать, не ставить клизмы.
5. В экстренном порядке госпитализировать.

Лечение: больной нуждается в экстренной операции. Цель операции — окончательная остановка кровотечения. Подготовка больного как экстренного больного.

Обезболивание — наркоз.

Доступ — лапаротомия. При повреждении селезенки — ее удаляют, при поверхностном повреждении печени — ее ушивают, при глубоком повреждении печени

— тампонируют биологическими гемостатиками, чаще сальником, кетгутом, гемостатической или желатиновой губкой.

Если большая часть печени размозжена, тогда производят резекцию печени, при повреждении брыжейки кишечника ее ушивают.

Повреждение полых органов (желудок, кишечник, желчный пузырь, мочевой пузырь, матка) дает картину перитонита.

В первые 2–3 ч никаких симптомов может не быть. Чем выше разрыв, тем быстрее развивается перитонит.

Общие симптомы: у больного может развиваться шок 1 ст. Лицо бледное, покрыт холодным липким потом, пульс вначале редкий, дыхание поверхностное, скован, занимает вынужденное положение, лежит «калачиком». Боль усиливается при глубоком вдохе и кашле.

Живот: см. «Перитонит».

Неотложная помощь: не кормить, не поить, не обезболивать, клизмы не ставить, грелки не прикладывать.

В экстренном порядке больного госпитализировать, так как он нуждается в экстренной операции.

Помогает поставить диагноз:

1. Пункция заднего свода у женщин.
2. Пункция через переднюю брюшную стенку у мужчин.
3. УЗИ живота.
4. Лапароскопия.

Лечение: только хирургическое.

Подготовка как экстренного больного.

Обезболивание — наркоз.

Доступ — лапаротомия.

Операция — при повреждении желудка — его ушивают, при повреждении кишечника в одном месте, его ушивают. При множественных повреждениях на небольшом участке кишки, этот участок кишки резецируют и накладывают анастомоз.

Послеоперационный период.

Первые 2 дня ст. № 0, затем 1-а, и постепенно расширяют диету в зависимости от состояния больного.

Наблюдение за стулом, отхождением газов, пульсом, АД, ЧДД диурезом и т. д.

Открытая травма живота

Раны в области живота чаще бывают: колотые, резаные, огнестрельные, скальпированные.

Раны бывают непроникающие — пристеночный листок брюшины не поврежден, и проникающие — пристеночный листок брюшины поврежден.

Классификация:

1. Ранение живота с повреждением паренхиматозных органов.
2. С повреждением полых органов.
3. Сочетанные — повреждение полых и паренхиматозных органов.
4. Без повреждения органов.

Открытая травма живота с повреждением паренхиматозных органов и полых органов — клиника будет такая же, как при закрытой травме живота, только при открытой травме на животе будет рана.

Неотложная помощь как при закрытой травме, но при наличии раны, кожу вокруг раны обрабатывают антисептиком и накладывают асептическую повязку. Если органы выпавшие, их не вправляют, их надо уложить на животе, вокруг положить валик и прикрыть салфеткой, смоченной в антисептике, чтобы выпавший орган не высохал. И быстро доставить в ЛПУ.

Помогает поставить диагноз проникающего ранения, если в ране выпавшие органы, из раны выделяется моча, кал, желчь.

Лечение: только хирургическое. Подготовка как экстренного больного.

Обезболивание — наркоз. Доступ срединная лапаротомия.

Если ранение проникающее, и видны выпавшие органы в ране, тогда сразу делают лапаротомию.

Если неизвестно, проникает или нет, тогда начинают с ПХО раны, если при ревизии дна раны обнаружат, что рана проникает, тогда переходят на лапаротомию.

Задачи операции:

1. Остановка кровотечения.
2. Ревизия органов брюшной полости, ищут, что повреждено.
3. Вмешательство на органах, в зависимости от того, что повреждено при:
 - повреждении брыжейки — ее ушивают;
 - одиночных ранах кишечника — рану зашивают;
 - поверхностных ранах печени — рану зашивают и пришивают к печени сальник;
 - глубоких ранах печени — рану тампонируют сальником, гемостатической губкой, фибриновой пленкой или желатиновой губкой;
 - множественных ранах кишечника на небольшом расстоянии — этот участок кишечника резецируют и накладывают анастомоз (соустье);
 - ранении желудка — рану зашивают и т. д.
4. Блокада корня брыжейки 0,25% новокаином для профилактики пареза кишечника.
5. Туалет (санация) брюшной полости. 6. Дренаж брюшной полости.
7. Ушивают рану и брюшную стенку послойно. 8. Асептическая повязка.

Послеоперационный период (см. «Закрытая травма живота» и «Послеоперационный период»).

Травмы прямой кишки

Чаще бывают при переломах тазовых костей, но можно повредить при грубых манипуляциях, исследованиях, при постановке клизм, при падении на острый предмет, при извращенных половых актах.

Повреждение Recti может быть внутрибрюшинным. При внутрибрюшинном повреждении развивается перитонит. При забрюшинном повреждении развивается флегмона.

Лечение: только хирургическое с обязательным дренированием околопрямокишечной клетчатки.

ТРАВМЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Травмы почек

Классификация:

Бывают **открытые** и **закрытые**.

Открытые бывают ножевые, огнестрельные. **Закрытые** бывают от удара тупым предметом или из-за

придавливания тупым предметом.

Может быть повреждение мозгового вещества, чашечек, лоханок; отрыв мочеточника; **забрюшинные** и **внутрибрюшинные** повреждения.

Клиника:

Общие симптомы будут кровотечения (субъективные и объективные признаки), так как почки — паренхиматозные органы.

При внутрибрюшинном повреждении почек кровь и моча выливаются в брюшную полость, и развивается перитонит.

При забрюшинном повреждении почек кровь и моча выливаются в околопочечную клетчатку. В поясничной области отмечаются кровоподтек, припухлость, сглаженность в поясничной области, болезненность, положительный симптом Пастернацкого. При пальпации живота отмечается инфильтрат в подреберье, который может спускаться по боковым каналам брюшной полости.

При всех повреждениях мочевыделительной системы в **анализе мочи** — **кровь**, кроме отрыва мочеточника, при нем крови в моче может не быть.

Неотложная помощь:

1. Химические гемостатики, повышающие свертываемость крови.
2. Холод на поясничную область.
3. Госпитализация.

Лечение:

Если больной поступает с профузным кровотечением, его сразу оперируют.

Подготовка, как экстренного больного, обезболивание — наркоз.

Если почка размозжена — почку удаляют, если вторая есть и нормально функционирует.

Если больной поступает в удовлетворительном состоянии, тогда проводят консервативное лечение: покой, стол № 7, химические гемостатики, повышающие свертываемость крови, и наблюдают за больным.

Если кровотечение продолжается, больного оперируют.

Если кровотечение остановилось, больного обследуют и решают, как с ним поступить.

Разрыв мочевого пузыря

Чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

Классификация:

Бывают **открытые** и **закрытые**.

Открытые разрывы бывают огнестрельные, ножевые.

Закрытый или тупой разрыв мочевого пузыря — причины: удар ногой, тупым предметом или падение животом на тупой предмет. Часто мочевой пузырь повреждается при переломе тазовых костей.

По отношению к брюшине разрыв мочевого пузыря делится на **внутрибрюшинный** и **внебрюшинный**.

Клиника:

При **внутрибрюшинном** разрыве мочевого пузыря моча выливается в брюшную полость и развивается перитонит.

При **внебрюшинном** разрыве мочевого пузыря моча выливается в околопузырную клетчатку и развивается флегмона. Кроме симптомов интоксикации для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря характерен симптом «бабочки» — образуется инфильтрат над лонем, который распространяется к передне-верхним осям

подвздошных костей. Определяются болезненность, кровоподтек и припухлость в области промежности. В моче кровь. Мочи мало или совсем ее нет, или кровь выделяется каплями.

Неотложная помощь: холод на живот и госпитализация. Больной нуждается в экстренной операции.

Лечение:

Подготовка, как экстренного больного. Обезболивание наркоз.

При внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря, мочевой пузырь ушивают, а в мочевой пузырь вводят постоянный катетер.

При внебрюшинном повреждении мочевого пузыря, мочевой пузырь ушивают и накладывают надлобковый свищ (эпицистостома), а околопузырную клетчатку дренируют.

Травмы уретры

Бывают закрытые и открытые.

Причина закрытых травм: удар ногой или тупым предметом по промежности. Но могут быть вследствие перелома тазовых костей.

Причины открытых травм: ножевые, огнестрельные ранения.

Клиника:

1. У большинства пострадавших мочеиспускание становится невозможным сразу после травмы.
2. На мочеиспускание появляются мучительные ложные позывы.
3. Уретроррагия (кровь из уретры).
4. Гематома на промежности, мошонке и внутренних поверхностях бедер.
5. Мочевой пузырь переполняется мочой, растягивается и ясно пальпируется над лобком.

Диагноз: в большинстве случаев не трудно поставить, но трудно сказать, какая часть уретры поражена и полный или неполный разрыв уретры. Точно установить разрыв уретры можно контрастной уретрографией.

Неотложная помощь:

При подозрении на травму уретры и острой задержки мочи никогда не следует пытаться опорожнить мочевой пузырь путем катетеризации.

1. Катетеризация в большинстве случаев технически невозможна.
2. Катетеризация опасна, так как может быть источником инфицирования места повреждения.
3. Инструментом неполный разрыв можно перевести в полный.
4. Наложить Т-образную повязку на промежность.
5. Придать положение «лягушки».
6. Положить холод на промежность, больного согреть.
7. Госпитализировать.

Чтобы облегчить состояние больного, нужно опорожнить переполненный мочевой пузырь пункцией мочевого пузыря.

Лечение: основное лечение операция — восстановление целостности уретры.

В день поступления накладывают эпицистостому (надлобковый свищ), дренируют гематому и мочевые затеки. Пластику уретры делают через 2–3 мес., так как результаты тогда получаются лучше.