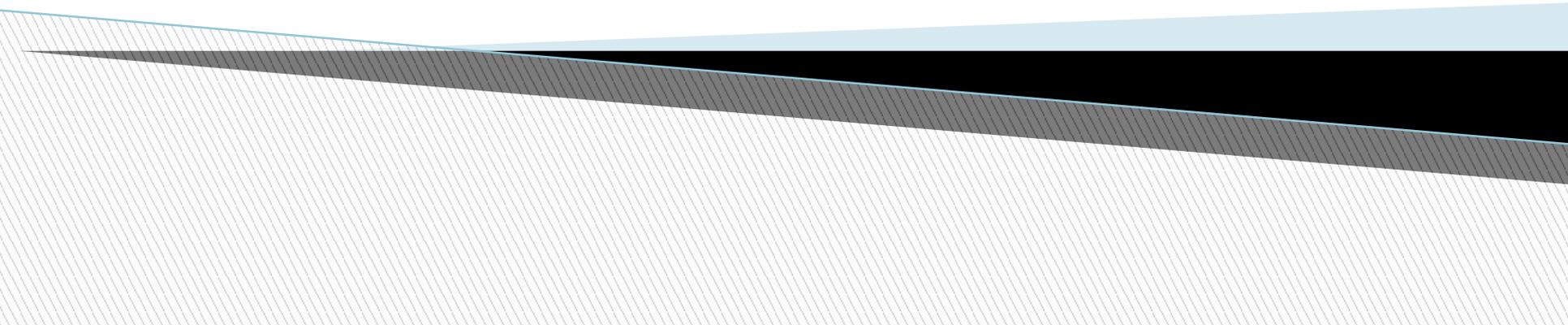
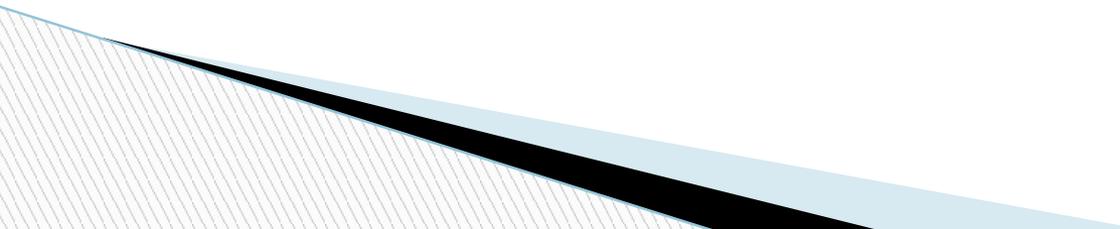


Открытая травма грудной клетки



Статистика

- около 25 % в общей структуре травматизма.
 - среди погибших от травм 35—75 % больных имели торакальные повреждения;
 - в 25 % случаев были непосредственной причиной смерти
 - 25—50 % случаев способствовали летальному исходу.
- 

Классификация травм грудной клетки

? **Закрытые**

? **Открытые**

В условиях мирного времени подавляющее большинство ранений груди (до 97,3%) относится к числу бытовых. Ранения наносятся режущими, колющими предметами, а также огнестрельным оружием.

Классификация открытых повреждений груди

- ? **1. По количеству сторон повреждения:** односторонние и двухсторонние.
- ? **2. По виду ранящего грудную клетку оружия:** колотые, колото-резаные и огнестрельные.
- ? **3. По характеру раневого канала:** слепые, сквозные и касательные.
- ? **4. По характеру раны:** проникающие (с повреждением плевры) и непроникающие (без повреждения плевры).

Проникающие раны: с повреждением органов и без повреждения.

Классификация открытых повреждений груди

1. Неосложненные;

2. Осложненные:

- ? с повреждениями костного каркаса (одиночные, множественные переломы ребер, одно-, двухсторонние, с реберным клапаном) и без повреждений;
- ? с повреждением внутренних органов и без них;
- ? с пневмотораксом (напряженным, клапанным);
- ? с гемотораксом (малым, средним, большим);
- ? с гемопневмотораксом.

Классификация пневмоторакса при проникающих ранениях

- ? По наличию сообщения с атмосферой
 - Закрытый
 - Открытый

- ? По наличию напряжения в плевральной полости:
 - Ненапряженный
 - Напряженный

Напряженный пневмоторакс

Крайним проявлением закрытого пневмоторакса является развитие напряженного пневмоторакса, когда вследствие клапанного механизма поступления воздуха в плевральную полость его количество может существенно возрасти, что может сопровождаться смещением средостения и выраженными гемодинамическими нарушениями.

Классификация гемоторакса

По этиологии:

- ? Травматический;
- ? патологический (в следствие различных заболеваний);
- ? послеоперационный.

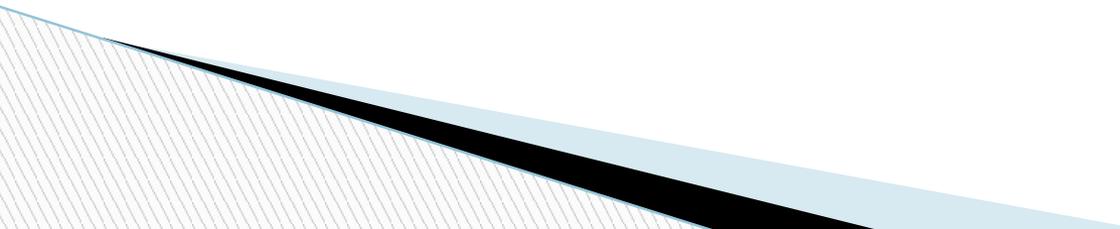
По величине кровопотери:

- ? малый (кровь в синусе, кровопотеря до 500 мл);
- ? средний (до нижнего края IV ребра, кровопотеря до 1,5 л);
- ? большой (до нижнего края II ребра, кровопотеря до 2 л).
- ? Тотальный (тотальное затемнение плевральной полости на стороне поражения).

По динамике: нарастающий гемотракс, ненарастающий.

По наличию осложнений: свернувшийся, инфицированный.

Диагностика

- ? 1) Клиническая картина и данные объективного исследования
 - ? 2) Рентгенологическое исследование
 - ? 3) КТ
 - ? 4) УЗИ
 - ? 5) ПХО раны
 - ? 6) Диагностическая торакоскопия
- 

Опасная локализация раны

Риск ранения сердца, органов средостения

Зона ограничивается:

- ? - снизу реберной дугой
- ? - сверху ключицами
- ? - справа парастернальной линией
- ? - слева среднеключичной линией

Риск ТАР – локализация раны ниже 6 межреберья

Показания к дренированию плевральной полости

- ? Пневмоторакс (любой степени). Установив дренаж в плевральную полость, наблюдают за количеством поступающего воздуха, выделяемого содержимого. При возникновении кровотечения в плевральную полость и при выделении большого количества воздуха может потребоваться операция.
- ? Рана грудной стенки с подсосом воздуха. Дренажную трубку устанавливают через контрапертуру. Это позволяет провести полноценную хирургическую обработку и ушивание основной раны.
- ? Гемоторакс (за исключением малого). Установка дренажа позволяет эвакуировать излившуюся кровь и наблюдать за интенсивностью кровотечения.
- ? Установка дренажа с профилактической целью не показана.

Используется пассивное дренирование с водяным затвором или активная аспирация. Дренаж удаляется, когда по дренажной трубке отделяется менее 50 мл жидкости в сутки, выделение воздуха полностью прекратилось.

Во время дренирования плевральной полости профилактическая антибиотикотерапия необязательна.

Показания к торакотомии

Неотложные (сразу):

- ? С целью реанимации пострадавшего (при остановке сердца, быстро нарастающем клапанном пневмотораксе, профузном кровотечении);
- ? ранение сердца и крупных сосудов (рана в проекции сердца, аорты);
- ? тампонада сердца.

Срочные (в течение нескольких часов):

- ? продолжающееся кровотечение. Наиболее частый источник кровотечения — межреберные сосуды;
- ? некупируемый клапанный пневмоторакс, чаще всего причина — разрыв бронха с постоянным поступлением воздуха или пневмомедиастинум
- ? поражение или травма диафрагмы (почти всегда слева) — оперативное восстановление;
- ? торакоабдоминальная травма, особенно проникающие ранения;
- ? повреждение пищевода.

Отсроченные (в течение нескольких суток):

- ? свернувшийся гемоторакс;
- ? коллапс легкого с упорным пневмотораксом;
- ? инородные тела более 1 см в диаметре;
- ? эмпиема плевры.

ТАР

При торакоабдоминальной травме с признаками угрожающего жизни внутрибрюшного кровотечения операцию принято начинать с лапаротомии; плевральную полость в это время дренируют и наблюдают за отделяемым по дренажам.

- ? Абсолютными исключениями из этого правила являются тампонада сердца и профузное кровотечение в плевральную полость;
- ? Относительными – выделение большого количества воздуха по дренажам и травма аорты с образованием пульсирующей гематомы.

ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- ? Цель мероприятий – обеспечить освобождение дыхательных путей от мокроты и адекватное дыхание. Показаны аспирация мокроты через трахеальную трубку, постуральный дренаж, дыхательная гимнастика, дыхание увлажненным кислородом, адекватное обезболивание. Все эти мероприятия являются не взаимоисключающими, а взаимодополняющими. В освобождении дыхательных путей от мокроты и крови после травмы существенную помощь оказывает бронхоскопия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- ? Для успешной лечебно-диагностической тактики необходима совместная работа коллективов отделений реанимации, торако-абдоминальной, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии, а также диагностических подразделений. Проведение адекватной и своевременной терапии – залог успешного лечения данной категории пострадавших.
- 