

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ГРУДИ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

И. А. Петухов, Н. В. Бугаев, С. К. Авчук,
В. И. Кошелапов
(Витебск)

С 1968 по 1971 гг. в клинике лечилось 102 больных с сочетанными травмами органов грудной клетки, костей, головного мозга, живота. С закрытыми травмами было 65 больных, с проникающими — 37. Мужчин — 94, женщин — 8. Бытовые травмы — 60,3%, транспортные — 28,5%, производственные — 11,2%.

Диагноз устанавливали на основании клинических, рентгенологических и лабораторных данных. Гемоторакс выявлен в 64,2%, подкожная эмфизема в 68,5%, крепитация в области переломов ребер в 78,0%, пневмоторакс в 43,6%, кровохарканье в 37,3%. У одной трети больных, с частичным или даже полным коллапсом легкого, при повреждении периферической зоны легкого кровохарканье отсутствовало. У 28,6% больных гемоторакс выявлен при пункции и не был обнаружен рентгенологически.

Лечебные мероприятия проводили одновременно с диагностическими. Больных с закрытыми травмами из приемного покоя переводим в реанимационную палату, при проникающих повреждениях пострадавшие доставляются в операционную. Одним из первых мероприятий в комплексе специализированной лечебной помощи считаем очищение трахеобронхального дерева от слизи и крови, ингаляцию кислорода, при напряженном пневмотораксе наложение вентильного дренажа с последующей интубацией больного. Для лечения шока применяем гемотрансфузии с учетом кровопотери, переливание полиглюкина и новокаиновые блокады (вагосимпати-

ческая, паравертебральная, спирт-новокаиновая блокада места переломов ребер). При закрытых травмах груди с частичным или полным коллабированием легкого производим дренирование плевральной полости по Бюлау или Субботину-Пертесу. При дыхательной недостаточности, особенно сопровождающейся выделением крови из дыхательных путей и гиперсекцией бронхов, накладываем трахеостому.

При лечении посттравматических ателектазов и пневмоний эндобронхиально вводим антибиотики и протеолитические ферменты, применяем бронхолегочные аспирации.

При проникающих ранениях груди хирургическая тактика зависит от характера повреждения и клинических данных: 1) у больных с ограниченным, не нарастающим пневмогемотораксом, при общем удовлетворительном состоянии и нормальных данных ЭКГ ограничиваемся хирургической обработкой раны грудной клетки и пункцией плевральной полости. У тех больных, у которых пункцией не удалось полностью расправить легкое производим дренирование плевральной полости; 2) показанием для торакотомии считаем открытый, нарастающий пневмоторакс, продолжающееся внутреннее кровотечение, инородные тела грудной полости, признаки тампонады сердца, торакоабдоминальные повреждения.

При операциях произведено: ушивание раны сердца и перикарда — 4, ушивание ран легкого — 4, ушивание ран диафрагмы — 4, ушивание ран органов брюшной полости — 5, перевязка поврежденных сосудов — 4, резекция легкого — 4, удаление инородных тел — 3. Умерло 4 больных (3,9%).

Выводы

1. Обследование больных с тяжелой травмой груди должно осуществляться одновременно с проведением реанимационных мероприятий.

2. При лечении травм груди мирного времени хирургическая тактика должна быть дифференцированной в зависимости от характера повреждения и состояния больного.

3. Широкая торакотомия показана в случаях продолжающегося кровотечения, при обширных повреждениях жизненно важных органов. Тяжесть состояния больных не является противопоказанием к операции.