

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра внутренних болезней по
интернатуре

Пневмоторакс.

Выполнил: Сулейменов Д.К., 786 ВБ
Проверила: доцент Аскарлова К.М.

Пневмоторакс

(pneumothorax) -
- скопление воздуха, газа в
плевральной полости.

Пневмоторакс –
клинический диагноз.

этиологическая классификация

травматический —
при повреждении грудной клетки:

- проникающая травма,
- тупая травма.

**самопроизвольный
(спонтанный)** -
при разрыве лёгочных альвеол:

- первичный — при отсутствие клинически значимой лёгочной патологии,
- вторичный — осложнение существующей лёгочной патологии.

ятрогенный — осложнение после

- лечебного
- диагностического вмешательства.

Травматический пневмоторакс

возникает чаще вследствие:

- открытого проникающего ранения грудной клетки или тупой травмы груди с разрывом легкого;
- осложнения различных врачебных манипуляций (плевральной пункции, бронхо- и эзофагоскопии с биопсией ткани или удалением инородного тела, катетеризации подключичной вены и др.);
- операции, сопровождающиеся вскрытием грудной клетки (операционный П.).

Статистика.

Пневмоторакс встречается:

- у 5% всех пострадавших с множественными травмами;
- у 40–50% пострадавших с травмами грудной клетки ;
- особенностью травматических пневмотораксов является их частое сочетание с гемотораксом – до 20% .

Виды пневмоторакса.

По связи с окружающей средой различают:

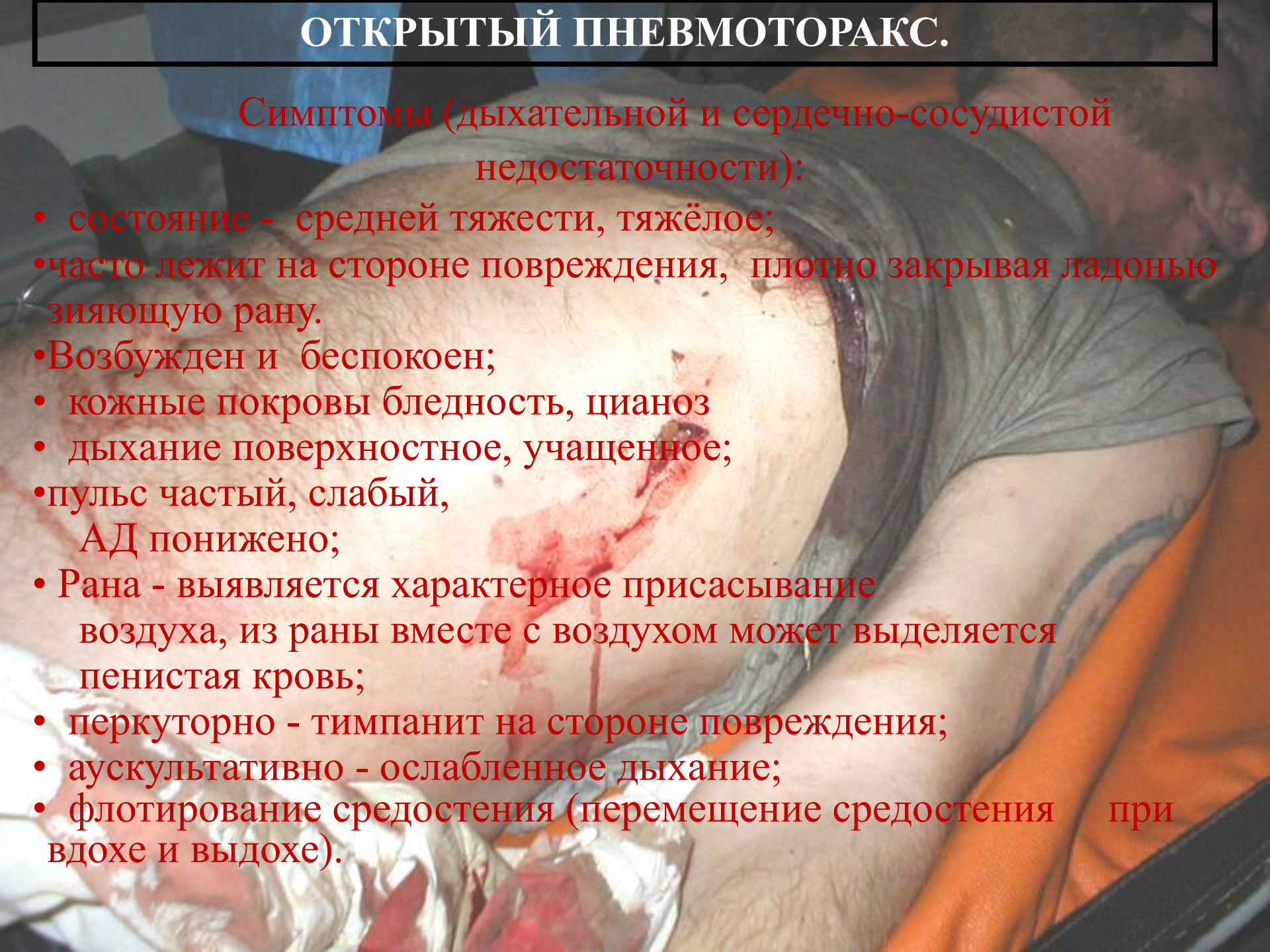
- **Открытый пневмоторакс** - плевральная полость сообщается с внешней средой, поэтому в ней создаётся давление, равное атмосферному. При этом лёгкое спадается, поскольку важнейшим условием для расправления лёгкого является отрицательное давление в плевральной полости. Спавшееся лёгкое выключается из дыхания, в нём не происходит газообмен, кровь не обогащается кислородом.
- **Закрытый пневмоторакс** - в плевральную полость попадает небольшое количество газа, которое не нарастает. Сообщение с внешней средой отсутствует. Считается самым лёгким видом пневмоторакса, поскольку воздух потенциально может самостоятельно постепенно рассосаться из плевральной полости, при этом лёгкое расправляется.
- **Клапанный пневмоторакс** - возникает в случае образования клапанной структуры, пропускающей воздух в одностороннем направлении, из лёгкого или из окружающей среды в плевральную полость, и препятствующее его выходу обратно. При этом с каждым дыхательным движением давление в плевральной полости нарастает. Это самый опасный вид пневмоторакса, поскольку к выключению лёгкого из дыхания присоединяется раздражение нервных окончаний плевры, приводящее к плевропульмональному шоку, а также смещение органов средостения, что нарушает их функцию, прежде всего сдавливая крупные сосуды.



ОТКРЫТЫЙ ПНЕВМОТОРАКС.

Симптомы (дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности):

- состояние - средней тяжести, тяжёлое;
- часто лежит на стороне повреждения, плотно закрывая ладонью зияющую рану.
- Возбужден и беспокоен;
- кожные покровы бледность, цианоз
- дыхание поверхностное, учащенное;
- пульс частый, слабый, АД понижено;
- Рана - выявляется характерное присасывание воздуха, из раны вместе с воздухом может выделяется пенная кровь;
- перкуторно - тимпанит на стороне повреждения;
- аускультативно - ослабленное дыхание;
- флотирование средостения (перемещение средостения при вдохе и выдохе).



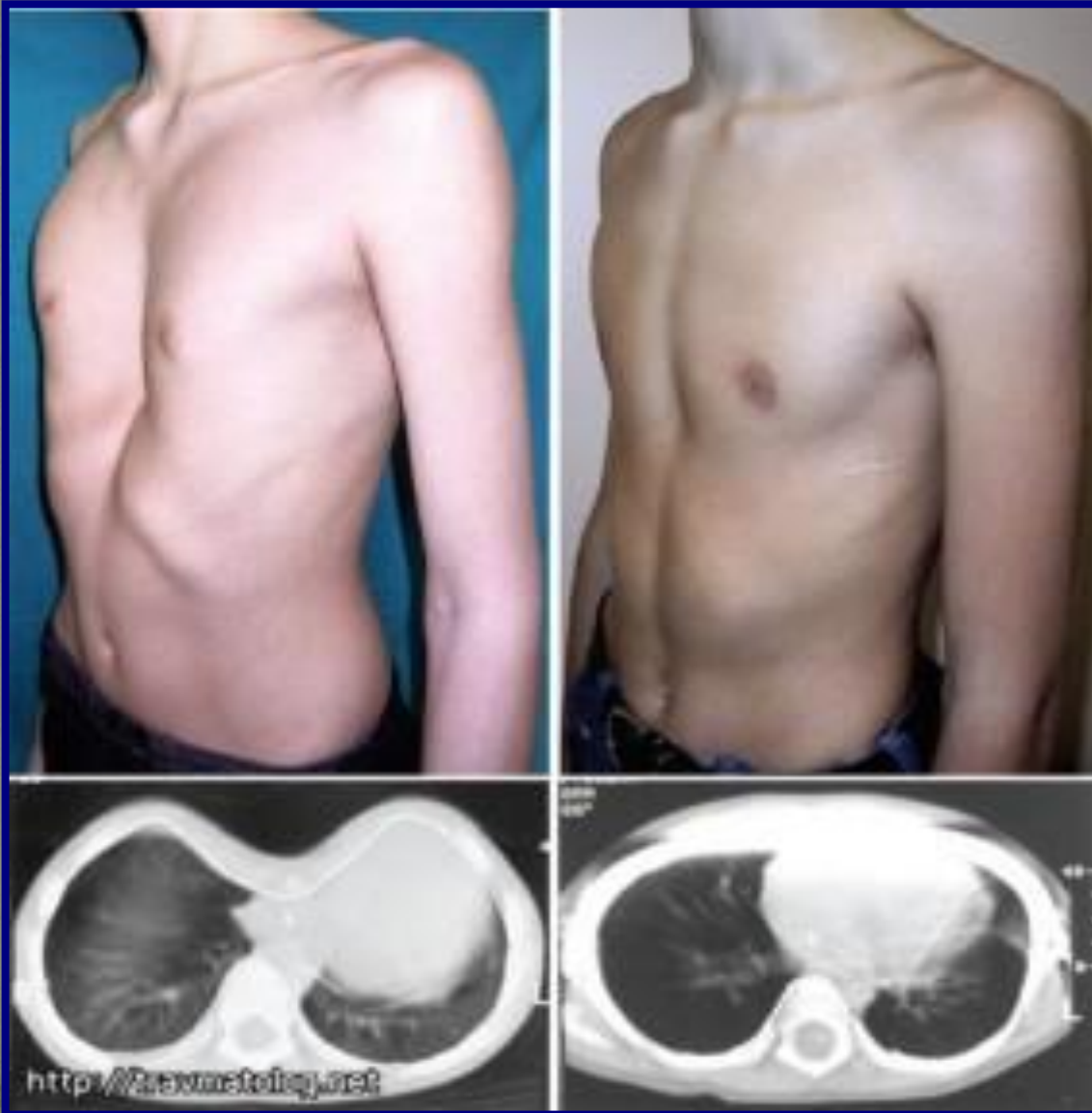
Закрытый пневмоторакс.

Выраженность клинической картины зависит от объема скопившегося в плевральной полости воздуха.

Симптомы:

- состояние, как правило, средней тяжести;
- боли в грудной клетке, одышка;
- цианоз;
- дыхание учащенное; при глубоком дыхании - отставание пораженной стороны грудной клетки в акте дыхания.
- Аускультативно - значительное ослабление или полное отсутствие дыхательных шумов на стороне поражения. При перкуссии - тимпанический звук.

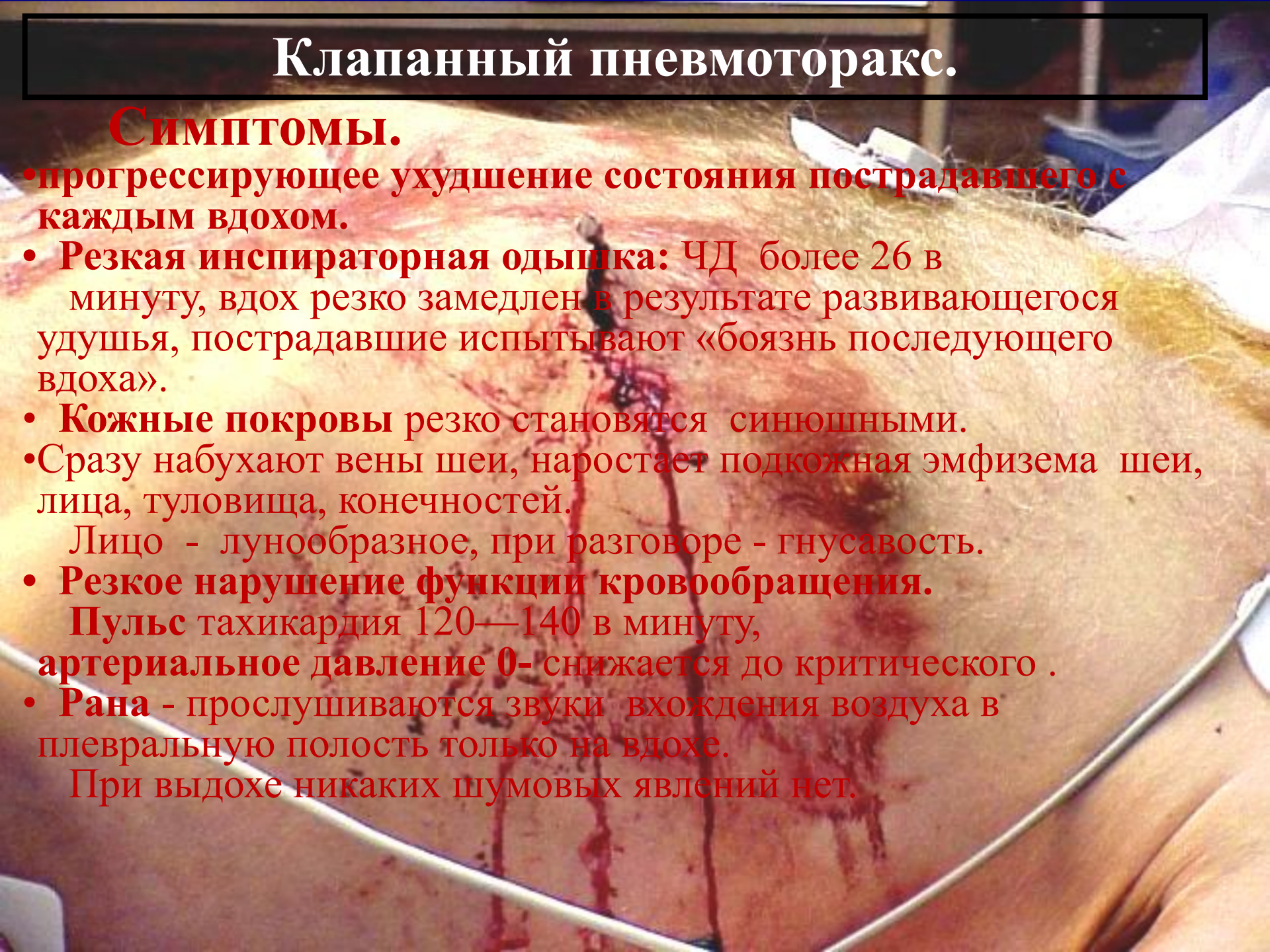
Закрытая травма грудной клетки, осложнившаяся пневмотораксом.



Клапанный пневмоторакс.

Симптомы.

- прогрессирующее ухудшение состояния пострадавшего с каждым вдохом.
- Резкая инспираторная одышка: ЧД более 26 в минуту, вдох резко замедлен в результате развивающегося удушья, пострадавшие испытывают «боязнь последующего вдоха».
- Кожные покровы резко становятся синюшными.
- Сразу набухают вены шеи, нарастает подкожная эмфизема шеи, лица, туловища, конечностей.
Лицо - лунообразное, при разговоре - гнусавость.
- Резкое нарушение функции кровообращения.
Пульс тахикардия 120—140 в минуту, артериальное давление 0- снижается до критического .
- Рана - прослушиваются звуки вхождения воздуха в плевральную полость только на вдохе.
При выдохе никаких шумовых явлений нет.



Подкожная эмфизема.



Подкожная эмфизема.



Открытый пневмоторакс.

- зияющая рана грудной стенки.

Ранение, сопровождающееся повреждением париетальной плевры и свободным сообщением плевральной полости с внешней средой.

Флотирование средостения приводит к смещению сердца и аорты, перегибам и сдавлениям крупных кровеносных сосудов, бронхов и легких. Флотирование средостения в сочетании с раздражением атмосферным воздухом рецепторов плевры приводит к развитию тяжелого шока (синдром кардиопульмональных нарушений).

Симптомы.

Пострадавший лежит на стороне повреждения, плотно закрывая ладонью зияющую рану. Встревожен и беспокоен.

Кожные покровы - с цианотичным оттенком.

Дыхание поверхностное, учащенное. Пульс частый, слабый, АД понижено.

Рана - присасывание воздуха, из раны вместе с воздухом выделяется пенная кровь.

Перкуторно - тимпанит на стороне повреждения.

Аускультативно - ослабленное дыхание.

Рентгенологически - газовый пузырь в плевральной полости, спадение легкого, вялая подвижность купола диафрагмы, смещение и колебание средостения.

Неотложная помощь.

На месте происшествия: - окклюзионная повязка (ватно-марлевая повязка, прорезиненная оболочка ИПП, клеенка или целлофан).
Остановка кровотечения, анальгезия (анальгин, промедол). Без сознания - проходимость ВДП, ИВЛ.

При транспортировке: полусидящее положение, ИВЛ.

Госпитализация. в реанимацию хирургического стационара.

Квалифицированная помощь.

В экстренном порядке - выведение пострадавшего из шока, одновременно хирургическая обработка раны, ревизия, ушивание дефекта, дренирование

Закрытый пневмоторакс.

Симптомы - боли в грудной клетке, одышка. Дыхание учащенное, слышны цианоз. При глубоком дыхании отстаивание пораженной стороны грудной клетки в акте дыхания.

Аускультативно - ослабление или полное отсутствие дыхательных шумов на стороне поражения.

При перкуссии - тимпанический звук.

Диагноз и методы диагностики: На рентгенограммах (абсолютно достоверный признак) - просветление с отсутствием легочного рисунка, коллабированное легкое, смещение средостения. Плевральная пункция, как диагностическая и лечебная манипуляция, обнаруживает газ в плевральной полости при его удалении, по объему можно судить о величине бронхоплеврального сообщения. Торакоскопия позволяет осмотреть плевральную полость, определить объем повреждения, выполнить лечебные мероприятия.

Неотложная помощь

На месте происшествия: обезболивание, сердечно-сосудистые средства, полусидящее положение.

При транспортировке: возвышенное положение головного конца носилок, ингаляция кислорода.

Госпитализация в травматологическое или торакальное отделение.

Квалифицированная помощь. дренирование плевральной полости при пневмотораксе, заключается в установлении дренажа во втором межреберье по среднеключичной линии, либо в V межреберье по переднеподмышечной линии.

.

Клапанный пневмоторакс.

Данный пневмоторакс при отсутствии помощи приводит к быстрой смерти.

Различают:

- наружный клапанный пневмоторакс.
- внутренний клапанный пневмоторакс.

Состояние всегда крайне тяжелое. резкая инспираторная одышка: ЧД до 40 и более в минуту, вдох резко замедлен, удушье, «боязнь последующего вдоха».

Кожные покровы - синюшные. Быстрое набухание вен шеи, подкожная эмфизема на шеи, лица, туловища, конечности.

Лицо - лунообразное, при разговоре - гнусавость. Тахикардия 120—140 в минуту, АД снижается до критических цифр.

Прослушиваются звуки вхождения воздуха в плевральную полость только на вдохе. При выдохе никаких шумовых явлений нет.

Отличительной особенностью клапанного пневмоторакса является прогрессирующее ухудшение состояния пострадавшего с каждым последующим вдохом.

Неотложная помощь.

НЕЛЬЗЯ!!!! транспортировать пострадавшего без предварительной нормализации давления в плевральной полости.

ПРАВИЛО - ПЕРЕВОД КЛАПАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В ОТКРЫТЫЙ.

возвышенного положения пострадавшему, кислород, сердечно-сосудистые средства.

Госпитализация в реанимацию или торакальное отделение

Квалифицированная помощь.

Пассивный дренаж по Бюлау или операция.

Неотложная помощь при пневмотораксе догоспитальный этап

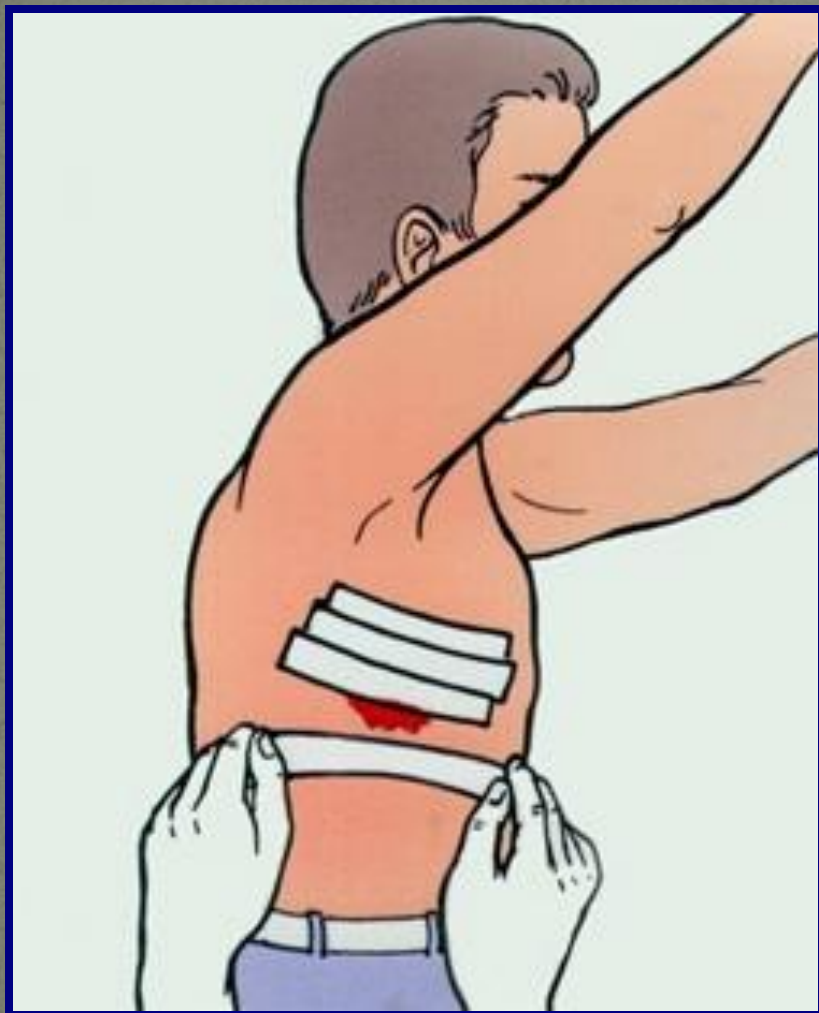
На месте происшествия:

- остановка кровотечения; туалет ссадин, раны, наложение окклюзионной повязки
- пузырь со льдом (криопакет);
- обезболивание – целесообразно ненаркотические анальгетики, новокаиновые блокады,
- при напряжённом пневмотораксе – пункция плевральной полости (толстой иглой типа Дюфо, толстой иглой 22-24);
- противошоковые, реанимационные мероприятия;
- психологическая поддержка.

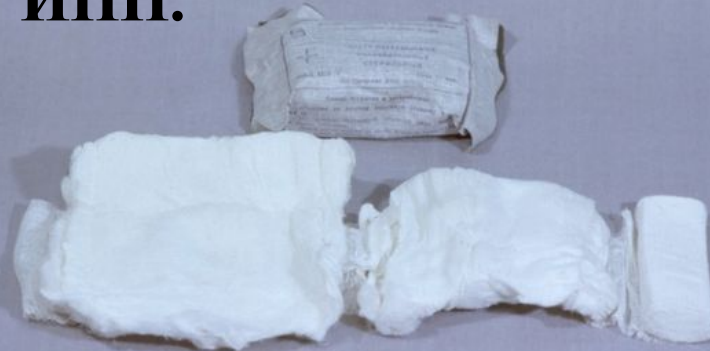
Транспортировка полусидя.

Экстренная госпитализация в хирургический стационар

Окклюзионные повязки.



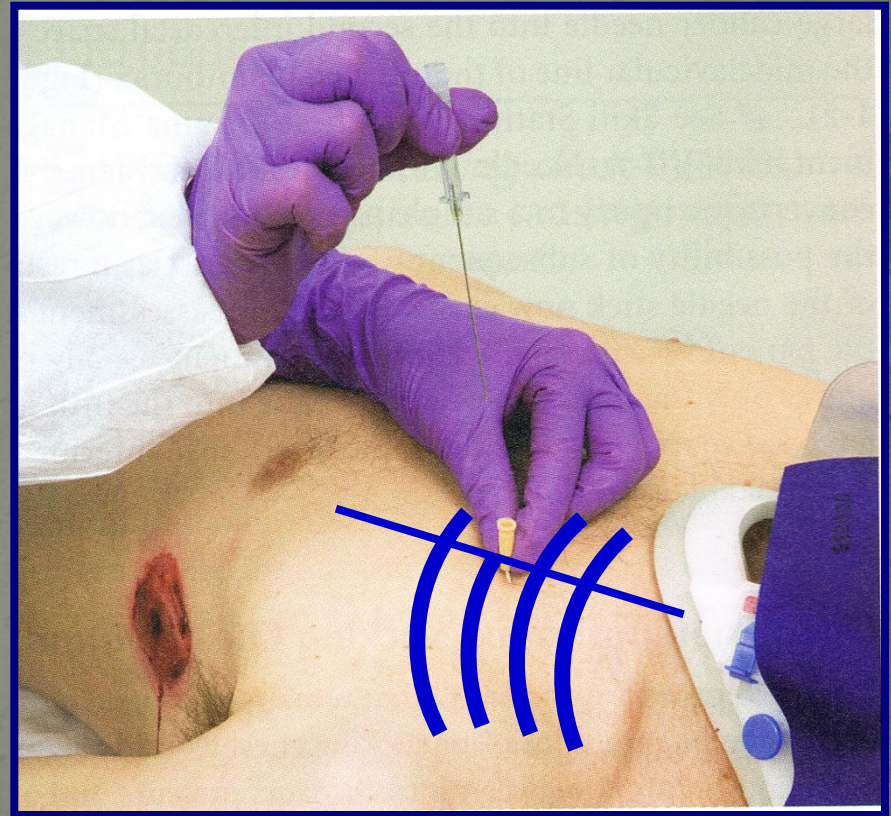
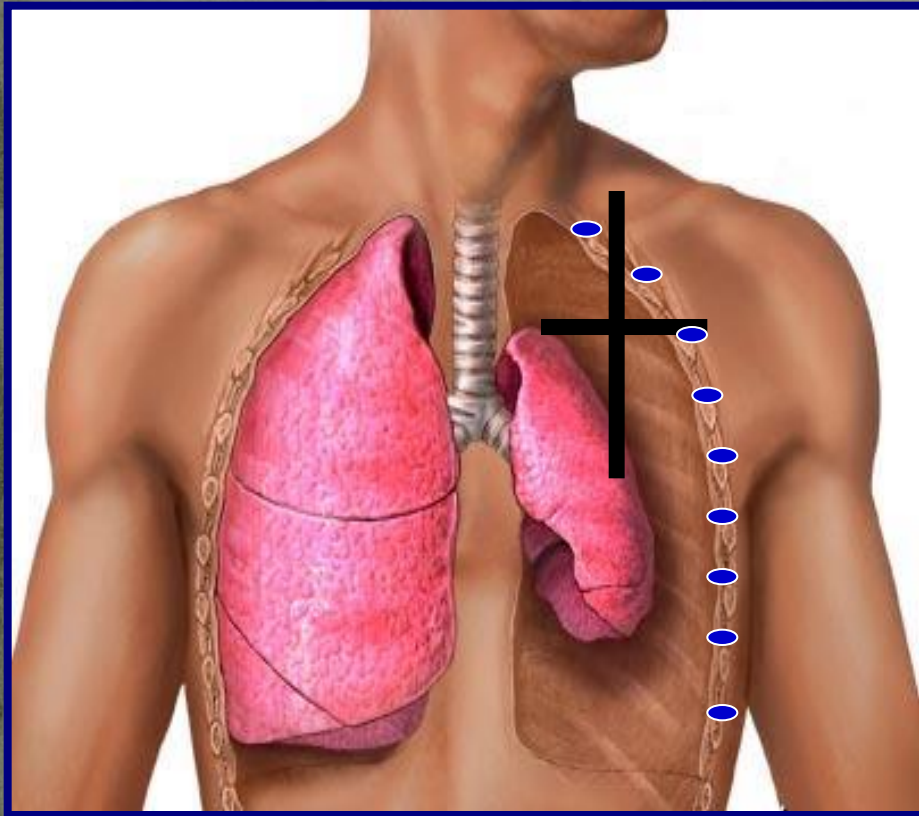
ИПП.



**ПОВЯЗКА/
НАКЛЕЙКА/
ПЛЕНКА ПРОЗРАЧНАЯ**

Пункция плевральной полости.

По среднеключичной линии, во втором межреберье, по верхнему краю ребра.



Набор для торакоцентеза с иглой Тюркель.



Катетер 8 Fr, мешок для сбора секрета, игла Тюркель, трехходовой краник, линии.



- В составе имеет специальную иглу с катетером, которая облегчает безопасное проведение пункции и позволяет точно определять момент попадания в плевральную полость.
- Игла имеет тупой наконечник-вставку, которая располагается внутри полой иглы и несколько выступает за пределы острия. Наконечник-вставка подпружинена внутри основной иглы и смещается внутрь во время пункции и выскакивает наружу при попадании в плевральную полость.
- Игла снабжена специальным индикатором, который сигнализирует красным цветом о том, что конец иглы находится в плотных тканях грудной стенки, и зеленым цветом - при проникновении конца иглы в плевральную полость.
- После проведения пункции игла извлекается, оставив в плевральной полости атравматичный катетер. В момент извлечения иглы срабатывает специальный шариковый клапан для предотвращения возникновения пневмоторакса.
- После выполнения всех этих процедур врач приступает к дренированию плевральной полости, используя шприц, трехходовой кран и собирающий мешок по стандартной схеме.

Пневмоторакс может быть:

● пристеночным:

- в плевральной полости содержится небольшое количество воздуха,
- лёгкое не полностью расправлено,
- как правило, это закрытый пневмоторакс;

● полным:

- лёгкое полностью спавшееся;
- двусторонний полный пневмоторакс при неоказании помощи приводит к быстрому летальному исходу из-за критического нарушения дыхательной функции;

● осумкованным:

- возникает при наличии спаек между висцеральной и париетальной плеврой, ограничивающих область пневмоторакса;
- менее опасен, может протекать бессимптомно.

Принципы хирургического лечения в стационаре.

- Немедленная госпитализация в хирургическое отделение.
- **Открытый пневмоторакс:** хирургическая обработка раны, торакотомия, ревизия лёгкого, дренирование плевральной полости.
- **Закрытый пневмоторакс** протекает, как правило, доброкачественно и постепенно рассасывается. Иногда необходима плевральная пункция для удаления воздуха.
- **Клапанный пневмоторакс:** декомпрессия плевральной полости с помощью дренажа; повреждение грудной стенки — ушивание дефекта, эвакуация воздуха из плевральной полости; повреждение лёгочных структур — постоянное дренирование в течение нескольких дней. В некоторых случаях показана окклюзия поражённого бронха во время бронхоскопии.
- **Массивный пневмоторакс:** диагностическая торакоскопия, дренирование плевральной полости. Возможны торакоскопические операции.

Дренирование.

После удаления содержимого плевральной (грудной) полости на операционном столе после герметичного ушивания раны:

Первый вариант: дренаж завязан, больной находится в палате с закрытым дренажем.

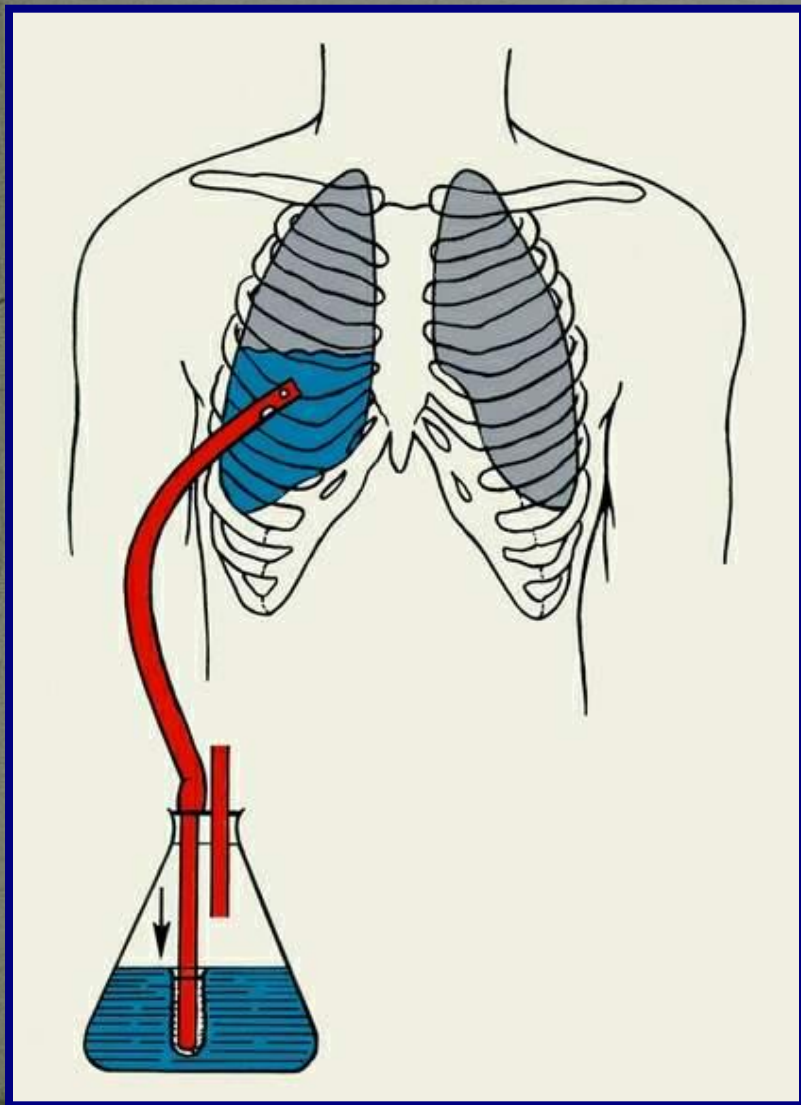


Второй вариант: дренаж хирургический типа «гармошки».



Третий вариант: активное аспирационное дренирование.

Схема дренирования плевральной полости по Бюлау:



на наружном конце дренажа имеется клапан из перчаточной резины для предупреждения обратной аспирации воздуха; стрелкой обозначено направление содержимого плевральной полости.

Уход за плевральным дренажем по Бюлау.

- При уходе за плевральным дренажем по Бюлау необходимо следить, чтобы не произошло нарушение его герметичности.
- Причинами разгерметизации плевральной полости могут быть: частичное выпадение дренажной трубки до появления над кожей одного из боковых отверстий, нарушение целостности трубки, подтягивание перчаточного клапана с расположением его выше уровня антисептического раствора во флаконе, несостоятельность П-образного шва.