

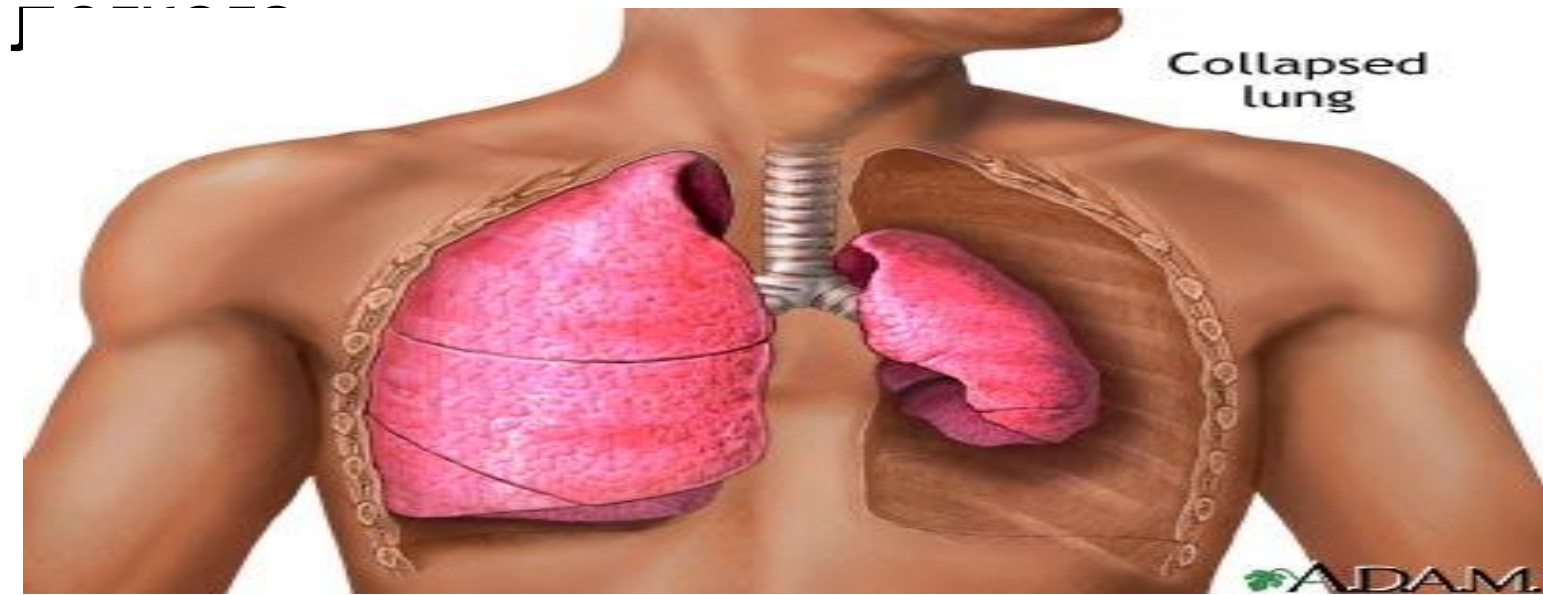


СР

Тема: «Закрытые травмы грудной клетки.
Пневмоторакс. Гемоторакс. Тампонада сердца».

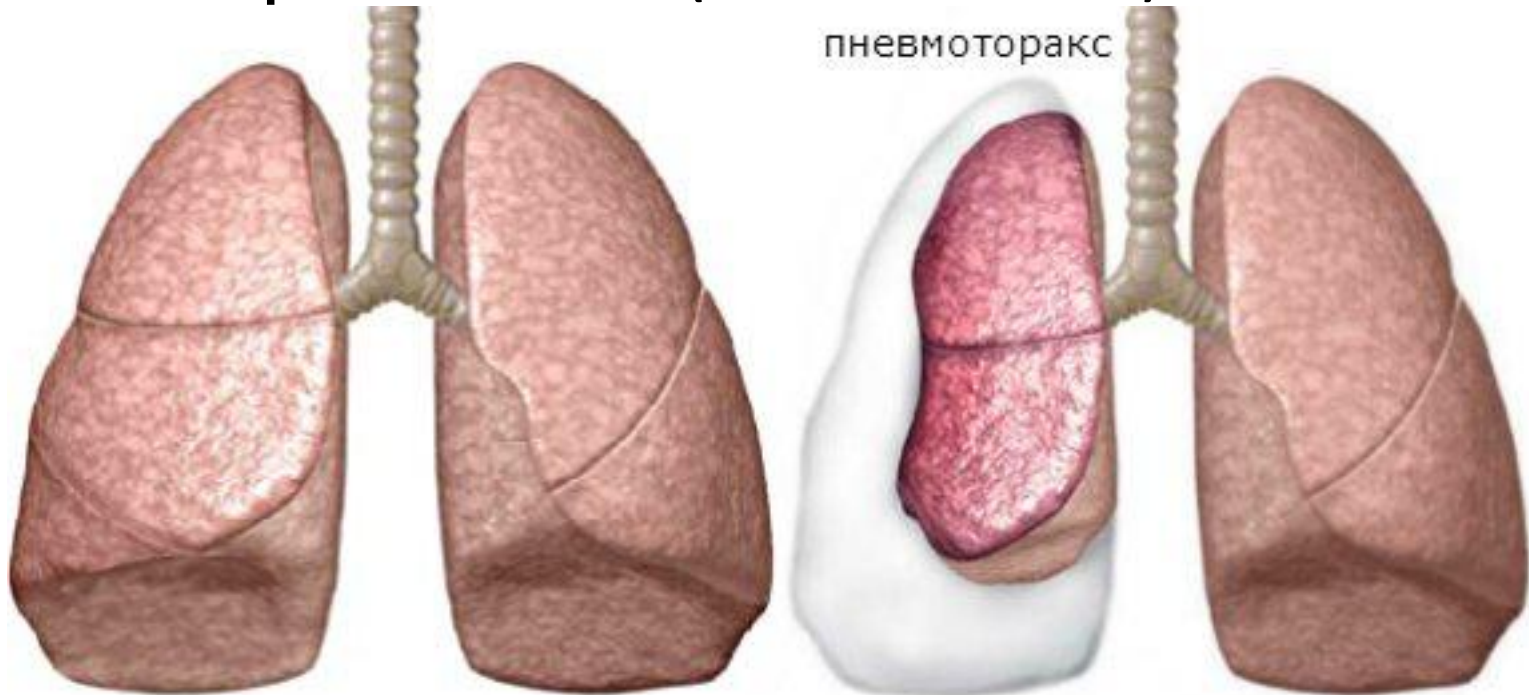
Проверила : Маленкова С .А.
Выполнила: Ерланкызы М
Факультет: Общая медицина
Курс: 5

- **Спонтанный пневмоторакс** - синдром острой дыхательной недостаточности, возникающий в результате разрыва висцеральной плевры и последующего нарушения дыхательной функции



Различают 3 вида спонтанного пневмоторакса:

- 1. Открытый.
- 2. Закрытый.
- 3. Напряженный (клапанный)



- **При открытом пневмотораксе** ригидность легочной ткани или спаечный процесс не дают возможности легким спадаться;
- на фоне этого в плевральной полости постоянно поддерживается давление, равное атмосферному, а количество воздуха в ней не уменьшается, так как он постоянно поступает туда через имеющийся разрыв висцеральной плевры.

При закрытом пневмотораксе отверстие в легком быстро закрывается за счет спадения окружающей легочной ткани, в плевральной полости сохраняется отрицательное давление, а попавший в нее воздух постепенно всасывается. Данный тип пневмоторакса имеет наиболее благоприятное течение и редко представляет серьезную опасность для здоровья больного.

При напряженном (клапанном)
пневмотораксе отверстие в легком
открывается при
вдохе и закрывается во время выдоха, в
результате чего в плевральной полости
накапливается
большое количество воздуха, не имеющего
выхода наружу. Данный вариант
пневмоторакса всегда требует неотложной
помощи.

Клиника:

- острейшие боли в одной из половин грудной клетки(впервые несколько минут)
- резкая одышка
- тахикардия
- гипотензия
- бледность кожных покровов, акроцианоз
- холодный пот
- вынужденное положение (полусидит,
- наклонясь в сторону поражения или лежит на больном боку)

Диагностика:

- Пораженная половина грудной клетки отстаёт при дыхании
- смещение средостения и сердца в здоровую сторону
- Перкуторно определяется тимпанит
- Аускультативно определяется значительное ослабление или отсутствие дыхательных шумов на стороне поражения и их усиление над здоровым

Рентгенологические признаки



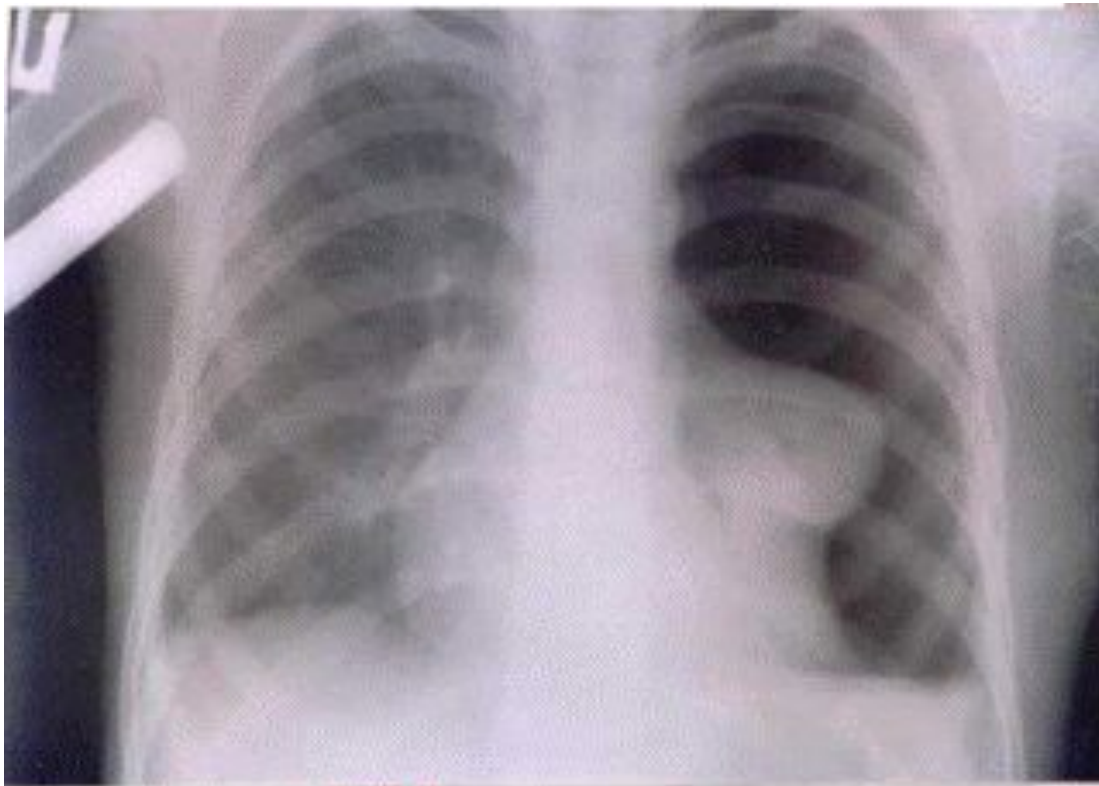
Рис. 1. Спонтанный
пневмоторакс.
Коллапс правого легкого
I степени (в пределах «плеча»)



Рис. 2. Спонтанный
пневмоторакс.
Коллапс правого легкого
II степени (в пределах ствола)



Рис. 3. Спонтанный
напряженный пневмоторакс.
Коллапс легкого III степени
(в пределах ядра)



Левосторонний пневмоторакс у пациента И., 9 лет

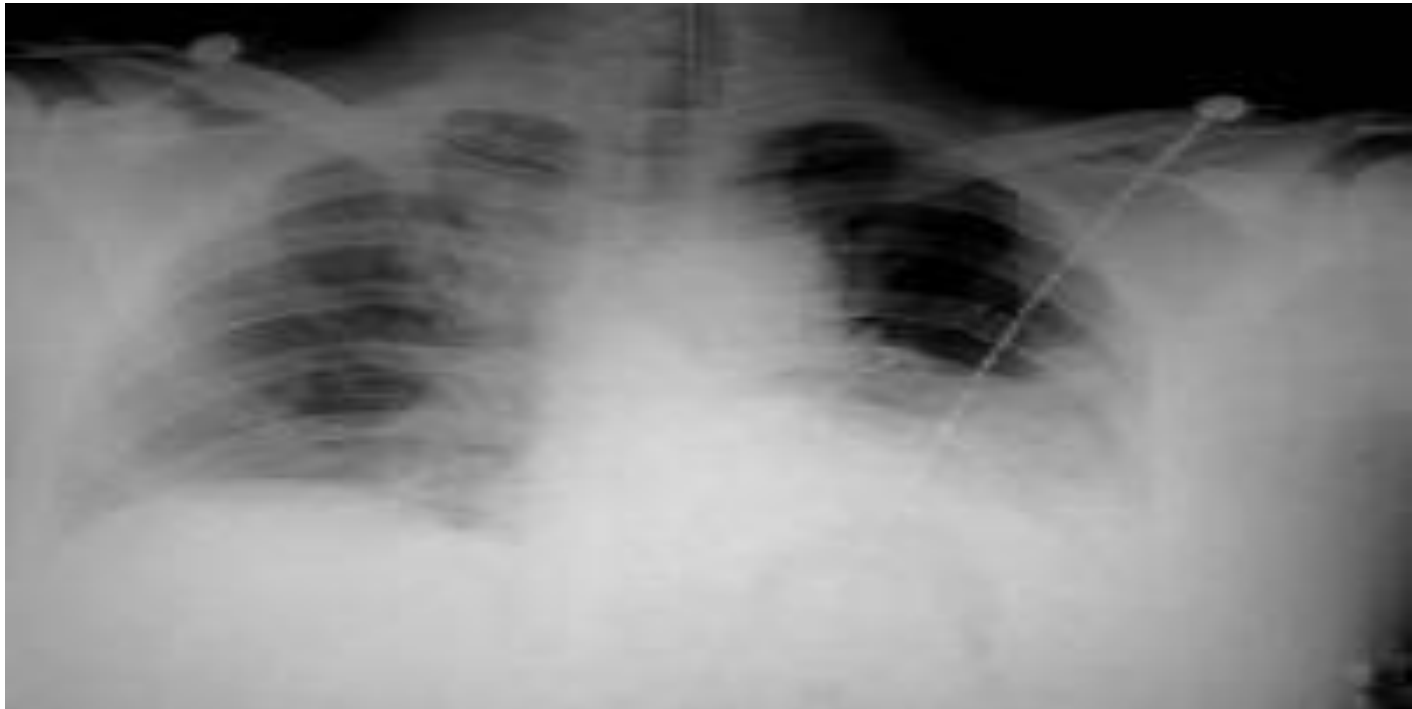
Неотложная помощь:

- Если имеет место открытый пневмоторакс, его необходимо превратить в закрытый путём наложения не пропускающей воздух герметичной повязки («окклюзионная повязка») на открытую рану грудной клетки

Пунктировать плевральную полость следует толстой иглой во 2 межреберье, по среднеключичной линии. К игле присоединяется резиновая трубка, другой ее конец опускается в емкость с фурацилином или физиологическим раствором. На часть трубки, опускаемую в жидкость, рекомендуется привязать проколотый палец от резиновой перчатки.

Гемоторакс

гемоторакс - это скопление крови в плевральной полости. Причиной возникновения этого осложнения являются повреждения сосудов грудной стенки, плевры, легких и средостения.



Классификация

- **По количеству излившейся в плевральную полость крови**
- малый (до 500 мл) — кровь занимает только плевральные синусы
- средний (от 500 до 1000 мл) — кровь достигает угла лопатки
- большой, или тотальный, (более 1000 мл) — кровь занимает почти всю плевральную полость

КЛИНИКА

- В случае малого гемоторакса клинические проявления кровотечения слегка выражены или отсутствуют вообще.
- при умеренном гемотораксе:
- Одышка, кашель, общее недомогание и головокружение, являются очевидными. Кожа бледная. Наблюдаются нарушения гемодинамики - тахикардия и снижение артериального давления.
- Большой и тотальный гемоторакс связаны с признаками шока.

Диагностика

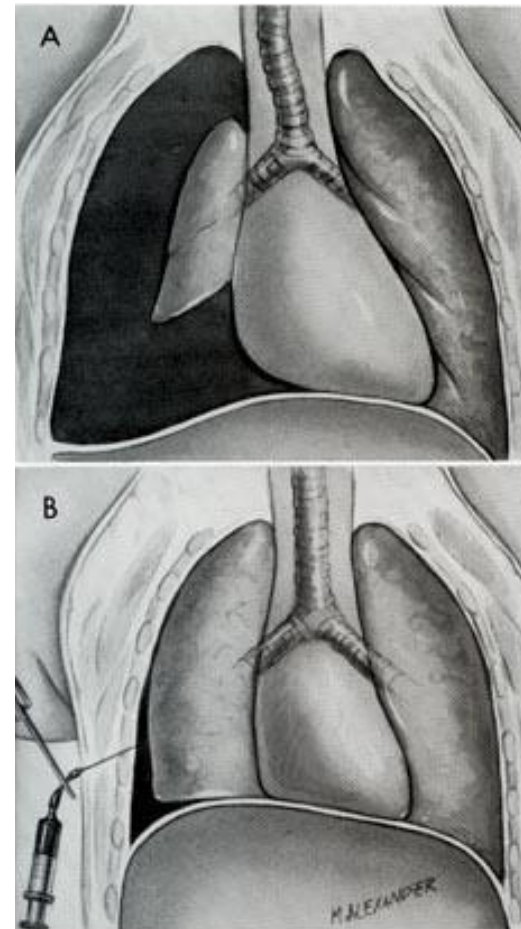
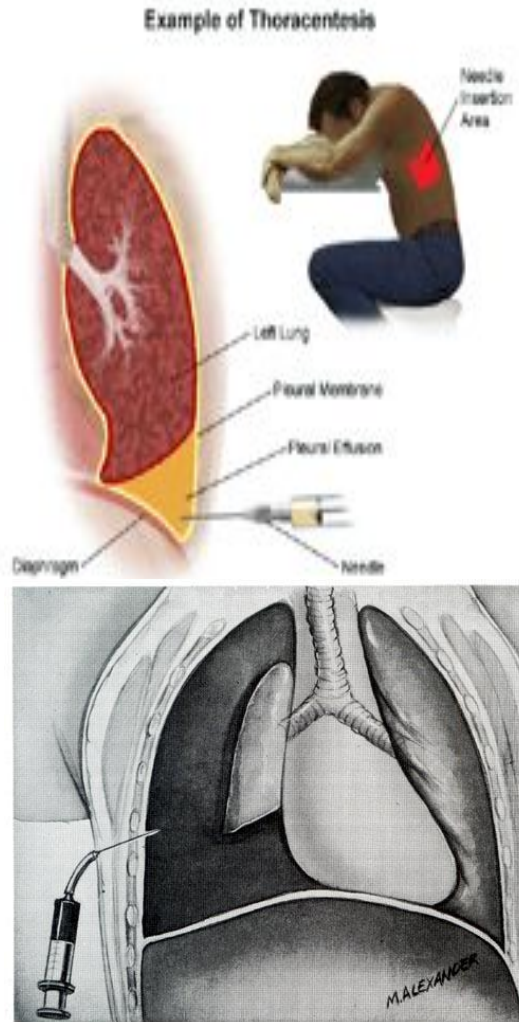
- При перкуссии определяется тупой звук.
- При аускультации - дыхание над местом гемоторакса резко уменьшается или не определяется
- Границы сердца смещены в здоровую сторону



На рентгеновском снимке наблюдается при гемотораксе интенсивная однородная тень на стороне поражения с косым верхним контуром. Реберный синус не визуализируется

Лечение

Лечение малого гемоторакса требует пункции или дренирования плевральной полости и ликвидации крови. Манипуляции осуществляются в VI-VII межреберных пространствах по заднеаксиллярной или лопаточной линии



МЕЖРЕБЕРНЫЙ ДРЕНАЖ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПО БЮЛАУ

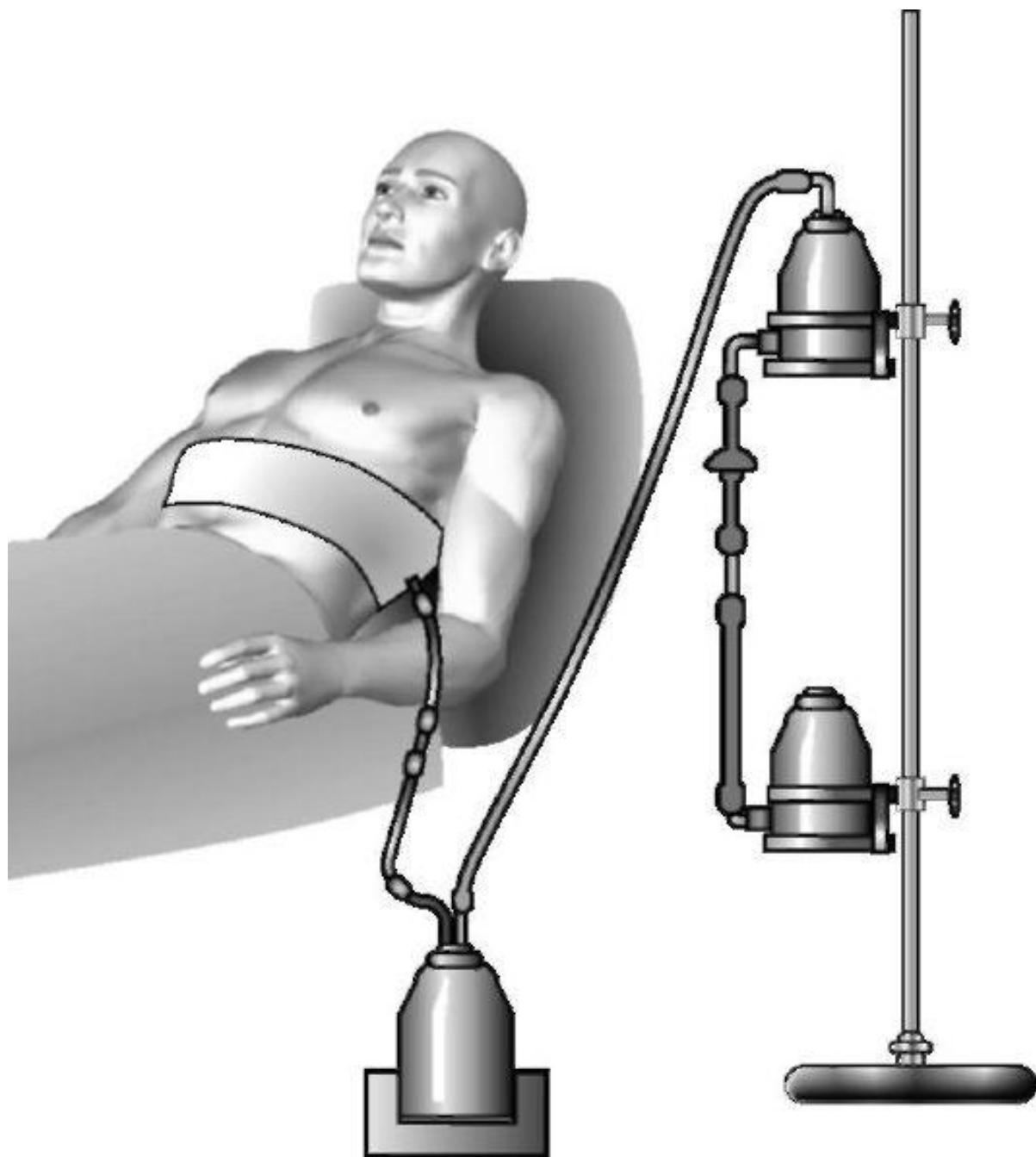
- удаление из плевральной полости жидкого содержимого (воспалительный экссудат, гной, кровь);
- удаление из плевральной полости воздуха.
- Применяется после операций на легких и органах средостения для профилактики сдавления легких воздухом и удаления раневого экссудата, спонтанном или травматическом пневмотораксе, гидро- и гемотораксе, гнойных плевритах.

Техника манипуляции

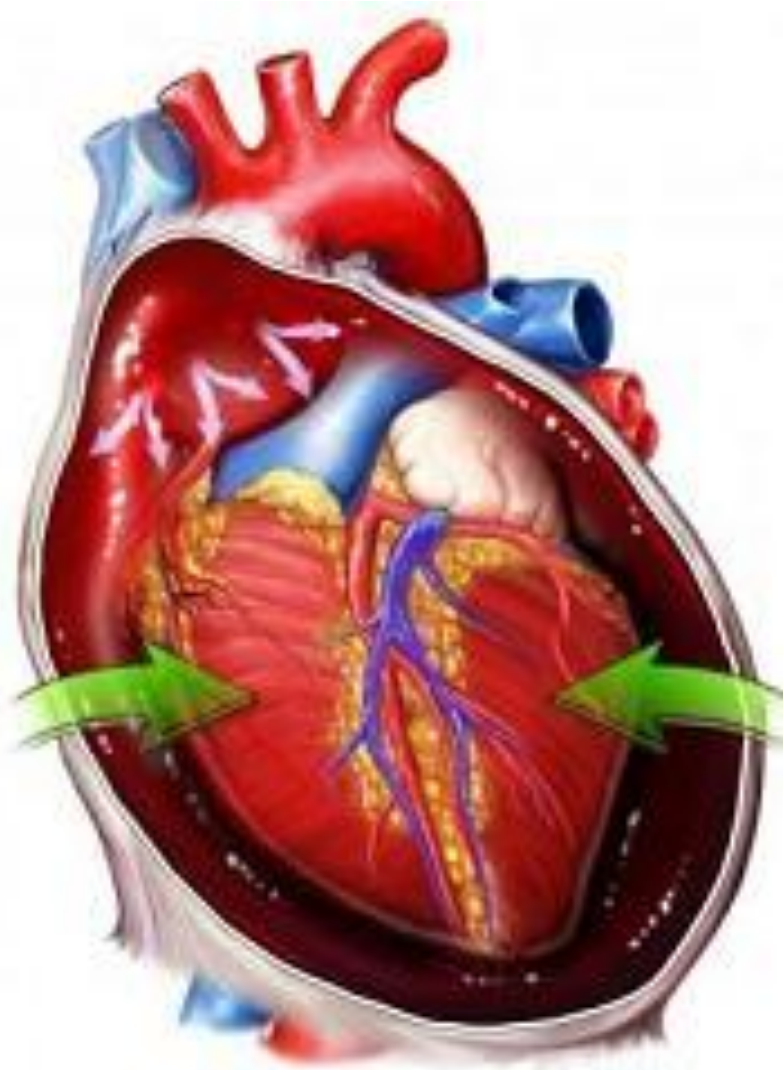
- Перед операцией делают диагностический прокол плевры. В намеченном для дренажа месте вдоль межреберья производят разрез кожи длиной 1-2 см. Через этот разрез вращательными движениями сквозь мягкие ткани межреберья проводят троакар диаметром 0,6-0,8 см. Стиллет троакара извлекают и вместо него в просвет трубки троакара вводят полиэтиленовый дренаж соответствующего диаметра на глубину 2-3 см. Наружный конец дренажа закрывают зажимом Кохера. Дренаж фиксируют левой рукой, а правой извлекают трубку троакара из полости плевры. Затем накладывают второй зажим Кохера на полиэтиленовый дренаж у поверхности кожи. Снимают первый зажим Кохера и удаляют трубку троакара. Дренажную трубку фиксируют к коже лейкопластырем (а лучше прошивной лигатурой) и привязывают тесьмой вокруг туловища. Свободный конец дренажа соединяют стеклянной канюлей с полиэтиленовой трубкой длиной около 1 м.

Чтобы создать отток гноя из полости плевры, конец полиэтиленовой трубки погружают в сосуд с дезинфицирующим раствором, установленный ниже уровня грудной клетки больного. Кроме того, чтобы предотвратить присасывание воздуха или жидкости из сосуда в плевральную полость больного при вдохе, на конец трубки надевают палец от резиновой перчатки, рассеченный на конце. С целью создания отрицательного давления в полости плевры, расправления легкого и более надежного оттока гноя может быть использован аппарат Пертеса- Гартерта, состоящий из системы 3 бутылей (рис. 10-3).

Предварительно всю систему трубок заполняют каким-либо антисептическим раствором. Свободный конец трубки опускают в сосуд с дезинфицирующим раствором. В настоящее время для активной аспирации из плевральной полости используют промышленные установки, создающие вакуумное разряжение в 20 мм рт.ст. К сожалению, их применение экономически целесообразно только в крупных многопрофильных больницах.



- **Тампонада сердца** — это патологическое состояние, при котором происходит скопление жидкости между листками перикарда, что приводит к невозможности адекватных сердечных сокращений за счет сдавления полостей сердца. Данное состояние может возникать как при острых (при ранении сердца), так и при хронических состояниях и болезнях (перикардите).

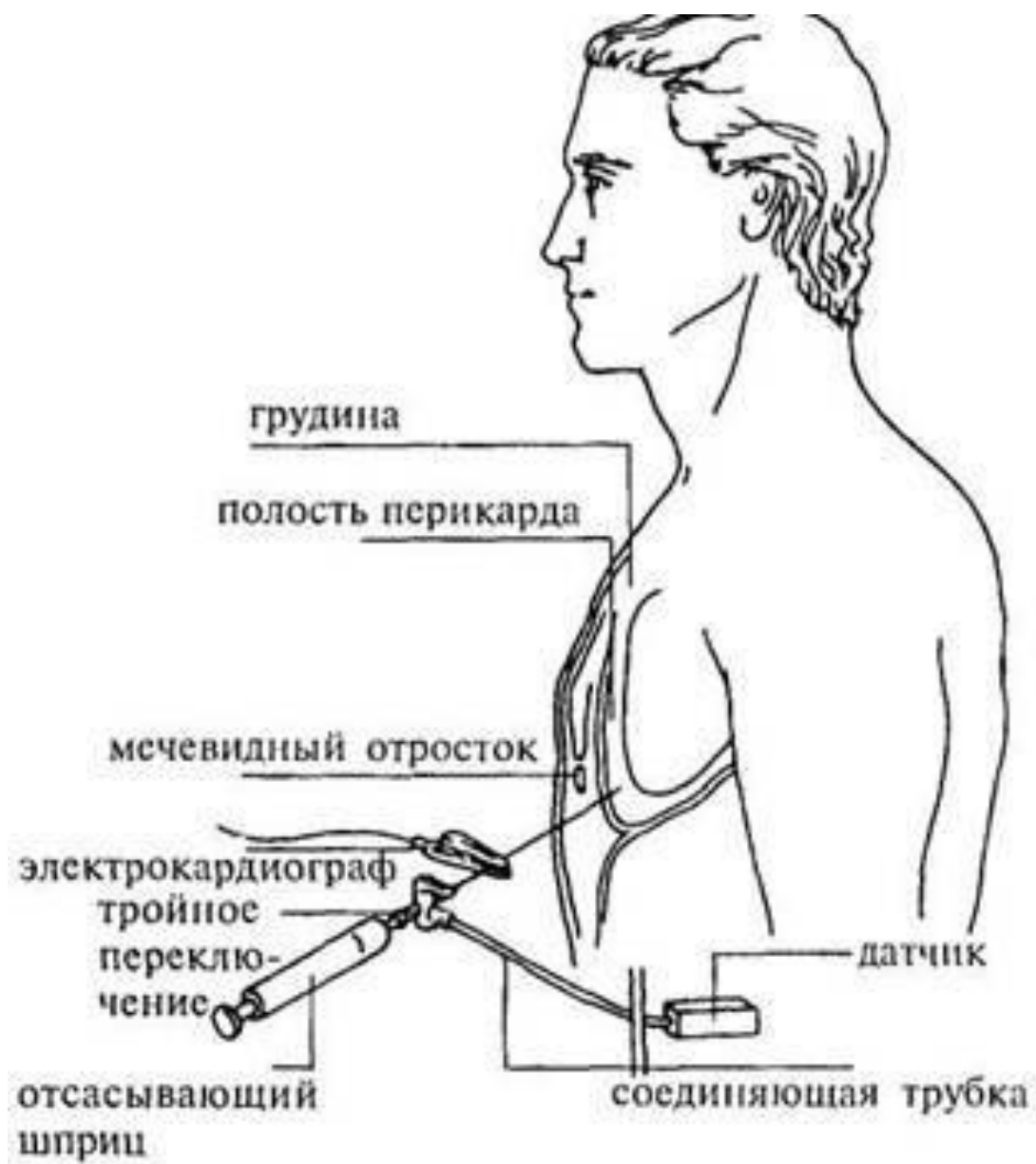


Клиническая картина тампонады

- Внешние проявления тампонады сердца связаны с уменьшением венозного притока крови к сердцу и снижении сердечного выброса:
- Выраженная слабость, невозможность выполнять даже малейшие физические нагрузки.
- Умеренные боли в области сердца.
- Нарастающая одышка (снижение кровотока в легких).
- Головная боль, головокружение, предобморочное состояние (уменьшение кровоснабжения головного мозга).
- Учащенное сердцебиение.
- Бледность кожных покровов и холодный липкий пот.
- Снижение артериального давления, нитевидный пульс на руках.
- Уменьшение диуреза.
- Парадоксальный пульс – значительное снижение систолического артериального давления во время вдоха.
- Увеличение размеров сердца (при перкуссии), глухость сердечных тонов (при аускультации).

Лечение

- Больным показано проведение **перикардиоцентеза (пункции перикарда)**. Процедура выполняется как классическим методом, так и под контролем ЭКГ, ЭхоКГ или рентгена. Перед пункцией больному внутривенно капельно вводят коллоидные и кристаллоидные растворы, а также инотропные препараты (допамин, добутамин). Это позволяет увеличить артериальное давление, сердечный выброс и подготовить пациента к перикардиоцентезу.



Использованная литература:

- Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике: учеб. пособие. - 2008. - 624 с. : ил.
- Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Верткин А.Л., Хубутя М.Ш. Руководство по скорой медицинской помощи. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2012г. 783С.
- Скорая медицинская помощь. Под ред. Мирошниченко А.Г., Руксина В.В., Шайтор В. М. С-Пб. 2007.- 319 с.