

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЛЕКЦИЙ

№	дата	Тема
<u>1.</u>		Вступительная лекция.
<u>2.</u>		Антисептика. Виды антисептики.
<u>3.</u>		Асептика. Источники хирургической инфекции. Методы профилактики.
<u>4.</u>		Обезболивание в хирургии. История вопроса. Ингаляционный и неингаляционный наркоз. Клиника наркоза.
<u>5.</u>		Местное обезболивание. Виды и методы проведения.
<u>6.</u>		Терминальные состояния. Принципы сердечно-легочной реанимации.
<u>7.</u>		Кровотечение. Классификация, клиника, диагностика. Временная и окончательная остановка кровотечения.
<u>8.</u>		Переливание крови. Донорство. Показания и противопоказания к переливанию крови. Ошибки и осложнения переливания крови.
<u>9.</u>		Травма и травматический шок. Классификация, клиника, лечение, профилактика.
<u>10.</u>		Переломы костей. Клиника, лечение, профилактика. Вывихи.
<u>11.</u>		Термические поражения. Классификация, клиника, принципы лечения.
<u>12.</u>		Основы клинической онкологии.
13.		Общие вопросы хирургической инфекции.
14.		Учение о ранах.
15.		Инфекция кожи и подкожной клетчатки. Мастит.
16.		Инфекция костей и суставов.
17.		Инфекция кисти и пальцев.
18.		Сепсис.

**Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом урологии**

Травма и травматический шок.

**Классификация,
клиника, лечение,
профилактика.**

проф. В.А. Белобородов



План лекции

- Актуальность темы
- Классификация травм
- Клиническая картина и диагностика
- Хирургическая тактика
- Литература

Актуальность

- Повреждение груди занимают 10% от общего числа механических травм. В последние годы, с ростом автомобильного транспорта на дорогах страны, частота травм груди возрастает и достигает 35 – 50% от числа всех пострадавших.

Классификация повреждения груди

Различают: одно- и двухсторонние.

1. Открытые повреждения /ранения/.
2. Закрытые повреждения.

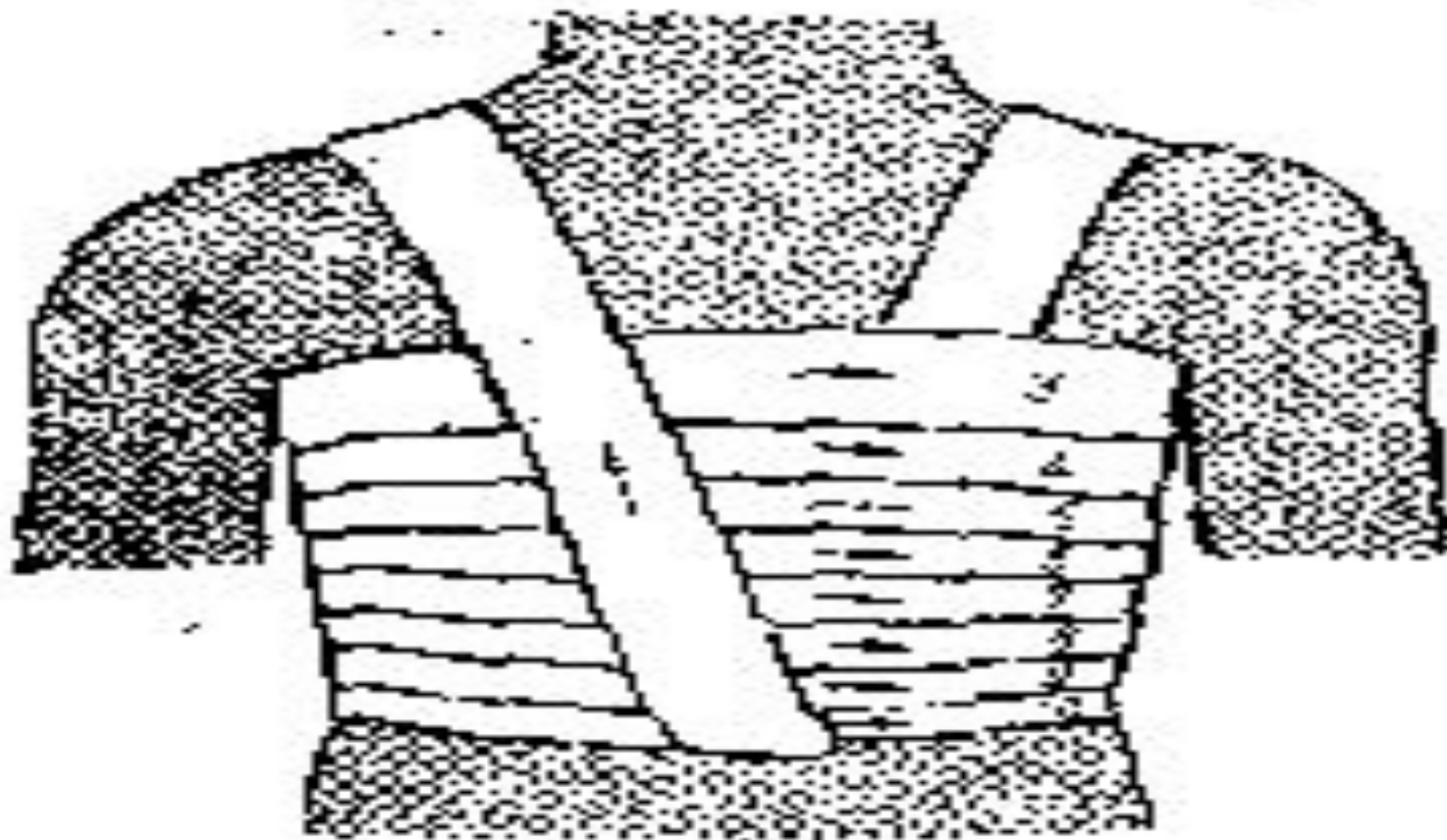
В зависимости от повреждения плевры:

1. Непроникающие ранения.
2. Проникающие ранения.
3. Сочетанные ранения /торакоабдоминальное ранение/, грудь + живот, грудь + голова и др.
4. Множественные повреждения груди /сердце + легкие и др./.
5. Повреждения с нарушением внутренних органов и без повреждения.

Переломы ребер

- **приводят к ограничению дыхательной экскурсии грудной клетки, ателектазу, пневмонии. В результате может развиться острая дыхательная недостаточность.**
- **Наиболее опасны окончатые переломы — множественные двойные или двусторонние переломы ребер с образованием «реберного**

Круговая повязка при переломах ребер.





Пневмоторакс

скопление воздуха в плевральной полости.

Причины:

повреждение легкого, трахеи, бронха или грудной стенки либо сочетание этих повреждений.

При «сосущих» ранах грудной стенки плевральная полость сообщается с атмосферой; исчезновение отрицательного давления в плевральной полости делает дыхательные движения неэффективными (открытый пневмоторакс).

Если во время вдоха воздух поступает в плевральную полость, а во время выдоха мягкие ткани грудной стенки или паренхима легкого перекрывают раневой канал и препятствуют выходу воздуха наружу, пневмоторакс называется клапанным.

Признаки напряженного пневмоторакса

- а. Подкожная эмфизема.**
- б. Громкий тимпанический (коробочный) звук на стороне пораженного легкого при перкуссии.**
- в. Смещение трахеи в сторону здорового легкого.**
- г. Ослабленное дыхание.**
- д. Нестабильность гемодинамики.**

Лечение

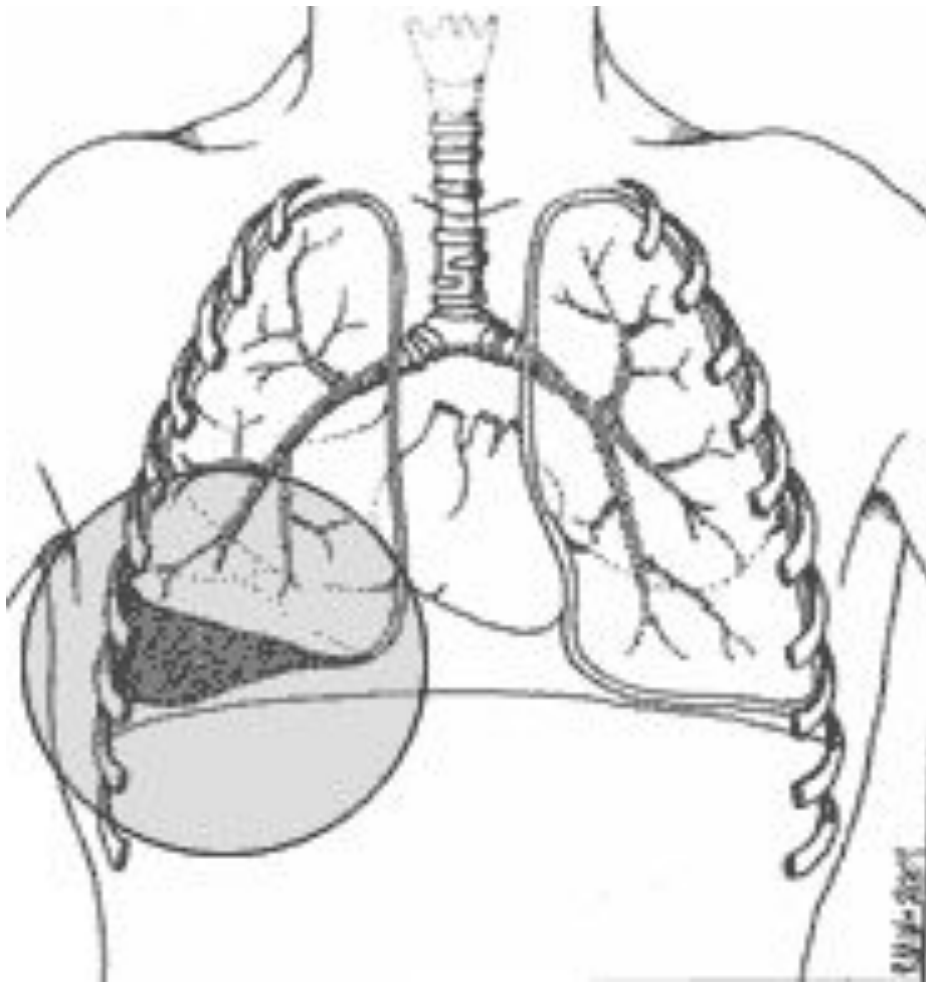
- а. **Дренаж** устанавливают во II м/р по среднеключичной линии или в V м/р по средней подмышечной линии.
- б. До установки дренажа - экстренная плевральная **пункция**. Игла 16—18 G или сосудистый катетер (Angiocath). Удалив воздух, иглу или катетер оставляют открытыми. Набор для плевральной пункции, укомплектованный дренажной системой с односторонним клапаном (клапан Геймлиха). Конец дренажа должен быть направлен к верхушке легкого. Наружный конец его подключают к трехбаночной дренажной системе; отрицательное давление должно быть равным 15—20 см вод. ст.

Гемоторакс

скопление крови в плевральной полости. При гемотораксе вакуум в плевральной полости сохраняется, поэтому нарушения вентиляции существенно меньше, чем при пневмотораксе. Однако при сильном кровотечении кровь сдавливает легкое и смещает средостение в противоположную сторону.

Тотальный гемоторакс считается самым **серьезным осложнением** травм груди, поскольку один плевральный мешок может вместить более половины ОЦК.

Особенно опасны колотые раны у основания шеи, которые часто сопровождаются повреждением крупных сосудов и кровотечением в плевральную полость. Дренажирование плевральной полости начинают как можно раньше; отсасываемую кровь используют для обратного переливания.



Показаниями к экстренному вмешательству в приемном отделении служат:

- 1) Прогрессирующее падение АД несмотря на переливание крови, инфузионную терапию и введение сосудосуживающих средств.
- 2) Внезапная остановка кровообращения после тупой травмы или проникающего ранения груди.

Признаки тотального гемоторакса:

- а. Ослабленное дыхание на стороне пораженного легкого.
- б. Притупленный звук при перкуссии.
- в. При рентгенографии — полное или частичное затемнение легочного поля на стороне поражения.
- г. Смещение средостения в сторону здорового легкого.

Лечение

- а.** Плевральную **полость дренируют** в пятом межреберье по средней подмышечной линии, используя трубку большого диаметра (36 F). Если кровь удалось полностью удалить из плевральной полости и это подтверждено рентгенологически, операцию можно отложить на 1—2 ч. Дальнейшая тактика лечения зависит от объема кровопотери и от того, продолжается кровотечение или нет. При тотальном гемотораксе кровопотеря обычно велика и хирургическое вмешательство необходимо.
- б.** Состояние больного может быть настолько тяжелым, что предоперационная подготовка и перевод в операционную оказываются невозможными. В этом случае для остановки кровотечения торакотомию проводят в приемном отделении.

Повреждения аорты и крупных сосудов.

При проникающем ранении **аорта** может быть повреждена в любом месте. При тупой травме груди обычно происходит **разрыв дуги аорты** под левой подключичной артерией на уровне артериальной связки. Самый **частый механизм** подобных травм — резкое торможение при ударе грудью о неподвижный предмет. **Реже** встречаются разрывы восходящей аорты и нисходящей аорты у аортального отверстия диафрагмы. При разрыве аорты большинство пострадавших погибает на месте происшествия. Среди госпитализированных **летальность** в первые сутки достигает **50%**, если не установлен диагноз и не проведено лечение.

Диагностика

- а. В анамнезе тяжелая тупая травма груди, механизм которой — резкое торможение при ударе грудью о неподвижный предмет.**
- б. При обзорной рентгенографии грудной клетки — расширение тени средостения (более 8 см в передней прямой и задней прямой проекциях).**
- в. Отсутствие контура аорты.**
- г. Отклонение назогастрального зонда вправо.**
- д. Переломы верхних ребер со смещением, жидкость в плевральной полости, перелом позвоночника.**
- е. Для подтверждения диагноза проводят аортографию.**

Лечение

- Больного интубируют двухканальной эндотрахеальной трубкой;
- Оперативный доступ — левосторонняя заднебоковая торакотомия.
- Если повреждена только восходящая аорта, а нисходящая аорта не затронута - продольная стернотомия.
- Проводят пластику аорты протезом из дакрона; иногда возможно ушивание раны.
- Больным с признаками разрыва аорты, артериальной гипотонией и подозрением на сопутствующую тупую травму живота проводят **диагностический перитонеальный лаваж.**

Повреждения паренхимы легких


(разрыв, ранение) часто возникают при переломах ребер, проникающих ранениях груди и как осложнение СЛР.

Для эвакуации крови и воздуха из плевральной полости, расправления легкого и заживления раны обычно достаточно дренирования плевральной полости.

Длительное выделение воздуха по дренажам (дольше 7—10 сут) и выделение большого количества воздуха — показания к хирургическому лечению.

Лечение

- Поврежденный участок легкого прошивают хромированным кетгутом (2/0 или 3/0) или полипропиленовой нитью. Швы можно укрепить мышечным лоскутом. Кровотечение иногда бывает сильным, но обычно легко останавливается.
- Резекция более чем одного сегмента легкого требуется крайне редко. Внутрилегочная гематома, как правило, рассасывается самостоятельно.
- Повреждение легочных вен может осложниться воздушной эмболией сосудов большого круга кровообращения, поэтому на корень легкого немедленно накладывают зажим, а затем перевязывают или ушивают поврежденный сосуд.

A photograph of a modern, multi-story building with a glass facade and a snow-covered ground. The building has a prominent glass section on the left side and a more solid facade on the right. The sky is clear and blue. The text "Благодарю за внимание!" is overlaid on the image in a large, bold, black font.

**Благодарю за
внимание!**

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М., 1997
2. Петров С.В. Общая хирургия. – СПб., 1999
3. Пальцев М.А., Н.М. Аничков
Патологическая анатомия – М., 2000
4. Черезов А.Е. Общая теория рака: тканевой подход. – М., 1997.