

Боевые
торакоабдоминальные
ранения

Подготовил Филатов Р.О

Боевые травмы груди

- Боевые травмы груди составляют *огнестрельные травмы* (пулевые, осколочные ранения, МВР, взрывные травмы), *неогнестрельные травмы* (открытые и закрытые механические травмы, неогнестрельные ранения) и их различные сочетания.
- Частота повреждений груди в годы Великой Отечественной войны составляла 5-12%, по опыту локальных войн она увеличилась до 10-15% (причем 50-75% из них составляют проникающие ранения). Летальность при огнестрельных проникающих ранениях груди составляет 5-10%, а при тяжелых закрытых травмах достигает 25-30%. Смертельные исходы в большинстве случаев наблюдаются в ближайшие дни после ранения вследствие несовместимых с жизнью повреждений жизненно важных органов (сердце, легкие) либо необратимой кровопотери. В более поздние сроки причинами летальных исходов являются тяжелые инфекционные осложнения (пневмония, эмпиема плевры, медиастинит).
- Лечение проникающих ранений груди до начала XX в. было в основном консервативным и сопровождалось летальностью до 60%. Значительный опыт хирургического лечения этих ранений был накоплен в годы Великой Отечественной войны. Выдающуюся роль в развитии хирургии травмы груди сыграли отечественные хирурги - П.А. Куприянов, И.И. Джанелидзе, И.С. Колесников, А.А. Вишневский. Современные принципы лечения огнестрельных проникающих ранений груди, с учетом опыта локальных войн, разработаны А.П. Колесовым, Е.А. Вагнером, Н.В. Путовым, А.Н. Бисенковым, П.Г. Брюсовым. Реализация в ходе контртеррористических операций на Северном Кавказе (1994-1996, 1999-2002 гг.) концепции ранней СХП и применение новых технологий, таких как УЗИ, эндовидеохирургия, бронхофиброскопия, позволило значительно усовершенствовать хирургическую тактику и улучшить исходы лечения этой тяжелой патологии



Торакоабдоминальные ранения

Ранения, сопровождающиеся одновременным нарушением целостности грудной и брюшной полостей, а также диафрагмы, называют торакоабдоминальными (ТАР). Частота этих ранений в ВОВ и в более поздних конфликтах составляла 10–12% ранений груди и живота. Торакоабдоминальные ранения характеризуются особой тяжестью, кровопотерей, шоком, прогрессирующим перитонитом и очень высокой летальностью.

Используется классификация ТАР А. Ю. Созон-Ярошевича, разработанная на материале ВОВ:

1. по характеру ранений

- слепые
- сквозные
- касательные

2. по стороне ранений

- правосторонние
- левосторонние
- двусторонние

3. по расположению раневого канала

- фронтальные
- парасагиттальные
- косые
- продольные

4. по числу вскрытых полостей

- торакоабдоминальные
- абдоминоторакальные
- торакоабдоиноспинальные

5. по характеру повреждения органов каждой полости:

• Грудная полость:

§ без повреждения костей грудной стенки

§ с повреждением скелета грудной стенки

§ с повреждением легкого

§ с повреждением перикарда и сердечной мышцы

• Брюшная полость

§ без повреждения органов;

§ с повреждением только паренхиматозных органов;

§ с повреждением только полых органов;

§ с повреждением полых и паренхиматозных органов.

• Ретроперитонельное пространство:

§ с повреждением почки

§ с повреждением надпочечника

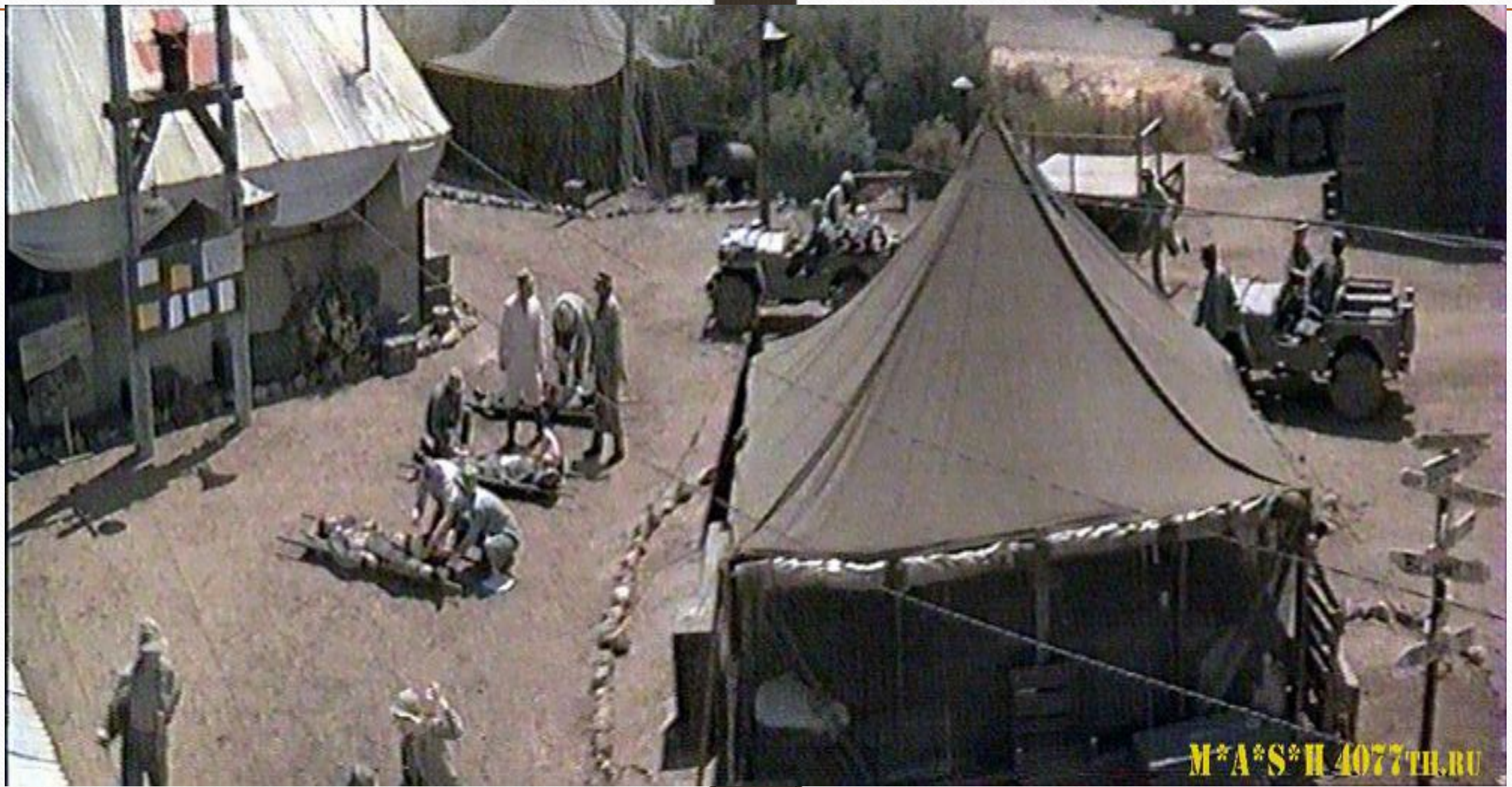
• Позвоночник:

§ с повреждением позвоночника

§ с повреждением спинного мозга

Небольшие особенности

- Повреждения органов при левосторонних и правосторонних ранениях немного отличаются:
-
- 1. в первом случае чаще повреждаются селезенка, толстая кишка, легкие, диафрагма, наблюдается выпадение внутренних органов в грудную полость
 - 2. при правосторонних ранениях чаще повреждаются печень, двенадцатиперстная кишка, толстая кишка, легкие, при сквозных ранениях печени иногда повреждается и почка.



M*A*S*H 4077TH.RU

Организация и содержание медицинской помощи при травме груди на этапах медицинской эвакуации

Первая медицинская помощь

Заключается прежде всего в наложении асептической повязки. Раны груди с открытым пневмотораксом закрывают герметизирующей (окклюзионной) повязкой.

Для этого используют клеенчатую оболочку индивидуального перевязочного пакета. Раненым вводят анальгетики, дают внутрь антибиотики. Первая помощь сводится к освобождению от завалов, очищению полости рта от крови и земли; раненому придают положение, облегчающее дыхание (откинута назад голова, разведенные руки, возвышенное положение). Выносят пострадавших на носилках. Под голову им подкладывают скатку шинели, вещевой мешок для придания полусидячего положения.



Доврачебная помощь.

Проводят мероприятия, направленные на спасение жизни:

1. добиваются проходимости верхних дыхательных путей, накладывают окклюзионную повязку для устранения открытого пневмоторакса, ликвидируют клапанный пневмоторакс с помощью толстой иглы, введенной в плевральную полость
2. вводят обезболивающие препараты, сердечно-сосудистые и дыхательные analeптики
3. при отсутствии противопоказаний дают внутрь алкоголь, начинают инфузионную терапию.

В случае остановки дыхания в результате асфиксии очищают рот от слизи, крови и земли, прибегают к искусственному дыханию с использованием S-образной трубки. В первую очередь эвакуируют на ПМП раненых со значительной кровопотерей, открытым и клапанным пневмотораксом, явлениями асфиксии.



Первая врачебная помощь.

Пострадавших с огнестрельными ранениями груди при медицинской сортировке разделяют на две основные группы:

1. нуждающиеся в оказании первой врачебной помощи в условиях перевязочной;
2. раненые, помощь которым может быть оказана в сортировочноэвакуационном отделении.



- 1. нуждающиеся в срочной операции по жизненным показаниям направляются в операционную в первую очередь. Это раненые с продолжающимся массивным внутриплевральным кровотечением; с тяжелыми повреждениями легкого, вызывающими выраженные расстройства дыхания и кровотечение в просвет трахеи и бронхов; с ранениями сердца и магистральных сосудов; с торакоабдоминальными ранениями и признаками внутрибрюшного кровотечения;
- 2. раненых с напряженным пневмотораксом направляют в перевязочную для дренирования плевральной полости вместо введенной ранее (в МПП) пункционной иглы. При значительном гемотораксе пунктируют плевральную полость, чтобы уточнить остановилось ли кровотечение. Устанавливают нижний плевральный дренаж с возможной реинфузией извлеченной по дренажу крови; производят паравертебральную блокаду и фиксацию «реберных клапанов»;
- 3. раненых в состоянии шока без признаков продолжающегося массивного внутриплеврального кровотечения, открытого или напряженного пневмоторакса направляют в палату интенсивной терапии;
- 4. раненых с неосложненными ранениями груди без признаков продолжающегося внутриплеврального кровотечения направляют на эвакуацию в специализированный госпиталь для раненых в грудь, живот, таз. В сортировочно-эвакуационном отделении им проводят лечебные мероприятия в объеме первой врачебной помощи;
- 5. раненых с непроникающими ранениями груди без признаков повреждения костей направляют на эвакуацию в ВПГАР, а со сроками лечения до 10 сут оставляют в команде выздоравливающих (КВ);
- 6. агонирующих раненых направляют в госпитальное отделение для проведения симптоматической терапии.

-

Пострадавших с огнестрельными ранениями груди при медицинской сортировке разделяют на две основные группы:

1. нуждающиеся в оказании первой врачебной помощи в условиях перевязочной;
2. раненые, помощь которым может быть оказана в сортировочноэвакуационном отделении.



Показаниями к неотложной торакотомии являются:

1. продолжающееся массивное внутриплевральное кровотечение;
2. тампонада сердца с нарушением его ритма или остановкой;
3. обоснованное подозрение на ранение сердца;
4. быстро нарастающий клапанный (напряженный) пневмоторакс.

Операцию в таких случаях следует выполнять без промедления.

Весьма необходимую интенсивную терапию проводят непосредственно в операционной перед введением больного в наркоз и в ходе вмешательства. Лишь подобным слиянием хирургических и реанимационных мероприятий можно достичь устранения причин возникших расстройств в организме.

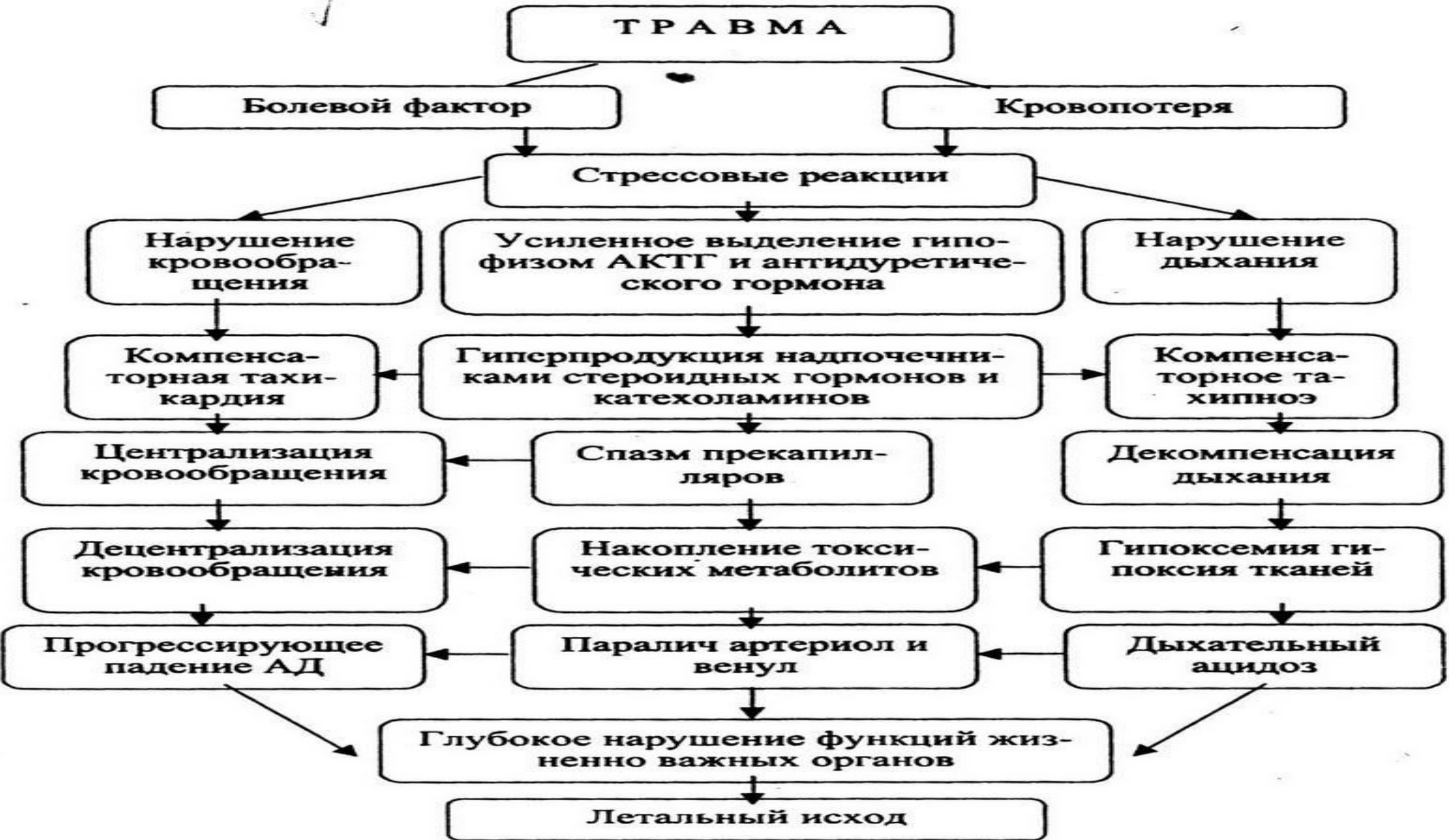
Показаниями к ранней торакотомии (в течение 1–2 сут после ранения) являются:

1. продолжающееся или возобновившееся кровотечение, если изливающаяся по дренажу кровь свертывается (положительная проба Рувилуа-Грегуара) и объем ее превышает 300 мл/ч и более;
2. некупируемый клапанный пневмоторакс;
3. стойкий или повторный коллапс легкого, несмотря на дренирование плевральной полости;
4. обоснованное подозрение на повреждение пищевода, трахеи и главных бронхов;
5. открытый пневмоторакс с массивным повреждением легкого.

Для успешного проведения торакотомии подавляющему большинству таких пострадавших необходима предоперационная подготовка, направленная на максимальное устранение возникших функциональных сдвигов.

Показаниями к отсроченной торакотомии (3–7-е сутки) являются:

1. стойкая негерметичность поврежденного легкого при неэффективности плеврального дренирования;
2. свернувшийся гемоторакс;
3. рецидивирующая тампонада сердца;
4. наличие крупных (более 1 см в диаметре) инородных тел в легком и плевре.




РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

проникающие ранения

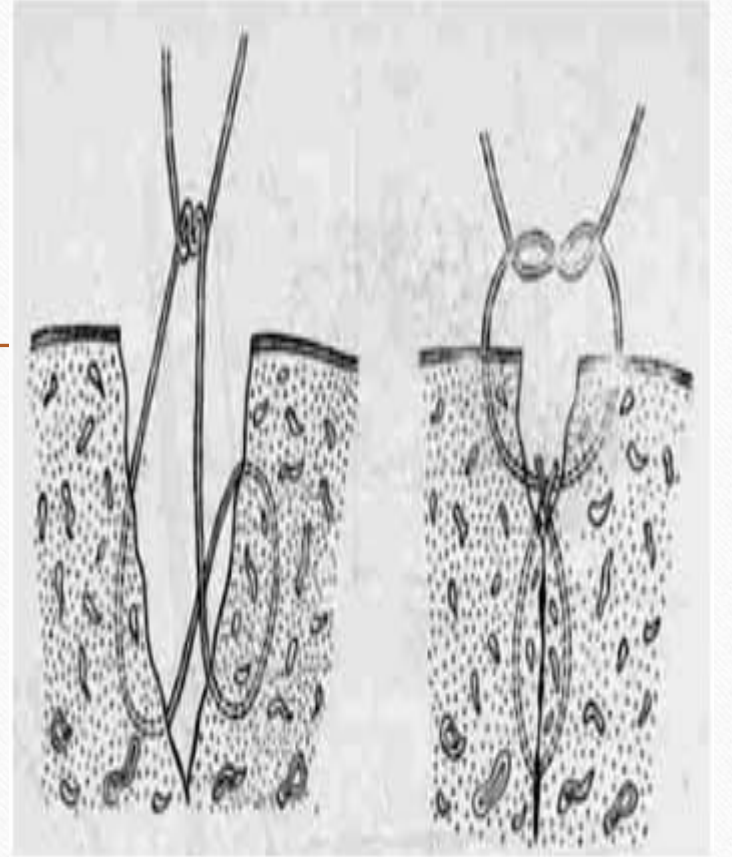
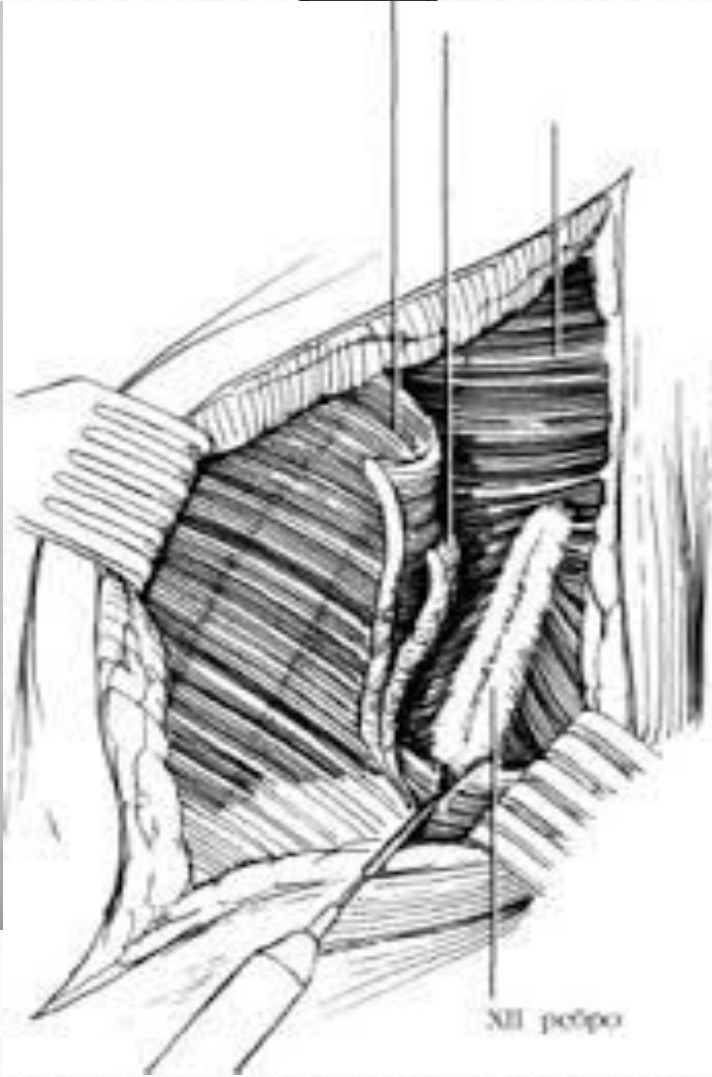
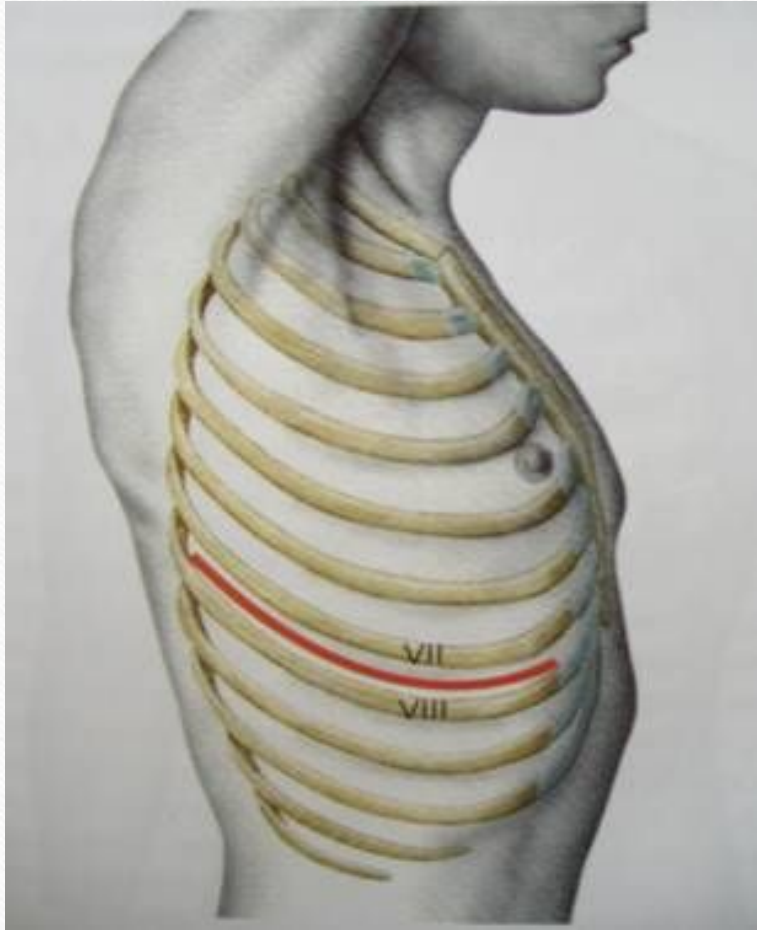
- Ранения грудной клетки без повреждения ее полости составляют в госпиталях ближнего армейского тыла около $1/4$ всех ранений в грудную клетку. Эти ранения не представляют, в смысле инфекционных осложнений, больших особенностей сравнительно с повреждениями других частей тела и лечатся по общим правилам, т. е. в первые часы — методом иссечения или рассечения ран, а позднее — под сухой повязкой — выжидательно при условии отсутствия отслоек или по рассечении этих отслоек, если они имелись налицо. При переломе ребер нужны общеизвестные длинные пластырные полосы, наклеиваемые здесь поверх первых слоев марли, лежащих на самой ране, и идущие на уровне сломанного ребра от позвоночника до грудины. Накладывать их нужно в момент выдоха.



**Смертельное сквозное ранение грудной
клетки ручным гранатометом**

 MyShared





1 Разрез кожи начинают от парастеральной линии и по ходу межреберья продолжают до задней подмышечной линии. Послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку, подлежащие мышцы груди (большую грудную и частично широчайшую). По ходу рассечения тканей производят гемостаз.

2 Изогнутым зеркалом отводят лопатку от грудной стенки. Межреберные мышцы рассекают по верхнему краю ребра. Скальпелем вскрывают париетальную плевру и затем ножницами разрезают ее на протяжении всего межреберья. После вскрытия плевральной полости рану грудной клетки расширяют торакальным расширителем. Аспирируют кровь из полости плевры, проводят ревизию внутригрудных органов. Вид оперативного вмешательства зависит от характера выявленных повреждений

3 Поскольку наиболее частым показанием к срочной торакотомии является массивный гемоторакс вследствие ранения сосудов грудной стенки и сердца, ревизию плевральной полости начинают с выявления источников кровотечения

4 Бронхи небольшого калибра прошивают и перевязывают. Щелевые раны более крупных бронхов (долевых и главного бронха) ушивают узловыми швами, при полном пересечении бронха — накладывают анастомоз узловыми швами. Размозженные участки кортикального слоя легкого резецируют

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

