

## ДИАГНОСТИКА И ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

<sup>1</sup>*Остапенко Е.Н., <sup>1</sup>Новикова Н.П., <sup>1</sup>Бордаков В.Н., <sup>2</sup>Римашевская Е.П.*  
<sup>1</sup>*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров  
здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный  
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь*  
<sup>2</sup>*Учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница скорой  
медицинской помощи», г. Минск, Республика Беларусь*

*Актуальной проблемой экстренной медицины является оказание медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми травматическими повреждениями.*

*Цель работы:* провести анализ возможных причин и механизмов повреждения грудной клетки; рассмотреть клиническую картину, связанных с ними наружных повреждений сердца и легких, дать оценку прогноза и определить основные направления экстренной помощи таким пациентам.

*Причиной тяжелых повреждений грудной клетки могут быть транспортные происшествия, промышленные аварии, террористические акты, бытовой и криминальный травматизм.*

Трудности диагностики и тяжесть клинических проявлений при такой травме могут быть обусловлены множественными повреждениями ребер, внутригрудными изменениями из-за массивного гемоторакса и быстрого накопления воздуха в грудной полости из ран травмированных легких, сердца, сосудов средостения.

Для диагностики повреждений и возможных осложнений у пострадавших с травмой грудной клетки необходимо выяснить механизм травмы и обстоятельства, при которых имели место эти повреждения.

При кратковременном или длительном сдавлении груди развивается клиническая картина *травматической асфиксии*. Сдавление крупных сосудов в грудной полости и, как результат, в менее устойчивой к сдавлению верхней полой вене значительно уменьшается кровоток, формируется порочный круг кровообращения. При этом кровь от сердца продолжает поступать в периферическую артериальную сеть, а венозный отток резко затруднен, что приводит к застою и напряжению перфузии в мелких сосудах системы верхней полой вены с последующим разрывом большого их количества в верхней половине туловища. Чаще страдает кровоток лица и шеи.

При падении с высоты в равной степени наблюдаются повреждения грудной клетки и жизненно важных внутренних органов (сердце, аорта, легкие).

При непосредственном нанесении удара в грудь происходят переломы ребер на ограниченном участке и травмируются сопредельные органы (легкие, плевральные полости, сердце).

Патогенез *закрытых травм сердца* связывают с внезапным сдавлением сердца, повышением давления в его полостях, смещением сердца при ушибе грудной клетки, повреждением сердца отломками ребер, стрессовыми воздействиями и нарушениями метаболических процессов в миокарде.

*Тяжесть закрытой травмы сердца* зависит: от характера травмы, фазы сердечной деятельности в момент травмы, состояния миокарда и коронарных артерий до травмы, возраста пациента и сопутствующей патологии.

Изменения ЭКГ, подобные инфаркту миокарда в остром периоде, определяются при ранении *венечных артерий*. Могут регистрироваться нарушения сердечного ритма. Часто это групповые желудочковые или предсердные экстрасистолы, фибрилляция или трепетание предсердий. При ранении *в зонах проводящих путей* сердца определяются блокады на различных уровнях проводящей его системы.

*Ранения лёгких* неоднородны по форме, локализации, глубине и объёму повреждения. Это могут быть *касательные, сквозные и слепые ранения*. Раневой канал может быть узким, желобообразным (с небольшим разрушением лёгочной ткани и плевры) или широко зияющим без повреждения крупных бронхов или с их повреждением. Слепые ранения могут иметь различную глубину: от поверхностных до глубоких вплоть до корня лёгкого. Сквозные ранения встречаются также с различным по диаметру и форме раневым каналом.

В случаях ранений легких существенное значение в отношении прогноза имеют: наличие у пациента признаков дыхательной недостаточности, кровопотери и связанных с ними гемодинамических расстройств, а также клиническая картина гемо- и/или пневмоторакса. Клиническая картина дыхательных расстройств определяется объёмом и характером пневмоторакса (открытого или клапанного).

*На догоспитальном этапе пострадавшим с травматическими повреждениями грудной клетки следует провести адекватное обезболивание, при необходимости, выполнить вагосимпатическую блокаду, коррекцию нарушений гемодинамики, обеспечить оксигенотерапию.*

После фиксации мест переломов и обезболивания следует обеспечить *поддержку проходимости дыхательных путей* доступными методами: выдвижением нижней челюсти, постановкой воздуховода, ларингеальной маской/трубкой, интубацией трахеи.

На рану накладывают защитную асептическую повязку. Производят остановку наружного кровотечения (давящая тампонирующая повязка). *При открытом пневмотораксе* накладывают окклюзионную (герметизирующую) повязку. *При напряженном пневмотораксе* в критических ситуациях пунктируют плевральную полость, используя соответствующий одноразовый набор. При отсутствии такового возможна пункция толстой (типа Дюфо) иглой во втором межреберьи по средней ключичной линии. Через просвет иглы по методу Сельдингера проводят дренажный подключичный катетер большого диаметра, к свободному концу которого прикрепляется трубка с клапаном (изготовленным, например, из хирургической перчатки).

Транспортировку пострадавшего следует осуществлять в положении полусидя. По жизненным показаниям в случаях значительной кровопотери, резком снижении артериального давления проводят инфузионную терапию, начиная с места происшествия и продолжая ее до момента доставки пациента в стационар.