

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДИ.

Махмудов Нурилло Исмоилович

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Аннотация: Авторами изучены результаты диагностики и лечения 542 пострадавших травмами грудной клетки среди которых у 72 (13,2 %) больных развивались осложнения посттравматических пневмония. Основными причинами развитие посттравматическое пневмонии были множественные переломы ребер с плевральным осложнением, гемо-пневмотораксы, ушиб легких. Характерной особенностью посттравматической пневмонии является этажность патологических процессов, протекающих в ткани легкого. Развитие пневмонии у пострадавших с травмами грудной клетки ухудшает общее состояние больных, усложняет течение основной патологии. Основными профилактическими мероприятиями по развитию посттравматической пневмонии при травме груди являются адекватное обезболивание, своевременное устранение гемо-пневмоторакса, ателектаза легкого, комплексное мероприятие по борьбе с дыхательной недостаточностью.

Ключевые слова: Травма грудной клетки, переломы ребер, гемо, пневмоторакс, ушиб легких, посттравматическая пневмония.

Annotation: The authors studied the results of diagnosis and treatment of 542 victims of chest injuries, among which 72 (13.2%) patients developed complications of post-traumatic pneumonia. The main causes of the development of post-traumatic pneumonia were multiple rib fractures with pleural complication, hemo-pneumothorax, lung contusion. A characteristic feature of posttraumatic pneumonia is the number of floors of pathological processes occurring in the lung tissue. The development of pneumonia in victims with chest injuries worsens the general condition of patients, complicates the course of the underlying pathology.

The main preventive measures for the development of post-traumatic pneumonia in breast injury are adequate anesthesia, timely elimination of hemo-pneumothorax, lung atelectasis, a comprehensive measure to combat respiratory failure

Keywords: Chest injury, rib fractures, hemopneumothorax, bruising of the legs, post-traumatic pneumonia.

Актуальность. В связи с ростом дорожного травматизма и ухудшением криминальной обстановки в последние годы отмечается заметное увеличение числа пострадавших с закрытыми повреждениями груди, в частности с переломами ребер, что приводит к нарушению целостности грудной клетки, ухудшение вентиляции легких и развитию посттравматической пневмонии. По статистике ООН, ежегодно в мире в дорожно-транспортных происшествиях погибают свыше 250 000 человек, и около 1 млн получают смертельные травмы [1,2,5,7,8,11,].

Повреждения грудной клетки – группа повреждений, включающая в себя травмы ребер, грудины и внутренних органов, расположенных в грудной полости. Такие травмы могут сильно различаться как по характеру, так и по тяжести, однако из-за потенциальной опасности для жизни пациента на начальном этапе всегда рассматриваются врачами, как серьезные, требующие детального обследования больного. [3,4,6,8,11].

Цель исследования: Улучшить диагностику, профилактику и лечение посттравматической пневмонии у пострадавших с закрытой травмой груди.

Материалы и методы исследования: На основании клинических данных изучено частота развития посттравматической пневмонии при травме груди с поражением различного характера: повреждением ребер, пневмо или гемотораксом, ушибом легких у 542 больных госпитализированных в отделение 2-ой хирургии (торакальный пост) в 2019-2023 г. Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 64 лет ,средний возраст больных составил $55,6 \pm 12,2$ года. У 366 (67,5 %) больных были мужского пола, а 176 (32,5 %) женского. Из 542 пострадавших трамами грудной клетки у 72 (13,2 %)

развивался посттравматическая осложнения - пневмония, что служило одна из причин ухудшение состояние больных. Травма грудной клетки по характеру тяжести может быть разнообразно. У 542 больных с травмами грудной клетки отмечены следующие поражения: 1) Повреждение стенки, 2) травмы мягких частей грудной клетки наблюдались у 182 (33,5 %) больных (и в частности мышечного компонента) обычно связаны с повреждением костей; негативное влияющие на функцию легких, 3) ушибы, кровоизлияния мягких тканей грудной клетки наблюдались у 75 (14 %) больных. -Травмы средостения: Гематома средостения возникает в результате кровоизлияния в клетчатку отмечены у 2 больных-Ушиб легких наблюдались у-125 (23%) больных. -Посттравматическая пневмония наблюдались у 72 (13,2 %) больных. Ушиб легкого может быть единственным проявлением травмы грудной клетки. Наличие крепитирующих хрипов при аускультации, гипоксемии и ограниченной экскурсии грудной клетки могут быть проявлением кровотечения и последующего отека легких, которые приводят к дыхательной недостаточности. При КТ легких выявляют ограниченные инфильтраты, имеющие тенденцию к слиянию в первые несколько дней [12]. При сочетанных повреждениях, повышающих риск развития респираторного дистресс синдрома, летальность может достигать 24 % [3]. Учитывая эти факторы, рекомендуется госпитализировать больных с сочетанной травмой для поддержания адекватной оксигенации, клиренса дыхательных путей и вентиляции, при этом возможно использование ИВЛ [12]. Эффективность профилактического назначения антибиотиков и кортикостероидов в таких ситуациях не доказана. Результаты диагностика и лечение больных с травмами грудной клетки. При подозрении на ушиб лёгкого пациента обязательно осматривает торакальный хирург или травматолог. Уточняются обстоятельства травмы. При осмотре необходимо обратить внимание на цвет кожных покровов, наличие гематом, ссадин в области груди и спины, позу пострадавшего. Из-за болевого синдрома при одностороннем ушибе пациент щадит травмированную половину грудной клетки,

поддерживает её рукой. Дыхательная недостаточность вынуждает больного занимать положение сидя с опущенными вниз ногами (ортопноэ). Для уточнения диагноза требуется проведение: рентгенологический, компьютерная томография, ультразвуковая исследования грудной клетки Развитие пневмонии легче констатировать в динамике, когда по сравнению с предыдущим исследованием на КТ отмечается увеличение зоны инфильтрации, повышение ее плотности и однородности. Эти зоны располагаются, как правило, в периферических отделах легочной паренхимы и носят сегментарный характер. В комплексе лечения пневмонии следует применять нестероидные противовоспалительные препараты, иммунную и общеукрепляющую терапию, кислород, стимуляцию дренажной функции бронхов. В лечении пневмонии используется также известный комплекс мер, среди которых одно из центральных мест принадлежит дэскалационной терапии антибиотиками. Особенности лечения пневмоний у пострадавших с травмами груди являются: применение антибиотиков в больших дозах внутривенно; респираторная терапия должна быть многокомпонентной и включать в себя оксигенотерапию, медикаментозно-аэрозольные ингаляции, сеансы дыхания с положительным давлением в конце выдоха. Применяются бронхолитики, антигистаминные препараты; по возможности перкуSSIONный и вибрационный массаж. Обтюрация бронхов, выключение значительной части легких из дыхания с развитием шунтирования крови является показанием для лечебных фибробронхоскопий. Летальный исход отмечены у 36 (6,6%) больных. Основная причина летального исхода были множественный двухсторонний переломы ребер, острая дыхательная недостаточность ,посттравматический шок, травмы средостения: гематома средостения возникающих в результате кровоизлияния,повреждения сосудов средостения.

Выводы: 1. При закрытой травме груди, переломах ребер посттравматическая пневмония по нашим данным встречается в (13,2 %) от общего числа пострадавших; 2. Основными факторами, способствующими

развитию посттравматической пневмонии, являются: - неадекватное обезболивание, - двухсторонние множественные переломы ребер, гемо-, пневмотораксы; 3. Характерной особенностью посттравматической пневмонии является этажность патологических процессов, протекающих в ткани легкого. В течение первых 12 часов выражено венозное и капиллярное полнокровие. Через 12-24 часа в очаге ушиба выражен отек, встречаются ателектазы и очаги эмфиземы; 4. Развитие пневмонии у пострадавших травмами грудной клетки ухудшает общее состояние больных, усложняет течение основной патологии органов дыхания; 5. Основными профилактическими мероприятиями развития посттравматической пневмонии при травме груди являются адекватное обезболивание, своевременное устранение гемо-пневмоторакса, ателектаза легкого, комплексное мероприятие борьба с дыхательной недостаточностью

.Литература:

1. Бисенков Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота / Л.Н. Бисенков, П.Н. Зубарев, В.М. Трофимов и др. СПб.: Гиппократ, 2002. - 511 с.
2. Ю.Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. Е.А. Вагнер. -М.:1. Медицина, 1981. -287 с.
3. П.Вагнер Е.А. Патологическая физиология травмы груди. Е.А. Вагнер, Г.Г. Рогацкий, В.А. Черешнев. Пермь. 1990. -191с.
4. Дерябин И.И. Травматическая болезнь. Дерябин И.И., Насокин О.С. Л.: Медицина, 1987. -304 с.
5. Деллинджер Э. П. Профилактическое применение антибиотиков в хирургии. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2001. т. 3, № 3, с. 161-169.
6. Иоскевич Н. Н. Практическое руководство по клинической хирургии. Болезни органов грудной клетки, сосудов, селезенки и эндокринных желез. Минск: Выш.шк., 2002. - 479 с.

7. Ищенко Б.И. Лучевая диагностика для торакальных хирургов. / Ищенко Б.И., Бисенков Л.Н., Тюрин И.Е. / Руководство для врачей.-СПб.: «Деан», 2001.- 343 с.

8, Агаджанян В. В. Политравма: проблемы и практические вопросы / В.В. Агаджанян // «Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени»: материалы международной конференции.- Санкт-Петербург, 2006.-С. 14-181

9. Агаларян А. Х. Лечебно-диагностическая видеоторакоскопия при травме груди у пострадавших с политравмой / А. Х. Агаларян, А. В. Агаджанян // Политравма. 2006. - № 1. - С. 32-37.

9. Cothren C., Moore E.E., Biffi W.L. et al. Lung-sparing techniques are associated with improved outcome compared with anatomic resection for severe lung injuries. J. Trauma 2002; 53: 483–487.

10. Miller D.L., Mansour K.A. Blunt traumatic lung injuries. Thorac. Surg. Clin. 2007; 17: 57–61.

11. Sutyak J.P., Wohltmann C.D., Larson J. Pulmonary contusions and critical care management in thoracic trauma. Thorac. Surg. Clin. 2018, 62:116-118,

12. Losso L.C., Ghefter M.C. Penetrating thoracic trauma. In: Patterson G.A., Cooper J.D., Deslauriers J. et al., eds. Pearson's thoracic & esophageal surgery. 3th ed. New York: Churchill Livingstone; 2008.