**История болезни: проникающее колото-резаное ранение грудной клетки**

Куратор: студент 5 курса 24 группы лечебного факультета Константинов Евгений Владимирович

Витебский государственный медицинский университет

Витебск, 2008

Диагноз: проникающее колото-резаное ранение грудной клетки с пересечением II ребра справа, ранение верхней доли правого легкого, алкогольное опьянение средней степени

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ (паспортная часть)

ФИО - \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Возраст - 28 лет (8.08.79.)

Пол - мужской

Место работы, профессия – «Стройтрест №2» строитель

2. Дата и время поступления (название направившего учреждения) – 21.03.08 в 2000, доставлен СМП

3. Диагноз направившего учреждения – ножевое ранение передней поверхности грудной клетки, АО

4. Диагноз при поступлении – колото-резаная рана передней поверхности грудной клетки, алкогольное опьянение

5. Клинический диагноз – проникающее колото-резаное ранение грудной клетки с пересечением II ребра справа, повреждение верхней доли правого легкого, алкогольное опьянение средней степени

7. Операция (название, дата, продолжительность) – 21.03.2008г. – 2055 - 2200 ПХО и ревизия раны, торакотомия, ушивание раны легкого

8) Виды обезболивания – ЭТН.

9) Осложнения во время операции – нет.

10) Исход – продолжает лечиться

ЖАЛОБЫ

При поступлении 21.03.08 в 2000 предъявлял жалобы на тупую ноющую боль в правой половине грудной клетки.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Со слов больного 21.03.08 около 1900 получил удар ножом в грудь. Обстоятельства получения травмы сообщить отказывается. Бригадой СМП был доставлен в приемное отделении ВОКБ. Накануне употреблял алкоголь.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

Родился в срок, в развитии от сверстников не отставал. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Вредных привычек нет. Туберкулёз, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузий не производилось.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Общее состояние средней тяжести. Больной в сознании, несколько возбужден, адекватен. Запах алкоголя изо рта. Положение активное. Тип телосложение - нормостенический. Нарушение осанки и походки не отмечается. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Выражение лица спокойное. Температура тела 36,7 градусов. Кожный покров бледно-розовой окраски, чистый. Несколько выше грудинно-ключичного сочленения справа имеется колото-резаная рана 3,5×1 см, с ровными краями, не кровоточит. Подкожной эмфиземы на шее и грудной клетке нет. Эластичность кожи хорошая. Тургор в норме. Слизистые оболочки бледно-розовой окраски, чистые, умеренно влажные. Миндалины не увеличены, чистые. Задняя стенка глотки бледно-розовая, ровная. Оволосение выраженное, по мужскому типу. Ногти обычной формы, бледно- розовые, эластичные. Подкожный жировой слой выражен умеренно, распределен равномерно. Пастозности, отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, подвижные не спаяны между собой и окружающими тканями. Западения, выпячивания глаз нет, отёчности вокруг глаз нет. Зрачки симметричны, реакция на свет сохранена.

Щитовидная железа.

Визуально не определяется, при пальпации не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

Мышечная система.

Развита удовлетворительно для возраста больного, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

Костно-суставная система.

Кости черепа, грудной клетки, таза и конечностей не изменены, болезненности при пальпации и перкуссии нет, целостность не нарушена. Суставы нормальной конфигурации, болезненности при пальпации нет, активные и пассивные движения в полном объеме. Позвоночник не искривлен, при ощупывании и постукивании отдельных позвонков болезненности нет. Походка нормальная.

Органы дыхания:

Нос прямой, слизистая и кожа в норме. Отделяемого нет. Голос обычный. Грудная клетка нормостеническая, эпигастральный угол 90 градусов, симметричная, экскурсия обеих сторон при дыхании равномерная. Дыхание ритмичное, ЧД 26 в мин., тип дыхания - смешанный.

При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание не изменено.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких слышен ясный легочной звук. Притуплений нет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая перкуссия легких | | |
| Нижняя граница | | |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | V межреберье | V межреберье |
| Среднеключичная | VI ребро | VI ребро |
| Пер. подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | На уровне остистого отростка VII гр. позвонка | |

Высота стояния верхушки легкого спереди справа и слева 4 см над ключицами, сзади справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренинга справа и слева 6 см.

Аускультация:

Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония одинакова с обеих сторон, не изменена.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подвижность нижних краев легких: | | | | | | |
| Топографическая  линия | Подвижность нижнего края легкого, см | | | | | |
| правого | | | левого | | |
| вдох | Выдох | сумма | вдох | выдох | сумма |
| среднеключичная | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| среднеподмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре выпячивание и пульсации в области крупных сосудов нет. Сердечный и верхушечный толчок визуально не определяются, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена.

При пальпации верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, не усиленный, нерезистентный. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в IV межреберье на 0,5 см кнутри от правого края грудины.

Левая - в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии.

Верхняя - в III межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - в IV межреберье по левому краю грудины.

Левая - в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

Верхняя - в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины.

Ширина сосудистого пучка 6 см.

Размеры сердца по Курлову:

Длинник - 13 см.

Поперечник - 12 см.

При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушенные. Шумов нет.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 78 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. Стенка артерий эластична. АД 125/85.

Система органов пищеварения:

Губы розовой окраски, чистые, умеренно влажные. Углы губ симметричны.

Слизистая полости рта и твердого неба бледно-розовая, чистая, умеренно влажная, кровоизлияний нет. Язык обычной окраски, влажный, сосочковый слой выражен умеренно, покрыт серым налетом. Задняя стенка глотки бледно-розовая, чистая, ровная.

При осмотре живот обычной формы, участвует в акте дыхания. Патологической перистальтики не отмечается.

При поверхностной пальпации живот мягкий безболезненный. Локальные объемные образования, диастазы и грыжевые ворота не обнаружены.

Результаты глубокой пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко: слепая кишка пальпируется в правой паховой области в виде цилиндра с грушевидным расширением книзу, мягко-эластической консистенции, диаметром 3 см., смещаемого в пределах 1-2 см., безболезненная, не урчащая. Остальные отделы толстой кишки не пальпируются.

Пальпация желудка и определение его нижней границы: пилоро-антральный отдел желудка безболезненный, подвижный. Методом перкуссии и методом стетоакустической пальпации большой кривизны нижняя граница желудка определяется на 3 см. выше пупка.

Печень.

Верхняя граница - VI ребро по правой парастернальной и среднеключичной линиям. VII ребро по передней подмышечной линии.

Нижняя граница - у реберной дуги по левой парастернальной линии. На границе верхней и средней трети расстояния от мечевидного отростка до пупка по срединной линии. На 4 см ниже реберной дуги по парастернальной линии справа. На 1.5 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии справа. XI ребро по средней подмышечной линии справа.

Размеры печени по Курлову: 12-11-8 см. Нижний край печени при пальпации выступает из под правого подреберья на 1 см, гладкий, мягкой консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненности в месте проекции нет. Симптомы Ортнера, Курвуазье, Кера, Мюсси, Мерфи отрицательные. Селезенка: перкуторно поперечник 5 см, длинник 8 см. Пальпации недоступна. Болезненности в месте проекции нет. Размеры по Курлову 15/8. Поджелудочная железа: Болезненности в месте проекции нет. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный по всей поверхности живота.

Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Мочеполовая система:

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, отечности кожных покровов нет. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При перкуссии и пальпации в области проекции мочевого пузыря болезненности нет. Мочеиспускание произвольное, свободное, безболезненное.

Нервно-психическая сфера:

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается с врачом, восприятие не нарушено, внимание не ослаблено, способен долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена, интеллект сохранен, мышление не нарушено. Настроение ровное, поведение адекватное.

Головных болей, головокружений нет. Сон глубокий, ровный, продолжительностью 7-8 часов, засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее.

При исследовании черепно-мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечает. Зрение, слух, обоняние в норме.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больного на боль в правой половине грудной клетки, на основании данных анамнеза заболевания, на основании осмотра больного выставлен предварительный диагноз: колото-резаная рана передней поверхности грудной клетки.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (билирубин, мочевина, АсАТ, АлАТ, общий белок), ЭКГ, Rg-графия грудной клетки, УЗИ грудной клетки, коагулограмма, кровь на алкоголь.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ

Общий анализ крови 21.03.2008г. Гемоглобин 140 г/л, эритроциты 4.28х1012 г/ л, цветной показатель 1.0, лейкоциты 5,5х109 /л, эозинофилы 4%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 65%, моноциты 1%, СОЭ 5 мм/ч

Общий анализ мочи 21.03.2008г. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, удельный вес 1022, прозрачность полная, белок нет, сахар нет. Лейкоциты 1-2 поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови 22.03.2008г. АсАТ 35 Ед/л, АлАТ 31 Ед/л, билирубин общий 10,7 мкмоль/л, билирубин прямой 2,1 мкмоль/л, мочевина 3,9 ммоль/л, общий белок 60 г/л, Na+ 148 ммоль/л, К+ 4,7 ммоль/л, Cl- 112 ммоль/л, Са2+. 2,06 ммоль/л.

Коагулограмма 22.03.2008г. Протромбин 0,94, фибрин 12, фибриноген 2,60, фибриноген «Б» отрицательный, гепариновое время АЧТВ – 32 секунды.

ЭКГ 22.03.2007г. Ритм синусовый, 50 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца.

УЗИ грудной клетки 21.03.2008г. В плевральной полости жидкость в пределах нормы.

Rg-графия грудной клетки 21.03.2008г. Легкие и сердце в норме, органы средостения не смещены, признаков пневмогемоторакса нет.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб больного на боль в правой половине грудной клетки, на основании данных анамнеза заболевания (получил удар ножом в грудь), на основании данных объективного исследования (колото-резаная рана 3,5×1 см, с ровными краями несколько выше грудинно-ключичного сочленения справа), не основании данных Rg-графии и УЗИ грудной клетки (отсутствие признаков гемопневмоторакса) выставлен клинический диагноз: проникающее колото-резаное ранение грудной клетки с пересечением II ребра справа, ранение верхней доли правого легкого, алкогольное опьянение средней степени.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Необходимо отдифференцировать более тяжелые последствия ножевого ранения: пневмогемоторакс, повреждение органов грудной клетки. Дифференцировка проводиться по данным УЗИ, Rg-графии, оценки характера ранения и состояния больного.

ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Возможны три варианта: дренирование плевральной полости, операция или выжидательная консервативная терапия. В большей части случаев при тупой травме и проникающих ранениях груди достаточно консервативной терапии, отдельно или в сочетании с установкой дренажей.

Показания к дренированию плевральной полости:

Пневмоторакс (любой степени). Установив дренаж в плевральную полость, наблюдают за количеством поступающего воздуха. При возникновении кровотечения в плевральную полость и при выделении большого количества воздуха может потребоваться операция. Для решения вопроса об установке дренажа можно ориентироваться на показания, установленные для спонтанного пневмоторакса: воздух занимает более 1/3 легочного поля, нарастающий или напряженный пневмоторакс. Однако в этом случае требуется неотрывное наблюдение за состоянием легкого и рентгенография в динамике, что часто оказывается невозможным из-за сопутствующих повреждений и хирургических вмешательств на других органах.

«Сосущая» рана грудной стенки. Дренажную трубку устанавливают через контрапертуру. Это позволяет провести полноценную хирургическую обработку и ушивание основной раны.

Острый гемоторакс (любой степени). Установка дренажа позволяет эвакуировать излившуюся кровь и наблюдать за интенсивностью кровотечения. Затемнение наддиафрагмального пространства при рентгенографии в положении стоя означает, что в плевральной полости скопилось несколько сотен миллилитров крови.

Подострый гемоторакс (средний или тотальный). Подострым называют гемоторакс, возникший более 48 ч тому назад. Обычно кровь, излившаяся в плевральную полость, не сворачивается. Поэтому, если гемоторакс не увеличивается, но сопровождается клинической симптоматикой, сначала пытаются удалить кровь с помощью плевральной пункции. Если это не удается, а кровь занимает более 1/3 легочного поля, показана установка дренажа. Если кровь занимает менее 1/3 легочного поля (например, при изолированном переломе ребра), гемоторакс может рассосаться самостоятельно, обычно в течение 6 недель; при появлении клинической симптоматики прибегают к плевральной пункции. Установка дренажа с профилактической целью не показана. Исключение составляют тяжелые повреждения грудной клетки (например, окончатый перелом ребер) и необходимость ИВЛ в отсутствие доступа к плевральной полости (хирургическое вмешательство в любом положении больного, кроме положения на спине, ортопедические вмешательства). Решение об установке дренажа в этих случаях принимают индивидуально. Используют пассивное дренирование с водяным затвором или аспирационное дренирование. Дренирование прекращают, когда по дренажам отделяется менее 50 мл жидкости в сутки, выделение воздуха полностью прекратилось, а больной переведен на самостоятельное дыхание. Во время дренирования плевральной полости профилактическая антибиотикотерапия необязательна.

Тампонада сердца может возникнуть как при тупой травме, так и при проникающем ранении груди. Во время подготовки к операции для спасения жизни могут потребоваться пункция перикарда и инфузионная терапия. Обширная зияющая рана грудной стенки. Проникающие ранения переднего и верхнего средостения с возможным повреждением внутренних органов (признаки пневмоторакса, гемоторакса, тампонады сердца). Риск повреждения сердца считается высоким, если входное отверстие находится в области, ограниченной реберными дугами, ключицами и среднеключичными линиями. Локализация раны сама по себе не является показанием к операции; при решении вопроса о хирургическом вмешательстве многие хирурги ориентируются на показатели гемодинамики и клиническую картину. Другие, учитывая высокую вероятность повреждения сердца, всем больным проводят экстренную диагностическую операцию. При сквозном ранении средостения к хирургическому вмешательству прибегают обычно из-за нестабильности гемодинамики. Ход раневого канала часто неизвестен, особенно при пулевых ранениях; возможны повреждения многих внутренних органов. Раньше сквозное ранение средостения считалось абсолютным показанием к диагностической операции. В настоящее время, если состояние больного стабильно, проводят ЭхоКГ, аортографию, эзофагоскопию и бронхоскопию. В отсутствие патологии показана выжидательная консервативная терапия. Если хирургическое вмешательство необходимо, следует хорошо продумать оперативный доступ (стернотомия или двусторонняя переднебоковая торакотомия). Для осмотра пищевода и нисходящей части аорты стернотомия непригодна.

Показания к операции:

После установки дренажа сразу получено больше 1500 мл крови.

За первый час по дренажам получено больше 500 мл крови.

Отделение крови по дренажам в последующие часы превышает 150 – 200 мл/ч.

Увеличение количества отделяемой по дренажам крови не зависимо от первоначально полученного объема.

Скопление крови в плевральной полости, сопровождающееся клинической симптоматикой и не поддающееся дренированию (после рентгенологического подтверждения).

Выделение по дренажам большого количества воздуха независимо от того,

расправляется ли легкое или нет.

Установленный разрыв трахеи или главного бронха.

Разрыв диафрагмы.

Разрыв аорты любой локализации.

Перфорация пищевода.

Инородные тела грудной полости (нож, пуля, осколок и т.д.)

При торакоабдоминальной травме с признаками угрожающего жизни внутрибрюшного кровотечения операцию принято начинать с лапаротомии; плевральную полость в это время дренируют и наблюдают за отделяемым по дренажам. Абсолютными исключениями из этого правила являются тампонада сердца и профузное кровотечение в плевральную полость; относительными – выделение большого количества воздуха по дренажам и разрыв аорты с образованием пульсирующей гематомы. В двух последних случаях можно попытаться отложить торакотомию и сначала остановить внутрибрюшное кровотечение, однако больного следует готовить одновременно к обеим операциям. Если возникнет необходимость, вторая бригада хирургов приступает к экстренной торакотомии.

Относительно тактики лечения проникающих ранений средостения в отсутствии признаков повреждения внутренних органов единого мнения не существует (см. выше). Консервативное лечение подобных травм требует: 1) госпитализации больного в отделение реанимации; 2) установки катетера в центральную вену и ежечасного измерения ЦВД; 3) установки артериального катетера и мониторинга АД; 4) проведения ЭхоКГ при поступлении; 5) обзорной рентгенографии грудной клетки в динамике (сначала через 4 – 6 ч, затем – по показаниям); 6) ежечасного измерения объема отделяемого по дренажам. Обязательно внимательное наблюдение за больным и своевременная коррекция лечения.

Антибиотикотерапия.

Сразу при поступлении назначают цефалоспорины первого или второго поколения. Антибиотикотерапию продолжают до тех пор, пока не закончитсяпослеоперационная лихорадка и не нормализуется количество лейкоцитов в крови. При перфорации пищевода нужны антибиотики, активные в отношении микрофлоры полости рта (например, пенициллины). При хирургических вмешательствах по поводу тупой травмы груди («чистые» раны) антибиотики назначают так же, как и при плановых операциях: 1 раз до и 2 – 3 раза после операции. Показаниями к длительному приему антибиотиков широкого спектра действия являются: сильно загрязненные раны, инородные тела, протезирование. Во время дренирования плевральной полости антибиотики назначать необязательно.

Обезболивание.

Обезболивание абсолютно необходимо при тяжелых повреждениях груди, включая переломы ребер, во время дренирования плевральной полости и в послеоперационном периоде, т.е. тогда, когда необходимо обеспечить полноценное самостоятельное дыхание и очищение дыхательных путей от мокроты. Анальгетики могут назначаться внутрь, внутримышечно или внутривенно. Можно использовать любые препараты. Межреберная проводниковая анестезия проводится после торакотомии, при множественных переломах ребер, при боли в месте установки дренажа. Обычно проводят блокаду нескольких межреберий выше и ниже раны лидокаином (или лидокаином в сочетании с адреналином). Под нижний край ребра у латерального края m. erector spinae (т.е. на 2,5 см латеральнее места выхода межреберного нерва из межпозвоночного отверстия) вводят 5 мл 0,5 – 1% лидокаина. Используют иглу для спинномозговой пункции. Нельзя допускать повреждения плевры и попадания препарата в кровеносный сосуд. За один раз можно выполнить блокаду 4 – 5 межреберий. Если на той стороне грудной клетки, где проводят анестезию, не установлен дренаж, после окончания процедуры показана рентгенография грудной клетки. Эпидуральную анестезию проводят однократно или устанавливают катетер для длительной инфузии анестетика. Для инфузии можно использовать также смесь местного анестетика с наркотическим анальгетиком (например: 20 мл 0,5% бупивакаина + 200 мкг фентанила + 26 мл 0,9% NaCl; вводят со скоростью 5 –8 мл/ч). этот вид обезболивания особенно эффективен при боли в груди. Необходима консультация анестезиолога и последующее наблюдение квалифицированной медсестры. Если не применяют аспирационное дренирование, анальгетик можно ввести в плевральную полость.

Выбор оперативного доступа.

При повреждениях сердца и магистральных сосудов предпочтение отдают продольной стернотомии. Удобен и левосторонний переднебоковой доступ; разрез делают в IV – V межреберье и при необходимости расширяют вбок. Однако при таком доступе затруднен подход к устью магистральных сосудов. При повреждении плечеголовного ствола выполняют стернотомию с переходом на шею вдоль m. sternocleidomastoideus или вдоль ключицы. При одностороннем тотальном гемотораксе прибегают к переднебоковой или заднебоковой торакотомии на стороне повреждения. При правостороннем гемотораксе предпочитают положение больного на спине, поскольку в положении на левом боку сердечно-легочная реанимация, если в ней возникает необходимость, крайне затруднена. Оптимальный доступ к грудной аорте – левосторонняя заднебоковая торакотомия в четвертом межреберье (здесь обычно расположена дуга аорты при однолегочной ИВЛ). Тем не менее, если не исключено повреждение позвоночника, используют передний доступ, а для визуализации грудной аорты отводят верхушку легкого или применяют однопросветную эндотрахеальную трубку с бронхоблокатором. В качестве бронхоблокатора можно использовать катетер Фогарти большого диаметра. При подозрении на гемоперикард проводят диагностическую субксифоидальную перикардиотомию (как самостоятельное вмешательство или во время операции на органах брюшной полости). Над мечевидным отростком делают разрез кожи длиной 5 – 7,5 см и рассекают апоневроз по белой линии живота. Мечевидный отросток иссекают, тупо отслаивают ткани средостения, обнажают участок перикарда и рассекают его. При обнаружении крови в полости перикарда проводят стернотомию, останавливают кровотечение, ушивают рану сердца или магистрального сосуда. Все это нужно обязательно учесть при подготовке к операции. Субксифоидальный доступ используют только в диагностических целях; для специализированных операций он не годится.

Профилактика легочных осложнений (пневмонии, ателектаза).

Цель – обеспечить освобождение дыхательных путей от мокроты и глубокое дыхание. Показаны аспирация мокроты через назотрахеальную трубку, перкуссионный и вибрационный массаж, постуральный дренаж, спиротренажер, дыхание увлажненным кислородом, обезболивание. Все эти мероприятия являются не взаимоисключающими, а взаимодополняющими. В освобождении дыхательных путей от мокроты и крови после травмы существенную помощь может оказать бронхоскопия. Тактика ведения больных при некоторых видах травм груди. Тампонада сердца представляет собой острую сердечную недостаточность, обусловленную скоплением крови или другой жидкости в полости перикарда. Это угрожающее жизни состояние, требующее неотложного вмешательства.

Данному больному применялось следующее лечение:

ПСС – 3000 ЕД, СА – 1 по схеме

Цефазолин 2,0 в\в 3 раза в день



Sol. Euphillini 2,4 % - 10,0 в\в

ДНЕВНИКИ

25.03.2008г.

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 23 в минуту. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Частота 75 ударов в минуту. Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст. Предъявляет жалобы на боли в грудной клетке при дыхании. Назначения те же.

27.03.2008г.

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 19 в минуту. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Частота 78 ударов в минуту. Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст. Жалоб не предъявляет, назначения те же.

ЭПИКРИЗ

Больной \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, 28 лет, был доставлен в ВОКБ бригадой СМП 21.03.08 в 2000 . При поступлении предъявлял жалобы на боли в области грудной клетки справа. Сообщил что за час до поступления получил удар ножом в область груди. Общее состояние больного средние тяжести. Несколько выше грудинно-ключичного сочленения справа имеется колото-резаная рана 3,5×1 см, с ровными краями, не кровоточит. Подкожной эмфиземы на шее и грудной клетке нет. Определяется запах алкоголя изо рта. При рентгенологическом и УЗ исследованиях грудной клетки признаков пневмогемоторакса не выявлено. 21.03.2008г. – 2055 - 2200 произведена ПХО и ревизия раны, торакотомия, ушивание раны легкого. Послеоперационный диагноз: проникающее колото-резаное ранение грудной клетки с пересечением II ребра справа, ранение верхней доли правого легкого, алкогольное опьянение средней степени. Больной получал следующее послеоперационное лечение: цефазолин 2,0 в\в 3 раза в день, Sol. Euphillini 2,4 % - 10,0 в\в × 3 раза в день. Состояние больного улучшилось, в настоящий момент продолжает лечиться.

