**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Реферат

на тему:

**«Повреждения шеи, грудной клетки и живота»**

**Пенза**

**2008**

**План**

1. Повреждения шеи
2. Повреждения грудной клетки

* Переломы ребер
* Переломы грудины
* Травматическая асфиксия
* Ранения грудной стенки

1. Повреждения живота

* Ушиб брюшной стенки
* Закрытые повреждения живота, сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением
* Закрытые повреждения живота, сопровождающиеся разрывом полого органа
* Закрытые повреждения органов забрюшинного пространства
* Ранения живота

Литература

**1. Повреждения шеи**

В основном наблюдаются резанные и колотые раны шеи различной локализации. В области шеи находится ряд жизненно важных структур (сонные артерии, трахея, пищевод, щитовидная железа), повреждение которых может представить угрозу жизни и здоровью пострадавшего. Закрытые травмы редки и обычно обусловлены прямым воздействием (например, удар натянутой проволокой в шею мотоциклиста, едущего с большой скоростью). Травмы шеи нередки при самоповешении, при этом видна странгуляционная борозда.

Ранение может сопровождаться сильным кровотечением, так как область шеи хорошо вскуляризована. При повреждении трахеи возникает кровохарканье, нарушается фонация, быстро нарастает подкожная эмфизема. При ранении пищевода подкожная эмфизема бывает незначительной и определяется лишь при ощупывании шеи; отмечается боль при глотании.

Диагноз основывается на выявлении признаков повреждения трахеи, пищевода, крупных сосудов.

Неотложная помощь при ранении сонной артерии – тугая тампонада раны стерильными салфетками (предварительно прижать артерию пальцем). При ранении или закрытых повреждениях трахеи с асфиксией – интубация через рот; если она не удается, а рана в области трахеи достаточно большая, проводят интубацию через рот. Кислород, обезболивающие (омнопон – 2% раствор 2 мл), сердечно-сосудистые средства (кордиамин – 2 мл подкожно). При ранении пищевода ничего не давать через рот. Наложить повязку на рану.

Госпитализация в хирургическое отделение.

**2. Повреждения грудной клетки**

***Переломы ребер*** могут быть изолированными и множественными. Причина перелома – падение на выступающий предмет, наезд автомашины, поезда, автомобильная авария. У детей переломы ребер вследствие эластичности грудной клетки встречаются редко; у лиц пожилого и среднего возраста даже небольшие по силе травмы могут привести к множественному перелому ребер. При переломах ребер по двум и более анатомическим линиям может возникнуть флотация (пародоксальное движение) грудной стенки: в момент вдоха участок грудной стенки западает, в момент выдоха – выбухает. Флотация вызывает значительные расстройства внешнего дыхания и кровообращения.

Резкая локальная боль в месте перелома ребер. Крепитация отломков, ограничение подвижности поврежденной половины грудной клетки. Могут быть ссадины и раны грудной стенки, гематомы. Дыхание учащенное, сопровождается болью. Особенно трудно менять положение тела из лежачего в сидячее.

Диагноз. Помимо указанных выше симптомов, аускультативно можно услышать крепитацию отломков ребер в виде резкого хлопающего звука в момент вдоха. Необходимо исключить повреждение внутренних органов брюшной полости при травме нижних ребер.

Дифференциальный диагноз проводят: а) с ушибами грудной клетки (отсутствуют крепитация и одышка, болезненность более разлитая); б) с опоясывающим лишаем (имеются высыпания лишая по ходу межреберных промежутков, боль жгучая, нет крепитации отломков); в) с межреберной невралгией (боль стреляющая, возникает на вдохе и проходит в покое, отсутствуют указания на травму).

Неотложная помощь: обезболивание (2 мл 50% раствора анальгина внутримышечно), возвышенное положение, кислород. При задержке госпитализации – межреберная или паравертебральная новокаиновая блокада.

Госпитализация. Изолированные переломы лечат амбулаторно, поэтому пациента следует направить в травматологический пункт. При множественных переломах ребер, сопровождающихся одышкой, цианозом, признаками шока, – госпитализация в реанимационное отделение. При переломах с компенсированным дыханием – госпитализация в травматологическое или торакальное отделение.

***Переломы грудины***. Наблюдаются при прямой травме – ударе кулаком, падении на выступающий предмет, ударе рулевого колеса автомобиля.

Резкая боль в области перелома, ступенеобразная деформация грудины. При сильном ударе могут быть признаки ушиба сердца (нарушение ритма, боль в области сердца и за грудиной, цианоз). При наличии в анамнезе тяжелых заболеваний сердца (стенокардия, инфаркт миокарда) перелом грудины может вызвать приступ основного заболевания.

Диагноз прост, если имеется деформация грудины. При отсутствии смещения отломков диагноз ставится предположительно. Дифференцировать перелом грудины (особенно у пожилых людей) следует от сердечных заболеваний, сопровождающихся сильными загрудинными болями (стенокардия, инфаркт миокарда), так как наличие травмы может направить мысль врача по неправильному руслу. Это надо иметь в виду в случае бытовых и семейных конфликтов.

Неотложная помощь: обезболивание (2 мл 50% раствора анальгина внутримышечно), возвышенное положение. Переломы без смещения лечат амбулаторно в травматологическом пункте. При наличии ушиба сердца или развитии приступа миокарда помощь см. в соответствующих разделах. Если перелом грудины сопровождается смещением, показана госпитализация в травматологическое или торакальное отделение.

***Травматическая асфиксия*** (сдавление грудной клетки, синдром верхней полой вены) возникает вследствие резкого и относительно длительного сдавления грудной клетки. Один из основных видов травматических повреждений при массовых поражениях – землетрясение, шахтных обвалах и др. Как правило, переломов ребер не бывает. Вследствие нарушения венозного оттока от верхней половины тела резко повышается давление в системе верхней полой вены с образованием множественных мелких кровоизлияний (петехий) в коже, слизистых оболочках и во внутренних органах, прежде всего в головном мозге. Может отмечаться стойкое синее окрашивание верхней половины туловища и лица.

Клиническая картина в зависимости от продолжительности и силы сдавления различна. В легких случаях пострадавшие возбуждены, лицо одутловато, немного цианотично, на конъюнктивитах имеются отдельные петехий, дыхание учащено. При средней степени тяжести компрессии грудной клетки больные заторможены или возбуждены, дезориентированы, лицо отечно, цианотично, множественные петехий на лице, шее, конъюнктиве глаз, выраженная одышка, нарушение зрения. В тяжелых случаях больные без сознания, отмечается резкий цианоз всего тела, иногда лица, шеи, верхней половины туловища, рук. Множественные петехий на лице, конъюнктиве глаз и на коже верхней половины туловища, лица, шеи, рук. Дыхание поверхностное, частое, при отсутствии лечения сменяется редким агональным вплоть до полной остановки.

Диагноз в типичных случаях несложен и устанавливается на основе анамнеза, характерного внешнего вида больных, наличия петехий на коиьюнктивах и коже. Дифференцировать следует от закрытой черепно-мозговой травмы, асфиксии вследствие реуртитации и аспирации рвотных масс, попадания инородных тел в дыхательные пути.

Неотложная помощь. В легких случаях – покой, лед на голову; при возбуждении вводят седативные средства (седуксен или реланиум, 1% раствор димедрола); в случаях средней тяжести – возвышенное положение, дача кислорода, сердечнососудистых средств (кордиамин 2 мл); в тяжелых случаях – искусственное дыхание с использованием маски от аппарата АМБУ. Внутривенно вводят 20 мл 40% раствора глюкозы, лазикс 40–80 мг для предупреждения отека легких и уменьшения отека мозга.

Госпитализация в тяжелых случаях в реанимационное отделение, при травматической асфиксии средней тяжести – в травматологическое или торакальное отделение многопрофильной больницы. Транспортировка в положении лежа с поднятым изголовьем.

В легких случаях после диагностического наблюдения в течение часа в приемном отделении больницы больной может быть отпущен на амбулаторное лечение при отсутствии дыхательной недостаточности и невропатологии.

***Ранения грудной стенки***. В мирное время чаще всего наблюдаются резанные и колотые раны. Опасность для жизни представляют ранения, сопровождающиеся вскрытием плевральной полости и повреждением внутригрудных органов – сердца, крупных сосудов, легких, а при ранении нижних отделов грудной клетки – повреждением органов брюшной полости (торакоабдоминальные ранения).

Пострадавшие жалуются на боль в области раны, кровотечение. При ранах, проникающих в плевральную полость, наблюдается подсасывание воздуха, подкожная эмфизема (крепитация пузырьков воздуха вокруг краев раны).

Диагноз не представляет затруднений, когда пострадавший в сознании и точно указывает на местоположение раны. В то же время бессознательное состояние больного, глубокое алкогольное опьянение при отсутствии очевидцев происшествия, особенно при расположении ранения в области спины, могут привести к просмотру ранения. Следует учитывать также, что в зимнее время рана может быть прикрыта одеждой. Аналогичная ситуация складывается при множественных ранениях туловища и конечностей, когда небольшие раны грудной клетки могут быть не обнаружены. В этих случаях наличие признаков дыхательной недостаточности (одышка, цианоз и т.д.) или признаков острой кровопотери должны заставить тщательно осмотреть грудную клетку пострадавшего. Необходимо исключить опасные для жизни повреждения органов груди и живота.

Неотложная помощь. Временная остановка кровотечения тампонадой, наложением асептической повязки, холодом. Введение обезболивающих, сердечнососудистых средств, наложение герметичной повязки на рану при открытом пневмотораксе.

Госпитализация в хирургическое или торакальное отделение.

**3. Повреждение живота**

Повреждение живота и органов брюшной полости относятся к числу опасных для жизни и во многих случаях требуют экстренного оперативного лечения. Задержка с операцией вследствие несвоевременного распознавания этих повреждений или каких-либо других причин резко ухудшает жизненный прогноз.

***Ушиб брюшной стенки.*** Возникает вследствие прямой травмы. Могут обнаруживаться ссадины брюшной стенки, гематома. Когда пострадавший лежит спокойно, боль неинтенсивная. Она усиливается при перемене положения тела, напряжения мышц живота (больному в постели предлагают поднять голову). Чтобы точно локализовать болезненность в области брюшной стенки, пользуются следующим приемом: осторожно захватывают кистями обеих рук участки брюшной стенки, слегка их приподнимая. При сдавлении зоны ушиба определяется болезненность. При глубокой пальпации болезненность и симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Диагноз ушиба брюшной стенки можно ставить с большой осторожностью только при незначительных травмах на основании перечисленных симптомов. Всегда нужно иметь в виду возможность повреждения внутрибрюшных органов.

Неотложная помощь и госпитализация. Пострадавшего необходимо доставить в хирургический стационар для клинического наблюдения и исключения закрытой травмы органов брюшной полости.

***Закрытые повреждения живота, сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением***. Возникают вследствие ударов значительной силы по животу: при наезде автомобиля, автомобильных авариях, падения с большой высоты, ударами ногами по животу и нижним отделам грудной клетки. Источником кровотечения являются разорванная селезенка, печень, сосуды брыжейки тонкой и толстой кишок.

Пострадавшие находятся в тяжелом состоянии, нередко у них имеются повреждения других областей тела. Выражены травматический шок и симптомы внутреннего кровотечения. Живот умеренно вздут, при ощупывании мягкий, может быть разлитая болезненность. При перкуссии определяется притупление в боковых частях живота (слева – при повреждении селезенки, справа – при повреждении печени). Резко положительный симптом Щеткина – Блюмберга (легкое постепенное надавливание на брюшную стенку безболезненно или малоболезненно, в то время как при быстром отнимании руки возникает боль).

Диагноз устанавливают на основании наличия серьезной травмы, симптомов внутреннего кровотечения, гидроперитонеума (наличие жидкости в брюшной полости) и симптомов раздражения брюшины. Дифференцировать следует от кровотечения в плевральную полость, при котором, помимо признаков острой кровопотери, имеются дыхательная недостаточность (одышка, цианоз), притупление при перкуссии в нижних отделах грудной полости и отсутствие так же дыхательных шумов при аускультации.

Неотложная помощь и госпитализация. Пострадавшего необходимо максимально быстро доставить в хирургический стационар. Наркотические анальгетики не вводить, так как это может завуалировать клиническую картину. В пути следования в больницу при общем тяжелом состоянии больного – струйное переливание полиглюкина или желатиноля.

***Закрытые повреждения живота, сопровождающиеся разрывом полого органа***. Чаще всего повреждаются тонкая кишка, затем толстая, желудок, мочевой пузырь.

Выход желудочно-кишечного содержимого в брюшную полость вызывает резкую («кинжальную») боль в животе. Пострадавший бледен, выражение лица напряженное, так как любое движение приводит к усилению боли в животе. Язык суховат, обложен. Живот напряжен (при больших разрывах желудка или кишки – «как доска»), пальпация вызывает болезненность: в первый момент после травмы локальную (в эпигастрии, в области пупка и т.д.), а затем разлитую по всему животу. Пульс частый, слабого наполнения, АД понижено. Симптом Щеткина – Блюмберга резко положительный. Печеночная тупость может исчезнуть из-за выхождения воздуха из желудка в брюшную полость.

Диагноз в типичных случаях установить нетрудно на основании описанной выше клинической картины. Сложнее определить травму органов брюшной полости у пострадавшего с нарушением сознания, в глубоком алкогольном опьянении. В этих случаях диагноз будет предположительным на основании наличия напряжения мышц брюшной стенки и общего тяжелого состояния с нестабильной гемодинамикой.

Неотложная помощь и госпитализация. Решающее значение имеют своевременное распознание и быстрая доставка в стационар. При сильной боли можно ввести 50% раствор анальгина – 2 мл (наркотические анальгетики не вводить). Если отмечается падение АД и развиваются явления травматического шока, вводят полиглюкин и другие высокомолекулярные кровезаменители. Транспортировка на носилках в положений лежа.

***Закрытые повреждения органов забрюшинного пространства***. К их числу относятся: повреждения почек, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки. Возникают при наездах автомобиля, поезда с ударом сзади, избиениях, падениях с высоты на спину.

Состояние пострадавших тяжелое, выражен травматический шок. Живот мягкий, умеренно вздут, симптомов раздаражения брюшины и напряжения мышц брюшной стенки нет. Травма поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки дает нетипичную картину острого живота: на фоне общего тяжелого состояния отмечается небольшое разлитое напряжение мышц брюшной стенки, большие локализующееся в эпигастрии или в правом подреберье, может быть рвота. Симптом Щеткина – Блюмберга слабоположительный.

Диагноз может представить затруднения. На мысль о повреждении органов забрюшинного пространства наводит наличие гематурии (исключить травму мочевого пузыря и уретры), несоответствие тяжести состояния и стертых симптомов острого живота (при разрыве двенадцатиперстной кишки).

Неотложная помощь и госпитализация. Необходима быстрая доставка в хирургическое отделение, противошоковых инфузионная терапия. Транспортировка на носилках в положении на спине.

***Ранения живота***. В мирное время большинство ранений живота наносится колющими или режущими предметами и возникает при бытовых эксцессах, асоциальных действиях (преступлениях), суицидальных попытках. Нередко пострадавшие находятся в состоянии алкогольного опьянения.

Рана брюшной стенки может быть различных размеров, может проникать в брюшную полость или тупо заканчиваться в пределах брюшной стенки. Если ранен орган брюшной полости, то клиническая картина будет зависеть от того, преобладает ли кровотечение в брюшную полость или ранение полого органа с излиянием содержимого. Симптомы этих повреждений описаны выше.

Диагноз при локализации раны в области брюшной стенки несложен. Однако следует иметь в виду, что при ранах, расположенных вне передней стенки живота, в области таза, нижних отделов грудной клетки, и при длинном ранящем орудии (нож, шило, стамеска) могут быть повреждены органы брюшной полости или забрюшинного пространства.

Безусловным признаком проникающего ранения является выпадение сальника или органа брюшной полости (чаще всего кишечника) в рану.

Неотложная помощь и госпитализация. На рану накладывают стерильную повязку, укрепляя ее волосками лейкопластыря. Нельзя вправлять выпавший сальникили внутренности в брюшную полость. Их нужно укрыть стерильными салфетками, смоченными раствором фурацилина. При необходимости проводят противошоковую инфузионную терапию. Из обезболивающих средств вводят 50% раствор анальгина – 2 мл. Транспортировка в положении лежа на носилках.

При задержке госпитализации помощь больным с травмой живота и его органов: пострадавшего укладывают на спину с приподнятым изголовьем. Не следует давать пить никаких жидкостей, можно смачивать водой только губы. Если боль очень сильная или имеется выпадение внутренних органов, внутримышечно вводят наркотические анальгетики (2% раствор омнопона – 1 мл, 1% раствор морфия – 1 мл). Внутривенно капельно вводят солевые растворы, кровезаменители в дозе не менее 2 л/сут, изотонический раствор хлорида натрия – 500 мл, раствор Дерроу – 500 мл, полиглюкин – 500 мл, желатиноль – 500 мл. Проводят массивную антибиотикотерапию, лучше антибиотиками широкого спектра (канамицин по 500000 ЕД 4 раза в сутки внутримышечно, гентамицин по 80 мг 3 раза в сутки). При отсутствии вводят внутримышечно пенициллин по 1 000000 ЕД каждые 4 часа. Повязка, прикрывающая выпавшие внутренности, должна быть смочена теплым стерильным раствором фурацилина и быть постоянно влажной. При парезе кишечника и рвоте трансназально вводят тонкий желудочный зонд в желудок и отсасывают шприцом Жане желудочное содержимое.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год