Департамент Здравоохранения г. Москвы
НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского

**04.20** **0.4** **03481** '

Абакумов Александр Михайлович

**Травматический свернувшийся гемоторакс
(диагностика и лечение).**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

14.00.27 (хирургия)

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН А.С.Ермолов

МОСКВА-2003 г.

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДНИЕ 5

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 10

Глава 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

*2.1* ***.Характеристикаклинических наблюдений***

1. ***Методы исследования***

Глава 3. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА

1. ***Ранения груди***
2. ***Закрытая травма груди*** *55*

Глава 4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНО­СТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТО­РАКСА

1. ***Данные клинического осмотра и лабораторных иссле­дований*** *58*
2. ***Роль рентгенологического метода исследования в диаг­ностике травматического свернувшегося гемоторакса****... 72*
3. ***Роль пункции плевральной полости в диагностике трав­матического свернувшегося гемоторакса***
4. ***Роль УЗИ в диагностике травматического свернувшего-***

83

***ся гемоторакса***

1. ***Роль КТ в диагностике травматического свернувшегося***

**88**

***гемоторакса***

**Глава 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА**

* 1. ***Консервативное лечение*** *Ю*
	2. ***Пункции плевральной полости*** *\* 1*

***-г-***

*5.3* ***Дренирование плевральной полости*** *118*

1. ***Химический фибринолиз*** *121*
2. ***Видеоторакоскопия*** *126*
3. ***Торакотомия*** *134*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 157

[ВЫВОДЫ 170](#bookmark5)

РЕКОМЕНДАЦИИ В ПРАКТИКУ 172

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 174

выводы.

1. Основными факторами, способствующими возникновению травмати­ческого свернувшегося гемоторакса, являются: позднее обращение пострадав­ших за медицинской помощью (62%),\* неадекватное дренирование плевраль­ной полости при гемотораксе (31,3%) и тактические ошибки в лечении боль­ных с проникающими ранениями и закрытой травмой груди (7,3%).
2. Клинические и лабораторные признаки травматического свернувше­гося гемоторакса неспецифичны. Чувствительность первичного рентгенологи­ческого исследования в диагностике свернувшегося гемоторакса составляет 38,6%, ультразвукового исследования - 68%, что в значительной степени свя­зано с наличием у больных эмфиземы мягких тканей и тяжестью их состояния.

Наиболее эффективным методом диагностики травматического свер­нувшегося гемоторакса является рентгеновская компьютерная томография с чувствительностью 98% для определения объёма и локализации и 96% - для определения жидкостной и плотной фракций.

1. На основании данных компьютерной томографии, верифицирован­ных при видеоторакоскопии и торакотомии, выделены 4 клинико­анатомические формы травматического свернувшегося гемоторакса: тоталь­ная, плащевидная, локальная и фрагментарная.
2. Выбор метода лечения травматического свернувшегося гемоторакса зависит от тяжести состояния пострадавшего; возраста; времени, прошедшего с момента его образования, а также его объёма.
3. У пострадавших с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и со­четанной травмой при наличии свернувшегося гемоторакса объёмом менее 500смЗ показано консервативное лечение. При объёме свернувшегося гемото­ракса более 500 см3 показана эвакуация жидкостной фракции путём пункций плевральной полости или её дренирования (при инфицировании).
4. Химический внутриплевральный фибринолиз является эффективным методом лечения травматического свернувшегося гемоторакса на второй и

третьей неделе после травмы, при отсутствии внутриорганных и обширных внутритканевых кровоизлияний, ушитых ран сердца, печени, селезёнки.

1. Видеоторакоскопия под общим обезболиванием с однолёгочной инту­бацией является малоинвазивным и высокоэффективным методом лечения свернувшегося гемоторакса в первые три недели после травмы, при отсутствии пневмонии в контрлатеральном лёгком и гнойного трахеобронхита.

Торакотомия с эвакуацией свернувшегося гемоторакса, плеврэктомией и декортикацией лёгкого - наиболее травматичный, но вынужденный метод хирургического лечения травматического свернувшегося гемоторакса объё­мом более 500 см3 в сроки позже трёх недель после травмы