



Результатом закрытых травм легких могут быть ушибы, разрывы и крайне редко отрывы легкого. В случаях ушибов и так называемых субплевральных разрывов висцеральная плевра остается неповрежденной. Однако при большинстве разрывов вместе с легким разрывается и висцеральная плевра.

Патологические изменения при ушибах легких могут быть различными: мелкие кровоизлияния, геморрагическая инфильтрация ткани легкого, разможнение легочной ткани, разрывы бронхов и сосудов с образованием в легких полостей, заполненных воздухом и жидкой или свернувшейся кровью.

Разрывы легких бывают поверхностными и глубокими, одиночными и множественными, а по форме линейными, многоугольными, лоскутными, кратерообразными. При всех разрывах легкого с повреждением висцеральной плеврой в плевральную полость проникает воздух и изливается кровь. Пневмоторакс при закрытых разрывах может быть малым (легкое спадается на 1/3), средним (спадение на 1/2) и большим (полное спадение легкого).

У ряда пострадавших пневмоторакс осложняется эмфиземой средостения, подкожной эмфиземой. Изредка при закрытых разрывах легких возникает особая тяжелая форма пневмоторакса — внутренний клапанный пневмоторакс.

Гемоторакс при закрытых разрывах легкого, как правило, бывает малым или средним. Большой (тотальный) гемоторакс наблюдается редко.

Диагностика. При разрывах легких часто возникает травматический шок. Типичны кровохарканье или выделение пенистой мокроты с примесью алой крови, цианоз, подкожная эмфизема. Физикальное исследование больных с разрывом легких часто бывает затруднительным или даже невозможным из-за их беспокойства, резкой болезненности грудной стенки, одышки, подкожной эмфиземы. Поэтому основными методами диагностики являются рентгенологическое исследование (рентгеноскопия, рентгенография) и плевральная пункция, позволяющая подтвердить или исключить наличие воздуха и жидкой крови в полости плеврой. После закрытой травмы груди

сочетание гемоторакса, пневмоторакса и кровохарканья делает диагноз разрыва легкого достоверным. При тяжелом состоянии пострадавших всегда следует иметь в виду возможность клапанного пневмоторакса, который наблюдается в 6—8% случаев.

В первые сутки после травмы на рентгенограммах легких выявляются малоинтенсивные одиночные или множественные тени без четких контуров — очаги кровоизлияний. Они исчезают через 7—10 дней. Иногда могут быть гиповентиляция и ателектаз доли или всего легкого. При субплевральных разрывах на рентгенограммах и томограммах в легких нередко обнаруживаются полости. Обширные внутрилегочные кровоизлияния дают картину массивного затемнения.

Иногда при тяжелой закрытой травме груди, сопровождающейся кровопотерей, возникает синдром шокового легкого. В основе этого синдрома лежит свертывание крови в легочных капиллярах. Клинически шоковое легкое проявляется острой дыхательной недостаточностью при скудных аускультативных данных: дыхание везикулярное, ослабленное или жесткое, хрипы отсутствуют. На рентгенограммах отмечаются понижение прозрачности легких, усиление легочного рисунка, очаговые затемнения в обоих легких.

Тяжелым осложнением закрытой травмы легких является также возникновение синдрома влажного легкого. Этот синдром развивается главным образом при нарушениях дренажной функции бронхов и гиперсекреции бронхиальных желез. Больные испытывают чувство страха от удушья, беспокойны, пытаются сесть. Дыхание очень частое — до 40—50 в минуту, поверхностное, прерывистое. На расстоянии бывают слышны трахеальные хрипы. Над легкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание с множеством разнокалиберных влажных хрипов. В связи с расстройствами газообмена иногда наступает потеря сознания и быстро может наступить смерть.

Лечение. Первая помощь при всех закрытых травмах легких — введение обезболивающих средств. Дальнейшие лечебные мероприятия в условиях стационара определяются общим состоянием пострадавших, особенностями повреждений и характером возникающих осложнений. При одновременном переломе ребер делают спирт-новокаиновую блокаду мест перелома. В случаях множественных переломов ребер эффективна пролонгированная перидуральная анестезия. Нарушения трахеальной проходимости из-за плохого откашливания требуют трансназальной катетеризации с отсасыванием мокроты или лечебной фибробронхоскопии.

У больных с шоковым легким проводят антикоагулянтную терапию и при серьезных расстройствах газообмена искусственную вентиляцию легких. Реже показания к искусственной вентиляции легких с частым отсасыванием мокроты возникают при влажном легком. В случае необходимости длительной искусственной вентиляции легких и санации бронхиального дерева накладывают трахеостому.

На всех этапах лечения закрытых травм легких показана дыхательная гимнастика, а при угрозе или возникновении инфекционных осложнений — антибактериальная терапия.

Выбор метода лечения закрытого разрыва легкого зависит от выраженности пневмоторакса, гемоторакса, медиастинальной и подкожной эмфиземы, кровохарканья.

При остановившемся кровотечении в плевральную полость и небольшом пневмотораксе показаны плевральные пункции для расправления легкого. У больных с клапанным пневмотораксом или рецидивирующим пневмотораксом производят межреберный тора-коцентез, вводят в плевральную полость катетер и налаживают через него постоянную аспирацию. Если же в течение 3—4 дней через катетер продолжает поступать воздух и легкое не расправляется, возникают показания к торакотомии и ушиванию раны легкого. Срочная торакотомия показана только при продолжающемся кровотечении в плевральную полость и отсутствии положительного эффекта от дренирования и аспирации в случаях клапанного пневмоторакса.