

WALDEMAR OLSZEWSKI

## ANALIZA URAZÓW KLATKI PIERSIOWEJ

Z I Kliniki Chirurgicznej AM w Warszawie

Kierownik: prof. dr J. Nielubowicz

Urazom klatki piersiowej towarzyszą zwykle uszkodzenia narządów jamy brzusznej, kręgosłupa, głowy i kończyn. Postępowanie w tego rodzaju przypadkach wymaga współdziałania chirurga, ortopedy i neurochirurga. Ostre zaburzenia oddechowe występujące przy urazach klatki piersiowej kierują chorych przede wszystkim do oddziałów chirurgii ogólnej. Z tego powodu każdy oddział chirurgiczny musi być przygotowany do odpowiedniego doraźnego leczenia tego typu zaburzeń.

W I Klinice Chirurgicznej AM w Warszawie leczono w okresie od 1958—1962 roku 61 chorych z urazami klatki piersiowej. U 20 spośród nich uszkodzenia dotyczyły również głowy, kończyn i kręgosłupa. Szczegółowe dane przedstawiają kolejne tabele.

Tabela I

Ogółem urazów klatki piersiowej . . . . .	61
Rany przenikające małe . . . . .	23
Urazy bez przerwania ciągłości powłok . . . . .	38
Z odmą niewielkiego stopnia (płaszczową) . . . . .	10
Z całkowitym spadnięciem płuca . . . . .	11
Z <i>asphyxia traumatica</i> . . . . .	3
Rany klute serca . . . . .	7

Tabela II

Rany przenikające . . . . .	23
Powierzchnowe rany ściany klatki piersiowej . . . . .	6
Rany z uszkodzeniem opłucnej i płuca . . . . .	10
z odmą podskórną . . . . .	3
z odmą otwartą . . . . .	8
z krwiakiem opłucnej . . . . .	7
z uszkodzeniem płuca . . . . .	2
Rany serca . . . . .	7
powierzchnowe uszkodzenie mięśnia serc. . . . .	3
drażące do komory . . . . .	4

Przy urazach dolnej połowy klatki piersiowej należy zawsze brać pod uwagę możliwość uszkodzenia narządów jamy brzusznej (głównie śledziony, wątroby i nerek). Należy jednak pamiętać, że uszkodzenie nerwów międzyżebrowych  $D_7 - D_{12}$  może imitować objawy otrzewnowe, ponieważ nerwy te zaopatrują otrzewną ścienną i obwodową część przepony.

Tabela III

Urazy bez przerwania ciągłości powłok . . . . .	38
Słuczenia ściany klatki piersiowej . . . . .	9
Złamania żeber . . . . .	29
z odmą podskórną . . . . .	7
z dużą odmą opłucnową . . . . .	3
z krwiakiem opłucnej . . . . .	1
z uszkodzeniem płuca . . . . .	1

W klinice przyjęliśmy następujący schemat postępowania z chorymi z urazami klatki piersiowej: przy niepowikłanym złamaniu żeber, bez zaburzeń ruchomości ściany klatki piersiowej, stosujemy środki przeciwbólowe, unieruchomienie i zapobiegamy powstaniu niedodmy. Przy złamaniu żeber powikłanym niewielką i nienarastającą odmą podskórną postępowanie nie odbiega od uprzednio opisanego. Natomiast przy narastającej odmie podskórnej, ewentualnie śródpiersiowej, konieczny jest drenaż ssący jamy opłucnej. Przy niewielkiej (płaszczowej) odmie zamkniętej postępujemy zachowawczo, licząc na szybkie wchłonięcie się powietrza z opłucnej.

Przy większej, a także narastającej odmie stosujemy drenaż ssący. Jeśli po 24-godzinnym ssaniu płuco nie rozpręża się, zmieniamy dren lub wprowadzamy dodatkowy w innym miejscu i kontynuujemy ssanie przez następną dobę. Jeśli płuco nie rozprężyło się, wykonujemy torakotomię, rozpoznając duże uszkodzenie płuca lub oskrzela. W każdym przypadku odmy otwartej zaszywamy otwór i stosujemy drenaż ssący.

Jeśli rozpoznajemy w ciągu pierwszych godzin po urazie duży krwiak opłucnej, otwieramy klatkę piersiową. Jeżeli krwiak jest mały, położony u podstawy i nie powoduje zaburzeń oddechowych, wystarcza zwykle drenaż ssący. Jeśli krwiak jest duży i co najmniej  $\frac{1}{3}$  część jamy opłucnej jest wypełniona skrzepami, wskazana jest doraźna torakotomia. Małe rany płuca leczymy drenażem ssącym, rany z odmą i dużym krwiakiem za pomocą torakotomii i drenażu ssącego. Słuczenie płuca oraz jego niedodma są wskazaniem do natychmiastowej bronchoskopii połączonej z dokładnym odessaniem.

Wieloodłamowe złamania żeber, którym towarzyszy oddech paradoksalny i ruchy śródpiersia, wymagają wyciągu za żebra. W każdym przypadku zaburzeń oddechowych wykonujemy dodatkowo tracheostomię, celem umożliwienia odsyssania z oskrzeli, zmniejszenia przestrzeni martwej oraz obniżenia oporu oddechowego.

Dane dotyczące leczenia obserwowanych przez nas chorych przedstawia tabela IV i V.

Tabela IV

Zeszycie ran ściany klatki piersiowej . . . . .	12
<hr/>	
Unieruchomienie (w tym 2 wyciągi) . . . . .	29
Torakotomie (resekcja klinowa tkanki płucnej, szew ściany serca, opróżnienie krwiaka) . . . . .	11
Drenaż ssący . . . . .	11

Tabela V  
Przebieg i powikłania

Leczonych chorych	61
Zmiany wysiękowe w opłucnej (do 3—4 tygodni) . . . . .	24
Przetoka oskrzelowa . . . . .	1
Zmarło . . . . .	2

Praca wpłynęła: 4.8.1962 r.

Adres autora: Warszawa, ul. Brzeska 12, Szpital PKP.

В. Олшевски

#### АНАЛИЗ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

##### Содержание

На основе анализа 61 случая травм грудной клетки, представлены методы лечения, применяемые в 1-й Хирургической клинике Медицинской академии в Варшаве.

W. Olszewski

#### AN ANALYSIS OF INJURIES OF THE CHEST

##### Summary

The case material of 61 injuries of the thoracic cage is reported. The methods of treatment applied at the I Clinic of Surgery of the Warsaw Medical Academy are described.