Закрытая травма груди

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S20, S22.2, S22.3, S22.4, S22.5, S23.4, S25, S26 · Ассоциация травматологов-ортопедов России, Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов"

Закрытая травма груди — повреждение грудной стенки, органов и структур грудной полости без нарушения целости кожи; у детей чаще связана с ДТП и кататравмой. Главное в рекомендации — быстро выявить жизнеугрожающие состояния, оценить стабильность гемодинамики, обеспечить дыхательные пути, обезболивание и при необходимости дренирование плевральной полости или срочную операцию.

Главное

- Непосредственно угрожают жизни массивный гемоторакс, напряженный пневмоторакс, патологическая подвижность грудной клетки и тампонада сердца; они требуют немедленного хирургического вмешательства.
- При клинике напряженного пневмоторакса пункцию плевральной полости выполняют сразу, до инструментальных исследований; при получении воздуха или крови переходят к дренированию. УУР С, УДД 5.
- У тяжелого пациента основа первичной диагностики — eFAST в течение 1 часа; при выявлении гемо-/пневмоторакса перед КТ выполняют торакоцентез с дренированием. УУР В, УДД 3.
- У стабильного тяжелого пациента при политравме и высокоэнергетической травме выполняют КТ в режиме whole body; нестабильность, кровотечение или нарастающая дыхательная недостаточность — основание отложить КТ до противошоковых вмешательств. УУР С, УДД 5.
- Малый пневмоторакс или гемоторакс без симптомов лечат наблюдением; контроль рентгенографии или УЗИ — через 6 часов, а при увеличении до среднего/большого объема показано дренирование. УУР С, УДД 5.
- Показания к хирургическому лечению включают продолженное внутригрудное кровотечение: 20–30% ОЦК ребенка или 1000–1500 мл у подростка сразу по дренажу; 2–3 мл/кг/ч или 200–300 мл/ч у подростка более 4 часов, а также повреждения трахеи/бронхов, пищевода, диафрагмы, крупных сосудов и свернувшийся гемоторакс.
- Адекватное обезболивание — базовый элемент лечения: оно поддерживает вентиляцию, кашель и дыхательные упражнения; применяют опиоиды, метамизол натрия, парацетамол, НПВП, эпидуральную анальгезию. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Сначала определить стабильность пациента по сознанию, дыханию и кровообращению; измерить температуру, ЧСС, АД, ЧД, оценить наружные повреждения. УУР С, УДД 5.
2. Собрать жалобы, механизм и время травмы; при ДТП, кататравме, боли в груди, одышке, кровохарканье, тахипноэ или тахикардии целенаправленно исключать ЗТГ. УУР С, УДД 5.
3. Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию: искать подкожную эмфизему, крепитацию, флотацию ребер, коробочный звук при пневмотораксе, тупость при большом гемотораксе, ослабление дыхания, шумы сердца и кишечные шумы в грудной клетке. УУР С, УДД 5.
4. Всем пациентам выполнить ОАК и ОАМ; при тяжелом состоянии — КОС и газы крови, биохимию, коагулограмму, тропонины I/T и КФК-МВ. УУР С, УДД 5.
5. При удовлетворительном или среднетяжелом состоянии выполнить рентгенографию легких в прямой и боковой проекциях в течение 2 часов; прицельные снимки вместо обзорных не использовать. УУР С, УДД 5.
6. При тяжелом состоянии выполнить eFAST в течение 1 часа, затем КТ груди в течение 1 часа при стабильности; у тяжелого стабильного пациента с политравмой и высокоэнергетическим механизмом — КТ whole body. УУР В/3 для eFAST, УУР С/5 для КТ.
7. По показаниям: ЭКГ всем пациентам с ЗТГ; ЭхоКГ при подозрении на травму сердца; бронхоскопия до 3 часов при подозрении на травму трахеи/бронхов или обтурацию; эзофагоскопия до 3 часов при подозрении на травму пищевода. УУР С, УДД 5.

Лечение

- У каждого пациента оценить и при необходимости восстановить проходимость дыхательных путей; это сочетают с противошоковыми мероприятиями и лечением повреждений грудной клетки. УУР С, УДД 5.
- Поверхностные травмы лечат консервативно: покой, холод в первые сутки, обезболивание; обширные гематомы контролируют УЗИ не реже 1 раза в неделю, при переходе в жидкую фазу возможна пункция под УЗИ и давящая повязка. УУР С, УДД 5.
- Переломы ребер и грудины у детей обычно лечат консервативно: обезболивание и исключение физической активности; при множественных переломах с парадоксальным дыханием и тяжелой дыхательной недостаточностью показана ИВЛ. УУР С, УДД 5.
- Ушиб легких лечат консервативно: оксигенотерапия, системные антибактериальные препараты, интенсивная терапия для нормализации гомеостаза, ЛФК и физиолечение; часть пациентов при нарушении газообмена нуждается в ИВЛ. УУР С, УДД 5.
- Средний, большой или массивный пневмоторакс/гемоторакс — показание к торакоцентезу; оптимальная точка — 5–6-е межреберье по средней подмышечной линии в зоне «безопасного треугольника». УУР С, УДД 5.
- После торакоцентеза при пневмо-/гемотораксе проводят пассивное дренирование по Бюлау; при сохраняющемся продувании и значимом воздухе в плевре переходят к активному дренированию с отрицательным давлением 5–10 мм рт. ст. УУР С, УДД 5.
- Если после 48 часов активного дренирования у субкомпенсированного стабильного пациента сохраняется утечка воздуха, а легкое коллабировано более чем на 1/3, это указывает на повреждение крупного бронха; показана лечебная трахеобронхоскопия с селективной бронхоблокацией. УУР С, УДД 5.
- Плевральный дренаж удаляют при отсутствии продувания воздуха более 24 часов и расправлении легкого по контрольной рентгенографии. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Ушиб грудной клетки без сочетанной патологии сам по себе не требует госпитализации; при необходимости пациента из травмпункта направляют в стационар.
- Госпитализация показана при травме груди с пневмотораксом или гемотораксом, множественных переломах ребер, легкой и среднетяжелой множественной или сочетанной травме.
- Тяжелая изолированная, множественная или сочетанная травма груди требует госпитализации в ОАР.
- Пациентов с травмой пищевода лечат в специализированном стационаре.
- Выписка возможна при клинической стабилизации, расправлении легкого по контрольной рентгенографии и отсутствии осложнений.

Частые вопросы

Когда при закрытой травме груди нельзя ждать рентген или КТ?

При клинической картине напряженного пневмоторакса плевральную пункцию выполняют немедленно, в течение 30 минут, до любых инструментальных исследований; при получении воздуха или крови устанавливают дренаж.

Как вести малый травматический пневмоторакс без симптомов?

Показаны консервативное лечение и наблюдение. Контрольную рентгенографию стоя в прямой проекции или УЗИ выполняют через 6 часов либо раньше при появлении симптомов; при нарастании до среднего или большого объема дренируют плевральную полость.

Где ставить плевральный дренаж при травматическом пневмо-/гемотораксе?

В рекомендации указана единая безопасная точка для эвакуации воздуха и жидкости: 5–6-е межреберье по средней подмышечной линии, зона «безопасного треугольника».

Какие признаки заставляют думать о повреждении трахеи или бронха?

Типичны дыхательная недостаточность, пневмомедиастинум и подкожная эмфизема, а также пневмоторакс с отсутствием расправления легкого и значимой утечкой воздуха после установки дренажа.

Когда нужна операция при травме пищевода?

Если при контрастном рентгенологическом исследовании или КТ пищевода выявлено затекание контраста в средостение, показано хирургическое лечение.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/982-zakrytaya-travma-grudi. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/982_1