

При одиночных переломах ребер пострадавший не нуждается в длительной госпитализации и может быть направлен в ГЛР. При отсутствии подкожной эмфиземы и кровохарканья лечение сводится к короткому новокаиновому блоку места перелома. Тщательной пальпацией определяется место наибольшей болезненности или крепитации отломков (специально ее вызывать не следует), куда и вводят 10—20 мл 1—2%-ного раствора новокаина.

Игла должна упереться в ребро, а затем ее следует, по возможности, сместить под нижний край ребра, где проходит межреберный нерв. Подобные блокады повторяют 3—4 раза, через каждые 2—3 дня, и к концу второй недели наступает консолидация перелома. Полученный лечебный эффект закрепляется лечебной физкультурой, после чего пострадавший может быть возвращен в строй.

Значительно сложнее обстоит дело при множественных, двойных или двусторонних, переломах ребер, сопровождающихся развитием острой дыхательной недостаточности, подкожной эмфиземой, **кровохарканьем**. Пострадавшему следует обеспечить строгий постельный режим (медеб, СХППГ для раненных в грудь и живот). Он должен находиться в постели с приподнятой верхней половиной туловища, и транспортировку такие ранены также лучше переносят в полусидячем или сидячем положении.

После быстрого обследования и установления основного диагноза производится либо [тщательная новокаиновая блокада](#)

мест перелома, либо (лучше)

### **паравerteбральная сегментарная межреберная блокада**

. Число заблокированных межреберных нервов должно на 1—2 сегмента кверху и книзу превышать число сломанных ребер. Проводится кислородная терапия; при наличии влажных хрипов кислород следует пропускать через спирт для предупреждения отека легкого. Применяются анальгетики: промедол, анальгин 25—50%-ный, фентанил 2—5 мл (0,1 — 0,25 мг и др.) и антибиотики. Большое внимание следует уделять санации ротовой полости и специальной лечебной гимнастике, которая должна вызывать расправление легкого и активный кашель.

При неэффективном кашле и плохой дренажной функции бронхов в ряде случаев следует прибегать к трахеотомии. Показания к ней следует ставить достаточно строго, так как она облегчает опорожнение **трахеобронхиального дерева** от вязкой мокроты слизи, сгустков крови, трахеотомия в то же время открывает пути для проникновения

внешней инфекции, способствует высыханию и десквамации эпителия трахеи, возникновению гнойного расплавления клетчатки шеи, особенно при несовершенной технике выполнения этой операции или недостаточном уходе. Неслучайно для трахеостомированных больных предложены аппараты «искусственный нос» (ИН) и «искусственный кашель» (ИК). Несмотря на это, при тяжелых формах нарушения дыхания трахеотомия является единственным спасением, и каждый хирург должен в совершенстве ею владеть, так же как средний медицинский персонал должен уметь ухаживать за такими больными.

---

Материалы по теме:

- 1) [Операции, направленные на регенерацию печени](#)
- 2) [Стадии отклонения 1 пальца](#)
- 3) [Диагностика язв желудка, 12 п.к. и варикозно расширенных вен](#)