

Другим своеобразным закрытым повреждением груди является так называемая травматическая асфиксия. При внезапном сдавлении груди наступает затруднение для оттока венозной крови по системе верхней поллой вены из верхней половины тела в правое сердце. Это приводит к выраженному стазу в венозной сети головы, шеи и надплечья, сопровождающемуся разрывом мелких сосудов и образованием мелкоточечных кровоизлияний на коже и слизистых. Внешний вид таких пострадавших чрезвычайно характерен.

Лицо и шея одутловаты, кожа покрыта мелкоточечными кровоизлияниями, местами сливающимися, что придает лицу багрово-синюшный оттенок. Особенно выражены субконъюнктивальные кровоизлияния (склеры полностью закрыты гематомой). Возможно, кровотечение из носа и ушей, что нередко приводит к ошибочному диагнозу **перелома основания черепа**

. Интересно, что линия кровоизлияний на коже имеет четко обрисованную границу, обрывающуюся на уровне верхней линии сдавления. В местах плотного прилегания одежды (воротник гимнастерки, рубашки, мужские подтяжки, женский бюстгальтер и др.) кровоизлияния на коже отсутствуют и здесь остаются белые пятна. Могут наблюдаться отпечатки подтяжек, ожерелья, серег и др.

Нередко сочетающиеся со сдавлением груди множественные переломы ребер и повреждения легочной паренхимы, несомненно, отягощают течение заболевания. Сдавление груди («травматическая асфиксия») в первые часы и дни после травмы сопровождается **тяжелым состоянием**, одышкой, иногда острой дыхательной недостаточностью. Внешний вид больного производит крайне [тяжелое впечатление](#)

. Однако при правильно проведенной консервативной терапии (см. ниже) травматическая асфиксия может закончиться выздоровлением.

Весь комплекс нарушений, возникающих при травме груди, некоторые авторы обозначают термином «торакальный шок». Независимо от того, признаем мы этот термин удачным или нет, следует помнить, что при тяжелой закрытой травме груди сочетается ряд неблагоприятных факторов: гипоксия, нередко гиперкапния и гиповолемия вследствие кровопотери и недостаточность правого сердца, особенно характерная для эндоторакальной травмы. При несвоевременном лечении развиваются тяжелые метаболические нарушения, вплоть до развития «ацидотической комы» (цикл Куриала). Несмотря на наличие множества кровоизлияний на коже и слизистых лица и головы, кровоизлияния в веществе мозга у умерших от травматической асфиксии наблюдается редко. По-видимому, смертельный исход этого вида повреждения зависит

от развития [легочно-сердечной недостаточности](#) , а не от мозговых нарушений. **Лечение травматической асфиксии**

— консервативное. Больному предоставляется покой, он должен находиться в постели в полусидячем положении. На ПМП проводится вагосимпатическая, а при переломе ребер — и сегментарная блокада, а также ингаляции увлажненного кислорода. Вводятся дыхательные и сердечные аналептики, антибиотики широкого спектра действия.

В медеб и СХППГ особое внимание следует уделять регуляции дыхания и санации трахеобронхиального дерева, для чего искусственно вызывают кашель, проводят отсасывание слизи и мокроты, бронхоскопию. В тяжелых случаях показано применение трахеотомии. После ликвидации явлений дыхательной недостаточности раненых эвакуируют в СХППГ.

Материалы по теме:

- 1) [Результаты невентилируемых пространств легких](#)
- 2) [Морфогенез проникающих ран](#)
- 3) [Глубокие флегмоны голени](#)