

ЛЕКЦІЯ №1

Невідкладні стани при захворюваннях і ушкодженнях голови, обличчя та шиї

1. Ушкодження м'яких тканин та кісток черепа. Клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
2. Черепно – мозкові травми: класифікація, клініка, діагностика, принципи лікування.
3. Ушкодження щелеп. Клінічні ознаки, методи діагностики, перша допомога, лікування.
4. Запальні захворювання обличчя: клініка, діагностика, принципи лікування.
5. Запальні захворювання ротової порожнини: клініка, діагностика, лікування.
6. Гострий гнійний паротит: причини, клініка, профілактика, лікування.
7. Ушкодження шиї закриті та відкриті. Клініка, перша допомога, лікування.
8. Опіки та рубцеві звуження стравоходу. Клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
9. Сторонні тіла стравоходу. Клініка, перша допомога, лікування.
10. Сторонні тіла дихальних шляхів. Клініка, допомога, лікування.

Ушкодження шкірних покривів голови та обличчя супроводжуються значною кровотечею /скронева, лицева, нижньо - щелепна артерії, розвинута венозна сітка/. При ушкодженнях обличчя можливе поранення гілочок лицевого нерва з перетягуванням кута обличчя і утворення “заячого ока”. При пораненні вивідної протоки навколоушної слинної залози утворюється слинна нориця, з якої мається постійна слинотеча, що посилюється при вигляді їжі та під час їжі. Закриття нориці супроводжується значними труднощами. Внаслідок гарного кровопостачання рани голови та обличчя загоюються первинним натягом. Винятком є укушені рани, які завжди нагноюються.

ПЕРША ДОПОМОГА містить в собі тимчасову зупинку кровотечі та накладання асептичної пов'язки.

ЛІКУВАННЯ: Акуратна ПХО рани, без вирізання країв і обов'язкове накладання швів, щоб досягти косметичного ефекту. Виняток – укушені рани: тільки промивання мильною водою і накладання асептичної пов'язки. ПХО протягом 3 – х діб ЗАБОРОНЕНО! Артеріальна кровотеча зупиняється шляхом перев'язки судини в рані або на протязі /зовнішня сонна артерія/. Профілактика правця.

ТРАВМИ ЧЕРЕПА І МОЗКУ:

Класифікація :

I. ЗАКРИТА ТРАВМА:

- Закрита черепно – мозкова травма /сполучення ушкодження головного мозку і кісток черепа/.
- Поранення шкірних покривів і головного мозку без ушкодження кісток черепа.

В обох випадках зберігається замкнутість внутрішньочерепної порожнини. Позитивний момент – відсутність небезпеки інфікування оболонок і речовини

мозку, негативний момент – при підвищенні внутрішньочерепного тиску погіршується стан головного мозку.

II. ВІДКРИТА ТРАВМА:

одночасне ушкодження м'яких тканин і кісток черепа:

- Непроникаючі поранення – без ушкодження твердої мозкової оболонки.
- Проникаючі поранення – з ушкодженням твердої мозкової оболонки /утворюються умови для розвитку гнійного менінгіту або абсцесу головного мозку/.

III. ПО ТЯЖКОСТІ УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ:

Струс мозку /commotio cerebri/.

Забій мозку /contusio cerebri/.

Стиснення мозку /compressio cerebri/.

ПЕРЕЛОМИ ЧЕРЕПА можуть спостерігатися при відкритій і закритій черепно-мозковій травмі. Розрізняють:

- Переломи склепіння черепа.
- Переломи основи черепа.
- Тріщини черепа.
- Дірчасті переломи.
- Сколкові переломи.
- Вдавлені переломи.

КЛІНІКА

Переломи черепа супроводжуються клінікою забою мозку, вдавлені переломи – клінікою стиснення мозку.

Для переломів основи черепа характерні:

- Симптом “окулярів” – утворення гематоми в навколоочній клітковині та в кон'юнктиві через 12 – 24 год, після травми.
- Вушна або назальна лікворея – витікання ліквору, забарвленого кров'ю, з носу або ушей. Для диференціальної діагностики ліквореї від кровотечі рідину слід промокнути білою бавовняною тканиною. При кровотечі пляма буде однорідною червоною, при ліквореї пляма розподіляється на 2 шари: внутрішній – темно-червоний, зовнішній – рожевий.
- Менінгіальний синдром: ригідність потиличних м'язів, позитивний симптом Ласега.
- Допомогає уточнити діагноз RO – гр. кісток черепа – краніографія.



СТРУС МОЗКУ – синдром порушення функції головного мозку без вогнищевої симптоматики і анатомічних змін.

КЛІНІКА:

- Короткочасна втрата свідомості /від кількох секунд до 20 хв./
- Ретро – та антероградна амнезія.
- Головний біль, слабкість, головокружіння, дзвін та шум в вухах, припливи крові до обличчя, пітливість, порушення сну.

- Однократна блювота.
- Відсутність вогнищевої симптоматики.
- Відсутність менінгеальних симптомів.
- Відсутність ушкодження кісток черепа.
- Лікворний тиск, як правило нормальний, рідше трохи підвищений або знижений. Ліквор прозорий, без домішки крові.

**СТРУС мозку розглядається як легка черепно – мозкова травма, без розподілу на ступені важкості.*

ЛІКУВАННЯ тільки стаціонарне: постільний режим 7 – 10 діб, холод на голову, судиннорозширюючі, седативні, антигістамінні препарати. Питання про застосування дегідратуючих або гідратуючих засобів може бути вирішено ТІЛЬКИ ПІСЛЯ ЛЮМБАЛЬНОЇ ПУНКЦІЇ!

ЗАБІЙ МОЗКУ – місцеве ушкодження мозкової тканини, яке розвивається в результаті черепно – мозкової травми. Забої мозку можуть бути поодинокі і множинні. До забоїв відносяться і всі випадки закритої травми мозку, при якій маються переломи черепа або субарахноїдальні крововиливи.

КЛІНІКА: розрізняють легкий, середній, тяжкий ступені забою мозку.

ЗАБІЙ ЛЕГКОГО СТУПЕНЮ: втрата свідомості 30 – 60 хв., вогнищеві симптоми у вигляді рефлекторних асиметрій, які зникають на протязі першого тижня після травми. Можливий субарахноїдальний крововилив та ушкодження кісток черепа.

ЗАБІЙ СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЮ: втрата свідомості 1 – 24 год., іноді переходить в сопор. Більш виражена вогнищева симптоматика – гемі – і монопарези, афазія, порушення зору, слуху, чутливості. Можуть виникати не грубі і швидко зникаючі порушення життєвих функцій.

ЗАБІЙ ТЯЖКОГО СТУПЕНЮ: характеризується сопорозно – коматозним станом на протязі декількох діб, грубими загально мозковими і вогнищевими симптомами, тяжкими порушеннями життєвих функцій, глибокими розладами метаболізму і кровопостачання мозку. При забої стовбуру мозку з моменту травми розвивається глибока кома з порушенням дихання і серцево – судинної діяльності. Типова наявність крові в лікворі /субарахноїдальний крововилив/. Характерна наявність менінгеальних симптомів.

ПЕРША ДОПОМОГА:

- Горизонтальне положення.
- Імобілізація голови шиною Єланського.
- При наявності рани – асептична пов'язка, при пролапсі мозку /вип'ячуванні мозкової речовини в рану через дефект кісток черепа і мозкових оболонок/ - ватно - марлевий бублик, більший за діаметром і вищий за пролабовану ділянку, зверху бублика – асептична пов'язка.
- Дегідратаційна терапія: гексаметиленентетрамін (уротропін) 40% - 10,0, глюкоза 40% - 20,0, сірчанокисла магнезія 25% - 10,0, лазікс – 4,0.
- Гемостатична терапія: вікасол 1% - 1,0, хлорид кальцію 10% - 10,0.
- При значних порушеннях дихання – інтубація трахеї, ШВЛ.
- Серцеві глікозиди, серцеві та дихальні аналептики.
- При блювоті у непритомного пацієнта – повернути голову набік, після закінчення нападу – очистити ротову порожнину від залишок блювотних мас.
- При западанні язика – вивести його назовні за допомогою язикотримача і пристебнути його до коміру шпилькою.

- При западанні нижньої щелепи – вивести щелепу і ввести повітрявод.
- Швидка та обережна доставка в стаціонар.

При великому роздавлюванні речовини головного мозку, наявності дислокаційного синдрому* показана екстрена операція – декомпресивна трепанація черепа.

** Дислокаційний синдром – відхилення речовини головного мозку в ту чи іншу сторону. Діагностується за допомогою УЗД.*

СТИСНЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Причинні чинники:

- Зростаючий набряк – набухання мозку внаслідок масивного забою мозку.
- Вдавлені переломи черепа.
- Внутрішньочерепні гематоми:

а/ епідуральна /над твердою мозковою оболонкою/;

б/ субдуральна /під твердою мозковою оболонкою/;

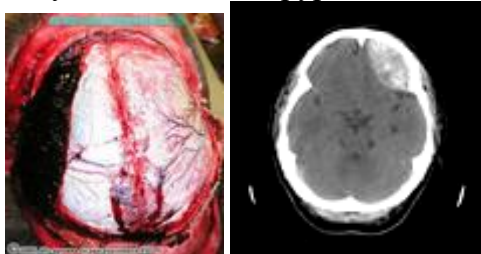
в/ внутрішньомозкова /у речовині мозку/.

ЕПІДУРАЛЬНА ГЕМАТОМА: розвивається внаслідок поранення середньої оболонкової артерії або її гілок. Характеризується швидким наростанням гематоми і погіршенням стану. Характерний “світлий проміжок” *, який є коротким.

** „Світлий проміжок” – період часу між першою і другою втратою свідомості, під час якого пацієнт знаходиться у свідомому стані.*

Клініка: головний біль, нудота, повторна блювота, затемнення свідомості з наступною комою. З вогнищевих симптомів найбільш важлива анізокорія – розширення зіниці на стороні ушкодження і відсутність її реакції на світло. Кров у лікворі відсутня, лікворний тиск підвищений.

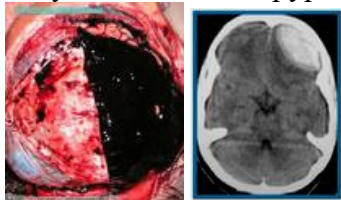
Лікування: тільки хірургічне – декомпресивна трепанація черепа.



СУБДУРАЛЬНА ГЕМАТОМА: виникає при розриві вен м'якої оболонки у вогнищах контузії.

Клініка: відрізняється більш повільним розвитком компресії мозку, більш тривалим “світлим проміжком”, наявністю менінгеальних симптомів і крові в лікворі.

Лікування тільки хірургічне – декомпресивна трепанація черепа.

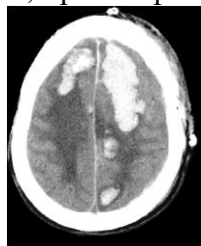


ВНУТРІШНЬОМОЗКОВА ГЕМАТОМА: характеризується переважанням вогнищевих симптоматики над загально мозковою.

Найбільш характерні геміпарези на стороні, протилежній ураженню і порушення чутливості на стороні ураження. Наявність крові в лікворі зустрічається рідко.

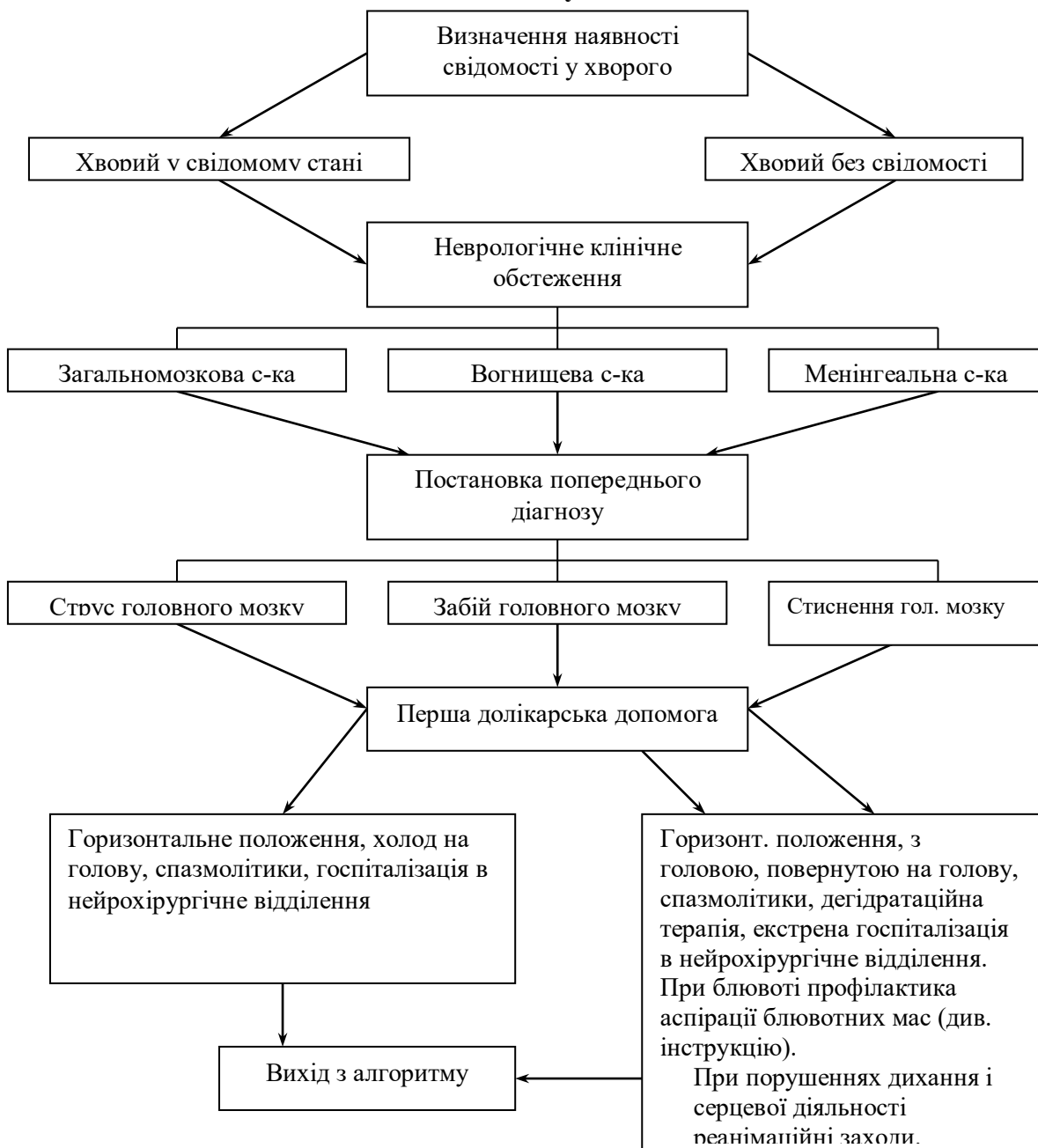
Лікування в більшості випадків хірургічне.

Всі види компресійних переломів скелетів черепа також підлягають екстреному хірургічному лікуванню.
Компресія внаслідок набряку – набухання мозку лікується консервативно /дегідратаційна терапія/, при неефективності її виконується операція.

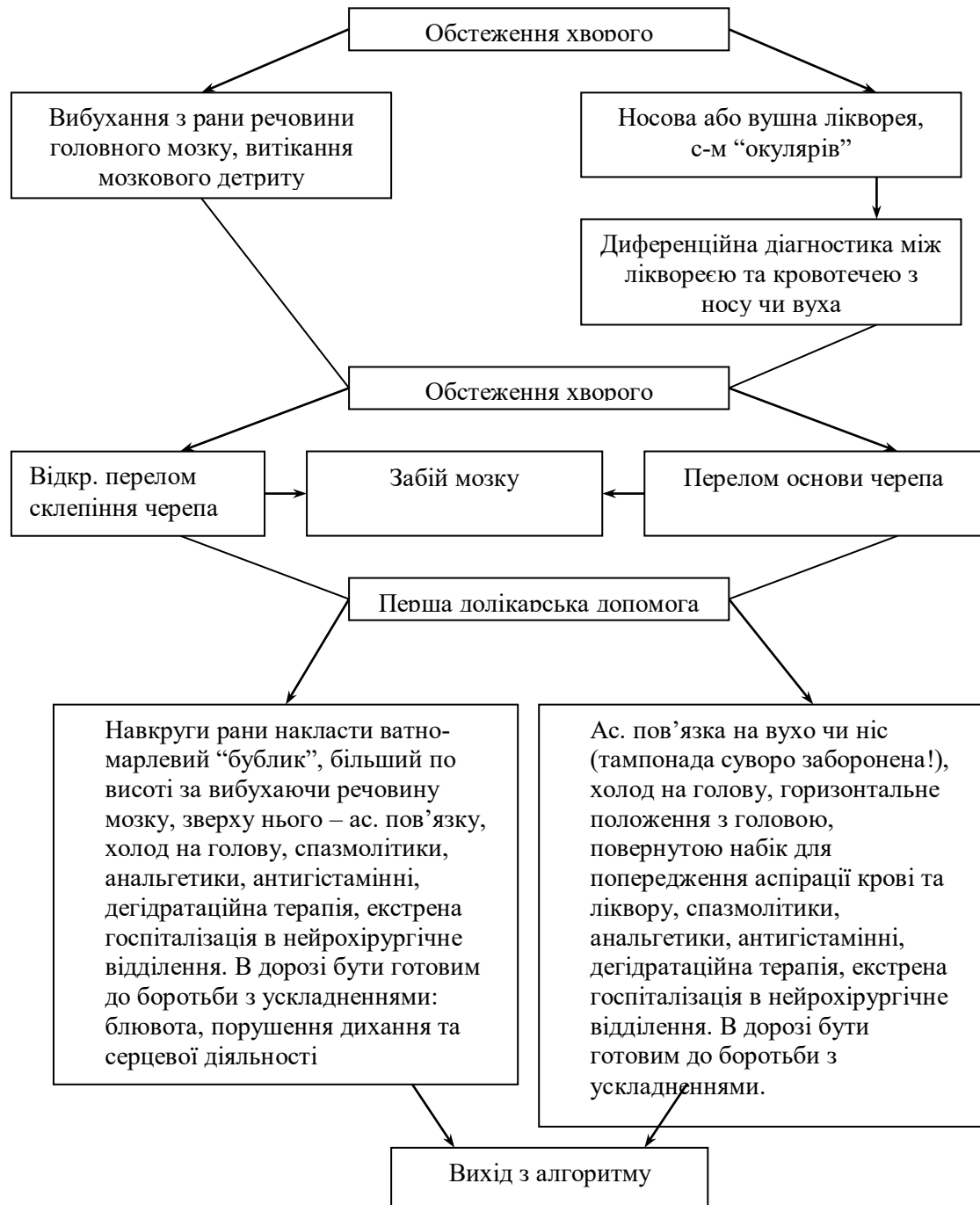


АЛГОРИТМ

Надання допомоги пацієнтові з закритою черепно-мозковою травмою на догоспітальному етапі



АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтові
з відкритою черепно-мозковою травмою
на догоспітальному етапі

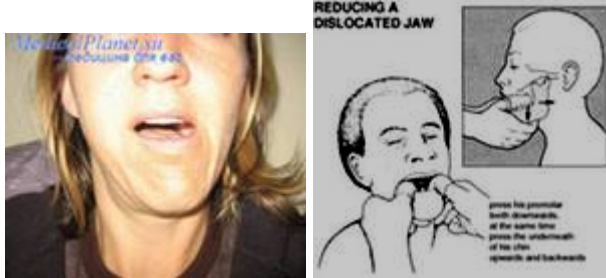


УШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕП

ВИВИХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ – виникає при бічних ударах або сильному відкриванні рота при позіханні, сміху, співах.

Клініка: рот широко відкритий, нижня щелепа виведена вперед і в сторону, на місці голівки н/щелепи западання, слинотеча. При спробі закрити рот виникає різкий біль і пружний опір.

Лікування: вправлення вивиху.

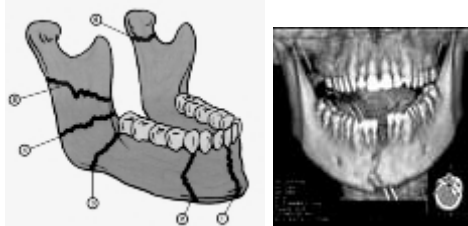


ПЕРЕЛОМИ ЩЕЛЕП – бувають відкриті /вогнепальні/ і закриті /тупа травма/.

Клініка: неправильне змикання зубів, біль при спробі змикання, набряк обличчя. Рот напіввідкритий, значна слинотеча.

Перша допомога: очистити рот від згустків крові і зубів, якщо хворий без свідомості – пристебнути язик до одягу, фіксація перелому транспортною шиною /працює подібна пов'язка, “вуздечка”/.

Транспортування в стаціонар у напівсидячому положенні.



ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОБЛИЧЧЯ

БЕШИХА ОБЛИЧЧЯ: вхідними воротами є незначні ушкодження шкіри, особливо навкруги носу. Нерідко бешиха переходить на волосисту частину голови. Можливий перехід інфекції на оболонки мозку, з розвитком менінгіту.

КЛІНІКА: початок гострий: підвищення температури до 39°, озноб, головний біль. На шкірі з'являється ділянка різко окресленої гіперемії, яка піднімається над рівнем здорової шкіри. Характерне ураження шкіри носа і обох щік у вигляді “метелика”. Виникає різкий набряк повік. При булозній формі з'являються пухирі, при некротичній – ділянки некрозу. Закінчується захворювання значним злущуванням шкіри.

ЛІКУВАННЯ: антибіотики, сульфаніламід, УФО /суберітемна доза/, РО – терапія. При наявності на шкірі тріщин, виразок, недодержанні гігієни шкіри – бешиха може рецидивувати.



ФУРУНКУЛ, КАРБУНКУЛ ОБЛИЧЧЯ: перебіг відрізняється значною тяжкістю. Розвиток фурункула або карбункула можна пов'язати з інфікуванням при видавлюванні вугрів, розчухуванні шкіри, зриванні прищів.

КЛІНІКА: захворювання часто ускладнюється тромбофлебітом вен обличчя /болісний тяж в напрямку від кута рота до кута ока, гіперемія шкіри/. Найбільш небезпечна локалізація фурункула або карбункула в носо-губному трикутнику /розвиток менінгіту/.

ЗАГАЛЬНІ явища: висока температура, озноб, головний біль, в крові лейкоцитоз із зрушенням формули вліво, підвищена ШОЕ. Мається значний набряк обличчя та повік.

ЛІКУВАННЯ: постільний режим, напівсидяче положення, рідка та напіврідка їжа, антибіотики, сульфаніламід, УФО. Хірургічне лікування тільки при абсцедуванні, малим лінійним розрізом, по ходу гілок лицьового нерву.



Фурункул



Карбункул

СИБІРКА ОБЛИЧЧЯ: при шкірній формі займає 2 місце після ураження пальців кисті.

КЛІНІКА: протікає типово, процес супроводжується значним набряком обличчя та шиї. Навкруги вогнища виникає місцева анестезія, що відрізняє сибірку від чуми та туляремії. В пунктаті з пустули або в виділеннях з виразки висівається *Vas.anthraxis*.

Загальна реакція: головний біль, нездужання, підвищення температури до 38 - 39°.

ЛІКУВАННЯ: хворий ізолюється, антибіотики, сульфаніламід, 5 –7 днів.

Протисибірковий гамма – глобулін 40 – 50 мл в/м одноразово. Пов'язки не накладаються! Хірургічні втручання не виконуються! Виписка із стаціонару після повного закриття шкірних дефектів.



НОМА: /"водяний рак"/ - гангренозно – гнильний стоматит. Розвивається частіше у дітей. Захворювання починається з ураження слизової оболонки або шкіри щоки. Швидко з'являється різкий набряк, пухирі, наповнені геморагічним вмістом. За кілька годин на місці пухирців з'являються глибокі вогнища некрозу, які зливаються між собою. В результаті цього утворюється значних розмірів пухлина із зловонним розпадом та некротичними чорними краями. В разі відшарування ділянки некрозу відбувається оголення зубів та ясен. Гангрена може розповсюджуватися на піднебіння та дужки. При мікробіологічному дослідженні виділяється гнильна мікрофлора.

Хворі знаходяться в стані тяжкої інтоксикації, сепсису та кахексії. Летальність 30 – 60%.

ЛІКУВАННЯ: антибіотики, сульфаніламід, протигангренозна сироватка 150000 А ОД. Дезінтоксикаційна терапія, боротьба з ацидозом, переливання білкових препаратів, анаболічні стероїди. Ранова поверхня зрошується 3% перекисом водню або $KMgO_4$ /1:1000/. По мірі утворення демаркації – некректомія. Після очищення рани - пластичне закриття дефекту.



ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПАРОТИТ: запалення навколоушної слинної залози. Є вторинним захворюванням. Головний шлях проникнення інфекції стоматогенний. При поганому догляді за ротовою порожниною у післяопераційних хворих, особливо при наявності каріозних зубів, сухості язика та слизової оболонки ротової порожнини внаслідок недостатнього слиновиділення – інфекція через вивідний проток проникає у речовину залози. Гематогенне ураження залози виникає при тифах, скарлатині, пневмонії, лімфогенне – при наявності гнійного вогнища поблизу: гнійний отит, остеомієліт, бешиха обличчя.

КЛІНІКА: на 3 – 4 день після операції виникає біль, щільна пухлина в навколоушній ділянці, підвищення температури. Відкривання рота обмежене, болісне. Секреція залози знижена. Загальний стан хворих значно погіршується.

ЛІКУВАННЯ: антибіотики, сульфаніламід, великі дози аскорбінової кислоти в/в та через рот. При інфільтративній формі сухе тепло, РО – терапія, при абсцедуванні – операція /розкриття абсцесу/.

ПРОФІЛАКТИКА:

Санація ротової порожнини перед операцією.

Ретельний догляд за ротовою порожниною в п/о періоді: лужні ополіскування ротової порожнини, чистка зубів 2 р. на добу, жувальна гумка /стимуляція слиновиділення/, змазування язика та ротової порожнини метиленовим синім з гліцерином, аскорбінова кислота 5% - 5,0 в/в, а також через рот, смоктання частки лимона.

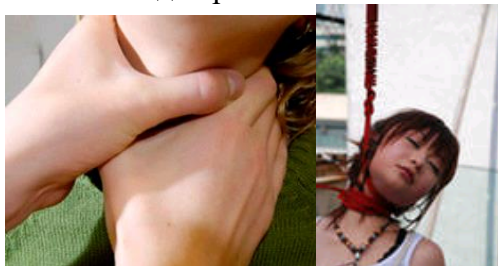


Гострий гнійний паротит

УШКОДЖЕННЯ ШИЇ – розподіляються на закриті і відкриті.

ЗАКРИТІ УШКОДЖЕННЯ виникають при забої, повішенні, удавлюванні.

Основні види травм:



Забій. Великі крововиливи /можуть стискувати судини, стравохід, трахею або гематоми можуть загнюватися/.

Розрив грудинно – ключично – сосцеподібного м'язу.

Ушкодження шийного та плечового нервових сплетінь.

Перелом шийних хребців.

ЛІКУВАННЯ: Напівсидяче положення; місцево холод, великі гематоми пунктуються з наступним введенням антибіотиків, при нагноєнні гематоми – розкриття гнояку, при переломах шийних хребців – іммобілізація.

ВІДКРИТІ УШКОДЖЕННЯ: розрізняють:

Рани, що нанесені холодною зброєю:

а/ колоті;

б/ різані.

Вогнепальні рани:

а/ кульові;

б/ сколкові.

Характерні поранення сонної артерії, внутрішньої яремної вени, блукаючого нерву, підключичної артерії, хребтової артерії, трахеї, стравоходу, грудного лімфатичного протоку.

КЛІНІКА: При пораненні артерій: кровотеча з рани на шиї яскраво червоним пульсуючим струменем, шоківий стан.

При пораненні внутрішньої яремної вени: можлива повітряна емболія – всмоктування повітря на вдиху.

Це проявляється свистячим звуком, блідістю шкірних покривів. Кровотеча темним безперервним струменем. Повітряна емболія правих відділів серця закінчується зупинкою серця і дихання.

При пораненні судин ший можуть виникнути судинні аневризми: в місці поранення утворюється пульсуюча пухлина, над якою при аускультації вислуховується систолічний шум.

При пораненні грудного лімфатичного протоку в рану витікає лімфа – рідина молочного кольору до 1 л за добу. Постійне витікання лімфи приводить до смерті від виснаження.

При пораненні гортані і трахеї виникає задишка, напади кашлю, під час якого викидається мокрота з домішками крові і повітря. Поранення ускладнюється аспірацією крові і зростаючою підшкірною емфіземою обличчя та грудної клітки.

ПЕРША ДОПОМОГА:

- Надати хворому напівсидячого положення.
- Тимчасова зупинка кровотечі /пальцеве притискання судини, накладання затискача на судину в рані, накладання джгута/. При венозних кровотечах – туга оклюзійна пов'язка.
- Асептична пов'язка на рану.
- Холод на рану.
- Швидка доставка в стаціонар.

ЛІКУВАННЯ: ПХО рани. Рани трахеї та гортані зашивають, при порушенні дихання внаслідок набряку накладають трахеостому. При пораненні сонної або підключичної артерії накладається судинний шов /перев'язка судини загрожує гангrenoю/. При пораненні вен та грудного лімфатичного протоку їх кінці перев'язують.

**При усіх видах поранень необхідно провести екстрену профілактику правця.*

УШКОДЖЕННЯ ТА ПОРАНЕННЯ СТРАВОХОДУ:

ПОРАНЕННЯ СТРАВОХОДУ – можливі внаслідок інструментального обстеження або лікування звужень. Зовні поранення виникають внаслідок ушкодження раничими предметами або при тупій травмі.

КЛІНІКА: біль, утруднене ковтання, емфізема ший, вихід шматочків їжі через рану.

ДІАГНОСТИКА:

Езофагоскопія.

РО – скопія /контрастна речовина - кардіотраст/.

ПЕРША ДОПОМОГА:

- Напівсидяче положення хворого
- Заборонити йому їсти і пити.
- Асептична пов'язка на рану.
- Холод.
- Доставка в стаціонар.

ЛІКУВАННЯ: в ранні строки – термінова операція: ПХО рани, зашивання рани стравоходу. В випадках, коли виникло нагноєння рани – накладання гастростоми, після стихання гнійного процесу – відновлювальна операція на стравоході.

ОПКИ СТРАВОХОДУ: термічні опіки зустрічаються вкрай рідко. Значно частіше виникають хімічні опіки – після помилкового або з метою самогубства прийому їдких рідин. Кислоти викликають коагуляційний некроз з утворенням сухої кірки, луги викликають колікваційний некроз, ушкодження при цьому більш глибоке, частіше буває перфорація стравоходу. Опіки стравоходу розподіляються на 4 ступені:

I ст.- ушкодження поверхневих шарів епітелію

II ст.- ушкодження слизової оболонки

III ст.- ушкодження слизового, підслизового, м'язового шарів

IV ст.- ушкодження усіх шарів стравоходу та оточуючої клітковини

КЛІНІКА: по важкості симптомів розподіляється на 3 ступені:

Легкий ступінь – загальний стан страждає незначно, через 2 – 3 дні клінічні прояви зникають.

Середньої тяжкості – блювота кров'ю, акроціаноз, значне слиновиділення, підвищення температури, дисфагія, біль за грудиною, олігоурія, білок, циліндри в сечі.

Тяжкий ступінь – шоківий стан, блювота кров'ю, задишка, хрипи в легенях, олігоанурія, білок, циліндри, еритроцити в сечі, набряк підв'язочного простору, асфіксія.

ПЕРША ДОПОМОГА:

- Наркотичні анальгетики.
- Промивання шлунку спочатку значною кількістю води, а потім - нейтралізуючою рідиною /2 – 3% розчин соди або 2 – 3% розчин оцтової або лимонної кислоти/.
- При наявності шоку – протишокова терапія.
- Швидка доставка в стаціонар

СТОРОННІ ТІЛА СТРАВОХОДУ

Найчастіше зустрічаються в ранньому дитячому або в похилому віці. Маленькі діти беруть в рот різні предмети і можуть їх проковтнути, у людей похилого віку найчастіше попадають в стравохід погано фіксовані або залишені на ніч зубні протези. Перебування сторонніх тіл супроводжується розвитком місцевої запальної реакції /гіперемія, набряк/, в зв'язку з чим ще в більшій мірі збільшується невідповідність між розмірами стороннього тіла та розміром просвіту стравоходу. Гострі сторонні тіла можуть викликати перфорацію стінки стравоходу. Можливий розвиток абсцесу стінки стравоходу навколо стороннього тіла.

КЛІНІКА: біль, похливання. Іноді невгамовний кашель, затруднення дихання.

ДІАГНОСТИКА: езофагоскопія, РО – скопія.

ЛІКУВАННЯ: видалення тіла через езофагоскоп, при неможливості – езофаготомія.



Рентгенографія

Езофагоскопія

СТОРОННІ ТІЛА ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Закупорка дихальних шляхів може бути викликана шматочками їжі, різноманітними предметами, зубними протезами, кісточками. Часто мілкі металеві предмети потрапляють в дихальні шляхи людей, що мають звичку тримати їх під час роботи в роті /кравці, шевці/. Сторонні тіла можуть потрапити в дихальні шляхи людей, що знаходяться в алкогольному сп'янінні, при гострому порушенні мозкового кровообігу, при парезі голосових зв'язок. Сторонні тіла потрапляють в трахею при різкому вдиху, переляку, ударі, падінні, під час сміху або плачу. Стороннє тіло струменем повітря переноситься з ротової порожнини в гортань. При значних розмірах або гострих краях воно утримується в голосовій щілині, при невеликих розмірах і гладкій формі тіло потрапляє в трахею і навіть в бронхи.

КЛІНІКА: при локалізації тіла в гортані з'являються задуха, кашель, блювота. Обличчя стає синьо – багровим, вкривається липким потом. Виникає сиплість голосу, біль в гортані посилюється при розмові. Якщо стороннє тіло знаходиться в трахеї, дихання затруднене, супроводжується свистячим шумом, хрипотою. Іноді навіть невелике тіло може викликати тяжку задуху внаслідок ларингоспазму. При закупорці бронху виникає клініка хронічного легеневого запалення /ателектаз легеневої тканини в зоні закупорки/ з наступним розвитком абсцесу або гангрені легені. Смерть настає від гнійної інтоксикації.

ДІАГНОСТИКА:

Ендоскопічні методи.

Ларингоскопія.

Бронхоскопія.

РО – логічний метод – бронхографія.

ПЕРША ДОПОМОГА: маленьку дитину беруть за ноги, перевертають донизу головою і різко встряхують. Дорослого хворого садять з нахилом вперед і надають різкого сильного удару по спині між лопатками. При відсутності повної закупорки дихальних шляхів хворого швидко транспортують в стаціонар в напівсидячому положенні. При явищах асфіксії невідкладно виконується трахеостомія на місці пригоди.

**Виконує будь який медпрацівник, будь-яким інструментом.*

Надання екстреної медичної допомоги при задусі.

Якщо у постраждалого часткова непрохідність дихальних шляхів, не заважайте йому відкашлятися, і тоді сторонній предмет може вийти самостійно. Людина, яка може відкашлятися і розмовляти, отримує достатньо повітря для дихання.

Знаходьтеся поруч, прохаючи постраждалого відкашлятися.

Якщо кашель довго не проходить, викликайте швидку допомогу. У випадку, коли постраждалий ледь дихає, його кашель дуже слабкий або він не в змозі розмовляти взагалі, дійте як в ситуації з повною непрохідністю дихальних шляхів. Надання першої допомоги в таких випадках ґрунтується на проведенні поштовхів у живіт - метод Хеймліка.

Правила проведення методу Хеймліка.

охопіть талію постраждалого руками; 1. стисніть руку в кулак;

2. притисніть кулак зі сторони великого пальця до постраждалого в місці трохи

вище пупка і нижче кінця грудини постраждалого (мал. 3.8.);

- охопіть кулак долонею другої руки;

3. зробіть серію з 4-5 різних поштовхів в живіт у напрямку знизу-доверху, спереду-у середину;

- кожний поштовх робиться в спробі видалити сторонній предмет.

Продовжуйте поштовхи в живіт доти, поки: стороннє тіло не буде видалено; і постраждалий не почне дихати або сильно кашляти;

З постраждалим втратить свідомість: в цьому випадку покладіть постраждалого на спину та розпочніть проведення поштовхів в живіт або на грудину та викличте швидку медичну допомогу.



Мал.3.8.



Мал.3.9.



Мал.3.10.

Метод Хеймлика у пацієнта, що знаходиться у свідомому стані



Мал.3.12.

Метод Хеймлика у невідомого пацієнта

Конікотомія показана травмованим після 12-річного віку у випадках:

1. Неможливості здійснити ларингоскопію внаслідок значної травми обличчя.
2. Обструкції верхніх дихальних шляхів набряком або кровотечею.
3. Наявності стороннього тіла або невдалої ендотрахеальної інтубації.

Оснащення для конікотомії:

1. Скальпель.
2. Розширювач трахеї.
3. Трахеостомічна трубка.
4. Антисептичний розчин, хірургічні, рукавиці, стерильні серветки.
5. Мішок Амбу та кисень.
6. Шовний матеріал, що не розсмоктується № 3-0.
7. Кровозупинні затискачі.

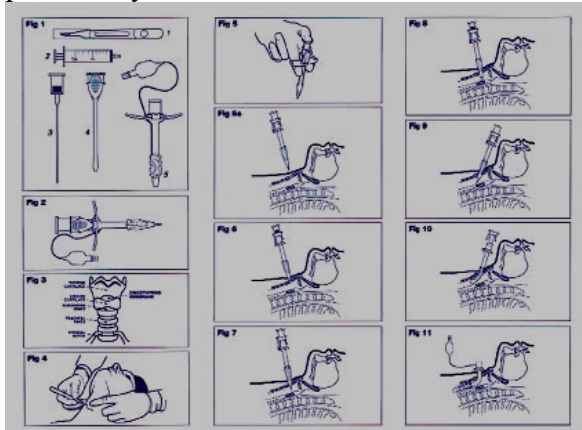
Положення постраждалого лежачи на спині, шия в нейтральному положенні.

Для запобігання пошкоджень спинного мозку постраждалого ведуть нібито пошкодження шийного відділу хребта дійсно має місце.

Техніка виконання конікотомії.

1. Обробіть антисептиком та обкладіть стерильними серветками передню поверхню ший. (Виконують якщо стан хворого дозволяє).
2. Пальпаторно знайдіть крикотиреоїдну зв'язку нижче щитовидного хряща по середній лінії.
3. Зафіксуйте щитовидний хрящ пальцями однієї руки та зробіть поперековий розріз завдовжки до 2,0 см через крикотиреоїдну зв'язку.
4. Введіть розширювач трахеї та повільно розведіть краї рани.

5. Введіть трахеостомічну трубку в трахею після чого вилучіть розширювач.
6. Роздуйте манжетку 5 мл повітря, приєднайте мішок Амбу та здійсніть вентиляцію легень.
7. Здійсніть аускультацию легень. Дихальні шуми мають вислуховуватися симетрично з обох боків.
8. При наявності кровотечі з рани накладіть лігатури шовним матеріалом, що не розсмоктується № 3-0.
9. Фіксуйте трахеостомічну трубку до шкіри шовним матеріалом, що не розсмоктується № 3-0.



Пункція крикотиреоїдної зв'язки є альтернативною конікотомією, яка у дітей молодших 12 років має перевагу над конікотомією. Пункція крикотиреоїдної зв'язки вважається тимчасовим заходом для забезпечення адекватної вентиляції протягом лише 30-45 хвилин.

Техніка виконання пункції крикотиреоїдної зв'язки .

1. Обробіть антисептиком та обкладіть стерильними серветками передню поверхню шиї (виконують якщо стан хворого дозволяє).
2. Пальпаторно знайдіть крикотиреоїдну зв'язку нижче щитовидного хряща по середній лінії.
3. Під'єднайте 5 мл шприцом з ангиокатетером 12-14 калібру та пропунктуйте шкіру над перстневидно-щитовидною зв'язкою по середній лінії. Спрямовуйте катетер до низу під кутом 45° до поверхні шкіри.
4. Обережно просувайте катетер, підтягуйте до себе поршень шприца. Надходження в шприц повітря свідчить, що катетер знаходиться в просвіті трахеї.
5. Приєднайте до канюлі катетера адаптера 3 мм педіатричної ендотрахеальної трубки.
6. Приєднайте Y - подібний перехідний пристрій до балону з киснем і до адаптера педіатричної ендотрахеальної трубки.
7. Подавайте кисень зі швидкістю 15 л/хв.

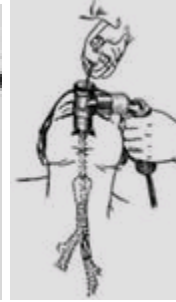




Ларінгоскопія



Перша допомога



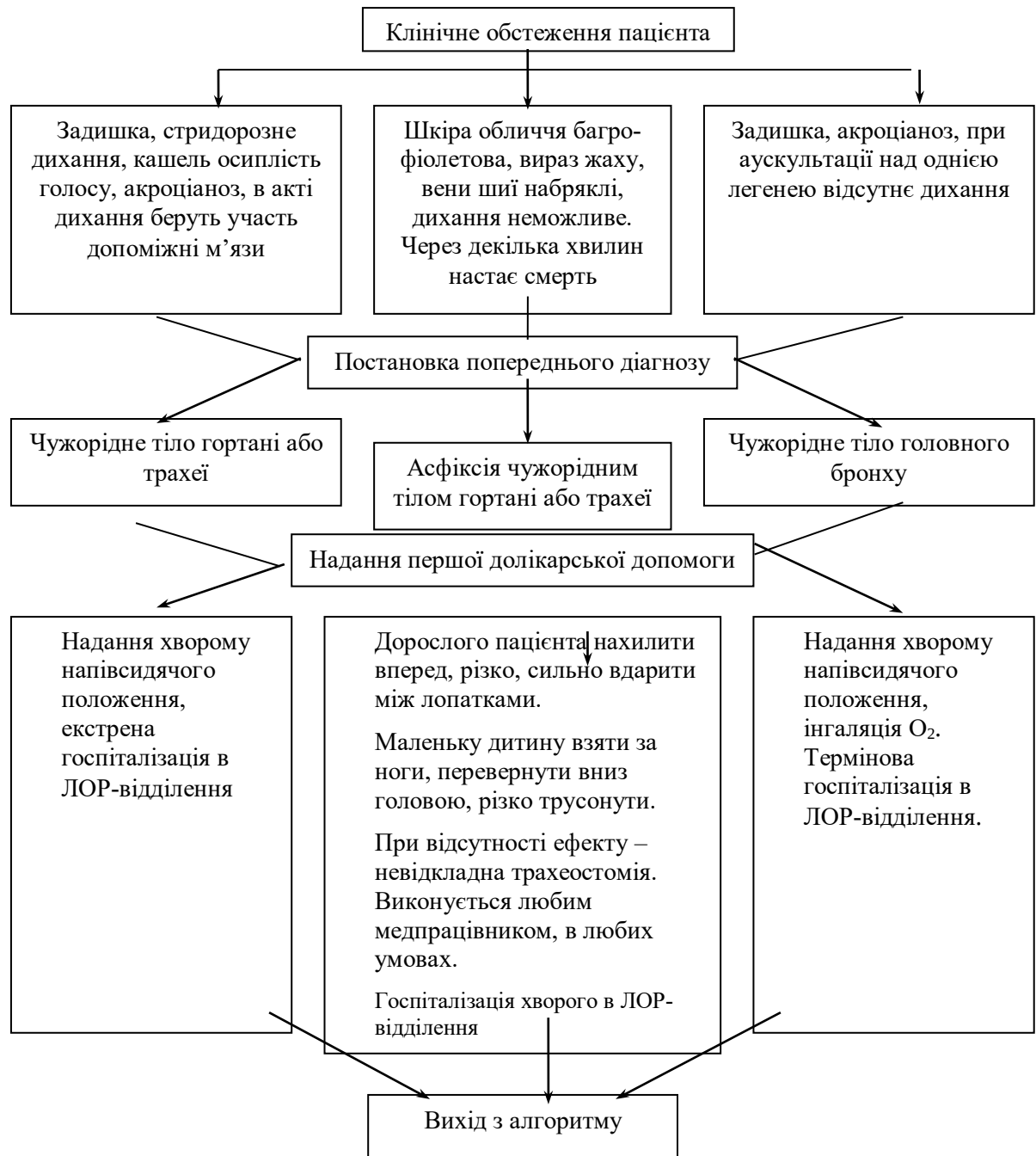
Видалення ст. тіла при бронхоскопії

АЛГОРИТМ
Надання першої допомоги потерпілим
з пораненням шиї



АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги пацієнтам зі сторонніми тілами дихальних шляхів



АЛГОРИТМ

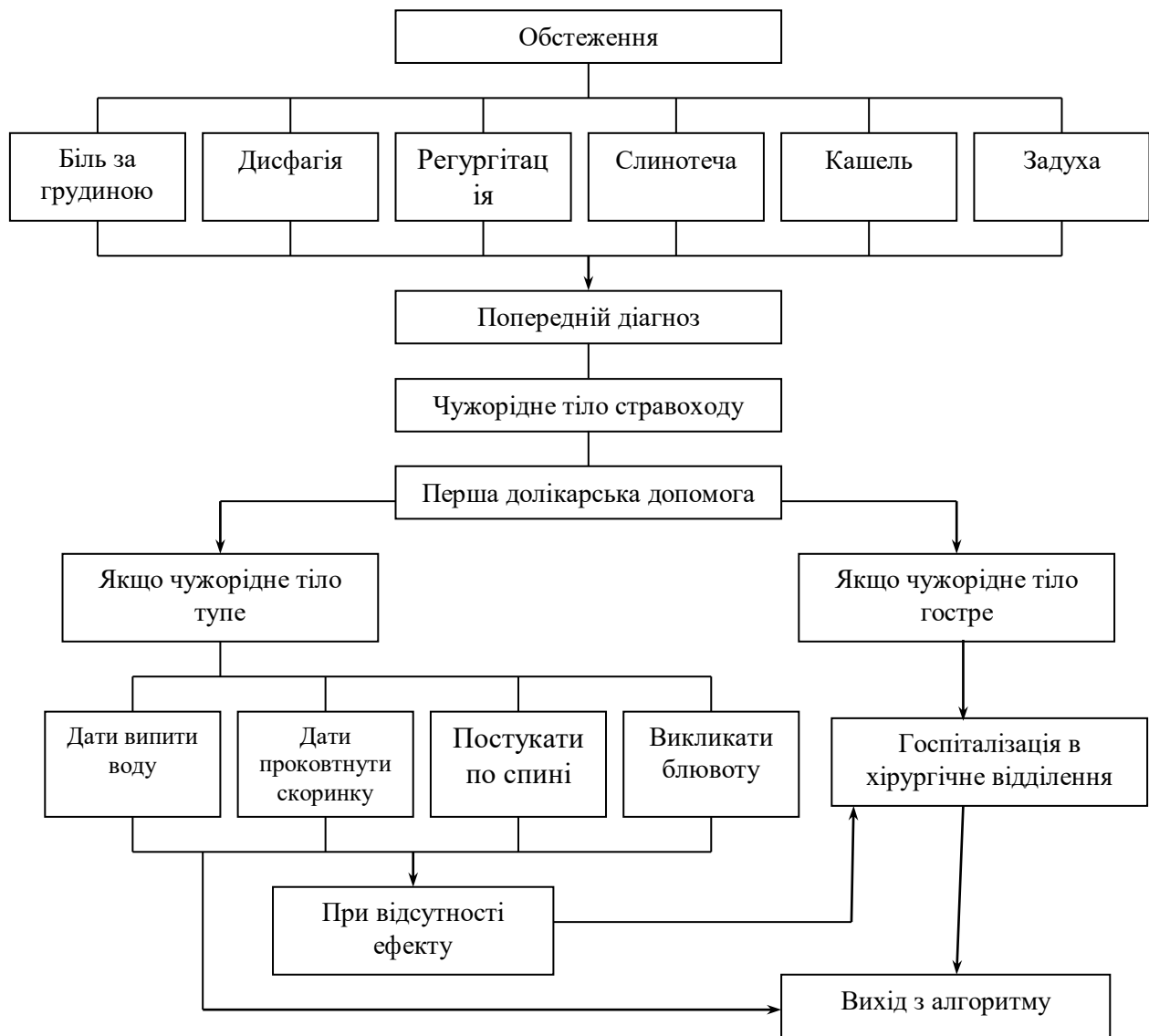
Надання першої допомоги постраждалим з хімічними опіками стравоходу



АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги потерпілому
з пораненням стравоходу



АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги потерпілому з чужорідним тілом
стравоходу



ЛЕКЦІЯ № 2

Захворювання та ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини

- 1.Класифікація травм грудної клітки.
- 2.Клініка, діагностика, лікування закритих ушкоджень грудної клітки.
- 3.Поранення грудної клітки: клініка, діагностика, лікування.
- 4.Ушкодження серця: класифікація, клініка, діагностика, лікування.
5. Гнійно – запальні захворювання плеври та легенів: клініка, діагностика, принципи лікування.
- 6.Лактостаз, мастит: етіологія, клініка, діагностика, лікування.

Серед усіх постраждалих з травмами в мирний час травми грудної клітки складають 10%, а закриті ушкодження спостерігаються в 10 раз частіше ніж відкриті

К Л А С И Ф І К А Ц І Я

I. ЗАКРИТІ ТРАВМИ:

По механізму травми:

- а/ струс;
- б/ забій;
- в/ стиснення.

По характеру ушкодження органів грудної порожнини:

- а/ без ушкодження внутрішніх органів;
- б/ з ушкодженням внутрішніх органів.

По наявності ускладнень:

- а/ без ускладнень;
- б/ ускладнені: - ранні ускладнення: гемоторакс, пневмоторакс, крововилив в легені, ателектаз, повітряні кісти, травматична асфіксія, шок;
- пізні ускладнення: посттравматична пневмонія, плеврит, абсцес легенів, емпієма плеври.

По стану серцево – легеневої системи:

- а/ без явищ серцево – легеневої недостатності;
- б/ з явищами серцево – легеневої недостатності.

II. ВІДКРИТІ УШКОДЖЕННЯ / поранення /:

Непроникаючі.

Проникаючі – з ушкодженням парієтальної плеври.

По характеру ушкодження органів грудної порожнини:

- а/ без ушкодження внутрішніх органів;
- б/ з ушкодженням внутрішніх органів.

По наявності ускладнень:

- а/ без ускладнень;
- б/ ускладнені.

По стану серцево – легеневої системи:

- а/ без явищ серцево – легеневої недостатності;
- б/ з явищами серцево – легеневої недостатності.

ЗАКРИТІ УШКОДЖЕННЯ

Струс грудної клітки. В основі лежить вегето – судинна реакція та травму, коли не мається анатомічних змін грудної клітки та органів грудної порожнини.

КЛІНІКА: втрата свідомості /короткочасна/, загальмованість, біль в грудях, холодні кінцівки, нестійкий артеріальний тиск, неритмічний пульс. Необхідно виключити внутрішню кровотечу.

Забій грудної клітки.

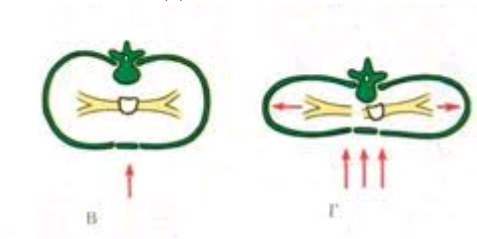
КЛІНІКА: біль в ділянці забою, набряк, гематома.

Забій /контузія/ легенів. При цьому вісцеральна плевра залишається цілою. Спостерігаються крововиливи в легеневу тканину, повітряні порожнини, ділянки ателектазу, емфізема легеневої тканини.

КЛІНІКА: сильний біль в грудях, кровохаркання, кашель з мокротою, при перкусії – передування ділянок притуплення з ділянками коробчатого звуку, при аускультії – послаблення дихання.

Травматична асфіксія – стиснення грудної клітки.

КЛІНІКА: шоківий стан, короткочасна втрата свідомості, петехіальні крововиливи в кон'юнктиву очей, шкіру, обличчя, шиї, грудної клітки, серцево – легенева недостатність.



Переломи ребер.

К Л А С И Ф І К А Ц І Я

Поодинокі.

Множинні.

Двохсторонні.

Подвійні.

КЛІНІКА: біль, який посилюється при диханні і пальпації, відставання ураженої половини грудної клітки в акті дихання, підшкірна гематома, кісткова крепітація при пальпації, біль при осьовому навантаженні. При подвійних переломах – парадоксальне дихання, тяжка дихальна недостатність. При множинних переломах /8 – 9 ребер/ - стан тяжкого шоку.

ДІАГНОСТИКА: рентгенографія грудної клітки.



ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ЗАКРИТИХ ТРАВМАХ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Напівсидяче положення.

Туге еластичне бинтування грудної клітки.

Анальгетики.

Новокаїнова блокада місця травми.

Інгаляція кисню.

Протишокова терапія /по показаннях/.

Швидка доставка в стаціонар.

ПРОНИКАЮЧІ ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

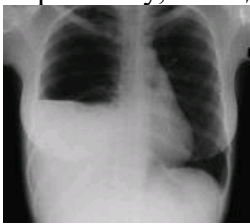
Маніфестують себе ранніми ускладненнями: пневмотораксом, гемотораксом, підшкірною емфіземою, кровохарканням.

ПНЕВМОТОРАКС – скупчення повітря в плевральній порожнині.

К Л А С И Ф І К А Ц І Я

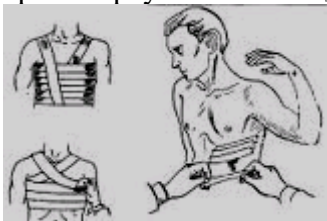
- Відкритий.
- Закритий.
- Клапанний /напружений/.

КЛІНІКА: задишка, ціаноз, відставання ушкодженої половини грудної клітки в акті дихання, при перкусії над нею коробчатий звук, при аускультатії – послаблене дихання або його відсутність. При відкритому пневмотораксі визначається дихаюча рана – на вдиху повітря входить зі свистом в плевральну порожнину, на видиху виходить.



правобічний пневмоторакс

ПЕРША ДОПОМОГА: при відкритому пневмотораксі оклюзійна пов'язка на рану, хворому надати напівсидяче положення, ввести анальгетики, швидко транспортувати в стаціонар. При клапанному пневмотораксі: оклюзійна пов'язка на рану, пункція товстою голкою з надітим на її канюлю розрізаним повздовж пальцем від гумової рукавички, в II міжребер'ї по передньоключичній лінії, інгаляція кисню, серцеві глікозиди, дихальні аналептики, анальгетики, транспортування в стаціонар в напівсидячому положенні.



Оклюзійна пов'язка

ГЕМОТОРАКС – скупчення крові в плевральній порожнині.

КЛАСИФІКАЦІЯ:

- Малий /кров в плевральному синусі/.
- Середній /кров до середини лопатки/.
- Великий /кров вище середини лопатки/.

КЛІНІКА: Симптоматика внутрішньої кровотечі, відставання ушкодженої половини грудної клітки в акті дихання, при перкусії притуплення звуку, при аускультатії – відсутність дихання.



правобічний гемоторакс



Пункція

ПЕРША ДОПОМОГА: напівсидяче положення, протишокова, гемостатична терапія, швидка доставка в стаціонар.

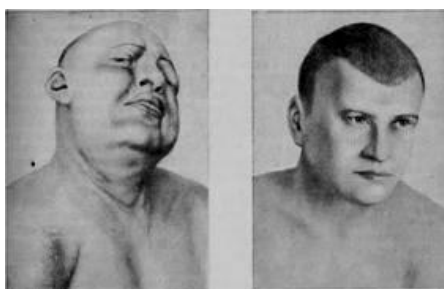


Підшкірна емфізема – проникнення повітря, що знаходиться в плевральній порожнині, через ушкоджений парієтальний листок плеври в підшкірну клітковину, де воно розповсюджується на грудну клітку, шию, обличчя.

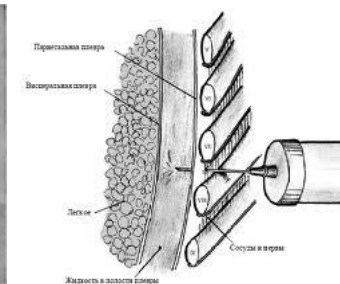
КЛІНІКА: набряклість грудної клітки, шиї, обличчя при пальпації крепітація, при перкусії – тимпаніт.



Зовнішній вигляд пацієнта з емфіземою



Зліва до початку лікування, справа - після



Пункція п/ш клітковини

УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ

К Л А С И Ф І К А Ц І Я

I. ЗАКРИТІ УШКОДЖЕННЯ.

Струс – супроводжується лише функціональними розладами серцевої діяльності – тахікардією, екстрасистолією, мигтінням передсердь та шлуночків, порушенням провідності.

Забій. Виникають анатомічні зміни – крововиливи в серцевий м'яз, роздавлення, розрив м'язових волокон, виникнення вогнищ інфаркту.

Розрив. При ньому виникає сполучення між різними порожнинами серця /травматичні вади/ або між порожнинами серця і сусідніми порожнинами /порожниною перикарда, плевральною порожниною/.



Розрив міокарду

II. ВІДКРИТІ УШКОДЖЕННЯ /поранення/.

Непроникаючі в порожнини серця.

Проникаючі.

Наскрізні.

III. ІЗОЛЬОВАНІ ПОРАНЕННЯ ПЕРИКАРДУ.

КЛІНІКА ЗАКРИТИХ УШКОДЖЕНЬ: біль в ділянці серця /від незначного до дуже інтенсивного/, серцебиття, аритмії, блідість шкіри, акроціаноз, при аускультатії глухість серцевих тонів. На ЕКГ – картина свіжого інфаркту.

Невідкладна допомога – як при інфаркті (див. підручник терапії).

При пораненнях серця частіше спостерігаються поранення шлуночків, рідше – передсердь, найрідше зустрічаються ізольовані поранення перикарду.

КЛІНІКА: рана на шкірі відповідає проекції серця. Зовнішня кровотеча спостерігається рідко. При вільному відтоку крові в плевральну порожнину на перший план виходить клініка тяжкої внутрішньої кровотечі. Клінічно і рентгенологічно визначається гемоторакс. При порушенні відтоку з перикарду розвивається тампонада серця: почуття стиснення в лівій половині грудної клітки, задишка, акроціаноз, малий частий пульс, артеріальний тиск знижений, ЦВТ підвищений. Межі серця розширені, тони ледве визначаються. На рентгенографії – розширення меж серця.

Невідкладна допомога - розпочати **серцево-легеневу реанімацію (СЛР)**, якщо відсутні дихання та пульс, що включає 30 натискань на грудну клітку і 2 вдихи, паралельно слід **зупинити зовнішню кровотечу** прямим тиском, закрити рану грудної клітки оклюзійним пов'язкою, а при ознаках тампонади серця (задишка, синюшність, низький пульс) - розглядати голкову декомпресію (тільки для навчених фахівців) та швидко транспортування.



Проекція рани серця

ГНІЙНО – ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЛЕВРИ ТА ЛЕГЕНІВ

АБСЦЕС ЛЕГЕНІВ – обмежене гнійно – некротичне ураження легеневої тканини, з наявністю однієї або декількох порожнин.

КЛІНІКА:

I ФАЗА – гостре гнійне запалення та деструкція легеневої тканини без прориву гнійно – некротичних мас в просвіт бронхіального дерева. Кашель, біль в грудній клітці, висока температура, озноб, відсутність апетиту. Перкусія – притуплення звуку, аускультатія – над ділянкою запалення ослаблення дихання, над іншими відділами легенів різнокаліберні хрипи. Аналіз крові: лейкоцитоз із зрушенням формули вліво, висока швидкість осідання еритроцитів. На рентгенографії легенів – грубі інфільтративні зміни.

II ФАЗА – прорив вмісту абсцесу в просвіт бронху. На 2 – 3 – му тижні захворювання мокрота починає відходити “повним ротом”, температура знижується, зменшується лейкоцитоз, сповільнюється швидкість осідання еритроцитів. Аускультатія – крупнопузирчасті хрипи. На рентгенографії порожнина з горизонтальним рівнем рідини.

ЛІКУВАННЯ:

Масивна антибіотикотерапія.

Дезінтоксикаційна терапія.

Імунотерапія.

Загальноукріплююча терапія.

Дренування абсцесу:

а/ через бронхи /постуральний дренаж, трансназальна катетеризація/;

б/ через грудну стінку /пункція, введення катетера/.



Рентгенограма: абсцес правої легені

ГАНГРЕНА ЛЕГЕНІВ – змертвіння легеневої тканини із схильністю до прогресуючого розповсюдження.

КЛІНІКА: з самого початку захворювання перебіг тяжкий. Біль в грудях, тяжкий кашель з виділенням погано пахнучої мокроти. Температура 40° і вище. Тяжка інтоксикація. Аускультация – дихання з амфоричним відтінком і масою вологих хрипів. На рентгенографії великі маси затемнення легеневої тканини. Печінка збільшена, болісна. Білок в сечі. Дуже високий лейкоцитоз із зрушенням формули вліво. Швидкість осідання еритроцитів 60 – 70 мм/год. Зупинити прогресуюче змертвіння легеневої тканини часто не вдається. Прогноз у більшості хворих неблагоприятний.

ЛІКУВАННЯ:

КОНСЕРВАТИВНЕ – див. абсцес легенів. При відсутності ефекту і появи арозивних легеневих кровотеч – операція: лобектомія або пульмонектомія.



гангрена легені

ЕМПЕМА ПЛЕВРИ /гнійний плеврит/ - гнійне запалення листків плеври, внаслідок попадання інфекції в плевральну порожнину.

ЕТІОЛОГІЯ. Емпієма носить вторинний характер і ускладнює проникаючі поранення грудної клітки, пневмонію, прорив абсцесу легенів в плевральну порожнину.

КЛІНІКА. Сильний біль в грудях, задишка, акроціаноз, висока температура, частий пульс. Грудна клітка на ураженій стороні відстає в акті дихання, голосове тремтіння не проводиться, при перкусії притуплення звуку, при аускультации дихання не проводиться. На рентгенографії в плевральній порожнині визначається рідина з косим або горизонтальним рівнем. Серце зміщене у протилежний бік. Діафрагма і синуси не конфігуруються. При плевральній пункції одержують гній.

ЛІКУВАННЯ:

Масивна антибіотикотерапія.

Дезінтоксикаційна терапія.

Імунотерапія.

Загальноукріплююча терапія.

При неефективності консервативного лікування – хірургічне лікування. Види операцій:

Торакоцентез, дренування плевральної порожнини.

Торакотомія, евакуація гною, санація гнійного вогнища, дренування плевральної порожнини з активною аспірацією.



Рентгенограма: емпієма плеври справа

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

ЛАКТОСТАЗ /нагрудання/ - гострий застій молока в молочній залозі в період годування дитини груддю.

КЛІНІКА: почуття важкості і напруження в молочній залозі, зціджування молока приносить полегшення. Самопочуття і загальний стан задовільні, аналіз крові без суттєвих змін, температура як правило, нормальна, може бути субфебрильною.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА:

Зцідити молочну залозу.

Накласти тугу іммобілізуючу пов'язку.

Зверху пов'язки покласти холод.

Направити на консультацію до хірурга /диференційна діагностика з маститом/.

ЛІКУВАННЯ:

Продовжувати годування дитини груддю.

Ретельно зціджувати молочну залозу після годування.

Туге бинтування.

Холод або сухе тепло.

МАСТИТ – гостре гнійне запалення тканини молочної залози. Найчастіше розвивається в перші 4 місяці лактаційного періоду.

ПЕРЕДУМОВНІ ЧИННИКИ – тріщини сосків, поранення, подряпини, застій молока. Інфекція частіше розповсюджується по лімфатичних судинах, рідше по молочних ходах. При недодержанні особистої гігієни може розвинутися мастит поза пологів та лактації.

КЛАСИФІКАЦІЯ

Дифузний /захоплює всю тканину залози/.

Обмежений:

а/ субареолярний;

б/ підшкірний;

в/ інтрамаммарний;

г/ ретрамаммарний.

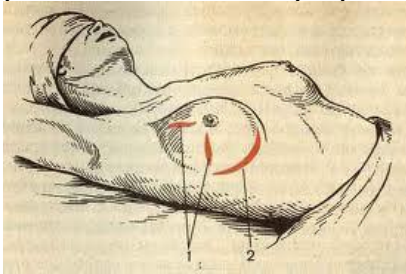
КЛІНІКА. Захворювання розпочинається гостро. В молочній залозі з'являється ділянка ущільнення, що викликає інтенсивний біль. З'являється підвищення температури, головний біль, безсоння. При огляді уражена залоза збільшена в обсязі, шкіра гіперемована, поверхневі вени розширені, пахвові лімфовузли збільшені в обсязі, болісні. Пальпація молочної залози болісна, виявляється ділянка ущільнення, яка іноді займає значну частину залози. Пізніше біль посилюється, температура стає високою, гектичною, в ділянці ущільнення з'являється розм'якшення, іноді визначається флуктуація.



Мастит

ЛІКУВАННЯ. В стадії інфільтрації консервативне: дитину прикладають до ураженої залози або відсмоктують молоко за допомогою молоковідсмоктувача. Туге бинтування ураженої залози. Сухе тепло, УВЧ, антибіотикотерапія. Обкалювання ділянки інфільтрату новокаїном з антибіотиками.

В стадії абсцедування – операція: розкриття і дренування гнояка. Розріз роблять в радіальному напрямі, відступивши 2 – 3 см від ареоли, щоб не ушкодити молочні ходи і не викликати розвитку молочної нориці. При ретромаммарному маститі роблять півмісячний розріз по перехідній зморщі.



Розрізи при маститі

ПРОФІЛАКТИКА проводиться під час вагітності. Жінка повинна готувати соски до годування: робити їх масаж, носити холщові накладки на бюстгальтері для погрубіння шкіри. Молочні залози систематично миють, систематично міняють натільну та постільну білизну. Тріщини соска змазують 1% розчином метиленового синього або 0,2% розчином діамантового зеленого. Після годування до сосків прикладають серветки, змочені вазеліновою олією. При глибоких тріщинах від годування слід утримуватися, молоко зціджувати.

Вагосимпатична блокада

Показання: запобігання плевропульмонарному шоку в разі поранень грудної клітки і під час складних операцій на органах грудної порожнини.

Положення хворого: лежачи на спині, голова повернута в протилежний бік, руку на оперованому боці відтягнуто донизу.

Техніка операції за О.В. Вишневським. Вказівний палець лівої руки встановлюють на середині заднього краю груднинно-ключично-соскоподібного м'яза і під час натискання фіксують його на поперечному відростку С_{VI}. Цей прийом дає змогу відвести досередини судинно-нервовий пучок шиї. Після інфільтрації шкіри розчином новокаїну голку завдовжки 19-12 см уводять по пальцю в тканини до відчуття впинання в кістку. З просуванням голки безперервно нагнітають розчин новокаїну для зсунення кровоносних судин. Після того як лікар відчув, що голка торкнулася хребта, він має відвести її назад на 1-2 мм. Переконавшись, що в шприц не надходить кров, лікар уводить 40-50 мл 0,25% розчин новокаїну. Введений розчин розтікається вздовж передхребтової фасції і блокує блукаючий і симпатичний нерви. Ознаками правильно виконаної блокади є гіперемія лиця і білкової оболонки ока, а також синдром Клода-Бернара-Гонера (звуження зіниці, очної щілини і западання очного яблука).

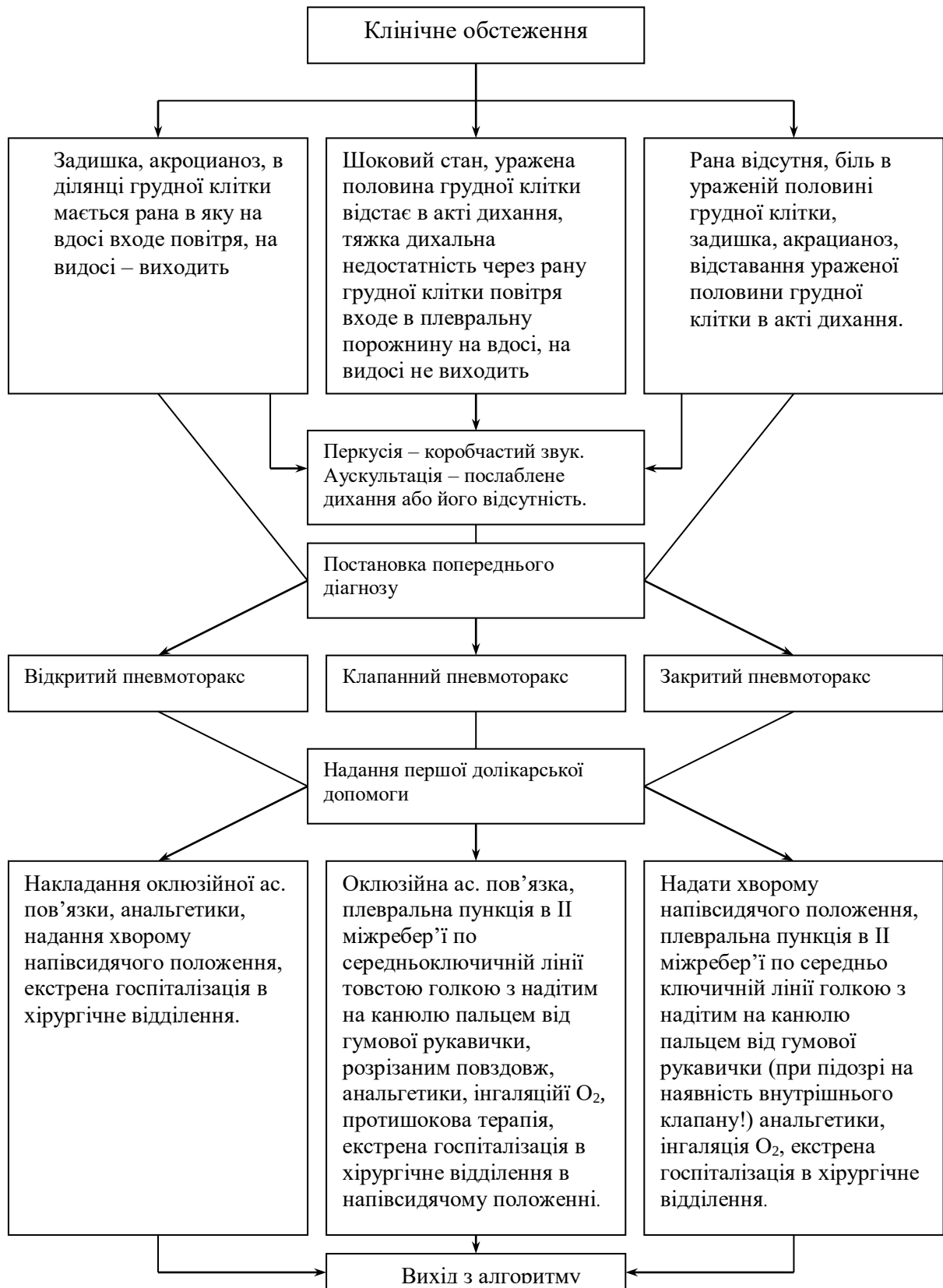


АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги постраждалим з переломами ребер

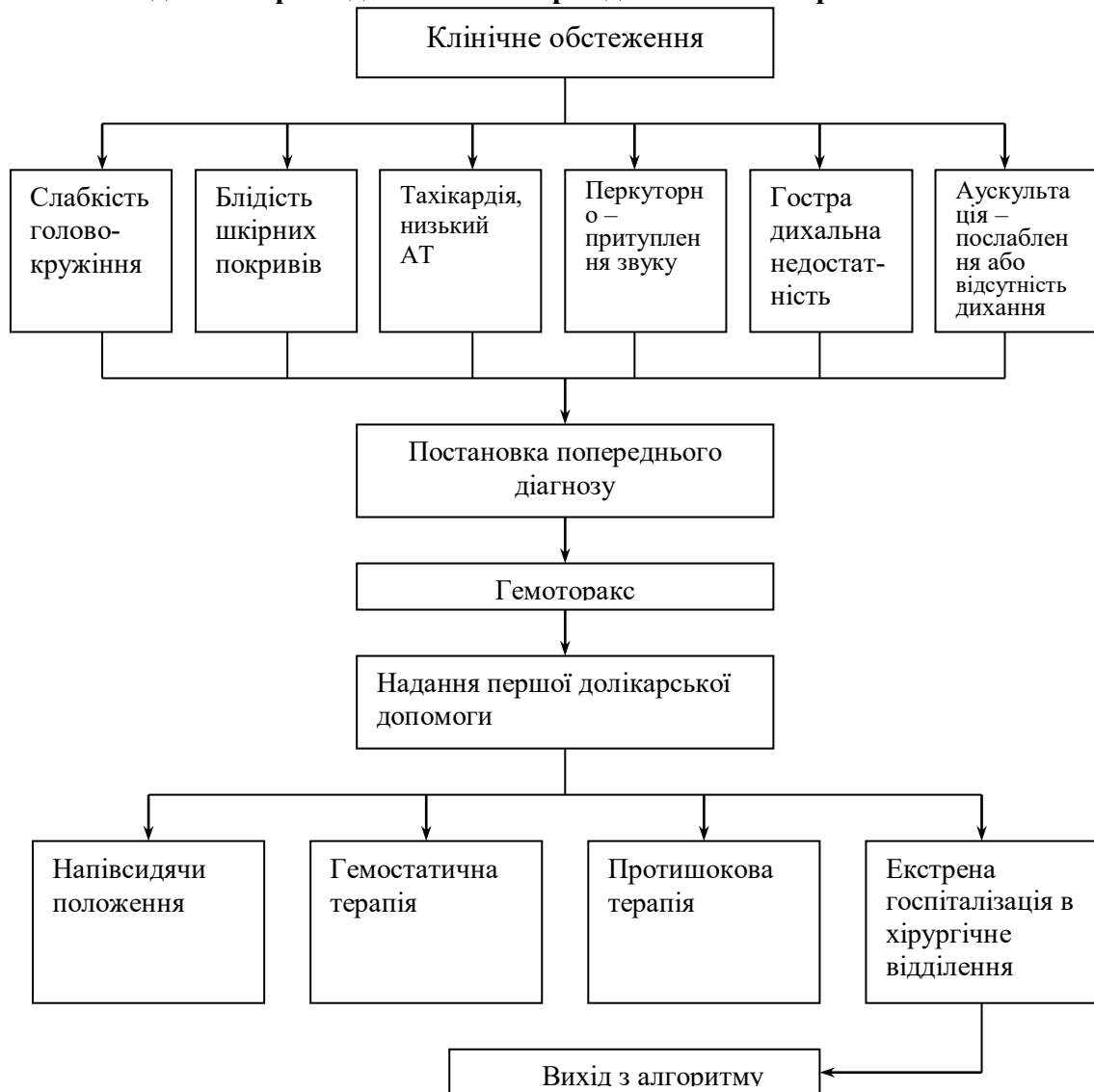


АЛГОРИТМ
Надання першої допомоги постраждалим з пневмотораксом



АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги постраждалим з гемотораксом



ЛЕКЦІЯ №3

Невідкладні стани при захворюваннях та ушкодженнях органів черевної порожнини та прямої кишки.

1. Пошкодження живота: класифікація, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
2. Апендицит: клініка, перша долікарська допомога, лікування.
3. Защемлені грижі черевної стінки: клініка, перша допомога.
4. Ускладнення виразкової хвороби: клініка, діагностика, принципи лікування.
5. Ушкодження та сторонні тіла кишечника: класифікація, клініка, діагностика, лікування.
6. Гостра кишкова непрохідність: класифікація, клініка, діагностика, принципи лікування.

7. Ушкодження печінки: класифікація, клініка, діагностика, лікування.
8. ЖКХ, холецистит, холангіт: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
9. Травма підшлункової залози: класифікація, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
10. Гострий панкреатит: класифікація, етіопатогенез, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
11. Перитоніт: причинні чинники, етіологія, патогенез, класифікація, клініка, перша допомога, лікування.
12. «Гострий живіт»: етіологія, клініка, методи діагностики, перша допомога, лікування.
13. Ушкодження та сторонні тіла прямої кишки: клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
14. Параректальні нориці: причинні чинники, клініка, діагностика, лікування.
15. Випадіння прямої кишки: етіологія, клініка, перша допомога, лікування.

ПОШКОДЖЕННЯ ЖИВОТА

К Л А С И Ф І К А Ц І Я

I. Закриті ушкодження:

Без ушкодження внутрішніх органів

З ушкодженням внутрішніх органів:

а/ з ушкодженням порожнистих органів

б/ з ушкодженням паренхіматозних органів

в/ комбіновані ушкодження

II. Відкриті ушкодження:

Заподіяні холодною зброєю

Заподіяні вогнепальною зброєю

Непроникаючі /без ушкодження парієтальної очеревини/

Проникаючі /з ушкодженням парієтальної очеревини/

Без ушкодження внутрішніх органів

З ушкодженням внутрішніх органів:

а/ з ушкодженням порожнистих органів

б/ з ушкодженням паренхіматозних органів

в/ комбіновані ушкодження

ЗАКРИТІ УШКОДЖЕННЯ

Забій — виникає при прямому прикладанні сили /удар, падіння/. Може супроводжуватися ушкодженням внутрішніх органів.

КЛІНІКА. Біль, підшкірна гематома, може бути рефлекторна нудота, блювання. При пальпації біль в місці травми, напруження м'язів.

ЛІКУВАННЯ. Постільний режим, перші 2- 3 доби місцево холод, потім сухе тепло, фізіотерапія.

Розтягнення м'язів виникає при значному напруженні черевного пресу, яке перевищує фізіологічні можливості м'язів.

КЛІНІКА. Біль, що посилюється при напрузі м'язів передньої черевної стінки, м'язи скорочені, значна гематома, можуть бути хибно позитивні симптоми подразнення очеревини.

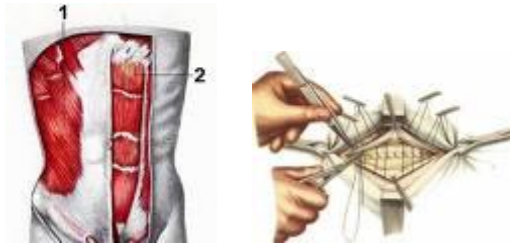
ЛІКУВАННЯ. При виключенні ушкодження внутрішніх органів – спокій, холод, через 2 – 3 дні теплові процедури.

Розрив м'язів виникає при їх напруженні, перевищуючу їх механічну міцність, або при прикладанні прямої сили.

КЛІНІКА. Стан тяжкий, аж до шоку. Сильний біль, значна підшкірна і передочеревинна гематома, іноді у худих осіб пальпується щілина /діастаз/ між скороченими краями м'язів.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА: горизонтальне положення, холод на живіт, транспортування в стаціонар.

ЛІКУВАННЯ. Операція – випорожнення гематоми, зупинка кровотечі, зшивання м'язів.



ВІДКРИТІ УШКОДЖЕННЯ

КЛІНІКА: наявність рани на передній черевній стінці, кровотеча. При проникаючому пораненні безумовною ознакою його буде випадіння в рану сальника, петлі кишки, відділення кишкового вмісту.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА: горизонтальне положення, асептична пов'язка на рану, холод, швидка доставка в стаціонар.

**Не можна знеболювати потерпілого /змазується клініка ушкодження внутрішніх органів/.*

***Не можна давати йому їсти і пити.*

****При накладанні пов'язки не можна заправляти внутрішні органи в черевну порожнину /занос інфекції, перитоніт/.*

ЛІКУВАННЯ. ПХО рани, її ревізія. Якщо поранення проникаюче – лапаротомія, ревізія черевної порожнини, втручання на внутрішніх органах.



УШКОДЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

Ушкодження порожнистих органів супроводжуються клінікою перитоніту, ушкодження паренхіматозних органів – клінікою внутрішньочеревної кровотечі.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА: горизонтальне положення при відкритому ушкодженні – асептична пов'язка на рану, холод, при клініці крововтрати – гемостатичні засоби, швидка доставка в стаціонар.

**Див. примітки вище.*

ЛІКУВАННЯ: в обох випадках хірургічне: лапаротомія, ревізія черевної порожнини, втручання на внутрішніх органах: ушивання дефекту, резекція, видалення органу.



ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЖИВОТА

АПЕНДИЦИТ – запалення хробакоподібного відростку сліпої кишки.

КЛАСИФІКАЦІЯ

I. ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ:

1. Катаральний
2. Флегмонозний
3. Гангренозний
4. Ускладнений:
 - а/ перфорацією
 - б/ інфільтратом
 - в/ абсцесом
 - г/ перитонітом
 - д/ пілефлебітом (запаленням воротної вени печінки)

II. Хронічний апендицит:

1. Хронічний рецидивуючий
2. Первинно хронічний

КЛІНІКА. Біль в епігастрії, що поступово локалізується в правій клубовій ділянці (симптом Кохера), нудота, блювання /частіше одноразове/, місцеве напруження м'язів, позитивні симптоми:

Ровзінга – при поштовхоподібному натисканні на ліву клубову ділянку біль посилюється в правій.

Раздольського – при постукуванні по передній черевній стінці посилення болю в правій клубовій ділянці.

Бартом'є – Міхельсона – пацієнт лягає на лівий бік, пальпація правої клубової ділянки викликає біль.

Воскресенського (симптом сорочки) – пацієнт лежить горілиць, сорочка на ньому натягується і швидким рухом проводять по животу від правого підребір'я вниз. Біль в правій клубовій ділянці при цьому різко посилюється.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА: горизонтальне положення, холод на живіт, транспортування в стаціонар.

ЛІКУВАННЯ. Екстрена операція – апендектомія.

Лікувальна тактика при апендикулярному інфільтраті.

- Рихлий інфільтрат /перші 3 доби від початку захворювання / екстрена операція – роз'єднання зрощень, апендектомія, дренування черевної порожнини.
- Щільний інфільтрат: лікування консервативне – постільний режим, холод, антибіотики. Після розсмоктування інфільтрату планова операція через 1,5 – 2 місяці.
- При наявності ознак абсцедування – операція: розкриття гнояка.



Гострий флегмонозний апендицит

КЛІНІКА ЗАЦЕМЛЕНОЇ ГРИЖІ.

Раптово виниклий біль в ділянці грижового випрочування.

Грижове випрочування стає напруженим.

Раптово зникла можливість вправити грижу.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА: горизонтальне положення, холод, екстрена госпіталізація.

**Категорично забороняється робити спроби насильницького вправлення защемленої грижі!*

УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

I. ПЕРФОРАЦІЯ – прорив стінки шлунку, або 12 – палої кишки. Частота 5 – 15%. Виникає у віці 20 – 40 років, у чоловіків в 7 – 8 раз частіше ніж у жінок.

КЛІНІКА – “кинжальний” біль в епігастрії, дошкоподібна напруга м’язів передньої черевної стінки, блідість шкіри, холодний піт, холодні дистальні відділи кінцівок, живіт виключений з акту дихання, пульс – спочатку брадикардія, а потім тахікардія, зниження АТ, позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга, відсутність печінкової тупості, притуплення в правій клубовій ділянці /симптом Кервена/. В перебігу захворювання розпізнають: фазу шоку; фазу уявного благополуччя; фазу перитоніту.

ДІАГНОСТИКА:

Оглядова рентгеноскопія черевної порожнини /”серп” повітря під діафрагмою/.

Пневмогастроскопія.

Лапароскопія.

ЛІКУВАННЯ хірургічне: екстрена операція. Види операцій:

Радикальні операції:

а/ вирізання виразки + ваготомія;

б/ ушивання виразки + ваготомія;

в/ резекція шлунку.

Паліативна операція: ушивання перфоративного отвору.



Проривна виразка

II. ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНА КРОВОТЕЧА. Частота 15 – 20% в 5% загрожує життю пацієнта.

ПРИЧИНИ.

- Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу
- Діафрагмальна грижа.
- Синдром Мелорі – Вейса – розрив слизової оболонки і підслизового шару нижньої третини стравоходу і кардіального відділу шлунку.
- Виразкова хвороба шлунку і 12 – палої кишки.
- Ерозивний гастрит.

- Рак шлунку.
- Поліп шлунку.
- Хвороби крові: хвороба Верльгофа, Шенлейн – Геноха.

КЛІНІКА. Слабкість, пітливість, миготіння “мушок” перед очима, нудота, блювання “кавовою гущиною”, мелена, частий слабкий пульс, низький АТ, часто після акту дефекації пацієнт втрачає свідомість.

ДІАГНОСТИКА.

Аналіз крові: зниження кількості еритроцитів, гемоглобіну, кольорового показника. Визначення ДЦК:

По питомій вазі.

По в'язкості.

По гематокриту.

Фіброгастроскопія.

Рентгеноскопія шлунку.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА. Надати пацієнтові горизонтального положення, холод на живіт, гемостатична терапія, швидка та обережна доставка в стаціонар.

ЛІКУВАННЯ.

I. КОНСЕРВАТИВНЕ:

Суворий постільний режим.

Холод на епігастральну ділянку.

Гемостатична терапія.

Поповнення ОЦК.

Методи місцевого впливу:

а/ промивання шлунку холодною водою;

б/ інтрагастральне введення вазопресорів, тромбіну;

в/ раннє годування – дієта Мейленграхта;

г/ ендоскопічна зупинка кровотечі – діатермокоагуляція, введення судиннозвужуючих препаратів в стінку шлунку або ДПК, накладання кліпси на судину;

д/ локальна гіпотермія шлунку 2 – просвітним зондом.

II. ОПЕРАТИВНЕ. Показання:

а/ профузна кровотеча;

б/ безуспішність консервативного лікування, високий ризик повторної кровотечі.



Гематома в шлунку

ВИДИ ОПЕРАЦІЙ.

Гастро- або дуоденотомія, вшивання кровоточивої судини + ваготомія + пілоропластика.

Резекція шлунку.

III. СТЕНОЗ ВОРОТАРЯ ШЛУНКУ – звуження пілоричного відділу шлунку внаслідок рубцювання виразкового дефекту. Частота 10 – 40%, виникає частіше у осіб з довгим виразковим анамнезом.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

I ст. – компенсації.

II ст. – субкомпенсації.

III ст. – декомпенсації.

КЛІНІКА. Почуття переповнення шлунку, блювання їжею з ознаками загнивання, натще у шлунку велика кількість рідини, “шум плескоту” натще, схуднення хворого, шкіра землистого кольору, зниження тургору.

ДІАГНОСТИКА.

Фіброгастроскопія.

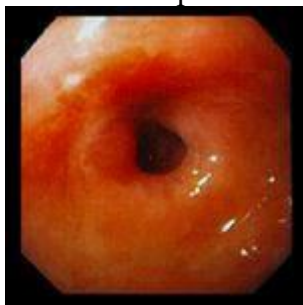
Рентгеноскопія шлунку. Рентгенологічні ознаки:

I ст. – затримка евакуації барію з шлунку до 12 годин

II ст. – до 24 годин

III ст. – більше 24 годин

ЛІКУВАННЯ оперативне. При першій та другій стадії – пілоропластика + ваготомія. При стенозі III ст. – резекція шлунку.



Стеноз воротаря шлунку

IV. ПЕНЕТРАЦІЯ – прорив виразки в сусідні органи /дном виразки є сусідній орган/. Найбільш часто пенетрують виразки задньої стінки 12 - палої кишки, задньої стінки і малої кривизни шлунку. Пенетрація відбувається в підшлункову залозу, печінково – дванадцятипалу зв’язку.

КЛІНІКА. Стійкий постійний біль в епігастрії з іррадіацією в спину.

ДІАГНОСТИКА.

Фіброгастроскопія.

Рентгеноскопія.

ЛІКУВАННЯ – оперативне – резекція шлунку.



Пенетрація виразки шлунку в підшлункову залозу

V. МАЛІГНІЗАЦІЯ – злоякісне переродження шлункової виразки. Частота 15 – 20%.

ОЗНАКИ МАЛІГНІЗАЦІЇ.

Локалізація виразки на великій кривизні, в кардіальному відділі, тілі шлунку.

Діаметр виразки більше 1,5 см.

Довгий виразковий анамнез.

Низька кислотність.

Зникнення періодичності загострень, постійні тупі болі.

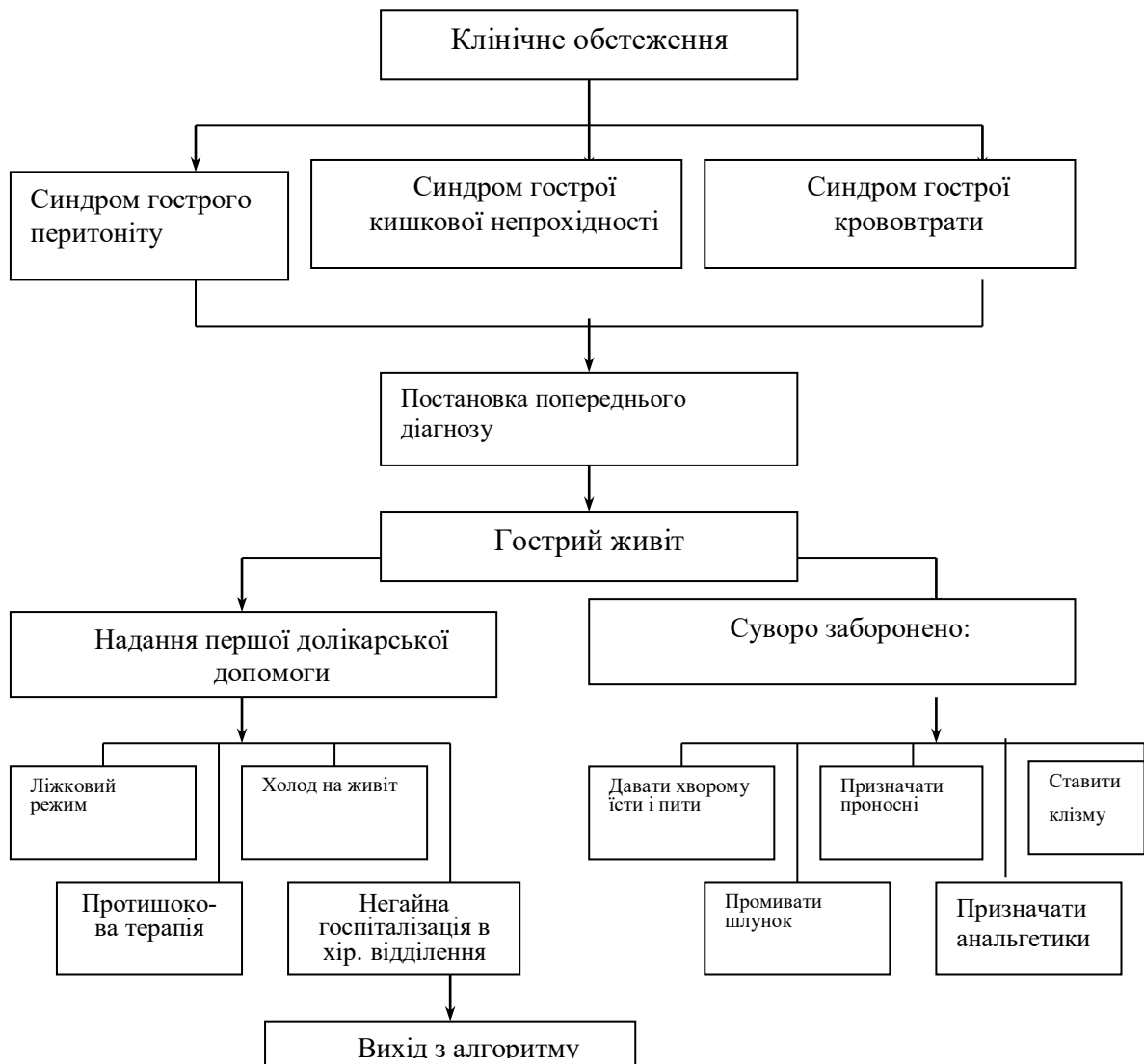
ДІАГНОСТИКА.

Рентгеноскопія шлунку /опосередковані ознаки/.

Фіброгастроскопія з біопсією.

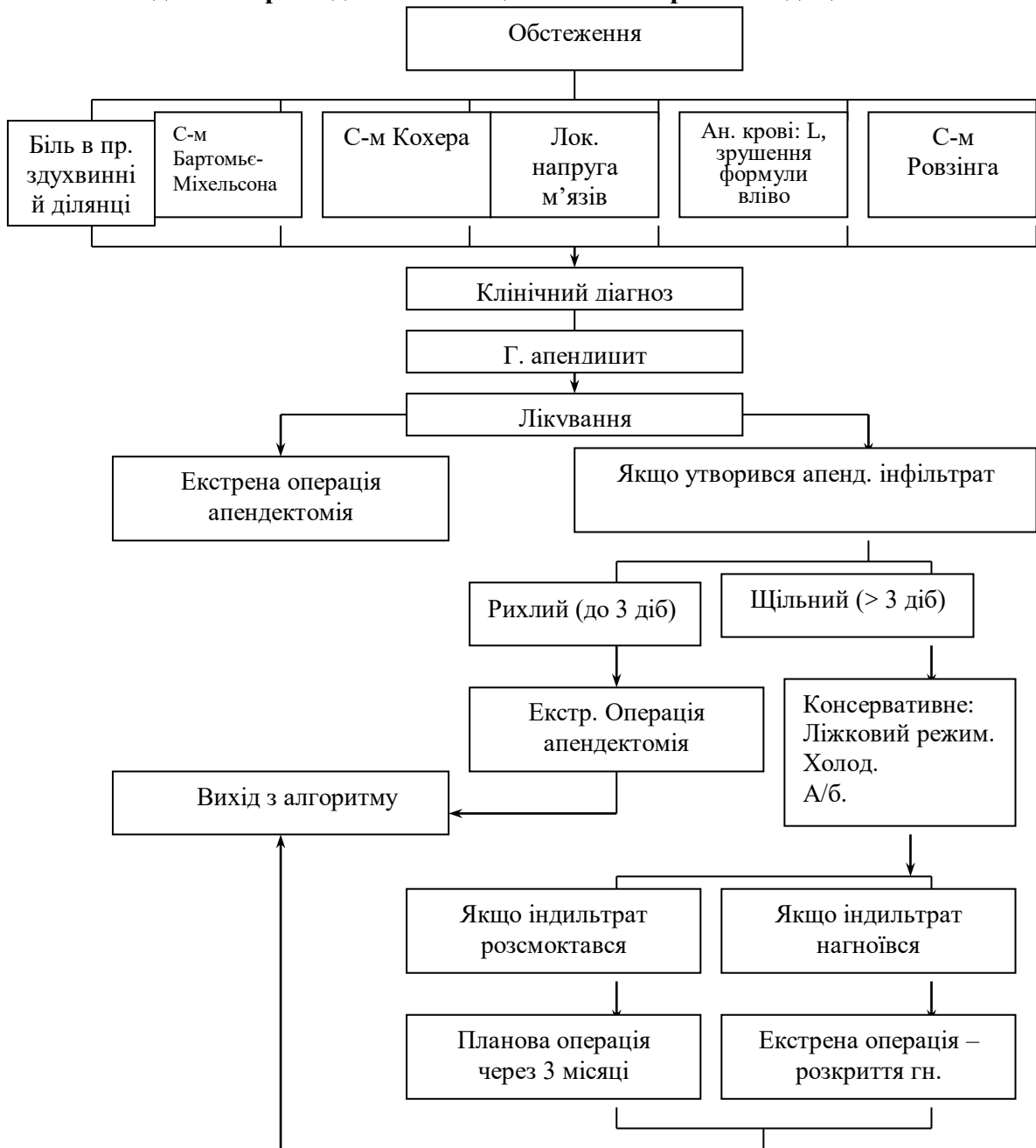
ЛІКУВАННЯ комбіноване: операція /субтотальна резекція, гастректомія/ + хіміотерапія.

АЛГОРИТМ Надання першої допомоги пацієнтові з синдромом “гострого” живота



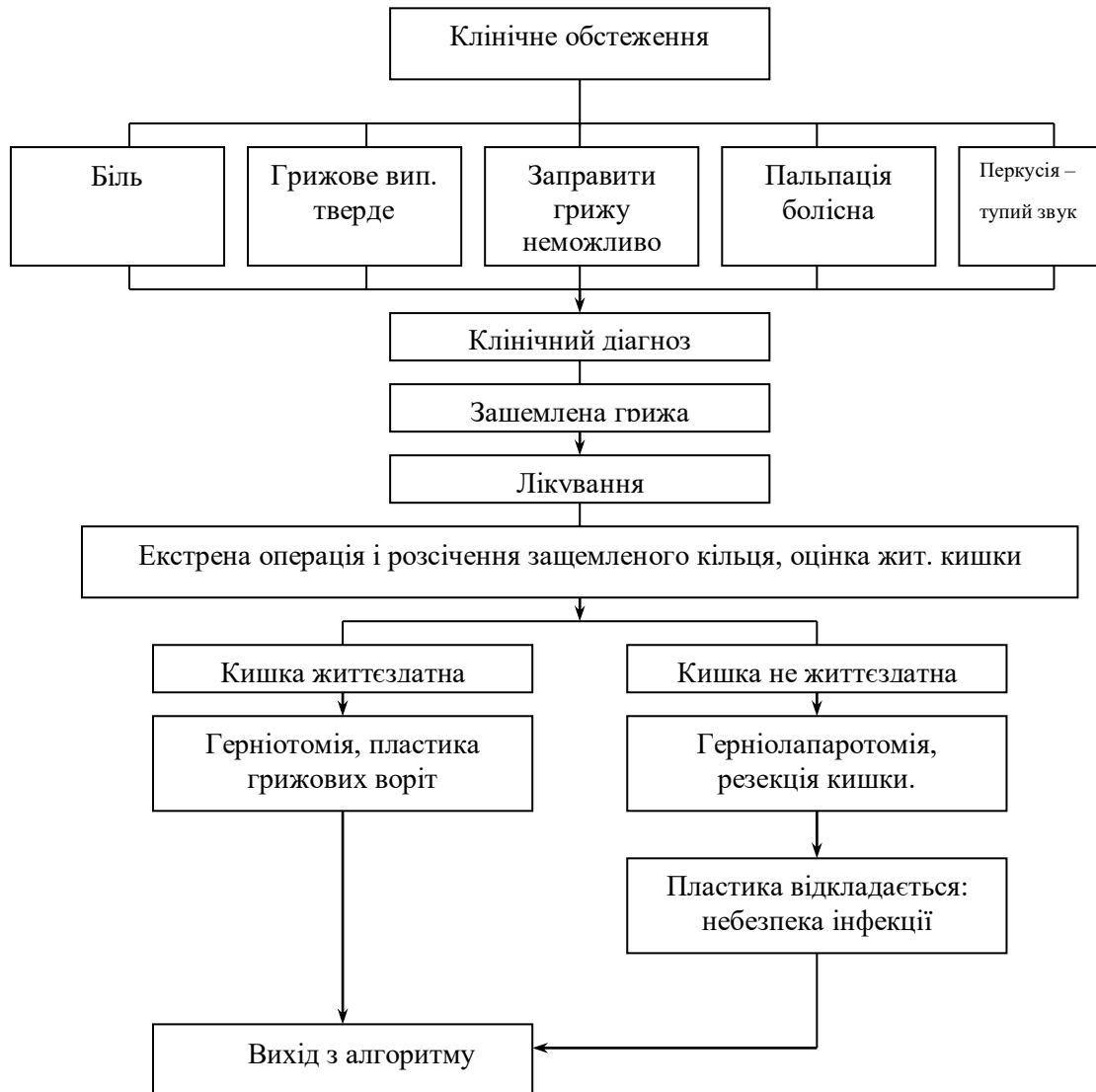
АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги пацієнтові з гострим апендицитом



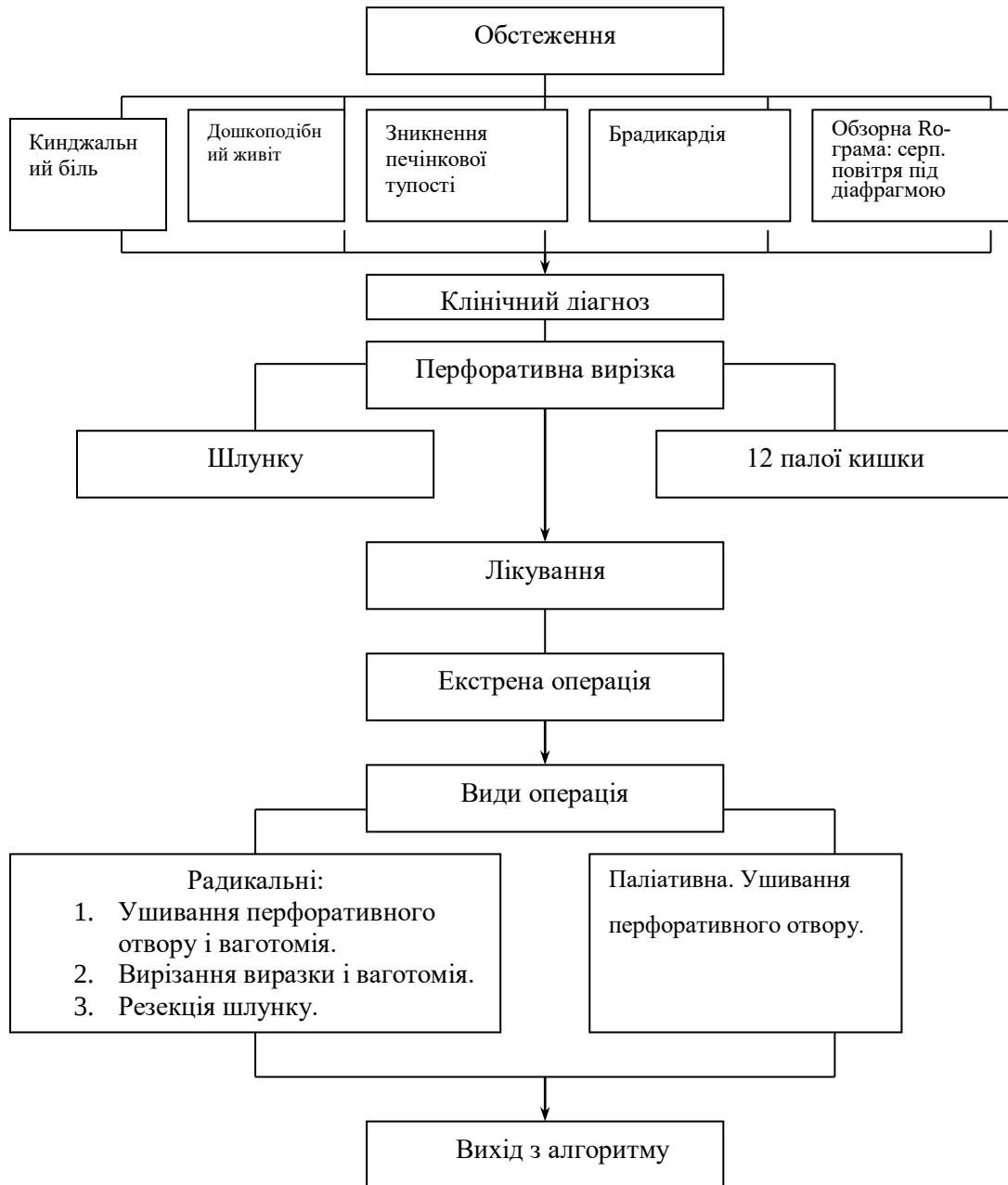
АЛГОРИТМ

Надання допомоги пацієнтові з защемленою грижею на госпітальному етапі

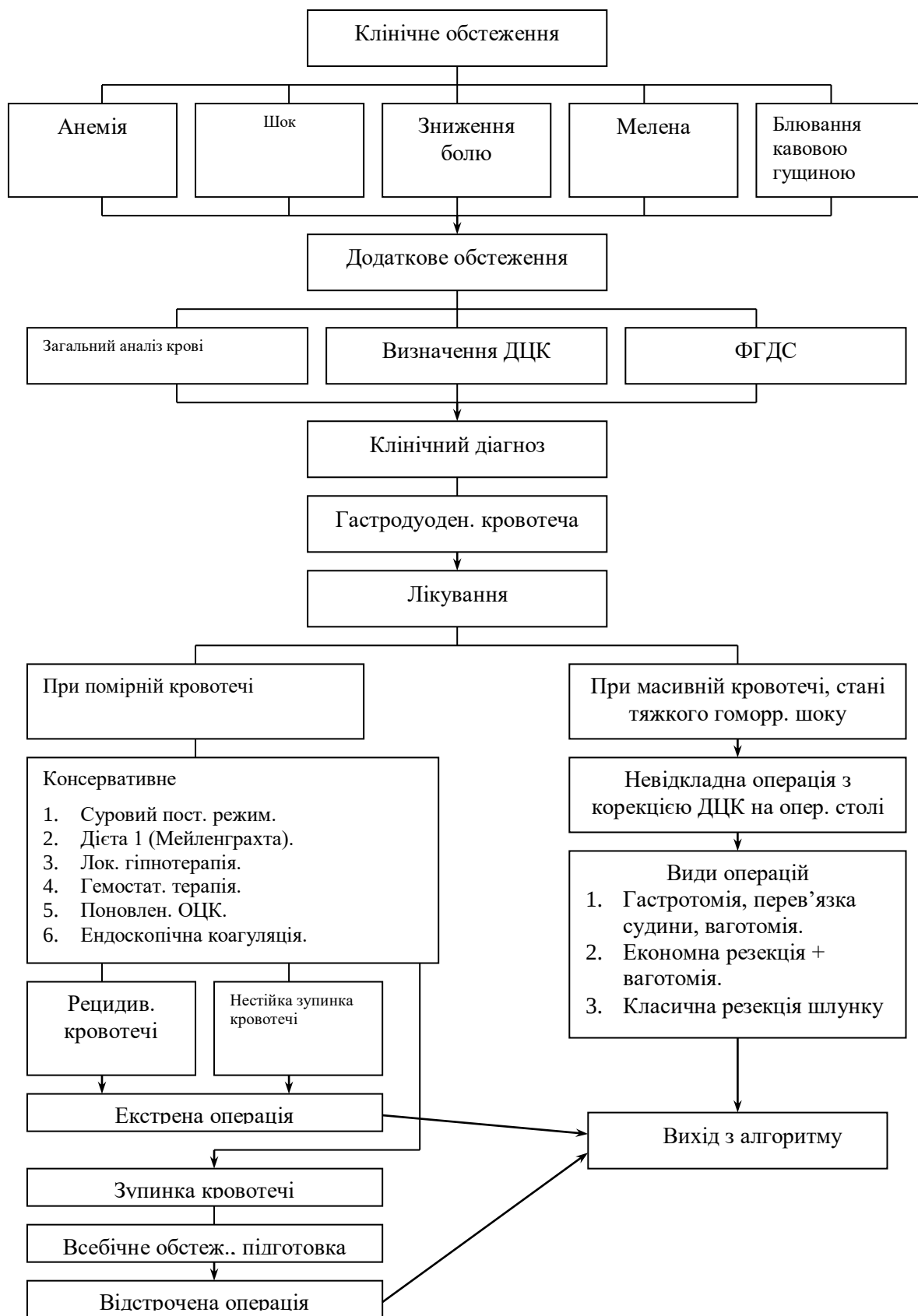


АЛГОРИТМ

Надання допомоги пацієнтам з перфоративною виразкою на госпітальному етапі



АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтам з гастродуоденальною кровотечею на госпітальному етапі



УШКОДЖЕННЯ ТОНКОЇ КИШКИ

КЛАСИФІКАЦІЯ.

I. Закриті ушкодження:

Забій /крововилив в стінку кишки або брижу/.

Розрив кишки.

Відрив кишки від брижі.

Перфорація стінки кишки стороннім тілом або інструментом.

II. Відкриті ушкодження:

Колото – різані.

Вогнепальні:

а/ кульові;

б/ осколькова;

в/ сліпі;

г/ наскрізні;

д/ дотичні.

КЛІНІКА. Біль в животі, нудота, блювання, напруження м'язів передньої черевної стінки, симптоми подразнення очеревини, відсутність печінкової тупості. При відриві кишки від брижі – симптоми гострої анемії, шоку. У відлогих частинах живота – притуплення перкуторного звуку.

**При відкритих ушкодженнях безумовною ознакою є витікання через рану кишкового вмісту.*

ДІАГНОСТИКА.

Оглядова рентгенографія черевної порожнини /вільний газ під діафрагмою/.

Лапароцентез з використанням методики “нишпорячого катетера”.

Лапароскопія.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА: спокій, холод на живіт, заборонити їсти і пити, асептична пов'язка на рану /петлі кишок, що випали, НЕ ЗАПРАВЛЯТИ!/, по показаннях протишокова терапія, госпіталізація в хірургічне відділення.

ЛІКУВАННЯ: Екстрена операція: лапаротомія, ревізія черевної порожнини, ушивання дефекту або резекція кишки, санація черевної порожнини.



СТОРОННІ ТІЛА ТОНКОГО КИШЕЧНИКА. Можуть попадати в кишку з харчовими масами /рибні і м'ясні кістки, рослинні кісточки/, ковтання різних предметів психічно ненормальними пацієнтами. Іноді в просвіті кишки можуть бути жовчні камінці, а також клубок проковтнутого волосся /тріхобезоар/.

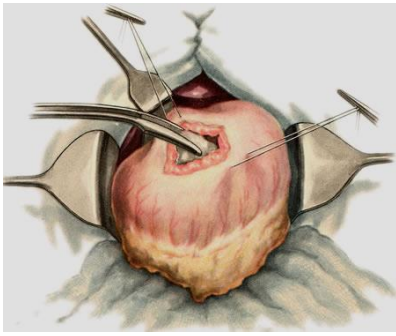
КЛІНІКА. Симптоми або перфорації порожнистого органу, або непрохідності кишечника.

ДІАГНОСТИКА.

Оглядова рентгеноскопія.

Контрастне дослідження кишечника.

ЛІКУВАННЯ головним чином оперативне: ентеротомія, видалення стороннього тіла. При перфорації тактика таж сама, що і при ушкодженнях.



Видалення стороннього тіла

УШКОДЖЕННЯ ОБОДКОВОЇ КИШКИ

КЛАСИФІКАЦІЯ.

I. Закриті ушкодження:

Забій.

Відрив кишки від брижі.

Розрив кишки:

а/ від прямого удару

б/ від підвищення внутрішньокішкового тиску /клізма, введення повітря в анальний отвір під тиском/.

II. Відкриті ушкодження:

Нанесені холодною зброєю.

Вогнепальні:

а/ кульові

б/ осколкові.

КЛІНІКА розвиваючогося калового перитоніту /перша фаза змазана, через деякий час після травми на перший план виходять явища інтоксикації і паралітичної кишкової непрохідності/.

**При відкритих ушкодженнях беззаперечною ознакою є вихід з рани кишкового вмісту.*

ДІАГНОСТИКА:

Аналіз крові /лейкоцитоз із зрушенням формули вліво, підвищення ШОЕ/.

Рентгенологічно виявляється вільний газ в черевній порожнині, пізніше – вільна рідина.

Лапароцентез з методикою „нишпорячого” катетеру.

Лапароскопія.

ПЕРША ДОПОМОГА – див. ушкодження тонкого кишечника.

ЛІКУВАННЯ – тільки хірургічне: лапаротомія, ревізія черевної порожнини, ушивання дефекту кишки або її резекція, накладання розвантажувальної колостоми. Безперервність кишкової трубки відновлюється через 3 – 6 міс. Санація черевної порожнини, раціональне її дренирування. В післяопераційному періоді – інтенсивна комплексна терапія /антибактеріальна, дезінтоксикаційна, іммунокорекція, відновлення гемостазу, загальноукріплююча/. Ретельний догляд за кишковою норицею.



ГОСТРА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ – різні патологічні стани, які супроводжуються порушенням евакуації кишкового вмісту.

КЛАСИФІКАЦІЯ

I. Динамічна - /функціональна/:

Спастична.

Паралітична.

II. Механічна:

Странгуляційна /заворот, вузлуотворення/. Перетискається брижа, порушується кровообіг. На протязі 2 – 3 годин розвивається змертвіння стінки кишки.

Обтураційна /пухлина, стороннє тіло, каловий жовчний камені, клубок аскарид/.

Перекривається просвіт кишки. Судини брижі вільні, кровообіг не порушений.

Змішана /інвагінація, спайки/.

**Інвагінація – укорінення одного відрізка кишки в просвіт другої.*

Виникає обтурація зовнішнього відрізка і странгуляція внутрішнього.

III. Судинна. Тромбоз або емболія судин брижі – порушення кровообігу – гіпоксія тканин – інфаркт кишечника.

КЛІНІКА.

Переймоподібний біль в животі.

Нудота, багаторазове блювання без полегшення.

Затримка стільця і газів.

Здуття живота, його асиметрія.

Симптом Валя – пальпація через черевну стінку колбасоподібно роздутої петлі кишки, при перкусії над нею тимпаніт.

Симптом Склярова – “шум плескоту” при легкому струсі черевної стінки.

Симптом Грекова /Обухівської лікарні/ - з'являння пустої ампули прямої кишки.

Перистальтика посилена, кожна перистальтична хвиля викликає новий напад болю. Через декілька годин перистальтика зникає, розвиваються явища парезу кишечника, інтоксикація

ДІАГНОСТИКА:

Оглядова рентгеноскопія черевної порожнини – чаші Клойбера.

При товстокишковій непрохідності – RRS, ірігоскопія.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА: Горизонтальне положення, холод на живіт, спазмолітики, екстрена госпіталізація в хірургічне відділення.

ЛІКУВАННЯ:

Протягом 2 – х годин консервативне: 2 – х стороння поперекова новокаїнова блокада, сифонна клізма, промивання шлунку, інфузійна терапія /спазмолітики, електроліти, глюкоза/.

При відсутності ефекту – екстрена операція: лапаротомія, усунення причини непрохідності.



Здуття живота та петель нишечнику

АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтові з гострою кишковою непрохідністю на госпітальному етапі



УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ

Серед травм органів черевної порожнини ушкодження печінки по своїй важкості, складності розпізнавання і лікування є найбільш серйозними.

КЛАСИФІКАЦІЯ

I. ЗАКРИТІ УШКОДЖЕННЯ.

Розрив капсули. Паренхіма не ушкоджена, кровотеча невелика.

Поверхневі розриви паренхіми. Кровотеча помірна.

Глибокі розриви паренхіми. Профузна кровотеча з вен і артерій. Стан шоківий.

Розриви паренхіми з ушкодженням загальної печінкової артерії і нижньої порожнистої вени. Масивна кровотеча, пацієнт гине до етапу кваліфікованої допомоги.

II. ВІДКРИТІ УШКОДЖЕННЯ:

Колото – різані.

Вогнепальні.

а/ по характеру раничого снаряду: кульові; осколкові

б/ по характеру ранового каналу: навскрізні, сліпі, дотичні.

ІІІ. В залежності від кількості ушкоджених органів:

Ізольовані.

Комбіновані.

КЛІНІКА. Біль, напруження м'язів в правому підребер'ї, блідість шкіри, частий слабкий пульс, низький артеріальний тиск, притуплення перкуторного звуку у відлогих частинах живота, симптом “неваляшки” /подразнення діафрагмального нерву/. При відкритому ушкодженні рана в проекції печінки, безумовна ознака – витікання жовчі з кров'ю.

ДІАГНОСТИКА.

Аналіз крові /зниження кількості еритроцитів, гемоглобіну, кольорового показника, гематокриту/.

Лапароцентез з використанням методики “нишпорячого катетера”.

Лапароскопія.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА.

Надати хворому зручного положення /горизонтальне, або напівсидячи/.

Асептична пов'язка на рану /при відкритому ушкодженні/.

Холод на живіт.

Протишокова терапія /по показаннях/.

Екстрена доставка в стаціонар.

ЛІКУВАННЯ: Екстрена операція: лапаротомія, ревізія черевної порожнини, втручання на печінці. Види операцій:

Шов рани.

Тампонада рани марлею або сальником.

Резекція печінки.

В післяопераційному періоді інтенсивна терапія.



ЗАХВОРЮВАННЯ ЖОВЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

І. ЖОВЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА /холелітіаз/.

Дуже розповсюджена хвороба у розвинутих країнах Європи і Америки /10 – 12%/. Захворюваність різко підвищується з віком з 4 – 5% в 30 – 40 років до 35% в групі більше 70 років. Співвідношення жінок і чоловіків 4 : 1.

ЕТИОПАТОГЕНЕЗ. В основі захворювання лежить порушення холестеринового обміну. Збільшення концентрації холестерину в жовчі – перенасичення розчину – випадіння холестерину в осад – пісок – центри кристалізації – утворення каміння.

ПЕРЕДУМОВНІ ФАКТОРИ: вживання багатої холестерином їжі /тваринні жири/, ожиріння, малорухливий спосіб життя.

Жовчнокам'яна хвороба довгий час може протікати безсимптомно. Клінічно проявляє себе холециститом, холедохолітіазом, холангітом.

ІІ. ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ – запалення жовчного міхура.

КЛАСИФІКАЦІЯ

І. Неускладнений:

Катаральний.

Деструктивний:

а/ флегмонозний

б/ гангренозний

II. Ускладнений.

Оклюдійний /закупорка міхурового протоку/. При цьому розвиваються:

а/ водянка

б/ емпієма жовчного міхура

Перфоративний. Превалюють явища місцевого або розлитого перитоніту.

Гострий холецистопанкреатит.

Гострий холецистит, ускладнений випітним перитонітом /порушення проникливості стінки жовчного міхура, випотівання жовчі в черевну порожнину/.

КЛІНІКА. Інтенсивний біль в правому підребер'ї, з іррадіацією в праве плече і під лопатку, напруження м'язів, нудота, багаторазове блювання без полегшення, спочатку їжею, потім жовчю, підвищення T° до 38 – 39°. В правому підребер'ї пальпується збільшений жовчний міхур, або запальний інфільтрат. Симптом Грекова —Ортнера – біль при постукуванні по правій реберній дузі. Симптом Мерфі – Образцова – при глибокій пальпації в правому підребер'ї під час вдиху біль посилюється, а вдих внаслідок посилення болю переривається.

ДІАГНОСТИКА.

Аналіз крові /високий лейкоцитоз із зрушенням формули вліво, прискорена швидкість осідання еритроцитів/.

УЗД.

Рентгенологічне дослідження – в/венна і пероральна холецистографія.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА.

Надати хворому горизонтального положення.

Холод на живіт.

Заборонити їсти і пити.

Екстрена госпіталізація в хірургічне відділення.

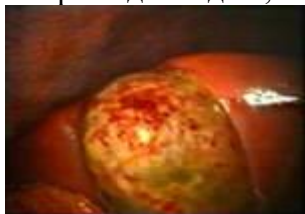
ЛІКУВАННЯ: При відсутності симптомів перитоніту лікування консервативне: голод, холод на живіт, спазмолітики, антибіотики /найбільш ефективні антибіотики тетрациклінового ряду, вони виділяються жовчю/, дезінтоксикаційна терапія, поперекова новокаїнова блокада.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА.

Екстрена операція /в перші 2 години/ - при наявності клініки перитоніту.

Термінова операція /в перші 24 – 72 години/ - пацієнтам, у яких не зважаючи на енергійне консервативне лікування не настає покращення, а відмічається прогресування захворювання.

Відстрочена операція. Після настання ремісії внаслідок проведеного консервативного лікування проводиться лабораторне і рентгенологічне обстеження в умовах стаціонару і при наявності холелітіазу виконується операція в термін до 10 днів, не виписуючи пацієнта.



Гострий холецистит

ХОЛЕДОХОЛІТІАЗ - наявність камінців в загальному жовчному протоці.

Зустрічається у 20% хворих гострим холециститом. В більшості випадків камінці попадають в холедох з жовчного міхура.

КЛІНІКА проявляється тільки після повної закупорки каменем холедоха. Ознакою є жовтяниця, що з'являється після нападу печінкової кольки. Біль – жовтяниця –

- шкірний свербіж - темна сеча - ахолічний кал

ДІАГНОСТИКА.

Кров на білірубін /підвищення загального білірубіну за рахунок прямого/.

Сеча, кал на жовчні пігменти /відсутність уробіліну в сечі, стеркобіліну в калі/.

Загальний аналіз крові /лейкоцитоз, прискорена швидкість осідання еритроцитів/.

УЗД.

Ретроградна холангіографія.

Черезшкірна черезпечінкова холангіографія.

Інтраопераційна холангіографія.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА – див. гострий холецистит.

ЛІКУВАННЯ хірургічне.

ВИДИ ОПЕРАЦІЙ:

Холецистектомія для видалення джерела камінців.

Холедохолітотомія з зовнішнім дрениванням холедоха або білідігестивним анастомозом /сполучення між холедохом і ДПК або тонкою кишкою/.



Ендоскопічна ретроградна холангіографія: камні холедоха

ХОЛАНГІТ – запалення жовчних протоків.

ПРИЧИНИ:

Порушення відтоку жовчі в кишечник.

Розвиток інфекції в жовчних протоках при гострому холециститі, холедохолітіазі.

КЛІНІКА протікає бурхливо: потрясаючий озноб, підвищення температури до 40° і вище, гектична крива, інтенсивний біль в правому підребер'ї /печінкова колька/, жовтяниця.

ДІАГНОСТИКА – див. холедохолітіаз.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА – див. гострий холецистит.

ЛІКУВАННЯ:

Консервативне: спазмолітики, антибіотики, дезінтоксикаційна терапія.

Хірургічне (при відсутності ефекту від консервативного): холедохотомія, зовнішнє дренивання холедоха. Сучасна ендоскопічна операція: папілосфінктеротомія, холедохолітотомія, внутрішнє або зовнішнє дренивання холедоха.



УШКОДЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

КЛАСИФІКАЦІЯ

I. ЗАКРИТІ УШКОДЖЕННЯ:

Струс.

Забій.

Поверхневі розриви паренхіми.

Глибокі розриви паренхіми з ушкодженням головного панкреатичного протоку.

Роздавлення залози.

II. ВІДКРИТІ УШКОДЖЕННЯ:

По виду ранячої зброї:

а/ колото – різані

б/ вогнепальні /кульові осколкові/

По характеру ранового каналу:

а/ сліпі

б/ наскрізні

в/ дотичні

III. ПО ЛОКАЛІЗАЦІЇ УШКОДЖЕНЬ:

Голівка.

Тіло.

Хвіст підшлункової залози.

IV. В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КІЛЬКОСТІ УШКОДЖЕНИХ ОРГАНІВ:

Ізольовані.

Комбіновані.

КЛІНІКА. При відкритій травмі – витікання з рани прозорого соку, багатого протеолітичними ферментами. При тупій травмі /удар в живіт, або в спину, стиснення/ відмічається біль в епігастрії з іррадіацією в спину і ліве плече, здуття живота в верхній половині, напруження м'язів передньої черевної стінки. Ведучими є синдроми шоку, внутрішньої кровотечі, перитоніту.



Розрив підшлункової залози

ДІАГНОСТИКА:

Визначення амілази крові та діастази сечі /підвищення/.

Лапароцентез з використанням методики “нишпорячого” катетера і визначенням амілази в здобутому ексудаті.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА.

Надати пацієнтові спокій.

Холод на живіт.

Заборонити їсти і пити.

Протишокові заходи.

Екстрена госпіталізація в хірургічне відділення.

ЛІКУВАННЯ:

Продовження протишокової терапії на протязі 2 – х годин.

Екстрена операція:

а/ поверхневі розриви паренхіми ушивають;

б/ при ушкодженнях головного панкреатичного протоку, роздавлюванні тіла та хвоста залози – її резекція;

в/ при тотальних ураженнях підшлункової залози – дренивання сальникової сумки та черевної порожнини в розрахунок на формування зовнішньої панкреатичної нориці.

В післяопераційному періоді:

а/ протишокова терапія;

б/ дезінтоксикаційна терапія;

в/ антибактеріальна терапія;

г/ інгібітори протеаз /цалол, трасілол, контрикал/;
д/ введення білкових препаратів /альбумін/;
е/ кортикостероїди.

ЛІКУВАННЯ ушкоджень підшлункової залози є важкою задачею: летальність складає 40 – 60%.

ЗАХВОРЮВАННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

I. ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ – запалення підшлункової залози.

ЕТІОЛОГІЯ:

Жовчнокам'яна хвороба /40 – 80%/.

Хронічний алкоголізм /13 – 39%/.

Травма підшлункової залози, в тому числі операційна /10%/.

ПАТОГЕНЕЗ – див. графічну схему.

КЛІНІКА. Сильний біль в епігастрії і лівому підребер'ї з іррадіацією в спину, іноді оперезуючий, нудота, багаторазове блювання без полегшення, може бути шоківий стан. Живіт м'який роздутий в епігастрії /парез поперечної ободової кишки/, визначаються позитивні симптоми Воскресенського/ відсутність пульсації черевної аорти в епігастрії/, болісність і ригідність передньої черевної стінки згідно проекції підшлункової залози /симптом Керте/, болісність в лівому реберно – хребтовому куті /симптом Мейо – Робсона/. Шкірні покриви бліді, акроціаноз, може спостерігатися жовте забарвлення склер.

ДІАГНОСТИКА.

Загальний аналіз крові /лейкоцитоз, зрушення формули вліво, прискорена швидкість осідання еритроцитів/.

Амілаза крові і діастаза сечі.

УЗД.

Комп'ютерна томографія

Лапароцентез з використанням методики “нишпорячого” катетера і визначенням амілази в ексудаті.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА:

Надання пацієнтові спокою.

Холод на епігастральну ділянку.

Заборонити їсти і пити. Протишкова терапія.

Екстрена госпіталізація в хірургічне відділення.

ЛІКУВАННЯ:

I. КОНСЕРВАТИВНЕ:

Боротьба з болем:

а/ поперекова або паравертебральна новокаїнова блокада

б/ 150 – 250 мл 0,25% новокаїну в/в крапельно

Надання спокою залозі:

а/ голод 3 – 4 дні

б/ аспірація шлункового вмісту через постійний назогастральний зонд

в/ введення атропіну /гальмування панкреатичної секреції/

г/ спазмолітики /розслаблення сфінктеру Одді/

д/ локальна гіпотермія /до зниження T° в 12 – палій кишці до 30 – 32°/.

Протишкова терапія, нормалізація ОЦК.

Дезінтоксикаційна терапія, нормалізація водно – електролітного балансу.

Інактивація панкреатичних ферментів інгібіторами: амінокапронова кислота, цалол, трасілол, контрикал, гордокс.

Пригнічення виробки ферментів: фторурацил.

Антибіотикотерапія: тетрациклін, мономіцин, морфоциклін.

II. ПОКАЗАННЯ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ.

- Наявність перитоніту при ясному діагнозі гострого панкреатиту /ендоскопічна малоінвазивна операція – санація і дренування черевної порожнини на 3-4 добу, після виведення пацієнту з шоку і покращання загального стану/.
- Сумніви в діагнозі при картині “гострого живота” /екстрена операція/.
- Неєфективність консервативного лікування. Краще виконувати ендоскопічні малоінвазивні операції (санація і дренування черевної порожнини і сальникової сумки), які дають набагато меншу летальність, ніж класичні лапаротомії.
- Гнійний панкреатит. Виконується ендоскопічна операція санації та дренування сальникової сумки або пункція та мікродренування сальникової сумки під контролем УЗД або комп’ютерної томографії.



УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ:

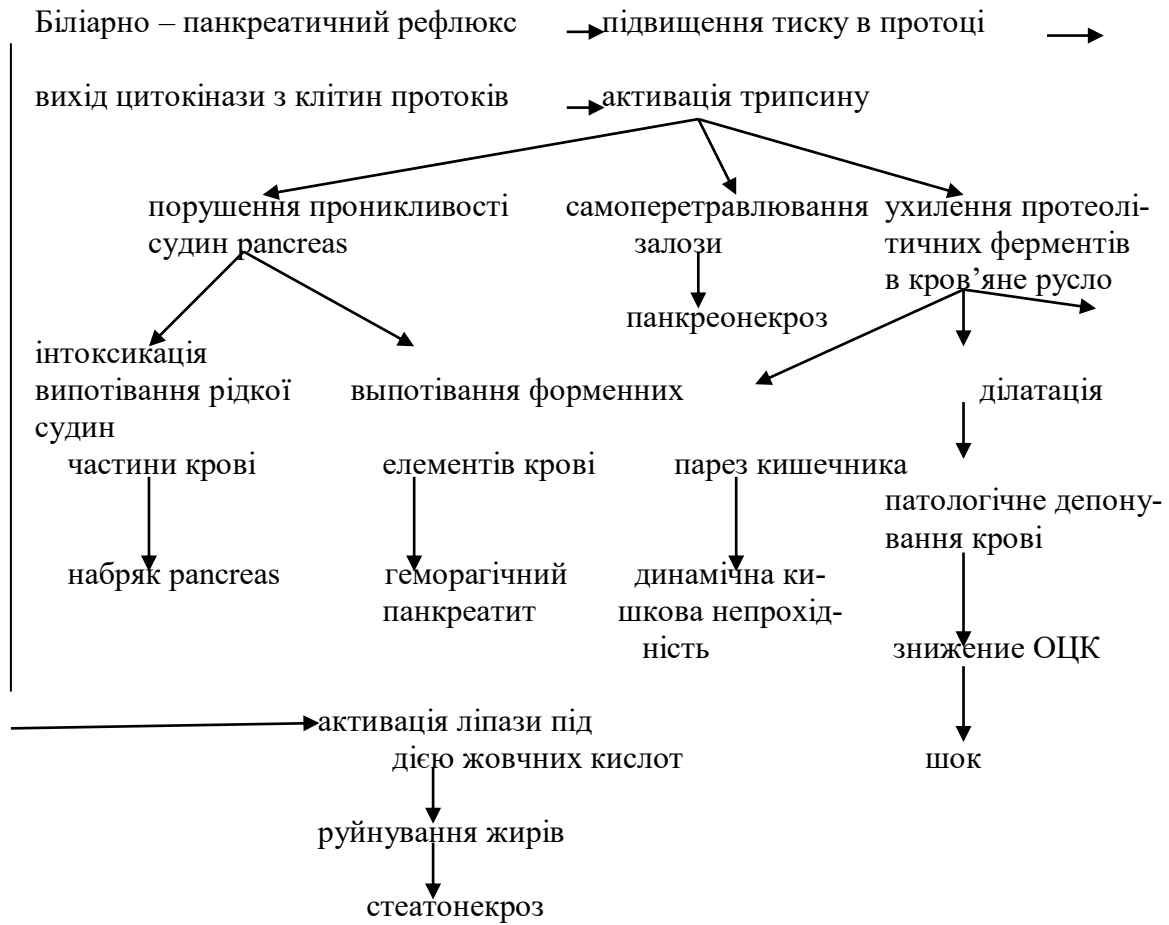
Нориці /зовнішні та внутрішні/.

Абсцес підшлункової залози.

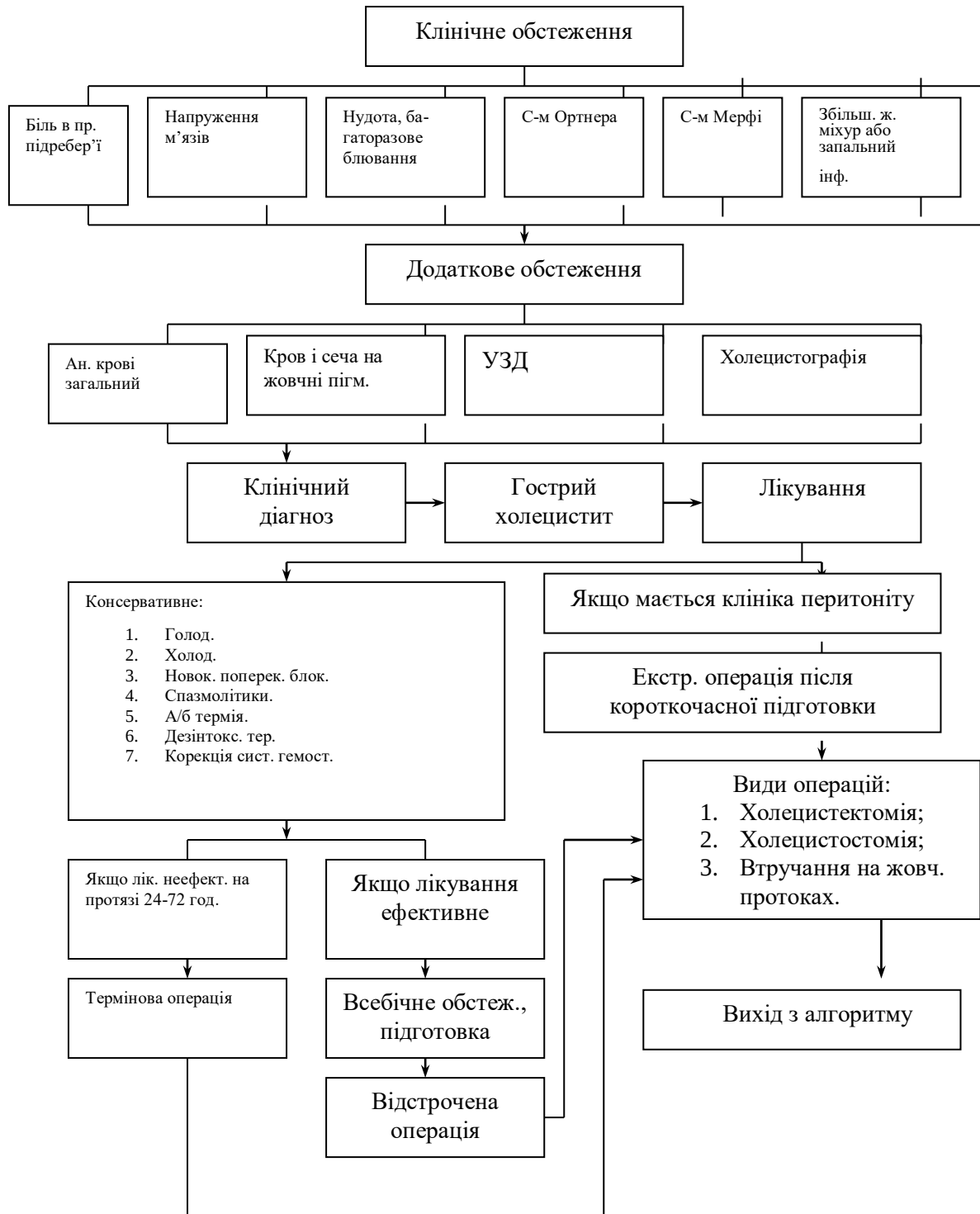
Кісти підшлункової залози.

Цукровий діабет /15%/.

ГРАФІЧНА СХЕМА. ПАТОГЕНЕЗ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

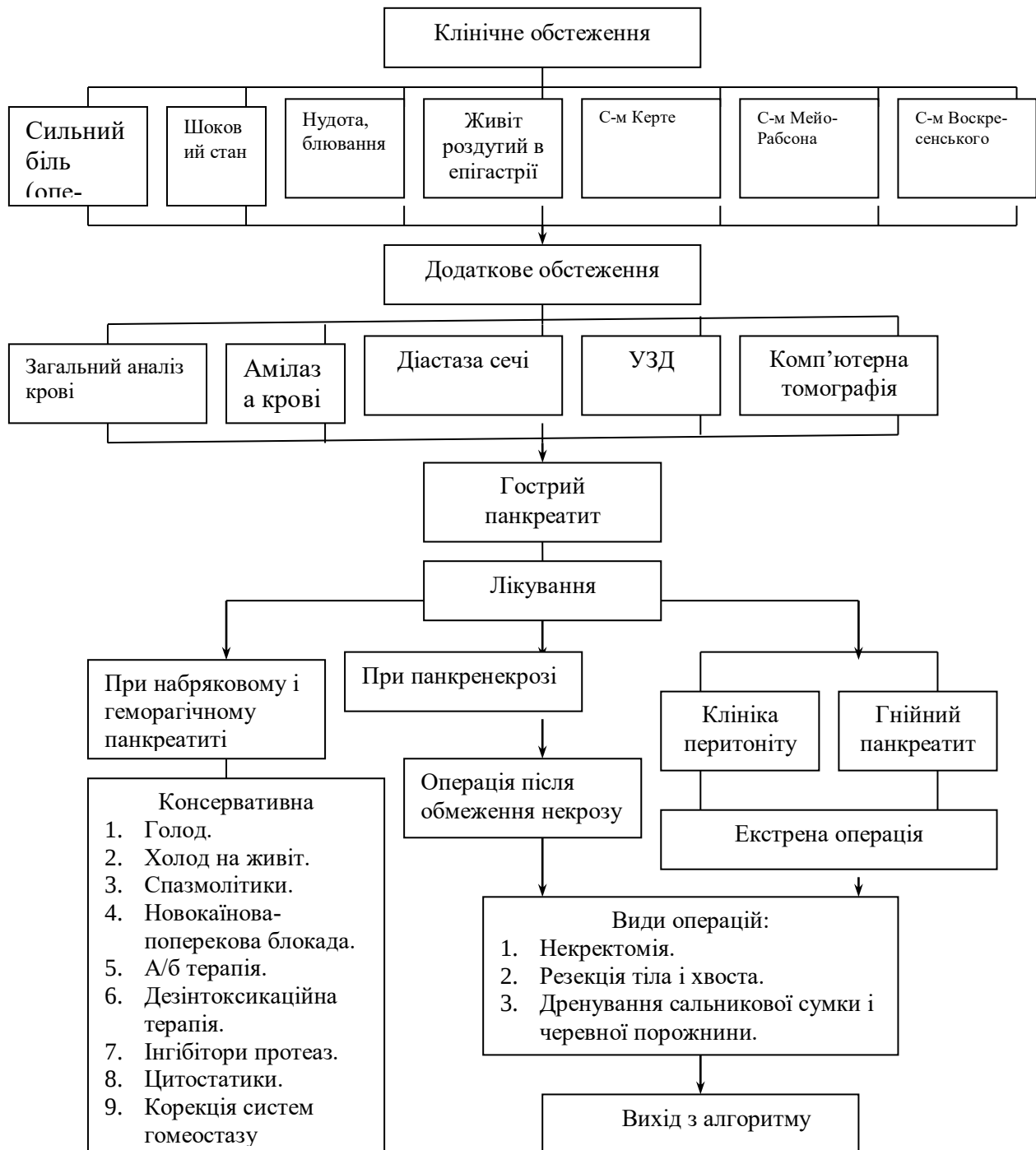


АЛГОРИТМ
Надання кваліфікованої допомоги пацієнтам
з гострим холециститом.



АЛГОРИТМ

Надання допомоги пацієнтам з гострим панкреатитом на госпітальному етапі



ПЕРИТОНІТ – запалення серозних оболонок черевної порожнини. Як правило, є ускладненням запальних захворювань і травматичних ушкоджень черевних органів.

ПРИЧИННІ ЧИННИКИ: гострий апендицит – 50%, гастродуоденальні перфорації, гострий холецистит, травми черевних органів по 10%, 20% припадає на гінекологічні захворювання, гостру кишкову непрохідність, післяопераційний перитоніт.

ЕТІОЛОГІЯ. Найчастіші збудники – кишкова паличка /65%/ і патогенні кокки /30%/, або їх асоціації.

ПАТОГЕНЕЗ – дивись графічну схему.

КЛАСИФІКАЦІЯ – дивись графічну схему.

КЛІНІКА гострого перитоніту різна в залежності від стадії перебігу захворювання.

РЕАКТИВНА СТАДІЯ: біль в животі, напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Разом з тим загальний стан хворого страждає мало: він відносно активний, іноді збуджений, шкірні покриви звичайного кольору, відмічається помірна тахікардія, нерідко підвищується артеріальний тиск, температура тіла нормальна, або субфебрильна.

ТОКСИЧНА СТАДІЯ: больові відчуття притуплюються, зменшується напруження м'язів передньої черевної стінки, але при пальпації виявляється симптом Щоткіна – Блюмберга. Разом з тим з'являються ознаки парезу кишечника: нудота, багаторазове блювання застійною рідиною, здуття живота, ослаблення або зникнення перистальтики. Страждає і загальний стан хворого, він в'ялий, апатичний, шкірні покриви бліді, тахікардія 100 і вище на 1 хвилину. Артеріальний тиск має тенденцію до зниження, температура тіла 38° і вище.

ТЕРМІНАЛЬНА СТАДІЯ: біль в животі відсутній, зберігається нудота, багаторазова блювота застійним вмістом. Хворий адинамічний, байдужий, риси обличчя загострені, очі запавші, погляд страждальницький /обличчя Гіппократа/. Шкірні покриви бліді. Пульс 120 на 1 хв. і вище. Артеріальний тиск знижений. Живіт різко здутий, мається розлитий біль в усіх його відділах, позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга, перистальтика відсутня, температура зранку – нормальна, ввечері може сягати 39° і вище.

ДІАГНОСТИКА:

Аналіз крові /лейкоцитоз із зрушенням формули вліво, прискорена швидкість осідання еритроцитів/.

Рентгенологічне дослідження.

Лапароцентез з використанням методики “нишпорячого” катетера.

Лапароскопія.

Діагностична лапаротомія.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА: Надати пацієнтові горизонтального положення. Холод на живіт. Заборонити їсти і пити. Екстрена госпіталізація в хірургічне відділення.

ЛІКУВАННЯ: Екстрена операція після короткочасної передопераційної підготовки:

а/ санація гнійного вогнища;

б/ ретельний туалет черевної порожнини.

В післяопераційному періоді: антибіотикотерапія, дезінтоксикаційна терапія. корекція порушень білкового і водно – електролітного балансу. Відновлення функції шлунково – кишкового тракту:

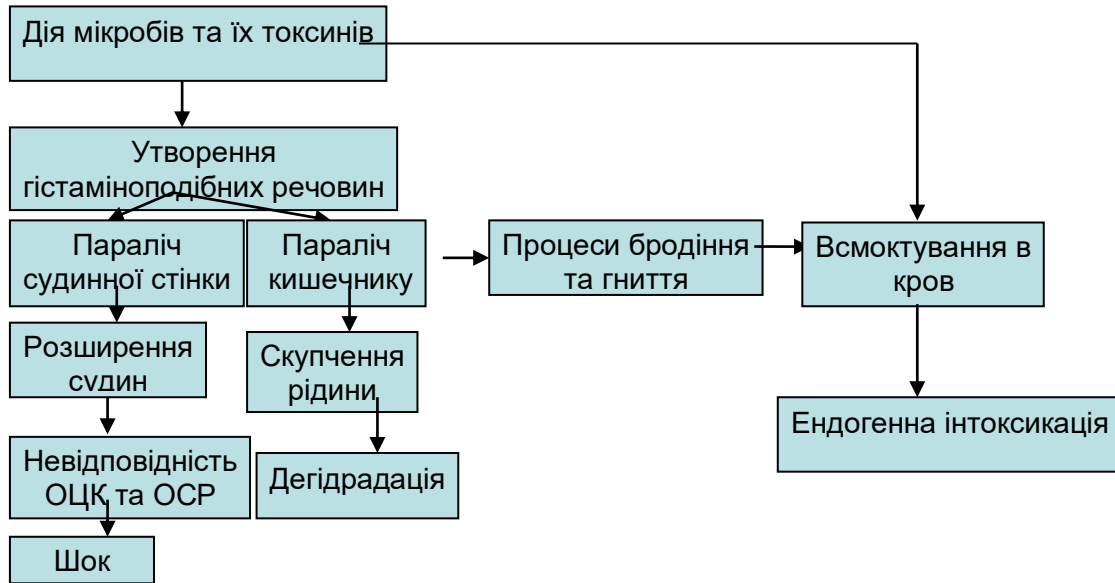
- введення розчину новокаїну в корінь брижі кишечника через мікроіригатор, залишений під час операції;
- постійний назогастральний зонд з евакуацією вмісту;

- інтубація товстого кишечника під час операції;
- введення гіпертонічного розчину, прозерину;
- електростимуляція кишечника.

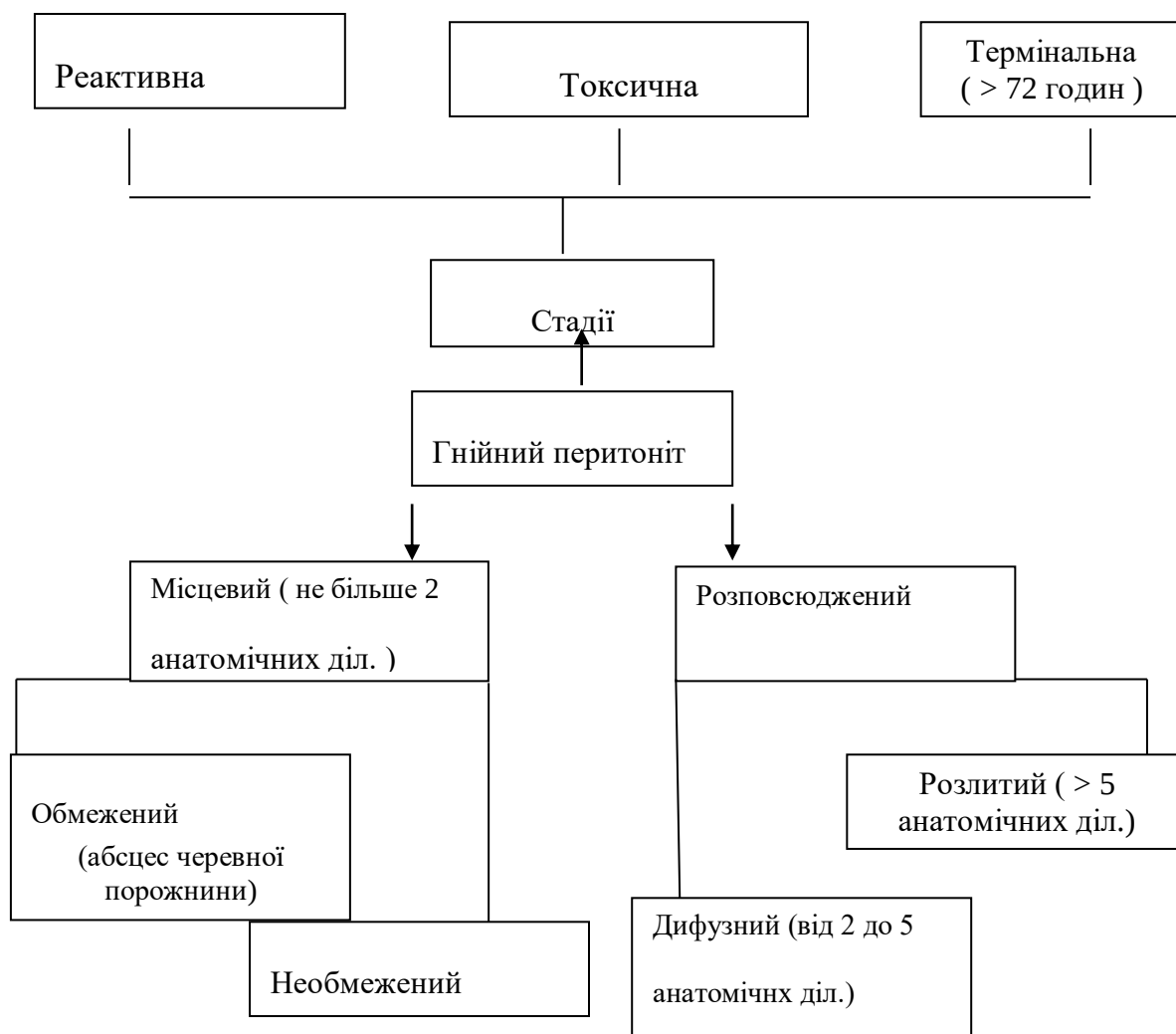
При розлитому перитоніті – перитонеальний діаліз у кількості 2,5 – 4 л діалізуючого розчину на добу. Програмовані релапаротомії.

- *Програмовані релапаротомії – повторні лапаротомії з метою ревізії та санації черевної порожнини, які виконуються за певною програмою.*

Графічна схема Патогенез гострого перитоніту



ГРАФІЧНА СХЕМА. КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРИТОНІТУ



“ГОСТРИЙ ЖИВІТ” – збиральне поняття, один з найбільш узагальнених клінічних синдромів, що відображує клінічну ситуацію, пов’язану з гострими хірургічними захворюваннями, або травмою органів черевної порожнини, тобто із знезацька виниклою внутрішньочеревною катастрофою.

Термін “гострий живіт” не слід розглядати, як медичний “жаргон”. Він цілком припустимий, як попередній діагноз, особливо на догоспітальному етапі, тому, що виставлення такого діагнозу потребує від медичного працівника швидких, рішучих дій – негайної госпіталізації в хірургічний стаціонар. Цей діагноз потребує і від лікаря стаціонару вирішення невідкладної задачі – оперувати хворого або ні, якщо оперувати - то як швидко.

Е Т І О Л О Г І Я

Захворювання, що не потребують хірургічного лікування	Захворювання, що потребують хірургічного лікування
Гострий гепатит	Апендицит
Мезентеріальний лімфаденіт	Холецистит
Панкреатит	Перфорація порожнинного органу
Кишкова колька	Гостра кишкова непрохідність
Жовчна колька	Кровотеча в черевну порожнину

Angina abdominalis	Ішемічний інфаркт кишечника Емболія, тромбоз мезентеріальних судин
--------------------	---

К Л І Н І К А

Характер патології	Загальні симптоми	Місцеві симптоми
Травма	Шок. Перитоніт	Напруження м'язів, біль в животі
Перитоніт	Інттоксикація	Напруження м'язів, біль в животі
Внутрішньочеревна кровотеча	Гостра анемія. Шок	М'яка, болісна черевна стінка, притуплення у нижніх ділянках живота
Гостра кишкова непрохідність	Дегідратація	Живіт м'який, асиметрично роздутий, локалізований біль

ДІАГНОСТИКА

Клінічний аналіз крові.

Рентгенологічне дослідження.

Лапароцентез з використанням методики “нишпорячого” катетера.

Лапароскопія.

Діагностична лапаротомія.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА:

Надати пацієнтові горизонтального положення.

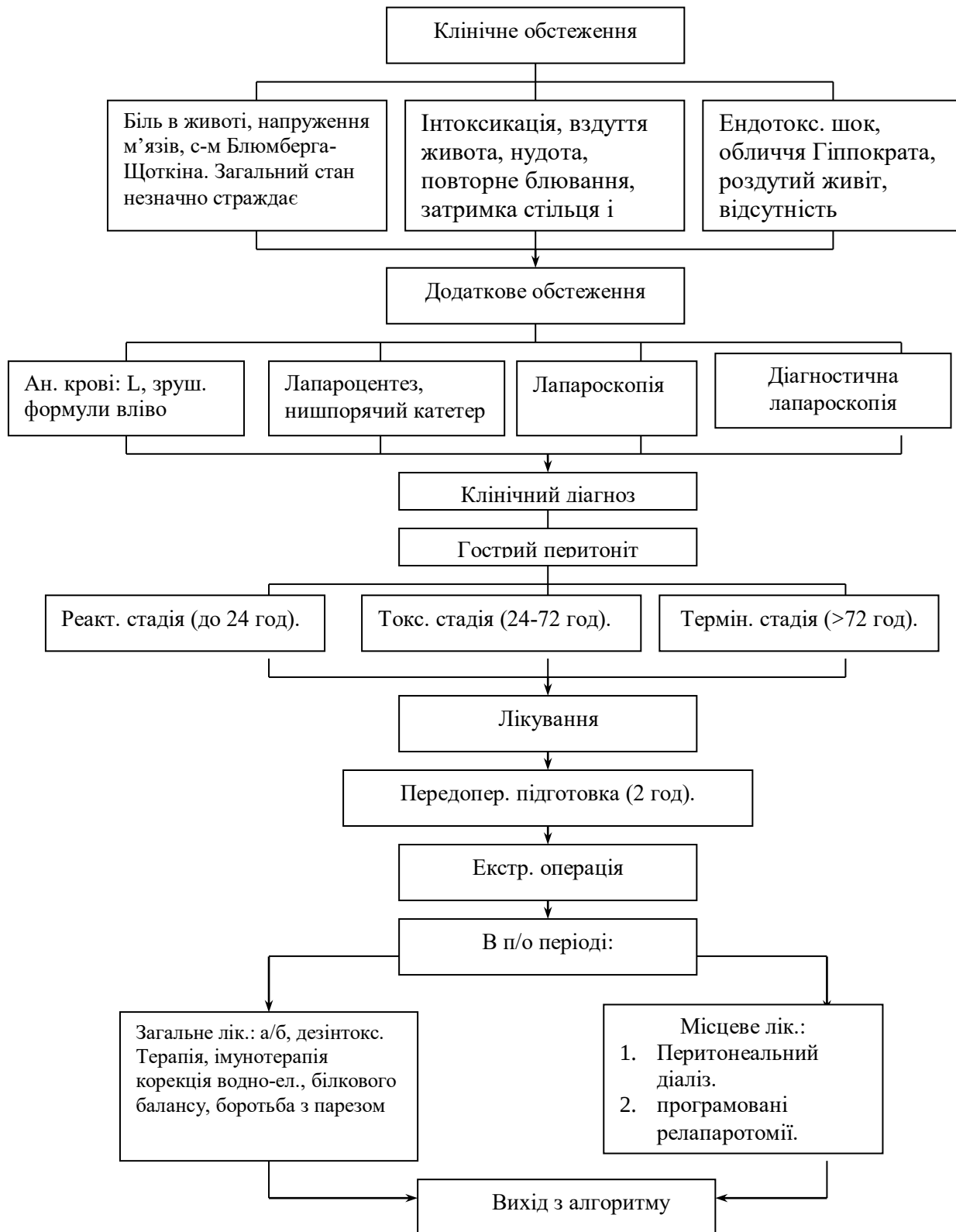
Холод на живіт.

Заборонити їсти і пити.

Екстрена госпіталізація в хірургічне відділення.

ЛІКУВАННЯ. В більшості випадків – екстрена операція після короточасної передопераційної підготовки. У сумнівних випадках, якщо у раніше здорової людини не вщухають сильні болі в животі, а точний діагноз встановити не вдається, виконується діагностична лапаротомія. В післяопераційному періоді інтенсивна терапія.

АЛГОРИТМ
Надання кваліфікованої допомоги пацієнтові з перитонітом



УШКОДЖЕННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ

Розрізняють закриті і відкриті ушкодження, внутрішньочеревні та позаочеревинні.

МЕХАНІЗМ ТРАВМИ: падіння на промежину, удар ногою в промежину, ускладнення перелому кісток тазу, наслідок родової травми, перфорація стінки прямої кишки стороннім тілом або медичним інструментом /наконечником клізми, тубус ректоскопу/, введення повітря під тиском в анальний отвір.

КЛІНІКА. Сильний біль, шок, порушення замикальної здатності сфінктера, відходження крові через анальний отвір. При наявності рани промежини через неї виділяються гази і калові маси. При внутрішньочеревному ушкодженні – клініка перитоніту.

ДІАГНОСТИКА:

Пальцеве дослідження прямої кишки.

Огляд за допомогою ректального дзеркала.

Ректороманоскопія.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА:

Надати пацієнтові повний спокій.

Холод на низ живота або на промежину.

При відкритому ушкодженні – асептична пов'язка на рану.

Протишокова терапія.

Екстрена госпіталізація в хірургічне відділення.



Розрив прямої кишки (ректороманоскопія)

ЛІКУВАННЯ: екстрена операція після короткочасної передопераційної підготовки. Види операцій:

При внутрішньочеревному ушкодженні – лапаротомія, ушивання дефекту кишки або резекція ушкодженої ділянки, виведення колостоми вище місця ушкодження, туалет і дренування черевної порожнини.

При позаочеревинному ушкодженні – ПХО рани промежини, ушивання стінки кишки, дренування оточуючої клітковини, виведення колостоми.

СТОРОННІ ТІЛА ПРЯМОЇ КИШКИ

Сторонні тіла потрапляють в пряму кишку після проковтування їх або вводяться через анальний отвір при лікувальних і діагностичних процедурах або при мастурбації. Іноді сторонні тіла вводяться в пряму кишку в нетверезому вигляді з хуліганською метою /електрична лампочка, ялинкова шишка, пляшка/.

КЛІНІКА. Біль, почуття повноти, тиску в кишці, тенезми, виділення слизу та крові з відхідника.

ДІАГНОСТИКА.

Пальцеве дослідження.

Дослідження за допомогою ректального дзеркала.

Ректороманоскопія.

ЛІКУВАННЯ. Видалення стороннього тіла за допомогою масляної клізми, пальцем /шматок кістки, цвях/ корнцангом після розширення анального сфінктера ректальним дзеркалом, біопсійними щипцями ректоскопу.



Стороннє тіло (пляшка) в прямій кишці

ВИПАДІННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ /prolapsus ani| - захворювання, при якому пряма кишка вивертається через відхідник назовні. Розрізняють випадіння слизової оболонки і випадіння усіх шарів.

ЕТИОЛОГІЯ. Посилена перистальтика при проносах, підвищення внутрішньочеревного тиску при фізичному напруженні і запорах, ослаблення тону та еластичності зв'язочного апарату.

КЛІНІКА. Відчуття стороннього тіла у відхіднику, біль, виділення крові і слизу, неможливість удержати кал і газ.

Діагноз не викликає труднощів при огляді відхідника у положенні натужування.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА. Вправлення випавшої кишки у положенні на спині з опущеним головним кінцем і піднятими ногами, в колінно - плечовому положенні. Якщо кишка вправилась, постільний режим 10 – 14 днів, дієта з обмеженням м'яса, стілець викликається за допомогою олійних мікроклізм.

ЛІКУВАННЯ хірургічне. Операція ректопексія – фіксація прямої кишки до крижової кістки. Мається схильність до рецидивів.



ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

I. ПРОКТИТ – запалення прямої кишки.

ЕТИОЛОГІЯ: подразнення слизової оболонки при затримці твердих калових мас, повторному введенні лікарняних клізм. Розкриття в просвіт прямої кишки гнояків тазової клітковини, передміхурової залози.

КЛІНІКА. Біль, відчуття пекучості і напруги у прямій кишці, іррадіація болю в промежину, сечовий міхур, статеві органи, сідниці, стегна, тенезми з виділенням слизу і калу. Відхідник подразнений виділенням з прямої кишки, бувають болісні тріщини.

ДІАГНОСТИКА. Ректороманоскопія: гіперемія, набряк слизової оболонки, наявність виразок.

**При наявності виразок – RW, консультація дерматовенеролога.*

ЛІКУВАННЯ. Антибіотики, сульфаніламід, в пряму кишку мікроклізми з олівковою олією.



Ректороманоскопія: проктит

II. ПАРАПРОКТИТ – запалення навколо прямокишкової клітковини.

ЕТИОЛОГІЯ. Проникнення інфекції через ушкоджені ділянки слизової оболонки, тріщини, запалені гемороїдальні вузли.

ВИДИ АБСЦЕСІВ.

Підслизовий.

Підшкірний.

Ішіоректальний /сіднично - прямокишковий/.

Пельвіоректальний /тазово – прямокишковий/.

КЛІНІКА. Сильний біль, висока температура, інтоксикація, тенезми, при поверхневих гнояках гіперемія шкіри навкруги ануса, набряк, інфільтрат або флюктуація.

ЛІКУВАННЯ хірургічне – розкриття гнояка. В післяопераційному періоді антибіотикотерапія, дезінтоксикаційна дієта, теплі сидячі ванночки із слабким розчином калію перманганату.

УСКЛАДНЕННЯ /10 – 15%/: рецидиви, утворення нориць (перехід процесу в хронічну форму).



Гострий п/п



Хронічний п/п (нориця)

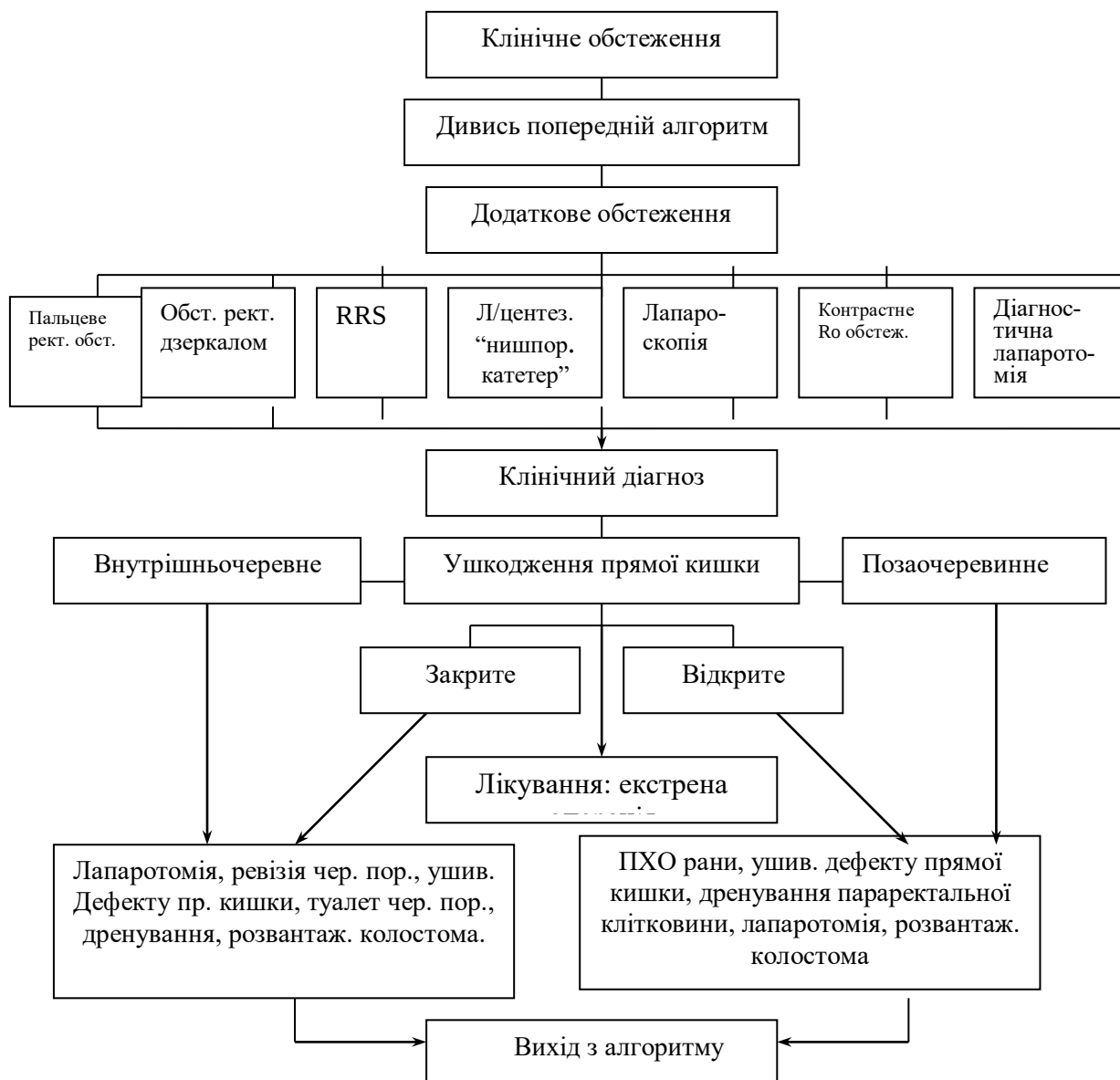
АЛГОРИТМ

Дії медпрацівника по наданню першої долікарської допомоги при ушкодженнях прямої кишки



АЛГОРИТМ

Дії медпрацівника по наданню кваліфікованої допомоги при ушкодженнях прямої кишки



ЛЕКЦІЯ №4

Невідкладні стани при захворюваннях та ушкодженнях сечової і статеві системи.

1. Ушкодження нирок, сечового міхура, уретри: механізм травми, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
2. Сечокам'яна хвороба: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
3. Аденома передміхурової залози: етіопатогенез, клініка, перша допомога при гострій затримці сечі, принципи лікування.
4. Запальні захворювання нирок та сечового міхура: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
5. Захворювання статевого члена та яєчок: клініка, діагностика, лікування.

УШКОДЖЕННЯ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ

КЛАСИФІКАЦІЯ ТРАВМ НИРОК

- I. Закриті ушкодження. Механізм травми: прямий удар в поперекову ділянку, падіння з висоти, здавлення тулуба.
1. Ушкодження капсули нирки.
 2. Поверхневий розрив паренхіми без порушення цілості миски та чашок.
 3. Відрив полюса нирки.
 4. Розмізження нирки.
 5. Відрив нирки від судинної ніжки.
- II. Відкриті ушкодження.
1. Колото – різані.
 2. Вогнепальні.
- III. В залежності від кількості ушкоджених органів.
1. Ізольовані.
 2. Комбіновані.

КЛІНІКА.

Біль в поперековій ділянці.
Клініка внутрішньої кровотечі.
При масивній кровотечі – явища шоку.
Гематурія.

ДІАГНОСТИКА.

Загальний аналіз сечі /гематурія/.
Хромоцистоскопія /витікання крові з гирла сечовода, відсутність синього забарвлення сечі/.
Екскреторна урографія /вихід контрасту за межі нирки/.

КЛАСИФІКАЦІЯ УШКОДЖЕНЬ СЕЧОВОГО МІХУРА

- I. Закриті ушкодження. Механізм травми: удар в низ живота при переповненому сечовому міхурі. Ушкодження уламками тазу.
1. Внутрішньочеревний розрив /сечовий перитоніт/.
 2. Позаочеревинний розрив /сечова флегмона клітковини/.
- II. Відкриті ушкодження.
1. По виду зброї:
 - а/ колото – різані;
 - б/ вогнепальні.
 2. По відношенню до очеревини:
 - а/ внутрішньочеревні;
 - б/ позаочеревинні.

КЛІНІКА:

Внутрішньочеревне ушкодження: різкий біль в гіпогастрії, стан шоку, хибні позиви не сечовиділення, неможливість помочитися, через декілька годин приєднуються симптоми перитоніту, притуплення перкуторного звуку у відлогих частинах живота. На цистографії – скопичення контрасту у черевній порожнині.

Позаочеревинне ушкодження: різкий біль, шок, хибні позиви на сечовиділення, через декілька годин – сечова інфільтрація клітковини.

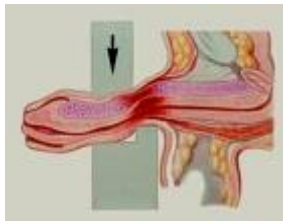


Розрив сечового міхура

УШКОДЖЕННЯ УРЕТРИ

МЕХАНІЗМ ТРАВМИ: забій промежини /при ударі, падінні/, розрив уламками тазових кісток, ушкодження уретри при катетеризації або цистоскопії.

КЛІНІКА. Біль в ділянці промежини, неможливість помочитися, виділення чистої крові з уретри /уретрорагія/, сечова інфільтрація промежинної клітковини.



Розрив уретри

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Надати пацієнтові горизонтального положення.

Холод на поперекову ділянку, низ живота або промежину /в залежності від виду травми/.

Гемостатична терапія.

Протишокова терапія /по показаннях/.

Екстренна госпіталізація в урологічне відділення.

НИРКОКАМ'ЯНА ХВОРОБА / нефролітіаз /

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ. Порушення мінерального обміну, пов'язане зі зміною кислотно – лужної рівноваги → перенасичення розчину сечі солями → випадіння їх в осад → утворення камінців.

КЛІНІКА. Нефролітіаз проявляє себе нападами ниркової кольки: сильний біль в поперековій ділянці, пацієнт не знаходить собі місця, кричить від болю, часте, болісне сечовиділення, гематурія, позитивний симптом Пастернацького.

ДІАГНОСТИКА.

Загальний аналіз сечі /гематурія/.

Хромоцистоскопія: затримка виділення індігокарміну з одного гірла сечовода.

УЗД.

Екскреторна урографія /тіні камінців/.



Камні нирок

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ НИРКОВІЙ КОЛЬЦІ

Знеболення /ненаркотичні і наркотичні анальгетики/.

Грілка на поперекову ділянку або тепла ванна.

Спазмолітики.

При неефективності першої допомоги і якщо напад перший – незалежно від ефекту – госпіталізація в урологічне відділення.

Гострий простатит. Гострий бактеріальний простатит проявляється місцевими і загальними симптомами. Місцеві симптоми - біль і порушення сечовипускання. Локалізація болю залежить від розташування запального вогнища в передміхуровій залозі по відношенню до уретри, шийці сечового міхура і прямої кишки. Больовий синдром може мати різну інтенсивність: від відчуття печіння або дискомфорту до завдає гострий, нестерпний характер. У більшості випадків хворі відзначають виражені болі над лоном і в промежині. Іноді больовий синдром може бути обмежений хворобливістю при дефекації, почуттям тиску в прямій кишці, промежині в положенні сидячи. Характерні симптоми з боку нижніх сечових шляхів:

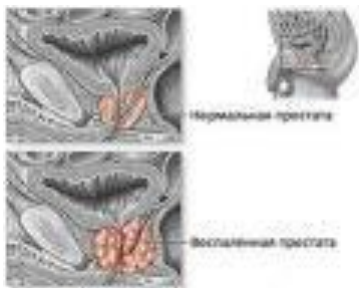
- Прискорене сечовипускання.
- Утруднення при сечовипусканні.
- Хворобливе сечовипускання.

Зрідка через вираженого набряку простати і порушення сечовипускання спостерігається його гостра затримка. При переході запалення на навколоміхурову клітковину і стінку сечового міхура з'являється різко прискорене сечовипускання з болісними позивами-тенезмами. При зацікавленості стінки прямої кишки або жирової клітковини навколо прямої кишки проявляються симптоми, що нагадують проктит (запалення прямої кишки) і парапроктит (гнійне запалення) з хворобливою дефекацією, виділенням слизу з прямої кишки, різким болем у промежині. Нерідко болючий спазм анального сфінктера настільки виражений, що робить, неможливим проведення пальцевого ректального дослідження.

Загальні симптоми - лихоманка, інтоксикація, погіршення загального самопочуття. У частини хворих підвищення температури тіла може бути єдиним проявом захворювання. Залежно від ступеня поширення запального процесу, його тяжкості, а також при переході запалення з передміхурової залози на навколишні тканини змінюється клінічна картина. Загальний стан стає важчим, нарастають ознаки інтоксикації. Стан передміхурової залози, що оцінюється за допомогою пальцевого ректального дослідження, виявляє різні зміни. Найбільш характерною ознакою є виражена болючість. При переважанні катарального запалення передміхурової залози розміри її можуть бути нормальними або кілька

збільшеними, зберігається її однорідність і чіткість контурів. У хворих простата збільшена, болюча. При абсцедуванні виявляється ділянка розм'якшення.

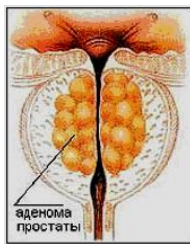
Лікування гострого простатиту. Для лікування гострого простатиту застосовуються антибіотики, що добре проникають у тканину передміхурової залози, наприклад Ципрофлоксацин. При не ускладненому перебігу хворі з гострим простатитом лікуються амбулаторно. Госпіталізації підлягають хворі з ознаками важкої інтоксикації. Хірургічне лікування простатиту показано при розвитку: - абсцесу передміхурової залози – трансректальне розкриття і дренивання абсцесу.



АДЕНОМА ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Зустрічається у чоловіків 50 років і старше.

ЕТИОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ: Дисбаланс статевих гормонів у чоловіків похилого віку, як прояв клімаксу → гіпертрофія парауретральних тілець → власне передміхурова залоза утворює капсулу аденоми → стиснення → уретри порушення акту сечовипускання.



КЛІНІКА. Виділяють 3 стадії аденоми простати.

I стадія – струмінь сечі стає в'ялим, запізнюється початок сечовиділення, стають частішими і владними позиви на сечовипускання, особливо вночі, але сечовий міхур спорожнюється повністю.

II стадія – затруднене сечовипускання, хворий не може повністю випорожнити сечовий міхур, навіть при сильному натужуванні. При дослідженні виявляється залишкова сеча.

III стадія – хворі мочаться часто, дуже малими порціями, а потім при переповненому сечовому міхурі сеча починає виділятися по краплинах /парадоксальна ішурія/. Після катетеризації сечовипускання може відновитися.

ДІАГНОСТИКА.

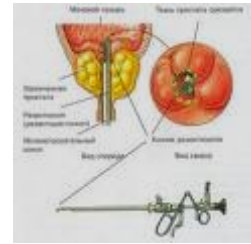
- При пальпації виявляється переповнений сечовий міхур.
- Після сечовипускання при перкусії тупість над лобком /залишкова сеча/.
- Трансректальна пальпація передміхурової залози /збільшення в розмірах, розгладжування міждолевої борозни/.
- УЗД
- Флуометрія – визначення сили напору сечі
- Екскреторна урографія

ЛІКУВАННЯ. Залежить від клінічної стадії.

I стадія – консервативне: альфузозин (дальфаз); теразозин; фінастерид

II стадія – операція трансуретральна резекція (ТУР) аденоми: малоінвазивна ендоскопічна операція (випалювання речовини простати струмом надвисокої частоти)

III стадія – операція аденомектомія. В сучасній урології використовується як відкрита, так і ендоскопічна аденомектомія, яка набагато легше переноситься пацієнтами і дає набагато нижчу післяопераційну летальність. Якщо пацієнт, внаслідок похилого віку і важких супутніх захворювань, не може перенести аденомектомію, виконується епіцистостомія.



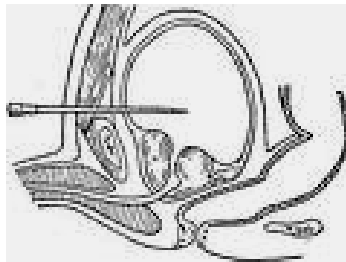
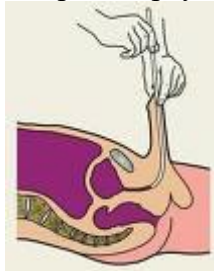
Відкрита аденомектомія Ендоскопічна аденомектомія TURP аденоми



Схема епіцистостомії

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРІЙ МЕХАНІЧНІЙ ЗАТРИМЦІ СЕЧІ.

1. Спробувати провести катетеризацію сечового міхура еластичним катетером.
2. Якщо катетеризацію виконати не удалось, провести пункцію сечового міхура і вивести сечу.
3. Транспортувати пацієнта в урологічне відділення.



ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК ТА СЕЧОВОГО МІХУРА

ПІЄЛОНЕФРИТ. Неспецифічне інфекційно – запальне захворювання нирок, при якому в процес залучаються ниркова миска, чашечка та паренхіма нирки.

КЛАСИФІКАЦІЯ:

Однобічний.

Двобічний.

Гострий.

Хронічний.

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ. Найчастіші збудники – кишкова паличка, вульгарний протей, стафілокок, стрептокок, паличка синьо – зеленого гною.

Найбільш частий шлях проникнення інфекції – гематогенний, з віддаленого вогнища інфекції /тонзиліт, бронхіт, фурункульоз, інфікована рана/.

Значно рідше має місце підйомний /урогенний/ шлях проникнення інфекції в нирку з нижніх сечових шляхів внаслідок міхурово – сечоводного рефлюксу.

КЛІНІКА гострого пієлонефриту. Стан хворих тяжкий: загальна слабкість, біль в поперековій ділянці, зниження апетиту, нудота, блювання, сухий язик,

підвищення температури тіла до 39 – 40° з ознобом, тахікардія. При пальпації напруження м'язів передньої черевної стінки і поперекової ділянки, біль в ділянці ураженої нирки, позитивний симптом Пастернацького.

ДІАГНОСТИКА:

Лейкоцитоз із зрушенням формули вліво, підвищена ШОЕ.

Лейкоцитурія.

Бактеріурія.

Зниження функції ураженої нирки при ХЦС, екскреторній урографії та радіоізотопному скануванні.

ЛІКУВАННЯ:

Постільний режим.

При порушенні балансу сечі – катетеризація сечовода.

Масивна антибіотикотерапія.

Хіміотерапія: 5 – НОК, невіграмон, бісептол.

Нітрофурані: фурадонін, фурагін, фуразолідон.

Сульфаніламіді – сульфапіридазін.

Дезінтоксикаційна терапія.

Боротьба з ацидозом.

Імунна терапія: антистафілококова плазма та гамма – глобулін, антиколібаційна плазма.

КЛІНІКА ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ:

Загальні симптоми – субфебрильна температура, загальна слабкість, відсутність апетиту, нудота, хронічна анемія, зміна кольору обличчя /землистий/, сухість шкіри, артеріальна гіпертензія.

Місцеві симптоми – біль в поперековій ділянці, порушення сечовиділення /полі – або олігоурія/ та сечовипускання /дизурія/. При двобічному пієлонефриті розвивається хронічна ниркова недостатність.

ДІАГНОСТИКА:

Аналіз сечі: лейкоцитурія, бактеріурія, протеїнурія, гематурія.

ХЦС – відсутність виділення індігокарміна.

УЗД – збільшення нирки, нерівність обрисів.

Екскреторна урографія: деформація чашечок та миски.

Радіоізотопне сканування: збільшення нирки, нерівність обрисів, великовогнищеві дефекти накопичення ізотопу.

ЛІКУВАННЯ:

Виявлення і санація вогнищ інфекції в організмі.

Відновлення нормального відтоку сечі з нирки /катетеризація сечовода пієлостомія/.

Довга антибактеріальна терапія переривчастими курсами. При далеко зайшовшому пієлонефриті, що не піддається терапії або при зморщуванні однієї нирки показана нефректомія.



Макропрепарат: пієлонефрит

ПІОНЕФРОЗ – незворотня стадія гнійно – некротичного запалення нирки при якому вона являє собою тонкостінний мішок, наповнений гноєм.

КЛІНІКА. Загальна слабкість, тупий ниючий біль в поперековій ділянці, похудання, субфебрильна температура, виділення мутної гнійної сечі. При пальпації визначається збільшена, малорухома, щільна, болісна нирка.

ДІАГНОСТИКА.

Хромоцистоскопія: з гирла сечовода виділяється густий гній або мутна сеча, індігокармін не виділяється.

УЗД: збільшення нирки, нерівність контурів.

Екскреторна урографія, радіоізотопне сканування – відсутність функції нирки.

ЛІКУВАННЯ: тільки хірургічне. При задовільній функції протилежної нирки – нефректомія, при її відсутності або різкому порушенні – нефростомія.



ГІДРОНЕФРОЗ. Захворювання, яке характеризується прогресуючим розширенням чашечок та миски з атрофією ниркової паренхіми внаслідок порушення відтоку сечі з нирки.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

Первинний або природжений.

Вторинний або набутий.

Розрізняють три стадії гідронефрозу:

I стадія – розширення миски;

II стадія – розширення чашечок;

III стадія – атрофія ниркової паренхіми, перетворення нирки в тонкостінний мішок.

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ.

Природжена аномалія сечоводів.

Сечокам'яна хвороба.

Ушкодження сечоводів.

Пухлина миски сечовода.

КЛІНІКА.

Тупий біль в поперековій ділянці.

Гематурія.

Наявність збільшеної нирки при пальпації – гладкої, еластичної.

При двохсторонньому гідронефрозі – хронічна ниркова недостатність.

ДІАГНОСТИКА:

Хромоцистоскопія – відсутність виділення індігокаміну на ураженій стороні.

Обзорна урографія – збільшена тінь нирки.

Екскреторна урографія – розширення чашечок та миски, наявність перепони в сечоводі.

ЛІКУВАННЯ:

КОНСЕРВАТИВНЕ – при неускладненому гідронефрозі, який не порушує працездатності хворих. Хворі беруться на диспансерний облік, проводяться профілактичні курси протизапального лікування.

ХІРУРГІЧНЕ – види операцій:

а/ радикальні – пластичні операції по відновленню балансу сечі;

б/ паліативні – нефростомія, нефректомія /при задовільній функції протилежної нирки/.



ЦИСТИТ – запалення сечового міхура. Спостерігається частіше у жінок 20 – 25 років.

КЛАСИФІКАЦІЯ:

Первинний.

Вторинний.

Інфекційний.

Не інфекційний.

Специфічний.

Не специфічний.

ПЕРЕДУМОВНІ ФАКТОРИ: проникнення інфекції через уретру /висхідна інфекція/;

лімфо – або гематогенним шляхом з віддалених запальних вогнищ, дефлорація, ендоскопічне дослідження, катетеризація.

КЛІНІКА.

Біль внизу живота.

Часте болісне сечовипускання.

Мутна сеча, може бути з домішками крові.

Тенезми.

ДІАГНОСТИКА.

Аналіз сечі /лейкоцитурія, бактеріурія/.

Цистоскопія /гіперемія, набряк слизової оболонки, ін'єкція судин/.

ЦИСТОСКОПІЯ ТІЛЬКИ ПІД НАРКОЗОМ !

ЛІКУВАННЯ:

Постільний режим 5 – 7 днів.

Заборона статевих актів.

Дієта з виключенням алкоголю, гострих блюд.

Відвари сечогінних трав /нирковий чай, толокнянка, кукурудзяні рильця/.

Теплі ванни, грілки на низ живота.

Спазмолітики.

Анальгетики.

Антибіотики.

Нітрофурані.

При неефективності загальної антибіотикотерапії промивання сечового міхура теплими розчинами фурациліну 1 : 5000, 2% борною кислотою.



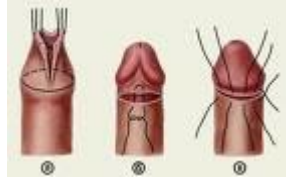
Цистоскопія: гострий цистит

ЗАХВОРЮВАННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА ТА ЯЄЧОК

ФІМОЗ – звуження отвору крайньої плоті, яке не дозволяє повністю оголити голівку статевого члена. Частіше усього має природжений характер.

КЛІНІКА. Затруднення сечовипускання, роздування препуціального мішка при сечовипусканні, розвиток запалення препуціального мішка – *баланопоститу*.

ЛІКУВАННЯ – хірургічне – кругове вирізання крайньої плоти (circumcisio).



ПАРАФІМОЗ – защемлення голівки статевого члена відтягнутим назад звуженим зовнішнім кільцем крайньої плоти.

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ. Може розвинутися при насильницькому оголенні голівки: при фімозі, при мастурбації, статевому акті. Защімлююче кільце порушує кровопостачання голівки, розвивається її запалення, а також некроз кільця крайньої плоти.

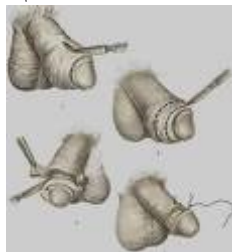
ЛІКУВАННЯ.

КОНСЕРВАТИВНЕ – вправлення голівки /може виконуватися на догоспітальному етапі/.

ОПЕРАТИВНЕ:

а/ розсічення защімлюючого кільця;

б/ при некрозі крайньої плоти – циркумцизія.



ОРХОЕПІДІМІТ – запалення яєчка та його придатку.

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ. Інфекція попадає гематогенним або лімфогенним шляхом при епідемічному паротиті, грипі, тифі.

ПЕРЕДУМОВНІ ФАКТОРИ: травма, переохолодження, фізичне напруження, їзда верхи, мастурбація.

КЛІНІКА. Початок гострий, з високою температурою, болем, збільшенням і ущільненням яєчка та його придатку, гіперемією і набряком шкіри мошонки. Може розвинутися реактивна водянка оболонки яєчка.

ЛІКУВАННЯ

Постільний режим.

Імобілізація мошонки за допомогою суспензорію.

Антибіотики широкого спектру дії.

При водянці – пункція, евакуація рідини, введення антибіотиків.

При розвитку абсцесу – розкриття гнояка. При наявності некрозу придатка – епідіміктомія, при некрозі яєчка – гемікастрація.



ВАРИКОЦЕЛЕ – варикозне розширення вен сім'яного канатика. Часте захворювання чоловіків молодого віку /16 – 35 років/ спостерігається в більшості випадків зліва.

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ. Порушення відтоку з лівої яєчкової вени. Внаслідок стенозу ниркової вени або її тромбозу.

КЛІНІКА. Біль в лівій половині мошонки, варикозне розширення вен сім'яного канатика, атрофія лівого яєчка, порушення сперматогенезу.

ЛІКУВАННЯ хірургічне: операція Іванісевича – перев'язка лівої яєчкової вени в її нижній треті. Ця операція не тільки не зменшує гіпертензію в нирці, але погіршуючи ще більше венозний відтік, збільшує її. Патогенетично обоснованою є операція накладання анастомозу між яєчковою та клубовою венами (тестікулоілеокальний анастомоз). Виконання операції Іванісевича в умовах ниркової гіпертензії є недопустимою.



ВОДЯНКА ОБОЛОНОК ЯЄЧКА – скупчення серозної рідини між оболонками яєчка.

ЕТІОЛОГІЯ – слабо виражене запалення оболонок яєчка.

КЛІНІКА. Розпирюючий біль в мошонці, збільшення її в розмірах. При огляді мошонка грушвидної форми, при пальпації водянка м'яко – еластичної консистенції, виявляється симптом балотування. Тромбоектомія з ниркової вени або її пластика при стенозі.

ДІАГНОСТИКА.

Діафаноскопія /просвічування/. Водянка просвічує, пухлина яєчка ні.

Пункція.

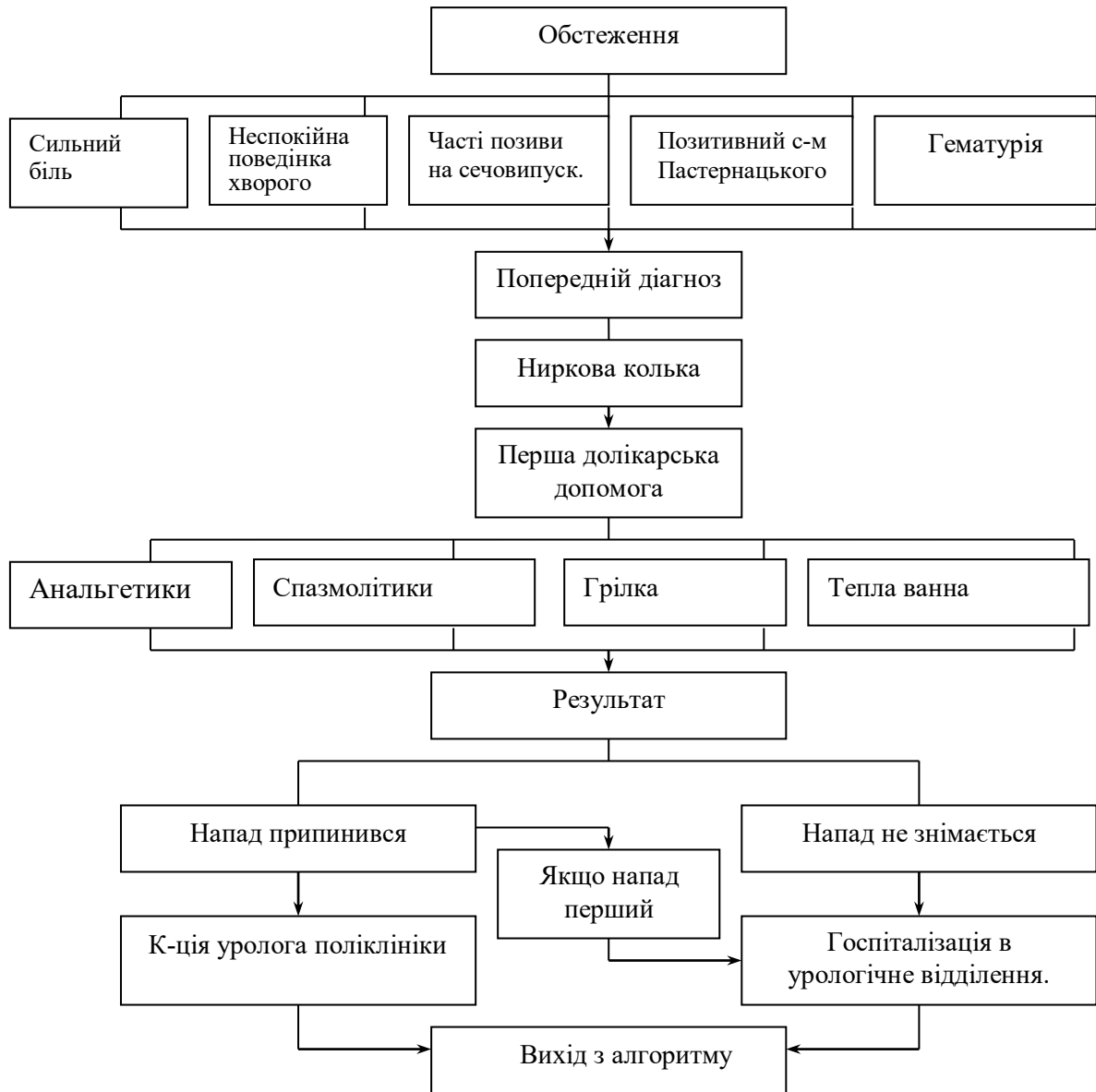
ЛІКУВАННЯ хірургічне:

Операція Вінкельмана /розсічення та вивертання оболонок яєчка з наступним зшиванням/.

Операція Бергмана – вирізання оболонок яєчка.



АЛГОРИТМ
Дії медпрацівника по наданню першої долікарської допомоги
при нирковій кольці



АЛГОРИТМ
Дії медпрацівника по наданню першої долікарської допомоги
при гострій затримці сечі



Лекція № 5

Невідкладні стани в судинній хірургії.

1. Облітеруючі захворювання артерій нижніх кінцівок: передумовні фактори, патогенез, клініка, методи діагностики, лікування.
2. Варикозне розширення вен: патогенетичний механізм, клінічні ознаки, методи лікування.
3. Тромбози та емболії.
4. Тромбофлебіт і флеботромбоз: клініка, діагностика, лікування.

ОБЛІТЕРУЮЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

До них відносяться облітеруючий ендартеріїт та облітеруючий атеросклероз. Різні по своїй природі, етіології та патогенезу ці захворювання об'єднуються на основі загальності найважливіших ознак: зростаючій ішемізації кінцівок і пов'язаних з нею трофічних порушень.

ОБЛІТЕРУЮЧИЙ ЕНДАРТЕРІЇТ зустрічається переважно у чоловіків молодого віку /20 – 40 років/ починається гостро, протікає у вигляді хронічного процесу на фоні більш – менш довгих ремісій та загострень, часто супроводжується ураженням вен у вигляді мігруючого тромбофлебіту.

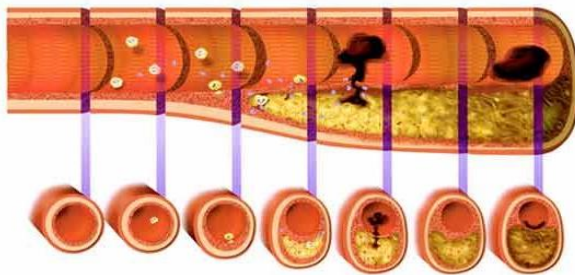
ПЕРЕДУМОВНІ ФАКТОРИ: відмороження кінцівок, довгі озноблення, інфекції, травми кінцівок та головного мозку, куріння.

ПАТОГЕНЕЗ. Особливу роль відіграють порушення нервової системи /центральної та периферичної/, розлади діяльності залоз внутрішньої секреції, зміни з боку зсідання крові /гіперкоагуляція/, аутоімунні процеси /аутоагресія/. Розвивається стійкий спазм мілких артерій стоп, що приводить до гіпоксії тканин і може служити причиною гангрени кінцівки.



ОБЛІТЕРУЮЧИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ уражує осіб і чоловічої і жіночої статі, у віці 45 – 60 років і більше, розвивається повільно, нишком. Повільно зростає ішемізація кінцівок.

ПАТОГЕНЕЗ. Облітеруючий атеросклероз є обмінним захворюванням, в його основі лежить порушення обміну ліпідів, утворення атеросклеротичних бляшок в судинах з їх облітерацією (закупоркою). Це є причиною гіпоксії тканин з утворенням гангрени кінцівки.



ПЕРЕДУМОВНІ ФАКТОРИ: відмороження нижніх кінцівок, озноблення, ревматична інфекція, інтоксикація, гіпертонічна хвороба.

КЛІНІКА. У перебізі облітеруючого атеросклерозу та ендартеріїту розрізняють 4 стадії:

I стадія: підвищена втома кінцівок при ходьбі, мерзлякуватість, заніміння дистальних відділів стопи, непевні болі, парестезії, судоми литкових м'язів.

II стадія: переміжна кульгавість, порушення потовиділення /сухість або вологість стоп/, зменшення росту волосся, деформація нігтів, мігруючий тромбофлебіт, зниження пульсації артерій.

III стадія: поява болю у спокої, зміна кольору шкірних покривів /ціаноз, гіперемія дистальних відділів стоп/, відсутність пульсації артерій стоп, поява тріщин, виразок, що довго не загоюються, гангренозних ділянок.

IV стадія: великі некрози у вигляді розповсюдженої гангрени.



ДІАГНОСТИКА:

Визначення пульсації артерій стоп, підколінної артерії та стегнової артерії.

Аускультация стегнової, клубової артерії, черевної аорти. При стенозуванні більше 50% їх просвіту при облітеруючому атеросклерозі вислуховується стенотичний шум.

Реовазографія – визначає кровонаповнення ділянки судини по зміні опору тканин при проходженні через них струму високої частоти.

Стан кровопостачання дистальних відділів кінцівок дозволяють виявити:

а/ капіляроскопія

б/ електротермометрія

Методи, що дозволяють фіксувати прохідність артерій:

а/ ультразвукова доплерографія

б/ рентгенологічні методи: аорто – та артеріографія

ЛІКУВАННЯ. Пацієнти з облітеруючими захворюваннями диспансеризуються з обов'язковими оглядами 2 рази на рік та профілактичними курсами лікування. Хворі з I та II стадіями захворювання можуть лікуватися амбулаторно, з III – IV стадіями – тільки стаціонарно.

ЛІКУВАННЯ I – II стадії:

Санітарно – гігієнічні заходи – виключити довгу ходьбу, заборонити куріння і вживання спиртних напоїв, суворо додержувати гігієну ніг, зберігати їх від зопрілості, мілких травм, носити тепле вільне взуття, заборонити носити синтетичні шкарпетки. Виключити переохолодження. Санація вогнищ інфекції.

Седативні засоби та транквілізатори /мепробамат, седуксен, еленіум, триоксазин/.

Новокаїн з метою зняття судинного спазму /в/в 20 мл 0,25% розчину кожний день або паранефральні і паравертебральні блокади/.

Спазмолітики /папаверин, но – шпа, галідор/.

Судиннорозширюючі /гангліоблокатори/ - нікотинова кислота, нікошпан, андекалін, ксантинола нікотинат, трентал, солкосерил, фраксипарін, вазопростан.

Вітаміни групи B та C, а також РР або рутин.

Фізіотерапія: електрофорез з новокаїном та поперекову ділянку, УВЧ та імпульсна баротерапія на нижні кінцівки.

Курортне лікування: сірчановодородні, радонові, грязьові ванни.

Лікувальна гімнастика за Філатовим.

Хворі з I – II стадіями захворювання повинні госпіталізуватися 1 раз на 1,5 – 2 роки. Обов'язкова госпіталізація хворих при появі трофічних розладів. Курс лікування 3 тижні.

ЛІКУВАННЯ III – IV стадій тільки стаціонарне. При III стадії захворювання:

Седативні препарати та транквілізатори.

Новокаїн в/в, в/а та у вигляді блокад.

Спазмолітики та судиннорозширюючі засоби у вигляді в/а ін'єкцій:

2 – 5 мл 2% папаверину, або 2 – 5 мл но – шпи, 2 – 5 мл 1% нікотинової кислоти, димедролу 2 – 5 мл 1% розчин, при сильних болях анальгін 50% - 2 мл, промедол 2% - 1 – 2 мл, 20 – 40 мл 0,25% новокаїну.

Вітаміни групи B та C.

Антигістамінні препарати.

Кортикостероїдні гормони: преднізолон 20 – 25 мг перші 6 днів, з наступним зниженням дози по 5 мг кожний день на протязі 6 днів. Курсова доза 225 – 300 мг преднізолону.

Непрямі антикоагулянти /під контролем протромбінового індексу/.

Фізіотерапія.

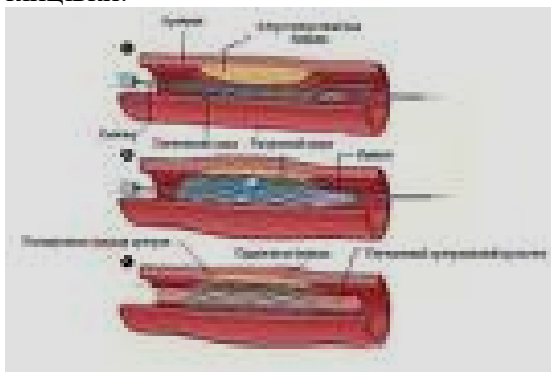
Місцеве лікування трофічних розладів /некректомії, перев'язки, лікування трофічних виразок/.

При неефективності консервативного лікування – хірургічне лікування:

а/ операції на симпатичній нервовій системі /поперекова симпатектомія/ використовується при облітеруючому ендартеріїті

б/ реконструктивні операції на артеріях: резекція оклюзованого сегменту з наступною пластикою, шунтуючі операції, тромбендартеректомія.

в/ В останні роки широко використовуються малоінвазивні внутрішньосудинні операції: балонна дилатація (розширення) судин; стентування судин. Ці операції дозволяють збільшити просвіт судини і покращити кровопостачання тканин кінцівки.



Балонна дилатація судини



Балонний дилататор



Стентування судини

Ефективність реконструктивних операцій у віддалені строки 80 – 85%.

IV стадія захворювання характеризується розповсюдженою гангrenoю нижньої кінцівки, тому вимагає її ампутації.

ВАРИКОЗНА ХВОРОБА /варикоз/ - вузлувате розширення поверхневих вен з потоншенням їх стінок, порушенням венозного відтоку і розвитком трофічних розладів.

Частота серед дорослих – 15%. Уражаються вени нижніх кінцівок.

ЕТИОЛОГІЯ. Причиною варикозу є природжений недорозвиток м'язово – еластичного каркасу стінки вени та клапанного апарату вен.

ПАТОГЕНЕЗ. Недостатність клапанів вен веде до зворотного току крові, недостатність клапанів комунікантних вен веде до скиду крові з глибоких вен у поверхневі.



КЛІНІКА. Розрізняють 3 стадії хронічної венозної недостатності (ХВН) при виразковій хворобі:

I стадія - хворих хвилює тільки косметичний дефект – вузлувате розширення вен на ногах.

II стадія - всі ознаки венозного застою: важкість в ногах, біль, набряки, індурація м'яких тканин.

III стадія – на фоні ознак венозного застою з'являються трофічні виразки.

**Повторити локалізацію варикозних, ішемічних та посттромбофлебітичних виразок по темі Змертвіння, виразки, нориці.*



гіперпигментація шкіри, трофічна виразка

ДІАГНОСТИКА.

Функціональні проби:

а/ на виявлення недостатності клапанів поверхневих вен;

б/ на виявлення недостатності клапанів комунікантних вен;

в/ на виявлення недостатності клапанів глибоких вен.

Рентгенологічне дослідження – флебографія. Ультразвукова доплерографія.

ЛІКУВАННЯ:

КОНСЕРВАТИВНЕ: еластичне бинтування кінцівки, склерозуюча терапія /варикоцид/.

ХІРУРГІЧНЕ є основним. Операція передбачає усунення скиду крові з глибоких вен в поверхневі, видалення варикозно розширених поверхневих вен /флебектомія або венектомія/.

****ВИДАЛЯТИ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНІ ВЕНИ, МОЖНА ТІЛЬКИ ПЕРЕСВІДЧИВИСЬ У ПРОХІДНОСТІ ГЛИБОКИХ !***

ТРОМБОЗИ ТА ЕМБОЛІЇ:

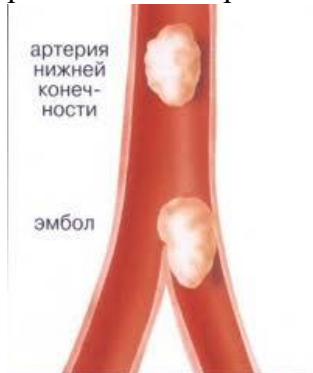
Облітерація судини кров'яним згустком /тромбом/ називається **ТРОМБОЗОМ**.

Для виникнення тромбу потрібно сполучення 3 факторів:

- уповільнення кровообігу по судині;

- порушення цілості внутрішньої оболонки судини /інтима/;
- прискорене зсідання крові /гіперкоагуляція/.

Відірвана частина тромбу, що переміщується разом з током крові, називається **ЕМБОЛОМ**. Емболом також можуть бути краплини жиру /при переломах/, повітря /при ушкодженні великих вен/, плідні води при патологічних пологах. Облітерація судини емболом називається **ЕМБОЛІЄЮ**. При емболії судина облітерується одномоментно, виникає сильний біль, що приводить до спазму мілких артерій і припиненню артеріального кровообігу. В таких умовах волога гангрена розвивається дуже швидко /3 – 6 год/. При тромбозі облітерація судини відбувається поступово, без спазму коллатералів. В таких умовах гангрена розвивається через декілька днів, тижнів, навіть місяців.



КЛІНІКА:

1. Раптовий сильний біль в кінцівці.
2. Різка м'язова слабкість.
3. Заніміння кінцівки, парестезії.
4. Похолодання кінцівки.
5. Блідість шкірних покривів в сполученні з ділянками цианозу неправильної форми /мраморний відтінок шкіри/.
6. Зниження або відсутність усіх видів шкірної чутливості.
7. Відсутність пульсації артерій дистальніше рівня облітерації.

В подальшому розвивається гангрена кінцівки /при тромбозі – суха, при емболії – волога/.

ТРОМБОФЛЕБІТ ТА ФЛЕБОТРОМБОЗ

ТРОМБОФЛЕБІТ – розвиток запального процесу у вені з наступним утворенням тромбу.

При цьому виникає спочатку запалення внутрішньої оболонки вени /ендофлебіт/, а дещо пізніше у запальний процес залучаються всі шари.

Тромб, що утворився, щільно фіксований до запаленої внутрішньої оболонки вени.

ФЛЕБОТРОМБОЗ характеризується тромбозом вени без запальної реакції в стінці судини, тромб не фіксований до неї, має схильність до міграції.

****КЛІНІЧНО РОЗРІЗНИТИ ТРОМБОФЛЕБІТ ВІД ФЛЕБОТРОМБОЗУ МАЙЖЕ НЕМОЖЛИВО.***

К Л А С И Ф І К А Ц І Я

- 1.Тромбоз /тромбофлебіт/ поверхневих вен:

а/ гомілки

б/ стегна

- 2.Тромбоз /тромбофлебіт/ глибоких вен:

а/ гомілки

б/ стегнової вени

- 3.Іліофеморальний тромбоз (тромбоз стегнової та клубової вен).

4.Тромбоз нижньої полої вени.

5.Первинний тромбоз /підвищене зсідання крові/.

6.Вторинний тромбоз /результат в/в введення гіпертонічних розчинів, катетеризації вен, наслідки травми, інфекції/.

ЕТИОЛОГІЯ.

- Уповільнення кровообігу.
- Збільшення коагуляційних властивостей крові.
- Ушкодження ендотелію.

КЛІНІКА.

Поверхневий тромбоз /тромбофлебіт/. Біль по ходу вени, ущільнення, набряк. Якщо приєднується запалення – з'являється гіперемія шкіри над тромбованою веною, напруження, біль, підвищення місцевої температури. Загальний стан не порушений, температура субфебрильна, явищ інтоксикації немає.

***ТРОМБОЗ ПОВЕРХНЕВИХ ВЕН Є ДЖЕРЕЛОМ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ.**



Тромбоз глибоких вен. Біль в кінцівці, набряк, ціаноз, почуття розпирання та жару. Хвора кінцівка значно збільшена в обсязі. Шкіра ціанотична, визначається сітка розширених поверхневих вен.

Іліофеморальний тромбоз (тромбоз вен тазу). Складає 10% всіх глибоких тромбозів.

***НАЙБІЛЬШ ЧАСТЕ ДЖЕРЕЛО ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ.**

Біль, набряк всієї нижньої кінцівки, мошонки, черевної стінки. Шкіра синюшна або бліда. На гомілці на стегні розширені поверхневі вени.

При глибокому флеботромбозі загальний стан важкий, температура висока, явища інтоксикації.



МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ:

а/ тромбоемболія легеневої артерії;

б/ венозна гангрена нижньої кінцівки.

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ:

Вимірювання венозного тиску /підвищення ВТ до 600 – 1000 мм вод.ст./.

Ультразвукова доплерографія.

Рентгеноконтрастна флебографія.

ЛІКУВАННЯ.

I. КОНСЕРВАТИВНЕ:

Постільний режим.

Підвищене положення кінцівки.

Еластичне бинтування кінцівки.

Гепарин 30 – 40 тис. од. на добу.

Непрямі антикоагулянти під контролем протромбінового індексу /40 – 50%/.
Протизапальні /бутадіон, диклофенак, ортофен, індометацин, аспірин/.

Тромболітики /в перші 3 дні від початку захворювання/ - фібринолізин, стрептаза.
Спазмолітики, судиннорозширюючі.

При поверхневому тромбозі місцево – гепаринова, троксевазінова мазь, 30% дімексид.

II. ХІРУРГІЧНЕ.

Тромбектомія /у випадках іліофemorального тромбозу для профілактики емболії легеневої артерії/. Можна також вставляти кава-фільтр в клубову вену для профілактики ТЕЛА.



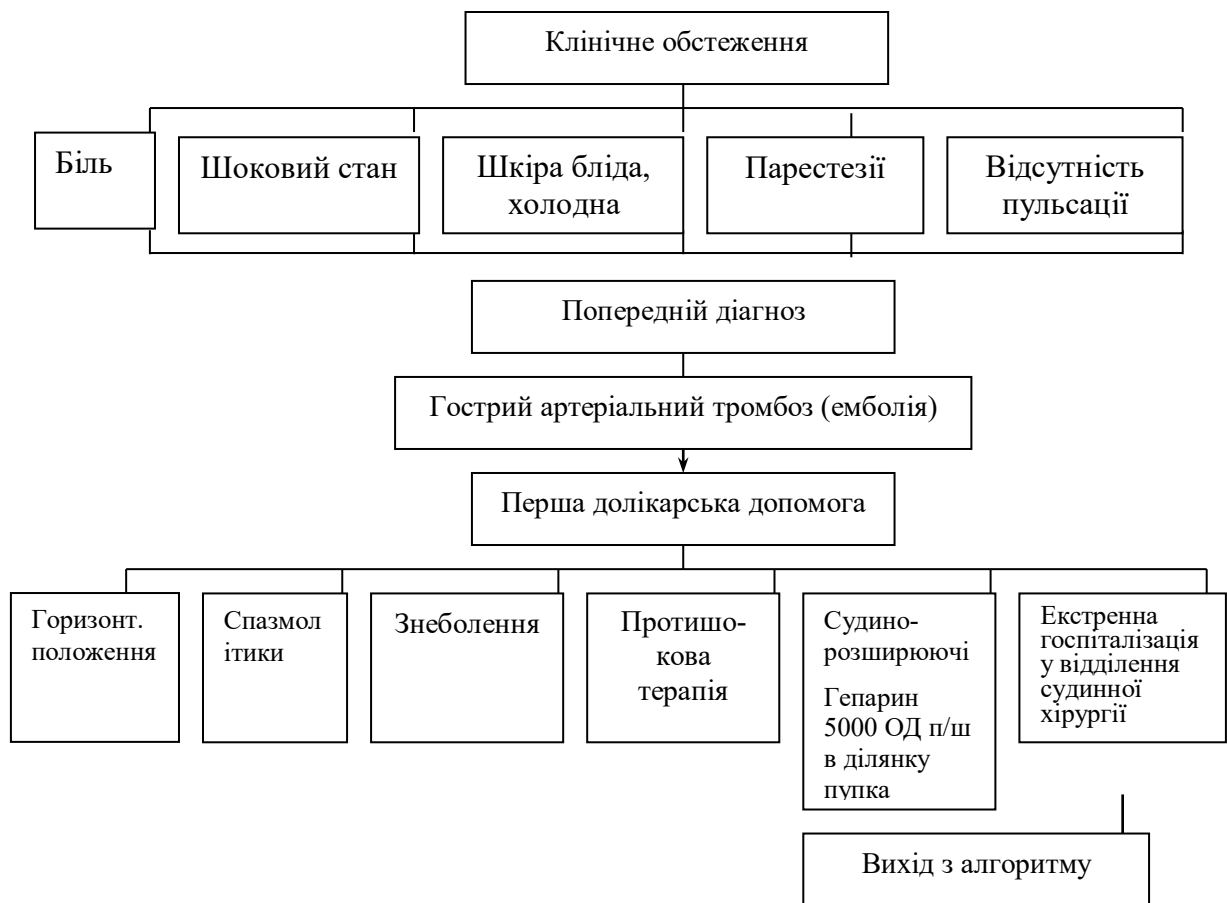
Кава-фільтр

При висхідному поверхневому тромбофлебіті - флебектомія.

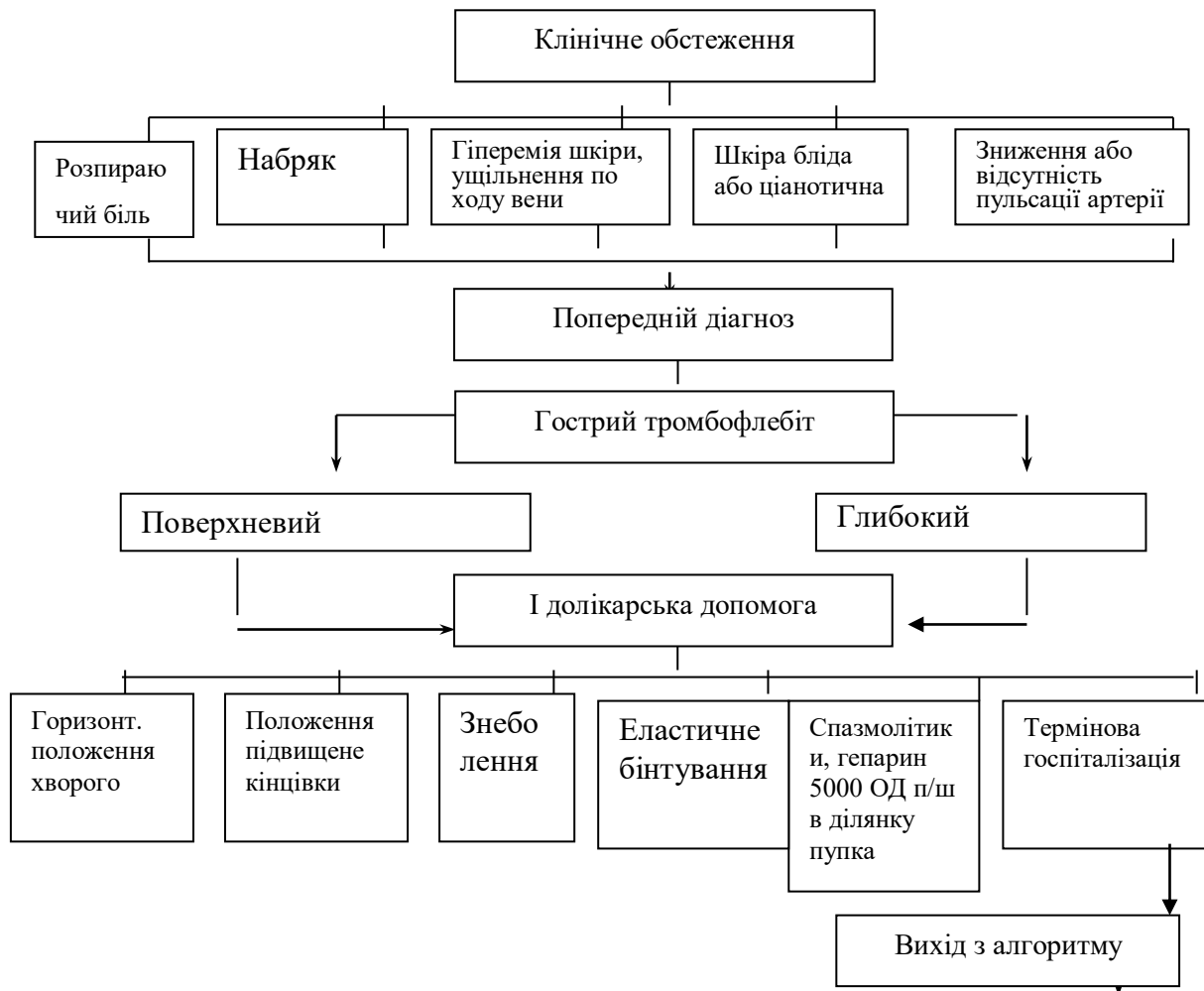
При сильному набряку кінцівки – лампасні розрізи з розкриттям фасціальних м'язових футлярів.

При розвитку венозної гангрени – висока ампутація нижньої кінцівки.

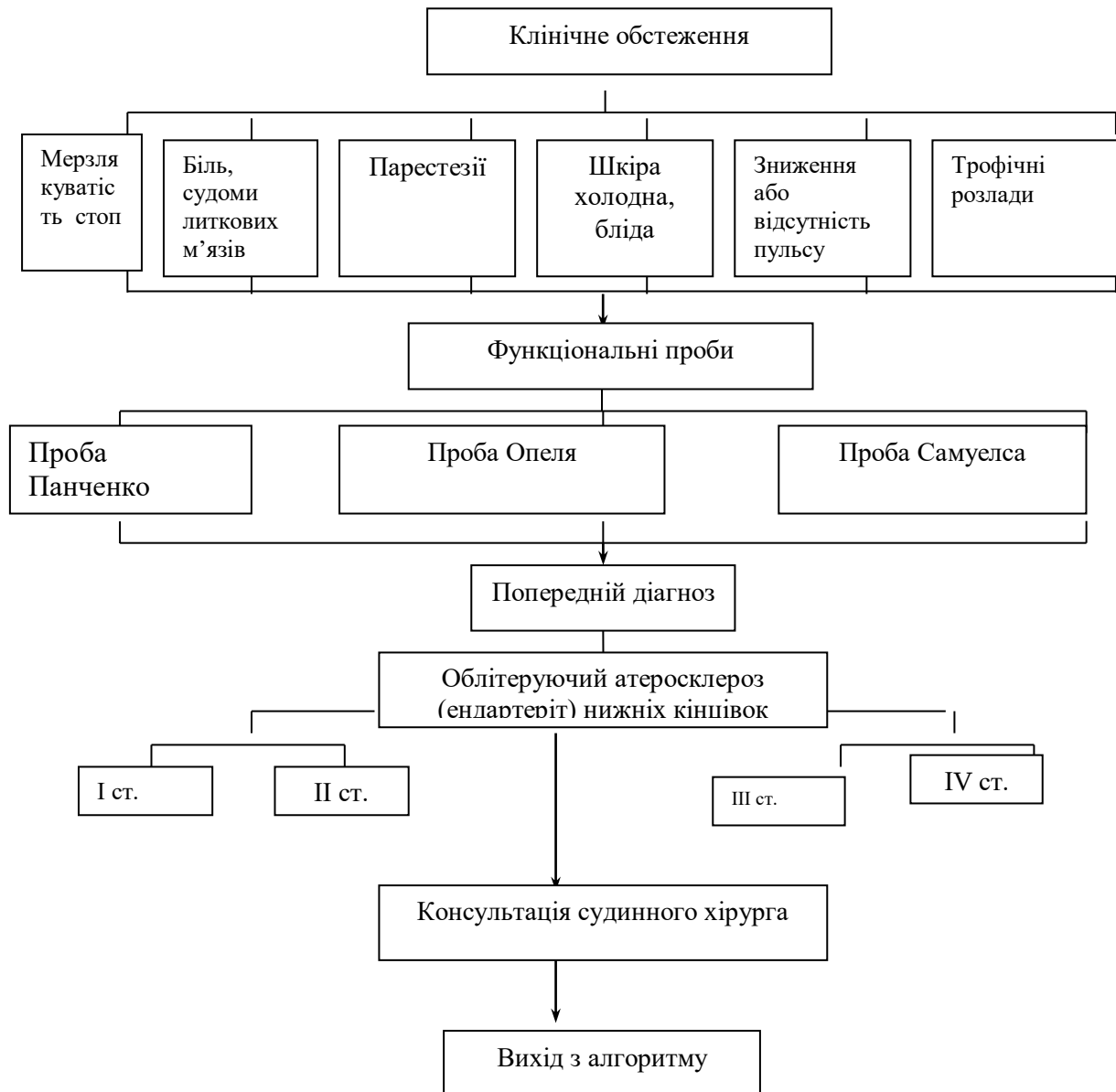
АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги пацієнтові з гострим артеріальним тромбозом



АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги пацієнтам з тромбофлебітом

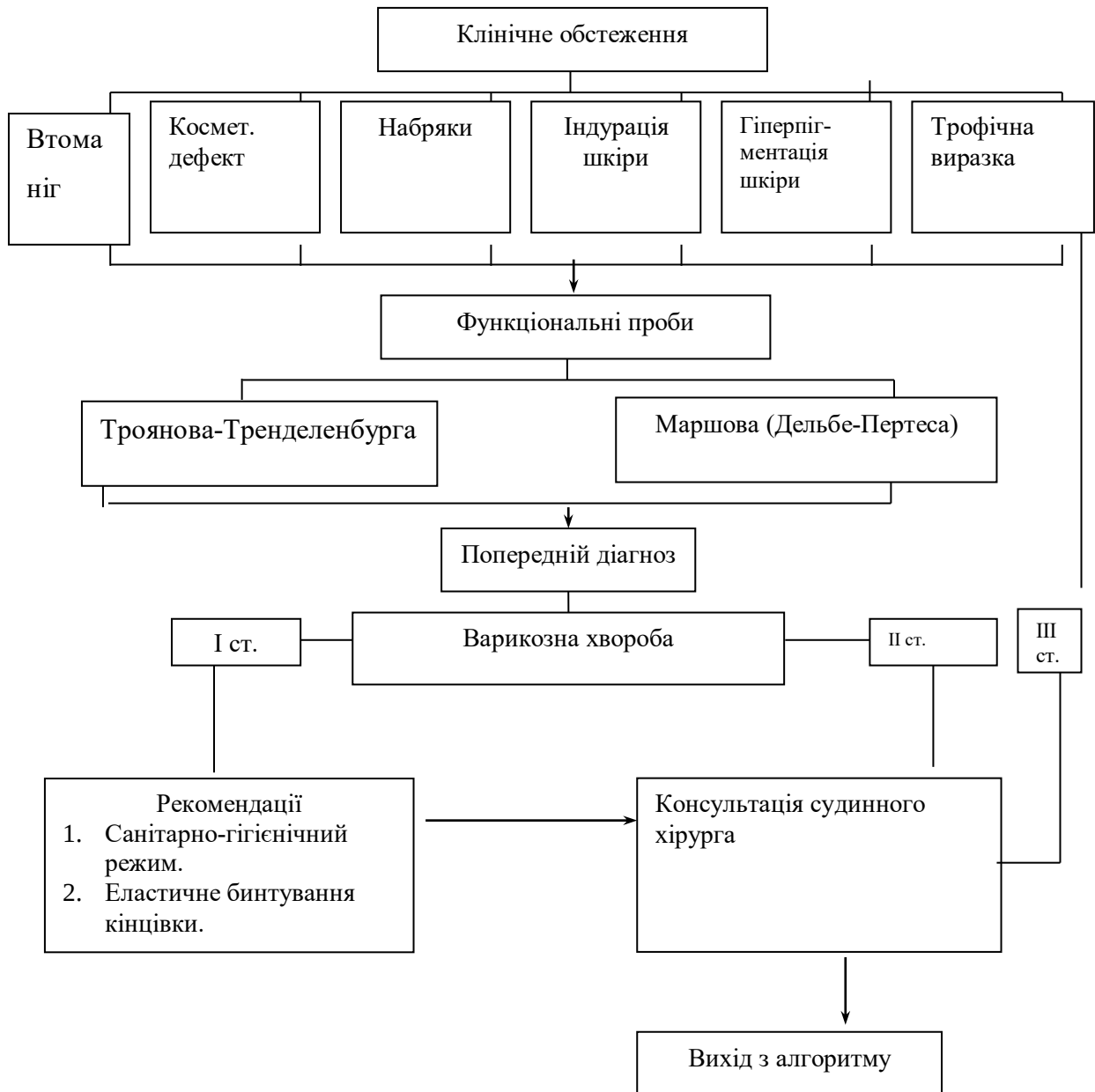


АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги при облітеруючих захворюваннях
артерій нижніх кінцівок

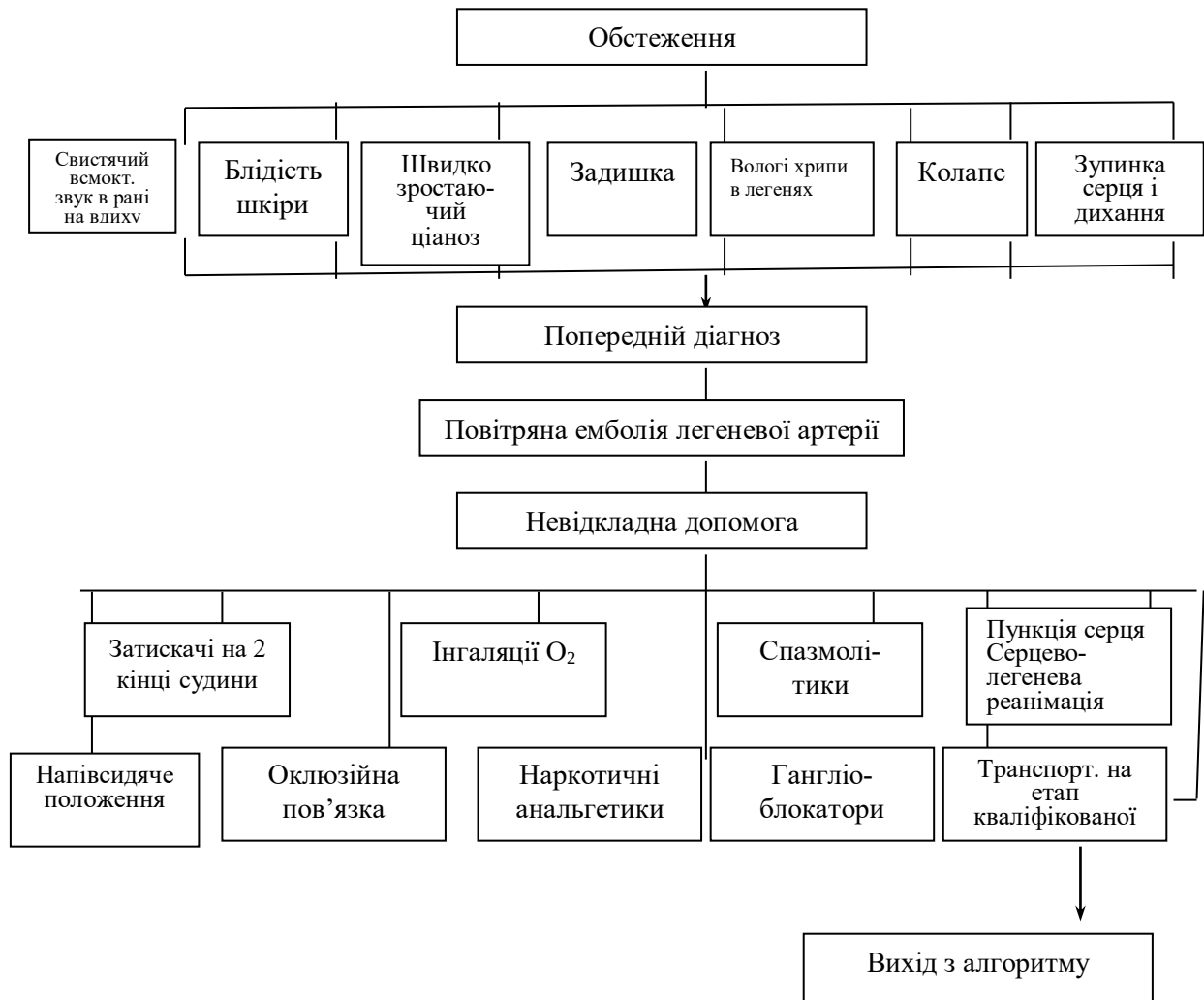


АЛГОРИТМ

Надання першої долікарської допомоги при варикозній хворобі



АЛГОРИТМ Невідкладна допомога при повітряній емболії легеневої артерії



Лекція № 6

Невідкладні стани в травматології.

1. Ушкодження хребта: механізм, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
2. Ушкодження таза. механізм, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
3. Ушкодження та хірургічні захворювання кінцівок. Синдром тривалого роздавлювання.
4. Відкриті механічні ушкодження
5. Термічні ушкодження

УШКОДЖЕННЯ ХРЕБТА.

Травма хребта може торкнутися його кісткових елементів, м'язово – зв'язочного апарату і, нарешті, вмісту хребтового каналу, тобто спинного мозку та його оболонок. Ушкодження хребта можуть бути закриті і відкриті. Останні зустрічаються переважно у військовий час.

ЗАБІЙ ХРЕБТА – може супроводжуватися струсом спинного мозку і навіть крововиливами у речовину мозку або в міжоболонковий простір.

МЕХАНІЗМ ТРАВМИ – падіння на спину, удар по спині.

КЛІНІКА: біль в місці травми, обмеження рухливості хребта, підшкірна гематома, набряк. При неускладненому забої всі ці явища швидко та без сліда зникають. Обов'язкова РО – гр. хребта для виключення переломів та вивихів.

ЛІКУВАННЯ: спокій, фізіотерапевтичні процедури, масаж.

РОЗТЯГНЕННЯ: відбувається надрив зв'язочних елементів в результаті форсованих рухів, що перевищують фізіологічну межу /згинання, розгинання, обертання/. Зсування хребців не відбувається. Найчастіше розтягнення відбувається в шийному та поперековому відділах.

КЛІНІКА: таж сама, що і при забої, але сильніше виражена і більш підкреслено вимушене положення. Обов'язкова РО – гр. хребта.

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ: крововиливи в спинний мозок та міжоболонковий простір.

ЛІКУВАННЯ: спокій, масаж. Фізіотерапія.

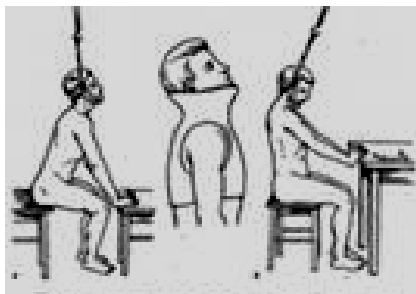
ВИВИХИ хребців найчастіше зустрічаються у найбільш рухливому шийному відділі. При цьому відбувається зсування вище розташованого хребця по відношенню до нижче розташованого. Розрізняють повні вивихи і неповні – підвивихи. В грудному і поперековому відділах вивихи звичайно супроводжуються переломами. Зв'язки при вивиху розриваються.

МЕХАНІЗМ ТРАВМИ: насильне форсоване згинання голови або поворот шії навкруги вертикальної осі.

КЛІНІКА: біль, фіксоване положення голови /з нахилом вперед або поворотом в сторону/, при стисненні спинного мозку можуть бути спинальні розлади /парези, паралічі, розлади функції тазових органів, порушення чутливості/.

ДІАГНОСТИКА: РО – гр. шийного відділу /виконується дуже обережно/.

ЛІКУВАННЯ: можливо раннє вправлення вивиху /одномоментне, або за допомогою петлі Глісона, або скелетного витягання/. В наступному до 3 міс. хворий повинен носити ортопедичний комір або гіпсовий шийний полукорсет.



ПЕРЕЛОМИ ХРЕБТА.

Переломи остистих відростків: зустрічаються відносно рідко, відбуваються переважно внаслідок прямої травми, рідше в результаті м'язових скорочень. В останньому випадку відросток може зміститися.

КЛІНІКА: біль, гематома, набряк.

ДІАГНОСТИКА: РО – гр. хребта в бічній проекції.



ЛІКУВАННЯ: 10 – 14 днів постільний режим, потім ЛФК, масаж, фізіопроцедури.

Переломи дужок хребців: зустрічаються рідко. Механізм травми – перерозгинання, згинально – оборотний механізм. При зміщенні уламків можливе ушкодження спинного мозку.

ДІАГНОСТИКА: РО – гр., неврологічне обстеження.

КЛІНІКА: біль, гематома, набряк, обмежена рухливість хребта. При ушкодженні спинного мозку – неврологічні симптоми.

ЛІКУВАННЯ: при переломах без зміщення уламків – гіпсовий корсет в нейтральному положенні /без згинання або розгинання хребта/.

Перші 6 тижнів хворий додержується постільного режиму. Корсет знімають через 3 – 4 міс. При зміщенні уламків перелом не стійкий, необхідна оперативна фіксація хребців /спонділодез/.



Перелом поперечних відростків: зустрічається як правило, в поперековому відділі. Механізм травми:

Прямий – удар.

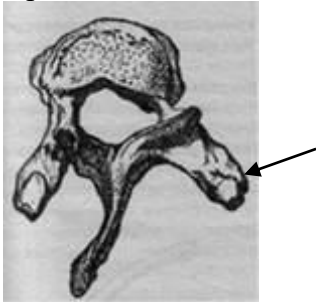
Не прямий – різке напруження м'язів, що прикріплюються до поперечних відростків /поперекові м'язи/. Має назву “перелом землекопів”.

КЛІНІКА: сильний біль, який посилюється при підніманні прямих ніг в положенні на спині. Біль також посилюється при нахилах в здоровий бік і згинанні. Симптом “прилиплої п'яти” на стороні ушкодження - позитивний.

ДІАГНОСТИКА: РО – гр. поперекового відділу хребта /пряма проекція/.

ЛІКУВАННЯ: знеболення 10 мл 0,5% новокаїну місця перелому. Хворого кладуть в ліжку із щитом, в позу жаби /для розслаблення поперекових м'язів/. Термін постільного режиму 2 – 3 тижні. Потім ЛФК, масаж, фізіотерапія.

Працездатність відновлюється через 4 – 6 тижнів.



Переломи тіл хребців: найчастіший вид переломів мирного часу – компресійні /70%/. Механізм травми – падіння на голову, ноги або сідниці; кнутоподібний механізм перелому при автоаварії. Найчастіша локалізація на межі більш та менш рухливих відділів хребта C_{VI}, Th_{XII} - L_I.

КЛІНІКА: біль в місці перелому, що посилюється при зміні положення тіла та поворотах, а також при осьовому навантаженні. При ушкодженні спинного мозку – неврологічна симптоматика.

ДІАГНОСТИКА: на РО – гр. в боковій проекції деформація тіла хребця у вигляді клину.

ЛІКУВАННЯ:

I. Консервативне. Показання – стабільні переломи: перелом з клиноподібною деформацією хребця, що не досягає половини висоти тіла.

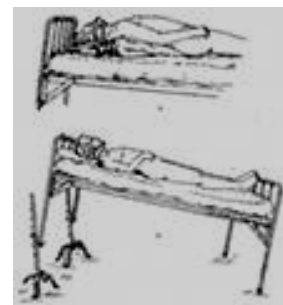
Одномоментна репозиція з наступним накладанням корсету в положенні перерозгинання. Постільний режим 3 тижні, знімають корсет через 4 – 6 міс.,

потім ЛФК, масаж, фізіотерапія. Працездатність відновлюється через 1 рік після перелому.

Функціональний метод – іммобілізація постільним режимом на 6 тижнів, з повздовжнім витяганням хребта, поступова реклинація, з початку 2 тижня – ЛФК, для утворення “м’язового корсету”. Сидіти пацієнтові можна через 3 міс. після перелому. Відновлення працездатності через 5 – 8 міс. після перелому, при тяжкій фізичній праці – через 1 рік.

II. Хірургічне. Показання – нестабільні переломи: переломовивих, перелом з клиноподібною деформацією хребця більше як на половину висоти тіла, мілкоосколковий перелом.

Операція – задня фіксація хребців /спонділодез/.



Спонділодез

Лікування переломів хребців, ускладнених ушкодженням спинного мозку.

При стисненні спинного мозку показана його декомпресія:

При переломовивиху – вправлення вивиху /краще відкритим методом/.

Універсальний метод – декомпресивна ламінектомія. Закінчується операція фіксацією хребців /спонділодез/. В п/о періоді лікування спрямоване на профілактику пролежнів /часті повороти хворого, протирання шкіри, підкладні круги/, профілактику східної інфекції сечостатевої системи /раннє накладання епіцистостоми з наступним приточно – відточним дрениванням і постійним промиванням сечового міхура розчинами антисептиків/, профілактику пневмонії /дихальна гімнастика, банки, гірчичники, кордіамін, камфора, при порушеннях спонтанного дихання – трахеостомія з переводом на ШВЛ/.

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ ХРЕБТА:

Надати пацієнтові горизонтального положення:

а/ на твердому щиті на спині, з валиком під місцем ушкодження;

б/ на м’яких ношах на животі.

При переломі шийного відділу хребта голову фіксують коміром Шанца або шиною Єланського.

Знеболення.

При явищах шоку – протишокова терапія.

При тяжких порушеннях спонтанного дихання – інтубація трахеї або трахеостомія, ШВЛ.

Швидка доставка пацієнта в стаціонар.

УШКОДЖЕННЯ КІСТОК ТАЗА

Ушкодження кісток тазу складають 4 – 7% усіх переломів і відносяться до групи тяжких травм. Ушкодження тазу можуть супроводжуватися тяжким шоком, що зумовлюється масивною кровотечею в тканини з губчастих кісток тазу /до 2,5 л/. Шок зустрічається в 30% випадків. Одна з основних функцій тазу – передача навантаження тулуба на нижні кінцівки /опорна функція/ зумовлена цілістю тазового кільця. Тазове кільце утворене крижовою кісткою на рівні крижово – клубового зчленування, тілом клубової кістки, лонними та сідничними кістками, лонним та крижово – клубовими зчленуваннями. Велика заочеревинна гематома може зумовити рефлекторне напруження м’язів живота і навіть позитивні симптоми подразнення очеревини, що потребує інколи виконання діагностичного лапароцентезу, лапароскопії або навіть діагностичної лапаротомії.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ:

Пацієнта обережно покласти на твердий щит в позу жаби.

Знеболення:

а/ наркотичні анальгетики

б/ новокаїнова блокада по Школьнікову.

При явищах шоку – протишокова терапія.

Швидке та обережне транспортування в стаціонар.

КЛАСИФІКАЦІЯ:

1.Крайові переломи.

2.Переломи тазового кільця без порушення його безперервності.

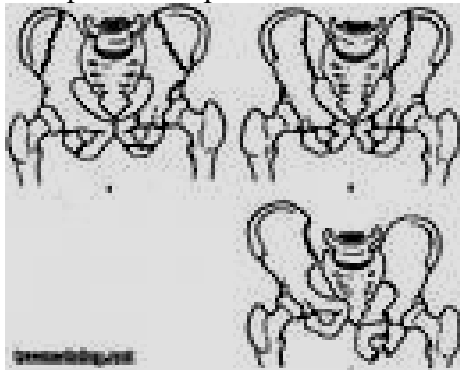
3.Переломи з порушенням безперервності тазового кільця:

а/ переднього напівкільця;

б/ заднього напівкільця.

4.Ушкодження з одночасним порушенням переднього та заднього напівкільця.

5.Переломи вертлюгової ямки.



КРАЙОВІ ПЕРЕЛОМИ:

ВІДРИВ ПЕРЕДНЬО – ВЕРХНЬОГО ОСТЮКА.

Механізм травми – прямий удар, різке напруження м’язів /під час бігу, гри в футбол/.

Клініка: біль, набряк в місці перелому, зсування передньо – верхньої ості донизу і назовні, що дає ефект удаваного скорочення кінцівки, симптом “заднього ходу” Лозинського – при спробі зігнути стегно під час шагу вперед виникає різкий біль в ділянці перелому, а рух ногою дає значно менший біль, тому хворий віддає перевагу рухові спиною вперед.

Лікування: місцева анестезія місця перелому, постільний режим на 2 тижні, нога кладеться на шину Белера в положенні легкого відведення. При відсутності ефекта – операція – металоостеосинтез.



ПЕРЕЛОМ КРИЛА КЛУБОВОЇ КІСТКИ.

Механізм травми – удар, здавлення тазу в поперечному напрямку.

Клініка: біль в ділянці перелому, що посилюється при напруженні косих м'язів та при надавлюванні на крило, обмеження рухів в кульшовому суглобі. Крило клубової кістки під дією м'язів може зсовуватися доверху, що константується зменшенням відстані від мечоподібного відростка до передньо – верхньої ості.

Лікування: знеболення місця перелому за допомогою 1 – сторонньої блокади за Школьніковим, постільний режим на 3 тижні, ногу кладуть на шину Белера, з перших днів, массаж, ЛФК, фізіотерапія.

ПОПЕРЕЧНИЙ ПЕРЕЛОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ ТА КУПРИКУ.

Механізм травми – прямий удар, падіння на сідниці.

Клініка: біль в крижовій ділянці, яка посилюється при спробі сісти, затруднення та сильний біль при дефекації, набряк, біль при пальпації, різкий біль, крепітація при ректальному дослідженні. При ушкодженні крижових нервів розвивається неудержання сечі та втрата чутливості в ділянці сідниць.

Лікування: пресакральна анестезія, постільний режим 3 тижні, валик під крижі або гамак. Фізіотерапія, яка найбільш важлива при ушкодженні нервів. При переломі куприка із зсуненням уламку – репозиція уламку через пряму кишку. При стійкому болю при сидінні – операція – видалення куприку.

ПЕРЕЛОМИ ТАЗОВОГО КІЛЬЦЯ БЕЗ ПОРУШЕННЯ ЙОГО БЕЗПЕРЕРВНОСТІ.

Ізольований перелом лонної або сідничної кістки. Перелом може бути 2 – стороннім. Механізм травми – прямий удар або здавлення тазу в передньо – задньому напрямку.

Клініка: біль в лонній ділянці /при переломі лонних кісток/ або в промежині /при переломі сідничних кісток/. Болі посилюються при спробі рухати ногою, при пальпації та осьовому навантаженні. Визначається симптом “прилиплої п'яти” – пацієнт не може відірвати від опори пряму ногу, але самостійно удержує підняту ногу.

Лікування: анестезія місця перелому, постільний режим на ліжку зі щитом 4 – 5 тижнів. При 1 – сторонньому ушкодженні ногу кладуть на шину Белера з легким відведенням, при 2 – сторонньому переломі – положення жаби. Працездатність відновлюється через 10 – 12 тижнів.

ПЕРЕЛОМИ З ПОРУШЕННЯМ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ ТАЗОВОГО КІЛЬЦЯ.

Це найбільш часта /50%/ і тяжка група ушкоджень тазу. Часто супроводжується шоком та ушкодженням тазових органів. Механізм травми – передньо – заднє або бокове стиснення, падіння з великої висоти. Розрив симфізу може бути наслідком пологової травми.

Ушкодження переднього напівкільця: перелом лонної та сідничної кісток або 2 – сторонній перелом цих кісток у вигляді “метелика”.

Клініка: біль в ділянці тазу та в промежині, симптом “прилиплої п’яти”. При переломі лонної та сідничної кісток положення “жаби”, при розриві симфізу стегна зведені і зігнуті, спроба розвести їх викликає різкий біль.

Лікування: при переломі переднього напівкільця без зсунення уламків – постільний режим на 5 – 6 тижнів в ліжку зі щитом в позі “жаби”. З 2 тижня фізіотерапія, масаж, ЛФК.

2 – сторонні переломи у вигляді “метелика” лікують скелетним витяганням вагою 4 – 5 кг за кожну ногу. Розрив лонного зчленування лікують в гамаці з тягою навхрест.

Ушкодження заднього напівкільця: /розрив крижово – клубового сполучення, вертикальний перелом крижової або клубової кістки/ - в ізолюваному вигляді зустрічається рідко.

Клініка: хворий лежить на здоровому боці. Активні рухи ногою на ураженому боці обмежені, болісні. Пальпація ділянки ушкодження болісна.

Лікування: на щиті в гамаку без перехресту тяги 8 – 9 тижнів. При ушкодженні із зсуненням скелетне витягання за ногу.

Ушкодження з одночасним порушенням переднього та заднього напівкільця /перелом Мальгєня/: найбільш тяжке ушкодження тазу, найчастіше супроводжується шоком.

Механізм травми – стиснення, падіння з великої висоти.

Клініка: біль в ділянці тазу, крововилив в мошонку, промежину, пахову зморшку. Асиметрія тазу, зсунення однієї половини доверху /зменшення відстані між мечоподібним відростком та передньо – верхньою остю/. При боковому стисненні або спробі розвести половини тазу, крім різкого посилення болю, відзначається рухливість половини тазу.

Лікування: 2 –стороння новокаїнова блокада за Школьніковим, протишوكова терапія. При переломах без зсунення – лікування в гамаці без перехресту тяги, скелетне або клейове витягання за кожну ногу 4 –5 кг. При зсуненні половини тазу доверху – скелетне витягання вагою 10 – 14 кг в положенні відведення. Гамак тільки після зведення зсунутої половини тазу донизу. Постільний режим 10 – 12 тижнів.

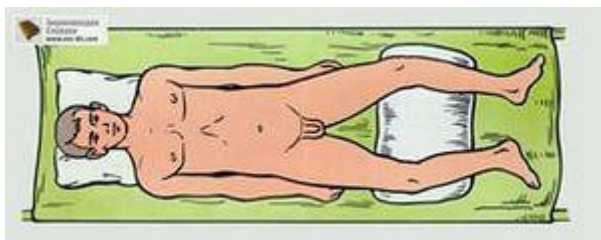
ПЕРЕЛОМ ВЕРТЛЮГОВОЇ ЯМКИ: супроводжується вивихом стегна. Розрізняють перелом краю та дна вертлюгової ямки.

Механізм травми – навантаження по осі стегна або боковий тиск.

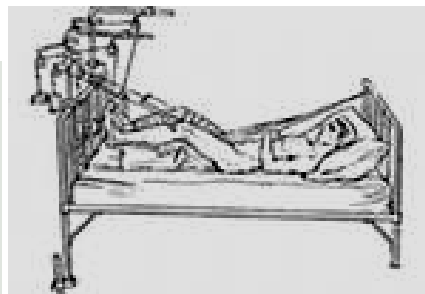
Клініка: біль, порушення функції кульового суглобу, положення ноги характерне для вивиху стегна.

Лікування: знеболення вертлюгової ямки, скелетне витягання по осі стегна, при відсутності ефекту – металоостеосинтез краю вертлюгової ямки. При переломі дна накладають скелетне витягання в 2 – х напрямках: по осі стегна та за великий вертлюг вбік.

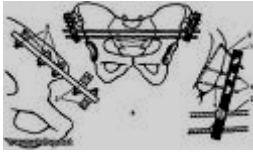
Діагностика усіх ушкоджень кісток тазу – РО – логічна.



Поза «жаби»



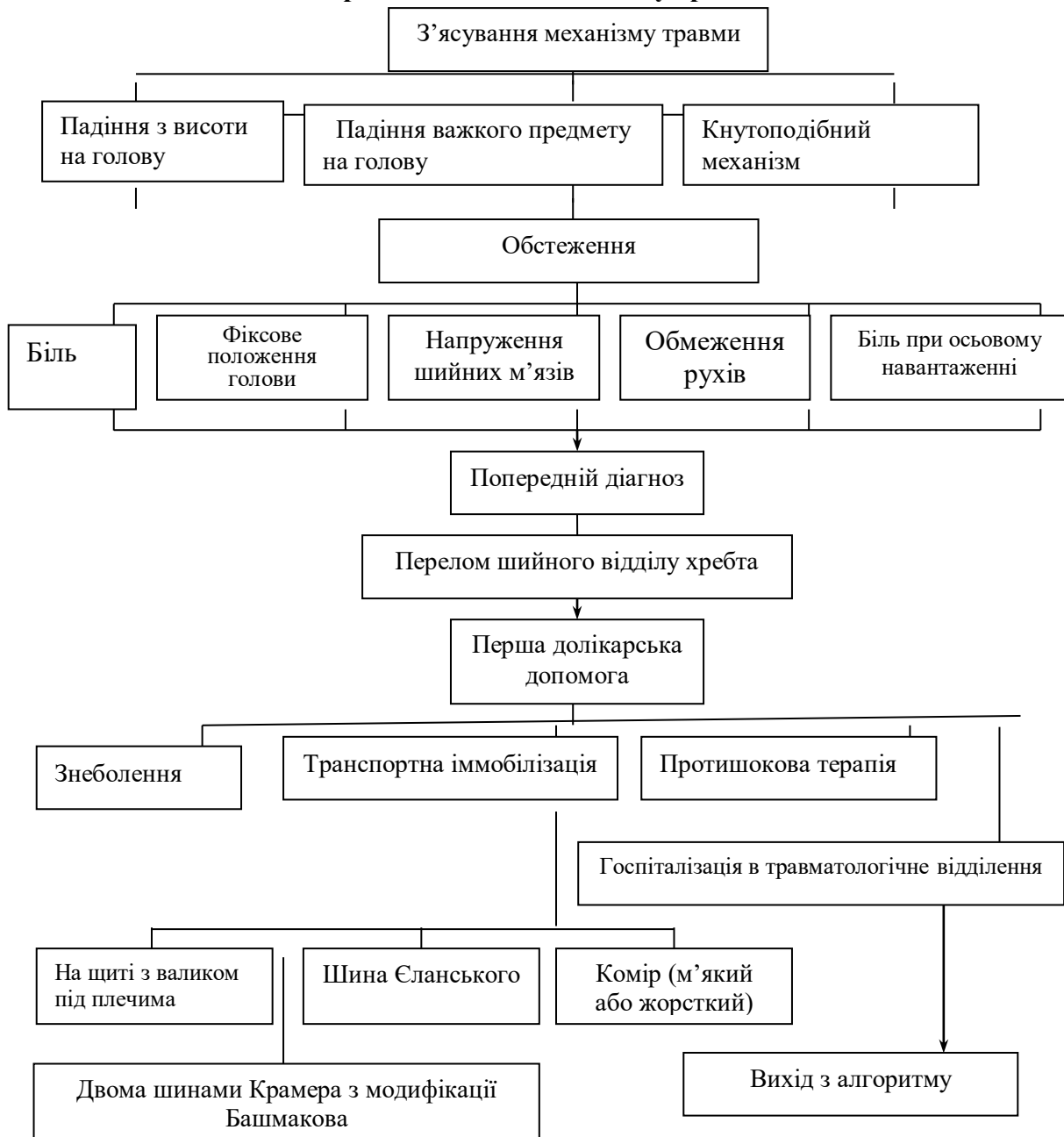
Лікування скелетним витяганням



Металоостеосинтез перелому тазу

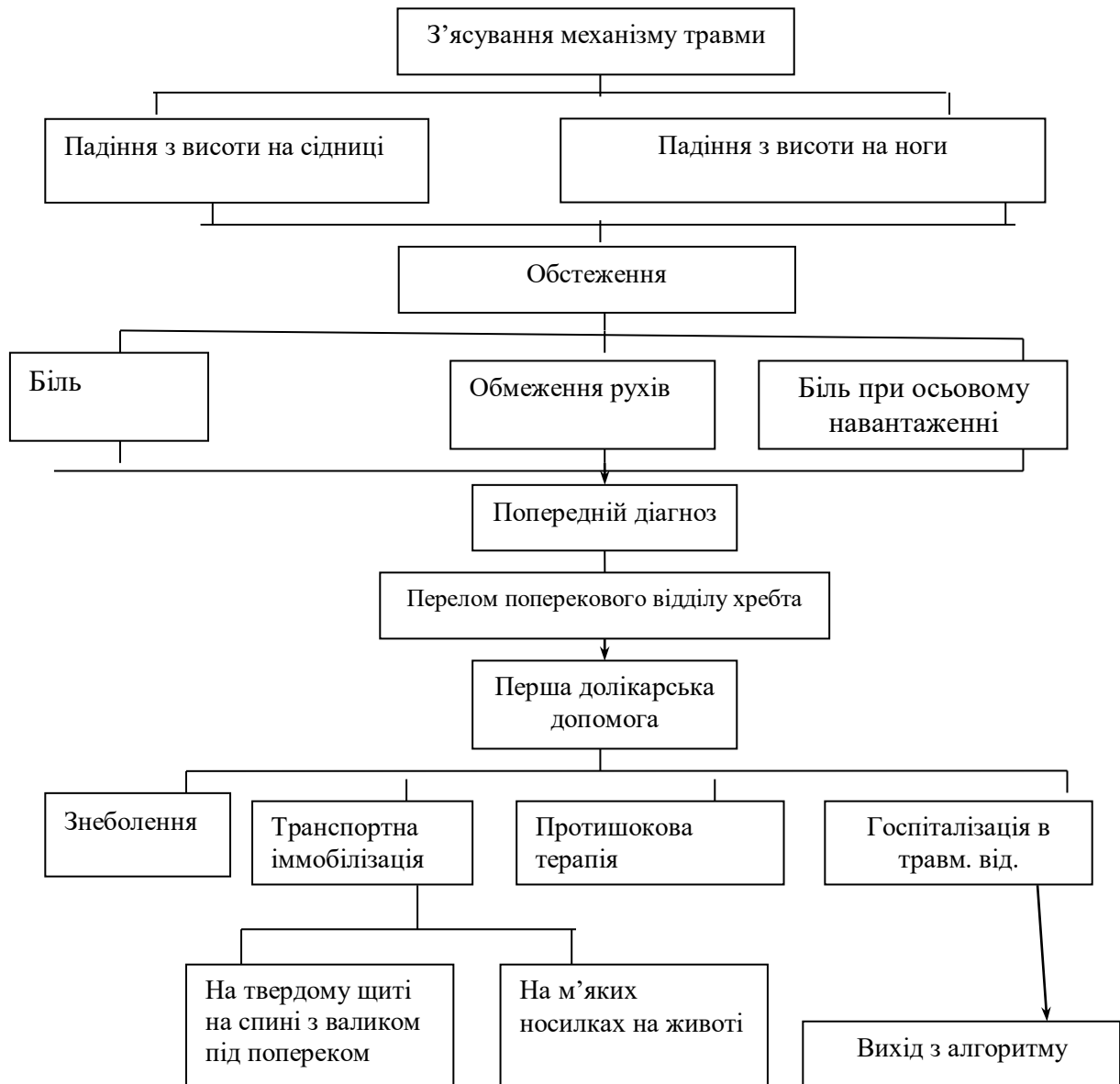
АЛГОРИТМ

Дії медпрацівників по наданню першої допомоги потерпілому з переломом шийного відділу хребта

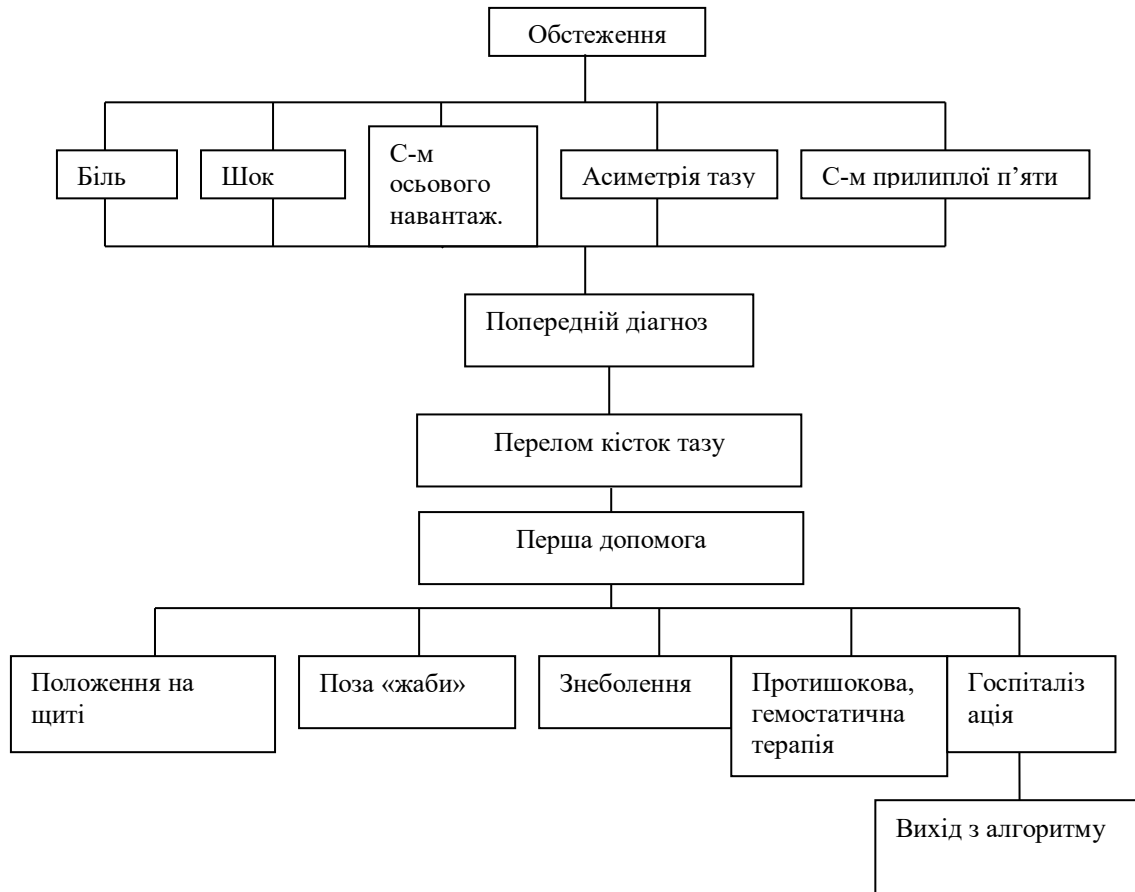


АЛГОРИТМ

Дії медпрацівників по наданню першої допомоги потерпілому з переломом поперекового відділу хребта



Алгоритм надання першої допомоги пацієнтові з переломом тазу



УШКОДЖЕННЯ ТА ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КІНЦІВОК.

УШКОДЖЕННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБУ.

Ушкодження меніску – найчастіший вид травми колінного суглобу. У 80% уражується внутрішній меніск, у 20% - зовнішній.

Механізм травми – ротація стегна при фіксованій гомілці та зігнутому колінному суглобі, глибоке присідання.

КЛІНІКА: “блокада” суглобу: після травми суглоб залишається в положенні фіксованого згинання під кутом 130°. При спробі зігнути або розігнути ногу з’являється сильний біль.

ЛІКУВАННЯ: при “блокаді” суглобу – вправлення меніску. При неможливості вправлення, а також при повторних блокадах операція – меніскектомія.



Ушкодження бічних зв'язок – розрив відбувається від сполучення відведення або приведення гомілки, при розігнутому коліні, з зовнішнім скручуванням гомілки. Частіше ушкоджується внутрішня зв'язка.

КЛІНІКА: біль, набряк, крововилив, збільшення бокових рухів в суглобі.

ДІАГНОСТИКА: RO – гр. з відведеною гомілкою /розширення суглобної щілини з внутрішнього боку/.

ЛІКУВАННЯ: в свіжих випадках операція – зшивання зв'язок. Якщо випадок несвіжий – консервативне лікування / гіпсовий тугор, ЛФК, фізіотерапія/, при неефективності операція – пластика зв'язок.



Ушкодження хрестоподібних зв'язок – частіше ушкоджується передня зв'язка. Механізм травми – насильницьке відведення та скручування гомілки.

КЛІНІКА: біль, набряк, гемартроз, обмеження рухів, симптом передньої або задньої “висувної шухляди”.

ЛІКУВАННЯ: в рані строки – зшивання зв'язки. Якщо розрив діагностовано пізно – гіпсова пов'язка, через 2 міс. – пластика зв'язки.



Перелом надколінника – механізм травми – падіння на коліно, удар по надколіннику, надмірне напруження 4 – главого м'язу.

КЛІНІКА: біль, гемартроз, обмеження рухів, симптом “прилиплої п'яти”, наявність при пальпації заглиблення між уламками.

ДІАГНОСТИКА: RO – гр. колінного суглобу.

ЛІКУВАННЯ: при незначному зсуненні уламків після евакуації крові із суглобу гіпсовий тугор від кісточок гомілкостопного суглобу до сідничної зморшки на 1 міс.

Через 7 днів дозволяють вставати і ходити. При значному зсуненні уламків операція – зшивання надколінника.



Вивих плеча Вивих плеча складає до 55% всіх травматичних вивихів. Позитивною стороною є те, що плечовий суглоб - досить досконалий (за різноманітністю рухів), мінусом служить його травматична вразливість через малу площу дотику суглобових поверхонь (хрящова поверхню голівки плечової кістки набагато перевершує поверхню суглобової западини лопатки і має менший радіус кривизни). Найчастіше вивих плеча відбувається в результаті непрямого впливу (падіння на витягнуту, підняту і відведену руку). При русі руки за межі фізіологічних можливостей головка плечової кістки розриває капсулу в найменш захищеному місці (передньонижні відділі) і вискакує з

суглобової западини. За термінами, що пройшов з моменту травми, вивих плеча ділять на:

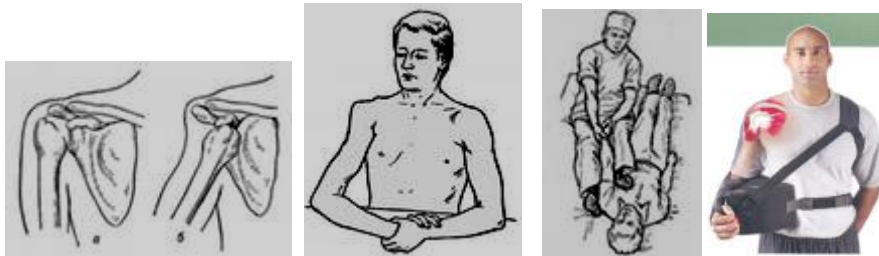
1. Свіжий (не більше 3-х днів)
2. Несвіжий (від 3-х днів до 3-х тижнів)
3. Застарілий (більше 3-х тижнів)

Клініка. Характерною особливістю є асиметрія плечових суглобів через характерною деформації пошкодженого плеча (замість округлих обрисів ушкоджений плечовий суглоб набуває незграбність). Пальпаторно голівка не виявляється у типовому місці. Часто головка розташована нижче рівня ключовидного відростка або в передньому відділі пахвової западини. Рухи в суглобі неможливі. Вивих плеча визначається характерним симптомом "пружного опору", який обумовлений рефлексорним скороченням м'язів.

Діагностика. Обов'язковим заходом є проведення рентгенографічного дослідження в прямій і бічній проекції.

Перша допомога. Знеболення, транспортна іммобілізація (шина, пов'язка Дезо, косинкова пов'язка), транспортування в травмпункт.

Лікування. Вправлення вивиху, контрольна рентгенограма, іммобілізація кінцівки на 10 днів, потім відновлювальне лікування (ЛФК, масаж, фізіотерапія).



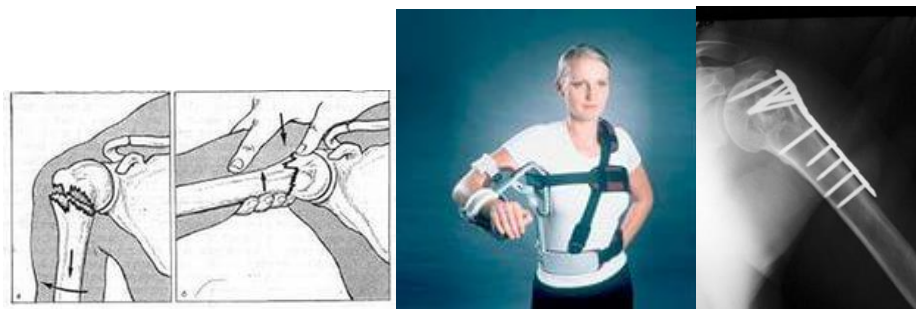
Перелом хірургічної шийки плеча. Найчастіший вид пошкодження проксимального кінця плечової кістки, особливо у людей старшого віку. Це, в першу чергу, пов'язано з тим, що кістка тут позбавлена м'язового футляру. Різкий перехід потовщеного кортикального шару в більш тонкий, мала кількість і хаотичне розміщення остеонів та виражене звуження діафіза плечової кістки різко знижують міцність цієї ділянки в порівнянні з іншими відділами кістки. Виникають вони, як правило, внаслідок непрямої травми, при падінні на лікоть або витягнуту руку.

Клініка. Біль в ділянці плеча, обмеження рухів, плече відведене від тулуба, але відсутній симптом «пружного опору», позитивний симптом «осьового навантаження» - посилення болю в плечі при постукуванні по ліктію.

Симптоматика. Рентгенографія плечового суглобу.

Перша допомога. Знеболення, транспортна іммобілізація, транспортування пацієнта в травмпункт.

Лікування. Репозиція уламків, шина, що відводить на 4-6 тижнів або металоостеосинтез, відновлювальне лікування. При асептичному некрозу голівки плечової кістки – ендопротезування плечового суглобу.



Перелом променевої кістки в типовому місці зустрічається найчастіше серед всіх переломів кісток передпліччя. У 90% випадків причиною перелому є падіння на витягнуту руку.

Клінічними ознаками перелому променевої кістки в типовому місці є біль, набряк, штикообразная деформація предпліддя.

Діагностика. Рентгенографія променево-зап'ясткового суглобу.

Перша допомога при переломах променевої кістки в типовому місці полягає в знеболюванні, транспортній іммобілізації, направленні пацієнта в травмпункт.

Лікування. Репозиція відламків, гіпсова пов'язка на 4-6 тижнів, відновне лікування.



Рентгенограма: багнетоподібна деформація

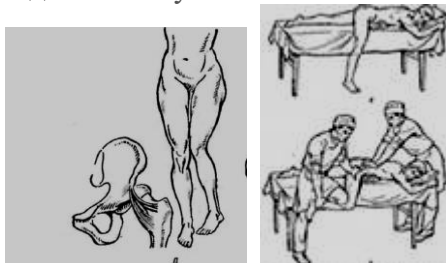
Вивихи стегна. Травматичні вивихи стегна виникають внаслідок непрямой важкої травми (падіння з висоти, шляхово-транспортна пригода та інші) переважно у чоловіків у віці від 20 до 60 років.

Клініка Травмована кінцівка приведена, зігнута в кульшовому і колінному суглобах, стопа повернута досередини. Хибне укорочення кінцівки.

Діагностика. Рентгенограма кульшового суглобу.

Перша допомога. Знеболення, транспортна іммобілізація, транспортування на етап кваліфікованої допомоги.

Лікування. Вправлення вивиху під наркозом, скелетне витягання 3-4 тижні, відновне лікування.



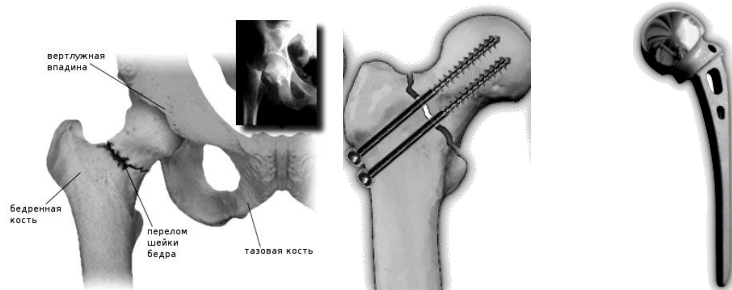
Перелом шийки стегна. Перелом шийки стегнової кістки (або перелом шийки стегна) - серйозна травма, яка при неправильному або несвоєчасному лікуванні може призвести до тяжких наслідків (інвалідності, а деяких випадках і до смерті потерпілого). У молодих людей переломи шийки стегна відбуваються нечасто.

Для їх виникнення потрібна досить сильна травма (наприклад, падіння з висоти або дорожньо-транспортна пригода). У міру старіння людини міцність кісток знижується і ризик виникнення переломів (у тому числі, перелому шийки стегна) значно зростає. Тому, в літньому віці перелом шийки стегна може виникнути в результаті порівняно невеликої травми (наприклад, при незручному збігання на стілець або падінні на підлогу).

Клініка. Біль в ділянці кульшового суглобу, хибне укорочення кінцівки, стопа повернута назовні, позитивні симптоми «осьового навантаження» та «прилипшої п'яти».

Діагностика. Рентгенографія кульшового суглобу.

Лікування. Консервативне: скелетне витягання протягом 6-8 тижнів. Небезпека: пролежні, застійна пневмонія, тромбоемболічні ускладнення. Летальність до 25%. Хірургічне: металоостеосинтез, ендопротезування кульшового суглобу.



Перелом шийки

Металоостеосинтез

Ендопротез

Перелом діяфізу стегна. Механізм травми: падіння з висоти, ДТП.

Клініка. Біль, крововилив у м'які тканини, симптом «галіфе», симптом «осьового навантаження». Крововилив в м'які тканини до 1,5 л, можуть бути явища шоку.

Діагностика. Рентгенографія стегнової кістки.

Перша допомога. Знеболення, транспортна іммобілізація, кровозупинні засоби, по показаннях – протишокова терапія, транспортування на етап кваліфікованої допомоги.

Лікування. Консервативне: скелетне витягання протягом 6-8 тижнів. Хірургічне: металоостеосинтез, апарат Ілізарова, апарат зовнішньої фіксації.



Перелом кісточок гомілковостопного суглобу – це одні з найбільш поширених внутрішньосуглобних переломів скелета людини. Переломи кісточок в більшості випадків є наслідком непрямої травми. За механізмом травми виділяють наступні види переломів кісточок: при надмірній зовнішньої ротації і відведення стопи; при форсованій внутрішньої ротації і приведення стопи; внаслідок ротації гомілки навколо вертикальної осі при фіксованій стопі. Переломи кісточок зазвичай поєднуються з розривом капсули і зв'язок гомілковостопного суглоба, часто одночасно відбувається підвивих таранної кістки. Прямі травми можуть супроводжуватися осколковими переломами кісток, що утворюють гомілковостопний суглоб. **Клінічні ознаки** перелому кісточок – біль, набряк, зміна контурів суглоба, порушення функції. Як правило, хворі не можуть спертися на пошкоджену ногу. **Діагностика:** рентгенографією гомілковостопного суглоба. **Лікування** переломів кісточок без зміщення і з незначним набряком тканин можливо в амбулаторно-поліклінічних умовах. Здійснюється гіпсова іммобілізація протягом 3 – 6 тижнів. Надалі призначають лікувальну гімнастику, масаж, фізіотерапевтичні процедури, ортопедичні устілки або взуття. При зміщенні уламків і підвивиху таранної кістки виконують металоостеосинтез.



Панарицій – це гостре гнійне захворювання пальців, що виникає в результаті інфікування дрібних ранок шкіри (скабка, укол, задирок і т.д.). На долонній поверхні пальця шкіра з'єднана з долонним апоневрозом щільними сухожильними тяжами, між якими є скупчення жирової тканини. При запальних ураженнях шкіри або травмах запалення швидко поширюється по ходу сполучнотканинних тяжів на глибокі тканини: сухожилля, кісткові утворення, суглоби. Крім того, скупчення ексудату в замкнутих порожнинах між сполучнотканинними перемичками призводить до порушення кровообігу за рахунок здавлення живлячих судин і швидкому розвитку некрозів тканин. Панарицій частіше виникає в результаті дрібних травм долонньої поверхні пальців у побуті, на виробництві, рідше він є результатом зривання задирок або мікротравм при манікюрі. Привертають до виникнення і затяжного перебігу панариція цукровий діабет, хронічні порушення кровообігу. Хворі з панарицієм і його ускладненнями на тривалий час втрачають працездатність і складають 20-25% відвідувачів хірургічних кабінетів поліклінік. Збудником найчастіше буває стафілококи, значно рідше стрептококи, нерідко відзначається змішана флора. Дрібні травми (садно, уколи, подряпини, занози та ін), які не викликають сильного болю і тому не привертають до себе уваги, грають важливу роль в розвитку захворювання. Симптоми панариція – На місці ранки розвивається гнійний вогнище – Відчуваються сильні ед. и л болі в пальці – Палець опухає – його функції порушуються – Шкіра над гноєм стає червоного кольору і гаряча на дотик – Можуть відчуватися загальне нездужання і головні болі Постійною ознакою є дуже сильний біль, що пов'язано з особливостями будови підшкірної клітковини пальця, його іннервацією і підвищенням внутрішньотканинного тиску.

Червоність на внутрішній поверхні пальців при панариції виражена слабо, а на долоні зазвичай відсутня. Функція пальця і кисті при запальному процесі порушена: палець знаходиться в напівзігнутому положенні і спроби його випрямити різко болючі. Сусідні здорові пальці також можуть перебувати в напівзігнутому положенні, але руху в них можливі і менш болючі. Види панариція:

- шкірний;
- підшкірний;
- кістковий;
- суглобовий;
- сухожилковий (тендовагініт);
- пароніхія (запалення навколо нігтьового валика);
- піднігтьовий;
- пандактіліт (ураження всіх тканин пальця).

При шкірному панариції гній накопичується під епідермісом. Утворюється міхур, наповнений каламутною, іноді кров'янистою рідиною; шкіра навколо міхура червоніє. Болі зазвичай помірні, головним чином відчуття печіння. Пухир поступово збільшується, гнійне запалення може переходити на глибше розташовані тканини. При пандактіліті гнійний міхур утворюється в шкірі нігтьового валика. Якщо гній проникає під нігтьову пластинку, панарицій називають піднігтьовим. Такий панарицій розвивається також при уколів або попаданні занози під кінець нігтя. Глибокий панарицій, як правило, виникає на долонній поверхні пальця, спочатку під шкірою. Оскільки шкіра на цій стороні пальця щільна, то гній, що утворюється під нею довго не може прорватися назовні, процес поширюється в глибину – на сухожилля, суглоб, кістки, іноді вражає їх одночасно. Для підшкірного панарицію характерні постійні болі стріляючого характеру, особливо ночами, при доторканні до пальця виникає різкий біль. **Лікування** У початкових стадіях поверхневого панарицію допустимі консервативні методи лікування і усунення болю – компреси з 20%-ним спиртовим розчином димексиду, ванночки, сухе тепло, УВЧ. Якщо процес не зупинений, то після першої ж безсонної ночі від болю показана термінова операція – розкриття і дренирування гнійника. Не можна намагатися лікувати панарицій домашніми способами (наприклад, прокалюючи стінку гнійного міхура). Кустарне розтин гнійника при панариції не призведе до ліквідації глибокого ураження, а лише обтяжать перебіг запального процесу. При глибокому панариції лікування мазями, зігріваючими компресами неприпустимі.



СИНДРОМ ТРИВАЛОГО РОЗДАВЛЮВАННЯ (СТР)

Синдром тривалого роздавлення – синоніми: crash–синдром, травматичний токсикоз, міоренальний синдром – специфічний варіант травми, пов'язаний з масивним тривалим роздавленням м'яких тканин або стисненням магістральних судин кінцівок, який зустрічається в 20 – 30% випадків аварійних руйнувань будівель, обвалах, землетрусах.

Патогенез – див. графологічну схему.

КЛІНІКА:

I період – до 48 год. Після звільнення від стиснення. В клініці переважають явища шоку: больовий синдром, психоемоційний стрес, нестабільність гемодинаміки, гемоконцентрація /згустіння крові/, креатинінемія, в сечі циліндрурія. Після лікування настає короткий світлий проміжок, після чого стан хворого погіршується.

II період – гострої ниркової недостатності.

Триває від 3 – 4 до 8 – 12 днів. Зростає набряк кінцівок, на ушкодженій шкірі з'являються пухирі, крововиливи. Гемоконцентрація змінюється гемодилуцією /розведенням крові/, зростає анемія, різко знижується діурез аж до анурії. Летальність до 35%, всупереч інтенсивній терапії.

III період – відновлювальний з 3 – 4 тижня захворювання. Нормалізується функція нирок. На перший план виходять інфекційні ускладнення. Високий ризик розвитку сепсису.

Сортування у вогнищі ураження: після звільнення потерпілих від стиснення проводиться сортування, виробляється план евакуації. Шок є показанням до проведення інфузійної терапії. Після стабілізації гемодинаміки – евакуація в спеціалізований лікувальний заклад.

Перша допомога: туге бинтування ушкодженої кінцівки /краще еластичне/, іммобілізація її як при переломі, введення знеболюючих та седативних засобів.

Перша лікарська допомога: налагоджування інфузійної терапії /незалежно від рівня АТ/, перевірка та корекція іммобілізації, продовжування знеболюючої та седативної терапії. При виконанні інфузійної терапії віддається перевага реополіглюкіну, 5% розчину глюкози, 4% розчину соди.

Спеціалізована допомога:

I період – інфузійна терапія./не менше 2 л на добу: 500 – 700 мл свіжозамороженої плазми, до 1000 мл 5% глюкози з вітамінами групи “В”, “С”, 200 мл альбуміну, 400 мл 4% соди, 400 мл глюкозо – новокаїнової суміші/.

Постійний катетер в сечовий міхур, суворий контроль діурезу. Стимуляція діурезу за допомогою фуросеміду та 2,4% еуфіліну. Гепарин 2,5 тис. ОД х 4 р п/ш. Курантіл або трентал /перешкоджають склеюванню еритроцитів/. Серцеві глікозиди по показаннях. Антибіотики. Плазмаферез при явних ознаках інтоксикації, тривалості стиснення більш 4 год., виразних локальних змін в ушкодженій кінцівці. Сеанси ГБО 1 – 2 р. на добу з метою зменшення гіпоксії тканин.

II період – обмеження прийому рідини. Проведення гемодіалізу показане при зниженні діурезу до 600 мл на добу, незважаючи на рівень азотистих шлаків в крові. В междіалізний період – інфузійна терапія добовим обсягом 1200 – 1500 мл: свіжозаморожена плазма, альбумін сода, 5 – 10% глюкоза. При правильному та своєчасному лікуванні гостра ниркова недостатність купується до 10 – 12 дня.

III період – терапія місцевих проявів С Т Р та гнійних ускладнень.

Особливої уваги потребує профілактика генералізації інфекції з розвитком сепсису.

Хірургічне лікування: вибір хірургічної тактики залежить від стану і ступеню ішемії ушкодженої кінцівки.

I ступінь – незначний набряк м'яких тканин. Шкіра бліда, на межі ушкодження дещо випинається над рівнем здорової шкіри. Ознак порушення кровообігу немає. Консервативне лікування дає добрий результат.

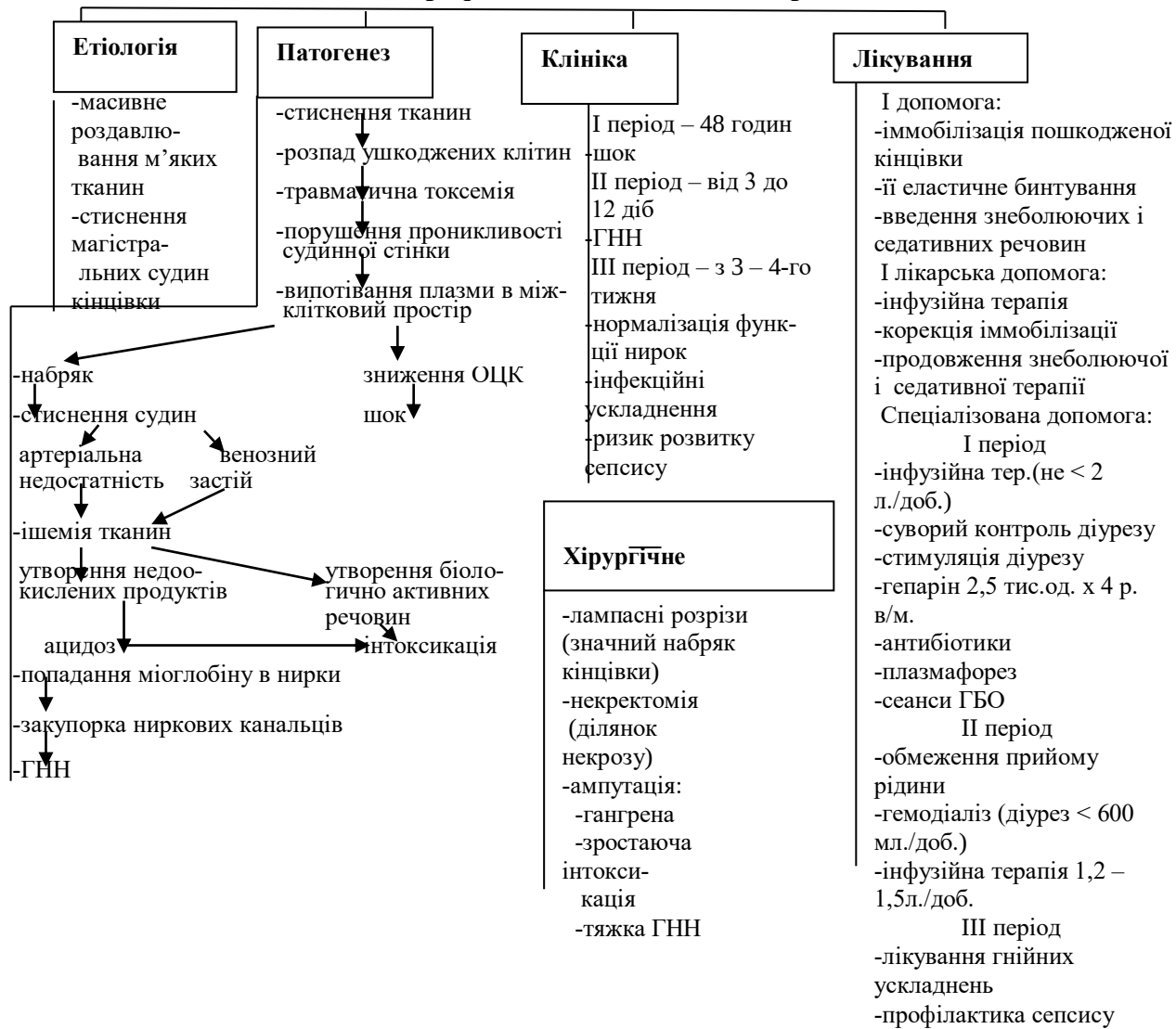
II ступінь – помірно виражений набряк м'яких тканин, їх напруженість.

Шкіра бліда, з ділянками незначного ціанозу. Через 24 – 36 год. Можуть утворюватися пухирі з прозорим жовтуватим вмістом, при виявленні яких оголюється волога, блідо – рожева поверхня. Посилення набряку в наступні дні свідчить про порушення венозного та лімфатичного відтоку. Лікування консервативне, але якщо воно недостатньо ефективне, іде наростання набряку та стиснення м'язів – „лампасні розрізи”.

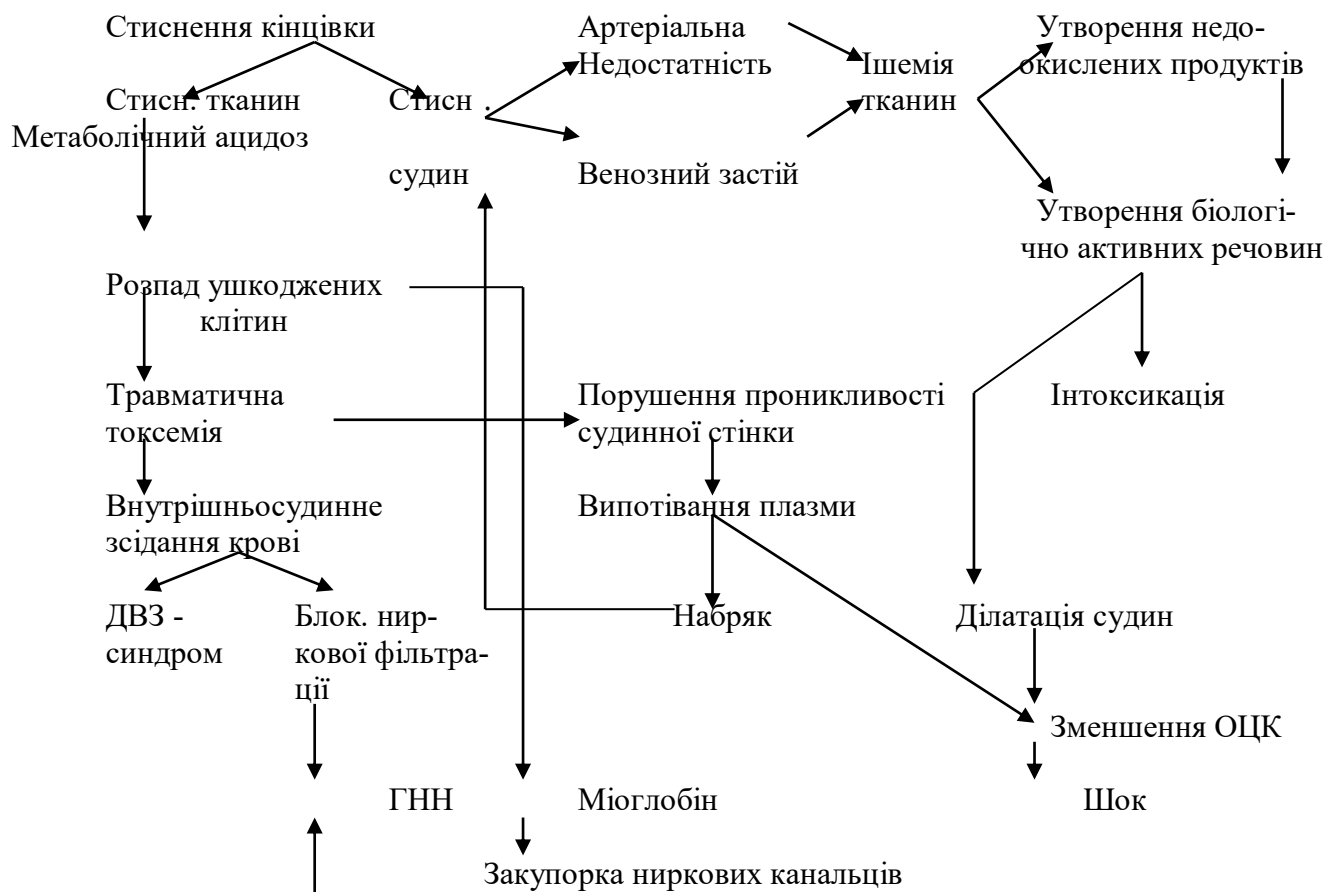
III ступінь – виражений набряк та напруженість м'яких тканин. Шкірні покриви ціанотичні або “мармурового” малюнку. Шкірна температура помірно знижена. Через 12 – 24 год. З'являються пухирі з геморагічним вмістом. Під епідермісом оголюється волога поверхня темно – червоного кольору. Набряк, ціаноз швидко зростають, що свідчить про грубі порушення мікроциркуляції, тромбозі вен. Консервативне лікування неефективне. Широкі “лампасні” розрізи з розсіченням фасціальних футлярів усувають стиснення тканин. Значні виділення з рани знижують рівень інтоксикації.

IV ступінь – набряк помірно виражений, тканини різко напружені. Шкірні покриви синьо – багрового кольору, холодні. Епідермальні пухирі з геморагічним вмістом. Після зрізання епідермісу оголюється ціанотично – чорна, суха поверхня. Консервативне лікування неефективне. Широкі “лампасні” розрізи з розкриттям фасціальних футлярів забезпечують максимальну можливість відновлення кровообігу, дозволяють обмежити некротичний процес дистальних ділянок кінцівки, знизити всмоктування токсичних продуктів. У випадку наростання інтоксикації та гострої ниркової недостатності, що загрожує життю пацієнта або при розвиткові гангрен – ампутація кінцівки по демаркаційній лінії.

Графічна схема Crash - синдром

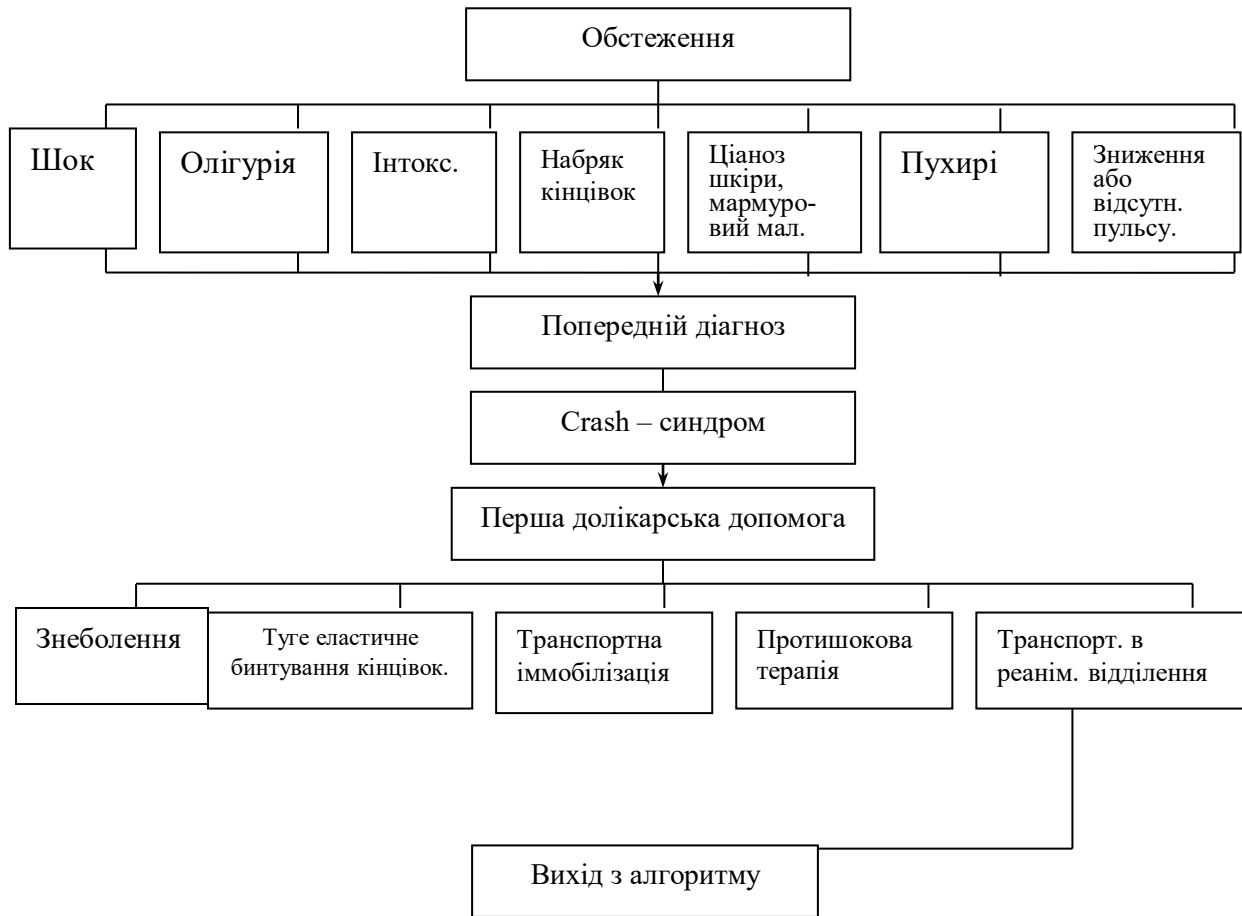


Патогенез crash - синдрому



АЛГОРИТМ

Надання першої долікарської допомоги потерпілому з crash-синдромом



Інструкція по транспортуванню потерпілих з механічними травмами

1. Переноска потерпілих на руках.

- 1.1. Якщо тих, хто надає допомогу двоє, один підкладає руки під плечі і під поперек, другий, під таз і під коліна. По команді разом піднімають потерпілого і несуть. Якщо тих, хто надає допомогу троє, один підкладає руки під голову і під лопатки, другий – під поперек і під таз, третій утримує ноги. По команді разом піднімають потерпілого і несуть.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ: При наданні допомоги потерпілим з переломами кісток, один з надаючих допомогу підкладає руки під зламаний сегмент.

- 1.2. При легких травмах потерпілого можна переносити удвох, зціпивши руки в “замок”, в сидячому положенні.

2. Переноска потерпілих на ношах.

- 2.1. Потерпілий укладається на спину, при переломі хребта – на живіт. Носій з головного кінця стає спиною до носилок, носій з ніжного кінця – стає обличчям до носилок, беруться за ручки і одночасно, по команді, піднімають ноші.

- 2.2. По рівній поверхні переноска відбувається головним кінцем вперед.

- 2.3. При переносці по сходах вверх ноші несуть головним кінцем вперед, по сходах вниз – ніжним кінцем вперед.

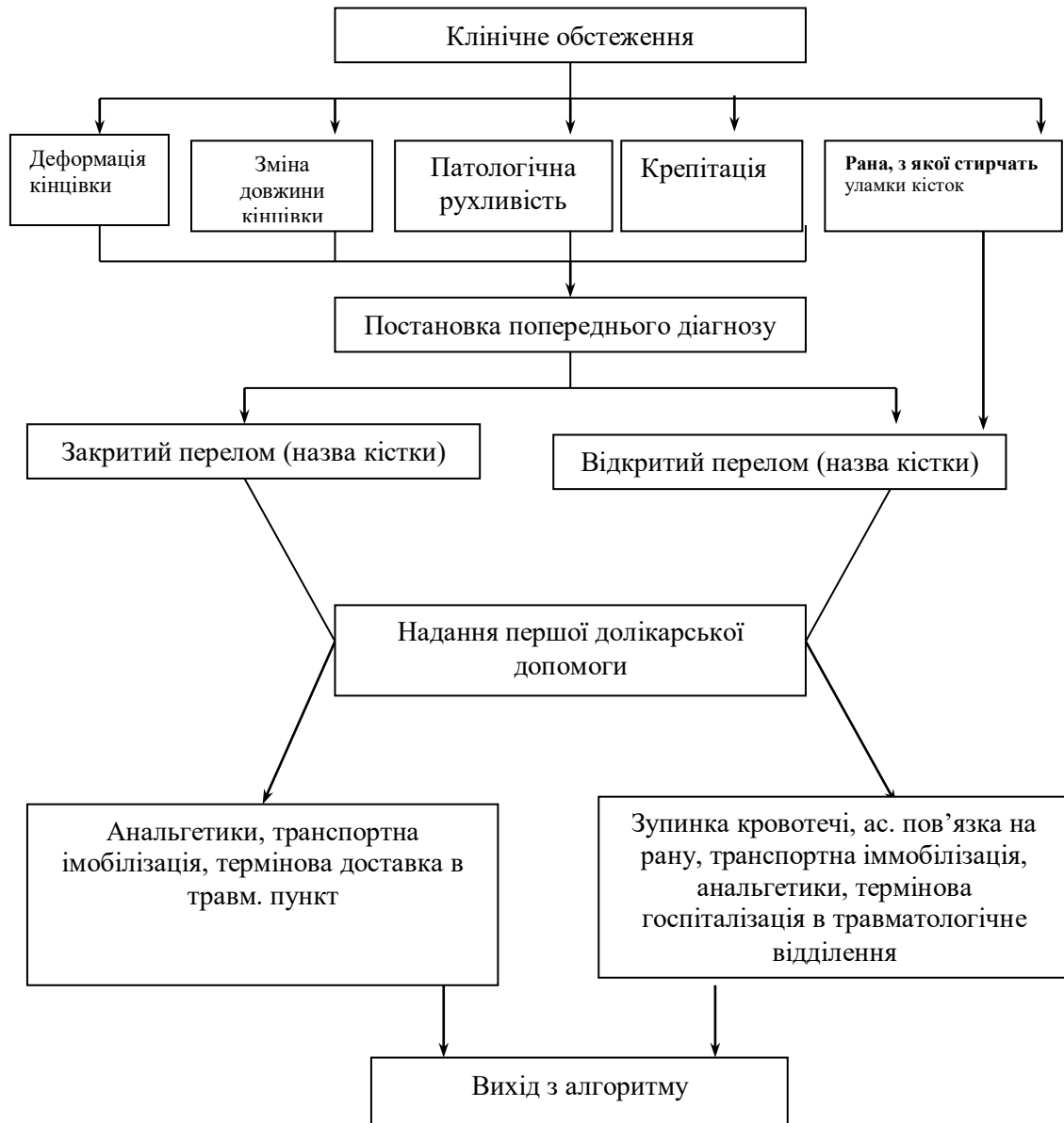
3. Перевозка потерпілих на каталці.

Підняти потерпілого, як описано в п. 1 інструкції, покласти на каталку. Носій з головного кінця стає спиною до каталки, з ніжного, обличчям до каталки, беруться за ручки і транспортують пацієнта головним кінцем вперед.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ: Переноска потерпілих з переломами кісток до накладання транспортної шини – ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ!

АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги потерпілим з переломами кісток



АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги потерпілому з вивихом



ВІДКРИТІ МЕХАНІЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ / РАНИ /

Порушення цілості шкірних покривів, слизових оболонок, які в ряді випадків супроводжуються ушкодженням глибше розташованих тканин, органів, що відбувається в результаті механічної дії, називається **раною**.



Порожнина, що виникає між тканинами в результаті проникнення ранячого предмету, називається **рановим каналом**.

КЛІНІКА:

1. Біль.
2. Кровотеча.
3. Зяяння країв.

Перша долікарська допомога:

1. Зупинка кровотечі.
2. Асептична пов'язка.
3. При великих ранах транспортна шина. При випадінні через рану внутрішніх органів заправляти їх не можна! Пов'язка накладється зверху випавших органів.
4. Доставка в лікарняний заклад.

Кваліфікована допомога:

1. ПХО (первинна хірургічна обробка) рани. Найкращі результати ПХО дає в перші 6 – 8 год. після поранення, до розвитку інфекції.

Мета операції: перетворити будь – яку випадкову рану в різану операційну рану, що має ідеальні умови для загоєння первинним натягом.

Етапи операції:

- вирізання країв, стінок і дна рани, з видаленням усіх ушкоджених, нежиттєздатних тканин, сторонніх тіл, згустків крові і перетворення усіх видів ран в різану рану;
 - гемостаз;
 - промивання рани розчинами антисептиків;
 - відновлення анатомічної цілості тканин шляхом накладання швів;
 - при необхідності – дренивання рани.
2. Профілактика правця при всіх випадках рани обов'язкова!

ГРАФІЧНА СХЕМА. РАНИ

Класифікація ран	Клініка	Загоєння ран	Лікування
-По причинному фактору: 1.Операційні 2.Випадкові -В залежності від наявності інфекції: 1.Асептичні 2.Інфіковані -Від пошкодження оболонок порожнин: 1.Непроникні 2.Проникні -Від пошкодження внутрішніх органів: 1.Прості (без пошкодження вн. орг.) 2.Складні (з пошкодженням вн. орг.) -Від дії додаткових факторів: 1.Неускладнені (тільки механічні пошкодження) 2.Ускладнені (механічні пошкодження + радіація, отрути) -Від характеру раничного предмету 1.Колоті 2.Різні 3.Рублені 4.Забиті 5.Укушені 6.Вогнепальні: наскрізні, сліпі, дотичні	-Біль -Кровотеча -Зяяння країв Ранова інфекція -Первинна -Вторинна Лікування -В стадії гідратації 1.ВХО рани 2.Часта заміна волого – висихаючих пов'язок 3.Протеолітичні ферменти 4.Активация імунітету 5.Антибактеріальна, дезінтоксикаційна терапія -В стадії дегідратації 1.Мазеві пов'язки, заміна 1 раз в 2 – 3 дні 2.Накладання вторинних швів	-Первинним натягом -Вторинним натягом: 1.Фаза гнійно-некротична 2.Фаза очищення і грануляцій 3. Фаза утворення рубця -Загоєння під струпом	-І допомога 1.Зупинка кровотечі 2.Туалет рани 3.Асептична пов'язка 4.При великих ранах – транспортна шина 5.Доставка в лікувальний заклад Кваліфікована допомога 1.ПХО рани 2.Асептична пов'язка 3.Профілактика правця, газової гангрени, при укушених ранах – сказу

Алгоритми до теми Рани

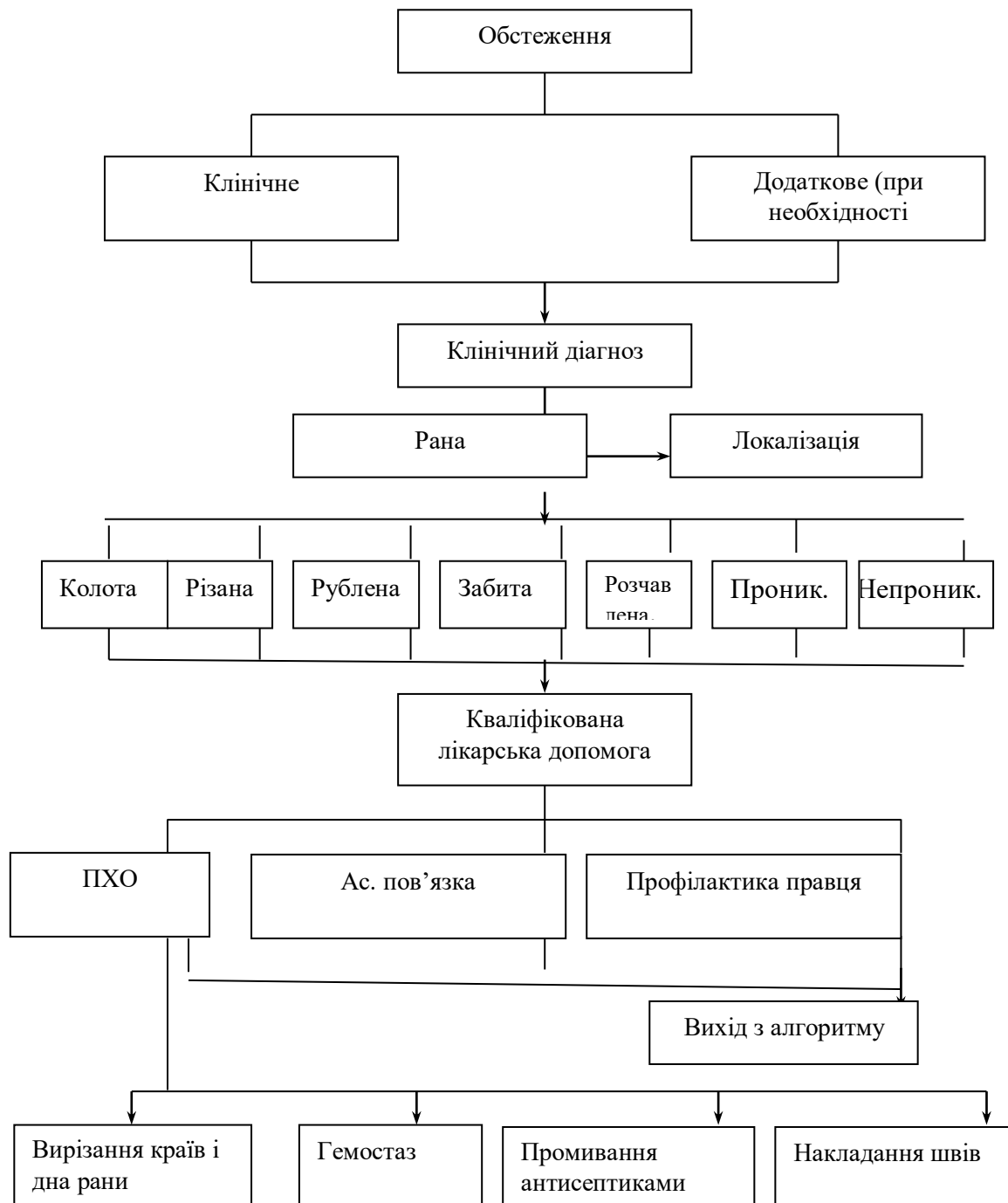
АЛГОРИТМ

Надання першої долікарської допомоги потерпілому з раною.



ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! Укушена рана промивається 20 % мильним розчином: 200г прального мючого засобу на 1 л перекип'яченої води

АЛГОРИТМ
Надання кваліфікаційної допомоги
потерпілому з раною.



ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! При укушених, інфікованих ранах і ранах, забруднених землею, накладання первинного шва заборонено.

ТЕРМІЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ: ОПІКИ. ЕЛЕКТРОТРАВМА.

ОПКОМ – називається ушкодження тканин, що відбувається внаслідок дії термічних, хімічних або фізичних агентів.

Тяжкість ураження тканин та всього організму залежить від поєднання дії таких факторів:

1. Висота температури.
2. Тривалість дії уражуючого фактору.
3. Площі його дії.
4. Глибини ушкодження тканин.
5. Віку ураженого та загального стану організму.
6. Характеру термічного фактору і виду тканин, що здобули опік.



КЛАСИФІКАЦІЯ

1. Малі опіки – площа ураженої поверхні менше 5%. Немає значних пошкоджень рук, ніг, обличчя або промежини. Немає III ст. пошкоджень та ускладнень. Потерпілого можна лікувати амбулаторно.
2. Помірні опіки – площа ураженої поверхні 5-15%. Можуть бути опіки III ст. з ушкодженнями рук, ніг, обличчя, промежини або з ускладнюючими факторами (хімічні, електричні пошкодження помірною ступеню). Потерпілі обов'язково госпіталізуються.
3. Тяжкі опіки – площа ураження більше 15%. До них відносяться опіки III ст. які займають більше 5% поверхні тіла. Пошкодження, що пов'язані з інгаляцією диму або CO. Лікування в опіковому центрі або у відділенні інтенсивної терапії.

В залежності від глибини ураження тканин опіки поділяються на 4 ступені:

I ст. – гіперемія шкіри, набряк, пекучий біль.

II ст. - /булозна/ - на фоні набряку, гіперемії з'являються пухирі відшарованого епідермісу, які наповнені прозорою рідиною.

III ст. - характеризується коагуляцією та некрозом різних шарів шкіри.

III А ст. – некроз розповсюджується до росткового шару шкіри. На фоні гіперемії, набряку, пухирів з'являються ділянки шкіри білувато – сірого кольору із зниженою больовою чутливістю.

III Б ст. – некроз усіх шарів шкіри. Білки клітин згортаються і утворюється некротичний струп. Загоєння протікає вторинним натягом, з утворенням рубця.

IV ст. – некроз не тільки шкіри, а й глибоких тканин, іноді включаючи кістки, тобто обвуглювання тканин.

Визначення площі опіку:

1. Правило “дев’яток”. Уся площа шкіри ділиться на частини, кратні дев’яти:
 - голова, обличчя, шия – 9%
 - верхні кінцівки – 9% кожна
 - передня поверхня тулубу – 18%
 - задня поверхня тулубу – 18%
 - нижні кінцівки – 18% кожна
 - промежина та статеві органи – 1%
2. Правило “долоні”. По цьому правилу визначають невеликі опіки. Площа долоні дорівнює 1% площі тіла.
3. Якщо опіки не займають повністю якусь частину тіла, а розташовані окремими ділянками, на опікову ділянку накладають стерильний целофан, обводять обриси чорнилами, а потім визначають площу за допомогою міліметрового паперу. Уся площа тіла дорівнює 16000 см². Простою арифметичною дією можна визначити процентне співвідношення площі опіку до площі тіла.

Перша допомога при термічному опіку:

1. Винести постраждалого із зони високої температури.
2. Затушити палаючу одягу /накинути ковдру, килим, тощо/.
3. Охолодження опікових ран протягом 15-30 хв. (зрошення холодною проточною водою, прикладання міхурів з холодною водою).
4. Знеболення.
5. Накладання асептичної пов’язки (сухої, без лікарських засобів).

Пов’язка першої допомоги накладається **без роздягання потерпілого, особливо в холодну пору року, на одяг і на взуття, якщо вони не горять і не тліють.*

6. Укутування потерпілого.
7. Гаряче пиття.
8. При опіках великої площі якомога раніше почати інфузійну терапію
9. Максимально швидка доставка в стаціонар.

ОПІКОВА ХВОРОБА

Тяжкість стану хворого залежить від глибини та площі ураження. В зв’язку з цим опіки розподіляються на непоширені та поширені. Непоширені опіки займають площу до 5% поверхні тіла і викликають лише легку загальну реакцію, яка швидко зникає: підвищення температури, головний біль, лейкоцитоз. Поширені опіки займають площу 10% і більше поверхні тіла і викликають тяжкі і довготривалі порушення загального стану організму, які носять назву опікової хвороби.

**Опіки ІІІ-ІV ст. площею більше 5% теж викликають опікову хворобу і відносяться до поширених.*

Розрізняють 4 періоди опікової хвороби:

1. Опіковий шок настає в момент опіку і може тривати до 3 діб. Являється гіповолемічним шоком внаслідок значних втрат рідини, що випаровується з опікової поверхні. Клініка типова. Вимагає для лікування протишокової терапії, яку треба починати якомога раніше. В першу добу після надходження в стаціонар використовують кристалоїди (значна втрата рідини), з другої доби приєднують колоїди (втрати білків внаслідок руйнування тканин).

2. Гостра опікова токсемія розвивається після виходу із шоку. Причиною є всмоктування токсинів та продуктів розпаду тканин з ділянки опіку в кров.

Клініка інтоксикації: висока температура, в'ялість, загальмованість. Дихання поверхневе, пульс частий, слабкий. Відмічається нудота, блювота, затримка випорожнень. При тяжких опіках період токсемії продовжується 10 – 15 днів. Лікування: дезінтоксикаційна терапія, боротьба з поліорганною недостатністю.

3. Септикотоксемія – залежить від приєднання інфекції /опікова поверхня – відкрити входні ворота для інфекції/.

Клініка сепсису – гектична лихоманка, тяжка інтоксикація, нагноєння опікової поверхні, при наявності грануляцій вони стають в'ялі, бліді.

Часто виникають пролежні, інколи – метастатичні гнійні вогнища. В крові високий

лейкоцитоз із зрушенням вліво, бактеріємія. Порушується функція нирок, печінки. Період септикотоксемії може тривати до 2 міс.

Лікування комплексне: масивна антибактеріальна терапія, з обліком чутливості збудників, дезінтоксикаційна терапія, боротьба з порушеннями систем гомеостазу, гемосорбція з УФО крові, форсований діурез, симптоматичне лікування.

**Принципи антибактеріальної терапії:*

- Призначення антибіотиків одразу після надходження пацієнта в стаціонар.
- Спочатку призначаються антибіотики широкого спектру дії, а потім – з урахуванням результатів посіву і антибіотикограми.
- Заміна антибіотиків кожні 7-10 діб для запобігання виникнення нечутливості мікрофлори.
- При антибіотикостійкій мікрофлорі використання бактеріофагів.

4. Період реконвалесценції /одужання/ - характеризується загоєнням опіків і поступовою нормалізацією функцій організму. Опікова поверхня очищається, потім з'являються повноцінні грануляції. До початку рубцювання треба провести шкірну пластику.

ХІМІЧНІ ОПІКИ – виникають від дії на тканини міцних кислот, луг, фосфору, солей важких металів. При дії кислот та солей важких металів на тканини викликається коагуляція білків і зневоднення тканин, внаслідок чого виникає коагуляційний некроз з утворенням щільного некротичного струпу. Цей струп є перешкодою для дії кислот на глибше лежачі тканини. Луги не коагулюють білки, а розчиняють їх, омилують жири і викликають більш глибоке змертвіння – колікваційний некроз, який має вигляд м'якого білого струпа.

Фосфор (білий, жовтий)	На шкіру – волога пов'язка з 5% р-ном мідного купоросу. В очі – 0,5% той же р-н
Фтористоводнева (плавикова) кислота	5% р-н вуглекислого алюмінію або присипка з сумішшю порошків соди і борної кислоти або пов'язка з сумішшю гліцерину і окису магнію
Вапно	Волога пов'язка з 20% р-ном цукру
Карболова кислота	Пов'язка з гліцериним та вапняним молоком



ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ХІМІЧНОМУ ОПІКУ.

1. Зняти одяг, просякнутий агресивними речовинами.
2. Змивання уражуючого фактору проточною водою на протязі 15-20 хв.
3. Нейтралізація уражуючого фактору : при опіках кислотою обробити уражену поверхню 2-4% р-ном соди, при опіках лугом – 2-3% р-ном оцтової, лимонної або борної кислоти.
4. Накладання сухої асептичної пов'язки без жодних лікарських засобів.
5. Знеболення.
6. Транспортування на етап кваліфікованої допомоги.

**Лікування хімічного і термічного опіків не відрізняються.*

ТАБЛИЦЯ. НЕЙТРАЛІЗАТОРИ ПРИ ДЕЯКИХ ХІМІЧНИХ ОПІКАХ.

Хромово кислота	Пов'язка з 5% р-ном гіпосульфиту натрію
Бром	Пов'язка з паленою магнезією
Трихлористий миш'як	5% р-н їдкого натрію
Солі важких металів	4-5% р-н соди
Бороводневі сполуки	Пов'язка з нашатирним спиртом
Окис селену	Пов'язка з 10% р-ном натрію тіосульфату
Алюмінійорганічні сполуки	<i>*Промивання водою небезпечне: можливе загорання!</i> Видалення проводиться тампонами, зволженими бензином або спиртом. Пов'язка суха, асептична

ЕЛЕКТРОТРАВМА

Ушкодження, викликані дією електричного струму, називаються електротравмою. Ураження виникає тоді, коли потерпілий опиняється в електричному полі і струм проходить через нього в землю, а також при дії індукційного струму. Тяжкість ураження залежить від таких факторів:

1. Сила струму.
2. Величина напруги.
3. Опірність тканин організму.
4. Вологість навколишнього середовища та шкіри.
5. Вік потерпілого.
6. Стан організму /стомлення, виснаження/. Небезпечним для життя є струм силою понад 100 мА і напругою 110 В, який викликає фібриляцію серця. При ураженні струмами високої напруги настає зупинка серця та дихання. Період клінічної смерті /уявна смерть/ при електротравмі триває 8 – 10 хв.

МІСЦЕВІ ЗМІНИ – опіки тканини в місцях входу та виходу струму /електромітки/. Мають вигляд жовто – бурих плям, при великій силі струму виникають глибокі кратероподібні опіки, які на відміну від термічних опіків, безболісні. При стиканні з вольтовою дугою можливе обвуглювання. При дії струму високої напруги відбувається розслоєння, розрив тканин, навіть відрив кінцівок – препаруюча електротравма.

ЗАГАЛЬНІ ЗМІНИ – найбільш небезпечні, вони виникають внаслідок дії струму на ЦНС. Уражений ментально губить свідомість, виникають тонічні судоми, які роблять неможливим відділення від провідника струму. При тяжкій електротравмі виникають явища “уявної смерті”: відсутність свідомості, блідість шкірних покривів, широкі, не реагуючі на світло зіниці, відсутність пульсу навіть на магістральних артеріях, відсутність дихання. Цей стан триває 8 – 10 хвил., а потім, при відсутності допомоги, переходить в біологічну смерть. При більш легких ураженнях – непритомність, тяжке нерве потрясіння, головокружіння, слабкість.

ПЕРША ДОПОМОГА:

1. Припинити дію електричного струму на потерпілого.
2. При легкому ураженні – горизонтальне положення, заспокійливі (еленіум, реланіум, сібазон), серцеві глікозиди (корглікон, строфантин), кордіамін, транспортування в стаціонар.

3. При тяжкому ураженні – невідкладні реанімаційні заходи: непрямий масаж серця, ШВЛ, серцеві та дихальні аналептики. Якщо відновилось самостійне дихання, але немає пульсу, це свідчить про фібриляцію серця. Треба зробити дефібриляцію. Після відновлення серцевої діяльності хворого транспортують в стаціонар.

