

ЗМІСТ

Ушкодження і захворювання голови	1
Ушкодження і захворювання шиї	19
Ушкодження і захворювання грудної клітки	41
Ушкодження і захворювання живота	65
Ушкодження і захворювання прямої кишки	111
Ушкодження і захворювання сечостатевої системи	121
Ушкодження і захворювання хребта	136
Ушкодження кісток тазу	142
Ушкодження і захворювання кінцівок	150
Синдром тривалого роздавлювання	160
За захворювання судин нижніх кінцівок	164
Курація хірургічного пацієнта	177
Література	179

УШКОДЖЕННЯ ТА ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОЛОВИ, ОБЛИЧЧЯ, РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ЛЕКЦІЯ №1

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.

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 – 4 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.
- Допомагає 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 домішку 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 переходє 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 ротovu 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.

ЛІКУВАННЯ: при надходженні пацієнта в тяжкому коматозному стані терміново починають лікувально – реанімаційні заходи:

I. Відновлення серцево – легеневої діяльності:

Туалет бронхіального дерева.

Інтубація трахеї, ШВЛ.

При відсутності надії на відновлення адекватного спонтанного дихання – трахеостомія, ШВЛ.

Пункція підключичної вени.

II. Відновлення діяльності мозку:

Масивна дегідратаційна терапія.

Судиннорозширюючі засоби для зняття спазму артерій мозку /еуфілін, но – шпа, дроперидол/.

Локальна гіпотермія мозку.

Антигістамінні препарати – димедрол, супрастин, піпольфен/.

Боротьба з ацидозом /переливання натрію гідрокарбонату 3 – 4% - 100 – 200,0/.

Інгаляції кисню.

Гемостатична терапія.

Антибіотики для профілактики менінгіту.

Повторні люмбальні пункції.

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/;

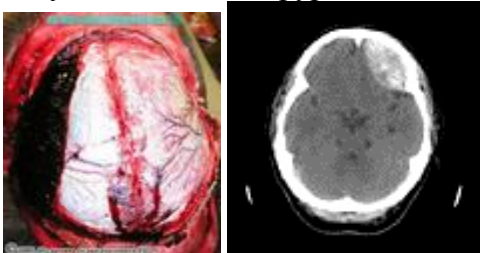
в/ внутрішньомозкова /у речовині мозку/.

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.

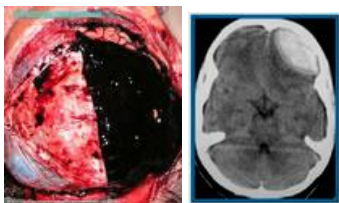
Лікування: тільки хірургічне – декомпресивна трепанація черепа.



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.



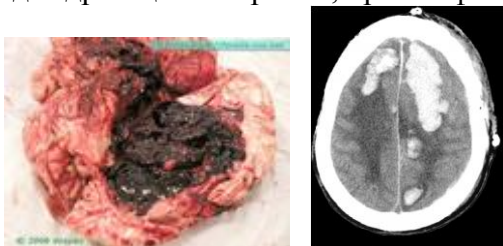
ВНУТРІШНЬОМОЗКОВА ГЕМАТОМА: характеризується переважанням вогнищевої симптоматики над загально мозковою.

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 склепіння черепа також підлягають екстремому хірургічному лікуванню.

Компресія внаслідок набряку – набухання мозку лікується консервативно /дегідратаційна терапія/, при неефективності її виконується операція.



Методи діагностики при черепно – мозковій травмі:

- Краніографія /рентгенографія кісток черепа/.
- * **ОБОВ'ЯЗКОВО** в 2 – х проекціях! Діагностує тільки переломи кісток черепа.
- Люмбальна пункція. Нормальний лікворний тиск в лежачому положенні від 40 – 60 до 125 мм. вод. ст. Достовірне підвищення більше 150 мм вод.ст. На дослідження беруть 1 – 2 мл вільно витікаючого ліквору.

КАТЕГОРИЧНО ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ:

а/ відсмоктувати ліквор шприцом /защемлення мозку/;

б/ виконувати пункцію при наявності стовбурових симптомів /защемлення стовбура мозку/.

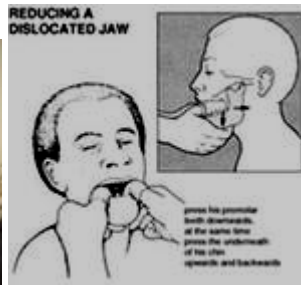
- Ангіографія /витікання контрасту за межі судини/.
- Ехоенцефалографія /УЗД/. Дозволяюча здатність 95%. Дозволяє діагностувати об'ємні утворення діаметром більше 0,9 см, а також дислокацію мозку.
- Комп'ютерна томографія:
 - а/ рентгенівська;
 - б/ на основі магніто – ядерного резонансу.
 - Електроенцефалографія.
 - Дослідження очного дна.
 - Пробна трепанація черепа.

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/.

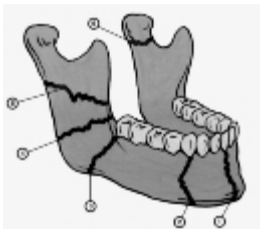
Клініка: неправильне змикання зубів, біль при спробі змикання, набряк обличчя. Рот напіввідкритий, значна слинотеча.

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

Транспортування в стаціонар у напівсидячому положенні.

Лікування: фіксація перелому дротяною шиною. Термін іммобілізації – 2 – 3 тижні.

Догляд за пацієнтом: санація ротової порожнини за допомогою пульверизатора, годування рідкою та напіврідкою їжею за допомогою зонду або поїльника з надією на його носик гумовою трубочкою /зонд або трубка вводяться в проміжок за корінними зубами/, часта заміна пов'язок /швидко забруднюються слиною та їжею/.



Питання до домашнього завдання:

1. “Світлий проміжок” характерний для:
 - а/ струсу головного мозку;
 - б/ забою головного мозку;
 - в/ стиснення головного мозку;
 - г/ перелому основи черепа.
2. Симптом “окулярів” характерний для:
 - а/ струсу головного мозку;
 - б/ забою головного мозку;
 - в/ стиснення головного мозку;
 - г/ перелому основи черепа.
3. Анізокорія (різниця в ширині зіниць) характерна для:
 - а/ струсу головного мозку;
 - б/ забою головного мозку;
 - в/ стиснення головного мозку;
 - г/ перелому основи черепа.
4. Лікворея виникає при:
 - а/ струсу головного мозку;
 - б/ забої головного мозку;
 - в/ стисненні головного мозку;
 - г/ переломі основи черепа.
5. Як відрізнити лікворею від кровотечі?
6. Люмбальну пункцію проводять за допомогою голки:
 - а/ Біра;

б/ Касирського;

в/ Дюфо;

г/ короткої, з широким просвітом.

7. При наявності ушкоджень в ділянці потилиці потерпілого кладуть на:

а/ шину Белера;

б/ шину Єланського;

в/ носилки без подушки;

г/ ватно – марлевий бублик.

8. Випишіть рецепти препаратів для дегідратаційної терапії

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Д.Ф. Скрипниченко “ХІРУРГІЯ” стор. 366 – 380.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “ХИРУРГИЯ” стр. 406 – 415.
3. «Клиническая хирургия» под ред. Ю.М. Панцырева стр. 476-480
4. П.Н. Напалков, А.В. Смирнов, М.Г. Шрайбер «Хирургические болезни» стр. 12-22
5. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 370-378

УШКОДЖЕННЯ ТА ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОЛОВИ, ОБЛИЧЧЯ, РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

ЛЕКЦІЯ №2

1. Запальні захворювання обличчя: клініка, діагностика, принципи лікування.
2. Злоякісні пухлини обличчя: клініка, діагностика, лікування.
3. Запальні захворювання ротової порожнини: клініка, діагностика, лікування.
4. Злоякісні пухлини ротової порожнини: клініка, принципи лікування.
5. Гострий гнійний паротит: причини, клініка, профілактика, лікування.

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/, RO – 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

АКТИНОМІКОЗ ОБЛИЧЧЯ: шийно – лицьові форми найбільш часті і складають 75 – 80% всіх уражень променистим грибом. Збудник потрапляє в глибину м'яких тканин обличчя через ушкодження слизової оболонки рота, каріозні зуби, мигдалини, слинні залози. Найчастіше уражаються щоки та нижня щелепа. Утворюється характерний, дерев'яної щільності інфільтрат. По мірі наближення вогнища до поверхні шкіри остання набуває багрово – цианотичний колір, з'являються вогнища розм'якшення та відкривання множинних нориць з виділенням гною крихтоподібного характеру. З гною висіваються друзи актиноміцету. Актиномікозний інфільтрат поступово руйнує усі підлеглі тканини, включаючи кістку. Процес протікає без болю і без температури.

ЛІКУВАННЯ: антибіотики, РО – терапія, актинолізат 3 – 4 мл в/м через 3 – 5 днів. При абсцедуванні – розкриття та вискоблювання гнояка.



Figure 1 - Anthracis, skin, showed at American Museum of Natural History, New York, 1911. It is a typical skin form of the Bacillus anthracis.

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 *Vac.anthraxis*.

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

ЛІКУВАННЯ: хворий ізолюється, антибіотики, сульфаніаміди, 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, сульфаніаміди, протигангренозна сироватка 150000 А ОД. Дезінтоксикаційна терапія, боротьба з ацидозом, переливання білкових препаратів, анаболічні стероїди. Ранова поверхня зрошується 3% перекисом водню або $K Mg O_4 /1:1000/$. По мірі утворення демаркації – некректомія. Після очищення рани - пластичне закриття дефекту.



ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ОБЛИЧЧЯ

РАК ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ Передумовні чинники: травма, розчухування, сонячне опромінювання, обвітрювання, бризки солоної води, рентгенівське або радіоактивне опромінення, для хімічних канцерогенних речовин /смола, фарби, нафта/.

КЛІНІКА: в ділянках повік, носу, рідше на щоках, з'являються жовтувато – білі вузли, які поступово перетворюються в виразку з щільною основою. В наступному рак уражає підшкірну клітковину, а потім і кістки. Навіть при значному розповсюдженні не дає ураження регіональних лімфовузлів.

ДІАГНОСТИКА: біопсія виразки.

ЛІКУВАННЯ: гарний ефект дає променева терапія.



МЕЛАНОМА: /меланобластома/ - пігментна злоякісна пухлина /виробляє меланін/.

КЛІНІКА: довгий час у вигляді родинних плям, не завдаючи ніяких турбот їх носіям. Без причини або після незначної травми пігментна пляма починає швидко розростатися, ущільнюватися, посилюється пігментація, з'являється кровоточивість. Рано виникають метастази в регіональні лімфовузли та віддалені метастази в печінку та легені.

ЛІКУВАННЯ: широке вирізання пухлини електрохірургічним шляхом. Метастази в лімфовузли також підлягають широкому вирізанню. Опромінення не ефективне. Віддалені результати неблагополучні – 50% хворих помирають в перші 5 років після операції.



РАК НИЖНЬОЇ ГУБИ: серед інших злоякісних новоутворень займає 5 – 6 місце /3 – 5%. Хворіють переважно чоловіки /95% в віці 50 – 60 років, захворювання найбільше розповсюджено серед сільського населення /70%/.

Передумовні фактори:

Паління.

Травми.

Передракові захворювання /лейкоплакія, гіперкератоз, папілома/.

КЛІНІКА: на нижній губі з'являється невеликий щільний вузол, в центрі якого мається корка. При зриванні корки виникає кровотеча. Навколо вузла щільний валик, губа інфільтрована. Метастазування в підщелепні, підборідні, пізніше в шийні лімфовузли. В подальшому на губі утворюється виразка з некротичним дном або пухлина у вигляді кольорової капсули.

ДІАГНОСТИКА: біопсія пухлини.

ЛІКУВАННЯ: комбіноване: рентгенотерапія на основну пухлину, хірургічне видалення метастазів.



ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

СТОМАТИТ – запальне захворювання слизової оболонки рота. Розвивається у знесилених хворих, післяопераційних хворих при поганому догляді за ротовою порожниною і при порушеному носовому диханні.

КЛІНІКА: біль, гіперемія, набряк слизової оболонки, набряк у ділянці ясен, кровоточивість, наявність поверхневих виразок з гнійним нальотом, підвищення температури, поганий запах з рота, слинотеча.

ЛІКУВАННЯ: антибіотики, сульфаніламід, полоскання рота розчинами антибіотиків, змазування слизової оболонки метиленовим синім з гліцерином /стерильно!/, припалювання виразок 5 – 10% розчином азотнокислого срібла, рідка, не подразлива їжа.



ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

РАК ЯЗИКА – в східних країнах /Індія/ складає 70% усіх ракових захворювань, в європейських – 3 – 8%.

Передумовні фактори:

Каріозні зуби.

Неправильно виготовлені зубні протези.

Куріння.

Жування тютюну /в Індії бетель, в Узбекистані нас/.

Передракові захворювання /лейкоплакія, гіперкератоз/.

КЛІНІКА: поява білуватого вузла на вільному краю язика /на відміну від сифілітичної гуми, яка з'являється на спинці язика/.

Вузол швидко перетворюється на виразку, виникає біль, особливо при прийомі їжі. Легко приєднується вторинна інфекція, виникають арозивні кровотечі. Метастазування лімфогенним шляхом /підщелепні, шийні лімфовузли/. Можливе проростання пухлини в скелет обличчя, дно ротової порожнини.

ЛІКУВАННЯ: при локалізації пухлини у передніх відділах язика – електрорезекція язика з пухлиною і видалення регіональних лімфовузлів. При локалізації пухлини біля кореня язика – променева терапія на пухлину і хірургічне видалення регіональних лімфовузлів. При запущених формах використовуються голки з радіоактивним кобальтом.



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.



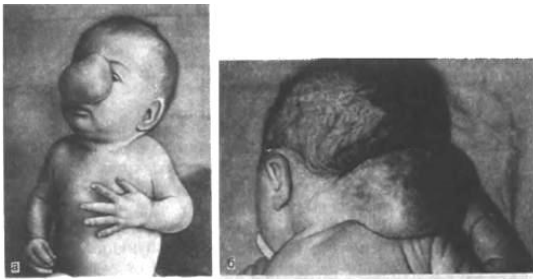
Гострий гнійний паротит

ПРИРОДЖЕНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ВАДИ РОЗВИТКУ ГОЛОВИ, ОБЛИЧЧЯ

Черепно-мозкова грижа - досить рідкісний вада розвитку (зустрічається у 1 з 4000-8000 новонароджених), при якому через дефекти в кістках черепа пролабує оболонки мозку, а іноді і його речовина. Виникнення черепно-мозкових гриж пов'язують з порушенням розвитку черепа і мозку в ранніх стадіях ембріонального періоду, коли відбуваються закладка мозкової пластинки і замикання її в мозкову трубку. Серед причин, що викликають черепно-мозкові грижі, відзначають інфекційні та інші захворювання матері під час вагітності. Велике значення надають спадковості. Клініка і діагностика. Черепно-мозкові грижі мають різноманітну форму і величину, що обумовлює варіабельність клінічної картини. При огляді дитини визначається пухлиноподібне утворення, розташоване частіше в області перенісся, у внутрішнього кута ока або рідше в потиличній області. Шкіра над пухлиною не змінена, пальпація безболісна. Консистенція грижового випинання м'якоеластична, іноді визначається флуктуація. При неспокої дитини випинання стає більш напруженим, іноді вдається визначити флуктуацію, що свідчить про зв'язок з порожниною черепа. Діагноз черепно-мозкової грижі підтверджується виявленням кісткового дефекту на рентгенограмах кісток черепа. Ультразвукове дослідження головного мозку

дозволяє виявити структурні аномалії, наявність і ступінь внутрішньочерепної гіпертензії, форму мозкової грижі. У складних випадках показана комп'ютерна томографія.

Лікування. Операцію звичайно виконують у віці 1-3 років, при швидко зростаючих грижах і загрозі прориву оболонок - в будь-якому віці, у тому числі і у новонародженого. Різкі порушення психіки дитини є протипоказанням до оперативного втручання (розумова відсталість спостерігається приблизно у 16 дітей з черепно-мозковими грижами).

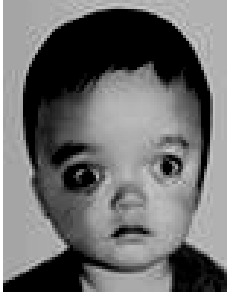


зліва передня, справа задня мозкова грижа

Гідроцефалія - це надмірне накопичення рідини, що міститься в порожнинах головного мозку і спинномозковому каналі. Гідроцефалія буває вродженою і набутою. Виникає при порушенні всмоктування, надлишкового утворення рідини в порожнинах головного мозку і затруденні її відтоку, наприклад, при пухлинах, спайках після запального процесу. Стан проявляється ознаками підвищення внутрішньочерепного тиску: головним болем (в першу чергу), нудотою, блювотою, порушенням різних функцій: слуху, зору (останні 3 ознаки можуть бути відсутніми). У дітей молодшого віку вибухає джерельце. Залежно від причини, що викликала захворювання, виникають і інші симптоми. Розрізняють гостру і хронічну фази хвороби. У гострій стадії проявляються симптоми основного захворювання, що викликало гідроцефалію, в хронічній - ознаки самої гідроцефалії, яка при відсутності лікування прогресує. Захворювання може розвинути і внутрішньоутробно, в цьому випадку говорять про вроджену гідроцефалію. Діти народжуються з великою головою (до 50-70 см в окружності при нормі в середньому близько 34-35 см), надалі, у разі прогресування водянки головного мозку, окружність черепа може стати ще більше. Голова при цьому приймає форму кулі з видатним вперед чолом, джерельця збільшуються в розмірах, вибухають, кістки черепа стають тоншими, черепні шви розходяться. Відзначається затримка у фізичному розвитку дитини - пізніше починають тримати голову, сидати, ходити, спостерігається слабкість кінцівок, переважно ніг, гострота зору знижується, нерідкі епілептичні припадки, діти відстають у розумовому розвитку. В подальшому після закриття джерельця з'являються головні болі, блювання, а також різні симптоми, характер яких залежить від розташування перешкоди, що порушує відтік спинномозкової рідини.

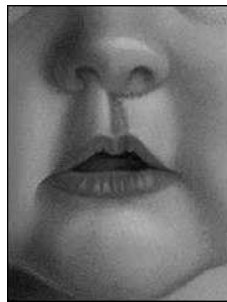
Лікування *Шунтування*. З 50-х років ХХ-го століття стандартним методом лікування будь-якої форми гідроцефалії була шунтуюча операція для відновлення руху лікворної рідини. Починаючи з середини 80-х значне місце в лікуванні гідроцефалії стали займати ендоскопічні операції. Більшість пацієнтів, яким проведена шунтуюча операція змушені перенести кілька хірургічних втручань протягом життя. У кожному разі, як мінімум, слід очікувати двох або більше ревізій - адже дитина росте. Після шунтуючих операцій пацієнт стає шунтзалежним, тобто все його подальше життя буде залежати від роботи шунта.

Зовнішні дренуючі операції. Це метод виведення ліквору із шлуночків головного мозку назовні, застосовується як міра відчаю, супроводжуються найбільшим числом ускладнень, особливо підвищується ризик інфікування. *Ендоскопічне лікування гідроцефалії.* В даний час ендоскопічне лікування гідроцефалії є пріоритетним напрямком у світовій практиці нейрохірургії. *Ендоскопічна вентрікулоцистерностомія дна III шлуночку.* Ця операція знайшла широке застосування і займає близько 80% нейроендоскопічних операцій при гідроцефалії. Метою операції є створення шляхів відтоку ліквору з шлуночкової системи головного мозку (III шлуночка) в цистерни головного мозку, через каналці яких відбувається реабсорбція (всмоктування) ліквору як у здорової людини.

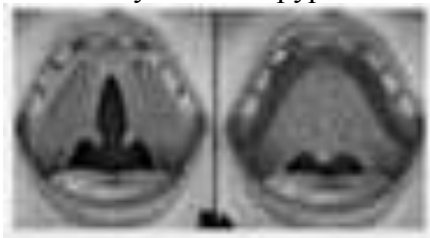


Гідроцефал

Незрошення верхньої губи («заяча губа») зустрічається у одного з 2500 новонароджених. Воно буває двостороннім або одностороннім. В останньому випадку частіше зліва, ніж справа. Двостороннє незрошення верхньої губи нерідко супроводжується виступаючим вперед міжщелепним відростком верхньої щелепи. Враховуючи індивідуальні особливості кожного випадку, застосовують різноманітні варіанти пластичних операцій.



Вовча паща (незрошення піднебіння) - зустрічається приблизно у 1 з 1000 новонароджених. Причиною є затримка зрощення верхньощелепних відростків з сошником. У процесі пологів у дитини з такою патологією можуть виникнути ускладнення внаслідок попадання в його дихальні шляхи навколоплідної рідини. У новонародженого утруднене дихання, він не може смоктати і тому відстає у вазі. Лікування хірургічне - уранопластика (закриття дефекту піднебіння).



Питання до домашнього завдання

1. При переломі кісток лицьового скелету, що супроводжуються кровотечею з носа або рота, потерпілого транспортують в положенні:
а/ лежачи на спині;
б/ на боку;
в/ сидячи;
г/ на животі;
д/ лежачи на спині з повернутою набік головою.
2. Діагноз перелому нижньої щелепи ставиться на підставі:
а/ деформації щелепи;
б/ патологічної рухливості;
в/ крепітації;
г/ порушення прикусу;
д/ одного з перерахованих симптомів.
3. Коли виникає загроза западання язика, що треба зробити?
а/ максимально витягнути язика вперед;
б/ фіксувати язик до коміру одежі;
в/ вірно а/б/;
4. У пацієнта К. з пораненням щелепно – лицьової ділянки в заходи першої допомоги входять :
а/ боротьба з кровотечею;
б/ боротьба з асфіксією;
в/ боротьба з шоком;
г/ транспортна іммобілізація щелепи;
д/ вірно а/, б/, в/;
є/ вірно усе перераховане.
5. При сильній кровотечі з дна ротової порожнини необхідно:
а/ ввести тампон і притискати його пальцями увесь час транспортування;
б/ туго затампонувати ротову порожнину, зробивши попередньо трахеостому;
в/ притиснути загальну сонну артерію до хребта на стороні ураження;
г/ вірно а/, б/;
д/ вірно усе перераховане
6. Для якого захворювання характерні наявність на обличчі яскравої гіперемії з чіткими контурами, високої температури постійного типу, ознобу?
Принципи лікування?
7. Для якого захворювання характерна наявність твердого вузла на нижній губі, збільшення підщелепних лімфовузлів? Діагностика та лікування?
8. Для якого захворювання характерні набряк, гіперемія слизової оболонки ротової порожнини, поганий запах з рота, висока температура? Лікування? Профілактика?
9. Для якого захворювання характерне значне збільшення голови в розмірах?
Принципи діагностики та лікування?
10. Для яких захворювань характерний дефект: а/верхньої губи; б/піднебіння?
В чому небезпека цих захворювань? Принципи лікування?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Д.Ф. Скрипниченко “ХІРУРГІЯ” стор. 385 – 393.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “ХИРУРГИЯ” стр. 422 – 433.
3. П.Н. Напалков, А.В. Смирнов, М.Г. Шрайбер “Хирургические болезни” стр. 42 – 66.

4. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 378-383

Алгоритми практичних навичок до теми Ушкодження і захворювання голови

СПИННОМЗКОВА (ЛЮМБАЛЬНА) ПУНКЦІЯ

Люмбальну пункцію проводять з діагностичною та лікувальною метою. З діагностичною метою її проводять при черепно-мозкових травмах, запальних процесах, пухлинах головного і спинного мозку, гострих порушеннях мозкового кровообігу. При цьому визначають лікворний иск у спинномозковому каналі. Обов'язковим є цитологічне та біохімічне дослідження (визначення рівня білка, цукру, хлоридів) спинномозкової рідини. При люмбальній пункції можливе введення контрастних речовин для діагностики нервових захворювань. З лікувальною метою пункції застосовуються для нормалізації тиску спинномозкової рідини при менінгіті, субарахноїдальному крововиливі, епілептичному статусі тощо.

Протипоказанням до люмбальної пункції є: вклинювання мозку у великий потиличний отвір, шок, колапс, пролежні та гнійничкові ураження шкіри в поперековій ділянці.

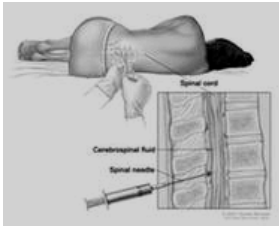
Положення пацієнта під час процедури

1. Хворого покладіть на бік із зігнутими в колінах і підведеними до живота ногами, голову нахиліть до грудей, щоб збільшити відстань між хребцями для проколу. Під поперек підкладіть валик. В такому положенні утримайте хворого, поки лікар не закінчить пункцію.

Методика виконання люмбальної пункції та допомога лікареві

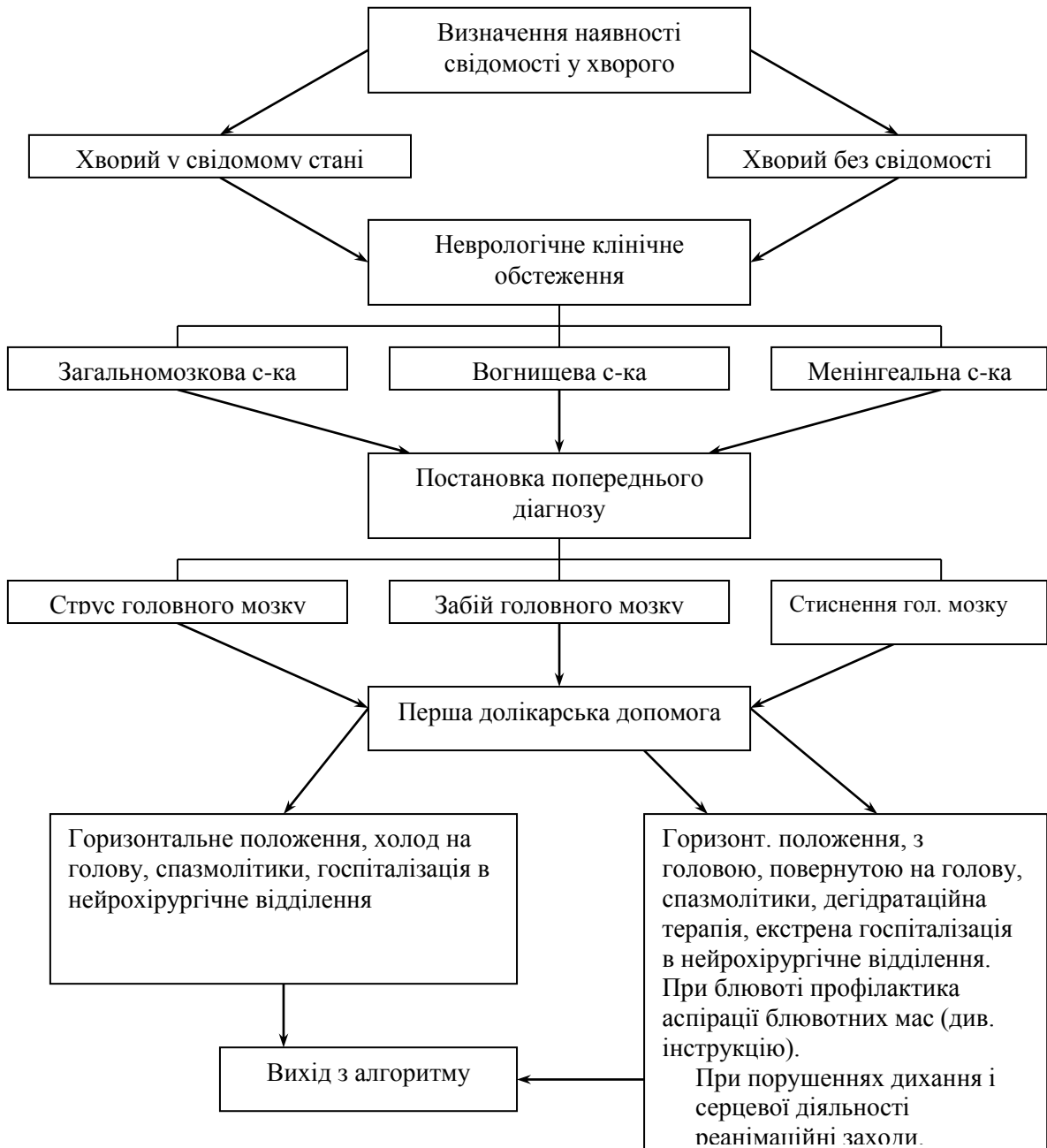
1. Пункцію здійснюють в асептичних умовах.
2. Лікар, сидячи обличчям до спини пацієнта, знезаражує шкіру поперекової ділянки йодонатом, потім – 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину біглюконату. Стерильною серветкою насухо витирає шкіру, щоб антисептики не проникли разом із голкою в спинномозковий канал і не стали причиною антисептичного запалення, оболонок мозку.
3. Стерильну серветку лікар підстиляє під поперек пацієнта. Голку Біра з мандреном бере стерильною серветкою і вводить між 3-4 або 4-5 остистими відростками поперекових хребців, після чого витягує мандрен.
4. Якщо положення голки правильне, то в підставлену пробірку починає поступати краплями (темп крапель залежить від тиску в спинномозковому каналі) спинномозкова рідина (ліквор), яка в нормі безбарвна і прозора, а при запаленнях мозкових оболонок мутна, при крововиливах має домішки крові.
5. Для дослідження лікар бере 2-4 мл рідини, яку негайно відправляє у лабораторію.
6. Видаляє голку, місце пункції обробляє 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину біглюконату і накладає асептичну пов'язку.
7. Після пункції на 2 години надайте пацієнтові горизонтальне положення.
8. Протягом доби пацієнт повинен дотримуватись суворого постільного режиму.
9. Спостерігайте уважно за станом пацієнта після люмбальної пункції, тому що можуть виникнути ускладнення: колапс, кровотеча, корінцевий головний біль.

В разі виникнення ускладнень негайно повідомте лікаря.

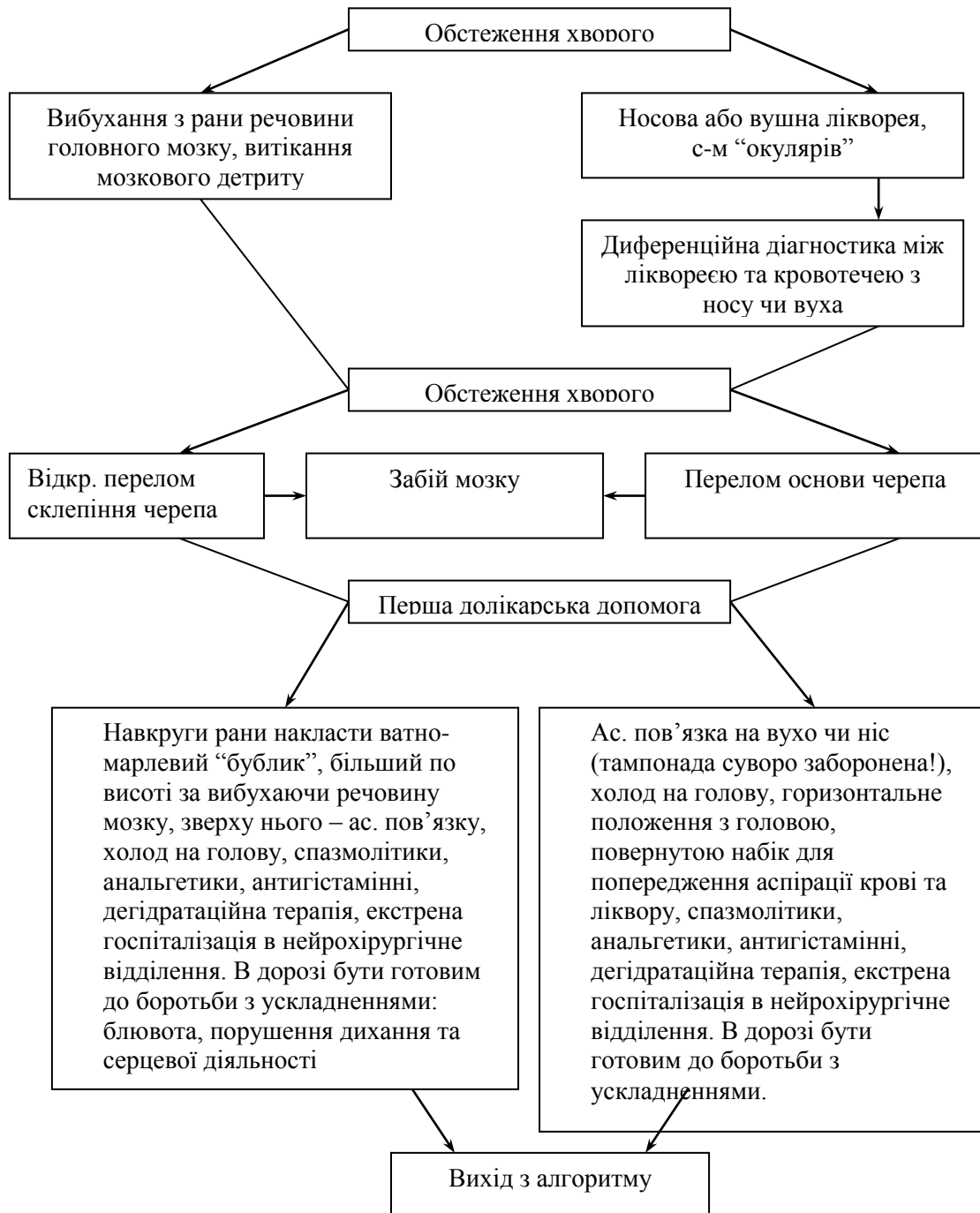


АЛГОРИТМ

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



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



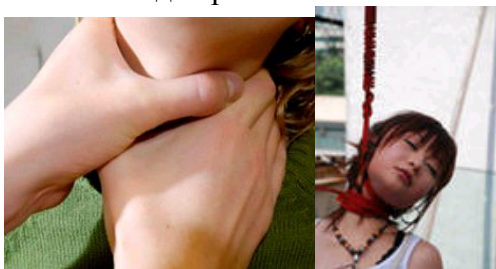
УШКОДЖЕННЯ ТА ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЇ, ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, СТРАВОХОДУ ЛЕКЦІЯ №1

1. Ушкодження шиї закриті та відкриті. Клініка, перша допомога, лікування.
2. Опіки та рубцеві звуження стравоходу. Клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
3. Сторонні тіла стравоходу. Клініка, перша допомога, лікування.
4. Сторонні тіла дихальних шляхів. Клініка, допомога, лікування.

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 загноюватися/.

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 потоку.

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 шиї можуть виникнути судинні аневризми: в місці поранення утворюється пульсуюча пухлина, над якою при аускультатії 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 ранячими предметами або при тупій травмі.

КЛІНІКА: біль, утруднене ковтання, емфізема шиї, 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.

ОПІКИ 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 підшлункового 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

ЛІКУВАННЯ:

- Продовження протишокової терапії.
- Дезінтоксикаційна терапія.
- Парентеральне харчування.
- Антигістамінні препарати.
- Вітаміни В,С.
- Антибіотики.
- Глюкокортикоїдні гормони.
- Раннє бужування стравоходу, що дозволяє запобігти рубцевій структурі його. При повній непрохідності стравоходу накладають гастростому, пізніше роблять пластику стравоходу.

РУБЦЕВА СТРИКТУРА СТРАВОХОДУ: після гострих клінічних проявів опіку стравоходу настає так званий період уявного благополуччя, коли відновлюється прохідність стравоходу. Але через 3 – 4 тижні поступово посилюється дисфагія, яка може дійти до ступеню повної непрохідності стравоходу.

КЛІНІКА: регургітація неперетравленої їжі, підвищена слинотеча, блювота.

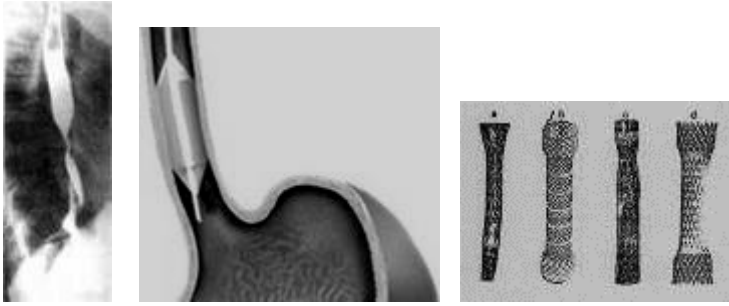
ДІАГНОСТИКА: анамнез, езофагоскопія, РО – скопія.

ЛІКУВАННЯ:

Консервативний метод: Бужування стравоходу є основним і у переважній більшості хворих /90%/ дає стійкий результат. Балонна дилатація стравоходу.

Стентування звуженої ділянки

Хірургічне – показання: повна непрохідність стравоходу, неефективність консервативного лікування, нориці стравоходу. Операція – пластика стравоходу



Стриктурна Балонна дилатація Стравохідні стенти

СТОРОННІ ТІЛА СТРАВОВОДУ

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, похлинання. 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.

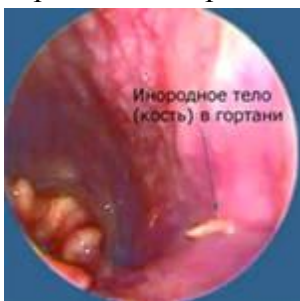
Бронхоскопія.

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.*

ЛІКУВАННЯ: видалення тіла при ларінго – або бронхоскопії, при неможливості – ларінго – або трахеотомія.



Ларингоскопія



Перша допомога



Видалення ст. тіла при бронхоскопії

Питання до домашнього завдання

1. При пораненні шії повітряна емболія можлива у випадку:
 - а/ поранення артерії шії;
 - б/ поранення вен шії;
 - в/ розриву трахеї;
 - г/ поранення стравоходу.
2. Для зупинки кровотечі з артерії шії джгут накладають:
 - а/ на рану;
 - б/ вище рани;
 - в/ нижче рани;
 - г/ джгут протипоказаний.
3. Для зупинки кровотечі з сонної артерії шину Крамера накладають попередньо на:
 - а/ сторону поранення;
 - б/ сторону, протилежну пораненню;
 - в/ навколо шії;
 - г/ зовсім не накладають шину.
4. Для нейтралізації лугу при опіках стравоходу використовують лимонну або оцтову кислоти в концентрації:
 - а/ 1%;
 - б/ 3%;
 - в/ 5%;
 - г/ 10%.
5. Чим Ви допоможете пацієнтові з пораненням стравоходу?

- а/ накладете асептичну пов'язку на рану;
- б/ не дасте пити і їсти;
- в/ негайно транспортуєте хворого в стаціонар;
- г/ все перелічене вірно.

б. При потраплянні великого стороннього тіла в гортань у дитини виникла асфіксія. Врятувати пацієнта може тільки:

- а/ невідкладна трахеостомія;
- б/ ларингоскопія, видалення тіла;
- в/ різкий удар між лопатками;
- г/ повернути дитину донизу головою – 1 різке встряхування;
- д/ усе перелічене.

7. У пацієнта О. під час обіду з'явився біль в горлі, за грудиною, під лопатками, неможливість ковтання їжі та рідини. Ваш діагноз?

- а/ стороннє тіло гортані;
- б/ стороннє тіло стравоходу;
- в/ вірно а/, б/. Дії першої допомоги?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Д.Ф. Скрипниченко “ХІРУРГІЯ” стор. 394 – 395, 407 – 411.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “ХИРУРГИЯ” стр. 436 – 438, 443 – 451.
3. “Клиническая хирургия” под ред. Ю.М. Панцырева стр. 183 – 185.
4. “Хирургические болезни” П.Н. Напалков, А.В. Смирнов, М.Г. Шрайбер стр. 69 – 71, 81 – 84, 246 – 250.
5. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 380-383

УШКОДЖЕННЯ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЇ, ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, СТРАВОХОДУ ЛЕКЦІЯ №2

1. Туберкульоз лімфовузлів ший: клініка, діагностика, лікування.
 2. Актиномікоз ший: клініка, діагностика, лікування.
 3. Рак стравоходу: клініка, діагностика, принципи лікування.
 4. Зоб: класифікація, клініка, методи діагностики, принципи лікування.
- Можливі ускладнення хірургічного лікування, їх профілактика, лікування.

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛІМФОВУЗЛІВ ШИЇ – зустрічається переважно у віці 11 – 30 років, частіше від 16 – 20 років. Вхідні ворота для інфекції – верхні дихальні шляхи або органи травлення.

КЛІНІКА: лімфовузли збільшені в розмірах, спаяні між собою та з оточуючими тканинами. Потім настає сироподібний розпад, нагноєння, утворюються гнійні нориці.

ДІАГНОСТИКА:

Туберкуліно–діагностика /реакція Манту/.

Бактеріологічний метод – висівання мікобактерій туберкульозу з виділення з нориць.

ЛІКУВАННЯ: показане перебування на морі, в горах, висококалорійне харчування. В/м введення антибіотиків: стрептоміцин 1 млн. ОД на добу, канаміцин 2,0 на добу, фтівазид, ріфампіцин.

Фізіотерапія: УВЧ, електрофорез з антибіотиками.



АКТИНОМІКОЗ ШИЇ: по частоті займає 2 місце /після актиномікозу обличчя/.
Вхідні ворота для збудника – каріозні зуби, тріщини слизової оболонки ротової порожнини.

КЛІНІКА: в підщелепній або в підборідній ділянці з'являється інфільтрат дерев'янистої щільності. Розповсюджуючись по клітковині, інфільтрат переходить на шкіру, виникає абсцес, після прориву якого утворюються нориці. З них відділяється густий гній з жовтими зернятками. Якщо інфільтрат здавлює трахею і стравохід, виникають порушення дихання та проходження їжі. Перебіг тривалий, хронічний.

ДІАГНОСТИКА:

Шкірно – алергічна проба з актинолізатом.

Бактеріологічний метод: висівання актиноміцетів з виділяемого з нориць.

ЛІКУВАННЯ:

Консервативне – йодотерапія, РО – терапія, антибіотики, сульфаніламід.

Хірургічне:

а/ розкриття гнояків;

б/ вирізання інфільтрату.



РАК СТРАВОХОДУ: відноситься до розповсюджених захворювань і займає 4 місце серед ракових пухлин /після раку шлунку, матки та молочної залози/. Рак частіше уражує чоловіків /72%/, найчастіше зустрічається в похилому віці /50 – 60 років/.

Передумовні чинники: куріння, гаряча, гостра їжа.

КЛІНІКА:

Наростаюча дисфагія, хворий не може проковтнути спочатку тверду їжу, вимушений запивати її великою кількістю рідини, а потім перестає проходити рідка їжа.

Регургітація їжі.

Біль спочатку зв'язаний з прийомом їжі, потім стає постійним.

Сиплість голосу.

Поперхування при прийомі їжі.

Бльвота з домішками крові.

Прогресуюче виснаження, схуднення.

ДІАГНОСТИКА:

Езофагоскопія з біопсією тканини пухлини.

РО – скопія.

ЛІКУВАННЯ: комбіноване – передопераційне та післяопераційне опромінення + операція.

Види операцій:

Радикальна: резекція стравоходу з наступною пластикою.

Паліативна: гастростомія.



ЗОБ – це таке захворювання організму, одним із симптомів якого є стійке збільшення щитовидної залози без ознак запалення і злоякісного росту.

КЛАСИФІКАЦІЯ:

I. По етіологічному принципу:

Ендемічний зоб - масові випадки захворювання в певних регіонах: Закарпаття, Урал, Казахстан, Кавказ, Альпи, Кордильєри. Причина – недостатність йоду.

Спорадичний зоб – поодинокі випадки захворювання в певній місцевості, які не мають широкого розповсюдження.

II. По змінам в тканині щитовидної залози:

Дифузний зоб – рівномірне збільшення усієї залози.

Вузловий зоб – в тканині залози визначаються окремі вузли.

Змішаний зоб.

III. По ступеню збільшення щитовидної залози:

1 ст. – збільшений перешийок залози, який пальпується і чітко видний при ковтанні.

2 ст. - добре визначається як бокові доли залози, так і перешийок при пальпації і при ковтанні.

3 ст. – залоза заповнює передню поверхню шиї, її добре видно при огляді /"товста шия"/.

4 ст. – форма шиї різко змінена, залоза виступає у вигляді пухлини.

5 ст. – зоб гігантських розмірів.

IV. По змінах основного обміну / функції щитовидної залози/:

Еутіреодний – основний обмін в межах норми /-10 - +10%/.

Гіпотіреодний – зі зниженим основним обміном (менше -10%).

Тіреотоксичний зоб:

а/ легкого ступеню – основний обмін +10 - + 40%;

б/ середньої тяжкості – основний обмін + 40 - + 60%;

в/ тяжкого ступеню – основний обмін більше 60%.

КЛІНІКА:

Еутіреодний зоб: поступове збільшення шиї, при здавлюванні судин, нервів, трахеї, стравоходу – затруднення дихання, ковтання, кашель, хриплість голосу.

Гіпотіреодний зоб: наявність зобу, симптоми мікседеми, кретинізм.

Тіреотоксичний зоб: провідні симптоми: зоб, тахікардія, екзофтальм. Крім того: підвищена емоційна лабільність, плаксивість, шкіра на дотик гаряча, підвищена пітливість, стійкий червоний дермографізм, очні симптоми: Дальрїмпля – широко відкриті очні щілини, Штельвага – рідке мигання, Грефе – відставання верхнього повіка від радужки при погляді униз.

ДІАГНОСТИКА:

Визначення основного обміну

Радіоізотопне сканування щитовидної залози та накопичення і виведення ізотопу I¹³¹ /підвищене накопичення і повільне виведення радіоактивного йоду/.

УЗД.

ПРОФІЛАКТИКА ЕНДЕМІЧНОГО ЗОБУ:

Використання в їжу йодованої солі.

Покращення санітарно – гігієнічних умов життя населення.

Підвищення медичної грамотності населення.

Широкі профілактичні огляди населення.

Своєчасне лікування виявлених хворих.

ЛІКУВАННЯ:

Консервативне – показане при дифузному зобі, при тиреотоксичному зобі: йодотерапія /розчин Люголя по схемі/, резерпін - /для зменшення нервового збудження/, мерказолін /для зниження функції щитовидної залози/. При еутиреоїдному або гіпотиреоїдному зобі: тиреоїдін /гормон щитовидної залози/, трийодтіронін.

Хірургічне: показання – вузловий, змішаний зоб /передракові захворювання/, дифузний зоб IV – V ст., неефективність консервативного лікування. Види операцій: при токсичному зобі – субтотальна резекція щитовидної залози, при еутиреоїдному та гіпотиреоїдному – економна резекція щитовидної залози. При токсичному зобі потрібна ретельна передопераційна підготовка, спрямована на досягнення еутиреоїдного стану.

Можливі післяопераційні ускладнення:

Тиреотоксична криза пов'язана з оперуванням хворого, в якого не скомпенсовано тиреотоксикоз, не досягнуто еутиреоїдного стану. Усі клінічні симптоми тиреотоксикозу проявляються дуже бурхливо. Летальність дуже висока. В сучасній хірургічній практиці зустрічається як виключення.

Ушкодження зворотного гортанного нерву або його перев'язка. При односторонньому ураженні – сиплість голосу, при 2 – сторонньому – афонія, порушення дихання. При операції під місцевою анестезією небезпека цього ускладнення мінімальна.

Гіпотиреоз розвивається коли при субтотальній резекції щитовидної залози залишають менше 2 г тканини залози з кожного боку. Проявляється клінікою мікседеми: набряк шкіри та підшкірної клітковини, в особливості на обличчі, в результаті чого риси обличчя розгладжуються, міміка бідна, ціаноз губ та носа. Випадіння волосся на голові, бровах, ламкість нігтів. Шкіра на дотик холодна, голос хрипкий, зниження зору, послаблення пам'яті, хворі швидко втомлюються, сонливі. Брадикардія до 50уд. на 1 хв., температура тіла знижена.

ЛІКУВАННЯ: гормонами щитовидної залози /тиреоїдін, трийодтіронін/.

Гіпопаратиреоз є наслідком видалення навколощитовидних залоз при резекції щитовидної залози, при сучасній техніці /внутрішньокапсульна резекція/ зустрічається рідко.

Клініка: проявляється м'язовими судомами – тетаніями. Частіше уражуються м'язи верхніх кінцівок /"рука акушера"/ та обличчя /сардонічна посмішка/. На відміну від епілептичних судом тетанії не супроводжуються втратою свідомості, прикусуванням язика, сечовиділенням.

Лікування:

Введення гормону навколощитовидних залоз – паратиреоїдину.

Введення хлориду кальцію.



Дифузний зоб



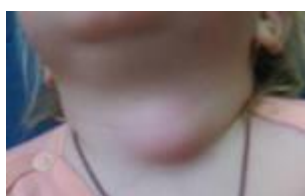
Вузловий



Змішаний

Природжені захворювання та вади ший

Серединні кісти (нориці) ший. Серединні кісти і нориці є результатом внутрішньоутробного порушення зворотного розвитку щитовидної-язичкової протоки. Серединний зачаток щитовидної залози, що розташовується в під'язикової області, спускається потім на шию, проходячи через під'язикову кістку. По дорозі опускання зачатка залишається ембріональний хід, який в нормі закривається. При повній відсутності закриття виникають серединні нориці, при утворенні замкнутої порожнини - серединні кісти ший. *Клініка і діагностика.* Серединна кіста ший рідко діагностується в дітей у віці до 1 року. Розташовується кіста по серединній лінії ший, має м'якоеластичну консистенцію. Пальпація її безболісна. При ковтанні чітко визначається зміщення пухлиноподібного утворення разом з під'язиковою кісткою догори. Часто вдається пальпувати щільний тяж, що відходить від верхнього полюса кісти. Зазвичай діаметр кісти не перевищує 2-3 см, але поступово, з віком, вміст її збільшується і розміри кісти зростають. При нагноєнні виникають місцеві симптоми - почервоніння шкіри, припухлість, підвищення температури, біль при ковтанні. Причиною нагноєння можуть бути як гематогенна інфекція, так і поширення по тонким норицевим ходам, що йдуть від кісти до ротової порожнини. Серединні нориці ший формуються в основному в результаті мимовільного розкриття кісти, що нагноїлася, а іноді після оперативного втручання, розташовуючись також по серединній лінії ший. Нориця іноді буває цятковою, але може бути видно досить добре. При пальпації визначається щільний тяж, зазвичай йде у напрямку до під'язикової кістки. Іноді нориця йде до рукоятки грудини. Виявляються нориці за наявністю слизового секрету, який в ускладнених випадках стає слизисто-гнійним або гнійним. Зондування, як правило, не вдається внаслідок звивистого ходу нориці. Розпізнається серединна нориця ший дуже легко, в той час як діагноз кісти ший часто викликає труднощі. *Лікування.* Серединні кісти і нориці видаляють оперативним шляхом. Операція показана у віці старше 3 років.



Серединна кіста



Серединна нориця

Бічні кісти ший. Причина – незрощення зябрової щілини. Бічні кісти і нориці розташовуються по внутрішній поверхні кивального м'язу. Бічні кісти - утворення округлої або овальної форми, щільно еластичної консистенції, з чіткими межами. Шкіра над ними не змінена, пальпація безболісна. Бічні нориці - є цятковими отворами з слизовим виділенням. Повні свищі сполучаються з порожниною глотки, відкриваючись за задньою піднебінною дужкою. По ходу норицевого ходу на ший пальпується щільний тяж. При інфікуванні виділення з нориці стає

гнійним, шкіра навколо мацерується. *Лікування.* Бічні кісти і нориці видаляють оперативним шляхом; лікування проводять у віці старше 3 років.



Бічна кіста шиї



Фістулографія: бічна нориця шиї

Питання до домашнього завдання:

1. При яких формах зобу хворі потребують хірургічного лікування?
 - а/ дифузному;
 - б/ вузловому;
 - в/ змішаному;
 - г/ усіх перерахованих.
 2. Екзофтальм, блиск очей, волога шкіра характерні для ...
 - а/ еутіреоїдного зобу;
 - б/ мікседеми;
 - в/ тиреотоксичного зобу;
 - г/ усього переліченого.
 3. У пацієнтки Л. в анамнезі встановлені нервозність, тремор, пітливість, схудлість, підвищений апетит, поштовхи та перебої в серці. Про що свідчать ці данні?
 - а/ гіпотіреоз;
 - б/ мікседема;
 - в/ еутіреоїдний зоб;
 - г/ гіпертіреоз;
 - д/ рак щитовидної залози.
 4. Після видалення щитовидної залози з приводу вузлового зобу 5 ступеню у пацієнта К. розвинулися судоми обличчя та верхніх кінцівок. Що трапилось?
 - а/ правець;
 - б/ тиреотоксична криза;
 - в/ гіпопаратіреоз;
 - г/ епілепсія;
 - д/ спазмофілія.
- Чим Ви купуєте цей приступ?
- а/ лістеноном;
 - б/ 40% глюкозою з інсуліном;
 - в/ 3% калія хлоридом;
 - г/ 10% кальцію хлоридом;
 - д/ 25% магнію сульфатом.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Д.Ф. Скрипниченко "ХІРУРГІЯ" стор. 397 – 398, 401 – 406, 409 – 410.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко "ХИРУРГИЯ" стр. 441 – 443, 446 – 448.
3. П.Н. Напалков, А.В. Смирнов, МГ. Шрайбер „Хирургические болезни” стр. 76 – 78, 254 – 259, 428 – 436.
4. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 380-383

Алгоритми практичних навичок до теми: Ушкодження і захворювання шиї

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;

· притисніть кулак зі сторони великого пальця до постраждалого в місці трохи **ЙИЩЕ** пупка і нижче кінця грудини постраждалого (мал. 3.8.);

- охопіть кулак долонею другої руки;

· зробіть серію з 4-5 різних поштовхів в живіт у напрямку знизу-доверху, спереду-усередину;

- 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 постраждалий 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 Хеймліка у пацієнта, що знаходиться у свідомому стані



Мал.3.12.

Метод Хеймліка у несвідомого 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:

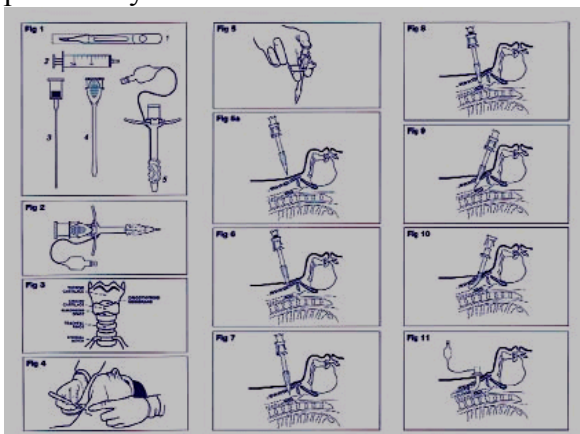
1. Скальпель.
2. Розширювач трахеї.
3. Трахеостомічна трубка.
4. Антисептичний розчин, хірургічні, рукавиці, стерильні серветки.
5. Мішок Амбу та кисень.
6. Шовний матеріал, що не розсмоктується № 3-0.
7. Кровозупинні затискачі.

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 шиї. (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 альтернативою конікотомії, 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.

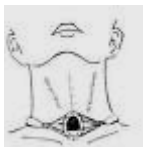
3. Під'єднайте 5 мл шприцом з ангиокатетером 12-14 калібру та пропунктуйте шкіру над перстневідно-щитовидною зв'язкою по середній лінії. Спрямуйте катетер до низу під кутом 45° до поверхні шкіри.
4. Обережно просувайте катетер, підтягуйте до себе поршень шприца. Надходження в шприц повітря свідчить, 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.



ІНСТРУКЦІЯ по догляду за трахеостоєю

Навчальна мета: засвоїти особливості догляду за пацієнтом з трахеостоєю.

Обладнання: гумові рукавичка, халат, маска, захисні окуляри, трахеостомічна канюля, антисептичні розчини, стерильний перев'язочний матеріал, стерильні пінцети, піпетки.



ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ.

1. Надіньте халат, маску, захисні окуляри, гумові рукавички, обробіть руки спиртом.
2. Надайте пацієнтові напівсидячого положення.
3. Щиток зовнішньої трубки трахеостомічної канюлі закріпіть за вушки до шиї довгою марлевою стрічкою.
Під щиток підкладіть марлеву серветку у вигляді “штанців” і вчасно замінійте її по мірі забруднення.
4. Кожні 2-3 години замінійте внутрішню трубку канюлі на іншу, стерильну. Витягнуту трубку ретельно промийте проточною водою і простерилізуйте зануренням на 2 години в 96° спирт або на 6 годин в 6% розчин перекису водню.
5. При заміні трубку евакууйте з трахеї слиз за допомогою катетера, який вводять в просвіт трахеї на 5-10 см, і електровідсмоктувача. Перед аспірацією для розжиження мокроти закачайте в канюлю 4-5 крапель 4% натрію гідрокарбонату, а після аспірації – 4-5 крапель антибіотика.
6. Проводіть регулярну санацію дихальних шляхів через трахеостому – промивання розчином фурациліну 1:5000 з негайним відсмоктуванням промивної рідини, інгаляції аерозолів з антибіотиками, лужно-олійними сумішами.
Пацієнтові показана дихальна гімнастика.
7. Зволожуйте повітря в палаті за допомогою розпилювача “Комфорт” або розпилуйте перед трахеостоєю 0,9% розчин натрію хлориду за допомогою аерозольного інгалятора.
8. Навчіть пацієнта розмовляти, прикриваючи зовнішній кінець канюлі пальцем, обгорнутим стерильною серветкою.

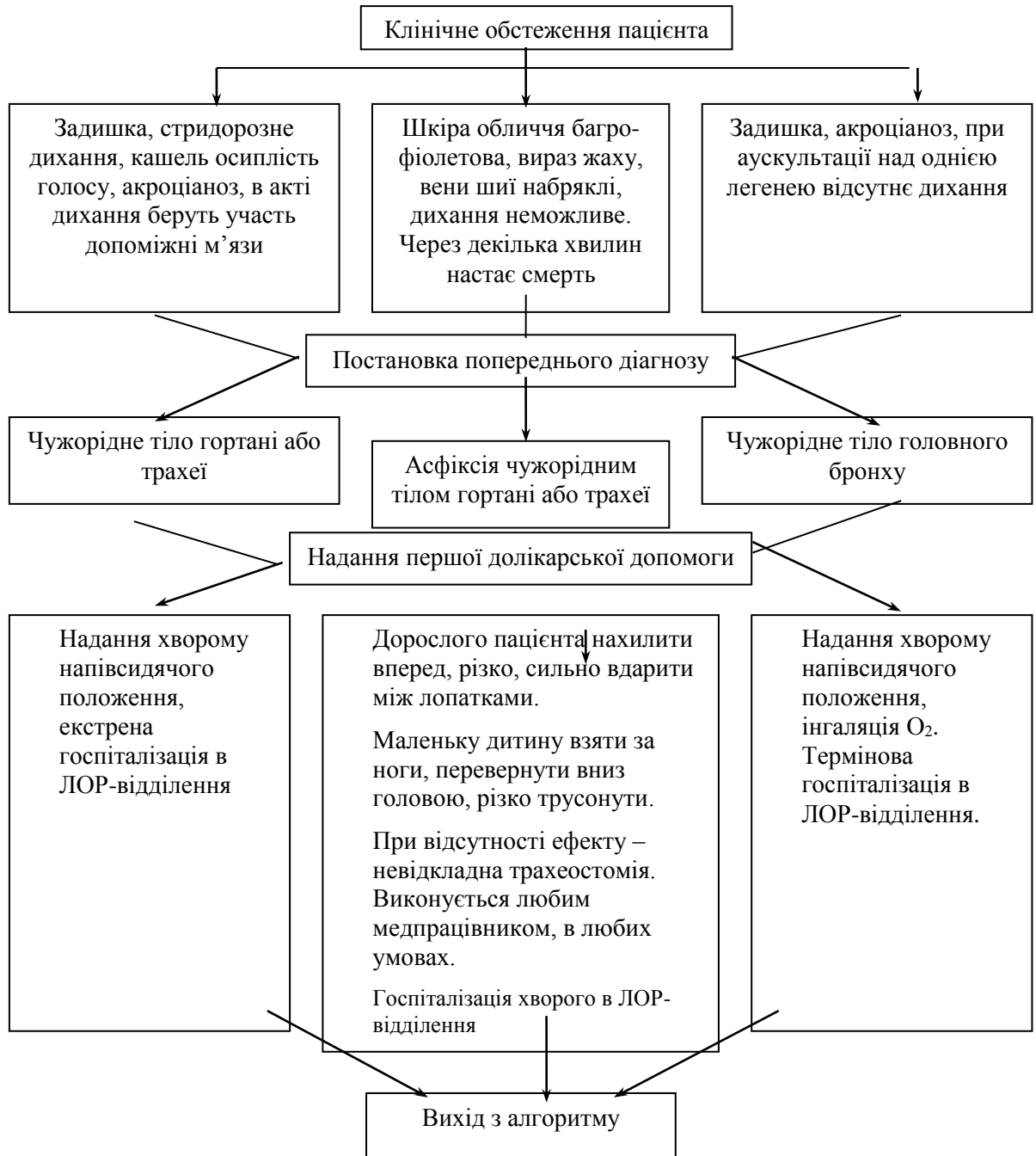
9. При появі ускладнень (нагноєння рани, випадіння зовнішньої трубки, кровотеча з трахеї, підшкірна емфізема, яка характеризується набряклістю шиї та обличчя, крепітацією під шкірою, порушенням дихання) негайно повідомте лікаря.
10. Перед видаленням канюлі проведіть тренування дихання: поступове зменшення діаметру трубки, закривання її зовнішнього кінця корком.
11. Після видалення трахеостомічної канюлі накладіть на рану асептичну марлеву пов'язку.
Використовуйте такі мазі: метилурацилову, левомеколь, фастин. Рана загоюється самостійно через 2-3 дні.

АЛГОРИТМ Надання першої допомоги потерпілим з пораненням шиї



АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги пацієнтам зі сторонніми тілами дихальних шляхів



АЛГОРИТМ

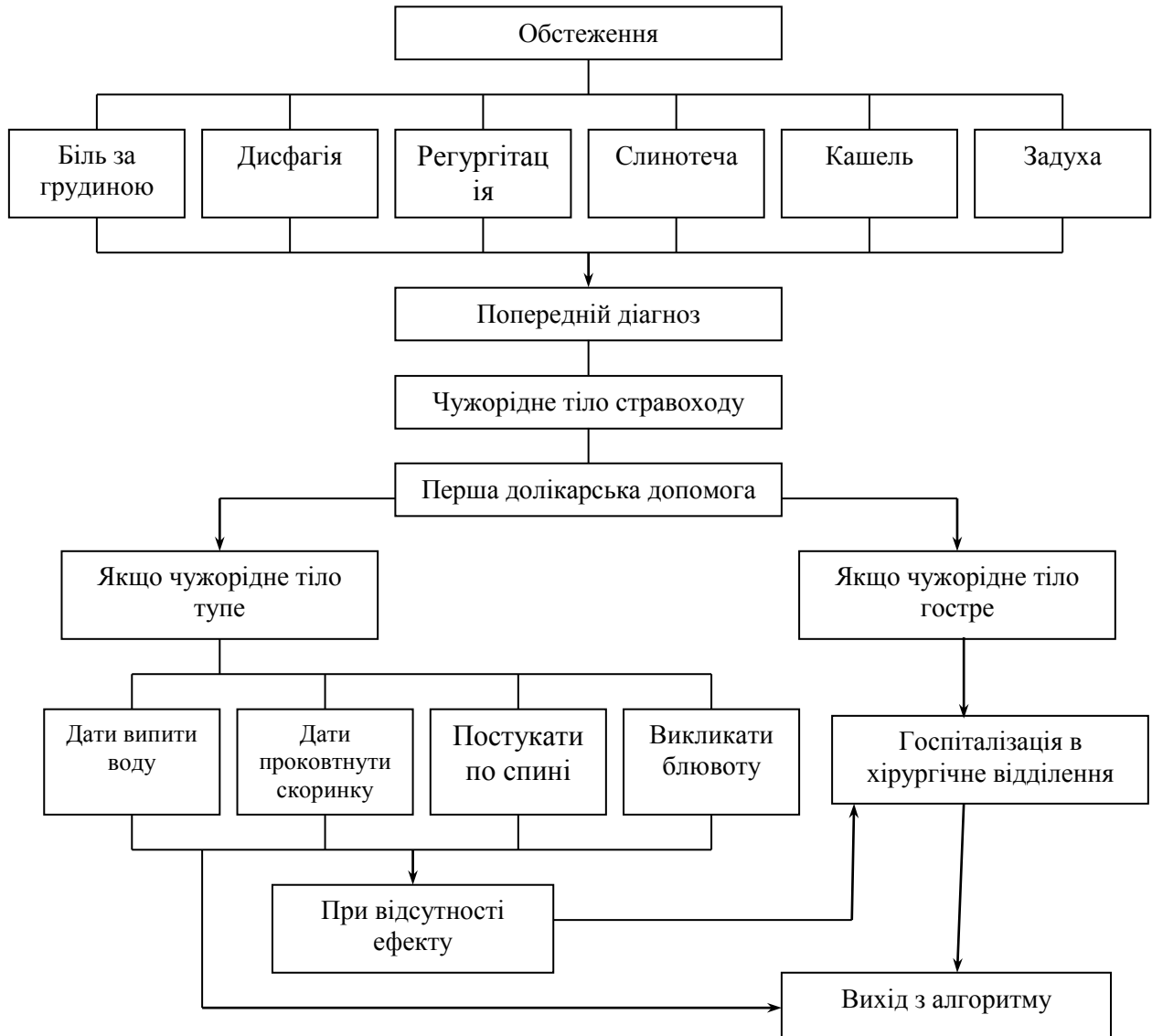
Надання першої допомоги постраждалим з хімічними опіками стравоходу



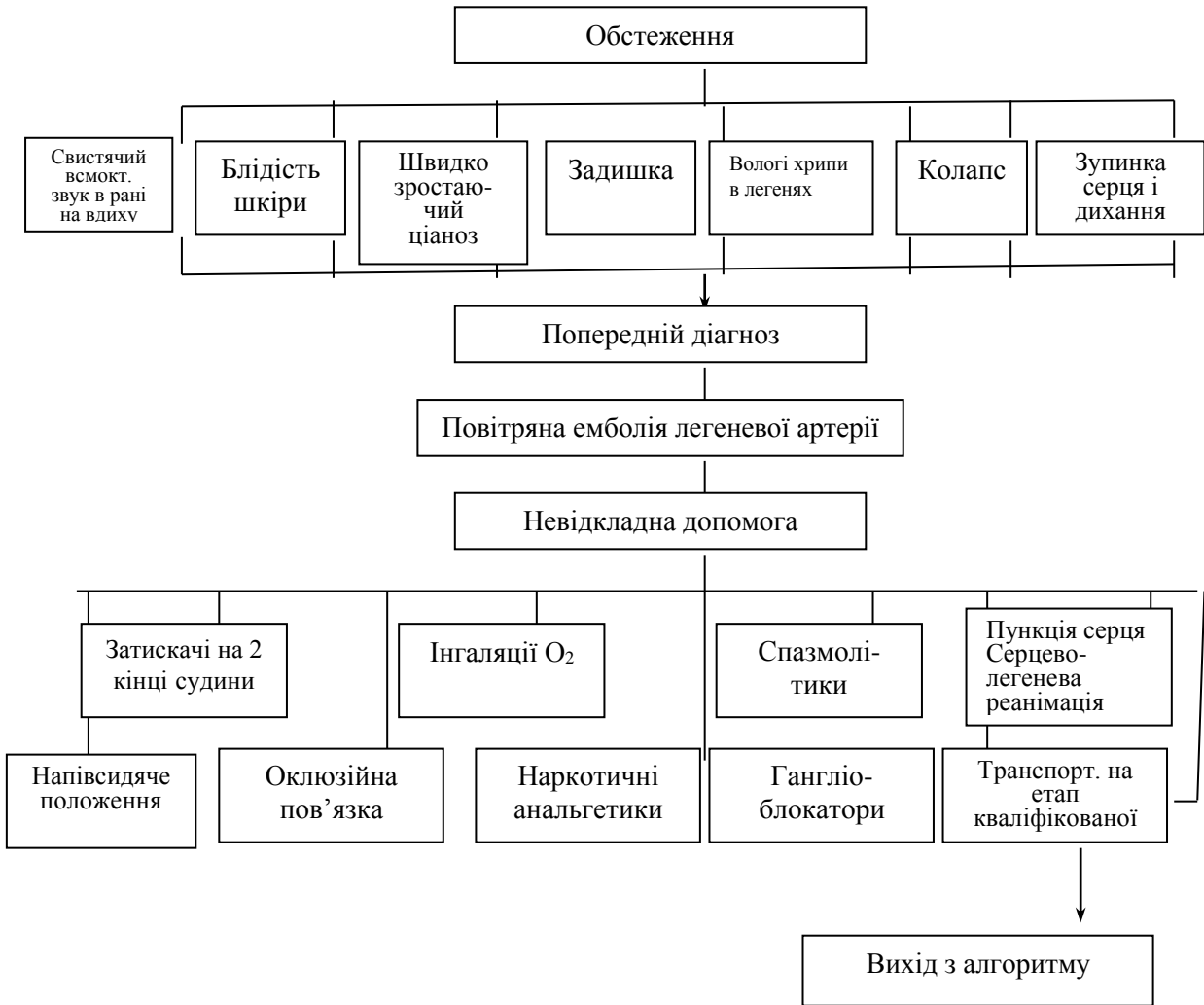
АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги потерпілому
з пораненням стравоходу



АЛГОРИТМ Надання першої долікарської допомоги потерпілому з чужорідним тілом стравоходу

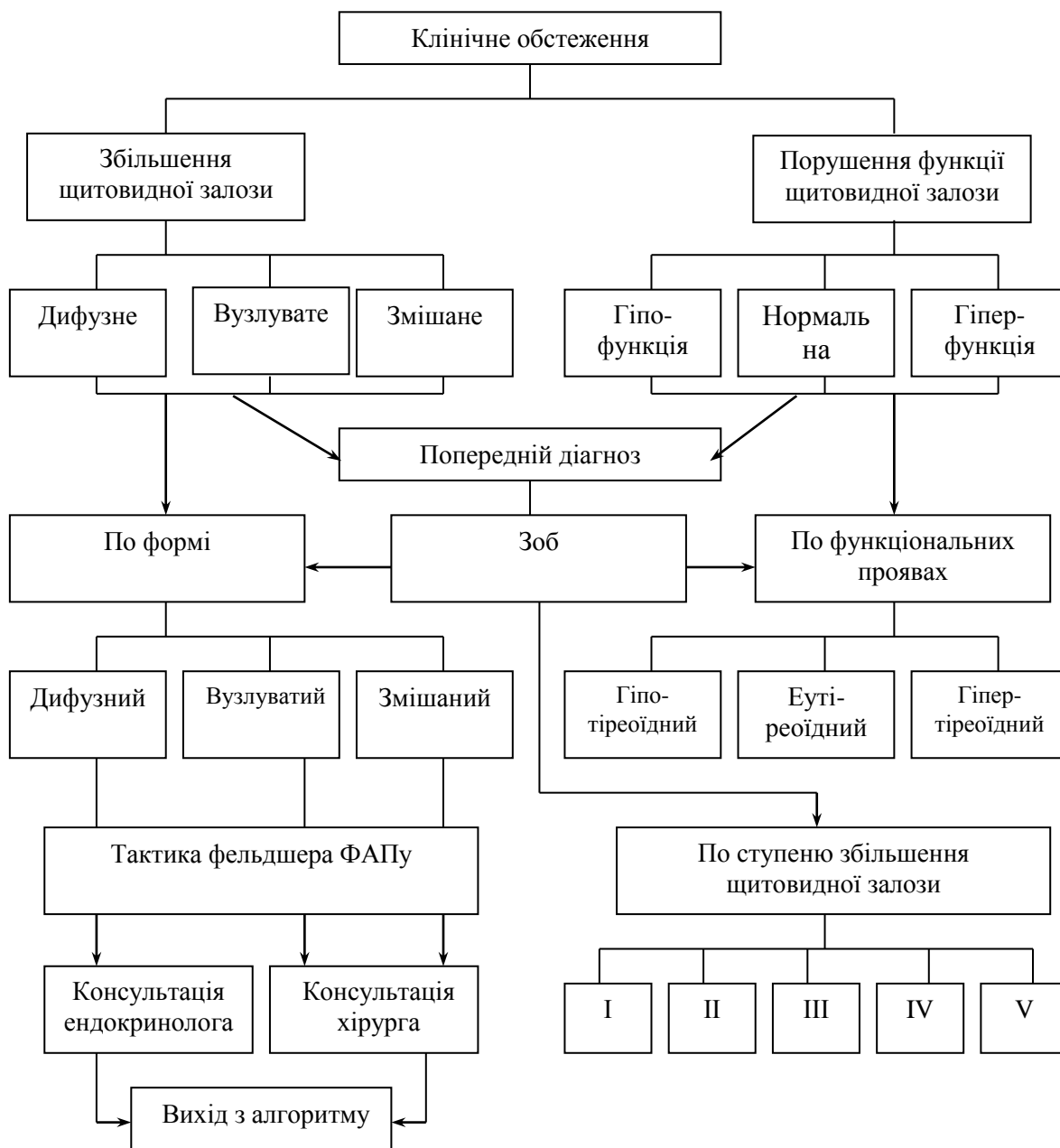


АЛГОРИТМ Невідкладна допомога при повітряній емболії легеневої артерії



АЛГОРИТМ

Тактика фельдшера ФАПу по відношенню до хворого на зоб



ПОШКОДЖЕННЯ І ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ. ЛЕКЦІЯ №1

- 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.

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.

ЛІКУВАННЯ: постільний режим 7 – 10 днів, напівсидяче положення, анальгетики, дихальні аналептики, серцеві глікозиди, інгаляції кисню.

Забій грудної клітки.

КЛІНІКА: біль в ділянці забою, набряк, гематома.

ЛІКУВАННЯ: постільний режим, напівсидяче положення, в перші 3 доби місцево холод, пізніше – тепло. Фізіотерапія. Великі гематоми пунктують: кров видаляють в порожнину, вводять розчини антибіотиків. При нагноєнні гематоми розкриття гнояка.

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

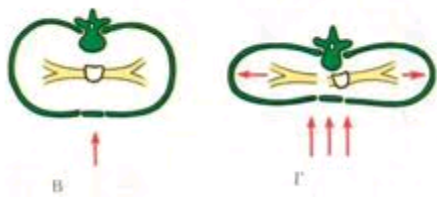
КЛІНІКА: сильний біль в грудях, кровохаркання, кашель з мокротою, при перкусії – передування ділянок притуплення з ділянками коробчатого звуку, при аускультатії – послаблення дихання.

ЛІКУВАННЯ: постільний режим, напівсидяче положення, дихальна гімнастика, гемостатична, антибактеріальна терапія.

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.

ЛІКУВАННЯ: постільний режим, напівсидяче положення, інгаляції кисню, протишокова терапія, анальгетики, дихальні аналептики, серцеві глікозиди, міжреберна та вагосимпатична блокада на шиї по Вишневському.



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.

ЛІКУВАННЯ: напівсидяче положення, у молодих хворих туге бинтування грудної клітки, блокада місць переломів або шийна вагосимпатична, анальгетики, дихальна гімнастика. При множинних подвійних переломах, що супроводжуються парадоксальним диханням – скелетне витягання за флотуючу ділянку грудної клітки, ШВЛ з гіперінфляцією. При явищах шоку – протишокова терапія.



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.

ДІАГНОСТИКА: рентгенографія.



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

ЛІКУВАННЯ:

Відкритий пневмоторакс.

ПХО рани грудної клітки, ревізія органів грудної порожнини, при наявності рани легені – її ушивання, герметичне ушивання плевральної порожнини, її дронування або пункція з евакуацією повітря.

Закритий пневмоторакс: плевральна пункція, евакуація повітря, динамічне спостереження. Якщо повітря швидко набирається, що підтверджується контрольною рентгенографією – екстрена операція: торакотомія, ушивання рани легені.

Клапанний пневмоторакс: ушивання рани грудної клітки, або легені, дронування плевральної порожнини.

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 аускультатції – відсутність дихання.

ДІАГНОСТИКА: рентгенографія, плевральна пункція.



правобічний гемоторакс



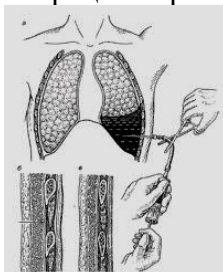
Пункція

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



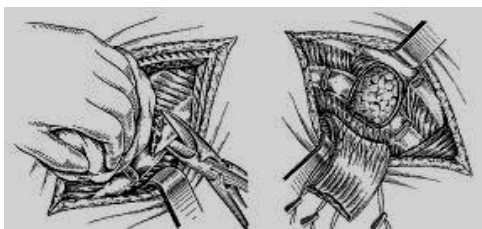
ЛІКУВАННЯ:

При малому гемотораксі – плевральна пункція, евакуація крові, гемостатична терапія, динамічний нагляд. Якщо кров швидко набирається знову – екстрена операція: торакотомія, перев'язка кровоточивої судини.



Плевральна пункція

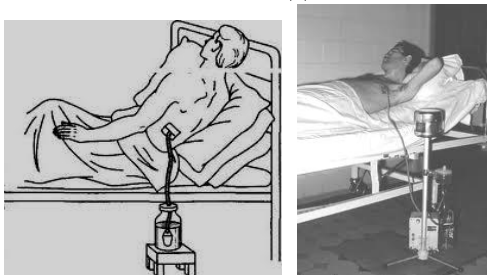
При середньому і великому гемотораксі – екстрена операція.



Операція торакотомія

При гемотораксі, що згорнувся – термінова операція: видалення гемотораксу /на 5 – 6 – й день починається інфікування з розвитком емпієми плеври/.

Операція закінчується дренажуванням плевральної порожнини однією або двома трубками. Перші 2 – 3 дні – пасивний дренаж, потім активна аспірація /вакуум не більше 15 – 20 мм вод. ст./.



Дренаж за Бюлау

Активний дренаж

**В сучасній хірургії все більшого розповсюдження набувають ендоскопічні малоінвазивні операції при пневмотораксі та гемотораксі, які краще переносяться пацієнтами і дають набагато меншу летальність*

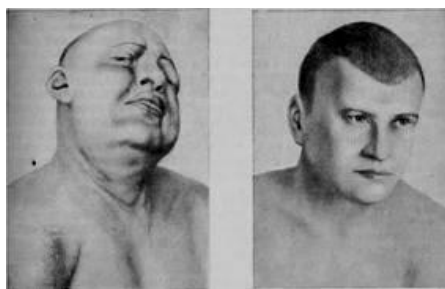
Підшкірна емфізема – проникнення повітря, що знаходиться в плевральній порожнині, через ушкоджений парієтальний листок плеври в підшкірну клітковину, де воно розповсюджується на грудну клітку, шию, обличчя.

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

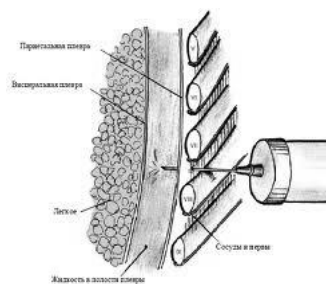
ЛІКУВАННЯ: евакуація повітря з плевральної порожнини, ушивання парієтальної плеври, при значній емфіземі – пункція підшкірної клітковини голками.



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, роздавнення, 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.

ЛІКУВАННЯ – 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 проєкції 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.

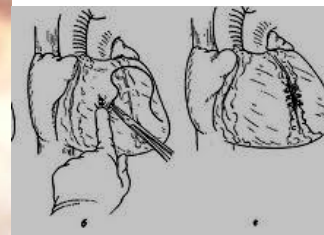
ЛІКУВАННЯ: невідкладна операція – торакотомія, розкриття перикарду, ушивання рани серця. Післяопераційний період протікає тяжко, з явищами серцево – легеневої недостатності. Післяопераційна летальність 20%.



Проекція рани серця



Рана серця



Зашивання рани серця

Питання до домашнього завдання:

1. Характерна ознака стиснення грудної клітки:

а/Затруднений глибокий видих.

б/Вільне везикулярне дихання.

в/Гіперемія шкіри.

г/Ціаноз шкіри.

д/Цяткові крововиливи в шкіру обличчя, шиї, тулуба.

2. Як треба транспортувати потерпілого з переломами ребер?

а/Лежачи на спині.

- б/Лежачи на животі.
в/Лежачи на здоровому боці.
г/В напівсидячому положенні.
3. Виберіть симптом, характерний для клапанного пневмотораксу:
а/Блідість шкіри.
б/Зростаюча задишка.
в/Брадикардія.
г/Набряк м'яких тканин грудної клітки.
4. Які заходи полегшують стан хворого з клапанним пневмотораксом?
а/Дренаж за Бюлау.
б/Паравертебральна блокада.
в/Міжреберна блокада.
г/Введення наркотичних анальгетиків.
5. Виберіть симптом, характерний для відкритого пневмотораксу:
а/Посилене везикулярне дихання.
б/Притуплення перкуторного звуку.
в/“Дихаюча” рана.
г/Брадикардія.
д/Гіперемія шкіри.
6. Які заходи полегшать стан хворого з відкритим пневмотораксом?
а/Міжреберна блокада.
б/Введення наркотичних анальгетиків.
в/Асептична пов'язка.
г/Оклюзійна пов'язка.
7. Причини тампонади серця:
а/Інфаркт міокарду.
б/Гемоторакс.
в/Гемоперикардіум.
г/Емпієма плеври.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

- Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 411 – 420.
В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хірургія” стор. 452 – 461.
“Клиническая хирургия” под ред. Ю.М. Панцырева стр. 117 – 119; 152 – 153.
Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 383-389

ПОШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ. ЛЕКЦІЯ №2

- 1.Гнійно – запальні захворювання плеври та легенів: клініка, діагностика, принципи лікування.
2.Рак легенів: клініка, діагностика, лікування.
2.Діафрагмальні грижі: клініка, діагностика, лікування.
4.Захворювання стравоходу: дивертикул, рефлюкс – езофагіт, ахалазія, кардії. Клініка, діагностика, принципи лікування.

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, аускультация – 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. Аускультация – 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 легневих кровотеч – операція: лобектомія або пульмонектомія.



гангрена легені

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

ЕТИОЛОГІЯ. 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 аускультатії 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, дренажування плевральної порожнини.

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



Рентгенограма: емпієма плеври справа

ДІАФРАГМАЛЬНА ГРИЖА – переміщення органів черевної порожнини в грудну порожнину через природні отвори в діафрагмі, або набуте в результаті травми.

КЛІНІКА. Біль в епігастрії і лівій половині грудної клітки, який посилюється після прийому їжі, іноді кривава блювота, задишка. При перкусії – чередування ділянок притуплення і високого звуку, при аускультатії – послаблення або відсутність дихальних шумів, звуки перестальтики в грудній клітці.

ДІАГНОСТИКА: контрастне рентгенодослідження шлунку в положенні Тренделенбурга /вихід шлунку або кишечника в плевральну порожнину/.

ЛІКУВАННЯ оперативне: переміщення органів в черевну порожнину, пластика грижових воріт.



Схема діафрагмальної грижі

РАК ЛЕГЕНІВ. Одна із самих розповсюджених пухлин. Займає по смертності II місце після раку шлунку. Хворіють частіше чоловіки старше 40 років, половина хворих – багатокурячі люди.

КЛІНІКА. Кашель, кровохаркання, бронхостеноз, гіповентиляція долі або всієї легені.

ДІАГНОСТИКА:

Флюорографія.

Рентгенографія легенів.

Томографія.

Цитологічне дослідження харкотиння.

Бронхоскопія з біопсією.

ЛІКУВАННЯ: комбіноване – передопераційна променева терапія + операція /лобектомія або пульмонектомія/.

**В останній час при розповсюджених пухлинах легені ІVклінічної групи проводиться введення хіміопрепаратів під час бронхоскопії безпосередньо в пухлину. В літературі приводяться данні про розсмоктування пухлини і одужання пацієнтів, а також про значне подовшення терміну життя пацієнтів з запущеним раком легенів.*

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ. Через 5 років після лобектомії продовжують жити 35 – 40%, після пульмонектомії – 25 – 30% хворих.



Рак легені

ЗАХВОРЮВАННЯ СТРАВОХОДУ

ДИВЕРТИКУЛ СТРАВОХОДУ – мішотчасте випинання його стінки.

КЛІНІКА: дисфагія, біль за грудиною, регургітація їжі в лежачому положенні.

ДІАГНОСТИКА – езофагоскопія, рентгенографія.

ЛІКУВАННЯ:

При не великих дивертикулах консервативне: дієта з виключенням гострої подразнюючої їжі, прийом олії перед їжею.

При великих дивертикулах та ускладненнях операція – дивертикулектомія.

Сучасна ендоскопічна операція – стентування стравоходу.



РЕФЛЮКС – езофагіт – регургітація шлункового вмісту в стравохід внаслідок недостатності кардіального сфінктера, з виникнення запалення стінки стравоходу з кровотечею.

КЛІНІКА. Біль за грудиною, який посилюється в горизонтальному і нахиленому вперед положеннях, печія, відрижка кислим, зригування в горизонтальному і нахиленому положеннях, виразковий дефект стінки стравоходу з кровотечею.

ДІАГНОСТИКА:

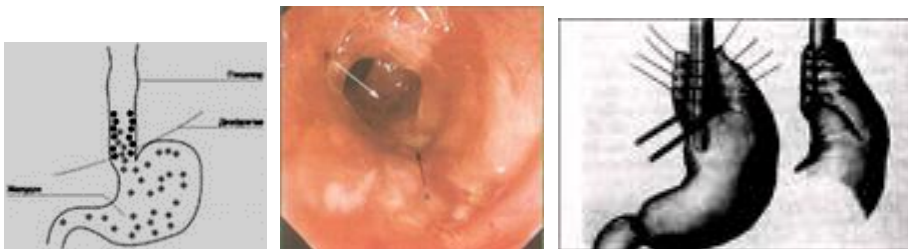
Езофагоскопія.

Рентгеноскопія шлунку з переводом пацієнта в положення Трендембурга.

ЛІКУВАННЯ:

Консервативне: легка, неподразлива їжа, після їжі не приймати горизонтального або нахиленого положення на протязі 1 години, антацидні препарати /атропін, маалокс/, обволікаючі /альмагель, фосфалюгель/.

При відсутності ефекту – операція: фундоплікація за Ніссеном.



АХАЛАЗІЯ КАРДІЇ /кардіоспазм/ - порушення рефлексу розкриття нижнього стравоходного сфінктера.

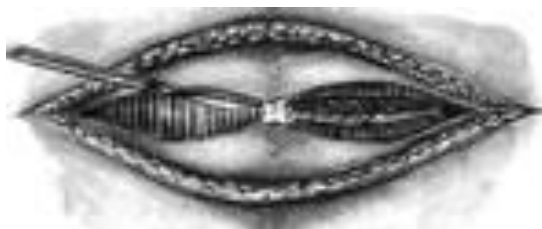
КЛІНІКА: дисфагія, регургітація непережареної їжі, біль за грудиною після прийому їжі, з іррадіацією між лопатками.

ДІАГНОСТИКА. Рентгеноскопія – розширення стравоходу і звуження в ділянці нижнього стравоходного сфінктера.

ЛІКУВАННЯ:

Консервативне: пневматична кардіоділатація.

Хірургічне: езофагокардіоміотомія з пластикою лоскутом діафрагми або стінкою шлунку.



Кардіоміотомія

Питання до домашнього завдання

1. Пацієнт відмічає біль в грудях, кашель, кровохаркотиння. Вважає себе хворим протягом півроку. При огляді: зниженого харчування, шкіра сіро – землистого кольору, акроціаноз, задишка. Ваш діагноз? План обстеження та лікування?
2. На другому тижні захворювання у пацієнта, що лікувався від пневмонії, з'явився кашель з виділенням зловонної мокроти “повним ротом”, знизилася температура, покращився стан. Ваш діагноз? Методи діагностики? Принципи лікування?
3. У хворого на діабет через 2 тижні після застуди раптово погіршився стан, з'явився різкий біль в правій половині грудної клітки, задишка, температура 39°, справа відсутнє дихання і мається притуплення перкуторного звуку. Ваш діагноз? Методи діагностики? Принципи лікування?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

- Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 420 – 430.
В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хірургія” стор. 461 – 465.
“Клиническая хирургия” под ред. Ю.М. Панцырева стр. 119 – 128; 133 – 141.
Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 389-393

УШКОДЖЕННЯ І ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ ЛЕКЦІЯ №3

1. Природжені вади молочної залози: клініка, діагностика, лікування.
2. Лактостаз, мастит: етіологія, клініка, діагностика, лікування.

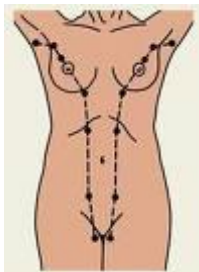
3. Мастопатія: етіопатогенез, клініка, діагностика, лікування.

4. Рак молочної залози: передумовні чинники, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.

ВАДИ РОЗВИТКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

ПОЛІТЕЛІЯ І ПОЛІМАСТІЯ /багатососковість і багатогрудість/ проявляються наявністю додаткових, іноді множинних сосків і навіть молочних залоз, які розташовані по лінії, що проходить від пахвових ямок до пахвинних зморшок /так звана молочна лінія/. Ця аномалія зустрічається серед 1% здорового населення. Найбільш часто розташовані додаткові залози в пахвових ямках. В передменструальному періоді вони набрякають і стають болісними, в лактаційний період спроможні виробляти молоко. Можлива наявність тільки додаткових сосків не зв'язаних з залозовою тканиною. Необхідно пам'ятати, що в додаткових молочних залозах можливий розвиток тих же патологічних процесів, що і в основних залозах /запалення, новоутворення/.

ЛІКУВАННЯ хірургічне: видалення додаткових сосків або залоз.



Молочні лінії Політелія

Полімастія

ГІНЕКОМАСТІЯ – збільшення однієї або обох грудних залоз у осіб чоловічої статі.

В 75% хлопчиків в віці 13 – 16 років набухання грудних залоз є нормальною фізіологічною реакцією. Звичайно в 17 років ця реакція стихає і у віці 20 років лише у 12 – 15% чоловіків можна пропальпувати грудну залозу. Однак у ряду осіб відзначається розвиток стійкої, іноді прогресуючої гіпертрофії грудних залоз, яка може виявити себе і в більш пізні роки життя. Гінекомастія проявляється в 30% дифузною гіпертрофією грудної залози, в 70% вузлуватою. В 13 – 15% відзначається двостороння гінекомастія. Розмір пухлини коливається від 3 до 10 см в діаметрі. Як правило, збільшується і сосок. Від гінекомастії треба відрізнити значні жирові накопичення в ділянці грудних залоз. Відзначається сімейна схильність до цього захворювання.

ЛІКУВАННЯ. При відсутності порушень з боку ендокринних органів показане видалення гіпертрофованої грудної залози із збереженням соска та ареоли. Обов'язковим є гістологічне дослідження видаленої залози. При наявності пухлини яєчка або надниркової залози необхідно видалити основне вогнище. В початкових ступенях гінекомастії показане застосування малих доз андрогенів /тестостерону пропіонат 25 мг 2 – 3 рази на тиждень на протязі 3 – 4 місяців/ без хірургічного втручання.



Гіпертрофія молочних залоз у юнака

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 розвинути мастит поза пологів та лактації.

КЛАСИФІКАЦІЯ

Дифузний /захоплює всю тканину залози/.

Обмежений:

а/ субареолярний;

б/ підшкірний;

в/ інтрамаммарний;

г/ ретрамаммарний.

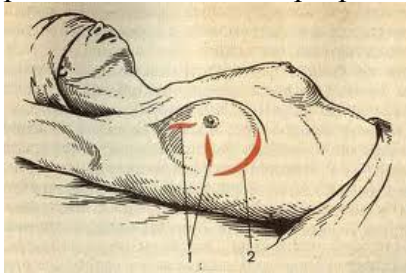
КЛІНІКА. Захворювання розпочинається гостро. В молочній залозі з'являється ділянка ущільнення, що викликає інтенсивний біль. З'являється підвищення температури, головний біль, безсоння. При огляді уражена залоза збільшена в обсязі, шкіра гіперемована, поверхневі вени розширені, пахвові лімфовузли збільшені 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. Обкалування ділянки інфільтрату новокаїном з антибіотиками.

В стадії абсцедування – операція: розкриття і дренивання 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 погрубшання 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.

МАСТОПАТІЯ – дисгормональне захворювання молочної залози /переважають андрогени або естрогени/.

ПЕРЕДУМОВНІ ЧИННИКИ: нерегулярне або безладне статеве життя, захоплення контрацептивними засобами, відмова від пологів та годування груддю, психічні травми.

КЛАСИФІКАЦІЯ

Вузлова.

Дифузна.

КЛІНІКА: періодичний біль в молочній залозі, який посилюється в період менструації, наявність ущільнень, рідко спостерігаються виділення з соска /підозра на рак/.

ЛІКУВАННЯ: пацієнтки беруться під диспансерний нагляд, огляди не рідше 2 рази на рік. Рекомендують налагодити статеве життя, відмовитися від контрацептивів, народити дитину і годувати її груддю. Можна провести курс гормонотерапії тестостероном – пропіонатом або метилтестостероном. При вузловатій формі мастопатії /передракове захворювання/ та при виділеннях з соска – операція: секторальна резекція молочної залози з обов'язковим гістологічним дослідженням видаленої ділянки. Після операції на протязі 1 року диспансерний нагляд.



Кістозна мастопатія (маммограма)

РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ – злоякісна епітеліальна пухлина /аденокарцинома/. Є самою частою злоякісною пухлиною у жінок. В США на 100000 населення рак молочної залози реєструється у 25, в Данії – у 23, в Італії – 14, в колишньому СРСР у 12 /Україна – 13, Таджикистан 3,5, Естонія 20,2/. Зростання захворювання на думку більшості вчених, залежить від зміни функції молочної залози у сучасної жінки.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПО СТАДІЯХ

I стадія – пухлина d до 3 см, розташована в глибині молочної залози, без переходу на оточуючу клітковину і шкіру, mts відсутні.

II стадія – пухлина d до 5 см, яка переходить на оточуючу клітковину, спаяна із шкірою, з поодинокими метастазами в пахвові лімфовузли.

III стадія – пухлина більше 5 см в діаметрі, з проростанням шкіри або фасціально – м'язових шарів, з множинними пахвовими, підключичними або підлопаточними метастазами.

IV стадія – розповсюджене ураження молочної залози, фіксованої до грудної стінки, з виразковим ураженням шкіри, з множинними регіональними метастазами або любі пухлини з віддаленими метастазами.

КЛІНІКА. Найбільш часто пухлина виявляється в верхньо – зовнішньому квадранті молочної залози /46,8%/. Права і ліва залози уражуються однаково часто. Звичайно жінка виявляє пухлину самостійно, або вона виявляється при профілактичному огляді. Пухлина щільна, безболісна, без чіткої межі. Найчастіше виявляються шкірні симптоми:

Симптом умбілікації – втягіння шкіри над пухлиною.

Симптом майданчика: при спробі взяти шкіру над пухлиною в зморшку утворюється плоска площина.

Симптом “лимонної кірки” – при захваті шкіри над пухлиною виявляється її підвищена пористість, яка нагадує лимонну кірку, внаслідок лімфостазу. Інфільтрація молочної залози приводить до втягіння соска, підтягування молочної залози і зменшенню її в розмірах в порівнянні із здоровою. Регіональні лімфовузли збільшені.

ДІАГНОСТИКА.

Безконтрастна маммографія.

Пункція пухлини з цитологічним дослідженням пунктату.

Секторальна резекція молочної залози з гістологічним дослідженням видаленої тканини.

ЛІКУВАННЯ.

I стадія – хірургічне лікування: радикальна мастектомія.

II стадія – телегамматерапія + радикальна мастектомія.

III стадія – телегамматерапія молочної залози та лімфовузлів + 2 – х стороння оваріектомія /менструючим жінкам або жінкам, що знаходяться в менопаузі менше 10 років/ + радикальна мастектомія, в післяопераційному періоді – гормонотерапія: кортикостероїди або андрогени /преднізолон 10 мг /добу в таблетках, тестостерон – пропінат 100 мг/ добу на протязі 1 місяця із наступним зниженням добової дози до 50 мг.

Жінкам, що знаходяться в менопаузі більше 10 років, призначають естрогени /сінестрол 100 мг/добу/. Оваріектомія таким жінкам не показана.

IV стадія – гормонотерапія + хіміотерапія цитостатиками /5 – фторурацил, циклофосфан/, при болях наркотичні анальгетики.

ПРОГНОЗ. Після лікування пережили 10 – річний термін 65% пацієнтів з I ст., 35% з II ст., 10% з III ст. У пацієнтів з IV ст. після гормоно – і хіміотерапії 50% пацієнтів прожили 2,5 роки, при відсутності ефекту від гормонотерапії термін життя не перевищує 6 місяців.



Питання до домашнього завдання

I. Дії фельдшера при лактостазі:

1. Ретельно спорожнити молочну залозу
2. Туго забинтувати її
3. Накласти міхур з льодом зверху пов'язки
4. Направити пацієнтку до лікаря – хірурга
5. Вірно 1,2
6. Вірно 1,2,3
7. Вірно усе перелічене

II. Для раку молочної залози характерний:

1. Симптом умбілікації
2. Втягнутий сосок
3. Симптом “лимонної корки”
4. Сосок і ареола посилено пігментовані
5. Сосок і ареола депігментовані
6. Вірно пункт 1,2,3
7. Вірно пункт 4,5
8. Вірно усе перелічене

III. До Вас звернулася пацієнтка зі скаргами на кров'яністі виділення з соска. Ваш попередній діагноз?

1. Мастит
2. Фібroadенома
3. Рак молочної залози
4. Вірно пункт 2,3
5. Вірно усе перелічене

Куди Ви направите пацієнтку на консультацію?

- а/До хірурга
- б/До онколога
- в/До гінеколога

IV. При обстеженні правої молочної залози у жінки Ви виявили пухлину діаметром до 3 см в верхньому зовнішньому квадранті. В пахвовій ямці збільшених лімфовузлів немає. Ваш діагноз?

1. Хронічний мастит
2. Вузлувата мастопатія
3. Рак молочної залози I ст.

Тактика фельдшера по відношенню до даної хворої?

- а/Призначити УВЧ на молочну залозу для розсмоктування інфільтрату
- б/Направити на консультацію до хірурга
- в/Направити на консультацію до онколога
- г/Направити на консультацію до гінеколога

V. Для своєчасної діагностики раку молочної залози онкопрофогляди проводять:

1. 1 раз в місяць
2. 1 раз в рік
3. 2 рази на рік
4. 1 раз в 2 роки

Онкопрофогляд включає:

- а/Скарги пацієнтки
- б/Огляд і пальпацію молочної залози
- в/Маммографію
- г/Флюорографію

д/Усе перелічене

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 433 – 438.
В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хірургія” стор. 465 – 473.
М.Ф. Мазурик, Д.Г. Дем’янюк “Амбулаторна хірургія” стор. 130 – 134.
Б.Е. Петерсон “Онкологія” стор. 191 – 212.
Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 393-396

Алгоритми практичних навичок до теми: Ушкодження і захворювання грудної клітки

Пункція плевральної порожнини (плевроцентез)

Види плевроцентезу: Пункцію плевральної порожнини виконують з лікувальною і діагностичною метою.

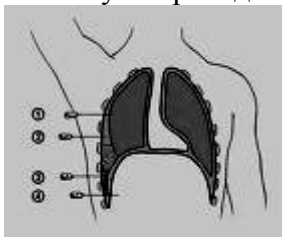
Лікувальний плевроцентез показаний у випадках накопичення в плевральній порожнині значної кількості рідини, також при необхідності введення в плевральну порожнину лікарських препаратів.

Діагностичний плевроцентез показаний хворим із плевральним випотом невизначеної етіології.

Показанням для термінового плевроцентезу є травматичний гемоторакс і пневмоторакс, спонтанний і особливо клапанний пневмоторакси.

Протипоказанням для проведення плевроцентезу є підвищена кровоточивість. Крім цього, не можна здійснювати пункцію в ділянках наявності піодермії, опоясую чою лишаю.

Зручніше здійснити плевроцентез у процедурному кабінеті, де легше дотримуватись правил асептики. Але при дуже тяжкому стані пацієнта пункція може бути проведена в палаті.



Порядок виконання діагностичного плевроцентезу

1. Ділянку пункції в межах радіуса 10 см знезаражують йодонатом і 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину біглюконату і висушують шкіру стерильними серветками.
2. Обкладають зону пункції стерильними пелюшками.
3. Знеболюють за допомогою 0,5% розчину новокаїну послідовно шкіру, підшкірну клітковину.
4. В усіх випадках при плевроцентезі голку вводять по верхньому краю ребра, щоб уникнути пошкодження судинно-нервового пучка.
5. Здійснюють забір плевральної рідини в шприці, витягують голку і на місце пункції накладають стерильний тампон, змочений 70° етиловим спиртом, зверху – стерильну марлеву серветку, яку прикріплюють до шкіри клеолом або полосками липкого пластиру.

6. При діагностичному плевроцентезі пункцію здійснюють спеціальною голкою зі шприцом ємністю 20 мл, в якому міститься розчин гепарину – в 1 мл 0,9% розчину натрію хлориду 1000 ОД гепарину (для попередження зсідання плевральної рідини).

Особливості виконання лікувального плевроцентезу

При лікувальному плевроцентезі використовують спеціальну голку з тупим зрізом. До голки герметично приєднують стерильну гумову трубку. На трубку надівають затискач, щоб уникнути потрапляння повітря в плевральну порожнину. Після пункції до гумової трубки приєднують шприц Жане або систему для відкачування рідини (апарат Боброва, система трубок, затискувач, відсмоктувач). **ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!** Плевральну пункцію проводять із суворим дотриманням правил асептики!

Положення пацієнта під час процедури

1. Якщо пацієнтові необхідно зробити пункцію в другому міжребер'ї по середньо-ключичній лінії, то посадіть його на стілець обличчям до виконуючого пункцію.
2. Якщо пункцію треба зробити в 5-6 міжребер'ї по середній підпахвовій лінії, то пацієнта посадіть на стілець, відповідним боком поверніть до лікаря. Руку з хворої сторони відведіть за голову. Якщо пацієнт сидіти не може, то положіть його на здоровий бік з відведеною за голову рукою.
3. Якщо пункцію належить зробити в 8-9 міжребер'ї по задній підпахвовій або лопатковій лінії, то посадіть хворого на стілець обличчям до його спинки, трохи нахиліть голову і руки покладіть на груди.

Врахуйте, що при лікувальному плевроцентезі пацієнтові належить знаходитись у вимушеному положенні значно довше, ніж при діагностичному, тому потурбуйтеся про надання йому необхідних зручностей.

Допомога лікареві під час процедури

1. Заздалегідь ознайомтеся з порядком виконання плевроцентезу.
2. Забезпечте всі необхідні умови для знезараження рук лікаря і ділянки, де буде здійснюватись пункція.
3. Забезпечте все необхідне для місцевого знеболення шкіри і підшкірної основи.
4. Потурбуйтеся заздалегідь, щоб до голки для пункції герметично була прикріплена гумова трубка, на яку накладають затискач для уникнення попадання повітря у плевральну порожнину.
5. Заздалегідь перевірте роботу системи для евакуації рідини із плевральної порожнини.
6. Терміново відправте плевральну рідину в лабораторію, щоб запобігти руйнуванню формених і клітинних елементів.
7. Забезпечте все необхідне для накладання асептичної пов'язки на місце пункції.

Допомога пацієнтові при можливих ускладненнях

1. В окремих випадках при плевроцентезі в результаті подразнення листків плеври може виникнути рідкий слабого наповнення пульс, зниження артеріального тиску. Ця реакція припиняється після введення 1мл 0,1% розчину атропіну сульфату підшкірно або внутрішньом'язово.
2. Різде зниження артеріального тиску, яке супроводжується слабкістю, холодним потом, блідістю, може бути зв'язано з вагусною реакцією. В цьому разі спостерігається тахікардія. Таке зниження артеріального тиску викликано реакцією на біль, вид крові. При цьому плевроцентез

припиняють, підшкірно вводять 2 мл кордіаміну. Хворому надають горизонтальне положення з піднятим нижнім кінцем тулуба.

БРОНХОСКОПІЯ - метод візуального дослідження внутрішньої поверхні трахеї і бронхів

Діагностична бронхоскопія використовується з метою уточнення або постановки діагнозу при доброякісних і злоякісних пухлинах трахеї і бронхів, гнійних захворюваннях бронхів та легень, туберкульозі легень, бронхіальній астмі, легневих кровотечах.

Протипоказання: кахексія, декомпесовані вади серця, тяжка форма гіпертонічної хвороби, шок, аневризма грудної аорти, туберкульоз і перелом шийних хребців, гостре запалення глотки, гортані.



Підготовка пацієнта до бронхоскопії під місцевою анестезією

1. Напередодні лікар або досвідчена медична сестра проводить бесіду з пацієнтом.
2. В разі вираженого неспокою пацієнта, йому призначають напередодні на ніч транквілізатори (еленіум, седуксен) у комбінації зі снотворним (люміналом).
3. Вранці пацієнт опорожнює кишечник, безпосередньо перед бронхоскопією – сечовий міхур.
4. За 30 хв. до дослідження підшкірно вводять 0,5мл 0,1% розчину атропіну сульфату.

Пацієнтам з бронхіальною астмою, хронічним обструктивним бронхітом за призначенням лікаря за 30 – 40 хв. до бронхоскопії внутрішньом'язово вводять 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату, 1 мл 0,5% розчину седуксену, 1мл 1% розчину димедролу.

За 15-20 хв. внутрішньовенно вводять 2,4% розчин еуфіліну – 10 мл і безпосередньо перед початком анестезії дають вдихнути аерозоль салбутамола із індивідуального дозатора.

5. Пацієнта слід перед бронхоскопією попередити, що в процесі дослідження не слід втягувати голову, вигинати груди вперед, тому що це заважає введенню бронхоскопа. Пацієнт лежить на спині з запрокинутою головою, бронхоскоп вводиться через ніс.

Здійснення місцевої анестезії для бронхофіброскопії

Допомога лікареві

1. Перед процедурою розмістіть на спеціальному стерильному столику інструменти, медикаменти, перев'язочний матеріал.
2. Перевірте роботу освітлювачів, електровідсмоктувача.

3. Лікар змазує слизову оболонку нижнього носового ходу (при трансназальному доступі), або розпилює в порожнині носоглотки (при трансоральному доступі) 0,1% розчин нафтизину, або 0,5% розчин галазоліну, або 3% розчин ефедрину. При цьому розширюється носовий хід, що немаловажно для вільного проведення через нього тубуса бронхофіброскопа, а також зменшується всмоктування анестетика.
4. Для анестезії верхніх дихальних шляхів і голосових складок використовуйте 1% розчин дікаїну, 2-4% розчин лідокаїну, 5% розчин тримекаїну.
5. Для анестезії слизової оболонки трахеї і бронхів лікар використовує 10% розчин новокаїну.

Протягом всього періоду анестезії медсестра-асистент невеликими дозами вводить розчин анестетика в катетер або біопсійний канал фіброскопа, вголос називаючи об'єм введеного розчину в мілілітрах, тому що максимальна доза анестетиків має бути не більше 10-15мл.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ! Перед введенням того чи іншого анестетика необхідно впевнитись, що у хворого відсутня індивідуальна підвищена чутливість до цих препаратів, для чого слід уважно зібрати алергологічний анамнез, а також провести заздалегідь пробу на чутливість (ввести підшкірно 1-2 мл анестетика, який передбачають застосувати).

Здійснення ендобронхіальної біопсії

1. Перед введенням кусачок у дихальні шляхи медсестра повинна перевірити їх робочий стан.
2. За командою лікаря вона розкриває бранші інструмента, а потім м'яко закриває їх.
3. Видаляючи інструмент із каналу бронхоскопа, вона слідкує за тим, щоб кінець інструмента не зачепив обличчя лікаря.
4. Потім тонкою голкою обережно виймає частинку взятої тканини із бранші і переносить його на предметне скельце.
5. Біопсійний матеріал вміщує в склянку з 40% розчином формаліну. При цьому тканина новоутворення занурюється на дно склянки, якщо слизова оболонка, то плаває на поверхні розчину.
6. Після біопсії треба бути готовим застосувати кровоупинні засоби, для чого на столі повинні бути готові ватні тупфери, гемостатична марля в вигляді стрічки, 5% розчин амінокапронової кислоти.
7. Пацієнта після бронхоскопії транспортують у відділення на кріслі-каталці.
8. Після бронхоскопії хворому призначають постільний режим.
9. Якщо пацієнтові здійснювали біопсію, то необхідно протягом доби йому вживати їжу в холодному вигляді.

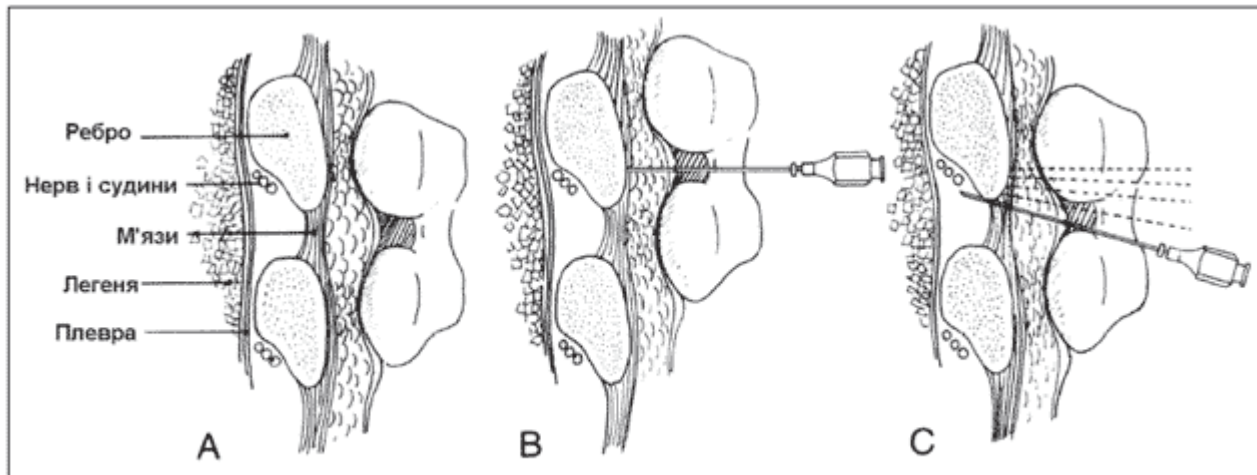


Рисунок 6. Для блокади міжреберного нерва досить пройти крізь зовнішній міжреберний м'яз (на 3-4 мл поза нижнім краєм ребра). Якщо пройти далі — можна вцілити в легеню

Вагосимпатична блокада

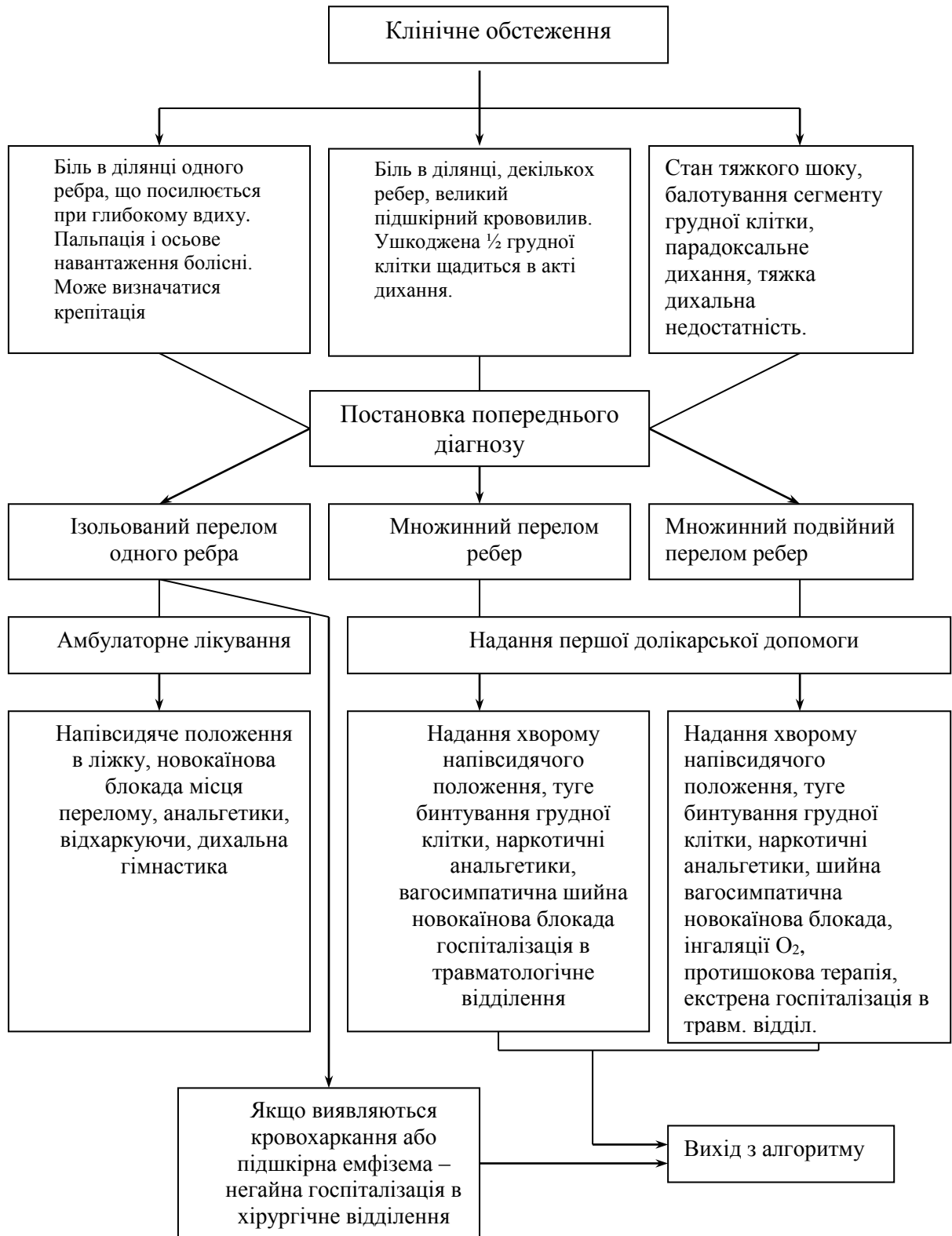
Показання: запобігання плевропульмонарному шоку в разі поранень грудної клітки і під час складних операцій на органах грудної порожнини.

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 C_{VI} . Цей прийом дає змогу відвести досередини судинно-нервовий пучок шії. 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 повокаїну для зсування 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 лица 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

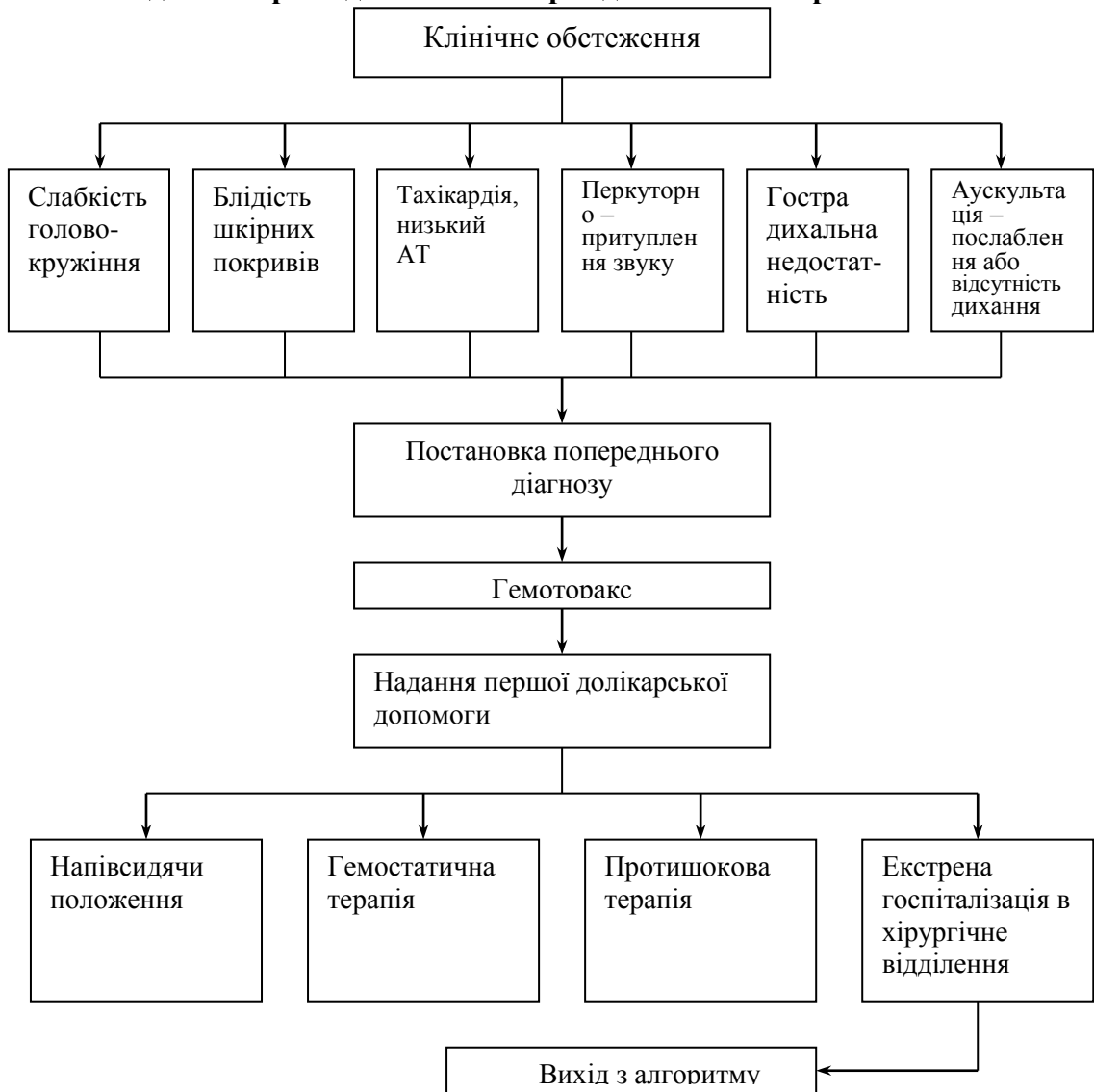


АЛГОРИТМ Надання першої допомоги постраждалим з пневмотораксом



АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги постраждалим з гемотораксом



РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО САМООБСТЕЖЕННЮ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Самообстеження молочних залоз є важливим кроком до зниження захворюваності на рак молочної залози. Його рекомендується проводити один раз на місяць в перший тиждень після менструації, так як в цей період молочні залози не збільшені та не напружені. Самообстеження можна проводити у ванній кімнаті перед дзеркалом та під час приймання душу. При будь-яких підозрах Вам необхідно наступного дня звернутися до спеціаліста з захворювань молочної залози.

ОГЛЯД

Станьте перед дзеркалом спочатку з опущеними, а потім з піднятими вгору руками. Зверніть увагу на такі ознаки:

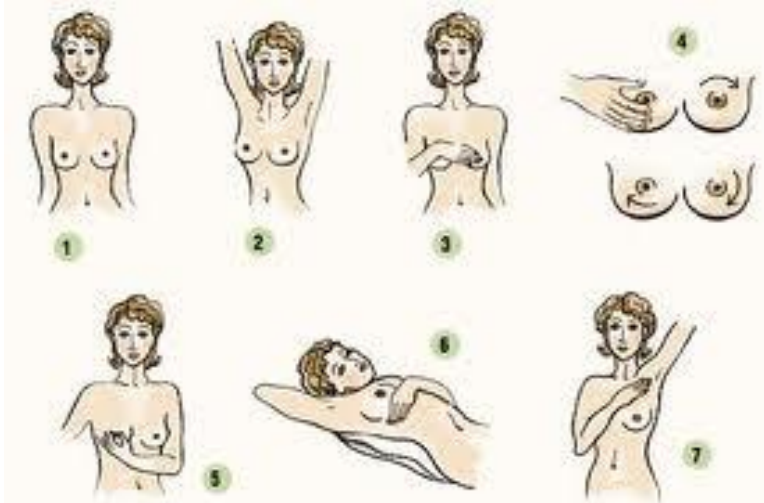
- втягнення або випинання ділянки шкіри;
- втягнення соска;
- зміна звичної форми або розміру одної з молочних залоз;
- наявність жовтуватих або кров'янистих виділень з соска;
- почервоніння та припухлість ділянок шкіри молочної залози.

ПРОЩУПУВАННЯ

Здійснюється у положенні лежачи на спині. Під лопатку зі сторони, що обстежується, підкладіть валок таким чином, щоб грудна клітка була трохи піднята. Прощупайте кожну молочну залозу протилежною рукою. Уникайте грубого прощупування та захоплення великої ділянки тканини молочної залози, оскільки це може створити враження ущільнення, якого насправді немає. Обстеження проводиться у трьох положеннях:

- рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;
- рука спрямована вверх за голову;
- рука спрямована у бік.

Пальцями другої руки молочна залоза прощупується використовуючи такі способи: Ви можете вибрати кругові рухи; рухи по лінії вверх та вниз; клиноподібні рухи. Завжди прощупуйте молочні залози в одній і тій же послідовності. Це допоможе Вам не пропустити жодної ділянки, а також запам'ятати, якими Ваші молочні залози звичайно є на дотик. Окремо обстежується сосок – його стискають між пальцями, починаючи з країв ареоли, для того, щоб переконатися, що з соска немає виділень.



ПОШКОДЖЕННЯ І ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЖИВОТА ТА ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ЛЕКЦІЯ №1

1. Пошкодження живота: класифікація, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
2. Апендицит: клініка, перша долікарська допомога, лікування.
3. Грижі черевної стінки: класифікація, 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 нарузі м'язів передньої черевної стінки, м'язи скорочені, значна гематома, можуть бути хибно позитивні симптоми подразнення очеревини.

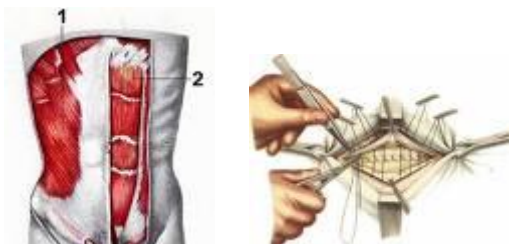
ЛІКУВАННЯ. При виключенні ушкодження внутрішніх органів – спокій, холод, через 2 – 3 дні теплові процедури.

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 запровадити 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.

Бартомье – 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, дренивання 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

ЗОВНІШНІ ЧЕРЕВНІ ГРИЖІ

Грижа /кила, лат. hernia/ - переміщення органів черевної порожнини, вкритих парієтальною очеревиною, через природні або штучні отвори в сусідні порожнини або під шкіру.

ЕВЕНТЕРАЦІЯ – вип'ячування нутроців, не прикритих парієтальною очеревиною, під шкіру або назовні.

Факторами, що сприяють розвитку евентрації, є: порушення гомеостазу та зниження резистентності організму, обмінні порушення, гіповолемія і

гіпопротеїнемія, повільне загоєння ран, їх нагноєння та ін Найчастіше це ускладнення спостерігається в ослаблених хворих похилого віку, в поєднанні з іншими післяопераційними ускладненнями, при перитоніту.

Сприяє прояву евентрації моментами служать метеоризм і здуття кишечника, блювота, кашель, рухове збудження, інші причини, що викликають підвищення внутрішньочеревного тиску.

Виникає евентрація на 6-10-у добу післяопераційного періоду, коли починають прорізатися шви, а регенеративні процеси протікають уповільнено. Тому вважається, що неправильне накладення швів також може зумовити це ускладнення.

Клінічна картина характеризується підвищенням температури, болями в області рани. Вважається раннім симптомом рясне промокання пов'язки на рані внаслідок виходу скупчується в черевній порожнині рідини або гною (при перитоніту).

Погіршується загальний стан, наростає інтоксикація, розвиваються перитоніт і кишкова непрохідність з усією характерною для них симптоматикою.

Діагностика не представляє утруднень, за винятком підшкірної евентрації, яка може виявлятися в міру утворення післяопераційних гриж.

Лікування евентрації може бути оперативним і консервативним. У разі виникнення підшкірних евентрації, коли відсутні загальні симптоми і не страждає загальний стан хворих, можливо їх консервативне ведення.

Показані постільний режим і бандаж на живіт до 15-20 днів, регуляція функції кишечника, активні загальнозміцнюючі заходи. Реконструктивні операції на передній черевній стінці виробляються у віддалені терміни (через 3-5 місяців).

Можливо консервативне лікування і часткової евентрації, яке полягає у ліквідації гнійно-некротичного процесу в області рани, підготовці її до накладання вторинних швів, профілактичних заходах з попередження прогресування процесу евентрації (постільний режим, бандаж). Вторинні шви накладаються через 6-8 днів.

При неефективності цих заходів та прогресуванні процесу, а також при евентрації III-IV ступеня показано оперативне втручання. Воно здійснюється через 1-2 год після передопераційної підготовки (протишокові і дезінтоксикаційні заходи).

Досліджується дефект черевної стінки, знімаються залишилися шви, економно иссекаються краї рани після попереднього занурення петель кишечника в черевну порожнину. Шви накладають через всі шари, відступивши від країв рани на 2-3 см. Можливе застосування П-подібних або матрацних швів. Іноді допускається (при чистих ранах) пошарове ушивання, але з обов'язковим накладенням декількох (3-4) швів через всі шари черевної стінки.

КЛАСИФІКАЦІЯ ГРИЖ

I. По місцю утворення.

Зовнішні грижі:

- а/ пахвинна
- б/ стегова
- в/ пупкова
- г/ білої лінії
- д/ поперекова та ін.

Внутрішні грижі:

- а/ діафрагмальні
- б/ кишень очеревини і брижі

II. По клінічній картині:

Вправимі.

Невправимі. *Причини навправимості: хронічне травмування грижового вмісту під час вправлення грижі, утворення спайок між грижовим вмістом та грижовим мішком.*

Ускладнені:

а/ защемленням

б/ флегмоною грижового мішка

В будові зовнішньої грижі розрізняють:

- Грижові ворота - дефект м'язово – апоневротичного шару.
- Грижовий мішок /парієтальна очеревина, що прикриває нутрощі/.
- Грижовий вміст /внутрішні органи/.

КЛІНІКА ВПРАВМОЇ ГРИЖІ.

Еліпсоїдної форми, м'яко – еластичної консистенції пухлина в типовому місці. Швидка і легка зміна обрисів та обсягу пухлини при натужуванні або зміні положення тіла.

Існування на місці вправленого в черевну порожнину випрочування дефекту в м'язово – апоневротичному шарі черевної стінки.

Позитивний симптом “кашлевого поштовху”.

ЛІКУВАННЯ.

Виявлені пацієнти беруться на диспансерний облік.

Планова операція – грижосічення (herniotomia) з пластиком грижових воріт.

КЛІНІКА НЕВПРАВМОЇ ГРИЖІ

Невправимість грижі в значній мірі змінює клінічну картину грижі, її перебіг, самопочуття хворих.

Розвиток невправимості грижі супроводжується появою чи посиленням больових відчуттів, погіршення працездатності. Невправимість грижі характеризується неможливістю як пасивного так і активного вправлення грижового вмісту в черевну порожнину.

В зв'язку з цим, при пальпації грижі складно визначити розміри дефекту в тканинах передньої черевної стінки.

Важливим симптомом, що відрізняє невправиму грижу від защемленої є позитивний симптом кашлевого поштовху. Він, при невправимій грижі, свідчить про вільне розміщення вмісту в грижових воротах, а також про те, що вміст грижі може переміщуватись в грижових воротах і збільшуватись в об'ємі. Розвиток невправимої грижі нерідко затруднює диференціальну діагностику цього ускладнення з іншими – защемленням, розвитком пухлини в грижі. Вирішальним діагностичним тестом в таких випадках є симптом кашлевого поштовху.

Невправимість грижі вимагає хірургічного лікування для попередження більш грізних (гострих) ускладнень.

ЛІКУВАННЯ. Виявлені пацієнти беруться на диспансерний облік.

Планова операція – грижосічення (herniotomia) з пластиком грижових воріт.

КЛІНІКА ЗАЩЕМЛЕНОЇ 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!*

ЛІКУВАННЯ хірургічне: виконується екстрена операція /через 2 години після защемлення починається некроз защемленої петлі кишки/. Етапи операції:

Розкриття грижового мішка.

Удержання петлі кишки руками.

Розтин защемлюючого кільця.

Оцінка життєздатності кишки.

Герніотомія /грижосічення/.

Пластика грижових воріт.

ОЗНАКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ КИШКИ.

- Нормальний колір /тонка кишка рожева, товста блакитна/.
- Серозна оболонка блискуча.
- Є перистальтика.
- Збережена пульсація судин брижі.

При відсутності хоча б однієї з цих ознак кишка вважається не життєздатною і робиться її резекція у межах здорових тканин.



Питання до домашнього завдання

1. При диспансерному огляді Ви виявили пацієнта з м'яко – еластичним утворенням в правій пахвинній ділянці. Утворення безболісне, в черевну порожнину не заправляється. Ваш діагноз і лікувальні рекомендації?
2. На ФАП занесли пацієнта, у якого в ділянці правого підребер'я стирчить ніж. Стан тяжкий, шкірні покриви бліді, акроціаноз, дистальні відділи кінцівок холодні, пульс 118 на хвилину, слабкий. АТ 90/50 мм рт. ст., при перкусії живота виявляється укорочення звуку в пахових ділянках і над лоном. Ваш діагноз? Дії першої долікарської допомоги? План лікування?
3. На ФАП звернувся пацієнт зі скаргами на біль в правій половині живота, нудоту, блювоту. Захворів напередодні ввечері, коли з'явився біль в епігастральній ділянці, нудота, один раз була блювота. Хворий промив шлунок, випив проносне, але біль посилювався, під ранок локалізувався в правому боці. При обстеженні: язик сухуватий, обкладений білим на шаруванням. Живіт щадиться в акті дихання, м'який, болісний в правій здухвинній ділянці, де визначається напруження м'язів, позитивний симптом подразнення очеревини. Ваш діагноз? Чи були допущені якісь помилки пацієнтом? Дії першої долікарської допомоги? План лікування?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 438 – 454, 487 – 501.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хірургія” стор. 506 – 511, 518 – 524.
3. “Клиническая хирургия” под редакцией Ю.М. Панцырева.
4. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 401-408

ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКУ І ДПК ЛЕКЦІЯ №2

1. Виразкова хвороба шлунку і 12 – палої кишки: етіопатогенез, клініка, діагностика, лікування.
2. Ускладнення виразкової хвороби: клініка, діагностика, принципи лікування.
3. Поліп шлунку: клініка, діагностика, лікування.
4. Рак шлунку: клініка, діагностика, лікування.

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА: хронічне, циклічно протікаюче захворювання з роз'ятренням слизової оболонки шлунку або 12 – палої кишки під час періодів загострення.

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ:

- Розлад нервових і гормональних механізмів регуляції шлункової секреції.
- Порушення захисного слизового бар'єру.
- Розлад кровообігу і трофіки стінки шлунку або 12 – палої кишки.
- Вис. *Helicobacter*

КЛІНІКА. Біль в епігастрії, пов'язаний з прийомом їжі, сезонність загострень /весна, осінь/, печія, блювота на висоті болю, кислий відриг, біль в епігастрії при пальпації. Секреторна функція при виразці 12 – палої кишки підвищена, безперервна, при виразці шлунку частіше нормальна або знижена.

ДІАГНОСТИКА.

- Рентгеноскопія шлунку: наявність “ніші”, рубцева деформація шлунку або 12 - палої кишки.
- Фіброгастроскопія.

ЛІКУВАННЯ – неускладненої виразки в основному консервативне. Показання до хірургічного лікування:

Довге існування виразки.

Безуспішність консервативного лікування.

Шлункова виразка, особливо із зниженою секреторною функцією /передракове захворювання/.

Види операції:

- Ваготомія.
- Резекція шлунку.

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 – “кинжалний” 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;

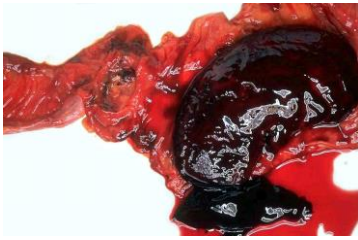
г/ ендоскопічна зупинка кровотечі – діатермокоагуляція, введення судинозвужуючих препаратів в стінку шлунку або ДПК, накладання кліпси на судину;

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 кровотоливої судини + ваготомія + пілоропластика.

Резекція шлунку.

ІІІ. 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.

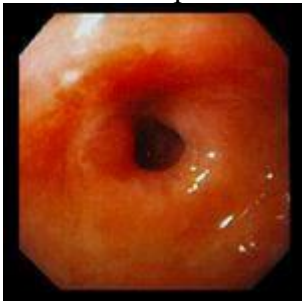
Рентгеноскопія шлунку. Рентгенологічні ознаки:

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

ІV. 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.

ПОЛІП ШЛУНКУ – доброякісна пухлина. Складає 5 – 10% усіх пухлин шлунку, зустрічається в 40 – 50 років, у чоловіків в 2 – 4 рази частіше. У 80% локалізується в антральному відділі.

КЛІНІКА. Біль в епігастрії, не зв'язана з прийомом їжі, при роз'ятренні клініка кровотечі, можуть бути ознаки порушення евакуації з шлунку.

ДІАГНОСТИКА.

Рентгеноскопія шлунку.

Фіброгастроскопія.

ЛІКУВАННЯ хірургічне.

Ендоскопічна поліпектомія.

При поліпозі або малігнізації поліпу – субтотальна резекція або гастректомія.



Ендоскопічна поліпектомія

РАК ШЛУНКУ - злоякісна епітеліальна пухлина. По захворюваності та смертності займає 1 місце серед інших новоутворень. Найчастіше зустрічається в 40 – 60 р., чоловіки хворіють в 3 рази частіше, ніж жінки.

ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ.

Хронічний гастрит із зниженою секреторною функцією.

Поліп шлунку.

Хронічна виразка шлунку.

КЛІНІКА. Зниження апетиту, відраза до їжі, почуття важкості в епігастрії, нудота, блювання, постійний біль різної інтенсивності в епігастрії, схуднення, шкіра землистого кольору, зі зниженим тургором. При далеко зайшовшому процесі пальпується пухлина і віддалені метастази. Анемія, висока швидкість осідання еритроцитів при нормальному лейкоцитозі.

ДІАГНОСТИКА.

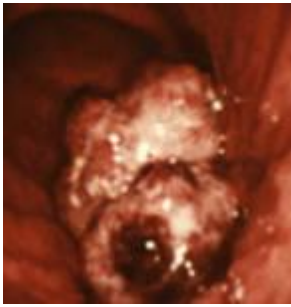
Рентгеноскопія шлунку.

Фіброгастроскопія з біопсією.

ЛІКУВАННЯ комбіноване: операція + хіміотерапія.

Радикальні операції: субтотальна резекція, гастректомія.

Паліативні операції: гастроентероанастомоз, гастростомія.



ФЕГДС: Рак шлунку

Домашнє завдання

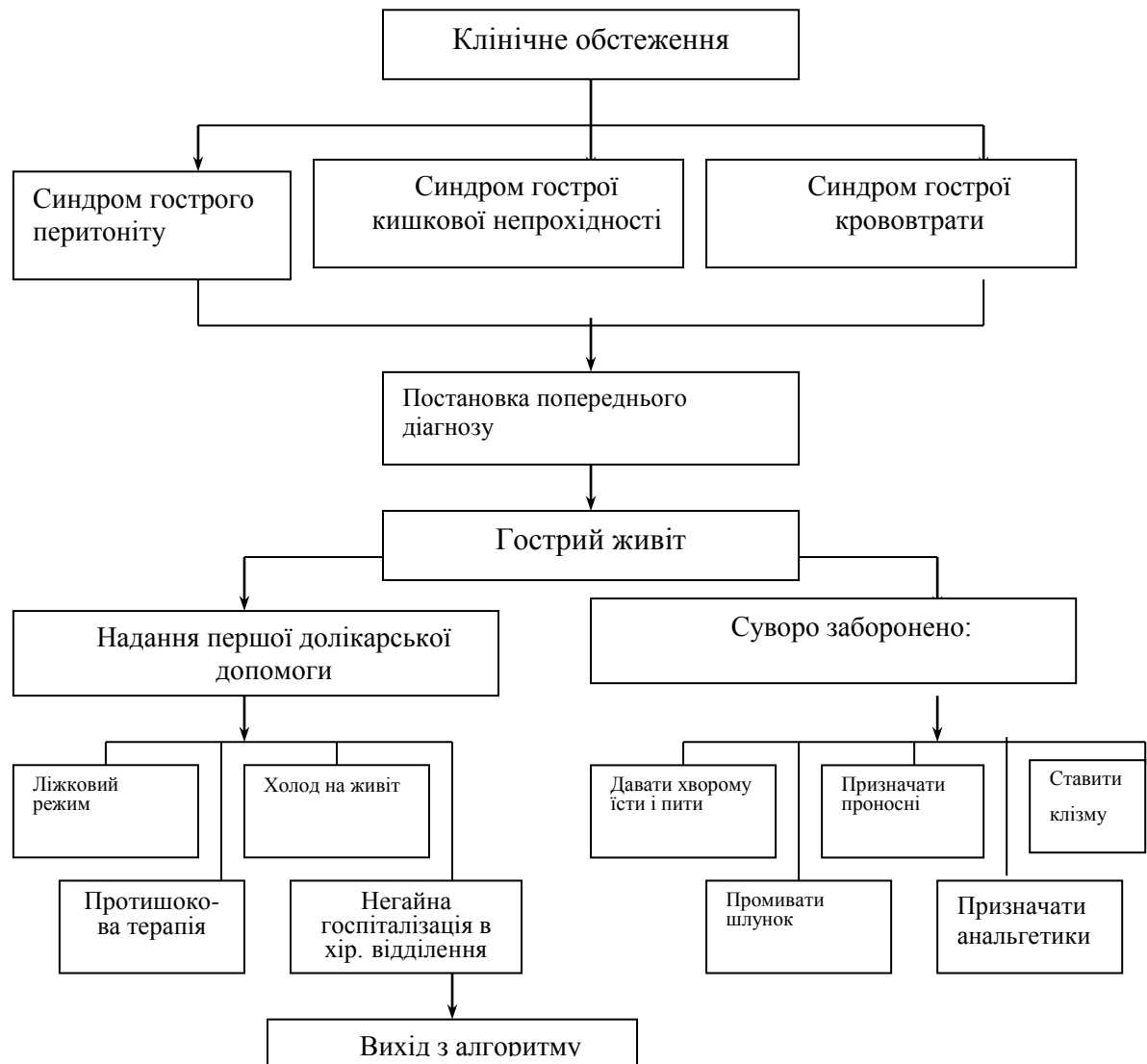
Виберіть симптоми, характерні для позначених в таблиці захворювань

СИМПТОМИ	ЗАХВОРЮВАННЯ			
	Перфоративна виразка	Гастродуоденальна кровотеча	Пілоростеноз	Малігнізація
“Кинджальний” біль				
Втрата свідомості після акту дефекації				
Блювання “кавовою” гущиною				
Дошкоподібний живіт				
Мелена				
Відсутність печінкової тупості				
“Шум плескоту” натще				
Постійний біль в епігастрії				
Відраза до їжі				
Схуднення хворого				
Блювання їжею з ознаками загнивання				

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

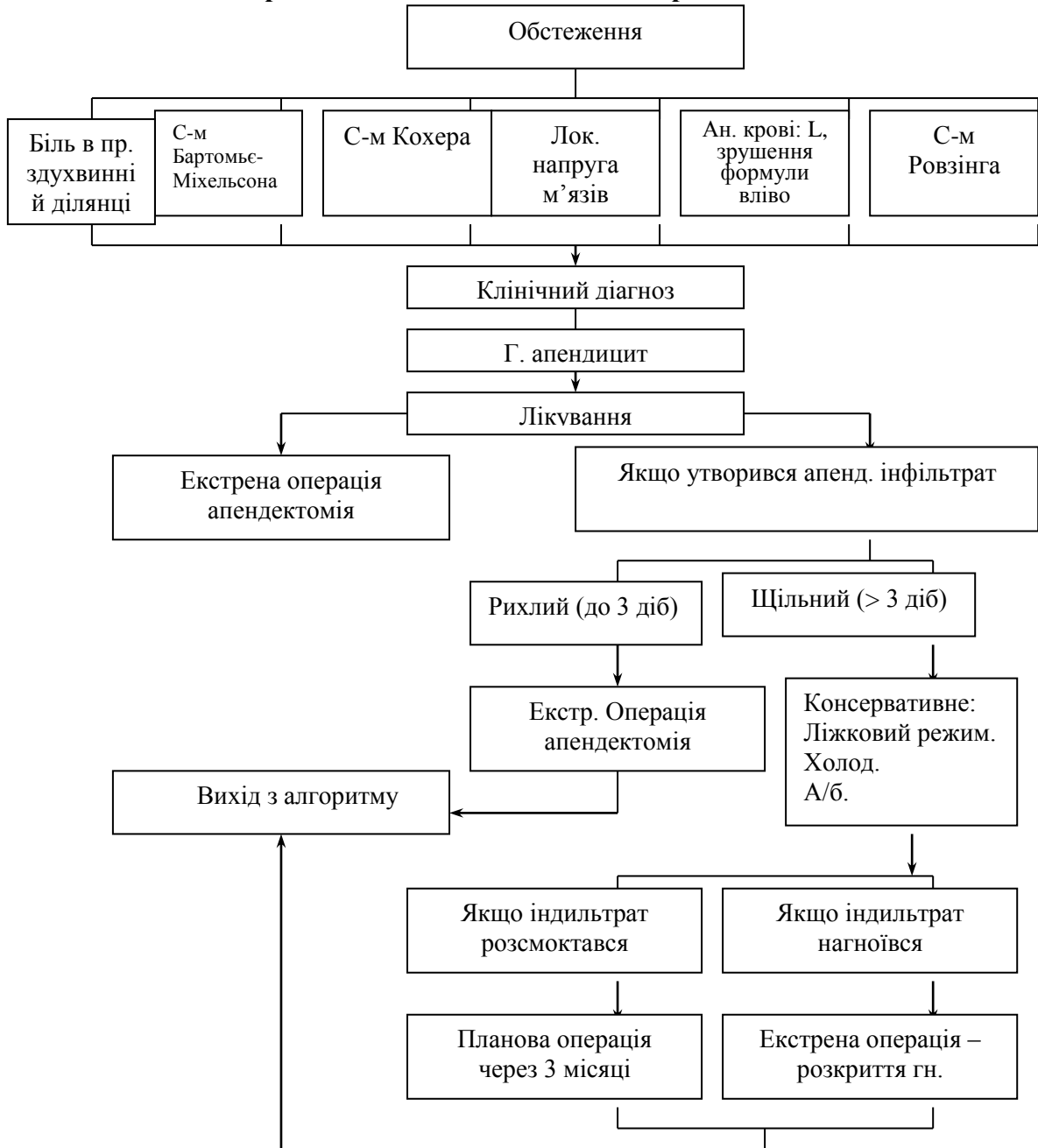
- Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 458 - 461, 506 – 508.
В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хірургія” ст. 483 – 488, 522 – 524, 537 - 549.
“Клиническая хирургия” под ред. Ю.М. Панцырева стр.221 – 228, 234 – 238.
Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 401-413

АЛГОРИТМ Надання першої допомоги пацієнтові з синдромом "гострого" живота



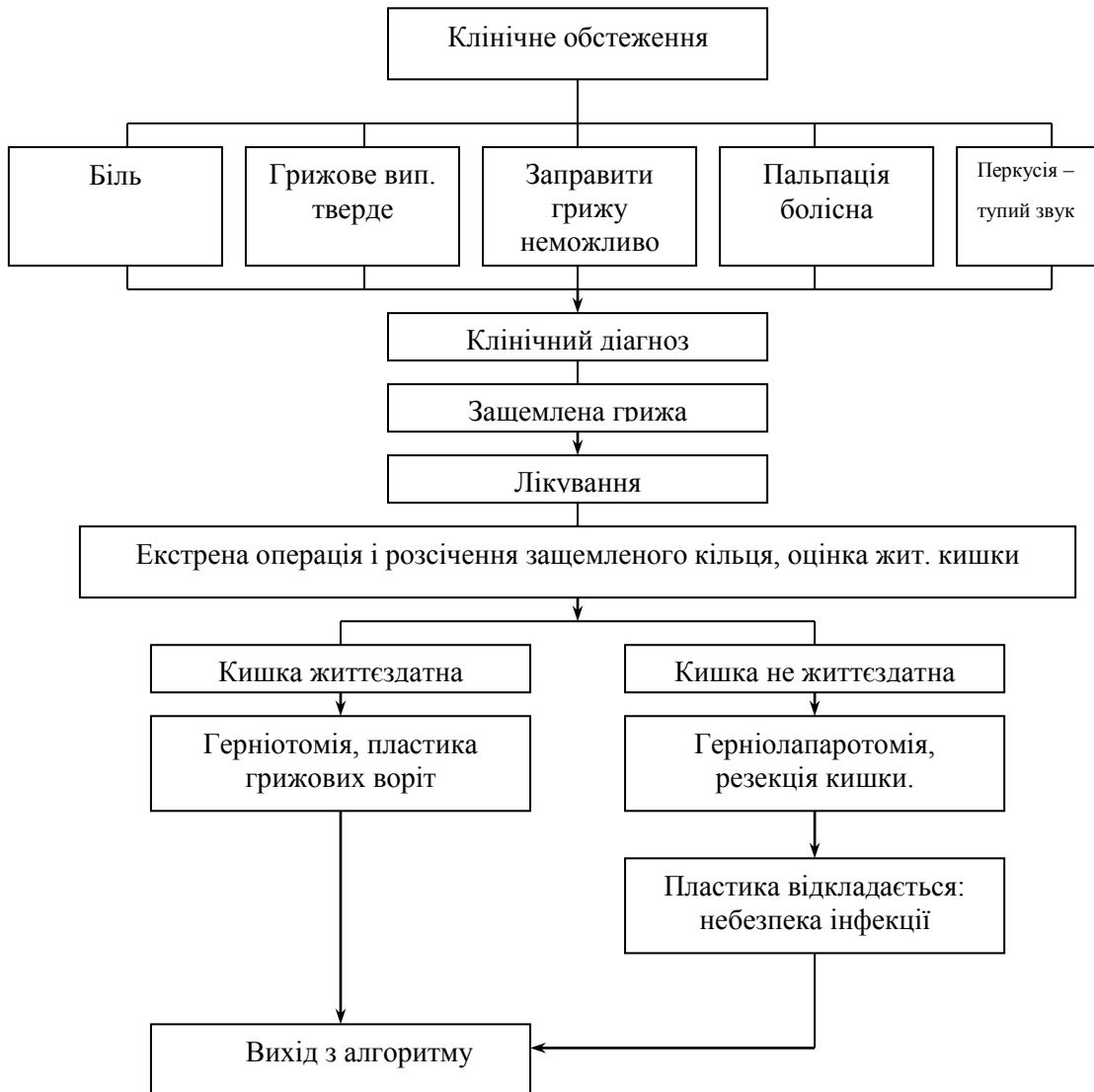
АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги пацієнтові з гострим апендицитом

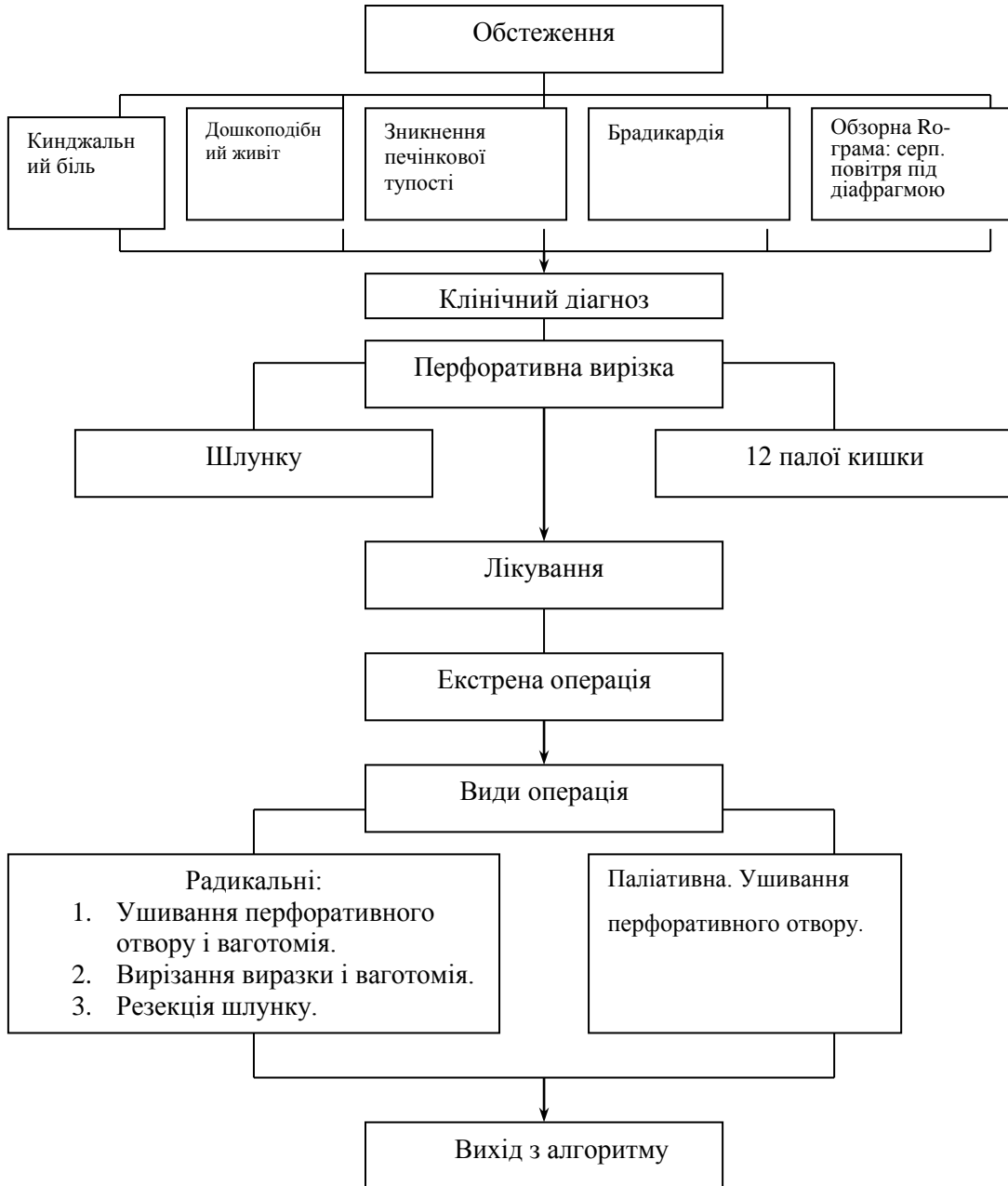


АЛГОРИТМ

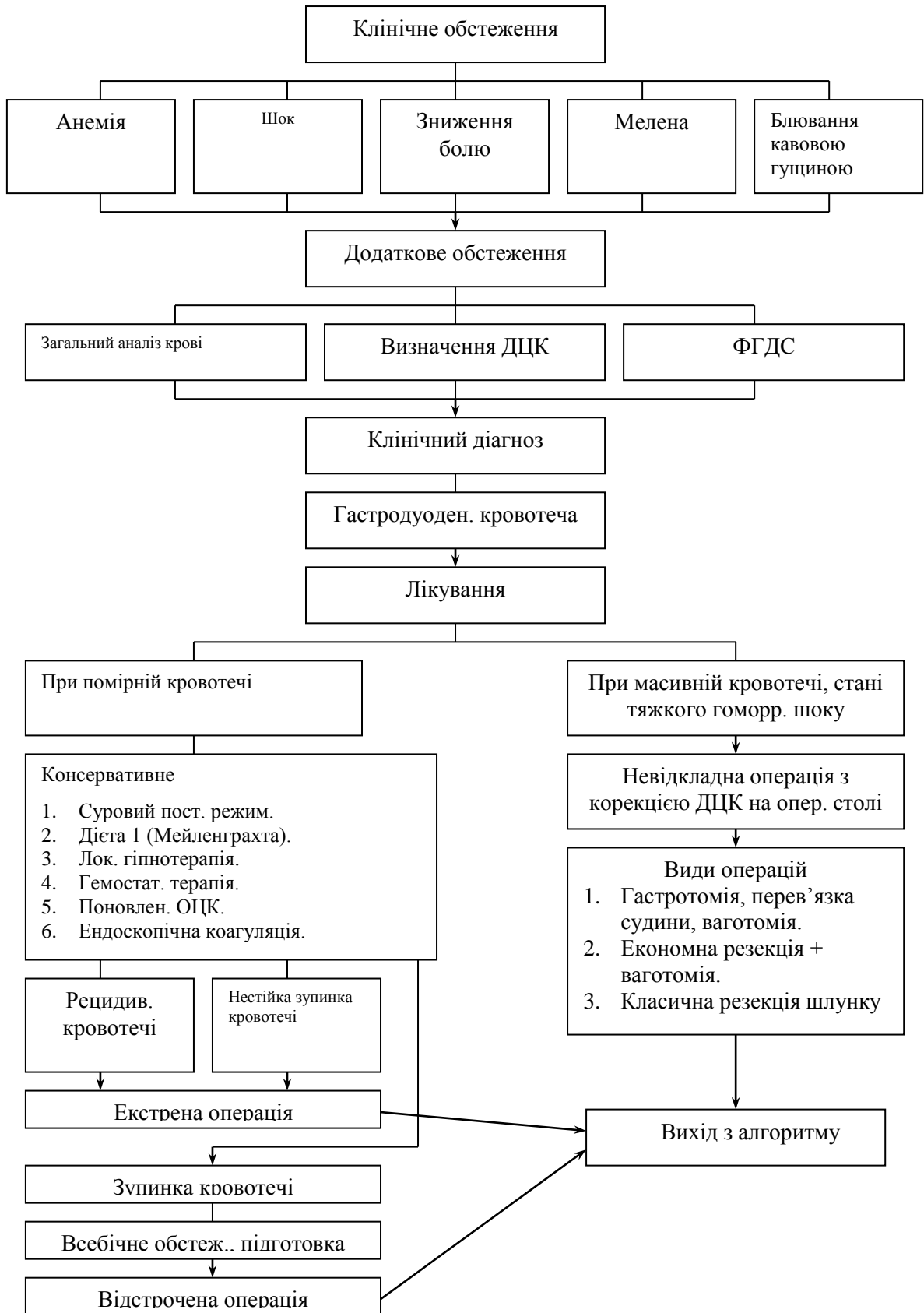
Надання допомоги пацієнтові з защемленою грижею на госпітальному етапі



АЛГОРИТМ Надання допомоги пацієнтам з перфоративною виразкою на госпітальному етапі



АЛГОРИТМ Надання допомоги пацієнтам з гастродуоденальною кровотечею на госпітальному етапі



ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО РЕНГЕНОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ШЛУНКУ

Значення рентгенологічного обстеження шлунку.

Рентгенологічне обстеження шлунку дає змогу визначити його форму, величину і рухомість, виявити виразки та інші патологічні утворення. Метою підготовки є звільнення шлунку від вмісту і газів.

Послідовність дій.

1. Поясніть пацієнтові особливості дієти протягом 2-3 днів до обстеження: з харчового раціону хворий повинен вилучити чорний хліб, молоко, бобові, овочі, фрукти, тобто ті продукти, які спричиняють метеоризм і дають велику кількість шлаків.
2. Вранці в день обстеження забороняється палити, приймати ліки і рідину.
3. Проінформуйте пацієнта, що обстеження проводиться натще, а останній прийом легкої вечері повинен бути не пізніше 21 год.
4. Ввечері і вранці за 2 години до обстеження поставте пацієнтові очисну клізму.
** Замість клізми для очищення кишечника можна застосувати препарати фортранс, мовіпреп*
5. При деяких захворюваннях шлунку і 12-палої кишки рентгенологічному обстеженню заважають накопичена в них рідина і слиз. В такому випадку за призначенням лікаря відкачайте у пацієнта шлунковий вміст через зонд при необхідності промийте шлунок. Промивну рідину покажіть лікарю або рентгенологу.
6. Іноді за вказівкою рентгенолога пацієнтові підшкірно вводять 0,1% розчин атропіну сульфату 0,5-1мл для усунення спазмів і збільшення перистальтики шлунку.
7. В рентгенкабінеті пацієнт приймає всередину сульфат барію, розведений теплою прокип'яченою водою.
8. Пацієнтам з повільною евакуацією (стеноз, атонія) призначають повторне обстеження на 2-й і 3-й день для визначення добового залишку контрастної маси в шлункові. В такому випадку важливо точно дотримуватись терміну повторного огляду.

ГАСТОРОДУОДЕНОСКОПІЯ

Особливості конструкції сучасних ендоскопів.

Сучасні ендоскопи створені на базі волоконної оптики. Гнучкість і висока дозволяюча здатність ендоскопів зробили ендоскопічні методи безпечними і ефективними дослідженнями, забезпечивши їм широке клінічне використання.

Конструкція фіброскопу включає каркасну дистальну голівку, гнучку середню частину, проксимально розміщений блок керування та окуляр, гнучкий шнур-світловод для передачі світла від джерела до фіброскопа.

Відмінною рисою сучасних віброскопів є можливість фотографувати з отриманням високоякісних ілюстрацій за допомогою як фотоапаратів, так і кінокамер.



Діагностичне та лікувальне значення гастродуоденоскопії.

Гастродуоденоскопія – це ендоскопічне дослідження стравохода, шлунка та 12-палої кишки.

Гастродуоденоскопія дозволяє діагностувати джерела гострих гастродуоденальних кровотеч, уточнювати діагноз виразкової хвороби чи новоутворення шлунка, а також брати шматочки слизової оболонки для гістологічного дослідження.

За допомогою ендоскопів видаляють поліпи, коагулюють кровоточиві судини, вводять лікарські препарати.

Протипоказана гастродуоденоскопія при тяжкій серцево-легеневій недостатності, гіпертонічній хворобі III стадії, аневризмі аорти, гемофілії, гострих респіраторних інфекціях.

Загальна підготовка і знеболювання пацієнта.

1. Заздалегідь проведіть психологічну підготовку пацієнта до процедури. Він повинен зрозуміти характер відчуттів, які мають бути під час дослідження.
2. Попередьте пацієнта, щоб він напередодні прийняв легку вечерю о 18 год. І прийшов в ендоскопічний кабінет натще. В день обстеження хворий не повинен палити, пити, приймати ліки.
3. На дослідження пацієнт повинен принести рушник, який підстелять під голову, а потім використовують для протирання обличчя хворого і гастроскопа в момент його видалення.
4. Попередьте пацієнта, що під час процедури він не зможе розмовляти, ковтати слину.
5. За призначенням лікаря при необхідності за 15-20 хвилин до дослідження проведіть премедикацію: 0,5мл 0,1% розчину атропіну сульфату введіть підшкірно, 2 мл 50% розчину анальгіну введіть внутрішньом'язово. Доцільність попереднього введення знеболюючих засобів, вид і дози лікар вирішує індивідуально.
6. Безпосередньо перед процедурою запропонуйте пацієнтові при наявності вийняти зубні протези.
7. Здійсніть анестезію слизової оболонки ротоглотки 2% розчином тримекаїну шляхом зрошення.

Положіть пацієнта на лівий бік із витягнутою лівою ногою, праву ногу зігніть у колінному та кульшовому суглобах. Під голову підкладіть валик. Запропонуйте пацієнтові руки зафіксувати таким чином, щоб вони не заважали лікарю виконувати дослідження. Пацієнт повинен спокійно лежати, рівномірно дихати, не ковтати слину і не розмовляти.

Допомога медичної сестри при проведенні гастродуоденоскопії

Обов'язки багатогранні:

1. Слідкує за загальним станом пацієнта, оцінює колір шкірних покривів, частоту пульсу, правильність положення хворого на столі.
2. Бере участь у проведенні дослідження:
 - фіксує голову пацієнта в такому положенні, щоб глотка та стравохід утворювали пряму лінію;

- слідує за положенням ротоблокатора (загубника);
 - пальпує живіт для виведення в поле зору і зручну позицію відповідних відділів шлунку;
 - допомагає лікарю вводити ендоскоп і проводити його в шлунок, та в 12-палу кишку;
 - переміщує відповідно команди лікаря ендоскоп вверх вниз за його гнучку частину;
 - фіксує ендоскоп у необхідній позиції.
3. Крім цього, медична сестра бере участь у проведенні біопсії, видаленні новоутворень, виконанні лікувальних втручань. У таких випадках вона безпосередньо маніпулює різноманітними інструментами і приладдям.
- ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!** Після гастродуоденоскопії пацієнт 1-2 години не повинен приймати рідину, а якщо проводилась біопсія, то протягом 24 годин не може приймати гарячу їжу.

ГІСТАМІНОВА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКОВОГО ВМІСТУ

(використовують у хірургічних відділеннях для визначення виду оперативного втручання при виразковій хворобі шлунка)

1. Відсмокчіть у хворого шлунковий вміст натще.
2. Через 15 хв. відсмокчіть другу порцію шлункового вмісту.
3. Через 15 хв. відсмокчіть третю порцію шлункового вмісту. Підшкірно введіть 1% розчин димедролу 1 мл.
4. Через 15 хв. відсмокчіть четверту порцію шлункового вмісту. Підшкірно введіть гістамін із розрахунку 0,08 мл на 10 кг маси тіла хворого.
5. Протягом години через кожні 15 хв. відсмокчіть 4 порції шлункового вмісту (5,6,7,8 порції).
6. В лабораторію доставте всі 8 порцій.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Поява незначної кількості крові в шлунковому вмісті в вигляді прожилок може бути пов'язана з пошкодженням мілких судин слизової оболонки шлунка. При появі значної кількості крові відсмоктування шлункового соку припиняють. Зонд обережно витягнуть, хворого покладіть; на епігастральну ділянку використайте міхур з льодом і негайно викличте лікаря. Особливий підхід проявляйте при дослідженні шлункового вмісту у людей похилого віку. При наявності видаліть у них зубні протези, обережно вводьте зонд у стравохід, тому що він може бути деформований за рахунок змінено дуги аорти. Необережність при введенні зонда може призвести до перфорації, поранення слизової оболонки, кровотечі.

УШКОДЖЕННЯ ТА ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТОНКОГО І ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА **ЛЕКЦІЯ №3**

1. Ушкодження та сторонні тіла кишечника: класифікація, клініка, діагностика, лікування.
2. Захворювання тонкого та товстого кишечника: клініка, діагностика, лікування:
 - а/ хвороба Крона;
 - б/ дивертикул Меккеля;
 - в/ неспецифічний виразковий коліт;

г/ рак товстого кишечника.

3. Гостра кишкова непрохідність: класифікація, клініка, діагностика, принципи лікування.

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.

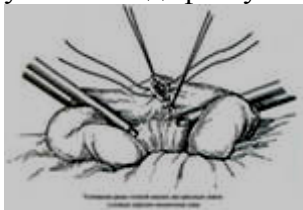
Оглядова рентгенографія черевної порожнини /вільний газ під діафрагмою/.

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/.

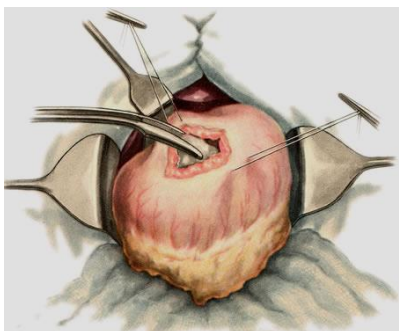
КЛІНІКА. Симптоми або перфорації порожнистого органу, або непрохідності кишечника.

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 внутрішньокишкового 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 кишечнику.

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 норичею.



ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТОНКОГО І ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА

I. ХВОРОБА КРОНА – грануломатозне ураження тонкого і товстого кишечнику.

ЕТИОЛОГІЯ: Автоімунне ураження слизового і підслизового шарів кишечника.

КЛІНІКА. Диспепсичні явища, біль в животі, підвищення температури тіла, наявність інфільтрату, що пальпується в черевній порожнині, зовнішніх та внутрішніх норниць.

ДІАГНОСТИКА:

Колоноскопія.

Контрастна рентгенографія /симптом “бруківки”/.

ЛІКУВАННЯ. При розповсюджених формах консервативне /дієта, стероїдні гормони, салазопіридазин, сульфасалазин/.

При обмежених ураженнях однієї ділянки кишки – резекція в межах здорових тканин.

II. ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ – мішотчасте випинання стінки клубової кишки на відстані 30 – 80 см від ілеоцекального кута.

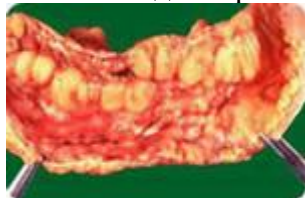
ЕТИОЛОГІЯ. Неповне зарощення жовточного протоку.

КЛІНІКА. Неускладнений дивертикул має безсимптомний перебіг. Проявляє себе при запаленні /дивертикуліт/. Клініка така ж, як і при гострому апендициті.

Лікування: Екстрена операція:

а/ дивертикулектомія /як апендектомія/ - при вузькій основі.;

б/ клиноподібна резекція кишки – при широкій основі.



Операційний препарат

III. НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ – розповсюджене виразкове ураження слизової оболонки стінки товстого кишечника.

ЕТИОЛОГІЯ. Автоімунне ураження слизової оболонки.

КЛІНІКА. Діарея з домішками крові та слизу, зневоднення, виснаження, гостра анемія, підвищення T тіла.

ДІАГНОСТИКА.

Аналіз крові /лейкоцитоз, зрушення формули вліво, прискорена ШОЕ/.

Колоноскопія /набряк слизової оболонки, ерозії та виразки, що зливаються між собою, контактна кровоточивість/.

Ірігоскопія /згладжування або відсутність гаустр – симптом “водопровідної труби”/.

ЛІКУВАННЯ:

I. Консервативне.

Постільний режим.

Висококалорійна дієта.

В/в введення глюкози, електролітів, білків, переливання крові.

Антибіотики широкого спектру дії у високих дозах.

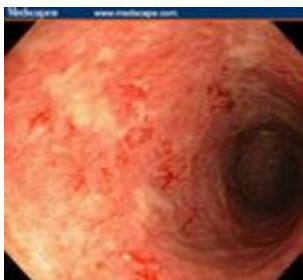
Салазопіридазин, сульфасалазин, сульфапіридазин.

Стероїдні гормони.

II. ХІРУРГІЧНЕ – при неефективності консервативного лікування і при ускладненнях.

Ілеостомія – для відключення товстого кишечника, надання йому функціонального спокою.

Субтотальна резекція товстої кишки з накладанням ілео – та сигмостоми.



Колоноскопія

IV. РАК ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА. Найчастіше розвивається у сигмовидній кишці – 34%, на II місці сліпа кишка – 16 – 30%.

КЛІНІКА. Загальне нездужання, слабкість, нестійкі випорожнення, (передування закрепів і проносів), біль в животі. Для пухлин правої половини товстої кишки характерний розвиток інтоксикації і хронічної анемії, для пухлин лівої половини – картина повільно наростаючої кишкової непрохідності. В калі домішки слизу, крові.

ДІАГНОСТИКА:

RRS (ректороманоскопія)

Колоноскопія.

Ірігоскопія.

ЛІКУВАННЯ: комбіноване: Передопераційне опромінення, операція, післяопераційне опромінення, хіміотерапія.

ВИДИ ОПЕРАЦІЙ:

Радикальні операції:

а/ геміколектомія

б/ субтотальна резекція ободочної кишки

в/ сегментарна резекція поперечноободкової та сигмовидної кишок.

Паліативні операції:

а/ обхідні анастомози

б/ розвантажувальні стоми

Після паліативних операцій можливе хіміопроменеве лікування.



V. 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 Склярєва – “шум плескоти” при легкому струсі черевної стінки.

Симптом Грекова /Обухівської лікарні/ - зяння 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

Питання до домашнього завдання

1. У потерпілого в передній черевній стінці стирчить ніж, встромлений по саму рукоятку. Ваші дії по наданню першої долікарської допомоги?

2. У потерпілого на передній черевній стінці мається рана, з якої випала петля тонкої кишки. Ваші дії по наданню першої долікарської допомоги?

3. По яких провідних симптомах Ви зможете запідозрити не специфічний виразковий коліт? Назвіть методи діагностики і принципи лікування.

4. Який вид кишкової непрохідності найбільш небезпечний? Обґрунтуйте Вашу думку.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 447 – 449; 472 – 485.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хірургія” стор. 508 – 511; 527 – 534.
3. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 407-413

АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтові з гострою кишковою непрохідністю на госпітальному етапі



ЗАСТОСУВАННЯ СИФОННОЇ КЛІЗМИ

Механізм дії сифонної клізми: сифонний метод промивання кишечника заснований на використанні принципу сполучених судин. Однією з них є кишечник, а другою – лійка на зовнішньому кінці гумової трубки. Сифонна клізма не тільки механічно вимиває кал, вона справляє подразнюючу дію на стінку кишечника, збуджуючи перистальтику.

Показання для застосування сифонної клізми:

1. Відсутність ефекту від очисної і послаблюючих клізм.
2. Непрохідність товстого кишечника.
3. Тяжкі отруєння та інтоксикації.

Послідовність дій при виконанні процедур

Положення і підготовка хворого:

1. Врахуйте, що сифонна клізма – це тяжка процедура для ослабленого пацієнта. Тому потурбуйтеся, щоб голова пацієнта лежала на подушці, верхню частину тіла пацієнта прикрийте ковдрою, при необхідності обкладіть його грілками і слідкуйте, щоб у ході виконання процедури він не промок.
2. Пацієнта положіть на край кушетки на лівий бік із зігнутими в колінах і підведеними до живота ногами або на спину.
3. Під таз підстеліть клейонку.
4. Біля кушетки поставте таз або відро для зливання промивних вод, відро з водою – 10-12л кімнатної температури, перекип'яченої та кухоль.

Введення гумового зонда в пряму кишку:

1. Одягніть фартух із пластикату і гумові рукавички.
2. Сліпий кінець гумового зонда змажте вазеліном і введіть зонд у пряму кишку на глибині 20-30 см.
Прослідкуйте, щоб зонд не звернувся в ампулі прямої кишки, контролюючи положення зонда при необхідності пальцем.
3. Приєднайте перехідник, гумову трубку і лійку.

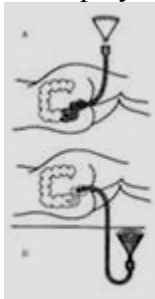
Методика промивання кишечника

1. Тримаючи лійку на рівні тіла пацієнта в нахиленому положенні, поступово наповніть її рідиною.
2. Підніміть лійку над пацієнтом на висоту 1-1,5м. При цьому вода переходить із системи в кишку.
3. Як тільки рівень води досягне звуженої частини лійки, останню опускають над тазом, не перевертаючи її до тих пір, поки вода з кишечника не заповнить лійку. При такому положенні добре видні пухирці газу і шматочки калу.
4. Вміст лійки злийте в таз і повторно наповніть лійку водою. Дія сифонної клізми спочатку проявляється помутнінням, каловим забарвленням води, постукуванням в лійку газів, потім шматочків калу, що свідчить про ефективність клізми.

5. Процедуру повторюйте до тих пір, поки з кишечника не припиниться відходження газів і калу.
6. Закінчуючи процедуру сифонної клізми, ще раз промийте кишечник, від'єднайте скляний перехідник, гумову трубку і лійку, гумовий зонд залиште в кишечнику на 15-20 хвилин, опустіть кінець зонда в таз, щоб стекли залишки рідини з кишечника і вийшли гази.
7. Поступово витягніть гумовий зонд з кишечника.
8. Здійсніть туалет шкіри навколо анального отвору і промежини.
9. Перевезіть пацієнта в палату, перекладіть його в ліжку і тепло закутайте, при необхідності зігрійте за допомогою грілок.

Дезінфекція приладдя для сифонної клізми:

Після процедури всі складові частини приладдя для сифонної клізми дезінфікують занурюванням у 5% хлорний розчин на 60 хв.



ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО ІРІГОСКОПІЇ

1. Протягом трьох днів до обстеження пацієнтові призначають безшлакову дієту і обмежують вживання вуглеводів. Виключають із харчового раціону чорний хліб, картоплю, капусту, яблука, виноград, бобові, молоко. Пацієнт приймає рідку їжу, яка легко засвоюється, дає найменшу кількість шлаків і не подразнює кишечник.
2. Для зменшення метеоризму пацієнт приймає по 2 таб. карболену 3 рази в день або склянку теплої відвару ромашки (1 ст. л. сухої ромашки заварюють склянкою окропу і настоюють протягом 30 хв.).
3. Напередодні перед обідом дайте пацієнтові прийняти всередину 30-50г рицинової олії.
4. Останній прийом їжі о 18 год.
5. На ніч товстий кишечник промийте за допомогою очисних клізм до "чистої" води. Клізми робіть із проміжком часу в 30-40 хвилин.
** Замість клізм можна застосувати препарати для очищення кишківника фортранс, мовіпреп*
6. Вранці за 3 год. до обстеження дайте пацієнтові легкий сніданок, щоб викликати рефлекторне переміщення вмісту з тонкого кишечника в товстий.
7. Через 15-20 хв. після сніданку зробіть очисну клізму, через півгодини – другу.
** При застосуванні фортрансу і мовіпрепу клізми можна не робити*
8. За 30-40 хв. до обстеження введіть пацієнтові газовивідну трубку, яку видалить перед тим, як хворий направиться в рентгенкабінет.
9. У рентгенкабінеті за допомогою клізм вводять барієву суміш (1л води, 200г барію сульфату, 10г таніну) і проводять дослідження.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Для очищення кишечника сольові проносні не призначають, тому що вони подразнюють слизову оболонку кишечника і сприяють розвитку метеоризму.



Іригоскопія в рентгенкабінеті

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО КОЛОНОСКОПІЇ

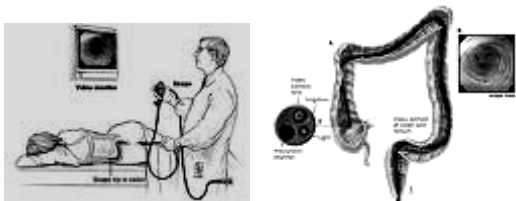
Метод колоноскопії дозволяє виявити патологічні зміни слизової оболонки товстої кишки, набряк, гіперемію, крововиливи, ерозії, виразки, поліпи, початкові форми раку.

Крім того, метод колоноскопії дозволяє вести динамічне спостереження за доброякісними пухлинами.

Показана колоноскопія при хронічних захворюваннях товстої кишки, при підозрі на поліпи, рак, кишкових кровотечах неясної етіології, розходженні результатів клінічного діагнозу і рентгенологічних обстеженнях товстого кишечника.

Протипоказаннями для колоноскопії є: хронічна декомпенсована серцево-судинна недостатність, інфаркт міокарда, гострий тромбоз мозкових судин, коматозний стан, шок, гострі захворювання органів черевної порожнини з явищами перитоніту, гемофілія.

Дослідження краще проводити після іригоскопії, яка дозволяє уточнити анатомо-топографічні особливості товстої кишки.



1. За 3-4 дні призначають пацієнтові безшлакову дієту.
 2. Напередодні після обіду (о 15 год.) пацієнт випиває 50г рицинової або маслинової олії (проносне). При запорах проносне призначають 2 рази в день.
 3. Увечері напередодні дослідження та зранку пацієнтові ставлять очисні клізми до "чистої" води. Останню клізму вранці ставлять за 2 год. до проведення дослідження і на 30 хв. вставляють газовивідну трубку.
- * Для очищення кишечника можна застосувати препарати фортранс, мовіпреп, тоді клізми не потрібні
4. Процедуру проводять натще.
 5. За 30 хв. до дослідження проводять премедикацію – вводять 1 мл 0,1% атропіну сульфату або 0,2% платифіліну гідротартрату 1 мл, і 2 мл 50% анальгіну або 1 мл 1% промедолу. Колоноскопії повинні передувати пальцеве обстеження прямої кишки і огляд заднього проходу на виявлення тріщин, геморою.

6. Положення пацієнта на лівому боці з підведеними до живота ногами. Після подолання ректосигмоїдального відділу товстого кишечника пацієнт повертається на спину і в такому положенні лікар-ендоскопіст проводить колоноскопію.

УШКОДЖЕННЯ І ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ, ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЛЕКЦІЯ №4

1. УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ: класифікація, клініка, діагностика, лікування.
2. ЖОВЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА, ХОЛЕЦИСТИТ, ХОЛАНГІТ: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
3. ТРАВМА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ: класифікація, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
4. ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ: класифікація, етіопатогенез, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
5. КІСТИ ТА НОРИЦІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ: причини, клініка, діагностика, лікування.

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 раннячого снаряду: кульові; осколкові

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

III. 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

I. 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.

II. ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ – запалення жовчного міхура.

КЛАСИФІКАЦІЯ

I. Неускладнений:

Катаральний.

Деструктивний:

а/ флегмонозний

б/ гангренозний

II. Ускладнений.

Оклюзійний /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 Т° 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.

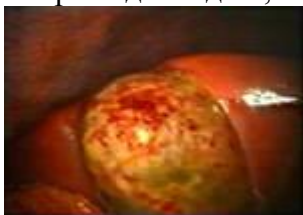
ЛІКУВАННЯ: При відсутності симптомів перитоніту лікування консервативне: голод, холод на живіт, спазмолітики, антибіотики /найбільш ефективні антибіотики тетрациклінового ряду, вони виділяються жовчю/, дезінтоксикаційна терапія, поперекова новокаїнова блокада.

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, холедохолітазі.

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

ДІАГНОСТИКА – див. холедохолітаз.

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 раннячої зброї:

а/ колото – різані

б/ вогнепальні /кульові осколкові/

По характеру ранового каналу:

а/ сліпі

б/ наскрізні

в/ дотичні

III. ПО ЛОКАЛІЗАЦІЇ УШКОДЖЕНЬ:

Голівка.

Тіло.

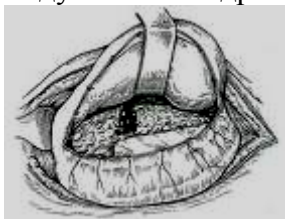
Хвіст підшлункової залози.

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.

ЛКУВАННЯ:

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 норичі.

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.

ЛКУВАННЯ ушкоджень підшлункової залози є тяжкою 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. Протишокова 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%.

Протишокова терапія, нормалізація ОЦК.

Дезінтоксикаційна терапія, нормалізація водно – електролітного балансу.

Інактивація панкреатичних ферментів інгібіторами: амінокапронова кислота, цалол, трасілол, контрікал, 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 дренивання черевної порожнини на 3-4 добу, після виведення пацієнту з шоку і покращання загального стану/.
- Сумніви в діагнозі при картині “гострого живота” /екстрена операція/.
- Неefективність консервативного лікування. Краще виконувати ендоскопічні малоінвазивні операції (санація і дренивання черевної порожнини і сальникової сумки), які дають набагато меншу летальність, ніж класичні лапаротомії.

- Гнійний панкреатит. Виконується ендоскопічна операція санації та дренивання 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%/.

Кісти підшлункової залози. Бувають природженими і паразитарними, але найчастіше є ускладненням травм підшлункової залози, гострого панкреатиту.

КЛІНІКА. Тупий постійний біль в епігастрії, наявність кулястого щільноеластичного утворення в епігастрії.

ДІАГНОСТИКА.

Рентгеноскопія 12 – палії кишки /розгортання підкови/.

УЗД.

Комп'ютерна томографія.

Радіоізотопне сканування.

ЛІКУВАННЯ: тільки хірургічне.

I. Паліативні операції.

Зовнішнє дренивання кісти /марсупіалізація/.

**Недолік: довге загоювання.*

Внутрішнє дренивання /цистогастроанастомоз або цистоеюноанастомоз/.

II. РАДИКАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ.

Цистектомія.

Резекція підшлункової залози разом з кістою.



МРТ: стрілкою показана кіста ПЗ

НОРИЦІ підшлункової залози. Є ускладненнями гострого панкреатиту, травм підшлункової залози.

КЛІНІКА. Виділення з зовнішнього отвору фістули прозорого соку, багатого панкреатичними ферментами, тяжка мацерація, роз'ятрення шкіри.

ДІАГНОСТИКА.

Фістулографія.

УЗД.

Ретроградна ендоскопічна панкреатографія.

ЛІКУВАННЯ.

I. КОНСЕРВАТИВНЕ.

Створення умов для вільного відтоку рідини.

Дієта з обмеженням жирів.

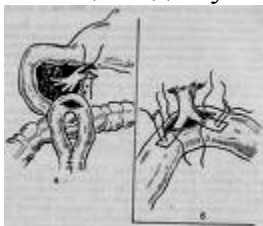
Часті перев'язки з використанням індивідуальних паст і мазей.

II. ХІРУРГІЧНЕ – при неефективності консервативного лікування на протязі 6 міс.

ВИДИ ОПЕРАЦІЙ:

Фістулектомія, панкреатоеюноанастомоз.

Резекція підшлункової залози.



Питання до домашнього завдання

1. Юнак в бійці отримав удар ногою в праве підребер'я.

ПРИ ОГЛЯДІ: стан важкий, загальмований, шкірні покриви бліді, акроціаноз. Пульс 108 в 1 хв., слабкий, артеріальний тиск 90/60 мм рт. ст. Живіт напружений, болісний в правому підребер'ї. В здухвинно – пахвинних ділянках і над лоном визначається притуплення перкуторного звуку. Попередній діагноз?

Дії першої долікарської допомоги?

2. У тучної 48 – річної жінки раптово з'явився сильний біль в правому підребер'ї з іррадіацією в праве плече, нудота, багаторазове блювання спочатку їжею, потім жовчю.

ПРИ ОБСТЕЖЕННІ: напруження м'язів, біль при пальпації в правому підребер'ї, там же пальпується щільно– еластичне утворення 2,5 x 3,5 см.

Ваш діагноз? Заходи першої долікарської допомоги?

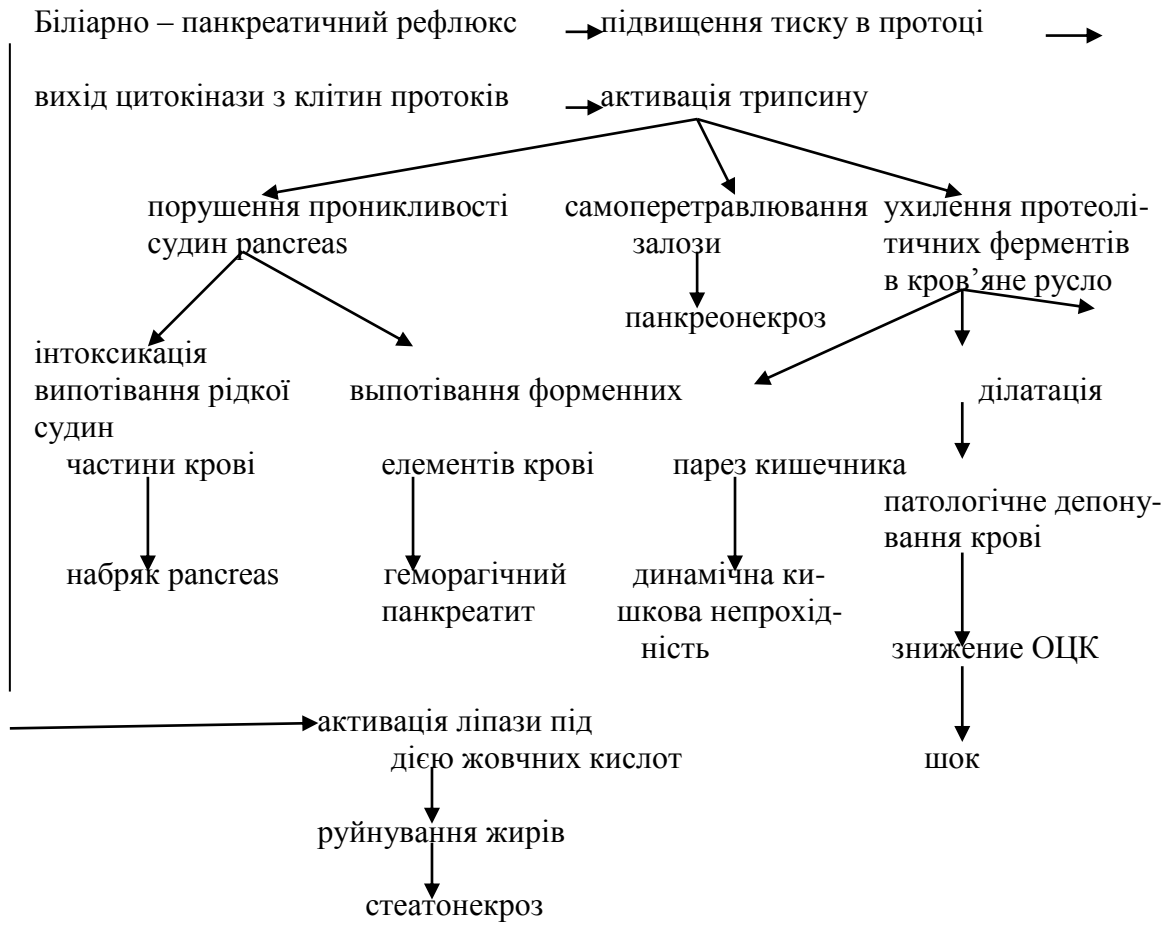
3. У 45 – річного чоловіка, зловживаючого алкоголем раптово з'явився сильний оперезуючий біль у верхній половині живота, нудота, багаторазова блювота.

ПРИ ОБСТЕЖЕННІ: стан тяжкий, акроціаноз, жовтяниця склер, пульс 104 на 1 хв., слабкий, АТ 100/80 мм рт. ст. Живіт здутий в епігастрії, болісний при пальпації. Попередній діагноз? Дії першої долікарської допомоги?

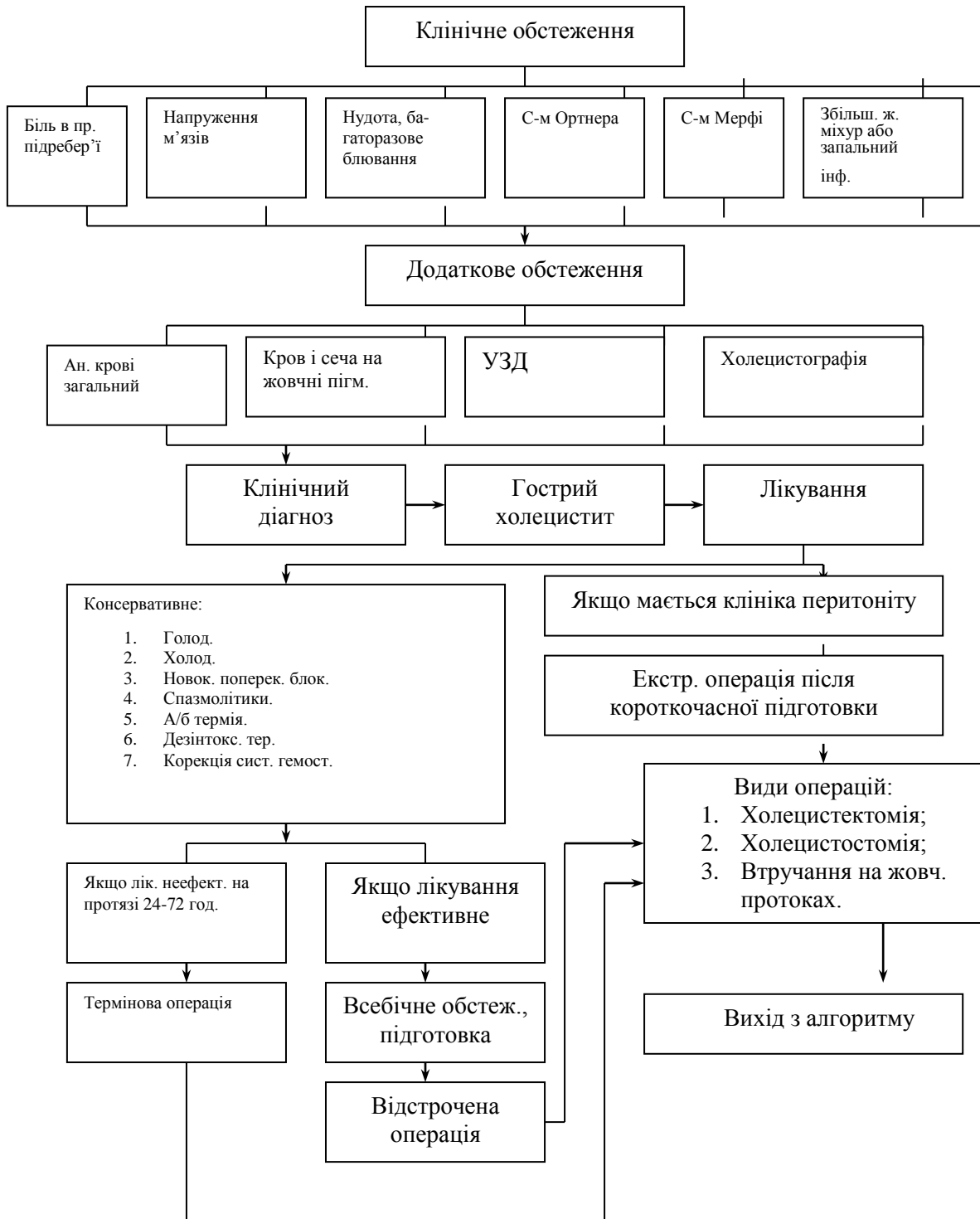
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 449 – 451, 461 – 471.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хірургія” стор. 508 – 511, 526 – 537.
3. Д.Ф. Скрипниченко “Неотложная хирургия брюшной полости” стр. 248 – 257, 262 – 266, 89 – 143.
4. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 401-413

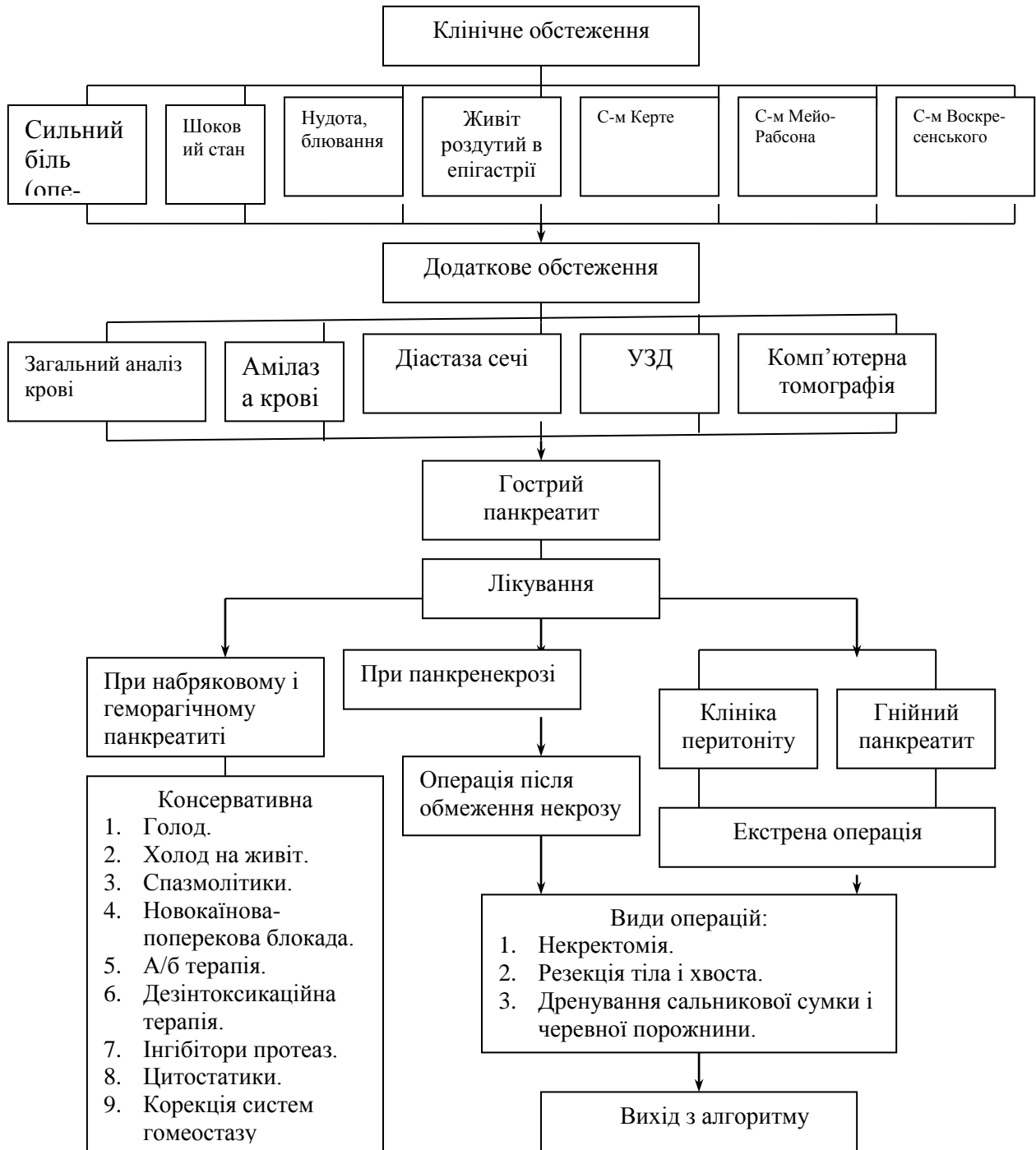
ГРАФІЧНА СХЕМА. ПАТОГЕНЕЗ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ



АЛГОРИТМ
Надання кваліфікованої допомоги пацієнтам
з гострим холециститом.



АЛГОРИТМ
Надання допомоги пацієнтам з
гострим панкреатитом на госпітальному етапі



ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО ХОЛЕЦИСТОГРАФІЇ І ХОЛАНГІОГРАФІЇ

Показання: жовчно-кам'яна хвороба, атонія жовчного міхура, дискинезія жовчних протоків.

Протипоказання: нестерпність препаратів йоду, декомпесовані вади серця, виражений атеросклероз, гіпертонічна хвороба III стадії, цукровий діабет (тяжка форма), цироз печінки.

Йодовмісні препарати, які використовуються для пероральної холецисто- і холангіографії: йопагност, холевід, білітраст.

Препарати, які використовуються для внутрішньовенної холецисто- і холангіографії: 20% розчин білігносту або біліграфіну в ампулах.

**Антидот йодовмісних препаратів: натрію тіосульфат.*



Холецистографія: конкременти в жовчному міхурі

Підготовка пацієнта до пероральної холецисто- і холангіографії.

1. На протязі двох днів перед обстеженням із харчового раціону хворих виключіть овочі, бобові, молоко.
2. Збільшіть денну норму цукру до 100 г.
3. Напередодні:
 - о 9 год. пацієнт з'їдає 100 г сиру;
 - о 12 год. – 20 г вершкового масла або 100 г сметани, 50 г білого хліба і запиває 100 мл теплої перекип'яченої води;
 - о 17 год. – 2 сирих жовтки курячих яєць;
 - о 19 год. – промийте кишечник пацієнта за допомогою очисних клізм до "чистої" води.
4. Після дії очисних клізм пацієнт приймає холевід або йопагност (12 табл. по 0,5г на протязі години, тобто через кожні 10 хвилин по 2 табл.) і запиває їх солодким чаєм з дрібною двовуглекислої соди, розчином глюкози або мінеральною водою без газу.
5. Після прийняття контрастної речовини пацієнтові слід полежати на правому боці протягом 1-2 години.
6. Вранці пацієнт іде натще в рентгенкабінет, взявши з собою 2 сирих курячих яйця.
7. Хворому роблять знімок жовчного міхура, потім він приймає 2 сирих жовтки.
8. Через 15-45 хвилин роблять серію знімків, на яких просліджують заповнення контрастною речовиною жовчних протоків.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Для очищення кишечника не призначають сольові проносні, тому що вони діють жовчогінно і сповільнюють всмоктування контрастних речовин.

Підготовка пацієнта до внутрішньовенної холецистографії.

1. Хворий протягом двох днів дотримується безшлакової дієти.

2. Перед обстеженням за 1-2 дні зробіть пробу на індивідуальну чутливість організму пацієнта до йодовмісного препарату. З цією метою введіть внутрішньовенно 1 мл препарату із тест-ампули. Якщо після проби не спостерігається ознак йодизму (кашель, нежить, сльозоточивість, підвищення температури, висипання), то можна не побоюватись реакції. В разі появи ознак нестерпності препарату негайно проінформуйте лікаря.
3. Напередодні ввечері і вранці здійсніть пацієнтові очищення кишечника за допомогою очисних клізм до “чистої” води. Вранці останню клізму зробіть не пізніше 2 годин до обстеження.
4. При відсутності алергії безпосередньо перед обстеженням внутрішньовенно в рентгенкабінеті введіть 40 мл підігрітої на водяній бані контрастної речовини (20% розчин білігносту або біліграфіну). Через 10-15 хв. після введення на рентгенограмі видно жовчні протоки, а через 40-45 хв. заповнюється жовчний міхур.

Якщо тест-ампули відсутні, то за призначенням лікаря розкривають 10 або 20 мл ампулу розчину білігносту чи біліграфіну, набирають із неї 1 мл препарату і пробу роблять за 3-4 години до обстеження. При відсутності алергії безпосередньо перед рентгенологічним обстеженням вводять 40 мл контрастної речовини внутрішньовенно повільно.

Якщо в минулому у обстежуваного спостерігались алергічні реакції, то на протязі декількох днів до пробного введення препарату за призначенням лікаря хворому дають антигістамінні препарати (димедрол, супрастин, піпольфен).

Надання невідкладної допомоги при алергічній реакції на йодовмісні препарати

При появі ознак підвищеної чутливості до препарату (слабкість, нудота, блювота, висипання, шкірний свербіж, набряки) негайно викличте лікаря і за його призначенням хворому введіть:

внутрішньом'язово 1% розчин димедролу – 1 мл;

0,1% розчин адреналіну гідрохлориду – 0,5 мл
преднізолон або гідрокортизон – 1 мл.

внутрішньовенно повільно: 30% розчин натрію тіосульфату – 10 мл;

10% розчин кальцію хлориду – 10 мл.

ПЕРИТОНІТ. «ГОСТРИЙ ЖИВІТ» ЛЕКЦІЯ №5

1. ПЕРИТОНІТ: Причинні чинники, етіологія, патогенез, класифікація, клініка, перша допомога, лікування.

2. “ГОСТРИЙ ЖИВІТ”: етіологія, клініка, методи діагностики, перша допомога, лікування.

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.

ЕТИОЛОГІЯ. 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.

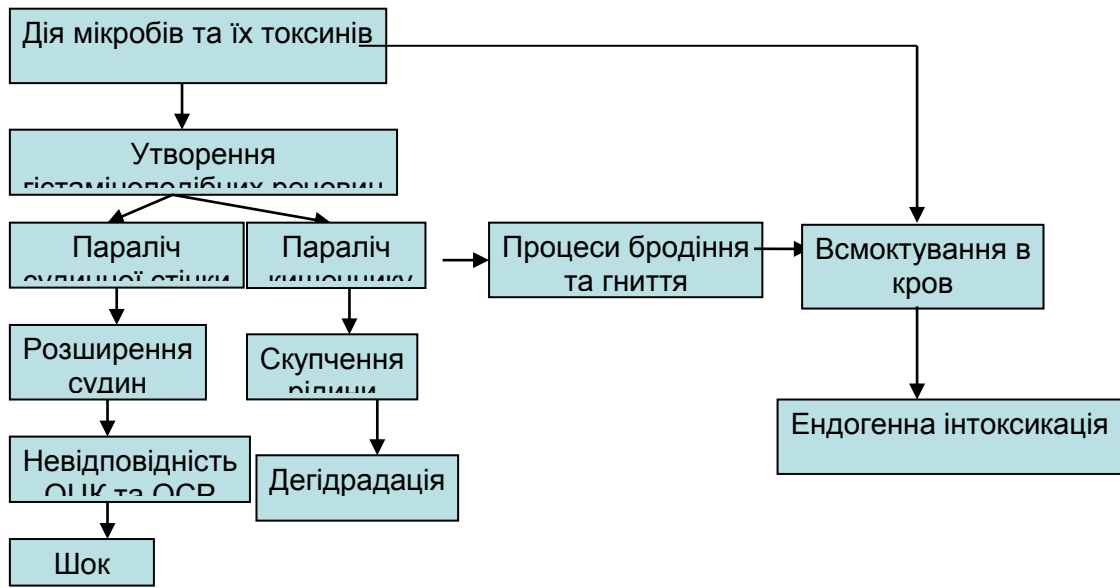
В післяопераційному періоді: антибіотикотерапія, дезінтоксикаційна терапія. корекція порушень білкового і водно – електролітного балансу. Відновлення функції шлунково – кишкового тракту:

- 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.

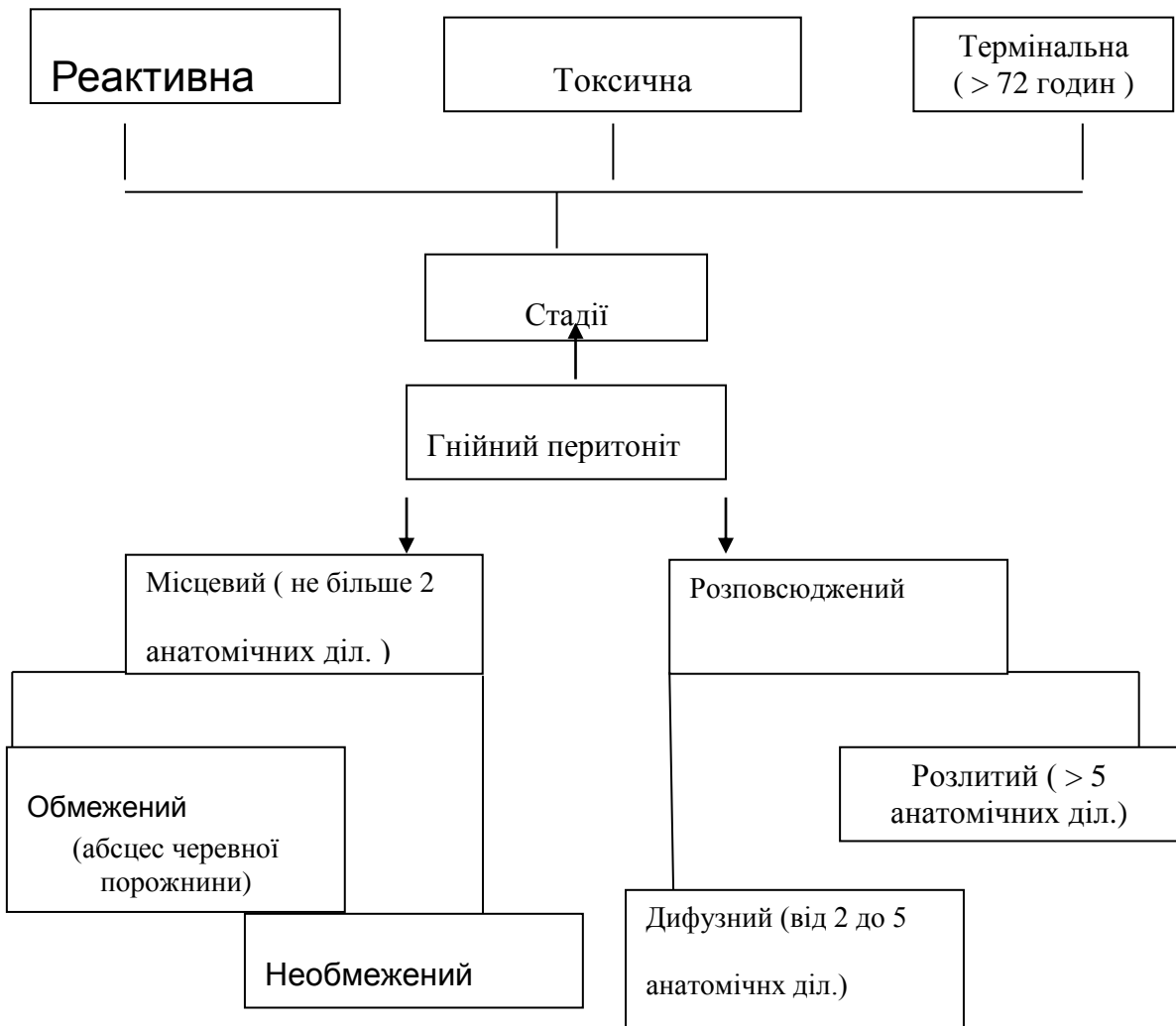
При розлитому перитоніті – перитонеальний діаліз у кількості 2,5 – 4 л діалізуючого розчину на добу. Програмовані релапаротомії.

- *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 зненацька 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	Інтоксикація	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

Д І А Г Н О С Т И К А

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.

ЛКУВАННЯ. В більшості випадків – екстрена операція після короткочасної 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.

Питання до домашнього завдання

1. При різкому гальмуванні автомобіля чоловік, що сидів на борту кузова, випав, вдарившись животом об бордюр тротуару. Через 30 хв. після травми потерпілий доставлений на ФАП. Стан тяжкий. Шкірні покриви бліді, на лобі краплини холодного поту, дистальні відділи кінцівок холодні. Скаржиться на біль в лівому підребер'ї, слабкість. Знаходиться у напівсидячому положенні, спроба надати горизонтального положення викликає посилення болю. Пульс 112 на 1 хвилину, слабкий. Артеріальний тиск 90/65 мм рт. ст. Живіт м'який, болючий при пальпації в лівому підребер'ї, де мається напруження м'язів. У здухвинно – пахвинних ділянках і над лоном визначається притуплення перкуторного звуку. Попередній діагноз? Дії першої долікарської допомоги?

2. На ФАП звернувся пацієнт зі скаргами на біль в верхній половині живота, нудоту, багаторазову блювоту. Біль з'явився напередодні після прийому значної кількості їжі. При огляді: шкіра бліда, язик сухий, обкладений коричневою кіркою. Риси обличчя загострені, вираз страждальницький. Пульс 104 на 1 хвилину, артеріальний тиск 100/70 мм рт. ст. При пальпації живота виявляється напруження м'язів і болісність на всьому протязі. Живіт роздутий, перистальтика не вислуховується. Ваш діагноз? Заходи першої долікарської допомоги?

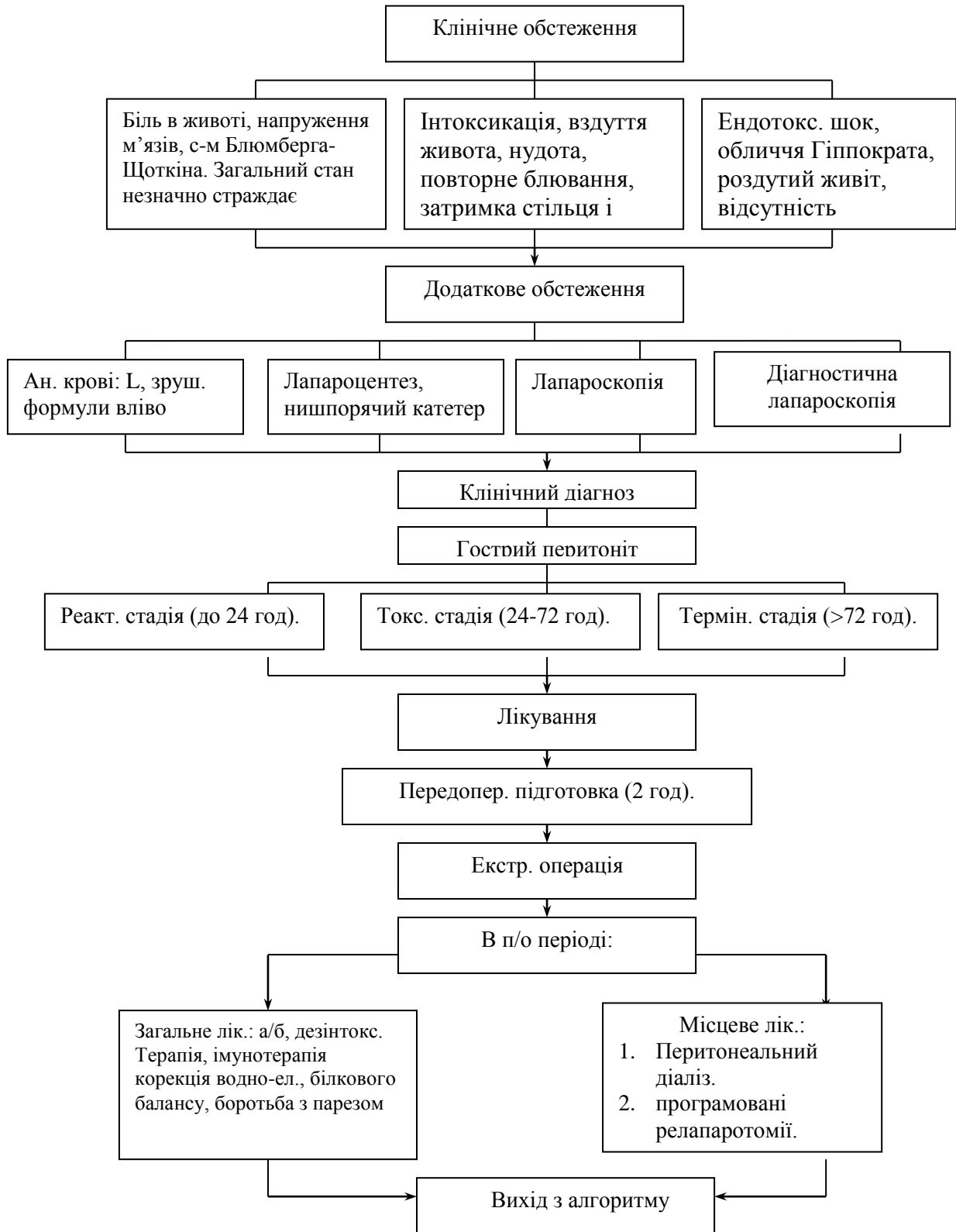
3.42 – річний чоловік раптово відчув сильний переймоподібний біль в животі, скоро приєдналася нудота, багаторазова блювота.

При огляді: стан середньої тяжкості. Періодично голосно кричить від болю, неспокійний, часто змінює положення. Живіт роздутий, при пальпації м'який, болісний. Вище і зліва від пупка визначається щільноеластичне утворення. Попередній діагноз? Дії першої долікарської допомоги? Методи діагностики? Принципи лікування?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 454 – 458.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хірургія” стор. 511 - 518.
3. “Клиническая хирургия” под. ред. Ю.М. Панцырева стор. 352 – 365.
4. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 401-413

АЛГОРИТМ Надання кваліфікованої допомоги пацієнтові з перитонітом



ПУНКЦІЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ (ЛАПАРОЦЕНТЕЗ)

Мета лапароцентезу: пункцію черевної порожнини здійснюють для отримання асцитичної рідини, з метою діагностики, з лікувальною метою.

Можливі ускладнення

1. Кровотеча в черевну порожнину внаслідок ушкодження судин брижі.
2. Ушкодження органів черевної порожнини.
3. Флегмона черевної стінки при порушенні правил асептики.
4. Підшкірна емфізема.
5. Виділення рідини через пункційний отвір.
6. Судинний колапс.



Підготовка пацієнта:

1. За 2-3 години до пункції зробіть пацієнтові очисну клізму.
ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!! При синдромі "гострого живота" робити клізму заборонено.
2. Безпосередньо перед пункцією пацієнт повинен спорожнити сечовий міхур.
3. За призначенням лікаря за 15-20 хв. до пункції підшкірно введіть пацієнтові 1 мл 2% розчину промедолу і 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату.
4. Посадіть пацієнта в крісло або на стілець так, щоб він спирався на його спинку.
5. На коліна покладіть клейону, а між ніг поставте таз або відро для асцитичної рідини.
6. При важкому стані пацієнта за призначенням лікаря покладіть його на правий бік.
ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!! Пункцію слід здійснювати в перев'язочній або в операційній з дотриманням усіх правил асептики.

Методика виконання лапароцентезу і допомога лікареві

1. Лікар знезаражує руки так, як для операції.
2. Шкіру передньої черевної стінки обробленої йодонатом або 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину біглюконату, потім висушує сухою стерильною серветкою.
3. Передню черевну стінку пошарово знеболює за допомогою 0,25-0,5% розчину новокаїну. Повторно знезаражує шкіру.
4. У місці пункції розрізає шкіру довжиною 0,5-1 см (по середній лінії між пупком та лобком або по краю лівого прямого м'язу живота) за допомогою скальпеля.
5. Троакаром разом із стилетом проколює передню черевну стінку.
6. Видаляє із троакара стилет і через трубку витікає цівкою асцитична рідина.
7. При необхідності набирає у стерильну пробірку декілька мілілітрів рідини для біохімічного дослідження.
8. Потім до троакара прикріплює гумову трубку, кінець якої опускає в таз і повільно (1 л протягом 5 хв.) з перервами випускає рідину для запобігання

розвитку колапса. Для цього на гумову трубку періодично накладає затискач.

9. Для максимального видалення асцитичної рідини живіт здавить простирадлом, складеним по діагоналі, обведеним навколо живота і зв'язить за спинкою крісла.
10. Після відходження рідини лікар видаляє троакар, на місце пункції накладає шви, потім – асептичну пов'язку.
11. Пацієнта транспортує в палату на каталці.
12. На живіт покладіть міхур з льодом.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Спостерігайте уважно за станом пацієнта після лапароцентезу. Пацієнт повинен дотримуватись суворого постільного режиму. За призначенням лікаря здійснюйте контроль артеріального тиску, спостерігайте за шкірними покривами і слизовими оболонками, за загальним станом пацієнта, за станом пов'язки.

ПОШКОДЖЕННЯ І ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ.

1. Ушкодження та сторонні тіла прямої кишки: клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
2. Геморой: передумовні фактори, клініка, лікування.
3. Тріщина відхідника: етіологія, клініка, лікування.
4. Параректит, аноректальні нориці: причинні чинники, клініка, діагностика, лікування.
5. Випадіння прямої кишки: етіологія, клініка, перша допомога, лікування.
6. Доброякісні та злоякісні пухлини прямої кишки: клініка, діагностика, лікування.

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

ГЕМОРОЙ: збільшення кавернозних тілець прямої кишки. Зустрічається у чоловіків в 3 рази частіше, ніж у жінок. Зумовлений посиленням притоком крові по артеріях до кавернозних тілець і затрудненим відтоком.

ПЕРЕДУМОВНІ ФАКТОРИ:

Фізичні навантаження, пов'язані з натужуванням.

Довгі і часті запори.

Вагітність.

Пухлини малого тазу.

Порушення кровообігу в нижній порожнистій і ворітній венах.

КЛІНІКА:

Випадіння гемороїдальних вузлів при дефекації і фізичному навантаженні.

Нерідко вузли зазнають тромбування і запалення. Це супроводжується сильним болем, підвищенням температури, спазмом сфінктера відхідника, випавші вузли стають щільними і різко болісними. Частим симптомом геморою є кровотеча з вузлів яскраво червоною кров'ю під кінець дефекації. В результаті повторних кровотеч може розвинути анемія.

ДІАГНОСТИКА:

Огляд відхідника при натужуванні.

Пальцеве дослідження.

Дослідження за допомогою ректального дзеркала.

ЛІКУВАННЯ:

КОНСЕРВАТИВНЕ:

а/ обмеження фізичних навантажень, бажано постільний режим;

б/ попередження закрепів;

в/ антибіотики при запаленні;

г/ антикоагулянти при тромбуванні;

д/ ректальні свічки /бетіол, анузол, неоанузол/.

ХІРУРГІЧНЕ: перев'язка і вирізання гемороїдальних вузлів.



ТРІЩИНА ВІДХІДНИКА /fissura ani/ - лінійний дефект слизової оболонки прямої кишки, який звичайно зустрічається по середній лінії ззаду.

ЕТІОЛОГІЯ: перерозтягнення відхідника твердими каловими масами або поранення слизової оболонки гострим стороннім тілом /кістка/. При цьому утворюється гостра тріщина, що має схильність до загоювання. Але при відсутності лікування дефект слизової оболонки робиться глибше, краї ущільнюються, тріщина робиться хронічною і самостійно загоїтися не може.

КЛІНІКА. Біль, що посилюється при дефекації, спазм сфінктера відхідника, домішки крові в калі.

ДІАГНОСТИКА:

Огляд відхідника.

Дуже обережне пальцеве дослідження.

ЛІКУВАННЯ:

ГОСТРОЇ ТРІЩИНИ: перерозтягнення сфінктера відхідника (тільки під наркозом!), проносні, ректальні свічки, теплі сидячі ванночки, дозована бічна сфінктеротомія, спирт – новокаїнова блокада по Рижих.

ХРОНІЧНОЇ ТРІЩИНИ оперативне: вирізання тріщини, дозована бічна сфінктеротомія.



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

ЕТІОЛОГІЯ. 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 газу.

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.



ЕПІТЕЛІАЛЬНИЙ КУПРИКОВИЙ ХІД – природжена аномалія розвитку шкіри крижово – куприкової ділянки, яка має вигляд втяжіння d від 1 до декількох мм, розташованого у між сідничній зморщі.

ЕТІОЛОГІЯ. Втяжіння шкірних покривів в результаті неповної редукції м'язів хвоста.

КЛІНІКА. Розрізняють неускладнений і ускладнений гнійним процесом епітеліальний куприковий хід. При неускладненому перебігу хворі ні на що не скаржаться і епітеліальний куприковий хід діагностується при огляді крижово – куприкової ділянки.

Рідко визначається підвищена вологість у міжсідничній зморщі за рахунок виділень.

Ускладнений епітеліальний куприковий хід може знаходитися у стадії гострого, хронічного запалення і ремісії. При розвитку запалення з'являється біль, пухлиноподібне утворення в міжсідничній зморщі, гіперемія шкіри, спочатку ущільнення, потім флуктуація. При прориві гнояка утворюється зовнішня нориця.

ЛІКУВАННЯ хірургічне:

Радикальна операція – вирізання епітеліального куприкового ходу разом з норицями і оточуючими тканинами.

Паліативна операція – розкриття гнояка.



ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

I. ПРОКТИТ – запалення прямої кишки.

ЕТІОЛОГІЯ: 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 печучості 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 мікроклізма з олівковою олією.



Ректороманоскопія: проктит

II. ПАРАПРОКТИТ – запалення навколо прямокишкової клітковини.

ЕТІОЛОГІЯ. 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 флуктуація.

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)

ПУХЛИНИ ПРЯМОЇ КИШКИ

I. ПОЛІПИ – доброякісна пухлина слизової оболонки, м'якої консистенції, на ніжці або широкій основі. Гістологічна будова – аденома. Поліпи бувають поодинокими та множинними /поліпоз/. Поліпи на широкій основі і поліпоз є облігатним передраком.

КЛІНІКА. Невеликі поліпи перебігають безсимптомно. Із збільшенням розмірів з'являються запори у передуванні з проносами, домішок крові в калі. Поліпи на довгій ніжці можуть випадати при дефекації через анус.

ДІАГНОСТИКА.

Пальцеве дослідження.

Огляд за допомогою ректального дзеркала.

Ректороманоскопія.

Ірігоскопія.

ЛІКУВАННЯ. Поодинокі поліпи видаляють /електроекцизія/. Поліпоз можна лікувати чистотілом по Аміневу, при відсутності ефекту – резекція прямої кишки.



Поліпектомія

II. РАК. Складає 80% ракових уражень кишечника. Вік хворих 40 – 60 років, частіше уражаються чоловіки /60%/.

ПЕРЕДУМОВНІ ФАКТОРИ. Поліпоз, хронічне запалення слизової оболонки, тріщини, геморої, випадіння слизової оболонки.

РІСТ ПУХЛИН може бути екзофітним – у просвіт кишки і ендофітним – у глибину стінки.

КЛІНІКА. Біль. Передування запорів і проносів, тенезми, домішки крові і слизу в калових масах, стрічкоподібний кал.

ДІАГНОСТИКА:

Пальцеве обстеження.

Огляд за допомогою ректального дзеркала.

Ректороманоскопія.

Ірігоскопія.

ЛІКУВАННЯ комбіноване: опромінення + операція + хіміотерапія.

ВИДИ ОПЕРАЦІЙ:

РАДИКАЛЬНІ :

а/ червно – промежинна екстірпація;

б/ червно - анальна резекція з низведенням вище розташованої ділянки кишки.

ПАЛІАТИВНА: накладання anus praeternaturalis (проти природного заднього проходу – колостоми).



Ректороманоскопія. Рак прямої кишки

Домашнє завдання

Виберіть симптоми, характерні для винесених в таблицю захворювань:

СИМПТОМИ	Геморой	Парапроктит	Рак	Тріщина
Біль				
Висока температура				
Стрічкоподібний кал				
Кровотеча яскраво червоною кров'ю				
Гіперемія шкіри				
Болісне ущільнення				
Спазм сфінктера				
Домішок крові в калі				
Домішок слизу в калі				
Симптом флуктуації				
Тенезми				
Прогресуюче схуднення				
Анемія				

Рекомендована література

1. Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 508 – 516.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хірургія” стр. 489 – 500.
3. “Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости” под ред. В.М. Савельева стр. 336 – 340.
4. Б.Е. Петерсон “Онкология” стр. 291 – 298.
5. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 413-416

Алгоритми до теми Ушкодження і захворювання прямої кишки

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО РЕКТОРОМАНОСКОПІЇ

Показання: виділення з прямої кишки гною, слизу, крові, наявність болю в прямій кишці, стійкі закрепи, особливо у людини похилого віку, взяття шматочка слизової оболонки товстої кишки для

гістологічного дослідження, напередодні ректальних лікувальних процедур (кишковий душ, грязьові тампони).

Протипоказання: тяжкий загальний стан хворого, гострі запальні та гнійні процеси в ділянці заднього проходу, рубцеві звуження прямої кишки.

Послідовність дій при підготовці пацієнта до процедури:

1. При запорах підготовку пацієнта починають за кілька днів до дослідження. Щоденно призначають по 50 г рицинової або маслинової олії і ставлять очисні клізми напередодні ввечері і вранці до “чистої” води. Останню клізму ставлять вранці за 2 год. до обстеження.
2. Якщо фізіологічні відправлення товстої кишки не порушені, то достатньо однієї клізми напередодні ввечері і вранці за 2 год. до проведення обстеження.

** Очищення кишечника можна проводити препаратами фортранс або мовіпреп*

Після останньої клізми введіть на 30 хв. газовивідну трубку, щоб відійшли залишки промивних вод і газу.

Запам'ятайте! Замість застосування клізм можна використати препарат нормолакс, який приймається per os.

Положення пацієнта під час процедури:

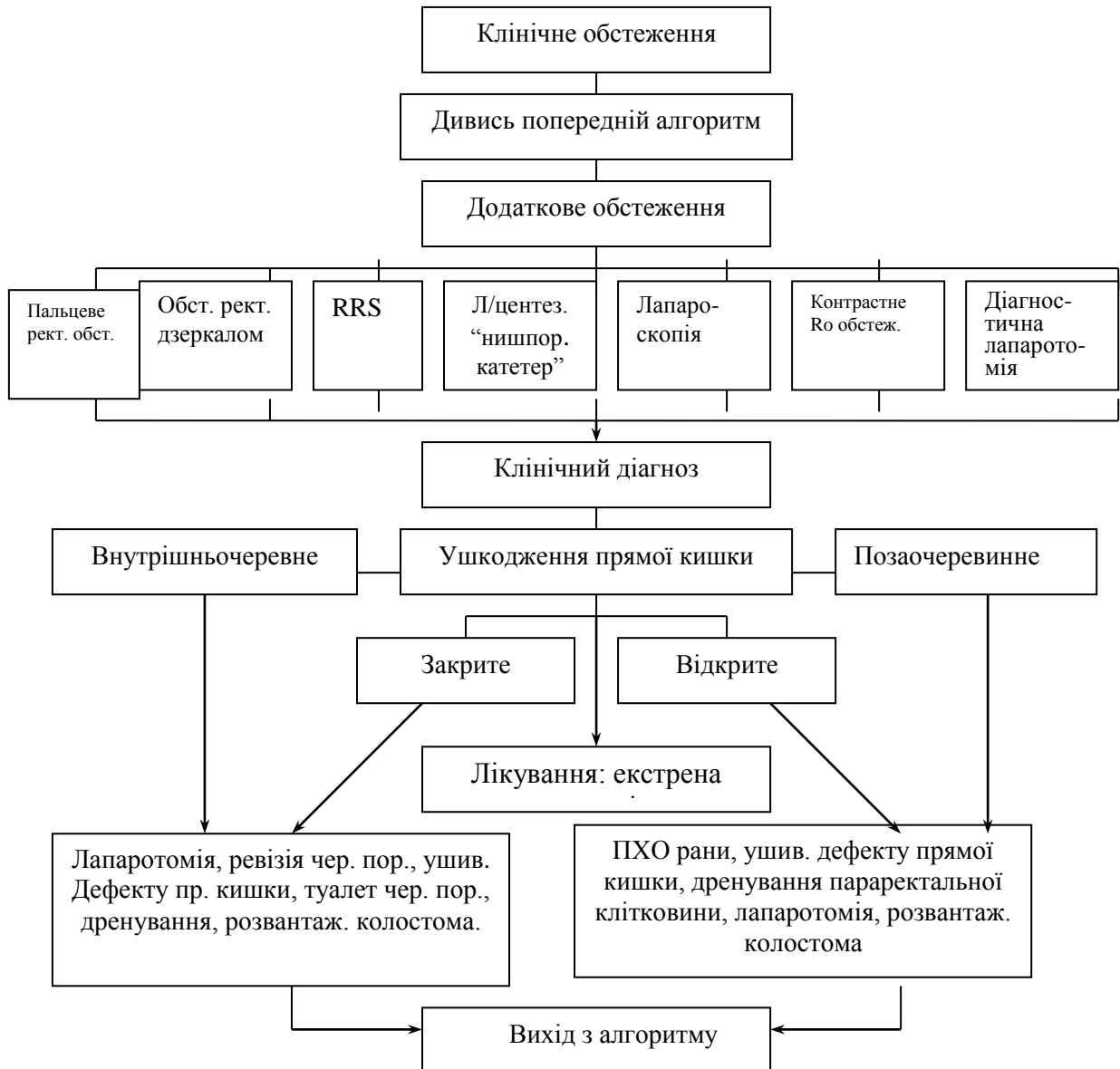
Найбільш зручне для введення ректороманоскопа положення колінне-ліктьове: пацієнт стає на коліна на перев'язочний стіл, щоб ступні звисали за його край, а ліктями або плечима упирається у стіл. Друге можливе положення – лежачи на правому боці з трохи піднятим тазом.



АЛГОРИТМ
Дії медпрацівника по наданню першої долікарської допомоги при
ушкодженнях прямої кишки



АЛГОРИТМ
Дії медпрацівника по наданню кваліфікованої допомоги при ушкодженнях
прямої кишки



ІНСТРУКЦІЯ ПО ПАЛЬЦЕВОМУ РЕКТАЛЬНОМУ ОБСТЕЖЕННЮ

1. Запропонуйте пацієнтові звільнити кишечник та сечовий міхур.
2. Надайте пацієнтові колінноліктьового, колінноплечового положення або положення на гінекологічному кріслі.
3. Одягніть на праву руку гумову рукавичку і змастіть вказівний палець вазеліном.
4. Повільно і обережно введіть вказівний палець правої руки через анальний отвір в пряму кишку.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

При спазмі анального сфінктера, опорі пацієнта внаслідок болю обстеження необхідно негайно припинити.

5. Круговим рухом вказівного пальця по ходу стрілки годинника обстежте усі стінки прямої кишки.
6. Повільно і обережно витягніть палець з прямої кишки і уважно огляньте її вміст, який залишився на пальці.
7. При необхідності відправте залишки вмісту на лабораторне дослідження.



ІНСТРУКЦІЯ ПО ОБСТЕЖЕННЮ ПРЯМОЇ КИШКИ ЗА ДОПОМОГОЮ РЕКТАЛЬНОГО ДЗЕРКАЛА

1. Запропонуйте пацієнтові спорожнити кишечник і сечовий міхур.
2. Надайте пацієнтові положення на гінекологічному кріслі, колінноліктьового або колінноплечового положення.
3. Візьміть простерилізоване ректальне дзеркало із зведеними браншами і змастіть бранші вазеліном.
4. Повільно і обережно введіть бранші ректального дзеркала через анальний отвір в пряму кишку і обережно розведіть їх до появи неприємних відчуттів у пацієнта.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

При спазмі анального сфінктера і опорі пацієнта внаслідок болю обстеження необхідно негайно припинити.

5. Після закінчення огляду прямої кишки зведіть бранші ректального дзеркала і витягніть його з прямої кишки.



ПОШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ. ЛЕКЦІЯ №1

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.

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.

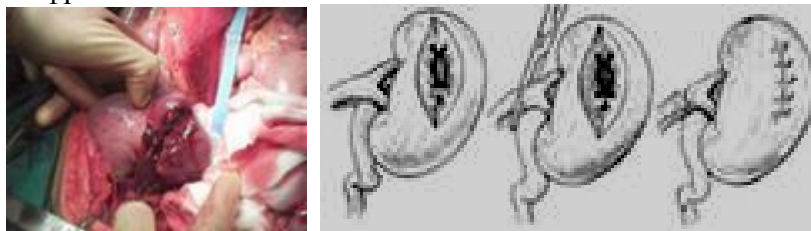
Загальний аналіз сечі /гематурія/.
Хромоцистоскопія /витікання крові з гирла сечовода, відсутність синього забарвлення сечі/.
Екскреторна урографія /вихід контрасту за межі нирки/.

ЛІКУВАННЯ: залежить від стану пацієнта.

Задовільний стан, незначна гематурія, відсутність затікання контрасту за межі нирки – консервативне лікування: постільний режим, холод на поперекову ділянку, гемостатична терапія, динамічний нагляд.
Стан шоку, ознаки внутрішньої кровотечі, профузної гематурії – екстрена операція.

ВИДИ ОПЕРАЦІЙ:

Ушивання розриву.
Резекція полюсу нирки.
Нефректомія.



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 на 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.

ЛІКУВАННЯ:

Внутрішньочеревинне ушкодження: лапаротомія, ушивання рани сечового міхура, туалет черевної порожнини, раціональне дронування, епіцистостомія або постійний катетер на 5 – 6 днів.

Позаочеревинне ушкодження: зашивання рани, епіцистостомія, розкриття сечових запливів, дронування навколоміхурової клітковини.



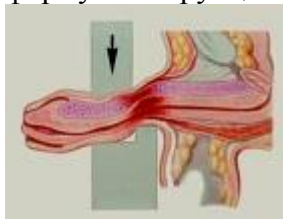
Розрив сечового міхура

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.

ЛІКУВАННЯ. Епіцистостомія, розкриття сечових заплівів, первинний шов уретри /накладається рідко внаслідок високого ризику інфікування і недостатності швів/ або вторинний шов після стухання запальних явищ і формування рубця.



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 /

ЕТИОПАТОГЕНЕЗ. 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/.

ЛІКУВАННЯ.

Консервативне: дієта, обмеження фізичних навантажень, санаторно – курортне лікування /Трускавець/, при супутньому запальному процесі – протизапальна терапія.

Хірургічне. Показання:

а/ напади ниркової кольки, які часто повторюються;

б/ супутній запальний процес;

в/ знижена функція нирки.

ОПЕРАЦІЇ: пієлолітотомія (видалення камінців з ниркової миски), резекція нирки, нефректомія.



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:

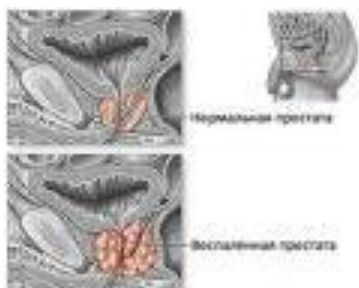
- Прискорене сечовипускання.
- Утруднення при сечовипусканні.
- Хворобливе сечовипускання.

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, наростають 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.

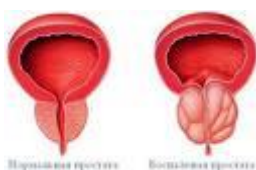
Лікування гострого простатиту. Для лікування гострого простатиту застосовуються антибіотики, що добре проникають у тканину передміхурової залози, наприклад Ципрофлоксацин. При не ускладненому перебігу хворі з гострим простатитом лікуються амбулаторно. Госпіталізації підлягають хворі з

ознаками важкої інтоксикації. Хірургічне лікування простатиту показано при розвитку: - абсцесу передміхурової залози – трансректальне розкриття і дренивання абсцесу.



Хронічний простатит. Звичайно розвивається після перенесеного гострого простатиту. Хворий відчуває тягучі, ниючі болі в промежині, статевих органах, прямій кишці. Болі посилюються після довгого сидіння і стихають після ходьби, легких фізичних вправ. Ще відзначається печіння під час сечовипускання. Хворі, як правило, стають дратівливими, погано сплять вночі. Запущений хронічний простатит може привести до розвитку безпліддя, запалення сусідніх органів і багатьом іншим неприємностей.

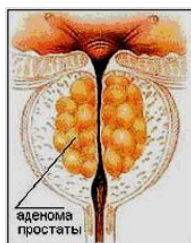
Лікування. Лікування хронічного простатиту проводиться амбулаторно, але триваліше. Крім антибіотиків, теплових процедур і свічок, проводяться масаж передміхурової залози, рефлексотерапія. Хворим рекомендований активний спосіб життя, виключення з вживання алкоголю і гострої їжі.



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/.

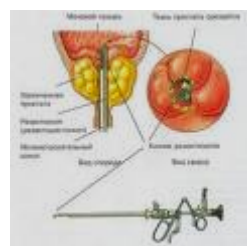
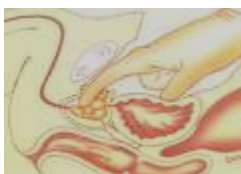
- Трансректальна пальпація передміхурової залози /збільшення в розмірах, розгладжування міждолевої борозни/.
- УЗД
- Флуометрія – визначення сили напору сечі
- Екскреторна урографія

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.



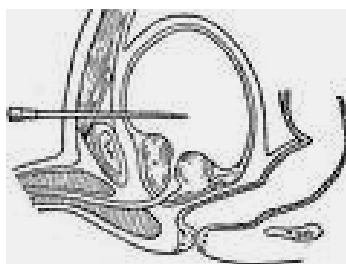
Відкрита аденомектомія Ендоскопічна аденомектомія ТУР аденоми



Схема епіцистостоми

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.



Питання до домашнього завдання

1. Яка травма сечостатевих органів характеризується уретрорагією?
Заходи першої долікарської допомоги?
2. Пацієнт в п'яній бійці здобув удар ногою в нижню половину живота. При огляді: блідий загальмований. Пульс 104 на 1 хв, артеріальний тиск 90/60 мм рт. ст. Живіт напружений над лоном, щадиться в акті дихання, болісний при пальпації. Визначається позитивний симптом Щоткіна – Блумберга. Попередній діагноз? Дії першої долікарської допомоги?

3. На ФАП звернувся пацієнт з гострою затримкою сечі внаслідок аденоми простати. Ваші дії?

4. Як Ви надасте першу долікарську допомогу при нападі ниркової кольки? Внаслідок Ваших дій напад ліквідовано. Ваші подальші дії, якщо це перший в житті напад?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.

1. Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 518 – 521, 524 – 527, 533 – 534.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хирургия” стр. 551 – 553, 557 – 560, 563 – 565, 566 – 569.
3. “Клиническая хирургия” под ред. Ю.М. Панцырева стр. 399 – 400, 428 – 433.
4. В.С Карпенко, Ю.А.Абрамов, Н.Ф. Кривошей «Амбулаторная урология» стр.206-239
5. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 416-433

ПОШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ ЛЕКЦІЯ №2

1. Запальні захворювання нирок та сечового міхура: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.

2. Захворювання статевого члена та яєчок: клініка, діагностика, лікування.

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.

ЛКУВАННЯ:

Постільний режим.

При порушенні балансу сечі – катетеризація сечовода.

Масивна антибіотикотерапія.

Хіміотерапія: 5 – НОК, невіграмон, бісептол.

Нітрофурани: фурадонін, фурагін, фуразолідон.

Сульфаніламідни – сульфапідідазін.

Дезінтоксикаційна терапія.

Боротьба з ацидозом.

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

КЛІНІКА ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ:

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 піелонефриті 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.

ЛКУВАННЯ:

Виявлення і санація вогнищ інфекції в організмі.

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

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



Макропрепарат: піелонефрит

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

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.

ЛКУВАННЯ: 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.

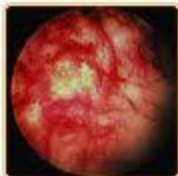
Спазмолітики.

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 плоті (*circumcisio*).



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

ЕТИОПАТОГЕНЕЗ. Може розвинутися при насильницькому оголенні голівки: при фімозі, при мастурбації, статевому акті. Зацімлююче кільце порушує

кровопостачання голівки, розвивається її запалення, а також некроз кільця крайньої плоті.

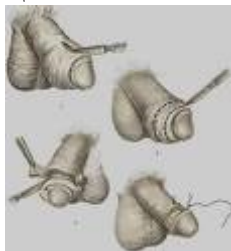
ЛІКУВАННЯ.

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

ОПЕРАТИВНЕ:

а/ розсічення зацімлюючого кільця;

б/ при некрозі крайньої плоті – циркумцизія.



ОРХОЕПІДИМІТ – 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.

ЕТИОЛОГІЯ – слабо виражене запалення оболонок яєчка.

КЛІНІКА. Розпираючий біль в мошонці, збільшення її в розмірах. При огляді мошонка грушовидної 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.



Питання до домашнього завдання

1. Які допоміжні методи обстеження допомагають встановити діагноз запальних захворювань нирок?
2. Які операції виконуються при:
а/ піонефрозі;
б/ гідронефрозі.
3. Які фактори сприяють розвитку гострого циститу? Принципи лікування?
4. Яку дію першої допомоги можна виконати при парафімозі?
5. Випишіть рецепти препаратів для: а/хромоцистоскопії; б/екскреторної урографії; в/ антидоту йодовмісних препаратів

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

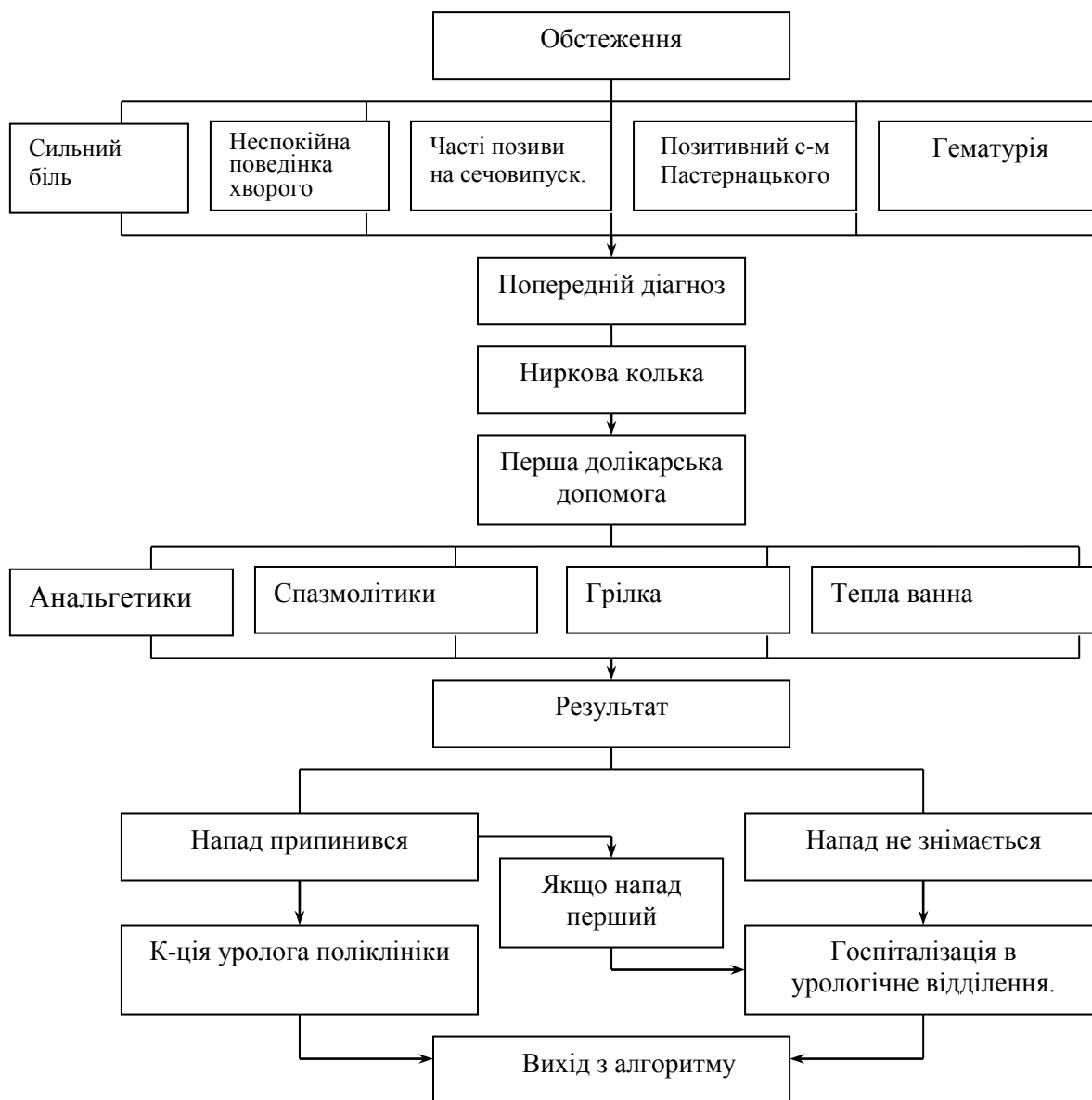
Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 521 – 529, 535 – 536.

В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко “Хирургия” стр. 553 – 557, 569 – 571.

В.С. Карпенко і соавт. “Амбулаторная урология” стр. 75 – 115.

Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 416-433

АЛГОРИТМ
Дії медпрацівника по наданню першої долікарської допомоги
при нирковій кольці



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

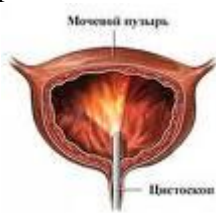


ІНСТРУКЦІЯ ПО ПІДГОТОВЦІ ПАЦІЄНТА ДО ЦИСТОСКОПІЇ

1. Запропонуйте пацієнтові спорожнити сечовий міхур і провести туалет зовнішніх статевих органів теплою водою з милом.
2. Заведіть пацієнта в ендоскопічний кабінет, запропонуйте роздягнутися від поясу униз і надіти на ноги бахіли.
3. Надайте пацієнтові положення на урологічному кріслі і обмежте зовнішні статеві органи стерильним простираллом з отвором в центрі.
4. Лікар, виконуючий обстеження, обробляє руки як перед операцією і одягає стерильні гумові рукавички.
5. Медсестра перевіряє нормальну роботу цистоскопа, поливає його стерильним гліцерином і подає лікареві.
6. Після введення цистоскопу у сечовий міхур медсестра заповнює його 150-200 мл розчину фурациліну 1:5000 за допомогою системи з 2-ходовим краном або шприца Жане.
7. Після амбулаторної цистоскопії хворого не відпускають додому на протязі 1 години, щоб пересвідчитись у відсутності кровотечі.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Пацієнта треба попередити про можливість підвищення температури тіла до 39°-40° і появи ознобу внаслідок всмоктування сечі через мікротравми слизової оболонки уретри, нанесені цистоскопом. При появі цих симптомів треба негайно звернутись до лікаря.



ІНСТРУКЦІЯ ПО СТЕРИЛІЗАЦІЇ ЦИСТОСКОПУ

1. Після використання вимийте цистоскоп теплою водою з 0,5% пральним миючим засобом.
2. Ополосніть цистоскоп проточною водою – 30 сек.
3. Замочіть цистоскоп у миючий розчин Т 50 °– 15 хвилин.
4. Промивання проточною водою, в залежності від використаного прального миючого засобу: “Біолот” – 3 хв. , “Лотос” – 10 хв.
5. Висушування при кімнатній температурі.
6. Стерилізація цистоскопу проводиться замочуванням в 96° етиловому спирті на 2 години, в 2% р-ні глютарового альдегіду, 0,2% р-ні надощтової кислоти, парами формальдегіду (Т 20°- 1 година), оксидом етилену в газовій камері.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ НИРОК І СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

Рентгенологічне обстеження нирок і сечовивідних шляхів включає:

- а) оглядову урографію (без використання контрастних речовин).
- б) внутрішньовенну урографію. При цьому внутрішньовенно вводять контрастну речовину, яка виділяється нирками і, насичуючи сечу, робить видимими нирки з мисками- чашечками, сечовід і сечовий міхур.
- в) ретроградну пієлографію: при якій контрастний препарат вводять через сечовідний катетер за допомогою цистоскопа в сечовід або навіть у ниркову миску.

Характеристика контрастних препаратів

Для рентгенологічного обстеження нирок і сечовивідних шляхів використовують йодовмісні контрастні речовини: трийодтрас, верографін, урограф. Ці препарати можуть викликати алергічні реакції навіть анафілактичний шок. Тому за 2-3 дні до обстеження хворому проводять пробу на чутливість до йоду. Внутрішньовенно вводять 1 мл йодовмісного препарату, використовуючи тест-ампулу. При появі ознак йодизму (нежить, шкірні висипання, набряки, підвищення температури) обстеження відмінюють.

Підготовка пацієнта до оглядової урографії

1. Протягом трьох діб пацієнт повинен дотримуватись безшлакової дієти. Їжа повинна містити мало солі, легко засвоюватись, складатись переважно з жирів і білків.
2. При метеоризмі призначають карболен по 1 (одній) табл. 3 рази в день.
3. Напередодні ввечері і вранці за 2 години до обстеження зробіть пацієнтові очисну клізму або використайте препарати фортранс, мовіпреп.
4. Безпосередньо перед обстеженням запропонуйте пацієнтові звільнити сечовий міхур.

Підготовка пацієнта до внутрішньовенної урографії

1. Підготуйте пацієнта так само, як і до оглядової урографії.
2. Крім того, за 2-3 дні до обстеження зробіть хворому внутрішньовенну пробу на індивідуальну чутливість до йодовмісних препаратів за допомогою тест-ампули.
3. При відсутності ознак йодизму безпосередньо перед обстеженням внутрішньовенно повільно введіть 40-60 мл контрастної речовини.

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!!!

Контрастні речовини необхідно вводити внутрішньовенно, тому що потрапляння їх в оточуючі тканини може призвести до перифлебиту і некрозу жирової клітковини.

Підготовка пацієнта до ретроградної урографії

1. Підготуйте пацієнта так само, як і до оглядової урографії.
2. Також підготуйте контрастні препарати і все необхідне для цистоскопії.

**Ретроградну пієлографію здійснюють разом рентгенолог і уролог.*



УШКОДЖЕННЯ ТА ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ХРЕБТА.

1. Ушкодження хребта: механізм, клініка, діагностика, перша допомога, лікування.
2. Остеохондроз: етіологія, патогенез, клініка, принципи лікування.
3. Хвороба Бехтерева: етіопатогенез, клініка, діагностика, принципи лікування.

УШКОДЖЕННЯ ХРЕБТА.

Травма хребта може торкнутися його кісткових елементів, м'язово – зв'язочного апарату і, нарешті, вмісту хребтового каналу, тобто спинного мозку та його оболонки. 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.

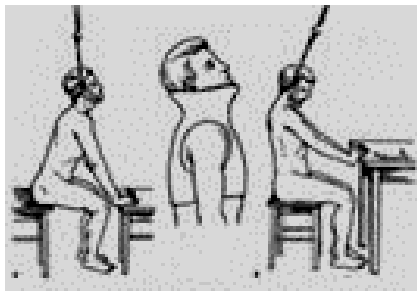
ВИВИХИ хребців найчастіше зустрічаються у найбільш рухливому шийному відділі. При цьому відбувається зсування вище розташованого хребця по відношенню до нижче розташованого. Розрізняють повні вивихи і неповні – підвивихи. В грудному і поперековому відділах вивихи звичайно супроводжуються переломами.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

МЕХАНІЗМ ТРАВМИ: насильне форсоване згинання голови або поворот шиї 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.

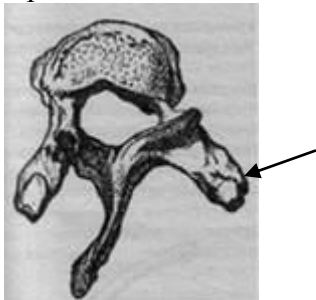
Не прямий – різке напруження м'язів, що прикріплюються до поперечних відростків /поперекові м'язи/. Має назву “перелом землекопів”.

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; кнутаподібний 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 RO – гр. в боковій проекції деформація тіла хребця у вигляді клину.

ЛІКУВАННЯ:

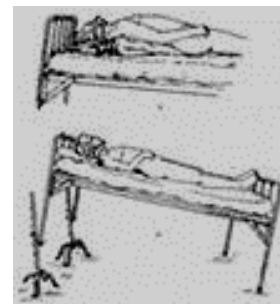
I. Консервативне. Показання – стабільні переломи: перелом з клиноподібною деформацією хребця, що не досягає половини висоти тіла.

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.

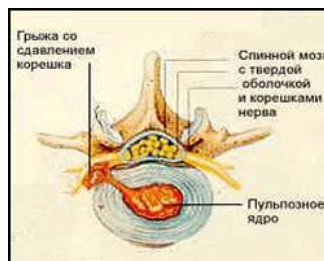
ОСТЕОХОНДРОЗ /дискоз, дископатія/:

дегенеративні, прогресуючі з віком зміни міжхребцевих дисків, при яких відбувається зневожування та розволокнення фіброзного кільця та грижоподібне випинання пульпозного ядра. Передні, бокові грижі та грижа Шморля /укорінення пульпозного ядра в тіло хребця/ протікають безсимптомно. Напрямо грижі диску назад – в бік спинномозкового каналу або в задньобоковому напрямі – в бік міжхребцевого отвору викликає стиснення спинного мозку або його корінців та реактивне запалення оболонок. Захворювання починається в 30 років, клінічно проявляється в 40 – 50 років.

КЛІНІКА: в поперековому відділі частіше уражуються диски між L_{IV} – L_V, або L_V – S_I, в шийному – між C_{VI} – C_{VII} або C_{VII} – Th_I.

Захворювання звичайно протікає хронічно (тупий біль в хребті, задерев'янілість хребта, обмеження рухів), загострення розвивається після підняття ваги. З'являється сильний біль по ходу нервових корінців та сідничного нерву. Положення тулуба змушене, сколіоз в бік, протилежний випавшому диску. Біль посилюється при нахилах, осьовому навантаженні. Біль погано піддається звичайній при радикуліті терапії.

ЛІКУВАННЯ: постільний режим на жорсткому щиті, витягання хребта, дегідратуюча та знеболююча терапія. Мануальна терапія. Паравертебральні блокади. ЛФК, масаж, фізіотерапія. При неефективності консервативного лікування – операція: дискектомія, спонділодез тіл хребців.



АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДІЛОАРТРОЗ /хвороба Бехтерева/:

Характерною особливістю захворювання є прогресуюча ригідність хребта з наступним утворенням анкілозів між хребцями. Вперше описав це захворювання В.М. Бехтерев у 1892 р. під назвою "задерев'янілість хребта".

Етіологічні фактори різні: простудні захворювання, ревматоїдний поліартрит, травма, гіперфункція паращитовидних залоз з підвищенням рівня кальцію в крові /норма – 9,5 – 10,5%/.

Патогенез:

анкілозування міжхребцевих суглобів та зв'язочного апарату хребта. Між тілами хребців перекидаються потужні кісткові перетинки.

В результаті функціональної недіяльності атрофуються м'язи спини.

Клініка:

поступово зростаючий біль в хребті при одночасному обмеженні його рухливості. Поступово конфігурація хребта змінюється: фізіологічні викривлення зникають і він набуває вигляд круглого кіфозу.

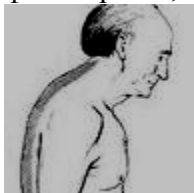
Хворий ходить зігнувшись вперед з нахилоною і нерухомою шиєю та головою. По мірі защемлення нервових корінців в грудному відділі вторинні радікулоневрити. Болі посилюються при чханні та кашлі. Обмежуються дихальні екскурсії грудної клітки, з'являється брюшний тип дихання. Проявляється хвороба Бехтерева в 25 – 30 р. і рідше в більш старшому віці.

Діагностика:

на РО – гр. хребет має вигляд “бамбукової палиці”.

Лікування:

фізіотерапія, грязьові, радонові ванни.

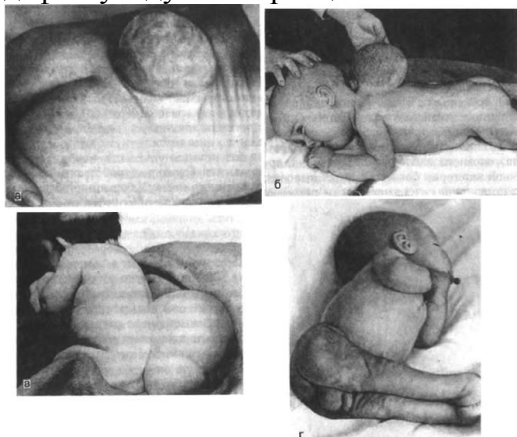


Природжені вади хребта

Спинномозкова грижа

Спинномозкова грижа - важкий порок розвитку, що характеризується вродженим незарощенням дужок хребців з одночасним грижовим випинанням твердої мозкової оболонки, покритою шкірою. Вміст грижі - спинномозкова рідина або спинний мозок. Популяційна частота 1:1000 новонароджених. В основі виникнення цього захворювання лежить порушення розвитку і замикання дужок хребців. Спинномозкова грижа нерідко поєднується з вадами розвитку сечовивідної системи, клишоногістю. Незарощення центрального каналу може спостерігатися у різних відділах хребта. Найбільш часто спинномозкові грижі зустрічаються в попереково-крижовій області, де замикання центрального каналу відбувається в останню чергу. Значно рідше спинномозкова грижа зустрічається в грудному та шийному відділах.

Лікування. Єдино правильним і радикальним є хірургічне лікування. Воно показано відразу після встановлення діагнозу. При невеликих грижах з хорошим шкірним покривом, якщо відсутні порушення функції тазових органів і нижніх кінцівок, до вирішення питання про операцію потрібно підходити дуже обережно, тому що в результаті травмування інтимо припаяних до грижового мішка елементів спинного мозку після операції можуть спостерігатися неврологічні порушення. Сутність операції полягає у видаленні грижового мішка і пластику дефекту в дужках хребців.



Питання до домашнього завдання

1. В якому положенні Ви будете транспортувати пацієнта з переломом хребта?

а/ сидячому;

б/ напівсидячому;

- в/ на спині на твердому щиті з валиком під місцем ушкодження;
- г/ на животі;
- д/ на боку.

2. Як попередити виникнення пролежнів у пацієнта з ушкодженням спинного мозку?

- а/ частіше повертати пацієнта в ліжку;
- б/ використання підкладних кругів;
- в/ протирання шкіри камфорним спиртом;
- г/ масаж;
- д/ усе перелічене вірно;
- є/ нічого не вірно.

3. Як попередити східну сечову інфекцію у пацієнта з ушкодженням спинного мозку?

- а/ раннє накладання фістули сечового міхура;
- б/ дренажування сечового міхура;
- в/ промивання сечового міхура розчинами антисептиків;
- г/ використання антибіотиків;
- д/ все перелічене вірно;
- є/ нічого не вірно.

4. До фельдшера ФАПУ звернулася дівчина 17 р. зі скаргами на біль в спині, який посилюється при рухах. Біль з'явився після виконання на уроці фізкультури вправи "міст". При огляді: невеликий набряк, болісність при пальпації в поперековій ділянці. Попередній діагноз? Ваші дії та рекомендації?

5. Чоловік 35 р. упав з висоти. Стан тяжкий, у свідомості, але на запитання не відповідає. Пульс 120/хв., слабкий, АТ 60/40 мм. рт. ст. Реагує на пальпацію V - VI шийних хребців. Рухи верхніх та нижніх кінцівок відсутні, чутливість відсутня до рівня сосків. Дихання поверхневе. Попередній діагноз? Заходи першої долікарської допомоги?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Д.Ф. Скрипниченко "ХІРУРГІЯ" стор. 538 – 543.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко "ХИРУРГИЯ" стр. 547 – 579.
3. П.Н. Напалков, А.В. Смирнов, М.Г. Шрайбер "Хирургические болезни" стр. 448 – 455.
4. "Клиническая хирургия" под ред. Ю.М. Панцырева стр. 498 – 499.
5. Г.С. Юмашев "Травматология и ортопедия" стр. 203 – 222.
6. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 433-443

**ПОВТОРИТИ: Туберкульоз хребта /тема: "Хронічна специфічна хірургічна інфекція/*

УШКОДЖЕННЯ КІСТОК ТАЗУ

1. Анатомічна будова тазу.
2. Механізм шоку при переломах кісток тазу.
3. Загальні принципи надання першої допомоги при переломах кісток тазу.
4. Класифікація переломів кісток тазу.
5. Окремі види переломів: механізм травми, клініка, діагностика, лікування.

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.

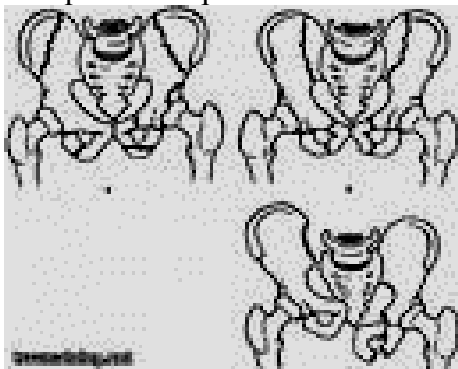
3. Переломи з порушенням безперервності тазового кільця:

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, масаж, 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 ізольованому 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, протишокова 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.

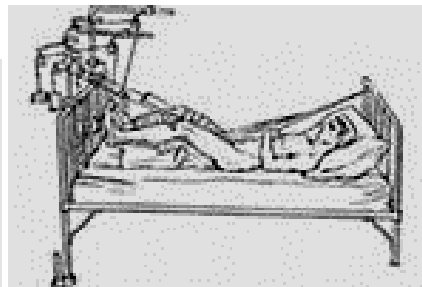
Клініка: біль, порушення функції кульового суглобу, положення ноги характерне для вивиху стегна.

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

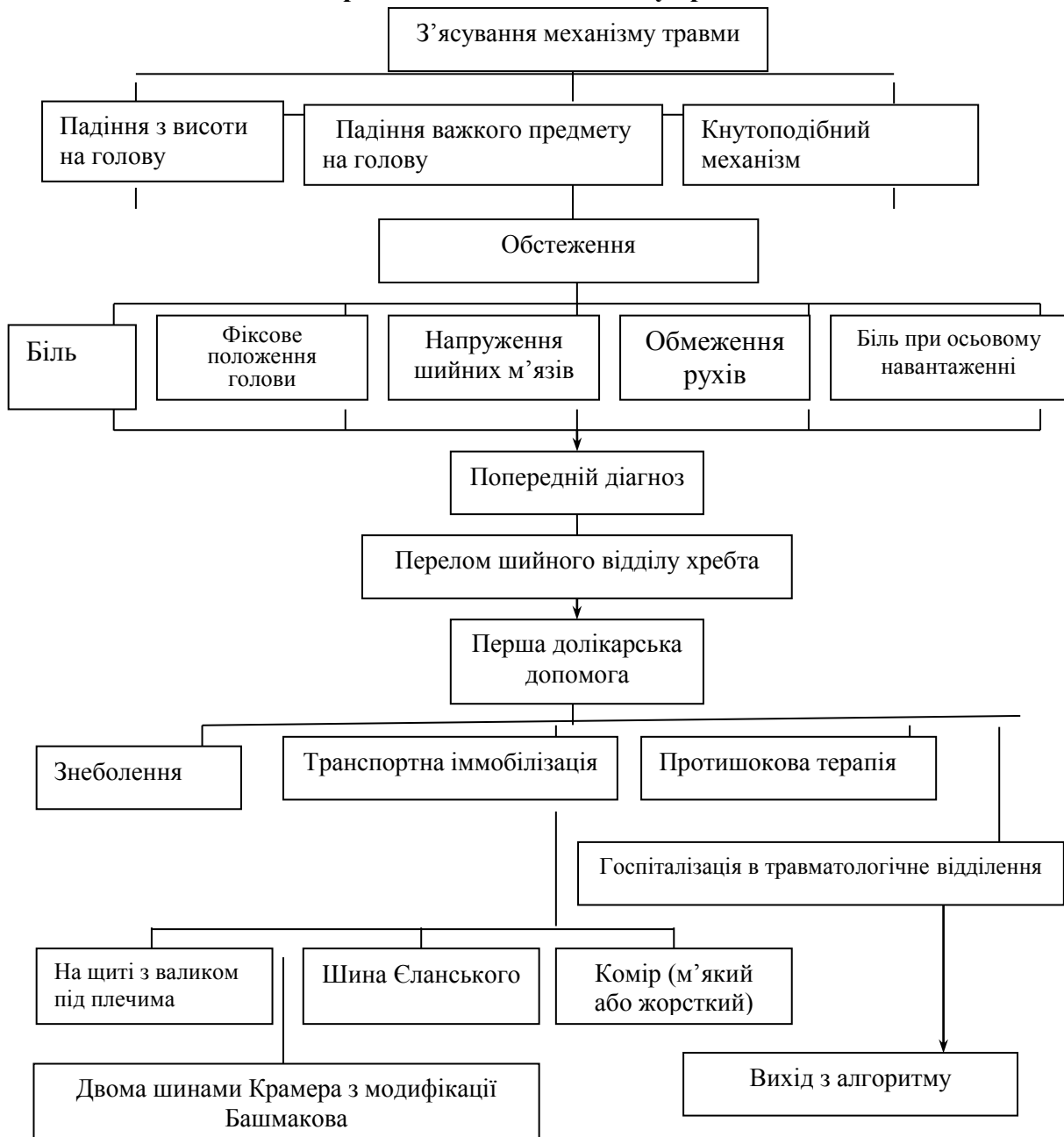
Питання до домашнього завдання:

1. В якому положенні транспортувати пацієнта з переломом тазу?
 - а/ напівсидячому;
 - б/ лежачи на спині;
 - в/ на спині на твердому щиті в позі “жаби”;
 - г/ лежачи на боці.
2. У пацієнта К. з переломом тазу мається клініка шоку. Які препарати Ви оберете при наданні першої допомоги?
 - а/ кров;
 - б/ еритроцитарна маса;
 - в/ поліглюкін;
 - г/ гідролізат казеїну;
 - д/ желатиноль.
3. Для якого перелому кісток тазу характерний симптом “прилиплої п’яти”?
 - а/ крижової кістки;
 - б/ крила клубової кістки;
 - в/ ушкодження переднього напівкільця;
 - г/ перелом Мальгєня.
4. При переломі кісток тазу виконується анестезія:
 - а/ вагосимпатична блокада за Вишневським;
 - б/ паранефральна блокада;
 - в/ блокада за Школьниковим;
 - г/ паравертебральна блокада;
 - д/ загальне знеболення.
5. При якому переломі кісток тазу призначається лікування підвішуванням в гамаці з тягою нахрест?
 - а/ крайові переломи;
 - б/ перелом лонних та сідничних кісток в вигляді “метелика”;
 - в/ розрив лонного зчленування;
 - г/ перелом Мальгєня.
6. Який перелом кісток тазу лікується підвішуванням в гамаці без перехрестя тяг?
 - а/ крайові переломи;
 - б/ перелом з порушенням переднього напівкільця;
 - в/ розрив симфізу;
 - г/ перелом Мальгєня.
7. До Вас на ФАП з місця автоаварії доставлено потерпілу. Хвора різко загальмована, бліда, пульс 120/хв. АТ 80/55 мм. рт. ст. Скарги на біль внизу живота, яка різко посилюється при спробі ворухити ногами. При пальпації біль в ділянці лонного сполучення. Осьове навантаження викликає біль. Спостерігається симптом “прилиплої п’яти”. Ваш діагноз? Тактика фельдшера в умовах ФАПу?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.

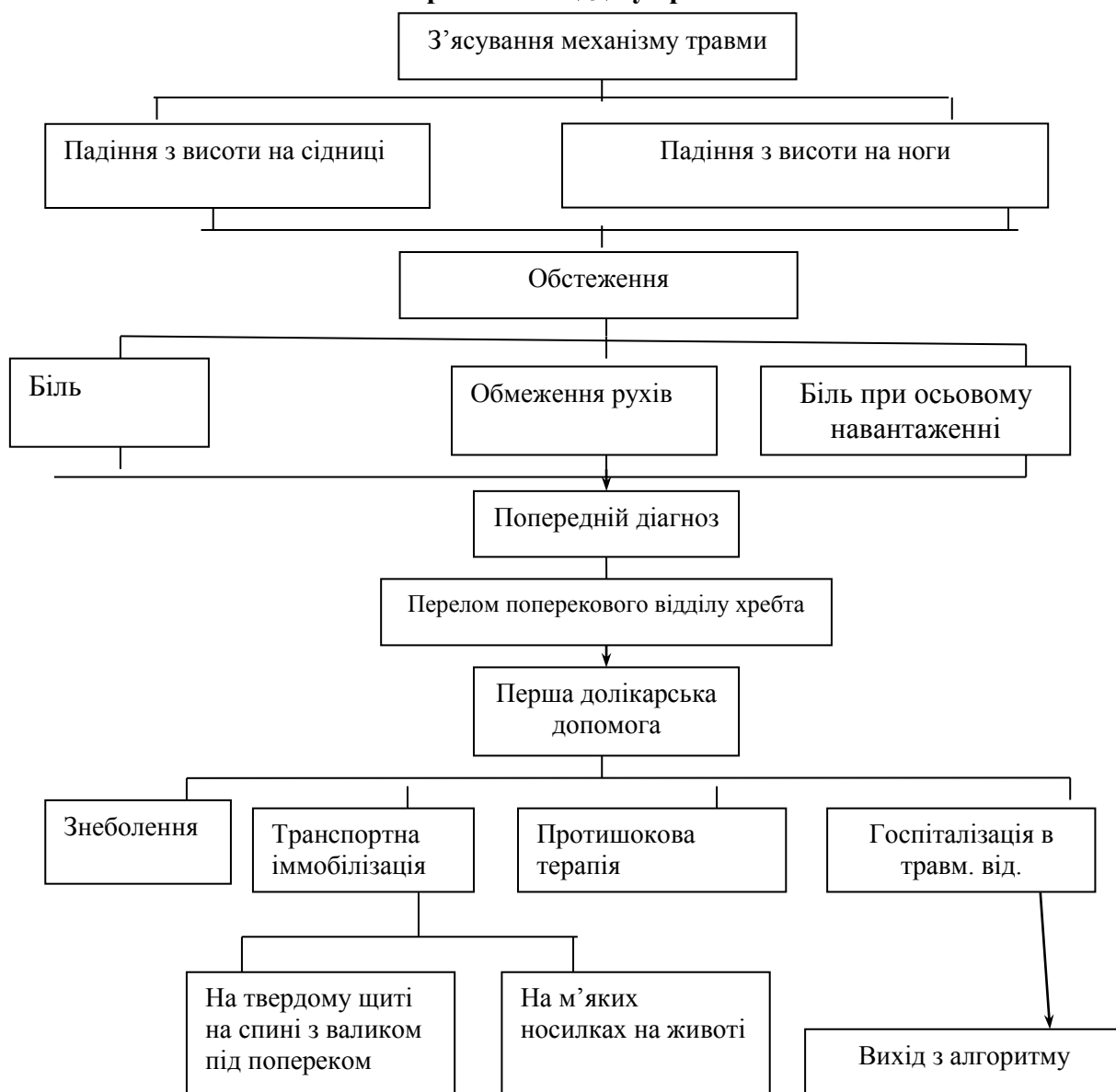
1. Д.Ф. Скрипниченко “ХІРУРГІЯ” стор. 543 – 546
2. А.В. Каплан «Повреждения костей и суставов» стр. 331-352
3. Уотсон-Джонс Р. «Переломы костей и повреждения суставов» стр. 599-608
4. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 457-462

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

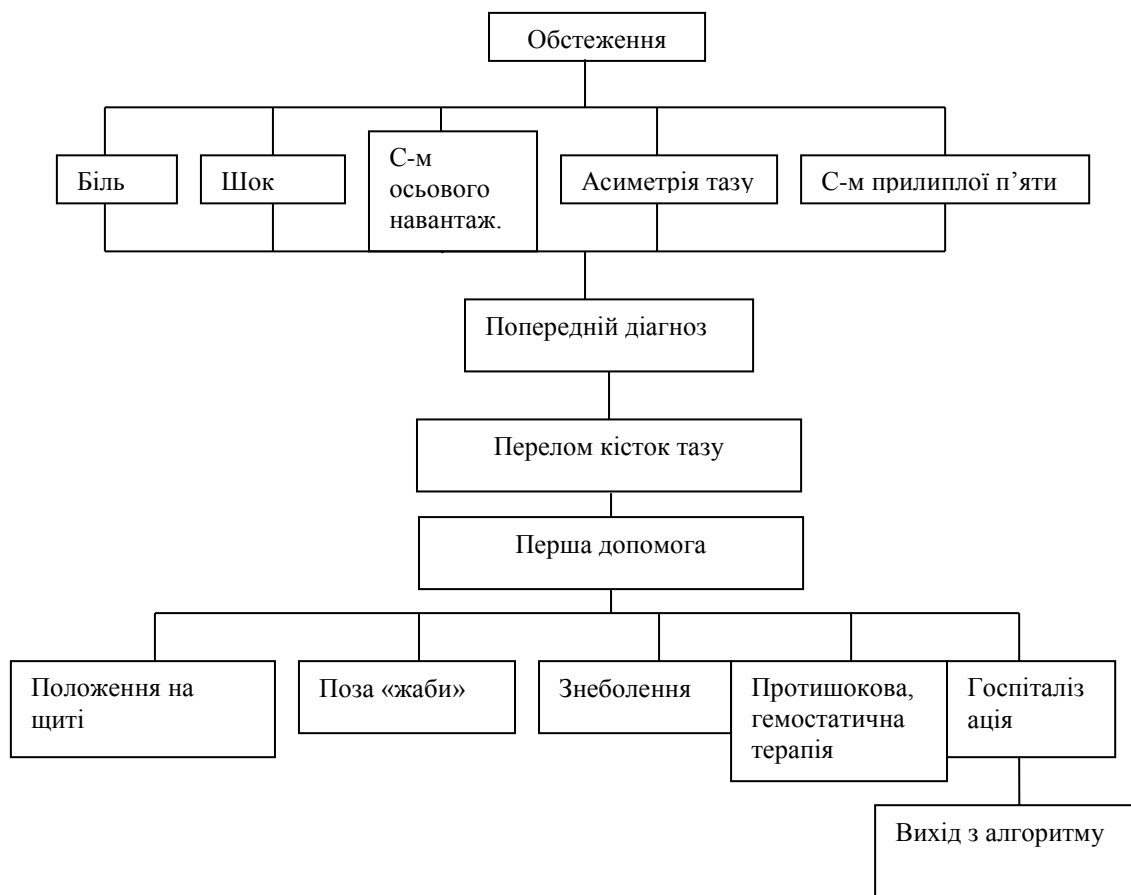


АЛГОРИТМ

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



Алгоритм надання першої допомоги пацієнтові з переломом тазу



ПІДГОТОВКА ЛІЖКА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ ХРЕБТА, ТАЗУ

1. Покладіть щит під матрац.
2. Пацієнтові з переломом хребта підкладіть під поперек реклінаційний валик необхідної висоти.
3. Якщо методом лікування перелому хребта обрано витягання вагою власного тіла, надайте головному кінцеві ліжка підвищеного положення, зафіксуйте пацієнта петлею Глісона, або лямками, проведеними через пахвові ямки.
4. При переломі кісток тазу без зсунення уламків надайте пацієнтові позу «жаби»: під стегна підкладіть валик шириною від сідничної зморшки до підколінної ямки, ноги пацієнта напівзігнуті в колінних і кульшових суглобах і розведені в сторони.
5. При переломі кісток тазу із зсуненням половини тазу доверху, таз підвищується в гамаку, накладається скелетне витяжіння за ногу з ураженої сторони.
6. При розриві симфізу таз пацієнта підвищується в гамаку з перехрестом тяг.

ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ПАРЕЗАМИ, ПАРАЛІЧАМИ, ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ

1. Профілактика пролежнів.
2. Профілактика застійної пневмонії.
3. Профілактика тромбоемболічних ускладнень.
4. Профілактика атрофії м'язів: ЛФК, масаж, електростимуляція.
5. При затримці сечі введіть в сечовий міхур постійний катетер, який прифіксуйте до голівки статевого члена, або до внутрішнього боку стегна за допомогою смужки лейкопластиря.
6. Промивайте сечовий міхур двічі на добу теплим розчином фурациліну 1:5000 для попередження висхідної інфекції.
7. При парезі кишечника дійте згідно алгоритму (тема: "Післяопераційний період").

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО РЕНТГЕНОГРАФІЇ ХРЕБТА, ТАЗУ

1. Для рентгенографії шийного і грудного відділів хребта особливої підготовки не потребується.
2. Для рентгенографії поперекового відділу хребта і кісток тазу необхідна ретельна очистка кишечника:
 - за 3 дні до обстеження безшлакова дієта;
 - напередодні обстеження о 15.00 дати пацієнтові випити 50 мл рицинової олії;
 - о 19 і 20 годині поставити 2 очисних клізми або очистити кишечник препаратами фортранс, мовіпреп;
 - в день обстеження заборонити пацієнтові снідати;
 - за 2 години до обстеження поставити очисну клізму (при застосуванні фортрансу й мовіпрепу клізма не потрібна);
 - на 30 хвилин ввести газовивідну трубку.

УШКОДЖЕННЯ ТА ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КІНЦІВОК.

- 1.Крепитуючий тендовагініт: причини, клініка, лікування.
- 2.Контрактура Дюпюїтрена: причини, клініка, лікування.
- 3.Ніготь, що вріс, hallux valgus: етіологія, клініка, лікування.
- 4.П'яткова шпора, ганглії, гідрома: причини, клініка, лікування.
- 5.Природжені деформації нижніх кінцівок: причини, клініка, лікування.
- 6.Ушкодження колінного суглобу: механізм травми, клініка, лікування.

КРЕПІТУЮЧИЙ ТЕНДОВАГІНІТ: запалення сухожилкової піхви внаслідок стереотипних рухів або значного фізичного навантаження. Найчастіше зустрічаються тендовагініти згинальників передпліччя великого та малого гомілкового м'язів. Рецидиви захворювання 6 – 20% випадків.

КЛІНІКА: біль в ділянці передпліччя або гомілки, яка посилюється при фізичному навантаженні. При огляді: набряк, при рухах кистю або стопою, крепітація, пальпація по ходу сухожилку болісна.

ЛІКУВАННЯ: гіпсова шина на 8 – 10 днів, анальгетики, УВЧ, е/ф з гідрокортизоном, лідазою, новокаїном, парафінові та озокеритові аплікації. При неефективності – операція – вирізання сухожилквих піхв.



КОНТРАКТУРА ДЮПОИТРЕНА: хронічне рецидивуюче захворювання долонного апоневрозу кисті з утворенням згинальної контрактури пальців. Хворіють чоловіки старші 40 р. Передумовні фактори – хронічні мікротравми.

КЛІНІКА: захворювання розвивається поступово і повільно з появою в ділянці долоневої зморшки щільного безболісного вузлика розміром з горошину – /I ступ/. Потім вузлик збільшується, від нього утворюються щільні тяжі, які доходять до п'ястно – фалангових суглобів /II ступ/. Потім відбувається ущільнення і деформація долонного апоневрозу з розвитком згинальної контрактури пальців /III ст./.

ЛІКУВАННЯ:

Ін'єкції лідази в долонний апоневроз.

Е/ф з гідрокортизоном.

Ін'єкції алое, скловидного тіла, ФІБС.

Парафінові та озокеритові аплікації.

В III ст., операція – вирізання долонного апоневрозу.



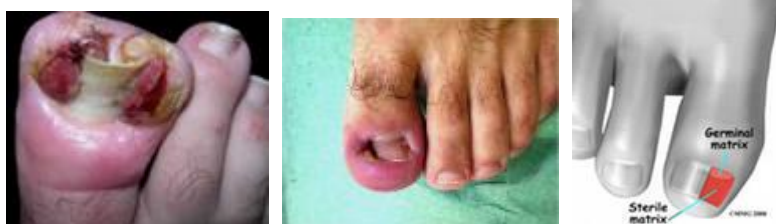
Ніготь, що вріс: характеризується вrostанням в м'які тканини одного або обох країв нігтя, найчастіше I палець стопи.

Передумовні фактори – носіння тісного взуття, неправильна стрижка нігтів.

КЛІНІКА: біль в ділянці нігтя, набряк, гнійні виділення. В ділянці навколо нігтьового валика розростаються гіпергрануляції.

ЛІКУВАННЯ: теплі содові ванночки, марлеві прокладки, змочені антибіотиками, між краєм нігтя та м'якими тканинами. Носіння м'якого просторого взуття.

Глибоке вrostання нігтя лікується оперативно: резекція частини нігтя, що вросла, вирізання навколонігтьового валика.



Hallux valgus – деформація I пальця ступні назовні. Причина: носіння взуття з вузьким носком та високими підборами, довге перебування на ногах.

КЛІНІКА: біль в ділянці головки плюснової кістки, часті запалення, неможливість користуватися стандартним взуттям. I пал. ступні відхилений назовні на 20 – 40° і більше.

ЛІКУВАННЯ: в початкових стадіях консервативне: теплі ванночки, масаж, ЛФК, поліуретанові прокладки між пальцями. При значній деформації операція – видалення кістково – хрящових розростань в ділянці голівки, остеотомія плюснової кістки для корекції положення I пальця. Після операції іммобілізація гіпсовим чобітком на 4 - 5 тижнів. Носіння протягом 6 – 8 міс. ортопедичного взуття.



П'яткова шпора – екзостоз п'яткової кістки. Причини: плоскостопість, хронічна травма. У 20% хворих визначається на обох п'яткових кістках.

КЛІНІКА: швидка втома ніг при ходьбі, часом гострий біль в ділянці п'яти, який супроводжується кульгавістю. При пальпації п'яти з підшовової поверхні виявляється біль. Діагноз підтверджується РО – гр. ступні.

ЛІКУВАННЯ: УВЧ, РО – терапія, парафінові та озокеритові аплікації, ультразвук. При неефективності операція – остеотомія.

ГАНГЛІЙ, ГІГРОМА: ганглій – кіста сухожилкової піхви, гідрома – кіста суглобної капсули. Причина: повторні мікротравми. Найчастіші локалізації – тильна поверхня проміневоzap'ясткового суглобу, тил ступні, підколінна ямка, тил кисті, по ходу сухожилків розгинальників, долонна поверхня кисті, на рівні голівок п'ясткових кісток.

КЛІНІКА: на вищевказаних місцях з'являється щільно – еластичне, кругле, безболісне пухлиноподібне утворення, яке повільно збільшується і не викликає функціональних порушень.

ЛІКУВАННЯ: консервативне /роздавлення/. Оперативне – цистектомія.



ПРИРОДЖЕНІ ДЕФОРМАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК.

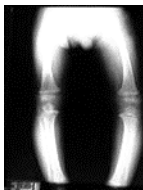
Genu valgum – бокове викривлення в колінному суглобі, з кутом, відкритим назовні, випуклістю всередину. (Х-подібні ноги). Причини: рахіт, дитячий параліч.

КЛІНІКА: у вертикальному положенні гомілки розведені, що робить ходу незручною та негарною.



Genu varum – бокове викривлення в колінному суглобі, з кутом, відкритим всередину, а випуклістю назовні (О-подібні ноги). Причина: рахіт. Варусне положення затрудняє ходьбу.

ЛІКУВАННЯ: обох деформацій у дітей до 5 – 6 р. можна починати з гіпсових пов'язок з корекцією. При неефективності а також у більш старших дітей операція – остеотомія нижньої третини стегна або остеотомія верхньої третини кісток гомілки. Результати добрі.



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 – менісектомія.



Меніски

Вправлення меніску Менісектомія

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: РО – 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.



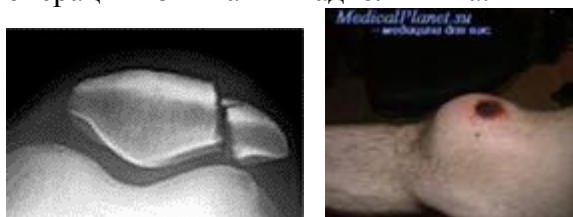
Перелом надколінника – механізм травми – падіння на коліно, удар по надколіннику, надмірне напруження 4 – главого м’язу.

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

ДІАГНОСТИКА: РО – гр. колінного суглобу.

ЛІКУВАННЯ: при незначному зсуненні уламків після евакуації крові із суглобу гіпсовий тугор від кісточок гомілкоstopного 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 голівка 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:

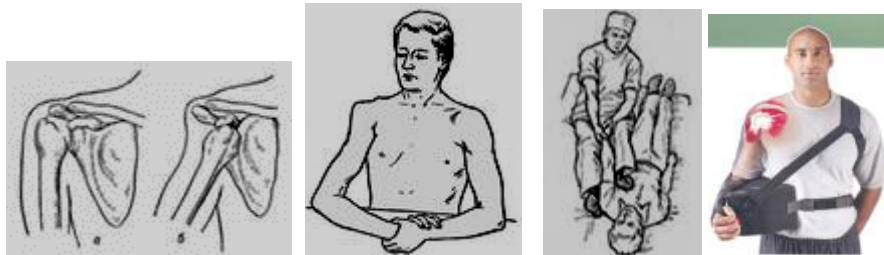
1. Свіжий (не більше 3-х днів)
2. Несвіжий (від 3-х днів до 3-х тижнів)
3. Застарілий (більше 3-х тижнів)

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 голівка розташована нижче рівня ключовидного відростка або в передньому відділі пахвової западини. Рухи в суглобі неможливі. Вивих плеча визначається характерним симптомом "пружного опору", який обумовлений рефлекторним 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

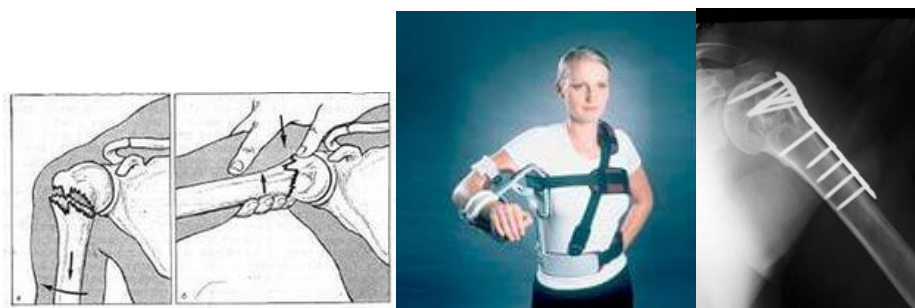
хаотичне розміщення остеонів та виражене звуження діяфіза плечової кістки різко знижують міцність цієї ділянки в порівнянні з іншими відділами кістки. Виникають вони, як правило, внаслідок непрямої травми, при падінні на лікоть або витягнуту руку.

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 ліктю.

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 предпл'яддя.

Діагностика. Рентгенографія променезап'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

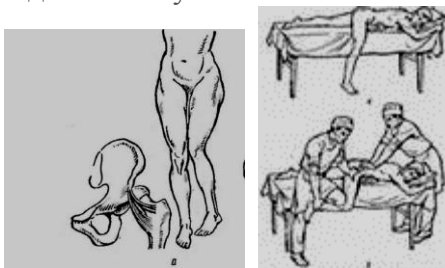
Вивихи стегна. Травматичні вивихи стегна виникають внаслідок непрямої важкої травми (падіння з висоти, шляхово-транспортна пригоди та інші) переважно у чоловіків у віці від 20 до 60 років.

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.

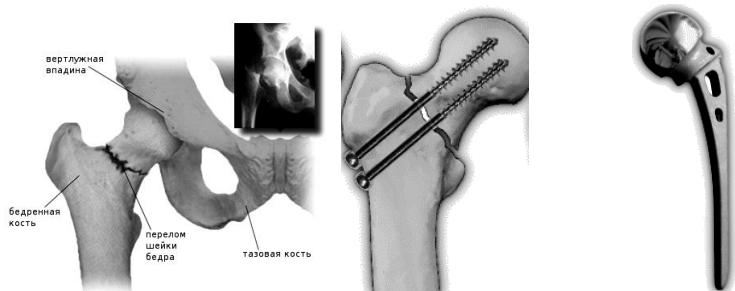


Перелом шийки стегна. Перелом шийки стегнової кістки (або перелом шийки стегна) - серйозна травма, яка при неправильному або несвоєчасному лікуванні може призвести до тяжких наслідків (інвалідності, а деяких випадках і до смерті потерпілого). У молодих людей переломи шийки стегна відбуваються нечасто.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



Питання до домашнього завдання

1. Кіста суглобної капсули має назву:

- а/ ганглії;
- б/ гідрома;
- в/ бурсит;
- г/ артрит.

2. Hallux valgus – це:

- а/ бокове викривлення гомілки кутом відкритим назовні;
- б/ бокове викривлення гомілки кутом відкритим всередину;
- в/ зовнішнє викривлення і пальця стопи;
- г/ остеомієліт і пальця кисті.

3. На прийом до фельдшера звернулася прая дитячого садку зі скаргами на біль в правому проміневоzap'ястному суглобі, яка посилюється при рухах пальцями та кистю. Зі слів пацієнтки травми не було. При обстеженні: ділянка правого проміневоzap'ястного суглобу і н/з передпліччя трохи набрякли. При рухах пальцями та кистю в ділянці передпліччя визначається крепітація.

Попередній діагноз? Ваші рекомендації?

4. До медпункту звернувся пацієнт К. 45 років, слюсар.

Скаржитися на незначний біль в ділянці долонної поверхні лівої кисті, утруднення при розгинанні IV та V пальців. Зі слів пацієнта: травми не було. При обстеженні: на долонній поверхні лівої кисті визначаються щільні вузлики та тяжі.

Попередній діагноз? Ваші рекомендації?

5. Під час гри в футбол в момент, коли гравець заніс ногу для удару по м'ячу, його збили з ніг. Сам піднятися не може. На поле викликано фельдшера. Скарги на біль в правому коліні, неможливість його розігнути. При обстеженні: коліно зігнуто під кутом 130°, спроба розігнути його викликає різкий біль.

Попередній діагноз? Ваші дії?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.

1. Д.Ф. Скрипниченко "ХІРУРГІЯ" стор. 546 – 575.
2. В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко "ХІРУРГІЯ" стр. 583 – 612.
3. А.В. Каплан «Повреждения костей и суставов» стр. 355-423; 468-481; 495-510.

4. В.И. Стручков, В.К. Гостищев, Ю.В. Стручков «Руководство по гнойной хирургии» стр. 229-241.
5. Хірургія за ред.. С.Д. Хіміча с. 456-468

СИНДРОМ ТРИВАЛОГО РОЗДАВЛЮВАННЯ (СТР)

- 1.Етіологія, патогенез, клініка СТР.
- 2.Перша допомога, перша лікарська допомога. Принципи лікування по періодах СТР.
- 3.Принципи хірургічного лікування в залежності від ступеню ішемії ураженої кінцівки.

Синдром тривалого роздавлювання – синоніми: crush–синдром, травматичний токсикоз, міоренальний синдром – специфічний варіант травми, пов'язаний з масивним тривалим роздавлюванням 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 змінах в ушкодженій кінцівці. Сеанси ГБО 1 – 2 р. на добу з метою зменшення гіпоксії тканин.

II період – обмеження прийому рідини. Проведення гемодіалізу показано 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 гангрени – ампутація кінцівки по демаркаційній лінії.

Питання до домашнього завдання

1. Яке найбільш небезпечне ускладнення, що загрожує життю пацієнту з синдромом тривалого роздавлювання?

а/ шок;

б/ інтоксикація;

в/ гостра ниркова недостатність;

г/ сепсис.

2. Під час роботи ноги чоловіка О. були притиснені двигуном. Через 30 – 40 хвил. Його звільнили від стиснення. Фельдшеру потерпілий заявив, що він відчуває себе добре, мається не сильний біль в місці стиснення і він хоче продовжувати роботу. При огляді: шкіра блідувата, незначний набряк. Пульс 98 уд./хв., АТ 100/60 мм. рт. ст.

Ушкоджень шкіри та кісток не виявлено.

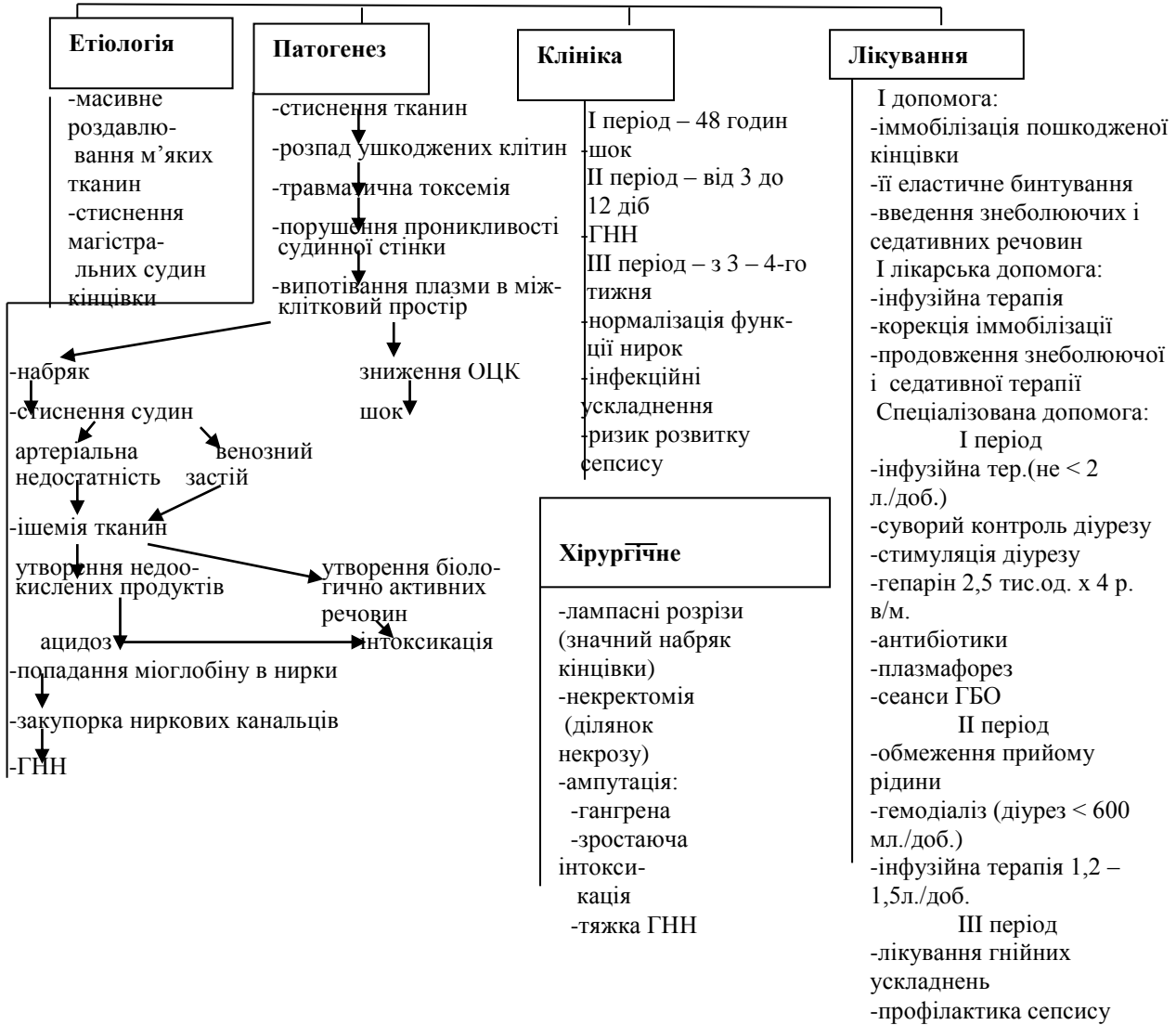
Попередній діагноз? Дії фельдшера?

3. Який ступінь ішемії кінцівки у потерпілого хворого в попередньої задачі? Яке лікування треба йому призначити на етапі спеціалізованої допомоги?
4. Через добу стан пацієнта О. важкий: загальмованість, запаморочення, пульс 110 уд./хв., слабкий, АТ 90/50 мм. рт. ст. Значний набряк нижніх кінцівок, шкіра бліда, маються пухирі з геморагічним вмістом, при зрізанні яких оголюється волога синьо – багрова поверхня. Добовий діурез 400 мл.
Період перебігу С Т Р? Ступінь ішемії нижніх кінцівок? План лікування?

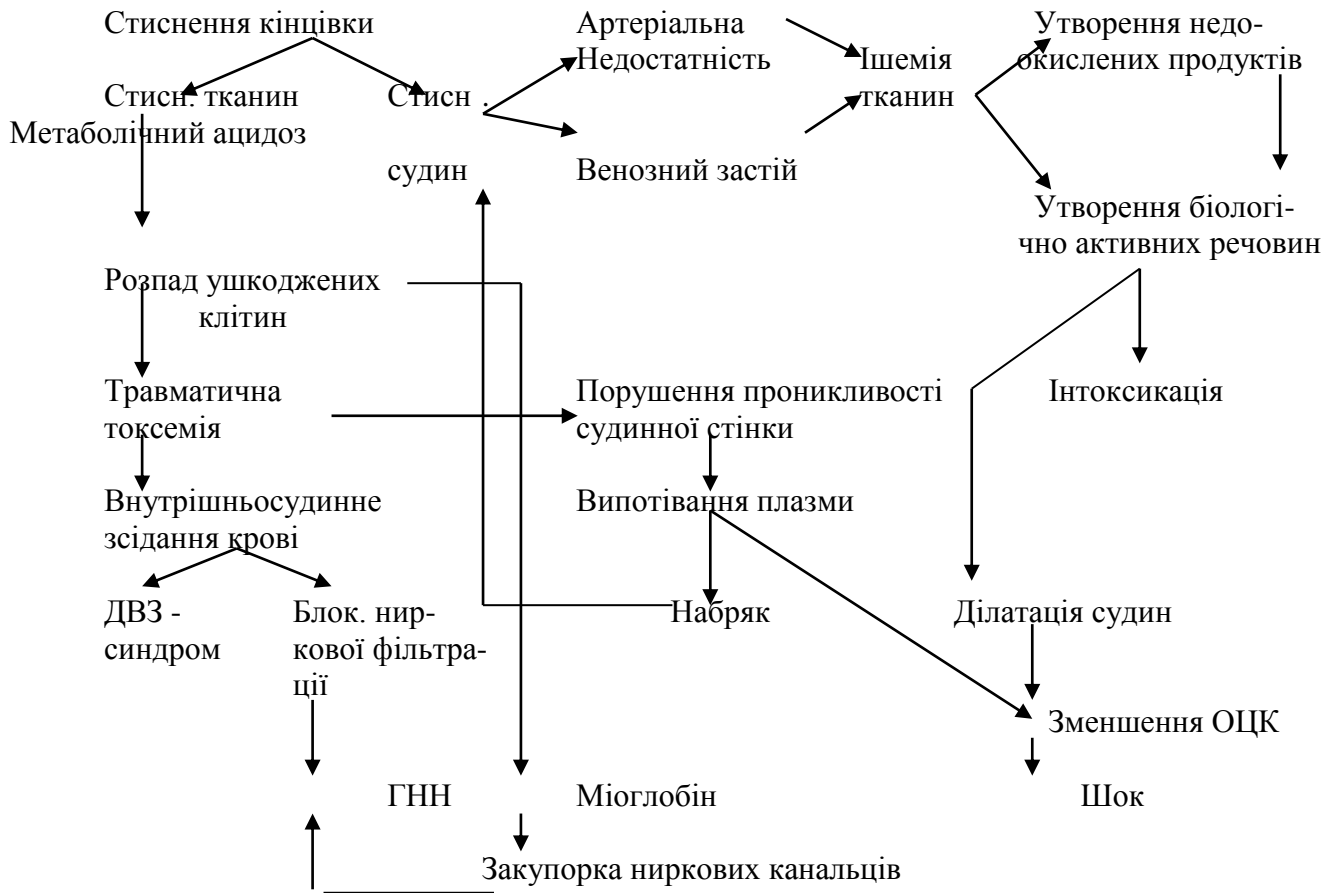
Рекомендована література

1. Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 468-472

Графічна схема Crash - синдром

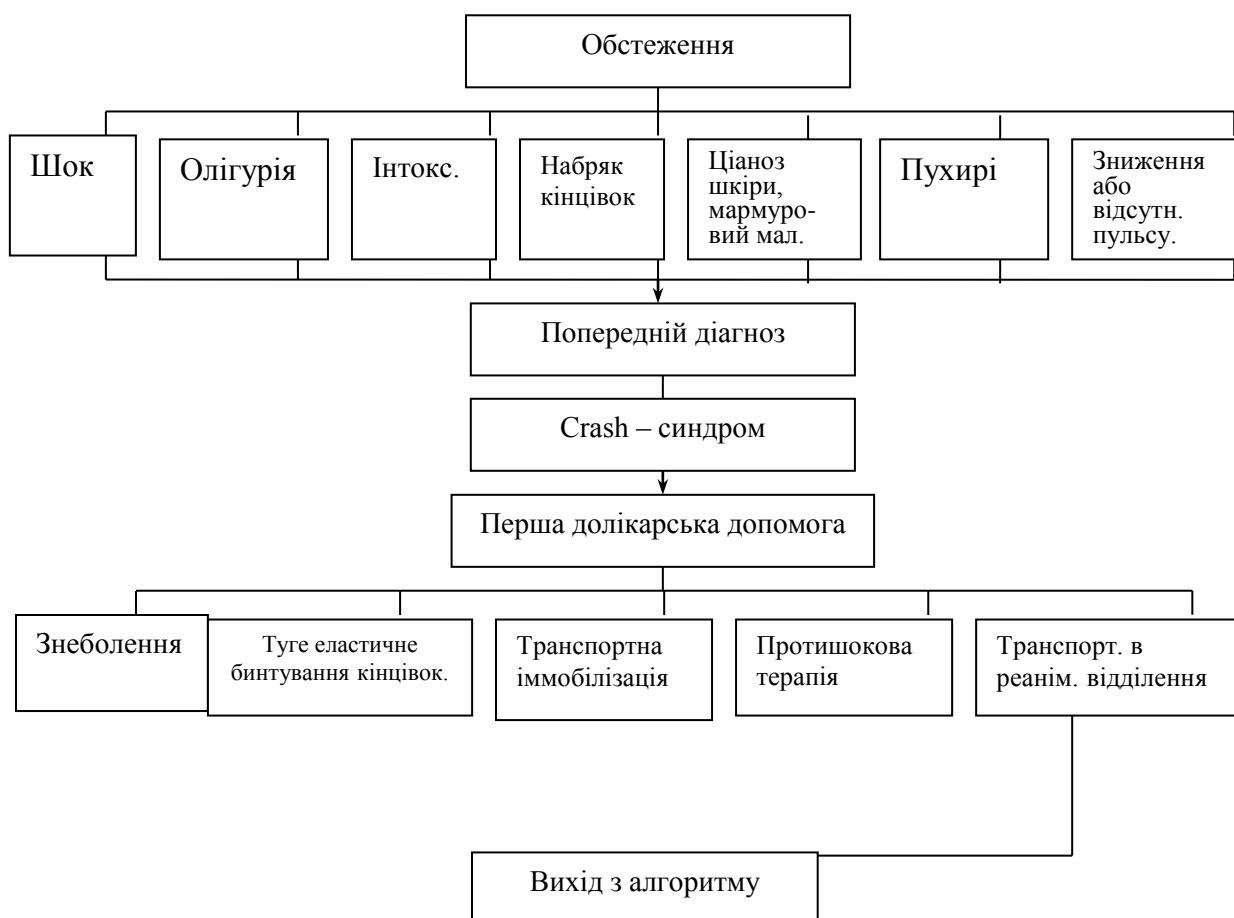


Патогенез crash - синдрому



АЛГОРИТМ

Надання першої долікарської допомоги потерпілому з crash-синдромом



ЗАХВОРЮВАННЯ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК.

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

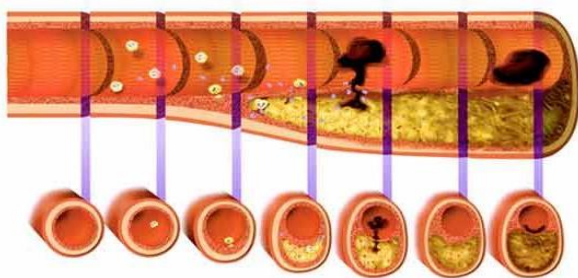
ПЕРЕДУМОВНІ ФАКТОРИ: відмороження кінцівок, довгі озноблення, інфекції, травми кінцівок та головного мозку, куріння.

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 гангрені 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 гангрені 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 гангрені.



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, ксантінола нікотинат, трентал, солкосерил, фраксипарін, вазопростан.

Вітаміни групи B та C, а також PP 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.

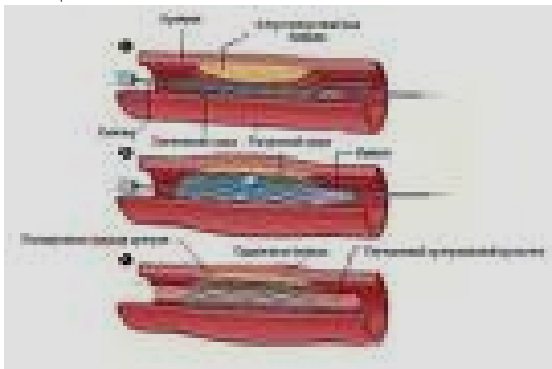
Непрямі антикоагулянти /під контролем протромбінового індексу/.

Фізіотерапія.

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

При неефективності консервативного лікування – хірургічне лікування.

- а/ операції на симпатичній нервовій системі /поперекова симпатеکتомія/ використовується при облітеруючому ендартеріїті
- б/ реконструктивні операції на артеріях: резекція оклюзованого сегменту з наступною пластикою, шунтуючі операції, тромбendarтеректомія.
- 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.*



гіперпігментація шкіри, трофічна виразка

ДІАГНОСТИКА.

Функціональні проби:

а/ на виявлення недостатності клапанів поверхневих вен;

б/ на виявлення недостатності клапанів комунікантих 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 !*

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 ТРОМБОЕМБОЛІЙ 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.

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

***НАЙБІЛЬШ ЧАСТЕ ДЖЕРЕЛО ТРОМБОЕМБОЛІЙ 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 іліофеморального 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 гангрені – висока ампутація нижньої кінцівки.

ПОСТТРОМБОФЛЕБІТИЧНИЙ СИНДРОМ /ПТФС/

ПТФС – хронічна венозна недостатність, яка розвивається після перенесеного тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок.

Іліофеморальний тромбоз в 75% випадків супроводжується розвитком ПТФС.

ПАТОГЕНЕЗ. Глибокий венозний тромбоз → порушення відтоку крові по глибоких венах → венозна гіпертензія → рефлюкс крові по комунікантних венах в поверхневі → варикозне розширення поверхневих вен → венозний застій → тканинна гіпоксія → набряк, індурація м'яких тканин, гіперпігментація шкіри, утворення трофічних виразок.

КЛІНІКА. Скарги на біль, швидку втому ніг, почуття розпирання, набряки. Об'єктивно: набряк, варикозне розширення вен, індурація і гіперпігментація шкіри, наявність трофічних виразок.



ДІАГНОСТИКА:

Контрастна флебографія.

Ультразвукова доплерографія.

ЛІКУВАННЯ: КОНСЕРВАТИВНЕ лікування є паліативним.

Туге еластичне бинтування кінцівок.

Масаж кінцівок.

ЛФК.

Працевлаштування.

Періодичний прийом діуретиків.

Прийом препаратів, що покращують мікроциркуляцію в тканинах: трентал, троксевазін, курантіл.

ХІРУРГІЧНЕ лікування направлене на реканалізацію глибоких вен і відновлення венозного відтоку: обхідне шунтування за допомогою великої вени стегна.

Питання до домашнього завдання:

I. Назвіть найбільш часте ускладнення варикозного розширення вен:

а/Тромбофлебіт

б/Кровотеча

в/Трофічна виразка

г/Хр. недостатність клапанів вен.

II. Вени, де найчастіше спостерігається варикозне розширення:

а/Поверхневі.

б/Глибокі.

в/Поверхневі і глибокі однаково часто.

г/Комуникантні.

III. Для якого захворювання характерна переміжна кульгавість?

а/Варикоз.

б/Тромбофлебіт.

в/Гострий артеріальний тромбоз.

г/Облітеруючі захворювання артерій кінцівок.

IV. На ФАП звернулася пацієнтка зі скаргами на біль по внутрішній поверхні гомілки, підвищення температури тіла до $37,2^{\circ}$. При огляді: незначна набряклість правої гомілки, на шкірі якої маються червоні смуги. При пальпації по внутрішній поверхні гомілки визначаються щільні болісні тяжі.

Ваш діагноз? Дії першої долікарської допомоги? План обстеження і лікування?

V. На ФАП звернувся пацієнт 35 років зі скаргами на похолодання стоп, відчуття легкого поколювання, повзання мурашок, біль в литкових м'язах, який виникає при ходьбі і зникає після зупинки. При обстеженні: стопа бліда, холодна на дотик, на артеріях стопи пульс не визначається. Пацієнт курить, зловживає алкоголем.

Ваш діагноз? План обстеження і лікування?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.

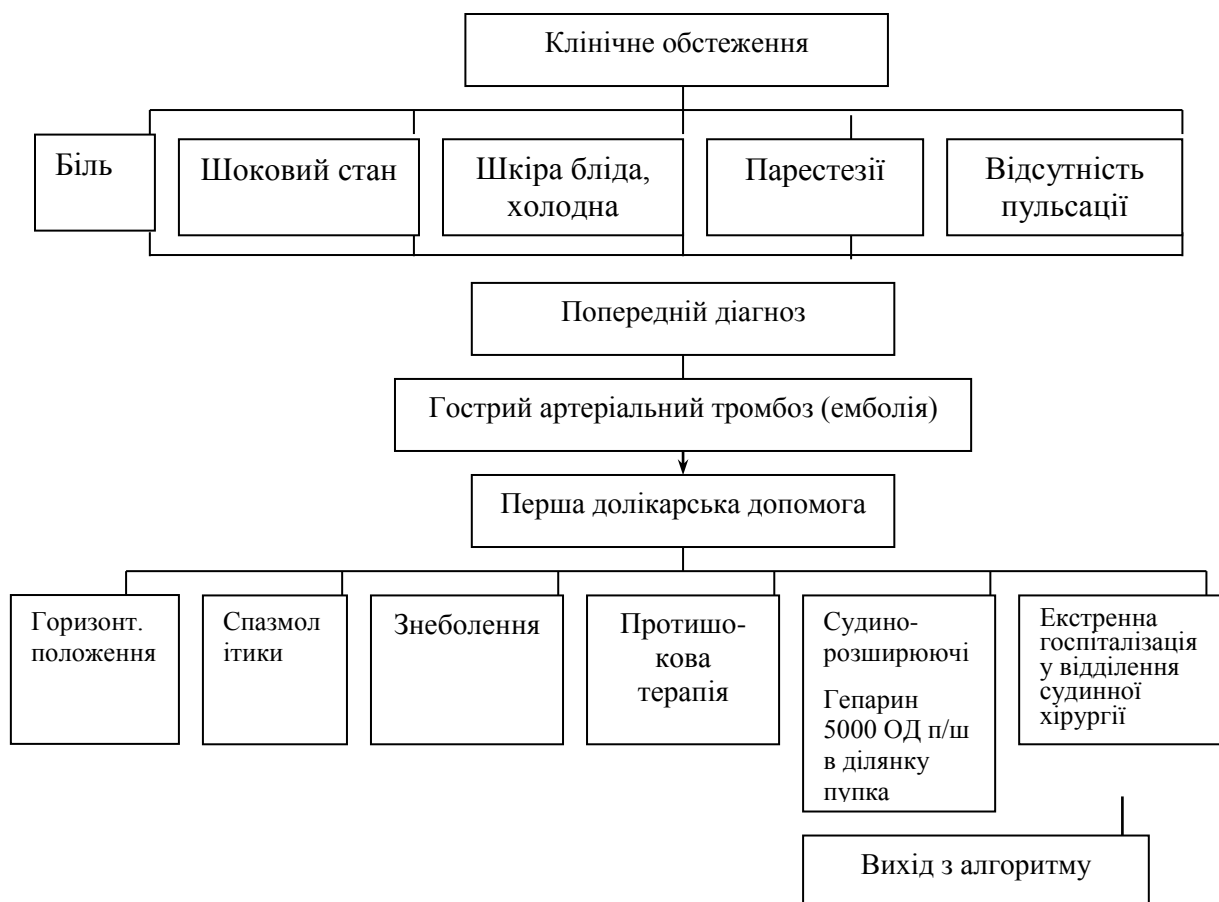
Д.Ф. Скрипниченко "Хірургія" стор. 575 – 581.

В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко "Хірургія" стор. 613 – 619.

"Клиническая хирургия" под ред. Ю.М. Панцирева стор. 454 – 457, 460 – 465.

Хірургія за ред. С.Д. Хіміча с. 472-477

АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги пацієнтові з гострим артеріальним тромбозом

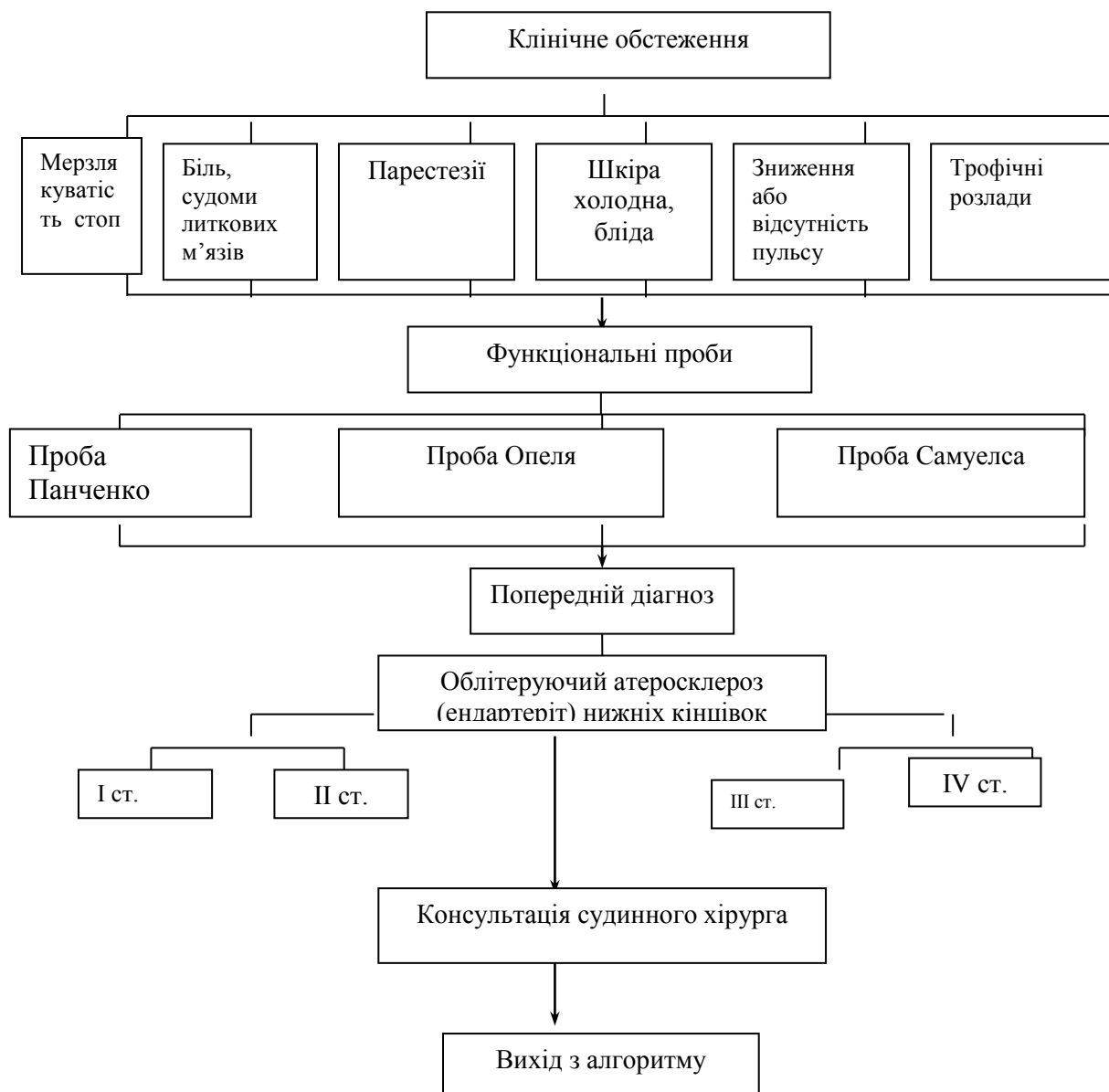


АЛГОРИТМ

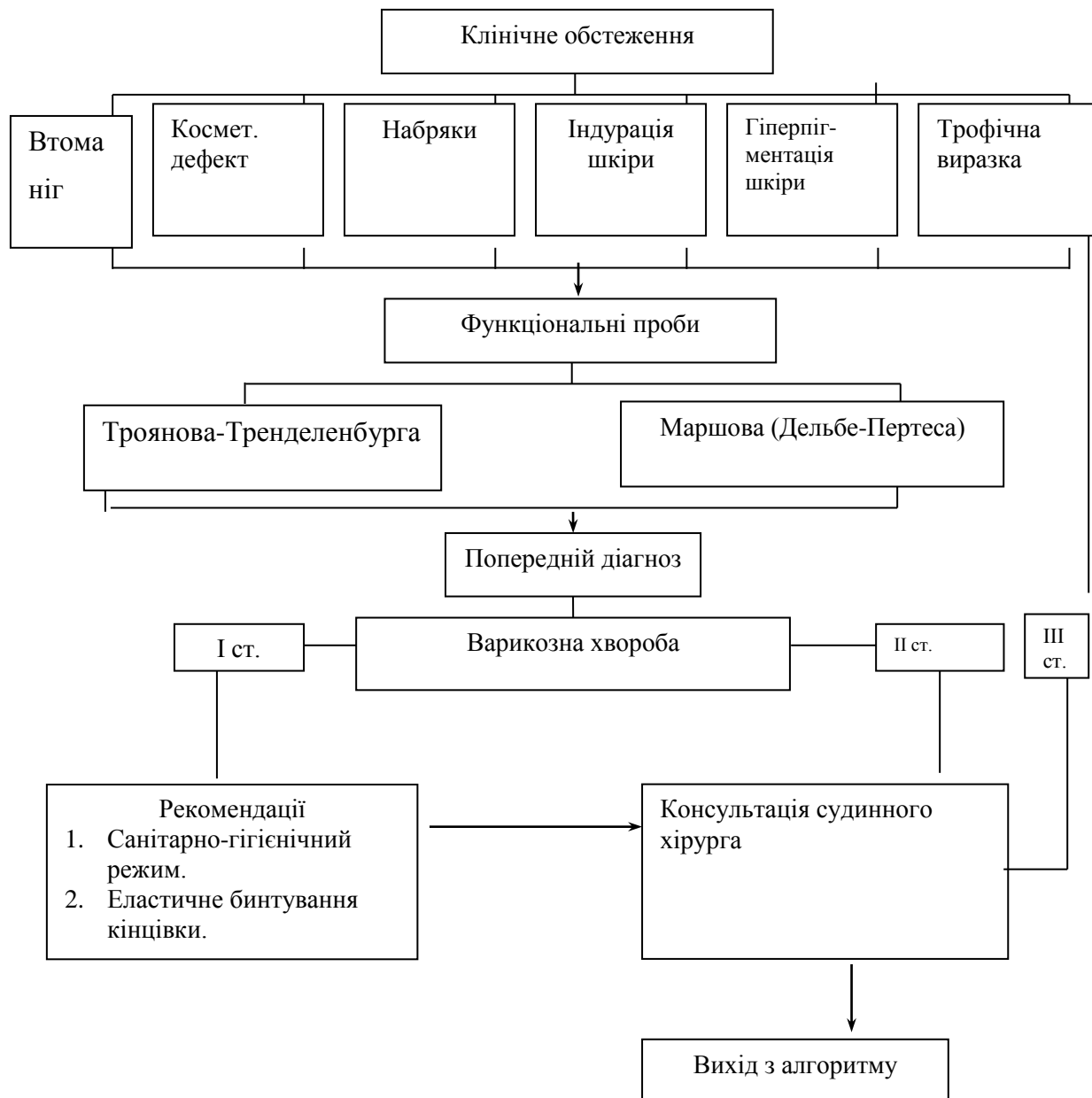
Надання першої долікарської допомоги пацієнтам з тромбофлебітом



АЛГОРИТМ Надання першої долікарської допомоги при облітеруючих захворюваннях артерій нижніх кінцівок



АЛГОРИТМ Надання першої долікарської допомоги при варикозній хворобі



ІНСТРУКЦІЯ **По еластичному бинтуванню нижньої кінцівки**

Показання: варикозне розширення вен нижньої кінцівки, на протязі 6 міс. після операції флебектомії.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ

1. Пацієнт на ніч кладе ногу на підвищення, так щоб нога була вище рівня голови.
2. Вранці, не опускаючи ногу з ліжка, нога бинтується еластичним бинтом.
3. Тури еластичного бинта накладається від основи пальців до пахової зморшки таким чином, щоб стискувалися поверхневі вени. Кожен наступний тур бинта перекриває попередні на $\frac{1}{2}$. Під паховою зморшкою бинт фіксується за допомогою шпильки.
4. Бинт знімається з кінцівки тільки увечері, перед тим, як пацієнт лягає у ліжку.

МОЖЛИВА ПОМИЛКА: занадто туге накладання пов'язки, стиснення артерій нижньої кінцівки. Шкіра при цьому стає блідою, потім цианотичною. З'являється біль, потім зниження чутливості.

ПРАВИЛЬНІ ДІЇ: зняти занадто тугу пов'язку і накласти її так, щоб стискувалися тільки поверхневі вени.

Функціональні проби при облітеруючих захворюваннях артерій

Проба Панченко - пацієнта просять сісти, поклавши ногу на ногу. Через кілька хвилин він починає скаржитися на оніміння кінцівки, «повзання мурашок»

Проба Опеля - пацієнта укладають на кушетку і просять підняти випрямлені ноги (руки). Через 20 - 30 с (в пізніх стадіях через 5 - 6 с) стопи або кисти бліднуть; при опусканні кінцівок блідість змінюється ціанозом

Проба Самюелса - в положенні лежачи пацієнт піднімає вгору ноги і рухає ними в гомілковостопних суглобах або руки і стискає і розтискає пальці. Уражена кінцівка швидше втомлюється. Проба виявляє початкові стадії захворювання.

В даний час провідне значення в діагностиці мають ультразвукові методи (ультразвукова доплерографія), які дозволяють не тільки визначити прохідність судин, а й характеристики та швидкість кровотоку. У сумнівних випадках показано контрастне дослідження судини (ангіографія).

Функціональні проби при варикозній хворобі

При наявності варикозного розширення вен нижніх кінцівок необхідно оцінити стан клапанного апарату вен і прохідність глибоких вен. **Проба Троянова - Тренделенбурга** дозволяє визначити стан клапанів великої підшкірної вени ноги: хворий у положенні лежачи піднімає ногу до повного спорожнення підшкірних вен. Після цього на верхню третину стегна накладають гумовий джгут. Потім хворому пропонують встати, а джгут знімають. При наявності недостатності клапана відзначається ретроградне заповнення варикозно-розширених вен.

Проба Шейніса дозволяє визначити стан клапанів комунікантних вен. Пацієнта укладають на спину і просять підняти ногу, як при пробі Троянова-

Тренделенбурга. Після того як підшкірні вени спадуться, накладають три джгути: у верхній третині стегна (поблизу пахової зморшки), на середині стегна і одразу нижче коліна. Пацієнтові пропонують встати на ноги. Швидке наповнення вен на якійсь ділянці кінцівки, обмеженій джгутами, вказує на наявність в цьому сегменті комунікантних вен з неспроможними клапанами. Швидке наповнення варикозних вузлів на гомілці свідчить про наявність таких вен нижче жгута. Пересуваючи джгут вниз по гомілці (при повторенні проби), можна більш точно локалізувати їх розташування.

Стан глибоких вен особливо важливо оцінити перед операцією видалення варикозно-розширених підшкірних вен. Для цього проводять *маршову пробу Дельбе - Пертеса*, хворого просять походити з джгутом, накладеним на верхню третину гомілки. При гарній прохідності глибоких вен відбувається спорожнення поверхневих вен.

Курація хірургічного пацієнта

Паспортна частина

Прізвище, ім'я по-батькові пацієнта

Вік

Стать

Адреса

Місце роботи (навчання)

Професія

Посада

Ким направлений

Дата надходження в стаціонар

Відділення

Попередній діагноз

Клінічний діагноз

Скарги пацієнта з приводу даного захворювання (травми)

Історія захворювання (обставини травми). Описується розвиток захворювання з самого початку по день надходження в лікарню.

Історія життя пацієнта

1. Коли народився, як ріс і розвивався
2. Перенесені захворювання
3. Сімейне положення, кількість дітей
4. У жінки акушерський анамнез: кількість пологів, з них ті, що закінчились народженням живої дитини, кількість абортів
5. Чи хворів на туберкульоз, венеричні захворювання, вірусний гепатит, малярію, тифи
6. Контакт з пацієнтами, у яких є гострі кишкові інфекції. Розлади випорожнень за останній місяць
7. Чи маються в родині спадкові хвороби
8. Алергологічний анамнез
9. Шкідливі звички: тютюнопаління, зловживання алкоголем, наркотиками

Об'єктивний статус

1. Загальний стан на момент курації
2. Шкірні покриви та слизові оболонки: колір, вологість або сухість, тургор шкіри
3. Периферійні лімфовузли (нормальні або збільшені)
4. Пальпація щитоподібної залози
5. Кістки та суглоби (патологічні зміни або їх відсутність)
6. **Система органів кровообігу:** частота пульсу та його характеристика (ритмічність, наповнення і напруження), артеріальний тиск, частота серцевих тонів та їх ритмічність, тони нормальні або глухі, межі серця.

Дихальна система: форма грудної клітки, її участь в акті дихання, число дихальних рухів за хвилину, голосове тремтіння, дані перкусії та аускультатії

Органи травлення

1. Слизова оболонка ротової порожнини та язика
2. Зів: чистий, гіперемований
3. Мигдалини: нормальні, збільшені
4. Живіт: форма, участь в акті дихання, результати пальпації, перкусії, аускультатії.

Сечостатева система: чи є скарги на біль в поперековій ділянці, над лобком, пальпація проекції нирок, симптом Пастернацького. Сечовипускання: вільне, затруднене, малими порціями. У жінок: коли почалися менструації, менструальний цикл (регулярний, нерегулярний), менопауза (скільки років).

Локальний статус (місце захворювання). Описується місце хвороби або травми.

* *Приклад: в правій здухвинній ділянці визначається напруження м'язів передньої черевної стінки, локальний біль при пальпації, позитивні симптоми Ровзінга, Раздольського, Бартом'є-Міхельсона.*

Попередній діагноз та його обґрунтування. Спочатку діагноз обґрунтовується, а потім формулюється.

* *Приклад: на основі скарг пацієнта на біль, що з'явилась в епігастрії, а через 2 години спустилась в праву здухвинну ділянку, об'єктивних даних (біль при пальпації живота в правій клубовій ділянці, локальне напруження м'язів, позитивні симптоми Ровзінга, Раздольського, Бартом'є-Міхельсона), даних лабораторного обстеження (лейкоцитоз із зрушенням формули вліво, прискорена ШОЕ) можна виставити діагноз: Гострий апендицит.*

План обстеження.

* *Приклад обстеження при гострому панкреатиті:*

- Загальний аналіз крові
- Амілаза крові
- Діастаза сечі
- Кров на білірубін (при жовтяниці)
- УЗД
- Комп'ютерна томографія
- Лапароцентез з методикою «нишпорячого» катетера

План лікування.

* *Приклад: Діагноз перфоративної виразки є показанням до екстреної операції. Операція показана під наркозом. Згода пацієнта отримана.*

** *Якщо показане консервативне лікування, треба обґрунтувати, з якою метою призначається кожний препарат, його доза та спосіб застосування.*

Протокол операції (якщо вона виконувалася).

Дані додаткового обстеження (лабораторного, рентгенологічного, УЗД і т.і.).

Температурний лист

Щоденники нагляду за пацієнтом

ЛІТЕРАТУРА

1. „Хірургія” за ред. С.Д. Хіміча. К. „Здоров’я” – 2004
2. Б. Нидерле и соавт. „Экстренные специальные оперативные вмешательства” Прага „Авиценум” – 1982
3. Оперативная хирургия. Под. ред.. И. Литтманна. Изд-во академии наук Венгрии – 1982
4. Г.Е. Островерхов, Д.Н. Лубоцкий, Ю.М. Бомаш. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. М. «Медицина» - 1972
5. А.В. Каплан. Повреждения костей и суставов. М. «Медицина» - 1979
6. Клиническая хирургия под. ред.. Ю.М. Панцырева. М. «Медицина» - 1988
7. В.И. Стручков, В.К. Гостищев, Ю.В. Стручков. Руководство по гнойной хирургии. М. «Медицина» - 1984
8. В.И. Стручков, А.В. Григорян, В.К. Гостищев. Гнойная рана. М. «Медицина» - 1975
9. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София. Медицина и физкультура – 1974
10. Б.В. Петровский. Хирургические болезни. М. «Медицина» - 1980
11. А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. Хирургия пищеварительного тракта. К. «Здоров’я» - 1987
12. А.А. Шалимов и соавт. Острый перитонит. К. «Наукова думка» - 1981
13. В.С. Тарасюк, Л.А. Новицька, В.П. Кочкудан „Алгоритми практичних навичок з хірургії”. Вінниця – 1997
14. В.С. Тарасюк, Г.У. Любарець, Е.С. Павленко, В.Г. Кочкудан „Алгоритми практичних навичок з догляду за хворими та медичної маніпуляційної техніки”. Вінниця – 1997
15. „Медичні маніпуляції в алгоритмах” за ред. Л.С. Білика. Тернопіль ТДМУ „Укрмедкнига” – 2005
16. Н.М. Касевич „Практикум із сестринської справи”. К. „Здоров’я” - 2005