

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. Парапроктит, 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, шоківий стан, 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 короточасної передопераційної підготовки. Види операцій:

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

При позаочеревинному ушкодженні – ПХО рани промежини, ушивання стінки кишки, дренирування 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 розвинутися анемія.

ДІАГНОСТИКА:

Огляд відхідника при натужуванні.

Пальцеве дослідження.

Дослідження за допомогою ректального дзеркала.

ЛІКУВАННЯ:

КОНСЕРВАТИВНЕ:

а/ обмеження фізичних навантажень, бажано постільний режим;

б/ попередження закріпів;

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 самотійно 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 гази.

Діагноз не викликає труднощів при огляді відхідника у положенні натужування.

ПЕРША ДОЛПКАРСЬКА 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 втягіння d від 1 до декількох мм, розташованого у між сідничній зморщі.

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

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

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

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



Ректороманоскопія: проктит

II. ПАРАПРОКТИТ – запалення навколо прямокишкової клітковини.

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 флюктуація.

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

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



Гострий п/п Хронічний п/п (нориця)

ПУХЛИНИ ПРЯМОЇ КИШКИ

I. ПОЛІП – 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 /електроексізія/. Поліпоз можна лікувати чистотилом 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, геморой, 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 (протиприродного 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 “Хирургия” 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

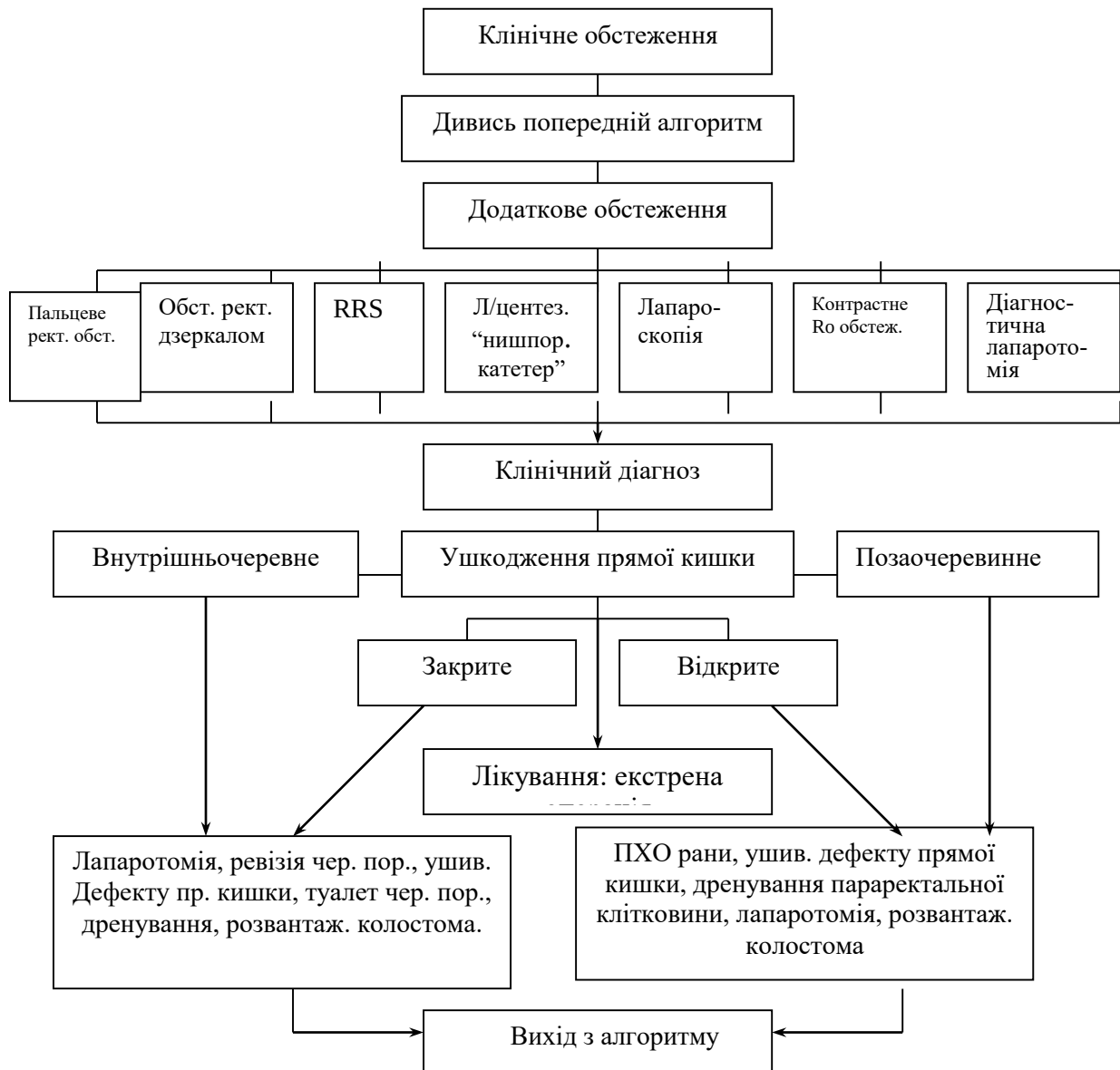
плечима упирається у стіл. Друге можливе положення – лежачи на правому боці з трохи піднятим тазом.



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, колінноплевого 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 колінноплевого 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.

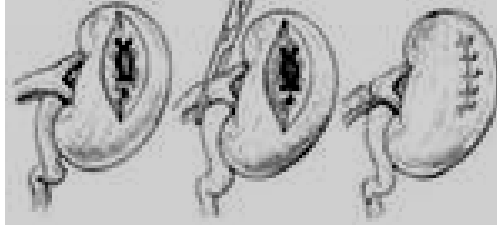
Задовільний стан, незначна гематурія, відсутність затікання контрасту за межі нирки – консервативне лікування: постільний режим, холод на поперекову ділянку, гемостатична терапія, динамічний нагляд.

Стан шоку, ознаки внутрішньої кровотечі, профузна гематурія – 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:

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

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



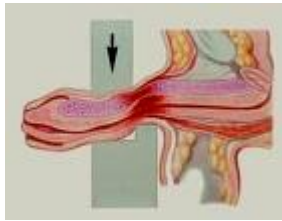
Розрив сечового міхура

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 запливів, 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 /

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

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

ДІАГНОСТИКА.

Загальний аналіз сечі /гематурія/.

Хромоцистоскопія: затримка виділення індігокарміну з одного гірла сечовода. УЗД.

Екскреторна урографія /тіні камінців/.

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.

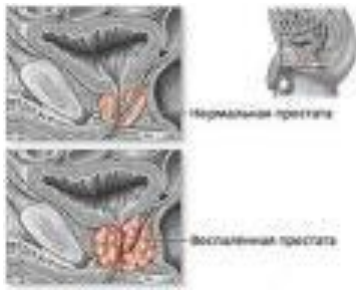
Гострий простатит. Гострий бактеріальний простатит проявляється місцевими і загальними симптомами. Місцеві симптоми - біль і порушення сечовипускання. Локалізація болю залежить від розташування запального вогнища в передміхуровій залозі по відношенню до уретри, шийці сечового міхура і прямої кишки. Больовий 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 навоколоміхурову 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.

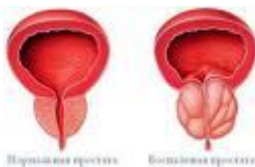
Загальні симптоми - лихоманка, інтоксикація, погіршення загального самопочуття. У частини хворих підвищення температури тіла може бути єдиним проявом захворювання. Залежно від ступеня поширення запального процесу, його тяжкості, а також при переході запалення з передміхурової залози на навколишні тканини 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 дренирування абсцесу.



Хронічний простатит. Звичайно розвивається після перенесеного гострого простатиту. Хворий відчуває тягнучі, 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.

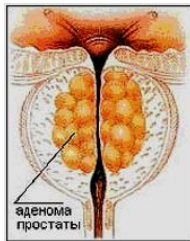
Лікування. Лікування хронічного простатиту проводиться амбулаторно, але триваліше. Крім антибіотиків, теплових процедур і свічок, проводяться масаж передміхурової залози, рефлексотерапія. Хворим рекомендований активний спосіб життя, виключення з вживання алкоголю і гострої їжі.



АДЕНОМА ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Зустрічається у чоловіків 50 років і старше.

Етіологія 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.

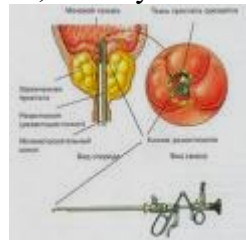
- При пальпації виявляється переповнений сечовий міхур.
- Після сечовипускання при перкусії тупість над лобком /залишкова сеча/.
- Трансректальна пальпація передміхурової залози /збільшення в розмірах, розгладжування міждолевої борозни/.
- УЗД
- Флуометрія – визначення сили напору сечі
- Екскреторна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



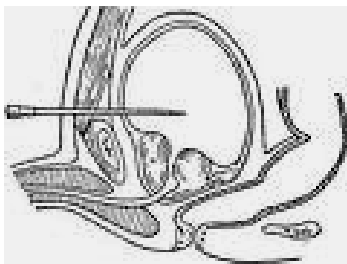
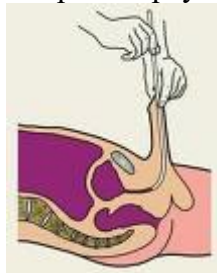
Відкрита аденомектомія Ендоскопічна аденомектомія ТУР аденоми



Схема епіцистостомії

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРІЙ МЕХАНІЧНІЙ ЗАТРИМЦІ СЕЧІ.

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



Питання до домашнього завдання

1. Яка травма сечостатевого органу 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.

ЛІКУВАННЯ:

Постільний режим.

При порушенні балансу сечі – катетеризація сечовода.

Масивна антибіотикотерапія.

Хіміотерапія: 5 – НОК, невіграмон, бісептол.

Нітрофурані: фурадонін, фурагін, фуразолідон.

Сульфаніламіді – сульфадіазин.

Дезінтоксикаційна терапія.

Боротьба з ацидозом.

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

КЛІНІКА ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ:

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

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

ДІАГНОСТИКА:

Аналіз сечі: лейкоцитурія, бактеріурія, протеїнурія, гематурія.

ХЦС – відсутність виділення індігокарміна.

УЗД – збільшення нирки, нерівність обрисів.

Екскреторна урографія: деформація чашечок та миски.

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

ЛІКУВАННЯ:

Виявлення і санація вогнищ інфекції в організмі.

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

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



Макропрепарат: пієлонефрит

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

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

ДІАГНОСТИКА.

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

УЗД: збільшення нирки, нерівність контурів.

Екскреторна урографія, радіоізотопне сканування – відсутність функції нирки.

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



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

КЛАСИФІКАЦІЯ.

Первинний або природжений.

Вторинний або набутий.

Розрізняють три стадії гідронефрозу:

I стадія – розширення миски;

II стадія – розширення чашечок;

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

Природжена аномалія сечоводів.

Сечокам'яна хвороба.

Ушкодження сечоводів.

Пухлина миски сечовода.

Клініка.

Тупий біль в поперековій ділянці.

Гематурія.

Наявність збільшеної нирки при пальпації – гладкої, еластичної.

При двохсторонньому гідронефрозі – хронічна ниркова недостатність.

Діагностика:

Хромоцистоскопія – відсутність виділення індігокаміну на ураженій стороні.

Обзорна урографія – збільшена тінь нирки.

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

Лікування:

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

Хірургічне – види операцій:

а/ радикальні – пластичні операції по відновленню балансу сечі;

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



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

Класифікація:

Первинний.

Вторинний.

Інфекційний.

Не інфекційний.

Специфічний.

Не специфічний.

Передумовні фактори: проникнення інфекції через уретру /висхідна інфекція/; лімфо – або гематогенним шляхом з віддалених запальних вогнищ, дефлорація, ендоскопічне дослідження, катетеризація.

Клініка.

Біль внизу живота.

Часте болісне сечовипускання.

Мутна сеча, може бути з домішками крові.

Тенезми.

Діагностика.

Аналіз сечі /лейкоцитурія, бактеріурія/.

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

Цистоскопія тільки під наркозом !

Лікування:

Постільний режим 5 – 7 днів.

Заборона статевих актів.

Дієта з виключенням алкоголю, гострих блюд.

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

Теплі ванни, грілки на низ живота.

Спазмолітики.

Анальгетики.

Антибіотики.

Нітрофурани.

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



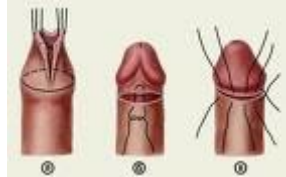
Цистоскопія: гострий цистит

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.

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

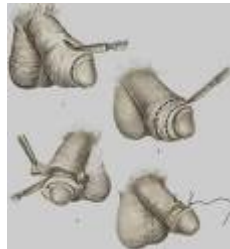
ЛІКУВАННЯ.

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

ОПЕРАТИВНЕ:

а/ розсічення защімлюючого кільця;

б/ при некрозі крайньої плоті – циркумцизія.



ОРХОЕПІДІМІТ – запалення яєчка та його придатку.

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

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

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



ВОДЯНКА ОБОЛОНОК ЯЄЧКА – скупчення серозної рідини між оболонками яєчка.

ЕТІОЛОГІЯ – 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

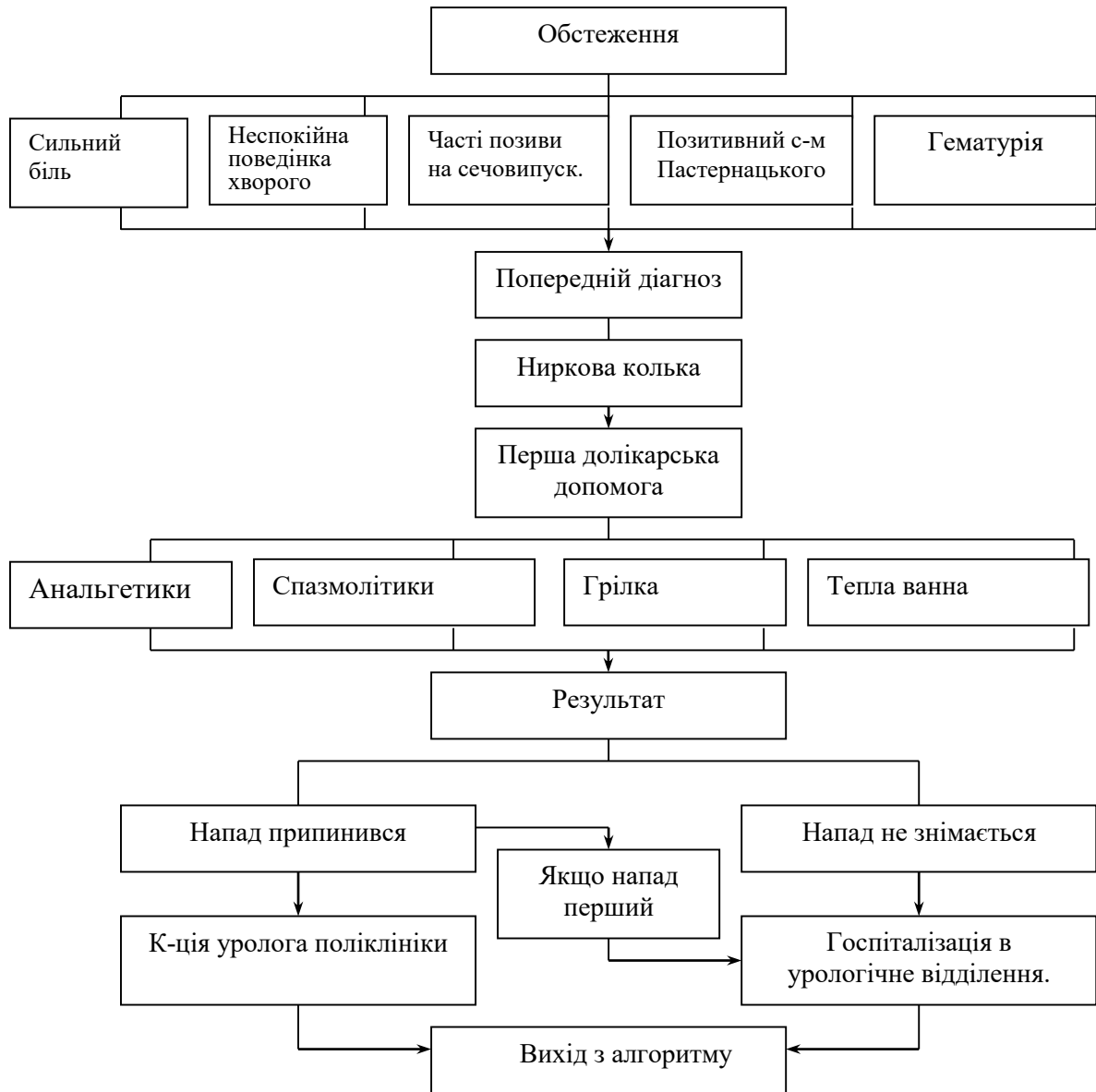
Д.Ф. Скрипниченко “Хірургія” стор. 521 – 529, 535 – 536.

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

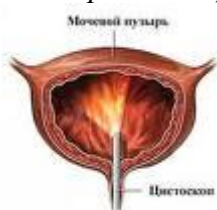


ІНСТРУКЦІЯ ПО ПІДГОТОВЦІ ПАЦІЄНТА ДО ЦИСТОСКОПІЇ

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 простиратлом 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 глутарового альдегіду, 0,2% р-ні надोцтової 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 оболонок. Ушкодження хребта можуть бути закриті і відкриті. Останні зустрічаються переважно у військовий час.

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

МЕХАНІЗМ ТРАВМИ – падіння на спину, удар по спині.

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

ЛІКУВАННЯ: спокій, фізіотерапевтичні процедури, масаж.

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

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

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ: крововиливи в спинний мозок та міжоболонковий простір.

ЛІКУВАННЯ: спокій, масаж. Фізіотерапія.

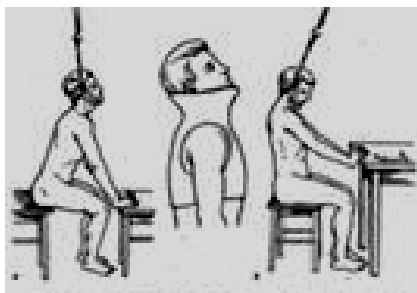
ВИВИХИ хребців найчастіше зустрічаються у найбільш рухливому шийному відділі. При цьому відбувається зсування вище розташованого хребця по відношенню до нижче розташованого. Розрізняють повні вивихи і неповні – підвивихи. В грудному і поперековому відділах вивихи звичайно супроводжуються переломами.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

МЕХАНІЗМ ТРАВМИ: насильне форсоване згинання голови або поворот 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.

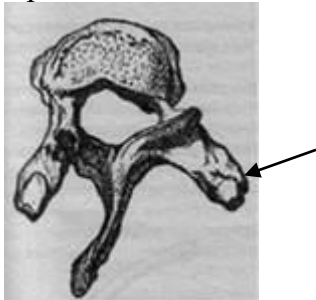
Не прямий – різке напруження м'язів, що прикріплюються до поперечних відростків /поперекові м'язи/. Має назву “перелом землекопів”.

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; кнутоподібний механізм перелому при автоаварії. Найчастіша локалізація на межі більш та менш рухливих відділів хребта C_{VI}, Th_{XII} - L_I.

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

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

ЛІКУВАННЯ:

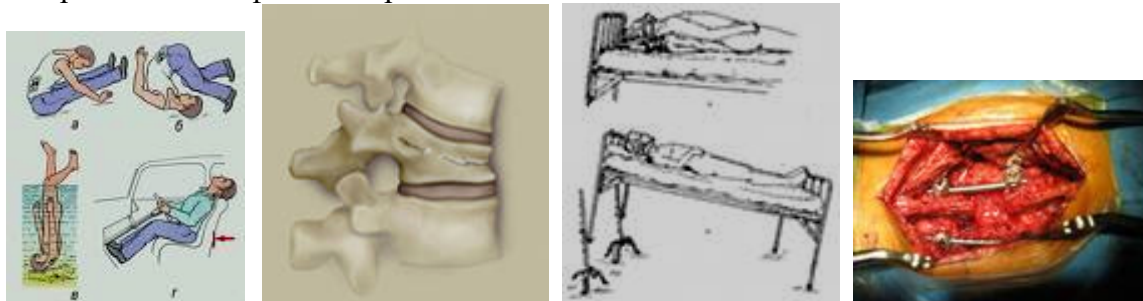
I. Консервативне. Показання – стабільні переломи: перелом з клиноподібною деформацією хребця, що не досягає половини висоти тіла.

Одномоментна репозиція з наступним накладанням корсету в положенні перерозгинання. Постільний режим 3 тижні, знімають корсет через 4 – 6 міс., потім ЛФК, масаж, фізіотерапія. Працездатність відновлюється через 1 рік після перелому.

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

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

Операція – задня фіксація хребців /спонділодез/.



Спонділодез

Лікування переломів хребців, ускладнених ушкодженням спинного мозку.

При стисненні спинного мозку показана його декомпресія:

При переломовивиху – вправлення вивиху /краще відкритим методом/.

Універсальний метод – декомпресивна ламінектомія. Закінчується операція фіксацією хребців /спонділодез/. В п/о періоді лікування спрямоване на профілактику пролежнів /часті повороти хворого, протирання шкіри, підкладні круги/, профілактику східної інфекції сечостатевої системи /раннє накладання епіцистостоми з наступним приточно – відточним дренажуванням 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/:

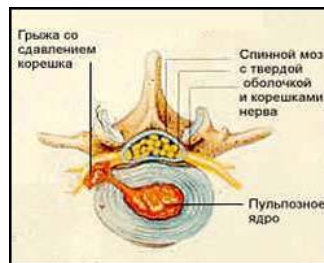
дегенеративні, прогресуючі з віком зміни міжхребцевих дисків, при яких відбувається зневожування та розволокнення фіброзного кільця та грижоподібне випинання

пульпозного ядра. Передні, бокові грижі та грижа Шморля /укорінення пульпозного ядра в тіло хребця/ протікають безсимптомно. Напрям грижі диску назад – в бік спинномозкового каналу або в задньобоківому 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, 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 нахиленою 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.

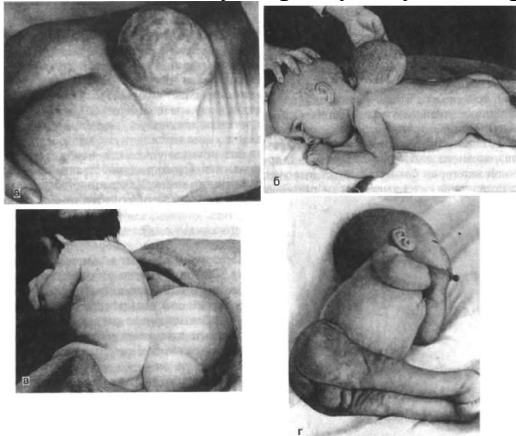


Природжені вади хребта

Спинномозкова грижа

Спинномозкова грижа - важкий порок розвитку, що характеризується вродженим незарощенням дужок хребців з одночасним гризового 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 інтимно припаяних до гризового мішка елементів спинного мозку після операції можуть спостерігатися неврологічні порушення. Сутність операції полягає у видаленні гризового 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/ дренування 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:

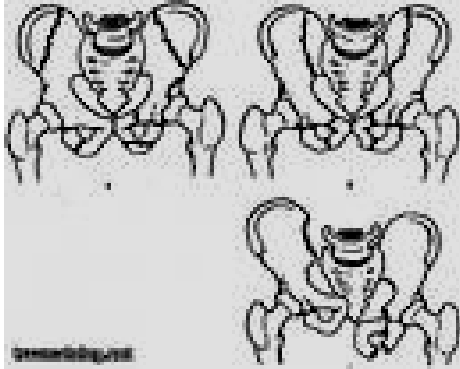
Пацієнта обережно покласти на твердий щит в позу жаби.

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 зсуватися 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 кожен 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 кожен 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.

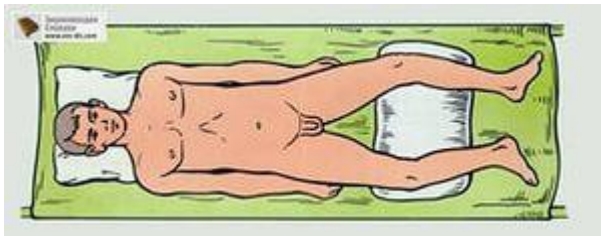
ПЕРЕЛОМ ВЕРТЛЮГОВОЇ ЯМКИ: супроводжується вивихом стегна. Розрізняють перелом краю та дна вертлюгової ямки.

Механізм травми – навантаження по осі стегна або боковий тиск.

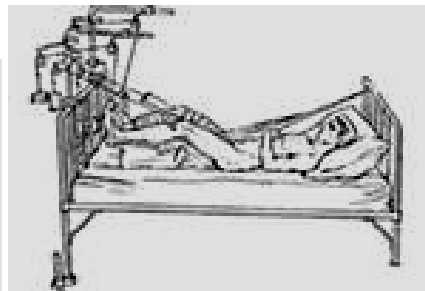
Клініка: біль, порушення функції кульового суглобу, положення ноги характерне для вивиху стегна.

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 – RO – 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 Школьніковим;
- г/ паравертебральна блокада;
- д/ загальне знеболення.

5. При якому переломі кісток тазу призначається лікування підвішуванням в гамаці з тягою навхрест?

- 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?

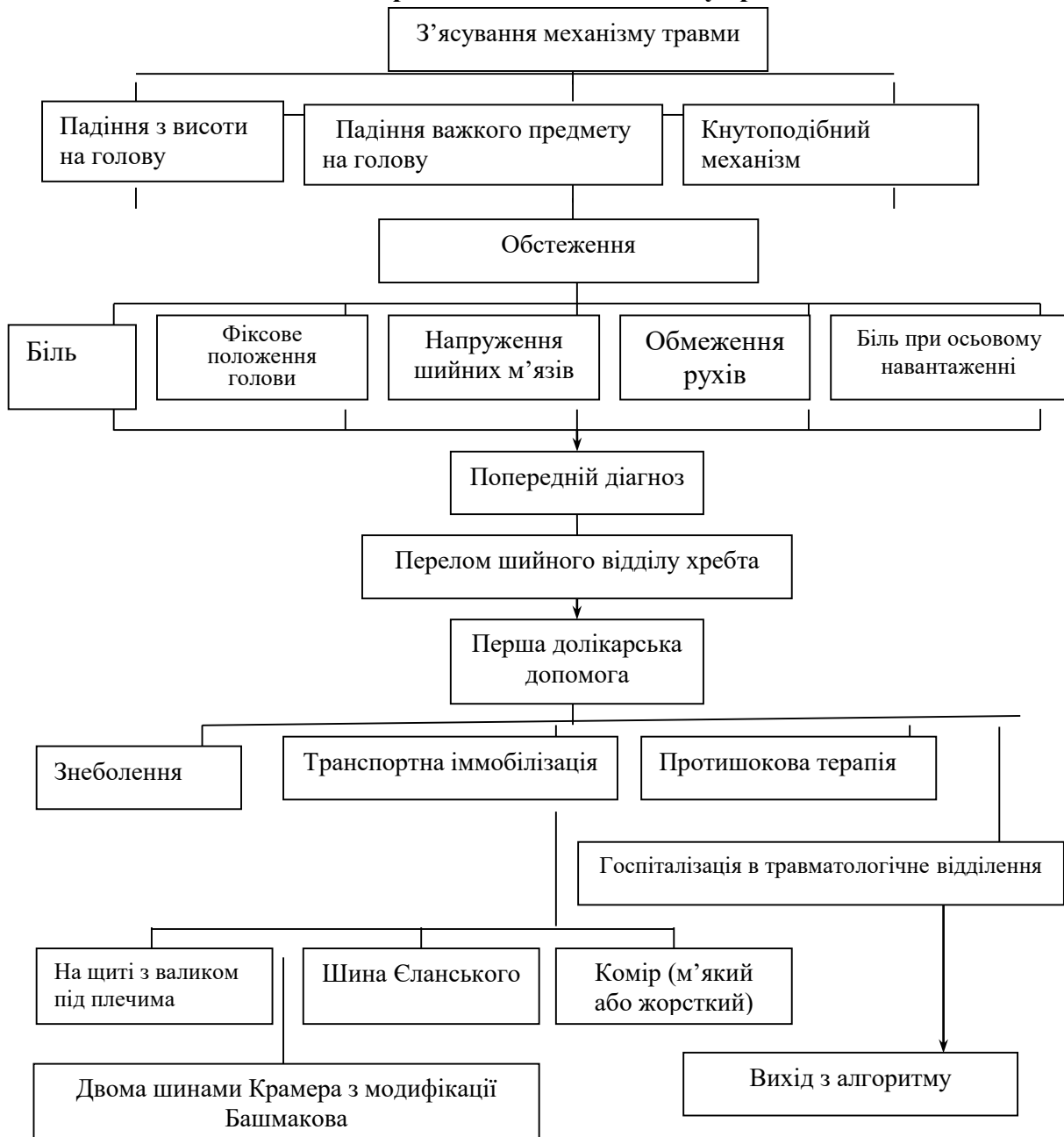
- а/ крайові переломи;
- б/ перелом з порушенням переднього напівкільця;
- в/ розрив симфізу;
- г/ перелом Мальгєня.

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?

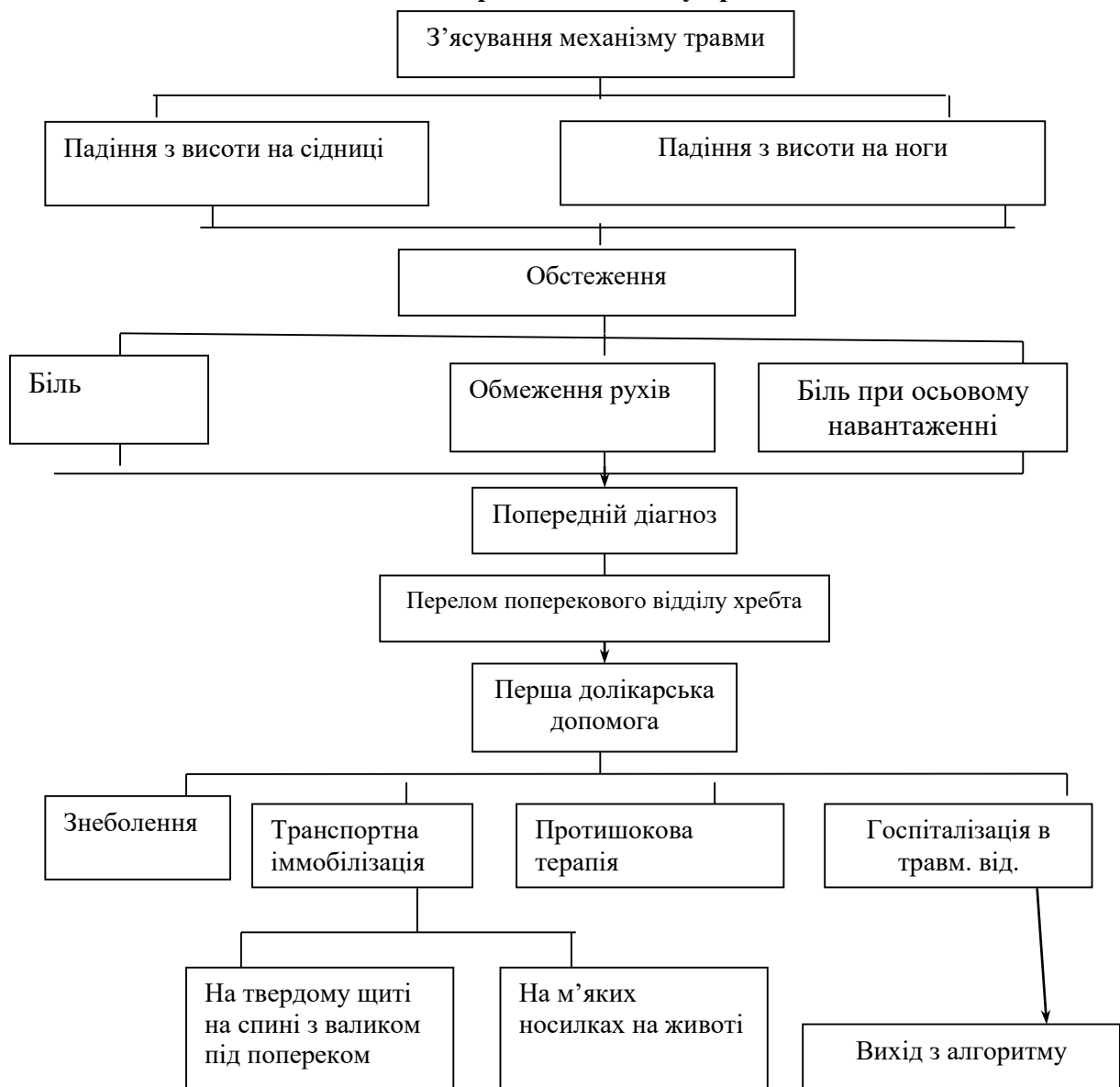
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.

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

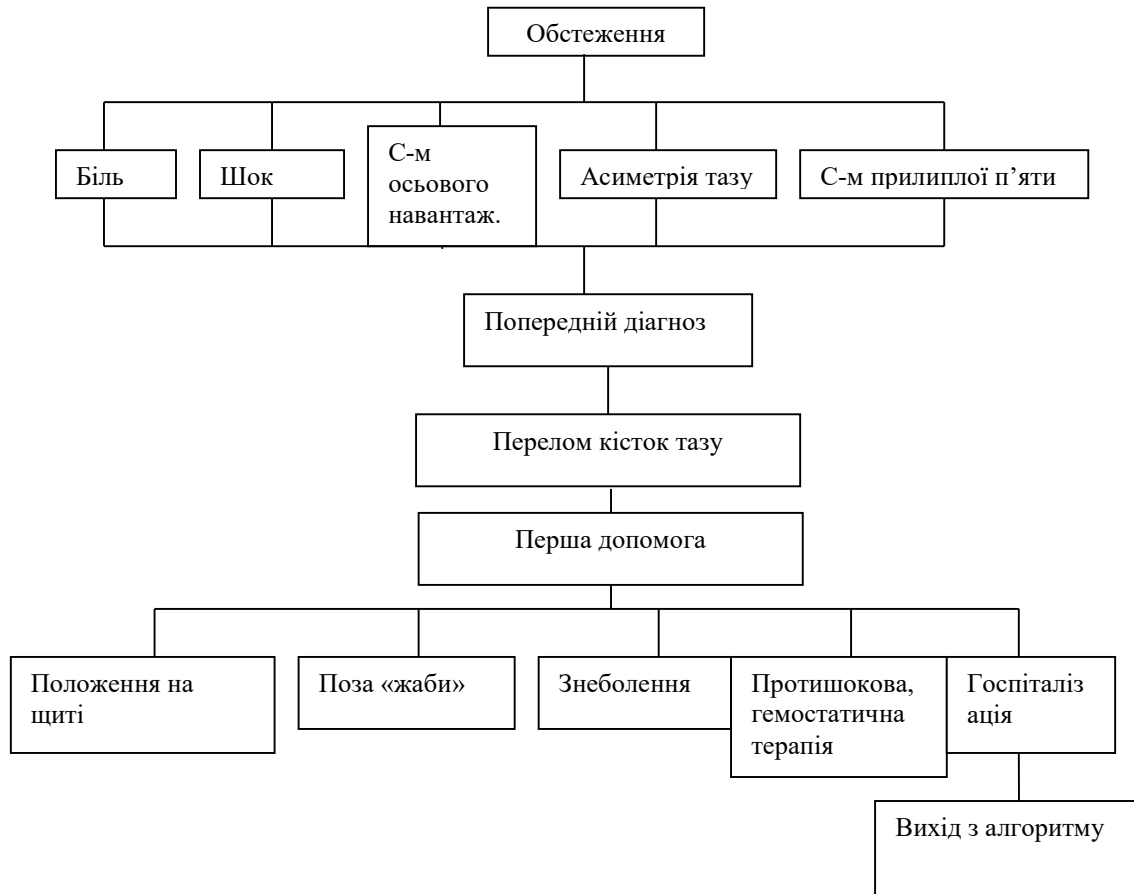
АЛГОРИТМ
Дії медпрацівників по наданню першої допомоги потерпілому
з переломом шийного відділу хребта



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 витягання 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.Крепітуючий тендовагініт: причини, клініка, лікування.
- 2.Контрактура Дюпюїтрена: причини, клініка, лікування.
- 3.Ніготь, що вріс, hallux valgus: етіологія, клініка, лікування.
- 4.П'ятова 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, є/ф з гідрокортизоном, лідазою, новокаїном, парафінові та озокеритові апплікації. При неефективності – операція – вирізання сухожилкових піхв.



КОНТРАКТУРА ДЮПЮІТРЕНА: 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 – /І ступ/. Потім вузлик збільшується, від нього утворюються щільні тяжі, які доходять до п'ястно – фалангових суглобів /ІІ ступ/. Потім відбувається ущільнення і деформація долоневого апоневрозу з розвитком згинальної контрактури пальців /ІІІ ст./.

ЛІКУВАННЯ:

Ін'єкції лідази в долонний апоневроз.

Е/ф з гідрокортизоном.

Ін'єкції алое, скловидного тіла, ФІБС.

Парафінові та озокеритові аплікації.

В ІІІ ст., операція – вирізання долонного апоневрозу.



Ніготь, що вріс: характеризується вrostанням в м “які тканини одного або обох країв нігтя, найчастіше І 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 І 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. І 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.

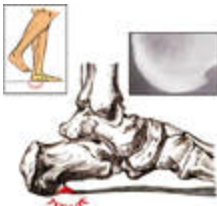
КЛІНІКА: швидка втома ніг при ходьбі, часом гострий біль в ділянці п'яти, який супроводжується кульгавістю. При пальпації п'яти з підшовової поверхні виявляється біль. Діагноз підтверджується RO – гр. ступні.

ЛІКУВАННЯ: УВЧ, RO – 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 проміневозап'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.

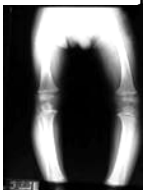
Genu valgum – бокове викривлення в колінному суглобі, з кутом, відкритим назовні, випуклістю всередину. (Х-подібні ноги). Причини: рахіт, дитячий параліч.

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

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



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

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

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



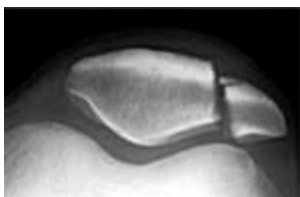
Перелом надколінника – механізм травми – падіння на коліно, удар по надколіннику, надмірне напруження 4 – головного м’язу.

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

ДІАГНОСТИКА: RO – гр. колінного суглобу.

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

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



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

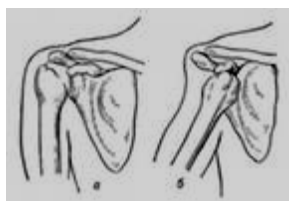
1. Свіжий (не більше 3-х днів)
2. Несвіжий (від 3-х днів до 3-х тижнів)
3. Застарілий (більше 3-х тижнів)

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 рефлексним скороченням м'язів.

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

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

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



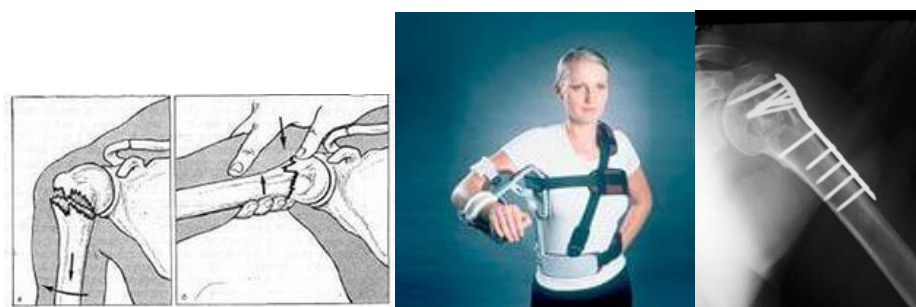
Перелом хірургічної шийки плеча. Найчастіший вид пошкодження проксимального кінця плечової кістки, особливо у людей старшого віку. Це, в першу чергу, пов'язано з тим, що кістка тут позбавлена м'язового футляру. Різкий перехід потовщеного кортикального шару в більш тонкий, мала кількість і хаотичне розміщення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

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

Симптоматика. Рентгенографія плечового суглобу.

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

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



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

Клінічними ознаками перелому променевої кістки в типовому місці є біль, набряк, штикообразная деформація предпл'яддя.

Діагностика. Рентгенографія променево-зап'ясткового суглобу.

Перша допомога при переломах променевої кістки в типовому місці полягає в знеболюванні, транспортній іммобілізації, направленні пацієнта в травмпункт. **Лікування.** Репозиція відламків, гіпсова пов'язка на 4-6 тижнів, відновне лікування.

Рентгенограма: багнетоподібна деформація

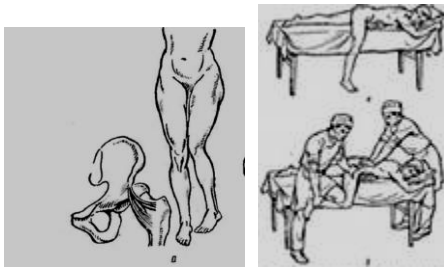
Вивихи стегна. Травматичні вивихи стегна виникають внаслідок непрямої важкої травми (падіння з висоти, шляхово-транспортна пригоди та інші) переважно у чоловіків у віці від 20 до 60 років.

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.

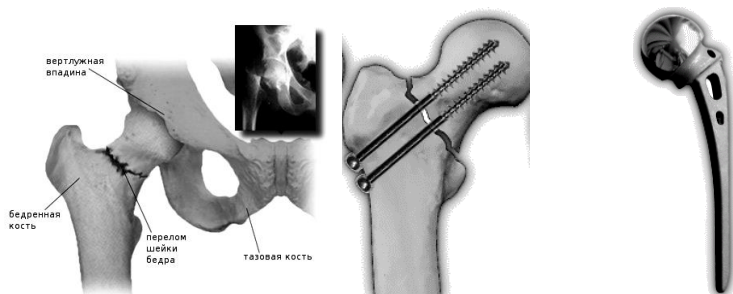


Перелом шийки стегна. Перелом шийки стегнової кістки (або перелом шийки стегна) - серйозна травма, яка при неправильному або несвоєчасному лікуванні може призвести до тяжких наслідків (інвалідності, а деяких випадках і до смерті потерпілого). У молодих людей переломи шийки стегна відбуваються нечасто.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

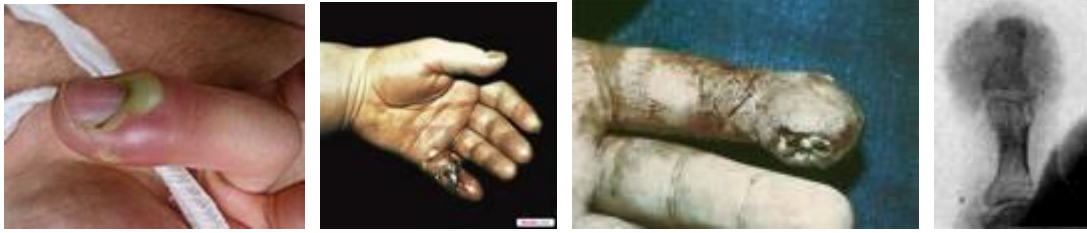


Панарицій – це гостре гнійне захворювання пальців, що виникає в результаті інфікування дрібних ранок шкіри (скабка, укол, задилок і т.д.). На долонній поверхні пальця шкіра з'єднана з долонним апоневрозом щільними сухожильними тяжами, між якими є скупчення жирової тканини. При запальних ураженнях шкіри або травмах запалення швидко поширюється по ходу сполучнотканинних тяжів на глибокі тканини: сухожилля, кісткові утворення, суглоби. Крім того, скупчення ексудату в замкнутих порожнинах між сполучнотканинними перемичками призводить до порушення кровообігу за рахунок здавлення живлячих судин і швидкому розвитку некрозів тканин. Панарицій частіше виникає в результаті дрібних травм долонньої поверхні пальців у побуті, на виробництві, рідше він є результатом зривання задилок 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 48ед.48и48л 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 (тендовагіт);
- пароніхія (запалення навколо нігтьового валика);
- піднігтьовий;
- пандактіліт (ураження всіх тканин пальця).

При шкірному панариції гній накопичується під епідермісом. Утворюється міхур, наповнений каламутною, іноді кров'янистою рідиною; шкіра навколо міхура червоніє. Болі зазвичай помірні, головним чином відчуття печіння. Пухир поступово збільшується, гнійне запалення може переходити на глибше розташовані тканини. При пандактіліті гнійний міхур утворюється в шкірі нігтьового валика. Якщо гній проникає під нігтьову пластинку, панариції називають піднігтьовим. Такий панариції розвивається також при уколів або попаданні занози під кінець нігтя. Глибокий панариції, 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 дренування гнійника. Не можна намагатися лікувати панариції 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/ ганглій;
- 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.

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

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

Особливої уваги потребує профілактика генералізації інфекції з розвитком сепсису.

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

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

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

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

III ступінь – виражений набряк та напруженість м'яких тканин. Шкірні покриви ціанотичні або “мрамурового” 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, тромбози 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 розвитку гангрені – 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 нестерпний 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?

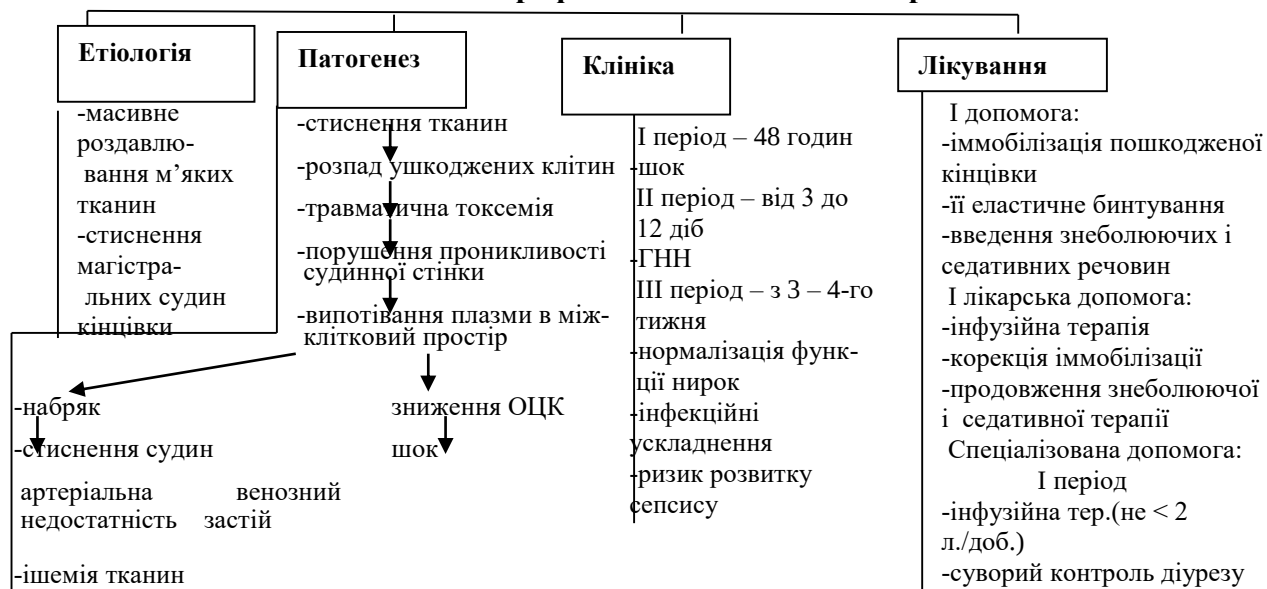
4. Через добу стан пацієнта О. важкий: загальмованість, запаморочення, пульс 110 уд./хв., слабкий, АТ 90/50 мм. рт. ст. Значний набряк нижніх кінцівок, шкіра бліда, маються пухирі з геморагічним вмістом, при зрізанні яких оголюється волога синьо – багрова поверхня. Добовий діурез 400 мл.

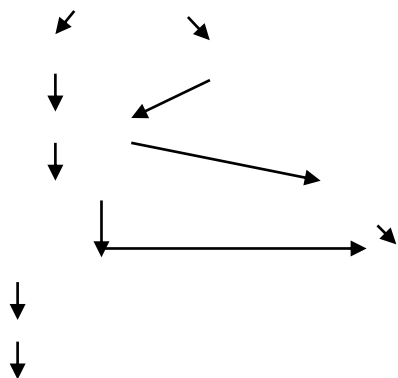
Період перебігу С Т Р? Ступінь ішемії нижніх кінцівок? План лікування?

Рекомендована література

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

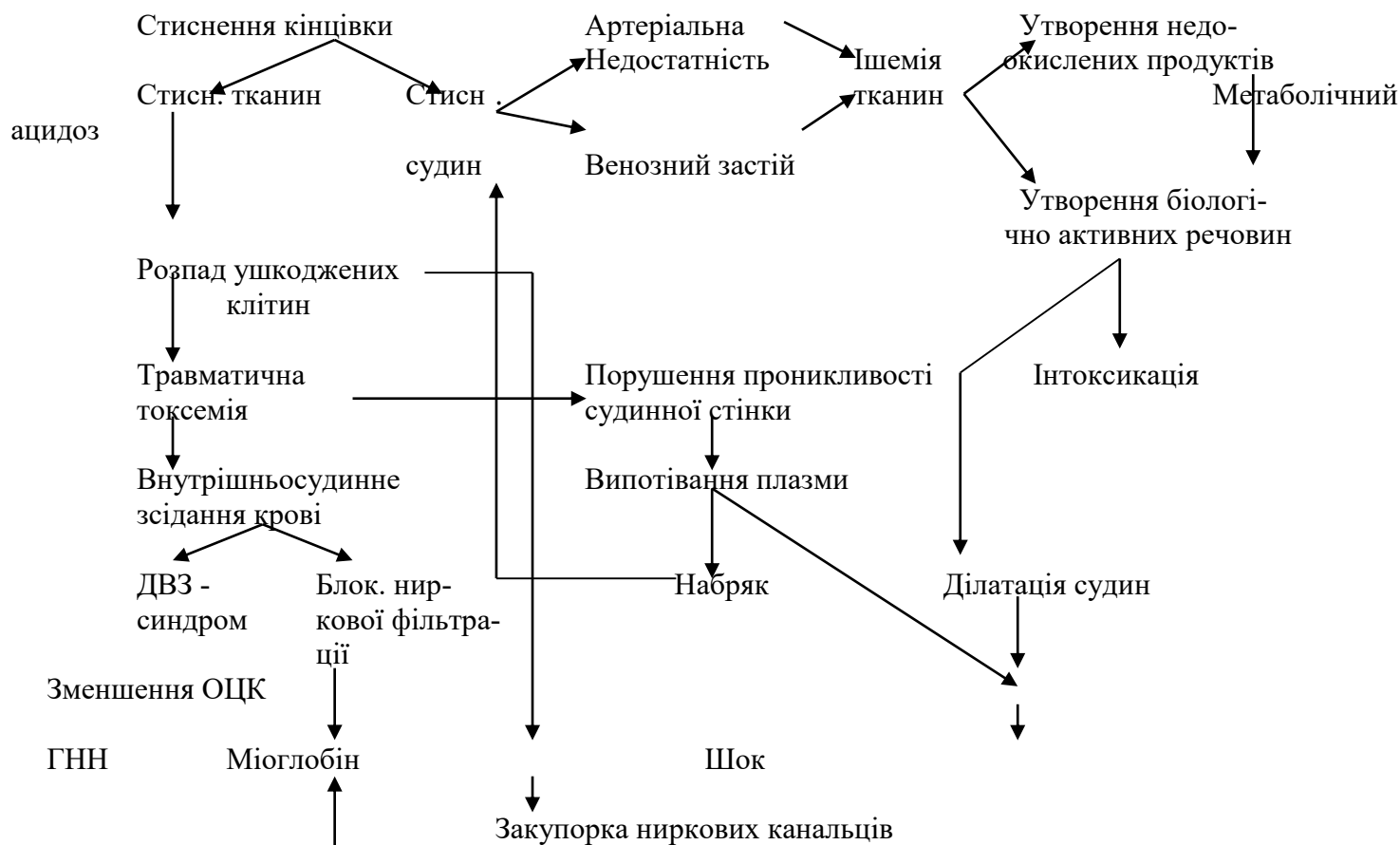
Графічна схема Crash - синдром



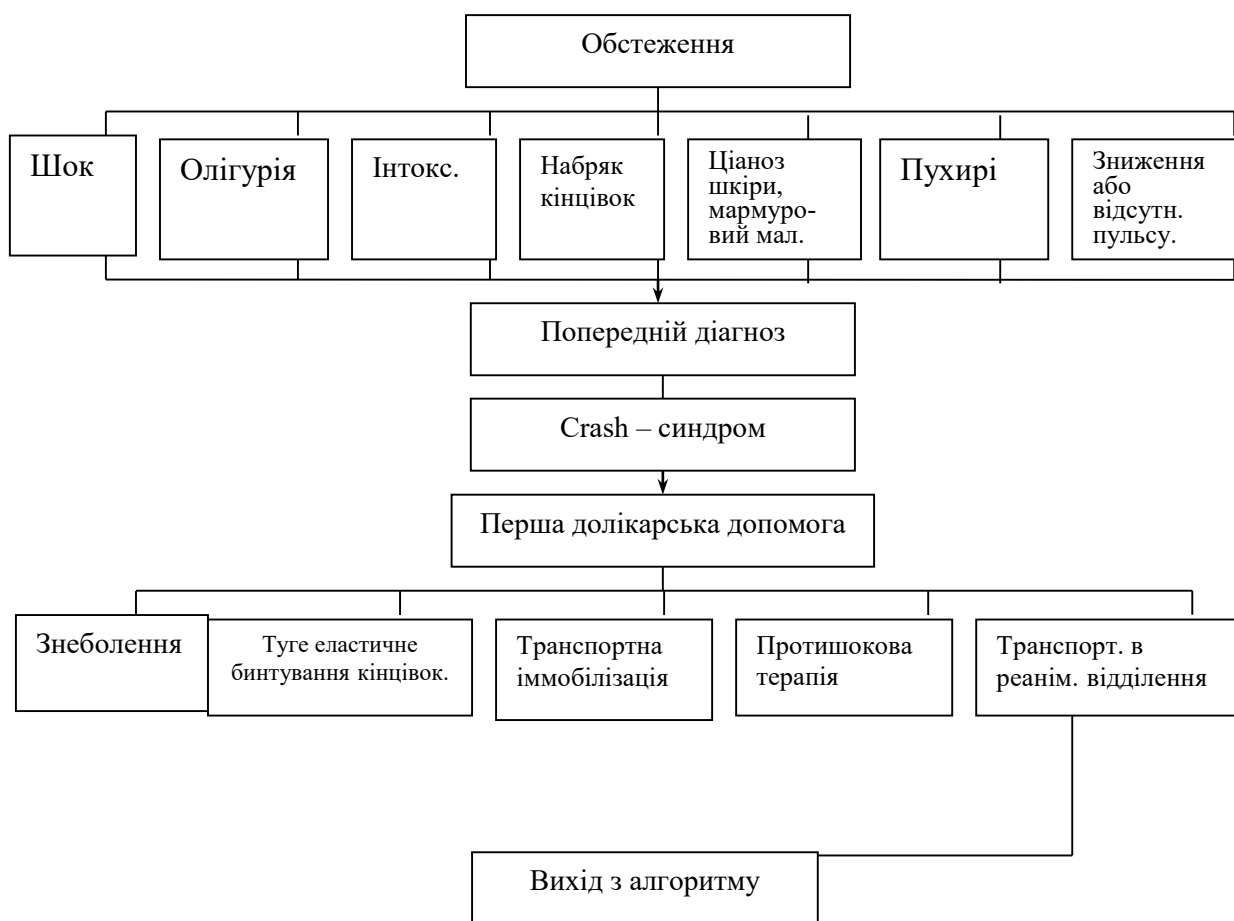


Хірургічне

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.

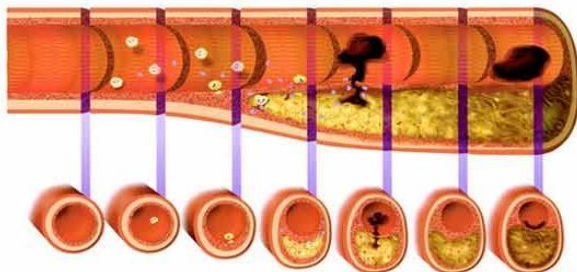
ПЕРЕДУМОВНІ ФАКТОРИ: відмороження кінцівок, довгі озноблення, інфекції, травми кінцівок та головного мозку, куріння.

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 гангрени кінцівки.



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

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



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

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

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

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

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

IV стадія: великі некрози у вигляді розповсюдженої гангрени.



ДІАГНОСТИКА:

Визначення пульсації артерій стоп, підколінної артерії та стегнової артерії.

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

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

Стан кровопостачання дистальних відділів кінцівок дозволяють виявити:

а/ капіляроскопія

б/ електротермометрія

Методи, що дозволяють фіксувати прохідність артерій:

а/ ультразвукова доплерографія

б/ рентгенологічні методи: аорто – та артеріографія

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

ЛІКУВАННЯ I – II стадії:

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

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

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

Спазмолітики /папаверин, но – шпа, галідор/.

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

Вітаміни групи B та C, а також 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.

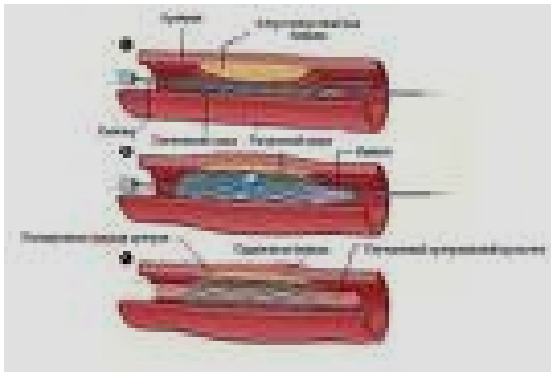
Місцеве лікування трофічних розладів /некретомії, перев'язки, лікування трофічних виразок/.

При неефективності консервативного лікування – хірургічне лікування:

а/ операції на симпатичній нервовій системі /поперекова симпатектомія/ 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

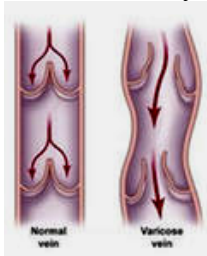
Ефективність реконструктивних операцій у віддалені строки 80 – 85%.

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 комунікантних вен;
- в/ на виявлення недостатності клапанів глибоких вен.

Рентгенологічне дослідження – флебографія. Ультразвукова доплерографія.

ЛІКУВАННЯ:

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

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

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

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/.

ЕТІОЛОГІЯ.

- 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.

Іліофemorальний 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, троксевазинова мазь, 30% дімексид.

II. ХІРУРГІЧНЕ.

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



Кава-фільтр

При висхідному поверхневому тромбофлебіті - флебектомія.

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

При розвитку венозної 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 застої → тканинна гіпоксія → набряк, індурація м'яких тканин, гіперпигментація шкіри, утворення трофічних виразок.
КЛІНІКА. Скарги на біль, швидку втому ніг, почуття розпирання, набряки. Об'єктивно: набряк, варикозне розширення вен, індурація і гіперпигментація 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, троксевазин, 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/Комунікантні.

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°. 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.

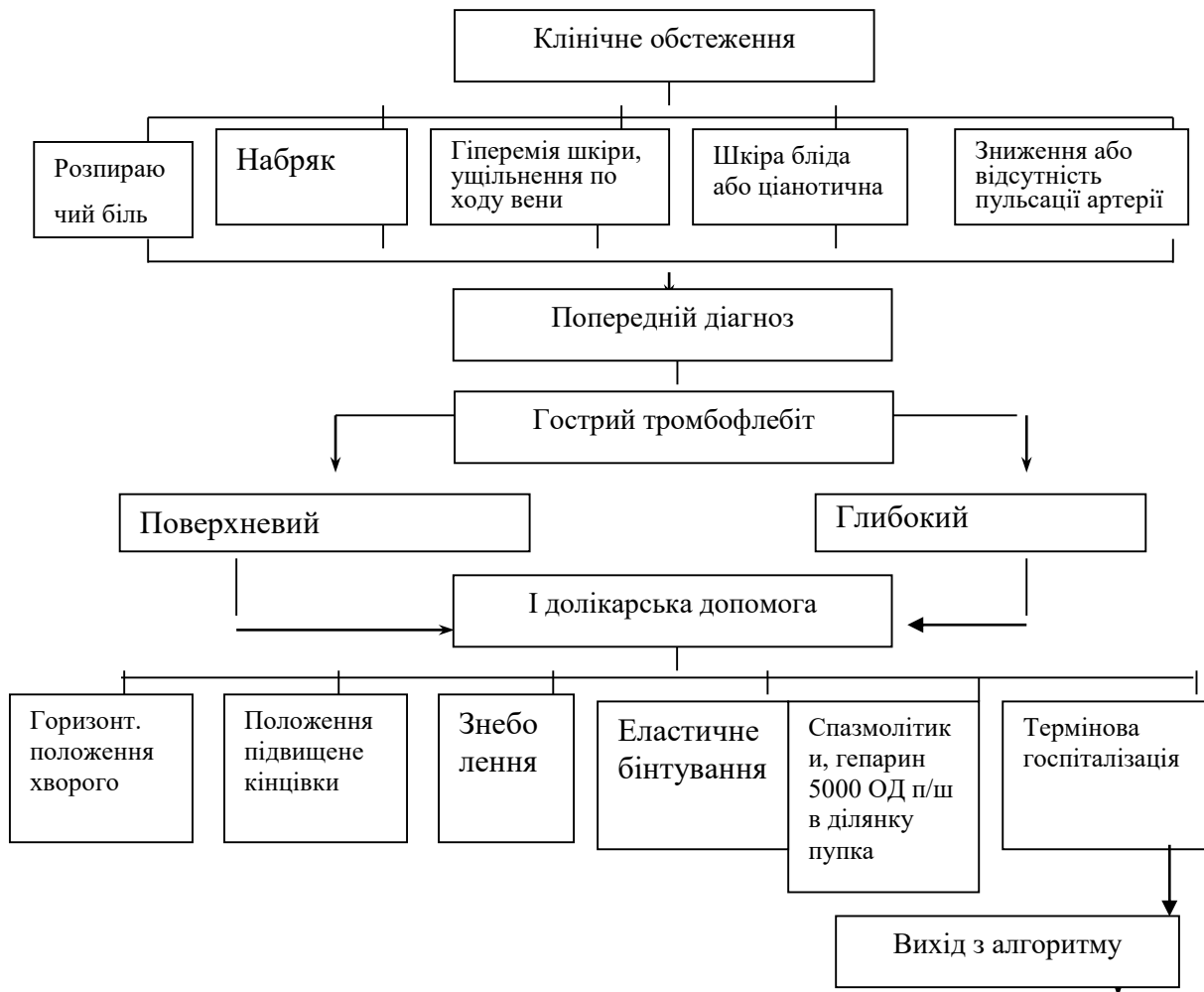
“Клиническая хирургия” под ред. Ю.М. Панцирева стор. 454 – 457, 460 – 465.

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

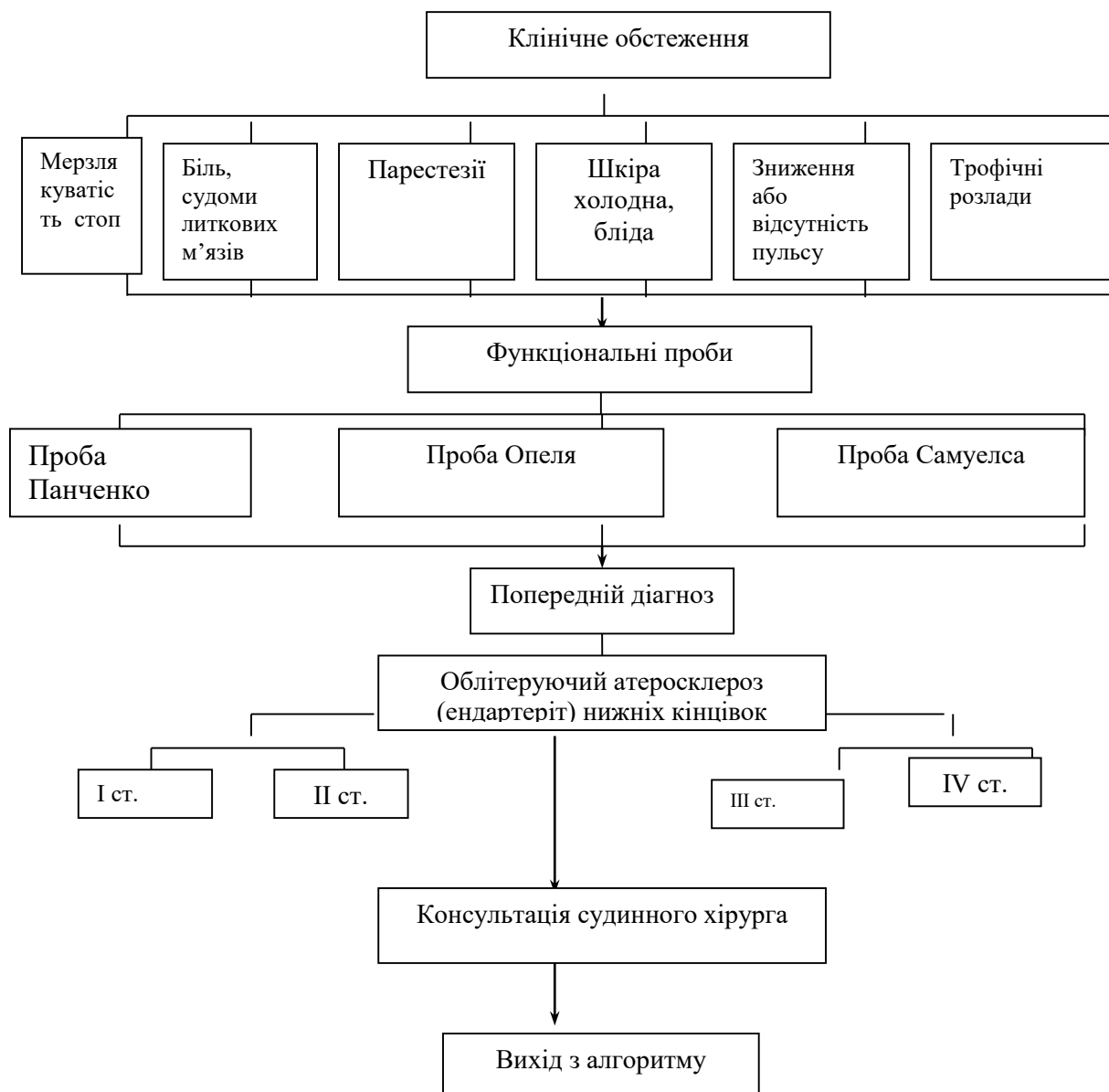
АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги пацієнтові з гострим артеріальним тромбозом



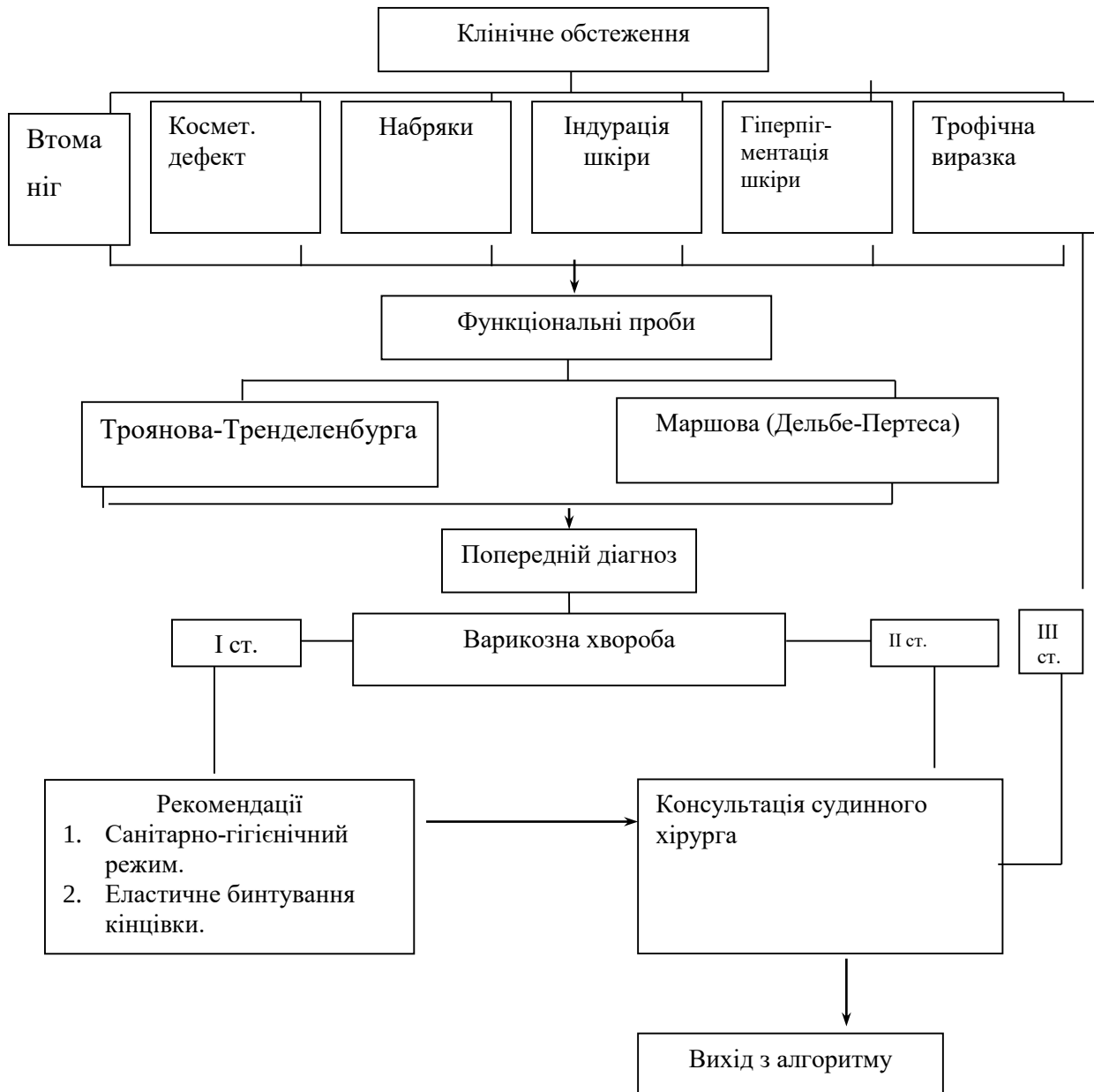
АЛГОРИТМ
Надання першої долікарської допомоги пацієнтам з тромбофлебітом



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 ліжко.

МОЖЛИВА ПОМИЛКА: занадто туге накладання пов'язки, стиснення артерій нижньої кінцівки. Шкіра при цьому стає блідою, потім ціанотичною. 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 кінцівок, «повзання мурашок»

Проба Онпеля - пацієнта укладають на кушетку і просять підняти випрямлені ноги (руки). Через 20 - 30 с (в пізніх стадіях через 5 - 6 с) стопи або кисті 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, обмежений 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.