

Поняття про анаеробну інфекцію

Вона виникає внаслідок проникнення мікроорганізмів, які живуть і розмножуються без кисню (повітря). Збудниками анаеробних інфекцій є: споруутворювальні бактерії з роду *Clostridium* (Cl.); неспоруутворювальні грамнегативні палички роду *Bacteroides*, *Fusobacterium*, з яких найчастіше трапляються *B. fragilis*, *B. melaninogenicus*, *F. nucleatum*, *F. mortiferum*, *F. necroforus*; грампозитивні анаеробні коки – пептококи (анаеробні стафілококи), пептострептококи (анаеробні стрептококи); грампозитивні анаеробні палички – *Propionbacterium asnes*; анаеробні грамнегативні коки – вейлонели (*Veillonella parvula*). Попавши в рану, анаероби при наявності змертвілих, розчавлених, знекровлених тканин, швидко розмножуються, поширюються і викликають інтоксикацію організму. Найчастіше трапляються такі форми анаеробної інфекції, які викликають газову гангрену і правець.

Газова гангрена. Збудниками її є *Cl. perfringens*, *Cl. oedematiens*, *Vibrio septicum* та *Cl. histolyticus*. У більшості випадків захворювання викликається комбінацією цих мікробів. В останнє десятиріччя у хворих з газовою інфекцією почали висівати *Cl. soldelli*, *flux*, *sporogeneus*. Основним джерелом зараження ран анаеробними збудниками є земля і забруднений нею одяг. Тривалість інкубаційного періоду інфекції може бути від кількох годин до 2-3 тижнів. Чим коротший інкубаційний період, тим тяжче перебігає захворювання. Слід зазначити, що анаеробна інфекція перебігає без ознак специфічного запалення, характеризується змертвінням тканин, розвитком набряку, утворенням газу в тканинах і токсинів, що виділяються мікробами.

За патологоанатомічними змінами і клінічним перебігом розрізняють такі форми газової гангрені: *набрякову* (перебігає з явищами сильного набряку тканин і інтоксикації) (рис. 160); *емфізематозну* (утворюється газ у тканинах, характеризується сильним набряком і газоутворенням); *некротичну* (переважає некроз тканин); *флегмонозну* (перебігає за типом флегмони, розплавляючи м'які тканини) і *змішану форму*.



Рис. 160. Газова гангрена правої кисті, передпліччя (набрякова форма) (за В.К. Гостішевим).

Мікроби, як правило, розповсюджуються *епіфасціально* (у вигляді целюліту), *субфасціально* і по *міжфасціальних* проміжках, уражаючи в першу чергу м'язи, судини, нерви. М'язи стають тьмяними, сірими, насиченими газовими бульбашками, легко розминаються пальцями.

Клінічні ознаки. До ранніх ознак газової гангрени відносять розпираючий біль, відчуття стискання пов'язки. Шкіра бліда, на її фоні чітко видно підшкірні вени. З часом шкірні покриви стають багряними з окремими ділянками синюшних плям. Епідерміс у багатьох місцях відшаровується і утворюються міхури, наповнені прозорим або каламутним ексудатом. При пальпації шкіри визначають крепітацію, “симптом рипіння свіжого снігу”. Для діагностики важливе значення має “симптом лігатури” за А.В. Мельниковим. На 8-10 см вище рани на кінцівку накладають лігатуру і спостерігають 2-6 год. Врізування лігатури в тканини свідчить про збільшення набряку, характерне для анаеробної інфекції.

При рентгенологічному дослідженні на ураженій кінцівці контуруються смуги просвітлення, які розшаровують м'язи – симптом Краузе.

До загальних ознак захворювання відносять: тахікардію, зниження артеріального тиску, збудження хворого, ейфорію. Температура тіла сягає 38-39°C. Дихання почашене. При дослідженні крові виявляють лейкоцитоз, підвищену швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), зменшення кількості еритроцитів, гемоглобіну. Різко порушується видільна функція нирок, швидко розвивається олігурія, а потім – анурія. Захворювання перебігає бурхливо і при несвоєчасно розпочатому лікуванні швидко (протягом 2-3 діб) настає смерть.

Лікування. Основними принципами лікування газової гангрени є: своєчасне і адекватне оперативне втручання, цілеспрямована антибактеріальна терапія, підтримка і стимуляція захисних сил організму, профілактика і лікування ускладнень. Хірургічне лікування є основним. Характер операції визначається анатомічною локалізацією ураження анаеробною інфекцією і ступенем поширення запального процесу. Ставлення до існуючого оперативного лікування (ампутація кінцівки, екзартикуляція) сьогодні переглядається. Невиправдана втрата при ампутації набряклих, але життєздатних тканин призводить до зниження місцевих факторів імунного захисту, залишає рану не підготовленою до “зустрічі з мікробами”. Лампасні розрізи шкіри теж не вирішують проблеми детоксикації і лікування, до того ж вони є додатковою тяжкою травмою для хворого. Тому на сьогодні методом вибору при газовій гангрени є первинна *хірургічна обробка* рани, метою якої є максимальне видалення гнійного ексудату, висічення всіх некротизованих тканин, проведення лампасних розрізів з обов'язковою фасціотомією та дренажуванням ран кінцівки. При цьому некретомію (висікання змертвілих тканин) проводять у межах ураженої ділянки без порушення цілості інших фасціальних утворів, по яких може поширюватися інфекція. Фасціотомію потрібно проводити в межах фасціального футляра; при поширенні інфекції на інші сегменти або сусідню групу м'язів фасціотомію проводять з окремого розрізу. В усіх випадках дно і краї рани необхідно обколоти антибіотиком широкого спектра дії, для профілактики розвитку і лікування банальної хірургічної

інфекції. Рану при цьому ретельно промивають 3 % розчином перексиду водню, 1-2 % розчином хлораміну, дренують і не зшивають. При наявності некрозу сегмента кінцівки або у вкрай тяжких випадках захворювання проводять вимушену ампутацію або екзартикуляцію кінцівки в межах здорових тканин. В якості доповнення до операції, але не замість неї, у хворих з анаеробною інфекцією показана гіпербарична оксигенація з підвищеним тиском у камері до 3 атм. На першу добу проводять 3-4 сеанси по 2-2,5 год. У наступні дні сеанси можна проводити один раз на день. Поряд із цим, проводять інтенсивну інфузійну терапію, хворим вводять до 3-4 л рідини, призначають плазму, альбумін, протеїн, гемодез, розчини електролітів. Одночасно внутрішньовенно застосовують великі дози антибіотиків. Хороший ефект проявляє бензилпеніцилін (20-50 млн ОД на добу). Високу активність і широкий спектр дії має кліндаміцин (600 мг 4 рази на добу); мефоксин (1 г 3 рази на добу); тієнам (1 г 2-3 рази на добу). Всі антибактеріальні препарати повинні застосовуватись з моменту встановлення діагнозу газової гангрени. З лікувальною метою використовують протигангренозну полівалентну сироватку (по 150 000-200 000 АО) протягом декількох днів. Перед введенням 100 мл сироватки розводять у 200-400 мл ізотонічного розчину хлористого натрію, підігрівають до 36-37°C і вводять спочатку 1 мл; при відсутності реакції через 5 хв вливають усю дозу з розрахунку 1 мл (25 крапель) на 1 хв.

Слід пам'ятати, що набагато легше попередити газову гангрену, ніж її лікувати. А тому при великих, забруднених ранах, особливо у хворих з хронічною артеріальною недостатністю, діабетичною стопою, виправданим є введення профілактичних доз протигангренозної сироватки. Профілактична доза становить 30 000 АО (10 000 АО сироватки antiperfringens, 15 000 АО antioedematiens і 5 000 АО antivibrion septiens). Газова гангрена належить до контагіозних захворювань, тому хворих з цією інфекцією слід ізолювати в окремій палаті, виділити для них предмети догляду і необхідні інструменти.

Використаний перев'язувальний матеріал спалюють, інструменти дезінфікують, миють і стерилізують кип'ятінням у 2 % розчині гідрокарбонату натрію протягом години або окремо в сухожаровій шафі при температурі 180 – 200°C. Білизну, халати, ковдри теж замочують у 2 % розчині гідрокарбонату натрію в окремій посудині і дезінфікують у спеціальних камерах. Медичний персонал, який контактує з цими хворими, повинен суворо дотримуватись правил асептики та особистої гігієни. Після операції чи перев'язки слід змінити халати та рукавички і старанно дезінфікувати та мити руки (70° етиловий спирт, 0,5 % розчин хлоргексидину та ін.). Операційну та перев'язувальну після виконаних маніпуляцій ретельно прибирають (миють підлогу, стіни дезінфекційним розчином, опромінюють бактерицидними лампами). У палаті проводять 2-3 рази вологе прибирання, а після закінчення лікування хворого в ній проводять повну дезінфекцію ліжок, меблів, стін, добре провітрюють.

Некlostридіальна інфекція. За останні десятиріччя набула поширення анаеробна неспороутворювальна (некlostридіальна) інфекція родини Bacteroidaeas. Ці бактероїди постійно перебувають у слизовій оболонці ротоглотки, шлунково-кишкового тракту, жовчних, сечових шляхів і ін. До цієї групи неспороутворювальних анаеробів належить близько 20 видів мікроорганізмів. На сьогодні встановлено, що у 75-85 % хворих з інфекційними ускладненнями після оперативних втручань висівають некlostридіальну мікрофлору. Як правило, ці мікроорганізми в ранах містяться в асоціаціях з іншими збудниками гнійної інфекції (стафілококи, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli* та ін.). Особливістю такої асоціації некlostридіальної і звичайної гнійної мікрофлори є те, що звичайна мікрофлора в тканинах, розмножуючись, поглинає кисень і створює умови для життєдіяльності анаеробам.

Клінічні ознаки. Основними ознаками розвитку некlostридіальної інфекції є: смердючий (гнильний) запах, тупий біль у рані, її тьмянний вигляд, вдавнення швів, наявність бульбашок газу у виділеннях (гною). Стан хворого погіршується, з'являються ознаки ендогенної інтоксикації: тахікардія, пітливість, ціаноз губ, шкіри з рум'янцем на обличчі, втрата апетиту, загальна слабкість, адинамія. Слід зазначити, що перебіг анаеробної некlostридіальної інфекції часто ускладнюється розвитком септичного шоку і поліорганної недостатності.

Лікування. Основним методом лікування ран, ускладнених некlostридіальною інфекцією, є хірургічне втручання: проводять розкриття та дренивання гнійного осередку. При цьому рана залишається відкритою, її промивають 1-2 % розчином хлораміну або 1-3 % розчином пероксиду водню, розчином калію перманганату 1:1000. Хворим призначають антибактеріальні препарати, краще групи нітронідазолу (метронідазол, тинідазол). Ефективною є група цефалоспоринів (цефатоксим, тіенам). Хворим також призначають загальноозміцнювальну терапію, переливають білкові, сольові препарати. Важливе значення має старанний догляд за хворими, утримання їх в ліжку, профілактика пролежнів, забезпечення висококалорійним та вітамінізованим харчуванням – усі ці заходи є важливими складовими частинами терапії та запорукою одужання хворого.

Важливе значення в профілактиці анаеробної інфекції відіграє передопераційна підготовка хворих, особливо в разі втручання на травному каналі: очищення кишечника, профілактичне введення за дві години до операції добової дози антибіотиків широкого спектра дії, боротьба з госпітальною інфекцією та суворе дотримання правил асептики.

Правець (*tetanus*) – специфічна форма ранової інфекції, що спричиняється вірулентною анаеробною паличкою (*Cl. tetani*), проявляється тяжкими ураженнями нервової системи та інтоксикацією організму. Збудник правця – грампозитивна паличка – є досить розповсюдженим мікроорганізмом у природі, особливо у гної та ґрунті. Спори правцевої палички дуже стійкі до

дії фізичних та хімічних чинників і можуть зберігатись протягом тривалого часу. Сприятливими факторами для виникнення захворювання є пошкодження шкірних покривів, слизових оболонок, послаблення та зниження захисних сил організму. Правцевий токсин переважно викликає ураження нервової системи. Інкубаційний період триває в середньому 7-10 днів, деколи до 1,5 міс. Вхідними воротами для правцевої інфекції є будь-які пошкодження шкіри або слизових оболонок при травмах, опіках, потертостях й ін.

Клінічні ознаки. В продромальному періоді захворювання виникає кволість, безсоння, головний біль, болючі відчуття в потилиці, попереку та ін. В ділянці рани (“вхідних воріт” інфекції) можуть виникати посмикування м’язів, болючість. В подальшому, як правило, з’являється один із “класичних” симптомів правцевої тріади: *тризм* (судоми жувальних м’язів); *дисфагія* (порушення ковтання); *ригідність* потиличних м’язів. Перші ознаки захворювання на правець не характерні: хворі скаржаться на підвищену збудливість, неспокій, почуття страху, безсоння. Може спостерігатися посилене потовиділення, світлобоязнь, а також субфебрильна температура. Одночасно з’являється невизначений “тягнучий” біль у ділянці спини, попереку, потилиці. Часто виникає біль у горлі, особливо при ковтанні, зубний біль. У більшості випадків захворювання розпочинається судомами жувальних м’язів, хворі не можуть відкрити рота, виникає страждальний вираз обличчя (“*сардонічна посмішка*”). В подальшому судоми переходять на м’язи тулуба,

кінцівки, що викликає відповідне положення тіла (*опістотонус*) (рис. 161).

Голова закинута назад, спина вигнута, хворий знаходиться в положенні “*містка*”. При сильних судомах можуть виникати переломи кісток, відриви су-



Рис. 161. Опістотонус при правцеві.

хожилків. Може наступати спазм мускулатури ротоглотки, внаслідок чого виникає зупинка дихання (*асфіксія*). Судоми досить болючі. Вони можуть провокуватись світлом, шумом, температурою та ін. Слід зазначити, що при правцеві не уражаються дрібні м’язи рук і ніг. Для правця не характерні такі симптоми, як “рука акушера”, “мавпяча кисть” й ін. Смерть настає, як правило, від асфіксії і паралічу серцевого м’яза. Бактеріологічне підтвердження правця не має практичного значення, оскільки уже на початку захворювання (у більшості випадків) збудник правця зникає з рани, а тетанотоксин – з крові.

Лікування. Важливим компонентом лікування правця є обробка рани, що слугувала вхідними воротами для інфекції. У більшості випадків це є, на жаль, незначні пошкодження шкіри (подряпини, садна, невеликі порізи, колоті рани, тощо), які до початку захворювання повністю або майже повністю загоїлись. Іноді лише детальний огляд пацієнта дає змогу знайти ураження. Хірургічна обробка вхідних воріт у хворих на правець має бути ретельною, з висіченням нежиттєздатних тканин, широким розкриттям абсцесів (шукати так звані “холодні абсцеси”), видаленням струпів, сторонніх тіл, промиванням пероксидом водню, при необхідності – дрениванням. Значні за обсягом, нагноєні рани повинні залишатися відкритими і промиватися повторно.

Специфічного лікування правця немає, оскільки токсини, що зв’язуються з нервовою системою, нейтралізувати неможливо. А тому лікування правця ґрунтується в основному на реанімаційних заходах. Усі хворі повинні бути госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії великих лікарень, краще в обласні лікарні, у супроводі лікаря-реаніматолога. Перед транспортуванням хворим вводять протисудомні препарати в дозах, які виключають можливість судом і забезпечують спонтанне дихання. В окремих випадках проводять інтубацію трахеї і евакуацію хворого в умовах ШВЛ. Для нейтралізації ще не зв’язаних токсинів циркулюючої крові в перші години захворювання необхідно ввести 100-150 тис. МО протиправцевої сироватки, розведеної (не менше 1:10) ізотонічним розчином хлористого натрію. При цьому 0,5 дози можна ввести внутрішньовенно краплинно, а другу половину – одномоментно внутрішньом’язово.

Набагато кращим засобом, який забезпечує довготривалу циркуляцію антитіл у крові, є протиправцевий людський імуноглобулін (ППЛІ). Доза ППЛІ, котру застосовують з лікувальною метою, становить 1000 МО. Вводять 500 МО внутрішньовенно і 500 МО внутрішньом’язово. Слід пам’ятати, що після одужання хворому необхідно провести активну імунізацію за допомогою протиправцевого анатоксину, який вводять три рази з інтервалом 1,5 і 9-12 міс., так як перенесене захворювання не залишає після себе імунітету.

Для заспокоєння хворому призначають снодійні препарати, нейролептики-аналгетики – фентаніл, дроперидол, аміназин, фенобарбітал й ін. Дози цих препаратів і шляхи їх введення кожен раз підбираються індивідуально, залежно від чутливості, віку і маси тіла хворого. Основна мета їх введення – профілактика судом. Поряд із цим, проводять інтенсивну інфузійну терапію, вливають 5 % глюкозу з інсуліном, розчин Рінгер-Локка, плазму, альбумін і ін. Їжа повинна бути рідкою, висококалорійною.

Хворий повинен бути в окремій затемненій палаті, де б підтримувалась тиша. Такі хворі потребують особливого догляду, цілодобового лікарського поста, наявності “чергового” шприца з міорелаксантом. У тяжких випадках хворим на правець для профілактики асфіксії накладають трахеостому, призначають міорелаксанти і переводять на штучне дихання.

Профілактика правця. Згідно з існуючим наказом МОЗ України № 198 від 05.08.99 р, профілактику правця необхідно проводити в таких випадках: 1) при будь-якій травмі з порушенням цілості шкірних покривів і слизових оболонок; 2) при опіках і відмороженнях II, III та IV ступеня; 3) породіллям при родах вдома без медичної допомоги; 4) при позалікарняних абортах; 5) при операціях на шлунково-кишковому тракті; 6) при укусах тварин; 7) при гангрені або некрозі тканин, абсцесах будь-якого походження.

А. *Планову імунізацію проти правця* проводять усьому населенню, починаючи з 3-х місячного віку. Для планової активної імунізації проти правця використовують: адсорбовану кашлюково-дифтерійно-правцеву вакцину (АКДП-в), яка містить в 1 мл 20 млрд. інактивованих кашлюкових мікробних клітин, 30 одиниць (Zi) дифтерійного та 10 одиниць зв'язування (ОЗ) правцевого анатоксину; адсорбований дифтерійно-правцевий анатоксин (АДП-а), який містить в 1 мл 60 Zi дифтерійного та 20 ОЗ правцевого анатоксинів; адсорбований дифтерійно-правцевий анатоксин зі зменшеним вмістом антигенів (АДП-М-а), який містить в 1 мл 10 Zi дифтерійного та 10 ОЗ правцевого анатоксинів; адсорбований правцевий анатоксин (АП-а), який містить в 1 мл 20 ОЗ правцевого анатоксину. На першому році життя щеплення здійснюють АКДП-в по 1 мл підшкірно в підлопаткову ділянку тричі з інтервалом 1 міс. (3-4-5 міс.). Ревакцинацію проводять у віці 1,5 роки, також застосовуючи АКДП-в. Надалі (в 6, 11, 14, 18 років і далі кожні 10 років) використовують АДП-а (друга ревакцинація) і АДП-М-а.

Повний курс імунізації АП-а для дорослих складається з двох щеплень по 0,5 мл кожне з інтервалом 30-40 діб і ревакцинації через 6-12 міс. тією ж дозою. При скороченій схемі повний курс імунізації включає одноразову вакцинацію АП-а в подвоєній дозі (1,0 мл) та ревакцинацію через 1-2 роки дозою 0,5 мл, та в подальшому кожні 10 років.

Екстрена профілактика правця. Екстрену імунопрофілактику правця необхідно проводити в період до 20 днів з моменту отримання травми, враховуючи можливу довготривалість інкубаційного періоду при правці. При тяжких відкритих травмах для забезпечення повноцінної імунної відповіді на правцевий анатоксин препарат слід вводити не раніше 3-го та не пізніше 12-го дня після травми. Призначення засобів для екстреної імунопрофілактики правця здійснюється диференційовано, залежно від наявності документального підтвердження про щеплення або даних імунологічного контролю напруженості протиправцевого імунітету, а також враховуючи характер травми. Для екстреної активної імунізації проти правця застосовують: адсорбований правцевий анатоксин (АП-а); адсорбований дифтерійно-правцевий анатоксин (АДП-а), зі зменшеним вмістом антигенів (АДП-М-а); протиправцевий людський імуноглобулін (ППЛІ), який виготовляють з крові імунних людей (одна профілактична доза ППЛІ вміщує 250 міжнародних одиниць (МО)); протиправцеву сироватку (ППС), яку отримують з крові гіперімунізованих коней (одна профілактична доза ППС становить 3000 МО).

Б. *Екстрена профілактика правця у дітей і дорослих, які були раніше привиті.* Незалежно від тяжкості травми, особам, які раніше були привиті проти правця, вводять тільки 0,5 мл очищеного антиправцевого анатоксину (протиправцеву сироватку вводити не слід). Протиправцевий анатоксин при травмах не слід вводити у тих випадках, коли після першої ревакцинації пройшло не більше шести місяців, а після другої ревакцинації – не більше року.

В. *Екстрена профілактика у непривитих і дорослих.* У цих випадках вводять 1 мл очищеного адсорбованого протиправцевого анатоксину. Потім другим шприцом, після внутрішньошкірної проби за Безредком, в іншу ділянку тіла, краще під лопатку, вводять 3000 МО очищеної протиправцевої сироватки. Для виявлення чутливості до протиправцевої сироватки проводять внутрішньошкірну пробу з розведенням сироватки 1:100, яку спеціально виготовляють для цього (“розведена сироватка для внутрішньошкірної проби”). Ін’єкцію здійснюють на передній поверхні передпліччя; внутрішньошкірно вводять 0,1 мл розведеної сироватки і спостерігають протягом 20 хв. Пробу вважають негативною, якщо діаметр папули не перевищує 0,9 см. При відсутності позитивної проби підшкірно вводять 0,1 мл нерозведеної протиправцевої сироватки. При відсутності реакції через 30 хв-1 год вводять решту дози сироватки (3000 МО). У випадках позитивної реакції протиправцеву сироватку не застосовують, а проводять тільки активну імунізацію правцевим анатоксином (1 мл).

Якщо розведеної сироватки немає, для проведення внутрішньошкірної проби протиправцеву сироватку вводять за три прийоми: спочатку вводять підшкірно 0,1 мл і через 30 хв- 0,2 мл; відкриту ампулу накривають стерильною марлевою серветкою. Якщо реакції немає, то через 1-1,5 год після другої ін’єкції вводять усю дозу. При проведенні активно-пасивної профілактики проти правця за такою методикою першу дозу сироватки (нерозведеної) вводять через 30 хв після введення анатоксину. Слід запам’ятати, що ампули із розведеною протиправцевою сироваткою для визначення чутливості марковані *червоним* кольором, а з нерозведеною – *синім*.

Через 30-40 днів після такої активно-пасивної профілактики правця необхідно продовжити імунізацію і ввести 0,5 мл протиправцевого анатоксину. Для створення стійкого імунітету повторне введення 0,5 мл протиправцевого анатоксину здійснюють через 9-12 міс, наступні ревакцинації в тій самій дозі роблять кожні 5-10 років.

Протипоказання до застосування специфічних препаратів екстреної профілактики правця. Основними протипоказаннями до застосування біологічних препаратів специфічної профілактики правця є: а) підвищена чутливість до відповідного препарату; б) вагітність (в першій половині протипоказано введення АП-а та ППС, в другій половині протипоказано введення ППС); в) в осіб, котрі мали протипоказання для введення АП-а та ППС,

можливість проведення екстреної профілактики за допомогою ППЛІ визначається лікарем-куратором; г) стан алкогольного сп'яніння не є протипоказанням для проведення екстреної профілактики.

Ускладнення при проведенні імунізації проти правця. Слід зазначити, що імунізація проти правця може супроводжуватись різними реакціями. Вони можуть бути трьох типів: *негайна* (настає відразу ж після введення сироватки); *рання* (на 4-6-й день) і *віддалена* (через 2 тижні і пізніше). Реакція може проявлятися підвищенням температури тіла, лихоманкою, судомами, висипкою, порушенням діяльності серця, легень. Для її припинення необхідно терміново ввести 1 мл 0,1 % розчину адреналіну або 5 % розчину ефедрину, 10 мл 10 % розчину хлористого кальцію, 20-50 мл 20-40 % розчину глюкози. При тяжких станах призначають гормональні препарати (преднізолон, кортизон, гідрокортизон), серцеві препарати та ін.

Загальна гнійна інфекція

Сепсис (sepsis – гниття) – загальне інфекційне захворювання, що спричиняється різними мікроорганізмами та їх токсинами у зв'язку з прогресуванням та поширенням місцевого інфекційного процесу. Сепсис нерідко в народі називають “зараженням крові”. Здебільшого він виникає як ускладнення різних місцевих гнійних процесів (фурункул, карбункул й ін.) і називається вторинним. *Первинний* сепсис трапляється рідко. Сепсис, при якому первинне джерело гнійного запалення виявити не вдається, називають *криптогенним*. Таким джерелом можуть бути каріозні зуби, приховані абсцеси, запалення мигдаликів й ін.

Розвиток сепсису, як правило, пов'язаний з високою вірулентністю мікробів, масивністю і тривалістю зараження, пригніченням імунобіологічних сил організму.

Тривалість сепсису може бути різною – від декількох годин (блискавична форма) до декількох років (хронічна форма).

Причиною сепсису можуть бути майже всі патогенні та умовно-патогенні бактерії: стафілококи, стрептококи, синьогнійна та кишкова палички, анаероби та ін.

Розвиток і перебіг сепсису є результатом складного динамічного процесу, що виникає внаслідок взаємодії мікроорганізмів, їх токсинів і організму хворого.

Труднощі ідентифікації сепсису при різних захворюваннях і станах спонукали узгоджувальну комісію (США, 1991) рекомендувати всі генералізовані запальні ускладнення поділяти на чотири групи: синдром системної запальної реакції, сепсис, сепсис-синдром і септичний шок. *Синдром системної запальної реакції* визначається на підставі наступних клінічних ознак: температура тіла 38°C або нижче 36°C, тахікардія – 90 за 1 хв, тахіп-

ное вище 20 за 1 хв (при ШВЛ pCO_2 менше 32 мм рт. ст.), кількість лейкоцитів у периферійній крові понад 12×10^9 або менше 4×10^9 , або ж кількість незрілих форм перевищує 10 %. *Сепсис* за цією рекомендацією визначають як системну запальну реакцію при явно інфекційному процесі, а *сепсис-синдромом* запропоновано позначати такі стани, при яких на фоні сепсису розвиваються органи порушення, що коригуються за допомогою засобів і методів інтенсивної терапії.

Класифікація сепсису

1. *За наявністю або відсутністю первинного джерела інфекції*: а) первинний (при відсутності джерела інфекції); б) вторинний (при наявності первинного джерела інфекції).

2. *За збудником*: а) аеробний (стафілококовий, стрептококовий й ін.); б) анаеробний (клостридіальний, неклостридіальний).

3. *За причиною виникнення*: а) рановий; б) при гнійних захворюваннях внутрішніх органів (пневмонія, аднексит, ендометрит, хронічний тонзиліт, отит, гайморит й ін.); в) післяопераційний; г) криптогенний (невідоме джерело).

4. *За локалізацією первинного джерела*: а) отогенний; б) стоматогенний; в) урологічний; г) гінекологічний й ін.

5. *За характером генералізації інфекції*: а) септицемія – сепсис без гнійних метастазів; б) септикопемія – сепсис із гнійними метастазами.

6. *За клінічним перебігом*: а) блискавичний; б) гострий; в) підгострий; г) рецидивний; д) хронічний.

Клінічні ознаки. Слід зазначити, що специфічних ознак сепсису немає, досить часто різні інфекційні захворювання викликають клінічну картину, близьку до сепсису.

Найчастішими ознаками сепсису є: різкий головний біль, безсоння, подразливість, психози, галюцинації та ін. Поряд із цим, підвищується температура тіла до $39-40^\circ C$ із значними коливаннями зранку і ввечері (гектична температура), з'являється лихоманка, рясний піт, втрачається апетит, спостерігають схуднення. При дослідженні стану серцево-судинної системи визначається тахікардія, зниження артеріального тиску, підвищення венозного тиску. У хворих виникає порушення функції нирок, олігурія, зниження питомої ваги сечі, з'являється білок, формені елементи крові. Порушується функція печінки, нерідко виникає паренхіматозна жовтяниця, збільшується печінка, селезінка. При дослідженні крові відзначають зниження кількості еритроцитів, гемоглобіну, підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) і лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво. При посівах крові лише в 70-80 % випадків вдається виділити збудника сепсису, що пояснюється як непостійністю бактеріємії, так і труднощами виділення деяких видів збудника. При проведенні бактеріологічного дослідження необхідно ретельно дотримуватися правил забору крові, її транспортування і наступної культивування. В перші дві доби обстеження здійснюють повторні рандомізовані (випадкові за часом) забори крові із вени, або її беруть 5 разів з інтервалом у 2 год

і засівають у двох колбах. Посів вважають дійсним, якщо виділяється один і той самий мікроб в обох колбах і наступних посівах.

Слід зазначити, що при розвитку сепсису, як правило, змінюється характер перебігу місцевого ранового гнійного процесу: грануляції у рані стають в'ялими, зменшується кількість виділень, останні набувають тьмяного, нерідко – гнильного вигляду. Виникають лімфангіїти, лімфаденіти, тромбофлебіти, набряклість навколишніх тканин, припухлість рани.

Слід пам'ятати, що клінічний перебіг сепсису значною мірою залежить від його форми. Так, *блискавичний* сепсис розвивається досить бурхливо, протягом декількох годин (6-8), і має характер *септичного шоку*. При не-своєчасному наданні допомоги настає смерть. При *гострому* сепсисі захворювання розвивається протягом декількох днів (5-10). При *підгострій формі* клінічний симптомокомплекс виникає протягом декількох тижнів, і перебігає не так виразно, як при перших двох формах.

Хронічний сепсис характеризується в'ялим перебігом зі слабкими клінічними проявами, які можуть спостерігатися місяцями, а нерідко і роками.

При *рецидивуючому* сепсисі періоди загострення чергуються з ремісіями (затихання).

При бурхливому розвитку сепсису, внаслідок масивного розмноження мікробів і надходження в кров їх токсинів, розвивається *септицемія*. При цій формі сепсису не спостерігаються ремісії і симптоматика захворювання є яскраво вираженою.

При подальшому розвитку сепсису захворювання виникає бактеремія з утворенням множинних гнійників у різних органах та тканинах. Ця форма сепсису називається *септикопіємією*. При цій формі сепсису мікроби, попадаючи в лімфатичне або кровоносне русло, осідають у капілярах різних органів і тканин, створюючи гнійний осередок, який стає новим джерелом розповсюдження інфекції.

Слід пам'ятати, що по суті із кожної гнійної рани в кровоносне і лімфатичне русло всмоктуються токсини, мікроби і продукти розпаду тканин. Цей процес часто супроводжується підвищенням температури тіла, ознобом, тахікардією і іншими симптомами інтоксикації. Такий стан називається *резорбтивною лихоманкою* і має місце у хворих з гнійною інфекцією. Її не слід плутати з сепсисом. Резорбтивна лихоманка, як правило, тісно пов'язана з характером перебігу первинного гнійного вогнища. Із його санацією і ліквідацією резорбтивна лихоманка припиняється. Разом із тим, при масивному надходженні мікробів у кровоносне русло вона може переходити в сепсис.

Найтяжчим і специфічним ускладненням сепсису є **шок**, який може виникнути при будь-якому його виді і в будь-який період перебігу. Причина і механізм розвитку септичного шоку ще недостатньо з'ясовані, але визнаними вважаються наступні:

– масивне надходження у судинне русло мікроорганізмів з осередку інфекції або інших джерел;

- стимуляція бактеріальними токсинами ефекторних β -рецепторів більшості органів з розвитком периферійного судинного спазму;
- виникнення під дією токсинів генералізованого внутрішньосудинного згортання крові.

Основними ознаками септичного шоку є: зниження артеріального тиску, тахікардія, що нерідко супроводжується лихоманкою і набуває, як правило, прогресуючого перебігу. У хворих швидко виникає симптомокомплекс поліорганної недостатності. В пізній стадії шоку виникають затьмарення свідомості, навіть кома, блідість шкірних покривів, акроціаноз, виражене тахіпное, олігурія, гіпертермія, що змінюється зниженням температури тіла і сильним потовиділенням. Пульс стає частим (120-160 уд/хв), слабкого наповнення, нерідко аритмічний, з критичним зниженням артеріального тиску, що поєднується з ознаками венозної недостатності.

Лікування. Лікування сепсису повинно бути комплексним і спрямованим, в першу чергу, на видалення гнійного джерела, боротьбу зі збудником, зменшення інтоксикації, підвищення захисних сил та покращення обмінних процесів в організмі. Хворим необхідно призначити антибіотики з урахуванням їх чутливості до мікрофлори (після посіву ранового вмісту і крові хворого). Якщо неможливо виявити джерело сепсису і висіяти мікроорганізми, призначають антибіотики широкого спектра дії (аміноглікозиди, цефалоспорины). Призначають сульфаніламідні препарати (норсульфазол, сульфадимезин, бісептол, бактрим й ін). Також проводять УФО (ультрафіолетове опромінення) крові.

Для підвищення реактивності організму здійснюють переливання плазми, альбуміну, крові, еритроцитарної, лейкоцитарної маси. Хворим рекомендують вводити рідину: 5 % розчин глюкози з інсуліном (при цьому кількість інсуліну вводять із розрахунку 1 ОД інсуліну на 3 г сухої глюкози); розчин Рінгера-Локка, фізіологічний розчин, гемодез. Для покращення мікроциркуляції і реологічних властивостей крові призначають реополіглюкін, реоглюман, поліфер, сорбілак, реосорбілак. Загальна кількість введеної рідини повинна бути 4-5 л на добу. Однак при цьому необхідно слідкувати за діурезом, оскільки зниження функції нирок без відповідної корекції може призвести до застою рідини в організмі, розвитку набряків та погіршення показників гемодинаміки.

Важливе значення в лікуванні сепсису має специфічна імунізація. З цією метою необхідно вводити в першу чергу гіперімунну антистафілококову або антиколібацилярну, або антисиньогнійну плазму, в якій містяться готові антитіла проти мікробів. З цією ж метою внутрішньом'язово вводять антистафілококовий гама-глобулін.

Для активної імунізації організму застосовують стафілококовий анатоксин і специфічні вакцини. Під впливом цих препаратів організм самостійно виробляє антитіла.

Для покращення захисних сил організму вводять лейкоцитарну масу від здорового донора.

Необхідною умовою покращення результатів лікування хворих на сепсис є активне хірургічне лікування місцевих гнійних осередків, а при наявності метастатичних гнійників – їх виявлення і своєчасне розкриття та дренивання рани. Ні в якому разі *не можна витискати* гнійники, травмувати тканини. Засохлі пов'язки слід відмочувати 3% розчином перексиду водню, фурациліном або водним розчином хлоргексидину та ін. і безболісно видаляти.

Хронічна хірургічна специфічна інфекція

До хірургічної хронічної специфічної інфекції належить: туберкульоз, актиномікоз, дифтерія ран, сифіліс, сказ, СНІД.

Загальні поняття про туберкульоз. За останні роки на Україні спостерігається збільшення кількості хворих на туберкульоз, яка становить на сьогодні 40:10000 населення. В основному туберкульоз уражує легені, потім лімфатичні вузли, кістки тощо. Він викликається мікобактерією, яку відкрив у 1882 р. Р. Кох. Захворювання передається від хворих на відкриту форму туберкульозу легень, які виділяють туберкульозну паличку в зовнішнє середовище. Мікобактерія туберкульозу проникає в організм передусім через дихальні шляхи, дуже рідко через ушкоджені слизові оболонки та шкіру. Первинне зараження туберкульозом настає у 80-90 % людей, однак захворюють на туберкульоз тільки 2-3 %. Крім ураження легень (65-70 %), у хворих виникають позалегенові форми туберкульозу (лімфатичних вузлів, кісток, шкіри, суглобів, сечостатевого органів і ін.). Після розмноження мікобактерій туберкульозу у тканинах розвивається вогнище запалення. В результаті проліферації клітин виникає туберкульозний горбик, що складається з епітеліоїдних гігантських клітин, які розміщуються навколо мікобактерій. Туберкульозні горбики при сприятливому перебізі рубцюються і в них можуть відкладатись солі кальцію. При несприятливому перебізі захворювання на місці туберкульозних горбиків утворюються інфільтрати, всередині яких настає некроз. Розпад туберкульозних горбиків призводить до утворення каверн, фістульних ходів, натічних абсцесів. Загальна реакція організму на туберкульозний процес характеризується підвищенням температури, пітливістю, загальною слабкістю, зміною імунологічного стану, зниженням процесів регенерації. Для туберкульозного процесу характерний хронічний перебіг з частими загостреннями і схильністю до генералізації захворювання.

Туберкульоз лімфатичних вузлів. Здебільшого трапляється у дітей і підлітків. Переважно уражаються шийні, перибронхіальні і мезентеріальні лімфатичні вузли.

Клінічні ознаки. Найчастіше уражаються лімфатичні вузли шиї: підщелепні, в надключичній ділянці і за ходом груднино-ключично-соскоподібно-

го м'яза. При цьому лімфатичні вузли, як правило, збільшуються, спаюються у бугристі щільні конгломерати, болючі на дотик, шкіра навколо них гіперемована і спаяна з конгломератом. При прогресуванні туберкульозного процесу утворюються нориці, з яких виділяється серозний вміст з сірими крупинками. Нориці тривалий час не закриваються і мають рецидивуючий характер.

Лікування консервативне: застосовують антибактеріальні препарати (стрептоміцин, натрію пара-аміносаліцилат, фтівазид, протіонамід, етіонамід, рифодин і ін.). Хворим призначають загальнозміцнювальне лікування (вітаміни, переливання плазми, альбуміну та ін.). Місцево призначають ультрафіолетове опромінення, при наявності нориць проводять їх санацію. При утворенні натічних абсцесів їх розкривають і санують за загальними правилами.

Кістково-суглобовий туберкульоз. Уражається найчастіше хребет (40 %), кульшовий суглоб (20 %), колінний суглоб (15-20 %). Ураження інших кісток і суглобів трапляється рідше. Хворіють переважно діти і підлітки, що пояснюється особливостями дитячого організму, зокрема посиленням ростом і підвищенням кровопостачання кісток. Мікобактерії туберкульозу проникають гематогенним шляхом з інших туберкульозних вогнищ. Виникненню захворювання сприяють вірулентність, масивність туберкульозної інфекції, травма, переохолодження, незадовільні санітарно-побутові умови. Як правило, уражається кісткова тканина метафіза, що призводить до виникнення первинного оститу. Кісткова тканина в цьому місці розсмоктується (рерафікація), внаслідок чого утворюється порожнина (каверна) із зернистим розпадом та дрібними кістковими секвестрами. В результаті поширення гнояка на сусідні тканини можуть утворюватись натічні абсцеси, які мають щільну фіброзну капсулу і не супроводжуються місцевою запальною реакцією, у зв'язку з чим їх називають холодними абсцесами. Слід зазначити, що ці абсцеси можуть поширюватись по фасціальних просторах на значну відстань від первинного вогнища (наприклад, на стегно при туберкульозі поперекових хребців) і визначаються у вигляді малоболючого, еластичного, пухлиноподібного утворення. При пальпації таких утворів спостерігають флюктуацію, а при прориві утворюються нориці, які тяжко лікуються. Ця фаза туберкульозу називається *первинним оститом* (або передартритичною фазою).

Туберкульозний процес, поширюючись, переходить на суглобову поверхню і уражає синовіальну оболонку, внаслідок чого виникає артрит (*артритична фаза туберкульозу*). При сприятливому перебізі туберкульозного процесу він затихає, однак, як правило, утворюється деформація і порушення функції суглоба (*постартритична фаза*).

Розвиток місцевого процесу супроводжується місцевим болем, утрудненням під час ходьби. В результаті руйнування суглобових кінців суглоб деформується, збільшується в об'ємі, контури його згладжуються, інколи кінцівка набуває вимушеного положення, в суглобі накопичується рідина. Слід зазначити, що шкіра над таким суглобом може бути звичайного забарвлення (почервоніння шкіри немає), однак вона потовщується і виникає симптом Александра (потовщення шкірної складки).

Крім ексудативних кістково-суглобових форм туберкульозу, є сухі форми артрити, які спостерігаються частіше при ураженні плечового суглоба. Перебіг кістково-суглобового туберкульозу характеризується і загальною симптоматикою: схуднення, субфебрильна температура, пітливість, загальна слабкість. При дослідженні крові у хворих виявляють анемію, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ). Велике значення для діагностики має проведення специфічної туберкулінової реакції Манту, а також рентгенологічні обстеження. При рентгенографії кісток виявляють дефект кісткової тканини у вигляді вогнища прояснення, секвестрів. При ураженні суглобів спостерігають зміну контурів синовіальної оболонки, розширення суглобової щілини, а при зрощенні кісток у постартритичній фазі формується анкілоз суглоба.

Туберкульоз кісток слід диференціювати від хронічного гематогенного остеомієліту.

Туберкульоз хребта (туберкульозний спондиліт). Хворіють переважно діти у ранньому віці. Уражається переважно II-IV хребець грудного відділу, рідше хребці поперекового відділу.

Клінічні ознаки. Основні ознаки захворювання залежать від фази розвитку процесу.

В передспондилітичній фазі (туберкульозний процес локалізується в тілі хребця) виникають ознаки загальної туберкульозної інтоксикації, дитина погано їсть, худне, стає вередливою, при постановці реакції Манту остання позитивна, при дослідженні крові – лімфоцитоз, прискорена ШОЕ.

Клінічні місцеві ознаки ураження хребта, як правило, відсутні. Для встановлення діагнозу важливе значення має рентгенологічне дослідження, при якому визначається вогнище остеопорозу і деструкції тіла хребця.

Спондилітична фаза (руйнування тіла хребця і поширення процесу на міжхребцеві диски та м'які тканини, що їх оточують) (рис. 162). Крім загальних проявів туберкульозного процесу, у хворих виникає біль при згинанні тулуба і обмеження його рухів. Дитина не може підняти предмет з

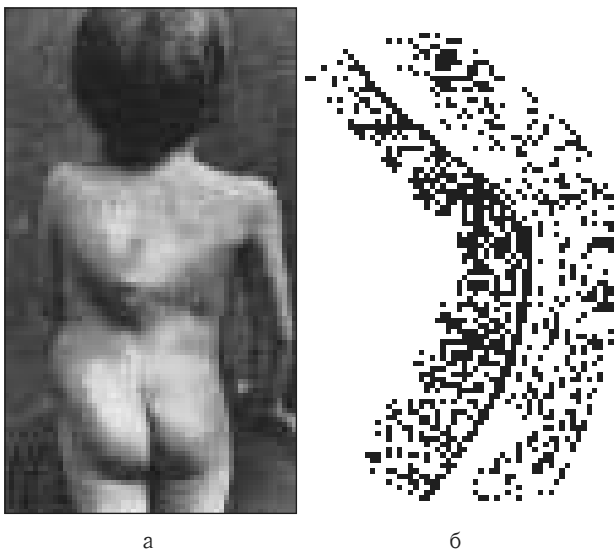


Рис. 162. Туберкульоз хребта: а) спондилітична фаза; б) руйнування тіла хребців.

підлоги і змушена для цього присісти. При огляді хребта визначається його викривлення, випинання остистих відростків, а також виникає симптом віжок Корнева – напруження м'язів спини у вигляді тяжів, які йдуть від кутів лопаток до ураженого туберкульозом хребця при розгинанні тулуба і біль при натисканні на виступаючий остистий відросток. У цій фазі захворювання з'являються натічні абсцеси і гнійні нориці. Зміщення деструктивно змінених хребців може призвести до стиснення спинного мозку, розвитку паралічів кінцівок, порушення сечовипускання і дефекації. При рентгенологічному дослідженні визначають деструкцію тіл хребців, їх сплющення, можуть визначатись тіні натічних абсцесів.

Постспондилітична фаза характеризується затиханням запальних явищ. Можуть формуватись натічні абсцеси, нориці, виникати порушення спинномозкової іннервації.

Туберкульозний коксит. Займає за частотою друге місце і становить 20 % усіх випадків кістково-суглобового туберкульозу. Захворювання проявляється ознаками туберкульозної інтоксикації, болем у кульшовому суглобі при ходьбі, розвивається атрофія м'язів, хворий приймає вимушене положення: стегно приведенне і зігнуте, пахові і сідничні складки згладжені; можуть бути гнійні нориці. При рентгенологічному дослідженні виявляють звуження суглобової щілини, виражений остеопороз, руйнування голівки стегнової кістки або вертлюжної впадини.

Туберкульозний гоніт – ураження колінного суглоба туберкульозним процесом, трапляється переважно у дітей раннього віку. За частотою туберкульозний гоніт займає третє місце (15-20 %) серед інших кістково-суглобових туберкульозних захворювань. Розрізняють 2 стадії процесу. У *преартритичній стадії* процес локалізується в епіфізі кістки, основними ознаками є біль у колінному суглобі, що підсилюється при ходьбі, кульгавість, швидка стомлюваність.

При *артритичній стадії* біль у суглобі посилюється, останній збільшується в об'ємі, шкіра над ним гладка, блискуча, контури згладжені, він набуває веретеноподібної форми. Внаслідок накопичення рідини в суглобовій порожнині виникає симптом балотування (при натисканні на надколінник він занурюється, а при відпусканні повертається в попереднє положення). Хворий тримає ногу в напівзігнутому положенні. Інколи утворюються нориці, з яких відходять дрібні кісткові секвестри. Шкірна складка на зовнішній поверхні стегна хворої ноги товстіша, ніж на здоровій (симптом Александра). При рентгенологічному обстеженні визначають остеопороз суглобових кінців кістки, звуження суглобової щілини.

Лікування кістково-суглобового туберкульозу. Воно включає антибактеріальну терапію, дію на вогнище інфекції і загальнозміцнювальні лікувальні заходи. Хворих госпіталізують у спеціальні санаторії. Важливе значення має раціональне харчування з достатнім вмістом білків, вітамінів, мікро-

елементів. Антибактеріальна терапія передбачає застосування протитуберкульозних препаратів (стрептоміцин, рифампіцин, циклосерин, ізоніазид, салюзид й ін.).

Поряд із цим, проводять іммобілізацію ураженої ділянки тіла: при туберкульозному спондиліті застосовують гіпсове ліжечко, при ураженні кульшового суглоба – кокситну пов'язку, колінного – гонітну гіпсову пов'язку. При наявності натічника проводять пункцію, відсмоктують гнійний вміст і вводять розчин стрептоміцину в комбінації з антибіотиком пеніцилінового ряду.

Останнім часом застосовують і хірургічні методи лікування кістково-суглобового туберкульозу. При туберкульозному спондиліті видаляють некротичні тканини ураженої ділянки хребта з наступною фіксацією його кістковим трансплантатом. При туберкульозному ураженні суглобів видаляють уражену синовіальну оболонку з вогнищем кісткової деструкції і створюють анкілоз у функціонально вигідному положенні кінцівки.

Актиномікоз. Хронічне специфічне інфекційне захворювання запального походження, яке спричиняється променевими грибками (*актиноміцетами*), характеризується утворенням друз і щільних інфільтратів з прогресивним ростом і хронічним перебігом. Інфікування людини проходить при попаданні на слизову оболонку рота, глотки, кишечника, бронхів променевого грибка, при жуванні або при ковтанні зерен злакових, вдиханні частинок злакових, сіна, соломи, на яких знаходяться грибки. За певних умов мікроорганізми проникають у тканини організму і в симбіозі з іншою мікрофлорою, спричиняють запальний процес. Уражаються всі тканини, особливо сполучна і жирова.

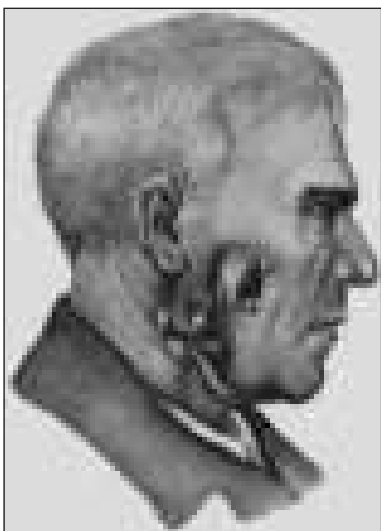


Рис. 163. Актиномікоз, шийно-лицьова форма (за Кіршнером).

Клінічні ознаки. Захворювання може перебігати в основному у трьох формах – *шийно-лицьова, бронхолегенева та кишкова*. Може бути генералізована форма ураження. Найчастіше трапляється шийно-лицьова форма актиномікозу (рис. 163).

Захворювання починається повільно. В ділянці проникнення актиноміцет виникає специфічна запальна реакція, основою якої є колонія грибків, що складається з сітки тонких ниток у вигляді променів (друз). Навколо них утворюється щільний інфільтрат. Шкіра над ним набуває червоно-синюшого забарвлення. В окремих ділянках утворюється розм'якшення і прорив гною. Виникають нориці, через які виділяється рідкий гній з жовтуватими крихтами чи зернами (гранулами). У них знаходять скупчення актиноміцет, що є специфічними елементами виділень.

При бронхолегеневій формі захворювання перебігає у вигляді гострого та хронічного абсцесу легень, бронхопневмонії, плевриту. Процес може поширюватись на грудну стінку, утворювати плевральні норичі на шкірі і проникати через діафрагму в черевну порожнину.

Кишкова форма актиномікозу розвивається у разі проникнення актиноміцетів через слизові оболонки травного каналу. Процес поширюється на м'язову та серозну оболонку. Запальний процес, що виникає, може симулювати гострий апендицит, пухлину сліпої кишки, кишкову непрохідність та ін.

Лікування. Може бути консервативним і хірургічним. Призначають великі дози бензилпеніциліну (20 000 000 ОД через 6 год). Його можна поєднувати з стрептоміцином, ауроміцином. При шкірних формах захворювання застосовують рентгенотерапію, препарати йоду (йодид калію, йодонат, йодинол, йодопірон і ін.).

Поряд із цим, проводять специфічне лікування *актинолізатом* (з 0,1 до 2 мл через 2-3 дні – всього до 20 ін'єкцій). З хірургічних методів застосовують розкриття та дренивання гнійних порожнин; резекцію ураженої ділянки кишечника, легень й ін.

Дифтерія ран – гостре інфекційне захворювання, що спричиняється коринібактеріями Е. Клебса і Ф. Лефлера, які являють собою грампозитивні паличкоподібні безспорові мікроорганізми з булавоподібними потовщеннями на кінцях. Звідси й походить назва (согуна – булава).

Захворювання передається в основному повітряно-крапельним шляхом. Важливе значення у виникненні і розповсюдженні хвороби мають дифтерійні бактеріоносії.

Клінічні ознаки. Дифтерія в основному уражає слизові оболонки дихальних шляхів (гортань, мигдалики, трахея), характерною ознакою є фібринозне запалення, яке поширюється на прилеглі тканини. Захворювання супроводжується сильною інтоксикацією. В кров можуть проникати і самі бактерії (бактеріємія). З хірургічної точки зору загрозу становить інфікування коринібактеріями ран (*diphtheria vulnerum*). Зараження відбувається під час контакту з хворими або бактеріоносіями. При дифтерії рани різко змінюється її зовнішній вигляд: на поверхні з'являються сіро-жовті фібринозні нальоти, міцно спаяні з підлеглими тканинами. Рана виповнюється серозно-кров'янистими виділеннями. Шкіра довкола гіперемована, тканини набряклі. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені.

Зараження рани дифтерійними мікробами супроводжується загальною реакцією організму.

Основне значення у встановленні діагнозу має виділення чистої культури дифтерії. Небезпека дифтерійного зараження полягає в тому, що такі рани дуже погано загоюються і існує небезпека попадання мікробів у кровоносне русло.

Лікування. При наявності дифтерійного ураження ран хворий стає джерелом інфекції і повинен бути ізольованим. Лікування починають з підшкірного, внутрішньом'язового або внутрішньовенного введення антитоксичної протидифтерійної сироватки. Лікувальна доза залежить від ступеня тяжкості дифтерії, в середньому вводять 20 000-40 000 АО (після попереднього проведення проби за Безредком). Рану очищають від некротичних виділень і прикривають серветками, змоченими протидифтерійною сироваткою або антисептичними розчинами. При поєднанні дифтерії із стафілококовою та стрептококовою інфекцією призначають антибіотики (пеніцилін, еритромицин, тетрациклін) і сульфаніламідні препарати.

Хірургічне втручання виконують за наявності гнійних наплівів, флегмон.

Сказ (*lyssa, rabies, hydrophobia*) – гостре інфекційне захворювання, яке спричиняється вірусом і уражає головний мозок. Збудником сказу є великий вірус, що має типову паличкоподібну форму, розміром 180x80 нм.

Джерелом інфекції для людини є лисиці, собаки, вовки, шакали, серед яких виникають спонтанні епідемії сказу. Деколи людина заражається від хворих корів, овець, свиней, шурів та ін. Зараження відбувається через укуси скажених тварин і навіть при облизюванні ушкоджених ділянок шкіри. Інкубаційний період триває від 2 до 16 тижнів, інколи до року. З рани збудник проникає в головний мозок і там розмножується. Чим місце пошкодження ближче до голови, тим важчий перебіг хвороби. Особливо небезпечні укуси в голову і шию.

Клінічні ознаки. Після короткого продромального періоду виникає стадія збудження із симптомами водобоязні (гідрофобії), слинотечі. Обличчя хворого виражає страждання, неймовірний страх. Через 1-2 доби з'являється головна ознака захворювання – спастичні судоми ковтальних м'язів. Судоми виникають при думці про воду, її питті. З часом виникають тонічні і клонічні судоми інших груп м'язів. Через 2-3 доби збудження змінюється паралітичною фазою. Хворий слабне, судоми зменшуються, після чого настає смерть. Захворювання триває 3-7 днів і завжди закінчується смертю. Діагноз сказу встановлюють на підставі даних анамнезу і клініки. Лабораторну діагностику проводять після смерті тварин чи людей шляхом виявлення специфічних включень у нервових клітинах (тільца Бабеша-Негрі) амонного рога, мозочка та клітин слинних залоз. Розроблений прижиттєвий метод діагностики сказу шляхом імунофлуоресценції мазків – відбитків рогівки ока.

Лікування. Ефективної терапії сказу не розроблено. Після зараження терміново потрібно провести первинну хірургічну обробку рани. Пошкоджені тканини висікають у межах здорових. Рану залишають відкритою. Поряд із цим, потерпілих направляють у пастерівський пункт, де їм проводять активну і пасивну імунізацію.

Активна імунізація здійснюється антирабічною вакциною. Якщо раніше імунізацію не проводили, то дорослі і діти повинні отримати 6 ін'єкцій: першу

– відразу ж після зараження, інші – на 3-ю, 7-у, 14-у, 30-у та 90-у добу. Вакцину вводять внутрішньом'язово в дозі 1 мл.

Пасивну імунізацію здійснюють хворим з обширними укусами або в разі пізнього звертання за допомогою. Вводять імунний γ -глобулін у дозі 0,25 мл на 1 кг маси тіла.

Загальну профілактику сказу здійснюють в осіб, які належать до групи ризику (собаколови, мисливці, працівники лабораторій з діагностики сказу та ін.). Для цього використовують антирабічну вакцину: дворазово вводять підшкірно 5 мл вакцини з інтервалом 10 днів і щороку проводять ревакцинацію. Загальна профілактика – це знищення бродячих собак, проведення щеплень на сказ.

Сифіліс – венерична хвороба, що спричиняється блідою спірохетою, або трепоневою (*treponema pallidum*). Збудника сифілісу відкрили Ф. Шаудін і Е. Гофман у 1905 р. Це спіралеподібна бактерія довжиною 10-15 мкм. Зараження нею відбувається в основному статевим шляхом, можливе і пряме зараження внаслідок потрапляння трепонем у рану, на шкіру. Зараження відбувається і непрямим шляхом, через побутові речі (ложки, чашки, зубні щітки, рушники та ін.). В організм трепонеми потрапляють переважно через ушкодження шкіри чи слизової оболонки. На сифіліс хворіють тільки люди.

Інкубаційний період при сифілісі триває 20-30 днів, хоча трепонеми можна виявити уже через 2 доби після зараження в лімфатичних вузлах.

Клінічні ознаки. Сифіліс має стадійний перебіг. Розрізняють первинний, вторинний і третинний періоди хвороби. На місці проникнення трепонем виникає первинна сифілома – невелика неболюча виразка з жовтуватосірим, кольору старого сала, твердим дном (*ulcus durum*). Збільшуються і стають щільними регіонарні лімфатичні вузли, особливо пахові. Цей *первинний період* триває близько 6 тижнів. *Вторинний* характеризується висипанням на шкірі, слизових оболонках, розвитком уражень внутрішніх органів, кісток і триває 2-3 роки. Якщо лікування не проводиться, може розвинути *третинний сифіліс* із утворенням у паренхіматозних органах щільних інфільтратів, папул, горбиків, гум, які схильні до розпаду. Їх руйнування спричиняє утворення глибоких виразок, остеомієліту та ін. Цей період триває 9-10 років, після чого можуть виникнути ураження головного, спинного мозку і серцево-судинної системи. Важливе значення у виявленні хворих на сифіліс має серологічна діагностика, що ґрунтується на постановці реакції Вассермана та осадкових реакцій Кана і Закса-Вітебського.

Лікування. Для лікування сифілісу використовують антибіотики (пеніцилін, еритроміцин, тетрациклін й ін.) і препарати вісмуту (бійохінол, бісморол, пентабіємол), відповідно до розроблених інструкцій. Деструктивні зміни в кістках лікують хірургічним та ортопедичним шляхами.

Для профілактики захворювання важливе значення мають рання діагностика та санітарно-просвітня робота серед населення. Індивідуальну профілактику проводить медичний персонал у шкірно-венеричних диспансерах, стаціонарах і профілактичних пунктах.

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) – вірусне захворювання, яке уражає імуногенні клітини (Т-хелпери, лімфоцити, моноцити), внаслідок чого різко знижується опірність організму до інфекції та виникають різні специфічні пухлини. Джерелом інфекції є хворі й вірусоносії. На даний час існує два типи збудників – ВІЛ-I та ВІЛ-II. Вірус імунодефіциту передається статевим шляхом, під час переливання крові та її компонентів від інфікованих донорів, при використанні забруднених вірусом інструментів, шприців, голки. Зараження ВІЛ-інфекцією можливе у хірургів, операційних сестер під час оперування ними інфікованих вірусом імунодефіциту хворих.

У більшості хворих синдром розвивається у перші 2 роки (хоча тривалість інкубаційного періоду становить від 1 до 10 років). Протягом 10 років захворюють практично всі інфіковані ВІЛ. Як повідомляє Організація Об'єднаних Націй, у найближче десятиріччя кількість хворих на СНІД зросте до 40 мільйонів. Серед тих, які ведуть статеве життя, у віці від 15 до 49 років кожний сотий вже заражений ВІЛ-інфекцією. З них лише один з 10 знає про свою хворобу. З 1981 року від СНІДу вже померло приблизно 11,7 мільйона чоловік. Зростання кількості ВІЛ-інфікованих осіб, а відтак і хворих на СНІД, потребує суттєвого перегляду організаційних та лікувально-діагностичних заходів щодо надання медичної допомоги цим хворим. Важливе значення в удосконаленні організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію і СНІД має наказ МОЗ України від 25.05.2000 р. № 120.

У патогенезі хвороби вирішальне значення має ураження вірусом клітин, які несуть на собі CD 4 антиген, що призводить до зменшення кількості *T-хелперів* (основних клітин імуногенезу), *зміни співвідношення* Т-хелперів і Т-супресорів, пригнічення *T-кілерів* (які забезпечують противірусний імунітет), порушення діяльності В-лімфоцитів. Наслідком цього є пригнічення синтезу антитіл.

Клінічні ознаки. Захворювання може розпочатись гостро у вигляді інфекційної хвороби з підвищенням температури тіла, ангіни, збільшення лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, висипань на шкірі. В цей час вірус ВІЛ уже циркулює в крові, в ній можна виявити антитіла до ВІЛ-інфекції. Потім настає асимптомний період, що триває від декількох місяців до 3-5 років. У подальшому виникає “безпричинне” підвищення температури тіла, слабкість, пітливість, лихоманка, збільшення лімфатичних вузлів, схуднення. Внаслідок зниження резистентності організму хворі досить чутливі до будь-якої супровідної інфекції, перебіг якої досить тяжкий (ГРЗ, простий герпес – 5-6 тижнів). Поряд із цим, у хворих виникають специфічні пухлини (лімфома з високим ступенем злоякісності, саркома Капоші й ін.). Поступово всі

прояви хвороби стають стійкими і вона переходить в останню стадію – СНІД. При цьому у частини хворих розвивається тяжка пневмонія з дихальною недостатністю; в інших – хронічний пронос із зневодненням організму; ураження нервової системи, що характеризується головним болем, прогресуючим зниженням пам'яті, інтелекту, розвитком паралічів. СНІД триває від декількох місяців до 5 років і більше та закінчується смертю.

Для діагностики ВІЛ-інфекції важливе значення має серологічне дослідження (**ідентифікація анти-ВІЛ**) та виявлення специфічних антитіл у сироватці крові хворого. При лабораторній діагностиці СНІДу досліджують кров, спинномозкову рідину, грудне молоко, сперму.

ВІЛ легко і швидко інактивується нагріванням та дезінфекційними засобами (пероксидом водню, глютаральдегідом, хлоргексидином і ін.).

Лікування. Ефективних методів лікування та специфічної профілактики СНІДу ще не запропоновано. Щоб затримати репродукцію вірусу в організмі, застосовують деякі хіміотерапевтичні препарати. Найбільш ефективним із них є азидотимідин, синтезований при розробці протиракових засобів, який пригнічує ріст і дію вірусу СНІДу. Препарат призначають по 10 мг/кг кожні 4 год протягом 10-15 днів. Під час приймання азидотимідину у хворих можуть виникати висипання, свербіння шкіри, нудота, головний біль та ін.

Використовують також інтерферон, тимозин, тимоген, Т-активін, інтерлейкін-2 та ін. Проведені розрахунки свідчать про те, що біля 2005-го року будуть знайдені надійні ліки проти цієї хвороби. Великі надії покладають на новий препарат вірменських учених – “Арменікум”, які організували клініку для випробування цього препарату у хворих на СНІД.

Профілактика СНІДу, перш за все, полягає в уникненні безладних статевих контактів, боротьбі з наркоманією, в серологічному тестуванні крові донорів та її препаратів при переливаннях. При виконанні оперативних втручань, перев'язок та інвазивних маніпуляцій медичний персонал повинен суворо дотримуватись правил асептики.

Догляд за хворими з хірургічною інфекцією

Особливості догляду за хворими у відділенні гнійної хірургії. Важливе значення в одужанні хворих з хірургічною інфекцією має медсестринський догляд. Медична сестра разом з лікарем оглядає хворого, заповнює лист призначень і обліку виконаних маніпуляцій. Хворі з хірургічною інфекцією повинні знаходитись у спеціальних, краще окремих боксованих палатах або палатах інтенсивної терапії. В період, коли хворий заразний (газова гангрена, сказ, дифтерія ран та ін.), слід категорично заборонити його відвідування родичами та знайомими. Хворому виділяють індивідуальний посуд, який окремо знезаражують і миють. Його одяг перуть і кип'ятять з додаванням дезінфек-

ційних засобів, окремо від білизни інших хворих або членів його сім'ї. В палаті повинна бути бактерицидна лампа, тепла вода. Рушник повинен бути змочений 0,5 % розчином хлораміну або іншим антисептиком.

При догляді за хворим необхідно одягати маску. Всі співробітники повинні користуватись спеціальними халатами, тапочками, бахілами. Медична сестра обов'язково повинна мати приготовлений для перев'язки столик з необхідним набором інструментів, перев'язувального матеріалу. Досить важливим є положення хворого в ліжку, стан простирадел, положення дренажних трубок, кінець яких повинен бути опущений в спеціальну градуйовану банку з розчином антисептика або підключений до електро- чи водовідсмоктувача. При цьому необхідно слідкувати, щоб у хворого не розвинулись пролежні, нормально функціонував шлунково-кишковий тракт. Хворому призначають вживати збільшену кількість рідини (чай, компот, вітамінні напої, молоко, кефір). Їжа повинна бути висококалорійною і повноцінною: призначають м'ясний бульйон, відварену рибу, яйця, сир, свіжі овочі, фрукти.

Робота медичної сестри в палаті, де знаходиться хворий з хірургічною інфекцією, досить відповідальна. Медична сестра повинна бути грамотною, практично підготовленою до прийняття самостійних рішень в екстрених ситуаціях, володіти всіма методами надання допомоги при термінальних станах.

Порушення функції серцево-судинної і дихальної систем спостерігаються при лихоманці і проявляються зниженням артеріального тиску, почашенням пульсу, дихання пропорційно підвищенню температури. Вважають, що підвищення температури на один градус викликає почашення пульсу на 8-10 ударів на хвилину. Медична сестра, спостерігаючи за хворим, за пульсом і диханням повинна визначити тяжкість його стану і, відповідно, більше приділяти йому уваги. Швидко, протягом декількох годин, зниження температури негативно впливає на стан серцево-судинної системи, і, якщо хворому своєчасно не надати допомоги, він може померти. Для покращення стану гемодинаміки у хворих забирають подушку, а ножний кінець ліжка піднімають на 30-40 см. Поряд із цим, необхідно зігріти хворого грілками, дати йому гарячого чаю, кави. Якщо стан хворого не покращується, то необхідно ввести серцеві глікозиди (дигоксин, строфантин, корглікон), а також кофеїн, при необхідності – мезатон, гідрокортизон й ін.

Важливого значення у хворих з хірургічною інфекцією надають стану рани. Необхідно слідкувати, щоб рани була чистою, щоб у ній не застоювався гнійний вміст, некротичні маси, а пов'язка була сухою і надійно ізолювала рану від навколишнього середовища. Забруднення пов'язки або попадання на неї сечі, калу, води з грілки може стати причиною загострення хірургічної інфекції і нагноєння рани. Таку пов'язку необхідно терміново замінити.

У післяопераційному періоді, незалежно від характеру оперативного втручання і стану пов'язки, на другий день після операції проводять перев'язку, видалюють серветки. Краї рани змазують розчином 96° спирту і накладають

асептичну пов'язку. Якщо рана не була зашита, її порожнину зрошують розчином антисептика (хлоргексидином, пероксидом водню, димексидом й ін.) і накладають асептичну пов'язку.

Доглядаючи за хворими з хірургічною інфекцією, слід пам'ятати, що немає “малих” і “великих” гнійних захворювань. Невеликий фурункул в ділянці обличчя може призвести до смерті при несвоєчасному і неправильному лікуванні. При правильно організованих і проведених лікувальних заходах можна отримати хороший результат і при тяжких станах.

Догляд за хворими з місцевою гнійною інфекцією. Хворі з фурункулами (за винятком обличчя), гідраденітами, панариціями лікуються, як правило, амбулаторно, хворі з фурункулезом, карбункулами, абсцесами і флегмонами – в стаціонарах. Лікування цих хворих повинно будуватись з урахуванням фазності ранового процесу. Перев'язувальний матеріал повинен бути стерильним. Перев'язки необхідно проводити в окремій гнійній перев'язувальній. Поряд із проведенням місцевого лікування, хворим необхідно призначити антибіотики, сульфаніламідні препарати. Для підвищення захисних сил організму хворий повинен отримувати висококалорійну різноманітну і вітамінізовану їжу. Якщо у відділенні є одна перев'язувальна, то спочатку проводять чисті перев'язки, а потім – у гнійних хворих. Після закінчення роботи проводять вологе прибирання і опромінення кімнати бактерицидними лампами.

Особливості догляду за хворими із сепсисом. Таких хворих краще помістити в окрему палату. Її слід регулярно провітрювати і підтримувати в ній чистоту (вологе прибирання, опромінення бактерицидними лампами). Велику увагу приділяють стану білизни. Волога білизна, складки на ній сприяють утворенню пролежнів. Хворому необхідно протирати спину, змінювати положення в ліжку. Висока температура і зневоднення організму призводять до порушення роботи серцево-судинної, дихальної систем. Для профілактики легеневих ускладнень хворому слід надати напівсидячого положення, проводити дихальну гімнастику, призначити інгаляції.

Медична сестра повинна слідкувати за станом ротової порожнини, зубів. У зв'язку з цим, тяжким хворим необхідно ретельно очищати порожнину рота, чистити зуби. Для нормалізації стільця не рідше одного разу на дві доби ставлять очисну або, для підсилення перистальтики, – гіпертонічну клізму. Поряд із цим, медична сестра слідкує за станом сечовидільної системи. Обов'язково визначають добовий діурез, слідкують за своєчасним сечовипусканням. Тяжкохворим ставлять гумовий катетер, слідкують, щоб сеча не попала на ліжку. Ретельно виконують всі призначення лікаря. При зміні стану хворого необхідно своєчасно повідомити лікаря.

У період одужання хворих важливу роль відіграє харчування. Воно повинно бути висококалорійним, містити достатню кількість білків, жирів і вуглеводів.

Хворих, які перебували тривалий час у ліжку, необхідно поступово привчати до ходіння.

Догляд за хворими з анаеробною інфекцією. Слід зазначити, що ці хворі є надзвичайно тяжкими і потребують особливо ретельного догляду, оскільки навіть незначний недогляд може викликати прогресування захворювання і смерть хворих. Анаеробна інфекція легко передається іншим хворим, тому такі пацієнти повинні перебувати в окремих боксах або ізольованих палатах. Обслуговуючий персонал одягає спеціальні халати, в яких не можна виходити до інших хворих. Обов'язково користуються рукавичками, фартухами. Весь перев'язувальний матеріал обов'язково спалюють. Білизна хворих підлягає спеціальній обробці в автоклавах. Для обслуговування цих хворих виділяють спеціальний інструментарій, який після кожної перев'язки ретельно дезінфікують, миють і стерилізують у сухожаровій шафі або кип'ятять у декілька етапів.

Догляд за хворими на правець. Слід зазначити, що для лікування хворих на правець при всіх обласних лікарнях організовані спеціальні бригади, які складаються з лікаря-анестезіолога, медсестри-анестезистки, хірурга та інфекціоніста. Успіх лікування залежить від правильного догляду і запобігання ускладненням. Хворих на правець поміщають в окрему палату із затемненими вікнами і неясним освітленням. Тиша у цій палаті повинна бути абсолютною. Невиконання цих умов призводить до виникнення судом. У тих випадках, коли хвороба супроводжується частими судомами, утрудненням дихання, хворим вводять внутрішньом'язово 2-4 мл 2,5 % розчину аміназину, 1 мл 2 % розчину димедролу, 1-2 мл 1 % розчину промедолу. При погіршенні стану хворого переводять на штучну вентиляцію легень, призначають міорелаксанти. Догляд за хворими та їх лікування повинні бути суто індивідуальними. Якщо виникають явища дихальної недостатності, запалення легень, показана трахеостомія. Для профілактики пневмоній і сепсису застосовують антибіотики парентерально або у вигляді аерозолів. Для підтримання стану серцево-судинної системи призначають серцеві засоби, оксигенотерапію. Для підтримання водно-сольового, білкового і вуглеводного обміну внутрішньовенно вводять білкові препарати (альбумін, протеїн, гідролізін, амінопептид, глюкозу та ін.). Поряд із цим, призначають висококалорійне харчування, що містить достатню кількість білків і вітамінів. Таким хворим дають рідку або напіврідку їжу. У тяжких випадках хворих потрібно годувати через тонкий зонд. Як і в інших тяжкохворих, необхідно слідкувати за регулярним стільцем, своєчасним сечовипусканням, чистотою шкіри, проводити профілактику пролежнів і ін.

Догляд за хворими на туберкульоз лімфатичних вузлів, кісток та суглобів. Хворих на туберкульоз лімфатичних вузлів, кісток та суглобів лікують у протитуберкульозних диспансерах або санаторіях. Такі лікарні будуються, як правило, за містом, територію їх засаджують сосновим деревам. Палати повинні бути світлими, просторими, з хорошою вентиляцією.

Для хворих улітку створюють спеціальні солярії. Слід зазначити, що основною категорією хворих з цією патологією є діти, що зумовлює специфіку догляду за ними. Багато процедур можуть викликати заперечення, примхи, вередування, відмову від приймання медикаментів. Необхідно пам'ятати, що у хворих з ураженням лімфатичних вузлів досить часто виникають нориці, які потребують тривалого та інтенсивного лікування. Хворі з кістково-суглобовим туберкульозом тривалий час перебувають у лежачому положенні в гіпсових пов'язках. Тому за ними повинен бути ретельний догляд. Медична сестра повинна слідкувати за виділеннями з нориць, своєчасно проводити зміну пов'язок. У лежачих хворих на кістково-суглобовий туберкульоз слід своєчасно проводити профілактику пролежнів, запалення легенів, атрофії м'язів і ін. Хворі повинні отримувати висококалорійну їжу, багату на білки, вітаміни.

Усі хворі на туберкульоз стоять на обліку в протитуберкульозному диспансері. Існує *вісім груп* диспансерного обліку. Всіх хворих з кістково-суглобовою формою туберкульозу відносять до *п'ятої групи*, яка поділяється на три підгрупи: *підгрупа А* – хворі з активним процесом; *підгрупа Б* – із затихаючим процесом і *підгрупа В* – з неактивним позалегеневим туберкульозом. Залежно від втрати працездатності, медико-соціальна експертна комісія (МСЕК) встановлює групу інвалідності.

Догляд за хворими з актиномікозом. Хворих на актиномікоз відносять до інфекційних. Їх повинні поміщати в окремі ізольовані палати. Для догляду за ними виділяють окремих інструментарій, перев'язувальний матеріал. Особливо ретельного догляду ці хворі вимагають при розпаді актиномікозних інфільтратів і утворенні нориць. Для профілактики зараження інших хворих необхідно слідкувати за чистотою пов'язок, своєчасно проводити їх заміну. Взагалі догляд за хворими з актиномікозом подібний до догляду за хворими з гострою хірургічною інфекцією (абсцес, карбункул, флегмона), однак більш тривалий. При ураженні легень, шлунково-кишкового тракту і виконанні оперативних втручань догляд здійснюється, як у звичайних хворих. При цьому слідкують за станом операційної рани, дренажами тощо.

Догляд за хворими з дифтерією ран. Медична сестра повинна знати, що це є тяжкохворі з досить контагіозною інфекцією. З профілактичною метою необхідно проводити дезінфекцію приміщень, предметів вжитку, хірургічного інструментарію. Перев'язувальний матеріал необхідно знешкоджувати. Основне значення в профілактиці захворювання має специфічна профілактика – активна імунізація людей дифтерійним анатоксином: АКДП – адсорбований кашлючно-дифтерійно-правцевий; АДП-М – адсорбований дифтерійно-правцевий анатоксин зі зменшеним вмістом антигенів; АД-М й ін.

Догляд за хворими на сказ. При роботі з інфікованими хворими необхідно одягати маски, водонепроникні халати, по дві пари рукавичок. Весь інструментарій та предмети догляду старанно дезінфікують та стерилізують, зберігають в окремих приміщеннях чи призначених для цього місцях. Використаний перев'язувальний матеріал спалюють.

У разі випадкового поранення (прокол, розріз шкіри та ін.) треба негайно витиснути краплину крові, а пошкоджену ділянку добре обробити спиртовим розчином йоду та ввести специфічний імуноглобулін.

Особливості догляду за хворими на СНІД. Важливе місце в комплексному лікуванні СНІДу займає догляд за хворими. Безвихідь захворювання (летальність серед хворих на СНІД сягає 95 %), відсутність ефективних медикаментозних засобів, тяжкість стану хворих часто викликає у них розвиток суїцидальної поведінки, психічної депресії, що значно знижує ефективність лікування. Крім того, викликає тривогу реакція родичів; сім'я отримує офіційне підтвердження про невиліковане захворювання, у них виникає великий страх зараження. Хворих на СНІД госпіталізують в інфекційні стаціонари, поміщують у спеціальні відділення або окремі палати. Їм необхідно створити добрі умови, виділити окремий посуд, інструментарій, білизну. Хворого необхідно навчити правил особистої гігієни. Обслуговуючий персонал повинен працювати в гумових рукавичках, при контакті з кров'ю, виділеннями з організму, ранами рукавички необхідно міняти, дезінфікувати і знешкоджувати. При забрудненнях кров'ю або виділеннями організму проводять ретельну обробку матеріалів 5,25 % розчином гіпохлориду натрію, розведеним 1:10 водою або хлорним вапном, розведеним 1:10. Забруднені предмети, інструментарій, шприци слід поміщати в герметичні контейнери з відповідним маркуванням для відправлення на обробку, яка здійснюється аналогічно до обробки матеріалів, інфікованих вірусом гепатиту В (з метою подальшого використання), або в пластикові мішки спеціального кольору і маркування. Знищення таких предметів проводять за загальними правилами ліквідації інфекційного матеріалу або спалюють.

Усі лікувальні і фізіотерапевтичні процедури в інфікованих хворих слід проводити обережно, не травмуючи шкіри і слизових оболонок.

15.2. Догляд за хворими з опіковою травмою та відмороженнями

Поняття про опіки

Опік (*combustio*) – пошкодження шкіри чи слизових оболонок, часто з підлеглими тканинами, внаслідок дії на них високої температури (*термічний опік*), хімічних речовин (*хімічний опік*), фізичних факторів (*радіаційні, променеві опіки*) чи електричного струму (*електроопіки*).

Хворі з опіками на сьогодні становлять 1,8-2 % усіх хірургічних хворих і 10-12 % усіх травмованих (М.Ю. Повстяний, 1999).

Термічні опіки – трапляються частіше за інші й виникають внаслідок необережного поводження з гарячими рідинами, парою, полум'ям. Термічне ушкодження виникає уже під дією температури 44°C (настає коагуляція тка-

нинного білка), темп його подвоюється при збільшенні температури на кожен градус. Глибина та поширеність опікової рани залежать: 1) від рівня температури і виду термічного чинника; 2) тривалості його дії; 3) стану організму і чутливості його різних ділянок тіла.

Для кращого розуміння опікової патології необхідно знати деякі анатомо-фізіологічні особливості шкіри. Площа шкіри становить 1,7 м², а вага її – близько 15 % маси тіла людини. Шкіра складається з епідермісу, дерми та підшкірної основи (рис. 164).

Епідерміс – поверхневий шар шкіри – складається з лускового епітелію. Клітини поверхневого епітелію прогресивно ороговівають і поступово злущуються, їх місце займають клітини глибокого (базального) шару і росткової зони епідермісу. Процес розвитку клітин епідермісу від моменту появи і до відмирання триває 28 днів (М.П. Черенко, 1998). Під епідермісом розташована дерма (corium), яка складається з шарів колагенових та еластичних волокон і розміщується на підшкірній основі (клітковині). Через шкіру передаються всі види чутливості, відбувається регулювання температури тіла, вона захищає організм від проникнення в нього ззовні збудників інфекції (мікробів), токсичних речовин (бар'єрна функція) й ін.

Клінічні ознаки. При дії термічного чинника виникають місцеві і загальні порушення. Незначні опіки перебігають переважно як місцевий процес. При значних ураженнях шкіри в опечених настають суттєві загальні розлади в організмі, що зумовлюють розвиток *опікової хвороби*. Тяжкість перебігу опіків визначається площею та глибиною ураження шкіри.

Розрізняють чотири ступені опіку: *I ступінь* – характеризується ураженням лише поверхневих шарів епідермісу і проявляється пекучим болем, почервонінням та незначним набряком шкіри. Триває він 2-3 дні. Найбільш характерним прикладом опіку I ступеня є опік тіла, що виникає при неконтрольованому прийманні сонячних ванн.

II ступінь – це глибше ураження епідермісу (до базального шару) з утворенням на поверхні шкіри пухирів, наповнених прозорою, серозною рідиною. Вони виникають внаслідок розширення та підвищення проникності кровоносних капілярів шкіри, накопичення рідкої частини крові й відшарування поверхневого шару епідермісу. Пухирі виникають через декілька хвилин після опіку, але можуть утворюватись і на наступний день. При розкритті пухиря на дні його видно яскраво-червоний сосочковий шар шкіри. При сприятливому перебігу опіку на 4-6 добу рідина з пухиря всмоктується, а при вторинному інфікуванні – стає гнійною.

Слід зазначити, що при неускладнених опіках I-II ступенів шкіра повністю відновлюється без формування рубців.

III ступінь – некротична форма, яку поділяють на III А і III Б, характеризується змертвінням поверхневого шару шкіри, в тому числі частково і росткової зони епідермісу (*нідрюпа А*) зі збереженням волосяних цибулин,

потових і сальних залоз. При цьому на фоні гіперемованої шкіри і пухирів утворюються ділянки поверхневого некрозу шкіри (рис. 165). При опіках III ступеня (*підгрупа Б*) виникає некроз всієї товщі шкіри. Білки клітин шкіри згортаються і утворюється щільний струп. У зв'язку з руйнуванням росткового шару шкіри загоєння в цьому випадку відбувається вторинним натягом. На місці ураження шкіри утворюється грануляційна тканина, яка заміщається сполучною тканиною з наступним утворенням рубця.

IV ступінь – некроз шкіри і розміщених під нею тканин, що виникає при тривалій дії термічного чинника, як правило, полум'я. Це найтяжча форма опіку – *обвуглювання*, при якій уражається не тільки вся товща шкіри, а й підшкірна жирова клітковина, часто м'язи, сухожилки і навіть кістки. Ура-

жені ділянки тіла набувають темного або мармурового забарвлення, щільні при пальпації, втрачаються усі види чутливості (тактильна, больова та ін.). При глибоких опіках нерідко розвиваються гнійні процеси, внаслідок чого розплавляються змертвілі тканини і формуються грубі рубці, на яких з часом можуть утворюватись виразки, що не загоюються (рис. 166).



Рис. 165. Хворий Б., – 2 р. Опік III А, Б ст. 50 % поверхні тіла. Рани закриті ксенодермотрансплантатами.



Рис. 166. Хворий С., 16 р. Термічний опік IV ст. 55% поверхні тіла.

Переважну кількість термічних опіків складають *поверхневі* опіки I-II та III А ступеня.

Слід зазначити, що глибокі опіки IIIБ і IV ступенів площею до 10 % вважаються *обмеженими*, тоді як опіки більшої площі називають *поширеними*. У дітей віком до 15 років та людей похилого віку (60 р. і більше) поверхневі опіки площею понад 15 % і глибокі – понад 5 % – вважаються тяжкими. Глибокі опіки площею 50 % і більше вважаються несумісними з життям (В.В. Бігуняк, 1999).

Методи визначення площі та глибини опіку шкіри. Найпростіше можна визначити площу опіку шкіри за *методом долоні* (площа долоні приблизно відповідає 1-1,2 % поверхні шкіри) або за *правилом “дев’яток”* (схема Уоллеса) (рис. 167). Площа поверхні голови і шиї становить 9 % всієї поверхні тіла; верхньої кінцівки – 9 % (9x2); тулуба спереду – 18 % (9x2); ззаду – 18 % (9x2); нижньої кінцівки – 18 % (9x2) x 2. Сумарно це становить 99 % (одинадцять дев’яток); 1 % із 100 припадає на промежину.

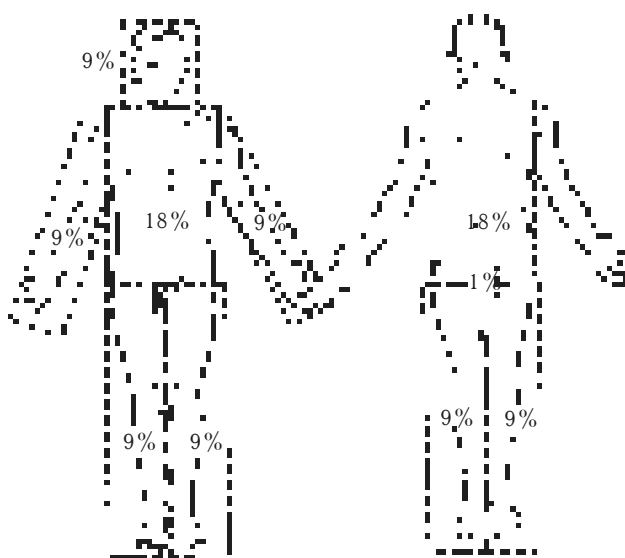


Рис. 167. Схема визначення опікової поверхні за правилом “дев’яток”.

Точніше можна визначити площу опікової поверхні за допомогою “прозорих відбитків”, запропонованих *Б.Н. Постніковим*.

Стерильний лист відмитої рентгенівської або целофанової плівки накладають на опікову поверхню. Межу опіку відмічають чорнилом або діамантовим зеленим. Потім плівку накладають на сантиметрову сітку і визначають площу в квадратних сантиметрах.

За *Г.Д. Вілявіним* (1956) площу опіку наносять

на силует людини заввишки 17 см, вкритий міліметровою сіткою. Кожному квадратному міліметру сітки (17000) відповідає один квадратний сантиметр опіку шкіри дорослої людини зростом 170 см.

Для визначення глибини опіку користуються механічним чи хімічним подразником. При опіках II та III А ступеня чутливість зберігається, тоді як при III Б ступені вона відсутня на подразнення голкою чи змоченою спиртом ватною кулькою. Найточніші методи визначення глибини опіку базуються на даних інфрачервоної термографії та визначенні локального кровообігу (*І.С. Кулянда, 1997*). При всіх умовах найбільш точна діагностика глибини ураження шкіри можлива тільки з 7-14 дня після травми.

Для зручності позначення площі і ступеня глибини опіку використовують таку арифметичну формулу: в чисельнику позначають площу опіку, а в знаменнику – ступінь. Наприклад, опік задньої поверхні тулуба III ступеня підгрупи Б, площа 18 %, позначається так: Термічний опік задньої поверхні тулуба 18/III Б.

Прогнозування опіку. Для прогнозування перебігу опіку у дорослих використовують “Правило сотні”

$$P = M + S,$$

при якому враховують вік потерпілого (M) + загальну площу опіку тіла у відсотках (S). При збільшенні площі опіку і кількості років у потерпілого пропорційно наростає ризик несприятливого його перебігу. При значенні P до 60 – прогноз вважають сприятливим; 61-80 – відносно сприятливим; 81-100 – сумнівним; 101 і більше – несприятливим.

Для більш точнішого прогнозування перебігу опіку користуються *індексом Франка* – індекс тяжкості ураження (ІТУ). При його визначенні необхідно враховувати площу і глибину ушкодження: 1 % опіку I або II ступеня = 1 од. ІТУ; 1 % опіку IIIA ступеня = 2 од. ІТУ; 1 % опіку IIIB ступеня = 3 од. ІТУ; 1 % опіку IV ступеня = 4 од. ІТУ.

$$I = S_s + (3 \times S_p),$$

де I – величина індексу Франка; S_s – сумарна площа поверхневого опіку; 3 – коефіцієнт, який свідчить про те, що глибокі опіки втричі важчі як поверхневі. S_p – сумарна площа глибокого опіку.

Прогнозування вважають сприятливим, якщо індекс Франка становить менше 30 од., відносно сприятливим – 30-60 од., сумнівним – 61-90 од., несприятливим – більше 90 од.

Важливе значення у визначенні прогнозу і тяжкості ураження опіку має стан дихальної системи потерпілого. Вдихання гарячого повітря, парти може викликати опік дихальних шляхів. Дим може містити азотну, азотисту кислоти, а при згорянні пластика – фосген, гідроціанову кислоту і викликати хімічний опік і набряк легень. При наявності уражень дихальних шляхів до отриманих результатів індексу Франка додають: 1) при пошкодженні дихальних шляхів легкого ступеня – 15 од.; 2) середнього ступеня – 30 од.; 3) тяжкого ступеня – 45 од.

Опікова хвороба розвивається при поверхневих опіках (II-IIIА ст.) площею більше 15 % поверхні тіла і глибоких – більше 5 %. Опікова хвороба – це комплекс клінічних симптомів, які розвиваються внаслідок термічного ураження шкірних покривів і розміщених під ними тканин. У перебізі цієї хвороби розрізняють чотири періоди: а) опікового шоку; б) токсемії; в) септикотоксемії; г) реконвалесценції.

Опіковий шок подібний до травматичного, але перебігає значно тяжче за рахунок вираженої інтоксикації організму і плазмовтрати. В еректильній фазі шоку хворі збуджені, стогнуть від болю, свідомість їх не затьмарена, пульс почашений, артеріальний тиск нормальний або підвищений, інколи спостерігається м'язове посмикування, лихоманка. Триває еректильна фаза 1-1,5 год – довше, ніж при травматичному шоку.

У торпідній фазі шоку хворі загальмовані, апатичні, температура тіла і артеріальний тиск знижуються, шкірні покриви бліді, риси обличчя загострені, з'являється задишка, акроціаноз (посиніння губ, вушних раковин, кінчиків пальців). Може виникати блювання. Важливе значення у перебізі шоку мають плазмовтрата і зв'язані з нею зміни у складі крові. Плазмовтрата супроводжується згущенням крові (еритроцитоз, лейкоцитоз), втратою білків, рідин і електролітів. Тяжкість опікового шоку залежить не тільки від глибини і площі ураження шкіри, але й від індивідуальних особливостей організму, його реактивності. Опіковий шок може тривати від декількох годин до 2-3 діб, а потім поступово переходити в токсемію.

Період токсемії. У розвитку токсемії головну роль відіграє всмоктування токсичних речовин, які утворюються з тканин організму, що розпадаються, і бактерій. Стан хворого погіршується, температура тіла підвищується, хворі стають в'ялими, загальмованими. Часто настає марення. Дихання стає поверхневим, пульс частим, слабким, артеріальний тиск зниженим. Через згущення крові (втрата плазми) збільшується кількість гемоглобіну, еритроцитів. Спостерігають зсув лейкоцитарної формули вліво. В сечі з'являється білок, циліндри, еритроцити.

Тривалість токсемії залежить від тяжкості ураження і стану організму потерпілого. При значних опіках вона триває 10-15 днів, а при розвитку інфекції переходить у септикотоксемію.

Період септикотоксемії виникає після розвитку інфекції на опіковій поверхні. Клінічно він майже не відрізняється від токсемії, однак, на відміну від токсемії, опікова поверхня вкривається гнійними виділеннями. Температура тіла набуває септичного характеру (сепсис), наростає анемія, гіпопротеїнемія, грануляції стають в'ялими, блідими. Лихоманка (опікова інфекція), що виникає у тяжкохворих, може тривати до 2 місяців. У цей період настає різке виснаження хворого, яке може закінчитись смертю. Нерідко виникають пролежні, інколи – метастатичні гнійники. Важливою ознакою септикотоксемії є *бактеріємія*. Найчастіше з крові висівають кокову і бацилярну мікрофлору.

Період реконвалесценції. При правильному і повноцінному лікуванні стан хворого покращується, температура тіла нормалізується, у хворих з'являється апетит, вони набирають ваги. Опікові рани очищаються від некротичних тканин. Поряд із цим, утворюються здорові, рожеві грануляції, відбувається епітелізація і рубцювання.

Лікування складається з надання першої допомоги потерпілим на догоспітальному етапі та лікування в хірургічних або спеціалізованих опікових відділеннях. При наданні *першої допомоги* слід зупинити дію термічного чинника; перекрити подачу гарячої води, пари. При загорянні одягу, щоб погасити вогонь, потерпілого необхідно загорнути в ковдру. Одяг швидко знімають або розрізають, потерпілого обливають холодною водою, опечені

ділянки зрошують хлоретилом. Не можна бігти в палаючому одязі – під час руху полум'я розгоряється.

Потерпілого обов'язково виносять з місця пожежі на відкритий простір або в приміщення з чистим повітрям. При асфіксії виконують штучну вентиляцію легень (“рот до рота” чи “рот до носа”). При великих опіках потерпілого загортають у чисте (краще стерильне) простираadlo, марлю, поліетиленову плівку або на поверхню шкіри за допомогою розпилювача наносять спеціальну рідку антисептичну пластмасу, яка швидко остигає і стає еластичною. При наданні першої допомоги на місці пригоди забороняють проводити первинну обробку опікової рани, накладати мазеві пов'язки, примочки, кольорові рідини, які утруднюють оцінку ступеня ураження шкіри і проведення наступної обробки рани. Для запобігання інфікування на опікову поверхню накладають асептичну пов'язку. З метою знеболювання потерпілому дають анальгін, пенталгін, промедол, морфін, триган і ін. Для зменшення інтоксикації можна дати гарячого чаю, кави, лужної мінеральної води (500-2000 мл). Хворим з поширеними і глибокими опіками уже в машині “швидкої допомоги” необхідно розпочати введення протишокових розчинів (реополіглюкіну, реоглюману, Рінгера-Локка та ін.), проводити оксигенотерапію, ввести наркотичні знеболювальні або дати малий наркоз (закис азоту). Поряд із цим, таким хворим вводять серцево-судинні засоби.

У стаціонарі, якщо немає ознак шоку, проводять первинну хірургічну обробку опікової рани. Марлевими кульками, змоченими 0,25 % розчином нашатирного спирту, 3-4 % розчином борної кислоти, бензином або теплою мильною водою, відмивають від забруднення шкіру навколо опіку, після чого її обробляють 76° спиртом. Видаляють шматки одягу, сторонні тіла, некротизований епідерміс, який відшарувався. Великі пухирі надрізають і випускають їх вміст, дрібні краще не надрізати; відкладений фібрин не видаляють, оскільки під ним відбувається епітелізація рани. Дуже забруднені ділянки опікової поверхні очищають за допомогою 3 % розчину перексиду водню. Опікова поверхня висушується стерильними серветками.

Місцеве лікування при опіках може здійснюватись двома методами:

Закритий метод лікування застосовують частіше. На опіки накладають пов'язки з різними антисептичними розчинами, емульсіями, мазями, кремами. За допомогою цього методу можна створити кращі умови для дії лікарських препаратів та забезпечити активну поведінку потерпілого. Недоліками його є великі витрати перев'язувального матеріалу і болючість при проведенні перев'язок.

Ці недоліки не трапляються при *відкритому методі* лікування.

Відкритий метод. При цьому методі здійснюють висушування опікової рани за допомогою спеціальних аеротерапевтичних установок (АТУ) з ламінарним потоком стерильного повітря, інфрачервоного або ультрафіолетового опромінення.

Відкритий метод лікування має ряд переваг: немає необхідності частих болючих перев'язок, здійснюється економія перев'язувального матеріалу, створюється можливість постійного візуального контролю за станом рани. Проте при цьому виникає необхідність у спеціальному обладнанні, підвищується небезпека внутрішньолікарняної інфекції та ін.

Відкритий метод слід використовувати при опіках обличчя, статевих органів, промежини. Опікову рану необхідно 3-4 рази на добу змазувати маззю, яка містить антибіотики (офлокаїн, стрептолітол й ін.), обробляють аерозолями (левовінізол, олазол, лівіан, пантенол) або антисептичними розчинами.

Для очищення ран застосовують препарати, що посилюють протеолітичні процеси (саліцилова, бензойна кислота, трипсин, хемотрипсин та ін.). У разі глибоких опіків і утворення грануляцій краще перейти до закритого методу лікування.

При сприятливому перебізі опіки II ступеня самостійно епітелізуються протягом 7-12 днів, III А ступеня – до кінця 3-4 тижня після травми.

Лікування опіків III Б-IV ступенів, як правило, здійснюється хірургічним способом. Виконують ряд операцій: некректомію, автодермопластику, ампутацію кінцівки, відновно-реконструктивні втручання. *Некректомію* проводять переважно при циркулярних опіках грудної клітки і кінцівок. Її здійснюють у ранні строки опіку, тільки після виведення хворого з шоку. Некректомію (видалення змертвілих ділянок) виконують переважно на 4-7 добу, тому що в пізні терміни виникає небезпека поширення і генералізації інфекції. Одномоментна некректомія не повинна перевищувати 25-30 % поверхні тіла (В.В. Бігуняк, 2000).

Одним з кращих способів лікування глибоких опіків (III Б-IV ступеня) є *автодермопластика*. Забір трансплантату (товщиною 0,2-0,4 мм) проводять з поверхні здорової шкіри, краще із симетричних ділянок, за допомогою дерматома (рис. 168). Автодермопластику проводять під місцевим або загальним знеболюванням. Площа донорської шкіри, взятої для автодермопластики, не повинна перевищувати 800-1500 см².

Останнім часом йде інтенсивний пошук нових замінників шкіри. З'явилися спроби вирощувати епітелій шкіри хворого в лабораторних умовах з

подальшою трансплантацією його на рану. Ряд вчених пропонує для тимчасового закриття опікових ран використовувати синтетичні замінники шкіри (алотрансплантати) і свинячу шкіру (ксенотрансплантати). Їх використання зменшує біль, втрату води, білків і електролітів, покращує загоєння ран, скорочує терміни лікування.

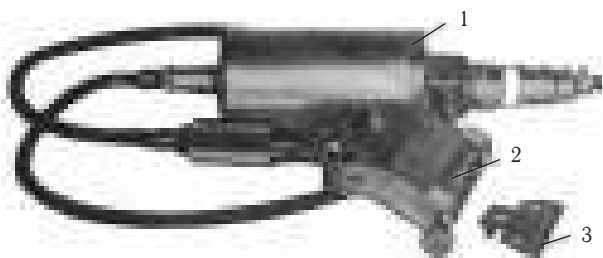


Рис. 168. Дерматом: 1 – електромотор; 2 – пристрій для забору шкіри; 3 – ніж.

Особливо ефективними є ліофілізовані ксенодермотрансплантати (рис. 169), їх з успіхом використовують у багатьох лікувальних закладах України для лікування опікових (II–III A, B–IV ст.), донорських, скальпованих ран і трофічних виразок.

Хімічні опіки виникають внаслідок дії на шкіру, слизові оболонки концентрованих розчинів кислот, лугів, солей деяких тяжких металів, токсичних газів (іприт, люїзит). Глибина ураження тканин при хімічних опіках залежить від ряду умов: природи речовини, її концентрації, температури навколишнього середовища, терміну дії на тканини.



Рис. 169. Хворий В., 46 р. Опік окропом II–III A ст., 28 % поверхні тіла. Рани закриті ксенодермотрансплантатами.

Дія деяких хімічних речовин викликає не тільки ураження шкіри і слизових оболонок, але й може зумовлювати загальний токсичний вплив, як, наприклад, при опіках, викликаних фенолом, солями ртуті. При опіках фосфором може приєднатися токсичне ураження нирок, при опіках фосфорною кислотою – печінки.

Клінічні ознаки. Вплив на тканини кислот, солей тяжких металів викликає згортання білків, забирає в них воду і призводить до утво-

рення *коагуляційного некрозу* з формуванням щільного поверхневого струпа. Концентровані розчини лугів забирають в тканинах воду, зв'язуються з білками і омилують жири. Тому вони проникають у тканини глибше і призводять до їх розплавлення і глибшого ураження, порівнюючи з кислотами. Такий вид некрозу називається *колікваційним*, вологим. Струп, що утворюється при цьому, м'який, при видаленні його тканини кровоточать.

При розповсюджених опіках виникає небезпека розвитку інтоксикації, яка зумовлена всмоктуванням продуктів руйнування тканин. Кількість токсичних речовин, що всмокталися, залежить від площі опіку.

Хімічні опіки I і II ступеня відносяться до поверхневих, III–IV ступеня – до глибоких. При опіку I ступеня хворі скаржаться на біль, печучість у рані. При огляді місця дії хімічної речовини спостерігають обмежену гіперемію з незначним набряком шкіри, який помітний при опіку лугами. Всі види шкірної чутливості збережені, больова чутливість підвищена.

При опіках II ступеня спостерігають поверхневий – сухий (при опіку кислотою) або желеподібний – мильний (при опіку лугами) струп. Він дуже тонкий, легко збирається у складку.

При глибоких (III-IV ступеня) хімічних опіках струп, що утворюється, є щільним і товстим, його неможливо взяти в складку. Він є нерухомим і має вигляд вологого некрозу при опіку лугами, і сухого – при опіку кислотами. Всі види чутливості відсутні. Розрізнити III-IV ступені хімічних опіків при першому огляді неможливо. При опіках III ступеня некротизуються всі шари шкіри, при опіках IV ступеня настає некроз підлеглих тканин аж до кісток. Лише через 3-4 тижні, коли відпадає опіковий струп, можна визначити глибину некрозу: якщо відділяється тільки некротизована шкіра – опік III ступеня, якщо і підлеглі тканини – опік IV ступеня.

Лікування хімічних опіків передбачає раннє (в перші секунди або хвилини) видалення хімічної речовини з поверхні шкіри. Найефективнішим є промивання струменем води (протягом 10-15 хв). Його слід проводити до зникнення запаху хімічної речовини або до зміни кольору лакмусового папірця, який прикладають до опеченої поверхні. Після промивання водою нейтралізацію кислоти можна провести 2 % розчином соди, а при опіках лугами – 2 % розчином оцтової або лимонної кислоти. При опіках негашеним вапном промивання водою *недопустиме*, оскільки внаслідок хімічної реакції утворюється тепло, яке може спричинити термічний опік. Негашене вапно, що потрапило на шкіру, видаляють механічним шляхом. Для нейтралізації вапна можна робити примочки з 20 % розчином цукру. Після видалення хімічної речовини на опечену поверхню накладають суху асептичну пов'язку і потерпілого госпіталізують в опікове або хірургічне відділення. Подальше лікування проводять, як при термічних опіках.

Радіаційні (променеві) опіки – це пошкодження шкіри, що виникають внаслідок специфічної дії на тканини променевої енергії (Б-, β-, γ та рентгенівських променів, радію й ін.).

Клінічні ознаки. Розрізняють чотири ступені променевих опіків шкіри:

I – *еритематозний дерматит*, який розвивається після опромінення дозою в 800-1000 рад. і характеризується гіперемією шкіри, випаданням волосся, пігментацією.

II – *бульозний дерматит*, який розвивається після опромінення дозою до 2000 рад. Виникає виражена еритема і набряк шкіри, утворюються пухирі, наповнені серозним чи кров'янистим вмістом. Перебіг має в'ялий характер, загоювання відбувається протягом 1-1,5 місяця з залишковою пігментацією шкіри.

III – *гангренозний дерматит*, який виникає при дозі до 3000 рад. Місцеві порушення настають через кілька годин. З'являються виражена еритема та набряк шкіри, які утримуються 2-3 доби, після чого розвивається некроз. Має дуже повільний перебіг, на місці опіку утворюються рубці, часто хронічні виразки.

IV – *некроз шкіри і прилеглих тканин*, який виникає при дозі більше 3000 рад., характеризується швидким розвитком некротичних процесів шкіри

і прилеглих тканин, відноситься до тяжких уражень. Ці опіки характеризуються тривалим, в'ялим перебігом, на їх місці утворюються великі рубці, які можуть перероджуватись у ракові пухлини.

Слід зазначити, що радіаційні опіки, особливо III і IV ступеня, як правило, супроводжуються променевою хворобою.

Лікування. При променевих опіках необхідно швидко видалити радіоактивні речовини, що потрапили на шкіру, за допомогою води або спеціальних розчинів. При сильному болю дають аналгетики, наркотики, застосовують футлярні новокаїнові блокади. Для профілактики вторинної гнійної інфекції призначають антибіотики, сульфаніламиди.

Місцеве лікування передбачає накладання антисептичних мазевих пов'язок. Пухирі надрізають і видаляють їх вміст. При загальних радіаційних ураженнях одночасно лікують променевою хворобою.

Електроопіки виникають при дії електричного струму напругою 24 В і більше. Теплова дія струму, згідно із законом Джоуля, залежить від опору тканин, часу контакту з провідником і величини струму.

Клінічні ознаки. Тяжкі ураження, так звані “знаки струму”, спостерігають у місцях входу і виходу електричного струму де розвивається коагуляційний некроз. Пошкодження тканин подібне до опіків III-IV ступеня. Рана має кратероподібну форму з сіро-жовтими краями, інколи дном її є кістки. Поряд із цим, у судинах виникає агрегація клітин крові: еритроцитів, тромбоцитів і лейкоцитів, що зумовлює тромбоз дрібних кровеносних судин, порушення кровообігу і розвиток некрозу.

Крім місцевої дії, електричний струм викликає загальні зміни, що характеризуються порушенням роботи в першу чергу серцевого м'яза внаслідок електрохімічних і біохімічних змін. При дії струму високої напруги виникає електрошок, який проявляється втратою свідомості, зупинкою дихання, фібриляцією шлуночків серця, що може призвести до смерті потерпілого. Характерною особливістю електричних опіків є їх повна неболючість внаслідок ураження нервових закінчень.

Другою особливістю електроопіків є прогресування некрозу, який швидко поширюється на підлеглі тканини. Внаслідок тромбозу кровеносних судин ураження поширюється на м'язи, кістки та ін. При ураженні великих судин може розвинути гангрена кінцівки або інших частин тіла.

Лікування. При наданні першої допомоги ураженому електричним струмом необхідно звільнити його від дії струму, провести реанімаційні заходи, якщо в цьому є необхідність, накласти асептичну пов'язку на місце електроопіку.

При звільненні потерпілого від дії електричного струму слід пам'ятати, що дотик до його тіла може призвести до ураження струмом. Звільнити потерпілого від дії струму можна, вимкнувши вимикач, рубильник, запобіж-

ник; перерубати електричний дріт сокирою або лопатою з сухою дерев'яною ручкою; відкинути дріт палицею, дошкою; відтягнути потерпілого, взявши його за край одягу.

Якщо потерпілий знаходиться в непритомному стані, слід терміново провести реанімаційні заходи (штучну вентиляцію легень, закритий масаж серця). Найефективнішою є штучна вентиляція легень "рот до рота" (16-20 дихань за 1 хв). Її краще проводити за допомогою трубки або спеціального повітровода. Першу допомогу при зупинці серцевої діяльності необхідно проводити якомога раніше, в перші 5 хв, коли ще живі клітини мозку. В усіх випадках необхідно одночасно проводити закритий масаж серця з частотою 50-70 натискувань на ділянку серця за хвилину і штучну вентиляцію легень. Існувала гіпотеза про те, що оживити потерпілого можна, закопавши його в землю. Але вона немає ніякого наукового обґрунтування, а сама процедура є шкідливою, оскільки зумовлює асфіксію, охолодження тіла і втрату часу. Після того як потерпілий прийшов до свідомості, його необхідно напоїти (вода, чай, кава, але не алкогольні напої), тепло закутати, на ділянки опіків накласти сухі асептичні пов'язки. Всіх потерпілих від дії електричного струму негайно госпіталізують.

Загальне лікування електричних опіків таке ж, як і термічних. На відміну від термічних опіків, відмежування некротичних тканин від здорових буває довготривалим. Хірургічну обробку опікової рани проводять у декілька етапів. У разі ураження кісток виконують ранню остеонекректомію, при обвугленні кінцівки – ампутацію. Рання ампутація попереджує розвиток таких ускладнень, як кровотеча, сепсис, інтоксикація, ниркова недостатність.

Ураження холодом

Відмороження – це ураження тканин, що виникають від дії низької температури. При тривалому перебуванні людини в умовах низької температури може настати загальне замерзання.

Основними причинами відмороження є: 1) низька температура середовища; 2) підвищена вологість і швидкість вітру; 3) місцеві і загальні розлади кровообігу (анемія, авітаміноз, виснаження, захворювання судин та ін.).

Клінічні ознаки. Розрізняють чотири ступені відморожень.

Відмороження I ступеня. Експозиція холодової дії невелика. При цьому виникає блідість шкіри, яка при відігріванні набуває синюшного або багрово-червоного забарвлення. Після відігрівання збережені тактильна і больова чутливість, активні рухи в пальцях кисті і стопи. набряк тканин не прогресує. Біль у відморожених ділянках, незважаючи на легкість ураження, може бути від нестерпного до помірно вираженого. Одуjuanня настає на 5-7 день хвороби.

Відмороження II ступеня. Характерною ознакою є утворення пухирів з прозорою рідиною, яка, як і при опіках, є близькою за складом до

плазми. Пухирі в основному утворюються на 2 день після холодового ураження. Дно розкритих пухирів являє собою сосочково-епітеліальний шар шкіри, який в основному покритий фібрином. Регенерація ушкоджених ділянок шкіри при відмороженнях II ступеня відбувається повністю, без утворення грануляцій і рубців, протягом 1-2 тижнів.

Відмороження III ступеня. Спостерігається некроз усіх шарів шкіри з можливим переходом на підшкірну клітковину. Спочатку утворюються пухирі, наповнені кров'янистим вмістом, шкіра набуває багряно-ціанотичного кольору, на дотик холодна. Після цього формуються некротичні струпи, після відпадання яких утворюються сполучнотканинні рубці. Середній термін лікування становить 35-40 днів.

Відмороження IV ступеня. Характеризується змертвінням шкіри, прилеглих м'яких тканин і кісток у вигляді муміфікації або гангрени. Уже в перші години знижується температура шкіри, настає виражений набряк тканин. На 2-3 добу виникає муміфікація або розвивається волога гангрена відморожених ділянок.



Рис. 170. Хворий В. 36 р. Відмороження стоп IV ст. Ампутація пальців і частини стопи.

До кінця першого тижня формується демаркаційна лінія, яка стає чіткішою наприкінці другого тижня, після чого може бути визначена межа уражених тканин. Слід зазначити, що реактивний набряк тканин при відмороженнях займає значно більшу ділянку, ніж зона некрозу (рис. 170).

Особливою формою дії холоду на окремі ділянки організму є примороження.

Примороження виникає при повторних діях холоду (I ступеня). Уражаються в основному відкриті частини обличчя (кінчик носа, вуха, повіки), кисті, пальці стопи (при тісному взутті). При примороженні шкіра стає синюшною, часом червоного кольору, з пониженою чутливістю і холодною на дотик. Набряк тканин в основному відсутній.

Траншейна стопа. Це ураження виникає у людей, які довгий час перебували на холоді в мокрому взутті. Захворювання починається з поступової втрати температурної чутливості в ділянці пальців, потім переходить на підошву і тильну поверхню ступні. Розвитку "траншейної" стопи сприяє не лише довга дія вологого холоду, але і повторне зігрівання стопи і знову дія холоду. Дія повторного зігрівання і охолодження призводить до розладів кровообігу, порушення трофіки, нервової чутливості, внаслідок чого розвивається блідість, нечутливість і набряк стопи. Хворі не можуть знову одягнути зняте

взуття. Часто виникають пухирі або виражений набряк стопи. У тяжких випадках виникає тотальний некроз стопи, що перебігає за типом вологій гангрени.

Лікування. Основними завданнями при наданні першої допомоги при відмороженнях є зігрівання кінцівки, відновлення температури тканин до нормальних цифр і попередження розвитку інфекції.

Не можна розтирати відморожену ділянку тіла снігом, оскільки він ще більше охолоджує шкіру, може містити крупинки льоду, що пошкоджують тканини, крім цього, виникає велика небезпека інфікування уражених ділянок.

До останнього часу дискутують про кращий спосіб зігрівання: форсоване зігрівання потерпілого за допомогою гарячих ванн; інтенсивний масаж; чи поступове відігрівання організму і ураженої ділянки тіла.

При наданні першої допомоги потерпілого необхідно зігріти у ванні, температуру води в ній протягом 20-30 хв слід поступово підвищувати з 19-20 до 40°C. Одночасно необхідно проводити легкий масаж ураженої ділянки погладжуванням від периферії до центру, до потепління і почервоніння стопи. Хворим призначають ліжковий режим з підвищеним положенням кінцівки, проводять тепле закутування і дають гаряче пиття.

Поступове зігрівання не порушує структури охолоджених тканин, у потерпілих спостерігають менше виражену інтоксикацію. При повільному зігріванні і подальшому проведенні лікування, навіть якщо не вдається уникнути некрозу тканин, він, як правило, є сухим, а при швидкому, активному зігріванні – вологим. Крім цього, при швидкому зігріванні підсилюється больовий синдром, виникає виражена інтоксикація організму.

Зігріту ділянку тіла або кінцівку слід висушити, обтерти спиртом або горілкою, накласти чисту (краще стерильну) пов'язку з товстим шаром вати і укласти (кінцівку) на шину. При відмороженнях II-III-IV ступенів потерпілому необхідно ввести профілактичну дозу протиправцевої сироватки і анатоксин.

При подальшому лікуванні потерпілих з відмороженнями проводять заходи, спрямовані на відновлення кровобігу в уражених ділянках, лікування місцевого процесу, профілактику інфекційних ускладнень. Хворим призначають спазмолітики (но-шпу, спазмоверин, баралгін або спасфон та ін.).

Для зняття спазму периферійних судин та покращення мікроциркуляції в кінцівках внутрішньоартеріально вводять суміш із 10 мл 0,25 % розчину новокаїну, 2 мл папаверину, 2 мл 1 % розчину нікотинової кислоти і 10 тис. ОД гепарину. Вказану суміш переважно застосовують у реактивному періоді (протягом перших 5 діб після травми).

Призначають антикоагулянти. Добова доза антикоагулянтів (гепарину) становить 30-40 тис. ОД, можна вводити кальципарин, фраксипарин. Крім цього, призначають вітаміни групи В, С та антибіотики широкого спектра дії.

При наявності змертвіння проводять некротомію, ампутацію відмороженого сегмента, при необхідності – автодермопластику, реконструктивні операції.

Загальне переохолодження (замерзання). У його виникненні має значення вологість, швидкість вітру, температура повітря та стан людини.

Дія низької температури на організм може призвести до зниження температури тіла і розвитку патологічного стану – гіпотермії (замерзання).

Клінічні ознаки. У розвитку замерзання виділяють дві стадії. Спочатку, незважаючи на низьку температуру навколишнього середовища, температура тіла не знижується, а утримується на відповідному рівні. Цей період охолодження називається *стадією компенсації*. В ній спрацьовують механізми фізичної терморегуляції, спрямовані на обмеження тепловіддачі. Це здійснюється завдяки рефлекторному спазму судин шкіри, зменшенню потовиділення та посиленню обміну речовин. За умов тривалого або інтенсивного впливу холоду механізми терморегуляції перенапружуються, температура тіла знижується і настає друга стадія охолодження – *стадія декомпенсації*. У ній знижується температура тіла, пригнічуються життєво важливі функції організму. Смерть настає від зупинки серця і гіпоксії мозку.

При загальному замерзанні у потерпілого розвивається слабкість, адинамія, сонливість, запаморочення, дихання стає поверхневим, виникає брадикардія, знижується артеріальний тиск (90-80 мм рт.ст.) і температура тіла.

При подальшому замерзанні і зниженні температури тіла нижче 25°C поступово перестають функціонувати всі органи і системи. У разі зниження температури тіла нижче 20 °C повернути потерпілого до життя неможливо.

Лікування. При загальному переохолодженні в першу чергу необхідно захистити потерпілого від подальшого охолодження. Його поміщають в тепле приміщення, міняють мокрий одяг, дають гарячого чаю, їжу, алкоголь. Найкращим засобом зігрівання потерпілого є ванна, початкова температура якої 36 °C і поступово підвищується до 40-41 °C протягом 15-20 хв. На такому рівні температуру води підтримують до повного зігрівання хворого. Поряд із цим, потерпілому вводять внутрішньовенно підігріті до 36 °C такі розчини: 40-50 мл 40 % глюкози, 5-10 мл 10 % розчину хлориду кальцію, 400 мл реополіглюкіну, перфторану та ін. Ефективність проведених заходів оцінюється за відновленням дихання, покращенням діяльності серцево-судинної системи (пульс, артеріальний тиск), підвищенням температури тіла, відновленням функцій нирок і ін.

Догляд за хворими з опіками та відмороженнями

Особливості догляду за опіковими хворими. Хворих з великими і глибокими опіками відносять до тяжкохворих. Після звільнення потерпілого від дії термічного чинника опечені ділянки необхідно протягом 10-15 хв охолодити (холодна вода, міхур з льодом). Одяг, що обгорів і пристав до шкіри, не знімають, а обрізають довкола. З метою профілактики шоку, змен-

шення інтоксикації дають гарячого чаю або кави, лужної мінеральної води (500-2000 мл), якщо її немає, готують розчин $\frac{1}{2}$ чайної ложки соди, 1 чайну ложку кухонної солі на 1 л води або 1 чайну ложку кухонної солі, $\frac{2}{3}$ чайної ложки гідрокарбонату натрію на 1 л чаю. Для знеболювання можна дати анальгін (темпалгін, седалгін). При обширних опіках необхідно дати 2-3 таблетки ацетилсаліцилової кислоти (аспірін) і 1 таблетку димедролу. Опікову поверхню слід обробити 70 ° етиловим спиртом або горілкою і накласти асептичну пов'язку. У разі великих опіків потерпілого слід загорнути в чисте або краще стерильне простирадло і госпіталізувати в опікове чи хірургічне відділення.

Перед госпіталізацією йому необхідно ввести наркотичні знеболювальні (промедол або омнопон, трамадол, триган і ін.), налагодити внутрішньовенне вливання протишокових засобів (реополіглюкіну або реоглюману, перфторану), дати кисневу маску. Транспортувати опікового хворого слід дуже обережно.

Основною задачею при догляді за цими хворими – *не допустити розвитку інфекції в опікових ранах*. Хворих поміщають в окремі палати (боксы), краще з ламінарним потоком повітря. Ліжко повинно бути функціональним, м'яким, простирадла слід замінювати щодня. При відкритому методі лікування простирадла повинні бути стерильними. Оптимальна температура в аеротерапевтичній установці (АТУ) або під каркасом (24-25 °С) регулюється включенням або виключенням окремих лампочок. Медична сестра повинна слідкувати за загальним станом хворого, загоєнням ран. Якщо у хворого посилюється біль у рані під струпом, підвищилась температура тіла, а навколо рани з'явилася гіперемія – це свідчить про її нагноєння. У цих випадках необхідно інформувати лікаря, який повинен зняти струп, випустити гнійний вміст і обробити рану.

При закритому методі лікування пов'язки міняють рідко (один раз на 7-10 днів). Перев'язки слід проводити обережно. Попередньо необхідно ввести знеболювальні (промедол або омнопон, морфій й ін.). Присохлі пов'язки відмочують у ванні зі слабким розчином перманганату калію. Для лікування опікових ран краще застосовувати багатокомпонентні аерозолі (лезовіноль, олазол, лівіан, пантеноль), настій трави звіробою, обліпихове масло та ін.

Враховуючи велику втрату рідин і плазми через опікові рани, хворим слід проводити адекватну трансфузійну терапію. Оптимальний об'єм рідин повинен становити 3,5-5 л на добу. При проведенні інфузійної терапії необхідно стежити за кількістю введеної і виділеної з організму рідини. Об'єм інфузійних засобів на першу добу після опіків не повинен перевищувати 10 % маси тіла хворого. При цьому в перші 8 год після отримання опіку необхідно вводити $\frac{1}{2}$ або $\frac{2}{3}$ добового об'єму рідини. На 2-3 добу об'єм рідини повинен становити не більше 5 % маси тіла хворого. Для корекції дефіциту рідин застосовують кристалоїди (сольові розчини: 0,9 % розчин

натрію хлориду, розчин Рінгера, лактосіль, хлосіль, ацесіль, дисіль) та безсолевій рідині (глюкозу, фруктозу). Для покращення мікроциркуляції і реологічних властивостей крові вводять реополіглюкін, реоглюман, перфторан. Втрата білків і електролітів компенсується переливанням альбуміну, плазми (краще імунної – від донорів, які перехворіли опіковою хворобою). З дезінтоксикаційною метою проводять вливання гемодезу, неогемодезу, ентеродезу, у тяжкохворих застосовують плазмофорез або гемосорбцію.

Велику увагу приділяють харчуванню. Їжа хворих повинна бути різноманітною, смачною, добре приготованою, висококалорійною. Пропонують молочні (кефір, сметана, молоко, сир), м'ясні продукти (телятина, курятина), різні овочі, фрукти.

У тяжкохворих часто застосовують цілодобове ентеральне зондове харчування. З цією метою вводять високоенергетичні суміші “Малиш”, “Спасокуцького” та окремі продукти: молоко, мед, сирі яйця й ін. Розрахунок енергетичної цінності роблять за формулою $Cureri$ (25 Ккал на 1 кг маси тіла + 40 Ккал х на площу опіку (у відсотках площі тіла). Для профілактики контрактур з хворими проводять гімнастику, ЛФК, міняють положення тіла. У разі великих опіків кінцівки їй слід надати фізіологічного положення і зафіксувати шиною або гіпсовою лангетою. Медична сестра повинна терпляче пояснити необхідність виконання всіх призначень лікаря.

Догляд за хворими з *хімічними і радіаційними* опіками такий самий, як і при термічних опіках, однак при наявності специфічних інтоксикаційних синдромів (фосфор, бойові отруйні речовини) або променевої хвороби загальне лікування доповнюється специфічною терапією. Однак слід пам'ятати, що період одужання у цих хворих може бути тривалим, що пов'язано з анегією, порушенням кровотворення, схильністю до виникнення різних інфекційних ускладнень і ін.

Хворих з *електроопіками*, залежно від тяжкості стану, поміщають у палати інтенсивної терапії або реанімаційне відділення, де за ними повинен проводитися ретельний догляд. У зв'язку із загальною дією струму, у цих потерпілих можуть раптово розвиватись порушення серцевої діяльності (миготлива аритмія, інфаркт міокарда), дихання, виникнути розлади ЦНС (психози, церебральні коми). Подібні стани можуть розвиватись у потерпілих з легкими ураженнями струмом (головний біль, запаморочення). А тому такі хворі повинні дотримуватись ліжкового режиму, їм необхідно здійснювати контроль серцевої діяльності за допомогою електрокардіографії. У разі необхідності призначають серцеві препарати (дигоксин, строфантин, корглікон), протишокові засоби (реополіглюкін, реоглюман та ін.). При зупинці дихання або серцевої діяльності показана штучна вентиляція легень “рот до рота” або “рот до носа”, закритий масаж серця. Догляд за електроопіковою ранною здійснюється, як у хворих з термічними опіками.

Особливості догляду за хворими з відмороженнями. Основним завданням догляду та лікування хворого з *відмороженнями* є попередження

інфікування відмороженої ділянки тіла. З цією метою медичний персонал повинен суворо дотримуватись правил асептики при обробці відмороженої ділянки, перев'язках. При появі демаркаційної лінії слід своєчасно інформувати лікаря для проведення некректомії чи ампутації кінцівки. Хворі повинні знаходитись у теплом приміщенні, медична сестра слідкує за чистотою білизни, дотриманням особистої гігієни хворого. Палату необхідно регулярно провітрювати і утримувати в ідеальній чистоті (вологе прибирання, опромінення УФП). Важливе значення в одужанні хворих має повноцінне харчування з достатнім вмістом білків, жирів, вуглеводів, вітамінів. При проведенні трансфузійної терапії медична сестра зобов'язана чітко і добросовісно виконувати призначення лікаря. Успіх лікування хворих з відмороженнями великою мірою залежить від ретельного і високопрофесійного догляду та виконання всіх призначень лікаря.

15.3. Догляд за онкологічними хворими

Загальні поняття про онкологію

Галузь медицини, що вивчає причини виникнення, перебіг пухлин, розробляє методи їх профілактики та лікування, називається онкологією (від грец. *onkos* – пухлина і *logos* – наука). В свій час була пропозиція назвати вчення про пухлини канцерологією (лат. *canseer* – злоякісна пухлина). Інша назва – “рак” – зумовлена з особливостями росту злоякісних пухлин (інфільтративний ріст – подібно до щупалець і клешнів крабів, раків). В Україні щорічно реєструють 160 тис. нових випадків захворювання на рак (щодня 400 хворих!). З виявлених 160 тис. хворих протягом року помирає 100 тисяч. Слід зазначити, що рак, виявлений на ранніх стадіях свого розвитку, повністю виліковується сучасними методами. Але, на жаль, до 70 % злоякісних пухлин виявляють в запущених стадіях. На сьогодні біологами доведено, що ріст злоякісної пухлини проходить 2/3 свого циклу (12-15 років) латентно (приховано), інколи маскуючись під іншою хворобою. У 80 % випадків при своєчасному використанні ультразвукового, магнітно-ядерного, радіоімуннологічного та інших методів діагностики можна виявити онкологічні захворювання ще на ранніх стадіях їх розвитку.

Уявлення про пухлинний процес

Пухлиною (*tumor*, новоутвір, хвороба Петрова та ін.) називається патологічний утвір, що розвивається без видимих причин шляхом неконтрольованого розмноження різних клітин організму, що відрізняються своєю будовою і особливістю росту.

До останнього часу причини виникнення пухлин не встановлено. Серед існуючих точок зору не втратила свого значення теорія Р. Вірхова (1821-1902), який вважав, що причиною виникнення пухлин є хронічне подразнен-

ня різними речовинами тканин організму. Д. Конгейм (1839-1884) додав, що різні механічні і хімічні подразники, діючи на “дрімаючі” ембріональні клітини, стимулюють їх неконтрольоване розмноження і ріст.

Певне значення має вірусно-імуногенна теорія Л.А. Зільбера (1894-1966), згідно з якою віруси, що потрапили в клітини організму, виділяють спеціальний онкоген, що зумовлює ненормальне розмноження і ріст останніх. Однак більшість вчених стверджує, що злоякісний ріст клітин виникає внаслідок активації власних притаманних кожній людині онкогенів (протоонкогенів).

На сьогодні найбільше визнання отримала поліетіологічна точка зору на виникнення пухлин: а) вплив канцерогенних речовин (куріння, алкоголь, недоброякісна їжа та ін.); б) генетичні фактори; в) онкогенні віруси.

Класифікація пухлин.

Залежно від росту і поширення клітин в організмі, розрізняють доброякісні та злоякісні пухлини.

За видом тканини вони можуть бути: епітеліальні, сполучнотканинні, м'язові, судинні, нервові та змішані.

За локалізацією – рак легень, шлунка, шкіри, печінки та ін.

Доброякісні пухлини характеризуються наявністю капсули, що відділяє їх від навколишніх тканин, повільним ростом. Залежно від локалізації така пухлина може існувати протягом всього життя хворого, не турбуючи його. Доброякісні пухлини не рецидивують після радикальних операцій, не дають метастазів, за своєю гістологічною природою мало відрізняються від тканин, з яких вони утворились. До них відносять пухлини з епітеліальної тканини – папілома, аденома, дермоїдні кісти та ін.

Папіломи – доброякісні сосочкові епітеліальні пухлини, які складаються із сполучнотканинної основи, покритої епітелієм. Вони виникають на шкірі, слизовій оболонці (шлунок, кишечник, сечовий міхур). Папіломи можуть перетворюватись у злоякісні пухлини.

Дермоїдні кісти відносять до кістозних форм і виникають внаслідок проникнення в глибину тканин невеликих частин шкіри в період ембріонального розвитку. Вони мають щільну оболонку і наповнені масою, що складається з шкірного епітелію, жиру, волосся. Найчастіше дермоїдні кісти трапляються в тазовій ділянці, передньому середостінні.

Аденома утворюється із залозистої тканини. Може переходити в залозистий рак. Аденоми трапляються в усіх частинах тіла, де є залозиста тканина (молочна, підшлункова, щитоподібна залоза, яєчник та ін.) (рис. 171).

Фіброма – доброякісна пухлина із сполучної тканини. Трапляється в усіх ділянках організму. Найбільше локалізується в матці, шкірі, підшкірній клітковині. Може досягати значних розмірів.

Ліпома – доброякісна пухлина з жирової тканини. Має часточкову (долькову) структуру, покрита тонкостінною капсулою, росте повільно. Ло-

калізація різноманітна (всюди, де є жирова тканина). Пухлини можуть досягати гігантських розмірів (рис. 172).

Хондрома – доброякісна пухлина з хрящової тканини. Відзначається повільним ростом.

Остеома – пухлина з кісткової тканини, росте повільно і може перетворюватись у злоякісну остеосаркому.

Ангіома – судинна пухлина, що виходить з лімфатичних (*лімфангіома*) і кровоносних (*гемангіома*) судин (рис. 173, 174).



Рис. 171. Аденома правої долі щитоподібної залози.



Рис. 173. Лімфангіома обличчя.

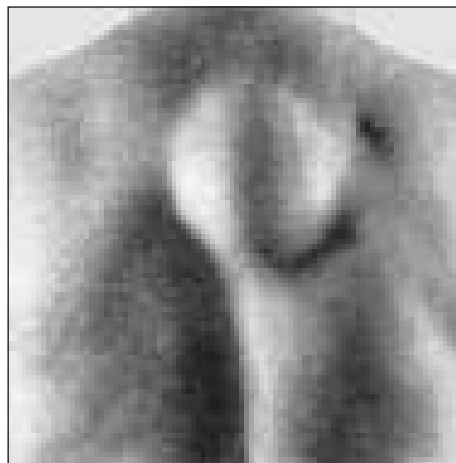


Рис. 172. Ліпома спини.



Рис. 174. Гемангіома обличчя.

Міома – пухлина з м'язової тканини. Якщо вона походить із гладкої мускулатури, то називається *лейоміома*, з поперечносмугастої – *рабдоміома*. Характеризується повільним ростом.

Невринома – пухлина зі шванівської оболонки нервового стовбура (шванома). Трапляється нечасто, в основному локалізується у сідничному нерві, нервах верхніх кінцівок. Це невеликі пухлини, які супроводжуються вираженим болем за провідниковим типом.

Гліома – пухлина з білої або сірої речовини головного чи спинного мозку. Незважаючи на те, що пухлина за своєю будовою доброякісна, вона характеризується швидким ростом із проростанням в навколишні тканини. Після видалення гліоми може настати рецидив.

Слід пам'ятати, що поділ пухлин на доброякісні та злоякісні є умовним і допускається при клінічній оцінці захворювання. Так, доброякісні пухлини, розташовані близько до життєво важливих органів, можуть порушувати їх функцію і призводити до смерті хворого (пухлина мозку, середостіння та ін.).

Злоякісні пухлини характеризуються швидким інфільтративним ростом, руйнуванням тканин. Злоякісні клітини можуть відриватись і з течією крові, лімфи переноситись в інші органи, утворюючи нові пухлини – *метастази*. Бурхливий ріст злоякісних пухлин в організмі змінює обмін речовин, внаслідок чого накопичуються токсичні продукти, що погіршує стан хворого. На початку свого розвитку пухлина часто розвивається безсимптомно, тому пацієнти пізно звертаються до лікаря, що зумовлює запізнілу діагностику. Інфільтративний ріст злоякісних пухлин може створювати умови для їх проростання в сусідні органи. Після видалення таких пухлин часто настають рецидиви.

Залежно від походження тканин розрізняють такі злоякісні пухлини: рак (з епітеліальної тканини); саркому (з сполучної тканини); меланобластому (з пігментної тканини); гемобластому (з кровотворної тканини).

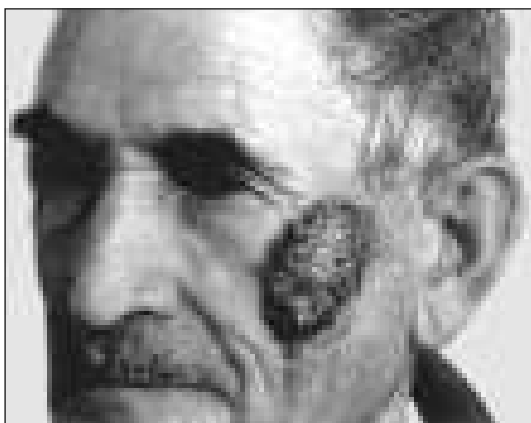


Рис. 175. Рак шкіри.

Рак – найпоширеніша злоякісна пухлина. Вона становить 90 % від усіх злоякісних пухлин. Швидкий ріст пухлини і недостатнє її кровопостачання призводить до змертвіння, розпаду окремих ділянок пухлин, утворення порожнин і виразок, що досить часто ускладнюються кровотечами різної інтенсивності. Ракова виразка має характерні ознаки: її краї і дно щільні, покриті брудним, сальним вмістом (рис. 175).

При рості ракова пухлина руйнує сусідні тканини, проростаючи

в них. Раковий процес часто, особливо в термінальних стадіях, супроводжується кахексією – різким виснаженням організму.

Саркома – одна із найбільш злоякісних пухлин. Вона супроводжується бурхливим інфільтративним ростом, метастазами і швидко призводить до смерті хворого. Саркома, що розвивається з хрящової тканини називається хондросаркомою, з кісткової тканини – остеосаркомою, з лімфатичних вузлів – лімфосаркомою, з кровоносних судин – ангіосаркомою.

Клінічні ознаки пухлин. *Доброякісні пухлини* не викликають ніяких скарг і досить часто виявляються випадково. Ріст їх повільний, загальний стан хворого не змінюється. Доброякісні пухлини, особливо внутрішніх органів, можуть проявлятися симптомами механічного порушення їх функцій (кишкова непрохідність, жовтяниця та ін.). При обстеженні хворих з поверхнево розташованими доброякісними пухлинами звертає на себе увагу рухомість, округла форма, різна консистенція, утвір не спаяний з навколишніми тканинами, лімфатичними вузлами, при пальпації пухлина не болюча.

Перебіг злоякісних пухлин на початку свого розвитку безсимптомний, потім виникають ознаки дискомфорту: втрачається інтерес до роботи, виникає апатія. Так, при раку шлунка знижується апетит, з'являється нудота, спостерігають схуднення та ін. До цих скарг приєднуються локальний біль у ділянці шлунка, печінки, таза та ін. З ростом і збільшенням пухлин біль стає інтенсивним. Великі пухлини починають розпадатись, продукти їх розпаду, всмоктуючись в організм, призводять до інтоксикації, прогресивного схуднення, виснаження. Вони можуть супроводжуватись кровотечами, перфорацією порожнистих органів (шлунка, кишечника, сечового міхура та ін.).

Проводячи обстеження хворого з підозрою на пухлину, медичний працівник повинен дати відповідь на три питання: 1) чи є у даного хворого справжня пухлина, чи це запальний інфільтрат, який є ознакою іншого захворювання? 2) яка це пухлина – доброякісна чи злоякісна; якщо злоякісна, то чи є метастази? 3) якому лікуванню підлягає дана пухлина?

Важливе значення у діагностиці пухлин займає *анамнез*. Розпитування хворого з пухлиною у більшості випадків дає орієнтовні дані про наявність патологічного процесу в певному органі або системі. Велике значення має виявлення так званих “малих” ознак злоякісного захворювання (безпричинна втомлюваність, зникнення апетиту, схуднення, відраза до м'ясної їжі та ін.) Особливістю онкологічного анамнезу є постійно наростаюча симптоматика, хоча в окремих випадках анамнез може бути досить коротким.

Важливе місце у виявленні пухлинних захворювань має *об'єктивне обстеження хворого*. Воно ґрунтується на звичайних методах клінічного вивчення – огляд, пальпація, перкусія, аускультация. При цьому встановлюється величина, характер, консистенція, відношення пухлини до навколишніх тканин, наявність метастазів (рис. 176). При внутрішньому розташуванні пухлини з'ясовують характер патологічних виділень (слиз, кров, гнійні виділення та ін.).

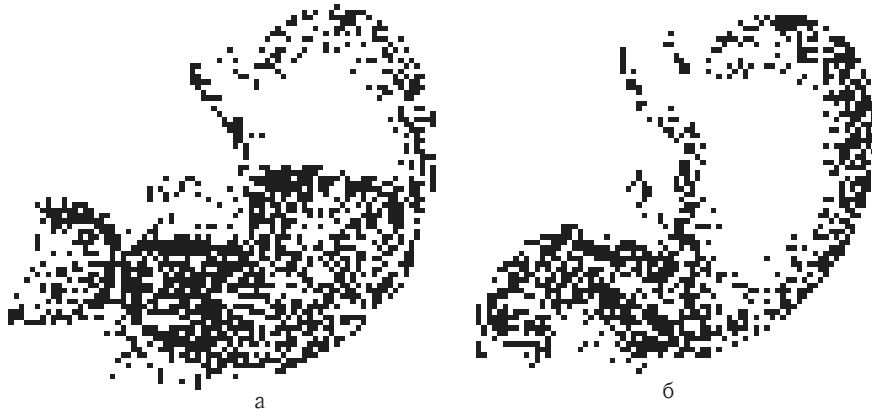


Рис. 176. Рак пілоричного відділу шлунка і дванадцятипалої кишки: а) шлунок; б) дванадцятипала кишка.

При обстеженні онкологічного хворого необхідно звернути особливу увагу на наявність метастазів. При локалізації пухлин у роті, носоглотці, прямій кишці їх необхідно досліджувати пальцем. Усім жінкам з підозрою на онкологічне захворювання внутрішніх статевих органів необхідно проводити бімануальне гінекологічне обстеження. Важливе значення у встановленні діагнозу онкологічного захворювання мають *додаткові методи дослідження*: 1) ендоскопічне дослідження (гастродуоденоскопія (ГДС), колоноскопія, бронхоскопія, цистоскопія); 2) біопсія, цитологічне дослідження; 3) ехографія; 4) комп'ютерна томографія і ін. При вирішенні питання про лікування хворого із злоякісною пухлиною необхідно знати стадію захворювання і клінічну групу.

Розрізняють чотири стадії злоякісних новоутворів: *I стадія* – пухлина займає обмежену ділянку органа, не проростає в сусідні органи, не дає метастазів; *II стадія* – пухлина великих розмірів, може прорости в стінку органа, але не виходить за його межі, можливі поодинокі метастази в регіонарні лімфатичні вузли першого порядку; *III стадія* – пухлина великих розмірів, виходить за межі ураженого органа, проростає в навколишні тканини, дає множинні метастази в регіонарні лімфатичні вузли другого порядку; *IV стадія* – метастази пухлини у віддалені органи і лімфатичні вузли.

Усіх хворих з пухлинами поділяють на такі клінічні групи:

Iа – хворі з підозрою на онкологічне захворювання;

Iб – хворі з передпухлинними захворюваннями або доброякісними пухлинами (хронічний гастрит, виразкова хвороба шлунка, мастопатія і ін.);

II – хворі зі злоякісними пухлинами, які підлягають різним методам спеціального лікування (хіміотерапії, променевої терапії та ін.);

III – хворі, які підлягають радикальному (хірургічному) лікуванню, успіх якого цілком імовірний;

III – хворі на злоякісні пухлини після радикальних операцій без рецидивів (практично здорові);

IV – хворі із запущеними злоякісними пухлинами, метастазами у віддалені органи і лімфатичні вузли, що потребують симптоматичного лікування або паліативної операції.

Для кращого розуміння характеру росту ракових пухлин онкологами різних країн запропонована *Міжнародна класифікація пухлин*, яка включає чотири показники: T, N, M, P.

T – tumor, характеризує розмір первинної пухлини і відображає стадію пухлини ($T_{1,4}$). Критерій T для кожного органа має свої особливості: для раку кишечника T_1 – пухлина займає частину стінки кишки; T_2 – пухлина займає половину окружності кишки; T_3 – займає всю окружність кишки; T_4 – циркулярно звужує просвіт кишки, викликаючи кишкову непрохідність; для пухлин молочної залози: T_1 – пухлина розміром до 2 см; T_2 – пухлина розміром 2-5 см, втягнутий сосок, шкіра; T_3 – пухлина розміром 5-10 см, зрощена з шкірою або фіксована до грудної клітки; T_4 – пухлина розміром більше 10 см з ураженням шкіри грудної стінки або із розпадом.

N – nodula, характеризує ураження лімфатичних вузлів: N_0 – відсутні метастази; N_1 – метастази в регіонарні лімфатичні вузли першого порядку; N_2 – метастази в лімфатичні вузли другого порядку; N_3 – метастази у віддалені лімфатичні вузли.

M – metastasis, вказує на наявність віддалених метастазів: M_0 – метастази відсутні, M_1 – наявні.

P – гістологічні критерії проростання стінки порожнистого органа: P_1 – рак, що проріс лише в слизову оболонку; P_2 – рак, що проростає в підслизову оболонку; P_3 – рак, що проріс у субсерозну оболонку; P_4 – пухлина проросла в серозну оболонку і вийшла за межі органа.

Рання діагностика злоякісних пухлин визначає успіх лікування. Важливе значення має *онкологічна настороженість*. Завдання молодших медичних працівників, які проводять профілактичні огляди або огляд хворого, запідозривши пухлину, терміново направити його до лікаря.

Лікування. При визначенні тактики оптимального лікування кожного онкологічного хворого необхідно розглянути такі питання: 1) чи пухлина локалізується лише у місці свого походження; 2) чи реальним і виправданим є радикальне (хірургічне чи радіологічне) лікування; 3) чи слід спрямувати комплекс лікувальних заходів лише на полегшення стану хворого (симптоматичне, паліативне). Пухлини, які не мають метастазів, піддаються радикальним способам лікування (наприклад, хірургічному чи радіологічному), тоді як пухлини, які поширились, потребують комплексного лікування хімотерапією, гормонотерапією в поєднанні з хірургічним або променеви́м лікуванням.

Лікування доброякісних пухлин, як правило, оперативне. Воно полягає у видаленні пухлини разом із капсулою та наступним її гістологічним дослі-

дженням. При невеликих, поверхнево розташованих доброякісних пухлинах можлива і вичікувальна тактика. Абсолютними показаннями до видалення доброякісних пухлин є: а) наявність ознак стиснення сусідніх органів; б) постійна травматизація поверхнево розташованих пухлин одягом; в) прискорення росту і підозра на злоякісне переродження пухлини.

Лікування злоякісних пухлин залежить від стадій розвитку хвороби. Воно може бути хірургічним, променевим, хіміотерапевтичним, гормоно- та імунотерапевтичним.

Хірургічне лікування є основним, досить часто його поєднують з променевою і хіміотерапією (рак молочної залози, матки, яєчників та ін.). Проти-показанням до хірургічного лікування є неоперабельність пухлини (III-IV стадія). При виконанні операцій в онкологічних хворих обов'язково потрібно дотримуватись принципу *абластики*: видалення пухлин у межах здорових тканин; видалення органа в єдиному блоці з регіонарними лімфатичними вузлами; перев'язування лімфатичних і кровоносних судин; обережні маніпуляції з пухлиною.

Важливе значення має *антибластика* – комплекс заходів, направлених на знищення клітин злоякісної пухлини в операційній рані (обробка рани антисептиками, хіміопрепаратами, рентгенівським, лазерним промінням і ін.)

Будь-яка операція в онкологічного хворого повинна бути *радикальною* – видаляють весь орган (матка, шлунок, легеня та ін.) або його значну частину разом із регіонарними лімфатичними вузлами. До радикальних операцій відносять і *комбіновані*, під час яких разом із ураженим органом видаляють або проводять резекцію іншого органа, в який проросла пухлина.

Паліативні операції – видалення органа або його частини – виконують при наявності метастазів, розпаді пухлини, кровотечі, перфорації ракової пухлини.

Симптоматичні операції виконують для полегшення стану хворих при наявності метастазів і ускладнень, пов'язаних із ростом пухлини без її видалення (гастростома при раку стравоходу, міжкишковий анастомоз при раку кишечника, трахеостомія при раку гортані та ін.).

Променеву терапію застосовують досить часто як самостійний спосіб лікування за допомогою спеціальних установок і радіоактивних речовин (^{60}Co , ^{137}Cs та ін.) (рак губи, шийки матки, шкіри та ін.), так і в комплексному лікуванні. В основному проводять в поєднанні з хіміотерапією.

Хіміотерапію, як правило, застосовують у комплексному лікуванні з іншими методами – з хірургічним або променевим. Розрізняють такі групи хіміопрепаратів – *цитостатики*: новембіхін, циклофосфан, тіофосфамід (Тіо-Теф) і ін. Ці препарати, діючи на алкільну групу (CH_2), порушують обмін речовин у раковій клітині і вона гине. Використовують і *антиметаболіти* – препарати, що діють на обмін речовин і порушують синтез ДНК та РНК, що призводить до загибелі злоякісних клітин (меркаптопурин; фторурацил, орторафур, метотрексат й ін.).

Гормональні препарати (андрогени) застосовують при раку молочної, передміхурової залози. З цією метою використовують тестостерон, метилтестостерон, синестрол, діетилстильбестрол.

Противухлинні антибіотики, які блокують синтез ДНК і РНК, продукуються грибами або мікроорганізмами: хризомалін (актиноміцин С і Д), брунеоміцин, рубоміцин.

Рослинні препарати є мітотичними отрутами – вінбластин, вінкрестин, віндезин, колхамін, амітозин.

Останнім часом з'явився новий препарат – алкалоїд чистотілу – “Україн” В. Новицького (1999). Препарат, накопичуючись у тканинах пухлини, блокує її і пригнічує подальший ріст ракових клітин. Однак, за даними самого автора, цей препарат діє неоднаково на всіх хворих. У 10 % хворих на рак він взагалі не діє, лише у 70 % стримує подальший розвиток онкохвороби і не дає розростися метастазам, а у 20 % хворих настає одужання.

Останнім часом використовують *імунні препарати* (хрящ акули – катрекс), вітурид Воробйової, фітопрепарат Яворського, арменікум і ін.). Однак слід зазначити, що у більшості випадків хіміотерапевтичні препарати дають лише короткочасний ефект, через деякий час ріст пухлини відновлюється, а повторні курси тим самим препаратом є неефективними. На сьогодні хіміотерапію сприймають як допоміжний метод, що доповнює хірургічне і променеве лікування злоякісних пухлин.

Передракові стани – різні процеси і стани, які можуть передувати і переходити в злоякісні пухлини. До них відносять вади розвитку, в тому числі дермоїдні кісти, хронічні запальні процеси, доброякісні пухлини.

Усі хворі з передраковими захворюваннями повинні знаходитись на диспансерному обліку і оглядатись не менше 2 разів на рік.

Участь медичної сестри в диспансеризації онкологічних хворих

На сьогодні в Україні створена широка сітка онкологічної служби. Крім Київського і Харківського науково-дослідних інститутів онкології і рентгенології, функціонує більше 60 онкологічних закладів, 500 онкокабінетів. Для боротьби з раковими захворюваннями в світі створений Міжнародний протираковий комітет при ВООЗ.

Головною структурною ланкою протиракової служби є онкологічні диспансери. Вони здійснюють діагностику і лікування злоякісних пухлин, проводять облік онкологічних хворих та хворих з передраковими захворюваннями, а також займаються санітарно-просвітньою роботою на своїй території. Онкологічні диспансери обладнані сучасною діагностичною і лікувальною апаратурою, мають штати кваліфікованих спеціалістів.

Завданнями онкологічних кабінетів (відділень) є облік онкологічних хворих, диспансерне спостереження за ними, забезпечення їх відповідним

лікуванням та організація різних заходів з профілактики і ранньої діагностики раку на території своєї діяльності.

В онкокабінеті працює лікар і медична сестра, які відповідають за онкологічну службу в районі. В оглядовому кабінеті проводять обстеження усіх пацієнтів віком понад 30 років, які звернулися в поліклініку з будь-якого приводу. Особливу увагу звертають у жінок на стан молочних залоз, статевих органів, у чоловіків – на стан прямої кишки. Для скринінгу доклінічних форм раку легень щороку усе доросле населення обстежують у флюорографічному кабінеті. Взагалі, існує три види профілактичних оглядів: 1) комплексні огляди, коли виявляють не тільки передракові і ракові, але й хірургічні, терапевтичні, гінекологічні та ін. захворювання; 2) цільові огляди, коли спеціально виявляють передракові захворювання і злоякісні пухлини; 3) індивідуальний профілактичний огляд на рак, що проводиться онкологом у поліклініці або лікарем-куратором, до якого хворий звернувся з приводу іншого захворювання.

Слід пам'ятати, що при встановленні діагнозу онкологічного захворювання краще “перестрахуватись” і помилитись (гіпердіагностика), ніж проявити самовпевненість, не запідозривши його (гіподіагностика). На кожного вперше виявленого хворого із злоякісною пухлиною заводять форму № 281. Це сигнально-оперативний документ, який протягом 3 днів необхідно надіслати в онкологічний диспансер. На кожного хворого, у якого виявлено злоякісну пухлину, у стаціонарі заповнюють “Виписку” – форму № 27-онко, яку теж надсилають в онкодиспансер. На основі цих документів в онкодиспансері заводять “Контрольну карту диспансерного спостереження (онко)” (форма № 30), яка є основним первинним документом для обліку онкологічних хворих. Слід пам'ятати про обов'язковість оглядів пролікованих хворих у такі терміни: перший рік – один раз на три місяці; на другий і третій рік – один раз на півроку; починаючи з четвертого року – один раз на рік (довічно). Потребують спостереження і особи, які мають доброякісні пухлини, але строки огляду у цих хворих індивідуальні і визначаються лікарем.

У випадках виявлення у хворих запущеної форми злоякісної пухлини складають протокол за формою № 027. Він складається у двох примірниках на хворих з візуальними формами захворювання (шкіра, ротова порожнина, язик, молочна залоза, пряма кишка), III і IV стадій при всіх локалізаціях злоякісних пухлин. Один примірник направляють в онкодиспансер, а другий залишають в амбулаторній карті або карті стаціонарного хворого. По кожному запущеному випадку злоякісної пухлини проводять адміністративне розслідування.

Важливим питанням в онкологічних хворих є соціальна і трудова реабілітація. В цьому випадку участь медичної сестри є суттєвою. Від уваги до хворого і його близьких, від створення у них спокійного психологічного клімату залежить реабілітація хворого. “Утримувати” хворого вдома без

достатнього обґрунтування і ізолювати його від суспільства недоцільно. У цьому випадку треба допомогти хворому повернутись у колектив на свою роботу. У випадках втрати працездатності медична сестра повинна допомогти оформити онкологічного хворого на групу інвалідності. При цьому слід зазначити, що I групу інвалідності призначають тільки тим хворим, які потребують за собою догляду (після великих і складних операцій або при інкурабельному стані). Призначення II групи інвалідності дає право на звільнення хворого від роботи. III група інвалідності – найраціональніша для онкологічних хворих, оскільки надає ряд пільг, ставить хворого в медичному, соціальному і професійному відношенні реабілітованим.

Догляд за онкологічними хворими.

Догляд за онкологічними хворими має свою специфіку. В кожному випадку потрібно ретельно приховувати від хворого справжній діагноз, тобто шадити його психіку. Терміни “рак”, “саркома” потрібно замінити словами “язва”, “звуження”, “ущільнення” і т. д. Слід уникати і латинських термінів “канцер”, “ц-р”, “бластома”, “неоплазма”, багато хворих розуміються в цій термінології. Навіть при погіршенні стану хворого медична сестра повинна підтримувати у нього надію на швидке одужання. Більшість онкологічних хворих мають раниму психіку, дуже дратівливі, тому з самого початку лікування хворих із запущеними пухлинами необхідно відділяти від інших хворих.

Для забезпечення спокою їх розмішують в одно- або двомісну палату. Палати повинні бути затишними, прибраними. Медична сестра повинна потурбуватись, щоб ліжко хворого було зручним, краще функціональним, перевірити, чи м'який матрац, подушки. Ліжко повинно стояти так, щоб до нього можна було підійти вільно з обох боків. Якщо хворий знаходиться вдома, то сестра повинна попросити родичів винести із кімнати хворого зайві речі, вибрати зручне ліжко. Медична сестра повинна потурбуватися про те, щоб необхідні предмети догляду (поїльник, грілка, судно, сечоприймач і ін.) знаходились під рукою, були чистими і готовими до використання. На окремому столику в палаті вона розставляє необхідну їжу, медикаменти, посуд. Сестра слідкує за дотриманням особистої гігієни хворого, при необхідності протирає йому зуби, промиває рот, підмиває, перестеляє ліжко.

Їжа в онкологічних хворих повинна бути висококалорійною, містити достатню кількість білків, жирів і вуглеводів, клітковини. Притримуватись яких-небудь спеціальних дієт не потрібно. Хворим із запущеними формами раку шлунка слід призначати стіл № 1 (сметана, сир, відварна риба, м'ясні бульйони, парові котлети, фрукти, овочі та ін.). Під час їди рекомендують приймати 1-2 столові ложки 1 % соляної кислоти з пепсином. Для покращення апетиту можна дати вино. При утрудненнях проходження твердої їжі у хворих з раковим ураженням стравоходу, шлунка необхідно готувати рідку їжу. Досить часто при пухлинах стравоходу або шлунка для харчування накладають шлункову (гастростому) або кишкову норицю (ентеростому). Харчування

проводять через хлорвінілову трубку ($d=1,5-2$ см), введenu в просвіт шлунка або кишки. Рідку їжу вводять шприцом Жане або заливають через лійку. Після харчування просвіт трубки промивають водою і закривають затискачем. Медична сестра повинна слідкувати за станом нориці, своєчасно її обробляти, підтримувати чистоту і сухість шкіри. При запаленні шкіри або мацерації навколо гастростоми необхідно нанести пасту Ласара або цинкову мазь.

В онкологічних хворих часто виникають запори. Для їх профілактики потрібно своєчасно призначити послаблювальні засоби: сульфат магнію, натрію (приймати натще 20-30 г розчиненого в склянці води і запивати 1-2 склянками теплої перевареної води), рицинову олію, жостер, сену та ін.

При наявності пухлин кишечника можуть виникати клінічні ознаки кишкової непрохідності (нудота, зригування, гикавка, блювання, здуття живота та ін.). При появі цих ознак хворого слід направити в хірургічний стаціонар для накладання калової нориці. Одним із ускладнень в онкологічних хворих є асцит (накопичення рідини в черевній порожнині), гемоторакс (рідина в плевральній порожнині), набряки нижніх кінцівок. При їх появі необхідно своєчасно призначити сечогінні (2-5 % розчин 2-3 мл фурасеміду, дихлотіазид 0,025-0,05 (1-2 табл.), трімтерен 0,05–2-4 рази та ін.). У випадках прогресуючого збільшення асциту або гемотораксу проводять пункцію черевної або плевральної порожнини. У хворих з великими і множинними пухлинами може виникати інтоксикація, загальна слабкість, блювання. Для зняття інтоксикації можна переливати гемодез; неогемодез, сорбілак, реосорбілак, розчин Рінгера-Лока і ін.; 0,85 % розчин хлористого натрію; 5 % розчин глюкози з інсуліном і ін. При блюванні призначають церукал, мотиліум.

При розпаді пухлини можуть виникати кровотечі (в цих випадках хворий повинен отримувати гемостатичні засоби). При розпаді пухлини зовнішньої локалізації з явищами інфікування рекомендують застосовувати дезодоруючі засоби (5 % розчин перманганату калію, скипидар та ін.). Харкотиння збирають у спеціальні банки або плювальниці з кришками, які закручуються; їх щоденно мийють гарячою водою і 10 % розчином хлорного вапна.

Передопераційну підготовку в онкологічних хворих проводять за загальними правилами. Однак вона має свої особливості і залежить від обсягу наступної операції, локалізації пухлини, стадії поширення, характеру уражених органів і тканин, віку і стану хворого. Передопераційна підготовка повинна бути інтенсивною і нетривалою. Операцію виконують тільки після необхідної нормалізації функцій внутрішніх органів, стабілізації клінічних і біохімічних показників крові і покращення загального стану хворого. У тих випадках, коли не вдалось виконати радикальну операцію або вона закінчилась накладанням колостоми або сигмостоми, хворим не слід говорити правду про її результат. Їх необхідно заспокоїти і говорити, що це тимчасовий стан, а після покращення його, через деякий час нориці можна буде легко ліквідувати.

Головним завданням лікування хворого в післяопераційний період є проведення заходів з корекції наявних порушень, викликаних операційною

травмою, і попередження післяопераційних ускладнень. Залежно від тяжкості перенесеної операції, хворих розміщують у палати інтенсивної терапії або післяопераційні палати, де вони перебувають протягом перших 2-3 днів, після чого їх переводять у загальні палати. Догляд за онкологічними хворими після радикальних операцій не відрізняється від хворих з іншою хірургічною патологією. Хворі після паліативних методів лікування і неоперабельні хворі після виписування із стаціонару потребують домашнього догляду. Він повинен здійснюватися патронажними сестрами і родичами. Хворим необхідно створити оптимальні умови для їх одужання і подальшого життя.

При догляді за неоперабельними хворими виникає питання про призначення болезаспокійливих засобів. При появі болю не варто відразу застосовувати наркотичні речовини, які ослаблюють хворого і викликають звикання. Спочатку потрібно дати хворим ненаркотичні аналгетики: амідопірин, анальгін, бутадіон, парацетамол й ін. І лише при відсутності ефекту від цих препаратів потрібно застосовувати наркотики: омнопон, промедол, фентаніл, кодеїн і ін. При безсонні призначають снодійні засоби. Слід зазначити, що в онкологічних хворих можуть виникати різноманітні порушення функції різних органів і ускладнення, які медична сестра повинна своєчасно розпізнати і надати допомогу на квартирі чи у стаціонарі до прибуття лікаря.

Медичні працівники, доглядаючи за хворими з онкологічними захворюваннями, повинні знати, що вони досить часто переносять тяжкі фізичні страждання, але, можливо, найстрашнішим для них є усвідомлення швидкої смерті, а ще – психологічний вакуум, в якому вони часто опиняються у зв'язку з хворобою. У цивілізованому суспільстві для догляду за онкологічними хворими створені спеціальні благодійні заклади – так звані *хоспіси*. Тут хворому надають окрему кімнату, призначають необхідне лікування, здійснюють індивідуальний догляд та створюють сприятливий психологічний мікроклімат.

15.4. Догляд за хворими з черепномозковою травмою

Поняття про черепномозкову травму

Черепномозкова травма – це механічне пошкодження черепа, головного мозку і його оболонок.

Серед усіх травм на сьогодні черепномозкова займає 18-20 %. З них 10-12 % випадків закінчуються смертю, 19 % – інвалідністю і 47 % – зниженням працездатності. Якщо взяти до уваги, що черепномозкову травму отримують люди молодого (20-40 років), найбільш працездатного віку, то ця проблема є не тільки медичною, але й соціальною.

Такий високий відсоток смертності та інвалідності потерпілих з черепномозковою травмою зумовлений особливостями анатомічної будови і нейрофізіологічними процесами, що проходять у головному, спинному мозку внаслідок їх механічного пошкодження.

Усі пошкодження черепа і головного мозку поділяють на закриті і відкриті. До закритої черепно мозкової травми відносять струс (*commotio cerebri*), забій (*contusio cerebri*) і стиснення головного мозку (*compresio cerebri*). Такий поділ черепно мозкової травми є умовним, оскільки у повсякденному житті в більшості випадків виникає поєднання ушкодження мозку з переломами склепіння та основи черепа, які викликають так звану *травматичну хворобу головного мозку*.

Причиною черепно мозкової травми є пряма травма (удар по голові тяжким предметом, удар головою до предмета, падіння на голову). Ступінь ушкодження головного мозку залежить від площини, напрямку дії сили, її швидкості та величини. При всіх черепно мозкових пошкодженнях виникає особлива і швидка реакція мозкової тканини на травму, яка проявляється: 1) порушенням кровообігу; 2) підвищенням внутрішньочерепного венозного тиску; 3) розвитком мозкового набряку та набуханням мозкової речовини.

Усі ознаки закритої черепно мозкової травми можна поділити на загально мозкові та місцеві (вогнищеві). До *загально мозкових ознак* відносять втрату або приглушення свідомості, головний біль, запаморочення, нудоту, блювання, брадикардію. Вони виникають внаслідок порушення функції мозку в цілому і його життєво важливих центрів зокрема. До *вогнищевих ознак* відносять: параліч, афазію, порушення чутливості відповідних ділянок тіла, зору, слуху та ін. Ці симптоми зумовлені пошкодженням певних ділянок мозку з розташованими в них центрами.

Найчастішим черепно мозковим пошкодженням є струс головного мозку.

Струс головного мозку

Струс головного мозку – загально мозкове пошкодження, що розвивається при дії на череп значної сили, ударі по ньому якимось предметом або забої його при падінні з висоти, мотоцикла, автомобільній катастрофі та ін. Як правило, при струсі головного мозку пошкоджені кістки черепа не спостерігають. Дія короткого і сильного удару за законами гідродинаміки призводить до надзвичайного хвильового коливання тканин головного мозку і його різних складових частин (ліквор, кров).

Слід зазначити, що мозок людини являє собою 95-96 % зв'язану воду. При струсі цілісність мозкової тканини не порушується, однак виникає зміна кровообігу в тканині мозку у вигляді рефлекторного короткочасного спазму судин з наступним їх розширенням, венозним застоєм, яка призводить до набряку мозку, його оболонки і утворення дрібних діapedезних точкових крововиливів у його білу і сіру речовину.

Зміни, що відбуваються у головному мозку внаслідок його травми, І.С. Бабчин (1954) назвав ланцюговою реакцією головного мозку на травму, яка складається з чотирьох фаз: 1-а фаза – *дисфункції*, яка характеризується гострими нейродинамічними розладами регуляторних механізмів ретикуляр-

ної формації (стовбура) і великих півкуль (кора – підкірка) з їх позамежовим розлитим гальмуванням; 2-а фаза – *дисциркуляторна*, при якій настають розлади гемо- і ліквородинаміки, виникають набухання мозку і діapedезні геморагії; 3-я фаза – *дистрофія* нервових, *гіперплазія* гліальних й мезенхімальних елементів мозку та оболонок; 4-а фаза – *атрофія* мозкової тканини.

Клінічні ознаки. Основними ознаками при струсі головного мозку є *втрата свідомості*. Вона може тривати від декількох хвилин до декількох годин і навіть дів. Другою важливою ознакою є *ретроградна амнезія* – людина, прийшовши до пам'яті, забуває все те, що відбувалося з нею безпосередньо перед травмою. Амнезія буває різною: інколи можуть випадати певні періоди або навіть багато років життя потерпілих. У хворих може виникати сильне (фонтануюче) *блювання*. Спостерігають блідість шкірних покривів обличчя, рідше гіперемію. Дихання поверхневе, інколи виникає психомоторне збудження. Залежно від клінічних проявів, розрізняють три ступені струсу мозку: 1) *легкий ступінь* характеризується короткочасною втратою свідомості (всього декілька хвилин), запамороченням, головним болем, нудотою, інколи шумом у вухах, тахікардією та ін., поступово, протягом декількох хвилин, ці симптоми минають, але хворий не може згадати, що з ним сталося; 2) *середній ступінь* характеризується більш тривалою втратою пам'яті (до декількох годин), інколи супроводжується психомоторним збудженням; крім ознак, характерних для першого ступеня струсу мозку; у потерпілих виникає блювання, сповільнення пульсу (брадикардія), звуження зіниць, зниження рефлексів та ін.; 3) *тяжкий ступінь* характеризується тривалою втратою пам'яті (декілька дів), супроводжується вираженим збудженням, блідістю шкірних покривів, брадикардією, зниженням або відсутністю рефлексів, звуженням зіниць. Якщо хворому не надати своєчасної допомоги, може настати смерть. При наданні своєчасної кваліфікованої медичної допомоги наслідки струсу мозку, як правило, сприятливі. Однак у хворих протягом тривалого часу після травми може спостерігатись загальна слабкість, дратівливість, поганий сон, пітливість, розбіжна косоокість при читанні (ознака Седана), ломота в очах при їх рухах і при сильному освітленні (ознака Манна-Гуревича).

Лікування. В основі лікування хворих на струс головного мозку є забезпечення ліжкового режиму протягом 7-10 днів і ретельний догляд за потерпілим. Усі інші лікувальні заходи спрямовані на зменшення набряку і набухання мозку. При підвищенні внутрішньочерепного тиску хворим проводять дегідратаційну терапію: внутрішньовенно вводять 40-60 мл 40 % розчину глюкози або 20-40 мл 10 % розчину натрію хлориду, внутрішньом'язово – 10 мл 20 % розчину сульфату магnezії, призначають сечогінні. При явищах набряку головного мозку додатково вводять внутрішньовенно 5-10 мл 2 % розчину гексонію, 1-2 мл 2 % розчину димедролу, 50-100 мг гідрокортизону та ін. При зниженні внутрішньочерепного тиску внутрішньовенно вво-

дять 0,9 % розчин натрію хлориду, 5-10 % розчин глюкози, дистильовану воду. Лікування хворих з тяжким ступенем струсу мозку може тривати до 3-4 тижнів.

Забій головного мозку

Забій головного мозку виникає внаслідок травми і руйнування окремих ділянок мозкової тканини (розчавлення, розрив і ін.) (рис. 177).

Таке пошкодження мозкової тканини може виникати не тільки на місці прикладання травмуючої сили, але і на протилежному боці відносно травми (за типом *протиудару – a contre-coup*). Зона руйнування мозкової тканини залежить від сили і місця завдання травми.

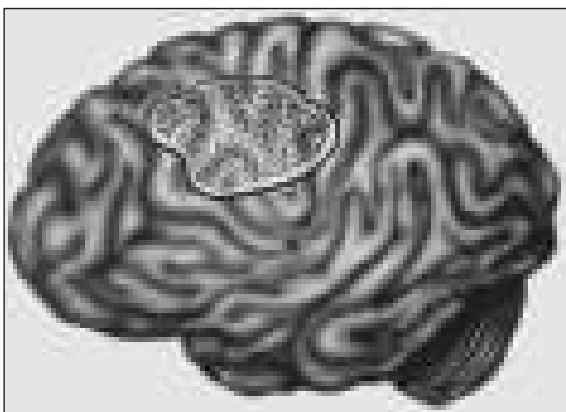


Рис. 177. Забій головного мозку.

Вона може бути в корі, підкірковому шарі, мозкових оболонках. Особливо небезпечні забої мозкового стовбура, мозочка, мозкових шлуночків.

Клінічні ознаки. Розвиваються гостро і нагадують тяжкий ступінь струсу головного мозку. Основними ознаками забою головного мозку є втрата свідомості, яка триває від декількох хвилин до багатьох діб. Залежно від клінічного перебігу розрізняють два типи забою головного мозку: 1) *сприятливий*

перебіг, при якому після проходження загально-мозкових ознак залишаються вогнищеві ознаки (анізокорія, паралічі кінцівок, афазія та ін.), але й вони поступово зникають; 2) *несприятливий перебіг*, коли на фоні деякого покращення стану хворого (“*світлого проміжку*”) настає його погіршення за рахунок розвитку вогнищевих і наростання загально-мозкових ознак – втрати пам’яті, свідомості, вираженої брадикардії, розширення зіниць та ін. Погіршення стану хворого із забоем головного мозку свідчить про розвиток стиснення (компресії) мозку за рахунок набряку, крововиливу, формування гематоми мозкової тканини. За вираженістю вогнищевих ознак контузія мозку поділяється на 3 ступені: 1) *легкий*, при якому спостерігають рефлекторну асиметрію у вигляді нерізко виражених парезів кінцівок; 2) *середньої тяжкості*, для якої характерні паралічі, порушення психіки, зору, слуху, афазія та ін.; 3) *тяжкий ступінь*, який характеризується симптомами ураження підкіркових утворень мозку (недостатність стовбурових структур) – порушення дихання, ковтання, серцево-судинної системи та ін. Забій стовбура і мозочка часто призводить до смерті у першу добу, години, навіть хвилини після травми.

Слід зазначити, що класифікація перебігу забою мозку досить умовна, оскільки один ступінь швидко може переходити в інший.

Лікування. Потерпілі із забоем мозку потребують обережного транспортування у найближчий лікувальний заклад, краще в нейрохірургічне відділення. Лікування цих потерпілих проводять за тією ж схемою, як і при струсі головного мозку, однак необхідно враховувати стан внутрішніх органів, що значною мірою залежить від мозкових розладів, і проводити заходи, спрямовані на нормалізацію їх функцій: інтубацію та штучну вентиляцію легень, введення аналгетиків, седативних засобів, годування за допомогою зонда. Для нормалізації кровообігу призначають серцево-судинні препарати (дигоксин, корглікон, строфантин, кордіамін, кофеїн та ін.). При крововиливах у субарахноїдальний простір проводять люмбальні пункції, вводять антибіотики широкого спектра дії для профілактики менінгіту.

Стиснення головного мозку

Стиснення головного мозку спостерігається значно рідше, проте перебігає тяжко і у більшості випадків потребує оперативного втручання. Виникає в основному внаслідок внутрішньочерепного крововиливу – *епідурального* (над твердою мозковою оболонкою), *субдурального* (під твердою мозковою оболонкою), *субарахноїдального* (під м'яку мозкову оболонку) або *інтрацеребрального* (при гіпертонічній хворобі). Крововилив у череп об'ємом 30-40 мл викликає уже ознаки стиснення мозку. Найчастіше джерелом крововиливу є а *meningea media* (80 %), в інших випадках – гілки сонної артерії, яремна вена. Патологічні зміни зводяться до клініки поступового стиснення мозку за рахунок наростаючої гематоми і набряку мозку.

Клінічні ознаки стиснення мозку досить своєрідні, інколи розвиваються через декілька годин після так званого “*світлого проміжку*”. Хворий у цей час може почувати себе цілком задовільно, добре орієнтуватись і чітко відповідати на запитання. Тривалість “світлого проміжку” залежить від локалізації кровотечі: у разі епідуральної гематоми він буває коротким (від 1-2 до 48 год). У разі субдуральної або субарахноїдальної кровотечі він може тривати декілька діб. Після цього у потерпілого з'являються ознаки стиснення мозку: сильний головний біль, блювання, збудження, галюцинації, марення. З часом хворий втрачає свідомість і розвивається церебральна кома. У перебізі стиснення мозку можна виділити три стадії: 1) початкову; 2) повного розвитку хвороби; 3) паралітичну. Вся клінічна картина складається з поступового розвитку загальнономозкових і вогнищевих ознак.

При диференційній діагностиці між різними видами гематом велике значення мають клінічні ознаки і показники спинномозкової пункції.

При епідуральній гематомі втрата свідомості настає досить швидко, збільшується спинномозковий тиск. При субдуральній гематомі спостерігають більш тривалий “світлий проміжок”, при спинномозковій пункції вияв-

ляють у лікворі кров. При субарахноїдальній гематомі може зовсім не бути втрати свідомості, проте в лікворі виявляють значну кількість крові.

З наростанням загально мозкових ознак більш яскраво починають проявлятися вогнищеві симптоми стиснення мозку: парези, паралічі черепно-мозкових нервів (анізокорія, звуження або розширення зіниць, косоокість та ін.), мускулатури кінцівок (епілептоподібні судоми та ін.). Розвиток стовбурових ознак (порушення дихання, серцево-судинної діяльності, ковтання) свідчить про запусненість і тяжкість хвороби.

Уточнити локалізацію гематоми та спостерігати за динамікою її перебігу можна за допомогою ехоенцефалографії, комп'ютерної томографії (магніто-резонансної), вимірювання тиску спинномозкової рідини.

Лікування. У разі стиснення мозку передусім треба з'ясувати його причину (локалізацію і величину гематоми, пухлини). Лікування розпочинають із заходів, спрямованих на зниження внутрішньочерепного тиску і боротьбу з ознаками порушення функції головного мозку.

Хворим призначають дегідратаційну терапію: внутрішньовенно вводять сечовину (60-90 г), маніт, лазикс, діамокс, плазму, альбумін. Для зняття спазму судин вводять еуфілін, баралгін, но-шпу, проводять десенсибілізуючу терапію (димедрол, супрастин, гіпостамін і ін.). У разі обмеженої гематоми, неефективності консервативної терапії, прогресуванні клініки стиснення мозку показана прицільна пункція гематоми або оперативне втручання (рис. 178).

Суть операції полягає в трепанації черепа, видаленні гематоми і зупинці кровотечі (декомпресійна трепанація черепа) (рис. 179). Гематому вида-



Рис. 178. Пункція інтрамедулярної гематоми.

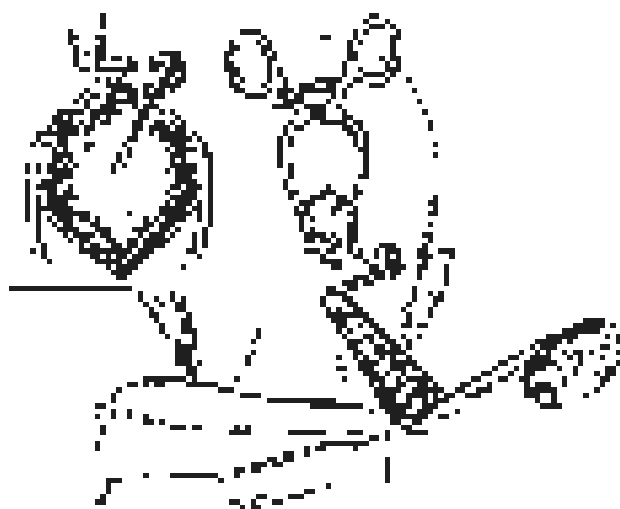


Рис. 179. Трепанація черепа.

ляють спеціальною ложечкою, згустки вимивають ізотонічним розчином натрію хлориду і відсмоктують за допомогою апарата. Для виділення меж пошкодження мозкової тканини проводять їх фарбування за допомогою барвника (3-4 мл голубого диміфену), який вводять внутрішньовенно або в сонну артерію. Після закінчення операції дефект черепа закривають кістковою тканиною або через декілька місяців проводять кісткову пластику.

Пошкодження кісток черепа

Переломи кісток черепа трапляються досить часто і складають 10 % від загальної кількості переломів. Розрізняють переломи склепіння і основи черепа. Часто при травмах вони поєднуються. За характером розрізняють тріщини, осколкові і дірчасті переломи (в основному при вогнепальних пораненнях). Переломи кісток черепа поділяють на закриті і відкриті, при останніх пошкоджуються шкірні покриви.

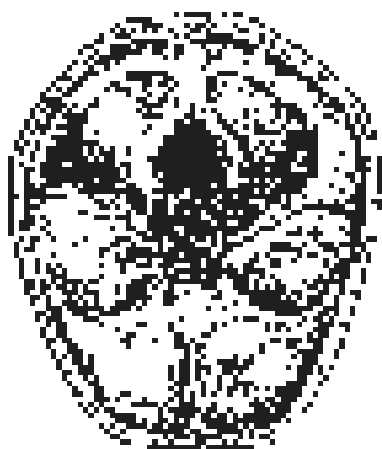
Переломи склепіння черепа. Переломи можуть бути повними, коли пошкоджується вся товща кістки, і неповними, коли ламається тільки зовнішня або внутрішня пластинка черепа. При осколкових переломах чи пошкодженні внутрішньої пластинки склепіння може травмуватись тверда мозкова оболонка або сама речовина. При закритих переломах склепіння черепа діагностика пошкодження утруднена. Локально утворюється гематома без чітких меж, пальпаторно перелом можна виявити тільки при значних деформаціях черепа. При відкритому переломі під час хірургічної обробки рани можна встановити його характер.

Клінічні ознаки. Основні ознаки як відкритих, так і закритих переломів склепіння черепа досить своєрідні. Інколи спостерігається короточасна втрата свідомості, головний біль. Виникнення загальнономозкових і вогнищевих симптомів залежить від пошкоджень ділянок мозку і наявності супровідного струсу, забою чи його стиснення. При відкритих переломах склепіння діагноз встановлюють на основі огляду ран, наявності тріщин, кісткових уламків. При закритих переломах кісток склепіння виявляють гематому, інколи можна визначити рухомість кісткових відламків, вдавнення кісток. Точніше перелом кісток склепіння можна виявити при рентгенологічному дослідженні.

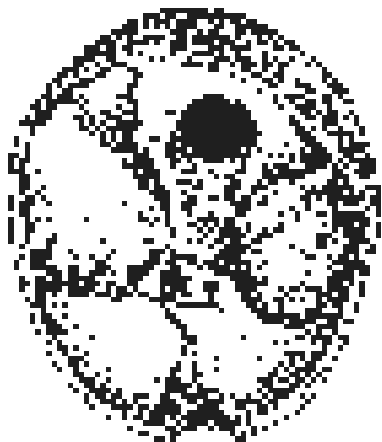
Лікування. При закритих переломах склепіння черепа і відсутності внутрішньочерепного крововиливу лікування проводять за такою ж схемою, як при забої головного мозку. При наданні медичної допомоги потерпілим з відкритими переломами на місці пригоди необхідно провести первинну обробку рани, накласти асептичну пов'язку на рану і госпіталізувати хворого в нейро- або хірургічне відділення. При транспортуванні хворого його голову необхідно укласти на ватно-марлевий круг, шину Єланського або спеціально сконструйовані сітчасті крамеровські шини. В хірургічному відділенні проводять первинну хірургічну обробку і ревізію рани. При вдавнених переломах проводять трепанацію черепа, ревізію тканин мозку, видалення гематоми, сторонніх тіл.

Переломи основи черепа. Виникають при падінні з висоти на голову або ноги, ударах по голові. При цьому досить часто відбувається пошкодження не тільки кісток основи черепа, а й скроневих, орбітальних, кісток носа та ін. Якщо перелом локалізується у середній мозковій ямці, тріщина може продовжуватись на піраміду скроневої кістки; задній черепній ямці – на великий потиличний отвір (рис. 180). Розрізняють переломи: 1) передньої черепної ямки; 2) середньої; 3) задньої. При переломах основи черепа часто пошкоджуються черепномозкові нерви – слуховий, лицьовий, відвідний, окоруховий.

Клінічні ознаки. Стан хворого, як правило, тяжкий. Для діагностики мають значення анамнез, наявність кровотечі та крововиливів.



а



б

Рис. 180. Переломи основи черепа: а) середньої черепної ямки; б) поздовжній перелом основи черепа.

При пошкодженні передньої черепної ямки з'являються крововиливи в ділянці очних орбіт, повік, “симптом окулярів”, можуть бути носові кровотечі. При пошкодженні основи черепа в ділянці середньої і задньої черепної ямки виникають крововиливи в ділянці горла і кровотеча з вух. При пошкодженні задньої черепної ямки – крововиливи і “синці” в ділянці соскоподібних відростків.

Інколи спостерігають витікання спинномозкової рідини (ліквору) з вух і носа. Можуть виникати явища менінгізму (ригідність потиличних м'язів) за рахунок пошкодження мозкових оболонок. При переломах основи черепа досить часто виникають великі пошкодження мозкової тканини, що стає причиною смерті хворого.

Діагноз перелому основи черепа ґрунтується на основі клінічних ознак, даних рентгенографії черепа в двох проекціях, комп'ютерної томографії і спинномозкової пункції.

Лікування. Переломи основи черепа переважно лікують консервативно за таким самим принципом, що і струс головного мозку. При кровотечах з слухового проходу і носа не рекомендують їх промивати і очищати. Тампонаду носа слід проводити тільки при сильних кровотечах. Зовнішній слуховий прохід тампонує сухою або змоченою в антисептичному розчині марлею. При появі та наростанні загально мозкових симптомів проводять спинномозкову пункцію з видаленням 2-3 мл ліквору.

Проникаючі поранення голови

Проникаючі поранення голови є найтяжчими, оскільки вони пов'язані з ушкодженням мозкових оболонок і речовини мозку. Основною причиною такого ушкодження голови є вогнепальні поранення (рис. 181). Розрізняють *наскрізні* та *сліпі* поранення стовбура і глибоких відділів мозку, які часто стають смертельними.

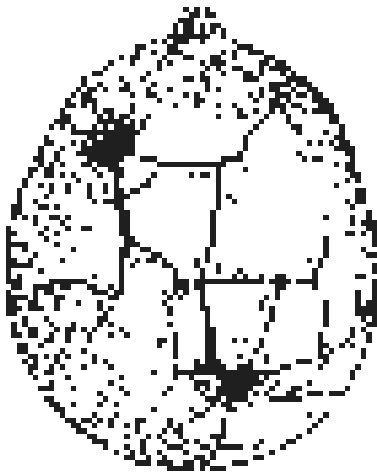


Рис. 181. Вогнепальне наскрізне проникаюче поранення черепа.

Клінічні ознаки. Основною ознакою проникаючого поранення голови є втрата свідомості, тривалість якої може бути різною – від декількох хвилин до декількох діб.

Поряд із цим, у потерпілих може виникати блювання, психомоторне збудження, брадикардія, зниження артеріального тиску та ін. При непритомному стані потерпілого особливу увагу слід приділити стану рани, виділенням з неї (кров, спинномозкова рідина). Необхідно оглянути зіниці – визначити їх величину, форму, реакцію на світло. Відсутність рогівкових рефлексів і блукання очних яблук (“плаваючий” погляд) свідчить про зміни в ділянці стовбурових структур мозку.

При виході потерпілого з непритомного стану (на 2-3 добу) на перший план, як правило, виступають вогнищеві й оболонкові ознаки. Цей період називають періодом ранніх реакцій і ускладнень (від 3-ї доби до 3-4 тижнів), коли можна точно виявити ускладнення, встановити ступінь і характер вогнищевих уражень (паралічі, втрата чутливості, мови, зору, слуху та ін.).

Через 3-4 тижні після поранення настає ліквідація ранніх ускладнень, проходить загоєння рани і розвиток сполучнотканинного захисного біологічного бар'єру навколо ранового каналу. При сприятливому перебізі ушкодження може настати одужання.

Лікування. Потерпілі з проникаючими пораненнями голови підлягають госпіталізації в хірургічні або нейрохірургічні відділення. При наданні першої медичної допомоги всі заходи повинні бути спрямовані на попередження попадання крові, спинномозкової рідини, блювотних мас у дихальні шляхи, для чого пораненого або його голову повертають на бік. На рану накладають асептичну пов'язку, вводять знеболювальні, протишокові (реополіглюкін, реоглюман, 40 % розчин глюкози та ін.).

У стаціонарі всім хворим з проникаючими пораненнями голови проводять первинну хірургічну обробку рани. Краї рани висікають, видаляють сторонні тіла та вільно розміщені кісткові відламки. При необхідності роз-

ширюють кістковий дефект, старанно зупиняють кровотечу, видаляють згустки крові. Рану промивають теплим ізотонічним розчином натрію хлориду. Після своєчасної повноцінної хірургічної обробки рану можна зашити наглухо. У потерпілих з пізніми термінами госпіталізації, при запальних змінах у рані її очищають і дренують.

Після операції поранені підлягають ліжковому режиму протягом 21 дня. Для профілактики інфекційних ускладнень призначають антибіотики широкого спектра дії, краще цефалоспоринового ряду (клафоран, цефамізін, мексиксин, тієнам). Призначають серцеві засоби (дигоксин, строфантин, корглікон) внутрішньовенно 40 мл 40 % розчину глюкози, вітаміни.

Особливості догляду за хворими з черепномозковою травмою

Хворі з черепномозковою травмою відносяться до тяжких, їм потрібна максимальна увага протягом дня і ночі. Досить часто вони знаходяться без свідомості, з паралічами, порушеннями функцій центральної нервової системи і внутрішніх органів. Догляд за цими хворими здійснюється, починаючи з місця пригоди. Слід зазначити, що після обстеження травмованого (навіть при самій короткочасній втраті свідомості, викликаній черепномозковою травмою) його необхідно госпіталізувати в лікарню (нейрохірургічне або реанімаційне відділення) в лежачому положенні, краще на ношах.

На місці пригоди при наявності відкритої черепномозкової травми не можна проводити ніяких маніпуляцій на мозковій рані. На рану накладають у цих випадках лише легку стерильну пов'язку. Вводити марлю або вату в ніс, вухо при кровотечі із них теж не можна, оскільки це може ускладнити перебіг ранового процесу. У випадках зупинки серцевої діяльності, дихання медична сестра повинна провести закритий масаж серця і штучну вентиляцію легень за загальноприйнятими правилами.

Для забезпечення хворим з черепномозковою травмою спокою їх розміщують в окремі палати. Хворому надають зручного положення в ліжку, краще для цього використовувати функціональне ліжко. Для запобігання пролежням хворому щодня по 2-3 рази перестеляють ліжко і міняють білизну. Простирадла, наволочки, сорочки повинні бути без рубців. Під сідниці хворого по всій ширині ліжка підкладають клейонку, зверху її застеляють простирадлом, яке підгортають під матрац, щоб не збиралися складки. Для забезпечення належного догляду за тяжкохворими, які знаходяться без свідомості досить часто організують індивідуальний пост. Медична сестра весь час повинна знаходитись біля ліжка хворого, стежити за його станом, кольором шкіри, частотою пульсу, дихання, артеріальним тиском, станом пов'язки. Індивідуальний пост забезпечують необхідними засобами для надання невідкладної допомоги (серцеві препарати – дигоксин, строфантин, корглюкон й ін.; судинні препарати – кофеїн, кордіамін; гормональні препарати – гідрокортизон, пред-

нізолон; повітровід; кисень тощо), а також необхідними засобами для догляду за тяжкохворими (поїльник, сечоприймач, судно та ін.).

У зв'язку з тяжкістю стану потерпілих (при втраті свідомості) необхідно слідкувати за порожниною рота, можливою аспірацією блювотних мас. Таких хворих рекомендують часто повертати на бік для профілактики застоїчних явищ у легенях, розвитку пневмонії.

Складним питанням є харчування хворих з черепномозковою травмою. Якщо хворий їсть самостійно, медична сестра допомагає йому в цьому. Якщо такої можливості немає, застосовують штучне годування за допомогою спеціального поїльника або зонда, вставленого у шлунок. Для боротьби із запорами призначають фруктові соки, свіжий кефір, овочеві та фруктові пюре. Їжа має бути легкозасвоюваною, напіврідкою, багатою на вітаміни.

Перев'язування, перенесення хворого на каталку, ліжко необхідно проводити обережно, без різких рухів голови, підтримуючи її двома руками.

Слід пам'ятати, що при черепномозкових травмах не призначають наркотичні препарати, особливо морфін, через можливе пригнічення дихального центру. При судамах травмованому необхідно забезпечити абсолютний спокій. Забороняють ін'єкції камфори, кордіаміну, вдихання кисню, вживання води. При збудженні необхідно ввести 1 мл 2,5 % розчину аміназину (протипоказано при зниженні артеріального тиску і розладах дихання), зробити клізму з 3-5 % розчином хлоралгідрату (30-40 мл). При головному болю призначають аналгетики, седативні препарати.

Виснаженим хворим необхідно проводити загальнозміцнювальну терапію, переливати плазму, альбумін, жирові емульсії, розчини глюкози з інсуліном, вітамінами та ін.

Після трепанації черепа хворого необхідно покласти на спину або бік, протилежний стороні операції. Після трепанації задньої черепної ямки хворого вкладають на бік, злегка повернувши його на живіт. Такого хворого необхідно повертати через живіт, а голову підтримувати руками. Для зменшення набряку мозкової тканини після операції на голові поверх пов'язки на два-три дні кладуть міхур з льодом. На наступний день після операції слід поміняти пов'язку – видалити просочені кров'ю марлеві серветки. Гумові випускники видаляють на 4-5 день після операції. Шви знімають на 7-8 день після операції.

Важливого значення надають профілактиці пролежнів, для цього старанно виконують гігієнічні заходи, протирають шкіру в ділянці спини і попереку камфорним спиртом, проводять масаж спини. Хворого вкладають на надувний або спеціальний матрац.

15.5. Догляд за хворими з пошкодженнями і захворюваннями ший, трахеї і стравоходу

Закриті та відкриті пошкодження ший

Основною причиною травми ший є забій. Травми ший поділяють: на закриті і відкриті, з ушкодженням і без ушкодження її органів (трахеї, бронхів, гортані і ін.).

Клінічні ознаки. Основними клінічними ознаками *закритої травми ший* без ушкодження її органів є біль, припухлість і крововилив. Травма в ділянці груднино-ключично-соскоподібного м'яза може призвести до зміни положення голови (кривошия) у бік. Забої в ділянці гортані (щитоподібний хрящ) можуть викликати рефлекторні напади ядухи або навіть зупинку серцевої діяльності, що може бути причиною смерті.

Лікування. Перша допомога і лікування залежить від ступеня пошкодження тканин ший. При забоях ший призначають болезаспокійливі засоби (анальгін, баралгін, бутадіон й ін.), накладають пов'язку з троксевазиною, бутадіоною мазями, потім проводять фізіотерапевтичні процедури (солюкс, УВЧ, ЛФК та ін.). При перших ознаках утрудненого дихання потерпілого слід направити в лікарню, оскільки внаслідок забою можуть розвинути різної величини гематоми, розриви трахеї, бронхів, які можуть викликати медіастинальну емфізему, стискати трахею і спричинити асфіксію.

Медіастинальна емфізема – ускладнення закритої травми органів ший, що характеризується надходженням та скупченням повітря в клітковині середостіння. Причиною якої є частковий або повний розрив бронхів, трахеї, інколи стравоходу.

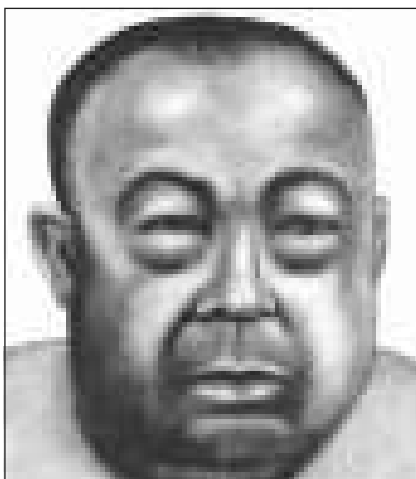


Рис. 182. Розрив бронха, медіастинальна емфізема.

Клінічні ознаки. У хворих виникає утруднення дихання, ковтання, біль за грудниною, напади кашлю; вони займають вимушене положення. При огляді спостерігається потовщення ший, обличчя, набухання шийних вен, ціаноз шкірних покривів (рис. 182).

При пальпації визначається підшкірна крепітація. При рентгенологічному дослідженні виявляють просвітлення в ділянці середостіння, при пошкодженні медіастинального листка плеври – пневмоторакс.

Лікування. У випадках прогресуючої медіастинальної емфіземи виконують дренажування середостіння, при наявності розривів трахеї або бронхів проводять оперативне втручання.

Відкриті ушкодження поділяють на вогнепальні і невогнепальні. Серед останніх розрізняють рани різані, колоті, рвані, укушені.

Клінічні ознаки. Треба пам'ятати, що будь-яке пошкодження м'яких тканин шиї може супроводжуватись пошкодженням її органів і сусідніх ділянок. При пораненнях трахеї дихання здійснюється через рановий отвір і частково через дихальні шляхи. Такі пошкодження часто супроводжуються кровотечами, при цьому кров може попадати в дихальні шляхи і викликати асфіксію. Поряд із цим можуть спостерігатись пошкодження стравоходу. Хворі скаржаться на болюче ковтання, вода або їжа при цьому виходять через рану. При пошкодженні артеріальних судин шиї виникає кровотеча, яка може закінчитись смертю потерпілого. При пораненнях вен шиї внаслідок від'ємного тиску в них може засмоктуватись повітря і настати повітряна емболія.

Лікування. Перша допомога і лікування спрямовані на зупинку кровотечі. З цією метою проводять притискання місця кровотечі пальцем, інколи це треба робити, незважаючи на асептику. Можна використати спеціальну пов'язку на шию. При цьому на рану накладають стерильну серветку, яку притискають до поперечних відростків шийних хребців за допомогою джгута, накладеного через підпахвинну ділянку, або шини на протилежному боці шиї. Зупинку кровотечі можна здійснити за допомогою кровозупинних застискачів. Усі вогнепальні поранення, як правило, поєднуються з пораненням судин, нервів і органів шиї. Таких хворих після накладання асептичної пов'язки терміново госпіталізують в хірургічні відділення. У стаціонарі при пораненнях судин шиї проводять первинну хірургічну обробку рани, перев'язують пошкоджені дрібні судини, на великі накладають судинний шов. При пораненнях трахеї рану зашивають. При пораненні стравоходу проводять відновлення його стінки і дренажування ранового каналу, в окремих випадках накладають гастростому. При всіх видах ран шиї необхідно проводити профілактику правця. Для запобігання нагноєнням призначають антибіотики, сульфаніламідні препарати.

Захворювання шиї (стеноз гортані)

Стеноз гортані виникає в результаті звуження її просвіту. За швидкістю розвитку стенози гортані поділяються на гострі, підгострі й хронічні. Причиною стенозу бувають алергічні набряки, порушення іннервації, запальні процеси, травми та ін.

Клінічні ознаки. Ознаки стенозу гортані залежать від ступеня і швидкості розвитку звуження. При гострій непрохідності гортані особливо характерна інспіраторна задишка (сповільнений шумний вдих). У цих хворих часто виникає страх, збудливість. Вони набувають сидячого положення, тримаючись руками за ліжко. Обличчя вкрите холодним потом, губи, ніс і нігті синюшні (акроціаноз). При огляді грудної клітки спостерігається втягування надключичних і підключичних ділянок при вдиху.

Лікування. Перша допомога і лікування повинні проводитись швидко. В першу чергу при загрозі стенозу призначають відволікаючу і дегідратаційну терапію (гірчичники, ванни для ніг, тепле пиття, інгаляції з гідрокортизоном, антигістамінні препарати – діазолін, супрастин, димедрол, сечогінні – лазикс і ін.

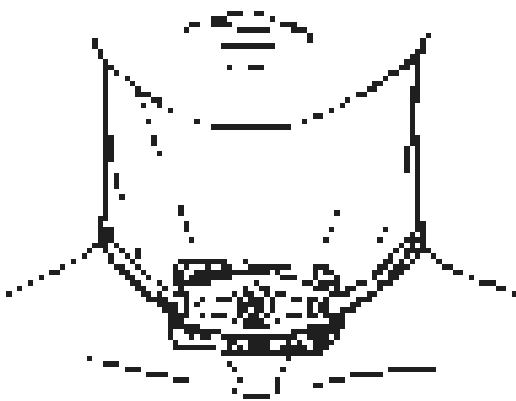


Рис. 183. Трахеостома.

Усі хворі зі стенозом гортані підлягають направленню в ЛОР або в хірургічне відділення. При відсутності ефекту від консервативної терапії і погіршенні стану хворого проводять інтубацію трахеї або трахеостомію (рис. 183).

Хворі, які оперовані з приводу стенозу гортані, знаходяться в стаціонарі до повного одужання і виписуються без трахеостомічної трубки.

Сторонні тіла дихальних шляхів

Сторонні тіла (копійки, гудзики, кульки, кісточки та ін.) в дихальні шляхи можуть потрапити під час їди, при чханні, сміху, іграх і ін.

Клінічні ознаки. Закупорення дихальних шляхів може бути частковим і повним. *Часткова непрохідність дихальних шляхів* розвивається при неповному закупоренні стороннім тілом гортані, трахеї або одного з головних бронхів.

У випадку часткового закупорення дихальних шляхів у потерпілого виникає сильний кашель, який супроводжується свистячими звуками (особливо під час вдиху). У цих випадках потерпілий повинен кашляти до тих пір, поки дихальні шляхи не звільняться від стороннього тіла і не відновиться нормальне дихання.

При повному закупоренні дихальних шляхів людина не може ні дихати, ні кашляти, ні говорити, хапається за горло однією або обома руками, і цей жест є однією із основних ознак ядухи, спричиненої повним закупоренням дихальних шляхів.

Лікування розпочинають з надання невідкладної допомоги. Сторонні тіла, що викликають раптове закупорення дихальних шляхів, видаляють за допомогою *методу черевних* або *грудних* поштовхів (див. розділ “Проведення реанімаційних заходів”).

Сторонні тіла з дихальних шляхів у стаціонарних умовах видаляють спеціальними щипцями за допомогою бронхоскопа. При неможливості такого видалення проводять торакотомію.

Сторонні тіла стравоходу

Сторонні тіла стравоходу здебільшого трапляються у маленьких дітей і психічнохворих, які нерідко проковтують виделки, цвяхи, ключі та ін.

Клінічні ознаки. Сторонні тіла найчастіше затримуються у місцях фізіологічних звужень стравоходу. Гострі предмети можуть перфорувати його стінку і викликати медіастиніт. При тривалому перебуванні сторонніх тіл у стравоході можуть виникати пролежні з наступним розвитком флегмони і гнійного медіастиніту. Основні клінічні ознаки стороннього тіла стравоходу залежать від величини, форми і локалізації предмета. У хворих виникає біль, утруднення ковтання, зригування свіжою їжею, може виникати слинотеча. Діагноз ставлять на підставі езофагоскопії, під час якої можна видалити стороннє тіло, й рентгенологічного дослідження.

Лікування. У більшості випадків сторонні тіла стравоходу видаляють спеціальними щипцями при езофагоскопії. У тих випадках, коли стороннє тіло неможливо видалити вказаним методом, проводять оперативне втручання. При розташуванні стороннього тіла в грудному відділі стравоходу проводять торакотомію, в черевному – лапаротомію.

Опіки стравоходу

Опіки стравоходу виникають при випадковому або умисному проковтуванні лугів (їдкого калію, натрію, каустичної соди та ін.) або кислот (сірчаної, соляної, азотної, оцтової та ін.). Хімічні опіки найчастіше трапляються у дітей і психічнохворих, що вживають ці речовини з метою самогубства. Луги і кислоти, діючи на слизову оболонку стравоходу, викликають його виражену деструкцію. При опіках лугами внаслідок омилення жирів і розплавлення тканин настає глибоке пошкодження стінки стравоходу (*коліквацийний некроз*), яке може викликати її некроз і перфорацію. При ушкодженнях кислотами виникає коагуляція білків поверхневих шарів слизової оболонки, внаслідок чого утворюється струп (*коагуляційний опік*).

Клінічні ознаки. Ступінь пошкодження стінки стравоходу залежить від концентрації, кількості та тривалості дії розчину. В клінічному перебізі опіків стравоходу виділяють чотири періоди: 1) гострий, який триває 3-5 днів і характеризується вираженим больовим синдромом, блюванням, дисфагією і некротичними змінами стінки стравоходу; 2) період позірнього покращення стану хворого (7-10 днів) – зникає біль, нудота, блювання, спостерігають відходження некротизованих ділянок слизової стравоходу; 3) період формування рубцевих звужень (стриктур) (з 3-4 тижня), в цей час відбувається розвиток грануляцій і розпочинається процес епітелізації; 4) період сформованої рубцевої стриктури (від 2 до 6 місяців). Лише в 25 % хімічні опіки стравоходу закінчуються самовиліковуванням, у 75 % формуються стійкі рубці.

Лікування. При наданні першої допомоги потерпілим з опіками стравоходу дають випити слабкий розчин лугу (натрію гідрокарбонату) для ней-

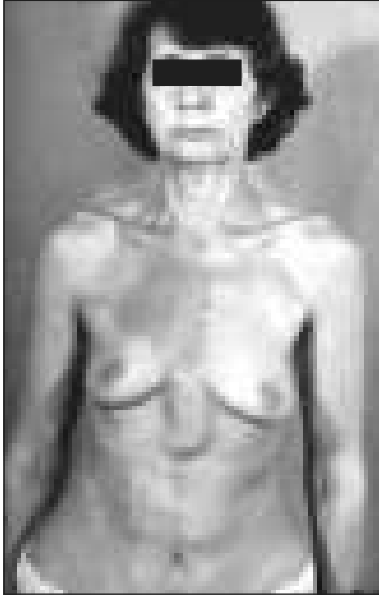


Рис. 184. Пластика стравоходу.

тралізації кислоти. При опіках лугами дають випити слабкий розчин оцту або лимонної кислоти, які завжди є в домогосподарок. Якщо немає цих засобів, дають пити молоко, сирі яйця, проводять промивання шлунка. Щоб зняти біль, хворим вводять безпечні заспокійливі (анальгін, фентаніл, дроперидол). При сильному болю застосовують наркотики (омнопон, промедол). Для зменшення болю рекомендують прийняти вершкове масло, соняшникову олію, дають випити 0,5 % розчин новокаїну. При сприятливому перебізі опіків з 10-14-го дня необхідно проводити бужування (розширення) стравоходу спеціальними бужами. Для профілактики рубцювання призначають лідазу, гідрокортизон, преднізолон та ін. У хворих з тяжкими і глибокими опіками накладають шлункову фістулу, яку використовують для харчування хворих і одночасно для бужування стравоходу. При відсутності ефекту від бужування і розвитку рубцевої стриктури стравоходу проводять оперативне лікування – створення штучного стравоходу. Штучний стравохід створюють за допомогою тонкої або товстої кишки (рис.184, 185), проведеної під шкірою передньої грудної стінки або через грудну порожнину, з'єднавши один кінець кишки з шийним відділом стравоходу, а другий – із шлунком.

При відсутності ефекту від бужування і розвитку рубцевої стриктури стравоходу проводять оперативне лікування – створення штучного стравоходу. Штучний стравохід створюють за допомогою тонкої або товстої кишки (рис.184, 185), проведеної під шкірою передньої грудної стінки або через грудну порожнину, з'єднавши один кінець кишки з шийним відділом стравоходу, а другий – із шлунком.

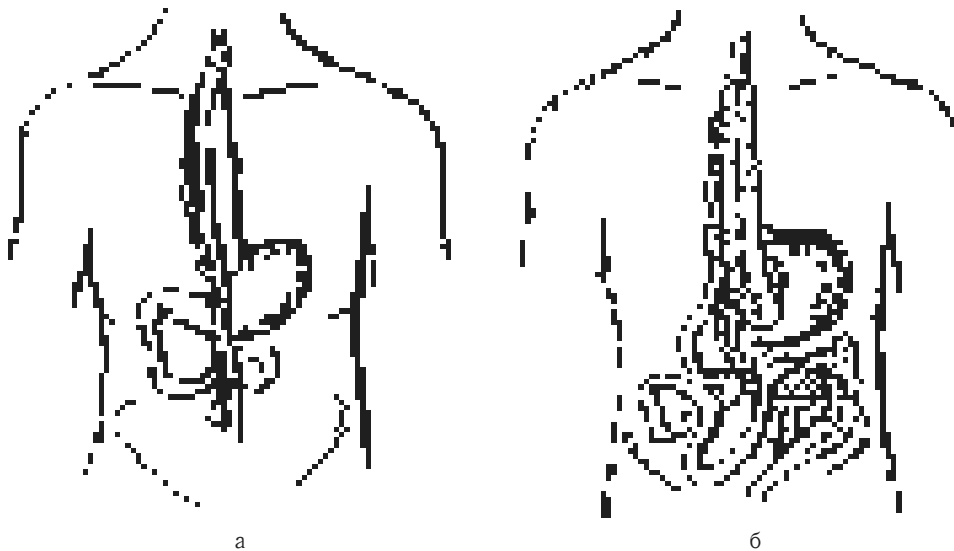


Рис. 185. Пластика стравоходу: а) тонкою кишкою; б) товстою кишкою.

Дивертикули стравоходу

Дивертикули стравоходу – це мішкоподібні випинання його стінки, в яких можуть затримуватись слиз, залишки їжі.

Основними причинами дивертикулів є: 1) підвищення внутрішньостравохідного тиску над м'язовими сфінктерами, що поступово призводить до випинання в слабких ділянках стінки стравоходу (таке випинання називається *пульсійним* дивертикулом); 2) запальні процеси бронхів, лімфатичних вузлів середостіння, що спаюються зі стінкою стравоходу і натягують її (*тракційні* дивертикули) (рис. 186).



Рис. 186. Рентгенограми: а) пульсійний дивертикул; б) тракційний дивертикул.

Особливим видом дивертикулів стравоходу є *Ценкерівські* дивертикули, що виникають внаслідок незрощення глотково-стравохідного трикутника.

Клінічні ознаки. Основними ознаками дивертикулів є надмірне виділення слини – *салівація*, незручності при ковтанні – *дисфагія*. Хворі, щоб проковтнути їжу, виконують незвичні рухи шиєю, натискають на випинання. У них може виникати неприємний запах із

рота внаслідок застою та загнивання їжі – *кокосмія*. У тяжких випадках можуть виникати ускладнення у вигляді запалення дивертикулу – *дивертикуліт*, перфорація, кровотеча, переродження в рак – *малігнізація*.

Вирішальне значення у встановленні діагнозу має рентгенологічне дослідження із суспензією сульфату барію, езофагоскопія.

Лікування. Наявність дивертикулу є показанням до оперативного втручання. Хворим з Ценкерівськими дивертикулами проводять розріз у ділянці шиї, паралельно до груднино-ключично-соскоподібного м'яза, інші дивертикули видаляють при торакотомії. Суть операції полягає в дивертикулектомії або резекції зміненої частини стравоходу. Консервативну терапію проводять лише тоді, коли є тяжка супровідна патологія або хворий відмовляється від операції.

Ахалазія стравохідно-кардіального переходу

Ахалазія стравохідно-кардіального переходу – неможливість розслаблення нижнього стравохідного сфінктера у відповідь на ковтання.

Причина цього захворювання не встановлена. Важливу роль у виникненні ахалазії мають емоційно-психічні травми, порушення парасимпатичної або симпатичної іннервації стравоходу. Розрізняють чотири стадії захворювання: 1) функціональний спазм без розширення стравоходу; 2) стійкий спазм із помірним розширенням стравоходу; 3) рубцеві зміни стінки із вираженим розширенням стравоходу; 4) значне S-подібне розширення стравоходу із ерозивними змінами слизової оболонки.

Клінічні ознаки. Основними клінічними ознаками ахалазії стравоходу є: *дисфагія*, стравохідне блювання (*регургітація*), що виникає внаслідок накопичення рідини в стравоході. У хворих виникає *біль* і відчуття стиснення за грудниною, під час сну pojawiaються симптоми “мокрої подушки”, “нічного кашлю” внаслідок витікання і затікання стравохідного вмісту в трахею. Хворі втрачають вагу, працездатність. Вирішальне значення у встановленні діагнозу мають рентгенологічне та ендоскопічне дослідження (рис. 187).

Лікування. Хворим з першою і другою стадіями ахалазії призначають консервативну терапію. Їжа повинна бути протертою, без гострих приправ, хімічно щадною, повноцінною. В комплекс лікування призначають місцеві анестетики – 0,5 % розчин новокаїну, спазмолітики – 0,1 % розчин сульфату атропіну, седативні препарати. При відсутності ефекту від лікування у цих хворих можна проводити *кардіодилатацію* – розширення кардіального відділу стравоходу за допомогою кардіодилататорів (рис. 188). Хірургічне лікування проводять у хворих із III-IV стадіями ахалазії. Суть операції полягає



Рис. 187. Рентгенограма хворого Ч., 51 рік. Ахалазія стравоходу III ст.



Рис. 188. Кардіодилататори.

в розсіканні м'язового шару стравоходу до слизової оболонки й закритті м'язового дефекту дном шлунка (операція Геллера) або створенні езофаго-гастрального анастомозу (операція Гейровського-Савіних).

Рак стравоходу

Рак стравоходу складає 60 % усіх захворювань стравоходу. Чоловіки хворіють у 6-8 разів частіше, ніж жінки (72 % і 28 % відповідно). До 80 % хворих на рак стравоходу – віком більше 60 років. Частота локалізації ракової пухлини в різних відділах стравоходу неоднакова. Серед хворюючих – значна частина хворих, що палить і любителів гарячої та гострої їжі.

За морфологічними ознаками розрізняють наступні форми раку стравоходу: вузлуваті (екзофітні), виразкові (ендофітні) і дифузні (інфільтративні), що уражають всю товщу стінки органу.

За гістологічною структурою рак стравоходу відноситься до групи плоскоклітинних ракових пухлин. Значно рідше зустрічається аденокарцинома з залоз слизової оболонки і лише в ділянці переходу стравоходу в кардію – з слизової шлунка.

Клінічні ознаки. Основними ознаками раку стравоходу є дисфагія, яка на початку проявляється у вигляді незначного, непостійного, неприємного відчуття при ковтанні (*прилипання харчового комка*). В подальшому з ростом пухлини розвивається звуження, виникає затримка грубої, а потім і рідкої їжі, у хворих настає прогресуюче виснаження. В останній фазі захворювання формується повна непрохідність стравоходу. Поряд з дисфагією виникає біль, який посилюється при проходженні їжі.

Важливе значення у постановці діагнозу має рентгенологічне та ендоскопічне дослідження стравоходу. Наявність пакетів лімфатичних вузлів в надключичних ямках або інших віддалених метастазів свідчить про запущеність захворювання. Залежно від поширеності процесу розрізняють: I стадію – малігнізована виразка або невелика пухлина стравоходу без звуження його просвіту; II стадія – пухлина звужує стравохід, але не виходить за його межі; III стадія – пухлина проростає всю стінку стравоходу та поширюється на оточуючі тканини і дає метастази в регіонарні лімфатичні вузли; IV стадія – пухлина проростає в сусідні органи і метастазує у віддалені лімфатичні вузли.

Міжнародна класифікація раку стравоходу ґрунтується на системі TNMP.

Лікування. Найбільш надійним способом лікування раку стравоходу є радикальна операція. Показаннями до такої операції є наявність пухлини і відсутність віддалених метастазів.

Слід знати, що хірургія стравоходу є одним із складних розділів хірургії.

При неоперабельних формах раку проводять паліативні або симптоматичні операції. До останніх відносяться гастростомія і накладання обхідних анастомозів (езофагогастроанастомоз). В окремих випадках через пухлину стравоходу проводять трубку із спеціальної пластмаси, що створює прохідність їжі.

Променеву та хіміотерапію раку стравоходу проводять при пухлинах, що не видаляються, та при наявності метастазів.

Захворювання щитоподібної залози

Зоб – захворювання щитоподібної залози, що характеризується стійким пухлиноподібним дифузним або вузловатим її збільшенням.

Розрізняють ендемічний, епідемічний і спорадичний зоб. *Ендемічний зоб* трапляється у відповідних географічних зонах, переважно в горах (Карпати, Закарпаття). Причинами його виникнення є йодна недостатність, погані санітарно-гігієнічні умови, незбалансоване харчування. *Епідемічний зоб* часто спостерігається у місцях великого скупчення людей, особливо молодого віку (тюрми, військові частини). Причинами його вважають вітамінну недостатність, недоброякісну питну воду, незбалансоване харчування. *Спорадичний зоб* трапляється у вигляді окремих випадків у будь-якій місцевості. Зоб в основному буває у жінок молодого віку. Його виникнення переважно пов'язують з нейрогормональними розладами в організмі, які викликають збільшення щитоподібної залози.

За будовою зоб поділяється на дифузний, вузловий і змішаний. Розрізняють п'ять ступенів збільшення щитоподібної залози: при I ступені пальпується тільки перешийок щитоподібної залози; при II ступені пальпується не тільки перешийок, а й частки, збільшену залозу видно при ковтанні; при III ступені щитоподібна залоза набуває значних розмірів (товста шия); при IV ступені зоб має великі розміри і різко впадає в очі; при V ступені зоб є гігантським, інколи опускається на груднину – висячий зоб (рис. 189).

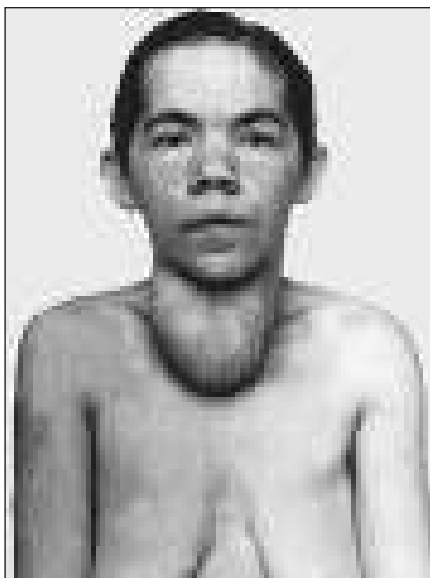


Рис. 189. Хвора П., 27 р., зоб V ступеня.

Залежно від функції щитоподібної залози зоб може бути *еутиреоїдним* (без порушення функції), *гіпотиреоїдним* (зі зниженою функцією) і *гіпертиреоїдним* (токсичний – з підвищеною функцією залози).

Клінічні ознаки. Основними ознаками зоба є прогресуюче пухлиноподібне дифузне або вузлове збільшення щитоподібної залози. Вона при цьому не болюча, у більшості випадків має гладеньку поверхню, легко зміщується при пальпації. При вузловій формі зоба в залозі пальпують окремі щільні вузли. Характерною оз-

накою є зміщення пухлини вгору і вниз при ковтанні разом із гортанню і трахеєю. Розміри залози можуть бути різними. При великому або за груднинному зобі можуть виникати ознаки стиснення сусідніх органів: трахеї (задишка), поворотного нерва (охриплість голосу), вен (ціаноз).

Слід зазначити, що не завжди збільшення щитоподібної залози є зобом, воно може спостерігатись у період статевого дозрівання, при менструаціях і вагітності.

Лікування проводять у терапевта або ендокринолога. З цією метою застосовують препарати йоду (Льодолівський розчин, йодид калію), призна-

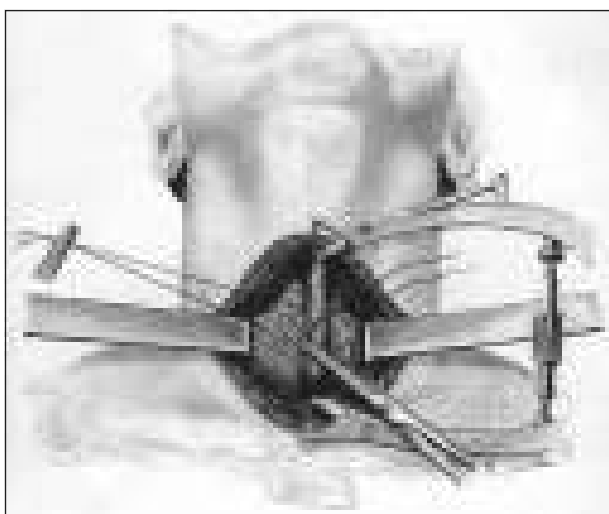


Рис. 190. Резекція щитоподібної залози за Ніколаєвим.

чають тиреоїдин, при необхідності – мерказоліл й ін. При безуспішності консервативного лікування, а також при явищах гіпертиреозу, стисненні зобом сусідніх органів, підозрі на злоякісне перетворення і всіх формах вузлового зоба застосовують оперативне втручання (резекція щитоподібної залози або енуклеація – видалення вузла щитоподібної залози) (рис. 190). Після операції хворі підлягають диспансерному спостереженню в ендокринолога або терапевта.

Для профілактики зоба в ендемічних місцях його поширення використовують в їжу йодовану сіль (25 г йодонату калію додають на 1 т солі).

Дифузний токсичний зоб (базедова хвороба) характеризується комплексом нервових і вісцеропатичних симптомів внаслідок функціональних розладів (гіпертиреоз, дистиреоз) і морфологічних змін щитоподібної залози.

Захворювання в основному трапляється у жінок, особливо в молодому віці (20-40 років). Дифузний токсичний зоб пов'язують з психічною травмою, впливом інфекції або ендокринними порушеннями, пов'язаними з менструальним циклом, абортами та ін. У зв'язку з гіперфункцією щитоподібної залози, її гормони (тироксин, трийодтиронін, тиреокальцитонін), що надходять у надмірній кількості в кров, викликають в організмі спочатку функціональні, а потім органічні зміни. Особливо значними такі порушення є у нервовій, серцево-судинній системах і печінці. За походженням дифузний токсичний зоб поділяють на первинний і вторинний.

Клінічні ознаки. При первинному дифузному токсичному зобі основні ознаки захворювання виникають раніше, ніж збільшення щитоподібної залози (зоб). При вторинному дифузному токсичному зобі основні ознаки захворювання розвиваються на фоні вже наявного її збільшення. За ступенем тяжкості виділяють легку, середню і тяжку форми дифузного токсичного зобу.

Легкий ступінь тиреотоксикозу характеризується збудливістю, незначною стомлюваністю і зниженням працездатності хворих. Поряд із цим, відмічається тахікардія до 100 ударів за хвилину, тремтіння пальців рук, збільшення основного обміну до 30 %.

Середній ступінь характеризується вираженішими порушеннями, у хворих виникає значна стомлюваність, зниження працездатності, схуднення. Спостерігають виражений тремор пальців рук, тахікардію (до 120 ударів за хвилину), підвищується основний обмін до 40 %.

При *тяжкому ступені* спостерігаються виражені порушення живлення, різка стомлюваність, втрата працездатності. Поряд із цим, настають глибокі нервові, серцево-судинні і обмінні розлади в організмі (психози, миготлива аритмія, серцева недостатність, різке виснаження й ін.). При тяжкій формі дифузного токсичного зобу температура тіла підвищується до 37,6-37,8 °С. Хворі погано переносять теплові процедури, у них виникає посилене потовиділення.

Збільшення щитоподібної залози при базедовій хворобі, як правило, буває двобічним (рис. 191).



Рис. 191. Хвора В., 18 р., зоб IV ст., тиреотоксикоз тяжкого ступеня.

Внаслідок розладів нервової системи виникають очні симптоми: екзофтальм – випинання очних яблук; симптом Штельвага – рідке мигання, що зумовлює особливий виражений (нерухомий) погляд; симптом Грефе – відставання верхньої повіки від верхнього краю зіниці при погляді вниз; симптом Мебіуса – порушення конвергенції (сходження) – при наближенні предмета по середній лінії до очей останні розходяться; симптом Меліхова – гнівний погляд; симптом Резенбаха – тремтіння повік при їх змиканні; симптом Зенгера – припухлість і мішкоподібне звисання повік. До додаткових симптомів відносять “руку мадонни” – руки з довгими і тонкими пальцями.

Слід пам’ятати, що у хворих на дифузний токсичний зоб можуть виникати так звані базедоподібні (тиреотоксичні) ознаки, ураження шлунково-кишкового тракту, які характеризуються болем у різних ділянках

живота і можуть симулювати гострі захворювання органів черевної порожнини (апендицит, панкреатит, перфоративна виразка). В подібних випадках ретельно зібраний анамнез і всебічне обстеження хворого дозволяє попередити помилку в діагностиці і лікуванні таких хворих. Важливе значення у визначенні захворювання щитоподібної залози має сканування за допомогою I¹³².

Лікування. В початкових і легких стадіях захворювання лікування, як правило, консервативне. Його проводить терапевт або ендокринолог. Хворому необхідно створити повний фізичний і психічний спокій. Поряд із цим, застосовують препарати йоду (розчин Люголя, таблетки Шерешевського – по 1 табл. 2 рази на день протягом 20 днів), антитиреоїдні препарати (дйодтирозин по 0,05 г 2-3 рази на добу, мерказоліл по 0,005 г 2-3 рази на добу і 6-метилтіоурацил по 0,25 г 2-3 рази на добу). Крім цього, призначають резерпін по 0,1-0,25 мг 2-3 рази на день, броміди, валеріану, антиаритмічні серцеві засоби (індерал по 20-40 мг 2-3 рази на день, обзидан і ін.). У тяжких випадках тиреотоксикозу застосовують радіоактивний йод. Ним лікують хворих, яким операція протипоказана і які не погоджуються на неї, а також хворих з рецидивами тиреотоксикозу після операції. Радіоактивний йод не можна використовувати для лікування хворих на вторинний тиреотоксикоз, у вагітних і неповнолітніх. Хворим призначають висококалорійну, збалансовану дієту.

При неефективності консервативної терапії хворим призначають оперативне лікування. Слід пам'ятати, що передопераційна підготовка у хворих на тиреотоксикоз є важливим фактором зниження післяопераційної летальності та інших тяжких ускладнень. Характер і тривалість її залежить від ступеня тиреотоксикозу й індивідуальних особливостей хворого. Досить часто консервативне лікування, яке проводять в ендокринологічних відділеннях, є одночасно і передопераційною підготовкою. Пацієнти повинні бути приведені після передопераційної підготовки до еутиреоїдного (нормального) стану функції щитоподібної залози.

Хірургічному лікуванню підлягають хворі з первинним дифузним токсичним зобом середнього і тяжкого ступенів після неефективного консервативного лікування їх протягом 3-6 місяців, а також усі хворі з вторинним дифузним токсичним зобом.

Методом вибору хірургічного втручання у хворих на дифузний токсичний зоб є операція за О.В. Ніколаєвим (субтотальна субфасціальна резекція щитоподібної залози). Ускладнення під час операції трапляються рідко. Протягом року після хірургічного втручання у 80 % пацієнтів щитоподібна залоза функціонує нормально, у 15 % вона постійно послаблена, а у 5 % залишається тиреотоксичною. Хворий після операції підлягає диспансерному спостереженню.

Особливості догляду за хворими з пошкодженнями і захворюваннями ший, трахеї і стравоходу

Слід зазначити, що ця група хворих потребує особливо уважного і ретельного догляду. Так, при догляді за хворими з пошкодженнями органів ший можливий рецидив кровотечі, у цих випадках медична сестра повинна виконати пальцеве притискання судин або накладти стискальну пов'язку, викликати лікаря і доставити хворого в операційну для остаточної зупинки кровотечі. У хворих з пошкодженнями і захворюваннями гортані та трахеї у яких накладена трахеостома, основним завданням медичної сестри є: *збереження прохідності трахеї і трахеостомічної канюлі*. Для того, щоб виділення із трахеї через канюлю не забруднювали пов'язку, під неї підкладають клейончастий, поліетиленовий або гумовий фартушок, який при забрудненні миють антисептичним розчином. Внутрішню трубку трахеостомічної канюлі 2-3 рази на день виймають, промивають і знову вставляють. Для того, щоб слизова трахеї не висихала, трахеостомічну трубку покривають зволоженою серветкою. Для активного відсмоктування слизу і харкотиння із трахеї через канюлю вводять тонкий катетер і проводять відсмоктування рідини електровідсмоктувачем. Перед відсмоктуванням у трахеостомічне дерево закачують 3-5 мл теплого 4 % розчину натрію гідрокарбонату або розчини ферментів – хемопсину, трипсину, лідази. Через канюлю в бронхіальне дерево для профілактики легеневих ускладнень можна вводити різні лікарські речовини (антибіотики, відхаркувальні, ферменти та ін.). При наявності хронічного стенозу гортані таких хворих можуть виписувати з трахеостомічною трубкою. Вони повинні бути на диспансерному обліку. Кожного тижня їм проводять зміну трахеостомічної трубки (очищення, стерилізація) і проводять ревізію рани. При наявності запалення або подразнення навколо трахеостоми шкіру необхідно змазувати цинковою або іншою антисептичною або антибактеріальною маззю.

У хворих після операції на стравоході ретельний догляд досить часто є визначальним у прогнозі перебігу післяопераційного періоду. Хворим надають відповідного фізіологічного положення, рекомендують утримуватись від проковтування слини, харкотиння протягом першої доби після операції, забороняють приймання будь-якої їжі і води. Хворий повністю знаходиться на парентеральному харчуванні. Приймати рідину через рот дозволяють на 4-5 добу і тільки невеликими порціями. При нормальному перебізі післяопераційного періоду можна призначати напіврідку їжу: кефір, сметану, сирі яйця, кисіль, манну кашу та ін. З 11-12-ї доби хворому можна дати протерте м'ясо, парові котлети, рибу. З 15-го дня можна призначити стіл № 1. При наявності зонда, проведеного через оперований стравохід (кишкову вставку), харчування хворих проводять через зонд з 3-4-ї доби. В зв'язку з різким виснаженням і зниженням регенераторних властивостей організму, цим хворим призначають введення білкових препаратів, компонентів крові (альбумін, плаз-

ма), призначають імуностимулятори (іммунал, тимоген, тималін, Т-активін й ін.). З такими хворими проводять дихальну гімнастику, ЛФК, протирають спину, слідкують за станом дихальної і серцево-судинної систем. У кінці 3-ї доби необхідно провести очисну клізму.

При захворюваннях, опіках, раку стравоходу досить часто необхідно накладати гастростому. Ці хворі вимагають особливої уваги (рис. 192, 193).

Необхідно уважно стежити за станом шкіри навколо гастростомічного отвору. Шлунковий сік, який витікає через гастростому, може викликати сильну мацерацію шкіри, що призводить до сильного болю. При кожному введенні харчових продуктів через гастростому шкіру потрібно протирати антисептичним розчином, змазувати вазеліном або антисептичною маззю. При наявності мацерації шкіри дану ділянку змазують пастою Ласара, цинковою маззю.

При догляді за хворими із захворюваннями щитоподібної залози слід пам'ятати, що вони потребують особливого догляду у зв'язку з лабільністю психіки, порушенням функції внутрішніх органів і операційною травмою.

Найзручнішим положенням після операції на щитоподібній залозі є напівсидяче з нахиленою головою для розслаблення шиї. Слід пам'ятати, що у хворих на дифузний токсичний зоб, в перші години після операції може виникнути тиреотоксичний криз, який характеризується збудженням, гіпертермією (39-40°C), почервонінням обличчя, тремтінням рук, тахікардією. Сестра терміново повинна викликати лікаря і допомагати йому в наданні невідкладної допомоги. Для цього повинна бути готова

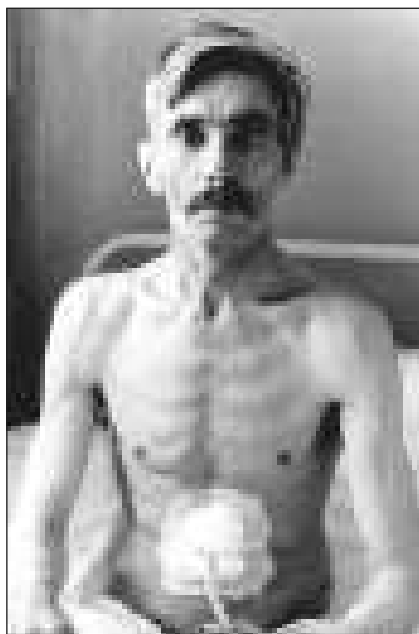


Рис. 192. Хворий П., 67 р. Рак стравоходу IV ст., IV кл.гр. (гастростома за Топровером).

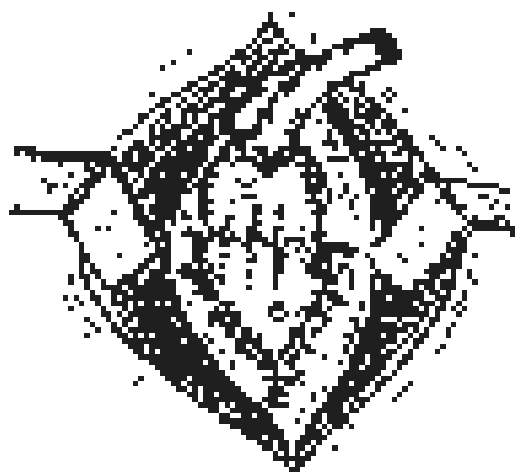


Рис. 193. Схема гастростоми за Топровером.

система для внутрішньовенного вливання, набір медикаментів: 5 % розчин глюкози, інсулін, дигоксин, строфантин, гідрокортизон, преднізолон і ін.

Інколи у таких хворих після операції виникають болючі судоми м'язів кінцівок, обличчя внаслідок видалення паращитоподібних залоз, що регулюють обмін кальцію. При цьому необхідно терміново ввести внутрішньовенно хлорид кальцію, призначити гормон паращитоподібної залози – паратиреоїдин. Нерідко після видалення зобнозміненої залози в рані залишають дренажі або гумові випускники. Якщо пов'язка сильно просякла і по випускнику виділяється кров, це свідчить про кровотечу. Слід ретельно слідкувати за станом операційної рани, шкіри. Важливо приділяти увагу звучності голосу: охриплість – ознака пошкодження поворотного нерва. Харчування хворих після операції повинно бути висококалорійним, їжа теплою, рідкою, оскільки ковтання у цих хворих утруднене і болюче.

15.6. Догляд за хворими з пошкодженнями і захворюваннями грудної клітки і органів грудної порожнини

Поняття про механічну травму грудної клітки

Травма грудної клітки становить 6-8 % усіх травматичних ушкоджень і належить до категорії особливо тяжких уражень організму. Це пов'язано з тим, що у потерпілих виникають значні розлади дихання і кровообігу, які можуть бути причиною смерті.

Всі пошкодження грудної клітки поділяють на закриті та відкриті, з пошкодженням і без пошкодження її органів.

Закрита травма грудної клітки

До закритої травми грудної клітки відносять: забій, стиснення, струс, переломи ребер, ключиці.

Забій грудної клітки виникає внаслідок удару.

Клінічні ознаки. Характеризується утворенням гематоми і місцевим болем, який може підсилюватись при диханні і рухах. При встановленні діагнозу “забій” необхідно виключити наявність тяжких ушкоджень (переломи ребер, травма легень, печінки, селезінки) і тільки тоді призначати лікування. При підозрі на наявність одного з вищевказаних ускладнень в обов'язковому порядку виконують рентгенографію грудної клітки, загальний аналіз крові, а при наявності ознак внутрішньочеревної кровотечі – лапароцентез.

Лікування. Хворі, як правило, не потребують госпіталізації, їм призначають холод на травмовану ділянку протягом першої доби, болезаспокійливі засоби, потім – фізпроцедури.

Стиснення, струс грудної клітки. Часто супроводжується порушенням цілості органів грудної порожнини (розрив легень, пошкодження плеври, судин та ін.).

Клінічні ознаки. При ізольованому стисненні або струсі грудної клітки у хворих може виникати задишка, загальна слабкість, зниження артеріального тиску, блідість шкірних покривів.

Лікування. Хворим призначають ліжковий режим, оксигенотерапію, вводять серцеві, болезаспокійливі препарати. При відсутності пошкоджень внутрішніх органів настає выздоровлення.

Перелом ребер виникає при прямій травмі або стисненні грудної клітки, частіше трапляється у людей старшого віку. Переломи часто проходять по паравертебральній, середній підпахвинній або парастернальній лініях. Переломи можуть бути поодинокими і множинними, при пошкодженні в 2-3 місцях виникають подвійні або потрійні переломи (рис. 194).

При множинних переломах ребер можуть утворюватися ділянки, які здійснюють дихальні рухи, несинхронні з рухами грудної клітки, тобто виникають так звані *парадоксальні рухи*, які призводять до порушення дихання. При вдиху ця ділянка западає, при видиху – випинається. Такі переломи ребер називають ще флотуючими. У випадках двобічного пошкодження грудної клітки утворення подібних ділянок (“реберного клапана”) призводить до тяжких порушень дихання і серцево-судинної діяльності. Гострі краї відламків можуть викликати розрив легеневої тканини з кровотечею в плевральну порожнину (гемоторакс). Вихід у плевральну порожнину повітря із пошкодженого бронха або з альвеол легеневої тканини призводить до розвитку *пневмотораксу*, інколи зі значним зміщенням органів середостіння в здоровий бік. При переломах ребер і травматичному пневмотораксі повітря може проникати з плевральної порожнини по клітковині середостіння на шию, обличчя і викликати підшкірну емфізему (рис. 195).

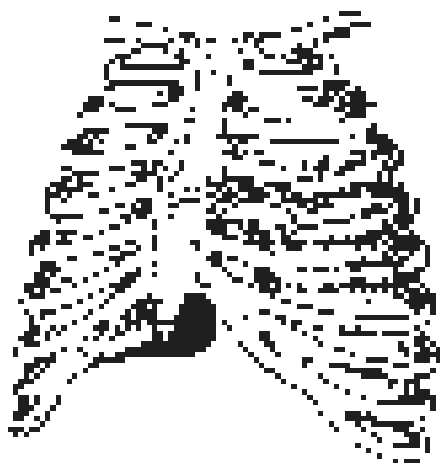


Рис. 194. Множинний подвійний перелом III, IV, V ребер зліва.

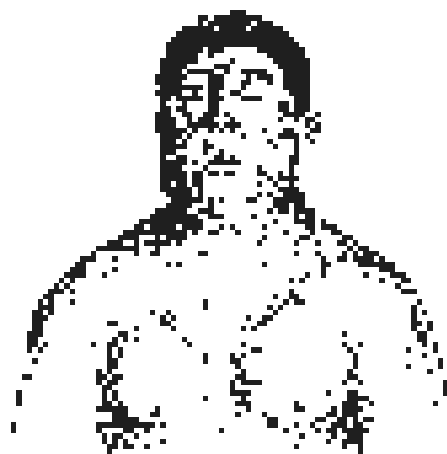


Рис. 195. Підшкірна емфізема.

Клінічні ознаки. При поодиноких переломах ребер виникає гострий локальний біль, що підсилюється при вдиху, кашлі, рухах тулуба. Хворий щадить відповідну ділянку грудної клітки. При множинних переломах ребер стан потерпілого може бути тяжким, розвивається задишка, ціаноз слизових оболонок і шкіри, виникають зміни з боку серцево-судинної системи. Хворий займає вимушене положення, фіксуючи уражену половину грудної клітки, що зменшує інтенсивність болю, його рухи обмежені. На шиї та обличчі може з'явитись підшкірна емфізема, виникає кровохаркання. Скупчення крові в плевральній порожнині призводить до утворення гемотораксу. При пальпації в зоні перелому ребер можна відчутти хруст (крепітацію). При перкусії виявляють притуплення легеневого звуку, аускультативно вислуховують бронхіальне дихання в зоні стиснутої легені. При переломах нижніх ребер (X-XII) можливі супровідні розриви печінки, селезінки та інших органів. Для підтвердження діагнозу важливе значення має рентгенологічне обстеження, при якому можна виявити перелом ребер, зміщення серця, скупчення крові або повітря в плевральних порожнинах.

Лікування. При пошкодженні ребер необхідно провести місцеве знеболювання перелому за допомогою 1 % розчину новокаїну (10-15 мл), який вводять у точці найбільшої болючості, просуваючи голку до місця перелому (рис. 196).

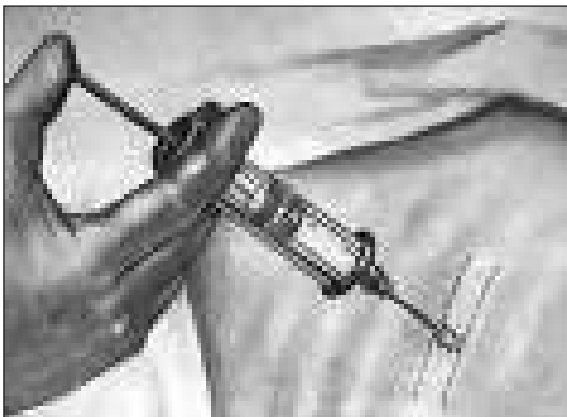


Рис. 196. Введення розчину новокаїну до місця перелому.

При множинних переломах необхідно вводити новокаїн у тканини міжреберних проміжків або проводити вагосимпатичну, паравертебральну блокади. Поряд із цим, призначають аналгетики. Для фіксації рухомих відламків використовують лейкопластирну пов'язку. Смужки пластиру накладають у момент видиху черепицеподібно, захоплюючи половину нижньої смужки. Не

слід накладати таким потерпілим стискальні циркулярні пов'язки, при яких зменшується екскурсія грудної клітки і можуть виникнути легеневі ускладнення. У разі наявності множинних переломів зі створенням "реберного клапана" в стаціонарі проводять спеціальне підшивання і витягання або фіксацію реберних відламків.

Для профілактики запалення легень хворий повинен займатись дихальною гімнастикою. Призначаються також антибіотики і сульфаніламідні препарати.

Перелом груднини. Виникає внаслідок безпосередньої прямої дії травмуючої сили. Переломи локалізуються у більшості випадків у верхній і середній третинах груднини.

Клінічні ознаки. Основними ознаками перелому груднини є: біль, деформація в місці перелому, гематома. При пальпації зони перелому посилюється біль, виявляється крепітація відламків. Вирішальне значення у встановленні діагнозу має рентгенологічне дослідження.

Лікування. Переломи груднини без зміщення лікують консервативно: призначають безболісні препарати, холод у перші дні. При зміщенні відламків для їх репозиції виконують остеосинтез за допомогою дроту або кетгутових швів.

Перелом ключиці виникає внаслідок прямого удару або при падінні на витягнуту руку, лікоть, бокову поверхню плеча. У дітей такі переломи бувають у вигляді піднадкісничних (неповні), у дорослих – частіше повні, зі зміщенням кісткових відламків. Переломи ключиці бувають поперечні, косі та осколкові. Кісткові відламки можуть пошкоджувати судино-нервовий пучок, плевру, верхівку легені, виступати над шкірою (відкритий перелом).

Клінічні ознаки. Характеризується порушенням функції верхньої кінцівки, болючістю в місці перелому. При огляді виявляють деформацію ключиці, гематому, набряк тканин, вкорочення надпліччя. Хворий підтримує верхню кінцівку на боці пошкодження. Для уточнення характеру перелому ключиці необхідно провести рентгенографію.

Лікування. При наданні першої допомоги необхідно накласти пов'язку Дезо або косинкову пов'язку на верхню кінцівку. При наявності зміщення кісткових фрагментів проводять вправлення відламків. Його краще виконувати під місцевою анестезією (20 мл 1 % розчину новокаїну). Для фіксації кісткових відламків застосовують ватно-марлеві кільця за методом Дельбе (рис. 197).

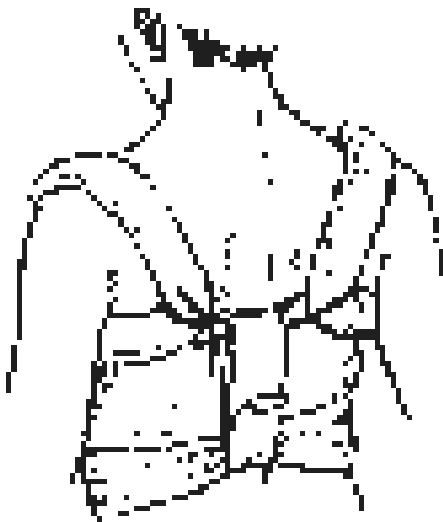


Рис. 197. Накладання ватно-марлевих кілець за Дельбе.

Хворому максимально розводять плечі і на ділянку обох надпліч накладають ватно-марлеві кільця, які зв'язують гумовою трубкою з боку спини. Замість кілець на розведені надпліччя можна накласти восьмиподібну пов'язку, закріплену липким пластиром або клеолом. Консолідація (зрощення) кісткових відламків відбувається через 3-4 тижні. При ускладнених переломах (стиснення судинного пучка, наявності осколків та ін.) показано оперативне лікування. Відламки фіксують за допомогою металевої спиці, танталових скріпок, дротом. Після покращення

стану хворого і затирання болю необхідно проводити лікувальну фізкультуру. Працездатність відновлюється через 6-8 тижнів.

Відкрита травма грудної клітки

Розрізняють *проникаючі і непроникаючі* поранення грудної клітки. За характером ранового каналу вони поділяються на *наскрізні і сліпі*.

Проникаючі – це такі поранення, коли разом із шкірою, підшкірною клітковиною і м'язовим шаром пошкоджується парієтальна плевра, тобто порушується цілість усіх шарів грудної стінки, внаслідок чого плевральна порожнина має сполучення з навколишнім середовищем. При цих пораненнях пошкодження легені може не бути. У разі проникаючого поранення з пошкодженням легені виникає пневмоторакс – скупчення повітря в плевральній порожнині або гемоторакс – скупчення крові в плевральній порожнині. Ці два ускладнення можуть поєднуватись у вигляді пневмогемотораксу.

Пневмоторакс. При попаданні повітря в плевральну порожнину легеня стискається і спадається (колабується). Чим більше повітря в плевральній порожнині, тим більше спадається легеня. За поширеністю процесу розрізняють *однобічний і двобічний* пневмоторакс. За ступенем колапсу легені: 1) *частковий* (колапс легені до $\frac{1}{3}$ об'єму); 2) *субтотальний* (колапс легені до $\frac{2}{3}$ об'єму); 3) *тотальний* (колапс легені більше $\frac{2}{3}$ об'єму). За механізмом виникнення пневмоторакс може бути трьох видів: 1) *відкритий*; 2) *закритий*; 3) *клапанний*.

При відкритому пневмотораксі плевральна порожнина сполучається із зовнішнім середовищем і повітря вільно заходить і виходить із порожнини через рановий канал грудної стінки. При цьому легеня спадається і виключається з акту дихання, виникає маятниковоподібне зміщення середостіння з боку в бік – так зване “*флотування середостіння*”, при якому серце, великі судини і нерви коливаються, як вітрильник при зміні вітру (рис. 198).



Рис. 198. Відкритий пневмоторакс: а) вдих; б) видих.

Таке флотування середостіння в поєднанні з дією атмосферного повітря на рецептори плеври призводить до розвитку важкого шоку, виникає “*синдром кардіопульмональних порушень*”. Поряд із цим, при відкритому пневмотораксі може виникати “*парадоксальне дихання*”, при якому легеня на боці пошкодження в момент вдиху спадається і розправляється в момент видиху. При цьому повітря з пошкодженої легені через біфуркацію трахеї попадає в здорову легеню. Вказаний феномен отримав назву “*маятникомподібного дихання*”. Тяжке поранення грудної клітки в поєднанні з відкритим пневмотораксом характеризується раннім розвитком інфекції плевральної порожнини.

При закритому пневмотораксі плевральна порожнина не сполучається з навколишнім середовищем, оскільки рановий канал в грудній стінці або легені закривається. Кількість повітря, що попало в плевральну порожнину під час травми, як правило, невелика, легеня колабується частково, при сприятливому перебізі пневмотораксу повітря самостійно розсмоктується (6-12 днів) або легко видаляється при пункції.

Особливу загрозу для життя потерпілого становить клапанний (*напружений*) пневмоторакс, який характеризується прогресуючим накопиченням повітря в плевральній порожнині внаслідок утворення клапана в рановому каналі грудної стінки, в місці пошкодження бронха або легені (рис. 199). При

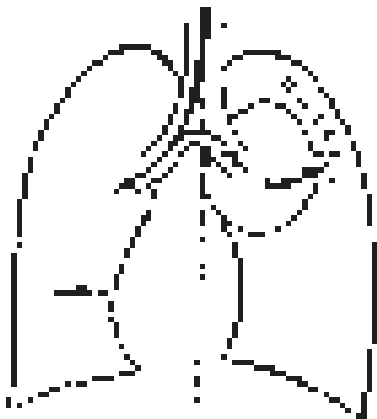


Рис. 199. Клапанний пневмоторакс.

цьому повітря під час вдиху вільно надходить в плевральну порожнину, а при видиху, не знайшовши виходу, там залишається.

Таким чином, з кожним видихом кількість повітря в плевральній порожнині збільшується, що призводить до значного зміщення середостіння, навіть до перегину великих судин. Клапанний пневмоторакс може виникати не тільки при пораненнях, а й захворюваннях бронхів, легень (абсцес легені, туберкульозна каверна, емфізема легень та ін.). При цьому виникає так званий “*спонтанний клапанний пневмоторакс*”.

Клінічні ознаки. Загальний стан хворого при усіх формах пневмотораксу є тяжким, дихання утруднене, поверхнєве, обличчя бліде з ціанотичним відтінком. Пульс частий, артері-

альний тиск знижений, венозний тиск може бути підвищеним. При відкритому пневмотораксі при огляді рани спостерігається характерне присмоктування повітря. Навколо рани формується помірна підшкірна емфізема. Під час видиху з рани разом з повітрям може виділятися піниста кров. При закритому і клапанному пневмотораксі швидко наростає підшкірна емфізема. Перкуторно над пошкодженою плевральною порожниною визначають тимпаніт. Аускультативно – дихання відсутнє або ослаблене. При рентгено-

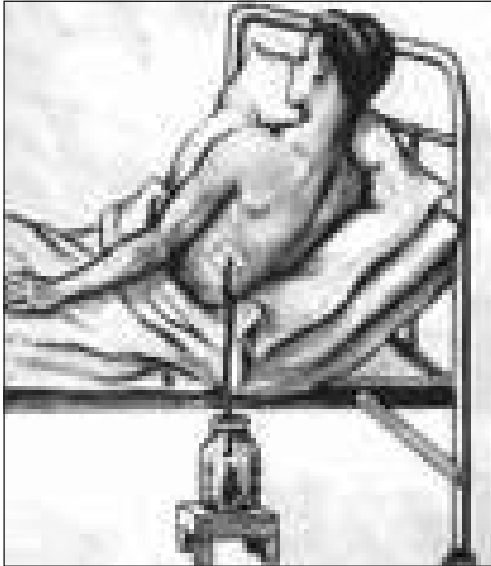


Рис. 200. Дренування плевральної порожнини за Бюлау.

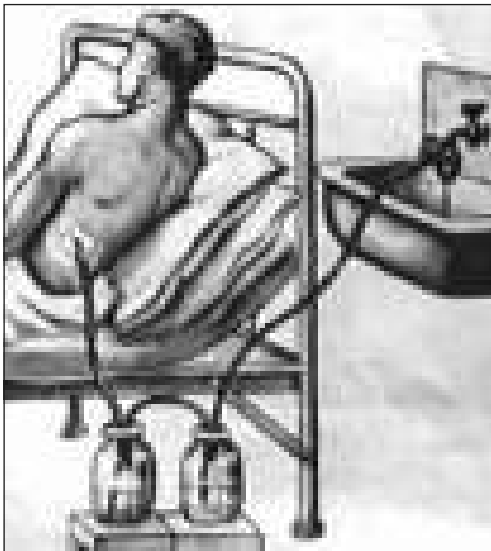


Рис. 201. Схема водоструминного відсмоктування.

закриття дефекту (прошивання легені, бронха та ін.). Для лікування таких хворих використовують також серцеві, знеболювальні засоби, оксигенотерапію й інші лікарські заходи, залежно від стану і перебігу пошкодження грудної клітки.

логічному дослідженні виявляють пневмоторакс.

Лікування. Усіх хворих з проникаючими пораненнями грудної клітки потрібно госпіталізувати в торакальні або хірургічні відділення. Об'єм першої медичної допомоги є індивідуальним. Усім хворим з ранами грудної клітки необхідно провести первинну хірургічну обробку, під час якої визначають, проникає дане поранення чи ні.

При відкритому пневмотораксі його переводять у закритий. З цією метою при наданні першої допомоги слід накласти оклюзійну (герметичну) тимчасову пов'язку (липкий пластир, індивідуальний пакет, клейончасту прокладку). Хворим необхідно ввести знеболювальні та серцеві середники, провести вагосимпатичну блокаду за Вишневським. При наявності *напруженого*, або *клапанного*, пневмотораксу його переводять у відкритий. Для цього необхідно виконати пункцію плевральної порожнини товстою голкою (типу Дюфо) або дренування за методом Бюлау (рис. 200).

У тяжких випадках, при тотальному пневмотораксі необхідно проводити активне відсмоктування повітря за допомогою електро- або водоструминного відсмоктувача (рис. 201).

При відсутності ефекту від консервативної терапії і активного відсмоктування повітря з плевральної порожнини, проводять торакотомію,

Гемоторакс – скупчення крові в плевральній порожнині внаслідок пошкодження міжреберних артерій (перелом ребер), великих судин, серця або тканини легені (рис. 202).

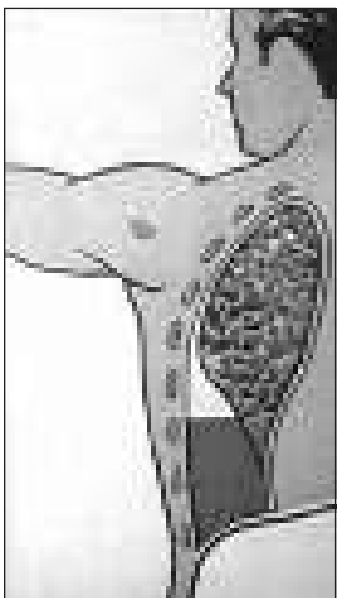


Рис. 202. Гемоторакс.

Гемоторакс може виникнути при туберкульозі, раку, нагнійних захворюваннях легень і плеври та ін. Кількість крові може досягати 1,5-3 л. Кров, що попала в плевральну порожнину, викликає подразнення листків плеври, внаслідок чого приєднується виділення серозного ексудату (гемосероторакс).

Розрізняють малий гемоторакс (скупчення крові в межах реберно-діафрагмальних синусів), середній (кров скупчується до рівня V-VI ребер) і великий (до рівня II-III ребер). Гемоторакс може бути вільним і осумкованим. Тривале перебування крові в плевральній порожнині призводить до відкладання фібрину і утворення масивних спайок.

Клінічні ознаки. Залежать від темпу кровотечі і кількості накопиченої крові. Невелика кількість крові викликає біль у грудній клітці, кашель. У міру її збільшення виникає стиснення легені, зміщення середостіння, до яких приєднується

задишка, ціаноз, вимушене положення хворого, наростають симптоми крововтрати (тахікардія, зниження артеріального тиску та ін.). При перкусії на боці поранення визначають притуплення легеневого звуку, при аускультатії не вислуховують дихання. Вирішальне значення у встановленні діагнозу має діагностична пункція плевральної порожнини – наявність крові свідчить про гемоторакс. При цьому важливо знати, чи є скупчення крові результатом попередньої кровотечі, чи кровотеча триває. З цією метою проводять ряд діагностичних проб.

Проба на наявність кровотечі, що продовжується. Якщо кров, яку отримують з плевральної порожнини протягом 3-15 хв згортається – кровотеча продовжується, якщо залишається незмінною – зупинилась (з моменту кровотечі пройшло не менше 6 год).

Проба Ф.Н. Ефендієва. Плевральну кров центрифугують і визначають плазмо-еритроцитарний індекс (співвідношення плазми і еритроцитів, який в цільній крові дорівнює 1,0). При розведенні ексудатом крові індекс збільшується. Одночасно підраховують кількість еритроцитів і лейкоцитів крові. Зниження кількості еритроцитів, гемоглобіну, порівняно з показниками периферійної крові, свідчить про наявність старої крові і зупинку кровотечі; збільшення кількості лейкоцитів – про її нагноєння.

Проба Н.Н. Петрова. Плевральний вміст забирають в пробірку, розводять дистильованою водою і змішують 2-3 хв. Неінфікована кров утворює прозору гемолізовану рідину, при інфікуванні крові виникає помутніння, утворюються клапті внаслідок домішок гною.

При пізньому звертанні хворого за медичною допомогою або при великих кровотечах у плевральній порожнині утворюються згустки, а в деяких випадках уся кров, що виливається в плевральну порожнину, утворює великий єдиний згусток (*згорнений гемоторакс*). Він в основному інфікується, що призводить до нагноєння і розвитку емпієми плеври.

Досить часто гемоторакс поєднується з пневмотораксом – утворюється *гемопневмоторакс*.

Лікування. Наявність гемотораксу є показанням до пункції або дренивання плевральної порожнини.

При згорнутому гемотораксі показана торакотомія для видалення згустків фібрину і крові. При проникаючих пораненнях із пошкодженням органів грудної клітки (легеня, судини, серце) виконують торакотомію, під час якої зашивають дефект легені (або проводять її резекцію – лобектомію, сегментектомію), рану серця, судини та ін., а при проникаючих пораненнях без ушкодження органів грудної клітки необхідно обмежитись обробкою рани, і гемостазом з наступним дрениванням плевральної порожнини за Бюлау.

Пошкодження перикарда, серця і великих судин. Ці поранення можуть бути вогнепальними і колото-різаними. Найчастіше пошкоджується передня поверхня серця і лівий шлуночок. У третині всіх випадків при пораненнях серця або аорти настає раптова смерть від кровотечі. Інші хворі без надання кваліфікованої і своєчасної допомоги гинуть через 1-3 дні від тампонади серця і сильної кровотечі.

Клінічні ознаки. У потерпілих виникає біль у ділянці серця (при пошкодженні судин у лівій половині грудної клітки), запаморочення, задишка, відчуття страху смерті, прогресивно погіршуються показники гемодинаміки (пульс, артеріальний тиск). Розвивається тампонада серця за рахунок накопичення крові в перикарді. При рентгенологічному обстеженні виявляють збільшення розмірів тіні серця і зменшення амплітуди його скорочень, а в плевральній порожнині наявність рідини із затемненням відповідної частини легені.

Лікування полягає в терміновій операції. На рівні V міжребер'я проводять торакотомію, розкривають перикард, зашивають рану серця, видаляють згустки крові. При пораненні великої судини зашивають її рану, а дрібні – перев'язують. Оперативне втручання повинно виконуватись швидко і чітко. Після зашивання рани серця відновлюють цілісність перикарда за допомогою рідких швів, проводять дренивання плевральної порожнини і зашивають рану грудної клітки.

Нагнійні захворювання легень і плеври

Абсцес легені – гнійна порожнина в легені, обмежена капсулою і зоною уражених запальним процесом тканин (так звану “зоною перифокального запалення”).

Абсцес розвивається при несприятливому поєднанні гострого запалення легені, порушенні прохідності бронхіального дерева, недостатності кровотоку в легеневій тканині, зниженні імунітету і реактивності організму. Причиною абсцесу можуть бути сторонні тіла, затікання в бронхи блювотних мас, слини. Абсцеси також можуть бути гематогенно-емболічної природи при емболії дрібних гілок легеневих артерій. При бактеріологічному дослідженні найчастіше висівають стафілокок, пневмокок, кишкову паличку та ін.

Абсцеси у 3-4 рази частіше виникають у чоловіків, ніж у жінок, локалізуються, переважно, у верхньому відділі правої легені, в прикореневій зоні. Вони можуть бути поодинокими і множинними. При абсцесах можуть виникати тяжкі ускладнення: прорив гнійника в плевральну порожнину з утворенням *піопневмотораксу*, легеневі кровотечі, метастазування гнійника в протилежну легеню, в мозок та інші органи.

Клінічні ознаки. В клінічному перебізі абсцесу легені розрізняють 2 періоди: 1) формування гнійника; 2) період після прориву абсцесу. Захворювання розпочинається з гарячки 39-40°C, яка при абсцедуванні набуває гектичного характеру; з'являється біль у грудній клітці, кашель з помірним виділенням кров'янистого харкотиння, загальна слабкість, втрата апетиту. Такого хворого може турбувати нічна пітливість. Наслідки абсцесу можуть бути різними.

По-перше, може розпочатись масивне виділення гною внаслідок прориву абсцесу в бронх. Кількість харкотиння може сягати від 100 мл до 2 л на добу, воно має неприємний, смердючий запах, а при відстоюванні утворюється 3 шари: нижній шар складається з гною, середній – з мутної рідини, верхній – із слизовопінистої маси. Після прориву гнійника стан хворого, як правило, покращується, знижується температура тіла, зменшуються явища інтоксикації. В разі достатнього дренивання абсцесу нерідко настає одужання. При периферійному розташуванні гнійник може прорвати в плевральну порожнину (рис. 203).

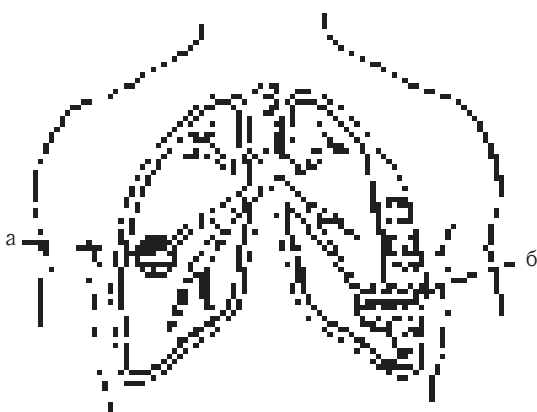


Рис. 203. Абсцес легені: а) прорив у бронх; б) прорив у плевральну порожнину.

З наступним розвитком піопневмотораксу (“гостра плевра”) таке ускладнення перебігає досить тяжко. У хворого виникає сильний біль (шоковий стан), порушується дихання (диспное), з’являється ціаноз. В інших випадках навколо гнійника утворюється щільна піогенна оболонка, яка складається з грануляційної і сполучної тканини, що призводить до формування хронічного абсцесу. Перебіг хвороби має затяжний характер з періодичними загостреннями. У встановленні діагнозу важливе значення мають лабораторні обстеження. В загальному аналізі крові виявляють анемію, лейкоцитоз, зміну лейкоцитарної формули, прискорення швидкості осідання еритроцитів. Вирішальне значення у встановленні діагнозу має рентгенологічне обстеження, при якому виявляють порожнину з горизонтальним рівнем рідини і капсулу гнійника.

Лікування абсцесу легень. У період формування абсцесу легень лікування проводять, як при пневмонії, – розпочинають з внутрішньом’язового або внутрішньовенного введення антибіотиків. Останні призначають з урахуванням чутливості мікробної флори до різних препаратів. У цих випадках досить ефективними є антибіотики цефалоспоринового ряду: цефамізін, цефалекс, кефзол, клафоран та ін. У тяжких випадках показане введення мєфоксину, тієнаму по 1 г 2-3 рази на добу. Досить ефективним є інтратрахеальне введення антибіотиків, протеолітичних ферментів та інших препаратів шляхом пункції або мікротрахеостоми (рис. 204, 205).

Поряд із цим, можна провести санаційну бронхоскопію, під час якої відсмоктують гній і вводять антибіотики. Абсцес можна пунктувати і санувати через грудну стінку у випадках його пристінкового розташування. Одночасно таким хворим проводять загальнозміцнювальну і дезінтоксикаційну терапію: переливання препаратів крові (плазма, альбумін, протеїн та ін.), введення глюкози, сольових розчинів, гемодезу. Для підвищення реактивності організму призначають антистафілококову плазму, γ-гло-



Рис. 204. Пункція трахеї.

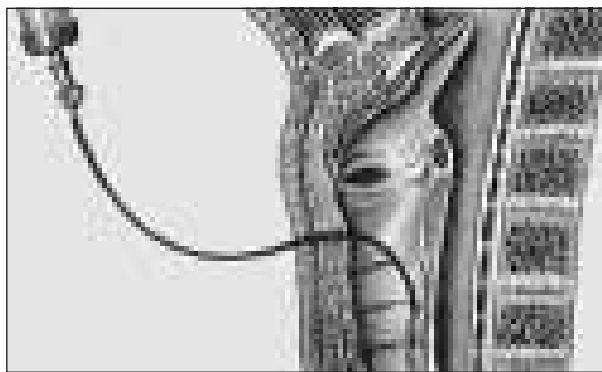


Рис. 205. Схема мікротрахеостоми.

булін, полібіолін по 5 мл протягом 10 днів, імунні препарати (тимоген, тималін, Т-активін та ін.). Поряд із цим, необхідно забезпечити хворим висококалорійне харчування з достатньою кількістю білків, жирів, вуглеводів.

Хворих з абсцесом поміщають в окремі палати, їм виділяють флакони з притертими корками для збору харкотиння. При недостатньому дренованні гнійника хворі повинні приймати положення на ліжку з опущеним головним кінцем, на боці (постуральний дренаж).

При неефективності консервативної терапії, ускладненому перебізі (кровотеча, піопневмоторакс), переході захворювання в хронічну стадію виконують: дреновання гнійника шляхом торакоцентезу; пневмотомію – розкриття і дреновання абсцесу за допомогою торакотомії; лобектомію – видалення ураженої доли; сегментектомію – видалення сегментів; при множинних абсцесах – пульмонектомію – видалення цілої легені. Термінові операції виконують у хворих з ускладненнями абсцесу: виникненні профузної легеневої кровотечі, гострого піопневмотораксу.

Гангрена легені – гостре гнійне ураження легеневої тканини без чітких меж, з найчастішою локалізацією в нижніх відділах легень .

Причини і початок захворювання такі ж, як і при абсцесі легені. Важливу роль у виникненні гангрені легень мають зниження реактивності організму та імунітету. Як правило, вона виникає в ослаблених осіб.

Клінічні ознаки. Перебіг гангрені легень надзвичайно бурхливий і тяжкий. Він характеризується сильним болем у грудній клітці, високою

гарячкою – 40-41°C, лихоманкою, кашлем з відходженням великої кількості гнійного, смердючого харкотиння, яке легко відстоюється і ділиться, як і при абсцесі, на шари. В нижньому знаходяться гнійні пробки Дитриха і шматочки легеневої тканини (рис. 206).



Рис. 206. Гангрена нижньої частки правої легені (за Г. Хазановим).

При наявності неприємного запаху перебування таких хворих у загальній палаті неможливе, їх необхідно поміщати в окремі бокси, ізолятори.

При фізикальному дослідженні – перкуторно вислуховують притуплення в зоні ураження, підсилення голосового тремтіння, при аускультатії – множинні сухі й вологі хрипи.

Рентгенологічно визначають затемнення відповідної ділянки легені без чітких меж, виражені плевральні нашарування (рис. 207).

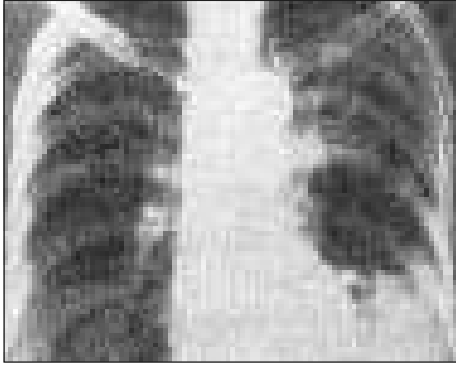


Рис. 207. Рентгенограма. Гангрена нижньої долі лівої легені.

Лікування гангрен легені проводять за тією ж схемою, що й абсцесу.

Емпієма плеври – гнійне запалення парієтального і вісцерального листків плеври із скупченням гною в плевральній порожнині.

Захворювання частіше має вторинну природу: як ускладнення серозного плевриту, при прориві абсцесу в плевральну порожнину або після проникаючого поранення грудної клітки з інфікуванням та ін.

За поширенням запального процесу розрізняють тотальну емпієму плеври і обмежену (осумковану). Запальний процес у плевральній порожнині характеризується ексудацією і утворенням зрощень (склеювання). Ексудат може бути гнійним, гнійно-геморагічним, фібринозним та гнильним.

Як правило, найбільш виражені морфологічні зміни відбуваються в нижніх відділах плевральних листків – плевральних синусах.

Клінічні ознаки. Перебіг захворювання гострий з вираженими ознаками інтоксикації. Гарячка досягає 39-41°C, супроводжується лихоманкою, підвищеним потовиділенням. З'являється гіперемія обличчя, інколи з ціанотичним відтінком, herpes labialis, задишка. Грудна клітка на боці ураження відстає в акті дихання, міжреберні проміжки розширюються. При їх пальпації визначають болючість, перкуторно – притуплення легеневого звуку з косою (лінія Дамуазо) або горизонтальною верхньою межею (при наявності газу або вільного повітря в плевральній порожнині).

Гостра емпієма плеври може ускладнюватись: 1) пневмоторакальними норицями, коли гній із плевральної порожнини через парієтальну плевру, міжреберні м'язи, підшкірну клітковину і шкіру проривається назовні; 2) бронхоплевральними норицями; 3) остеомієлітом ребер; 4) переходом у хронічну емпієму плеври. При додатковому обстеженні в крові визначається лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ, анемія, в сечі – білок, циліндри.

При рентгенологічному дослідженні зникає легеневий малюнок поля, може бути зміщення органів середостіння в здоровий бік. При наявності повітря і гною (піопневмотораксу) визначають горизонтальний рівень рідини з газом над нею (рис. 208). Контури діафрагми і плевральні синуси не візуалізуються. Обмежена емпієма характеризується затемненням, інколи з рівнем рідини і газу різної величини та форми.

Діагностика емпієми плеври доповнюється плевральною пункцією, цитологічним і бактеріологічним дослідженням.

Лікування. На початку захворювання призначають протизапальну терапію, в якій перевагу надають антибіотикам широкого спектра дії (неоміциновий, тетрацикліновий, цефалоспориновий ряд) у максимальних дозах. Їх необхідно застосовувати в комбінації з сульфаніламідними препаратами, і комплексом вітамінів, переливанням плазми, альбуміну, протеїну та ін. Досить ефективною є пункція плевральної порожнини з видаленням вмісту і наступним введенням антибіотиків. Якщо за допомогою пункції не вдається досягти успіху, проводять постійне дренирування плевральної порожнини хлорвініловою трубкою, яку вводять у порожнину за допомогою троакара в 7-9 міжребер'ї по задньо-підпахвинній лінії або в місці найбільшого скупчення гною. Гній видаляють за допомогою активного відсмоктування механічного, або водоструминного або пасивного відтоку через дренажну трубку з гумовим клапаном, одягнутим на кінець, котрий опускається в антисептичну рідину (за Бюлау, див. рис. 200). При наявності піопневмотораксу проводять тільки активне відсмоктування плеврального вмісту і розправлення колабованої легені. Дренажну трубку приєднують до вакуумного апарата або сполучають із системою за Суботінім-Пертесом, що складається із трьох з'єднаних між собою посудин, розміщених на різних рівнях (тиск 20-30 мм вод. ст.) (рис. 209). У спеціалізованих торакальних відділеннях функціонують централізовані вакуумні установки.

Тривалий перебіг емпієми, відсутність ефекту від консервативної терапії, наявність ускладнень є показаннями до хірургічного втручання. Основними операціями є:

1) тампонада плевральної порожнини за допомогою марлевих тампонів, змочених антисептиками або маззю Вишневського, тампони змінюють через 10-12 днів. Таке

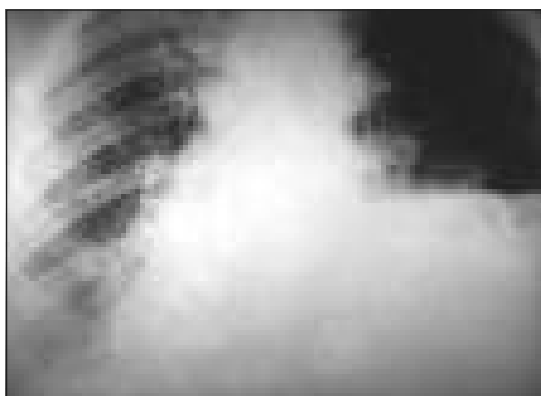


Рис. 208. Хворий К. 49 р. Лівобічний піопневмоторакс.



Рис. 209. Дренування плевральної порожнини за Суботінім-Пертесом.

лікування ефективно у 60-70 % хворих, однак на сьогодні майже не використовується;

2) декортикація легені – видалення ригідних ділянок плеври і спайок з поверхні легені для її розправлення (за Делормом);

3) торакопластика – найпоширеніший вид оперативного втручання. Операція розрахована на зрощення грудної стінки з вісцеральною плеврою легені (за М.С. Суботіним, Б.В. Лімбергом та ін.).

Хворі з емпіємою плеври лікуються у відділеннях грудної хірургії. Їм необхідно забезпечити постійну кисневу терапію, загальнозміцнювальне лікування (переливання компонентів крові, вітамінів, імунопрепаратів та ін.) повноцінне харчування.

Особливості догляду за хворими з пошкодженнями та захворюваннями органів грудної клітки

Хворих з травмою грудної клітки і її захворюваннями відносять до категорії тяжких і госпіталізують у спеціалізовані торакальні або в хірургічні відділення. Вони потребують підвищеної пильності, ретельного догляду та відповідальності. Їх розміщують у зручних, ізольованих палатах, щоб забезпечити їм повний спокій, достатню кількість чистого повітря і ретельний догляд. Хворим призначають ліжковий режим, тривалість якого є індивідуальною і залежить від характеру травми, захворювання і проведеного оперативного лікування. Їм надають напівсидячого положення, найбільш вигідного для дихання, роботи серця і відкашлювання. Протягом 1-2 днів після травми та операції на грудній клітці хворі знаходяться в палатах інтенсивної терапії, обладнаних апаратами штучної вентиляції легень, центральною подачею кисню, набором для плевральної пункції, веносекції, біксами зі стерильним матеріалом й ін. Під рукою медичної сестри повинні бути необхідні медикаменти: строфантин, корглікон, норадреналін, гідрокортизон, мезатон, атропін, хлорид кальцію тощо. У сучасних палатах інтенсивної терапії встановлені монітори, за допомогою яких можна стежити за важливими функціональними показниками оперованого. Слід пам'ятати, що у цих хворих можуть виникати грізні ускладнення: травматичний шок, легенева, серцево-судинна недостатність та ін. Щоб запобігти цим тяжким ускладненням їм призначають знеболювальні і наркотичні препарати (баралгін, промедол, омнопон, амізон й ін.), введення яких сприяє глибшому диханню і відпочинку хворих.

Досить часто у таких хворих виникає порушення бронхіальної прохідності внаслідок накопичення густого і в'язкого харкотиння. Для його усунення доцільно призначити содові інгаляції, проводити перкусійний масаж (постукування по грудній стінці у момент видиху), викликати допоміжний кашель.

При догляді за травмованими і оперованими торакальними хворими медична сестра повинна уважно стежити за дренажними трубками, що їх вводять у плевральну порожнину для евакуації рідини і повітря.

При порушенні герметичності дренажу виникає пневмоторакс і колабування (спадання) легені, що проявляється тахікардією, почашеним диханням, ціанозом. У цих випадках необхідно терміново замінити дренаж, відсмоктати вміст із плевральної порожнини і розправити колабовану легень. При виділенні із дренажу значної кількості крові (більше 50 мл на годину) медична сестра повинна терміново повідомити про це лікаря. У кров'янистих виділеннях із плевральної порожнини необхідно періодично визначати вміст гемоглобіну. Кількість його повинна поступово зменшуватись. У випадках, коли таке зниження не настає, слід думати про вторинну кровотечу в плевральну порожнину. І якщо консервативна терапія, спрямована на зупинку кровотечі (введення фібриногену, вікасолу, хлористого кальцію, адроксону та ін.), неефективна, ставлять питання про оперативне втручання.

Після торакальних операцій може виникати ряд тяжких ускладнень, пов'язаних з порушенням функції органів дихання (плевропульмональний шок, дихальна недостатність, пневмонія, набряк легень), недостатністю серцево-судинної системи, інфікуванням плевральної порожнини (епімієма, ерозивні кровотечі, сепсис). У перші дні після травми і операції на грудній клітці може виникнути підшкірна емфізема, причиною якої є пневмоторакс. У цих випадках необхідно терміново повідомити лікаря, який повинен провести пункцію плевральної порожнини, відсмоктати повітря або провести дренивання плевральної порожнини з накладанням дренажа за Бюлау.

Одним із тяжких ускладнень після травм грудної клітки і операцій є запалення і набряк легень. У запобіганні пневмонії і ателектазу, поряд з активним веденням хворого – раннім вставанням, дихальною гімнастикою, відкашлюванням, систематичним застосуванням лікувальної фізкультури, необхідно проводити антибактеріальну терапію, призначати серцеві і дихальні засоби. Щоб запобігти набрякові легень, необхідно раціонально (з урахуванням гемодинамічних зрушень) проводити внутрішньовенні вливання різних розчинів, компонентів крові, особливо це стосується хворих, у яких проведена обширна резекція легені або пульмонектомія.

Набряк легень, який може бути спровокований психічним (стрес) чи, частіше, фізичним перевантаженням виникає в будь який час доби. Стан хворого різко погіршується, наростає задишка, виникає акроціаноз. Характерною ознакою його є клекочуче дихання з виділенням великої кількості пінистого харкотиння білого або рожевого кольору, в легенях вислуховують множинні різнокаліберні вологі хрипи. Хворому терміново необхідно надати напівсидячого положення з опущеними ногами і провести інгаляцію пропущеного через спиртовий розчин кисню носовими катетерами. Поряд із цим розпочинають введення серцевих глікозидів (0,05 % строфантину, 0,06 % корглікону або 0,025 % дигоксину), котрі підсилюють скоротливу здатність серця. Для покращення легеневого кровообігу вводять 5-10 мл 2,4 % еуфіліну, який розводять у 10-20 % розчині глюкози і вводять повільно

протягом п'яти хвилин. Для пригнічення дихального центру і зменшення задишки необхідно ввести 1 мл 1 % розчину морфію. Для дегідратації легень і зменшення навантаження на серце показано введення діуретиків (сечогінних), для чого вводять 4-10 мл 1 % розчину лазиксу, і накладання на кінцівки джгутів.

При відсутності ефекту від консервативного лікування необхідно підключити штучну вентиляцію легень.

Медична сестра повинна постійно стежити, щоб хворі лежали на сухій, чистій білизні, були вкриті простиратлом чи ковдрою і не охолоджувались. Тяжкохворим треба змочувати губи та давати пити ложкою чи поїльником рідину (воду, сік й ін.), періодично протирати шкіру спини та крижів камфорним спиртом чи теплою водою. Медична сестра повинна здійснювати контроль за станом повітря в палаті. Лікарські призначення потрібно виконувати чітко і своєчасно, про погіршення стану хворого негайно доповідати лікареві для проведення останнім корекції лікувальних заходів.

Слід зазначити, що лікування торакальних хворих повинно бути активним, із застосуванням дихальної гімнастики і лікувальної фізкультури. Їх проводять систематично з перших днів після травми, захворювання і, особливо, операції, враховуючи індивідуальні особливості хворих, характер травми, захворювання або проведеної операції.

15.7. Догляд за хворими із захворюваннями молочної залози

Усі захворювання молочної залози можна поділити на дві великі групи:

1. *Запальні* – неспецифічні і специфічні мастити, абсцеси, флегмони, гангрені.

2. *Незапальні* – доброякісні і злоякісні пухлини, дисгормональні захворювання, вади розвитку (гіпо-, гіпермастія, амастія, полімастія).

Запальні захворювання молочної залози

Гострий мастит – запалення молочної залози.

Мастит виникає найчастіше у матерів, що годують дітей грудьми, в перші дні і місяці (до 4 місяців) лактаційного періоду. В акушерських клініках, як ускладнення післяродового періоду, трапляється у 2-4 % породіль. В основному мастит виникає на 7-20-й день після пологів. Основними причинами його виникнення є: травматизація (тріщини, виразки) сосків; застій молока (лактостаз), який призводить до його згортання в молочних ходах і розвитку запального процесу; пряме попадання інфекції через епідермальний покрив; недотримання гігієнічних правил. Слід зазначити, що мастит може виникати і у жінок без лактації, а також у чоловіків. Поширення інфекції в молочній залозі відбувається по молочних протоках, лімфатичних та кровоносних судинах. Основним збудником захворювання є стафілокок (80 %), стрептокок (15 %) та мікробні асоціації.

Залежно від розповсюдження та локалізації запального процесу в молочній залозі розрізняють *дифузні* – уражається вся молочна залоза (панмастити) і *відмежовані мастити*. Останні, в свою чергу, за локалізацією поділяються на *субареолярні* – розташовані під ареолою соска; *інтрамамарні* – в тканині залози; *галактофорити* – в молочних протоках; *ретромамарні* – між задньою поверхнею залози і фасцією великого грудного м'яза (рис. 210).

За патоморфологічними змінами в молочній залозі розрізняють: *серозну (початкову)*, *інфільтративну*, *абсцедивну*, *флегмонозну* та *гангренозну* форми маститу.

Серозна (початкова) форма маститу виникає, як правило, у породіль через застій молока. Молочна залоза просочується серозним ексудатом, розвивається лейкоцитарна інфільтрація навколо соска. Своєчасне зціджування молока і призначення антибіотиків може зупинити запальний процес. При запізнілому або неправильному лікуванні запальний процес у молочній залозі прогресує і переходить в *інфільтративну* форму. В товщі молочної залози формується інфільтрат з нечіткими межами, без ознак розм'якшення.

При *абсцедивному* маститі утворюється гнійна порожнина. Гній може прорватись через шкірні покриви або в молочні протоки.

При дифузній гнійній інфільтрації молочної залози виникає *флегмонозний мастит*, який характеризується прогресуючим і тяжким перебігом.

У деяких випадках внаслідок запального процесу в молочній залозі виникає тромбоз кровонесних судин і, як наслідок, розвивається *гангренозна форма* маститу, при якій відбувається некроз значних ділянок або всієї тканини молочної залози.

У 12-15 % хворих спостерігають двобічне ураження молочних залоз. Переважно уражається верхньозовнішній квадрант молочної залози, хоча в цілому топографія маститів різномірна.

Клінічні ознаки. Основні ознаки гострого маститу залежать від фази запального процесу в молочній залозі. *Серозна форма* маститу характеризується раптовим підвищенням температури тіла до 38,5-39,0° С, болем у молочній залозі. Спостерігають її збільшення, при пальпації – болючість. Контури залози збережені, шкіра над нею не змінена.



Рис. 210. Локалізація абсцесів у молочній залозі:

- 1 – субареолярний мастит;
- 2 – інтрамамарний мастит;
- 3 – галактофорити;
- 4 – ретромамарний мастит.



Рис. 211. Хвора В., 25 р. Гострий лівобічний мастит (інфільтративна форма).

Інфільтративна форма. Стан хворого погіршується, підвищується температура тіла до 39-40° С, з'являється лихоманка, головний біль, слабкість. Молочна залоза збільшується в об'ємі, шкіра над ділянкою інфільтрації гіперемована (червона) (рис 211).

При пальпації визначається інфільтрат з нечіткими межами. Як правило, збільшуються підпахвинні лімфатичні вузли. У випадках, коли лікування, (яке проводять), не зупиняє процес у фазі інфільтрації, розвивається *абсцедивна* форма маститу, яка характеризується наростанням клінічних ознак і погіршенням стану хворого. При пальпації в молочній залозі виявляють ділянки розм'якшення і флуктуації.

Флегмонозна форма характеризується різким погіршенням стану хворого: виникає лихоманка, шкірні покриви бліді, молочна залоза збільшена в об'ємі, пастозна (тістоподібна), шкіра над нею гіперемована, блискуча, з розширеною венозною сіткою, сосок втягнутий, при пальпації визначають набряклість, болючість. Процес охоплює всю або більшу частину залози.

Гангренозна форма розвивається у хворих, які тривалий час не звертались за медичною допомогою, або внаслідок тромбозу судин молочної залози. Стан хворих тяжкий, температура тіла підвищується до 40-41° С, молочна залоза різко збільшена, шкіра над нею набрякла, покрита міхурами, наповненими геморагічним вмістом, місцями некротизована.

При всіх формах гострого маститу, особливо гнійних, у крові виявляють високий лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, ознаки токсичної зернистості лейкоцитів, у сечі з'являється білок.

При встановленні діагнозу гострого маститу необхідно проводити диференційну діагностику з так званою *молочною лихоманкою*, яка часто виникає у породіль на 4-5-у добу після пологів і пов'язана із застоєм молока, яке розкладається, інфікується, повторно всмоктується і викликає інтоксикацію організму.

При неадекватному лікуванні гострий процес в молочній залозі може перейти в *хронічний мастит*. Внаслідок розростання грануляційної тканини молочна залоза стає щільною, бугристою, болючою при пальпації. У хворі спостерігається субфебрильна температура, загальна слабкість, кволість.

Лікування. У початковій фазі гострого маститу в стадії серозного запалення проводять консервативну терапію. На уражену залозу накладають підтримувальну (не стискальну) пов'язку, при цьому сосок необхідно залишити відкритим для систематичного відсмоктування молока спеціальними відсмоктувачами. Зціджувати руками молоко забороняють, оскільки це може спричинити

прогресування запального процесу. Хворим обмежують вживання рідини, призначають антибіотики широкого спектра дії, сульфаніламіді. Місцево призначають УВЧ, УФО (в еритемних дозах). Усі процедури необхідно проводити після спорожнення залози. Поряд із цим, проводять інфузійну і детоксикаційну терапію (реополіглюкін, гемодез, неокомпенсан). Крім цього вливають плазму, білкові препарати, розчини електролітів. Своєчасно проведене лікування дає змогу зупинити запальний процес у молочній залозі у 90 % хворих.

При наявності ознак гнійника (поява гектичної температури, лихоманки, розм'якшення і флуктуації при пальпації та ін.) показано хірургічне лікування – розкриття і дренивання гнійної порожнини. Операцію проводять під загальним знеболюванням. При інтрамамарних маститах розрізи на молочній залозі повинні виконуватися у радіарному напрямку (за Ангерером), з відступом від ареоли на 2-3 см. Гнійна порожнина повинна обстежуватись пальцем. При наявності кишень необхідно провести додатковий розріз. Ретромамарні гнійники розкривають дугоподібним розрізом по складці між молочною залозою і грудною стінкою (за Барденгейером) (рис. 212).

Після звільнення порожнин від гною їх промивають антисептичними розчинами і дрениють спареними хлорвініловими трубками. В останні роки в практику лікування абсцедивних форм маститу запроваджено активний хірургічний метод лікування, який полягає у висіканні гнійника, проведенні постійного промивання порожнини рани та закритті її первинними швами (В.К. Гостішев, 1993; М.П. Черенько, Ж.М. Ваврик, 1999). При тотальному гангренозному, інколи флегмонозному маститі, ускладненому сепсисом, показана мастектомія. Після операції за допомогою пов'язок проводять фіксацію молочної залози до грудної стінки. В післяопераційний період хворим проводять антибіотикотерапію з урахуванням чутливості мікробної флори, призначають сульфаніламідні препарати, вітаміни, проводять фізіотерапевтичні процедури (ультразвук, ультрафіолетове опромінення, солюкс) та ін. У тяж-

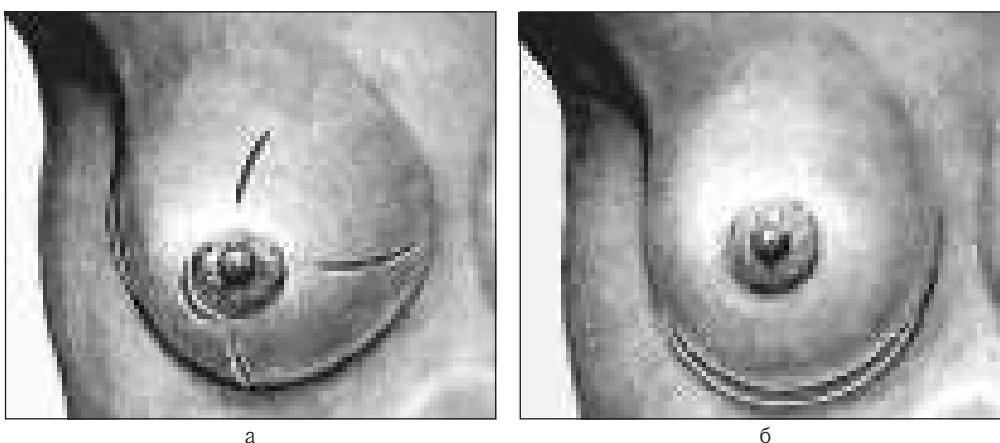


Рис. 212. Розріз молочної залози: а) за Ангерером; б) за Барденгейером.

ких випадках необхідно переливати препарати крові, гемодез, призначати антистафілококову плазму, γ -глобулін.

Важливе значення у профілактиці маститів має підготовка сосків, попередження патології пологів та інфікування молочних ходів у післяродовий період, дотримання правил особистої гігієни. В післяродовий період необхідно кожного дня міняти білизну, дотримуватись режиму годування дитини. Якщо немовля не повністю відсмоктує молоко, слід користуватись додатково молоковідсмоктувачем. При наявності тріщин сосків їх необхідно своєчасно лікувати з дотриманням усіх правил асептики.

Дисгормональні гіперплазії молочної залози

Дисгормональні гіперплазії молочної залози (мастопатії) являють собою проліферативні гіперпластичні зміни тканин молочної залози, що виникають на фоні порушень нейрогуморальної регуляції.

Основними причинами дисгормональних гіперплазій молочної залози є: штучні аборти, відмова від годування грудьми, дисфункція яєчників, хронічний мастит, запальні захворювання жіночих статевих органів, тривала травматизація молочної залози та ін. Захворювання перебігає, як правило, на фоні різних порушень менструального циклу і дітородної функції.

Розрізняють вузлову і дифузну форми дисгормональної гіперплазії. Дифузна форма може проявлятися у вигляді ураження залозистої (*аденоматозна*) або сполучної тканин (*фіброзна*) чи їх поєднання (*фіброзно-аденоматозна*).

Клінічні ознаки. Основними ознаками дисгормональної гіперплазії є: 1) біль у молочній залозі, що з'являється або посилюється перед менструацією; 2) наявність ділянок ущільнення, частіше у верхньозовнішньому квадранті, які зникають або зменшуються після менструації; 3) виділення з соска (бурштинового або кров'янистого кольору); 4) шкірні покриви не змінені; 5) сосок не втягнутий. Вирішальне значення у постановці діагнозу має: мамографія, яка проводиться на спеціальних рентгенівських апаратах, ультразвукове дослідження та пункційна біопсія з наступним цитологічним дослідженням біоптату.

Лікування. Основним методом лікування дифузних форм гіперплазії є гормональна терапія за допомогою естрогенних і андрогенних гормонів: тестостерон-пропіонат по 25 мг 2-3 рази на тиждень внутрішньом'язово в міжменструальний період (всього на курс 500-700 мг) або таблетки метилтестостерону (до 0,5). Забороняють фізпроцедури і масажі. Доцільно нормалізувати статеве життя, рекомендувати завагітніти, годувати дитину грудьми. Такі хворі повинні бути на диспансерному обліку в онколога, гінеколога та ендокринолога.

У зв'язку з небезпекою переродження мастопатії в рак, хворі з вузловими формами дисгормональної гіперплазії молочної залози, підлягають оперативному лікуванню: їм виконують *секторальну резекцію* молочної залози з терміновим гістологічним дослідженням під час операції. Сектор залози видаляють на всю її товщу, до грудної фасції.

Своєчасне виявлення і лікування дисгормональних захворювань молочної залози є профілактикою раку.

Пухлини молочної залози

Розрізняють *доброякісні* та *злаякісні* пухлини молочної залози.

Доброякісними пухлинами молочної залози можуть бути: *папіломи* – пухлини з епітеліальної тканини, *лімфангіоми* – з лімфатичної тканини; *дермоїдні* кісти, рідше *ліпоми* – з жирової тканини; *невроми* – з нервової тканини та ін. Особливістю цих пухлин є те, що вони нерідко ростуть тривалий час і не турбують хворих.

Найбільш частою формою доброякісних пухлин молочної залози є *фіброаденома*. Вона складається із залозистої тканини та сполучнотканинної стромы. За своєю структурою фіброаденома близька до вузлової форми мастопатії і відрізняється від останньої чіткими межами і солітарним характером ураження. В основному виникає в молодому віці, ріст пухлини повільний, безболісний.

Досить часто трапляються *цистаденоми* – внутрішньопротокові кісти, які за своєю морфологічною структурою дуже подібні до справжніх пухлин. Основною ознакою їх є кров'янисті виділення із соска. Пухлини можуть не пальпуватись. При *галактоцеле* (молочна кіста) залоза збільшена в об'ємі. В товщі молочної залози визначають округлої форми з гладкою поверхнею пухлину, яка інколи флукує.

Лікування доброякісних пухлин молочної залози полягає в економному або достатньо радикальному їх висіченні з наступним обов'язковим гістологічним дослідженням.

Рак молочної залози. Займає друге місце серед ракових захворювань у жінок після раку матки. Переважно хворіють жінки у віці 40-50 років. У молодому віці захворювання перебігає більш злаякісно. Рак молочної залози, як правило, виникає на фоні хронічного маститу і доброякісних пухлин (фіброаденома, цистаденома, мастопатія), які вважаються передраковими захворюваннями. В більшості випадків уражується одна, рідше дві залози.

Клінічні ознаки. Рак молочної залози розвивається з її паренхіми у вигляді щільної пухлини, яка відзначається швидким інфільтративним ростом. При подальшому розвитку процес переходить на шкіру і остання набуває вигляду лимонної кірки. При поширенні процесу на молочні протоки сосок втягується. Інколи з нього виділяється кров'яниста рідина. При подальшому рості пухлина розпадається і утворюються виразки з щільними краями (рис. 213). Поряд із цим, уражаються регіонарні лімфатичні вузли: спочатку по краю великого грудного м'яза, потім – підпахвинні, над- і підключичні на боці ураження. Вони збільшуються у розмірах, стають щільними, малорухомими.

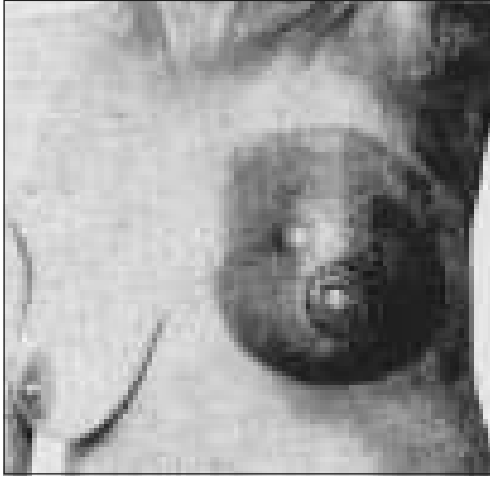


Рис. 213. Рак лівої молочної залози IV ст.
IV кл. гр.

За гістологічною будовою розрізняють медулярну, скірзну і слизову форму раку. *Медулярний рак* характеризується ураженням залозистої тканини, *скір* – сполучної, при *слизовому раку* настає колоїдне переродження епітелію, що характеризується виділенням значної кількості слизових мас через сосок.

Рак здебільшого локалізується у верхньозовнішньому квадранті молочної залози. За міжнародною системою ТМН розрізняють чотири стадії раку: I стадія – невелика пухлина в товщі молочної залози (не більше 2 см у діаметрі) без проростання в шкіру і метастазів; II стадія – пухлина до 5 см

у діаметрі, зрощена зі шкірою, є поодинокі метастази в підпахвинні лімфатичні вузли; III стадія – пухлина великих розмірів (більше 5 см у діаметрі) з наявністю множинних метастазів у підпахвинні, над- і підключичні лімфатичні вузли; IV стадія – поширене ураження молочної залози з множинними віддаленими метастазами в легенях, хребті, другій молочній залозі.

Для уточнення діагнозу проводять бокову рентгенографію молочної залози (мамографію), при якій пухлина проявляється у вигляді округлої тіні з нерівними і нечіткими контурами. Поряд із цим, можна проводити контрастну рентгенографію, коли вводять контрастну речовину (кардіотраст, тріотраст, уротраст й ін.) у протоки молочної залози. Для підтвердження діагнозу обов'язково проводять цитологічне дослідження виділень із соска або пунктату з пухлини, де можна виявити ракові клітини.

Лікування. Основний метод лікування – хірургічний. Об'єм його залежить від стадії захворювання. При невеликих пухлинах без метастазів проводять секторальну резекцію молочної залози з наступною променевою та хіміотерапією. При наявності поодиноких метастазів додатково призначають перед- і післяопераційну променеву терапію. У більш запущених випадках проводять передопераційну променеву терапію, радикальну мастектомію; у молодих жінок із збереженою менструацією виконують оваріоектомію (видалення яєчників). У післяопераційний період цим хворим проводять хіміотерапію (тіотэф, 5-фторурацил, вінбластин, Україн та ін.). Крім цього, хворим призначають гормонотерапію. У дітородному віці застосовують чоловічі статеві гормони (тестостерон, метилтестостерон й ін.). У жінок з менопаузою понад 10 років призначають жіночі статеві гормони. У запущених випадках (III-IV стадія) і при наявності віддалених метастазів проводять симптоматичну терапію.

Догляд за хворими із запальними та пухлинними процесами молочної залози

Особливості догляду за хворими з маститом. Усіх хворих на мастит госпіталізують у гнійне хірургічне відділення. Незалежно від форми маститу і методів лікування (консервативне, хірургічне), слід звернути особливу увагу на попередження і ліквідацію застою молока в молочній залозі. Для попередження венозного застою, крім відсмоктування молока, необхідно провести іммобілізацію молочної залози за допомогою пов'язки, косинки або ліфчика.

З метою запобігання інфекції систематично слідкують за станом сосків, обмивають їх теплою водою з милом, обтирають 60-70 % спиртом, і витирають м'яким рушником. Соски змащують нейтральним жиром, 1 % розчином метиленової синьки або 0,2 % розчином діамантового зеленого для профілактики тріщин, своєчасно міняють натільну і ліжкову білизну. При проведенні хірургічних втручань на молочній залозі лікування ран проводять за загальноприйнятою методикою лікування гнійних ран.

При догляді за хворими з *дисгормональними гіперплазіями і доброякісними пухлинами* медична сестра повинна знати, що вони входять у групу ризику раку молочної залози. Медична сестра повинна вміти правильно обстежити молочні залози і навчити жінок самообстеженню не менше 1 разу на місяць, краще в кінці менструації.

Методика самообстеження молочних залоз:

1. Перед дзеркалом, опустивши руки вздовж тіла, необхідно оглянути молочні залози та соски спереду і з боків, звертаючи увагу на будь-які зміни їх форми і стану шкіри.

2. Підняти обидві руки доверху і знову уважно оглянути молочні залози і соски.

3. Підняти ліву руку доверху, а пальцями правої руки обстежити всю ліву молочну залозу.

4. Таким же чином, але лівою рукою, обстежити праву молочну залозу, піднявши праву руку.

5. Лягти на спину, підклавши під ліве плече подушку і закинувши ліву руку за голову. Пальцями правої руки обстежити всю ліву молочну залозу, починаючи від периферії залози до соска, притискаючи її до грудної клітки.

6. Таким же чином, але підклавши подушку під праве плече, лівою рукою обстежити праву молочну залозу.

7. Перевірити ділянку між молочною залозою, підпахвинною впадиною і саму підпахвинну впадину, спочатку піднявши руку вгору, а потім витягнувши її вздовж тіла справа і зліва.

8. Обережно стиснути соски правої і лівої молочних залоз і перевірити, чи немає з них виділень.

В усіх випадках ущільнення в тканині молочної залози або в підпахвинній впадині; появи виділень з сосків; зміни форми молочної залози; втягнень, зморщень або складчастості шкіри молочної залози жінку необхідно направити до лікаря – хірурга або онколога. В початкових стадіях дисгормональної гіперплазії слід дотримуватись консервативної терапії (гормональної – метилтестостерон, тестостерон і ін.), приймання медикаментів повинне бути регулярним і виконуватись згідно з призначенням лікаря. Якщо консервативна терапія не дає позитивного результату, необхідно проводити видалення ураженої ділянки залози.

Особливої уваги потребують хворі на *рак молочної залози*. Усі випадки наявності прогресуючої пухлини, яка відзначається інфільтративним ростом, супроводжуються зміною форми молочної залози, її соска, медична сестра повинна направити таку хвору до лікаря. Догляд за такими хворими потребує великого сумління і професійної майстерності. Хворі жінки після операції на молочній залозі надзвичайно ранимі. Досить часто операції на молочній залозі і яєчниках призводять до зміни гормонального стану організму, що проявляється психопатичними реакціями. Тому відноситись до цих хворих треба лагідно, спокійно і створювати їм всі умови для одужання. Після мастектомії досить часто залишають дренажі в підпахвинній ділянці для відтоку крові і лімфи. Медична сестра повинна ретельно слідкувати за їх станом та характером пов'язки. Хворих після операції вкладають у ліжку з припіднятим головним кінцем, під спину на матрац кладуть клейонку, оскільки пов'язка досить часто сильно просякає. При першій перев'язці потрібно відгородити операційну рану від поля зору хворої, щоб її не травмувати відсутністю молочної залози. Після закінчення перев'язки необхідно накласти пов'язку так, щоб створювалось враження про наявність молочної залози. З другого дня після операції розпочинають лікувальну фізкультуру для розробки руки на боці, де була проведена операція. Всі маніпуляції, що виконують у таких хворих, мають бути безболісними і не повинні викликати нарікань в оперованих. Після загоєння ран і проведення додаткового лікування (хіміо- або гормональної терапії) хворих ставлять на диспансерний облік.

15.8. Догляд за хворими з гострими захворюваннями та пошкодженнями органів черевної порожнини

“Гострий живіт”

Серед різних захворювань і пошкоджень органів черевної порожнини є такі, які потребують швидкого встановлення діагнозу і невідкладної хірургічної допомоги. До них відносяться гострі захворювання органів черевної порожнини: гострий апендицит, проривна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, гостра кишкова непрохідність, защемлена грижа, гострий холецистит, панкреатит й ін., з якими молодшому медичному працівнику доводиться зустрічатись досить часто. Кожне з цих захворювань має свої причини, особли-

вості перебігу і потребує специфічного лікування. Однак усі вони, а також пошкодження органів черевної порожнини, викликають симптоми подразнення очеревини, а у випадках несвоєчасного надання медичної допомоги у таких хворих виникає перитоніт. У цих випадках встановити правильний діагноз захворювання або пошкодження органів черевної порожнини досить тяжко, а то й неможливо. Це і слугує приводом об'єднати такі захворювання і пошкодження органів черевної порожнини під загальною назвою “гострий живіт”.

Клінічні ознаки. Основними ознаками “гострого живота” є: а) раптове виникнення постійного або переймоподібного болю в животі чи в окремих його ділянках; б) нудота, блювання; в) затримка газів і стільця; г) обмежене або поширене напруження м'язів передньої черевної стінки; д) позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга.

“Гострий живіт” – це збірний термін, під яким виступає недіагностоване гостре захворювання або пошкодження органів черевної порожнини, що проявляється симптомами подразнення очеревини і перитоніту. Слід пам'ятати, що “гострий живіт” є не діагнозом, а показанням до термінової госпіталізації.

Лікування. При наданні допомоги хворим з “гострим животом” медичний працівник повинен пам'ятати і дотримуватись основного правила:

при всіх гострих захворюваннях і пошкодженнях органів черевної порожнини і навіть при підозрі на них необхідно терміново госпіталізувати хворого в хірургічне відділення найближчої лікарні.

Перед транспортуванням хворого в стаціонар його слід вкласти в ліжко, заборонити вживання їжі і пиття. Застосування у цих випадках болезаспокійливих, спазмолітичних або наркотичних засобів категорично забороняється, оскільки їх дія може приховувати справжню клінічну картину захворювання, що негативно впливає на достовірність діагностики і, відповідно надання хірургічної допомоги. Забороняють також призначати проносні засоби і клізми, які можуть підсилювати перистальтику кишечника і сприяти поширенню інфекції в черевній порожнині. До встановлення справжнього діагнозу забороняють приймати також і антибіотики. Для зменшення болю можна покласти на живіт міхур з льодом або холодною водою. В стаціонарі таким хворим проводять обстеження і, залежно від виявленого захворювання або ушкодження, проводять адекватне консервативне чи хірургічне лікування.

Перитоніт

Перитоніт – гостре запалення очеревини, постійна проблема хірургії. Летальність при перитоніті залишається високою – 10-40 %. (Шалімов О.О., 2000).

Основними причинами гострого перитоніту є: гострий апендицит, холецистит, перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, кишкова непрохідність і ін.

Класифікація гострого перитоніту за О.О. Шалімовим (1981):

За клінічним перебігом: а) гострий перитоніт; б) хронічний перитоніт.

За причиною виникнення: 1. Первинний: а) гематогенний; б) лімфогенний; в) криптогенний (невідомого походження).

2. Вторинний: а) запальний (гострий апендицит, холецистит, панкреатит та ін.); б) перфоративний (перфорація виразки шлунка, дванадцятипалої кишки та ін.); в) посттравматичний; г) післяопераційний (після холецистектомії, резекції шлунка та ін.); д) випітно-некротичний (некроз стінки кишки, лімфатичних вузлів та ін.); ж) гінекологічний (аднексит, сальпінгіт).

За розповсюдженням: 1. Місцевий: а) обмежений (в одній анатомічній ділянці); б) необмежений. 2. Дифузний – розлитий (займає дві і більше ділянок черевної порожнини). 3. Загальний (тотальний) – займає всю очеревину.

За характером випоту: серозний, серозно-гнійний, гнійний, фібринозно-гнійний, геморагічний й ін.

За характером мікрофлори: стафілокок, стрептокок, кишкова паличка, протей, анаеробна інфекція та ін.

За часом від початку захворювання: до 6, 12, 24, 48, 72 год.

Розвиток і перебіг перитоніту залежать від причини, характеру мікрофлори, об'єму ураження очеревини, реактивності організму та інших факторів.

Будь-який перитоніт починається з пошкодження очеревини та інфекції, яка призводить до запалення, ексудації, розширення судин, інтоксикації. Ексудація супроводжується виділенням фібрину з утворенням обширного спайкового процесу. Його інтенсивність і вираженість залежить від мікрофлори. Так, *стрептококові перитоніти* перебігають з невеликою кількістю ексудату, але супроводжуються вираженою інтоксикацією і швидким прогресуванням. Такі перитоніти називають *септичними, блискавичними*. Ексудат набуває своєрідного характеру при жовчних, перфоративних, панкреатичних перитонітах, наявності кишкової палички. Важко перебігають сечові перитоніти.

Тривала дія токсичного, механічного, інфекційного подразника на нервові елементи кишечника призводить до його паралітичного стану – кишка стає роздутою, наповненою токсичним вмістом. Виникає так званий “*абдоміно-компаратантний синдром*”, патогенез якого пов'язаний зі зміною внутрішньоочеревинного тиску. Слід зазначити, що описання розвитку перитоніту з відзначенням ролі кожного фактора безумовно має умовний характер. Вони включаються послідовно і залежать один від одного. Парез і параліч кишечника різко підсилює інтоксикацію, погіршує кровообіг в очеревині і органах, внаслідок чого в кишечнику накопичується багато рідини і виникає блювання. З нею може втрачатись до 8-10 л рідини на добу, до 300 г білка і багато електролітів. Усе це призводить до зневоднення організму, порушен-

ня обмінних процесів, функціональних розладів внутрішніх органів. Перш за все уражуються печінка, нирки, що посилює вищенаведені зміни.

Таким чином, при перитонітах розвивається складний комплекс з місцевих і загальних змін в організмі. В перебізі перитоніту виділяють три стадії (К.С. Симонян і співавт., 1971):

1. Початкова (реактивна) – до 24 год (при перфорації – 12 год). У цій стадії відбувається активна мобілізація захисних сил організму (ексудація, стимуляція імунних сил, обмеження запального процесу).

2. Токсична – 24-72 год (при перфоративному – 12-24 год). У цій стадії знижується імунний захист (падає фагоцитарна активність лейкоцитів).

3. Термінальна – понад 72 год (при перфоративних перитонітах – після 24 год). Центральне місце у патогенезі перитоніту цієї стадії займають порушення гемодинаміки.

Клінічні ознаки. Перебіг перитоніту залежить від характеру основного захворювання, швидкості розвитку патологічного процесу, його поширеності та ін. У *початковій стадії* захворювання хворі скаржаться на сильний біль в животі, нудоту, блювання, спрагу, загальну слабкість. При огляді шкірні покриви бліді, язик сухий, обкладений білим нальотом, температура тіла підвищена, пульс прискорений. При пальпації живіт болючий, м'язи передньої черевної стінки напружені, визначається позитивний симптом Щоткіна-Блумберга (рис. 214). Перистальтика кишечника послаблена. При ректальному дослідженні спостерігають різку болючість передньої стінки прямої кишки, нависання переднього склепіння (рис. 215). В *другій стадії* стан хворого погіршується внаслідок інтоксикації. Наростає загальна слабкість, посилюється нудота.



Рис. 214. Симптом Щоткіна-Блумберга

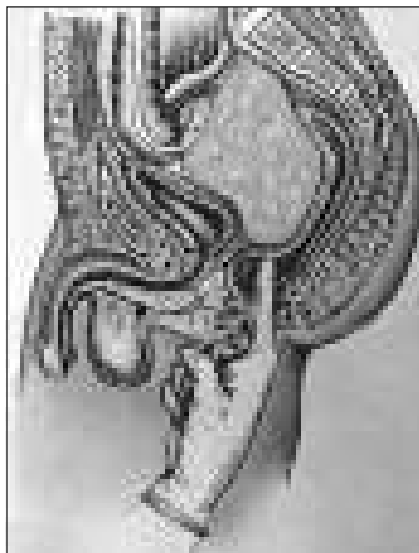


Рис. 215. Нависання переднього склепіння прямої кишки при перитоніті (ректальне дослідження).

Виникає блювання кишковим застійним вмістом з неприємним запахом. Підвищується температура тіла до 39-40 °С, наростає тахікардія, знижується артеріальний тиск. При огляді язик сухий (як щітка), обложений білим нальотом. Живіт здутий, напруження м'язів черевної стінки зникає. При пальпації спостерігають розливу болючість живота. При аускультативній перистальтиці кишечника не визначають. У цій стадії розпочинаються функціональні розлади печінки, нирок. З'являється жовтяничність шкірних покривів, зменшується кількість сечі. При лабораторному дослідженні в крові визначають лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво (поява незрілих, юних і паличкоядерних лейкоцитів), у сечі – білок, циліндри, еритроцити.

Якщо хворому не надати своєчасної допомоги, розвивається *третьою стадією захворювання* (термінальна, 3-4 день захворювання). Стан хворого погіршується, настає ейфорія, він марить, неспокійний. Риси обличчя загострюються, очі западають, з'являється страждальницький вираз. Язик сухий, обложений коричневим нальотом. Живіт роздутий, може бути не болючим при пальпації. При перкусії в бокових фланках живота виявляють вільну рідину. Пульс слабкого наповнення, напруження, частий. Артеріальний тиск знижується. Тяжкість і швидкість розвитку клінічної картини термінальної стадії перитоніту значною мірою залежить від мікрофлори. Так, при перфорації товстої кишки та інфікуванні черевної порожнини кишковою паличкою або анаеробною інфекцією захворювання перебігає надзвичайно тяжко і бурхливо. При достатній реактивності організму, завдяки пластичним властивостям очеревини і сальника, перитоніт може обмежитись певною ділянкою живота. Такий місцевий (обмежений перитоніт) перебігає з менш вираженою інтоксикацією і загальними змінами в організмі. Перебіг місцевого перитоніту більш сприятливий, ніж розлитого чи загального. При пальпації живота визначають обмежені ділянки напруження і болючості, інколи пальпується інфільтрат. При його абсцедуванні гній може прорвати у вільну черевну порожнину і зумовити розвиток загального перитоніту. Прогноз при розлитому і загальному перитонітах залежить від причини, характеру мікрофлори і часу розвитку захворювання. Надзвичайно швидко і бурхливо перебігає перфоративний перитоніт. Якщо хворий госпіталізований в хірургічне відділення через 24 год і пізніше від початку захворювання, прогноз несприятливий.

Для встановлення діагнозу перитоніту важливе значення мають додаткові методи дослідження (лапароцентез, лапароскопія, ректальне дослідження, загальний аналіз крові).

Рентгенологічні методи дослідження в діагностиці перитоніту мають другорядне значення, їх використовують в основному для діагностики ускладнень – піддіафрагмального, тазового абсцесів, нориць, реактивного плевриту та ін.

Лікування. Усіх хворих з перитонітом направляють в хірургічне відділення. Категорично забороняють вводити таким хворим наркотики, аналгетики,

оскільки вони утруднюють подальшу діагностику. При наявності колапсу, токсичного шоку необхідно розпочати реанімаційні заходи до і проводити їх під час транспортування (реополіглюкін, розчин глюкози, інсулін, вітамінні препарати, гідрокортизон, строфантин, дихання киснем). Лікування перитоніту повинно бути комплексним – включати коригуючу терапію і невідкладне оперативне втручання. При наявності місцевого перитоніту хворих оперують без особливої підготовки, відразу ж після госпіталізації.

У токсичній і термінальних фазах перитоніту проводять передопераційну підготовку для корекції порушених функцій.

Передопераційна підготовка у хворих на перитоніт повинна бути індивідуальною і тривати не більше 2 год. У вкрай запущених хворих при явищах токсичного шоку і низькому артеріальному тиску вона може продовжуватись до 4-6 год.

Для декомпресії шлунково-кишкового тракту в шлунок вводять зонд.

Для інфузійної терапії використовують 5 % розчин глюкози, розчин Рінгера-Локка, альбумін, нативну плазму, реополіглюкін, аскорбінову кислоту, вітаміни групи В, серцеві глікозиди, розчин гідрокарбонату натрію тощо. Об'єм інфузійної рідини повинен становити до 2,5-3 л. Для боротьби з інфекцією внутрішньовенно або внутрішньом'язово вводять антибіотики широкого спектра дії (цефазолін, цефпролекс, мефоксин, тієнам). При значному зниженні артеріального тиску внутрішньовенно краплинно вводять 50-60 мг преднізолону або 100-150 мг гідрокортизону, 1-2 мг дофаміну на 5 % розчині глюкози. Якщо до операції неможливо покращити загальний стан хворого, інтенсивну терапію продовжують під час операції.

Під час передопераційної підготовки хворим проводять аналіз крові, сечі і враховують їх показники для корекції гомеостазу і проведення медикаментозного лікування.

Хірургічне лікування. Основними принципами невідкладної хірургії перитоніту є рання операція, видалення джерела інфекції, очищення і попередження подальшого розвитку інфекції черевної порожнини. Принципи проведення етапного лікування зводяться до таких вимог:

1. Хворих на перитоніт необхідно оперувати під загальним знеболюванням (краще інтубаційний наркоз).
2. Використання адекватного тяжкості стану хворого оперативного доступу, який дозволив би провести повноцінну ревізію і санацію черевної порожнини.
3. Видалення джерела перитоніту, ексудату, проведення промивання і санації черевної порожнини.
4. Проведення декомпресії кишечника (назо-гастро-інтестинальна інтубація) (рис. 216).
5. Раціональне дренивання черевної порожнини.

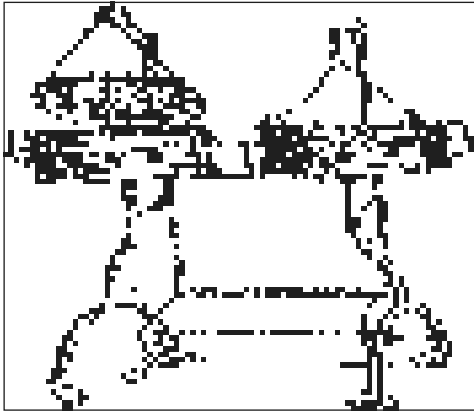


Рис. 216. Зонд для інтубації кишечника.

удаляють гнійний екссудат і проводять промивання до повного її очищення і санації.

Проривні виразки шлунка та дванадцятипалої кишки

Проривні виразки шлунка та дванадцятипалої кишки є ускладненням виразкової хвороби, стресових виразок, а також виразок ракового походження. Перфорація виразки може виникати спонтанно, але частіше цьому передують фізичне напруження, що призводить до підвищення внутрішньо-черевного та внутрішньоорганного тиску.

Розрізняють:

1. *Типову перфорацію* передньої стінки шлунка чи дванадцятипалої кишки, у вільну черевну порожнину, що супроводжується класичною клінічною картиною.
2. *Атиповий прорив* виразки у малий і великий сальник, у порожнину малого сальника.
3. *Прикриту перфорацію*, що виникає при закритті отвору сальником, їжею або стінкою сусіднього органа.

Клінічні ознаки.

Головними ознаками типової перфорації виразки шлунка і дванадцятипалої кишки є триада Мондора: а) раптовий “кинджальний” біль у верхніх відділах живота, що розповсюджується по всьому його просторі; б) напруження м’язів передньої черевної стінки (“дошкоподібний”, “човноподібний” живіт); в) наявність виразкового анамнезу.

Допоміжними ознаками перфоративної виразки є: 1) зникнення або зменшення розмірів печінкової тупості (65-70 %) при перкусії (симптом Жобера); 2) мінливий характер перистальтики кишечника: в перші 30-40 хв. при аускультатії – підсилена перистальтика (внаслідок подразнення п. vagus), потім відбувається зниження її до повного зникнення (“могильна”

тиша, “шум початку – тиша кінця” – симптом Мондора); 3) притуплення або тупість перкуторного звуку у бокових фланках живота (симптом Де Кервена) внаслідок накопичення рідини; 4) позитивні перитонеальні симптоми: Щоткіна-Блюмберга, Чугаєва (поперечна складка шкіри над пупком); 5) вимушене положення хворого в ліжку – на правому боці з підібганими ногами; 6) швидке погіршення загального стану: у хворих розвивається спрага, нудота, виникає часте поверхнєве дихання, пульс у перші години сповільнений, з’являється блідість шкіри, ціаноз слизових, знижується температура тіла.

За клінічним перебігом розрізняють такі стадії перфоративної виразки: *стадія шоку* (6-8 год), під час перфорації і в перші години після неї з’являється раптовий біль, який супроводжується колапсом. Хворий блідий, шкіра покрита холодним потом, пульс слабкий, артеріальний тиск знижений. Вираз обличчя страждальницький, хворий приймає вимушене положення тіла, підгинає ноги до живота, не може змінити положення. Язик може бути вологим, живіт напружений, дошкоподібний, болючий у всіх місцях. З’являються симптоми подразнення очеревини (Щоткіна-Блюмберга). При перкусії зникає печінкова тупість, виникає болючість склепіння при ректальному дослідженні. Якщо хворому не надати своєчасно допомогу, через 6-8 год після перфорації інтенсивність болю стихає, напруження черевної стінки зменшується, картина шоку згладжується – настає друга стадія – *позірного покращення* стану хворого. Однак ще через 4-6 год (12 год від початку захворювання) стан хворого погіршується, з’являється нудота, блювання, тахікардія (пульс частий, слабого наповнення і напруження), знижується артеріальний тиск. З’являється різке здуття живота (паралітична непрохідність), притуплення в бокових фланках живота. Розвивається третя стадія – *розлитого перитоніту*. Якщо хворому з якихось причин не була надана допомога протягом 24 год від початку захворювання, розвивається четверта – *термінальна стадія перфоративної виразки*, після якої настає смерть.

Для встановлення діагнозу важливе значення мають *допоміжні методи дослідження*. При рентгенологічному обстеженні на оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини визначають пневмоперитонеум

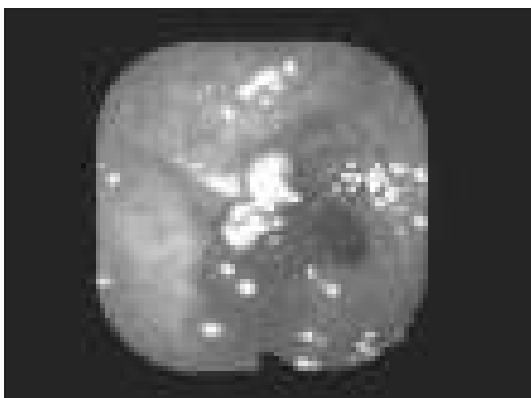


Рис. 217. Ендоскопічна картина глибокої виразки шлунка.

між правим склепінням діафрагми і верхнім краєм печінки – прошарок повітря) або зменшення чи зникнення газового міхура шлунка. При пальцевому ректальному дослідженні виникає біль і пальпується нависання передньої стінки прямої кишки (симптом Куленкампа, “крик Дугласа”). У хворих з нез’ясованою клінічною картиною показана фіброгастроскопія (рис. 217). В сумнівних випадках

необхідно провести лапароцентез з наступним біохімічним і цитологічним дослідженням отриманого вмісту черевної порожнини.

Для верифікації атипової перфоративної виразки необхідно провести діагностичну фіброгастродуоденоскопію і ввести в шлунок через назогастральний зонд 0,5-1 л повітря з наступною оглядовою рентгенографією органів черевної порожнини. Поява повітря в черевній порожнині свідчить про атипову або прикриту перфорацію шлунка чи дванадцятипалої кишки.

Для встановлення остаточного діагнозу перфоративної виразки необхідно проводити диференційний діагноз із захворюваннями, що симулюють “гострий живіт”: гострим панкреатитом, гострим холециститом, гострим апендицитом, гострою кишковою непрохідністю й ін.

Лікування. При підозрі на перфоративну виразку шлунка або дванадцятипалої кишки хворого необхідно госпіталізувати в хірургічне відділення. До встановлення остаточного діагнозу категорично забороняють вводити знеболювальні, спазмолітики, наркотичні препарати.

Вибором методу лікування перфоративної виразки є невідкладна операція. Найрозповсюдженішою операцією є зашивання проривної виразки. Її, як правило, проводять: а) у молодих хворих при “німих” виразках шлунка з коротким анамнезом; б) у хворих похилого і старечого віку без ознак малигнізації виразки; в) при тяжкому загальному стані хворого і складній супровідній патології; г) у пізні строки після перфорації (більше 6-8 год) і наявності перитоніту.

В усіх інших випадках проводять висікання виразки з пілоропластиком чи іншою дренажною операцією в поєднанні з селективною, селективно-проксимальною або стовбуровою ваготомією.

У хворих з кальозними, стенозуючими, множинними виразками, при підозрі на малигнізацію; поєднанні перфорації з кровотечею, а також у хворих з повторними перфораціями виконують резекцію шлунка за методикою Більрот-I або Більрот-II. Основними умовами для виконання резекції шлунка повинні бути: а) задовільний загальний стан хворого; б) відсутність перитоніту; в) вік хворих до 60 років.

При категоричній відмові хворого і його родичів від оперативного втручання і надзвичайно тяжкому стані хворого можливе застосування методики Тейлора (постійне відсмоктування шлункового вмісту через назогастральний зонд).

Перед операцією усім хворим проводять протишокові заходи, вводять анагетиками, спазмолітики, наркотики та ін. Здійснюють корекцію водно-електролітного, білкового, вуглеводного і вітамінного обміну за загальноприйнятою методикою. Поряд із цим, проводять корекцію гемодинамічних, макро- і мікроциркуляторних порушень (поліглюкін, реополіглюкін, поліфер, перфторан, гепарин), що виникли в організмі.

У післяопераційний період хворого лікують, як при перитоніті. Обов'язково виконують декомпресію шлунка за допомогою назогастрального зонда

і оксигенацію в перші три дні (введення в шлунок 250-300 мл O₂); комплексну інфузійну і детоксикаційну терапію; антибактеріальну терапію.

Проводять профілактику легеневих ускладнень, післяопераційних пролежнів.

Харчування хворого розпочинають після ліквідації парезу кишечника (з 3-4 дня). Післяопераційна летальність при перфоративній виразці шлунка і дванадцятипалої кишки становить 3-4 % (за О.О. Шалімовим, 1999).

Шлунково-кишкові кровотечі

Вони займають 4 місце серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Найчастіше трапляються кровотечі виразкового генезу, які становлять 65-75 % усіх кровотеч. Післяопераційна летальність від них становить 10-12 %. Кровотечі при пухлинах шлунково-кишкового тракту трапляються у 15 %, при ерозивному гастриті – у 10 % хворих.

За походженням розрізняють такі шлунково-кишкові кровотечі: 1) кровотечі виразкового походження (виразка шлунка, дванадцятипалої кишки); 2) кровотечі невиразкової етіології (ерозивний гастрит, поліпоз, синдром Меллорі-Вейса, рак шлунка та ін.); 3) несправжні шлунково-кишкові кровотечі (хвороби крові, геморагічні діатези); 4) кровотечі нез'ясованої етіології.

За джерелом кровотечі виділяють артеріальну, венозну, капілярну і змішану.

За об'ємом крововтрати розрізняють: 1) крововтрату легкого ступеня (20 % ОЦК – до 1000 мл); 2) крововтрату середнього ступеня (до 30 % ОЦК – 1500 мл); 3) тяжку крововтрату (більше 30 % ОЦК, більше 1500 мл).

Клінічні ознаки. Гастроудоденальна кровотеча, як правило, виникає раптово. Тяжкість стану хворого залежить від масивності і швидкості крововтрати. При профузній кровотечі з артеріальної судини смерть може настати за короткий проміжок часу. Зустрівшись з таким хворим, медичний працівник повинен вирішити три питання: 1. Яка причина кровотечі, її джерело? 2. Скільки втрачено крові? 3. Чи продовжується кровотеча?

У перебізі клінічної картини шлунково-кишкової кровотечі розрізняють *прихований період*, при якому виникає загальна слабкість, запаморочення, блідість шкірних покривів, і *період явних ознак* кровотечі. Основними ознаками шлунково-кишкової кровотечі є блювота з домішками крові (haematemesis), яка характерна у більшості випадків для захворювань шлунка, а при дуоденальних виразках трапляється рідко. У хворого з'являється дьогтеподібний стілець (melena), особливо при профузних кровотечах і кровотечах, що продовжуються. Поряд із цим, підсилюється перистальтика кишечника (симптом Гордона-Тейлора), виникають кров'яністі проноси.

Стан хворого різко погіршується, виникають ознаки гострої крововтрати: а) запаморочення; б) блідість шкірних покривів; при натискуванні на ділянки

тіла виникає симптом Бурштейна – “біла пляма”; в) наростає загальна слабкість; г) виникають зміни гемодинаміки (тахікардія, зниження артеріального тиску, збільшення пульсового тиску, зниження венозного тиску).

Характерною ознакою шлунково-кишкової кровотечі є зменшення болю в епігастрії (симптом Бергмана).

При лабораторному дослідженні крові знаходять значні зміни гемограми: знижується кількість еритроцитів, гемоглобіну, гематокриту.

За вираженістю клінічної симптоматики при *легкому ступені* крововтрати (20 % ОЦК – 1 л) спостерігається одноразове блювання або чорний стілець (мелена). Крововтрата не відображається на загальному стані хворого. Пульс – в межах 100 уд. на 1 хв, артеріальний тиск стійкий. В аналізах крові – кількість еритроцитів більше $3,5 \times 10^{12}$ /л; гемоглобін – понад 100 г/л; гематокрит – вище 0,3%.

При *середньому ступені* крововтрати (30 % ОЦК – 1,5 л) клінічна картина характеризується частим блюванням, меленою, різкими розладами гемодинаміки. У хворого може виникати непритомний стан. При огляді шкірні покриви бліді, виникає акроціаноз. Пульс слабкий, більше 100 уд. на 1 хв, артеріальний систолічний тиск не перевищує 90 мм рт. ст., кількість еритроцитів у загальному аналізі крові становить $2,5-3,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін знижується до 80 г/л, гематокрит – до 0,25%.

Тяжкий ступінь крововтрати характеризується повторним блюванням, меленою, колапсом. Стан хворого різко погіршується. Виникає загальна слабкість, кволість. При огляді – різка блідість шкірних покривів. Пульс слабого наповнення і напруження (більше 120 уд. на 1 хв), артеріальний тиск нестабільний – нижче 90 мм рт. ст. Кількість еритроцитів у загальному аналізі крові менше $2,5 \times 10^{12}$ /л; гемоглобін – нижче 80 г/л; гематокрит – нижче 0,25%.

За частотою виникнення кровотечі розрізняють одноразові, повторні і часто рецидивуючі кровотечі.

При встановленні кінцевого діагнозу кровотечі із виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки потрібно проводити диференційну діагностику із захворюваннями, які можуть проявлятися кровотечею.

Кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу і шлунка, що виникає при цирозі печінки і портальній гіпертензії, розпочинається вона раптово, після фізичного або емоційного напруження. У хворих з такою кровотечею блювота часто має вигляд незміненої крові, темними згустками; виникає блідість шкірних покривів, холодний піт, загальна слабкість, запаморочення, тахікардія, знижується артеріальний тиск, зменшується кількість еритроцитів, гемоглобіну. У таких хворих виявляють асцит, спленомегалію, може бути розширення вен передньої черевної стінки, “голова медузи”. При фіброгастроскопії виявляють варикозне розширення вен стравоходу. При проведенні спленопортоманометрії виявляють портальну гіпертензію (нормальний тиск у портальній системі 100-120 мм вод. ст.).

Кровотеча при раку шлунка. У хворих виникає слабкість, з'являється шлунковий дискомфорт, знижується апетит, турбують нудота, інколи виникає блювання, прогресує схуднення, з'являється стійка блідість шкіри, спостерігають довготривале виділення крові зі стільцем. У загальному аналізі крові спостерігають зниження кількості еритроцитів, гемоглобіну, підвищення ШОЕ. При фіброгастроскопічному, рентгенологічному дослідженні виявляють пухлину шлунка.

Кровотеча при поліпозі шлунка. Таких хворих, як правило, турбує постійний тупий біль в епігастрії, відчуття шлункового дискомфорту, з'являється блідість шкіри, деколи кров у калі. В загальному аналізі крові виявляють зниження вмісту еритроцитів, гемоглобіну. При фіброгастродуоденоскопії і рентгенологічному дослідженні діагностують поліпозні розростання слизової шлунка чи дванадцятипалої кишки.

Кровотеча на фоні ерозивного гастриту. Для цих хворих характерний тривалий "шлунковий анамнез" (біль, нудота, печія, зниження апетиту), блювання кров'ю, чорний стілець. Виникають симптоми крововтрати (запаморочення, блідість шкірних покривів, загальна слабкість). Змінюються показники гемодинаміки (частий пульс, зниження артеріального тиску). Зменшується кількість еритроцитів, гемоглобіну, гематокриту. При фіброгастроскопії виявляють кровотечу з ерозій слизової оболонки шлунка.

Кровотеча при синдромі Меллорі-Вейса. Настає у хворих внаслідок поперечного розриву поздовжніх складок слизової оболонки субкардіального відділу шлунка. Кровотеча виникає раптово при сильному блюванні. У цих хворих, як правило, відсутній шлунковий анамнез; блювота з домішками незміненої крові. Наростають симптоми крововтрати (запаморочення, загальна слабкість, блідість шкірних покривів). Знижуються показники гемодинаміки і гемограми (частий пульс, знижується артеріальний тиск, зменшується рівень еритроцитів, гематокриту, гемоглобіну, ОЦК). При фіброгастроскопії виявляють тріщини слизової субкардіального відділу шлунка, що кровоточать.

Для встановлення діагнозу шлунково-кишкової кровотечі важливе значення мають *додаткові методи обстеження*: 1) загальний аналіз крові, біохімічний аналіз, коагулограма; 2) ургентна ендоскопія; 3) при необхідності рентгенологічні дослідження; 4) спленопортографія, спленоманометрія та ін.

Лікування.

Кожний хворий з гострою шлунково-кишковою кровотечею повинен бути госпіталізований в хірургічний стаціонар, незалежно від ступеня крововтрати і причини, що її викликала. В розпалі гострої шлунково-кишкової кровотечі допустима евакуація хворого тільки на невелику відстань (у межах району, міста) під прикриттям переливання компонентів крові або її кровозамінників. При кровотечі, що продовжується, хворого направляють у реанімаційне відділення або в операційну.

У великих містах таких хворих госпіталізують у спеціалізовані відділення шлунково-кишкових кровотеч. Хворому надають горизонтального положення,

на живіт кладуть холод, внутрішньом'язово вводять 2 мл 1 % розчину вікасолу, адроксону, внутрішньовенно – 10 мл 10 % розчину хлориду кальцію. Транспортування проводять тільки в лежачому положенні. При наявності геморагічного шоку проводять реанімаційні заходи (див. розділ “Тактика медичної сестри при кровотечах”).

Лікування шлунково-кишкових кровотеч може бути консервативним і оперативним. *Консервативне лікування* проводять при неуточненому діагнозі, незначній кровотечі, у хворих з клінікою зупиненої кровотечі, наявністю супровідних захворювань і протипоказань до операції, а також у випадках відсутності необхідних умов для виконання операції (плавання в океані, експедиція та ін.).

Для покращення коагуляційних властивостей крові внутрішньовенно призначають: фібриноген (1 г розводять в 0,9 % розчині NaCl – 250 мл – два або три рази на добу), 10 % розчин хлориду кальцію – 10 мл, 5 % розчин ξ -амінокапронової кислоти по 100-150 мл через кожні 6 год. Поряд із цим, призначають по 20-30 мл 5 % розчину ξ -амінокапронової кислоти пити через кожні 30 хв. Внутрішньовенно вводять суху або нативну плазму, кріопреципітат, внутрішньом'язово вводять 1 % розчин вікасолу до 3 мл на добу.

Для зниження шлункової секреції призначають 0,1 % розчин сірчанокислого атропіну, препарати регуляторних пептидів – даларгін, сандостатин.

У хворих з шлунково-кишковою кровотечею виразкового походження призначають блокатори H_2 -рецепторів гістаміну (циметидин (беломет, гістодил, тагомет) – 200 мг х 3 рази на день або ранітидин (зантак, гістак, ранісан) 0,15 х 2 рази на день, фамотидин (невофам, ульфамід, кватател) по 0,02 х 2 рази на день), омепразол по 1 т. х 3 рази на день. Крім цього, призначають антациди – маалокс (фосфалюгель, мегалак, альмагель) 15 мл х 3-4 рази на день.

Для зменшення кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу застосовують зонд Блекмора (рис. 218). Крім того, для зменшення портального тиску рекомендовано вводити крапельно 1 мл (10 ОД) пітуїтрину в 200 мл 5 % розчину глюкози. Внаслідок скорочення гладенької мускулатури кишечника і спазму артерій черевної порожнини тиск у портальній системі зменшується на $\frac{1}{3}$. Пітуїтрин не можна вводити при інших кровотечах. Для поповнення крововтрати необхідно переливати препарати крові (краще еритроцитарну масу, плазму крові). Їх необхідно переливати краплинно, щоб не пере-



Рис. 218. Зонд Блекмора.

навантажити кров'яне русло і не підняти артеріальний тиск. При крововтратах першого ступеня препарати крові не переливають. При крововтраті другого ступеня (до 1500 мл) необхідно перелити не менше 500 мл еритроцитарної маси і плазми; при крововтраті третього ступеня (більше 1500 мл) їх необхідно влити не менше 750 мл. Слід пам'ятати, що навіть при великих крововтратах (60 % дефіциту об'єму циркулюючої крові) її потрібно поповнювати за рахунок переливання компонентів крові (еритроцитарна, тромбоцитарна маса, плазма, альбумін і ін.), а решту – за рахунок кровозамінників (перфторан, реополіглюкін, реоглюман, желатиноль і ін.). Взагалі співвідношення перелитої крові і кровозамінників повинно становити 1:3, і лише при тяжких крововтратах – 1:1. На практиці поповнення крововтрати регулюють, як правило, за показниками гемодинаміки (пульс, артеріальний тиск, венозний тиск) і гемограми (еритроцити, гемоглобін, гематокрит).

Після зупинки кровотечі хворим рекомендують дотримуватись ліжкового режиму 8-10 днів. Якщо немає показань до операції, розпочинають годування, для цього краще призначити діету Мейленграхта. В її склад входить манна або протерта рисова каша, яйця, овочеve пюре, протерте м'ясо, масло, цукор. Їжу приймають по 100-150 мл кожні 3 год в охолодженому вигляді. Діету поступово розширюють. Приймання їжі нейтралізує соляну кислоту, зменшує голодну перистальтику, чим створює умови для формування тромба і зупинення кровотечі.

Поряд із цим, для зупинки кровотечі використовують і ендоскопічні методи. Так, при ерозивному гастриті поверхню слизової оболонки шлунка зрошують 5 % розчином ξ -амінокапронової кислоти або 3 % розчином пероксиду водню, 0,2 % розчином тромбіну. Для зупинки кровотечі з виразки на неї наносять клей МК-6, МК-8, "Ліфузол", "Статізол". При необхідності проводять електрокоагуляцію судини, що кровить. При кровотечах з варикозно розширених вен стравоходу за допомогою інжектора під контролем ендоскопа внутрішньовенно можна вводити склерозуючі препарати (тромбовар, варикоцид, вістарин, 70° спирт та ін.). При кровотечах з поліпів проводять ендоскопічну поліпектомію. Слід зазначити, що консервативні та ендоскопічні методи зупинки кровотечі у декотрих хворих є тимчасовими і дозволяють виграти час для підготовки хворого до операції.

При вирішенні питання про хірургічне лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами слід розрізняти такі операції:

1. *Термінові*, що проводять після госпіталізації хворих при наявності пульсуючої або струминної кровотечі з судин дна виразки, а також у хворих з рецидивною кровотечею з виразки, встановленої ендоскопічно.

2. *Відстрочені*, що виконують в найближчі 2-3 доби з моменту госпіталізації: у хворих з капілярною шлунково-кишковою кровотечею, що продовжується; у хворих із зупиненою кровотечею і високою вірогідністю рецидиву кровотечі (тромбована судина, пухкий тромб на дні виразки).

3. *Планові* – виконують після надійно зупиненої кровотечі, стабілізації основних показників гомеостазу, покращення загального стану хворого.

Провідним напрямком в хірургії шлункових і дуоденальних кровотеч є органозберігаючі і органощадні (резекція певного сегмента шлунка) операції. У хворих із кровотечами з варикозно розширених вен стравоходу не завжди можна розраховувати на ефективність операції, оскільки можливі рецидиви кровотечі. У хворих з геморагічним ерозивним гастритом, синдромом Меллорі-Вейса, поліпозом та іншими захворюваннями підхід до оперативного лікування є індивідуальним; воно виконується при неможливості зупинити кровотечу консервативними методами.

Гострий апендицит

Гострий апендицит – запалення червоподібного відростка, викликане гнійною мікрофлорою.

Гострий апендицит слід віднести до найчастіших захворювань органів черевної порожнини. Апендектомія становить 60-80 % усіх ургентних операцій. Післяопераційна летальність з приводу цієї хвороби в Україні за останні роки становить 0,16-0,18 % (О.О. Шалімов, 1999).

Найчастіше причиною гострого апендициту є кишкова паличка, стрептокок, стафілокок. Ця мікрофлора може знаходитись у просвіті відростка або потрапляти туди гематогенним, лімфогенним шляхом.

Факторами, що сприяють виникненню апендициту, вважають: 1) калові камінці в просвіті червоподібного відростка; 2) атонію кишечника; 3) тромбоз судин й гангрену стінки відростка; 4) зміну реактивності організму. Важливе значення у виникненні гострого апендициту мають анатомічні особливості кровопостачання (магістральний, розсипний тип) червоподібного відростка, будова брижі, нейрогуморальна регуляція ілеоцекального кута, харчова алергія та ін.

Класифікація гострого апендициту

Найприйнятнішою класифікацією гострого апендициту є класифікація за В.І. Колесовим (1972), згідно з якою розрізняють:

1. Апендикулярну коліку (colica appendicularis).
2. Гострий простий (катаральний) апендицит (appendicitis simplex).
3. Деструктивний апендицит: а) флегмонозний; б) гангренозний; в) проривний (перфоративний).
4. Ускладнений апендицит (appendicitis complicata): а) апендикулярний інфільтрат; б) апендикулярний абсцес; в) розлитий перитоніт; г) ускладнення з боку інших органів і систем (пілефлебіт, сепсис).

При апендикулярній коліці морфологічні зміни у червоподібному відростку є незначними. Його просвіт часто виповнюють калові камінці. Мікроскопічно спостерігають гіперемію слизової оболонки і фолікулів.

При простому (катаральному) апендициті спочатку виникають явища стазу в капілярах і венах слизової оболонки. Через 1-2 год на цьому місці форму-



Рис 218. Флегмонозно змінений червоподібний відросток.



Рис. 219. Симптом Сітковського.



Рис. 220. Симптом Бартом'є-Міхельсона.

Симптом Бартом'є-Міхельсона (посилення болю при пальпації у правій здухвинній ділянці в такій самій позі) (рис. 220).

ється катаральне запалення. В подальшому процес поширюється на всю стінку і на його серозній оболонці з'являються нашарування фібрину, настають ще вираженіші зміни стінки відростка, що характеризується як його флегмона. (Рис 218) Поряд із цим, настає порушення кровобігу і тромбування судин, яке призводить до некрозу стінки і гангрені червоподібного відростка.

Клінічні ознаки. Основними клінічними ознаками гострого апендициту є біль у епігастральній ділянці і його наступне переміщення (через 5-6 год) у праву здухвинну ділянку – *симптом Волковича-Кохера*; у хворого виникають диспепсичні розлади (нудота, блювання), як правило, на початку захворювання або при розвитку ускладнень (перитоніт, абсцедування й ін.). Поряд із цим, у хворого виникає гіпертермія (37,2-37,5°C), настає прискорення пульсу, загальна слабкість, нездужання. При дослідженні загального аналізу крові виявляють лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули крові вліво.

При об'єктивному обстеженні виявляють: болючість і м'язовий захист у правій здухвинній ділянці; патогномонічні симптоми гострого апендициту.

Симптом Сітковського (посилення болю при положенні хворого на лівому боці) (рис. 219).

Симптом Ровзінга. Лівою рукою притискають сигмоподібну кишку до задньої стінки живота. Правою рукою поштовхоподібними рухами натискають на низхідну кишку. Появу болю в правій клубовій ділянці вважають ознакою, характерною для апендициту (рис. 221).

Симптом Воскресенського. Лівою рукою натягують сорочку донизу. Кінчиками 2-4 пальців правої кисті натискають в епігастральній ділянці і під час видиху хворого швидко і рівномірно проводять руку у праву здухвинну ділянку. У хворого на гострий апендицит посилюється біль (рис. 222).

Особливості клінічного перебігу гострого апендициту великою мірою залежать від його розташування (рис. 223) і віку хворого.

1. При *ретроцекальному розташуванні* червоподібного відростка виникає: а) помірний біль у правій здухвинній та поперековій ділянках; б) позитивний симптом Яуре-Розанова (біль у проекції трикутника Пті справа при натискуванні пальцем) і Габая (біль у тому ж трикутнику при швидкому забірранні пальця); в) гіпертермія тіла; г) поява еритроцитів у сечі (гематурія).

2. При *тазовому розташуванні* відростка характерними ознаками є: а) нетипова локалізація болю; б) дизуричні розлади; в) “крик Дугласа” – біль при вагінальному чи ректальному дослідженні склепіння; г) підвищена схильність до утворення інфільтратів та абсцесів у черевній порожнині.



Рис. 221. Симптом Ровзінга.



Рис. 222. Симптом Воскресенського.

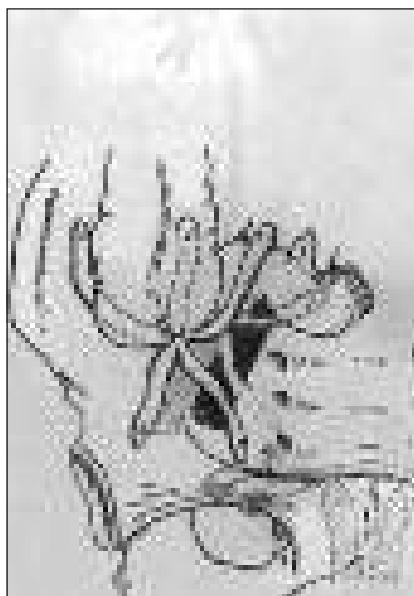


Рис. 223. Варіанти розташування червоподібного відростка.

3. У хворих похилого та старечого віку спостерігають: а) слабвиражені клінічні ознаки гострого апендициту за рахунок зниження опірності і реактивності організму; б) немає залежності між загальними клінічними проявами захворювання та патологоанатомічними змінами відростка (переважають деструктивні форми); в) підвищена схильність до утворення інфільтратів та абсцесів у черевній порожнині.

4. У дітей спостерігають: а) бурхливий початок захворювання (гіпертермію тіла до 38-39°C, тахікардію, блювання, проноси та ін.); б) нетипову локалізацію болю (через високе розташування сліпої кишки); в) превалювання деструктивних форм апендициту, оскільки у дітей недорозвинений великий сальник, низька пластична здатність очеревини.

5. У вагітних: а) переважають деструктивні форми гострого апендициту, цьому сприяє венозний застій у черевній порожнині, зміщення сальника та ін.; б) невідповідність клінічних проявів патолого-анатомічним змінам у червоподібному відростку; в) нетипова локалізація болю (через зміщення ілеоцекального кута).

Серед ускладнень гострого апендициту найбільше значення мають апендикулярні інфільтрати і абсцеси.

Апендикулярний інфільтрат – це конгломерат щільно зрощених між собою органів і тканин навколо запаленого червоподібного відростка. Розвивається він, як правило, на 3-5 день від початку захворювання. При цьому гострий біль у животі затихає, загальний стан хворого покращується, характерні для апендициту симптоми стають маловираженими. У правій клубовій ділянці пальпують щільний, малорухомий, болючий, із нечіткими контурами утвір. Розміри інфільтрату бувають різні, інколи він займає навіть усю праву клубову ділянку. Живіт навколо інфільтрату при пальпації м'який і неболючий.

При зворотному розвитку інфільтрату (коли настає розсмоктування) загальний стан хворого покращується, відновлюються сон і апетит, зростає активність, нормалізуються температура тіла й показники крові. Біль у правій клубовій ділянці затихає, інфільтрат зменшується в розмірі.

Через 2 місяці після розсмоктування інфільтрату проводять апендектомію.

При *абсцедуванні інфільтрату* стан хворого погіршується, симптоми гострого апендициту стають вираженішими, підвищується температура тіла, яка в більшості випадків набуває гектичного характеру, з'являється лихоманка. Поряд із цим, посилюється біль у правій клубовій ділянці, там же пальпують болючий утвір. В аналізі крові виявляють високий лейкоцитоз із різко вираженим зсувом лейкоцитарної формули вліво.

При атиповому розміщенні червоподібного відростка або при деструктивних формах гострого апендициту можуть виникати абсцеси черевної порожнини різної локалізації. Частіше від інших бувають тазові абсцеси.

При встановленні остаточного діагнозу гострого апендициту необхідно проводити диференційну діагностику із захворюваннями, які можуть мати подібні клінічні ознаки: захворюваннями шлунка та дванадцятипалої кишки

(гострий гастрит, проривна виразка та ін.); захворюваннями жовчного міхура і підшлункової залози (печінкова коліка, гострий холецистит, гострий панкреатит та ін.); захворюваннями кишечника (термінальний ілеїт, дивертикуліт, кишкова непрохідність, ентерит, коліт); гінекологічними захворюваннями (позаматкова вагітність, гострий правобічний аднексит, перекрут кісти яєчника справа та ін.); захворюваннями нирок (правобічна ниркова коліка, пієлонефрит, полікістоз).

Лікування.

Наявність гострого апендициту або підозра на нього є показаннями для госпіталізації хворих у хірургічний стаціонар.

Усі діагностичні та організаційні питання у хворих з гострим апендицитом повинні бути вирішені протягом перших двох годин перебування їх у стаціонарі. Діагноз гострого апендициту є показанням до хірургічного втручання, незалежно від термінів (часу) захворювання.



Рис. 224. Проекція розрізу за Мак-Берні-Волковичем-Дяконовим.



Рис. 225. Апендектомія.

Операцію апендектомії проводять під загальним (внутрішньовенним, масковим або ін.) знеболюванням. Місцеву анестезію за допомогою новокаїну сьогодні застосовують рідко.

Оперативний доступ проводять у правій здухвинній ділянці – розрізом за Мак-Берні-Волковичем-Дяконовим чи Ленандером (паралельно прямому м'язу живота), довжина якого не менше 8-10 см (рис. 224).

Ревізію черевної порожнини, видалення червоподібного відростка проводять від верхівки або у виключних випадках, при труднощах, ретроградно (від основи). Спочатку прошивають і перев'язують брижу, перев'язують і відсікають відросток біля основи, куска відростка обробляють 96 % спиртом і занурюють капшучним швом (рис. 225).

При катаральному апендициті без ексудату або незначній його кількості черевну порожнину не дрениують. У всіх інших

випадках (флегмонозний, гангренозний апендицит, наявність серозно-гнійного ексудату) черевна порожнина повинна бути дренована за загальними правилами (з додаткового розрізу) (рис. 226). У всіх випадках слід робити мазок на флору, її чутливість до антибіотиків.

Операцію закінчують ретельним гемостазом. Зашивання лапаротомної рани, як правило, проводять наглухо. Очеревину зашивають обвивним кетгуттовим швом, м'язи живота вузлуватими кетгуттовими швами. Апоневроз зовнішнього косого м'яза слід зшивати капроновими або шовковими нитками. Після закінчення операції на рану на 2-3 год доцільно накласти помірний тягар. Зміну пов'язки та контроль рани проводять на наступний день після апендектомії.

Гострий холецистит

Гострий холецистит – запалення жовчного міхура.



Рис. 226. Дренування черевної порожнини після деструктивного апендициту.



Рис. 227. Конкременти жовчного міхура.

Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гострий холецистит займає друге місце після апендициту і становить 12-15 % від їх загальної кількості. Жінки хворіють у 3-5 разів частіше, ніж чоловіки. З віком ця різниця зменшується. Некалькульозний холецистит трапляється в 5-10 % випадків. Частота післяопераційних ускладнень при цьому захворюванні становить 10-15 %, а післяопераційна летальність коливається на рівні 4-7 %.

Основними причинами гострого холециститу є конкременти (каміння) (рис. 227) жовчного міхура та ентерогенне (висхідне) інфікування при явищах застою в жовчовивідній системі; рідше гематогенний шлях інфікування – по системі ворітної вени при захворюваннях кишечника; лімфогенний шлях – при запальних процесах у сусідніх органах.

Найприйнятнішою є класифікація гострого холециститу за О.О. Шалімовим (1995).

Гострий холецистит поділяють на: I. Гострий безкам'яний холецистит: а) катаральний; б) флегмонозний; в) гангренозний; г) перфоративний. II. Гострий калькульозний. III. Гострий холецистит може ускладнюватися: а) водянку жовчного міхура; б) емпіємою; в) панкреатитом; г) жовтяницею; д) перитонітом й ін.

Клінічні ознаки. Захворювання розпочинається гостро, як правило, на фоні порушення дієти (смажена, жирна, гостра їжа, алкоголь, яйця, креми, гриби та ін.). Виникає різкий біль у правому підребер'ї з іррадіацією в спину, праву лопатку і ключицю, іноді в праву руку, за груднину, в епігастральну ділянку. Появляється гіркота в роті, нудота, блювання. При об'єктивному дослідженні виявляють іктеричність склер, жовтяничність шкірних покривів. При пальпації з'являється біль у правому підребер'ї, в епігастральній ділянці; напруження м'язів черевної стінки різної інтенсивності; збільшений, напружений та болючий жовчний міхур.

Патогномонічними симптомами гострого холециститу є:

Симптом Ортнера – болючість при перкусії в ділянці правої реберної дуги за рахунок втягнення в запальний процес печінки;



Рис. 228. Методика виконання проби Мерфі.

Симптом Мерфі – посилення болю при натискуванні на передню черевну стінку у проекції жовчного міхура під час глибокого вдиху (рис. 228);

Симптом Кера – посилення болю при пальпації в точці жовчного міхура.

Симптом Георгієвського-Мюсі (френікус-симптом) – різкий біль при натискуванні між ніжками правого груднично-ключично-соскоподібного м'яза.

Поряд із цим, у хворих з'являються ознаки інфекції та інтоксикації організму: підвищена температура тіла від субфе-

брильної до високої, тахікардія, зниження артеріального тиску, язик стає сухим, обкладений сірим чи білим нальотом.

У хворих на гострий холецистит можуть виникати різні ускладнення, які можуть бути:

а) *інтравезикальними* – прикрита перфорація міхура, обтурація міхура або його протоки за допомогою каміння з наступним переходом холециститу у водянку або емпієму;

б) *екстравезикальними* – перфорація у вільну черевну порожнину з розвитком перитоніту, формування паравезикального печінкового інфільтрату і абсцесу, penetрація в сусідні органи, розвиток сепсису.

При лабораторному дослідженні у хворих з гострим холециститом у загальному аналізі крові виявляють лейкоцитоз та зсув лейкоцитарної формули вліво; зменшення кількості еритроцитів; прискорену ШОЕ, при біохімічному дослідженні крові може бути збільшення рівня білірубину (з 2-ої доби після загострення), лужної фосфатази, амінотрансфераз, що свідчить про втягнення у процес печінки.

При рентгенологічному дослідженні (холецистографія, холангіографія) у 85-90 % хворих знаходять рентгеноконтрастні конкременти (рис. 229).

За даними УЗД у 90-95 % випадків вдається виявити конкременти, збільшений жовчний міхур, набряк його стінки. У виключних випадках використовують лапароскопію. При встановленні остаточного діагнозу необхідно проводити диференційну діагностику гострого холецистити з гострим апендицитом, гострим панкреатитом, проривною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки, правобічною нирковою колікою, правобічним пієлонефритом, інфарктом міокарда (абдомінальна форма), правобічною нижньодолевою пневмонією, правобічним оперізувальним лишаєм й ін.

Лікування. Усіх хворих на гострий холецистит госпіталізують у хірургічне відділення. Таким хворим призначають ліжковий режим, голод, холод на праве підребер'я. Для боротьби з больовим синдромом призначають: а) аналгетики: 2,0-4,0 мл в/м 50 % розчину анальгін або 5,0 мл в/м, в/в розчину баралгін; 1,0 п/ш, в/в 1-2 % розчину промедолу; б) спазмолітики – 1,0 мл п/ш 0,1 % розчину атропін або 5,0-10,0 мл в/в 2,4 % розчину еуфіліну; 1,0-

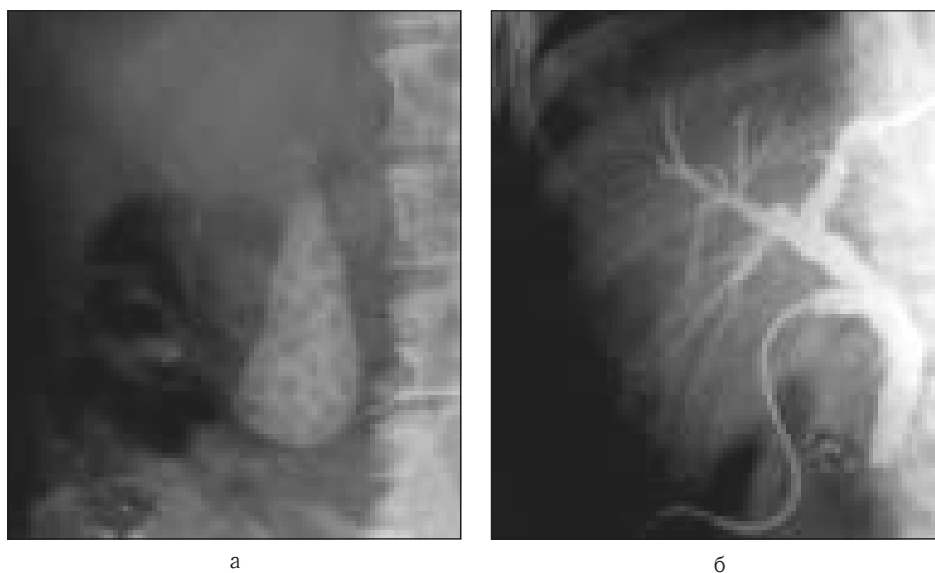


Рис. 229. Рентгенограми жовчного міхура і жовчних шляхів: а) рентгенограма жовчного міхура (холецистографія), камені жовчного міхура; б) рентгенограма жовчних шляхів (холангіографія), камінь кінцевого відділу загальної жовчної протоки.

2,0 мл п/ш, в/в 0,2 % розчину платифіліну; 2,0-4,0 мл в/м, в/в 2 % розчину папаверину; 150,0-200 мл в/в 0,25-0,5 % розчину новокаїну; 2,0 мл п/ш, в/в розчину но-шпи; в) антигістамінні препарати – 1,0-2,0 мл/ш 1 % розчину дімедролу; або 1,0-2,0 мл п/ш розчину супрастину; 2,0 мл в/м 2,5 % розчину піпольфену; г) можна проводити блокаду круглої зв'язки печінки за М.Д. Лорен-Епштейном; блокаду заочеревинного простору за Л. Романом.

Поряд із цим, проводять інтенсивну протизапальну терапію – антибіотикотерапію з урахуванням флори і чутливості, використовують сульфаніламідні препарати, кортикостероїди. Хворим призначають детоксикаційну терапію 500,0-1000,0 мл в/в 5-10 % розчину глюкози з інсуліном; 500,0-1000,0 мл в/в розчину Рінгер-Лока; 5,0-10,0 мл в/в 5 % вітамінів групи В, С; 200,0-400,0 мл в/в неогемодезу, проводять форсований діурез та ін.

При вирішенні питання про хірургічне лікування, то при гострому холециститі розрізняють:

1. *Вимушені операції*, які проводять за життєвими показаннями протягом 2-3 год після госпіталізації хворого з холециститом, ускладненим перитонітом.

2. *Термінові операції*, що проводять через 24-72 год після госпіталізації, при погіршенні стану хворого, наростанні клінічних ознак захворювання і відсутності ефекту від консервативного лікування.

3. *Відкладені операції* проводять в плановому порядку через 7-14 днів після затихання явищ гострого холецистити, нормалізації температури тіла, лейкоцитозу, ШОЕ.

Операцією вибору при гострому холециститі є *холецистектомія*. Операційний доступ здійснюють за допомогою верхньо-середньої лапаротомії

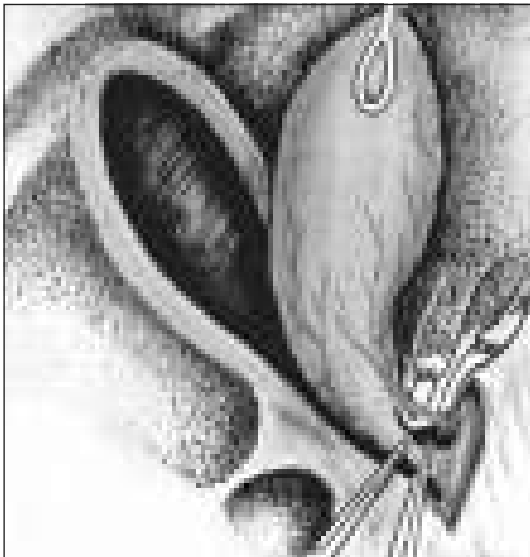


Рис. 230. Холецистектомія "від дна".

або косого доступу в правому підребер'ї за Федоровим, Кером та ін. Під час операції проводять огляд і пальпаторну ревізію зовнішніх жовчних шляхів. При необхідності використовують інструментальні методи дослідження (зондування ходів, манометрію, холангіографію, холедохоскопію).

При відсутності інфільтративно-запальних змін у гепатодуоденальній зв'язці проводять холецистектомію "від шийки". При наявності інфільтрату, масивних зрощень у ділянці міхурової протоки та гепатохоледоха виконують холецистектомію "від дна" (рис. 230).

Перев'язку і обробку кукси міхурової протоки проводять у 3-5 мм від стінки холедоха при інтактному холедохи і вільному відтоку жовчі. Перитонізацію кукси не проводять.

При флегмонозному та гангренозному холециститі жовчний міхур видаляють разом із очервиною, ложе його не зашивають, а дрениують трубками.

Зовнішнє дронування холедоха виконують при наявності гнійного холангіту, панкреатиту та розширенні холедоха більше 1 см (рис. 231).

При недеструктивному холециститі операцію закінчують дронуванням підпечінкового простору трубками. При ускладненні гострого холециститу розлитим перитонітом додатково проводять лаваж (промивання), санацію черевної порожнини, інтубацію кишечника та дронування черевної порожнини як при перитоніті.

Останнім часом набула популярності лапароскопічна холецистектомія, однак у хворих з гострим холециститом підхід до її виконання повинен бути суворо індивідуальним.

У перші 3-4 доби після операції всім хворим потрібно проводити комплексну медикаментозну терапію, спрямовану на відновлення енергетичних затрат (переливання білків, жирів, вуглеводів), корекцію водно-електролітного обміну, зняття болю, боротьбу з мікрофлорою (антибіотики, сульфаніламід) та покращення коагуляційних властивостей крові (гепарин, кальцинорин, фраксипарин і ін.).

гетичних затрат (переливання білків, жирів, вуглеводів), корекцію водно-електролітного обміну, зняття болю, боротьбу з мікрофлорою (антибіотики, сульфаніламід) та покращення коагуляційних властивостей крові (гепарин, кальцинорин, фраксипарин і ін.).

Гострий панкреатит

Панкреатит – гостре запалення підшлункової залози, яке супроводжується активізацією її ферментів з наступним автолізом її ж тканин (рис. 232).

Запальний процес може бути асептичним, особливо на ранніх стадіях захворювання, і гнійним – при приєднанні інфекції.

У структурі ургентної хірургічної патології гострий панкреатит займає 4-9 % від усіх гострих захворювань органів черевної порожнини.

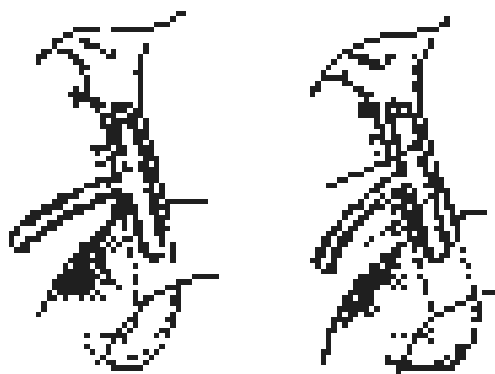


Рис. 231. Зовнішнє дронування холедоха за Кером.

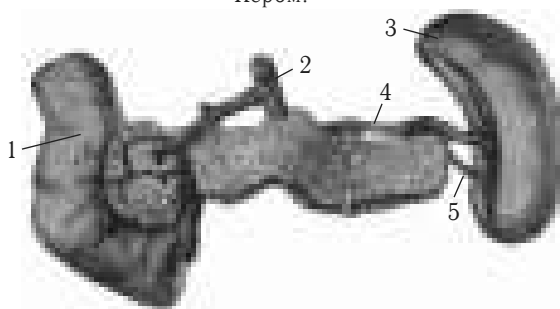


Рис. 232. Передня поверхня підшлункової залози: 1 – дванадцятипала кишка; 2 – черевна артерія; 3 – селезінка; 4 – артерія селезінки; 5 – хвостові артерії.

Основними причинами гострого панкреатиту є: а) захворювання жовчних шляхів (калькульозний холецистит, холедохолітіаз, холангіт); б) зловживання алкоголем, жирною, гострою їжею; в) підвищення тиску в дванадцятипалій кишці (дуоденостаз, порушення функції фатерового сосочка); г) інфікування проток і тканини підшлункової залози; д) травми підшлункової залози; е) автоімунні процеси в організмі.

Пусковим механізмом панкреатиту є пошкодження ацинозних клітин підшлункової залози та виділення клітинного ферменту – цитокінази.

Остання зумовлює перехід неактивних ферментів у активні (трипсиногену в трипсин, хемотрипсиногену в хемопсин), активує ліпазу та амілазу, що призводить до автолізу контактних клітин залози і розвитку панкреатиту.

Класифікація гострого панкреатиту (О.О. Шалімов і співавт., 1990):

I. За морфологічними змінами.

1. набряковий панкреатит: а) серозний; б) серозно-геморагічний.

2. Некротичний панкреатит: а) геморагічний; б) жировий; в) змішаний.

3. Гнійний панкреатит: а) первинно-гнійний; б) вторинно-гнійний; в) загострення хронічного гнійного панкреатиту.

II. За ступенем тяжкості: 1) легкий ступінь; 2) середній; 3) тяжкий; 4) надзвичайно тяжкий (блискавичний).

III. За клінічним перебігом: 1) прогресуючий; 2) регресуючий; 3) рецидивний.

IV. За наявністю ускладнень: 1) місцеві ускладнення; 2) внутрішньочеревні; 3) ускладнення з боку інших органів і систем.

Клінічні ознаки. Основні ознаки панкреатиту залежать від стадії захворювання і характеру морфологічних змін у паренхімі залози (набряк, панкреонекроз та ін.). Головною ознакою гострого панкреатиту є *сильний оперізувальний біль* у верхній половині живота, який поширюється на поперекову ділянку, ліву половину грудної клітки. У хворих виникають *диспепсичні розлади*: нудота, багаторазове блювання, що не приносить полегшення.

Поряд із цим, виявляють виражені *гемодинамічні порушення*: тахікардію, аритмію, зниження артеріального тиску, може настати колапс (гостра серцева недостатність).

При пальпації живота виявляють виражений біль у проекції підшлункової залози, позитивний *симптом Керте* (біль і резистентність черевної стінки на 6-7 см вище пупка), *симптом Мейо-Робсона* (біль при пальпації в лівому реберно-хребтовому куті); *симптом Воскресенського* (відсутність пульсації черевної аорти).

Внаслідок ферментемії та інтоксикації виникають ознаки капіляротоксикозу: шкірний *симптом Мондора* (фіолетові плями на обличчі і тулубі); *симптом Холстед-Турнера* (фіолетові плями на животі); *симптом Кулена* (жовтушність у ділянці пупка); *симптом Грюнвальда* (крововиливи в ділянці пупка).

У клінічному перебізі гострого панкреатиту виділяють три періоди (В.С. Савельєв і співавт., 1978; Л.Я. Ковальчук і співавт., 1999).

I період (гемодинамічних порушень і панкреатогенного шоку) триває протягом 2-3 діб. Найхарактернішими ознаками вважають порушення центральної гемодинаміки, зменшення об'єму циркулюючої крові та розлади мікроциркуляції, що спочатку виникають внаслідок ангіоспазму, а надалі - в результаті приєднання внутрішньосудинного згортання й відкладання формених елементів крові.

II період (недостатності паренхіматозних органів) розпочинається з 3-7-го дня хвороби. При цьому спостерігають порушення функцій органів і систем, ознаки серцево-судинної, печінкової і ниркової недостатності та наростання порушень дихання. У цей період можливі ураження центральної нервової системи, які зводяться в основному до розладів психіки, появи галюцинацій та розвитку коми.

III період (постнекротичних дистрофічних і гнійних ускладнень) настає через 1-2 тижні після початку захворювання. Під час цього, на фоні прогресування некротичних процесів у підшлунковій залозі, розвиваються дегенеративні зміни, виникають парапанкреатичні інфільтрати та кісти, фіброз підшлункової залози. Поряд із цим, може розвиватись також асептична заочеревинна флегмона, яка посилює інтоксикацію. При приєднанні інфекції виникає гнійний панкреатит. Протягом цього періоду у хворих можуть розвиватись такі ускладнення, як арозивні кровотечі, внутрішні чи зовнішні нориці, заочеревинна флегмона.

Важливе значення у встановленні діагнозу мають лабораторні та інструментальні методи дослідження. При дослідженні крові виявляють *гіперамілаземію* – збільшення кількості амілази, *гіперглікемію* – збільшення кількості цукру в крові, *гіпокальціємію* – зменшення кількості кальцію, *гіпопротеїнемію* – зменшення кількості білка, *гіпербілірубінемію* – збільшення кількості білірубіну, появу метгемоглобіну в крові, а також лейкоцитоз і зсув лейкоцитарної формули вліво. В аналізі сечі спостерігають збільшення кількості діастази (*діастазурія*), збільшення кількості еритроцитів (*мікрогематурія*) та ін.

При рентгенологічному обстеженні спостерігають здуття попереково-ободової кишки, нечіткість контурів лівого поперекового м'яза (*симптом Тобіа*).

При УЗД виявляють збільшення розмірів підшлункової залози, неоднорідність структури паренхіми.

Комп'ютерна томографія дає можливість точніше виявити зміни в підшлунковій залозі та навколишніх органах.

В окремих випадках для уточнення діагнозу використовують лапароскопію або лапароцентез, за допомогою яких можна виявити перитонеальний випіт, плями жирового некрозу, геморагічну імбібіцію заочеревинної клітковини, запальний інфільтрат у зоні дванадцятипалої кишки та ін.

При встановленні остаточного діагнозу гострого панкреатиту необхідно проводити диференційну діагностику з такими захворюваннями: 1) гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини (перфоративна виразка, гострий холецистит, кишкова непрохідність та ін.); 2) захво-

рюваннями серця і судин (інфаркт міокарда, тромбози мезентеріальних судин та ін.); 3) нирковою колікою, піелонефритом та ін.

Лікування. Хворих на гострий панкреатит госпіталізують у хірургічне відділення, у тяжких випадках – у реанімаційне. При лікуванні гострого панкреатиту основною є консервативна терапія. Хірургічне лікування повинно доповнювати консервативну терапію при відсутності ефекту від неї і розвитку ускладнень.

Консервативне лікування розпочинається із забезпечення функціонального спокою підшлункової залози. Призначають голод до відновлення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту; за допомогою назо-гастро-дуоденального зонда проводять постійне спорожнення (декомпресію) шлунка і дванадцятипалої кишки.

Для боротьби з больовим синдромом призначають аналгетики, спазмолітики і антигістамінні препарати; проводять паранефральну, парапанкреатичну новокаїнову блокаду – вводять 150-200 мл 0,25 % розчину новокаїну.

Для пригнічення панкреатичної секреції здійснюють шлункову гіпотермію (за допомогою спеціального зонда і холодної проточної води); призначають атропін, даларгін, сандостатин; антиферментну терапію (контрикал, трасилол, гордокс, панкреатична рибонуклеаза); цитостатики (5-фторурацил, 5 мг 5 % розчину фторафуру протягом 2-3 діб). Широко застосовують внутрішньовенно 5 % розчин ξ -амінокапронової кислоти (по 100 мл 1-2 рази на добу), проводять корекцію водно-електролітного, білкового, вуглеводного та інших обмінів.

Для покращення мікроциркуляції в тканинах і реологічних властивостей крові призначають реополіглюкін, реоглюман, перфторан, гепарин, кальципарин, фраксипарин.

Проводять дезінтоксикаційну терапію (неогемодез, неокомпенсан, форсований діурез та ін.), при недостатній дезінтоксикації - очищення крові за допомогою лімфосорбції шляхом дренивання грудної лімфатичної протоки на шії в проекції ніжок лівого груднино-ключично-соскоподібного м'яза. Тяжким хворим призначають антибактеріальну і протизапальну терапію (бутадіон, індометацин, вольтарен та ін.).

Якщо не виникає показань до хірургічного лікування, інтенсивну терапію продовжують до стійкого затихання гострих явищ (2-3 доба – при легкій формі і 7-8 – при тяжких формах).

Показаннями до хірургічного лікування є погіршення стану хворого, відсутність позитивної динаміки від консервативної терапії протягом 24-48 год і поява симптомів перитоніту та деструктивного панкреатиту.

Вибір методу і об'єму операції при панкреатиті залежить від його форми, локалізації і поширеності некротичного процесу.

При гострому набряковому панкреатиті, геморагічній імбібіції або наявності стеатонекрозів проводять новокаїнізацію парапанкреатичної клітковини, широке розкриття заочеревинного простору довкола залози та в бокових ділянках живота з транслюмбальним дрениванням сумки малого сальника і перипанкреатичної зони.

При біліарному панкреатиті, ферментативному холециститі проводять холецистектомію із зовнішнім дрениванням холедоха. У старих і тяжкохворих декомпресію жовчних шляхів здійснюють через холецистостому.

При вогнищевих некрозах підшлункової залози проводять секвестректомію з оменто-панкреатопексією і дрениванням, черевної порожнини.

При сегментарному некрозі залози проводять некректомію або резекцію частини органа (хвоста, тіла).

При тотальному панкреанекрозі виконують панкреатектомію (повне видалення залози) або панкреатодуоденальну резекцію.

Кишкова непрохідність

Кишкова непрохідність (ileus) – повне або часткове порушення проходження вмісту по кишковому тракту.

Займає третє місце серед гострих захворювань живота. Післяопераційна летальність становить 6-8 % (О.О. Шалімов, 1996).

Основними причинами кишкової непрохідності можуть бути: 1) спайки черевної порожнини після травм, поранень, перенесених операцій та запальних захворювань органів черевної порожнини і таза; 2) довга брижа тонкої або товстої кишок, що зумовлює підвищену їх рухливість; 3) пухлини черевної порожнини і заочеревинного простору.

Класифікація кишкової непрохідності (за Д.П. Чухрієнком, 1958):

I. *За морфофункціональною природою*: 1. Динамічна кишкова непрохідність: а) паралітична; б) спастична; в) гемодинамічна. 2. Механічна кишкова непрохідність: а) странгуляційна; б) обтураційна; в) змішана.

II. *За клінічним перебігом*: 1. Гостра. 2. Хронічна.

III. *За рівнем непрохідності*: 1. Тонкокишкова. 2. Товстокишкова: а) висока; б) низька.

IV. *За порушенням пасажу кишкового вмісту*: 1. Повна. 2. Часткова.

V. *За походженням*: 1. Уроджена. 2. Набута.

VI. *За розвитком патологічного процесу*: 1. Стадія гострого порушення кишкового пасажу (фаза компенсації). 2. Стадія гемодинамічних розладів у стінці кишки та її брижі (фаза субкомпенсації). 3. Стадія перитоніту (фаза декомпенсації).

Клінічні ознаки. Початок захворювання раптовий, частіше через 1-2 год після приймання їжі. Біль у животі має переміжний характер і трапляється при всіх формах механічної кишкової непрохідності (рис. 233).

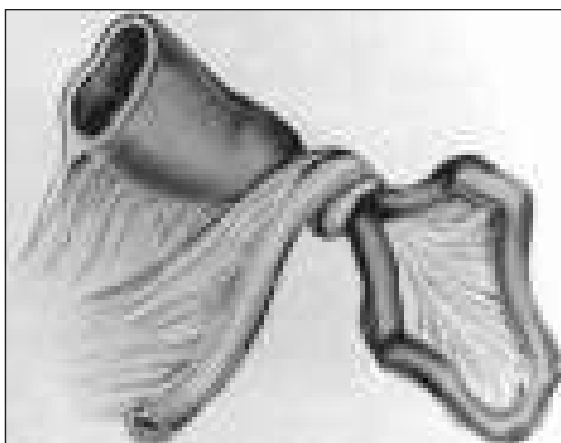


Рис. 233. Заворот тонкої кишки.

Проте деякі види странгуляційної кишкової непрохідності (вузлуотворення, заворот тонкої і товстої кишок може супроводжуватися постійним тупим болем. Треба зазначити, що при спайковій кишковій непрохідності, інвагінації й обтурації переймоподібний біль можна вважати патогномонічною ознакою захворювання.

Для паралітичної кишкової непрохідності в основному притаманний постійний біль, який супроводжується прогресуючим здуттям живота. При спастичній непрохідності кишечника біль переважно різкий, живіт не здутий, інколи буває втягнутим. Наступними важливими ознаками є нудота, блювання (75-80 %), вони притаманні найтяжчим формам і трапляються при високих рівнях непрохідності (вузлуотворення, заворот тонкого кишечника, спайкова непрохідність). При обтураційній непрохідності та інвагінації блювання спостерігають значно рідше.

Здуття живота, затримка випорожнень і газів (85-90 %) є ознакою низьких форм непрохідності (заворот сигми, спайкова кишкова непрохідність). При інвагінації кишечника часто спостерігають рідкий кал з домішками слизу і крові.

При пальпації – живіт м'який, інколи може бути виявлена легка резистентність передньої черевної стінки, перкуторно – наявний високий тимпаніт. При аускультатії живота на початку захворювання можна прослухати підсилення перистальтичних шумів, а після – поступове згасання перистальтики – “шум початку”, “тиша кінця” (Мондор).

Для кишкової непрохідності характерні деякі патогномонічні ознаки: а) *симптом Валя* – обмежене еластичне ковбасоподібне утворення; б) *симптом Склярова* – “шум кишкового плеску”; в) *симптом Ківуля* – металевий звук над роздутою петлею кишки; г) *симптом Шланге* – видима перистальтика кишки після пальпації живота; д) *симптом Спасокукоцького* – “шум падаючої краплі”; е) *симптом Грекова* (Обухівської лікарні) – зянення анального отвору та балоноподібне розширення ампули прямої кишки. При рентгенологічному дослідженні виявляють *чаші Клойбера* – рівні рідини і газу в петлях кишечника (рис. 234).



а



б

Рис. 234. Чаші Клойбера: а) схема (чаші Клойбера); б) Хворий Г. 51 рік, гостра кишкова непрохідність (рентгенограма).



Рис. 235. Основні причини странгуляційної кишкової непрохідності: а) защемлення; б) інвагінація; в) спайки; г) заворот.

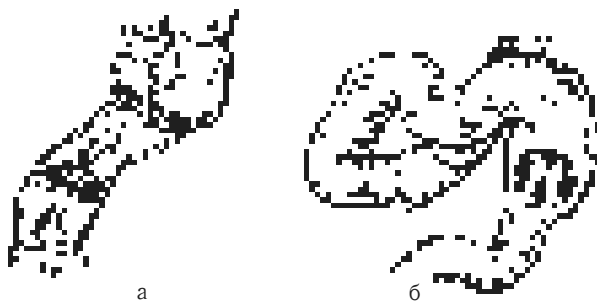


Рис. 236. Обтураційна кишкова непрохідність: а) закупорення кишки пухлиною; б) закупорення жовчним каменем.

кишкової непрохідності відстають на друге місце (рис. 236).

Для високої, особливо странгуляційної кишкової непрохідності, характерне прогресуюче наростання клінічних проявів захворювання та погіршення стану хворого. Швидко настає зневоднення організму внаслідок блювання та порушення секреторної функції кишечника, зменшується об'єм циркулюючої крові та підвищується її згущення (ріст рівня гематокриту, еритроцитів, лейкоцитозу та ін.). Все це призводить до виникнення *гуморального синдрому Самаріна* (гіпопротеїнемія, гіпокаліємія, гіпоксія та ін.) та виникнення некрозу стінки кишки і перитоніту.

При низькій кишкової непрохідності вищевказані ознаки на початку захворювання виражені в меншій мірі і наростають з часом.

Особливості клінічного перебігу деяких форм кишкової непрохідності

Странгуляційна непрохідність. Особливістю цієї форми кишкової непрохідності є порушення крово- і лімфобігу, стиснення нервів брижі і відповідного відрізка кишки внаслідок її завороту, защемлення або вузлуотворення. Провідне місце серед клінічних проявів захворювання належить больовому синдрому та ознакам некрозу кишечника (гіпертермія, інтоксикація й ін.) (рис. 235).

Обтураційна кишкова непрохідність, на відміну від странгуляційної, перебігає не так бурхливо. У клінічній картині при цій патології внаслідок рубцевого звуження кишки або проростання її пухлиною, закупорення стороннім тілом й ін. на перше місце виступають симптоми порушення пасажу кишечника (тривалий переймоподібний біль, затримка стільця, метеоризм та ін.). Ознаки деструкції кишки та перитоніту при цій формі

Особливим видом кишкової непрохідності є *інвагінація*, яка визначається за тріадою патогномічних ознак: періодичним переймоподібним болем у животі, наявністю у черевній порожнині еластичного малоболючого рухомого валика і появою крові в калі при пальцевому ректальному дослідженні. Якщо крові немає, слід провести *пробу Бабука* – легкий масаж інвагінату в животі та дослідження промивних вод після клізми на еритроцити; наявність формених елементів крові при дослідженні свідчить про інвагінацію.

Динамічна кишкова непрохідність виникає при ураженнях патологічним процесом нервово-м'язових елементів кишки та брижі. Вона ділиться на паралітичну і спастичну. *Паралітична непрохідність* часто виникає після абдомінальних операцій, запальних захворювань органів черевної порожнини, травм і отруєнь.

Спастична кишкова непрохідність може виникати при свинцевій коліці, неврозах, істерії, гельмінтозах та ін.

Клінічні ознаки спастичної кишкової непрохідності різноманітні і залежать від багатьох причин: часто виникає розпираючий переймоподібний біль у животі, затримка газів і випорожнень. При пальпації живіт не здутий, м'який, болючий. Діагностика цієї форми кишкової непрохідності не є тяжкою, особливо, коли відома її причина.

Гемодинамічна мезентеріальна кишкова непрохідність розвивається на фоні тромбоемболії та тромбозу мезентеріальних судин, як правило, виникає у хворих із захворюваннями серця, мітральною і аортальною вадами, інфарктом міокарда, бородавчастим ендокардитом, причому частіше уражається верхня брижова артерія (широкий просвіт, відгалуження від аорти під кутом 45°).

Початок захворювання гострий (емболія) або поступовий (при тромбозі). При цьому спостерігається нудота, блювання. В перші години частіше розвиваються ознаки абдомінального ішемічного шоку (частий пульс, зниження артеріального і пульсового тиску, холодний піт, ціаноз слизових і акроціаноз). Хворі збуджені, неспокійні, приймають колінно-ліктьове або положення на боці з підібганими ногами. Під час огляду живіт симетричний, м'який, перистальтика спершу (1-2 год) підсилена (гіпоксичне підсилення перистальтики), пізніше – згасає ("могильна тиша"). У клінічній картині швидко наростають явища інтоксикації. На початку захворювання у хворих спостерігають затримку газів, випорожнень, потім – пронос з домішками крові. При відсутності крові в калі макроскопічно слід провести дослідження промивних вод кишечника, як після проби Бабука при інвагінації.

При встановленні діагнозу кишкової непрохідності слід проводити диференційну діагностику з *проривною гастродуоденальною виразкою*.

Лікування.

Усі хворі з кишковою непрохідністю підлягають госпіталізації в хірургічне відділення. Протягом перших 1,5-2 год після прийняття в стаціонар таким хворим проводять комплексну консервативну терапію, що має диферен-

ційно-діагностичне значення і одночасно є передопераційною підготовкою. Вона повинна бути спрямована на попередження ускладнень, пов'язаних із больовим шоком, порушенням гомеостазу й одночасно є спробою ліквідації кишкової непрохідності консервативними методами.

Заходи, спрямовані на боротьбу з абдомінальним больовим шоком, включають проведення нейролептаналгезії, паранефральної новокаїнової блокади й введення спазмолітиків. У хворих із вираженим больовим синдромом позитивного ефекту можна досягнути також за допомогою епідуральної анестезії.

Ліквідацію гіповолемії з корекцією електролітного, вуглеводного і білкового обмінів досягають введенням сольових кровозамінників, 5-10 % розчину глюкози, желатинолю, перфторану, альбуміну й плазми крові. Існує кілька придатних для використання в ургентній хірургії способів розрахунку кількості рідини, необхідної для нівелювання гіповолемії. Найпростішим і найдоступнішим із них є розрахунок за значенням гематокриту. Якщо за верхню межу норми гематокриту вважати 40 %, то на кожні 5 % вище цієї величини треба перелити 1000 мл рідини.

Корекцію гемодинамічних показників, мікроциркуляції й дезінтоксикаційної терапії досягають шляхом внутрішньовенної інфузії реополіглюкіну, неогемодезу та ін.

Декомпресію шлунково-кишкового тракту здійснюють за допомогою назогастрального зонда й промивання шлунка, а також сифонної клізми (рис. 237). Сифонна клізма ґрунтується на використанні фізичного закону двох з'єднаних посудин, однією з яких є кишки, а іншою лійка, закріплена на зовнішньому кінці введеної у пряму кишку гумової трубки.



Рис. 237. Методика проведення сифонної клізми.

Для постановки сифонної клізми треба мати лійку об'ємом 0,5 л; гумову трубку довжиною 1,5 м і діаметром 1,5 см, яка з'єднана з гнучким гумовим наконечником або з гумовою кишковою трубкою довжиною 20-30 см; кухоль, клейонку, таз або відро, кушетку, вазелінову олію, гумові рукавички, марлеві серветки, 10-12 л чистої води, підігрітої до температури 37-38 °С.

Для постановки сифонної клізми хворого вкладають на лівий бік і просять його підігнути ноги до живота. Під сідниці кладуть клейонку, вільний кінець якої має звисати до підлоги. Біля кушетки ставлять таз для зливання використа-

ної води. Надягають гумові рукавички. Кінець гумової трубки змащують вазеліновою олією, трьома пальцями правої руки беруть її на відстані 4-5 см зовні від заокругленого кінця і розмішують між пальцями, як ручку для писання. Пальцями лівої руки розводять сідниці хворого. Легкими обертовими рухами кінець трубки вводять у задній прохід на глибину 25-30 см, при цьому слідкують, щоб гумова трубка не згорнулася в ампулі прямої кишки; її положення контролюють пальцем. На вільний кінець насаджують лійку і опускають її нижче рівня сідниць хворого в нахиленому положенні. Наливаючи воду в лійку, поступово її піднімають до 50 см над тілом хворого. У цьому положенні рівень води зменшується в міру надходження її до кишок. Як тільки рівень води досягне місця звуження лійки, останню опускають над тазом, не перевертаючи, чекають, доки вона не наповниться вмістом кишок і виливають його в таз. Лійку знову заповнюють водою, піднімають трубку над тілом хворого і так повторюють декілька разів.

Треба пам'ятати, що проводити сифонну клізму слід до появи в ній чистої води. При цьому слідкують за тим, щоб лійка при наповненні її рідиною була нахиленою і повітря не потрапляло до кишок.

Закінчивши процедуру, лійку знімають, занурюють її в 1 % розчин хлораміну, промивають і кип'ятять, а гумову трубку залишають у прямій кишці на 10-20 хв, спустивши її вільний кінець у таз для остаточного стікання залишків рідини і відходження газів.

Трубку виймають, занурюють її в 1 % розчин хлораміну, промивають під проточною водою з милом і кип'ятять. Ділянку заднього проходу обмивають і просушують ватними тампонами.

Обов'язково слідкують, щоб з кишок вийшло не менше рідини, ніж було введено.

Треба зазначити, що технічно правильно проведена сифонна клізма має важливе значення в ліквідації кишкової непрохідності і попередженні різних ускладнень. Цю маніпуляцію потрібно проводити у присутності лікаря.

Ліквідувати кишкову непрохідність таким чином вдається в 50-60 % хворих із механічною кишковою непрохідністю.

Пацієнтам з динамічною паралітичною кишковою непрохідністю доцільно проводити стимуляцію перистальтики кишечника, обов'язково після інфузійної терапії й корекції гіповолемії. Запропоновано багато схем стимуляції перистальтики кишечника. Найвживаніша з них: 1) підшкірне введення 1,0 мл 0,05 % розчину прозерину; 2) через 10 хв внутрішньовенно струминно 60 мл 10 % розчину хлористого натрію; 3) гіпертонічна клізма.

При неефективності консервативних заходів протягом 1-2 год ліквідацію причини кишкової непрохідності здійснюють оперативним шляхом.

Хірургічне лікування кишкової непрохідності повинно включати наступні обов'язкові етапи:

1. Після серединної лапаротомії виконують новокаїнову блокаду брижі тонкої і товстої кишок та проводять ревізію органів черевної порожнини, під час якої виявляють причину кишкової непрохідності й визначають життєздатність кишки.

Ревізія при тонкокишковій непрохідності починається від зв'язки Трейтца і продовжується до ілеоцекального кута. При товстокишковій непрохідності пильно оглядають печінковий, селезінковий і ректосигмоїдний відділи. Відсутність патологічних процесів після проведення ревізії потребує огляду місць утворення й защемлення гриж: внутрішніх пахових і стегнових кілець, затульних отворів, кишень зв'язки Трейтца, Вінслового отвору, діафрагми й стравохідного отвору.

2. Ліквідація причин непрохідності. Треба зазначити, що єдиного методу ліквідації гострої кишкової непрохідності не існує. При нежиттєздатності певної ділянки кишки виконують її резекцію з 30-40 см привідного й 15-20 см відвідного відділу ураженої кишки і накладають анастомоз "бік-у-бік" або "кінець-у-кінець" (рис.238). Життєздатність петлі кишки визначають після її звільнення і закутування у серветку, змочену теплим фізіологічним розчином хлористого натрію. Відновлення кольору, наявність пульсації судин, перистальтичних рухів кишки свідчить про її життєздатність. В інших випадках кишкової непрохідності проводять розрізання спайок, що стискають кишку, розправлення завороту й вузлуотворення петель, дезінвагінацію, видалення обтуруючих пухлин тощо.

3. Для видалення застійного кишкового вмісту і забезпечення декомпресії кишечника в післяопераційному періоді проводять назо-гастро-інтестинальну інтубацію, яка передбачає проведення в тонку кишку еластичного зонда товщиною 8-9 мм і довжиною до 3-3,5 м із множинними отворами діаметром 2-2,5 мм вздовж усього зонда, крім частини, що знаходиться в стравоході, (див. рис. 216), глотці та зовні. Запропоновано декілька спо-



Рис. 238. Міжкишковий анастомоз: а) "бік-у-бік"; б) "кінець-у-кінець".

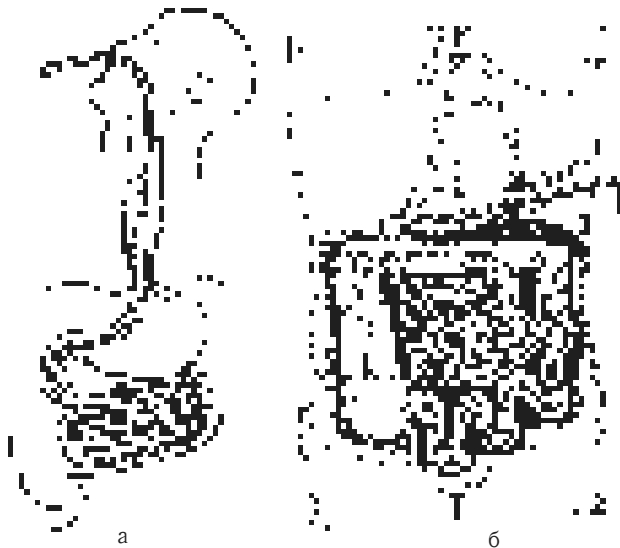


Рис. 239. Схема інтубації кишечника:
а) назогастральний спосіб; б) через гастростому.

способів проведення зонда в кишку (назогастральний, через гастростому, цеко- або апендикостому) (рис. 239). Цю процедуру треба виконувати індивідуально й за показаннями.

Кожен із них має свої переваги й недоліки. У зв'язку із загрозою виникнення пневмонії, вводити інтубаційний зонд хворим похилого віку краще через гастростому або цекостому. Більшість хірургів уникає введення зонда через цеко- й апендикостому, тому що існують технічні труднощі проникнення в тонку кишку через

баугінієвий клапан. На сьогодні широкого клінічного застосування набула інтубація кишечника назогастральним способом із використанням іншого товстого зонда як провідника першого (за Л.Я. Ковальчуком, 1981). Така методика не тільки спрощує саму процедуру інтубації, але й полегшує проникнення через пілоричний сфінктер і дуоденоєюнальний згин, а також попереджує закидання кишкового вмісту в ротову порожнину й трахею. При цьому зонд намагаються провести в тонку кишку якомога далі й видаляють його наступного дня після появи перистальтики і відходження газів, проте не пізніше як на 7 добу, оскільки більш тривала експозиція зонда несе реальну загрозу утворення пролежнів у стінці кишки.

4. Санацію й дренажування черевної порожнини виконують загальноприйнятими методами за допомогою промивання антисептичними розчинами та видалення їх електровідсмоктувачами й серветками. Дренувати черевну порожнину треба з чотирьох місць: в обох клубових ділянках та обох підребер'ях, краще спареними синтетичними дренажними трубками діаметром 0,8-1 см.

У післяопераційний період необхідно продовжити лікування, спрямоване на корекцію гомеостазу. Хворим проводять вливання рідин (не менше 3 л на добу), препаратів крові, білків й ін. Поряд із цим, необхідно проводити профілактику інфекції, з цією метою призначають антибіотики широкого спектра дії, особливо проти кишкової групи мікробів.

Грижі живота

Грижі живота. Грижа (*hernia*) – випинання органів черевної порожнини через природні отвори або набуті дефекти черевної стінки.

Від грижі слід відрізняти *підшкірну евентерацію*, для якої характерний теж вихід внутрішніх органів через дефекти черевної стінки, однак вони не покриті парієтальним листком очеревини. Грижі живота можуть бути *зовнішніми* (пахові, стеговні, пупкові та ін.) і *внутрішніми*, при яких нутрощі потрапляють в очеревинний мішок, утворений в різних щілинах, кишнях очеревини, брижі, природних та набутих отворах діафрагми (діафрагмальні грижі).

Грижі складаються з таких частин: 1. *Грижові ворота*, якими можуть бути вроджені або набуті отвори в м'язово-апоневротичному шарі черевної стінки (рис. 240).

Через природні отвори, як правило, проходять судини, нерви (через паховий канал проходить у чоловіків сім'яний канатик, у жінок – кругла зв'язка матки). Грижові ворота можуть утворюватись і внаслідок травми (розрив діафрагми), поранення або хірургічних операцій.

2. *Грижовий мішок*, що являє собою кишню з парієтального листка очеревини і складається з шийки, тіла і дна. Величина мішка залежить від розмірів воріт, локалізації і тривалості існування грижі.

3. *Грижовий вміст*. Будь-який орган черевної порожнини може попасти в грижовий мішок, однак переважно вмістом його є сальник і петлі тонкої та товстої кишок.

Слід зазначити, що інколи в грижовий мішок може опускатись орган, який частково покритий очеревиною (сечовий міхур, сліпа кишка), такі грижі називають *ковзними*. Якщо вміст грижового мішка вільно вправляється в черевну порожнину, то грижа називається *вільною, вправимою*.

Пахова грижа (*hernia inguinalis*) виходить через паховий канал передньої черевної стінки. Передня стінка пахового каналу утворюється за рахунок нижнього краю апоневрозу зовнішнього косого м'яза, нижня стінка – пупартовою

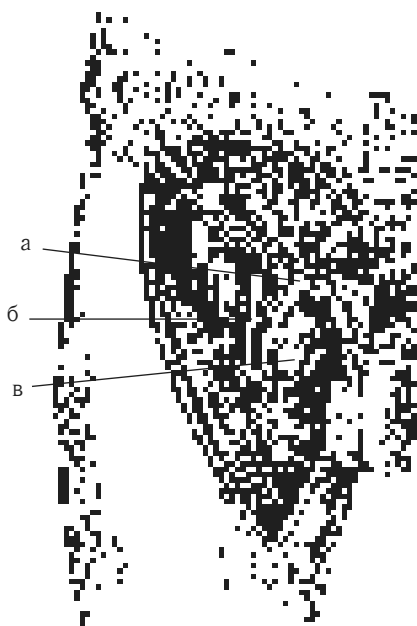


Рис. 240. Правобічна стеговна грижа: а) грижові ворота (стеговний канал); б) грижовий мішок (парієтальна очеревина); в) грижовий вміст (петля тонкої кишки).

зв'язкою, задня – поперечною фасцією і верхня – нижній край поперечного і внутрішнього косо́го м'яза живота. В паховому каналі знаходиться сім'яний канатик (у жінок – кругла зв'язка матки), який входить у нього з заочеревинного простору через отвір у поперечній фасції. Пройшовши через паховий канал, канатик виходить через його зовнішнє кільце, яке утворене ніжками апоневрозу зовнішнього косо́го м'яза.

На задній поверхні черевної стінки є три ямки: латеральна пахова ямка, медіальна, між якими проходить *plica epigastrica*, в товщі якої – нижня епігастральна артерія і вена, посередині – надміхурова ямка, яка відокремлена від медіальної складкою очеревини (*plica vesico-umbilicalis lateralis*). Якщо органи черевної порожнини опускаються через латеральну здухвинну ямку, в якій знаходиться внутрішнє пахове кільце і йдуть паралельно сім'яному канатику, повторюючи його хід, то пахова грижа називається *косою*, а якщо нутрощі спускаються в пахову ділянку через медіальну ямку, то грижа називається *прямою*. Відрізнити косу пахову грижу від прямої можна за такими ознаками: коса пахова грижа проходить у товщі сім'яного канатика, пряма пахова грижа знаходиться медіально від сім'яного канатика і розміщена завжди досередини від нижньої гіпогастральної артерії, тоді як коса – назовні від неї. Пахові грижі можуть бути уродженими і набутими, однібічними і двобічними. При набутій формі грижовий мішок розташовується окремо від сім'яного канатика і яєчка, при уродженій грижі вмістом мішка є сім'яний канатик і яєчко.

Коса пахова грижа починається з випинання очеревини через внутрішній отвір пахового каналу, йде паралельно до сім'яного канатика і разом з ним виходить через зовнішній отвір пахового каналу. Збільшуючись, грижа у чоловіків може опускатися в калитку, в жінок – у велику статеву губу (рис. 241).

Клінічні ознаки. На ранніх стадіях косої пахової грижі випинання розташовується біля входу у паховий канал. Хворий скаржиться на ниючий біль при фізичному навантаженні. Зовні грижа непомітна. Пальцем, введеним у паховий канал через його зовнішній отвір, при покашлюванні можна відчутти легкий поштовх. При *неповній* (канальній) косої паховій грижі грижовий мішок виповнює весь паховий канал, але не виходить за межі черевної стінки. При нату-

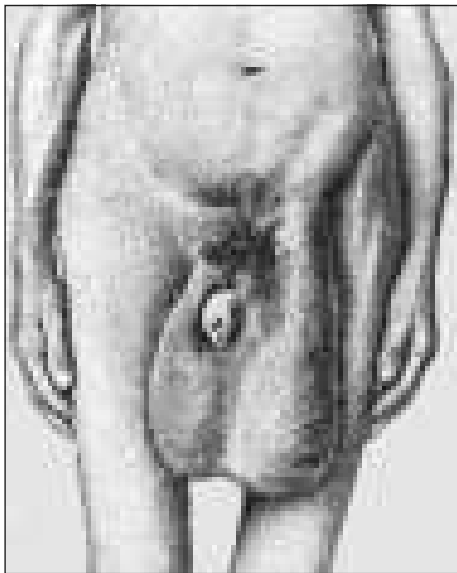


Рис. 241 Лівобічна коса паховокаліткова грижа.

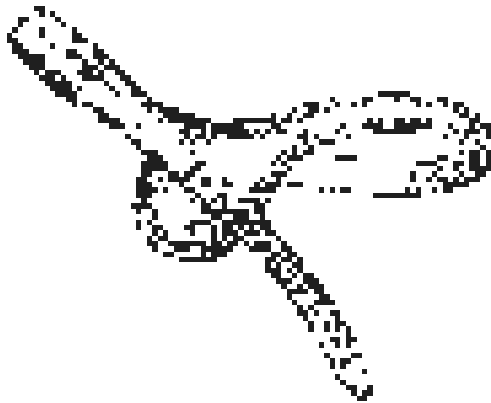


Рис. 242. Бандаж для утримування пахових гриж.



Рис. 243. Операція при косій паховій грижі (за Мартиновим – створення дублікатури з апоневрозу зовнішнього косоного м'яза).



Рис. 244. Лівобічна пряма пахова грижа.

жуванні визначають округле випинання. При *повній* косій паховій грижі таке випинання виходить назовні в ділянці зовнішнього отвору пахового каналу або опускається в калитку.

Грижовий вміст, як правило, самостійно не вправляється навіть у лежачому положенні. Вправлення проводять натискуванням рукою на грижове випинання.

Лікування. Людям похилого віку з порушеннями серцево-судинної системи, яким оперативне лікування протипоказане, можна рекомендувати носити спеціальний бандаж (рис. 242).

Радикальним методом лікування косої пахової грижі є операція. Всі оперативні втручання спрямовані на зміцнення передньої черевної стінки і закриття грижових воріт шляхом зшивання щілин в апоневрозах й м'язах (методика Мартинова, Жерара, Спасокукоцького та ін.) (рис. 243).

Пряма пахова грижа (рис. 244) трапляється приблизно в 5-10 % випадків. Частіше такі грижі виникають у людей похилого і старечого віку із слабкостю розвиненою черевною стінкою.

Пряма пахова грижа починається з невеликого випинання через медіальну пахову ямку і виходить через зовнішній отвір пахового каналу. Разом із очеревиною випинається поперечна фасція, яка покриває грижовий мішок іззовні. В зв'язку з цим

пряма пахова грижа, як правило, не опускається в калитку або статеву губу. Прямі грижі часто є ковзними, і тоді грижовим вмістом можуть бути сечовий міхур, сліпа кишка, інколи сечівник. Через слабкість м'язів черевної стінки пряма пахова грижа часто рецидивує.

Клінічні ознаки. Прямі пахові грижі переважно бувають двобічними. Грижове випинання має круглу, кулеподібну форму і знаходиться медіально від сім'яного канатика, *plica epigastrica*, і *a. epigastrica*, яку можна визначити за пульсацією. Прямі пахові грижі ніколи не опускаються в калитку.

Лікування. Вибором методу лікування прямих пахових гриж є операція. На відміну від косих пахових гриж, при прямих пахових грижах проводять пластику задньої стінки пахового каналу (методика Басіні, Кукуджанова, Постемського та ін.) (рис. 245).

Уроджені грижі. Спостерігаються у дітей в основному внаслідок незавершення пупка та порушень опускання яєчка в калитку в ембріональному розвитку хлопчиків (пахові грижі). Слід зазначити, що період внутрішньо-утробного розвитку яєчко у хлопчиків знаходиться в заочеревинному просторі. До моменту народження воно опускається через паховий канал у калитку, витягуючи за собою ділянку очеревини – *вагінальний відросток очеревини* (*processus vaginalis peritonei*), верхня частина якого облітерується, а нижня утворює власну оболонку яєчка.

Якщо до моменту народження дитини очеревинний відросток не облітерується, а залишається відкритим і сполучається з черевною порожниною, то в цих випадках виникає *уроджена* пахова грижа. В склад такої грижі, крім нутрощів, входить сім'яний канатик і яєчко (у жінок кругла зв'язка матки) (рис. 246).



а



б

Рис. 245. Операція при прямій паховій грижі (за Басіні – а) підшивання внутрішнього косого і поперечного м'яза живота до пупартової зв'язки; б) зшивання апоневрозу зовнішнього косого м'яза над сім'яним канатиком).

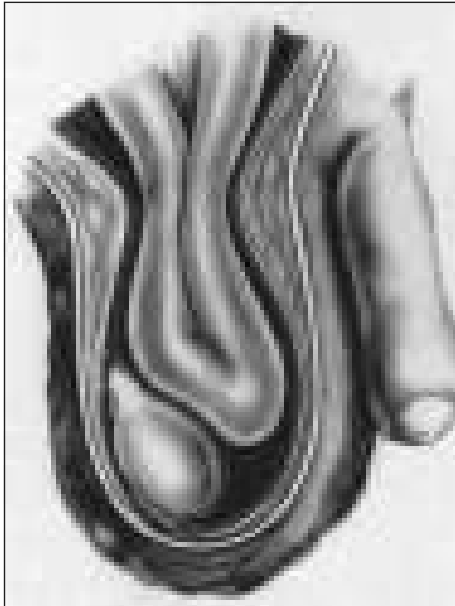


Рис. 246. Уроджена пахова грижа (петля кишки і яєчко знаходяться в грижовому мішку).

Лікування. Уроджені грижі потребують специфічного лікування. Якщо у дитини перших років життя грижа не защемлюється, то з оперативним лікуванням слід утримуватися. При цьому необхідно запобігати підвищенню внутрішньочеревного тиску. Для цього потрібно регулювати стілець (ліквідація запорів), заспокоювати дитину, коли вона сильно плаче, своєчасно лікувати простудні захворювання і т. д. При пупкових грижах у малих дітей хороший ефект може дати стягування ділянки пупка смужками липкого пластиру. При защемленні грижі дитину можна помістити в теплу ванну або припідняти за ноги; грижа може вправитися. Однак, ручне вправлення защемлених гриж забороняється. При операціях застосовують тільки найпростіші види пластики грижових воріт. При паховій грижі яєчко обов'язково відділяють від очеревини.

Стегнові грижі. Трапляються значно рідше, порівняно з паховими грижами. Вони розташовуються нижче пупартової зв'язки в стегновому каналі в основному досередині від стегнової вени, в ділянці овальної ямки (див. рис. 240).

Стегнова грижа частіше спостерігається у жінок (5:1), що пов'язано з більшою шириною таза, його особливим нахилом, великими розмірами овального отвору. Вмістом їх може бути сальник, тонка кишка й сечовий міхур.

Клінічні ознаки. Стегнова грижа характеризується пухлиноподібним утворенням, яке виходить через стегновий проміжок (hiatus saphenus) у підшкірну клітковину передньої поверхні стегна.

Інколи в ділянці стегового каналу виникає біль, який поєднується з диспепсичними розладами, метеоризмом, запором. При розпізнаванні стегової грижі слід проводити диференційну діагностику з: а) паховим лімфаденітом; б) варикозним розширенням вен; в) анеризмою стегових судин і ін.

Лікування стегових гриж тільки хірургічне. Схильність до защемлення примушує хворих погоджуватись на операцію якнайшвидше. Передусім для ліквідації стегових гриж і закриття стегового каналу проводять підшивання пупартової зв'язки до Куперової і фасції гребінцевого м'яза (рис. 247).

При стегових грижах пластику грижових воріт можна проводити з боку черевної порожнини або стегна (за Басіні, Руджі-Парлавецчо).



Рис. 247. Операція при стегновій грижі (за методом Бассіні – підшивання краю пупартової зв'язки до Куперової зв'язки і фасції гребінцевого м'яза).

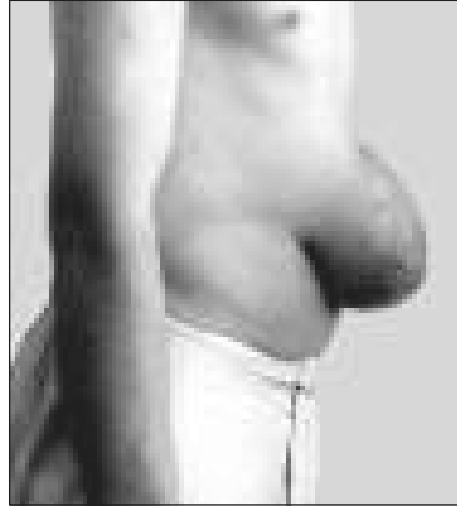


Рис. 248. Хворий В. 62 р. Пупкова грижа великих розмірів.

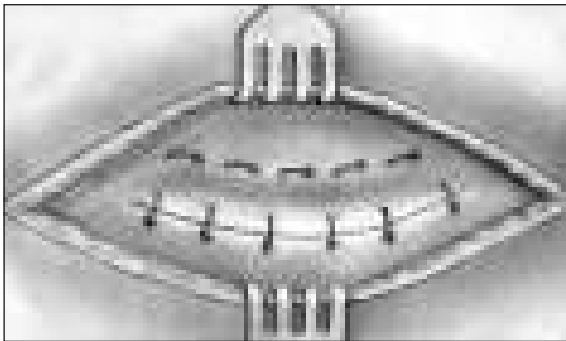


Рис. 249. Операція при пупковій грижі (за Мейо – підшивання нижнього краю апоневрозу до верхнього і створення дублікатури).

Пупкові грижі. В основному трапляються у жінок, що можна пояснити анатомічними особливостями пупка, підвищенням внутрішньочеревного тиску при вагітності і пологах. Розміри випинання можуть бути різними: від грецького горіха до голівки дитини (рис. 248). Пупкові грижі мають велику схильність до утворення багатокammerних грижових мішків, вмістом яких найчастіше бувають сальник, тонка кишка, шлунок.

Клінічні ознаки. У хворих з пупковими грижами, окрім пухлиноподібного утвору, виникає біль у ділянці пупка. Пухлиноподібний утвір, як правило, з'являється в положенні стоячи, а в лежачому положенні зникає.

Лікування. Методом вибору вважають оперативне лікування. При великих пупкових грижах виконують операцію за Лексером (накладання капшучних швів на пупкове кільце). При великих пупкових грижах проводять зшивання країв апоневрозу або накладання одного краю апоневрозу на інший з утворенням дублікатури (операція Мейо, Сапежко) (рис. 249). У хворих з тяжкою супровідною патологією інколи допомагає носіння бандажу.

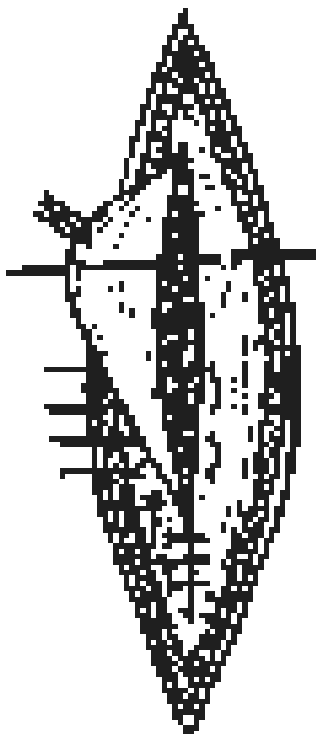


Рис. 250. Операція на грижу білої лінії живота (за Мейо-Сапежко-Д'яконовим).



Рис. 251. Післяопераційна вентральна грижа.

Грижі білої лінії живота. Трапляються в основному в чоловіків. Залежно від локалізації, розрізняють надпупкові, підпупкові та навколопупкові грижі.

Клінічні ознаки. По білій лінії живота, переважно в епігастральній ділянці, з'являється пухлиноподібний утвір, болючий при пальпації. Грижа білої лінії живота може симулювати клінічну картину виразкової хвороби шлунка, холециститу або панкреатиту. Для їх виключення потрібно ретельно обстежити хворого.

Лікування гриж білої лінії живота – оперативне. Проводять пластику грижових воріт за допомогою створення дублікатури апоневрозів білої лінії живота (методика Мейо-Сапежко (рис. 250)).

Післяопераційні вентральні грижі. Спостерігають у місцях попередніх лапаротомних розрізів після оперативних втручань на органах черевної порожнини і нагноєння операційної рани (рис. 251).

Клінічні ознаки На місці операційного рубця формується пухлиноподібне випинання, яке супроводжується болем, що посилюється при фізичному навантаженні. Часто спостерігаються диспепсичні розлади, метеоризм. Петлі тонкої кишки і сальник часто зрощуються з черевною стінкою, що може призвести до кишкової непрохідності.

Лікування післяопераційних вентральних гриж оперативне. Висікають рубцеву тканину. Дефект у черевній стінці зашивають за допомогою дублікатури, подібно до операцій при пупковій грижі.

Ускладнені грижі. При утворенні спайок між стінками грижового мішка і органами живота, що є його вмістом, внаслідок постійної травматизації (носіння бандажа, спеціальних фіксаторів, схиль-

ність до защемлення й ін.) виникає *невправима* грижа. При накладанні долоні на грижове випинання і покашлюванні кашльовий поштовх передається на долонну поверхню руки. При перкусії може виникати тимпанічний (петлі кишечника) або тупий (сальник) звук. Невправиму грижу слід відрізняти від защемленої.

Під *защемленою* грижею слід розуміти раптовий вихід і стиснення органів черевної порожнини в ділянці вузьких воріт або шийки мішка. Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини защемлені грижі трапляються у 10 % хворих (рис. 252).

Основними причинами защемлення гриж є: 1) вузькі грижові ворота; 2) щільність і неподатливість країв грижових воріт; 3) підвищення внутрішньочеревного тиску (фізичне напруження, кашель); 4) зміни органів, що є вмістом мішка грижі (перекрут кишечника, переповнення вмістом).

За механізмами виникнення розрізняють еластичне, калове і змішане защемлення (рис. 253).

Калове защемлення трапляється переважно у людей похилого віку з послабленою перистальтикою кишечника при наявності широких грижових воріт й надмірним переповненням вмістом привідної петлі кишки.

Еластичне защемлення буває в основному в осіб з добре розвиненими м'язами передньої черевної стінки внаслідок: а) раптового виходу нутрощів через вузьке грижове кільце; б) рефлекторного спазму м'язів, що оточують грижове кільце.

При поєднанні калового і еластичного виникає *змішане* защемлення.

Трапляються *рідкісні форми защемлення:*

а) *ретроградне* – грижа Майдля або “W”-подібне защемлення, при якому защемлена петля кишки лежить не в грижовому мішку, а в черевній порожнині, її можна виявити лише при уважній ревізії петель кишечника в грижовому мішку або лапаротомії (рис. 254); б) *пристінкове* – грижа Ріхтера, при попаданні в грижове кільце частини стінки кишечника (рис. 255);

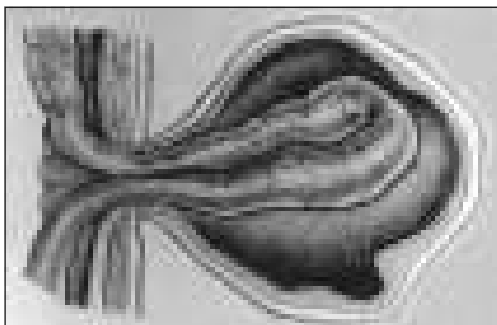


Рис. 252. Защемлена грижа.

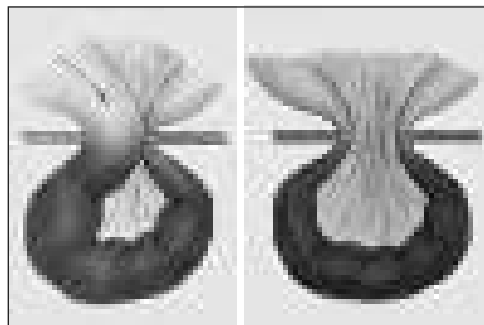


Рис. 253. Види защемлення грижі:
а) калове; б) еластичне.

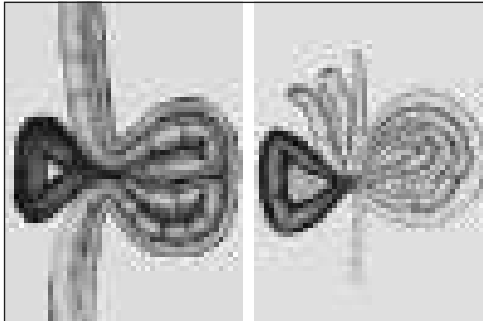


Рис. 254. Грижа Майдля (“W”- подібне защемлення).



Рис. 255. Пристінкове защемлення (грижа Ріхтера).

в) защемлення дивертикула Меккеля – грижа Літре; г) защемлення жирової підвіски товстої кишки.

Клінічні ознаки. Для еластичного защемлення характерні такі ознаки: а) раптовий біль у ділянці випинання; б) збільшення об'єму і напруження грижі; в) неможливість вправлення грижового вмісту в черевну порожнину. При защемленні петель кишечника у хворих, як правило, розвивається клінічна картина гострої кишкової непрохідності.

Калове защемлення, на відміну від еластичного розвивається поступово, випинання не таке болюче, визначають кашльовий поштовх при дослідженні грижового мішка, диспептичні розлади розвиваються поступово, загальний стан погіршується з часом.

Диференційну діагностику защемленої грижі треба проводити з невправимою грижею. Пахову защемлену грижу необхідно відрізнити від гострого пахового лімфаденіту, водянки яєчка та орхіту в чоловіків, стегової грижі, яка утворюється під пупартовою зв'язкою, запалення калитки, тромбофлебіту вен сім'яного канатика. Стегнову защемлену грижу – від пахового лімфаденіту, холодного абсцесу (при туберкульозі, заплив з хребта). Пупкову грижу – від метастазу раку шлунка в пупок.

Лікування. Хворих з защемленою грижею потрібно госпіталізувати в хірургічне відділення. Защемлена грижа підлягає невідкладному оперативному лікуванню, незалежно від локалізації і часу защемлення. Операцію з приводу защемленої грижі проводять під загальним знеболюванням. Після розсікання шкіри і виділення грижового мішка старанно відгороджують операційне поле серветками. Грижовий мішок розрізають, видаляють грижову воду і проводять ревізію защемлених органів. Защемлююче кільце розсікають тільки після огляду нутрошів. Якщо виникає сумнів у життєздатності кишок, петлю на 5-10 хв вкривають серветками, змоченими теплим ізотонічним розчином хлористого натрію. При відсутності ознак життєдіяльності петлі кишки показана її резекція. Операцію закінчують пластикою грижових воріт, залежно від локалізації і форми грижі, за загальноприйнятими

методиками. При самовільному вправленні защемленої грижі під час госпіталізації тактика у таких хворих повинна бути індивідуальною. У випадку покращення загального стану хворий підлягає госпіталізації і спостереженню. При появі клініки гострого перитоніту проводять невідкладну операцію – серединну лапаротомію з ревізією і наступним вирішенням тактичних питань (ліквідація грижі, резекція кишки та ін.). При відсутності клініки гострого живота хворих з вправленими після защемлення грижами оперують у плановому порядку.

Вправлення защемленої грижі слід проводити тільки у виключних випадках у хворих з тяжким загальним захворюванням (обширний інфаркт, дихальна недостатність, порушення мозкового кровообігу, коматозний стан і ін.), коли з часу защемлення минуло не більше 1-1,5 год.

Захворювання прямої кишки

Геморой (*varices haemorrhoidales*) у перекладі з грецької означає кровотечу (гема – кров, рео – текти). В сучасному розумінні – це варикозне розширення вен прямої кишки, в народі називається “почечуй”, одне з найпоширеніших захворювань прямої кишки, що створює проблему не тільки медичну, але й соціальну. Саме захворювання не становить загрози для життя, однак може призвести до тривалої непрацездатності і інвалідності. Основною причиною геморою є клапанна недостатність венозної системи прямої кишки. Важливе значення у виникненні цього захворювання мають сидячий спосіб життя, тяжка фізична праця, вагітність, утруднене сечовипускання та інші.

Розрізняють *зовнішній геморой* (розширені підшкірні вени анального отвору) і *внутрішній* (розширені підслизові вени анального каналу). За кількістю вузлів: *поодинокі, множинні*. За формою: *грушоподібні, кулеподібні, мішкоподібні*. За клінічним перебігом: гострий і хронічний геморой, які можуть бути *неускладненими* і *ускладненими* (кровотеча, тромбоз, випадання слизової оболонки, тріщини, парапроктити та ін.).



Рис. 256. Гострий геморой.

Клінічні ознаки залежать від патологоанатомічних змін, ускладнень і реакції організму хворого. Захворювання розпочинається поступово. Одним із перших симптомів є відчуття свербіння у задньому проході, потім з'являється біль і вузли (рис. 256).

В міру збільшення варикозно розширених вен виникають кровотечі. Кровотеча, як правило, виникає з варикоз-

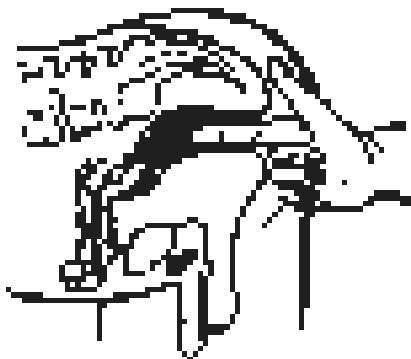


Рис. 257. Пальцеве обстеження прямої кишки.

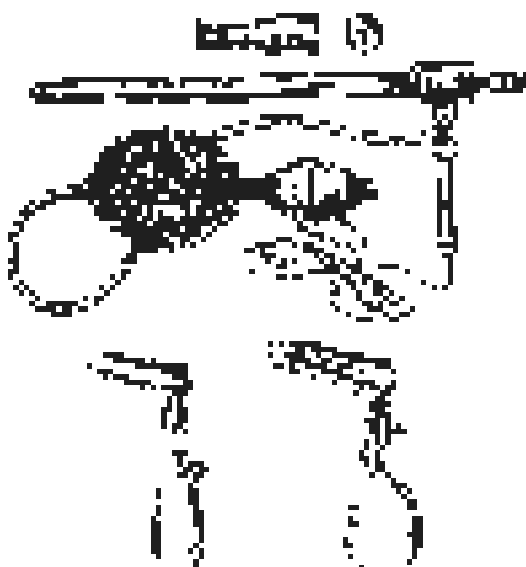


Рис. 258. Ректоскоп та ректальні дзеркала.

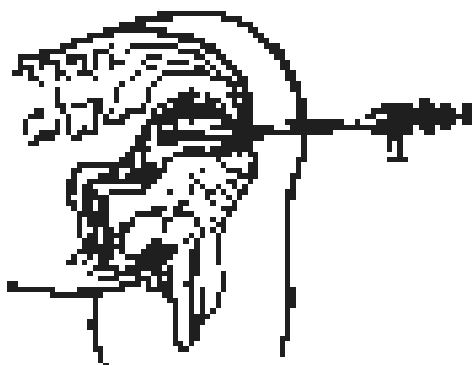


Рис. 259. Ректороманоскопія.

них вузлів, ерозій або може бути капілярною — зі слизової оболонки прямої кишки. Залежно від стадії розвитку захворювання, гемороїдальні вузли можуть випадати при фізичному напруженні, дефекації і самостійно вправлятися, а можуть випадати не тільки при напруженні і дефекації, а й при ходьбі або просто при вертикальному положенні хворого.

У гемороїдальних вузлах, які випали з ануса, нерідко розвивається *тромбоз* і *тромбофлебіт*, що супроводжується сильним болем. Хворий не може ходити, сидіти, з'являється гарячка, загальна слабкість. При огляді і пальпації вузли щільні, різко болючі (рис. 257).

Діагноз геморою встановлюють, як правило, без труднощів: огляд ануса при натужуванні, пальцеве дослідження прямої кишки, дослідження прямокишковим дзеркалом (ректоскопом), в окремих випадках — ректороманоскопія, — дозволяють встановити місце знаходження вузлів, їх кількість, форму, величину (рис. 258, 259).

Лікування. Протягом багатьох років загальні принципи лікування геморою не зазнавали значних змін. Неускладнені форми геморою підлягають консервативному лікуванню. Головними напрямками лікування повинні бути *ліквідація запалення і регулювання стільця*. Для забезпечення такого лікування проводять туалет заднього проходу за допомогою сидячих ванн зі слабким розчином марганцевокислого калію (KMnO_4) або дубової кори, ромашки; 2-3 рази на день

ставлять невеликі клізми з промиванням пазух заднього проходу, висхідний душ. Поряд із цим, ставлять мікроклізми з риб'ячим жиром, маслом шипшини, маззю Вишневського. Для профілактики запорів призначають спеціальну дієту: в раціон включають буряк, моркву, кефір, яблука, кисле молоко. З дієти виключають усі подразнювальні продукти: алкоголь, перець, гірчицю та ін. Призначають послаблювальні засоби: дуфалак, регулакс, смекту та ін.

Важливе значення у лікуванні хронічного геморою займає лікувальна гімнастика. Хворі інколи недооцінюють значення гімнастики і ЛФК. Їм необхідно змінити спосіб життя, різко підвищити рухливість.

При сильному болю призначають свічки з анестезином, беладаною, "Реліф", "Деліпрокт", ультрапрокт, прокто-глівенол і ін.

Враховуючи те, що при геморої має місце порушення гемокоагуляції, в комплекс консервативного лікування необхідно включати глівенол, ескузан, трентал й ін. З фізіотерапевтичних методів лікування призначають солюкс, УВЧ, діатермію, струми Дарсонваля. Ретельне виконання вищевказаного лікування у переважній кількості хворих з неускладненим гемороєм дає хороший ефект.

Консервативному лікуванню підлягають і деякі ускладнені форми геморою (проктит, гостре запалення вузлів й ін.).

При наявності *гострого тромбофлебиту* хворому призначають ліжковий режим, знеболювальні засоби, антикоагулянти, гепаринову мазь, гепатромбін та ін. В окремих випадках проводять пресакральну новокаїнову блокаду, свинцеві примочки, компреси, теплі сидячі ванни з 5 % розчином перманганату калію, призначають детралекс. При наявності температурної реакції призначають антибіотики, сульфаніламід.

При *випаданні вузлів* хворому необхідно призначити ін'єкцію (морфій, промедол), пресакральну блокаду 0,25 % розчином новокаїну і обережно вправити гемороїдальні вузли. При відсутності ефекту проводять операцію.

Проміжне місце між оперативним і консервативним лікуванням варикозного розширення вен прямої кишки займає *склеротерапія і кріотерапія, електрокоагуляція* і ін. Її проводять у хворих з неускладненими формами геморою. Для цього використовують 50 % розчин карболової кислоти з гліцерином (10 мл), 70° спирт, 60 % розчин глюкози, варикоцид, варикоцид та ін.

Оперативному лікуванню підлягають: 1) геморої, ускладнені кровотечами; 2) геморої, ускладнені випаданням слизової; 3) геморої + тріщина, яка не піддається консервативному лікуванню; 4) геморої та парапроктит. В останньому випадку спочатку необхідно ліквідувати парапроктит, а потім – геморої.

Операція з приводу геморою – одна із небагатьох операцій на прямій кишці, яку можна проводити під місцевою анестезією у вигляді пресакральної новокаїнової блокади із 4-х точок. Передопераційна підготовка, крім загальноприйнятої методики, включає в себе обов'язкове призначення проносних засобів за добу до операції (ввечері і зранку – очисні клізми). Хворого вкладають на операційний стіл, як для промежних операцій.



Рис. 260. Операція при геморої (за Мілліганом-Морганом: а – початок операції; б – кінець).



Рис. 261. Випадання прямої кишки.

Пряму кишку обробляють антисептиками і в просвіт її вводять велику марлеву серветку, змочену антисептиком. До серветки необхідно підв'язати нитку для контролю. Для лікування геморою запропоновано багато операцій – від простого лігатурного методу, розсічення зовнішнього сфінктера, до циркулярного висічення слизової оболонки за Уайдхедом. Широко використовують метод А.В. Мартинова (1907): гемороїдальний вузол відтягують затискачем Люера, навколо його шийки надсікають слизову оболонку, вузол прошивають кетгутом, перев'язують і висікають. За В.Д. Федоровим гемороїектомію проводять за допомогою затискачів Люера і Більрота, після висікання вузлів зашивають слизову оболонку. За методикою Міллігана-Моргана видаляють тільки три вузли на 3-7-11 год, місце видалення зашивають (рис. 260).

Після операції в пряму кишку вводять спеціальну еластичну трубку діаметром 1,5-2 см, призначають протизапальні і знеболювальні засоби.

У післяопераційний період хворому призначають дієту з малим вмістом клітковини. Після акту дефекації хворий приймає сидячу ванну з перманганатом калію (рожевого кольору) або содовим розчином (30-40 г на ванну).

Випадання прямої кишки (prolapsus recti). Під випаданням прямої кишки слід розуміти вихід стінки прямої кишки з заднього проходу. Розрізняють випадання слизової оболонки нижнього відділу прямої кишки і випадання всіх шарів стінки (рис. 261). Випаданню кишки сприяють часті потуги при запорах, сечовипусканні, довготривалі проноси, геморої, особливо при виході внутрішніх вузлів, які тягнуть за собою слизову оболонку. В основі

випадання стінок прямої кишки, як правило, лежить розслаблення її сфінктерів і м'язової діафрагми таза.

Клінічні ознаки. Випадання слизової оболонки може бути частковим і повним. У деяких випадках спостерігають випадання і слизової анального каналу, тоді стає видимий безпосередній перехід шкіри в слизову оболонку.

На початку захворювання, коли розслаблення сфінктерів ще є незначним, слизова оболонка, яка випадає під час дефекації або напруження може самостійно або за допомогою хворого вправитися. Але з втратою тонуусу сфінктерів випадання кишки відбувається при будь-якому напруженні, навіть при ходьбі і в стоячому положенні; а воно супроводжується нетриманням газів, калу. Випадання прямої кишки може бути різної величини і різних її відділів. Розрізняють: 1) приховане випадання прямої кишки (prolapsus recti oculta); 2) випадання тазового відділу кишки (prolapsus recti); 3) випадання тазового і промежнинного відділів (prolapsus recti et ani); 4) випадання слизової заднього проходу (prolapsus ani).

Випадання стінок прямої кишки може бути різної довжини і викликати різні ускладнення: 1) защемлення стінки кишки; 2) розрив; 3) запалення; 4) кишкову непрохідність; 5) переродження в пухлину.

За клінічним перебігом випадання прямої кишки поділяється на 4 стадії (за Б.Р. Брайцевим):

1. Кишка випадає тільки під час дефекації і самостійно вправляється.
2. Кишка випадає після дефекації і потребує додаткового вправлення.
3. Кишка випадає при найменшому фізичному навантаженні, але втримується після вправлення.
4. Кишка випадає при вертикальному положенні хворого і після вправлення.

У 3-4 стадії хворі повністю втрачають працездатність, страждають, не можуть з'явитися в громадських місцях через нетримання газів і калу.

Встановити діагноз випадання прямої кишки неважко. Скарги, огляд, пальцеве дослідження хворого навпочіпки дає можливість своєчасно виявити захворювання. Обов'язковою умовою при дослідженні таких хворих є виконання ректороманоскопії.

Лікування може бути консервативним і оперативним. Консервативне лікування передбачає нормалізацію стільця і укріплення тазового дна. Однак воно не завжди є успішним і застосовується в основному у дітей до п'яти років.

Гостре випадання прямої кишки необхідно вправити після введення знеболювальних і спазмолітиків: долонею руки натискають на вершину конуса прямої кишки, що випала. Після вправлення хворому призначають ліжковий режим, дієту, масляні клізми.

Усі оперативні втручання повинні бути спрямовані на підшивання і фіксацію прямої кишки. Для підшивання кишки переважно використовують крижову кістку, матку, сечовий міхур та ін.

Серед оперативних методів лікування використовують: спосіб Вернейль-Маршана – після резекції куприка накладают ряд паралельних швів на задню стінку кишки, яку фіксують до крижової кістки; операція Зереніна-Кюммеля – колопексія до передньої черевної стінки або передньої зв'язки хребта в ділянці крижового ложа, при максимальному підйманні прямої кишки доверху.

Укріплення замикального апарату прямої кишки можна здійснювати за допомогою срібного дроту, що вводять навколо сфінктера; шовкової лігатури; фасціальної або шкірної смужки.

Тріщини заднього проходу (fissura ani) займають третє місце після коліту і геморою (11,7 %). Виникають переважно у жінок. Як правило, локалізуються на задній стінці кишки, нижче морганієвих складок (пазух), рідше (10 %) – спереду. Причина – запори, твердий кал, звужене анальне кільце.

Клінічні ознаки. Захворювання розпочинаються з простого розриву слизової оболонки і кровотечі, потім відбувається її інфікування і формується тріщина, до якої приєднується рефлекторний спазм анального сфінктера. Хвороба характеризується сильним болем з іррадіацією в попереk, сідниці, сечовий міхур.

Встановлення *діагнозу* тріщини заднього проходу в основному ґрунтується на візуальному і пальпаторному дослідженні прямої кишки, наявності частих кровотеч, болючому акті дефекації.

Лікування. Методом вибору лікування хворих з тріщинами заднього проходу є консервативне лікування. Перш за все санацію тріщин необхідно розпочинати з призначення дієти і регуляції у хворих стільця (дуфалак, регулакс, сірчанооксида магнезія, і ін.). Хворим призначають сидячі теплі ванни з калію перманганатом, ромашкою, дубовою корою. Добрий ефект можна отримати від пресакральних новокаїнових блоkad, введення спирт-новокаїну під дно тріщини. Для цього на відстані 1 см від тріщини роблять прокол, кінець голки доводять до середини тріщини глибиною 0,7-1,0 см, спочатку вводять 5 мл 0,5 % розчину новокаїну і, не виймаючи голку, – 1 мл 70° спирту, можна вводити гідрокортизон. При цьому стілець треба виключити за допомогою очисної клізми, після акту дефекації необхідно проводити гігієнічні теплі ванни з $KMnO_4$. При відсутності ефекту виконують операцію Рекам'є (розтягнення сфінктера і висікання тріщин).

Сверблячка заднього проходу (pruritus ani) – до цих пір не вирішено, чи це симптом, чи захворювання. По суті – це нейродерміт, пов'язаний із розладами чутливої сфери нервової системи.

Клінічні ознаки. Розрізняють первинну – ідіопатичну сверблячку і вторинну як результат постійного подразнення шкіри ануса виділеннями з кишки. Вона може проявлятися у вигляді вологої і сухої форми. Хронічні форми сверблячки тривають багато років. Діагноз сверблячки встановлюють на підставі суб'єктивного відчуття хворого і огляду анальної ділянки.

Лікування в основному спрямоване на ліквідацію негативних факторів, проведення гігієнічних заходів, регуляцію дієти (забороняють приймати ал-

коголь, копчені й гострі продукти). Місцево призначають мазі (5 % цинкова, 5-10 % дерматолова, 1-2 % саліцилова кислоти, ментолова, гідрокортизонова), присипки, примочки. Підшкірно можна вводити суміш з 0,05 метиленової синьки, 0,5 новокаїну, 24 мл дистильованої води, 2 мл 96° спирту + 10 крапель адреналіну (А.Н. Рижих, 1988).

В окремих випадках проводять операцію Бола – напівовальні розрізи з обох боків анального отвору з пересіканням усіх нервових закінчень.

Гострий парапроктит (paraproctitis acuta). Порівняно з іншими гнійними процесами, парапроктит має дві особливості: 1) запалення швидко призводить до гнійно-некротичного руйнування тканин; 2) перехід у хронічну форму і утворення нориць.

Основними причинами парапроктиту є інфікування (стрептокок, кишкова паличка та ін.), пошкодження слизової оболонки або наявність інших запальних захворювань – метастатична форма.

Головною причиною гострого парапроктиту є гнійне запалення анальних залоз, які відкриваються у задньопрямі пазухи. Чоловіки хворіють у 2 рази частіше від жінок.

За локалізацією розрізняють: 1. Підшкірні гнійники. 2. Підслизові. 3. Сіднично-прямокишкові. 4. Тазово-прямокишкові (рис. 262).

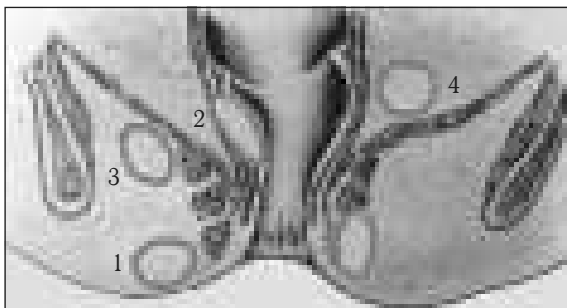


Рис. 262. Схема розташування параректальних гнійників.

Клінічні ознаки. Захворювання розпочинається гостро і розвивається дуже швидко з підвищенням температури тіла до 38-39 °С, розвитком інтоксикації. У хворого виникає різкий біль у ділянці заднього проходу, який інколи супроводжується тенезмами (позивом на дефекацію). При об'єктивному обстеженні виявляють припухлість, гіперемію, болючість при пальпації. При пальцевому дослідженні виявляють ущільнення на певній ділянці, виникає біль при натискуванні на уражену стінку прямої кишки. При сформованих гнійниках у центрі ущільнення виникає флюктуація.

При пальцевому дослідженні виявляють ущільнення на певній ділянці, виникає біль при натискуванні на уражену стінку прямої кишки. При сформованих гнійниках у центрі ущільнення виникає флюктуація.

Лікування – оперативне (ліки і фізичні процедури не ефективні!) – це розділ невідкладної хірургії, нехтування операцією є дуже небезпечним і розглядається як велика тактична помилка. Хворі на гострий парапроктит повинні лікуватись тільки в стаціонарі. Перед операцією їм необхідно очистити пряму кишку розчином фурациліну 1:5000 і добре помити промежину. Оперувати слід тільки під загальним наркозом. Операція полягає у виконанні овальних розрізів навколо прямої кишки, широкому розкритті гнійної порожнини, звільненні її від гною, проведенні ретельної ревізії та дренивання



Рис. 263. Хворий С. 42 р. Параректальні нориці.

гнійника. Якщо під час операції виявлено зв'язок гнійника з просвітом прямої кишки, необхідно розтягнути сфінктер і в кишку ввести тампон з маззю Вишневського або дві трубки для промивання. При цьому потрібно домогтися загоєння рани від дна. Якщо гострий парапроктит не закінчується одужанням, він переходить в хронічну стадію з формуванням нориць різної локалізації (рис. 263).

Епітеліальні куприкові

ходи виникають на II–III місяці внутрішньоутробного розвитку внаслідок неповної редукції надхребтової групи м'язів хвоста. За ступенем розвитку їх можна розділити на: ямки, або воронкоподібні заглиблення, поодинокі або множинні ходи, які можуть проникати в куприковий канал і навіть сполучатися зі спинним мозком. Усі ці форми розташовуються позаду від куприка в підшкірній клітковині і відкриваються поодинокими або множинними ходами. Переважно проявляються у віці 18-30 років. У куприкових ходах часто можуть рости волосинки, скупчуватися виділення сальних і потових залоз.

За морфологічним складом розрізняють: 1) епітеліальні куприкові ходи; 2) пресакральні пухлини; 3) хвостоподібні придатки.

Клінічні ознаки. Приводом звертання хворого за медичною допомогою є формування гнійного процесу, який виникає при закупоренні епітеліальних ходів. Сформований гнійник після його самостійного розкриття, як правило, ускладнюється гнійною норицею, яка формується по середній лінії міжсідничного заглиблення, над куприком, навколо заднього проходу, в 3-4 см від анального кільця. Діагноз встановлюють візуально, підтверджують за допомогою фістулографії.

Лікування. Хворим проводять санацію нориці, для цього використовують антисептики, припікання міцним розчином $KMnO_4$, 5 % розчином йоду. При відсутності ефекту від консервативного лікування виконують операцію. У дітей видалення патологічного утвору рекомендують проводити у віці після року. Наявність абсцесу, флегмони є показанням до їх негайного розкриття. Найраціональнішою є операція в стадії затихання гнійного процесу. У цих випадках проводять висікання епітеліальних куприкових ходів.

Доброякісні пухлини прямої кишки становлять 50-70 % усіх пухлин прямої кишки. Трапляються у 2,5-7,5 % усіх хворих з патологією прямої кишки. Розрізняють *епітеліальні* пухлини (поліпи), *ворсинчасті* і пухлини *неепітеліального походження* (лейоміоми, ліпоми, фіброми, судинні пухлини та ін.).

Клінічні ознаки залежать від величини, розташування і ускладнень пухлини. Доброякісні пухлини проявляються неприємним відчуттям стороннього тіла, порушеннями акту дефекації, інколи виникають тенезми. Низько розташовані пухлини на тонкій ніжці можуть випадати через задній прохід, викликати кровотечі. Діагноз встановлюють на основі пальцевого дослідження, ректоскопії і ректороманоскопії, при високо розміщених пухлинах – за допомогою колоноскопії.

Лікування. Доброякісні пухлини прямої кишки підлягають оперативному лікуванню. Поодинокі високо розташовані пухлини видаляють за допомогою ректороманоскопа. При низько розташованих пухлинах можливе їх трансанальне висічення. При множинних і високо розташованих пухлинах проводять резекцію відповідної ділянки кишки.

Рак прямої кишки трапляється досить часто, займає третє місце (80 %) серед усіх ракових захворювань кишечника і п'яте місце – серед інших локалізацій. Основною причиною ракових уражень у 50-70 % хворих є переродження доброякісних пухлин та різні запальні захворювання. Переважно уражається середньоампулярний відділ прямої кишки (70-88 %). Рак ампули і проксимального відділу прямої кишки, як правило, є аденокарциномою або скіром, інколи викликає циркулярне звуження прямої кишки. Рак анального відділу трапляється рідше і походить з епітелію (плоскоклітинний рак). За характером росту розрізняють екзофітну, ендофітну, змішану форму раку.

Розрізняють чотири стадії ракового процесу: 1) $T_1N_0M_0$ – пухлина до 3 см (не більше $\frac{1}{3}$ кишки); 2) $T_2N_0M_0$ – пухлина проростає до половини околу, проростає через усю стінку, при пальпації зміщується; 3) $T_3N_1M_0$ – пухлина циркулярно охоплює кишку, проростає через всю стінку, є метастази в регіонарні лімфатичні вузли; 4) $T_4N_{1-3}M_1$ – велика пухлина, проростає в сусідні органи, визначаються метастази у сусідніх органах.

Особливістю раку прямої кишки є те, що він розвивається поступово і пізно дає метастази. Метастазування, як правило, відбувається за ходом лімфатичних колекторів, розміщених вздовж судин брижі. З верхньої частини кишки метастазування відбувається за ходом верхньої гемороїдальної вени і артерії. З нижніх відділів метастазування йде в пахові лімфатичні вузли і по системі середньої, нижньої ректальної вени і артерії. Віддалене метастазування відбувається, як правило, в печінку, може бути в яєчники (метастази Крукенберга).

Клінічні ознаки залежать від локалізації, характеру, росту і наявності запального перипроцесу. Рак верхнього відділу частіше ускладнюється стенозуванням кишки і кишковою непрохідністю, середнього відділу – кровоточаючими, нижнього – утрудненим актом дефекації. Переважно виникає дискомфорт, відчуття незавершеності акту дефекації. Проростання високо розташованих пухлин прямої кишки в тонкий кишечник може супроводжуватись проносом, кишковою непрохідністю, в сечовий міхур – порушенням сечовипускання. Слід пам'ятати, що рак прямої кишки відноситься до візуальних форм раку, які повинні своєчасно діагностуватись. Проте у 25 % хворих трапляються

запущені форми раку. Більшість з них лікувались з приводу різних запальних захворювань прямої кишки. Для встановлення діагнозу важливе значення мають: 1) пальцеве дослідження прямої кишки, яке повинно проводитись при всіх найменших скаргах хворого; 2) ректороманоскопія; 3) рентгенографія (ангіографія, лімфографія); 4) біопсія і гістологічне дослідження. При підозрі на ракове ураження необхідно проводити гістологічне дослідження.

Лікування. Вибором методу лікування є операція. Якщо пухлина знаходиться у верхньому відділі, проводять резекцію прямої кишки з накладанням анастомозу “кінець у кінець”. При наявності раку ампулярного відділу



Рис. 264. Операція при раку прямої кишки (за Кеню-Маелсом).

кишки проводять резекцію верхньої третини ампули або ампутацію кишки зі збереженням сфінктера і зведенням сигмоподібної кишки для анастомозу. Рак, який розміщується в ділянці ануса і в 5-6 см над ним, вимагає екстирпації прямої кишки з клітковиною і лімфатичними вузлами, кінець сигмоподібної кишки виводять у ліву здухвинну ділянку (операція Кеню-Маелса) (рис. 264).

У запущених випадках раку прямої кишки, ускладненого кишковою непрохідністю, проводять операцію Гартмана (видалення пухлини і накладання кінцевої сигмостоми). При наявності метастазів, коли радикальне хірургічне лікування провести неможливо, накладають протиприродний задній прохід (anus preternaturalis) – виводять назовні відрізок сигмоподібної кишки в лівій

здухвинній ділянці. В окремих випадках проводять рентгенотерапію і хіміотерапію. Ці методи лікування сповільнюють ріст ракової пухлини. Тривалість життя хворого при паліативному лікуванні – 2-3 роки. Без операції хворі гинуть від низької кишкової непрохідності.

Закрита та відкрита травма живота

Травма живота в загальній структурі травм займає 9-10 %. У 18 % таке пошкодження поєднується з травмою грудної клітки, черепа і кінцівок. Основною причиною травм у мирний час є дорожно-транспортні пригоди, при яких виникають тяжкі поєднані пошкодження.

Ушкодження стінки живота можуть бути закритими і відкритими, з пошкодженням органів черевної порожнини або без них. За характером травми розрізняють *ізолювану* травму живота, *поєднану* (з пошкодженням інших органів або ділянок тіла) та *комбіновану* (поєднання механічного пошкодження з термічним, радіаційним та ін.).

Закриті ушкодження стінок живота виникають при ударі або падінні на передню черевну стінку, спину. Розрізняють *забій* стінки і *розрив* м'язів живота.

Клінічні ознаки. Для забою стінки живота характерна болючість у ділянці травми, поява гематоми, інколи виникає крововилив у підшкірну жирову клітковину. При значній травмі можуть спостерігати симптоми подразнення очеревини рефлекторного характеру (вісцерокутанний рефлекс).

Розриви м'язів передньої черевної стінки можуть бути повними і частковими. Найчастіше спостерігають розриви прямих м'язів живота. При обстеженні потерпілого під шкірою визначають дефект м'язів і гематому, яка може бути обмеженою (піхвою прямого м'яза живота) або розпливчастою. При значних розривах м'язів черевної стінки можуть виникати ознаки подразнення очеревини, парез кишечника, затримка газів, стільця рефлекторного походження.

Діагноз забою черевної стінки і розриву м'язів не викликає труднощів. Анамнез травми, локальна болючість і гематома є основними. При підозрі на ушкодження внутрішніх органів хворого необхідно госпіталізувати в стаціонар, де для підтвердження діагнозу проводять лапароцентез або діагностичну лапароскопію.

Лікування. Потерпілим із забоем черевної стінки призначають холод, спокій, болезаспокійливі засоби. При наявності великих гематом їх розкривають, згустки крові видаляють, на судини накладають лігатури. При значних розривах м'язів їх необхідно зшивати. Операцію проводять і при сповільненому розсмоктуванні або нагноєнні гематоми.

Відкриті ушкодження стінок живота завдаються холодною або вогнепальною зброєю. Вони можуть бути непроникаючими і проникаючими. При *непроникаючих* пораненнях є пошкодження черевної стінки без порушення цілості очеревини. При *проникаючих* пораненнях – пошкодження очеревини і, як правило, внутрішніх органів (рис. 265, 266).

Клінічні ознаки. У хворих визначається болючість, кров'янисті виділення і припухлість навколо рани. У випадках проникаючого поранення виникають симптоми перитоніту або кровотечі. Симптомів подразнення очеревини при непроникаючих пораненнях немає. Остаточний діагноз встановлюють під час клінічного обстеження потерпілого, первинній хірургічній обробці і ревізії рани.

Лікування. При відсутності пошкодження очеревини (непроникаючих пораненнях) проводять обробку рани і накладають шви на шкіру.

При проникаючих пораненнях необхідно проводити лапаротомію і ревізію внутрішніх органів.

Закрита і відкрита травми живота з пошкодженнями органів черевної порожнини. Закриті ушкодження органів черевної порожнини виникають при прямому ударі по животі, падінні з висоти, транспортних пригодах.



а



б

Рис. 265. Відкриті ушкодження живота: а) непроникаючі; б) проникаючі.

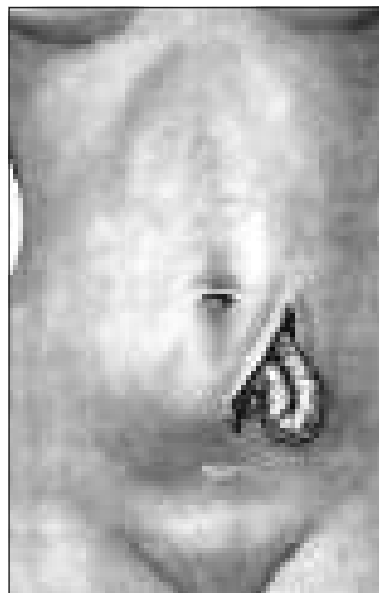


Рис. 266. Ножове проникаюче поранення живота, випадання петлі тонкої кишки.

При розривах паренхіматозних органів (печінки, селезінки, підшлункової залози і ін.) на перший план виступають ознаки внутрішньої кровотечі. По-терпілий блідий, загальмований, скаржить на біль в животі. Пульс слабого наповнення, частий, артеріальний тиск знижується. В аналізі крові виявляють зниження вмісту гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту.

При розриві порожнистих органів (шлунка, кишечника) визначають розлитий біль, напруження м'язів черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блумберга; при перкусії зникає печінкова тупість. Над всією черевною порожниною відмічається тимпаніт. У бокових фланках і заворотах живота скупчується рідина. Перистальтика кишечника зникає. З'являються ознаки інтоксикації: блідість шкірних покривів, сухість язика, тахікардія, загострені риси обличчя.

Слід зазначити також, що при поєднанні травми живота з пошкодженням кісток скелета в першу чергу всю увагу звертають на більш інтенсивний біль у ділянці перелому.

Переломи кісток, які беруть участь у формуванні черевної стінки, можуть викликати симптоматику пошкодження органів черевної порожнини. Залежно від локалізації переломів кісток, виділяють:

1. Торакальний екстраабдомінальний синдром (при переломах VI-XII ребер).

2. Поперековий екстраабдомінальний синдром (при переломах тіла і остистих відростків XI, XII грудних і поперекових хребців).

3. Тазовий екстраабдомінальний синдром (при переломах кісток таза, заочеревинних гематомах). Ці пошкодження кісток можуть рефлекторно викликати зміни зі сторони органів черевної порожнини (ознаки подразнення очеревини, парез кишечника, затримку газів, стільця і ін.).

Слід пам'ятати, що при поєднаній травми живота і черепномозковій травмі (особливо з порушенням свідомості) ознаки пошкодження внутрішніх органів (болючість, напруження м'язів живота, ознаки подразнення очеревини та ін.) можуть бути відсутніми або слабвираженими. Поряд із цим слід зазначити, що в окремих потерпілих ізольована черепномозкова травма може симулювати клініку абдомінального синдрому.

Важливе значення у встановленні діагнозу травми живота належить *додатковим методам дослідження*. При наявності кровотечі швидко знижується гемоглобін, гематокрит і кількість еритроцитів. При пошкодженні порожнистих органів більше змінюються показники білої крові – наростає лейкоцитоз, виникає зсув формули крові вліво.

Для пошкодження печінки специфічним є зміна рівня ферментів (сорбітдегідрогенази, лактатдегідрогенази, альдолази та ін.), білірубіну.

Пошкодження підшлункової залози супроводжується підвищенням концентрації амілази в крові і сечі.

Рентгенологічне дослідження проводять для виявлення вільного газу, рідини, зміщення органів черевної порожнини, їх деформації.

Вирішальне значення в постановці діагнозу має лапароцентез, лапароскопія, діагностична лапаротомія.

Для проведення *діагностичного лапароцентезу* використовують троакар і тонку поліетиленову трубку (з системи переливання крові). Троакар вводять на 1,5-2 см нижче або вище пупка, через конус його проводять катетер і відсмоктують вміст черевної порожнини. Якщо вмісту немає, вливають 500-1000 мл фізіологічного розчину хлориду натрію, який потім видаляють і проводять його дослідження (мікроскопія, йодна проба на наявність крохмалю). Даний метод є ефективним при травмі живота.

При поєднаній (множинній) травмі головною метою є не тільки розпізнавання пошкодження органів черевної порожнини, а й своєчасне встановлення показань до невідкладного оперативного втручання.

При переломах ребер (особливо нижніх – 6-12) може виникати клініка, характерна для пошкодження органів живота. Для диференційної діагностики необхідно виконати міжреберну новокаїнову блокаду. При відсутності пошкодження внутрішніх органів через 20-30 хв після блокади зникає напруження м'язів черевної стінки, стає можливою глибока пальпація живота.

При переломах кісток таза, заочеревинних гематомах для проведення диференційної діагностики слід виконати двобічну внутрішньотазову новокаїнову блокаду (Г.Д. Нікітін, 1976). При відсутності пошкоджень органів живота зникає напруження м'язів передньої черевної стінки.

Лікування. Усіх хворих із закритою і відкритою травмою органів живота потрібно госпіталізувати в хірургічне відділення. При наданні першої медичної допомоги потерпілим з відкритою травмою живота перед транспортуванням необхідно накласти асептичну пов'язку (рис. 267).

Якщо є підозра на ушкодження органів черевної порожнини, категорично забороняють введення болезаспокійливих, спазмолітиків, наркотиків, які можуть маскувати справжню клінічну картину травми органів живота. Випадання із рани сальника, петель кишечника свідчить про відкрите (проникаюче) поранення. Слід зазначити, що у хворих з невеликою шкірною раною можна не помітити пошкоджень органів живота.

При пошкодженні органів черевної порожнини показане невідкладне хірургічне втручання.

Перед операцією всім потерпілим обов'язково проводять комплекс реанімаційних заходів, спрямованих на боротьбу із шоком, нормалізацію гемодинамічних змін, порушень дихання.

Послідовність виконання оперативного втручання при поєднаній травмі живота і інших ділянок тіла повинна бути індивідуальною, залежно від тяжкості стану хворих і характеру пошкоджень.

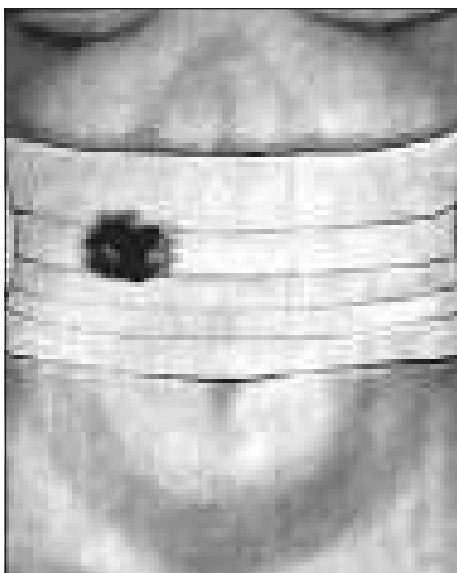


Рис. 267. Накладання асептичної циркулярної тиснучої пов'язки на рану живота.

При невеликих пошкодженнях черевної стінки проводять ревізію рани. При виявленні проникаючого поранення рану обробляють, прикривають серветками або зашивають, після чого проводять серединну лапаротомію. При випадінні сальника через рановий отвір виконують його резекцію. Петлі кишечника, що випали, обмивають антисептичним розчином і вправляють у черевну порожнину. Слід пам'ятати, що при будь-яких пошкодженнях черевної стінки, особливо пошкодженнях порожнистих органів, необхідно проводити профілактику правця.

Залежно від характеру травми порожнистого органа (розрив кишки, шлунка), проводять зшивання місця розриву дворядним швом або резекцію кишки, шлунка (при множинних розри-



Рис. 268. Зшивання рани тонкої кишки і брижі.

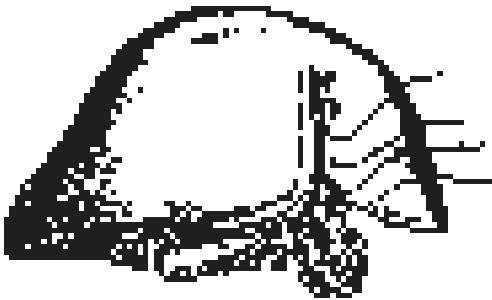


Рис. 269. Накладання П-подібних швів з підшиванням сальника до печінки.

вах або розчавлені стінки) в межах незмінених тканин (рис. 268).

В умовах перитоніту міжкишкові анастомози необхідно накладати “бік у бік” з використанням зшиваючих апаратів і медичного клею (КЛ-3, МК-7, МК-8).

При пошкодженні печінки видаляють нежиттєздатні тканини. Зшивання розривів печінки проводять П-подібним або матрацними швами. При необхідності виконують підшивання діафрагми або сальника до печінки (гепатофренопексія, тампонада рани сальником на ніжці) (рис. 269). При масивних розривах – резекцію сегмента або частки печінки.

При розривах селезінки проводять спленектомію (видалення селезінки) і лише при невеликих поодиноких розривах органа можна виконати зшивання з тампонадою рани сальником на ніжці.

При наявності поверхневих розривів підшлункової залози проводять зшивання рани. При глибоких розривах

або розчавлені тканини залози (хвіст, тіло) виконують резекцію хвоста або тіла і хвоста (каудальна або корпорокаудальна) резекція з додатковою перитонізацією кукси залози сальником на ніжці.

Після ліквідації основних ушкоджень проводять ретельне промивання (лаваж) і оптимальне дренивання черевної порожнини (піддіафрагмальний простір, бокові фланки живота і порожнина малого таза).

Для профілактики динамічної кишкової непрохідності і постійного видалення кишкового вмісту і декомпресії шлунково-кишкового тракту в післяопераційний період слід виконати назо-гастро-інтестинальну інтубацію кишечника.

Догляд за хворими із захворюваннями та пошкодженнями органів черевної порожнини.

Важливе значення в своєчасній діагностиці та лікуванні гострих захворювань та пошкоджень органів черевної порожнини займає медсестринське спостереження та догляд за хворими.

Догляд за хворими з “гострим животом”. Медична сестра повинна пам'ятати, що “гострий живіт” приховує у собі велику небезпеку для здоров'я хворого. Від своєчасного розпізнавання причини захворювання і надання кваліфікованої медичної допомоги залежить доля людини.

До встановлення причин захворювання і болю в животі забороняють грілку на живіт, давати хворим проносне, робити клізму, промивати шлунок, приймати їжу, алкоголь, знеболювальні препарати.

Біль у животі може виникати при багатьох гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини (перитоніт, апендицит, холецистит й ін.), які потребують невідкладної хірургічної допомоги. І якщо вищевказані процедури виконані без показань, вони можуть погіршити стан хворих і призвести до розвитку різних ускладнень. Приймання знеболювальних засобів може утруднити діагностику, призвести до помилок, внаслідок чого буде втрачено час для термінового надання хірургічної допомоги. При наданні медсестринської допомоги хворим з “гострим животом” пацієнта необхідно зручно вкласти в ліжку, забезпечити йому спокій, на живіт покласти міхур з льодом, викликати лікаря та терміново відправити його в хірургічне відділення.

При виникненні блювання хворого необхідно посадити, одягнути клеїончастий фартух, підставити до ніг миску чи відро, нахилити хворого до переду і підтримувати його за плечі. Якщо тяжкість стану хворого не дозволяє сидіти, то медична сестра повинна повернути йому голову набік для запобігання аспірації блювотних мас (потрапляння їх у дихальні шляхи), що може призвести до зупинки дихання, розвитку аспіраційної пневмонії. Біля рота розміщують лоток. Під голову хворого підкладають клеїонку. Під час блювання необхідно знаходитись біля хворого. Після кожного акту блювання слід полоскати порожнину рота водою або 2 % розчином натрію гідрокарбонату, попередньо видаливши блювотні маси з ротової порожнини грушеподібним балоном. У ряді випадків блювання може супроводжуватись появою запаморочення, втратою свідомості. В таких випадках слід використати нашатирний спирт, серцеві засоби (дигоксин, строфантин, корглікон). Блювотні маси необхідно відправити на аналіз. Їх збирають у сухий чистий скляний посуд із щільно прилягаючим корком, маркують (вказують дату, прізвище хворого, відділення і назву дослідження) і відправляють у лабораторію.

З дозволу лікаря для припинення блювання хворому можна дати випити м'ятні краплі, холодну, підкислену лимонною кислотою воду, 0,5 % розчин новокаїну, шматочки льоду, церукал, мотиліум.

Слід пам'ятати, що згідно з існуючим положенням, усі діагностичні, організаційні й тактичні питання при наданні невідкладної допомоги хворим з “гострим животом” повинні бути вирішені впродовж двох, максимум чотирьох годин.

Після встановлення діагнозу підготовку хворого до операції здійснюють індивідуально, залежно від характеру основного захворювання, тяжкості стану, віку й ін. Передопераційна підготовка повинна бути інтенсивною і нетривалою.

Інколи перед операцією проводять часткову санітарну обробку: миють лише забруднені ділянки тіла, дезінфікують ймовірне операційне поле, проводять гоління. Медична сестра під контролем лікаря повинна визначити групу крові хворого, виміряти температуру тіла, відправити кров на визначення резус-фактора. При термінових показаннях налагоджує внутрішньовенне вливання і з уже підключеною системою доставляє хворого в операційну, де йому продовжують проводити необхідні заходи з корекції гомеостазу під час анестезії і операції.

Догляд за хворими з перитонітом. Лікування і догляд за хворими з перитонітом є ефективним при правильній організації ведення передопераційного і післяопераційного періоду. Хворого на перитоніт необхідно помістити в палату інтенсивної терапії, надати йому положення Фовлера, дати кисневу маску, на живіт покласти міхур з льодом, загорнувши його в пеленку. За призначенням лікаря необхідно поставити товстий зонд у шлунок і відсмоктати його вміст. У тяжкохворих зондування шлунка проводять у положенні лежачи на боці, з низько опущеною і ледь повернутою набік головою. При проведенні промивання шлунка слід пам'ятати, що одночасно в шлунок можна вводити не більше 1 л рідини. Не рекомендують також швидко наповнювати шлунок рідиною, це може викликати блювотний рефлекс. Після закінчення промивання для пригнічення росту і розмноження кишкової мікрофлори в шлунок необхідно ввести 200-300 мл кисню за допомогою шприца Жане. Поряд із цим, для боротьби з інфекцією за призначенням лікаря необхідно внутрішньом'язово або внутрішньовенно ввести антибіотики широкого спектра дії, краще цефалоспоринового ряду (цефазолін, цефпролекс, цефотаксим й ін.).

Для підвищення реактивності організму застосовують імуноглобулін, антистафілококову плазму, 5 % розчин полібіоліну (5 мл). Для боротьби з інтоксикацією вводять неогемодез, ентеродез, неокомпенсан й ін. Для покращення мікроциркуляції – реополіглюкін, реоглюман. Для парентерального харчування переливають 200-300 г білкових препаратів (альбумін, протамін), жирові емульсії (1,5-2 г жирів на 1 кг ваги хворого) в поєднанні з амінокислотами, розчини глюкози тощо. Слід зазначити, що вливання розчинів глюкози швидко підвищує осмотичний тиск крові, відновлює водний дефіцит, підсилює перехід рідин з тканин у кров, розширює судини, збільшує діурез. Глюкозу призначають тільки з інсуліном (1 ОД інсуліну на 4-5 г глюкози). Хворим проводять комплексну вітамінотерапію, корекцію водно-електролітного обміну. Об'єм інфузійної рідини повинен становити до 2,5-3 л. З метою профілактики тромбоемболічних ускладнень призначають антикоагулянти

прямої дії (гепарин, кальципарин, фраксипарин) під контролем стану згортальної системи крові. Одночасно проводять профілактику пневмонії (інгаляції, дихальна гімнастика, вібраційний масаж і ін.).

Передопераційна підготовка повинна здійснюватися швидко та інтенсивно. Хворого необхідно оперувати тільки після покращення його стану, діяльності серцево-судинної, дихальної систем, корекції водно-електролітного, білкового, вуглеводного і жирового обмінів.

Використовуючи комплекс адекватної терапії, у більшості випадків вдається добре підготувати хворих до операції, навіть у термінальній фазі перитоніту та з тяжким ступенем інтоксикації.

Особливістю ведення післяопераційного періоду у хворих з перитонітом є продовження лікування, яке було розпочате в передопераційному періоді і залежить від динаміки перебігу, особливостей перитоніту, характеру проведеного оперативного втручання, темпу нормалізації обміну і життєво важливих функцій організму. Ефективність лікування контролюють за реакцією і станом хворого (пульс, артеріальний тиск, добовий діурез, біохімічні показники крові).

Після закінчення операції хворого переводять у палату інтенсивної терапії. До повернення його з операційної необхідно підготувати функціональне ліжко, розправити білизну, провітрити палату. Хворого вкладають на ліжко так, щоб у разі необхідності можна було б підійти до нього зі всіх боків. Оперовані хворі потребують пильного нагляду сестри-анестезистки до повного пробудження (впродовж 2 год). Після цього хворому надають напівсидячого положення (Фовлера) в ліжку, щоб перешкодити скупченню ексудату в піддіафрагмальному і підпечінковому просторах.

Одразу ж після операції на ділянку післяопераційної рани накладають мішок з піском або міхур з льодом для попередження виникнення гематоми. При наявності дренажів їх доточують трубками (можна від систем для переливання крові) і підключають до вакуумної системи або опускають в окремі баночки, наповнені антисептиком, і перевіряють періодично їх прохідність. При сприятливому перебізі післяопераційного періоду дренажі видаляють на 3-4 день після операції. Назо-гастро-інтестинальний зонд, проведений під час операції для декомпресії кишечника, теж доточують і опускають в окрему банку. Щоб зонд не турбував і не викликав болю, пролежнів, у ніздрі необхідно закапувати вазелінове або обліпихове, шипшинове, інше масло, періодично змінювати його положення. Поява гикавки, зригувань, блювання свідчить про непрохідність зонда. У цих випадках необхідно терміново перевірити його прохідність, промити шлунок і повідомити лікаря. Видаляють інтубаційний зонд після появи перистальтики кишечника й відходження газів, на 5-6 день після операції. Робити це необхідно повільно, без зусиль, при появі неприємних відчуттів у хворого, болю в животі необхідно на деякий

час (10-15 хв) припинити видалення зонда, оскільки він може завернутись і зав'язатись. Після видалення зонда слід перевірити його цілісність.

При наявності спраги хворому можна дозволити з другого дня після операції пити невеликими ковтками мінеральну воду. Досить часто рідина, прийнята через рот, виділяється через зонд, промиваючи шлунок і сам зонд. Годування хворих необхідно розпочинати тільки після ліквідації парезу кишечника і відновлення перистальтики. Їжу призначають малими порціями по 6-8 раз на добу, починаючи з кефіру, перетертого супу, бульйону, чаю. Поступово в раціон включають яйця, відварне м'ясо, рибу, масло та ін.

Хворі потребують добросовісного догляду: виконання гігієнічних процедур, протирання спини, масажу м'язів ніг, рук. Необхідно слідкувати за порожниною рота, щоб не допустити стоматиту, паротиту. Одночасно проводять профілактику пневмонії – призначають содові інгаляції, дихальну гімнастику та ін. Для зменшення болю впродовж 2-3 днів призначають знеболювальні (анальгін, омнопон, промедол і ін.), снодійні. За призначенням лікаря проводять інфузійну терапію. Інтенсивна терапія у хворих з перитонітом продовжується 8-10 днів. Інколи для детоксикації організму використовують складні методи очищення крові та плазми від токсичних продуктів за допомогою гемо-, плазмосорбції.

Використовуючи комплекс сучасного лікування, вдається врятувати життя більшості хворих, навіть із розлитим перитонітом.

Догляд за хворими з проривною виразкою. Хворих з проривною виразкою шлунка або дванадцятипалої кишки госпіталізують у хірургічне відділення. Транспортування здійснюють на ношах машини невідкладної допомоги у вигідному для хворого положенні (на боці, на спині). Супроводжуючий персонал повинен спостерігати за станом хворого.

Слід пам'ятати, що хворим з сильним больовим синдромом до встановлення кінцевого діагнозу без дозволу лікаря категорично забороняють вводити знеболювальні, спазмолітичні, наркотичні препарати. Тільки за призначенням лікаря проводять протишокові заходи. Медична сестра організовує забір необхідних аналізів, проводить венопункцію і здійснює, при необхідності, введення медикаментозних засобів для корекції водно-електролітного, білкового, вуглеводного обмінів і ін.

При категоричній відмові хворого від операції йому необхідно ввести товстий зонд у шлунок і проводити постійне відсмоктування вмісту за допомогою шприца Жане або вакуумної системи. Загалом, догляд і спостереження за хворими з проривною виразкою в передопераційний і післяопераційний період здійснюється, як при перитоніті. Хворому проводять постійне відсмоктування шлункового вмісту, внутрішньовенне вливання рідин, препаратів крові, введення антибіотиків. Давати пити і годувати хворого розпочинають з 2-4 дня після операції, з відновленням перистальтики кишечника.

Якщо хворий поступає у перші години захворювання і операція виконана своєчасно і правильно, післяопераційний період звичайно проходить нормально, без ускладнень, і закінчується одужанням хворого.

Догляд за хворими з шлунково-кишковою кровотечею. Хворі з шлунково-кишковими кровотечами потребують невідкладної допомоги і повинні бути госпіталізовані у хірургічне відділення, незалежно від ступеня кровотечі і причини, що її викликала. Транспортувати хворого необхідно в лежачому положенні, на живіт треба покласти холод (міхур з льодом або холодною водою, попередньо обгорнувши його рушником чи пеленкою). Поряд із цим, необхідно ввести внутрішньовенно 10 мл 10 % розчину хлориду кальцію, а внутрішньом'язово – 2 мл розчину вікасолу, адроксону та ін. При наявності геморагічного шоку проводять реанімаційні заходи (див. розділ “Тактика медичної сестри при кровотечах”).

Якщо кровотеча виникла у стаціонарі, медична сестра зобов'язана терміново сповістити лікаря. При цьому вона повинна постійно знаходитися біля хворого, уважно спостерігати за його станом, показниками пульсу, артеріального тиску; викликати лаборанта для проведення аналізу крові (еритроцити, гемоглобін, гематокрит); налагодити систему для внутрішньовенного вливання. За призначенням лікаря вона проводить інфузійну терапію і виконує необхідні маніпуляції.

Якщо стан хворого покращився і немає ознак продовження кровотечі, хворому здійснюють консервативне лікування і спостереження. При наявності ознак кровотечі, що триває, і погіршенні стану хворого проводять екстрене хірургічне втручання. Після операції на шлунку у хворих можуть виникати скарги на біль в епігастрії, відрижку, гикавку і ін. внаслідок атонії (парезу) або непрохідності анастомозів шлунка. При перших ознаках застою необхідно за участю лікаря ввести зонд у шлунок і відсмоктати його вміст шприцом Жане або залишити зонд для постійного пасивного виділення шлункового вмісту. Медсестра повинна слідкувати за станом зонда, виділеннями з нього. Одночасно за призначенням слід ввести засоби, що тонізують мускулатуру шлунка (60-70 мл 10 % розчину хлориду натрію; 1 мл 0,05 % розчину прозерину; 10-20 ОД пітуїтрину). Моторно-евакуаторна функція оперованого шлунка, як правило, відновлюється на 3-4 добу. Особливою небезпекою є недостатність швів, накладених на шлунок, або створеного анастомозу, що може спричинити розвиток перитоніту. Медична сестра повинна слідкувати за станом дренажів черевної порожнини, контролювати виділення із них. Поява в дренажних трубках крові або шлункового вмісту є ознакою кровотечі або недостатності швів шлунково-кишкового анастомозу. При нормальному перебізі післяопераційного періоду дренажні трубки видаляють, на 3-4 добу. Годування розпочинають тільки з дозволу хірурга, який оперував хворого.

Поряд із цим, у хворих проводять заходи для корекції гомеостазу. Гемотрансфузійну терапію проводять за показаннями. Цільну донорську кров переливають лише у тих випадках, коли неможливо отримати її компоненти (еритроцитарну масу, плазму та ін.). Переливати еритроцитарну масу слід із свіжозамороженою плазмою у співвідношенні 1:3.

Після виписування хворих із стаціонару для подальшої реабілітації їх направляють на санаторно-курортне лікування (Моршин, Поляна Квасова, Миргород і ін.) і ставлять на диспансерний облік.

Схема ведення післяопераційного періоду у хворих після операцій на шлунку:

1. Положення хворого: а) 1-2 год після операції – горизонтальне; б) через 3-4 год після операції – напівсидяче.

2. Вставання хворого: а) з першого дня активна гімнастика, в тому числі дихальна; б) з третього дня - сидіти і вставати з ліжка; в) 4-5 день – ходити.

3. Знімання швів: а) 7-й день – знімання швів “через один”; б) 8-й день – знімання решти швів.

4. Догляд за шлунково-кишковим трактом: туалет порожнини рота, масаж підщелепних та білявушних слинних залоз, введення назо-гастрального зонда, декомпресія кукуси шлунка, промивання шлунка 1 % розчином бікарбонату натрію або 1:10000 розчином марганцевокислого калію, введення 200 см³ кисню.

5. Дієта: 1-й день: полоскання порожнини рота кип'яченою або мінеральною водою; 2-й день: ковтками через 15-20 хв – несолодкий чай, відвар тмину, шипшини; 3-й день: при появі перистальтики – лужні мінеральні води, суміш Спасокукоцького, солодкий чай; 4-й день: сирі яйця, шоколад, лужні мінеральні води, чай; 5-й день: сирі яйця, лужні мінеральні води, кефір, нежирний бульйон, солодкий чай; 6-7 день: сирі яйця, фруктові соки, компот, перетертий суп, манна каша, кефір, сметана, білі сухарі; 8-9 день: сирі яйця, фруктові соки, перетертий суп, йогурт, кефір, компот, сметана, манна каша, парові котлети, картопляне пюре, білі сухарі; 10-й день: стіл 1а; 11-й день: стіл 1б; 12-й день: стіл 1; 13-14 день: стіл 15.

Догляд за хворими з апендицитом. У більшості випадків хворі на гострий апендицит своєчасно звертаються за медичною допомогою і не потребують особливої передопераційної підготовки. У випадку пізнього звертання за допомогою, наявності гострого апендициту, ускладненого перитонітом, хворого готують до операції як при перитоніті. Після апендектомії при неускладненому гострому апендициті післяопераційний період перебігає, як правило, без ускладнень. Для зменшення болю хворим впродовж 1-2 днів призначають знеболювальні, інколи – наркотики. Якщо немає ускладнень, дозволяють сідати і вставати на 2-3-й день після операції. З появою перис-

тальтики кишечника (кінець 2-3 доби) хворим дозволяють приймати їжу. Першу перев'язку проводять на 2-й день після операції. Дренажі видаляють залежно від перебігу післяопераційного періоду (3-4-а доба). При відсутності ускладнень виписування хворого із стаціонару здійснюють на 7-8 день.

Схема ведення післяопераційного періоду у хворих після апендектомії:

I. Режим: 1. 1-й день: а) хворий знаходиться в ліжку (бажано – функціональному); б) проводити дихальну гімнастику і ЛФК (рухи руками і ногами); в) у кінці дня можна повертатись на правий бік. 2. Вставання хворого з ліжка: а) при хронічному і гострому апендициті – на 2-3 день (індивідуальний підхід); б) при сприятливому перебізі післяопераційного періоду у хворих з деструктивними формами апендициту – на 4-5 день, при ускладненнях – строго індивідуальний підхід.

II. Зняття швів: а) 5-й день – зняття швів “через один”; б) 6-й день – зняття всіх швів.

III. Дієта: а) при перебізі післяопераційного періоду без ускладнень: 1-й день – голод, змочування губ; 2-й день – несолодкий чай, мінеральна вода, кефір, йогурт; 3-й день – суп, рідка манна каша, сире яйце; 4-6 день – стіл № 15; б) при ускладненнях – строго індивідуальний підхід.

IV. Основні призначення медикаментів і маніпуляцій: 1) 1-2 день – розчин промедолу 1-2 % – 1,0 або 2,0 мл підшкірно; 2) антибіотики (відповідно до чутливості мікрофлори) – при гострому, особливо деструктивному апендициті; 3) содові інгаляції, гірчичники на грудну клітку, вібраційний масаж, дихальна гімнастика – для профілактики і лікування запальних процесів дихальних шляхів; 4) газовивідна трубка – на 2 день, гіпертонічна клізма при стійкому метеоризмі – на 3 день, акт дефекації повинен бути на 3-4 день.

V. Виписування хворого із стаціонару при відсутності ускладнень – на 7-8 день.

Догляд за хворими з гострим холециститом. Хворих на гострий холецистит госпіталізують тільки в хірургічне відділення. Медична сестра слідкує за виконанням призначень, ставить йому холод на праве підребер'я, готує систему для інфузійної терапії, проводить переливання трансфузійних та медикаментозних засобів. При цьому слідкує за загальним станом хворого, визначає температуру тіла, рахує пульс, вимірює артеріальний тиск. Про всі зміни в стані хворого своєчасно інформує лікаря. При наявності у хворого гострого деструктивного холецистити, ускладненого перитонітом, одночасно з проведенням інтенсивної терапії сестра готує його до операції, яку проводять за життєвими показаннями через 2-3 год після поступлення його в стаціонар. У цих випадках хворому проводять часткову санітарно-гігієнічну обробку тіла, виконують необхідні додаткові дослідження (загальний аналіз крові, сечі, визначення групи крові, Rh-фактора, рівня білірубину та ін.). Особ-

ливої підготовки потребують хворі з гострим холециститом, ускладненим механічною жовтяницею, при якій порушується функція печінки, не засвоюються жири і особливо вітамін К. Нестача вітаміну К призводить до порушення згортання крові і підвищеної кровоточивості. Для її попередження необхідно своєчасно хворим ввести вікасол, хлорид кальцію, провести переливання плазми, фібриногену та ін. Деякі дослідники для передопераційної і операційної корекції підвищеної кровоточивості пропонують *апротин* (похідне ξ -амінокапронової кислоти), *транексамову кислоту*, *десмопресин* й ін.

У післяопераційний період хворим після холецистектомії через 3-4 год після операції надають напівсидячого положення в ліжку. У перші два-три дні призначають болезаспокійливі (анальгін, баралгін, спазмалгон тощо), наркотичні препарати (омнопон, промедол й ін.). У цей же період здійснюють інфузійну терапію: вливають 5 % розчин глюкози з інсуліном, ізотонічний розчин натрію хлориду (2,5-3 л на добу), реополіглюкін, перфторан. З другого дня після операції дозволяють вживати малими ковтками мінеральну воду без газу або несолодкий чай, відвар шипшини, тмину. Після лапароскопічної холецистектомії хворим дозволяють вставати на другий день після операції, після лапаротомної – на 3-4 день. При операціях, що закінчуються дренажуванням загальної жовчної протоки, в післяопераційному періоді медична сестра повинна слідкувати, щоб дренажна трубка не випала з рани; щоб вона нормально функціонувала; щоб виділення з трубки збирались у банку; доповідає лікареві про зміну кольору, кількість виділеної жовчі. Після затихання запального процесу в жовчних шляхах з 7-8-го дня після операції кінець дренажної трубки затискають або піднімають на 1-2 год вище тіла хворого, потім цей термін продовжують. Якщо стан хворого покращується, жовтяниця спадає, лікар на 12-14 день після операції проводить контрольну холедохографію (через холедохостомічну трубку в загальну жовчну протоку повільно вводить 10 мл діодону або діодрасту, білігносту, тріомбрасту та ін.). Якщо загальна жовчна протока прохідна, контрольна речовина *вільно* поступає в дванадцятипалу кишку, дренажну трубку забирають. При тривалих жовчних норицях, значних втратах жовчі її необхідно збирати в чистий посуд і через 15-20 хв після їди давати пити хворому. Для покращення приймання жовчі її можна змішувати з пивом.

Схема ведення післяопераційного періоду у хворих після холецистектомії:

I. Положення хворого: через 3-4 год після операції – напівсидяче.

II. Вставання хворого: 1. Після лапаротомної холецистектомії – а) в перші два дні активна гімнастика; б) з другого дня сидіти в ліжку; в) з третього дня вставати; г) з четвертого дня починати ходити (індивідуальний підхід). 2. Після лапароскопічної холецистектомії – вставати і ходити з другого дня після операції.

III. Зняття швів: 7-8-й день після операції.

IV. Дієта: 1-й день – внутрішньовенне введення рідин, кровозамінників спрямованої дії; 2-й день – ковтками чай, переварену, мінеральну воду, внутрішньовенне введення рідин, кровозамінників; 3-й день – ковтками чай, мінеральну воду, відвар шипшини, кефір, йогурт, внутрішньовенне введення рідин, білкових препаратів; 4-й день – слабкий чай з молоком (1 склянка), молоко 50 г, кефір, йогурт, вегетаріанський суп 150 г; 5-й день – слабкий чай з молоком (1 склянка), морквяний сік –100 г, перетерта гречана каша з маслом або рідкий суп (150 г); 6-й день – сир зі сметаною (150 г), морквяне пюре (150 г) з маслом – 5 г, вегетаріанський суп (150 г); 7-й день – чай з молоком або відвар шипшини (1 склянка), перетерта гречана каша з маслом або картопляне пюре (100 г), перетертий вегетаріанський борщ із сметаною – 250 г, сухарі, парові котлети; 8-й день – фруктові соки (1 склянка), вегетаріанський суп (200-250 г), сир зі сметаною (150 г), рідкий суп, сухарі або черствий білий хліб, картопляне пюре; 9-11 день – дієта № 5.

Догляд за хворими з гострим панкреатитом. Хворі на гострий панкреатит потребують особливого догляду. В окремих осіб гострий панкреатит може перебігати дуже тяжко і протягом 1-2 діб закінчиться смертю. А тому медична сестра повинна, перш за все, добросовісно виконувати всі лікарські призначення, слідкувати за станом шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та дихальної систем. При наявності нудоти, блювання необхідно ввести зонд у шлунок і промити його. У хворих з тяжким перебігом гострого панкреатиту проводять постійне видалення вмісту через тонкий назогастральний зонд (постійна декомпресія шлунка). Медична сестра повинна слідкувати за його функцією та характером виділень. При неускладненому перебізі гострого панкреатиту хворим дозволяють пити на другий день захворювання. При цьому вода повинна бути лужною і не містити газу. При її відсутності готують спеціальний 0,5 % або 1 % розчин натрію бікарбонату. Тяжкохворим з явищами вираженої інтоксикації проводять інтенсивну трансфузійну терапію за допомогою катетеризації великих судин (підключичної, плечової, великої підшкірної вени нижньої кінцівки і ін.). Медична сестра повинна постійно стежити за станом венозного катетера, системи та ретельно проводити переливання згідно з призначеннями лікаря. При тривалому введенні лікарських препаратів можливе тромбування катетера. У таких випадках інфузію припиняють і пунктують або знову проводять катетеризацію іншої вени. В кінці інфузії катетер заповнюють гепарином (0,1 мл гепарину). При появі скарг або погіршенні стану здоров'я хворого медична сестра зобов'язана викликати лікаря. При розвитку панкреонекрозу стан хворого різко погіршується, підвищується температура (38,5-39,5°C), виникає лихоманка, розвиваються тяжкі розлади функції печінки, нирок, водно-сольового обміну та ін. Лікування цього ускладнення потребує значних зусиль і медикаментозних затрат. У цих випадках досить часто застосовують хірургічне лікування.

У післяопераційний період необхідно слідкувати за станом дренажів, своєчасно їх промивати. Необхідно контролювати виділення з рани, бо панкреатичний сік може викликати її роз'їдання і мацерацію шкіри навколо неї. У цих випадках потрібно активно відсмоктувати сік за допомогою електричного або водного апарата, своєчасно міняти пов'язку, застосовувати цинкову мазь або пасту Лассара.

При сприятливому перебізі панкреатиту хворим після 3-4-х днів голодування дозволяють пити воду, потім несолодкий і неміцний чай по 20-30 мл через 20-30 хв. Якщо при цьому не виникають больові відчуття, кількість рідини збільшують і додають 50-100 мл нежирного кефіру, простоквашу. В подальшому призначають щадну діету: дають манну кашу, слизові супи, картопляне або яблучне пюре. На другому тижні захворювання призначають механічно і хімічно щадну їжу. Діета в основному повинна бути вуглеводною, без екстрактивних речовин: супи овочеві, нежирне м'ясо, овочеві і круп'яні пудинги. Протягом наступних двох місяців з дієти виключають жирне м'ясо, смажену рибу, гострі і кислі страви та приправи.

Схема дієти для хворих з гострим панкреатитом:

3-5 днів – голод (залежно від тяжкості захворювання), ковтками лужну мінеральну воду без газу (“Лужанська”) або содовий розчин, на верхню половину живота кладуть холод, внутрішньовенно здійснюють введення рідин (2-3 л), вітамінів групи В (В₂, В₆, В₁₂), нікотинової, аскорбінової кислоти; 6-й день – дають лужну мінеральну воду, стакан відвару шипшини, кефір, йогурт, внутрішньовенно вводять кристалоїдні, білкові розчини, вітаміни; 7-й день – фруктові соки, рідка манна каша (100 г), продовжують внутрішньовенне введення гемотрансфузійних засобів, вітамінів; 8-й день – рідкий суп (150 г) або протертий сир (100 г), картопляне пюре; 9-й день – відвар шипшини (1 склянку), парові котлети або холодне відварне м'ясо, картопляно-морквяне пюре (150 г); чай з молоком або фруктовим сіком (200 г); 10-й день – сир протертий (150 г), парові котлети (100 г), черствий білий хліб (25 г), чай з молоком, супи, фруктові соки; 11-й день – дієта № 5а.

Для повної реабілітації таких хворих направляють на санаторно-курортне лікування (Трускавець, Гусятин, Моршин, Поляна Квасова та ін.).

Догляд за хворими з гострою кишковою непрохідністю. Хворих з гострою кишковою непрохідністю госпіталізують у хірургічне відділення. При нез'ясованому діагнозі слід утримуватися від застосування промедолу і ненаркотичних аналгетиків. Усім хворим з гострою кишковою непрохідністю, а також тим, у яких це захворювання не виключають, призначають консервативне лікування, яке проводять у максимальному об'ємі, паралельно з обстеженням хворого. Слід пам'ятати, що хворі з гострою кишковою непрохідністю – це тяжкохворі, дратівливі, у яких додаткові рухи, медичні маніпуляції можуть провокувати переймоподібні напади болю, блювання і

ін. Таких пацієнтів поміщають в окремі палати або палати інтенсивної терапії. Для звільнення верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у шлунок (краще у дванадцятипалу кишку) вводять зонд і за допомогою шприца Жане відсмоктують вміст і промивають шлунок. Поряд із цим, призначають сифонну клізму, яка розвантажує товсту кишку. Ці маніпуляції повинен проводити лікар за участю медичної сестри. В окремих випадках під час обстеження, проведення лікувальних прийомів можна ліквідувати кишкову непрохідність. Так, під час колоноскопії (ендоскопічне дослідження товстої кишки) можна подробити і видалити калові камені; при роздуванні товстої кишки повітрям можна розправити інвагінат.

При сприятливому перебізі кишкової непрохідності стан хворого покращується, припиняється нудота, блювання, відходять гази, стілець. За хворим наглядають і продовжують консервативну терапію. У тих випадках, коли непрохідність кишечника проявляється блюванням, значним здуттям живота, погіршенням стану хворого, необхідно вирішувати питання про хірургічне лікування. При появі клінічних ознак деструкції кишки (різка локальна болючість, симптоми подразнення очеревини, здуття живота, відсутність перистальтики та ін.) виникають абсолютні показання до операції. Консервативне лікування у цих хворих проводять у рамках передопераційної підготовки. У хворих із встановленим діагнозом гострої кишкової непрохідності передопераційна підготовка та інтенсивна терапія повинні тривати не більше 2-х год.

Особливої уваги і догляду потребують хворі з кишковою непрохідністю в післяопераційний період. Хворим продовжують інфузійну терапію; переливають гемокоректори, білкові препарати в об'ємах, які забезпечують нормалізацію білкового, водно-електролітного обміну та об'єму циркулюючої плазми. Поряд із цим, проводять профілактику нагноєння в черевній порожнині і в післяопераційній рані. Здійснюють боротьбу з легеневиими ускладненнями, серцево-судинними розладами (дихальна гімнастика, ін'єкції кордіаміну, введення серцевих глікозидів й ін.). Хворі знаходяться в ліжку в напівсидячому положенні (положення Фовлера). У перші 2-3 дні їм призначають болезаспокійливі наркотичні препарати.

Медичний персонал повинен приділяти велику увагу догляду за станом інтубаційного зонда. При наявності виділень застійного кишкового вмісту його потрібно постійно відсмоктувати і при цьому промивати зонд. Досить ефективним засобом при цьому є введення кисню в кількості 250-300 см³ через зонд у кишечник. Введений кисень пригнічує ріст і розмноження патогенної мікрофлори (особливо анаеробної), стимулює перистальтику кишечника.

Хворим у перші дні після операції з приводу кишкової непрохідності забороняють приймати їжу. Пити дозволяють з 2-3 дня, приймання рідкої їжі – після появи перистальтики кишечника (3-4 доба). При відсутності

перистальтики проводять її медикаментозну стимуляцію (розчин прозерину, хлористого натрію, гіпертонічну клізму).

При нормальному перебізі післяопераційного періоду інтубаційний зонд видаляють на 5-6 добу після появи перистальтики (як при перитоніті).

Дренажні трубки з черевної порожнини видаляють, залежно від перебігу післяопераційного періоду (4-5 доба). Шви знімають на 8-9 добу, в осіб літнього віку і ослаблених – на 10-12 день після операції. При відсутності ускладнень виписування із стаціонару здійснюють на 12-14 день.

Догляд за хворими з грижами. Основний метод лікування хворих на грижу – оперативний. При невеликих грижах хворі не потребують особливої передопераційної підготовки. Для нормального перебігу післяопераційного періоду необхідно приділяти особливу увагу підготовці кишечника, оскільки нерідко хворі страждають запорами. За 3-4 дні до операції їм призначають послаблювальні засоби. Напередодні операції ставлять очисну клізму. В післяопераційний період у хворих з паховими грижами для попередження набряку калитки, орхіту і епідидиміту необхідно накласти суспензорій з таким розрахунком, щоб калитка була піднята доверху і лежала на животі. Протягом перших 4-5 днів хворим призначають ліжковий режим. Для попередження рецидиву хворим призначають носіння бандажу або спеціальних поясів.

Особливої уваги заслуговують хворі після операції з приводу великих гриж, які супроводжувались значним виходом внутрішніх органів. Слід пам'ятати, що після операції у цих хворих значно підвищується внутрішньочеревний тиск, що призводить до високого стояння діафрагми, утруднення дихальних рухів легень та серцевої діяльності. З метою попередження легенево-серцевих ускладнень за 2-3 тижні перед операцією хворим призначають спеціальні дихальні вправи, вправляють грижовий вміст і проводять туге бинтування живота або надають положення Тренделенбурга (ледь піднятий нижній кінець ліжка) і теж проводять вправлення грижового вмісту. В післяопераційний період таким хворим проводять дихальну гімнастику, лікувальну фізкультуру, накладають бандаж або спеціальний пояс для укріплення передньої черевної стінки в перші дні після операції.

Схема ведення післяопераційного періоду у хворих на грижу.

I. Режим: 1) 1-й день – а) хворий знаходиться в ліжку (бажано – функціональному); б) проводити дихальну гімнастику і ЛФК (рухи руками і ногами). 2) Вставання хворого з ліжка: а) при неускладненій паховій, стегновій, пупковій грижах – на 2-3 день (індивідуальний підхід); б) при сприятливому перебізі защемлених гриж – на 3-4 день; в) після великих вентральних гриж – індивідуальний підхід.

II. Зняття швів: а) при неускладнених грижах перев'язка на 2-й день, на 6-й день – зняття швів “через один”, на 7-й день – зняття всіх швів; б) при великих черевних ускладнених грижах – підхід індивідуальний.

III. Дієта: а) при перебізі післяопераційного періоду без ускладнень: 1-й день – голод, ковтками кип'ячену воду, мінеральну воду; 2-й день – несолодкий чай, мінеральну воду, кефір, йогурт, сирі яйця; 3-й день – суп, манна каша, картопляне пюре; 4-7 день – стіл № 15; б) при ускладнених грижах – індивідуальний підхід.

IV. Основні призначення медикаментів і маніпуляцій при неускладнених грижах: 1) розчин промедолу 1-2 % 1,0-2,0 мл підшкірно 1-2 день; 2) дихальна гімнастика, ЛФК у ліжку, содові інгаляції, гірчичники за показаннями. При ускладнених грижах – підхід індивідуальний.

V. Випускання хворого із стаціонару – 7-8 день. У хворих з ускладненими грижами і нетиповому перебізі післяопераційного періоду – підхід індивідуальний.

Догляд за хворими із захворюваннями прямої кишки. Хворих із захворюваннями прямої кишки відносять до особливої групи, яка вимагає великої уваги та професійних навичок. Особливу увагу необхідно приділяти хворим, яких готують до операції. Навіть незначні упущення в підготовці можуть призвести до фатальних наслідків. Хворих готують до операції за 3-5 днів. Особливу увагу приділяють дієті, вона повинна бути висококалорійною і безклітковинною. За 2-3 дні до операції призначають проносні засоби (15-30 % розчин сульфату магнію по 1 ст. ложці 6-8 разів на день або рицинову олію по 1 ст. ложці 4-5 разів на день). Крім цього, очищують товстий кишечник за допомогою очисних клізм вранці і ввечері. Для профілактики нагноєння ран і розходження швів кишечника за 3 дні до операції хворому призначають антибіотики, що діють переважно на кишкову мікрофлору (тетрациклінова, левоміцетинова групи, аміноглікозиди та ін.).

При операціях на прямій кишці в день операції кишечник очищують сифонною клізмою до “чистої води”. Крім того, проводять туалет промежини за допомогою спиртового розчину хлоргексидину, кутасепту, 0,5 % розчину перманганату калію і ін. У перші дні після операції на прямій кишці важливе значення має дотримання дієти. Пити хворим дозволяють з 2-го дня після операції, з 3-го дня (індивідуальний підхід) можна давати рідку, калорійну, безклітковинну їжу (манна каша, кефір, йогурт, сирі яйця, протертий суп та ін.). Забороняють давати хліб, фрукти, молочні продукти. Протягом п'яти днів рекомендують призначати настоянку опію. На 5-6 день призначають по 20-30 мл рідкого вазелінового масла, регулакс, дуфалак і тільки з 7-8-го дня можна ставити очисну клізму.

Медична сестра повинна слідкувати за трубкою, яку поміщають у пряму кишку. Ліжко повинно бути захищене клейонкою. Після акту дефекації хворий повинен прийняти сидячу ванну зі слабким розчином перманганату калію, після чого йому потрібно замінити пов'язку.

Особливого догляду потребують хворі з каловими норицями, які накладають при пухлинах прямої та сигмоподібної кишки. Цим хворим потрібно



Рис. 270. Калоприймач.

частіше проводити перев'язки, слідкувати за калоприймачем (рис. 270). Після кожного випорожнення кишечника необхідно промити стому і на виступаючу частину слизової накласти серветки, змочені вазеліновим маслом. Шкіру навколо нориці необхідно змазувати пастою Ласара або іншою індиферентною маззю. Після формування нориці і загоєння операційної рани для зменшення подразнення шкіри

потрібно проводити гігієнічні ванни і забезпечити хворого одноразовими калоприймачами.

Догляд за хворими з пошкодженнями живота. Важливим завданням догляду за хворими з пошкодженнями живота є організація транспортування потерпілого в лікувальний заклад. Госпіталізація здійснюється, як правило, бригадою швидкої медичної допомоги. Для попередження ускладнень під час транспортування потерпілих вкладають на спину. При цьому необхідно ретельно спостерігати за станом хворого, слідкувати за диханням, пульсом, при необхідності ввести серцеві, протишокові засоби. В холодну пору року необхідно провести заходи для попередження переохолодження хворого. Потерпілих з травмою живота, ускладненою пошкодженням внутрішніх органів, кровотечею, перитонітом, готують до невідкладної операції за загальними правилами підготовки хворого до ургентної операції. Слід пам'ятати, що інколи хворі з травмою живота мають поєднану травму – живіт + грудна клітка або переломи кісток, чи комбіновану травму (травма живота + опіки шкіри або радіаційне ураження). Тому такі хворі потребують індивідуального підходу до надання їм першої допомоги і догляду в кожному конкретному випадку травми.

Особливої уваги потребують хворі з травмою живота в післяопераційний період. Інколи вони знаходяться без свідомості або бувають збудженими, їх доводиться прив'язувати (фіксувати) до ліжка, щоб не зривали пов'язку та ін. Для попередження пролежнів таких хворих необхідно періодично повертати, проводити масаж спини, слідкувати за станом ліжка. Білизна повинна бути чистою, гладкою. Тяжкохворих необхідно покласти на спеціальні надувні матраци. У них необхідно слідкувати за станом зонда, своєчасно видаляти вміст шлунка, кишечника і промивати їх. При підтіканні вмісту з зонда, дренажів (кров, жовч, кишковий вміст, сеча) необхідно сповістити лікаря. При відсутності ускладнень післяопераційний догляд за хворими здійснюється за загальними правилами післяопераційного догляду за хворими на органах черевної порожнини.

Годувати і давати пити хворим можна тільки з дозволу лікаря-куратора. Приймання води і їжі проводять малими порціями з ложки або напувальника. Мінеральна вода повинна бути теплою і без газу (відкритою), їжа – висококалорійною, легкозасвоюваною, напіврідкою, багатою на вітаміни.

15.9. Догляд за хворими з пошкодженнями і захворюваннями органів сечовидільної системи

Травматичні пошкодження органів сечовидільної системи

Розрізняють ушкодження та поранення нирок, сечоводів, сечового міхура та уретри. Вони можуть бути ізольованими або поєднуватися з пошкодженнями різних органів черевної порожнини.

Травми сечостатевої системи поділяють на *закриті* (забій, падіння з висоти, здавлювання та ін.) і *відкриті* (вогнепальні, колоті, різані).

Пошкодження нирок. Усі травми нирок можна поділити на п'ять груп: 1) пошкодження капсули нирки; 2) розрив ниркової паренхіми, що не доходить до чашечок і мисок; 3) розрив паренхіми і чашечок; 4) повне розчавлення нирки, розрив на дрібні фрагменти; 5) пошкодження воріт нирки, відрив її від сечовода.

Клінічні ознаки. У хворих виникає *біль у поперековій ділянці* з іррадіацією в сечоводи. Поряд з цим, залежно від характеру травми і ступеня пошкодження нирки, розвивається різної інтенсивності *гематурія* (кров у сечі). Сеча набуває кольору “м'ясних помийів”. Однак слід пам'ятати, що при повних розривах ниркових мисок або сечоводів гематурії може не бути. При огляді в ділянці попереку виявляють *гематому* (крововилив). У разі розривів великих судин прениркова гематома може досягати великих розмірів, поширитись на заочеревинний простір, пахвинні ділянки, промежину і супроводжуватись колапсом і шоком.

При просочуванні крові та сечі в черевну порожнину розвивається перитоніт. Важливе значення у встановленні діагнозу мають: загальний аналіз сечі, хромоцистоскопія, екскреторна урографія, в разі потреби – ретроградна пієлографія (рис.271).

Хромоцистоскопію проводять так. У сечовий міхур вводять цистоскоп, а потім внутрішньовенно – індигокармін (4 мл 0,4 % розчину). При нор-



Рис. 271. Загальний вигляд цистоскопа.

мальній функції нирок забарвлена в синій колір сеча виділяється з устя сечовода через 3-5 хв після введення індигокарміну (рис. 272). При пошкодженні нирки, сечоводів виділення індигокарміну і сечі не буде.

Екскреторна урографія. Хворому внутрішньовенно вводять 40 % розчин уротрасту (50 мл) або сергозину, діодону, після чого настає контрастування ниркових мисок, сечоводів і сечового міхура. Рентгенівські знімки проводять через 10, 20 і 30 хв.

Ретроградна пієлографія. За допомогою маніпуляційного цистоскопа через вічка сечоводів проводять катетеризацію одного або двох сечоводів тонкими катетерами, через них вводять водорозчинні контрастні препарати (уротраст, діодон), які виповнюють сечоводи і ниркові миски. Після цього проводять оглядовий рентгенівський знімок, на якому зображені ниркові миски і сечоводи.



Рис. 272. Цистоскопія.

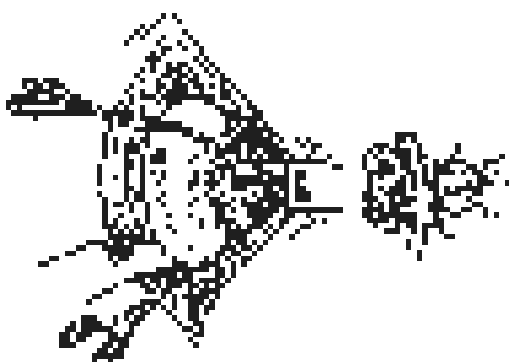


Рис. 273. Видалення нирки (нефректомія).

Лікування. При невеликих травмах нирок проводять консервативне лікування. Потерпілим призначають спокій, холод на поперекову ділянку, для профілактики інфекції дають антибіотики, уросептики. При наявності гематурії застосовують хлористий кальцій, вікасол, ξ -амінокапронову кислоту та ін.

При профузній гематурії і наростанні ознак крововтрати (тахікардія, зниження артеріального тиску, зниження показників гемограми (еритроцитів, гемоглобіну, гематокриту) показана термінова операція – люмботомія і ревізія нирки. Розчавлення нирки і глибокі розриви її паренхіми з пошкодженнями чашечок, миски, відрив сечовода вимагають термінової пластики відповідної ділянки нирки або нефректомії (видалення нирки) (рис. 273). Операція закінчується дрениванням поперекової ділянки і ложа нирки.

У післяопераційний період таким хворим необхідно поповнити крововтрату, призначити антибіотики, сульфаніламідні препарати, уросептики.

Пошкодження сечоводів. Розрізняють *частковий* і *повний* розрив сечоводів.

Клінічні ознаки. У хворого виникає біль у ділянці пошкодженого сечовода. Біль пов'язаний із затіканням сечі в заочеревинний простір, формуванням сечових запливів і флегмони. Поряд із цим, порушується сечовипускання. При часткових розривах сечоводів сеча може виділятися з домішками крові. При повних розривах сечоводів настає анурія. Важливе значення у встановленні діагнозу мають хромоцистоскопія, екскреторна і ретроградна урографія. При пошкодженнях сечоводів контрастна речовина розповсюджується в паранефральній клітковині або заочеревинному просторі.

Лікування. В окремих випадках при часткових розривах сечоводів можливе самостійне його загоєння. При значних пошкодженнях або повних розривах проводять пластичні операції. Методом вибору є зшивання і відновлення просвіту пошкодженого сечовода. При розчавленнях, множинних пошкодженнях сечоводів проводять їх пластику за допомогою стінки сечового міхура або з виключеної петлі тонкої кишки.

Пошкодження сечового міхура. Найчастішими пошкодженнями є розриви сечового міхура. Вони поділяються на *внутрішньочеревинні*, *позаочеревинні* і *змішані*. Розриви сечового міхура можуть бути *частковими* і *повними*.

Клінічні ознаки. Основні клінічні ознаки залежать від форми і тяжкості пошкодження сечового міхура. При внутрішньочеревному розриві сеча потрапляє в черевну порожнину, що клінічно проявляється болем у животі і симптомами подразнення очеревини. М'язи живота напружуються, перкуторно в бокових заглибинах черевної порожнини визначають притуплення перкуторного звуку. При позаочеревинному розриві сечового міхура сеча потрапляє в навколومیхурову клітковину. Хворий скаржиться на виражений біль внизу живота. Перкуторно над симфізом і по боках визначають притуплення перкуторного звуку ("симптом метелика"). При катетеризації в обох випадках сечі мало, вона затримується в черевній порожнині і навколومیхуровій клітковині.

Важливе значення в діагностиці, особливо внутрішньочеревних розривів сечового міхура має проба з наповненням його розчином антисептика через катетер (проба Зельдовича). Для уточнення діагнозу краще проводити *цистотографію*. В сечовий міхур через гумовий катетер вводять від 10 до 150 мл 20 % розчину уротрасту, сергозину, кардіотрасту або діодону і виконують рентгенівський знімок. При внутрішньочеревному розриві сечового міхура контрастна речовина виходить за його межі і попадає у вільну черевну порожнину; при позаочеревинному розриві – у параміхурову клітковину.

Лікування. У разі пошкодження сечового міхура показане оперативне лікування. Особливо терміновою є операція при внутрішньочеревному розриві. Кожна втрачена година погіршує її результати, оскільки розвивається сечовий перитоніт з тяжким перебігом. Після проведеної нижньої лапаротомії сечовий міхур зшивають дворядним кетгутовим швом, виконують дре-

нування навколоміхурової клітковини і накладають цистостому (норицю сечового міхура) для профілактики недостатності швів.

При позаочеревинному розриві зашивається дефект, проводять дренажування навколоміхурової клітковини і катетеризацію сечового міхура. При відкритих пошкодженнях сечового міхура об'єм операції залежить від характеру пошкодження, але після зашивання дефекту у кожному випадку необхідно накладати цистостому.

Пошкодження сечівника. Найчастішим пошкодженням є *розриви сечівника (уретри)*. Вони бувають частковими і повними.

Клінічні ознаки. У хворих виникає різкий біль у промежині, виділення крапель крові з уретри, з'являється гематома в ділянці промежини, калитки, затримка сечі. При спробі катетеризації сечівника (проводиться лікарем тільки перед операцією) катетер не проходить в сечовий міхур. Вирішальне значення у встановленні діагнозу має уретрографія. Введена контрастна речовина (уротраст, верографін, кардіотраст, діодон і ін.) на рентгенівських знімках виходить за межі сечівника.

Лікування. При пошкодженні сечівника вибором методу лікування є операція. Однак відновлення його просвіту і цілості безпосередньо після травми (накладання первинного шва) проводять рідко. Гематоми і сечові запливи дренажують, накладають цистостому, а відновлення просвіту сечівника проводять через 2-3 місяці, після розсмоктування гематоми і сечових заплівів.

Сечокам'яна хвороба

Сечокам'яна хвороба – одне з частих захворювань сечовидільної системи. Утворення каменів (конкрементів) трапляється в основному у людей середнього віку, з однаковою частотою у чоловіків і жінок.

Причини виникнення сечокам'яної хвороби вивчені недостатньо. Важливе значення має вплив окремих факторів. Так, зазначено, що сечокам'яна хвороба частіше виникає у населення сухих і жарких країн, що пов'язано, мабуть, з підвищенням концентрації сечі і випаданням солей в осад. Часто камені бувають у людей, які вживають воду з великим вмістом солей кальцію, при пошкодженнях кісток, порушеннях функції щитоподібної залози та ін.

З місцевих факторів має значення інфікування сечі, наявність сторонніх тіл (згустків крові, накладання швів, що не розсмоктовуються, та ін.).

Камені, що виникли внаслідок порушення обміну речовин в організмі, можуть складатись з солей сечової кислоти (*урати*), шавлевокислого кальцію (*оксалати*), фосфату кальцію (*фосфати*), з карбонату кальцію (*карбонати*), при запальних процесах – з фосфатів або уратів.

Кількість і розміри конкрементів можуть бути різними, їх форма інколи зумовлюється місцем утворення, відбитками якого вони є. Камені можуть розташовуватись у ниркових мисках, чашечках, сечовому міхурі. Камінь, що виповнює миску і чашечки нирки, називають *коралоподібними*. При про-

ходженні конкрементів по сечоводах і закупоренні останніх виникає *ниркова коліка* з наступним можливим розвитком *гідронефрозу*. При інфікуванні застійної сечі можуть виникати пієліт, пієлонефрит, пієонефроз. При інфікуванні навколишньої клітковини – паранефрит, флегмона заочеревинного простору.

Клінічні ознаки. Сечокам'яна хвороба, як правило, проявляється нападами *ниркової коліки*: сильний біль, гематурія, часто виділення конкрементів з сечею. Біль виникає раптово в поперековій ділянці, іноді серед ночі, як правило, після приймання великої кількості рідини, фізичного перевантаження. Досить часто біль іррадіює по ходу сечоводів у пахову ділянку, а у чоловіків – у голівку статевого члена, яєчко. Хворі збуджені, не знаходять собі місця від болю. Після проходження конкремента по сечоводу в міхур біль, як правило, припиняється. Застряглі (фіксовані) камені в сечоводах викликають тупий біль у попереку, який підсилюється при ходьбі, фізичному навантаженні. На висоті нападу у хворих може рефлекторно виникати затримка газів, стільця. Тривалість нападу може бути від 2 хв до декількох діб.

При обстеженні хворих на висоті нападу визначають болючість у ділянці блокованої нирки, напруження м'язів, позитивний симптом Пастернацького на боці фіксованого конкременту. В тому ж місці можуть виникати симптоми подразнення очеревини.

Для встановлення діагнозу мають значення новокаїнова блокада сім'яного канатика або круглої зв'язки матки на боці ураження (за Лорин-Епштейном). При введенні 20 мл 1 % розчину новокаїну у хворих з нирковою колікою напад припиняється. Функцію і ступінь запальних змін у нирках визначають за загальним аналізом сечі, крові та за допомогою проб Зимницького, Каковського-Аддіса.

Важливе значення у встановленні діагнозу має оглядова урографія, хромоцистоскопія, в окремих випадках – внутрішньовенна урографія або ретроградна пієлографія.

Лікування може бути консервативним і оперативним. У початкових стадіях захворювання з метою попередження росту і утворення нових конкрементів призначають дієту. При щавлевокислих камінцях забороняють приймання продуктів, що містять щавлеву кислоту (щавель, помідори, цикорій, шпинат, какао та ін.). При сечокоислих камінцях необхідно зменшити приймання м'ясних продуктів, сирів; при фосфатних – молока, овочів, яблук, груш. Важливе значення має санаторно-курортне лікування (Трускавець, Гусятин, Сатанів, Залізноводськ).

На висоті нападу ниркової коліки необхідно ліквідувати спазм сечоводів і біль. Найпоширенішим методом є застосування теплих грілок (заповнити грілку і покласти її на ділянку попереку). Можна використати й електричну грілку. Користуватися грілкою треба обережно, щоб не виникли опіки. Тепло забезпечує розслаблення стінок сечовода біля каменя, що роз-

ташовується в ньому. Якщо протягом 20-30 хв після цього біль не затихне, слід зробити загальну гарячу ванну. Початкова температура води повинна бути близько 40° С, потім її поступово підвищують до 45-50° С. Перебування пацієнта у ванні не повинно перевищувати 15-20 хв. Рівень води повинен досягати лопаток пацієнта.

Під час приймання ванни не слід залишати хворого без нагляду, тому що можуть виникнути задишка, серцебиття, загальна слабкість, запаморочення. Для запобігання цих ускладнень на голову і ділянку серця пацієнта необхідно покласти холодний компрес.

Слід пам'ятати, що гаряча ванна протипоказана пацієнтам старечого і похилого віку, а також хворим із захворюваннями серцево-судинної системи.

При відсутності ефекту від вищевказаних заходів необхідно ввести медикаментозні засоби: баралгін або спазмоверин, спазфон, бускопан, папаверин, платифілін, промедол (1 мл 1 % розчину) з атропіном (1 мл 0,1 % розчину). При невеликих конкрементах для їх відходження застосовують препарати групи терпенів (авісан, оліметин, цистенал й ін.), які мають спазмолітичну, седативну та бактеріостатичну дію. Хороший ефект має новокаїнова блокада сім'яного канатика у чоловіків, круглої зв'язки матки у жінок або проведення паранефральної блокади на боці заблокованої нирки (проводить лікар).

Якщо напад ниркової коліки не припиняється, хворого госпіталізують в урологічне або хірургічне відділення.

Для звільнення організму від конкрементів (каміння) або піску хворі повинні пити багато рідини (не менше 2 л на добу): мінеральні води, соки, чай, молоко, їсти кавуни. Часто застосовують відвари трави споришу, вівсяної соломи, шипшини, петрушки як засоби, що стимулюють виведення солей.

Незалежно від виду каменів, усім пацієнтам із сечокам'яною хворобою забороняють вживати алкогольні напої, прянощі, маринади. Їжа повинна містити достатньо вітамінів, особливо вітаміну А (його багато в моркві, солодкому перці, риб'ячому жирі, салаті). Медична сестра слідкує за дотриманням цих правил.

При відсутності ефекту від вищевказаної терапії, наявності фіксованих конкрементів показана катетеризація сечовода. Катетер, введений через сечовий міхур у сечовід, відсуваючи камінь або проходячи біля нього, ліквідує застій сечі і припиняє коліку.

В останні роки запропоновано ряд медикаментозних середників для розчинення ниркових конкрементів: гіалуронідаза (ензим з екстракту тестикулів бика), етилендіамінтетраоцтова кислота для розчинення фосфатів, оксалатів та ін. Однак лікувальна цінність цих препаратів є малоефективною і недостатньою. Для подрібнення каміння в нирках останнім часом використовують спеціальні апарати – *літотриптори*, які руйнують камінці в нирках, сечовому міхурі. Однак підхід до цієї методики лікування повинен бути індивідуальним в кожного конкретного хворого і залежить від хімічного складу конкрементів, їх розташування, стану сечовидільної системи, віку хворого та ін.

Хірургічне лікування проводять у хворих з частими рецидивами ниркової коліки, наявністю обтуруючих та інфікованих конкрементів, що призводить до гідронефрозу та інших ускладнень. Таким хворим проводять *пієлостомію* (розкриття мисок), *нефротомію* (розкриття нирки) і видалення конкрементів. При значних змінах у нирці і втраті її функції проводять *нефрєктомію* (видалення нирки). Слід зазначити, що видалення конкрементів з сечовидільної системи не гарантує того, що вони не з'являться знову. Для попередження нового утворення камінців застосовують профілактичні заходи (дієта, санаторно-курортне лікування). Слід також пам'ятати, що санаторно-курортне лікування і дієта лише покращують стан хворих, але не призводять до повного розчинення існуючих конкрементів.

Паранефрит

Паранефрит – запальний процес навколониркової жирової клітковини. В основному розвивається вторинно після переходу запалення з нирок або з сусідніх органів і тканин (панкреатит, апендицит, й ін.). Запальний процес може також виникати внаслідок гематогенного або лімфогенного потрапляння інфекції з інших ділянок тіла при остеомієліті, гнійних ранах, карбункулах тощо.

Клінічні ознаки. Захворювання розпочинається з підвищення температури тіла, лихоманки і гострого болю в поперековій ділянці. При прогресуванні запального процесу і формуванні гнійника він може розкритись у черевну або плевральну порожнину і викликати розлади з боку легень, плеври та спричинити розвиток перитоніту. При огляді цих хворих виявляють набряклість, гіперемію, згладженість складок поперекової ділянки. При пальпації виникає різка болючість. Визначають позитивний симптом Пастернацького. При дослідженні загального аналізу крові виявляють лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, зниження кількості еритроцитів. При дослідженні сечі в ній виявляють лейкоцити, еритроцити. При втягненні в патологічний процес нирок виникає порушення їх функції.

Лікування. На початку захворювання хворим призначають ліжковий режим, холод на поперекову ділянку, антибіотики, сульфаніламідні, протизапальні препарати. При неефективності консервативної терапії і наявності гнійника проводять його розкриття і дренивання.

Захворювання сечового міхура

Цистит – запалення сечового міхура. Причинами запалення сечового міхура можуть бути низхідна інфекція з нирок (пієліт) або висхідна інфекція із сечівника. Крім цього, інфекція може поширюватись гематогенним і лімфогенним шляхом з інших гнійних вогнищ організму. Розрізняють *гострий* і *хронічний* цистит.

Клінічні ознаки. Основними ознаками циститу є біль у ділянці сечового міхура і часті позиви на сечовипускання. При огляді сеча мутна, часто містить гній і кров. При хронічному циститі ці явища мають затяжний характер.

Вирішальне значення у встановленні діагнозу циститу має цистоскопія.

Лікування. При гострому циститі призначають ліжковий режим, молочно-рослинну дієту. Для ліквідації запалення застосовують антибіотики (окситетрациклін, кларитроміцин, гентаміцин, цефалексин та ін.), сульфаніламідні препарати. Крім того, призначають уросептики (уробесал, фурадонін, палін, нітроксолін і ін.). Після затихання гострих явищ сечовий міхур можна промивати слабким розчином нітрату срібла (1:5000), оксиціанідом ртуті (1:10 000).

Під час лікування циститу забороняють вживати алкогольні напої і спеції.

Каміні сечового міхура. Розрізняють первинні і вторинні камінці сечового міхура. *Первинні* утворюються в порожнині сечового міхура. Ядром утворення конкрементів може бути епітелій, слиз, сторонні тіла та ін. Утворенню камінців у сечовому міхурі сприяє цистит, рубцеве звуження сечівника, аденома передміхурової залози. *Вторинні* камінці утворюються в нирках, звідки опускаються в сечовий міхур. Каміні можуть бути поодинокими (солітарними) і множинними. За хімічним складом вони можуть бути фосфатами, уратами, оксалатами та ін.

Клінічні ознаки. Головними ознаками захворювання є біль у ділянці сечового міхура, часті позиви на сечовипускання, раптова затримка сечовипускання. Вирішальне значення у встановленні діагнозу має цистоскопія, цистографія і оглядова рентгенографія, під час яких виявляють конкременти в сечовому міхурі.

Лікування. Каміні в сечовому міхурі можна подрібнити за допомогою спеціальних апаратів або інструментів: літотриптора або цистоскопа-літотриптора, з наступним їх вимиванням. При неможливості ліквідувати каміні сечового міхура за допомогою літотриптора проводять хірургічне лікування шляхом надлобкового розрізання міхура (епіцистотомії).

Захворювання передміхурової залози

Аденома передміхурової залози – це збільшення передміхурової залози за рахунок розростання її залозистої і сполучної тканин. Виникає у чоловіків, як правило, після 55 років. Збільшена передміхурова залоза зумовлює затримку сечовипускання, що призводить до постійного застою сечі в сечовому міхурі, в сечоводах і навіть у ниркових мисках. Постійний застій сечі супроводжується її інфікуванням, розвитком циститу, пієлонефриту.

Клінічні ознаки. Головною ознакою аденоми передміхурової залози є розлади сечовипускання – часте, болюче і утруднене (*дизурія*), особливо в нічний час.

Залежно від розладів сечовипускання розрізняють три стадії захворювання. У *першій* у хворих виникають часті позиви на сечовипускання, особливо в нічний час. Однак при дослідженні сечового міхура залишкової сечі немає або кількість її незначна. В *другій стадії* виникає гостра або хронічна затримка сечі, що супроводжується вираженими розладами сечовипускання. При дослідженні сечового міхура кількість залишкової сечі – від 50 до 400 мл. Крім того, у хворих виникають прояви циститу і висхідного пієлонефриту. Для *третьої стадії* характерна неповна або повна затримка сечі. З переповненого сечового міхура сеча нерідко виділяється самовільно (*парадоксальна ішурія*). Кількість залишкової сечі досягає 1000–1500 мл. Загальний стан хворого погіршується, виникає загальна слабкість, кволість, підвищується температура тіла.

У встановленні діагнозу важливе значення має пальцеве дослідження передміхурової залози через пряму кишку. Для аденоми передміхурової залози характерні: рівномірне збільшення всієї залози або її окремих часток, гладка поверхня, еластична консистенція.

Лікування. Лікування аденоми передміхурової залози здійснюють у 2-3 стадії захворювання і, як правило, при гострій затримці сечі і циститі. При гострій затримці сечі проводять катетеризацію. Спочатку необхідно користуватись м'яким катетером. Якщо він не проходить, то використовують металевий.

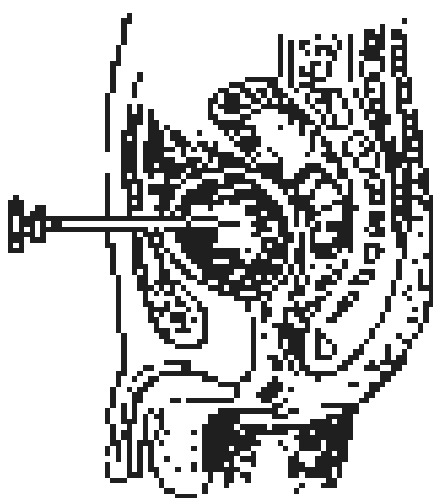


Рис. 274. Надлобкова пункція сечового міхура.

В окремих випадках проводять надлобкову пункцію сечового міхура (рис. 274). Катетеризація сечового міхура металевим катетером і його пункція відносяться до лікарських маніпуляцій.

Використання медикаментозних препаратів для лікування аденоми передміхурової залози (синестрол, сустанон, проскар, аденол і ін.), як правило, дає короточасний ефект. Основним методом лікування є видалення аденоми передміхурової залози (аденомектомія). У тяжкохворих операція обмежується накладанням надлобкової нориці (епіцистому). Останнім часом набуває поширення видалення передміхурової залози за допомогою цисторезектоскопа і ендоскопічної апаратури.

ри.

Простатит – запалення передміхурової залози. Розрізняють гострий і хронічний простатит. Причинами його є гонокок, стафілокок, кишкова паличка та інші мікроби, мають значення переохолодження, сидяча робо-

та та ін.

Клінічні ознаки. Основними ознаками простатиту є постійний ниючий біль у ділянці промежини і часті позиви на сечовипускання. При збільшенні запаленої залози може настати повна затримка сечі. Запальний процес у передміхуровій залозі може призводити до утворення гнійників (абсцесів). Гнійники передміхурової залози можуть самовільно розкриватись в уретру, пряму кишку через промежину.

Лікування. Хворим призначають ліжковий режим, щадну дієту, рекомендують теплові процедури (грілка, теплі мікроклізми – температура 40-50 ° С). Крім того, призначають антибіотики, сульфаніламідні препарати, знеболювальні, фізпроцедури (УВЧ, іонофорез).

Захворювання яєчка і його оболонок

Водянка яєчка (гідроцеле). Водянка – це скупчення рідини в порожнині власної оболонки яєчка. Вона може бути уродженою і набутою. Етіологічним фактором при набутих формах водянки є травма або хронічний запальний процес яєчка та його оболонки. У хворих виникає збільшення відповідної половини калитки, а при водянці обох яєчок – збільшення всієї калитки. Рідина, що скупчується в оболонках яєчка, прозора з жовтуватим відтінком, її кількість може сягати 1-2 л. При пальпації визначають неболючий еластичний утвір, при перкусії виявляють тупий звук. При проходженні пучка світла через калитку ця ділянка просвічується (діафаноскопія).

Лікування. Основним методом лікування є операція. Спосіб

Вінкельмана полягає у розрізанні і наступному вивертанні та зшиванні оболонок яєчка назовні (рис. 275). За способом Бергмана оболонки висікають.

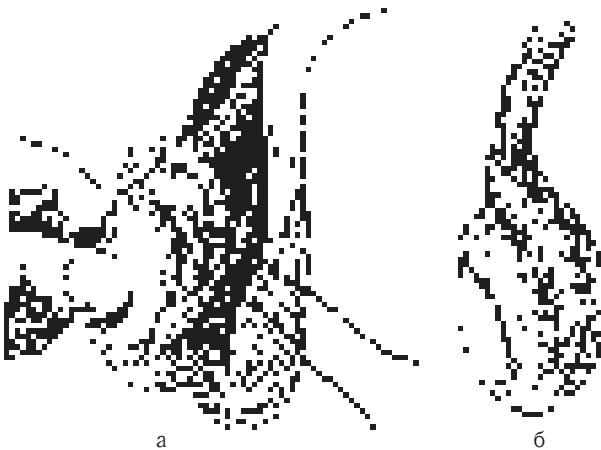


Рис. 275. Операція при водянці яєчка (за Вінкельманом): а) початок операції; б) кінець операції.

Орхіт – запалення яєчка. Може виникати після травми і перенесеної інфекційної хвороби (скарлатини, грипу, туберкульозу та ін.).

Епідидиміт – запалення придатків яєчка. Етіологія така ж, як при орхітах. Досить часто трапляється поєднане запалення

яєчка та його придатка (орхоепідидиміт).

Клінічні ознаки. Захворювання розпочинається з підвищення температури тіла до 39-40°C і сильного болю в калитці. Шкіра її на боці запалення стає гіперемованою, набряклою. Пальпація яєчка або його придатка викликає сильний біль. Інколи захворювання супроводжується нагноєнням яєчка або його придатка. Встановлення діагнозу, як правило, не викликає труднощів.

Лікування залежить від причини та виду збудника. Хворим з орхітом чи епідидимітом призначають ліжковий режим. У перші дні місцево рекомендують холод, у наступні – зігрівальні компреси, теплові процедури (парафін, діатермія, УВЧ). Призначають антибіотики, сульфаніламідни. Пропонують носити суспензорій. При нагноєннях проводять розкриття гнійників, гемікастрацію (видалення яєчка).

Захворювання статевого члена

Фімо́з – звуження крайньої плоті, яке заважає оголенню голівки статевого члена. Як правило, така патологія трапляється у дітей і має уроджений характер. У дорослих фімоз розвивається після травми або запалення (переважно гонорейного характеру) крайньої плоті.



Рис. 276. Операція при фімозі.

Клінічні ознаки. При значному звуженні крайньої плоті у хворих виникає утруднене сечовипускання, сеча йде тонким струменем. Фімо́з може призвести до запалення крайньої плоті (баланопоститу), що супроводжується гіперемією, набрякністю.

Лікування. Методом вибору є операція. Проводять розсікання крайньої плоті (discisio) або кругове

висікання (circumcisio) (рис. 276). При баланопоститі призначають місцево теплі ванночки з антисептиками, антибіотики, сульфаніламідні препарати, болезаспокійливі.

Парафімо́з є ускладненням фімозу. Через звужену крайню плотю проскакує голівка статевого члена і защемлюється, що, в свою чергу, призводить до порушення кровообігу в голівці. Вона стає набряклою і синюшною. При несвоєчасній або запізній медичній допомозі може настати мертвину голівки статевого члена.

Лікування. При незначному набряку голівки її змащують вазеліном,

статевий член захоплюють II та III пальцями, а I пальцем, натискуючи на голівку, вправляють її. При неможливості вправлення проводять розсікання защемленого кільця і звільняють крайню плоть.

Догляд за урологічними хворими

Основний принцип догляду за урологічними хворими такий самий, що й при догляді за хірургічними хворими загального профілю. Однак є і специфіка. Медична сестра повинна знати особливості обстеження урологічних хворих, вміти провести забір та оцінити загальний аналіз сечі. При заборі сечі необхідно пояснити хворому і прослідкувати, щоб він зібрав ранкову порцію сечі, найбільш свіжу і концентровану, у кількості 200 мл, яку отримують після ретельного миття зовнішніх статевих органів. Перед забором сечі у жінок їх необхідно ретельно підмити, щоб в сечу не попали виділення з вагіни або зовнішніх статевих органів. Під час менструації сечу на аналіз не беруть. При наявності виділень з вагіни її необхідно тампонувати ватним тампоном і тільки після цього зібрати сечу. В окремих випадках (бакпосів) сечу слід забрати стерильним катетером. Сечу збирають в сухий і чистий посуд, на який поміщують наклейку з даними про хворого (прізвище, ім'я, по батькові, відділення, який аналіз) і відносять у лабораторію. Медична сестра повинна вміти підготувати хворих до спеціальних урологічних методів обстеження (цистографія, урографія, УЗД й ін.). Здійснюючи догляд за хворими, медична сестра повинна вміти виявити і дати оцінку деяким найбільш важливим ознакам при травмах і захворюваннях сечовидільної системи, своєчасно надати невідкладну долікарську допомогу.

При догляді за травмованими хворими слід пам'ятати, що травми сечостатевої системи поділяють на закриті і відкриті. Якщо при відкритих травмах особливих утруднень зі своєчасним встановленням діагнозу і наданням невідкладної допомоги немає, то при закритих травмах досить часто хворі знаходяться під спостереженням, їм проводять додаткові дослідження. У цих умовах від пильності і кваліфікації медичної сестри досить часто залежить доля потерпілого. При погіршенні його загального стану або зміні показників гемодинаміки (тахікардія, зниження артеріального тиску), появі гематурії, симптомів подразнення очеревини медична сестра повинна негайно викликати лікаря.

Після встановлення остаточного діагнозу травми органів сечовидільної системи підготовку хворого до операції проводять за загальними правилами, згідно з призначеннями лікаря.

Особливої уваги заслуговує підготовка до операції хворих з різними урологічними захворюваннями (сечокам'яна хвороба, аденома, простатит й ін.)

Слід зазначити, що більшість хворих з урологічними захворюваннями – це люди похилого і старечого віку, у зв'язку з чим необхідно враховувати

зниження компенсаторних можливостей організму.

Нервова система у людей похилого віку дуже ранима. А тому в завдання медичного персоналу входить вплив на психіку хворого з метою ліквідації почуття страху, боязні за наслідок операції та ін.

У старших людей часто спостерігаються зміни серцево-судинної системи з проявами недостатності кровообігу, порушеннями діяльності печінки та інших органів. Все це значно ускладнює перебіг хвороби і вимагає інтенсивної передопераційної підготовки.

В передопераційний період особливу увагу слід приділити стану сечовидільної системи. З цією метою призначають дієту з обмеженням білків і солі (стіл № 7), вводять засоби, що підвищують діурез (40 % розчин глюкози). При інфікуванні сечі проводять антибактеріальне лікування з урахуванням чутливості мікробів до лікарських препаратів на основі антибіотикограми.

У післяопераційний період необхідно ретельно наглядати за станом пов'язок і дренажів, щоб своєчасно розпізнати кровотечу, а також закупорення або зміщення дренажу. Як правило, після урологічних операцій, в тому числі і цистостомії, залишають дренажі і катетери для відводу сечі. До ліжка прив'язують пляшки, куди збирають виділення з дренажів і катетера. Для оцінки характеру виділень пляшки повинні бути прозорими і обов'язково чистими, щоб запобігти попаданню інфекції. Для ліквідації запаху сечі, як правило, в пляшку наливають невелику кількість дезодорувальних засобів (перманганат калію та ін.). В якості продовжувачів застосовують гумові трубки з проміжними скляними трубками для контролю. Необхідно вести точний облік діурезу: окреме визначення кількості сечі, яка виділяється природним шляхом та через дренажі, і сечі, яка просочується поряд з трубкою. Дренажі укріплюють марлевою тасьмою, яку зав'язують навколо тулуба або фіксують смужками липкого пластиру, а шкіру навколо них змащують індиферентною маззю (пастою Лассара) для профілактики мацерації.

Після операцій на калитці накладають стерильний суспензорій, виготовлений з марлі.

Зміну катетерів та дренажів проводить лікар. Медична сестра промиває сечовий міхур через дренаж або катетер. Для цього користуються кружкою Есмарха або шприцом Жане. Як правило, застосовують слабкий розчин якого-небудь антисептика (нітрат срібла 1:5000, оксиціанід ртуті 1:10000, фурацилін 1:5000 і ін.) 50-100 мл, який вводять у сечовий міхур, потім випускають. Такі маніпуляції проводять декілька разів до появи чистої рідини. Промивання виконують не менше 3 разів на добу. Після зняття швів рекомендують ванни. Припинення виділень з дренажа і підвищення температури тіла свідчить про недостатнє дренивання.

Важливе значення має своєчасна заміна натільної і ліжкової білизни. Тривале і спокійне перебування урологічного хворого в зручному і теплому ліжку має важливе значення для одужання.

Дієта урологічних хворих повинна бути з обмеженням солі, білків і містити достатню кількість вітамінів. Важливе значення мають розвантажувальні дні: яблука, компоти, сухарі.

Порушення ліжкового режиму і дієти урологічних хворих відбивається на перебізі захворювання (погіршується аналіз сечі, загальний стан хворого, з'являються набряки та ін.).

В урологічній практиці рекомендують раннє вставання хворих. При цьому необхідно вжити профілактичних заходів щодо випадання або зміщення дренажів. Дренажні трубки, як правило, перев'язують або опускають у пляшечку, яку підв'язують до тулуба або до шиї хворого. Особливо ретельний догляд повинен бути за хворими з надлобковими дренажами. Їх необхідно укласти на спину і на місце нориці накласти спеціальну капсулу. При покращенні стану хворого, у міру зменшення виділень з капсули, сечовипускання здійснюється через уретру. Капсулу замінюють пов'язкою і хворому дозволяють ходити. Для покращення лікувального ефекту має значення загальний догляд за хворими. Урологічні палати потребують хорошої вентиляції, частого провітрювання. Ці прості заходи в поєднанні з частими змінами пов'язок і сечоприймачів дають можливість ліквідувати специфічний запах сечі у палаті.

У роботі урологічної сестри, як і хірургічної, досить часто виникають ситуації із затримкою сечі у хворих. Це може бути зумовлено операцією або травмою органів живота, відсутністю звички до сечовипускання в горизонтальному положенні, присутністю сторонніх, порушенням функції сечового міхура внаслідок захворювань або ушкоджень спинного мозку, нервової системи, закупоренням сечівника каменем. Буває ще затримка сечі при захворюваннях передміхурової залози (при аденомі та раку передміхурової залози у чоловіків). Ліквідувати гостру затримку сечі можна за допомогою наступних заходів:

1. Відгородити хворого ширмою і залишити його на деякий час самого, щоб він помочився (інколи цього достатньо).
2. Перевести хворого із горизонтального положення в звичне для сечовипускання (якщо дозволяє стан).
3. На ділянку сечового міхура або промежину хворого покласти грілку.
4. Іноді сечовипускання можна викликати рефлекторно, створюючи звук води, яка ллється. Для цього досить відкрити водопровідний кран, при відсутності такої можливості – лити воду квартою у відро.
5. У чоловіків сечовипускання можна викликати, якщо опустити статевий член у теплу воду (налити її у сечоприймач або банку).
6. У жінок можна полити теплу воду на ділянку промежини із глечика (пацієнтка лежить на судні).
7. Можна викликати сечовипускання при введенні жінкам у пряму кишку 100 мл теплої води за допомогою гумової груші.

8. Якщо затримка сечі пов'язана із закупоренням сечівника каменем, можна застосувати гарячу ванну (+40-45 °С) з метою зняття спазму сечівника навколо каменя.

9. За призначенням лікаря, при відсутності ефекту від попередніх заходів, застосовують лікарські препарати, які підвищують тонус м'яза, що виштовхує сечу (1 мл 0,5 % розчину прозерину або 1 мл 1 % розчину пілокарпіну підшкірно), при коліках – спазмолітики (баралгін, спазмоверин й ін.).

10. Якщо всі ці заходи не допомагають, вдаються до катетеризації сечового міхура.

Техніка катетеризації сечового міхура. Існують м'які (гумові) і тверді (металеві) катетери. Розрізняють 30 номерів катетерів, діаметр яких відрізняється на 1-3 мм. Як правило, використовують середні номери (14-18). Спочатку катетеризацію проводять м'яким катетером, а у випадку невдачі застосовують металевий.

Катетеризація сечового міхура у чоловіків. Перед процедурою медичний працівник ретельно миє руки з милом, а кінчики пальців протирає розчином спирту або хлоргексидину. Надягає стерильні гумові рукавички, перевіряє стан катетера, його еластичність, пружність. Хворого укладають на спину з трохи зігнутими в колінах і розведеними ногами, підстеляють клейонку. Між ногами хворого розміщують сечоприймач чи лоток для стікання сечі. При введенні катетера слід пам'ятати, що сечівник у чоловіків має довжину 24-28 см і утворює два фізіологічні звуження, які можуть утруднювати проходження катетера.

Катетеризацію сечового міхура у чоловіків спочатку слід проводити за допомогою гумового катетера. Якщо його не вдається ввести в сечівник, застосовують еластичний або металевий катетер. Катетеризацію еластичним або металевим катетером проводить *тільки лікар*.

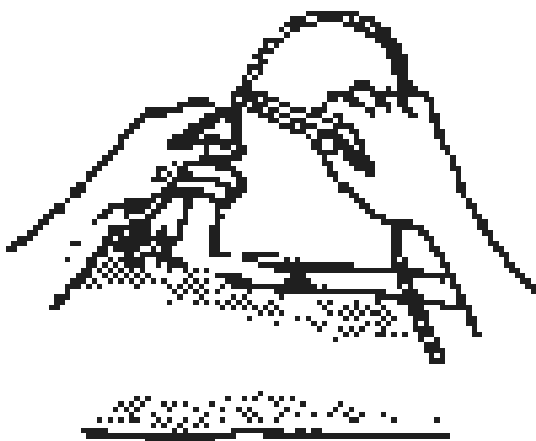


Рис. 277. Катетеризація сечового міхура.

При проведенні катетеризації сечового міхура медичний працівник II-IV пальцями лівої руки охоплює статевий член нижче його голівки, а I і II пальцями розсуває зовнішній отвір сечівника (рис. 277). Правою рукою голівку статевого члена в ділянці зовнішнього отвору обробляє марлевою кулькою, змоченою 0,02 % розчином фурациліну або 2 % розчином борної кислоти, 0,1 % розчином хлоргексидину та ін. Потім правою рукою стерильним пінцетом беруть катетер зі стерильного лотка

на відстані 5-6 см від його початку. Зовнішній кінець катетера найзручніше утримувати між IV і V пальцями тієї ж руки. Перед уведенням катетер змащують стерильною вазеліною олією. Кінчик його вводять у зовнішній отвір сечівника і, потроху перехоплюючи, просовують глибше в сечівник, а статевий член лівою рукою підтягують доверху, неначе натягуючи його на катетер. Поступальні рухи катетера слід виконувати повільно, проштовхуючи катетер за один рух на відстань 1-1,5 см. Швидкість введення катетера безперервно збільшується в міру того, як катетер наближається до проксимального відділу сечівника. Цим вдається перебороти присмоктувальну силу просвіту сечівника. Коли катетер досягне зовнішнього сфінктера, можна відчувати незначну перепону. Іноді настає стійкий спазм сфінктера. Для його усунення хворому рекомендують заспокоїтися, розслабитися, глибоко дихати.

Коли катетер досягне сечового міхура, з нього починає виділятися сеча, після цього зовнішній кінець катетера спеціальною вуздечкою і смужками липкого пластиру фіксують до голівки статевого члена. Крім цього, катетер необхідно зафіксувати пластиром до внутрішньої поверхні стегна. Щоб катетер не вийшов з сечового міхура, необхідно послабити його натягання і переконатись, що сеча вільно надходить в сечоприймач (дренажний мішок), прикріплений до ліжка.

Катетеризація сечового міхура у жінок. Хвору вкладають на спину із зігнутими в колінах і розведеними ногами. Під таз підстеляють клейонку і підставляють підкладне судно. Медичний працівник стає справа від хворої. Попередньо проводять підмивання або спринцювання, якщо наявні виділення з піхви. Лівою рукою розводять статеві губи, а правою зверху вниз (у напрямку до заднього проходу) ретельно протирають зовнішні статеві органи та отвір сечівника стерильним ватним тампоном, змоченим дезінфекційним розчином (таким самим, як у чоловіків). Далі за допомогою пінцета беруть жіночий катетер, змащений стерильною вазеліною олією, знаходять зовнішній отвір сечівника, обережно вводять катетер і просувають його за допомогою пінцета на 5-7 см. Насильне введення катетера неприпустиме. Зовнішній кінець його опускають у підкладне судно або сечоприймач. Поява сечі свідчить про те, що катетер знаходиться в сечовому міхурі. Після зупинки самостійного виділення сечі з катетера можна злегка натиснути над лобком, щоб видалити із сечового міхура залишки сечі. Виймати катетер потрібно тоді, коли виділяються останні краплі сечі. Якщо катетеризацію роблять щоденно, для профілактики запалення сечового міхура (цистити) через катетер у сечовий міхур вводять 10 мл теплого (+37° С) стерильного розчину фурациліну 1:5000.

Слід пам'ятати, що при різкому переповненні сечового міхура (накопичення в ньому понад 1 л сечі) його спорожнення необхідно проводити поступово, щоб запобігти швидкій зміні тиску в його порожнині, що може призвести до різкого наповнення кров'ю розширених та склеротично змінених вен сечового міхура, їхнього розриву та кровотечі. Спорожнення сечо-

вого міхура в такому разі проводять окремими порціями (по 300-400 мл), перетискуючи катетер на 2-3 хв.

Якщо після катетеризації виникла кровотеча з сечівника, для її зупинки рекомендують ввести в нього товстий гумовий катетер (№ 22) і залишити його там на декілька годин. Якщо це не допомагає, накладають стискальну пов'язку на нижню частину живота (тугий валик з вати та марлі), міхур з льодом на цю ділянку.

Якщо тонкий катетер вводиться тяжко, то після спорожнення сечового міхура його краще не виймати, тому що наступна катетеризація може не вдатися.

Спостереження та догляд за пацієнтами з нетриманням сечі.

Нетримання сечі може виникнути при порушенні тонусу сфінктера сечового міхура, вадах розвитку сечового міхура та сечівника, у виснажених пацієнтів, при захворюванні центральної нервової системи. Хворі не в змозі регулювати акт сечовипускання, сеча виділяється по краплях або періодично в значній кількості.

У дітей спостерігають нічне нетримання сечі (енурез), яке пов'язане з недостатнім розвитком механізмів центральної регуляції акту сечовипускання.

Постійне виділення сечі призводить до мацерації (подразнення) шкірних покривів, що сприяє приєднанню вторинної інфекції, у тяжкохворих можуть утворюватися пролежні.

В усіх випадках при нетриманні сечі необхідно:

1. У хворих, які прикуті до ліжка, застосовувати гумові підкладні судна, сечоприймачі.

2. Підстелити під пацієнта клейонку, пелюшку для запобігання промокання матрацу.

3. Кілька разів на день підмивати пацієнта, витирати ділянку промежини, сідниць, попереку.

4. Проводити профілактику пролежнів, змінювати своєчасно як постільну, так і натільну білизну.

5. У хворих, які ходять, застосовувати гумові чи поліетиленові сечоприймачі, які за допомогою стрічки прикріплюють до тулуба.

6. Щоб у палаті не було запаху сечі, її слід часто провітрювати, регулярно здійснювати вологе прибирання з додаванням дезінфекційних засобів. Регулярно проводити дезінфекцію сечоприймачів.

15.10. Догляд за хворими із травмами та захворюваннями судин

Травматичні ушкодження судин

Найчастішою причиною смерті травмованих є кровотеча з пошкодже-

них магістральних кровоносних судин.

Травми судин виникають під дією різних механічних факторів. Вони бувають відкритими і закритими, з частковим або повним пошкодженням стінки артерії або вени.

Клінічні ознаки. Травма судин характеризується розвитком ознак гострої артеріальної або венозної кровотечі. Інтенсивність і тривалість кровотечі залежить від калібру пошкодженої судини, величини кров'яного тиску та розміщення судини. У випадках відкритих травм, коли спостерігають масивне виділення крові з рани, діагностика є нескладною. При закритих ушкодженнях або глибокому міжм'язовому розташуванні пораненої судини і наявності вузького ранового каналу кров може надходити в м'які тканини між м'язами і утворювати внутрішньотканинний крововилив – *гематому*. Якщо рановий отвір у стінці артерії вільно сполучається з гематомою, то пульсація артерії передається гематомі і виникає так звана “пульсуюча гематома”. При вислуховуванні над нею можна відчутти специфічний шум. Досить часто такі внутрішньотканинні гематоми можуть стискати нерви, судини і викликати ішемічні розлади, парастезії і парези.

Слід зазначити, що при травмі магістральних вен кінцівок пульсація артерій зберігається вище і нижче місця травми, тоді як при ушкодженні артерій пульсація їх вище рани зберігається, а нижче – відсутня.

Лікування. При наданні першої медичної допомоги хворим з пораненням артерій насамперед проводять тимчасову зупинку кровотечі, яка починається з пальцевого притискування артерії вище місця поранення з наступним накладанням джгута. При пораненні магістральних вен накладають стискальну пов'язку на місце травми або джгут нижче і вище рани.

Потім цих хворих госпіталізують у судинне відділення, де їм надають спеціалізовану допомогу – зашивання судин, протезування та ін.

Захворювання артеріальних судин

Захворювання артеріальних судин призводять до виникнення хронічної артеріальної недостатності. Найрозповсюдженішими серед них є облітеруючий ендартеріїт та облітеруючий атеросклероз. Досить часто ці два захворювання ускладнюються тромбозами магістральних судин, внаслідок чого виникає гостра ішемія кінцівки, тобто гостра артеріальна недостатність, котра вимагає невідкладної допомоги.

Облітеруючий ендартеріїт – це захворювання, що супроводжується повільною облітерацією артеріальних судин нижніх кінцівок, уражує людей молодого віку від 20 до 40 років, але може траплятися і в молодшому та старшому віці. Незважаючи на більш ніж 100-річну історію вивчення цього захворювання, дотепер причини виникнення облітеруючого ендартеріїту не встановлено. Порушення нейроендокринної системи, шкідливі звич-

ки, інтоксикації, обмороження та інше лише сприяють розвитку цього тяжкого захворювання.

Клінічні ознаки. У розвитку хвороби розрізняють чотири стадії. На початку захворювання патологічним процесом уражаються дрібні судини, у яких періодично виникає сегментарний спазм. Оскільки процес локалізується переважно в нижніх кінцівках, то в результаті спазму судин, який з'являється під час ходьби, виникає різкий біль у гомілці (симптом “переміжної кульгавості”), що змушує хворого зупинитися. Через 1-2 хв біль минає. Це так звана *спастична стадія* облітеруючого ендартеріїту. В подальшому спазм судин стає постійним і в цьому місці утворюються тромби (*тромботична стадія*), внаслідок чого біль стає постійним і різко підсилюється при ходьбі. Об'єктивно: шкіра кінцівки стає блідою, холодною на дотик, з'являються трофічні зміни шкіри і нігтів (вона тонка, суха, волосся відсутнє, нігті потовщені, крихкі). Поряд із цим, зникає пульсація на артеріях ступні. З часом вищеописані зміни стають ще вираженішими, що призводить до виникнення некрозів і гангрені (*некротична і гангренозна стадія*) (рис. 278).

Гангрена кінцівки, як правило, розвивається при поширенні процесу на магістральні артерії (підколінну, стегонову). Іноді облітеруючий ендартеріїт

супроводжується мігруючим тромбофлебітом поверхневих вен, виникає так званий облітеруючий тромбангіт, або хвороба Бюргера.

Лікування спрямоване на покращення кровопостачання. Воно повинно бути індивідуальним і залежить від стадії і перебігу хвороби.

Консервативне лікування має на меті зняття або зменшення спазму судин, поліпшення реологічних властивостей крові, підвищення рівня засвоєння кисню клітинами. З цією метою призначають спазмолітики (но-шпа, галідор, баралгін, спазмоверин), гангліоблокатори (гексоній, бензогексоній), антиагреганти (аспірин, тиклід), вітаміни, внутрішньовенні і внутрішньоартеріальні вливання вітаміно-новокаїнової суміші. Крім цього, призначають препарати, що підвищують здатність клітин засвоювати кисень (солкосеріл, актовегіл, продектин, депопадутин і ін.). Останнім часом у лікуванні ендартеріїту все більше

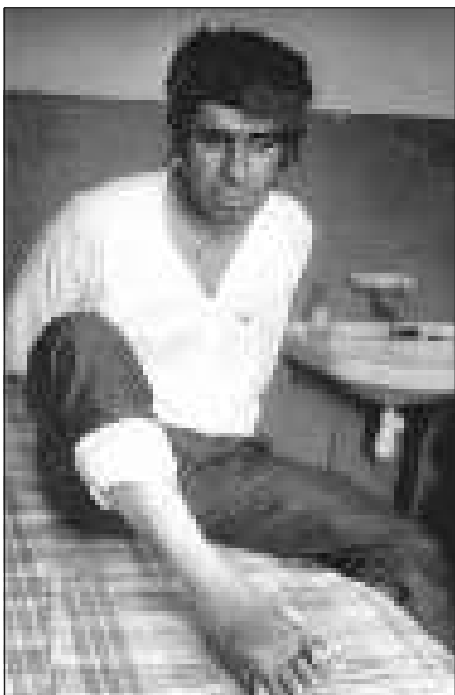


Рис. 278. Хворий С. 38 р. Облітеруючий ендартеріїт правої нижньої кінцівки. Волога гангрена ступні.

місце займає *гіпербарична оксигенація*. Доцільно також призначати УВЧ-терапію на ділянку поперекових симпатичних нервових вузлів, струми Бернара на гомілку. В період ремісії позитивно впливають на перебіг хвороби радонові і сірководневі ванни (Хмельник, П'ятигорськ, Сочі, Микулинці).



Рис. 279. Хворий А. 56 р.
Облітеруючий атеросклероз судин
лівої нижньої кінцівки.

Санаторно-курортне лікування дозволяє закріпити результати медикаментозної терапії.

Оперативне лікування має на меті припинити дію одного із факторів захворювання – підвищеного тону симпатичної нервової системи. З цією метою виконують симпектомію: операцію Огнева – видалення третього грудного симпатичного ганглія зліва і операцію Дієца – видалення третього-четвертого поперекових симпатичних гангліїв з одного або двох боків. При обмежених оклюзіях або тромбозах судин проводять відповідні операції: інтритромбектомію, резекцію ділянки артерії з венозною пластикою, синтетичним протезом і ін.

Облітеруючий атеросклероз уражає чоловіків після 40 років і має сприятливіший перебіг, ніж облітеруючий ендартеріїт (рис. 279). Атеросклеротичний процес розвивається спочатку у великих (магістральних) судинах і поступово роз-

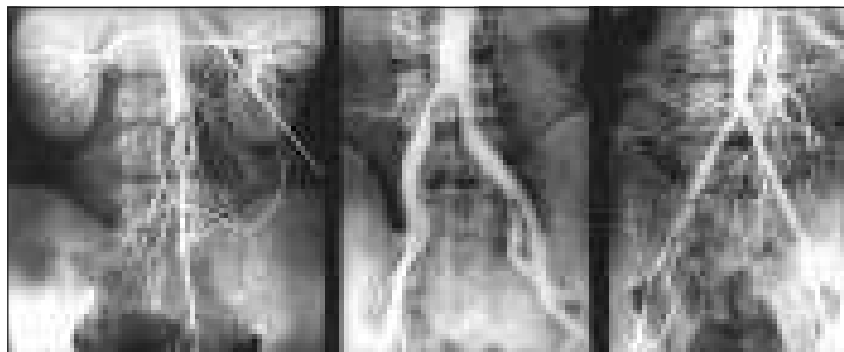


Рис. 280. Артеріографія. Варіанти атеросклеротичного ураження здухвинних артерій (синдром Леріша).

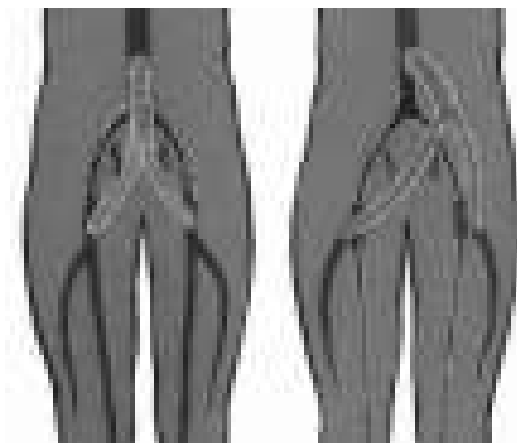


Рис. 281. Варіанти аортостегнового шунтування при атеросклеротичному ураженні судин нижніх кінцівок.

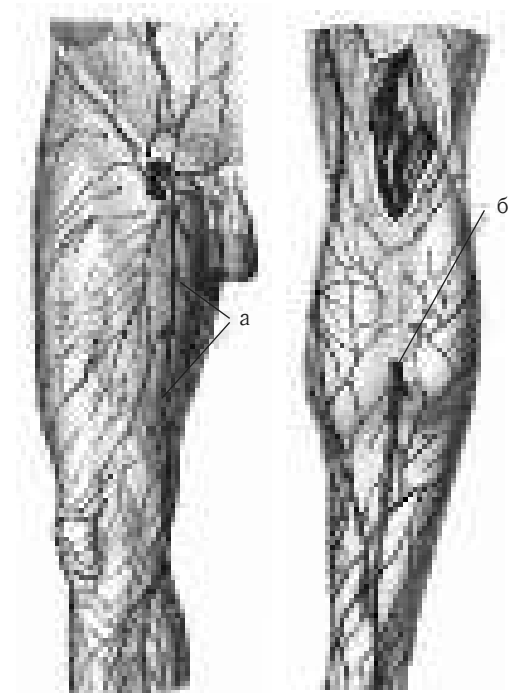


Рис. 282. Поверхнева венозна система нижніх кінцівок:
а) система великої підшкірної вени;
б) система малої підшкірної вени.

повсюджується на дрібніші артерії.

Клінічні ознаки. Клінічна картина облітеруючого атеросклерозу мало чим відрізняється від такої ж при облітеруючому ендартеріїті. Слід зазначити, що класичної ознаки “переміжної кульгавості” при облітеруючому атеросклерозі не спостерігають – біль у литкових м’язах виникає і наростає поступово, а не раптово. Діагноз не викликає труднощів і встановлюється на основі анамнезу і об’єктивних даних, з яких найбільшу цінність має ослаблення або відсутність пульсації на магістральних артеріях. Застосування артеріо- і доплерографії дає можливість встановити рівень і протяжність оклюзії артерії (рис. 280).

Лікування. Консервативне лікування таке ж саме, як і при облітеруючому ендартеріїті. Оперативне лікування полягає у виконанні реконструктивних операцій на артеріях, що дає змогу відновити в тій чи іншій мірі кровообіг по ураженій ділянці артерії (рис. 281).

Хворобою Рейно (ангіотрофоневроз) страждають частіше жінки молодого і середнього віку. Причини виникнення невідомі.

Клінічні ознаки.

Хвороба проявляється нападами симетричного збліднення шкіри пальців рук або ступні під дією холоду.

Слід зазначити, що пульсація судин кінцівки при цьому зберігається. Під час нападів спазмів виникає

різкий біль. При подальшому розвитку захворювання блідість шкіри змінюється на ціаноз, вона стає грубою, малочутливою, потім з'являються виразки, некрози пальців.

Лікування передбачає введення спазмолітиків, гангліоблокаторів, новокаїнові блокади третіх грудних симпатичних гангліїв або їх видалення оперативним шляхом.

Захворювання вен

Найчастішим захворюванням венозної системи є **варикозна хвороба** (варикозне розширення вен). Вона характеризується розширенням сітки поверхневих вен нижніх кінцівок і уражає жінок у два рази частіше, ніж чоловіків (рис. 282).

Серед численних причин варикозної хвороби перше місце займає спадковий фактор. Сприятливими для її розвитку є часті вагітності, тяжка фізична праця, пов'язана з підняттям вантажів, довготривале вертикальне статичне положення тіла, травми та запалення глибоких вен (тромбофлебіт). Усі вищевказані причини сповільнюють відтік крові з вен нижніх кінцівок, що

призводить до їх розширення і таким чином до недостатності клапанного апарату спочатку поверхневих, а потім і комунікантних вен, котрі з'єднують поверхневу і глибоку венозні системи.

Клінічні ознаки. За формою розширення розрізняють такі типи варикозного розширення вен: а) циліндричний; б) мішкоподібний; в) змієподібний; г) розсипний; д) змішаний.

Застій крові у венозній системі нижніх кінцівок спричиняє розвиток хронічної венозної недостатності. *Перша стадія хронічної венозної недостатності* проявляється набряком дистальних відділів кінцівки під кінець дня, який зникає після нічного відпочинку, судомами литкових м'язів уночі. При *другій стадії* до вищевказаних симптомів приєднується індурація (затвердіння) та гіперпігментація шкіри (колір її стає бурим, темно-коричневим) внаслідок виходу в підшкірну клітковину формених елементів крові, в першу чергу еритроцитів. У *третьій стадії* в ділянці



Рис. 283. Хворий В. 60 р. Варикозна хвороба правої нижньої кінцівки. Хронічна венозна недостатність III ст. Циркулярна виразка гомілки.



Рис. 284. Проба Броді-Троянова-Тренделенбурга.

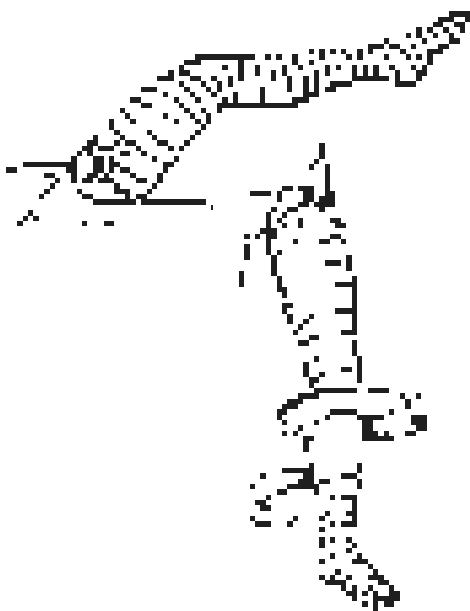


Рис. 285. Проба Пратта.

гомілки з'являються різної величини виразки, перебіг їх часто ускладнюється бешихою, тромбофлебитами, мікробною екземою (рис. 283).

Для уточнення діагнозу необхідно проводити проби для визначення стану клапанів підшкірних та комунікантних вен і проби на прохідність глибоких вен.

Пробу Броді-Троянова-Тренделенбурга проводять для визначення стану клапанів поверхневих вен. Хворий знаходиться у горизонтальному положенні з піднятою кінцівкою, з поверхневих вен якої погладжуванням видаляють кров. У ділянці верхньої третини стегна підшкірні вени перетискають джгутом. Хворий встає з джгутом і, якщо після його зняття вени повільно заповнюються знизу, то пробу вважають негативною, тобто клапанний апарат функціонує задовільно. При швидкому ж наповненні вен, після зняття джгута зверху пробу вважають позитивною, що свідчить про недостатність клапанів поверхневих вен (рис. 284).

Проба Пратта (визначення локалізації недостатності комунікантних вен). У хворого в горизонтальному положенні на спині за допомогою масажу виштовхують кров із підшкірних вен ноги. Після цього на кінцівку від пальців до паху накладають еластичний бинт (рис. 285). У верхній третині підшкірні вени перетискають джгутом. Хворого просять встати. Накладений бинт зверху поступово розмотують, а одночасно від пахової ділянки накладають другий так, щоб між ними залишався проміжок 5-6 см. При цьому в місцях недостатності комунікантних

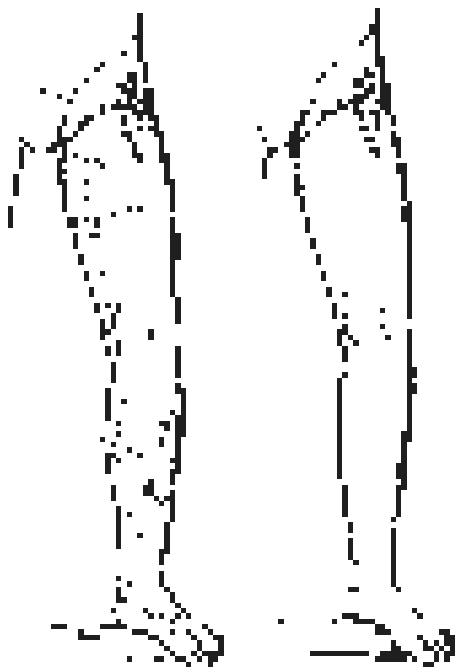


Рис. 286. Проба Дельбе-Пертеса (маршова).



Рис. 287. Венекстрактор.

клапанів, якщо вона є, виникає випинання підшкірних вен.

Проба Дельбе-Пертеса (маршова). Проводять для визначення прохідності глибоких вен. У хворого, який стоїть, для припинення кровообігу в підшкірних венах у верхній третині стегна накладають гумовий джгут. Після цього йому рекомендують енергійну ходьбу протягом 3-5 хв. Якщо підшкірні вени спадаються, то це вказує на задовільну прохідність глибоких вен і, навпаки, якщо вени набухають, шкіра набуває ціанотичного відтінку, з'являється біль у гомілці, то це свідчить про непрохідність глибоких вен і є протипоказанням до видалення поверхневих вен (рис. 286).

Лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок може бути консервативним і оперативним. Консервативне лікування проводять у випадках, коли стан хворого не дозволяє виконати оперативне втручання, або коли варикозне розширення поверхневих вен є вторинним, тобто коли є блокада глибоких вен, яка не підлягає хірургічній корекції.

Оперативне лікування має на меті видалення варикозно розширених вен і якомога повніше роз'єднання поверхньої і глибокої венозних систем. Найпоширенішим оперативним втручанням є видалення великої підшкірної вени за Трояновим-Тренделенбургом, Бебкоком, Наратом, Кокетом. Велику підшкірну вену біля її вічка перев'язують і перерізають. У дистальний кінець великої підшкірної вени вводять спеціальний зонд (венекстрактор), за допомогою якого видаляють вену зверху донизу (рис. 287).

Операцію за Наратом (висікання варикозних вен з окремих розрізів) виконують як доповнення до операції Бебкока при розсипному та змішаному типі

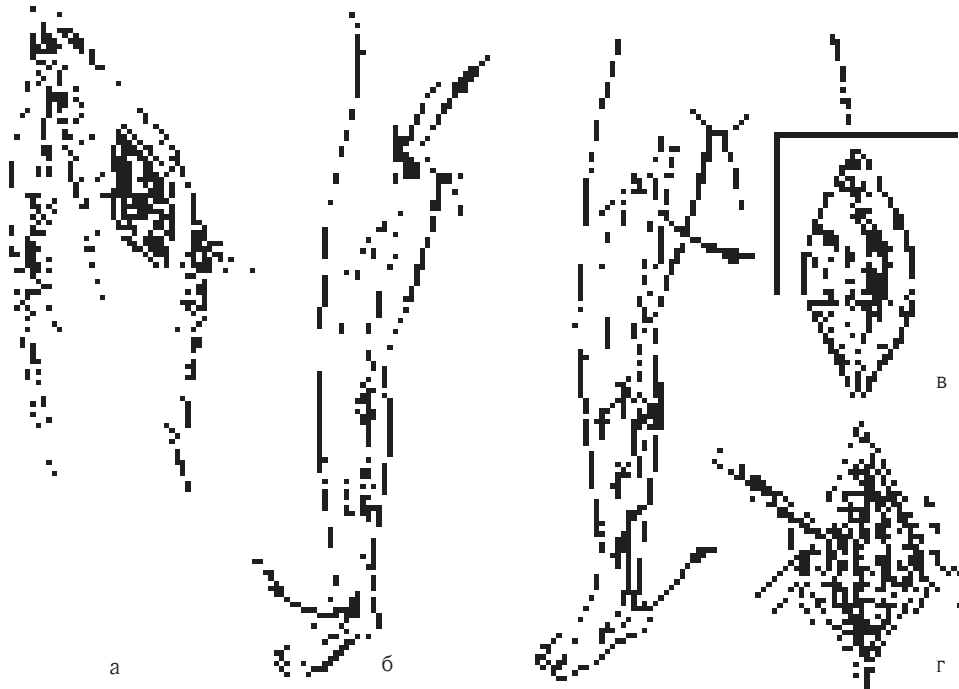


Рис. 288. Видалення варикозно зміненої великої підшкірної вени: а) за Трояновим-Тренделенбургом; б) за Бебкоком; в) за Кокетом; г) за Лінтоном.

варикозної хвороби. *Операція Кокета* – надфасціальна перев'язка і перерізання комунікантних вен. *Операція Лінтона* – субфасціальна перев'язка і перерізання комунікантних вен (рис. 288).

Досить часто при розсипному типі варикозно розширених вен виконують їх склерозування за допомогою введення в їх просвіт варикоциду, варикосану, 70° спирту, 60 % глюкози та ін.

Флебіт і тромбофлебіт (*phlebitis et thrombophlebitis*). Запалення стінки вен називають *флебітом*. Запалення стінки вени, що супроводжується утворенням тромбів, які можуть переноситися течією крові, називають *тромбофлебітом*. Причиною флебіту може бути запальний процес у тканинах, що оточують вену, а також введення у неї різних медикаментів (гіпертонічні розчини, антибіотики та ін.). На фоні запалення вени в її просвіті може відбуватися згортання крові, що призводить до розвитку тромбофлебіту.

Клінічні ознаки. При запаленні вен над ними виникає почервоніння шкіри, набряклість навколишніх тканин, болючість при пальпації. При тромбофлебіті на окремих ділянках вен пальпується ущільнення. При ураженні глибоких вен кінцівок виникає їх набряк.

Лікування. Хворі на флебіт і тромбофлебіт повинні лікуватися стаціонарно. При лікуванні цих захворювань необхідно використовувати місцеві і загальні засоби лікування. У гострий період призначають суворий ліжковий режим, для покращення венозного відтоку і зменшення болю кінцівці надають підвищеного положення, кладуть на шину Белера. На кінцівку накладають пов'язку з троксовазиною або гепариною маззю. Поряд із цим, призначають антикоагулянти (гепарин, кальципарин, фраксипарин, фрагмін, пелентан, неодикумарин і ін.) під обов'язковим контролем стану згортання крові (тривалість кровотечі, час згортання, протромбіновий індекс і ін дослідження).

Слід пам'ятати, що раптове або передчасне припинення приймання антикоагулянтів прямої дії може призвести до розвитку нового, масивнішого тромбоутворення. Дозу антикоагулянтів непрямої дії необхідно знижувати поступово, контролюючи протромбіновий індекс, який повинен бути не менше 55-60 %.

Поняття про гостру артеріальну та венозну недостатність (тромбоз і емболія)

Закупорення судин тромбом називається **тромбозом**. Він, як правило виникає: внаслідок порушення цілості внутрішньої поверхні судинної стінки, сповільнення кровообігу та зміни у згортальній системі крові в бік її підвищення. Найчастіше тромбоз виникає при атеросклеротичному ураженні судин і варикозній хворобі.

Емболією називається перенесення течією крові тромбів, пухирців газу, жиру і ін., із судин меншого калібру у більші, або в зворотньому напрямку з наступним закупорюванням їх просвіту, виникненням різних ускладнень або навіть смерті хворого. Основними причинами емболії є вади серця, інфаркт міокарда, аневризми серця і аорти, тромбози глибоких вен.

Розрізняють артеріальні і венозні тромбози і емболії, котрі є причинами розвитку гострої артеріальної або венозної недостатності.

Клінічні ознаки. Основними ознаками артеріальних тромбозів і емболій є різкий, сильний біль в ураженій кінцівці, похолодання, блідість шкіри, зниження, а потім і повна втрата усіх видів чутливості, відсутність пульсації судин нижче місця обтурації, розвиток гангрени. Слід зазначити, що при

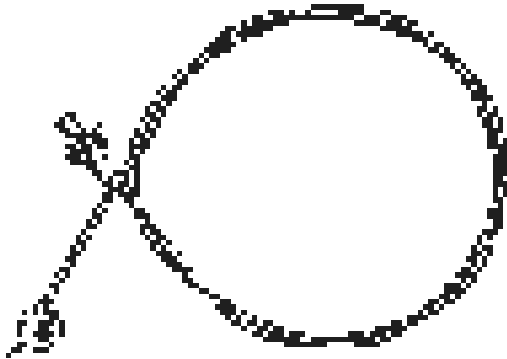


Рис. 289. Катетер Фогарті.

емболії, на відміну від тромбозу, всі вищевказані симптоми виникають і розвиваються раптово і швидко.

Гострий тромбоз глибоких (магістральних) вен нижніх кінцівок характеризується різної інтенсивності розпирюючим болем в ураженій кінцівці, її набряком, тобто збільшенням об'єму, зміною кольору шкіри від нормального до ціанотичного, підвищенням температури тіла, залежно від рівня тромбозу, до 38-39 °С. При цьому пульсація артерій зберігається, при різко вираженому набряку її часто не вдається визначити на артеріях ступні.

Лікування. Перша допомога при тромбозах і емболіях має на меті: а) зняття спазму судин (введення но-шпи, баралгіну, папаверину, платифіліну та інших спазмолітиків); б) боротьба з болем (введення аналгетиків, наркотиків); в) зниження обмінних процесів у кінцівці (обкладання кінцівки холодними гумовими міхурами або обгортання її простирадлом, змоченим у холодній воді). В стаціонарі хворим призначають антикоагулянти (гепарин, кальципарин, фраксипарин), фібринолітики (фібринолізин, стрептаза та ін.) та проводять за допомогою зонда Фогарті (рис. 289, 290) ембол- або тромбектомію.

Види змертвінь

Некрозом називається змертвіння клітин, тканин або органів ("місцева" смерть).

Він може виникати внаслідок: а) дії механічних, фізико-хімічних, електричних і токсичних факторів; б) нервово-судинних захворювань; в) різних видів розладів кровообігу (облітеруючий ендартеріт, облітеруючий атерос-

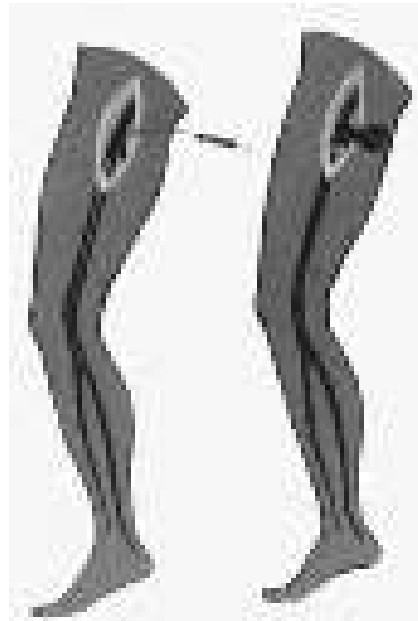


Рис. 290. Методика емболектомії.

клероз, тромбоз, емболія та ін.).

Розвиток некротичного процесу залежить від: а) наявності анастомозів у судинній мережі судин; б) швидкості припинення кровообігу; в) патологічних змін в артеріях.

Клінічні ознаки. Некроз може бути *коагуляційним*, або сухим, як це



Рис. 291. Суха гангрена лівої ступні.

спостерігають при опіках кислотами, сухій гангрені, і *коліквацийним*, або вологим, як це буває при опіках лугами, вологій гангрені. Основні ознаки некрозу виникають через 4-6 год після змертвіння тканин і залежать від характеру основного захворювання, локалізації і виду некрозу. Некрози, що виникли внаслідок травмуючого фактора, як правило, поверхневі і діагностуються при огляді. Шкіра на місці травматизації набрякає, чут-

ливість її знижується, з'являються ділянки темно-синього або чорного кольору, на яких утворюються пухирі з геморагічним вмістом. Останні, як правило, відпадають і на поверхні тіла (кінцівки) утворюється виразка. При великих некрозах всмоктування токсичних продуктів розпаду тканин призводить до розвитку вираженої інтоксикації.

Гангрена є різновидністю некрозу. Основними причинами розвитку гангрені є глибокі порушення кровопостачання тканин, які виникають при облітеруючих захворюваннях судин (облітеруючий ендартеріт, облітеруючий атеросклероз), тромбозах та емболіях артерій, цукровому діабеті, травмах магістральних судин, стискуванні судин пухлиною. Тканини при гангрені мають темне забарвлення – від сіро-бурого до чорного.

За клінічним перебігом розрізняють суху і вологу гангрону (рис. 291).

Суха гангрена розвивається при повільно прогресуючій недостатності кровопостачання певних ділянок кінцівки без розвитку супровідної інфекції. Як правило, вона відмежовується і утворюється демаркаційна лінія між здоровою і некротизованою ділянками тканин. Некротизовані тканини поступово висихають, ущільнюються, набувають чорного кольору. Іноді при невеликих розмірах і глибині процесу настає самостійне відшарування некротичних тканин із наступним загоєнням рани вторинним натягом. Найчастішою причиною сухої гангрені є облітеруючий атеросклероз.

Волога гангрена переважно розвивається при швидкому порушенні

кровопостачання з одночасним інфікуванням уражених тканин (при емболіях, пораненнях крупних судин, особливо при наявності розчавлених м'яких тканин, цукровому діабеті), що супроводжується гнильним розпадом тканин, всмоктуванням продуктів їх розпаду в організм і досить часто розвитком анаеробної інфекції. Все це прискорює розповсюдження гангрені і наростаючої тяжкої інтоксикації організму. Загальний стан цих хворих тяжкий, вони в'ялі, загальмовані, у них загострені риси обличчя, язик сухий, підвищується температура тіла, пульс частий, слабкого наповнення і напруження, артеріальний тиск низький. Місцево спостерігають значний наростаючий набряк, шкіра кінцівки бліда з мармуровим відтінком, холодна на дотик, відсутні всі види чутливості, пульс на периферійних артеріях не визначається, активні рухи відсутні. Обмеження (демаркація) процесу не настає.

Лікування повинно бути спрямоване на відновлення і поліпшення кровопостачання ураженої ділянки за допомогою медикаментозних середників (спазмолітики, антиагреганти, антикоагулянти і фібринолітики при тромбозах), або оперативного втручання. Загальне лікування, перш за все, передбачає боротьбу з інтоксикацією, поліпшення функцій усіх життєво важливих органів, а також цілеспрямовану масивну антибактеріальну терапію.

Місцеве лікування полягає у видаленні некротичних тканин (некректомія) і накладанні пов'язок з антисептиками, що попереджує розвиток інфекції.

При вологій гангрені можлива спроба перевести її в суху за умови відсутності прогресування. З цією метою знімають пухирі, проводять часткову некректомію, оксигенацію тканин пероксидом водню, перманганатом калію, накладають пов'язки з підсушувальними розчинами.



Рис. 292. Трофічна виразка правої гомілки.



Рис. 293. Нориця передньої черевної стінки.

ми антисептиків (спирту і фурациліну в співвідношенні 1:1, 25-30 % димексиду), антибіотиків. Ампутацію роблять після появи демаркаційної лінії в межах здорових тканин.

Виразкою (*ulcus*) називається дефект шкіри, слизової і глибше розташованих тканин у зв'язку з відсутністю або слабо вираженими процесами регенерації. Виразка характеризується хронічним і рецидивним перебігом (рис. 292).

Причинами розвитку виразок можуть бути: а) розлади лімфо- та кровообігу (артеріального, венозного); б) травматичні ушкодження; в) розвиток неспецифічної та специфічної інфекції (гнійна, туберкульоз, сифіліс); г) розлади обміну речовин (діабет, цинга); д) трофічні розлади при ураженні нервової системи (спинні сухоти, сирингомієлія, травми нервів, спинного мозку); е) виразкування пухлин.

Лікування виразок базується на усуненні причин, які викликали їх розвиток, тобто лікування повинно бути етіопатогенетичним. Наприклад, при варикозних виразках виконують операцію видалення варикозно розширених вен, при нейротрофічних – відновлення неперервності нервових стовбурів або лікування відповідної хвороби.

Норицею, або фістулою, називають вузький канал зі стінками, які покриті епітелієм або грануляційною тканиною, що з'єднує патологічне, глибше розташоване вогнище зі шкірою або слизовою (зовнішні нориці), або порожнисті органи між собою (внутрішні фістули) (рис.293).

Розрізняють уроджені нориці внаслідок вад розвитку (фістули шиї, пупка, сечового міхура) та набуті в результаті розвитку некрозу в тканинах при хронічному остеомієліті, кістковому туберкульозі, сторонніх тілах (лігатури, осколки), при наявності гнійників у черевній порожнині, нагноєннях кіст. Крім того, фістули бувають прості (прямий хід) і складні, трубчасті та губо-подібні. В останньому випадку слизова оболонка зрощена зі шкірою.

Діагностика нориць базується на наявності на шкірі або слизовій оболонці отворів різного діаметра, з яких виділяється гнійний або серозний вміст. Для уточнення характеру нориці, окрім її зондування, проводять рентгеновське контрастне дослідження (фістулографія). В деяких випадках штучні фістули накладають хірурги (колостома, єюностома, цистостома) при гострій кишковій непрохідності, аденомі простатичної залози.

Лікування нориць, як правило, оперативне і полягає в ліквідації джерела нориці та повному висіченні фістули в межах здорових тканин. У деяких випадках при неможливості видалити джерело нориці проводять лікування шляхом введення в норицю сильних антисептиків, антибактеріальних препаратів і склерозувальних речовин, що в багатьох випадках сприяє ліквідації запального процесу і загоєнню нориці.

Догляд за хворими із захворюваннями і травмами судин

Хворі із захворюваннями і травмами судин відносяться до групи тяжкохворих, які часто стають інвалідами, потребують уваги, ретельного і високопрофесійного догляду. Особливої уваги потребують хворі з облітеруючими захворюваннями артерій нижніх і верхніх кінцівок. Хворі з облітеруючим ендартеріїтом, атеросклерозом і хворобою Рейно повинні утримувати кінцівки в ідеальній чистоті і теплі, уникати переохолодження. Взуття повинно бути вільним, легким і теплим. Хворі з хворобою Рейно в холодну пору повинні обов'язково носити рукавички.

Слід зазначити, що навіть невеликі подряпини і садна у цих хворих можуть призвести до розвитку вологої гангрені, трофічної виразки. У зв'язку з ішемічними розладами в кінцівках, вираженим больовим синдромом, порушенням сну хворі є неспокійними, дратівливими. А тому, крім ретельного виконання лікарських призначень, необхідно нормалізувати їх психічний стан. До таких хворих потрібно ставитись з турботою і увагою. Палата повинна добре провітрюватися і утримуватися в чистоті. Особливо це стосується хворих з гангrenoю і некрозами. Їм необхідно створити спокійну обстановку і тишу в палаті. Для боротьби з безсонням призначають снодійні (люмінал, ноксирон), заспокійливі (мепробромат, мепротан), знеболювальні (сиган, триган, фентаніл, напроксен й ін. препарати). Слід зазначити, що при вираженому больовому синдромі для його зняття необхідно призначати судинорозширювальні препарати і тільки при їх недостатній ефективності можна застосовувати наркотики. Медична сестра повинна слідкувати і своєчасно вводити хворим ці засоби. При наявності *вологої гангрені* необхідно використовувати весь комплекс лікувальних заходів для того, щоб перевести її в суху. Для цього необхідно ретельно слідкувати за станом пов'язки і тканин; накладати спиртово-фурацилінові пов'язки. При появі демаркаційної лінії медична сестра повинна своєчасно інформувати лікаря про це з метою проведення некректомії (видалення змертвілої тканини).

При наявності *некрозу* необхідно попередити розвиток вологої гангрені. Для цього ділянки некрозу обробляють антисептиками і накладають спиртово-фурацилінові пов'язки (1:1) для висушування тканин.

При наявності *нориць* необхідно проводити заходи щодо запобігання мацерації шкіри. З цією метою навколо зовнішнього отвору нориці необхідно проводити змазування цинковою маззю, пастою Ласара, своєчасно змінювати просяккі пов'язки. За дорученням лікаря медична сестра може проводити промивання нориці антисептичними розчинами, антибіотиками та ін.

При наявності *трофічних виразок* необхідно періодично змінювати пов'язки з урахуванням принципів асептики. Контроль за станом пов'язок проводять декілька разів на добу, при цьому звертають увагу на їх зручність, чистоту, просякання. Пов'язки повинні бути сухими, при просяканні і забрудненні її треба змінити.

При догляді за хворими з *варикозною хворобою* у стадії компенсації і субкомпенсації слід проводити заходи щодо покращення венозного відтоку з нижніх кінцівок. Пропонують менше ходити, періодично необхідно лягати і надавати кінцівкам підвищеного положення, бинтувати еластичним бинтом або носити спеціальних еластичні панчохи.

У хворих з третім ступенем венозної недостатності часто виникають трофічні виразки, часом досить великих розмірів, які потребують тривалого лікування. Слід пам'ятати, що такі рани повинні лікуватись під контролем лікаря з урахуванням стану ранового процесу і доцільності використання тих чи інших медикаментозних засобів. Особливої уваги потребують хворі з тромбофлебитами. У разі висхідного тромбофлебиту для профілактики емболії легеневої артерії таких хворих слід оперувати за невідкладними показаннями.

У післяопераційний період усі зусилля медичного персоналу повинні бути спрямовані на відновлення функції кінцівки, нормальне загоювання рани, попередження ускладнень (нагноєння, кровотечі та ін.).

Після закінчення операції хворого переводять у післяопераційну палату. Його вкладають на функціональне ліжко з тим розрахунком, щоб можна було підійти з будь-якого боку. Ліжкову білизну необхідно зігріти, розправити. Залежно від характеру операції і знеболювання хворому забезпечують відповідне положення в ліжку.

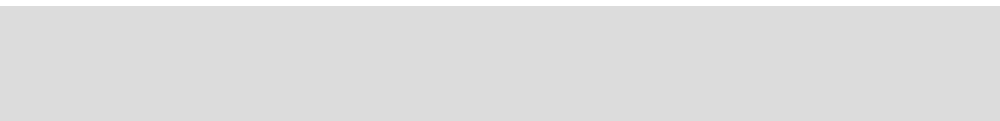
Слід пам'ятати, що у хворих, особливо після реконструктивних операцій на артеріях, травм і пошкоджень артерій кінцівок, у післяопераційний період може виникати синдром “включення” (“реперфузійний синдром”) ішемізованої кінцівки в кровообіг, який проявляється порушеннями з боку серцево-судинної (артеріальна гіпертензія, тахікардія, гіпоксія міокарда) і дихальної систем, а також ознаками гострої печінкової і ниркової недостатності (олігурія, анурія, гематурія, гіперазотемія й ін.). Слід зазначити, що у період закінчення наркозу і виходу хворого з цього стану на фоні зниженого артеріального тиску і підвищення загального периферичного опору в місці судинного шва може розвинути тромбоз. У цьому плані важливе значення мають профілактичні заходи, спрямовані на відновлення ОЦК, забезпечення нормальної гемодилуції і покращення мікроциркуляції в тканинах. З цією метою проводять внутрішньовенне вливання реополіглюкіну, або гемовінілу, полівінілу, призначають антикоагулянти (гепарин, факсипарин і ін.).

Доглядаючи за оперованим хворим, необхідно контролювати його поведінку. Коли пов'язка просякне кров'ю, слід терміново про це сповістити лікаря-куратора. Якщо рана закрита не повністю, в ній залишені дренажі, випускники, то можуть з'явитися виділення і пов'язка промокне. Довгі дренажі приєднують до системи і вільні їх кінці занурюють у банку. При наяв-

ності коротких дренажів і випускників виділення попадають в пов'язку, яка швидко просякає і повинна бути змінена. При значних виділеннях по дренажах крові, особливо у хворих після ендатеріоектомії, протезування артерій, необхідно терміново сповістити лікаря. Якщо дренажна трубка закупорилась тромбом, її слід промити і відсмоктати вміст рани. У тих випадках, коли пов'язка значно просякла кров'ю, слід подумати про недостатність швів, сповзання лігатури та інші ускладнення. При сильній кровотечі з рани інколи необхідно самостійно приймати негайні заходи (притискання кровотокової рани, накладення джгута, закрутки та ін.) для зупинки кровотечі.

При нормальному перебізі післяопераційного періоду і загоюванні рани після операції на артеріях хворих піднімають і дозволяють ходити в кожному конкретному випадку індивідуально, залежно від об'єму, характеру оперативного втручання. Хворих після сафенектомії можна піднімати і дозволяти ходити з другого дня після операції, наклавши еластичний бинт.

Слід зазначити, що хворі з оклюзійними захворюваннями артерій (облітеруючий ендартеріїт, атеросклероз і ін.) і захворюваннями вен підлягають диспансерному нагляду. Раннє виявлення хворих із захворюваннями судин, своєчасне та обгрунтоване лікування дає ефективні результати і попереджує виникнення різних ускладнень (гангрени, тромбозів, трофічних виразок і ін.).



16. ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ГРОМАДСЬКОМУ МЕДСЕСТРИНСТВІ

16.1. Проведення реанімаційних заходів

Загальні поняття про реанімацію, клінічну та біологічну смерть

Реанімація (ре – від, апіто – оживляю) – це комплекс невідкладних заходів, що застосовуються у хворих у стані клінічної смерті, спрямованих на відновлення життєдіяльності організму і попередження незворотних змін органів та систем.

Для життєдіяльності організму потрібне постійне надходження кисню. Транспортування кисню здійснює система органів дихання і кровообігу. А тому зупинка діяльності серцево-судинної і дихальної систем призводить до порушення обмінних процесів в організмі і смерті. Між смертю і життям існують своєрідні перехідні стани, при яких ще не настала смерть, але вже не

може тривати життя (В.А. Неговський). Такі стани називають *термінальними* (від лат. terminalis – кінцевий).

Слід зазначити, що найшвидше незворотні зміни розвиваються у тих органах і тканинах, будова і функція яких є найскладнішою а життєдіяльність яких неможлива без кисню.

При термінальному стані, незалежно від його причини, в організмі людини виникають різні патологічні зміни, що відображається, в першу чергу, на функціональному стані мозку (нервова система), серця, легень (дихальна система) – “трюх воріт смерті”. Враховуючи те, що органи і тканини потерпілих продовжують жити деякий час навіть після повної зупинки серця і дихання, то при своєчасній реанімації можна оживити хворого. Пріоритет надають головному мозку, оскільки найбільше страждає від кисневого голодування (гіпоксії) кора головного мозку, в якій дуже швидко розвиваються незворотні процеси. Найчастішим і яскравим прикладом гіпоксії головного мозку є *непритомність* (гостра артеріальна недостатність головного мозку, що виникає при психічних стресах, недоїданні, малокрів'ї або при різкій зміні положення тіла з горизонтального у вертикальне (ортостатичне) положення). У тих випадках, коли тривалість гіпоксії перевищує 5-7 хв відновити діяльність ЦНС надзвичайно тяжко, а то й неможливо. Услід за виключенням кори головного мозку виникають патологічні зміни в його підкірковій ділянці (довгастий, середній мозок). Слід зазначити, що в останню чергу гине довгастий мозок з розташованими в ньому центрами дихання і кровообігу.

Зупинка життєдіяльності (смерть) може виникнути раптово при нещасних випадках – травми, кровотечі, отруєння, чи поступово, як закономірний наслідок невиліковної хвороби. Безпосередньою причиною смерті переважно є серцева або дихальна недостатність.

При тривалому процесі вмирання розрізняють такі фази.

Передагональна фаза. Агонія – боротьба (грецьке слово) – передсмертний стан організму, при якому всі фізіологічні процеси, що забезпечують життєдіяльність організму, знаходяться в стані декомпенсації: а) функції центральної нервової системи пригнічені – хворий загальмований, але свідомість збережена; б) діяльність серця послаблена, пульс ниткоподібний, артеріальний тиск знижений нижче критичного (макс. 60-50 мм рт.ст., мін. – 0), знижений і венозний тиск (40-20 мм вод. ст.); в) порушена функція дихальної системи, дихання стає глибоким і частим; г) настають виражені зрушення функції паренхіматозних органів. Такий стан може тривати від декількох хвилин до декількох днів. У цій фазі виникають різні зрушення в обміні речовин в організмі. Вони проявляються перш за все зниженням окисно-відновних процесів (білки, жири, вуглеводи, мікроелементи та ін.), накопиченням токсичних речовин (серотонін, плазмокнін, вуглекислота та ін.).

Подібні зміни в організмі призводять до порушення кислотно-лужної рівноваги крові і тканин організму (ацидоз). При відсутності допомоги стан хворого погіршується і закінчується так званою *термінальною паузою*. Хворий втрачає свідомість, артеріальний тиск та серцебиття не визначаються, зупиняється дихання, рефлекси відсутні, зіниці не реагують на світло. Термінальна пауза триває до хвилини.

Після термінальної паузи настає *агонія* (боротьба). Внаслідок виражених порушень ЦНС, виснаження центрів життєдіяльності вищого порядку виходять з-під контролю бульбарні центри та ретикулярна формація. При цьому у хворого відновлюється м'язовий тонус та рефлекси, з'являються окремі м'язові скорочення, відновлюється зовнішнє дихання, однак воно є безладним, здійснюється за участю допоміжної мускулатури; над магістральними великими артеріями (сонною, плечовою, стегною) з'являється пульс, підвищується систолічний артеріальний тиск до 50-70 мм рт.ст. Однак цей передсмертний ривок марний, через те що метаболічні порушення, які настали у клітинах, стають незворотними, швидко згоряють останні запаси енергії і через 20-40 сек., а інколи і через декілька хвилин настає **клінічна смерть**.

Основні ознаки клінічної смерті: 1) втрата свідомості; 2) відсутність пульсації над магістральними артеріями (сонною чи стегною); 3) стійке розширення зіниць та відсутність фотореакції (настає через 45-60 сек.); 4) відсутність самостійного дихання. Допоміжними ознаками смерті є: 1) зміна кольору шкіри (блідо-сірий чи синюшний); 2) втрата рефлексів та м'язового тону.

Важливим фактором, що впливає на процес вмирання, є температура навколишнього середовища. При раптовій зупинці серця клінічна смерть в умовах нормотермії триває до 5 хв, при наданні своєчасної допомоги життя можна продовжити. При тривалому періоді вмирання термін клінічної смерті значно скорочується, тільки у 0,3-0,5 % можлива реанімація. Довгий час говорили: "Останнє скорочення серця – останній акорд життя".

У процесі вмирання (клінічної смерті) розрізняють три стадії. Перша стадія триває 4-5 хв після зупинки серця. В цій стадії ще не настають незворотні зміни в організмі і всі життєво важливі функції, включаючи і діяльність мозку, ще можна повністю відновити. Друга стадія розпочинається через 5 хв після зупинки кровообігу. Її називають *соціальною*, або *духовною смертю*. В цей період у хворого настають незворотні зміни кори великих півкуль головного мозку. При цьому кровообіг і дихання ще можливо відновити, однак хворі помирають в декортикованому стані.

Ознаками прижиттєвої смерті мозку: відсутність свідомості, спонтанного дихання, арефлексія, нестабільна гемодинаміка, що підтримується стимулювальною терапією; прогресуюче зниження температури тіла,

відсутність електричної активності на електроенцефалограмі (ізолінія), відсутність змін на ЕЕГ після внутрішньовенного введення розчину бемегриду, негативна холодова проба (відсутність ністагму на введення в зовнішній слуховий прохід холодного фізрозчину), відсутність артеріо-венозної різниці за киснем у притікаючій та відтікаючій від мозку крові.

Біологічна смерть – це стан, при якому настають незворотні зміни в органах і системах організму, при яких повернути до життя потерпілого не можливо.

Ознаками біологічної смерті є: відсутність дихання, серцевої діяльності, зниження температури тіла нижче 20 °С, наявність трупних плям, які виникають внаслідок скупчення крові в нижче розташованих ділянках тіла, розвиток трупного заціпеніння.

Констатацію біологічної смерті проводять лікарі відділень стаціонару, поліклінік, швидкої медичної допомоги (де помер хворий) або судово-медичні експерти (при огляді трупа).

Перша допомога та лікування. Для оживлення хворого, що знаходиться в стані клінічної смерті, всі заходи повинні бути спрямовані на боротьбу з гіпоксією і відновлення функцій дихальної та серцево-судинної систем. Успішна реанімація можлива лише при своєчасному та кваліфікованому виконанні всіх реанімаційних заходів та дотриманні послідовності їх проведення. За Пітером Сафаром, усі реанімаційні заходи поділяються на три стадії, кожна з яких складається з декількох етапів.



Рис. 294. Положення хворого при наданні реанімації.

I стадія реанімації – перша медична допомога. Основні заходи у ній спрямовані на підтримання життєдіяльності організму. Її проводить, як правило, реаніматолог, або, в екстремальних ситуаціях, – підготовлена людина часом навіть без медичної освіти. Після констатації клінічної смерті (на що витрачається не більше 7-8 с) потерпілого негайно вкладають на спину, бажано на тверду поверхню, з дещо опущеним головним кінцем (рис. 294), при наявності спостерігача останній підіймає ноги потерпілого за стопи на 40-60 см доверху для відтоку від них крові та збільшення кровонаповнення серця. Перша стадія реанімації поділяється ще на три етапи: А, В, С.

1 етап реанімації – А (air), забезпе-

чення прохідності дихальних шляхів. На цьому етапі проводять заходи із забезпечення прохідності дихальних шляхів. При цьому реаніматолог здійснює такі послідовні прийоми: а) відкриває рот потерпілому та пальцем, обгорнутим хустинкою (марлевою серветкою), можна за допомогою затискача, звільняє ротоглотку від наявних сторонніх тіл та рідин (блювотних мас, слизу, водоростей, вставних щелеп, згустків крові тощо); без цього проводити подальшу реанімацію неможливо. При проведенні цих маніпуляцій необхідно перевірити, чи дихає потерпілий. При цьому визначають, чи є ритмічні дихальні рухи грудної клітки, або, наблизивши свою щоку та вухо до рота і носа потерпілого, послухати і відчутти, чи є самостійне дихання. При відсутності дихання проводять штучну вентиляцію легень “рот до рота”, “рот до носа”. Перед цим необхідно: б) розігнути шию потерпілого; закинути голову максимально назад, підклавши під шию імпровізований валик – при цьому у більшості потерпілих верхні дихальні шляхи вивільнюються від язика та його кореня і стають прохідними; в) виводять нижню щелепу дотримується допереду, завдяки чому повністю відновлюється прохідність дихальних шляхів.

2 етап реанімації – В (breathe), проведення штучної вентиляції легень, відновлення дихання. Його здійснюють за допомогою методики “рот до рота”, “рот до носа”. Накривши потерпілому рот бинтом, носовою хустинкою реаніматолог робить максимальний вдих, щільно притискає свої губи до губ потерпілого та у його дихальні шляхи здійснює форсований видих. При цьому потрібно дотримуватись обов’язкової умови – голову слід закинути назад, під шию покласти валик чи передпліччя реаніматолога, а ніздрі затиснути великим та вказівним пальцями. Об’єм видиху реаніматолога повинен становити 700-800 мл, вдих у два рази більший видиху. Під час вдиху та видиху медичний працівник краєм ока стежить за рухами грудної клітки потерпілого. Число дихальних рухів за 1 хв повинно бути не менше 12, легені потерпілого необхідно роздувати кожні 5 с. При правильному проведенні вентиляції відбувається безшумна екскурсія грудної клітки. Здійснивши 3-5 вдихів, реаніматолог повинен перевірити наявність пульсу у потерпілого на великих судинах шиї, стегна. У разі відсутності пульсу необхідно проводити *3 етап реанімації – С (circulation), закритий масаж серця.* Знаходячись збоку від потерпілого, реаніматолог кладе долоню однієї руки на нижню третину груднини, суворо посередині, так, щоб пальці були підняті вгору та розміщувались паралельно до ребер. Кисть другої руки ставить зверху, і, ритмічно натискаючи на груднину, зміщує її в передньо-задньому напрямку на 3-5 см. При цьому потрібно зробити 15 компресій на груднину за 9-10 с, тобто з частотою 75-100 у хв. Закритий масаж серця, таким чином, здійснюється масою тулуба реаніматолога. Проводячи компресії, необхідно рахувати вголос: “раз і, два і...”. Далі проводять почергово вентиляцію легень та масаж серця у співвідношенні 1:4. Критерієм адекват-

ності непрямиго масажу серця є поява пульсових хвиль на сонній артерії. Через 5-10 хв. перевіряється, чи не з'явилося самостійне дихання і чи відновилаься серцева діяльність. Якщо відновилаься тільки серцева діяльність (пульс), то необхідно продовжувати штучну вентиляцію легень і непрямий масаж серця до відновлення самостійного дихання і свідомості.

Слід пам'ятати, що грубе проведення закритого масажу серця може призвести до тяжких ускладнень – перелому ребер з пошкодженням легень і серця. При сильному натискуванні на мечоподібний відросток груднини може настати розрив шлунка або печінки. Особливу обережність слід проявляти при проведенні зовнішнього масажу серця у дітей та людей старшого віку.

Ознаками правильного проведення реанімаційних заходів та оживлення потерпілого є звуження зіниць, поява пульсації на артеріях, підвищення артеріального тиску, відновлення нормального кольору шкіри.

При відсутності самостійного дихання та пульсації на великих артеріях необхідно продовжувати штучну вентиляцію легень та закритий масаж серця до прибуття “Швидкої допомоги”.

Якщо через 30-40 хв від початку закритого масажу серця, штучної вентиляції легень і медикаментозної терапії серцева діяльність не відновилаься, зіниці залишились розширеними, не реагують на світло, слід вважати, що в організмі настали незворотні зміни. У цьому випадку реанімацію доцільно припинити.

Слід пам'ятати, що першу медичну допомогу проводять до прибуття спеціалізованої лікарської бригади і госпіталізації хворого у відділення інтенсивної терапії (реанімацію). Транспортування хворого з зупинкою дихання і серцевої діяльності можна здійснювати тільки після відновлення дихання і серцевих скорочень або в спеціалізованих машинах невідкладної допомоги, де є можливість продовжувати реанімаційні заходи.

У другій і третій стадіях серцево-легенево-мозкової реанімації надають спеціалізовану медичну допомогу лікарі-реаніматологи. Медична сестра – активний помічник лікаря – бере участь у проведенні штучної вентиляції легень за допомогою ручного портативного або стаціонарного апарата ШВЛ. Готує систему для трансфузії медикаментозних середників, проводить забір крові, сечі та інших біологічних матеріалів для клінічного і біохімічного аналізу.

Для визначення причини порушення кровообігу хворого підключають до кардіомонітора або роблять електрокардіограму. Існують такі види порушення серцевої діяльності: *асистоія*, *фібриляція* (хаотичне скорочення окремих волокон міокарда), яка може бути високо-, середньо- та дрібнохвильовою. “*Неефективне серце*” наявність на ЕКГ шлуночкового комплексу без серцевого викиду, без відповідної корекції швидко переходить у фібриляцію і може закінчитись асистолією.

При всіх видах зупинки кровообігу застосовують розчини адреналіну гідрохлориду (по 0,5 мл 0,1 % розчину), атропіну сульфату (по 0,5 мл 0,1 % розчину), натрію гідрокарбонату (по 0,2 мл 4 % розчину на 1 кг маси тіла).

При наявності високохвильової фібриляції застосовують розчин лідокаїну (по 0,5 мг на 1 кг маси тіла на введення). При “неефективному серці” для забезпечення його викиду струминно внутрішньовенно чи внутрішньоартеріально вливають: гемодинамічні середники (реополіглюкін, реоглюман, перфторан, рефортан); кристалоїди (розчин Рінгер-Локка, 0,9 % розчин натрію хлориду); глюкокортикоїди (гідрокортизон, преднізолон); при масивних крововтратах вливають кров та її компоненти.



Рис. 295. Внутрішньосерцеве введення медикаментів.



Рис. 296. Електрична дефібриляція серця.

При зупинці серця, зумовленій гіперкаліємією чи гіперкальціємією (гостра чи хронічна ниркова недостатність, гемоліз еритроцитів, масивне руйнування тканин, гіпаратиреоз) внутрішньовенно застосовують хлорид кальцію (по 5-10 мл 10 % розчину).

Медикаментозні середники можна вводити внутрішньовенно,

внутрішньоартеріально, внутрішньосерцево, в просвіт трахеї.

Методика внутрішньосерцевого введення (проводить лікар): тонкою довгою (7-10 см) голкою, приєднаною до наповненого шприца, проколюють грудну стінку зліва в 4-му міжребер'ї на 1,5 см від груднини. Просуваючи голку в передньо-задньому напрямку, дещо досередини, одночасно відтягують поршень шприца. На глибині 4-5 см відчувають утруднення у проходженні голки (стінка шлуночка), після чого у шприц поступає цівка крові — ознака наявності кінчика голки у просвіті шлуночка. Негайно вводять вміст шприца (внутрішньосерцево можна вводити лише розчини адреналіну, атропіну та лідокаїну), після чого продовжують проводити закритий масаж серця (рис. 295).

Внутрішньотрахеальний шлях введення застосовують, коли немає змоги використати попередні методики. При цьому голкою для внутрішньо-



Рис. 297. Відкритий “прямий” масаж серця.



Рис. 298. Хворий Б. 19 років. Ножове поранення серця. Тампонада серця. Клінічна смерть. Трансторакальний доступ. Зашивання рани серця.

м'язових ін'єкцій проколюють перснешиноподібну зв'язку чи проміжок між кільцями трахеї та впорскують розчин адреналіну, атропіну чи лідокаїну. При проведенні вентиляції легень медикаментозні середники надходять до альвеол і через 30-40 с здійснюють свій вплив на міокард. Заслуговує уваги *внутрішньоартеріальний* шлях інфузій у хворих зі значною втратою об'єму циркулюючої крові (наприклад, при геморагічному шоку та неефективному серці). Струминне вливання крові та інших середників у катетеризовану артерію (наприклад, променеву) часто є найефективнішим засобом відновлення гемодинаміки.

У тяжких випадках при наявності фібриляції шлуночків проводять *електричну дефібриляцію серця* (рис. 296). Методика: хворого ізолюють від металевих частин ліжка, відключають контрольну-діагностичну апаратуру. Біля хворого знаходиться один реаніматолог. Покривши електроди дефібрилятора спеціальною пастою чи сер-

ветками, змоченими фізіологічним розчином, реаніматолог накладає їх на ділянку серця (інший варіант – під ліву лопатку та на верхівку серця). По команді помічник (медична сестра) здійснює зарядку дефібрилятора (клавіша “заряд”), спочатку до рівня 3-3,5 кВ. Реаніматолог, притиснувши електроди до грудної клітки пацієнта, дає команду “дефібриляція”. Помічник натискає відповідну клавішу, потім клавішу “розряд” для зняття надлишкової напруги. Після цього відразу ж продовжують проводити закритий масаж серця, підключають апарат ЕКГ і оцінюють ефективність проведеної дефібриляції. В разі необхідності дефібриляцію повторюють, підвищуючи напругу

на 0,5 кВ. Такі заходи можна повторювати до 10 і більше разів, послідовно підвищуючи напругу та проводячи закритий масаж серця, ШВЛ на фоні введення лікарських середників.

В умовах операційної інколи проводять *відкритий масаж серця* (рис. 297). Показаннями до такого виду масажу серця є: зупинка серця під час оперативного втручання на органах грудної клітки та верхньому відділі живота (тампонада серця; двобічний пневмоторакс; множинні вікончасті переломи ребер, уроджені та набуті деформації грудної клітки, які унеможливають проведення ефективного закритого масажу) (рис. 298). Відкритий масаж серця проводять трансторакальним чи піддіафрагмальним доступом до серцевої сорочки.

Залежно від отриманих результатів проведення реанімаційних заходів, необхідно прийняти рішення стосовно подальших дій.

Перша допомога при закупорюванні дихальних шляхів

Для забезпечення нормального газообміну в легенях і організмі в цілому необхідна адекватна вентиляція і відповідний кровообіг через легеневу тканину. У здорової людини на кожен літр крові, яка тече по судинах за 1 хв, припадає 800 мл повітря. При закупорюванні дихальних шляхів в організмі потерпілого порушується легенева вентиляція, внаслідок чого виникає дихальна недостатність – стан, при якому органи дихання не забезпечують необхідний газообмін. Розрізняють гостру і хронічну дихальну недостатність. Гостра дихальна недостатність може розвиватися раптово або протягом декількох хвилин і становити безпосередню загрозу для життя. У хворих виникає ядуха (відчуття нестачі повітря), утруднений вдих чи видих. При подальшому наростанні дихальної недостатності виникає рухове збудження, судоми, втрата свідомості. В кінцевому результаті розвивається гіпоксична кома. Шкірні покриви темніють, стають ціанотичними. Утруднене дихання, чутне на відстані з порушенням акту вдиху та видиху. При такому диханні активно скорочуються допоміжні м'язи. При утрудненому вдиху у хворих втягуються міжреберні проміжки, яремна вирізка та підключичні ямки, іноді вислуховується стридорозний (свистячий) шум. При утрудненому видиху грудна клітка максимально розширюється, набирає бочкоподібної форми з випинанням міжреберних проміжків, яремної, підключичної ямок.

Найчастішою причиною закупорення дихальних шляхів і гострої дихальної недостатності є сторонні тіла гортані, трахеї, бронхів. Як правило, сторонні тіла потрапляють у дихальні шляхи, коли людина: а) намагається проковтнути великі шматки погано пережованої їжі; б) одночасно вживає алкогольні напої та їжу (алкоголь притуплює чутливість нервів, що забезпечують функцію ковтання); в) збуджено розмовляє або сміється під час приймання їжі або ж їсть занадто швидко; г) ходить, грається або бігає, тримаючи при цьому в роті які-небудь предмети.

Закупорення дихальних шляхів може бути частковим і повним. Часткова непрохідність дихальних шляхів розвивається при неповному закупоренні стороннім тілом гортані, трахеї або одного з головних бронхів. Вона може супроводжуватись достатнім або недостатнім зовнішнім газообміном (процес надходження і виходу повітря з альвеол легень). Ці ознаки дихальної недостатності мають надзвичайно важливе значення при наданні першої невідкладної допомоги. У випадку часткової обструкції дихальних шляхів із збереженням достатнього газообміну у потерпілого виникає сильний кашель, який супроводжується свистячими звуками (особливо під час вдиху). У цих випадках не потрібно заважати потерпілому кашляти, оскільки при інтенсивному кашлі є можливість виштовхнути стороннє тіло з дихальних шляхів. Потерпілий повинен кашляти до тих пір, поки дихальні шляхи не звільняться від стороннього тіла і не відновиться нормальне дихання.

У разі часткової непрохідності дихальних шляхів, що супроводжується недостатнім газообміном, у потерпілого буде слабкий неефективний кашель, а під час вдиху будуть прослуховуватись специфічні невисокі звуки. Слід пам'ятати, що закупорення дихальних шляхів може викликати відразу недостатній газообмін або ж спочатку супроводжуватися достатнім газообміном, а пізніше перейти в повну непрохідність і недостатність газообміну. У випадку часткового закупорення дихальних шляхів із недостатнім газообміном необхідно діяти, як при повному закупоренні. Повна непрохідність дихальних шляхів виникає, як правило, при застряганні стороннього тіла в гортані або трахеї, людина не може ні дихати, ні кашляти, ні говорити. При цьому вона хапається за горло однією або обома руками, цей жест є однією із основних ознак ядухи, спричиненої повним закупоренням дихальних шляхів. Щоб звільнити дихальні шляхи від стороннього тіла, необхідно діяти негайно. Якщо постраждалий знаходиться у свідомості, використовують *метод черевних поштовхів*. Потерпілого необхідно підняти на ноги, обхопити лівою рукою навколо талії, стиснути пальці правої руки у кулак, міцно притиснути його до верхньої частини живота (епігастральна ділянка) і зробити різкий поштовх в напрямку догори. Такі поштовхи необхідно повторювати до тих пір, поки дихальні шляхи не звільняться і стануть прохідними. Слід зазначити, що нанесення потерпілому ударів по спині при закупоренні дихальних шляхів може погіршити його стан і призвести до того, що стороннє тіло просунеться глибше і застрягне в трахеї.

Якщо потерпілий не може звестись на ноги і знаходиться в сидячому положенні, використовують *методику грудних поштовхів*. Цей же метод варто застосовувати для надання допомоги людині з надмірною масою тіла (ожирінням) або жінці в пізній період вагітності.

У цих випадках необхідно: а) ззаду потерпілого обхопити лівою рукою його нижню частину грудної клітки; б) стиснути пальці правої руки в кулак і помістити в ділянку нижньої третини груднини; в) в момент видиху різко натиснути грудну клітку ззаду і кулаком на груднину спереду. Такі

рухи потрібно проводити до тих пір, поки не відновиться прохідність дихальних шляхів.

При наданні першої допомоги постраждалому з закупоренням дихальних шляхів, що знаходиться в непритомному стані, його необхідно вкласти на підлогу, відкрити рот, притиснути язик до нижньої щелепи і спробувати видалити стороннє тіло пальцем. Якщо таким чином не вдається видалити стороннє тіло, використовують метод грудних поштовхів. Для цього необхідно опуститись на коліна обличчям до потерпілого, помістити долоні своїх рук на його грудній клітці, як при проведенні непрямого масажу серця і провести 8-10 поштовхоподібних рівномірних, плавних натискувань на груднину глибиною 5-6 см. Якщо таким чином не вдається відновити прохідність дихальних шляхів, необхідно ще раз провести ревізію ротової порожнини і при відсутності стороннього тіла приступити до штучної вентиляції легень за методикою “рот до рота” або рот до носа”.

Якщо повітря в дихальні шляхи потерпілого не проходить (грудна клітка не піднімається), необхідно послідовно повторювати дії, спрямовані на видалення стороннього тіла з його дихальних шляхів за методикою грудних або черевних поштовхів, поки не відновиться їх прохідність або поки не прибуде “Швидка допомога”.

Поряд із цим, необхідно стежити за наявністю активних рухів грудної клітки в момент натискування, а також за пульсом на сонних артеріях потерпілого.

При використанні методу *черевних поштовхів* необхідно: а) широко розставивши ноги навколо стегон потерпілого, стати на коліна; б) помістити долоню лівої руки на верхню ділянку живота (епігастральну ділянку), нижче мечоподібного відростка груднини; в) помістити долоню правої руки зверху лівої (пальці повинні бути спрямовані до голови постраждалого); г) витягнутими руками, не згинаючи їх у ліктях, зробити 8-10 різких поштовхоподібних рухів у напрямку догори; кожний поштовх повинен бути чітким.

Після цього необхідно провести перевірку наявності стороннього тіла в ротовій порожнині. Якщо стороннього тіла немає в ротовій порожнині, необхідно продовжувати методику черевних поштовхів до відновлення дихання або прибуття “Швидкої допомоги”.

Якщо стороннє тіло відійшло, з’явилося адекватне самостійне дихання, потерпілий прийшов до свідомості, все таки необхідно викликати “Швидку допомогу” і залишатися поруч з потерпілим до її прибуття. Тим часом потрібно постійно слідкувати за станом дихання, активними самостійними рухами грудної клітки та за пульсом на сонній, плечовій або променевої артеріях.

Самодопомога при закупоренні дихальних шляхів. Якщо у ваші дихальні шляхи потрапило стороннє тіло, ви задихаєтесь і нікому допомогти, зробіть собі черевні поштовхи самі. При цьому:

1. Стисніть пальці правої руки в кулак.
2. Помістіть кулак в епігастральну ділянку нижче мечоподібного відростка.

стка груднини.

3. Захопіть іншою рукою ваш кулак і зробіть різкий поштовх догори.

4. Такі поштовхи ви можете викликати, натиснувши на епігастральну ділянку яким-небудь твердим предметом, що не має гострих країв (спинка стільця, бильце ліжка й ін.).

Утоплення

При утопленні необхідно розрізняти такі варіанти: а) *справжнє утоплення* – у більшості потерпілих внаслідок стресового стану і дихальних рухів вода проникає в легеневе дерево. При цьому вода, особливо прісна, яка є гіпоосмолярною відносно плазми, легко дифундує через альвеоло-капілярну мембрану легень в кров'яне русло, збільшуючи об'єм циркулюючої крові. Поступлення 1500-2000 мл води на фоні гіпоксії призводить до швидкої зупинки серця. При справжньому утопленні в морській воді, навпаки, внаслідок збільшення градієнта осмотичної концентрації, рідка частина крові переміщується у бронхи та трахею, викликаючи клініку набряку легень.

Клінічні ознаки. Справжнє утоплення проявляється “фіолетовим” ціанозом, виділенням з рота або носа забарвленої кров'ю піни. На рентгенограмі легень визначається тінь неправильної форми. Свідомість відновлюється поступово, оскільки гіпоксія призводить до набряку оболонок мозку; б) *асфіктивне утоплення* – у 10-15 % потерпілих внаслідок стресу і рефлексорного змикання голосової щілини (ларингоспазму) та зупинки дихання вода не проникає в дихальні шляхи. Проте причиною смерті є зупинка серця, яка виникає внаслідок гіпоксії і ураження ЦНС; в) *синкопальне утоплення* спостерігається у 5 % випадків, частіше у дітей і жінок (внаслідок переляку, холодого впливу води, переподразнення рефлексогенних зон). Виникає первинна зупинка серця (“синкопе”). У таких потерпілих шкіра блідо-сіра (через виражений периферичний спазм), в дихальних шляхах вода відсутня.

Особливості проведення реанімаційних заходів при утопленні: 1) при справжньому утопленні дуже важливо своєчасно розпочати штучну вентиляцію легень, – якомога раніше, відразу ж після виведення голови потерпілого над поверхнею води. При цьому необхідно звільнити ротову порожнину та глотку від водоростей, піску, блювотних мас. Уже на плаву необхідно проводити ШВЛ за методикою “рот до носа”. На березі потерпілого необхідно положити на живіт, декілька разів енергійно стиснути грудну клітку та приступити до ШВЛ.

Слід пам'ятати, що при справжньому утопленні реанімація може бути ефективною, якщо потерпілий знаходився під водою 5-6 хв. При синкопальному і асфіктивному затопленні в холодній воді оживлення організму можливе навіть через 20 хв перебування під водою;

2) у хворих із справжнім утопленням в другій стадії реанімації продовжують ШВЛ, проводять зовнішній масаж серця, вводяться медикаментозні препарати, з метою боротьби з гіперкаліємією застосовують хлористий кальцій

(по 5-10 мл 10 % розчину внутрішньовенно); 3) усіх потерпілих, що знаходились під водою, необхідно транспортувати у реанімаційне відділення та активно спостерігати за ними декілька днів. З метою попередження розвитку так званого “вторинного утоплення” (блискавичного набряку легень, що швидко призводить до смерті) хворі протягом перших діб після перенесеної клінічної смерті повинні знаходитись на апаратному керованому диханні із режимом позитивного тиску в кінці видиху; 4) у третій стадії реанімації після утоплення в прісній воді застосовують діуретичні середники з метою боротьби з гіпергідратацією та попередження гострої ниркової недостатності як наслідку гемолізу; 5) при справжньому утопленні в морській воді хворим у третій стадії реанімації проводять корекцію гіпертонічної гіпогідратації вливанням великих об’ємів гіпотонічних середників; 6) слід пам’ятати, що при асфіктивному та синкопальному типах утоплення тривалість клінічної смерті дещо довша та прогноз реанімації більш сприятливий.

Наїзд автотранспорту, падіння з висоти

Термінальні стани можуть виникати внаслідок автомобільних пригод, падіння з висоти та ін. Об’єм першої допомоги у цих випадках залежить від характеру пошкодження. У випадках зупинки дихання і серцевої діяльності необхідно проводити реанімаційні заходи за загальноприйнятою методикою, при цьому слід звернути увагу на цілість кісток обличчя, нижньої щелепи, шийного відділу хребта.

При пошкодженні шийного відділу хребта не можна закидати потерпілому голову назад! Прокідність дихальних шляхів відновлюють тільки шляхом виведення нижньої щелепи. При переломах щелеп, пошкодженні губ штучне дихання слід проводити за методом “рот до носа” або за допомогою повітропровода.

Транспортування таких постраждалих у стаціонар здійснюють на носшах у положенні хворого на боці, з опущеним головним кінцем. У процесі транспортування необхідно слідкувати за станом життєво важливих органів та систем організму і своєчасно вживати заходів для попередження їх декомпенсації.

16.2. Участь медичної сестри в диспансерному нагляді та реабілітації хірургічних хворих

Проведення медсестринського планового патронажу, виявлення диспансерних груп хірургічних хворих

На сучасному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров’я відбувається значне поширення різних альтернативних форм медичної допомоги, зокрема відкриття стаціонару на дому, денних стаціонарів. На сьогодні

в денних та домашніх стаціонарах здійснюють спостереження та догляд за пацієнтами з низкою хірургічних хвороб. Важлива роль у наданні тривалої медичної допомоги, спрямованої на реабілітацію хворого, а також надання в разі необхідності медико-соціальної допомоги хворому, належить патронажній медичній сестрі. Медична сестра, здійснюючи плановий патронаж, зобов'язана налагодити тісний контакт з хворим, давати оцінку його стану здоров'я, проводити спостереження за перебігом хвороби, виконувати лікарські призначення.

Важливим у діяльності хірургічної медичної сестри є профілактика хірургічних захворювань, в основі якої лежить диспансеризація населення. Основною метою її є активне виявлення, планове оздоровлення та реабілітація хірургічних хворих.

Диспансеризацію і реабілітацію хірургічних хворих здійснюють за допомогою лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних та соціально-економічних заходів. Головними з них є: 1) огляд і обстеження хворих та здорових; 2) взяття на диспансерний облік та систематичне спостереження; 3) лікування та реабілітація хворих; 4) рекомендації з працевлаштування; 5) виявлення шкідливих факторів розвитку захворювань; 6) активна постановка питань перед адміністрацією про створення нормальних умов праці і життя; 7) проведення лікувально-оздоровчих заходів з використанням санаторіїв, баз відпочинку, лікувальної фізкультури, раціонального способу життя.

На основі всебічного обстеження виділяють три групи населення: Д-I – здорові; Д-II – практично здорові (особи, у яких захворювання не загострювалося протягом декількох років); Д-III – хворі.

Диспансерному спостереженню підлягають хворі Д-III з такими хірургічними захворюваннями: 1) грижами; 2) хронічним апендицитом; 3) ускладненою виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки (кальозні, пенетруючі виразки, пілоростеноз і ін.); 4) гемороєм; 5) випаданням прямої кишки; 6) облітеруючими захворюваннями артерій; 7) варикозним розширенням вен; 8) тромбофлебітом; 9) трофічними виразками; 10) хронічним тромбофлебітом; 11) хворі після перенесених операцій на грудній, черевній порожнинах тощо.

Диспансерному спостереженню підлягають допризовники з хірургічними захворюваннями, з приводу яких необхідно провести оздоровлення в короткі терміни, до призову у військово.

Усі хворі з “пограничними” захворюваннями знаходяться на диспансерному обліку у терапевтів (хронічний холецистит, панкреатит, захворювання легень нетуберкульозної етіології та ін.). Інваліди Великої Вітчизняної війни, особи, які потерпіли від аварії на Чорнобильській АЕС, онкологічні хворі (включаючи осіб з передпухлинними захворюваннями), а також хворі на кістково-суглобовий туберкульоз підлягають диспансерному спостереженню.

ню в спеціальних лікувально-профілактичних закладах (шпиталь для інвалідів Великої Вітчизняної війни, радіаційний, онкологічний, туберкульозний диспансер й ін.), куди вони повинні направлятись для активного лікування і реабілітації. При відсутності таких спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів усі хворі з хірургічною патологією знаходяться під диспансерним наглядом у хірурга амбулаторії, поліклініки за участю медичної сестри.

Відбір на диспансерне спостереження хворих проводять лікарі за активною участю медичних сестер. При проведенні диспансеризації медичні сестри повинні приділяти велику увагу проведенню санітарно-освітньої роботи, виконанню лікарських призначень, своєчасному направленню хворих своєї ділянки обслуговування на активне (оперативне) лікування тощо.

Тривалість диспансерного спостереження за хірургічними хворими залежить від ефективності проведення лікувально-профілактичних заходів, характеру перебігу та прогнозу захворювання.

Для оцінки результатів диспансеризації та стану кожного хворого заповнюється індивідуальна карта амбулаторного хворого (форма № 25), яка позначається літерою "Д" (диспансеризація). Крім того, на кожного диспансерного хворого заповнюється контрольна карта диспансерного спостереження, куди періодично (не менше 2 разів на рік) вносять дані, на основі яких готують етапний епікриз або заключення. Головними показниками ефективності диспансеризації є: 1) дані про оздоровлення вперше виявлених хворих і тих, які знаходяться тривалий час на диспансерному обліку; 2) дані про перебіг захворювання (одужання, покращання, погіршення, без змін, летальність); 3) кількість випадків і днів непрацездатності, виходу на інвалідність. У випадках повного одужання хворого знімають з диспансерного нагляду. Слід зазначити, що своєчасна, якісна, раціональна і планомірна диспансеризація має важливе значення: зменшуються затрати на оздоровлення, зменшується кількість випадків тривалої непрацездатності та виходу на групу інвалідності, знижується летальність від хірургічних захворювань.

Мета і завдання медичної сестри в реабілітаційний період

Основною метою роботи медичної сестри в реабілітаційний період є допомога лікарю в оздоровленні хірургічного хворого і проведенні заходів з профілактики різних ускладнень.

Основними завданнями є: а) інформація лікарів про стан здоров'я диспансерної групи хворих; б) виконання призначень (проведення маніпуляцій, своєчасне направлення на обстеження, контроль за відвідуванням спеціалістів й ін.); в) ведення облікової документації; г) проведення санітарно-освітньої роботи.

Під час видужання (реабілітації) в організмі людини проходять складні процеси, спрямовані на відновлення нормальних функцій ушкоджених хворобою органів і систем. Видужання може бути повним і неповним. Повне

видужання настає тоді, коли зникають усі ознаки хвороби і організм повністю відновлює свої функціональні можливості. Однак слід пам'ятати, що видужання не завжди означає повернення організму до початкового стану. Та і практично такого не буває, оскільки внаслідок хвороби виникають і залишаються морфо-функціональні зміни з боку різних органів і систем, які в загальному компенсуються організмом.

При *неповному видужанні* залишаються наслідки хвороби, які не сприяють нормальному відновленню функції органів чи систем в цілому. Слід пам'ятати, що часто різниця між повним і неповним видужанням досить відносна. Так, видужання може бути практично повним, незважаючи на наявність стійкого анатомічного дефекту (наприклад, відсутність однієї нирки, якщо друга цілком компенсує її функцію). Видужання і реабілітація організму настає тоді, коли комплекс пристосувальних реакцій і механізмів виявляється достатньо сильним і нормалізує та компенсує основні функції організму.

До механізмів реабілітації і одужання належать такі рефлекторні та захисні реакції, як зміни дихання і кровообігу, стан обмінних процесів в організмі, виділення гормонів при стресових реакціях, а також механізми, спрямовані на збереження сталості внутрішнього середовища (рН, кислотно-лужна рівновага, біохімічні показники, рівень глюкози в крові, артеріальний тиск та ін.). Крім того, під час реабілітації в організмі хворого відбуваються і тривалі реакції, спрямовані на збільшення резервних можливостей

функціональних систем окремих органів. Таке збільшення резервних можливостей органів і систем відбувається не лише за рахунок введення в дію нових структурно-функціональних одиниць (нервових клітин, β -клітин підшлункової залози та ін.), але й за рахунок збільшення інтенсивності їх роботи, що, в свою чергу, зумовлює активізацію пластичних процесів, наростання маси органа (*гіпертрофія*) до рівня, коли навантаження на кожну функціональну одиницю (нефрон – нирки, часточка – печінка, ацинус – легені та ін.) не перевищує норму. Слід зазначити, що введення компенсаторних механізмів так само, як і припинення їх діяльності, значною мірою залежить від стану не-

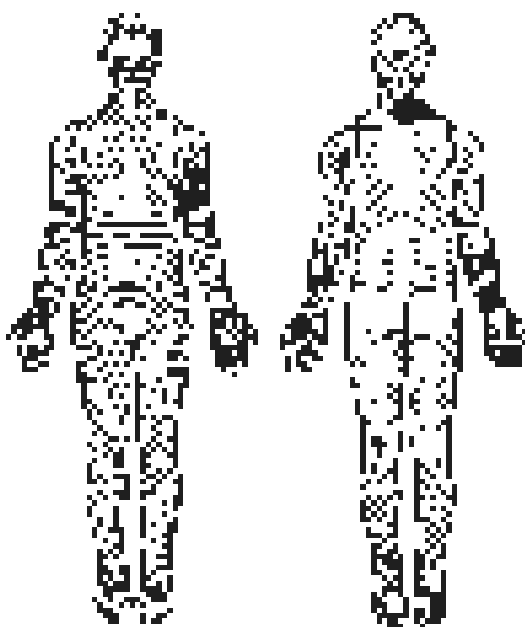


Рис. 299. Розподіл ліній за Беннінгофом.

рвової системи. Тому уважне ставлення, правильно проведене лікування і адекватні заходи з реабілітації дають можливість своєчасно відновити здоров'я і працездатність хірургічного хворого.

Поняття про проведення масажу хірургічним хворим

Масаж – це сукупність дозованих механічних прийомів у вигляді тертя, тиснення, вібрації, що здійснюються на поверхні тіла людини як руками, так і спеціальними апаратами через повітряне, водне або інше середовище.

Масаж (від *massage* – місити, м'яти, погладжувати) як метод лікування застосовують практично у всіх лікувальних і оздоровчих закладах. Методика масажу, побудована з урахуванням клініко-фізіологічних принципів, є ефективним методом лікування, відновлення працездатності, зняття втоми, профілактики захворювань.

Залежно від поставлених завдань, розрізняють: *лікувальний масаж* (застосовують для лікування різних захворювань і травм); *гігієнічний масаж* (використовують як засіб профілактики захворювань, підвищення працездатності); *спортивний масаж* (застосовують після різних фізичних та розумових навантажень, при втомі для відновлення функції організму спортсмена); *самомасаж*.

Для реабілітації хірургічних хворих, покращення або відновлення функцій органів або систем у хірургії широко використовують лікувальний масаж. Розрізняють такі його різновиди: 1) *класичний* – застосовують без урахування рефлекторного впливу і проводять поблизу пошкодженої ділянки тіла або безпосередньо на ній; 2) *рефлекторний* – його проводять з метою рефлекторного впливу на функціональний стан внутрішніх органів або систем, використовуючи спеціальні прийоми і діючи на певні ділянки шкіри і тіла; 3) *сполучнотканинний*, спрямований на сполучну тканину, підшкірну клітковину (основні прийоми сполучнотканинного масажу проводять з урахуванням ліній Беннінгофа (рис. 299).); 4) *періостальний* – проводять на відповідних точках, що рефлекторно впливають на надкiсницю; 5) *точковий* – діючи на відповідну біологічно активну точку (зону) тіла, можна послабляти або стимулювати функцію органа або системи, зменшувати біль й ін.

Показання для проведення лікувального масажу досить широкі; в хірургічній практиці його використовують у хворих, які перенесли операції з приводу захворювань органів дихання, шлунково-кишкового тракту, сечовидільної, серцево-судинної систем, захворювань і пошкоджень опорно-рухового апарату (кісток і суглобів) й ін.

Протипоказаннями до масажу є: гнійні процеси будь-якої локалізації, тромбофлебїти, значне розширення вен нижніх кінцівок, трофічні виразки, гангрени, хронічний остеомієліт, доброякісні і злоякісні пухлини різних локалізацій, нестерпний біль (каузалгічний синдром) .

При проведенні масажу виділяють 9 основних прийомів (погладжуван-

ня, розминання, розтирання, витискання, потряхування, активні і пасивні рухи, рух з опором, ударні прийоми, струшування).

Масажні прийоми поділяють за їх фізіологічною дією на шкіру, сполучну тканину, підшкірну клітковину, на м'язи, суглоби, зв'язки і сухожилки. Головна роль у визначенні механізму фізіологічної дії масажу належить нервовій системі. Через систему нервових рецепторів шкіри, м'язів та інших тканин можна впливати та покращувати функцію органів і систем.

Важливе значення має і гуморальний фактор. Під впливом масажу виділяються тканинні гормони, що теж позитивно впливають на перенесення нервових імпульсів і функцію органів й систем. Масаж діє і як механічний фактор, підсилюючи переміщення тканинних рідин (лімфи, крові), покращує мікроциркуляцію в органах і тканинах, викликає зміщення і розтягнення тканин (при рубцях, спайках), підвищує еластичність і скоротливість м'язів. Масаж суттєво впливає на стан суглобів, покращує їх кровопостачання, прискорює розсмоктування суглобового випоту, а також патологічних періартикулярних відкладень, сприяє його руховій діяльності. Масаж позитивно впливає і на стан окисно-відновних процесів в організмі, сприяє підсиленому виділенню і очищенню тканин від токсичних азотистих речовин.

Поняття про проведення лікувальної фізкультури хворим хірургічного профілю

Під лікувальною фізкультурою розуміють комплекс засобів і методів фізичної культури, що використовуються при різних захворюваннях і травмах людини з лікувальною і профілактичною метою. Основним призначенням лікувальної фізкультури є відновлення здоров'я і працездатності хворого, а також виховання фізичних і морально-вольових якостей.

Лікувальна фізкультура є складовою частиною фізичної культури. По суті, в ній використовуються ті ж засоби та методи і вирішуються ті ж завдання, що і в фізичній культурі здорової людини. На сьогодні лікувальна фізкультура є самостійним методом і невід'ємною складовою частиною комплексного лікування у всіх лікувально-профілактичних закладах. Вплив лікувальної фізкультури на хворого досить сприятливий. Його слід розглядати як метод патогенетичної терапії, який активізує фізіологічні механізми з відновлення або покращення основних функцій організму.

Систематичні заняття фізичними вправами сприяють кращому пристосуванню організму до умов життя, розширюють його функціональні можливості, а тому лікувальну фізкультуру слід розглядати і як метод функціональної терапії. Поєднання фізичних вправ з іншими засобами лікування підвищує їх дію, сприяє прискоренню одужання хворого, а також відновленню функцій уражених органів, систем організму і працездатності хворого. Головне місце в лікувальній фізкультурі займають гімнастичні вправи. За допомогою вправ можна підібрати найбільш дозоване і адекватне фізичне

навантаження тому чи іншому хворому. Основними формами проведення лікувальної фізкультури є: урок або процедура лікувальної гімнастики; ранкова гігієнічна гімнастика; індивідуальні завдання для самостійних занять; прогулянки та ін. форми фізкультури. Підхід до проведення лікувальної фізкультури у хірургічних хворих повинен бути індивідуальним з урахуванням стану хворого, тяжкості захворювання, характеру і об'єму оперативного втручання, виду проведеного знеболювання (наркоз, внутрішньовенне, місцеве знеболювання), терміну післяопераційного періоду, віку. Так, у хворих після хірургічних втручань на органах черевної порожнини, проведених із застосуванням інтратрахеального наркозу, уже через 12-18 год після операції необхідно застосовувати прості дихальні гімнастичні вправи, спрямовані на профілактику запалення легень, покращення функції діафрагми (черевне дихання). Такі вправи необхідно проводити після припинення болю в рані в лежачому положенні протягом 8-10 хв. Поступово, в міру покращення стану хворого, навантаження збільшують, вправи виконують у сидячому положенні, а згодом – у стоячому. При цьому фізичні вправи поєднують з легким масажем передньої черевної стінки, тривалість занять збільшують до 15-20 хв.

У міру покращення загального стану хворого і загоєння рани, в заняття з лікувальної гімнастики включають вправи для м'язів тулуба, вправи з м'ячем, рухливі ігри, різні фізичні знаряддя і ін.

Своєчасна і методично правильно проведена лікувальна фізкультура у хірургічних хворих покращує дихання, кровообіг, попереджує виникнення застійних і запальних явищ та утворення спайок у черевній порожнині. Поряд із цим, фізичні вправи покращують функцію внутрішніх органів, підвищують тонус центральної нервової системи і кортикальну регуляцію всіх функцій шлунково-кишкового тракту.

Курортні фактори в лікуванні хірургічних хворих

Курорти за характером природних лікувальних факторів поділяються на три основні групи: кліматичні, бальнеологічні і грязьові.

Кліматичні курорти (приморські, гірські, степові і лісостепові – “Карпати”, “Євпаторія”, “Одеса”, “Анапа” й ін.) використовуються головним чином для лікування хворих із захворюваннями органів дихання і з метою загального оздоровлення.

Бальнеологічні курорти (від латинського – бані) – Трускавець, Моршин, Гусятин, Хмельник, Микулинці, Цхалтубо, де основним лікувальним фактором є вода або ропа з мінеральних джерел, яку можна вживати всередину для лікування печінки, жовчних шляхів, шлунка та ін. або застосовувати для ванн, інгаляцій, зрошення, полоскання тощо.

Грязьові курорти – лікувальними факторами є пелоїди – речовини, що утворюються в природних умовах під впливом геологічних процесів. Голов-

ними видами пелоїдів, що використовуються для лікування, є мулувата грязь, торф, сапронели, глина. Мулувата грязь (мінеральна) добувається з лиманів – сольових материкових озер і з водойм, заповнених водою з мінеральних джерел. Торф – продукт розкладання органічних речовин, рослин болотистої місцевості. Сапронели – гниючий мул, що добувається з маломінералізованих озер. Із глин для лікування використовують переважно червоно-жовті, які містять багато заліза.

До пелоїдів з практичної точки зору за механізмом дії близький парафін, озокерит (гірський віск) і нафталанська нафта. Нафталанська нафта добувається на курорті Нафталан в Азербайджані і відрізняється від звичайної малим вмістом бензину і керосину. Завдяки особливим властивостям конвекції – перенесення тепла (електричних зарядів рухливим середовищем) нагріта навіть до 50 °С грязь не викликає опіку, оскільки повільно проводить тепло, яке глибоко проникає в тканини.

Бальнеотерапевтичні фактори (включаючи пелоїдотерапію) відносяться до неспецифічних подразників, що сприятливо впливають на функцію всіх органів і систем хворого через нейро-гуморальні механізми. Ступінь вираженості реакцій на бальнео- і пелоїдопроцедури залежить від температури ванни (грязі), тривалості процедури, складу води (наявність солей, газу, радіоактивних речовин й ін.) та стану організму.

При виборі санаторно-курортного лікування треба враховувати не тільки курортний фактор (ванни, грязі), але й кліматичні умови (ступінь інсоляції, вологість), місцевість (берег моря, гори, рівнина), сезон (літо, осінь й ін.). Це має важливе значення, особливо для людей похилого віку, дітей, підлітків, осіб із супровідною патологією.

Для відбору на курорт хворий проходить повне клінічне обстеження, після чого йому видають санаторно-курортну довідку.

Під час приймання лікувальних ванн і грязі у багатьох хворих (частіше після 3-5 процедур) може настати бальнеологічна реакція, що проявляється підсиленням болю в ураженому органі, а інколи і підвищенням місцевої і загальної температури. При незатихаючому запальному процесі або прихованому джерелі інфекції бальнеологічна реакція може призвести до загострення або активації латентної (дрімаючої) інфекції. При вирішенні питання про направлення на санаторно-курортне лікування хворих з хронічними запальними процесами необхідно проаналізувати його характер (схильність до рецидиву, час останнього загострення і ін.). Чим коротший період після затихання гострого запалення, тим кращий результат можна отримати від санаторно-курортного лікування.

Санаторно-курортне лікування показано: 1) після гострих захворювань і травм суглобів, трубчастих кісток (артрити, артрози, гемартрози, контрактури, остеомиєліт, остеохондроз хребта та ін.). Таким хворим показані курорти, що мають грязі і ванни: Микулинці, Хмельник, Цхалтубо, П'ятигорськ, Одеса; 2) після операцій на органах черевної порожнини, малого таза, нирках показано до лікування в Трускавці, Гусятині, Карлових Варах, Моршині, Полянці-Квасовій, Залізноводську та ін.; 3) хворим із захворюваннями і після травм судин (облітеруючий ендартеріт, атеросклероз), після операції з приводу синдрому Леріша, хворим з хронічними тромбофлебітами, хронічними виразками нижніх кінцівок і ін. показані курорти Сочі-Мацеста, Микулинці, Хмельник, Серноводськ, Куяльник та ін.

Правильно підібране і своєчасно проведене санаторно-курортне лікування є досить ефективним методом лікування і реабілітації хірургічних хворих, що підвищує їх працездатність і зменшує вихід на інвалідність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Архангельская-Левина М.С. Основные этапы ведения хирургических больных. – М.: Медицина, 1964. – 227 с.
2. Арьев Т.А. Ожоги и отморожения. – М.: Медицина, 1971. – 285 с.
3. Белова Н.И., Беренбейн Б.А., Великорецкий Д.А. и др. Справочник медицинской сестры по уходу / Под ред. Н.Р. Палеева. – М.: Медицина, 1989. – 528 с.
4. Білик Л.С., Шевченко Т.П. Худзик О.М. Медичні маніпуляції в алгоритмах. – Тернопіль: “Укрмедкнига”, 2000. – 256 с.
5. Блохин Н.Н., Петерсон Б.Е. Клиническая онкология. – М.: Медицина, 1979. – Т. 1. – 695 с.
6. Братусь В.Д. Острые желудочные кровотечения. – К.: Здоров'я, 1972. –
7. Братусь В.Д., Бутылин Ю.П., Дмитриев Ю.Л. Интенсивная терапия в неотложной хирургии. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Здоров'я, 1989. – 280 с.
8. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. – М.: Медицина, 1979. – 239 с.
9. Бунятян А.А. Руководство по анестезиологии. – М.: Медицина, 1997.
10. Буянов В.М., Нестеренко Ю.А. Хирургия. – М.: Медицина, 1990. – 624 с.
11. Ваврик Ж.М. Хірургія: Лекції: Навч. посібник. – К.: Вища шк., Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 444 с.
12. Вашков В.И. Средства и методы стерилизации, применяемые в медицине. – М.: Медицина, 1973. – 368 с.
13. Веденский А.Н. Варикозная болезнь. – Л.: Медицина, 1983. – 190 с.
14. Военно-полевая хирургия / Под ред. К.М. Лисицына, Ю.Г. Шапошникова. – М.: Медицина, 1982. – 336 с.
15. Всесоюзный симпозиум “Анаэробная неклостридиальная инфекция в гнойной хирургии”. (Тернополь, 25-26.05.1989) // Вестник хирургии. – 1990. – № 5. – С. 141-144.
16. Всё по уходу за больными в больнице и дома / Под общей ред. акад. РАМН Ю.П. Никитина и Б.П. Маштакова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 704 с.
17. Всеукраїнський симпозиум з міжнародною участю “Безкровна хірургія сучасна концепція гемотрансфузійної терапії”. (Львів, 27-28.10.2000.) – Львів: НВП “Мета”, 2000. – 150 с.
18. Гагунова Е.Я. Общий уход за больными. – М.: Медицина, 1973. – 287 с.
19. Горовитс Д. Современное лечение перитонита // Клінічна хірургія. – 1996. – № 2-3. – С. 18-19.
20. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: Медицина, 1993. – 574 с.
21. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Основы общего ухода за больными. – М.: Медицина, 1991. – 256 с.
22. Дарбинян Т.М. Руководство по клинической реаниматологии. – М.: Медицина, 1975. – 391 с.
23. Даценко Б.М., Белов С.Г., Тамм Т.И. Гнойная рана. – К.: Здоров'я, 1985. – 133 с.
24. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. – М.: Медицина, 1981. – 20 с.
25. Йоффе И.П. Оперативное лечение паховых грыж. – М.: Медицина, 1968. – 170 с.

26. Иванов В.А., Лопухин Ю.М., Молоденков М.Н. Хирургия. – М.: Медицина, 1968. – 423 с.
27. Колесников И.С., Лыткин М.И., Лисницкий Л.С. Гангрена легких и пневмоторакс. – Л.: Медицина, 1983. – 224 с.
28. Коркушко О.В. Коваленко А.Н. Система свертывания крови при старении. – К.: Здоров'я, 1988. – 216 с.
29. Котельников В.П. Отморожения. – М.: Медицина, 1988. – 255 с.
30. Кочнев О.С. Хирургия неотложных заболеваний. – Изд-во Казанского ун-та, 1981. – 271 с.
31. Красильников А.П. Справочник по антисептике. – Минск: Высшая школа, 1995. – 367 с.
32. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. – М.: Медицина, 1981. – 687 с.
33. Кузин М.И., Сологуб В.К., Юденич В.В. Ожоговая болезнь. – М.: Медицина, 1982. – 159 с.
34. Курбангалеев С.М. Гнойная инфекция в хирургии. – М.: Медицина, 1985. – 270 с.
35. Лашевкер В.М. Острые панкреатиты. – К.: Здоров'я, 1978. – 143 с.
36. Лупальцов В.И., Цыганенко А.Я., Лях А.В., Сенников И.А. Элементы общего ухода за больными в хирургическом стационаре. – Харьков: ХГМУ, 1999. – 232 с.
37. Маслов В.И. Малая хирургия. – М.: Медицина, 1988. – 208 с.
38. Методичні рекомендації до практичних занять з загальної хірургії з доглядом за хворими / За ред. проф. В.О. Шідловського. – Тернопіль, 1994. – 87 с.
39. Міжвузівська навчально-методична конференція “Проблеми інтеграції в медичному вищому навчальному закладі”. (Тернопіль, 27.05.1999.) – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 192 с.
40. Мультиановский М.П. История медицины. – М.: Медгиз, 1961. – 346 с.
41. Муратов С.Н. Хирургические болезни с уходом за больными. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1981. – 336 с.
42. Приказ № 720 31.07.1978. “Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией.” – Москва, 1978. – 86 с.
43. Напалков П.Н., Смирнов А.В., Шрайбер М.Г. Хирургические болезни. – 2-е изд. – Изд-во “Медицина”, Ленинградское отделение, 1968. – 758 с.
44. Невідкладна хірургія захворювань та пошкоджень органів черевної порожнини та уrogenітального тракту. – Київ, 1995. – 32 с.
45. Неговский В.А. Основы реаниматологии. – М.: Медицина, 1981. – 326 с.
46. Нетяженко В.З., Сьоміна А.Г., Присяжнюк М.С. Загальний та спеціальний догляд за хворими. – К.: Здоров'я, 1993. – 304 с.
47. Общая хирургия / Под ред. П.Н.Зубарева, М.И.Лыткина, М.В.Епифанова. – СПб.: СпецЛит, 1999. – 472 с.
48. Основы медичних знань та методи лікування за Девідсоном / За ред. К.Р.В.Едвардса, І.А.Д.Бавчера. – У 2 т. – К.: УКСП “Кобза”, 1994. – Т. 1. – 596 с.
49. Основы медичних знань та методи лікування за Девідсоном / За ред. К.Р.В.Едвардса, І.А.Д.Бавчера. – У 2 т. – К.: УКСП “Кобза”, 1994. – Т. 2. – 652 с.
50. Петерсон Б.Е. Онкология. – М.: Медицина, 1980. – 446 с.
51. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. – М.: Медицина, 1989. – 288 с.

52. Петров С.В. Общая хирургия. – СПб.: “Лань”, 1999. – 672 с.
53. Петровский Б.В. Хирургические болезни. – М.: Медицина, 1980. – 581 с.
54. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия. – София, 1974. – 483 с.
55. Потёмкин В.В. Эндокринология. – М.: Медицина, 1978. – 408 с.
56. Пропедевтика хірургічних захворювань / За ред. проф. В.О.Шідловського. Тернопіль, 1994. – 265 с.
57. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. – М.: Медицина, 1988. – 206 с.
58. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С.Савельева. – М.: Медицина, 1986. – 606 с.
59. Руководство по технике врачебных манипуляций / Авт.-сост. Г.Чен и др. – Витебск: Белмедкніга, 1996. – 384 с.
60. Русаков В.И. Основы частной хирургии. – Ростов, 1976. – Т.2. – 454 с.; Т.3. – 484 с.
61. Русанов А.А. Аппендицит. – М.: Медицина, 1979. – 173 с.
62. Рябов Г.А. Критические состояния в хирургии. – М.: Медицина, 1970. – 320 с.
63. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. – М.: Медицина, 1983. – 240 с.
64. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. – М.: Медицина, 1979. – 190 с.
65. Салищев В.Э. Вопросы предоперационной подготовки и послеоперационного периода. М.: Медицина, 1953. – 212 с.
66. Свистонюк І.У., Лютик М.Д. Операції на голові та шиї. – Чернівці: Прут, 1999. – 66 с.
67. Скрипниченко Д.Ф. Хірургія. – 3-е вид., випр. і доп. – К.: Вища школа. Головне вид-во, 1979. – 520 с.
68. Смольняков А.И., Федоренко Е.Г. Врачебная этика. – К.: Здоров'я, 1978. 102 с.
69. Стручков В.И. Гнойная хирургия. – М: Медгиз, 1962. – 357 с.
70. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Руководство по гнойной хирургии. – М.: Медицина, 1984. – 511 с.
71. Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. – М.: Медицина, 1988. – 480 с.
72. Теория и практика местного лечения гнойных ран / Под ред. проф. Б.М. Даценко. – К.: Здоров'я, 1995. – 384 с.
73. Терехов Н.Т. Переливание крови и кровезаменителей. К.: Здоров'я, 1979. – 165 с.
74. Усенко Л.В. Анестезиология и реаниматология (практические занятия). – К.: Вища школа. Головное изд-во, 1983. – 351 с.
75. Фенчин К.М. Заживление ран. – К.: Здоров'я, 1979. – 166 с.
76. Фролов Л.А. Мархоцкий Я.Л. Общий уход за пораженными и больными. – Минск: Высшая школа, 1989. – 126 с.
77. Хирургические болезни / Под ред. М.И. Кузина. – М.: Медицина, 1986. – 703 с.
78. Хирургические манипуляции и операции. Практикум для субординаторов-хирургов. / Под ред. Л.А. Ковальчука. – Тернополь, 1988. – 390 с.
79. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія. – К.: Здоров'я, 1999. – 612 с.
80. Черенько М.П. Брюшные грыжи. – К.: Здоров'я, 1995. – 260 с.
81. Черенько М.П. Справочник хирурга поликлиники. – К.: Здоров'я, 1990. – 304 с.
82. Шалимов А.А., Доманский Б.В., Клименко Г.А., Шалимов С.А. Хирургия печени и желчных протоков. – К.: Здоров'я, 1975. – 407 с.

83. Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. – М.: Медицина, 1979. – 383 с.
84. Шалимов. А.А., Саенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. – К.: Здоров'я, 1972. – 354 с.
85. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен. – К.: Здоров'я, 1984. – 254 с.
86. Шварц С., Шаерс Дж., Спенсер Ф. Справочник по хирургии. – Санкт-Петербург, 1999.
87. Шевченко И.Т. Злокачественные опухоли и предшествующие им заболевания. – К.: Здоров'я, 1973. – 467 с.
88. Шевчук М.Г., Хохоля В.П. Хірургічні маніпуляції. – К.: Здоров'я, 1991. – 128 с.
89. Шмитт В., Хартинг В. Кузин М.И. Общая хирургия. – Москва; Лейпциг, 1985. – Т.1. – 380 с.
90. Шмитт В., Хартинг В. Кузин М.И. Общая хирургия. – Москва; Лейпциг, 1985. – Т.2. – 367 с.
91. Шубин В.Н. До- и послеоперационный период. – Изд. Казан. ун-та, 1965. – 219 с.
92. Янгсон Р.М. Хирургия. – Минск, 1998. – 592 с.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АВО – аглютиноген А, В, О
АДП-а – адсорбований дифтерійно-правцевий анатоксин
АКДП-в – адсорбована кашлюково-дифтерійно-правцева вакцина
АЛТ – аланінамінотрансфераза
АО – антитоксичні одиниці
АП-а – адсорбований правцевий анатоксин
АСТ – аспартатамінотрансфераза
АТ – артеріальний тиск
АТУ – аеротерапевтична установка
ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
ГРЗ – гостре респіраторне захворювання
ВТ – венозний тиск
ГБО – гіпербарична оксигенація
ЕГДС – езофагогастродуоденоскопія
ГНН – гостра ниркова недостатність
ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я
ВТ – венозний тиск
“Д” – диспансеризація
ДВЗ – дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові
ДО – дихальний об'єм
ЕАК – епсилон-амінокапронова кислота
ЕЕГ – електроенцефалографія
ЕКГ – електрокардіограма
ЖЄЛ – життєва ємкість легень
ІТУ – індекс тяжкості ураження
ЛК – люкси (одиниця освітлення)
МЛ – мілілітр
МОЗ – міністерство охорони здоров'я
ЛФК – лікувальна фізкультура
МО – міжнародні одиниці
МСЕК – медико-соціальна експертна комісія
НЛА – нейролептаналгезія
ОД – одиниця дії
ОЗ – одиниці зв'язування
ОЗ – охорона здоров'я
ОЦК – об'єм циркулюючої крові
ППЛІ – протиправцевий людський імуноглобулін
ППС – протиправцева сироватка
СНІД – синдром набутого імунодефіциту
УВЧ – ультразвук високої частоти
УФО – ультрафіолетове опромінення
УФП – ультрафіолетове проміння

Ф-2 – факел-2, реактив
ЦВТ – центральний венозний тиск
ЦІТО – центральний інститут травматології і ортопедії
ЦНС – центральна нервова система
ШВЛ – штучна вентиляція легень
ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів

Зміст

| | |
|---|----|
| Передмова | 3 |
| 1. ВСТУП | 4 |
| 1.1. Поняття про хірургію та хірургічні хвороби | 4 |
| 1.2. Нарис з історії хірургії | 4 |
| 1.3. Організація хірургічної допомоги в Україні | 10 |
| 1.4. Розвиток сестринської справи | 11 |
| 2. ПЕРСПЕКТИВИ СЕСТРИНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ІЗ ДОРОСЛИМИ ПАЦІЄНТАМИ | 15 |
| 2.1. Перспективи здоров'я і хірургічні хвороби | 15 |
| <i>Медсестринська діяльність з дорослими пацієнтами, її структура</i> | 15 |
| <i>Сестринський процес, його мета, етапи</i> | 16 |
| <i>Етичне прийняття рішень у медсестринстві з хірургії</i> | 17 |
| <i>Здоровий спосіб життя, харчування, фізичні вправи, відпочинок, сон</i> | 18 |
| <i>Стрес, його чинники, оцінка стану пацієнта</i> | 20 |
| 3. ЗМІНИ У ФУНКЦІОНУВАННІ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ | 21 |
| 3.1. Оцінка загального стану пацієнта медичною сестрою | 21 |
| <i>Схема оцінки загального стану хірургічного пацієнта</i> | 21 |
| <i>Додаткові методи обстеження</i> | 25 |
| <i>Оцінка медичною сестрою стану серцево-судинної системи</i> | 27 |
| <i>Оцінка медичною сестрою стану дихальної системи</i> | 28 |
| <i>Оцінка медичною сестрою стану шлунково-кишкового тракту</i> | 28 |
| <i>Оцінка медичною сестрою стану сечостатевої системи</i> | 29 |
| <i>Оцінка медичною сестрою стану нервової системи</i> | 30 |
| <i>Оцінка медичною сестрою стану опорно-рухового апарату</i> | 31 |
| <i>Оцінка медичною сестрою стану ендокринної системи</i> | 31 |
| <i>Оцінка медичною сестрою стану імунної системи</i> | 33 |
| <i>План сестринського догляду</i> | 34 |
| 4. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ХІРУРГІЧНИХ СТАЦІОНАРІВ, ПРОФІЛАКТИКА ГОСПІТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ | 35 |
| 4.1. Положення про хірургічне відділення та його планування | 35 |
| <i>Приймальне відділення</i> | 35 |
| <i>Хірургічне відділення</i> | 36 |
| <i>Сестринський пост</i> | 38 |
| <i>Маніпуляційний кабінет</i> | 38 |
| 4.2. Положення про режим з догляду за хірургічними хворими | 39 |
| <i>Обов'язки старшої медичної сестри хірургічного відділення:</i> | 40 |
| <i>Вимоги до палатної медичної сестри хірургічного відділення</i> | 41 |
| <i>Обов'язки палатної медичної сестри хірургічного відділення:</i> | 41 |
| 4.3. Положення про операційний блок | 42 |
| <i>Поняття про операційний блок</i> | 42 |
| <i>Обов'язки старшої операційної сестри</i> | 45 |
| <i>Обов'язки операційної сестри</i> | 46 |

| | |
|--|----|
| <i>Правила поведінки в операційній</i> | 46 |
| <i>Прибирання операційної</i> | 47 |
| <i>Додаткові приміщення операційного блоку</i> | 48 |
| 4.4. Положення про перев'язувальну | 49 |
| <i>Перев'язувальна</i> | 49 |
| <i>Обов'язки прев'язувальної медичної сестри</i> | 50 |
| 4.5. Інфекційний контроль роботи хірургічного стаціонару | 50 |
| 5. ХІРУРГІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ | 51 |
| 5.1. Діяльність медичної сестри в передопераційний період | 51 |
| <i>Поняття про передопераційний період</i> | 51 |
| <i>Показання до операції</i> | 52 |
| <i>Передопераційна підготовка хворих</i> | 53 |
| <i>Особливості передопераційної підготовки хворих похилого та</i> <i>старечого віку</i> | 55 |
| <i>Особливості підготовки до операції ослаблених хворих</i> | 55 |
| <i>Підготовка до операції дітей</i> | 55 |
| <i>Підготовка хворого до екстреної операції</i> | 56 |
| <i>Підготовка хворого до планової операції</i> | 56 |
| <i>Визначення операційного ризику</i> | 56 |
| <i>Підготовка операційного поля</i> | 58 |
| <i>Премедикація</i> | 58 |
| <i>Транспортування хворих в операційну</i> | 59 |
| 6. ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ | 59 |
| 6.1. Хірургічні втручання (операція) | 59 |
| <i>Види хірургічних операцій</i> | 59 |
| <i>Етапи хірургічної операції</i> | 62 |
| <i>Поняття про “чисту” і “забруднену” операцію</i> | 63 |
| 6.2. Загальні поняття про порядок роботи операційної сестри | 63 |
| 7. ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ . | 65 |
| 7.1. Післяопераційний період, його фази | 65 |
| 7.2. Зміни в організмі хворого, пов'язані з хірургічною травмою | 67 |
| 7.3. Роль медичної сестри в організації догляду і веденні післяопераційного періоду | 69 |
| 7.4. Післяопераційні ускладнення, медсестринська діагностика, лікування, профілактика | 76 |
| 8. АСЕПТИКА І АНТИСЕПТИКА В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ 82 | |
| 8.1. Загальні відомості про шляхи попадання інфекції в рану | 82 |
| 8.2. Антисептика, її види, характеристика | 83 |
| <i>Механічна антисептика</i> | 83 |
| <i>Фізична антисептика</i> | 84 |
| <i>Хімічна та біологічна антисептика</i> | 84 |
| 8.3. Основні принципи асептики | 92 |
| <i>Джерела та шляхи поширення інфекції в хірургії</i> | 93 |
| <i>Дезінфекція</i> | 94 |
| <i>Передстерилізаційна обробка інструментів</i> | 94 |

| | |
|--|------------|
| Стерилізація | 95 |
| Контроль стерилізації | 99 |
| Підготовка рук до операції | 99 |
| Методи обробки операційного поля | 102 |
| Стерилізація шовного матеріалу | 102 |
| Стерилізація перев'язувального матеріалу і білизни | 104 |
| 8.4. Хірургічні інструменти | 107 |
| Ріжучий інструментарій | 107 |
| Затискачі | 108 |
| Інструменти для маніпуляцій на м'яких тканинах | 110 |
| Інструменти для з'єднання тканин | 111 |
| Зонди хірургічні | 111 |
| Зберігання хірургічних інструментів | 112 |
| 9. ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ | 112 |
| 9.1. Біль та знеболювання | 112 |
| Поняття про біль | 112 |
| Поняття про знеболювання | 114 |
| Загальне знеболювання (наркоз) | 115 |
| Інгаляційний наркоз | 116 |
| Неінгаляційний наркоз і його види | 124 |
| Поняття про місцеву анестезію | 125 |
| Епідуральна анестезія | 128 |
| Спинномозкова анестезія | 129 |
| Внутрішньокісткова анестезія | 130 |
| Внутрішньосудинна анестезія | 130 |
| 9.2. Новокаїнові блокади | 130 |
| Методика виконання блоkad | 130 |
| Новокаїнова блокада місця перелому | 131 |
| Циркулярна новокаїнова блокада поперечного перетину кінцівки | 131 |
| Футлярна новокаїнова блокада за О.В. Вишневським | 132 |
| Внутрішньотазова блокада за Школьніковим-Селівановим | 132 |
| Міжреберна новокаїнова блокада | 132 |
| Шийна вагосимпатична новокаїнова блокада | 132 |
| Паранефральна новокаїнова блокада | 133 |
| 9.3. Особливості роботи сестри-анестезистки і догляд за хворими після знеболювання | 134 |
| Обов'язки сестри-анестезистки | 134 |
| Догляд за хворими після знеболювання | 134 |
| 10. ІНФУЗІЙНО-ТРАНСФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ | 135 |
| 10.1. Інфузійно-трансфузійна терапія в сучасній хірургії | 135 |
| Поняття про інфузійно-трансфузійну терапію | 135 |
| Нарис з історії інфузійно-трансфузійної терапії | 136 |
| Роль медичної сестри у проведенні інфузійно-трансфузійної терапії | 137 |
| 10.2. Основи ізосерології та система груп крові | 137 |
| Характеристика груп крові | 137 |

| | |
|--|-----|
| <i>Методика визначення групи крові</i> | 138 |
| <i>Помилки при визначенні групової належності крові</i> | 141 |
| <i>Сумісність груп крові</i> | 142 |
| 10.3. Резус-фактор та методики його визначення | 142 |
| <i>Поняття про резус-фактор</i> | 142 |
| <i>Методики визначення резус-фактора і резус-антитіл</i> | 143 |
| 10.4. Сучасні погляди на переливання крові | 145 |
| <i>Показання та протипоказання до переливання крові</i> | 145 |
| <i>Вибір трансфузійного середовища</i> | 146 |
| <i>Гемотрансфузійні засоби</i> | 146 |
| <i>Кровозамінники, їх класифікація</i> | 149 |
| <i>Підготовка хворого до переливання: проба на індивідуальну сумісність, резус-сумісність, біологічна проба.</i> | 151 |
| <i>Техніка переливання</i> | 155 |
| 10.5. Ускладнення при переливанні крові та кровозамінників | 159 |
| <i>Ускладнення механічного характеру</i> | 159 |
| <i>Ускладнення, пов'язані зі зміною реактивності організму</i> | 160 |
| <i>Трансмійні ускладнення, пов'язані з інфікуванням хворого кров'ю донора</i> | 163 |
| 10.6. Догляд за хворим під час і після переливання гемотрансфузійних рідин | 164 |
| <i>Документація, пов'язана з переливанням гемотрансфузійних рідин</i> ... | 164 |
| 11. ТАКТИКА МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИ КРОВОТЕЧАХ ТА ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З КРОВОТЕЧЕЮ | 165 |
| 11.1. Поняття про кровотечу та гемостаз | 165 |
| <i>Кровотеча</i> | 165 |
| <i>Основні ознаки кровотечі</i> | 167 |
| <i>Основні принципи лікування кровотеч</i> | 168 |
| 11.2. Ускладнення кровотеч | 174 |
| <i>Непритомність</i> | 174 |
| <i>Колапс</i> | 175 |
| <i>Геморагічний шок</i> | 175 |
| 11.3. Догляд за хворими з кровотечею | 177 |
| <i>Участь медичної сестри у спиненні кровотечі</i> | 177 |
| <i>Особливості догляду за хворими із зовнішньою кровотечею</i> | 178 |
| <i>Догляд за хворими з внутрішніми кровотечами</i> | 179 |
| 12. ТАКТИКА МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИ МЕХАНІЧНИХ ТРАВМАХ ТА ДОГЛЯД ЗА ТРАВМАТОЛОГІЧНИМИ ХВОРИМИ | 180 |
| 12.1. Поняття про травму, її класифікація | 180 |
| <i>Уявлення про травму</i> | 180 |
| <i>Закриті ушкодження</i> | 181 |
| <i>Вивихи</i> | 183 |
| <i>Переломи кісток</i> | 185 |
| 12.2. Гіпсові пов'язки | 189 |
| <i>Властивості та якість гіпсу</i> | 189 |
| <i>Види гіпсових пов'язок та методика їх приготування</i> | 189 |

| | |
|--|-----|
| <i>Правила накладання гіпсових пов'язок</i> | 190 |
| <i>Спеціальні шинні гіпсові пов'язки</i> | 191 |
| 12.3. <i>Нашкірне і скелетне витягнення</i> | 192 |
| <i>Поняття про нашкірне витягнення</i> | 192 |
| <i>Скелетне витягнення</i> | 193 |
| 12.4. <i>Хірургічні методи лікування переломів кісток</i> | 195 |
| <i>Показання та принципи хірургічного лікування переломів кісток</i> | 195 |
| <i>Методика компресійно-дистракційного металоостеосинтезу</i> | 195 |
| <i>Ускладнення переломів</i> | 196 |
| 12.5. <i>Синдром тривалого стискання</i> | 196 |
| <i>Поняття про синдром тривалого стискання (клінічні ознаки, лікування)</i> | 196 |
| 12.6. <i>Мета і завдання медичної сестри при наданні першої допомоги при механічній травмі</i> | 199 |
| <i>Методика транспортування потерпілих</i> | 199 |
| 12.7. <i>Транспортна іммобілізація, її види, правила застосування</i> | 202 |
| <i>Поняття про транспортну іммобілізацію</i> | 202 |
| <i>Транспортна іммобілізація при ушкодженнях плечового пояса і верхніх кінцівок</i> | 205 |
| <i>Транспортна іммобілізація при ушкодженнях хребта і таза</i> | 205 |
| <i>Транспортна іммобілізація при переломах нижніх кінцівок</i> | 206 |
| 12.8. <i>Догляд за хворими з механічними травмами</i> | 206 |
| <i>Медсестринська тактика при травмах</i> | 206 |
| <i>Догляд за хворими з гіпсовою пов'язкою</i> | 208 |
| <i>Догляд за хворими при лікуванні переломів витягненням</i> | 209 |
| <i>Догляд за хворими при лікуванні оперативним шляхом</i> | 209 |
| 13. ДЕСМУРГІЯ В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ | 210 |
| 13.1. <i>Десмургія</i> | 210 |
| <i>Поняття про пов'язку та перев'язку</i> | 210 |
| <i>Основні перев'язувальні матеріали</i> | 211 |
| <i>Види пов'язок</i> | 212 |
| <i>Пов'язки на голову, обличчя та шию</i> | 215 |
| <i>Пов'язки на тулуб</i> | 218 |
| <i>Пов'язки на кінцівки</i> | 220 |
| <i>Інші види пов'язок</i> | 222 |
| 13.2. <i>Догляд за хворими з пов'язками</i> | 223 |
| <i>Особливості догляду за хворими з м'якими пов'язками</i> | 223 |
| 14. ЛІКУВАННЯ РАН У ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ | 223 |
| 14.1. <i>Вчення про рану</i> | 223 |
| <i>Поняття про рану, рановий процес, види загоєння ран</i> | 223 |
| <i>Ускладненні рани</i> | 227 |
| <i>Лікування ран. Перша допомога при пораненнях</i> | 228 |
| <i>Участь медсестри у консервативному та хірургічному лікуванні ран</i> | 232 |
| <i>Догляд за хворими з ранами</i> | 233 |

| | |
|--|-----|
| 15. ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПІД ЧАС ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВІДДІЛЕННЯХ | 234 |
| 15.1. Особливості роботи медичної сестри у відділенні хірургічної інфекції | 234 |
| <i>Поняття про хірургічну інфекцію</i> | 234 |
| <i>Місцеві ознаки хірургічних інфекційних захворювань</i> | 236 |
| <i>Загальні ознаки хірургічних інфекційних захворювань</i> | 236 |
| <i>Гострі інфекційні захворювання шкіри і підшкірної клітковини лімфатичних вузлів та судин, потових залоз</i> | 240 |
| <i>Гнійні захворювання кісток. Остеомієліт</i> | 246 |
| <i>Гнійні захворювання пальців</i> | 249 |
| <i>Поняття про анаеробну інфекцію. Газова гангрена</i> | 252 |
| <i>Загальна гнійна інфекція (сепсис)</i> | 260 |
| <i>Хронічна хірургічна специфічна інфекція (туберкульоз, антиномікоз, дифтерія ран, сифіліс, сказ, СНІД)</i> | 264 |
| <i>Догляд за хворими з хірургічною інфекцією</i> | 273 |
| 15.2. Догляд за хворими з опіковою травмою та відмороженнями | 278 |
| <i>Поняття про опіки</i> | 278 |
| <i>Опікова хвороба</i> | 282 |
| <i>Хімічні опіки</i> | 286 |
| <i>Променеві опіки</i> | 287 |
| <i>Електроопіки</i> | 288 |
| <i>Ураження холодом</i> | 289 |
| <i>Догляд за хворими з опіками та відмороженнями</i> | 292 |
| 15.3. Догляд за онкологічними хворими | 295 |
| <i>Загальні поняття про онкологію</i> | 295 |
| <i>Уявлення про пухлинний процес</i> | 295 |
| <i>Клінічні ознаки (стадії, клінічні групи)</i> | 299 |
| <i>Участь медичної сестри в диспансеризації онкологічних хворих</i> | 303 |
| <i>Догляд за онкологічними хворими</i> | 305 |
| 15.4. Догляд за хворими з черепномозковою травмою | 307 |
| <i>Поняття про черепномозкову травму</i> | 307 |
| <i>Струс головного мозку</i> | 308 |
| <i>Забій головного мозку</i> | 310 |
| <i>Стиснення головного мозку</i> | 311 |
| <i>Пошкодження кісток черепа</i> | 313 |
| <i>Проникаючі поранення голови</i> | 315 |
| <i>Особливості догляду за хворими з черепномозковою травмою</i> | 316 |
| 15.5. Догляд за хворими з пошкодженнями і захворюваннями шиї, трахеї і стравоходу | 318 |
| <i>Закриті та відкриті пошкодження шиї</i> | 318 |
| <i>Захворювання шиї (стеноз гортані)</i> | 319 |
| <i>Сторонні тіла дихальних шляхів</i> | 320 |
| <i>Сторонні тіла стравоходу</i> | 321 |
| <i>Опіки стравоходу</i> | 321 |
| <i>Дивертикули стравоходу</i> | 323 |
| <i>Ахалазія стравохідно-кардіального переходу</i> | 324 |

| | |
|--|-----|
| <i>Рак стравоходу</i> | 325 |
| <i>Захворювання щитоподібної залози</i> | 326 |
| <i>Особливості догляду за хворими з пошкодженнями і захворюваннями шийі, трахеї і стравоходу</i> | 330 |
| 15.6. <i>Догляд за хворими з пошкодженнями і захворюваннями грудної клітки і органів грудної порожнини</i> | 332 |
| <i>Поняття про травму грудної клітки</i> | 332 |
| <i>Закрита травма грудної клітки</i> | 232 |
| <i>Відкрита травма грудної клітки</i> | 236 |
| <i>Нагнійні захворювання легень і плеври</i> | 341 |
| <i>Особливості догляду за хворими з пошкодженнями та захворюваннями органів грудної клітки</i> | 346 |
| 15.7. <i>Догляд за хворими із захворюваннями молочної залози</i> | 348 |
| <i>Запальні захворювання молочної залози</i> | 348 |
| <i>Дисгормональні гіперплазії молочної залози</i> | 352 |
| <i>Пухлини молочної залози</i> | 353 |
| <i>Догляд за хворими із запальними та пухлинними процесами молочної залози</i> | 355 |
| 15.8. <i>Догляд за хворими з гострими захворюваннями та пошкодженнями органів черевної порожнини</i> | 356 |
| <i>“Гострий живіт”</i> | 356 |
| <i>Перитоніт</i> | 357 |
| <i>Проривні виразки шлунка та дванадцятипалої кишки</i> | 362 |
| <i>Шлунково-кишкові кровотечі</i> | 365 |
| <i>Гострий апендицит</i> | 370 |
| <i>Гострий холецистит</i> | 375 |
| <i>Гострий панкреатит</i> | 379 |
| <i>Кишкова непрохідність</i> | 383 |
| <i>Грижі живота</i> | 391 |
| <i>Захворювання прямої кишки</i> | 400 |
| <i>Закрита та відкрита травма живота</i> | 409 |
| <i>Догляд за хворими із захворюваннями та пошкодженнями органів черевної порожнини.</i> | 414 |
| 15.9. <i>Догляд за хворими з пошкодженнями і захворюваннями органів сечовидільної системи</i> | 429 |
| <i>Травматичні пошкодження органів сечовидільної системи</i> | 429 |
| <i>Сечокам’яна хвороба</i> | 432 |
| <i>Паранефрит</i> | 435 |
| <i>Захворювання сечового міхура</i> | 435 |
| <i>Захворювання передміхурової залози</i> | 436 |
| <i>Захворювання яєчка і його оболонок</i> | 438 |
| <i>Захворювання статевого члена</i> | 439 |
| <i>Догляд за урологічними хворими</i> | 440 |
| 15.10. <i>Догляд за хворими із травмами та захворюваннями судин</i> | 445 |
| <i>Травматичні ушкодження судин</i> | 445 |
| <i>Захворювання артеріальних судин</i> | 446 |

| | |
|--|-----|
| <i>Захворювання вен</i> | 449 |
| <i>Поняття про гостру артеріальну та венозну недостатність (тромбоз і емболія)</i> | 454 |
| <i>Види змертвінь (некроз, гангрена, виразка, нориця)</i> | 455 |
| <i>Догляд за хворими із захворюваннями і травмами судин</i> | 458 |
| 16. ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ГРОМАДСЬКОМУ МЕДСЕСТРИНСТВІ | 461 |
| 16.1. Проведення реанімаційних заходів | 461 |
| <i>Загальні поняття про реанімацію, клінічну та біологічну смерть</i> | 461 |
| <i>Перша допомога при закупорюванні дихальних шляхів</i> | 468 |
| <i>Утоплення</i> | 471 |
| <i>Наїзд автотранспорту, падіння з висоти</i> | 472 |
| 16.2. Участь медичної сестри в диспансерному нагляді та реабілітації хірургічних хворих | 473 |
| <i>Проведення медсестринського планового патронажу, виявлення диспансерних груп хірургічних хворих</i> | 473 |
| <i>Мета і завдання медичної сестри в реабілітаційний період</i> | 475 |
| <i>Поняття про проведення масажу хірургічним хворим</i> | 476 |
| <i>Поняття про проведення лікувальної фізкультури хворим хірургічного профілю</i> | 477 |
| <i>Курортні фактори в лікуванні хірургічних хворих</i> | 478 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ | 481 |
| СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ | 485 |

Підручник

Кіт Олег Миколайович

Ковальчук Олександр Леонідович

Пустовойт Георгій Тимофійович

МЕДСЕСТРИНСТВО В ХІРУРГІЇ

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Редактор | <i>Ірина Папуша</i> |
| Науковий редактор | <i>Ольга Усинська</i> |
| Художник | <i>Сергій Дуць</i> |
| Технічний редактор | <i>Світлана Сисюк</i> |
| Коректор | <i>Леся Капкаєва</i> |
| Оформлення обкладинки | <i>Павло Кушик</i> |
| Комп'ютерна верстка | <i>Галина Жмурко</i> |

Підписано до друку 16.11.2001. Формат 70x100/16.
Папір офсетний №1. Гарнітура Antiqua. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 40,13. Обл.-вид.арк. 38,9. Наклад 5000. Зам.№ 29.

Оригінал-макет підготовлений у відділі комп'ютерної верстки
видавництва «Укрмедкнига» Тернопільської державної
медичної академії ім. І.Я Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.
Надруковано в друкарні видавництва «Укрмедкнига» Тернопільської державної
медичної академії ім. І.Я Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК №348 від 02.03.2001 р.

