

Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями і ушкодженнями хребта і таза

Лекція-презентація
для студентів IV курсу
Сестринська справа

Вузлові питання лекції

1. Дослідження хребта.
2. Ушкодження хребта: компресійні переломи, переломовивихи; симптоми, методи діагностики та лікування.
3. Ушкодження таза і тазових органів: класифікація, клінічні ознаки, особливості надання першої медичної допомоги та лікування.

I. Дослідження хребта

Викривлення хребта

Кіфоз дугоподібне викривлення грудного відділу хребта із випуклістю, направленою назад. Кіфоз може бути спадковим (конституційним), у вигляді сутулості.

Лордоз – викривлення поперекового відділу хребта в сагітальній площині із випуклістю до переду.

Сколіоз – викривлення хребта у фронтальній площині. Досить часто сколіоз поєднується з кіфозом (кіфосколіоз). Причинами сколіозу можуть бути: рахіт, сирингомієлія, параліч м'язів спини і живота в результаті поліомієліту.

Аномалії розвитку хребців

- **Spina bifida** – незрощення дужок хребців;
- **менінгоцеле** – випадіння через щілину в дужках хребців оболонки спинного мозку;
- **мієлоцистоцеле** – випадіння стінки спинного мозку й оболонки;
- **мієломенінгоцистоцеле** – випадіння мозку і оболонки, що його покривають

II. Ушкодження хребта: компресійні переломи, переломовивихи; симптоми, методи діагностики та лікування.

Пошкодження хребта може бути **закритим** – в наслідок тупої травми і **відкритим** – при ножових і вогнепальних пораненнях.

Залежно від характеру травми розрізняють:

- 1) розрив і розтягнення зв'язкового апарату хребта;
- 2) пошкодження міжхребцевих дисків;
- 3) підвивихи і вивихи хребців;
- 4) переломи.

Підвивихи і вивихи хребців

Підвивихи (спондилолистез) і вивихи хребців найбільш часто спостерігають у шийному відділі хребта. Вони бувають однобічними і двобічними. Вивихнутим вважається вище розташований хребець. Вивих хребця у шийному відділі може настати внаслідок різкого повороту (ротації) голови, різкого згинання або розгинання ший.

Клініка. У потерпілого виникає зміна конфігурації і сильний біль на боці зміщення хребців. М'язи шийі напружені. При ротаційному підвивиху голова нахилена і повернута в протилежну (здорову) сторону, при вивиху – в бік зміщення хребців. При двобічному вивиху частина хребта, що знаходиться вище місця вивиху, разом із головою висувається допереду і на його місці утворюється ямка. Підвивихи і вивихи хребців можуть супроводжуватися стисненням корінців, спинного мозку і неврологічними розладами. Для раннього встановлення діагнозу використовують рентгенографію хребта .

Лікування підвивихів і вивихів хребта

При всіх потерпілі потребують якнайшвидшого вправлення хребців. Його здійснюють поступово або одномоментно. При поступовому вправленні хворого вкладають на ліжку з щитом. Попередньо вводять 1 мл 1% розчину омнопону, пантопону. Голова хворого звисає за краєм щита, покритого матрацом. Під впливом ваги голови протягом 2-5 год відбувається самовправлення підвивиху. Після контрольної рентгенографії шию фіксують коміром Шанца в положенні перерозгинання на 3-4 тижні. Поступового вправлення можна також добитися за допомогою петлі Гліссона з тягарем 2-3 кг, використовуючи її протягом декількох днів. Одномоментне вправлення здійснюють за Кохером

Переломи хребта

Чинники. Переломи хребців достатньо часто спостерігаються при падінні з висоти на ноги, пірнанні у воду на мілкому місці, під час транспортних аварій і т. ін.

Класифікація.

I. За локалізацією : 1) переломи остистих відростків; 2) переломи поперекових відростків; 3) переломи дужок хребців; 4) переломи тіл хребців.

II. Відкриті і закриті переломи.

III. Зі зміщенням і без зміщення уламків.

IV. Пошкодження спинного мозку: струс, забій, стиснення або розривом спинного мозку.

Переломи хребта

Переломи остистих відростків	Переломи поперекових відростків	Переломи дужок хребців	Переломи тіл хребців
частіше в шийному відділі	частіше у поперековому відділі хребта	прості й осколковими з стискуванням спинного мозку.	в шийному або нижньо грудному відділах хребта. 1) клиноподібний 2) роздроблений 3) переломо вивих
У хворих підсилюється біль при згинанні і зменшується при розгинанні хребта. У місці пошкодження спостерігають припухлість, біль при натискуванні, зміщення відростка і крепітацію.	характеризуються болючістю в поперековій ділянці, часто з іррадіацією болю в живіт і нижні кінцівки.	При переломах дужок у хворих виникає локальна болючість, обмеження в рухах.	випинання остистого відростка над пошкодженим хребцем, а під ним западина, кіфоз. Напруження м'язів спини. Болючість при постукуванні пальцем по остистому відростку пошкодженого хребця. Оперізуючий біль, паралічі і парези, розлади сечовипускання й акту дефекації, смерть від травматичного шоку

Діагностика: рентгенографію хребта в передній і бічній проекціях.

ПМД. 1. Покласти постраждалого на жорсткі ноші або щит у положенні на спині, під місце перелому покласти валик. При відсутності щита покласти постраждалого на ноші у положенні на животі, під груди і під коліна покласти валики. 2. При травмі в шийному відділі – додаткова іммобілізація комірцем Шанця, шиною Башмакова, Єланського. 3. Ввести знеболюючі засоби. 4. Зафіксувати постраждалого. 5. Транспортувати в лікувальний заклад

ПМД при відкритій травмі хребта

1. Покласти постраждалого на живіт на ноші, незалежно від того є чи ні щит. Під груди і під коліна покласти валики. 2. Ввести знеболюючі засоби. 3. На рану накласти асептичну пов'язку, не торкаючись уламків хребців. 4. Зафіксувати постраждалого. 5. Транспортувати в лікувальний заклад.

Лікування хворих з переломами хребта

<p>А. При неускладнених переломах шийного відділу.</p>	<p>У стаціонарі після встановлення діагнозу (рентгенографія хребта), проводять анестезію пошкодженого хребця – вводять до 10мл 1% р-ну новокаїну. При неускладнених переломах шийного відділу виконують витягнення за допомогою петлі Гліссона. Через 20-30 діб витягнення можна замінити гіпсовим ошийником на 8-10 тижнів. При тяжких переломах і переломовивихах застосовують одномоментне вправлення або скелетне витягнення за кістки черепа.</p>
<p>Б. При неускладнених переломах грудних і поперекових хребців.</p>	<p>При неускладнених переломах грудних і поперекових хребців спочатку теж застосовують петлю Гліссона. Під пошкодженні хребці підкладають валик, заповнений насінням проса або льону, довжиною до 25см. шириною 10см і висотою 7см. Ліжковий режим 8 тижнів. С перших днів лікування призначається ЛФК і масаж. Коли хворий починає ходити – накладають корсет. Зрощення тіла хребця настає в строки від 2 до 4 місяців.</p>
<p>В. При значних компресійних переломах грудних і поперекових хребців.</p>	<p>При значних компресійних переломах грудних і поперекових хребців проводять витягнення на ліжку із щитом і поступову репозицію за допомогою щільного валика, висота якого поступово збільшується або спеціального реклінатора ЦІТО (поступове перерозгинання сприяє розправленню компресійного перелому і його зрощенню). У комплекс лікування включають гімнастичні вправи. Ходити дозволяють через 8 тижнів. Одягають гіпсовий корсет, знімають його через 2- 4 місяці. Працездатність відновлюється через 4-6 місяців.</p> <p>У хворих з тяжкими компресійними, роздробленими переломами з пошкодженням міжхребцевих дисків проводять оперативне лікування за допомогою механічних конструкцій або кісткових трансплантатів.</p>
<p>Г. При переломах хребта з пошкодженням спинного м</p>	<p>При переломах хребта з пошкодженням спинного мозку – травми спинного мозку завжди супроводжуються спинальним шоком. Хворі з переломом хребетного стовбура і паралічами підлягають терміновому оперативному втручанню – декомпресійній ламінектомії. Операція полягає у видаленні дужок хребця, кісткових відламків, гематоми, що стискають спинний мозок. Усіх інших хворих із травмою спинного мозку лікують консервативно.</p>

Догляд за хворими з пошкодженнями хребта

У хворих із паралічами швидко виникають пролежні на спині, в ділянці куприка, п'яток. Таких хворих кладуть на гумовий круг, під п'яти підкладають марлеві подушечки, періодично повертають на бік, проводять легкий масаж. Шкіру спини і куприка двічі на день протирають камфорним спиртом або оцтовою водою.

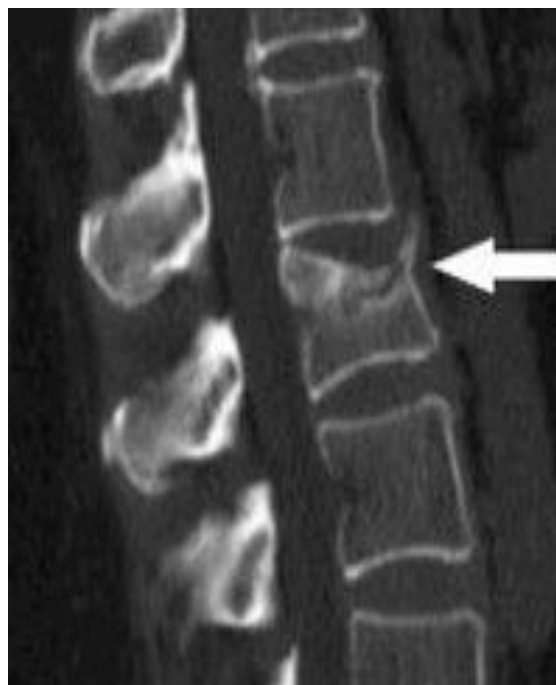
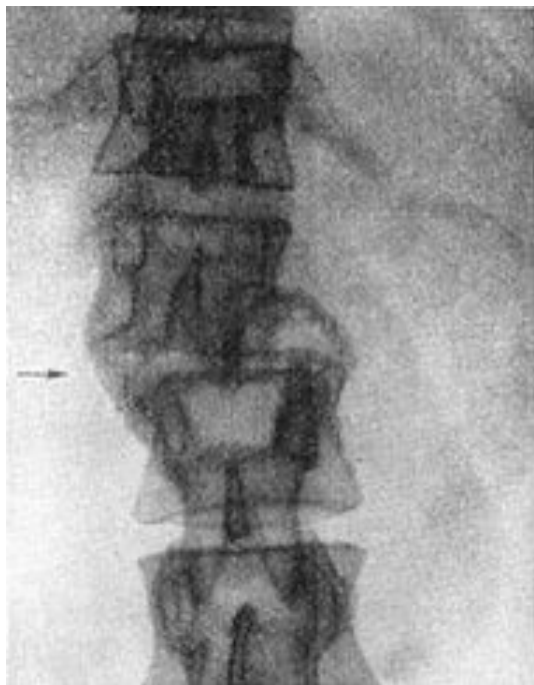
Ліжко і особиста білизна хворого повинні бути чистими, сухі ми без зморшок. При порушенні сечовипускання сечовий міхур не менше 4 разів за добу випорожняють за допомогою гумового катетера. Порожнину його промивають р-ном нітрату срібла (1:5000), риванолу (1:100) або антибіотиками. Для профілактики пневмонії застосовують дихальну гімнастику, відхаркуючі засоби, інгаляцію киснем.

Для попередження контрактур ступні їх фіксують під прямим кутом лонгет ними пов'язками, призначають ЛФК, масаж.

Компресійний і роздроблений перелом хребта



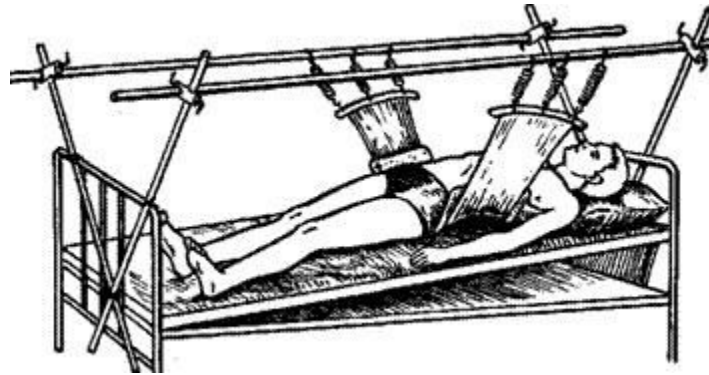
Рентген діагностика перелому хребта



Перелоμο-вивих I поперекового хребця

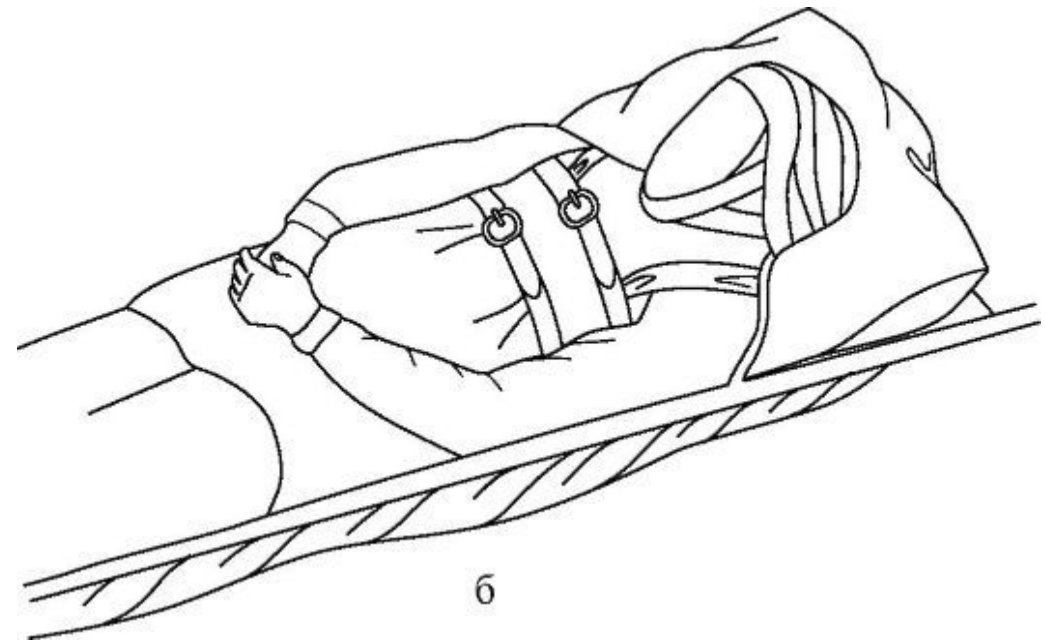
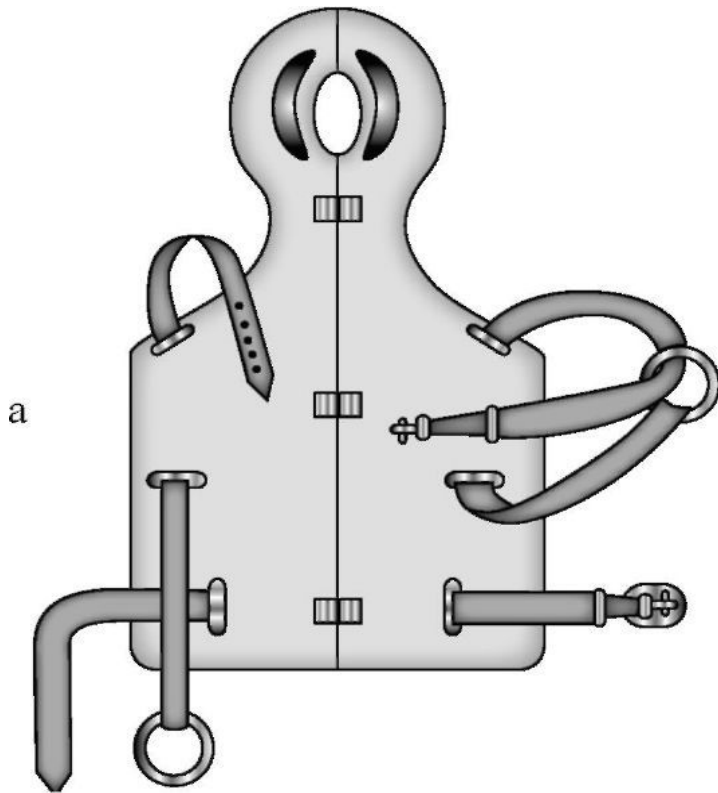
Компресійні переломи

Лікування перелому таза на гамаку





Транспортна іммобілізація шиною Еланського



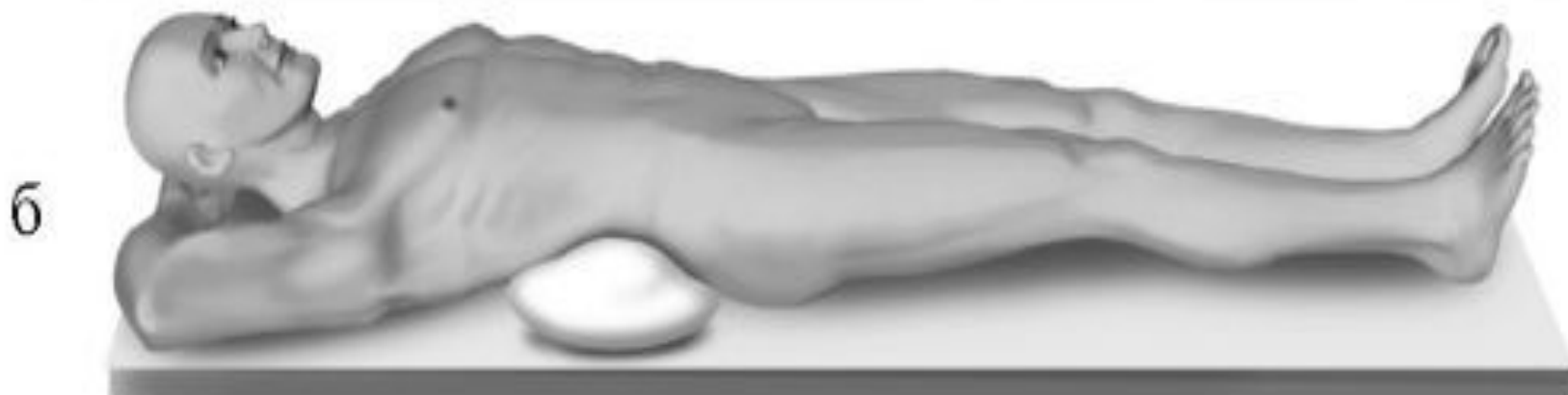
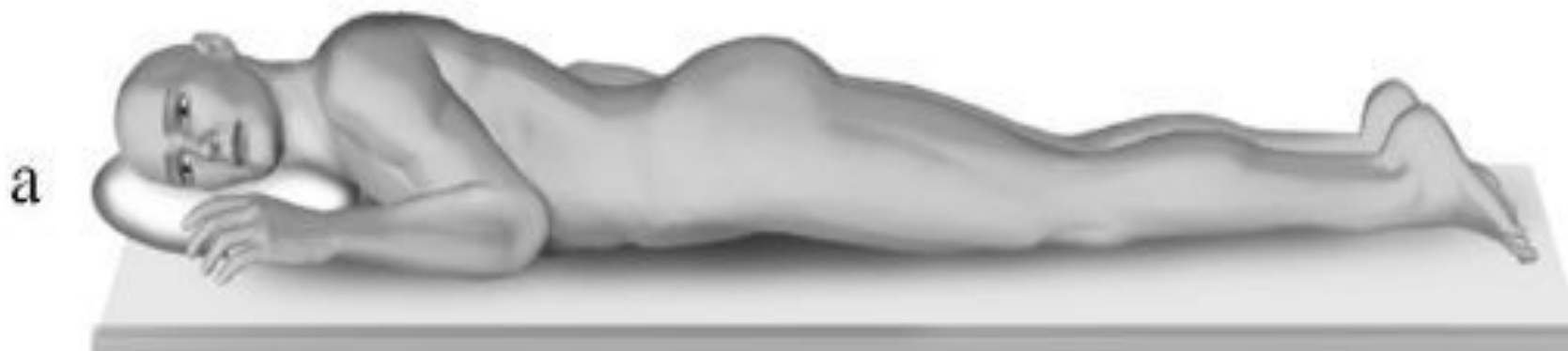
Механізми травми при переломі хребта



оскольчасті переломи

Імобілізація при переломе хребта

а - положення на животі; б – положення на спині



Імобілізація при переломах таза положення «жабки»



*Комплект шин - воротников для
иммобилизации шейного отдела
позвоночника*



Накладання кокситної гіпсової пов'язки при вивиху та переломі стегна



Ушкодження тазу

Виникають внаслідок травм, які супроводжуються стисненням таза при падінні з великої висоти, обвалах, ДТП.

Класифікація ушкоджень тазу.

1. **Ізольовані переломи** – перелом верхньої і нижньої ості, крила, крижової кістки, куприка;
2. **Перелом тазового кільця** – однобічний перелом лобкової і сідничної кісток, множинні переломи, перелом переднього півкільця за типом «метелика»;
3. **Перелом вертлюжної западини.**

Всі переломи можуть бути зі зміщенням і без зміщення.

При ускладнених переломах спостерігають пошкодження *сечових шляхів (сечового міхура, сечівника), прямої кишки, судин.*

I. Ушкодження тазу

Клінічна картина.	Біль у відповідних ділянках тазу, набряк, гематома, деформація тазу , обмеження рухів у кінцівках. При пальпації ділянки перелому визначають крепітацію і патологічну рухомість . Характерний симптом «прилиплої п'ятки» : потерпілий не в силі відірвати п'ятку від ліжка, але, піднявши ногу утримує її без сторонньої допомоги.
Надання першої допомоги.	<ol style="list-style-type: none">1. Транспортувати потерпілого на щиті або жорстких носилках у положенні «жаби».2. Введення протишокових препаратів.3. Транспортування в лікувальний заклад.
Діагностика	<ul style="list-style-type: none">• Рентгенографії кісток тазу• При ректальному дослідженні виявляють кісткові відламки (переломи куприка, сідничних кісток).• Симптом Лоррея – біль при спробі розгорнути таз
Лікування і догляд за хворими.	Проводять протишовкові заходи (в/в реополіглюкін, реоглюман, желатіноль), внутрішньо тазову анестезію за Школьніковим – Селівановим. При переломах без зміщення відламків призначають ліжковий режим із підкладанням валика під спину протягом 5 – 6 тижнів. При переломах зі зміщенням застосовують постійне витягнення за допомогою клейового або скелетного витягнення. Величина тягара не більше 8 кг. Скелетне витягнення продовжується до 30 днів, ходять дозволяють через 45 днів, працездатність відновляється через 3 місяця, призначають ЛФК і масаж. Хірургічне лікування застосовують при розриві симфізу і центральному вивиху стегна. Екстрені операції проводять при пошкодженні органів живота і тазу.

Иммобилизация шейного отдела позвоночника ватно-марлевым воротником



Гіпсовий корсет

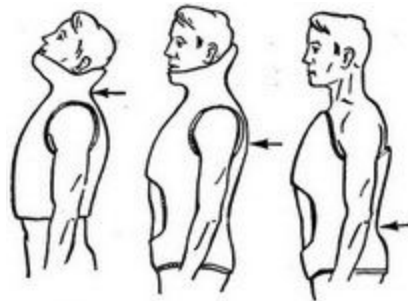


Рис. 6. Види гіпсового корсета в залежності від рівня поразення (вказан стрелкою).

Домашнє завдання

Література

1. О.М. Кіт, О.Л. Ковальчук, Г.Т. Пустовойт « Медсестринство в хірургії» стор.184-194, 249 – 251, 445-455.
2. О.Л.Ковальчук, Р.О. Сабадишин, О.В. Маркович « Медсестринство в хірургії» стор.456 - 463.
3. «Руководство к практическим занятиям по хирургии» Цитовська Л. В. Ст. 322-336.

Самостійна робота:

1. Посттромбофлебічний синдром.
2. Захворювання судин нижніх кінцівок.
3. Особливості догляду за хворими з хірургічними захворюваннями судин нижніх кінцівок

•