

Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями і ушкодженнями кінцівок

Лекція-презентація
для студентів IV курсу
Сестринська справа

Вузлові питання лекції

1. Вивихи і переломи верхніх і нижніх кінцівок
2. Гнійні захворювання пальців і кисті. Панарицій: види , діагностика , способи оперативного лікування.
3. Облітеруючий ендартеріт, облітеруючий атеросклероз, причини, клінічні ознаки й лікування.
4. Варикозне розширення вен, тромбофлебіт, клініка, діагностика , ускладнення, способи лікування.

I. Вивихи і переломи верхньої кінцівки

<i>Вивих плеча</i>	<i>Вивих стегна</i>
Задній, передній, нижній	Задній вивих може бути здухвинним або сідничним, передній – затульним або лобковим
<p>Клініка. При <i>передньому</i> вивиху, виникає деформація плечового суглоба, різка болючість і порушення функції кінцівки. Рука знаходиться у відведеному положенні, плече опущене. Голова хворого нахилена в бік вивиху, хворий тримає руку зігнутою в лікті; передпліччя підтримує здоровою рукою. Западина в ділянці суглоба. Відчувається пружний опір м'язів - симптом «пружини», кінцівка вкорочена.</p> <p>При <i>нижньому</i> вивиху плеча голівка знаходиться в пахвовій ямці, відмічається подовження кінцівки.</p>	<p>Клініка. Сильний біль. Активні і пасивні рухи в суглобі неможливі. Під час спроби пасивних рухів стегно пружинить. Пошкоджена кінцівка коротша від здорової на 2-7 см. <i>При здухвинному вивиху</i> нога випрямлена, приведена і повернута досередини. Коліно пошкодженої ноги торкається стегна здорової, а I палець лежить на тильній поверхні здорової ступні. Голівка пальпується у здухвинній ямці. <i>При сідничному</i> вивиху голівка визначається під сідницею. Нога зігнута, приведена і повернута досередини</p>
Діагностика: рентгенографії в двох проекціях.	
<p style="text-align: center;">ПМД</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Знеболити 2. Імобілізація у вимушеному положенні. Накладають косинкову пов'язку або Дезо. 3. Госпіталізація 	<p style="text-align: center;">ПМД</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Знеболити 2. Імобілізація у вимушеному положенні. Хворого укладають на носі, під нижню кінцівку підкладають валик. 3. Госпіталізація
<p>Лікування. Вправлення вивиху плеча проводять під місцевим або загальним знеболюванням. При передньому вивиху кращим методом вправлення є спосіб за Кохером або Джанелідзе. Після вправлення вивиху на кінцівку накладають фіксувальну пов'язку Дезо і виконують контрольний рентгенівський знімок для підтвердження вправлення. З 4-го дня можна виконувати рухи в суглобі, масаж і лікувальну фізкультуру. Працездатність відновлюється через 30-40 днів після вправлення.</p>	<p>Лікування. Вправлення вивиху стегна здійснюють під наркозом із м'язовими релаксантами короткої дії за методом Кохера, Джанелідзе. Вправлення можна провести і під місцевою анестезією (20 мл 2 % розчину новокаїну). Виконують рентгенологічний контроль.</p> <p>Імобілізація кінцівки досягається за допомогою гіпсової лонгети або липкопластирного витягнення.</p>

Вивих плеча

Деформація суглобу

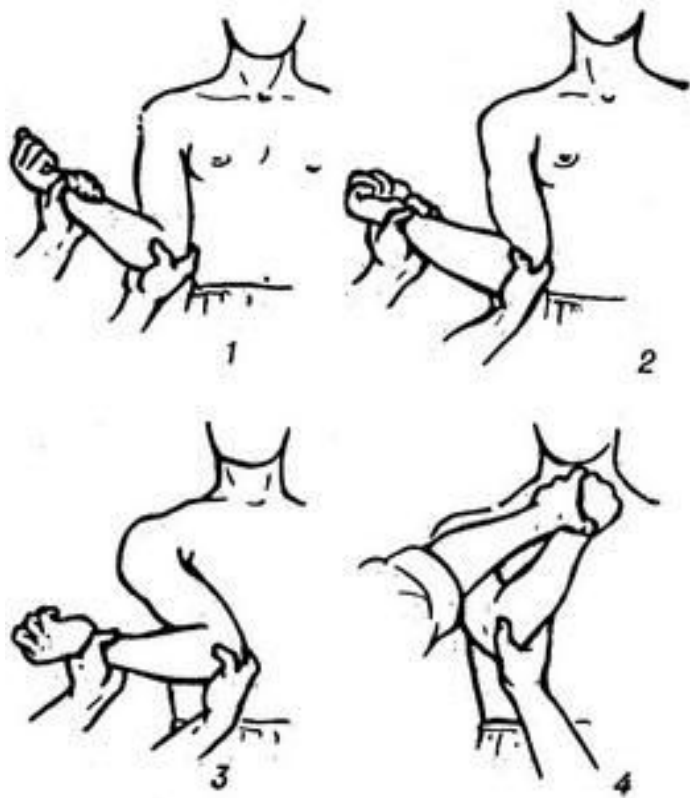


Рентген

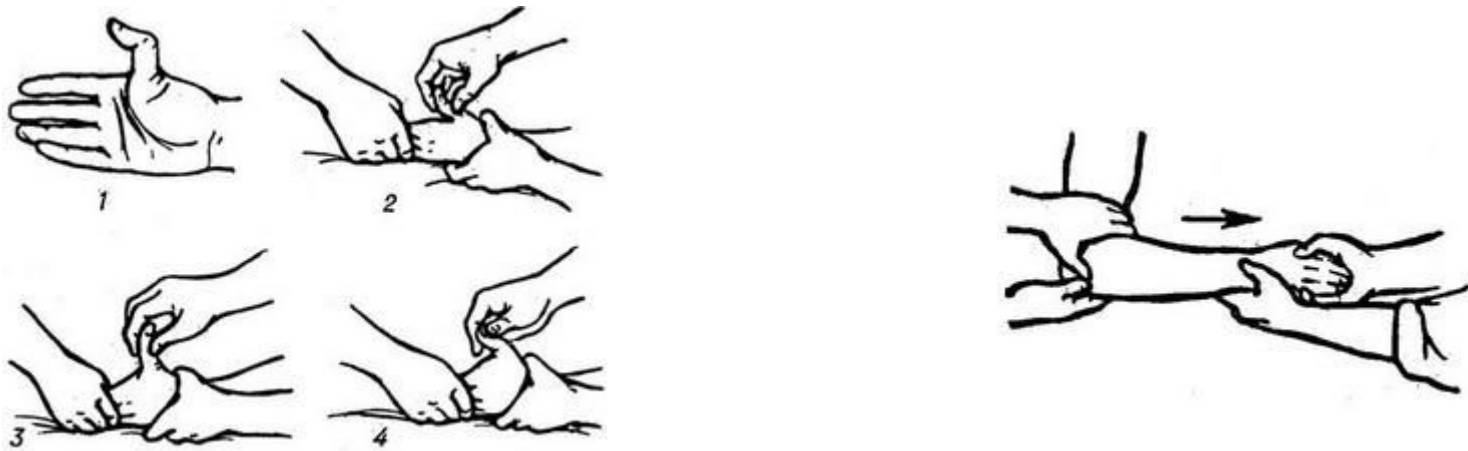


Вправлення вивиху плеча за методом Кохера

Джанелідзе



Вправлення вивиху I пальцю кисті та передпліччя



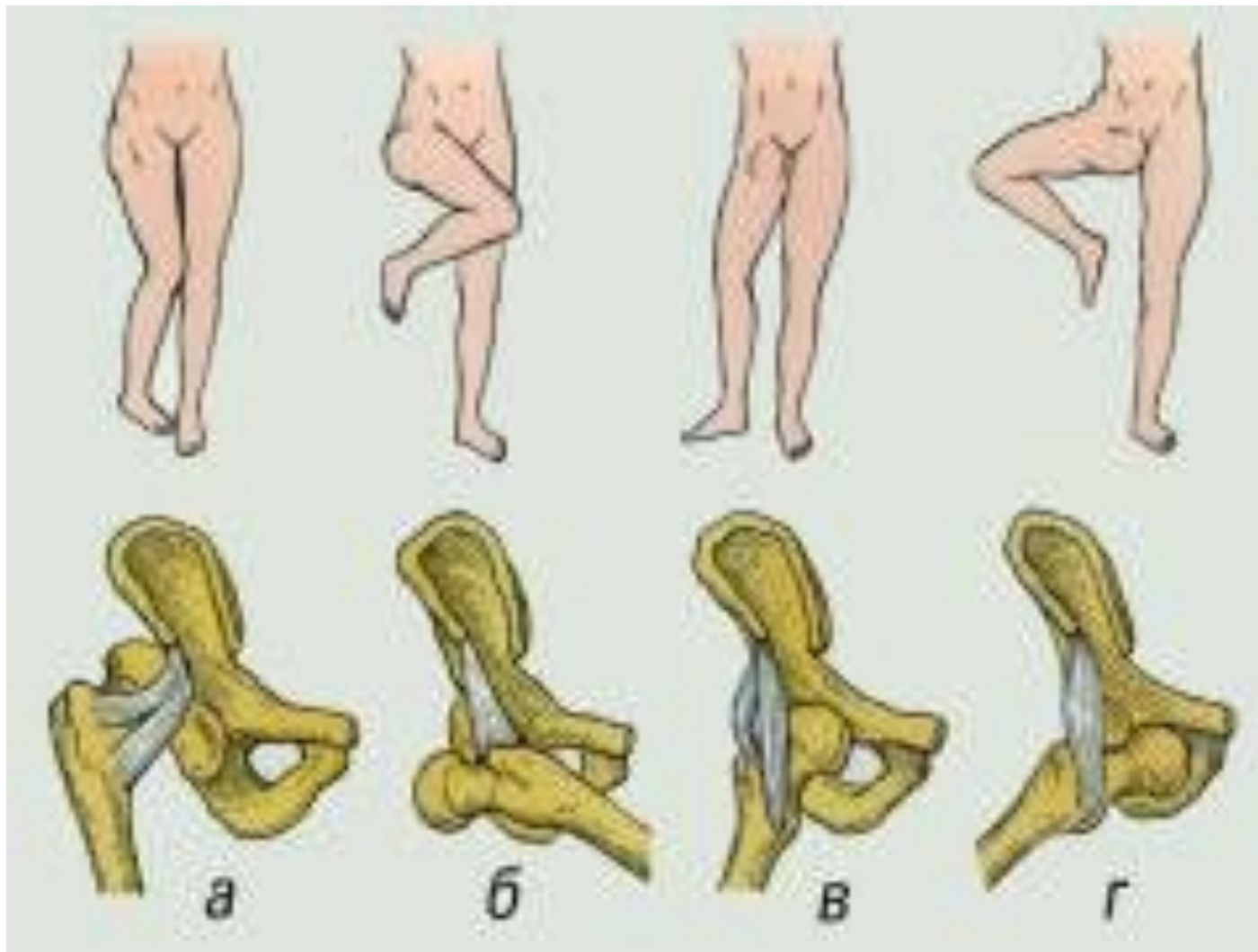
Вивих плеча

Імобілізація верхньої кінцівки



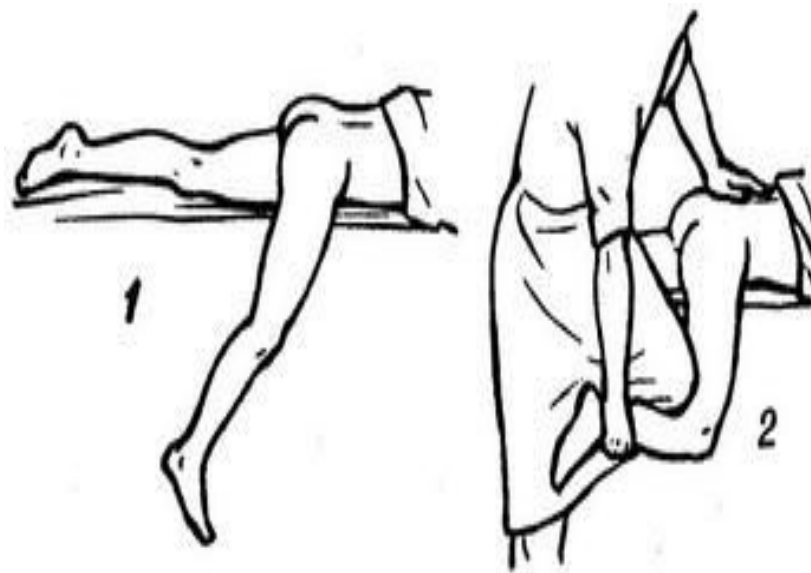
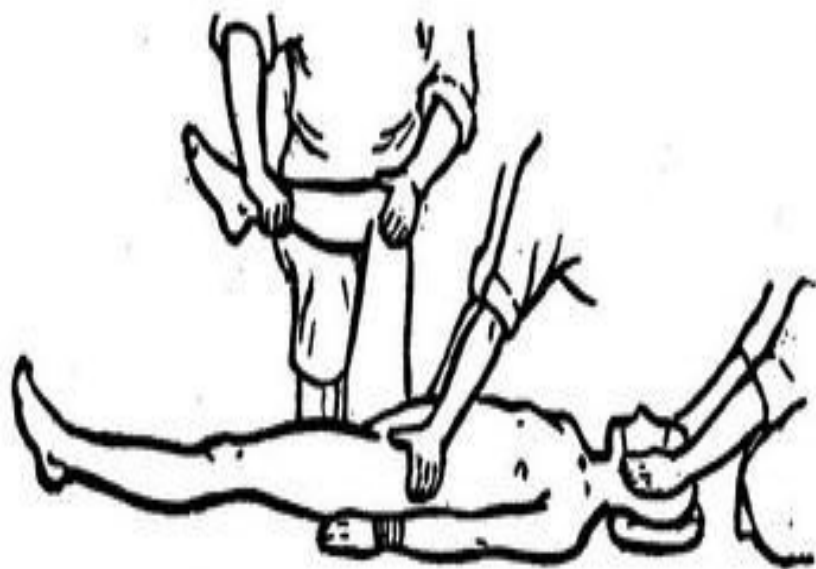
Вивихи стегна

а —здухвинний ; б — сідничний; в — затульний ; г —лобковий



*Вправлення вивиху стегна за методом
Кохера*

Джанелідзе



Накладання кокситної гіпсової пов'язки при вивиху та переломі стегна

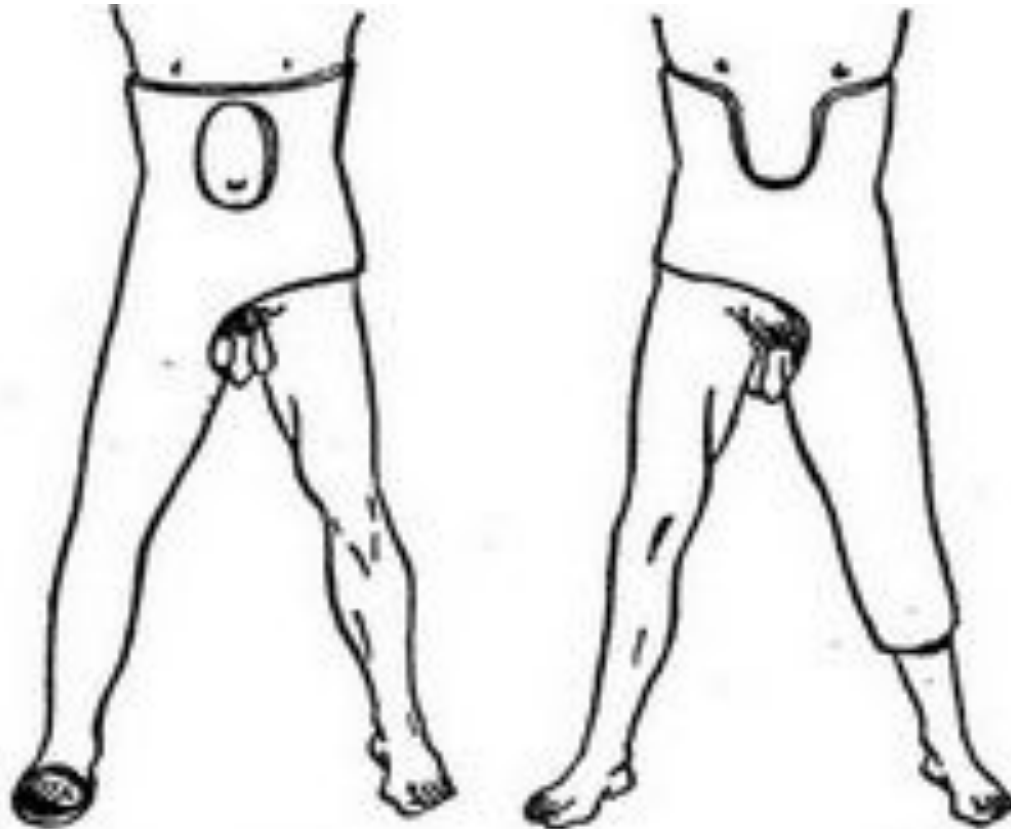
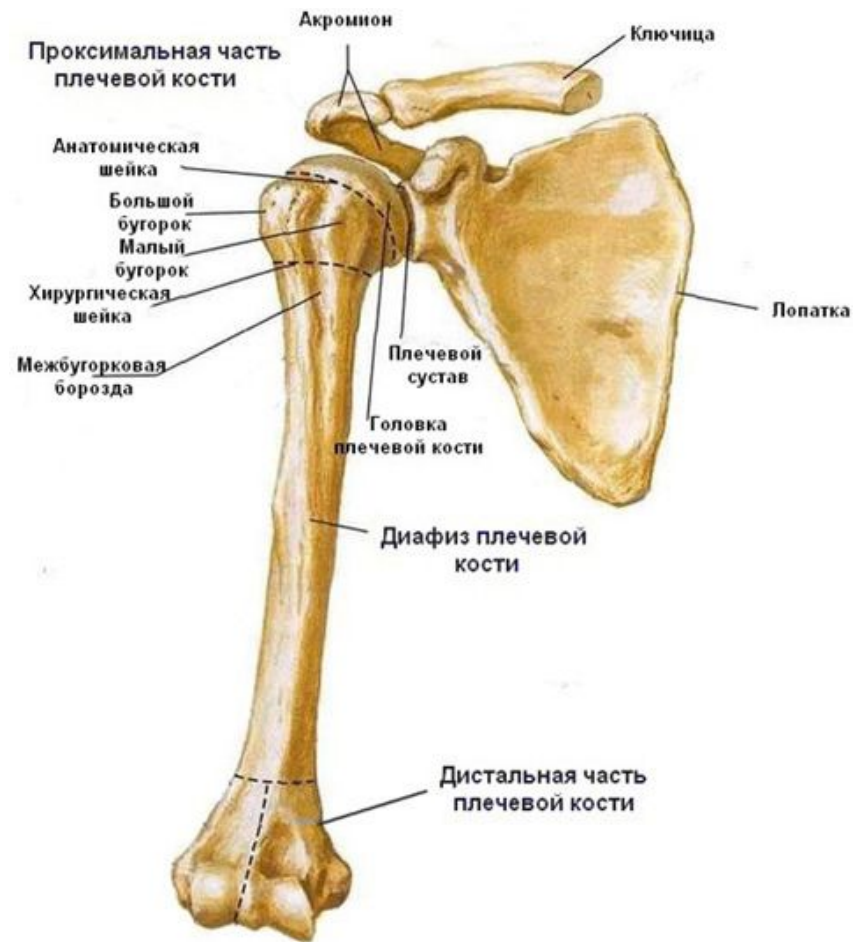


Рис. 8. Кокситные повязки.

I. Переломи кісток верхніх кінцівок

<i>Перелом плечової кістки</i>	<i>Перелом кісток передпліччя</i>
<p>Переломи верхнього, діафіза і нижнього відділу плечової кістки Переломи голівки: анатомічної шийки, великого або малого горба, хірургічної шийки плечової кістки. Аддукційний; абдукційний.</p>	<p><i>Розрізняють переломи в/3, діафіза і н/3. До переломів верхньої третини кісток передпліччя можуть бути поза- і внутрішньо суглобовими.</i> Переломи обох або однієї кісток</p>
<p>Клініка. Біль у ділянці перелому. Рухи обмежені. У ділянці перелому виникає гематома, набряк і деформація, відмічається вкорочення кінцівки, кісткова крепітація. В с/3 часто спостерігається пошкодження променевого нерва, а також стиснення або розрив плечової артерії та вени</p>	<p>Клініка. Біль у ділянці перелому. Рухи обмежені. У ділянці перелому виникає гематома, набряк і деформація, відмічається вкорочення кінцівки, кісткова крепітація. Перелом тільки однієї кістки без зміщення діагностувати важче. Болючість при пальпації і при навантаженні по осі передпліччя свідчить про перелом.</p>
<p>Діагностика: рентгенографії в двох проекціях</p>	
<p>Перша допомога: Знеболюванні транспортна іммобілізація пошкодженої кінцівки косинкою або сітчастою шиною Крамера. Шину моделюють на непошкодженій верхній кінцівці, Шина повинна захоплювати всю кінцівку від пальців до лопатки на здоровому боці.</p>	<p>Перша допомога: Знеболюванні Транспортну іммобілізацію проводять шиною Крамера, накладеною на розгинальну поверхню. Ліктьовий суглоб згинають під кутом до 90°, шину фіксують м'яким бинтом або косинкою.</p>
<p>Лікування : 1)накладають гіпсову пов'язку (торокобрахіальну) або лонгету; 2)операції і фіксації відламків спицями або металевими пластинками.</p>	<p>Лікування : 1)накладають гіпсову пов'язку або лонгету; 2)операції і фіксації відламків спицями або металевими пластинками.</p>

Будова плечової кістки. Ділянки найчастіших переломів.

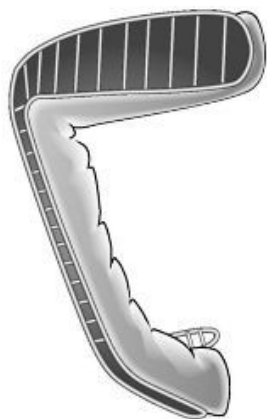


Будова кісток передпліччя. Перелом променевої кістки у типовому місці.

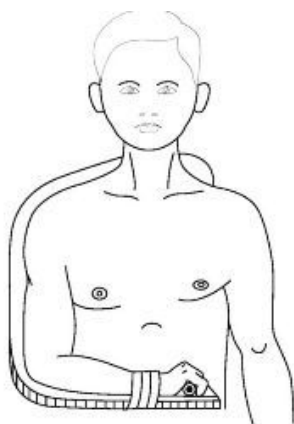


Транспортна іммобілізація плеча

передпліччя



а



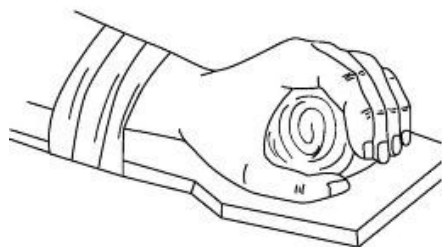
б



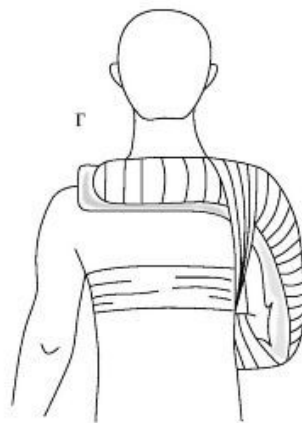
а



б



в

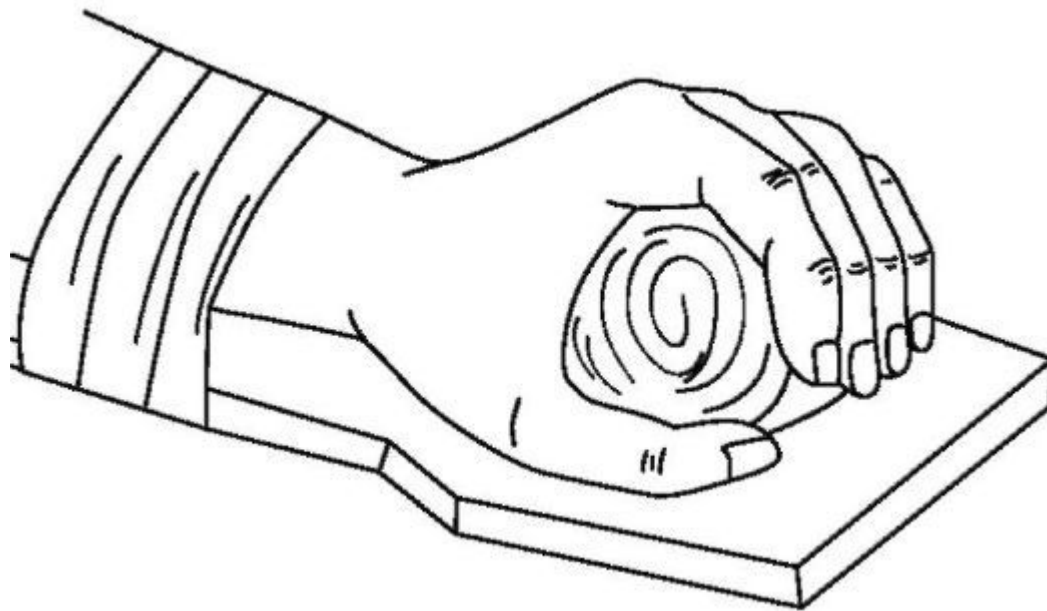


г

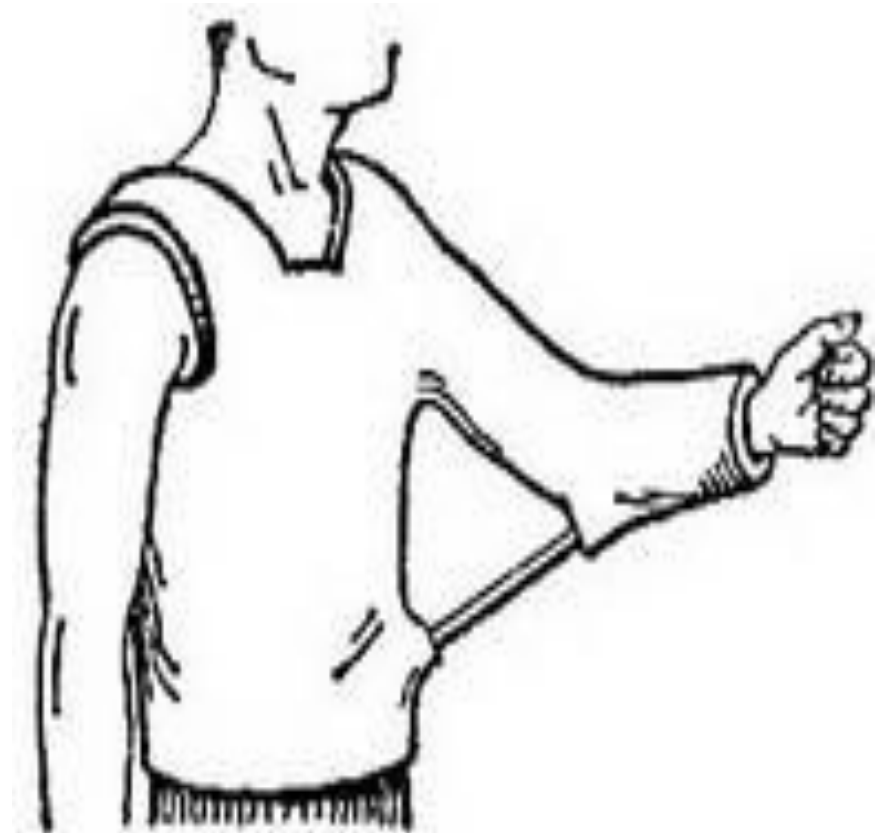


в

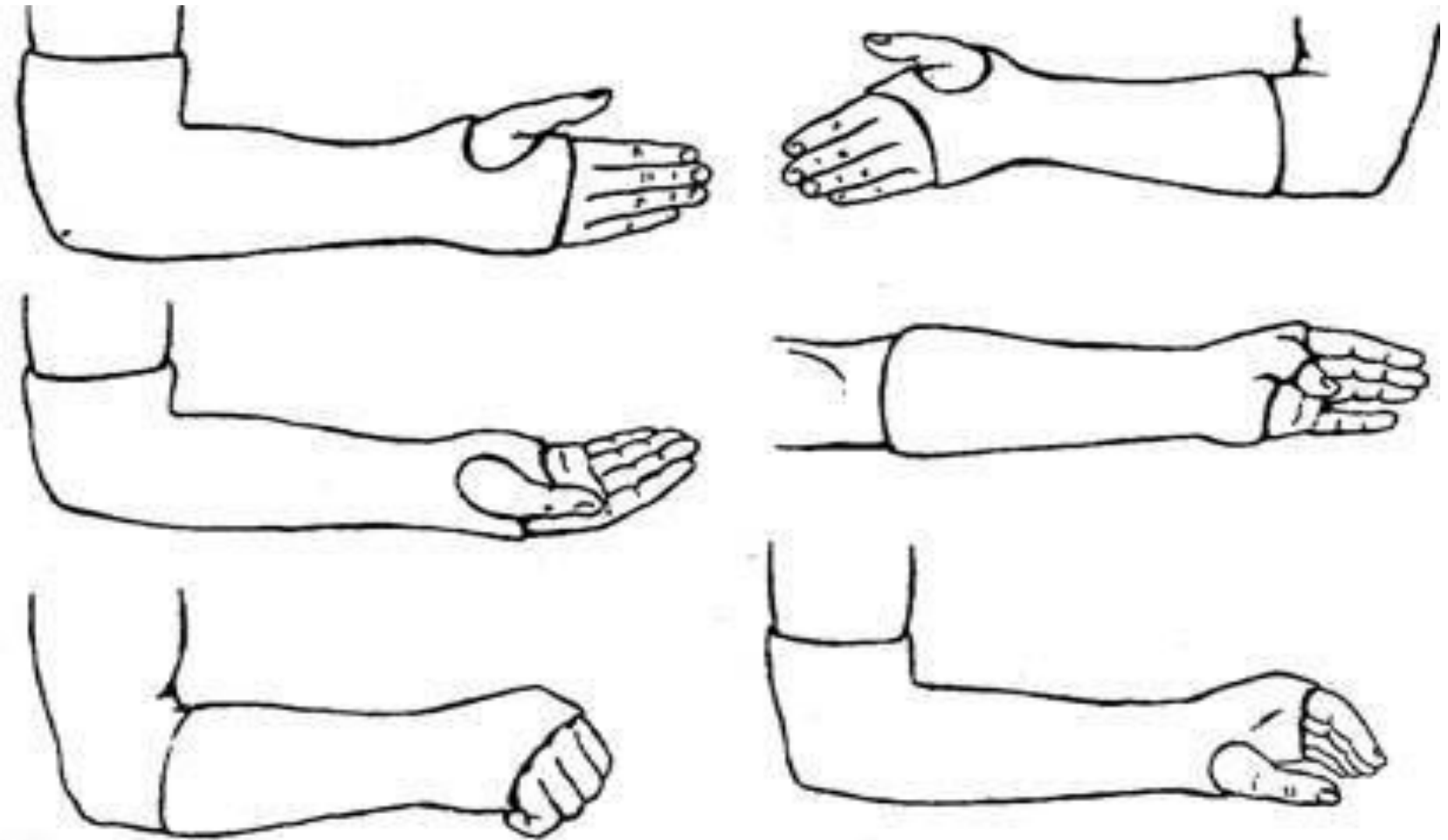
Транспортна іммобілізація кисті



Лікувальна іммобілізація при переломі плеча



Лікувальна іммобілізація при переломі передпліччя



I. Переломи кісток нижніх кінцівок

<i>Перелом стегнової кістки</i>	<i>Перелом кісток гомілки</i>
<p>Відкритими і закритими. 1) переломи верхнього кінця кістки - перелом голівки, шийки і вертлюгів ; 2) переломи діафіза стегнової кістки (в/3, с/3і н/3); 3) переломи дистального кінця.</p>	<p>Відкритими і закритими. Ізольовані переломи великогомілкової та малоомілкової кісток, Поперечними, косими, гвинтоподібними, осколковими..</p>
<p>Клініка. При переломах верхнього кінця стегнової кістки хворі скаржаться на біль у кульшовому суглобі, порушення функції кінцівки . При цьому нога повернута назовні, а зовнішня сторона ступні торкається ліжка або кушетки. Він не в змозі підняти ногу, виникає симптом "прилиплої п'ятки". При переломах шийки стегнової кістки постукування по п'ятці викликає сильний біль у кульшовому суглобі. При огляді відмічається припухлість, гематома , симптом «галифе».</p> <p>Переломи діафіза стегнової кістки виникає деформація, вкорочення кінцівки, значний крововилив у м'які тканини, розвитку тяжкого травматичного шоку.</p>	<p>Клініка. Сильний біль. Рухи кінцівки болючі, функція її порушена, спостерігається набряк, гематома і деформація колінного суглоба. деформація, швидко утворюється гематома, при пальпації визначають крепітацію. Переломи поєднуються з підвивихом ступні.</p>
<p>Діагностика: рентгенографії в двох проекціях</p>	
<p>Перша допомога:</p> <ol style="list-style-type: none"> Знеболюванні Транспортна іммобілізація - накладають транспортну шину Дітерікса. Транспортують цих хворих на ношах у лежачому положенні на спині. Госпіталізація. 	<p>Перша допомога:</p> <ol style="list-style-type: none"> Знеболюванні Транспортну іммобілізацію проводять трьома шинами Крамера Госпіталізація
<p>Лікування</p> <ol style="list-style-type: none"> гіпсова циркулярна пов'язку - кокситна При переломах зі зміщенням - витягнення за горбистість великогомілкової кістки. Тягар до 12 кг. Остеосинтез за допомогою тригранного цвяха. Цвях 	<p>Лікування :</p> <ol style="list-style-type: none"> гіпсова пов'язка до середньої третини стегна. накладають скелетне витягнення за п'яткову кістку. Репозицію здійснюють тягарем до 6 кг. Остеосинтез стержнем або фіксація кісток

Переломи нижніх кінцівок

Перелом кости (типы переломов)



Закрытый

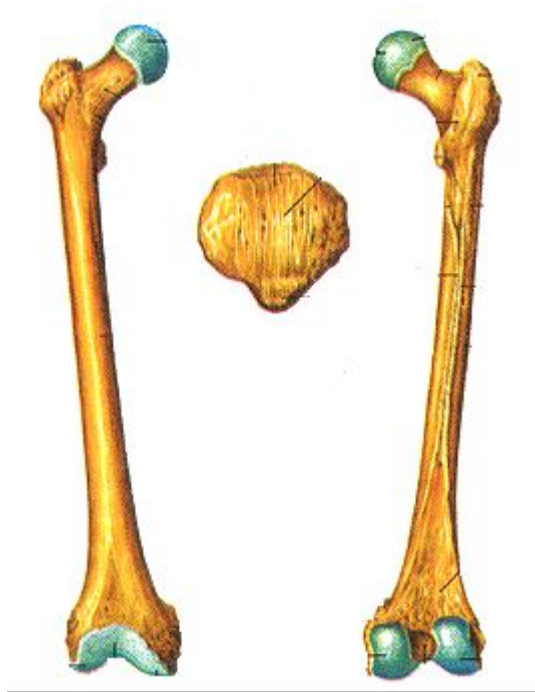
Открытый

Внутри-
суставный

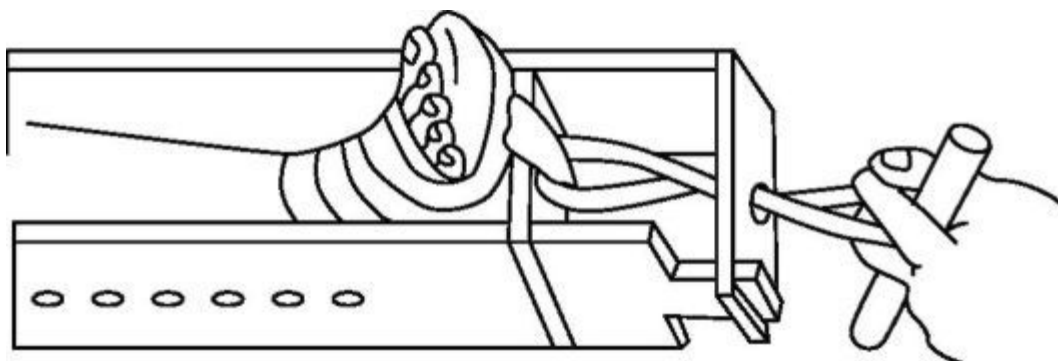
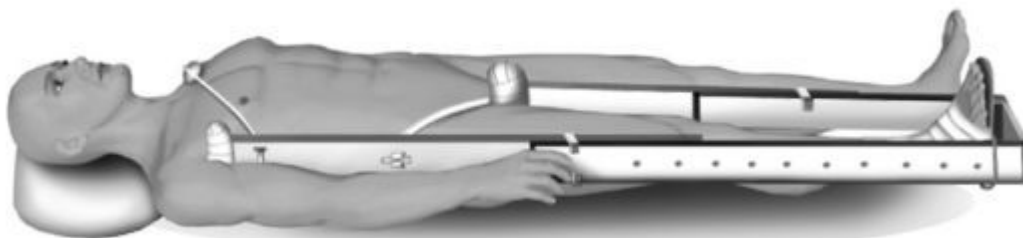
Переломи кісток нижніх кінцівок

Будова стегнової кістки

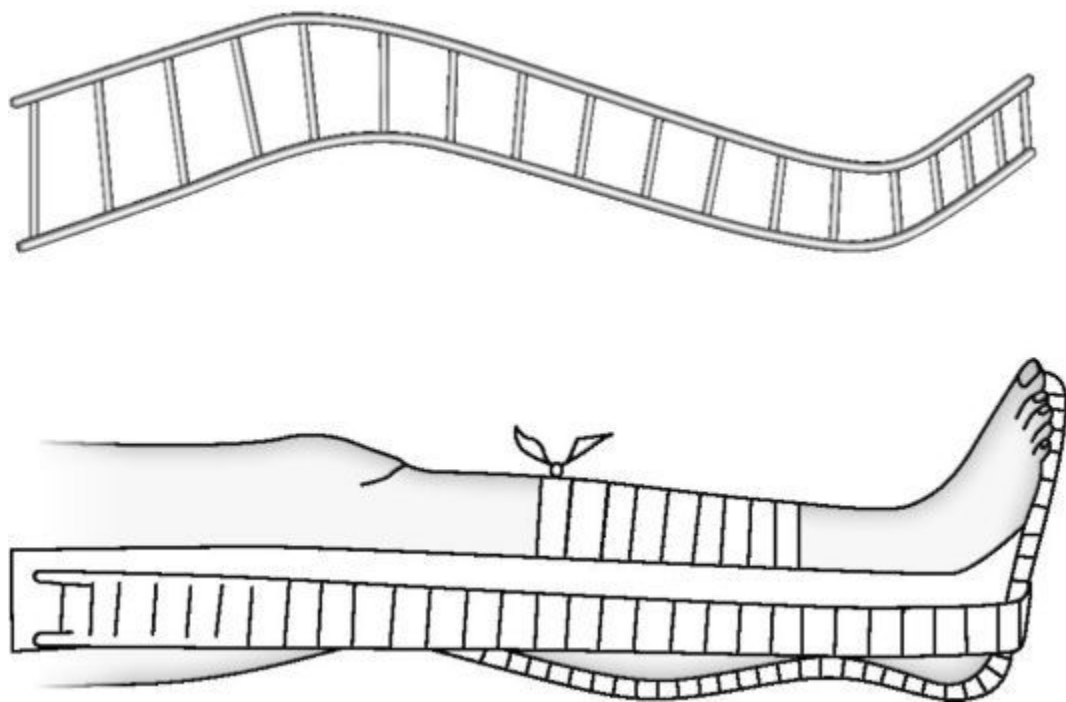
Рентген



Транспортна іммобілізація нижньої кінцівки шиною Дітерікса



Транспортна іммобілізація гомілки драбинними шинами Крамера



Остеосинтез пластинкою Лена при переломі костей гомілки. Внутрішньо-кісткова фіксація стегна металевими стіржнями. Остеосинтез шийки стегна трехлопастним цвяхом

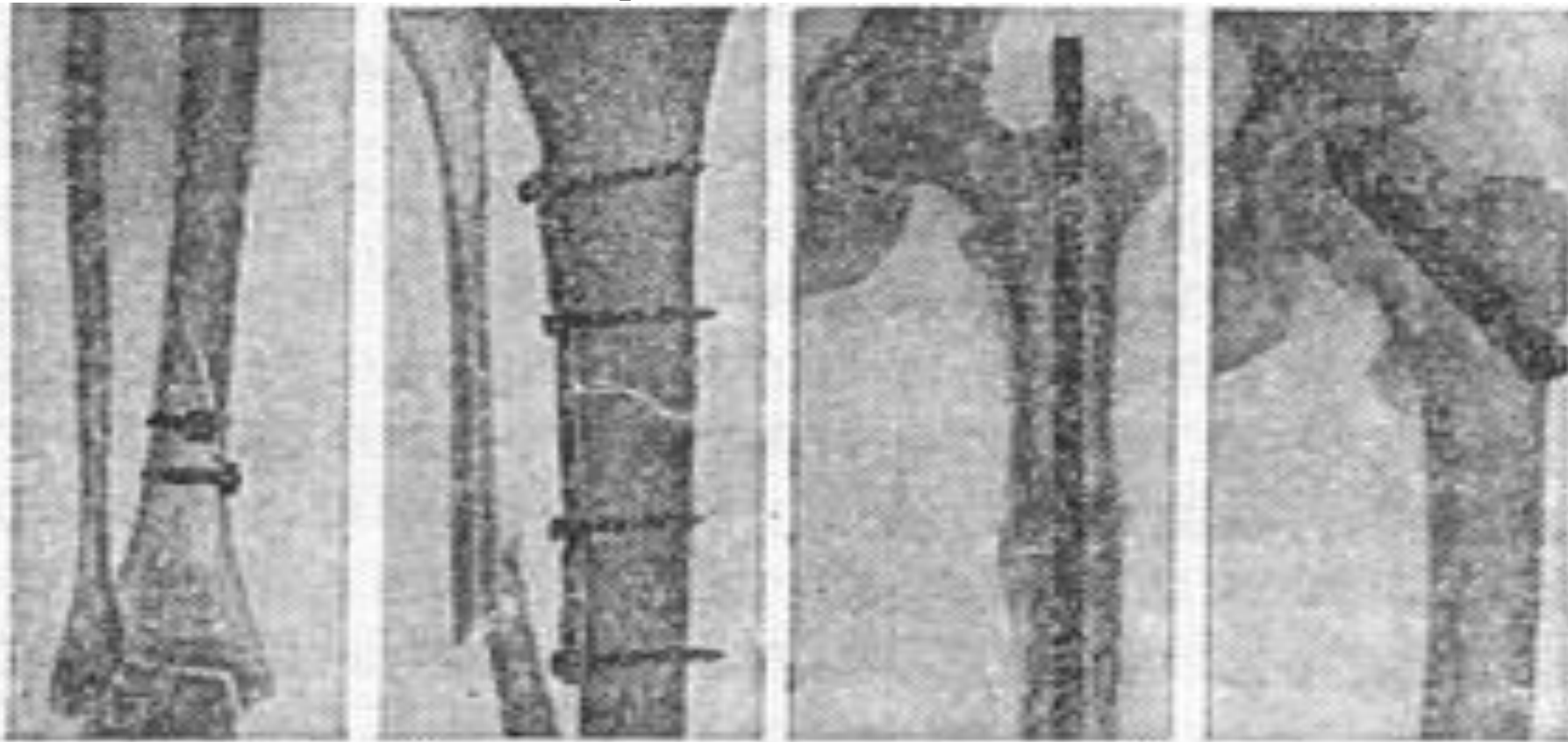


Рис. 1.

Рис. 2.

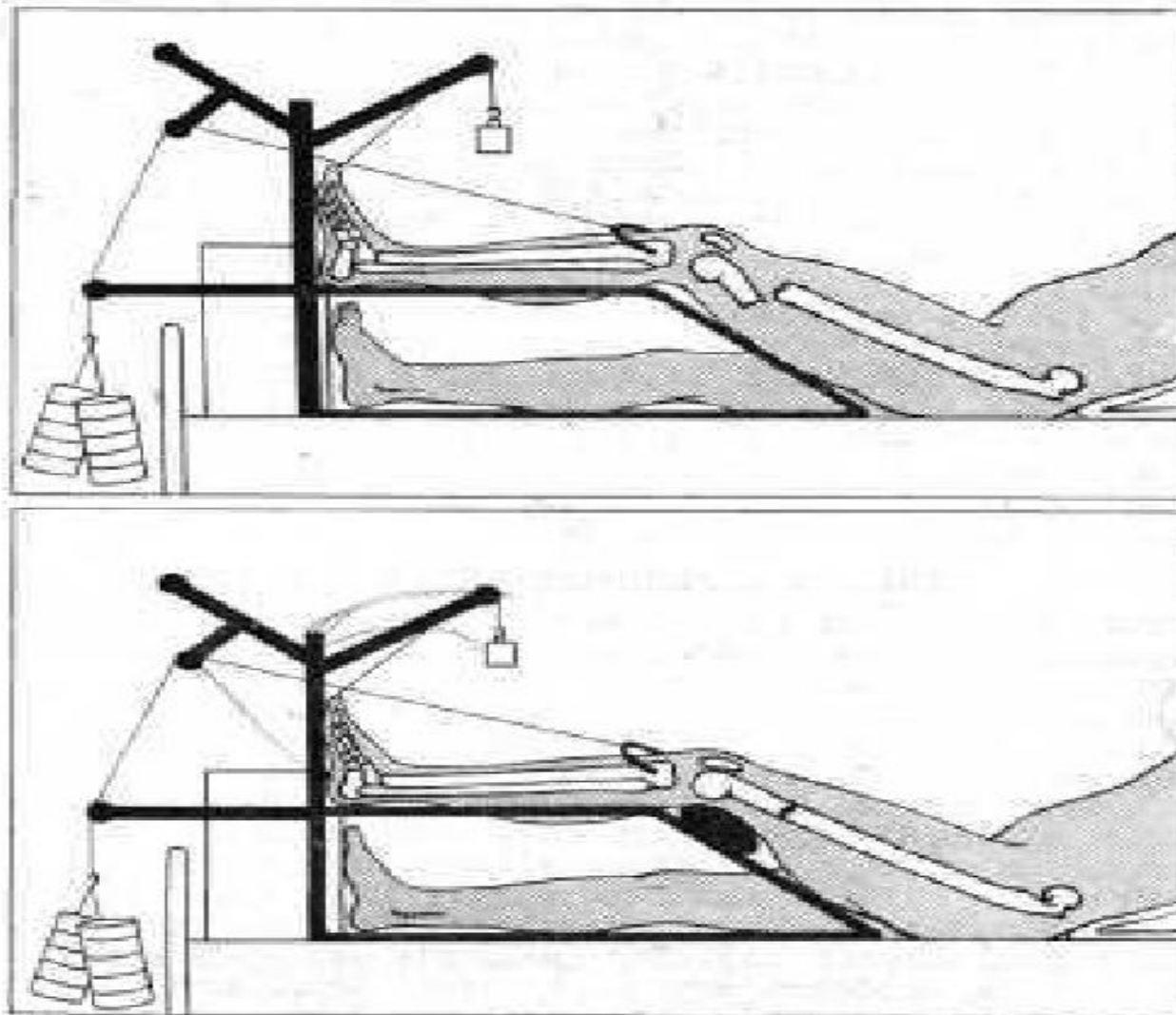
Рис. 3.

Рис. 4.

*Компресійно - дистракційний
остеосинтез за допомогою
апарату Г.А. Єлізарова.*



*Лікувальна іммобілізація при переломі
стегна – скелетне витяжіння на шині
Белера*

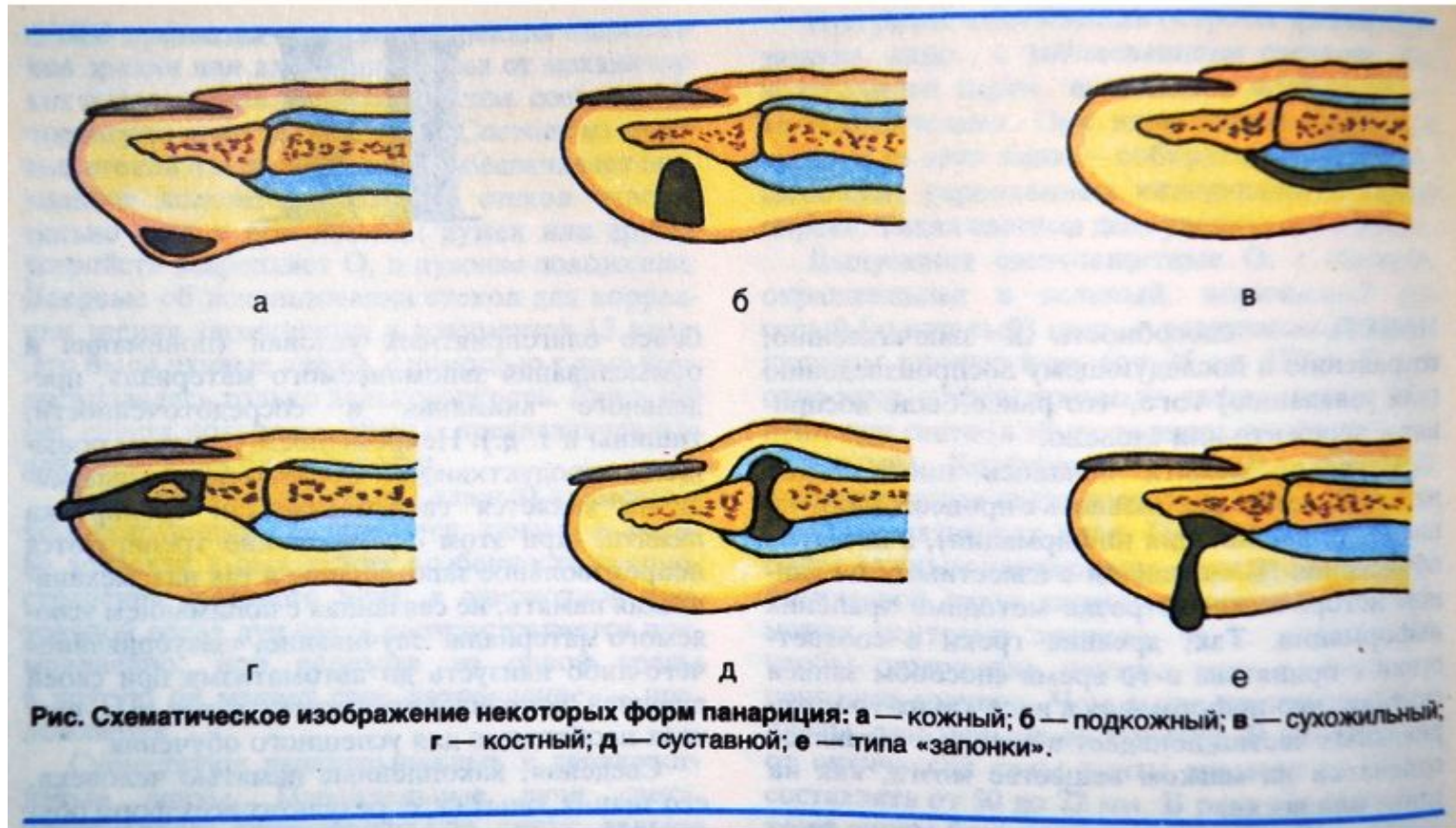


II. Гнійні захворювання пальців і кисті.

Панарицій - це гнійне запалення тканин пальців.

Етіологія	Стафілокок, стрептокок, змішана флора. Вхідними воротами інфекції слугують тріщини, подряпини та ін.
Класифікація	1) шкірний; 2) підшкірний; 3) кістковий; 4) суглобовий; 5) сухожильний (тендовагініт); 6) пароніхій – запалення навколонігтьовий валику; 7) піднігтьовий; 8) пандактиліт - ушкодження всіх тканин пальця.
Клінічні ознаки	При шкірній формі виникає локальна зона гіперемії, болючість, невеликий набряк шкіри. При підшкірній формі палець дещо збільшений в розмірах за рахунок набряку, рухи в ньому обмежені, з'являється виражений пульсуючий біль, через який хворі не сплять . Спостерігають підвищення температури, лейкоцитоз. При суглобовій формі палець набуває веретеноподібної форми, з'являється гіперемія шкіри. При сухожильній формі палець набряклий, напівзігнутий , по ходу сухожилля спостерігають виражену болючість. При спробі розігнути палець біль посилюється. При кістковій формі панарицію в початковій стадії захворювання клінічні ознаки такі ж, як і при підшкірній формі. Надалі уражена фаланга набуває колбоподібної форми .
Діагностика	Рентгенологічно при кістковій формі визначають кісткову деструкцію.
Консервативне лікування	УВЧ, ультразвукове опромінення. Широко застосовують ванночки з розчином марганцевокислого калію, 10% розчином хлориду. При пароніхії в перші дні застосовують ванночки з перманганатом калію , спиртові компреси, змазування йодом. NB! Не слід застосовувати зігрівальні компреси з мазями на жировій основі.
Хірургічне втручання.	Розсікання пальця. При підшкірній формі (коли з'являється симптом «бесоної ночі») панарицію проводять анестезію за Лукашевичем - Оберстом. Розріз шкіри роблять вздовж через осередок запалення, накладають пов'язки з мазями на гідрофільній основі (левомеколь, діоксиколь, 5% діоксинова мазь і ін.), дренують гумовими смужками .

Види панариціїв



Суглобовий панарицій



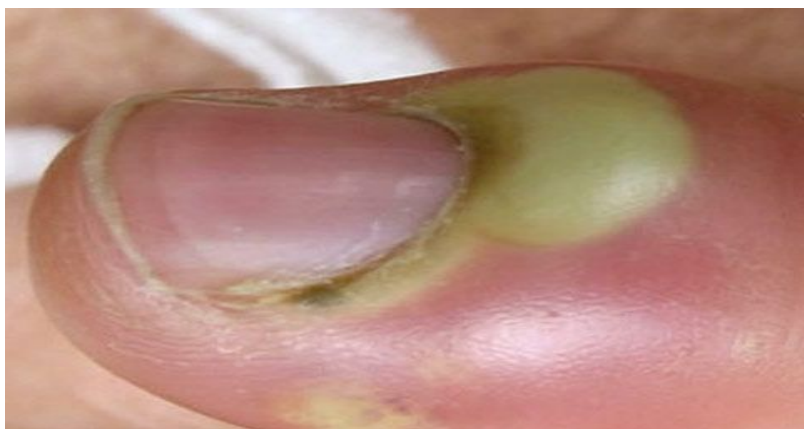
Сухожилковий панарицій



Пароніхія



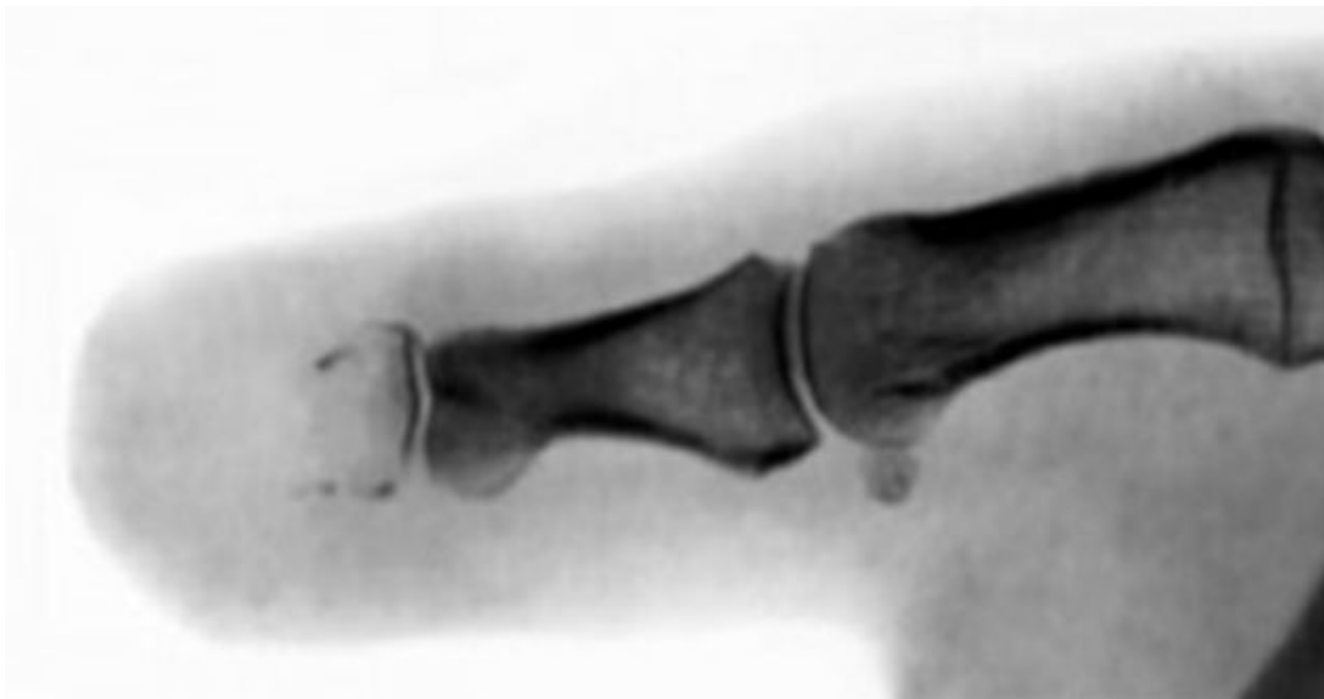
Еризипелоїд



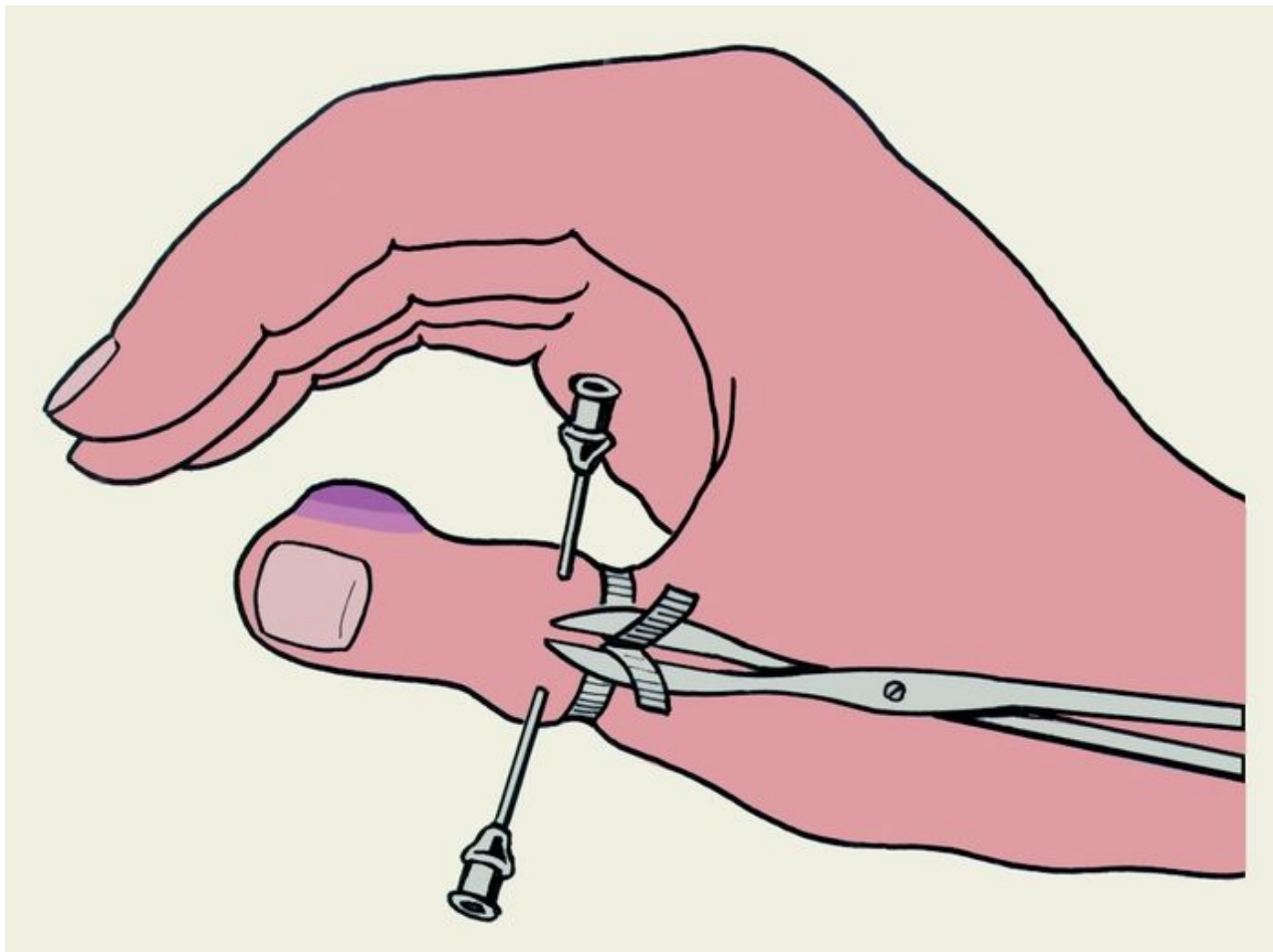
Врослий ніготь



Рентгенологічне дослідження при кістковому параніхії



Анестезія за Лукашевичем - Оберстом



Ванночки з розчином марганцевокислого калію, 10% розчином хлориду



III. Облітеруючий ендартеріт, облітеруючий атеросклероз, причини, клінічні ознаки та лікування

Облітеруючий ендартеріт	Облітеруючий атеросклероз
Це загальне нейрогенне захворювання, що супроводжується повільною облітерацією артеріальних судин нижніх кінцівок людей молодого віку (від 20 до 40 р)	Облітеруючий атеросклероз в основі якого лежить первинний атеросклеротичний процес, який розвивається спочатку у великих судинах (старше 40 р.)
Фактори ризику: порушення нейроендокриної системи, шкідливі звички, інтоксикації, обморожування	Закупорки біфуркації черевної аорти і здухвинних артерій - синдром Леріша.
Стадії: <i>спастична, тромботична, некротична і гангренозна стадії</i>	
Клініка. Уражаються дрібні судини , переважно в нижніх кінцівках, з'являється під час ходьби різкий біль у гомілці (симптом " переміжної кульгавості "), що змушує хворого зупинитися. Через 1-2 хв біль минає. У подальшому спазм судин стає постійним і в цьому місці утворюються тромби (<i>тромботична стадія</i>), внаслідок чого біль стає безперервним і різко підсилюється при ходьбі. Потім виникають некрози і гангрені (<i>некротична і гангренозна стадії</i>)	Клініка. Така сама як при облітеруючому ендартеріті. Але класичної ознаки "переміжної кульгавості" при облітеруючому атеросклерозі не спостерігають - біль у литкових м'язах виникає і наростає поступово, а не раптово.
Об'єктивно: шкіра кінцівки бліда, холодна на дотик, з'являються трофічні зміни шкіри і нігтів (шкіра тонка та суха; волосся відсутнє; нігті потовщені, крихкі). Поряд із цим, зникає пульсація на артеріях ступні.	
Діагностика: проведення проб Оппеля, Самуелса. Ангеографія (кардіотраст), реовазографія.	Діагностика: ослаблення або відсутність пульсації на артеріях. Застосовують артеріо- і доплерографію

Облітеруючий атеросклероз.

Фактори ризику:

паління ;
підвищений артеріальний тиск;
висока концентрація в крові загального холестерину;
зайва вага (ожиріння);
малорухомий спосіб життя;
цукровий діабет;
серцево - судинні захворювання у родичів.



Лікування.

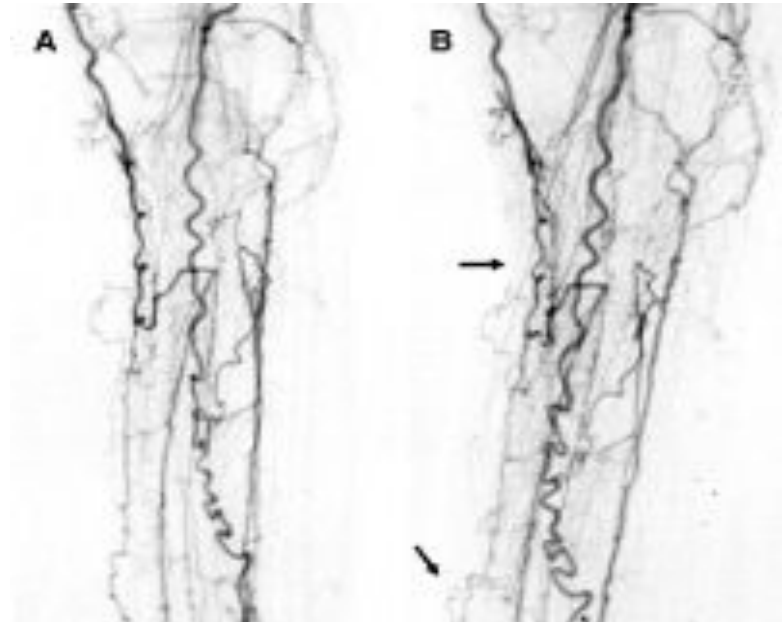
Облітеруючий ендартеріт	Облітеруючий атеросклероз
<p>Консервативне призначають</p> <ul style="list-style-type: none">- седативні препарати (піпольфен),- спазмолітики (но-шпу),- гангліоблокатори (гексоній, бензогексоній),- антиагреганти (аспірин, тиклід, клопідрогель),- ангіопротектори (пермидин, продектин, тиклід),- вітаміни.,- солкосерил, актовегін, вазапростан,- <i>гіпербарична оксигенація.</i>- УВЧ-терапію на ділянку поперекових симпатичних нервових вузлів,- сірководневі ванни (Хмельник)- санаторно-курортне лікування дозволяє закріпити результати медикаментозної терапії.	
<p>Оперативне лікування</p> <ul style="list-style-type: none">- операцію Огнева - видалення третього грудного симпатичного ганглія зліва і операцію Дієца - видалення третього-четвертого поперекових симпатичних гангліїв з одного або двох боків- Некректомію	<p>Оперативне лікування полягає у виконанні реконструктивних операцій на артеріях (протезування)</p>

Облітеруючий ендартеріт



Облітеруючий ендартеріт

ангеографія



Облітеруючий атеросклероз

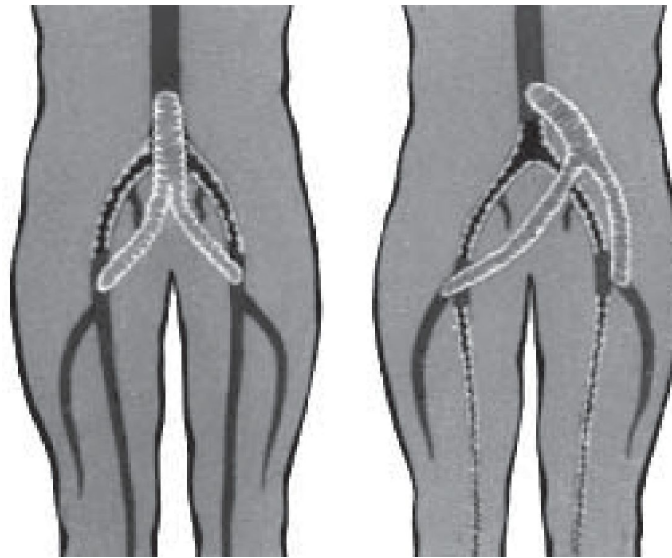


Окклюзия (закупорка) подколенной артерии



Рисунок 1

Варіанти аортостегнового шунтування при атеросклеротичному ураженні судин нижніх кінцівок



Хвороба Рейно - «мертвий палець»

Хвороба Рейно (ангіотрофоневроз).

Чинники - спазм артеріол пальців верхніх і нижніх кінцівок. Страждають частіше жінки молодого і середнього віку. Причини виникнення цього захворювання невідомі, на розвиток впливають порушення функції ЦНС, спадковість.

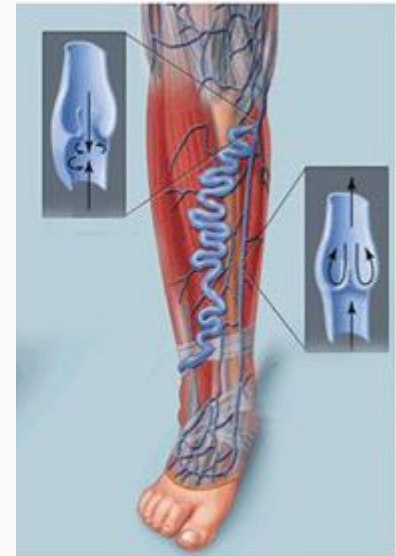
Клініка. Хвороба проявляється симетричним зблідненням шкіри пальців («мертвий палець») рук або ступні під дією холоду. Слід зазначити, що пульсація судин кінцівки при цьому зберігається. Під час спазмів виникає різкий біль. При подальшому розвитку захворювання блідість шкіри змінюється на ціаноз, вона стає грубою та малочутливою, потім з'являються виразки, некрози пальців. Характерними особливостями клінічного перебігу захворювання є симетричність ураження пальців кінцівок, інколи шкіри вух, носа, щоки.

Лікування спазмолітиків, гангліоблокаторів, проведення новокаїнових блокад третіх грудних симпатичних гангліїв або їх видалення оперативним шляхом.

Варіанти проявлення хвороби Рейно на руках



IV. Варикозне розширення вен, тромбофлебіт, клініка, діагностика, ускладнення, способи лікування



Варикозне розширення вен, тромбофлебіт, клініка, діагностика, ускладнення, способи лікування

Варикозна хвороба - варикозне розширення вен. Вона характеризується розширенням сітки поверхневих вен нижніх кінцівок. Уражає жінок у два рази частіше, ніж чоловіків.

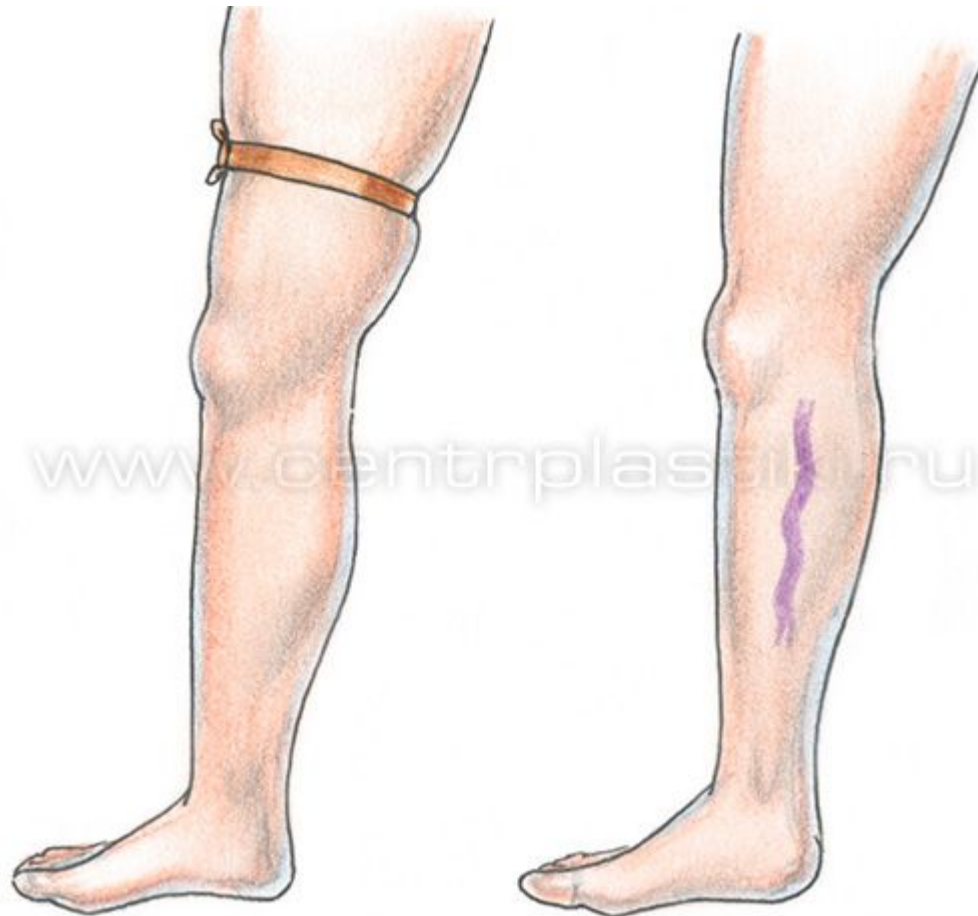
Чинники	спадковість, часті вагітності, тяжка фізична праця, пов'язана з підняттям вантажів, довготривале вертикальне статичне положення тіла, травми та запалення глибоких вен (тромбофлебіт). Вени нижніх кінцівок розширюються, виникає недостатності клапанного апарату спочатку поверхневих, а потім і комунікантних вен, і глибоких вен.
Класифікація	Типи варикозного розширення вен: а) циліндричний; б) мішкоподібний; в) змієподібний; г) розсипний; д) змішаний.
Клініка	<p>Перша стадія хронічної венозної недостатності проявляється набряком дистальних відділів кінцівки під кінець дня, який зникає після нічного відпочинку, судомами литкових м'язів уночі.</p> <p>При другій стадії до вищевказаних симптомів приєднуються індурація (затвердіння) та гіперпігментація (колір шкіри стає бурим, темно-коричневим), внаслідок виходу в підшкірну клітковину еритроцитів.</p> <p>У третій стадії з'являються різної величини виразки, перебіг часто ускладнюється бешихою, мікробною екземою, тромбофлебитами.</p>
Діагностика	Для уточнення діагнозу необхідно проводити проби: Броді-Троянова-Тренделенбурга та пробу Дельбе-Пертеса (маршову)
Лікування	<p>Консервативне – носіння еластичних панчіх (їх одягають вранці до підйому з ліжка)</p> <p>Оперативне: видалення великої підшкірної вени</p> <p>Склерозування за допомогою варикоциду, варикосану, 70° спирту, 60 % глюкози та ін.</p>

Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга

Проводять для визначення стану клапанів поверхневих вен.

Хворий знаходиться у горизонтальному положенні з піднятою кінцівкою, з поверхневих вен якої прогладжуванням видаляють кров. У ділянці верхньої третини стегна підшкірні вени перетискають джгутом.

Хворий встає з джгутом і, якщо після його зняття вени повільно за 30 секунд 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.



Проба Дельбе-Пертеса (маршова)

Проводять для визначення прохідності глибоких вен

У хворого, який стоїть, для припинення кровотоку 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 простого видалення поверхневих вен



При другій стадії ХВН приєднуються індурація (затвердіння) та гіперпігментація (колір шкіри стає бурим, темно-коричневим), внаслідок виходу в підшкірну клітковину еритроцитів.



Рис. 4. Посттромбофлебитическая болезнь обеих нижних конечностей. Пациентка М., 63 года.

Ускладнення ХВН – трофічні виразки



Перша допомога при гострому тромбофлебіті

1. Покласти хворого на ноші, для покращання венозного відтоку і зменшення болю кінцівці надають підвищеного положення,
2. На кінцівку накладають пов'язку з троксовазиновою або гепариновою маззю.
3. Поряд із цим, призначають антикоагулянти (гепарин або кальципарин, фраксипарин, фрагмін, клексан, пелентан, неодикумарин і т. ін.)
4. Госпіталізація.

Перша допомога при гострому тромбозі глибоких (магістральних) вен

1. Покласти хворого на ноші
2. Зняття спазму судин
3. Спазмолітики: но-шпа, баралгін, папаверин, платифіліну та інших спазмолітики);
4. Знеболення (введення анальгетиків, наркотиків);
5. Зниження обмінних процесів у кінцівці (обкла дання кінцівки холодними гумовими міхурами або обгортання її простирадлом, змоченим у холодній воді)
6. Госпіталізація

Підсумковий контроль

Задача №1

Професор приймає пацієнта з переломом кістки. Вказівки стосовно вилучення бійничого апарату? Як професор повинен діяти у разі ускладнень?

Задача №2

В палаті лежить хворий зі скелетним витяжінням. Під час прибирання санітарка випадково спихнула груз. Які повинні бути Ваші дії? Які спеціальні інструменти входять у набір для скелетного витяжіння.

Задача №3

За допомогою чого проводять активно-пасивну профілактику правця за наявності відкритого перелому кисті у нещепленого пацієнта?

Задача №4

У пацієнта відкритий перелом передпліччя, який супроводжується артеріальною кровотечею. Що найперше треба застосувати?

Задача №5

Пацієнтка 48 років, яка упала вдома. У верхній частині правого передпліччя є болісність, набряк, крепітація відламків. Вкажіть транспортну іммобілізацію правої верхньої кінцівки.

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

•