

**Закриті пошкодження м'яких тканин,
черепа, грудної клітки.
Чисті рани**

***Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу
II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Сестринська практика"***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**Закриті пошкодження м'яких тканин,
черепа, грудної клітки.
Чисті рани**

***Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу
II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Сестринська практика"***

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 11 від 19.11.2020.

**Харків
ХНМУ
2020**

Закриті пошкодження м'яких тканин, черепа, грудної клітки. Чисті рани : метод. вказ. до практ. занять та самост. роботи студентів 3-го курсу II та IV мед. фак-тів з дисципліни "Сестринська практика" / упоряд. В. О. Сипливий, А. Г. Гузь, В. В. Доценко та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 24 с.

Упорядники В. О. Сипливий
 А. Г. Гузь
 В. В. Доценко
 Г. Д. Петренко
 О. Г. Петюнін
 С. В. Грінченко
 В. І. Робак
 Д. В. Євтушенко
 В. О. Курбатов
 О. В. Євтушенко

Кількість годин – 2.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

У структурі захворювань травматичні пошкодження сьогодні займають 3-є місце після серцево-судинних захворювань і злоякісних пухлин та виходять на перше місце як причина інвалідизації осіб молодого віку. Частка постраждалих від травм становить 30 – 35 % загальної кількості хірургічних хворих. Своєчасна і правильно надана медична допомога хворому з травмою забезпечує сприятливий перебіг та належить до професійного обов'язку лікаря будь-якого профілю.

МЕТА ЗАНЯТТЯ

Вивчити:

Поняття про ушкодження м'яких тканин, черепа, грудної клітки. Засоби першої медичної допомоги постраждалим із закритими пошкодженнями. Правила транспортування постраждалих із пошкодженням м'яких тканин, черепа, грудної клітки. Профілактичні заходи щодо попередження розвитку травматичного шоку, пневмотораксу, внутрішньої кровотечі. Ознаки переломів кісток та надання першої допомоги при переломах. Застосування засобів транспортної іммобілізації. Ознаки вивихів, перша допомога хворим із різноманітними вивихами.

Знати:

1. Класифікацію травматизму.
2. Загальні принципи обстеження травмованих.
3. Принципи надання допомоги травмованим.
4. Закриті ушкодження м'яких тканин (забій, розтягнення, розрив): класифікація, клінічна картина, діагностика, перша допомога і принципи лікування.
5. Черепно-мозкова травма (струс, забій, стиснення головного мозку, переломи черепа): класифікація, клінічна картина, діагностика, перша допомога і принципи лікування.
6. Травма лицевого черепа: класифікація, клінічна картина, діагностика, перша допомога і принципи лікування.
7. Травма грудної клітки та її органів (струс, забій та стиснення грудної клітки, переломи ребер, пневмоторакс, гемоторакс, поранення серця): класифікація, клінічна картина, діагностика, перша допомога і принципи лікування.
8. Травматичний шок: клінічна картина, діагностика, перша допомога і принципи лікування.
9. Техніку транспортної іммобілізації при окремих видах травми (черепно-мозкова, травма лицевого черепа, грудної клітки і її органів, живота і органів черевної порожнини, синдром тривалого стиснення, травма м'яких тканин).
10. Методики надання невідкладної допомоги потерпілому в стані травматичного шоку.

Вміти:

1. Надати першу допомогу при закритих ушкодженнях м'яких тканин (забій, розтягнення, розрив).
2. Надати першу допомогу при синдромі тривалого стиснення.
3. Надати першу допомогу при черепно-мозковій травмі (струс, забій, стиснення головного мозку, переломи черепа).
4. Надати першу допомогу при травмі лицевого черепа.
5. Надати першу допомогу при травмі грудної клітки та її органів (струс, забій та стиснення грудної клітки, переломи ребер, пневмоторакс, гемоторакс, поранення серця).
6. Надати першу допомогу при травмі живота та органів черевної порожнини.
7. Надати першу допомогу при травматичному шоку.
8. Оцінити стан потерпілого і передбачити наслідки.
9. Оцінити результати обстеження травмованого.
10. Встановити діагноз травми відповідно до класифікаційних категорій.
11. Окреслити план лікування потерпілого.
12. Класифікувати основні види закритого та відкритого лікування переломів кісток.
13. Окреслити план лікування для пацієнта з переломом.
14. Виставити показання до оперативного втручання при переломі.
15. Діагностувати вивих.
16. Надати першу допомогу хворому з вивихом (включно з транспортною іммобілізацією).
17. Окреслити план лікування пацієнта з вивихом.
18. Визначити основні види закритого та відкритого лікування переломів.
19. Надати показання до оперативного лікування переломів, застосувати методи оперативних втручань при переломах.
20. Визначити поняття "вивих", "класифікація вивихів".
21. Оцінити клінічну картину вивиху, діагностику вивиху.
22. Надати першу допомогу при вивиху.
23. Призначити лікування вивиху.
24. Виявити ускладнення переломів і вивихів.

Практичні навички:

Оволодіти технікою:

- 1) іммобілізації плеча;
- 2) іммобілізації передпліччя;
- 3) іммобілізації кисті;
- 4) іммобілізації стопи;
- 5) іммобілізації плечового суглоба;
- 6) іммобілізації ліктьового суглоба;
- 7) променезап'ясткового суглоба;

- 8) гомілковостопного суглоба;
- 9) вправлення вивиху методом Кохера;
- 10) вправлення вивиху методом Коломбо–Стімсона–Джанелідзе;
- 11) вправлення вивиху методом Мота;
- 12) вправлення вивиху методом Гіппократа–Купера.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Травма (гостра) – одномоментна раптова дія на організм зовнішнього чинника (механічного, фізичного, хімічного, психічного), який призводить до травмування та викликає у тканинах або органах анатомічні чи функціональні порушення, які супроводжуються місцевою та загальною реакцією організму. Хронічна травма – перманентна дія на організм зовнішніх однотипних чинників.

Травматизм – повторювані травми, характерні для певної групи людей, що перебувають в однакових умовах праці, побуту. Розрізняють травматизм промисловий, сільськогосподарський, побутовий, спортивний, вуличний, дитячий.

Травми класифікують за характером травмуючого чинника: механічні (ушкодження предметами); фізичні (вплив температур, електричного струму, радіаційного випромінювання); хімічні (вплив хімічних речовин, отрут, патологічних виділень організму); психічні (вплив зовнішнього чинника на психоемоційну сферу).

Відкриті травми – це пошкодження цілісності шкірного покриву або слизових оболонок; закриті – пошкодження зовнішнього покриву тіла відсутні. Проникні пошкодження виникають при сполученні порожнин організму через рану з зовнішнім середовищем; непроникні – відсутнє сполучення між порожнинами організму і зовнішнім середовищем. За локалізацією ушкодження розрізняють пряму (виникає в місці дії травмуючого чинника) і непряму (виникає осторонь від місця дії травмуючого чинника) травму. За клінічним перебігом травма буває неускладненою і ускладненою (безпосередньо в момент отримання травми, за найближчим часом – від доби до тижня після отримання травми; у віддаленому періоді).

Ізольована (поодинокі) травма – ушкодження в межах одного органа або однієї анатомічної зони.

Множинна травма – декілька однотипних ушкоджень в межах одного органа чи анатомічного сегмента або ушкодження двох і більше органів у межах однієї порожнини.

Поєднана травма – ушкодження двох і більше органів у різних порожнинах організму або одночасне ушкодження внутрішнього органа і елементів опорно-рухового апарату під дією одного травмуючого чинника.

Комбінована травма виникає під дією декількох травмуючих агентів.

Надання медичної допомоги травмованим складається з трьох етапів: дошпитального (заходи, спрямовані на збереження життя потерпілого і запобігання посиленню наявних ушкоджень під час транспортування до

медичної установи), шпитального (ліквідація травми і її наслідків, відновлення функцій організму, профілактика ускладнень) та реабілітаційного (відновлення втрачених функцій).

Дошпитальна допомога потерпілому передбачає наступні завдання:

- з'ясування обставин травми;
- оцінка тяжкості стану потерпілого;
- усунення станів, що безпосередньо загрожують життю травмованого, забезпечення функції життєво важливих систем: серцево-легенева реанімація, зупинка кровотечі, знеболення, іммобілізація, протишокові заходи).

Закриті ушкодження м'яких тканин включають забій, розтягнення, розрив, синдром тривалого стиснення.

Забій (*contusio*) – закрите пошкодження м'яких тканин та органів без видимого порушення їх анатомічної цілісності: біль в місці травми, що посилюється при рухах і пальпації, порушення функції, припухлість, крововилив, садна. Лікування: спокій у пошкодженій ділянці, холод впродовж перших 2 діб, з 2–3-ї доби – фізіопроцедури, з гематоми великих розмірів пункційна евакуація гемолізованої крові на 5–7-й день.

Розтягнення (*distorsio*) – ушкодження зв'язок, м'язів, сухожилків без порушення їх анатомічної цілісності під дію сили, що перевищує межі еластичності тканин: виникає надрив тканин з крововиливом у їх товщу. Проявляться болем, набряком, крововиливом, порушенням функції. Лікування: іммобілізація, знеболення, холод протягом 2 діб, далі – зігрівання, масаж, лікувальна гімнастика.

Розрив (*ruptura*) – ушкодження зв'язок, м'язів, сухожилків з порушенням їх анатомічної цілісності. При розриві зв'язки спостерігаються набряк, крововилив, зміна конфігурації суглоба; при розриві м'яза – западина в місці розриву і гематома; при розриві сухожилка – порушення рухової функції. Лікування: іммобілізація, знеболення; при повному розриві – відновлення цілісності хірургічним шляхом.

Синдром тривалого стиснення (краш-синдром, позиційна травма, компартмент-синдром, травматичний токсикоз) – це загальна і місцева реакція організму на біль і тривале (понад 2 год) стиснення м'яких тканин, що викликає порушення мікроциркуляції, ішемію і некроз тканин. Патогенез визначають наступні процеси: внутрішньофулярна гіпертензія, ішемія і некроз стиснених м'язів, всмоктування з них у загальне кровоносне русло токсичних продуктів патологічного обміну речовин, калію, міоглобіну, нейрорефлекторні і нейрогуморальні травматичні порушення, плазматратата. Клінічні прояви залежать від площі ураження, тривалості стиснення, своєчасної і правильно наданої першої допомоги.

Початковий період проявляється шоком з домінуванням серцево-судинної недостатності внаслідок надходження в загальний кровообіг продуктів розпаду тканин при звільненні кінцівки без попередньо накладеного джгута.

Токсичний період – інтоксикація продуктами розпаду тканин і бактерійними токсинами, ниркова недостатність внаслідок потрапляння в ниркові каналці міоглобіну (в кислому середовищі трансформується в нерозчинний солянокислий гематин).

Період пізніх ускладнень і реконвалесценції – домінують місцеві ознаки ушкодження тканин, гнійні ускладнення, сепсис, імунodefіцит.

За тяжкістю розрізняють наступні форми клінічного перебігу:

– легка (стиснення до 4 год) – незначні ураження м'яких тканин, гемодинамічні та ниркові розлади мало виражені;

– середньої тяжкості (стиснення до 6 год) – помірне порушення функції нирок без виражених розладів гемодинаміки;

– тяжка (стиснення 6–8 год) – виражені розлади гемодинаміки і ниркова недостатність;

– вкрай тяжка (стиснення понад 6 год обох кінцівок або тулуба) – ниркова та серцево-судинна недостатність, ймовірний летальний результат.

Початковий період (4–6 год після звільнення) – стан потерпілого поступово погіршується, швидко розвивається субфасціальний набряк ураженої ділянки, на шкірі багрово-синюшного кольору пухирі, садна. Характерні гіпотонія, аритмія, тахікардія, олігоурія, набряк легень і енцефалопатія. У токсичному періоді хворий загальмований або у комі, блідий, вкритий холодним потом, виражені набряки, вогнища некрозу, нагноєння і ерозії в місцях стискання. Спостерігаються гіпертонія, тахікардія, аритмія, олігоанурія. Ушкоджена ділянка холодна, зі втраченою чутливістю, рухи у ній відсутні, тканини дерев'янистої щільності, пульсація не визначається. Лабораторно: високий гематокрит і гемоглобін, гіпопротеїнемія, підвищення калію, сечовини, креатиніну, трансфераз у крові; міоглобінурія, альбуміурія, креатинурія, ДВЗ-синдром.

Перша допомога: перед звільненням накладають джгут на кінцівку вище місця стиснення, туго бинтують і іммобілізують, вводять знеболюючі. Консервативна терапія скерована на боротьбу з шоком, забезпечення функції нирок, детоксикацію, відновлення гомеостазу, підтримку вітальних функцій, профілактику гнійних ускладнень. Хірургічне втручання скероване на ліквідацію внутрішньофутлярної гіпертензії (декомпресійна фасціотомія), видалення нежиттєздатних тканин (висічення некротів, ампутація).

Усі травми голови об'єднані одним поняттям – черепно-мозкова травма – патологічні процеси, що відбуваються всередині черепа і поза ним внаслідок травматичного впливу.

Вміст черепної коробки представлений нервовою тканиною, мозковими оболонками, ліквором та судинами. При черепно-мозковій травмі може бути пошкоджена кожна з названих анатомічних структур окремо або в поєднанні. Таким чином, визначальними факторами патогенезу є дифузні або локальні зміни в нервовій тканині (деструкція, набряк, крововиливи), пошкодження черепа, мозкових оболонок, судин головного мозку.

При дифузних ураженнях мозку, що супроводжують такий вид травми, як його струс, макроскопічного пошкодження окремих анатомічних структур не спостерігається. Провідним патогенетичним механізмом при струсі мозку є його набряк, який супроводжується підвищенням внутрішньочерепного тиску та появою відповідної клінічної симптоматики. При локальних пошкодженнях черепа та головного мозку патогенетична роль визначається в першу чергу стисненням або деструкцією окремих ділянок нервової тканини з порушенням або випаданням відповідних функцій. Такі патогенетичні механізми властиві забою головного мозку, субдуральним та епідуральним гематомам, компресійним переломам черепа. Безпосередню загрозу для життя хворого при черепно-мозковій травмі становить втягнення в патологічний процес глибоких структур головного мозку, зокрема довгастого. Це може спостерігатись в результаті прямого пошкодження мозку або його набряку з подальшим вклиненням у великий потиличний отвір і порушенням вітальних функцій – серцево-судинної діяльності та дихання.

Струс мозку розвивається при дії на череп значної сили в результаті удару або падіння. Відбувається струс нервової тканини, порушення взаємозв'язків нейронів, набряк. Залежно від важкості травми спостерігаються наступні симптоми: втрата свідомості різної тривалості, ретроградна амнезія, біль голови та запаморочення, шум у вухах, пітливість, нудота, блювання, ністагм. Крім того, при важкій травмі можуть спостерігатися збудження, пригнічення або відсутність рефлексів, брадикардія, звуження або розширення зіниць, зниження їх реакції на світло, розбіжна косоокість. В результаті набряку головного мозку спостерігається наростання внутрішньочерепного тиску, що передається на лікворні шляхи. Під час діагностичної люмбальної пункції можна виявити підвищення лікворного тиску.

Клінічна картина забою головного мозку відрізняється від струсу ознаками випадіння або порушення функцій, зруйнованих в результаті забою ділянок нервової тканини. З'являються так звані вогнищеві симптоми: парези, паралічі, судоми, порушення рефлексів, чутливості, міміки, мови, психіки та ін. Крім того, при забої, як правило, спостерігаються і ознаки струсу та набряку мозку з описаною вище клінічною картиною (контузійно-комоційний синдром). Забій головного мозку може поєднуватися з переломами черепа та внутрішньочерепними гематомами з появою характерних для них симптомів. Для діагностики забою головного мозку використовуються люмбальна пункція (кров у лікворі), краніографія (рентгенологічні ознаки перелому кісток черепа), ангиографія, комп'ютерна томографія голови (ознаки ураження судин, мозкової тканини).

Стиснення мозку є результатом тиску на нього кісткових відламків при переломах черепа або крові при внутрішньочерепних кровотечах (субдуральні, епідуральні та внутрішньомозкові гематоми). Симптоми проявляються не відразу після травми – необхідний деякий час ("світлий проміжок") для стиснення нервової тканини та розвитку відповідної клінічної

картини: загальні прояви контузійно-комоційного синдрому і вогнищеві симптоми залежать від локалізації патологічного вогнища і проявляються парезами та паралічами, судомами, порушенням рефлексів, чутливості, миміки, мови, психіки.

Для діагностики стиснення мозку використовуються люмбальна пункція (кров у лікворі), краніографія (рентгенологічні ознаки перелому кісток черепа), ангіографія, ультразвукова індикація, комп'ютерна томографія (ознаки ураження судин та мозкової тканини, локалізація гематом).

Переломи кісток основи черепа часто супроводжуються пошкодженням твердої мозкової оболонки та розвитком ліквореї з вух або з носа; можуть з'явитися крововиливи у ділянці орбіт ("симптом окулярів").

Травма лицевого черепа – забій м'яких тканин, вивихи і переломи кісток. Травма носа супроводжується кровотечею і деформацією носа. Травма ока і орбіти проявляється болем, крововиливом, набряком, посиленням сльозотечі. При вивиху нижньої щелепи – біль, відсутність рухів; при її переломі – біль і обмежене або неможливе відкривання рота.

Перша допомога при черепно-мозковій травмі

Вирішальне значення має не стільки точна діагностика виду черепно-мозкової травми, скільки встановлення самого факту її наявності у хворого. У випадку зупинки дихання та серцевої діяльності першочерговою є серцево-легенева реанімація. При збережених вітальних функціях необхідно контролювати прохідність дихальних шляхів. Якщо пацієнт без свідомості, його кладуть на бік або на спину. Голова при цьому мусить бути повернена на бік; таке положення запобігає асфіксії в результаті западання язика або блювання. Потерпілому в несвідомому стані не можна давати пити – це може стати причиною механічної асфіксії.

Основні принципи лікування хворих з черепно-мозковою травмою

Незалежно від виду травми хворим показана іммобілізація у вигляді суворого ліжкового режиму.

Зниження внутрішньочерепного тиску досягається наступними засобами: введення гіперосмолярних розчинів (40 % розчин глюкози, 25 % розчин магnezії сульфату, 10 % розчин хлориду натрію, 40 % розчин гексаметилентетраміну), кортикостероїдних (дексаметазон, гідрокортизон, преднізолон), сечогінних препаратів, протекторів від гіпоксії (пірацетам, аміналон, церебролізин, оксибутират натрію), гіпербарична оксигенація. Спинномозкова пункція дозволяє визначити тиск ліквору та наявність в ньому патологічного вмісту (крові, гною, мікробів) – обережне видалення 5–8 мл ліквору при діагностованому підвищенні внутрішньочерепного тиску покращує стан пацієнтів.

При наростанні симптомів стиснення мозку показане оперативне лікування – декомпресійна трепанація черепа, видаляється гематома, перев'язуються судини, що кровоточать; видаляються також кісткові відламки при вдавнених переломах.

Мета антибактеріальної терапії при черепно-мозковій травмі – профілактика септичних ускладнень з боку як головного мозку, так і інших органів. Корекція порушень інших ланок гомеостазу передбачає введення сольових, гемодинамічних, детоксикаційних кровозамінників, препаратів для парентерального та зондового ентерального харчування, медикаментів, які впливають на функцію скомпроментованих органів.

Пошкодження грудної клітки можуть бути ізольованими і виступати компонентами політравми. Водночас розрізняють травму грудної клітки закриту (забій, струс та стиснення грудної клітки) і відкриту (проникну, непроникну), з/без переломів кісткового каркасу, з/без пошкодження органів, ускладнену/неускладнену. Патофізіологічні механізми травми грудної клітки (крововтрата, біль, зменшення дихальної поверхні альвеол, безпосереднє ушкодження органів) через гіповолемію і гіповентиляцію спричиняють гіпоксію і ацидоз. До загрозливих для життя станів, що діагностуються при первинному огляді пацієнта, відносяться наступні прояви травми грудної клітки: обструкція дихальних шляхів, напружений і відкритий пневмоторакс, масивний гемоторакс, флотуючі переломи ребер, тампонада серця, пошкодження великих судин. Як потенційно життєнебезпечні стани, які можливо діагностувати при подальшому обстеженні, трактуються забиття легень, серця, розриви трахеї, бронхів, стравоходу, аорти, діафрагми. Із внутрішніх органів найчастіше пошкоджуються легені і плевра, рідше – серце, бронхи, великі судини. Пошкодження діафрагми є атрибутом торакоабдомінальної травми.

Забій грудної клітки може обмежуватися лише травмою м'яких тканин (забій, синці, біль і набряк в місці удару) або супроводжуватися пошкодженням внутрішніх органів та переломами ребер.

Струс грудної клітки спричиняє функціональні порушення без видимих анатомічних змін: визначаються травматичний шок, гіпотонія, брадикардія. Відповідно до тяжкості пошкодження потерпілий потребує госпіталізації, суворого ліжкового режиму. Лікування симптоматичне (двостороння вагосимпатична блокада, протишокові заходи).

При стисненні грудної клітки відбувається раптовий відплив крові з легень і застій у системі верхньої порожнистої вени, розвивається синдром травматичної асфіксії. Потерпілий підлягає лікуванню в палаті інтенсивної терапії.

Переломи ребер спостерігаються практично в 70 % усіх випадків закритої травми грудної клітки. Поодинокі переломи ребер характеризуються незначною клінічною картиною: біль, що посилюється при диханні, кашлі, рухах; множинні переломи ребер небезпечні через можливе пошкодження внутрішніх органів, тяжку дихальну та циркуляторну недостатність. Перша допомога полягає в знеболенні, імобілізації, протишоковій терапії. Особливо небезпечні флотуючі переломи, коли уламки утворюють клапан і розвивається парадоксальне дихання, у цьому випадку необхідна негайна фіксація флотуючої ділянки, хірургічне лікування.

Ускладнення травми грудної клітки поділяють на ранні – плеври (гемоторакс, гемопневмоторакс, пневмоторакс, легеневі крововиливи, гематоми, ателектази, повітряні порожнини), середостіння (емфізема, крововилив), підшкірна емфізема, флотація груднини, травматична асфіксія, шок, і пізні – посттравматична пневмонія, посттравматичний плеврит, захворювання легень і плеври, септичні процеси.

Пневмоторакс – накопичення повітря в плевральній порожнині. Розрізняють закритий, відкритий і клапанний (напружений), а також обмежений (стиснення легені на $\frac{1}{3}$ об'єму), середній (стиснення легені на $\frac{1}{2}$ об'єму), великий (понад $\frac{1}{2}$ об'єму), тотальний (повністю колабована легеня) пневмоторакс. Клінічна картина характеризується вираженою задишкою, ціанозом, тахікардією, розвитком шоку. Рентгенологічна діагностика пневмотораксу проводиться на видиху: при вертикальному положенні пацієнта виявляють повітря в апікальних ділянках, вісцеральна плевра – як біла лінія, за якою нема легеневого малюнку; у горизонтальному положенні пацієнта спостерігають наявність повітря в передньому костодіафрагмальному синусі, контурування верхівки серця.

Перша допомога полягає у перетворенні клапанного пневмотораксу на відкритий, протишовкових заходах. Оперативне лікування застосовують при відкритому і клапанному пневмотораксі (зашивання пошкоджених легені та плеври), також проводять дренажування плевральної порожнини (торакастомію).

Гемоторакс – накопичення в плевральній порожнині крові, яке розрізняють з/без триваючої кровотечі; за рентгенологічними ознаками та об'ємом крововтрати класифікують малий (затемнення плеврального синуса, 200–500 мл крові, яку практично не видно), середній (затемнення до кута лопатки, 500–1000 мл крові), великий (затемнення вище кута лопатки, понад 1000 мл крові). В клінічній картині гемотораксу домінують прояви гострої крововтрати на фоні наростаючої дихальної недостатності. У випадку середнього і масивного гемотораксу показані повторні пункції для відсмоктування крові і введення антибіотиків.

Клінічна картина травми серця залежить від механізму пошкодження (тупа травма, поранення): біль, різка слабкість, задишка, ознаки шоку. Тампонаду серця діагностують за тріадою Бека: гіпотонія, глухі серцеві тони, підвищення центрального венозного тиску. При пораненні серця, тампонаді – негайне операційне втручання; при забою – спостереження і лікування ішемічних порушень.

При поєднанні травми грудної клітки і травми живота першочерговими є корекція порушень, зумовлених пошкодженням грудної клітки (наведені вище) і тимчасова зупинка кровотечі; другим етапом йде надання допомоги "нижче діафрагми" – травми органів черевної порожнини і заочеревинного простору.

Травму живота поділяють на відкриту і закриту (тупу), з/без проникнення в черевну порожнину, з/без пошкодження органів (паренхіматозних або порожнистих), з/без ураження заочеревинного простору. У разі сильного тупого удару в надчеревну ділянку, коли травмується сонячне сплетіння, може розвинутися шок, навіть без пошкодження внутрішніх органів. Діагностичні складнощі у травмованих з пошкодженнями живота зумовлені тим, що 70 % з них мають екстраабдомінальні пошкодження, клінічну картину маскують також супутні шок, часті алкогольні або наркотичні сп'яніння. Найчастіше при тупій травмі живота уражається селезінка – практично у кожному четвертому випадку.

Клінічна картина закритої травми живота залежить від ступеня ураження. Якщо ушкоджено лише передню черевну стінку, потерпілий відчуває біль в ділянці удару, який посилюється під час руху; визначається невелика припухлість, крововилив; іноді через дефект розірваного м'яза утворюється травматична грижа.

У разі пошкодження внутрішніх органів клінічна картина залежить від того, який орган травмовано: при ураженні паренхіматозного органа домінує синдром внутрішньої кровотечі, а при ураженні порожнистого органа – синдром перитоніту. Найтяжчий перебіг мають травми, при яких кровотеча поєднується з запаленням очеревини, коли трапляється пошкодження заочеревинного простору.

З допоміжних діагностичних заходів важливими є лабораторне дослідження крові та сечі, ультрасонографія органів живота, рентгенологічні обстеження, комп'ютерна томографія, лапароцентез, лапароскопія. Важливим компонентом діагностичної програми є введення в шлунок зонда з метою діагностичної аспірації (домішки крові), декомпресії шлунка, введення антацидних препаратів. При підозрі на ураження сечовивідних шляхів обов'язковим є постійний сечовий катетер, який також є необхідним у всіх потерпілих для оцінки сечовидільної функції.

Якщо в 1 мм³ промивної рідини з лапароцентезу є понад 100 тис. еритроцитів, 5 тис. лейкоцитів, клітковина, жовчні кислоти, амілаза, негайно виконують лапаротомію. Лапаротомія показана при ознаках перитоніту, неясному шоку, притупленні перкуторного звуку при перкусії живота (крім ділянки правого підребер'я), евісцерації сальника або внутрішнього органа, наявності крові у шлунку, сечовому міхурі чи прямій кишці, пневмоперитонеумі, зміщенні внутрішніх органів при рентгенологічному дослідженні.

При пошкодженні порожнистого органа і розвитку перитоніту проводять санацію черевної порожнини, усунення дефекту, виведення стоми. У потерпілих зі значним пошкодженнями печінки для тимчасового зупинки кровотечі (до 60 хв) застосовують прийом Прінгла – перетискання гепатодуоденальної зв'язки (печінкова артерія, ворітна вена); якщо цей спосіб не має ефекту – при кровотечі з печінкової вени – тампонада і компресія "рушниками" зверху і знизу внутрішньочеревним способом. При пошкод-

женнях селезінки набувають популярності органозберігаючі операції, однак при нестабільному стані пацієнта, масивній фрагментації органа, пошкодженні судин в її воротах, неможливості досягнути повноцінного гемостазу виконують спленектомію.

Лікування травми підшлункової залози оперативне. При внутрішньоочеревному пошкодженні сечовидільних органів у клінічній картині домінують ознаки перитоніту, показана невідкладна лапаротомія. Невідкладне оперативне лікування проводять також при позаочеревинній травмі нирок, коли є заочеревинна гематома, що швидко збільшується. Розрив сечового міхура як внутрішньоочеревний, що спричиняє перитоніт, так і позаочеревинний, що може призвести до септичних ускладнень, лікують тільки оперативно.

Травматичний шок – важке порушення життєдіяльності організму (невідповідність перфузії тканин їхнім потребам) внаслідок травми. Патогенетично буває гіповолемічним (коли присутня крововтрата) і судинним периферійним (коли кровотечі нема). У перебігу шоку розрізняють дві фази: еректильну (психомоторне збудження, гіпертензія, тахікардія, тахіпноє, колір шкіри нормальний або гіперемований) і торпідну (слабкість, свідомість – від ступору до коми, блідість, часте поверхневе або патологічне дихання, гіпотонія, тахікардія, гіпотермія, олігоанурія). Важкість шоку визначають за індексом Альговера (відношення частоти пульсу до величини систолічного тиску). Клінічний перебіг шоку включає наступні періоди: компенсований шок (артеріальний тиск в межах норми), декомпенсований шок (гіпотонія), незворотній шок (поліорганна недостатність).

Перша допомога при шоку передбачає відновлення прохідності дихальних шляхів і забезпечення дихання, зупинку кровотечі, відновлення гемодинаміки, знеболення, іммобілізацію, корекцію гіповолемії.

Лікування скероване на переривання шокогенної імпульсації (знеболення), поповнення об'єму циркулюючої крові, корекцію ацидозу, поліпшення мікроциркуляції і реології крові, симптоматичну терапію порушення функцій органів і систем.

Методи консервативного лікування переломів

Лікування переломів за допомогою гіпсових пов'язок

Такому лікуванню підлягають переломи без зміщення відламків, або ті, яким необхідно провести закриту репозицію (співставлення) кісткових відламків, утримати їх в стані нерухомості на період утворення кісткової мозолі, включаючи ранню функцію пошкодженого сегмента.

Принципи лікування:

– репозиція кісткових відламків – надати кінцівці положення, при якому зберігається її вісь, довжина і форма;

– фіксація кісткових відламків – зафіксувати ушкоджену кістку так, щоб не відбувся повторний зсув кісткових відламків – лікувальна іммобі-

лізація, утримувати кістку в такому положенні до утворення кісткової мозолі і зрощення кісткових відламків;

– відновлення функції кінцівки після зняття іммобілізації.

Успіх співставлення кісткових відламків залежить від повноцінного знеболювання, яке знімає рефлекторне скорочення м'язів. У більшості випадків застосовується місцеве знеболювання методом введення 0,5–1 % розчину новокаїну в гематому в місці перелому. Для цього зону перелому обробляють розчином йоду, інфільтрують шкіру новокаїном і, просовуючи голку до місця перелому, вводять новокаїн у м'які тканини, потягуючи поршень шприца на себе для отримання крові з гематоми, в яку вводять до 15 мл новокаїну (при переломі плечової кістки, кісток гомілки), до 30 мл (при переломі стегнової кістки). Якщо не отримано в шприці крові з гематоми, то голку спрямовують в іншому напрямку, оскільки введення новокаїну поза гематомою не дає знеболюючого ефекту. При недостатній місцевій анестезії застосовують загальне знеболювання.

Репозиція відламків – це усунення їх зміщення і точне співставлення по лінії перелому. Для усунення ротаційного зміщення відламків периферичному відламку слід надати правильного положення відносно повздовжньої осі кінцівки. При переломах кісток передпліччя в середній і нижній третини кінцівці надається середнє положення між пронацією і супінацією. Усунення кутового зміщення відбувається вирівнюванням дистального відламка і відновленням повздовжньої осі кінцівки. Усунення зміщення відламків по довжині іноді потребує значних зусиль, щоб пересилити тягу рефлекторно скорочених м'язів, особливо при репозиції відламків стегнової кістки. Одночасно усувається і зміщення відламків по ширині протидією проксимального і дистального відламків.

Репозиція кісткових відламків може бути:

– одномоментна:

- закрита – ручна або за допомогою спеціальних апаратів;
- відкрита – оперативне зіставлення відламків з наступною їх фіксацією (остеосинтез);

– тривала репозиція шляхом поступового витягнення відламків:

- кістякове витягання за спицю, поведене через кістку;
- шкірне лейкопластирне витягання;
- витягання за допомогою апаратів зовнішньої фіксації (Ілізарова, Волкова–Оганесяна).

Підсумовуючи вказану вище техніку співставлення відламків, необхідно зазначити, що основним принципом є співставлення дистального відламка по відношенню до проксимального.

Для утримання співставлених відламків складаються гіпсові пов'язки, які широко застосовували у 50-х роках минулого сторіччя М. І. Пирогов.

При накладенні гіпсових пов'язок кінцівці надають середньофізіологічного положення. Для нижньої кінцівки (перелом стегнової кістки) –

згинання в кульшовому і колінному суглобах під кутом 140–150°, для верхньої кінцівки (перелом плечової кістки) – відведення плеча під кутом 60°, згинання під кутом 30°, і згинання передпліччя під кутом 90°. Імобілізація гіпсовою пов'язкою продовжується до часу зрощення перелому. Середні терміни зрощення переломів кісток наведені в *табл. 1*.

Таблиця 1

Терміни імобілізації кісток при переломах

Локалізація перелому	Термін імобілізації (днів)
Ключиця	30–40
Лопатка	50–55
Малогомілкова кістка	30–40
Плечова кістка	60–70
Променева кістка	45–60
Ліктьова кістка	45–50
Обидві кістки передпліччя (діафіз)	60–85
Надколінок	45–60
Діафіз стегна	100–120
Великогомілкова кістка	80–100
Обидві кістки гомілки	90–100
Шийка стегна	150–180

Метод постійного скелетного витягання

Методом скелетного витягання лікують косі, гвинтоподібні, суглобові, відкриті переломи кінцівок зі зміщенням відламків, переломи кісток таза, шийного відділу хребта. Цей метод передбачає як співставлення відламків, так і утримання їх до утворення кісткової мозолі. Репозицію дистального відламка слід направляти по осі проксимального, поступово збільшуючи вантаж для розтягування м'язів.

Для скелетного витягання потрібен набір стерильних інструментів: спиця Кіршнера, ручний, або електричний дріль. Перед проведенням спиці виконують поширене знеболення шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, окістя 0,5 % розчином новокаїну в місці припущеного введення і виведення спиці. При переломі стегнової кістки спицю проводять через надвиростки або горбистість великогомілкової кістки. При цьому спицю проводять ззовні до середини. При переломах кісток гомілки – через п'яткову кістку виміром на 2 см донизу від вершини зовнішньої кісточки і 1,5 см назад. При переломі плечової кістки – через ліктьовий відросток, відступаючи на 2 см від його вершини із середини назовні. Після виходу спиці з кістки в підшкірну клітковину шкіру проколюють вручну, щоб спиця не намотала шкіру, а в місцях входу і виходу спиці фіксують стерильні марлеві кульки. Для попередження міграції спиці її закріплюють спеціальними фіксаторами на дузі Кіршнера, спицю натягують, щоб вона не прогиналась і не прорізала м'які тканини; нижню кінцівку укладають в фізіологічному положенні на шині Белера, верхню – підвішують на апараті № 1. Масу вантажу визначають за масою хворого, розвитком м'язів, величиною

зміщення відламків. Однак при переломах стегнової кістки величина вантажу дорівнює 15 % від маси тіла, при переломах кісток гомілки – 10 %, або першій цифрі маси хворого, а при переломі стегнової кістки потрібно ще додати половину цього значення.

Скелетне витягання дозволяє постійно спостерігати за кінцівкою, проводити рухи в суглобах, покращувати кровообіг в кінцівці. Цей метод називається функціональним.

У дітей до 5 років витяг проводиться за допомогою манжеток, які фіксуються до шкіри, цинк-желатиновою пастою Уна.

При переломах шийного відділу хребта використовується петля Гліссона, або спеціальна клема для витягу за голову.

Оперативне лікування переломів

Розрізняють абсолютні і відносні показання для оперативного лікування переломів.

Абсолютні показання – інтерпозиція м'яких тканин між відламками, ускладнені переломи (пошкодження кістковими відламками великих судин, нервів, головного або спинного мозку), відкриті переломи зі значним пошкодженням м'яких тканин, внутрішньосуглобові переломи з порушенням конгруентності суглобових поверхонь.

Відносні показання – гвинтоподібні, косі, скалкові переломи, поперечні переломи плечової кістки, діафізарні переломи зі зміщенням відламків по ширині.

Для остеосинтезу відламків використовуються металеві стрижні (інтрамедулярний остеосинтез), пластинки (екстрамедулярний або накістковий остеосинтез), гвинти, апарати зовнішньої фіксації відламків (позавогнищевий компресійно-дистракційний спосіб), який використовується при відкритих переломах зі значним дефектом м'яких тканин, супутніх запальних процесах, несправжніх суглобах та ін. Принципи остеосинтезу: точне співставлення відламків, стабільне їх утримання на весь період зрощення, рання лікувальна гімнастика – реабілітаційне лікування.

При відкритих переломах проводиться первинна хірургічна обробка рани, активне дренирування рани з постійним промиванням її асептичними розчинами протягом 8–10 днів, антибіотикотерапія.

Для утворення сприятливих умов зрощення переломів необхідно повноцінне харчування зі включенням білків, вітамінів, мінералів (кальцію, фосфору).

Ускладнення переломів

А. Ранні:

- шок;
- циркуляторні розлади, що призводять до гангрени кінцівки (підколінна ділянка при роздроблених переломах кісток гомілки);
- пошкодження нервів (променевого, загального малоомілкового);
- жирова емболія (частота 0,5–1 %).

Б. Пізні:

- сповільнене зрощення відламків;
- формування несправжніх суглобів;
- дефекти кісток;
- остеомієліт;
- деформації;
- нейродистрофічні розлади;
- порушення функції в суглобах (контрактури, анкілози, обмеження рухів);
- укорочення кінцівки.

Сповільнена консолидація відламків характеризується наявністю рухомості в місці перелому, збільшенням терміну зрощення перелому в 1,5–2,0 рази, рентгенологічно є щілина між відламками, вільна прохідність кістково-мозкового каналу.

Несправжній суглоб характеризується можливою рухомістю відламків, більшим терміном зрощення в 1,5–2 рази, рентгенологічно – щілиною між відламками, склерозом і замоцненням кістково-мозкового каналу.

Якщо лікування сповільненої консолидації можна продовжити консервативно (продовження іммобілізації, масаж, електрофорез, дозоване подразнююче навантаження кінцівки), то лікування несправжнього суглоба тільки оперативне – видалення сполучної тканини між відламками, розкриття прохідності кістково-мозкового каналу, фіксація апаратами зовнішньої фіксації, застосування кісткової ауто- та алопластики.

Вивихи

Вивихом називається повне зміщення суглобових кінців кісток з пошкодженням капсули і зв'язок суглоба (*luxatio*). Підвивих – це часткове зміщення суглобових кінців кісток (*subluxatio*) Завжди підлягає вивиху дистальний сегмент кінцівки по відношенню до проксимального. Так, якщо стався вивих у плечовому суглобі, то слід його називати вивихом плеча, в ліктьовому – вивих передпліччя, в кульшовому – вивих стегна, в колінному – вивих гомілки та ін. По відношенню до хребців відбувається вивих верхніх по відношенню до нижніх.

Патологічна анатомія

При вивиху завжди розривається капсула та зв'язки суглоба, відбувається крововилив у порожнину суглоба і навколишні тканини. Винятком є вивих нижньої щелепи, який не супроводжується розривом капсули, а також вроджені вивихи. При вивиху травмуються навколишні тканини, нерви, кровоносні і лімфатичні судини, м'язи.

Частота виникнення вивихів

Частота вивихів у різних суглобах залежить від анатомічних і фізіологічних особливостей суглоба, його форм, розмірів, еластичності суглобової капсули, розміщення і міцності зв'язок, об'єму активних і пасивних рухів у суглобах. Найчастіше відбувається вивих у кулястих і блокоподіб-

них суглобах. Вивих у плечовому суглобі складає 50–60 % всіх вивихів. Частота його обумовлена анатомічною будовою – плоска, мала суглобова поверхня і значних розмірів голівка плеча. Друге місце за частотою займає вивих передпліччя – до 20 %.

Класифікація вивихів

Розрізняють вивихи:

- а) вроджені, які виникають внаслідок порушення розвитку суглоба;
 - б) травматичні, причиною яких є травма;
 - в) патологічні – внаслідок руйнування суглоба запальним процесом, пухлиною тощо;
 - г) звичні, які часто повторюються при звичайних рухах без травм.
- Розрізняють вивихи свіжі – до 3 діб після травми, несвіжі – від 3 діб до 2 тиж, застарілі – більше 2–3 тиж.

Клініка, диференційна діагностика вивихів

Основною скаргою при вивихах є біль і обмеження руху в суглобі.

При огляді хворого спостерігається незвичайне вимушене положення кінцівки, або її сегмента, пружинисті рухи в суглобі, деконфігурація і деформація суглоба. Інколи можна намацати вивихнутий кінець кістки. При вивиху акроміального кінця ключиці виникає і позитивний симптом клавіші (при натискуванні на дистальний кінець ключиці деформація в ділянці ключично-акроміального зчленування зникає, а при відпусканні – з'являється).

При обстеженні хворого з вивихом необхідно визначити пульсацію периферійних судин, яка може зникати внаслідок притиснення або розриву судин, перевірити порушення чутливості і рухів сегментів кінцівки.

Рентгенологічне обстеження дозволяє встановити положення суглобових поверхонь та вид вивиху, наявність можливих переломів кісток.

Лікування вивихів

В лікуванні травматичних вивихів розрізняють 4 етапи: допомога на місці пригоди, вправлення, іммобілізація і відновлення функції.

При наданні першої медичної допомоги необхідно знеболити місце вивиху (ввести розчин промедолу або анальгін – 50 % 2,0), накласти транспортну іммобілізацію. Важливою умовою малотравматичного вправлення вивиху є повне знеболення і розслаблення м'язів. У більшості випадків для знеболення вводять у суглоб 15–20 мл 1–2 % розчину новокаїну або лідокаїну, які використовують при вивихах плеча, передпліччя, кисті, ступні, пальця. Вивих стегна, гомілки вправляють під наркозом, навіть із використанням м'язових релаксантів.

Вивихи плеча

Розрізняють:

- а) передні (піддзьобоподібні, рідше – підключичні);
- б) нижні (аксиллярні);
- в) задні;
- г) верхні – у випадках перелому акроміального кінця ключиці.

При порівняльному огляді плечового пояса спостерігається зміна контурів дельтовидного м'яза, виступ акроміального паростка, під ним западання м'яких тканин, через відсутність голівки плеча в суглобі, плече відведене до 30–40°, пасивні рухи пружинисті.

Для вправлення вивихнутого плеча використовують способи Кохера, Мота–Мухіна, Джанелідзе, Гіппократа.

Після вправлення вивиху кінцівка фіксується гіпсовою пов'язкою типу "Дезо" терміном на 4 тиж. Реабілітаційне лікування включає масаж, ЛФК, озокерит, електрофорез.

Вивихи передпліччя

Частіше бувають задні, задньо-бокові, рідко – передні, розхідні, ізолювані вивихи голівки променевої кістки. Характерною ознакою задніх вивихів є випинання ліктьового паростка, при передніх вивихах – блока плечової кістки, порушення рівносторонності трикутника Гютера (під прямим кутом передпліччя з'єднуємо вершину ліктьового відростка і два надвіростки плечової кістки). При вправленні заднього вивиху асистент тягне за кисть по осі передпліччя, лікар великими пальцями натискує на вершину ліктьового паростка з протитягою на дистальний кінець плеча. При передніх вивихах необхідно стягнути рушником передпліччя на дистальний кінець плечової кістки.

Після вправлення вивиху передпліччя рекомендується іммобілізація гіпсовим лонгетом на 12–14 днів.

Вивихи стегна

Виникають рідше (4–5 %) у зв'язку з глибоким розташуванням голівки у вертлюжній западині, розвиненими навколишніми м'язами і міцними зв'язками.

За зміщенням голівки стегна вивихи поділяються на такі:

- а) задні: верхній (клубовий), нижній (сідничний);
- б) передні: верхній (лобковий), нижній (обтураційний);
- в) центральні вивихи стегна з переломом dna вертлюжної западини.

Клініка вивиху стегна залежить від того, куди зміщується голівка. Так, при задніх вивихах відмічається згинання кінцівки в колінному і кульшовому суглобах, приведення і внутрішня ротація стегна. При передніх вивихах – відведення кінцівки, згинання в кульшовому і колінному суглобах, зовнішня ротація стегна. При центральних вивихах голівка стегна заглиблюється в порожнину малого таза через перелом dna вертлюжної западини. При огляді відмічається западання ділянки великого вертлюга.

Вправлення вивиху стегна проводиться під загальним знеболенням, при необхідності – з міорелаксацією. Є два способи вправлення вивиху стегна: Джанелідзе і Кохера. При вправленні за методом Джанелідзе хворий лежить на столі животом донизу з опущеною ногою. Зігнувши гомілку під прямим кутом, лікар натискає її донизу в зовнішній ротації, асистент при цьому фіксує таз. За методом Кохера хворого укладають на спину, асистент

фіксує за таз. Лікар згинає кінцівку у колінному і кульшовому суглобах під прямим кутом, в приведенні і внутрішній ротації тягне по осі стегна.

При вивиху стегна пошкоджуються навколишні судини, центральна артерія голівки, в зв'язку з чим порушується кровообіг у голівці. У період його відновлення рекомендується повне розвантаження голівки до 3 міс. Для профілактики асептичного некрозу голівки стегна рекомендується скелетний витяг протягом 4–5 тиж, ходіння за допомогою милиць до 3 міс, фізіотерапевтичне лікування (озокерит, масаж, ЛФК).

Вивихи гомілки

Вивихи гомілки бувають задні, передні, бокові. Як правило, вони супроводжуються значними пошкодженнями зв'язкового апарату, нерідко суглобовими переломами, а також порушеннями судинно-нервового пучка і загрозою розвитку некрозу кінцівки.

Вправляти вивих гомілки необхідно терміново, під наркозом, без грубого насильства. Перевіряється наявність відновлення кровообігу гомілки. Після вправлення гомілки накладається глибокий задній гіпсовий лонгет до верхньої третини стегна терміном на 4 тиж.

Вивихи надколінка частіше бувають на фоні дисплазії латерального виростка стегнової кістки. При вправленні вивиху надколінка необхідно повністю розслабити чотириголовий м'яз, розігнувши гомілку в колінному суглобі і зігнувши в кульшовому, іммобілізація гіпсовою пов'язкою до 6 тиж.

Вивихи і підвивихи в гомілковостопному суглобі звичайно поєднуються з переломами кісточок, великогомілкової кістки. Рідше зустрічаються вивихи ступні в підтаранному, Шопаровому, Лісфранковому, плеснофаланговому суглобах.

Вивихи пальців

Частіше зустрічається вивих першого пальця. Розрізняють тильний, долонний, рідше – зовнішній вивих. При огляді пальця відмічається деформація його у вигляді курка. Вправлення: тягнемо по направленню осі основної фаланги, яку зміщуємо на кінець голівки п'ясної кістки. При одномоментному натискуванні на п'ясну кістку зі сторони долоні згинаємо палець в долонний бік. Після вправлення міжфалангових вивихів рекомендується іммобілізація до 10 днів.

Хірургічне лікування вивихів

Хірургічному лікуванню підлягають звичні вивихи (плеча, наколінника), застарілі, ускладнені, деякі свіжі (вивих акроміального і стернового кінця ключиці) та ін.

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ТЕМИ

Вивих плеча

Для вправлення вивихнутого плеча використовують способи Кохера, Мота–Мухіна, Джанелідзе, Гіппократа.

Спосіб Кохера складається з 4 етапів:

– згинання передпліччя під прямим кутом, витягування плеча донизу, приведення до грудної клітки;

– максимально не послабляючи витягування і приведення, проводиться зовнішня ротація плеча до грудної клітки;

– максимально переміщуємо лікоть до верху по передній поверхні грудної клітки;

– швидка внутрішня ротація плеча з приведенням кисті за здорове плече.

В цей момент, як правило, вивих вправляється. Перші три етапи проводять повільно, з інтервалом 1–2 хв. Помічник перед вправленням утримує хворого за надпліччя.

Спосіб Мота–Мухіна (атравматичний). Помічник перекинутим рушником по задній поверхні надпліччя фіксує лопатку і робить протитягу. Лікар за зігнуте передпліччя робить витягування і відведення плеча, при необхідності – ротацію і натискування кулаком на голівку знизу.

Спосіб Гіппократа. Потерпілий лежить на спині, лікар сідає поряд на стороні вивиху і тягне кінцівку донизу, одночасно натискуючи середнім відділом своєї ступні в пахві на голівку, витискуючи її догори і назовні.

Після вправлення вивиху кінцівка фіксується гіпсовою пов'язкою типу "Дезо" терміном на 4 тиж. Реабілітаційне лікування включає масаж, ЛФК, озокерит, електрофорез.

Термінологія

Зміщення по довжині	dislocatio ad longitudineum
Зміщення по ширині	dislocatio ad latus
Зміщення під кутом	dislocatio ad peripheriam
Бокове зміщення	lateropositia
Приведення	adductio
Відведення	abductio
Згинання	flexio
Розгинання	extensio
Обертання, кручення	rotatio
Відхилення 1-го пальця стопи назовні	hallux valgus
Контрактура, зведення – обмеження рухливості в суглобі, скалічення	contractura
Анкілоз – нерухомість суглоба в результаті зрощення суглобових поверхонь	ankylosis
Перелом	fractura
Тріщини	fissura
Перелом по лінії росткового хряща	epiphyseolus

- КАУДАЛЬНО – в напрямі ніг
КЮРЕТАЖ – вишкрібання
ОМАРТРИТ – інфекційне ураження плечового суглоба
СЕКВЕСТР – мертвочістя
ТЕНОСИНОВІТ – запалення сухожилкового футляра

ЗАПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

Визначення понять травма, травматизм, політравма; класифікація травм, травматизму; основні термінологічні поняття, що характеризують травматологічну патологію.

1. Загальні принципи обстеження травмованих.
2. Принципи і етапи надання допомоги травмованим.
3. Закриті ушкодження м'яких тканин (забій, розтягнення, розрив): класифікація, клінічна картина, діагностика, перша допомога і принципи лікування.
4. Синдром тривалого стиснення: клінічна картина, діагностика, перша допомога і принципи лікування.
5. Черепно-мозкова травма (струс, забій, стиснення головного мозку, переломи черепа): класифікація, клінічна картина, діагностика, перша допомога і принципи лікування.
6. Травма лицевого черепа: класифікація, клінічна картина, діагностика, перша допомога і принципи лікування.
7. Визначення травми грудної клітки: класифікація, етіологія, патогенетичні механізми. Діагностика торакальної травми. Життєнебезпечні прояви торакальної травми.
8. Клінічна картина травми грудної клітки (струс, забиття, стиснення): перша допомога, принципи лікування.
9. Пневмоторакс: види, клінічна картина, діагностика, перша допомога і способи лікування.
10. Гемоторакс: клінічна картина, діагностика, перша допомога, лікування.
11. Переломи ребер: діагностика, перша допомога, способи лікування.
12. Визначення травми живота, класифікація, етіологічні та патогенетичні особливості. Діагностичні заходи у потерпілих з абдомінальною травмою.
13. Синдром перитоніту – пошкодження порожнистого органа при травмі живота.
14. Синдром внутрішньої кровотечі – пошкодження паренхіматозного органа при травмі живота.
15. Засоби першої допомоги і принципи лікування при травмі черевної порожнини і заочеревинного простору.
16. Травматичний шок: етіологія, патогенез, діагностика, клінічний перебіг, перша допомога, принципи лікування.
17. Основні види закритого та відкритого лікування переломів.
18. Знеболення. Фіксаційний і екстензійний методи лікування переломів.
19. Показання до оперативного втручання при переломах.
20. Методи оперативних втручань при переломах.
21. Визначення вивиху, класифікація вивихів.
22. Клінічна картина вивиху. Механізм виникнення.
23. Перша допомога потерпілому з вивихом.

24. Принципи лікування вивихів.

25. Диференційна діагностика між переломом та вивихом.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

№	Етап заняття	Навчальний час, хв	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Оснащення	
1	Визначення початкового рівня знань. Постановка навчальних цілей та мотивація. Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь. 1. Методи обстеження хірургічного хворого. Об'єктивні та суб'єктивні методи оцінки клінічного стану. 2. Особливості та показання до проведення додаткових та інструментальних обстежень голови, шії, грудної клітки. 3. Роль та значення методів обстеження хворих для верифікації клінічного діагнозу, вибір тактики хірургічного лікування	45	Індивідуальне опитування, вирішення ситуаційних задач	Таблиці: класифікація методів дослідження, відеослайди результатів застосування різних спеціальних методів дослідження: рентгенограми, томограми	Навчальна кімната
2	Вирішення навчальних завдань теми 1. Вивчення та проведення розпитування (interrogatio) хворого. 2. Застосування фізикальних методів дослідження. 3. Ознайомлення зі спеціальними методами обстеження у хірургічному відділенні та підготовкою хворих до кожного методу	25	Практичний тренінг. Індивідуальний контроль навичок	Апарати для спеціального дослідження, хворі хірургічного відділення лікарні	Хірургічне відділення
3	Визначення вихідного рівня знань та вмінь. Підведення підсумків. Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок. Домашнє завдання (основна та додаткова література за темою)	20	Тести. Задачі	Тести. Задачі. Методичні вказівки до роботи на практичному занятті	Навчальна кімната

ЛІТЕРАТУРА

1. Загальна хірургія : підручник / С. Д. Хіміч, М. Д. Желіба, І. Д. Герич та ін. ; за ред. С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби. – 3-є вид., перероб. і доп. – Київ : ВСВ "Медицина", 2018. – 608 с.
2. Загальна хірургія : підручник / за ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова, В. О. Шідловського. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 344 с.
3. Курс лекцій з загальної хірургії : навч.-метод. посібник / О. І. Дронов, В. О. Сипливий, І. О. Ковальська та ін. – 2-е вид, допов. – Київ : МВЦ "Медіаформ", 2011. – 487 с.
4. Оцінка важкості стану хірургічного хворого / В. О. Сипливий, О. І. Дронов, К. В. Конь, Д. В. Євтушенко. – Київ : Майстерня книги, 2009. – 128 с.
5. Сборник тестов по общей хирургии : учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / В. А. Сипливый, Г. Д. Петренко, А. Г. Гузь и др. – Харьков: ХНМУ, 2014. – 156 с.
6. Антибиотики и антибактериальная терапия в хирургии / В. А. Сипливый, А. И. Дронов, Е. В. Конь, Д. В. Евтушенко. – Киев, 2006. – 100 с.
7. Загальна хірургія. Вибрані лекції / за ред. Б. І. Дмитрієва. – Одеса, 1999. – 356 с.
8. Гребенев А. Л. Основы общего ухода за больными : учеб. пособие / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. – Москва : Медицина, 1991. – 254 с.
9. Волколаков Я. В. Общая хирургия / Я. В. Волколаков. – Рига : Медицина, 1989. – 617 с.
10. Петров С. П. Общая хирургия / С. П. Петров. – Санкт-Петербург : Изд-во "Лань", 1999. – 672 с.
11. Черенько М. П. Загальна хірургія / М. П. Черенько, Ж. М. Ваврик. – 2-е вид., допов. – Київ : Здоров'я, 2004. – 616 с.
12. Практика хирургии / под ред. К. В. Манна, Р. Г. Русселя, Н. С. Вильямса ; пер. с англ. – Москва : Медицина, 2000. – 440 с.

Навчальне видання

**Закриті пошкодження м'яких тканин,
черепа, грудної клітки.
Чисті рани**

**Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу
II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Сестринська практика"»**

Упорядники Сипливий Василь Олексійович
 Гузь Анатолій Гаврилович
 Доценко Володимир Васильович
 Петренко Григорій Дмитрович
 Петюнін Олексій Геннадійович
 Грінченко Сергій Володимирович
 Робак Всеволод Ігорович
 Євтушенко Дмитро Васильович
 Курбатов Вадим Олексійович
 Євтушенко Олександр Васильович

Відповідальний за випуск В. О. Сипливий



Редактор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,5. Зам. № 20-34055.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.