

Міністерство охорони здоров'я України  
Запорізький державний медичний університет

Д.мед.н., проф. І.Ф. Сирбу, д.мед.н., проф. В.В. Ганжий,  
проф. В.А. Залізник, проф. А.В. Жарких

**НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ І  
ПОШКОДЖЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ,  
МАЛОГО ТАЗУ ТА ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

м. Запоріжжя - 2009

Міністерство охорони здоров'я України  
Запорізький державний медичний університет

**НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ І  
ПОШКОДЖЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ,  
МАЛОГО ТАЗУ ТА ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ**

За редакцією д.мед.н., проф. І.Ф. Сирбу, д.мед.н.,  
проф. В.В. Ганжий, проф. В.А. Залізняк

Схвалено Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти  
МОЗ України, як навчальний посібник для студентів вищих медичних  
навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів, протокол № 23-  
01-25/121 від 04.11.2008р.

м. Запоріжжя - 2009

ББК

УДК 616.381+617.553] – 089 – 083.98

Навчальний посібник

Автори: д.мед.н., проф. І.Ф. Сирбу, д.мед.н., проф. В.В. Ганжий, проф. В.А. Залізняк, проф. А.В. Жарких, к.мед.н. І.Ю.Ганжий, к.мед.н., доц. А.В. Бачурін, к.мед.н., доц. Н.О. Ярешко

У навчальному посібнику відображені питання клініки, діагностики і хірургічної тактики при гострих захворюваннях і ушкодженнях органів черевної порожнини, малого тазу та заочеревинного простору. Особлива увага приділяється методології інтраопераційної ревізії при різних хірургічних ситуаціях, можливим ускладненням і їх попередженню.

Необхідно підкреслити, що робота інтернів в клініці невідкладної хірургії, знайомство їх з організацією роботи по наданню невідкладної хірургічної допомоги хворим, дозволяє активізувати інтернів в процесі навчання, навчити їх клінічному мисленню і самостійній роботі під наглядом керівників інтернатури, виконувати невідкладні хірургічні втручання і маніпуляції, набуваючи тим самим не тільки теоретичні, але і практичні знання і вміння.

Призначено для лікарів-інтернів.

Рецензенти: доктор медичних наук, професор, директор Інституту загальної та невідкладної хірургії АМН України – В.В.Бойко, доктор медичних наук, професор, член-кор. АМН України, директор Інституту гастроентерології - Ю.О.Філіппов, доктор медичних наук, професор кафедри загальної хірургії Вінницького медичного університету – М.Д.Желіба.

## ЗМІСТ

### ***Розділ I. НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ***

<b><i>1.1. Гострий апендицит.....</i></b>	<b><i>3</i></b>
1.2. Защемлені грижі.....	11
1.3. Гостра кишкова непрохідність.....	17
1.4. Перфоративна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки.....	24
1.5. Гострі шлунково-кишкові кровотечі.....	29
1.6. Гострий холецистит.....	33
1.7. Гострий панкреатит.....	39
1.8. Гострі гінекологічні захворювання .....	45

### ***Розділ II. НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ ПОШКОДЖЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ЗА ОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ***

2.1. Пошкодження черевної стінки.....	46
2.2. Пошкодження органів черевної порожнини.....	48
2.2.1. Ушкодження печінки.....	53
2.2.2. Ушкодження селезінки.....	56
2.2.3. Ушкодження порожнистих органів.....	59
2.2.4. Торакоабдомінальні поранення.....	64
2.3. Пошкодження органів заочеревинного простору.....	67
2.3.1. Травматичні ушкодження дванадцятипалої кишки.....	67
2.3.2. Ушкодження підшлункової залози.....	70
2.3.3. Пошкодження нирок та сечового міхура.....	74

### ***Розділ III. ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД, УСКЛАДНЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ***

3.1. Попередження та лікування ускладнень з боку органів дихання.....	87
3.2. Профілактика та лікування ускладнень шлунково-кишкового тракту.....	89
3.3. Ускладнення з боку операційної рани.....	91
3.4. Ускладнення з боку органів сечовиділення.....	92
3.5. Корекція метаболічних порушень та харчування оперованих хворих.....	93
3.6. Догляд за хворими на етапах лікування в хірургічному стаціонарі.....	99
3.6.1. Догляд за хворими у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.....	99
3.6.2. Догляд за хворими після операцій на органах черевної порожнини.....	104
3.6.3. Догляд за хворими після операцій на органах грудної клітки.....	107
3.6.4. Догляд за хворими з травматичними ушкодженнями опорно-рухального апарату.....	110
3.6.5. Догляд за хворими з опіками та відмороженнями.....	113
3.6.6. Догляд за хворими з гнійними хірургічними захворюваннями....	114
3.6.7. Догляд за хворими з каловими і сечовими норицями.....	116
3.6.8. Особливості догляду за хворими похилого і старечого віку.....	117
3.6.9. Догляд за тяжкохворими і агонуючими.....	120
3.7. Реанімація.....	125
Література.....	129

# НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

## 1.1. ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ

Серед гострих хірургічних захворювань черевини найбільш розповсюдженим є гострий апендицит. На нього хворіють усі вікові групи, але гостріше – хворі від 20 до 40 років. Рідкісні випадки захворювання у дітей до 2 років та у осіб похилого віку.

### Класифікація гострого апендициту

**I. Катаральний (простий, поверхневий)**

**II. Флегмонозний.**

III. Гангренозний (з перфорацією або без неї)

### Ускладнення

**1. Апендикулярний інфільтрат.**

2. Апендикулярний абсцес.

3. Абсцеси черевної порожнини та тазу.

4. Запалення очеревини (місцеве, загальне)

5. Нориці кишок.

6. Пілефлебіт

7. Сепсис.

### Клініка та діагностика гострого апендициту

**Незважаючи на поширеність та достатньо відомі ознаки захворювання, діагностика гострого апендициту і досі в деяких випадках залишається важкою.**

**Найбільш поширена клініка гострого апендициту носить гострий початок захворювання. Постійним та найбільш раннім симптомом є біль, котрий з'являється в епігастральній ділянці, біля пупка або по усьому животу. З часом біль переходить в праву клубкову ділянку живота. Біль носить здебільшого помірний, постійний, тупий, без**

**іrrадіації характер. Часто спостерігається нудота та поодинокі блювота, сухість у роті. Температурна реакція у перші часи захворювання субфебрильна, але запальний процес прогресує. Біль посилюється при рухах, кашлю, фізичній нарузі, що вимагає від хворого займати вимушене положення – на спині або на правому боці з приведеними ногами.**

Поворот на лівий бік посилює біль у правій клубковій ділянці живота. В положенні на лівому боці з'являється тягучий біль у клубковій частині живота (симптом Сітковського). Якщо червоподібний відросток прилеглий до сечового міхура або прямої кишки, то можуть приєднуватись тенезми або прискорене сечовиділення.

Головним у діагностиці гострого апендициту є дані місцевого обстеження. Права половина живота не бере участі в акті дихання, її пальпація, лише поверхнева, стає болючою. З'являються напруженість м'язів та гіперестезія шкіри правої клубкової частини живота. Під час огляду звертають увагу на симптоми: 1) Щоткіна-Блюмберга – місцеве напруження м'язів живота у правій клубковій зоні та підсилення болю під час натискування з різким відривом пальців дослідницької руки від черевної стінки; 2) Ровзінга – при натискуванні у лівій клубковій зоні з легкими поштовхами вздовж товстої кишки - біль у правій клубковій зоні; 3) Бартам'є-Міхельсона - підсилювання болю при пальпації сліпої кишки в положенні на лівому боці; 4) Воскресенського - підсилення болю при притисканні черевної стінки та переміщування долоні із надчеревинної частини у праву клубкову зону; 5) Кримова - при дослідженні пальцем зовнішнього отвору правого пахвинного каналу підсилюється біль; 6) Роздольського – під час перкусії підсилюється болісність у правій клубковій зоні. Може бути тупий перкуторний звук, якщо має місце апендикулярний інфільтрат, або запальний випіт. Під час нетипового розташування апендиксу мають місце симптоми подразнення очеревини в інших місцях (правому підребер'ї, поперековій частині, тощо). Зростає тахікардія, котра

співвідноситься з температурою. В аналізах крові підвищується кількість лейкоцитів (до  $9 \cdot 10^9$  та вище), відносний нейтрофіліоз. Зростає ШОЕ. Під час важкої інтоксикації – лейкопенія та різке зрушення формули вліво.

**Перебіг хвороби пов'язаний з локалізацією червоподібного відростку, віком хворого, супутніми захворюваннями та ускладненнями, імунним статусом організму. Найбільш загрозливим ускладненням гострого апендициту є його перфорація та розвиток калового або гнійного перитоніту.**

При ретроцекальному або ретроперитонеальному положенні червоподібного відростка перитонеальні симптоми розвиваються пізніше. З'являється біль у правій поперековій половині, контрактура правого стегна у тазостегновому суглобі, підсилення симптому Образцова (підсилення болю під час пальпації сліпої кишки при піднесеній та випрямленій у колінному суглобі правій нозі), висока температура, до  $39-40^{\circ}\text{C}$ .

Клініка гострого апендициту у дітей пов'язана з анатомофізіологічними особливостями дитячого організму: неповноцінністю нервового та лімфатичного апарату відростку, низькими пластичними якостями очеревини, недорозвиненням великого сальника, а також загальною реакцією у дітей гіперергічного типу. Захворювання протікає бурхливо, значно підвищується температура хворого, спостерігається блювота, часті та рідкі кишкові випорожнення, зростає інтоксикація.

Картина гострого апендициту у людей похилого віку частіше проходить за гіпоергічним типом. Відсутня гіпертермія, біль помірний, місцеве напруження м'язів, нема лейкоцитозу. Все це сприяє помилкам діагностики, частішому виникненню ускладнень.

Особливості перебігу гострого апендициту у вагітних. Гострий апендицит зустрічається у вагітних у  $0,7-1,7\%$ . Деструктивний



апендицит може призвести до загибелі плоду або урвати вагітність. Це ускладнення зустрічається у 4-6% випадків.

Особливості перебігу пов'язані зі зміщенням сліпої кишки догори та дозаду, ближче до печінки та правої нирки. Під час тазового розташування відростка, він може залишатися у тазу позаду матки. Таким чином, локалізація болю зміщується та м'язи живота, розтягнені вагітною маткою, втрачають можливість до напруження, що маскує клініку. Тому пальпацію краще проводити у положенні хворої на лівому боці. Слід пам'ятати, що підсилення болю може бути у положенні на правому боці, це пов'язане з тиском вагітної матки на сліпу кишку з відростком. Під час розташування відростку позаду матки найбільшу болісність викликає тиск на передню поверхню матки. Перебіг гострого апендициту під час вагітності більш ускладнений, частіше зустрічаються ускладнені форми з тенденцією до розвитку перитоніту. Це можна пояснити погіршенням кровообігу червоподібного відростку, схильністю до закріпів та підвищеною вірулентністю мікрофлори кишки, а також гормональною перебудовою організму жінки, що сприяє функціональним перебудовам лімфоїдної тканини.

#### Ускладнення гострого апендициту

1. Апендикулярний інфільтрат – запальний конгломерат, який складається із петель кишок, великого сальника та очеревини, спаяних проміж себе біля флегмонозно або гангренозно зміненого червоподібного відростка. Інфільтрат формується 3-4 доби від початку захворювання, виявляється помірно болючим, нерухомим, пухлиноподібним новоутворенням під час пальпації при відносно задовільному стані хворого. Лікування – консервативне (обмеження фізичного навантаження, холод місцево, антибіотики, дезінтоксикаційна та стимулююча терапія). Якщо, запальний процес ускладнюється абсцедуванням – необхідний розтин та дренивання абсцесу. Бажано зробити апендектомію, але якщо це неможливо або призведе до

погіршення стану хворого та прогресування перитоніту, цього робити не слід.

2. Апендикулярний абсцес – характеризується утворенням гнійника навколо або біля червоподібного відростку. У клінічній картині має місце зростання лейкоцитозу, підсилення болю, підвищення температури. Під час об'єктивного дослідження може бути гіперемія шкіри у правій клубковій частині. Лікування – оперативне. Необхідно розтин абсцесу, евакуація гною, промивання порожнини абсцесу та дренирування. Якщо гнійник розташовано латерально – слід оперувати позаочеревинним розтином за Пироговим.

Необхідно пам'ятати – одночасну апендиктомію робити не обов'язково, тому що оперативне втручання серед інфільтрованих та легкокровозливних кишкових тканин не тільки призводить до руйнування тканинного бар'єру інфільтрату, а ще й до зайвих ускладнень: масивної кровотечі, поранення кишок з розвитком нориць та інше.

3. Піддіафрагмальний та підпечінковий абсцес. Клінічна картина піддіафрагмального абсцесу починається на 5-7 добу раннього післяопераційного періоду. Місцеві прояви незначні, незважаючи на те, що у хворого має місце гнійна інтоксикація. Окрім загальних ознак інтоксикації (блідості, апатії, зниження апетиту, гектичної температури, підвищення кількості лейкоцитів з нейтрофільним зсувом уліво), мають місце тупий біль у долішніх ділянках грудної клітки, підсилюється під час вдиху. Іноді приєднується сухий кашель, викликаний подразненням діафрагми.

Підпечінковий абсцес має ознаки гострого холециститу (біль у підребір'ї, гектична температура, лейкоцитоз та рентгенологічні ознаки абсцесу). Лікування цих ускладнень – оперативне втручання.

Піддіафрагмальний абсцес можливо розкрити через плевральний або позаплевральний розтин. Операційну рану зашивати не слід. Накладають провізерні шви біля тампонів та трубчатих дренажів.

Перевагу треба віддати позаплевральним розтинам, тому що у цих випадках плевральна порожнина залишається інтактною і у хворого зберігається повноцінне дихання.

Підпечінковий абсцес треба розкривати розтином паралельно ребровій дузі. Розсікають усі шари черевної стінки, зміщують печінку медіально, проникаючи у порожнину абсцесу, евакуюють гній та дренують її. Лікування хворих продовжується згідно з принципами лікування гнійних ран.

4. Абсцеси дугласового простору. Це ускладнення - найбільш поширене, що обумовлено анатомічними причинами очеревини, а також накопичуванням запального випоту у малому тазі. Іноді знаходження червоподібного відростку у порожнині малого тазу призводить до розвитку цього ускладнення. Діагностика та лікування абсцесу дугласового простору легша ніж інших абсцесів черевної порожнини.

Перші ознаки тазового абсцесу з'являються через 5-7 діб після операції. Хворі висловлюють скарги на тупий біль у долішній частині черева та промежині, дизурію та тенезми, підвищення температури. У загальному аналізі крові спостерігається лейкоцитоз. Найбільш діагностичною ознакою є ректальне дослідження, у жінок - як ректальне пальцьове, так і вагінальне дослідження. У початкових фазах формування тазового абсцесу виявляється нерухомий, болісний інфільтрат, а також зависання передньої стінки прямої кишки. Якщо інфільтрат щільний, відсутні ознаки абсцедування, продовжують консервативну терапію. Під час динамічного спостереження за хворим, коли з'являються ознаки гнійного процесу (збільшуються симптоми інтоксикації, зберігається парез кишок, температура приймає гектичний характер, при ректальному або вагінальному огляді є ознаки флюктуації інфільтрату) необхідне хірургічне втручання. Розтин тазового абсцесу виконують під загальною анестезією через пряму кишку у чоловіків

або через заднє склепіння піхви у жінок. Обов'язково виконують пункцію інфільтрату у центрі флюктуації - отримавши гній у шприці, роблять розтин вздовж кишки. Через товстий дренаж відмивають гнійну порожнину, залишаючи товстий дренаж на 4-5 діб.

5. Розлитий гнійний перитоніт ускладнює перебіг хвороби не більше, як у 1%, але серед них перфорації апендициту зустрічаються у 8% хворих. Розлитий гнійний перитоніт є основною причиною післяопераційної летальності. Розвитку розлитого гнійного перитоніту головним чином сприяє пізнє звертання хворих за медичною допомогою, набагато менше – технічні ускладнення операційного втручання або прорив апендикулярного абсцесу у черевну порожнину. Клінічна картина перитоніту добре відома. У хворого присутні усі класичні ознаки запалення очеревини: блідість, адинамія, сухий язик, виявляється напруження м'язів черевної стінки та інші ознаки подразнення очеревини.

При наявності такого ускладнення єдиним засобом допомоги хворому є негайне операційне втручання, крім тих випадків, коли стан хворого потребує корекції важливіших життєвих систем: серцево-судиної, водно-електролітичних розладів та гіповолемії. Корекція проводиться протягом декількох годин у відділеннях реанімації або на операційному столі.

6. Пілефлебіт - септичний тромбофлебіт ворітної вени та припливу. Цей стан є найбільш рідкісним та найбільш важким ускладненням гострого апендициту. Безпосередньо критичним для розвитку пілефлебіту є гангренозний апендицит, коли некротичний процес охоплює брижові вени та вени червоподібного відростка.

Далі процес приймає висхідний характер, поширюючись на брижові вени ілеоцекального кута та через 2-3 доби охоплює ворітну та печінкові вени, а потім ретроградно охоплює селезінку та інші брижові вени.

Стан хворого стає важким з першої доби післяопераційного втручання: бурхливо прогресує важка гнійна інтоксикація. Під час огляду відмічається різкий метеоризм, рівномірна болісність правої половини живота, при відсутності симптомів подразнення очеревини. Після охоплення печінкових вен виникає жовтяниця, збільшується печінка, прогресує печінково-ниркова недостатність. Хворі вмирають через 7-10 діб з початку захворювання. Масивна антибактеріальна, дезінтоксикаційна та терапія покращення реології крові успіху у лікуванні цього ускладнення, на великий жаль, особливо не приносить. Під час затягнутого перебігу хвороби хворі помирають від численних печінкових абсцесів.

Показання до оперативного втручання та тактика хірурга при сумнівному діагнозі та різноманітних формах апендициту

Показанням до операції є діагностований гострий апендицит. Хірург повинен оперувати хворого незалежно від форми гострого апендициту та часу від початку захворювання.

Якщо діагноз викликає сумніви, хворого треба госпіталізувати для проведення діагностичного нагляду, проводити вдруге аналізи крові та сечі, при необхідності використовувати додаткові засоби досліджень – рентгенографію, урологічні засоби досліджень, а при сумнівному перебігу хвороби – лапараскопію.

Операція виконується під місцевим, внутрішньовенним знеболюванням або загальною анестезією з ШВЛ.

Оперативний розтин залежить від клінічної картини та ускладнень перебігу захворювання. Найбільш поширеним є розтин Волковіча-Д'яконова у правій клубковій ділянці, але, якщо присутня клініка перитоніту, можливе оперативне втручання, розпочате через лапаротомію, параректальну або нижньоочеревинну. В інших випадках, коли зміни червоподібного відростку не задовольняють перебіг захворювання, необхідно ревізувати органи очеревинної

порожнини. Апендиктомію виконують від верхівки. Ретроградну апендиктомію виконують, коли це пов'язано з технічними труднощами. Культю відростка після обробки спиртом занурюють у стінку сліпої кишки кисетним сірознам'язовим швом, для надійності поверх накладають Z-подібний шов.

Брижу відростка обов'язково прошивають, а потім зав'язують лігатуру. Показанням для дренивання очеревинної порожнини є деструктивні форми запалення червоподібного відростка, місцевий або дифузний перитоніт, ненадійний гемостаз. Дренивання виконують хлорвініловими трубками або рукавично цигаркоподібними дренажами. При капілярній кровотечі з рани, при ненадійності швів на сліпій кишці до місця відрізаного відростка підводять тампон. При тяжких запущених формах перитоніту можливо виконувати лапаростомію. У післяопераційному періоді при деструктивних формах призначають антибіотики та дезінтоксикаційну терапію. Знаходження у стаціонарі обумовлене запальним процесом червоподібного відростка або ускладненням післяопераційного періоду, але не менше 7-10 діб.

#### Післяопераційні ускладнення

1. Ускладнення з боку рани (інфільтрати, гематоми, нагноєння, лігатурні нориці).
2. Ускладнення з боку черевної порожнини ( кровотеча, перитоніт, піддіафрагмальний або підпечінковий абсцес, абсцес дугласового простору, зачеревний абсцес, кишкові нориці, пілефлебіт, спайкова кишкова непрохідність).
3. Ускладнення з боку інших органів і систем ( пневмонія, тромбоемболія легеневої артерії , ниркова та печінкова недостатність та інші).

## 1.2. ЗАЩЕМЛЕННЯ ГРИЖІ

Защемлення грижі є важливою медичною та соціальною проблемою. Серед гострих хірургічних захворювань вони посідають від 4% до 4,2%. Операційна летальність досить висока: 6% - 11%. Найчастіше защемлення буває при пахвинних (57%) та стегнових грижах (31%), нечасто - при пупкових (5,4%). Грижі епігастральні складають 3,6%, післяопераційні – 2,2%, діафрагмальні – 0,2%, грижі іншої локалізації – 0,3%.

#### Причини защемлення грижі

1. Спастичний стан тканин навколо грижового отвору.
2. Вузкий грижовий отвір.
3. Щільність вінця грижового отвору.
4. Запальні зміни грижового мішку та грижового отвору.
5. Зміни фізичного характеру у зсунених органах – набряк, парез, копростаз та ін.

#### Механізм защемлення

1. Еластичне защемлення. Виникає під час різкого підвищення внутрішньоочеревинного тиску, котре викликає різке розтягнення грижового отвору та швидке переміщення органів у грижовий мішок (кишки, сальник ін.). Вміст грижового мішку не в змозі вільно повернутися до очеревинної порожнини, тому що оновлюється діаметр грижового отвору або його поменшання. Як результат цього – защемлення органів.

2. Калове защемлення. Такий стан зустрічається під час різкого переповнення дистального кінця кишки, котра знаходиться у грижовому мішку. Відвідний кінець кишки сплющений та здавлюється разом з брижею у грижовому отворі. Таким чином, картина має ознаки як під час еластичного защемлення. Під час калового защемлення значну роль у механізмі відіграє порушення моторної функції кишок, що частіше зустрічаються у похилому віці. Разом із тим мають значення зрощення

та перегини кишки у грижовому мішку. Під час защемлення у грижовому мішку утворюється порожнина, у якій розташовані органи із порушеним кровообігом. У місці защемлення з'являється так звана странгуляційна борозенка, яку добре можна побачити на грижі, а також на органах. Транссудат, котрий накопичується у грижовому мішку, має назву грижової води. Спочатку вона прозора, але потім набуває рожевого, а з часом - кривавого кольору. Некротизована кишка – слабкий бар'єр для мікробної флори, тому транссудат має гнійний, колібацилярний запах. Подібне запалення отримало не дуже правильну назву - флегмона грижового мішку.

3. Ретроградне защемлення. Характерною рисою цього защемлення є те, що більш ушкоджується петля кишки, котра знаходиться у черевинній порожнині. Під час такого защемлення петля кишки розташовується у вигляді “W” або “M”. Порушення кровообігу під час ретроградного защемлення спостерігається більш у петлі в очеревинній порожнині, вона швидко некротизується, що призводить до розвитку перитоніту.

4. Пристінкове защемлення. Виявляється у випадках, коли у вузький грижовий отвір заглиблюється стінка, а не вся кишка. Найчастіше це протибрижова її частина.

#### Клініка та діагностика

1. Біль – ведучий симптом при защемленій грижі. Характер та інтенсивність болю різноманітні в залежності від виду защемлення постраждалого органу, віку хворого та іншого. В міру розвитку странгуляційної непрохідності та некрозу стінки кишки біль зменшується, стає приступоподібним, розповсюджується по животу. Характер болю у цих випадках визначається не стільки защемленням, скільки його ускладненнями: непрохідністю кишечника та перитонітом.

2. Невправлення та напруження грижового вип'ячування поряд з раптовим болем є другою ознакою защемлення грижі. Грижове



вип'ячування збільшено в об'ємі, при пальпації напружене. При перкусії визначається тимпаніт, якщо в грижовому мішку защемлена кишкова петля, або притуплення, якщо в ньому міститься сальник чи рідина.

3. Відсутність передачі кашльового поштовху в ділянку грижового вип'ячування – 3 ознака защемлення.

4. Порушення функції защемленого органу залежить від часу защемлення, а також самого органа. При защемленні сечового міхура розвиваються дізуричні розлади (часті, болючі сечовипускання). Защемлення тонкого та товстого відділів кишечника, як правило, приводить до кишкової непрохідності (затримка стула, газів, блювота, позитивні симптоми Валя, Склярова та інші). При защемленні сальника спостерігається 2 головних симптому – біль і невправність, але відсутня непрохідність кишечника.

5. Перитоніт та тяжка інтоксикація спостерігаються при защемленні грижі, при якій наступає некроз та перфорація защемленого органу (частіше - кишки).

Диференціальний діагноз слід проводити з запальними процесами в регіональних лімфатичних вузлах, натічними абсцесами, метастазами пухлин, при тромбозах варикозних вузлів, які розташовуються по зовнішньому колу стегнового каналу.

#### Класифікація гриж черевної стінки

##### I. За анатомічними ознаками:

1. Пахові (прямі та косі)
2. Стегнові
3. Пупкові
4. Білої лінії
5. Спінгелевої лінії
6. Мечевидного відростка
7. Рецидивні

**8. Післяопераційні**

**9. Травматичні**

**10. Неврологічні**

**11. Патологічні**

**II. За клінічними ознаками:**

**1. Вправна.**

**2. Невправна.**

**3. Защемлена.**

### Лікування

При встановленні діагнозу защемленої грижі, незалежно від локалізації, показана негайна операція. Наслідки її будуть тим кращими, чим раніше від початку захворювання вона проведена. При пізньому виклику хворого до стаціонару з проявами кишкової непрохідності, особливо у осіб похилого віку, необхідно протягом 1 – 2 годин провести інтенсивну підготовку хворого до операції (серцеві та судинні препарати, інфузії кристалоїдів, сечогінні), оскільки ризик негайної операції при порушеному гомеостазі, значній інтоксикації більш високий.

Застосування таких засобів як ванни, тепло чи холод на зону защемленої грижі неприпустимо. Особливо небезпечне насильне ручне вправлення грижі. Ці грубі маніпуляції можуть привести до уявного вправлення, крововиливу в стінку кишки і брижі, тромбозу судин (судинного тромбозу), відриву брижі від кишки, перфорації. Головна мета операції при защемленні грижі – ліквідація защемлення, ревізія органів очеревини, пластика грижових воріт.

Операцію краще виконувати під загальним знеболюванням з штучною вентиляцією легенів.

Розріз шкіри виконувати в залежності від виду грижі. Ретельно й обережно виділяють грижовий мішок. Розріз грижового кільця до розкриття грижового мішка недопустимий, тому що защемлений орган може вислизати у черевну порожнину, що ускладнює операцію. При

розрізі грижового мішка оглядають його вміст, защемлений орган, обережно притримують вологою марлевою салфеткою, після чого розрізають грижове кільце. Обов'язково оглядають кишечні петлі нижче кільця, особливо, коли в грижовому мішку одна чи декілька петель кишечника (ретроградне защемлення). Життєздатна кишка при розтині грижового кільця швидко набуває нормального забарвлення, пластичності, моторної діяльності.

Судинні брижі такої кишки активно пульсують. Нежиттєздатна кишка має темне чи темно-зелене забарвлення. Серозна оболонка тьмяна, моторна функція і пульсація судин відсутні.

У деяких випадках оцінка життєздатності защемленої кишки приставляє труднощі діагностики. Це буває, коли деструктивні зміни розташовані тільки в слизовій оболонці. У таких випадках зони деструкції просвічують через сірою оболонку плямами темного кольору.

Резекцію ділянки кишки треба проводити не тільки при визначенні життєнездатності її стінки, але й при незначних сумнівах її життєздатності. Наявність глибоких змін в зоні странгуляції вимагає її резекції. Те ж саме стосується і пристіночного защемлення. Не треба проводити клиновидної резекції защемленої ділянки.

Резекція кишки повинна бути досить широкою. Окрім заміненого відростка кишки відрізають не менш 30 – 40 см макроскопічно незмінного привідного і 15 – 20 см відвідного відрізків кишки. Більшість авторів доводять, що в таких межах мають місце грубі порушення морфології та функції кишки. Анастомоз при резекції кишки накладають “кінець в кінець” чи “бік в бік”.

Після погруження в очеревинну порожнину резекованого чи життєздатного органа, відрізають грижовий мішок, потім проводять пластику в залежності від виду грижі.

Тактика хірурга при вправленій защемленій грижі

**Хворий, який потрапляє до лікарні з діагнозом “защемлена грижа”, повинен бути госпіталізованим незалежно від того, бачить хірург защемлену грижу чи настало її вправлення при транспортуванні хворого. За хворим спостерігають в динаміці. При доброму самопочутті, стабільній гемодинаміці, відсутності болю в животі і симптомів подразнення очеревини, операцію виконують в плановому порядку. Якщо навпаки – присутній біль, зростають симптоми подразнення очеревини, виконують операцію в екстреному порядку під загальною анестезією. Після лапаратомії необхідно зробити ревізію органів черевної порожнини і, в залежності від операційної знахідки, виконати необхідний обсяг операції.**

**В післяопераційному періоді, особливо у хворих похилого віку, можуть виникати грізні ускладнення, так як тромбоемболія, гостра серцево-судинна недостатність, пневмонія, інфаркт міокарда. Таким хворим з перших годин після операції проводять дихальну гімнастику, призначають антикоагулянти, серцеві та судинні препарати, білкові препарати.**

#### **Ускладнення защемлених гриж**

**1. Копростаз – нагромадження калових мас у товстій кишці, яка входить в грижу. Особливістю захворювання є повільний та поступовий її розвиток. Грижа збільшується, її неможливо вправити. Лікування починається із застосування очисної клізми, а при неефективності – оперативне лікування.**

**2. Запалення грижі. Цей процес починається частіше з боку грижового вмісту, особливо у тих випадках, коли в грижовому мішку знаходяться запалені органи (апендикс, придатки матки). Менше грижова вода інфікується при різноманітних пошкодженнях шкіри, травматичних пошкодженнях.**

Патологічний процес виникає гостро, супроводжується різким болем та напруженням грижового мішка, блювотою, високою температурою. Лікування – термінова операція.

3. Флегмона грижового мішка. При такому ускладненні виконують лапаротомію віддалено від запальної зони і виконують анастомоз поміж приводним та відвідним кінцями кишки методом “бік у бік”. Кінці кишки, які вирізають, зашивають наглухо. Після закінчення операції у черевній порожнині проводять розріз грижового мішка, прибирають петлі некротичного кишечника і дренують флегмону.

Важливим профілактичним методом зменшення кількості хворих з защемленими грижами та зниження ускладнень, летальності у цій групі хворих є своєчасне планове оперативне лікування.

### 1.3. ГОСТРА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ

Поміж невідкладних хірургічних захворювань черевної порожнини, непрохідність кишечника складає більше 10%. Захворювання зустрічається в будь-якому віці, у чоловіків в 2 рази частіше, ніж у жінок. У минулому найчастіше зустрічався заворот кишок, а тепер переважає спайкова непрохідність, яка виникає після операцій на органах черевної порожнини, а також obturaційна – при пухлинах кишок. Післяопераційна летальність складає 15 – 18%.

#### Класифікація кишкової непрохідності

##### I. Динамічна непрохідність:

1. Спастична непрохідність.
2. Паралітична непрохідність.

##### II. Механічна непрохідність:

1. Странгуляційна непрохідність (заворот, вузлуотворення, внутрішнє защемлення).

**2. Обтураційна непрохідність (обтурація перлиною, закупорка чужорідним тілом, каловим чи жовчним, клубком аскарид, при копростазі, стеноз, здавлення зовні).**

**3.Змішані форми странгуляційної та обтураційної непрохідності (кишкова непрохідність).**

Спастична непрохідність кишок зустрічається при ентеритах, колітах, деяких видах отруєнь. Супроводжується спазмами кишок в деякому відділі, підвищеною моторною функцією і розширенням вищележачої кишки.

Паралітична непрохідність кишечника. Така непрохідність виникає при запальних процесах органів черевної порожнини, перитоніті різноманітного походження, після операцій на органах черевної порожнини, при гематомах зачеревного простору, захворюваннях та травмах хребта і центральної нервової системи. Головними симптомами динамічної кишкової непрохідності є – болі по всьому животу, почуття важкості, блювота застійним вмістом, відсутність стула й газів. При об'єктивному обстеженні: живіт здутий, без асиметрії, тимпаніт при перкусії, відсутність перистальтики при аускультатції живота. При оглядовій рентгеноскопії черевної порожнини – пневматизація тонкої та товстої кишки.

Клініка і перебіг механічної кишкової непрохідності

Мають багато загального з динамічною непрохідністю, проте симптоматика протікає більш інтенсивно. Початок захворювання при странгуляційній непрохідності, завороті, інвагінації розвивається більш бурхливо. Хворі скаржаться на різкий біль в очеревинній порожнині, який має приступоподібний характер. Біль виникає раптово, незалежно від прийому їжі. В перші години у хворих може розвинути шок. При обтурації кишки біль виникає поступово і повільно підвищується. Іншим патогномонічним симптомом при гострій кишкочівній непрохідності є затримка стула та газів. Блювання – найчастіший

симптом непрохідності. Частота блювання та її стійкість свідчать про форму непрохідності та рівень перешкоди. Чим вище непрохідність, тим сильніше блювання. При низькій непрохідності блювота має каловий запах, загальний стан хворого та об'єктивні дані залежать від стадії захворювання.

Початкова стадія – продовжується від 2 до 12 годин та характеризується вираженим болем, блювотою, яка не поліпшує стан хворого; відсутністю стула та газів.

Проміжня стадія – продовжується від 12 до 24 годин. Характеризується гемодинамічними порушеннями та тяжкою інтоксикацією. Біль постійний, живіт здутий, асиметричний, настає затримка стулу і газів, неодноразова блювота, тахікардія, зниження артеріального тиску. Живіт при пальпації болісний. При аускультатії кишки: шум плескоту (симптом Склярєва, позитивні симптоми Валя та Обухівської лікарні), збільшуються ознаки обезводнювання організму.

Пізня стадія – стан хворого надзвичайно важкий. Обличчя загострене, язик сухий, обкладений білим нальотом, пульс нитковидний, артеріальний тиск знижений. Живіт здутий. Перистальтика кишки відсутня. При розвитку перитоніту збільшується інтоксикація, обезводнюється організм, підсилюється напруження м'язів передньої черевної стінки, симптоми подразнення очеревини зростають. Під час обстеження крові зростає лейкоцитоз та зрушення формули крові вліво.

#### Обтураційна кишкова непрохідність

Ця хірургічна патологія проходить більш доброякісно, ніж странгуляційна непрохідність. Захворювання може бути гострим, підгострим, хронічним. Біль приступоподібний. Блювота виникає при значному розширенні привідного відділу кишки. При низькій кишкової непрохідності блювота каловим вмістом. Живіт довго залишається м'яким, рідко при пальпації знаходять пухлину кишки або інфільтрат в зоні непрохідності. Важливими проявами хірургічного захворювання є

позитивні симптоми Валя (плюскіт падаючої краплини) та Обухівської лікарні (пуста ампула прямої кишки та розслаблений сфінктер).

#### Інвагінація кишок

Це змішана форма кишкової непрохідності. Вона виникає частіше в ілеоцикальному куті та рідше - в інших відділах кишки. Виділяють тонкокишкову, товстокишкову тонко-товстокишкову та товсто-товстокишкову непрохідність. За ступенем вираженості патологічних змін та клінічним перебігом виділяють гостру, підгостру та хронічну форму інвагінації. Із особливостей клінічного перебігу під час інвагінації треба підкреслити кривавий, рідкий стул та інвагінат, котрий при пальпації визначається у вигляді циліндричного пухлиноподібного утворення.

#### Додаткові методи обстеження

1. Клінічний аналіз крові і сечі.
2. Гематокрит, ОЦК, кислотно-лужний баланс, електроліти.
3. Підрахунок балансу водних втрат (кількість сечі, блювоти та ін.)
4. Оглядова рентгенографія черевної порожнини і грудної клітки.
5. Визначення пасажу барія по тонкому кишечнику при тонкокишковій, спасчній, ранній післяопераційній і динамічній непрохідності.
6. Ректороманоскопія, колоноскопія (при підозрі на обтураційну непрохідність).
7. Ірігоскопія при товстокишковій непрохідності.

#### Тактика хірурга при поставленому діагнозі

Лікування непрохідності, як правило хірургічне, однак починають лікування з консервативних засобів. Консервативно намагаються ліквідувати кишкову динамічну непрохідність або підготувати хворих до операції з механічною кишковою непрохідністю. Виконують :

1. Сифонна клізма (виконується в присутності лікаря). При діагнозі: заворот тонкої кишки, вузлуотворення чи перитоніті – клізми робити не слід.



2. Промивання шлунку.
3. Внутрішньовенно розчин новокаїну або блокади.
4. При динамічній кишкової непрохідності призначають препарати, які посилюють перистальтику шлунково-кишкового тракту:
  - а) прозерін 0,5% 1,0 під шкіру два рази за добу;
  - б) убретід 1,0 один раз за добу;
  - в) калімін 1,0 - 2-3 рази за добу;
  - г) ациклідін 1,0 два рази за добу;
  - д) розчин хлориду натрію 10% 40,0 внутрішньовенно один раз на добу;
  - е) перидуральна анестезія та ГБО.

5. Інфузійна та серцево-судинна терапія проводиться при динамічній непрохідності, а також для підготовки до операцій хворих при механічній кишкової непрохідності (неогемодез, реополіглютин, стабізол, рефортан, глюкоза 5%, розчин Рінгера-Локка та ін.).

Критеріями ефективності консервативної терапії є покращення загального стану хворого, зменшення сухості слизових оболонок та язика, зменшення задухи, покращується колір шкіри, нормалізується артеріальний тиск, ЦВ тиск, відновлюється діурез, знижується гематокрит та ін. Ці засоби лікування допомагають диференціювати механічну та динамічну кишкову непрохідність.

Показання до операції

1. При динамічній кишкової непрохідності операція виконується при про протягом 1-2 діб.
2. При механічній кишкової непрохідності та відсутності ефекту консервативної терапії протягом 2 – 5 годин.
3. При ранній післяопераційній спайковій непрохідності та відсутності ефекту від проведеної терапії протягом 6 – 12 годин.

**4. При обтураційній кишковій непрохідності при відсутності ефекту від консервативної терапії, в окремих випадках можуть збільшуватися до 12 годин і більше.**

**Інфузійна та серцево-судинна терапія проводиться як при динамічній непрохідності, так і для підготовки до операції при механічній кишковій непрохідності (гемодез, реополіглютин, стабізол, глюкоза 5%, розчин Рінгера-Локка та ін.).**

**Критеріями ефективності консервативної терапії є покращення загального стану хворого, зменшується сухість слизових оболонок язика, зменшується задуха, покращується колір шкіри, нормалізується артеріальний тиск, збільшується діурез та ін.**

#### **Знеболювання**

**Найбільш сприятливим методом знеболювання є загальна комбінована анестезія з штучною вентиляцією легенів, а також обов'язкове введення в корінь брижі розчину новокаїну.**

#### **Хірургічний доступ**

**Повинен дати можливість якісної ревізії черевної порожнини, проведення декомпресії кишок, цьому відповідає серединна лапаротомія. Розтин черевної порожнини робити обережно, щоб не пошкодити роздуті петлі кишок.**

#### **Тактика хірурга під час операції**

**Після розтину очеревини необхідно аспіратором висмоктувати екссудат, заздалегідь взяти невелику його частину на посів. Головна мета хірурга при ревізії черевної порожнини - визначення перешкоди в кишці, її характер, стан кишечника, наявність чи відсутність ознак перитоніту.**

**При непрохідності тонкого кишечника ревізію краще починати від сліпої кишки, оскільки звичайно дистальний відрізок тонкого кишечника знаходиться в спайковому стані. При товстокишковій непрохідності ревізію треба проводити від прямої кишки. Після**

визначення причини непрохідності і перешкоди на відповідній кишці, слід накладати м'який жом, щоб токсичний кишковий вміст після усунення перешкоди не потрапив у незмінні відділи кишки, тому що це загроза калієвої інтоксикації.

Тільки після цього треба починати усунення кишкової непрохідності.

Вибір методу операції залежить від виду непрохідності. При спайковій непрохідності необхідно розітнути (розсікти защемлені тканини чи спайки) і відновити пасаж по кишечнику. При значному спайковому процесі, коли їх розтин стає неможливим, слід накладати обхідний анастомоз.

Резекція кишки виконується при некрозі чи при конгломераті кишкових петель на обмеженій ділянці, це створює небезпеку рецидиву непрохідності.

При завороті тонкої кишки розпрямляють заворот, після чого кишку зігрівають серветками, змоченими гарячим фізіологічним розчином, а в корінь брижі вприскують 80-100 мл 0,25% новокаїну. Якщо кишка визначається мертвою, необхідно зробити резекцію з анастомозом "кінець в кінець" чи "бік в бік".

При завороті сигмовидної кишки роблять мезосигмоплексію за Гален-Торном. При гангрені кишки – резекцію сигмовидної кишки та виведення одноствольного ануса. Потім шляхом релопаратомії відновляють безперервність кишок.

При вузлоутворенні нерідко хірург потрапляє у скрутне становище, особливо під час розв'язування вузла. Як правило, вузол утворюється поміж сигмовидною та петлею тонкої кишки, рідше - петлями тонких кишок. Для успішного розв'язування вузла необхідно звільнити сигмовидну кишку від газів. Якщо вузол розв'язати неможливо, розтинають защемлену кишкову петлю, вирівнюють вузол, а кінці кишкової петлі зшивають.

При некрозі кишки її вирізають, інколи не тільки тонку, а й сигмовидну кишку.

При інвагінації виконують дезінвагінацію, обережно видавлюють інвагінат із обхоплючої кишки, а не тягнуть за кишку, в якій є інвагінат. При життєздатності інвагіната операцію закінчують введенням 0,25% розчину новокаїна у корінь брижі. Якщо кишка змертвіла чи життєздатність її викликає сумніви, необхідно її вирізати.

При obturaційній товстокишковій непрохідності при пухлині кишок виконують радикальні та паліативні операції. Радикальна операція – це гемікоектомія справа, якщо пухлина локалізується в сліпій і вихідній кишці, чи обструктивна резекція - при розташуванні пухлини в сигмовидній кишці. Паліативні операції – це різноманітні розвантажувальні стоми, чи обхідні анастомози при тяжкому стані хворого та наявності метастазів.

При закупорці просвіту кишки каловим каменем, клубком аскарід, чужорідним тілом (кістка, 1 монета і т.п.) показана ентеротомія, виймання чужорідного тіла з послідовним звільненням кишок від вмісту і замиванням рани кишки.

При спастичній кишкової непрохідності через аскарідоз, необхідно вприскувати в брижу новокаїн, а в просвіт кишки - 3 – 5 мл. ефіру тонкою голкою. Місце проколу потрібно перитонізувати. Через 3 – 4 дні після операції треба провести лікування для вигнання глистів.

Декомпресія кишечника є обов'язковим компонентом оперативного лікування.

При тонкокишкової непрохідності хлорвініловий зонд з великою кількістю отворів треба провести через ніс в шлунок і далі до іліоцекального кута. При утрудненні у осіб похилого віку зонд можна провести через гастростому чи ретроградно через цекочи апендикостому.

Декомпресія кишечника через анус застосовується при товстокишкової непрохідності.

## Післяопераційний період

Правильне ведення післяопераційного періоду є однією з важливих частин комплексного патогенетичного лікування гострої кишкової непрохідності. Необхідно провести корекцію гідроїонного, білкового та інших видів обміну, продовжити боротьбу з парезом кишок, усунути внутрішньоклітинну дегідратацію, порушення центральної та периферійної гемодинаміки. З цією метою призначають анальгетики (промедол, анальгін), пролонговану перидуральну анестезію, інфузійну терапію (розчин Рінгера-Локка, 5%, розчин глюкози, 0,9 % розчин хлористого натрію, неогемодез, реополюглюкін, глюкозо-новокаїнову суміш), альбумін, плазму, серцеві препарати, антибіотики та ін.

Для боротьби з парезом кишечника здійснюють нестійку декомпресію тонкої кишки, перидуральну анестезію, ГБО, електростимуляцію кишечника, внутрішньовенно вводять 30 – 40 мл 10% розчину хлориду Na, внутрішньом'язово - калімін 1.0 чи церукал 2.0 при гіпокаліємії 60 мл 3% хлористого K, діатермію на зону сонячного сплетіння, очисну клізму, якщо не було операції з розтином просвіту товстої кишки.

Для профілактики дихальної недостатності необхідна рання активність хворого, напівсидяче положення в ліжку, дихальна гімнастика, масаж тіла, фізіотерапія, оксигенація, інгаляції 2 – 3 рази на добу.

У хворих похилого віку і у осіб тромбонебезпечних призначають гепарин по 2,5 тис. од. 4 рази на добу під перевіркою згортання крові та коагулограми.

Після операції на товстому кишечнику через добу призначають по 1 стол. лож. касторової, вазелінової чи облепихової олії до появи випорожнень.

## 1.4. ПЕРФОРАТИВНА ВИРАЗКА ШЛУНКА

## **І ДВАНADЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

**Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки зустрічається у різному віці, але більш часто у осіб 30 – 40 років. Чоловіки хворіють частіше, ніж жінки. В останні роки мається тенденція до збільшення захворювань.**

**Патогенез виразкової хвороби до кінця неясний. Однак відомо, що однією з головних причин виникнення виразки є порушення регуляції шлункової секреції з боку функції кори головного мозку і підкіркових утворень, зміни функції кори наднирників та моторики шлунка, порушуються захисні якості слизової оболонки. До цього нерідко приєднуються місцеві пошкодження – ішемія стінки, травма слизової оболонки. У подальшому висока кислотність шлункового соку приводить до переварювання частини стінки органа і утворюється виразка. Існують інші теорії розвитку виразки шлунка.**

### **Класифікація проривних виразок**

- 1. За етіологією: виразкові, ендокринні, лікові.**
- 2. За локалізацією:**
  - а) виразка шлунка:**
    - малої кривизни (кардіальні, антральні, препілоричні, пілоричні).**
    - передньої стінки (антральні, препілоричні, пілоричні).**
    - задньої стінки (антральні, препілоричні, пілоричні);**
  - б) виразки дванадцятипалої кишки: передньої стінки; задньої стінки.**
- 3. За перебігом:**
  - а) проривні у вільну черевну порожнину;**
  - б) проривання прикриті;**
  - в) проривання атипове.**

**Клініка та діагностика**

Перфорація виразки у вільну черевну порожнину характеризується хворим як гострий, кинджальний біль в епігастрії чи праворуч від серединної лінії. Біль швидко розповсюджується по всій правій половині, а потім по усьому животі. Нерідко біль віддає у праве плече та ключицю. Хворий приймає вимушене положення. З'являється дошкоподібне напруження усіх м'язів живота. Рідше - тільки праворуч у підребер'ї, у верхньому квадраті прямого м'яза живота (при дуоденальних виразках) чи в епігастральній зоні.

Різкий біль визначається навіть при незначній пальпації та перкусії живота. Пульс рідкий. Артеріальний тиск понижений, інколи розвивається колапс. Блювота не спостерігається. При R-логічному обстеженні черевної порожнини у стоячому положенні хворого виявляють серпову смужку. Газ у піддіафрагмальному просторі, а в положенні на боці – газ поміж черевною стінкою та нутрощами. Через 6 – 12 годин від перфорації з'являються ознаки поширеного перитоніту. Зростає інтоксикація, слабкість, тахікардія, блювота, підвищується температура, здуття живота, кишечні шуми не прослуховуються, у пологих місцях живота визначається рідина.

Діагностика прикритої перфорації більш складна. Клінічна картина східна з гострим холециститом. Велике значення має добре зібраний анамнез та вірне проведення об'єктивного обстеження хворого. Якщо після кількох годин після початку гострих симптомів стан хворого покращується, то його треба дообстежити і ставити показання до операції в плановому порядку. З додаткових методів обстеження, поряд з R-графією, коли у 40% хворих відсутній вільний газ, можна виконувати гастродуоденоскопію, контрастну R-скопію шлунка, лапароскопію. Показанням до операції є поставлений діагноз проривної виразки та обґрунтування підозри на перфорацію.

**Передопераційне лікування – це противошочкова та дезінтоксикаційна терапія (вприскування наркотиків, переливання неогемодезу, кристалоїдів).**

**Знеболювання – загальна комбінована анестезія з ШВЛ.**

**Доступ – верхня середина лапаратомія.**

**Тактика хірурга під час операції**

**Перед хірургом стоять головні завдання:**

- 1. Виявити і ліквідувати перфорацію;**
- 2. Вибрати обсяг операції;**
- 3. Ретельно помити та висушити черевинну порожнину;**
- 4. Закрити рану живота і провести просторе дренування черевної порожнини у відповідності з патологією.**

**Для швидкого рішення першого завдання треба пам'ятати, що 90 – 95% перфорації буває на передній стінці дванадцятипалої кишки чи пілоро-антрального відділу шлунка, ближче до малої кривизни і тільки 5 – 10% перфорації виникає у середній третині чи кардіальному відділі шлунка. У 3% випадків виявляється атонічна перфорація виразок, які розташовуються по задній стінці шлунка, нижче цибулини дванадцятипалої кишки, між листками великого чи малого сальника.**

**Після огляду 12-палої кишки та шлунка необхідно, щоб асистент відвів печінку доверху, а хірург відтиснув шлунок і поперечно-ободову кишку вниз і вліво. Проривний отвір виразки слід тимчасово придавити тампонами, евакуювати ексудат електричним відсмоктувачем, поставити марлеві тампони, які відгородять печінку, правий боковий канал, поперечну кишку зліва і тільки після цього можна закривати дефект у стінці кишки чи шлунка.**

**Вибір методу операції залежить від ступеня розповсюдження та стадії перитоніту, локалізації проривної виразки, тяжкості загального стану хворого та його супутніх хвороб.**



**Прошивання проривного отвору або пластику проривної виразки за Полікарповим можна виконати, якщо з часу проривання пройшло більше 6 годин, при гострих невеликих язвах з м'якими краями, у хворих з тяжкою супутньою патологією. Шви треба накладати впоперек відносно поздовжньої вісі шлунка та 12-палої кишки. Шви треба провести поза зону інфільтрату, голку проводити достатньо глибоко, але не захоплювати слизову оболонку. Після того, як наклали 3 – 5 швів, починають їх зав'язувати, але краще починати з крайніх швів, тому що вони не прорізуються і досить добре інвагінують інфільтрат. У тих випадках, коли шви прорізуються, їх закріплюють прядкою сальника або застосовують метод Полікарпова, з допомогою якого проривний отвір тампонується часткою сальника на кінці. Якщо прошивання виразки привело до звужування вихідного відділу шлунка чи 12-палої кишки, слід виконати гастроентероанастомоз.**

**Висічення проривної виразки з пілоропластикою та ваготомією показані при відсутності поширеного гнійного перитоніту, значного розширення шлунка, достатній кваліфікації хірурга, який володіє технікою стовбурної чи селективної ваготомії і тільки при виразках 12-палої кишки.**

**Первинна резекція при проривній виразці показана у осіб з тривалим виразковим анамнезом, при відсутності поширеного перитоніту (час з моменту перфорації повинен бути не більше 6 годин), в задовільному стані, при достатній кваліфікації хірурга, наявності умов для виконання цієї технічно складної операції. Вік хворого і розташування виразки мають відносне значення. Ця операція показана у осіб середнього віку, якщо не має протипоказання.**

**Резекція виконується за загальними правилами, частіше за Більрот I, при технічних труднощах виконують Більрот II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера. Техніка резекції шлунка детально викладена у спеціальних монографіях.**

**Антрум – резекція з селективною вагатомією, показана при проривних виразках 12-палої кишки в поєднанні зі стенозом та високою шлунковою секрецією. Час з моменту перфорації повинен не перевищувати 6 – 8 годин.**

**Заключним етапом операції є ретельне висушування черевної порожнини. Для видалення ексудату необхідно добре підняти черевну стінку, потім видалити ексудат з місця найбільшого скупчення: з правого підпечінкового і піддіафрагмального простору правого боку, потім з лівого підпечінкового, піддіафрагмального простору, лівого боку і малого тазу. Найменш травматичним є видалення ексудату електровисмоктувачем. Ретельно обробляють великий сальник, на поверхні якого залишаються харчові маси і фібринові плівки, де скопичуються мікроорганізми і токсини.**

**Якщо з моменту перфорації пройшло мало часу і ексудату було мало, черевну стінку зашивають наглухо. Якщо проривання настали після їди, а давність перфорації 6 – 12 годин, то черевну порожнину та малий таз треба поширено дреноувати. Відведення, як правило, виконують під печінкою, зліва під діафрагмою, правий і лівий фланги, малий таз.**

**В післяопераційному періоді повинні бути використані усі заходи лікування і профілактики перитоніту (боротьба з парезом кишок, анальгетики, антибіотики, ГБО, дихальна гімнастика, введення сольових розчинів, вітамінів, плазма-коректорів, білкові препарати).**

### **1.5. ГОСТРІ ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ**

**Гострі шлунково-кишкові кровотечі являють собою серйозну проблему невідкладної хірургії органів черевної порожнини. Летальність**

досягає 10 – 50%. Кровотеча, як правило, є не самостійним захворюванням, а ускладненням іншого захворювання.

#### Класифікація гострої кровотечі

### I. Причини і локалізація кровотеч:

1. Захворювання стравоходу (варикозне розширення вен, пухлини, виразковий езофагіт, опіки, ушкодження стравоходу).

2. Захворювання шлунка та 12-палої кишки (виразкова хвороба, рецидивні та пептичні виразки, пухлини, гострі виразки, ерозивні гастрити, дуоденіти, грижі стравохідного отвору діафрагми).

3. Захворювання печінки та жовчовивідних шляхів, підшлункової залози та ін.

4. Захворювання кишечника (пухлини, дивертикульоз, неспецифічний виразковий коліт, тріщини, геморой).

5. Системні захворювання (захворювання крові: лейкози, гемофілія, перніціозна анемія; захворювання судин; гемангіоми, хвороба Ринду-Вебера-Ослера та ін.).

### II. Ступені тяжкості кровотечі:

1. Легкий ступінь (пульс 80 – 90 уд./хв., артеріальний тиск 120 – 110 мм рт. ст., дефіцит ОЦК до 20%, гемоглобін вище 100%).

2. Середній ступінь (пульс вище 100 уд./хв., артеріальний тиск 100 мм рт. ст., дефіцит ОЦК до 30%, гемоглобін 70 – 100%).

3. Тяжкий ступінь (пульс 120 уд./хв. і вище, артеріальний тиск 80 мм рт. ст. і нижче, дефіцит ОЦК 30% і вище, гемоглобін нижче 70%).

Черговий хірург вирішує, є кровотеча виразкового чи не виразкового генезу, який ступінь тяжкості кровотечі. З цією метою необхідно ретельно зібрати аналіз і провести додаткове обстеження.

1. Зробити загальний аналіз крові (на еритроцити, гемоглобін, лейкоцити, число тромбоцитів, згортання).

2. Загальний аналіз сечі на жовчні пігменти.

3. Група крові і Резус належність.
4. Коагулограма, ОЦК, гематокрит, КЛС .
5. Загальний білок, залишковий азот крові, цукор.
6. Ректальне обстеження (пальцеве і з допомогою ректального дзеркала).
7. Діагностика та лікувальна фіброгастроскопія (при цьому виявляють місце кровотечі, проводиться коагуляція судин).
8. R- обстеження проводять тільки при відсутності кровотечі при пухлинах шлунка чи 12-палої кишки, частіше в плановому порядку.

Діагноз підтверджується даними аналізу та об'єктивного обстеження. При масивних кровотечах раптово розвивається слабкість, запаморочення, блідість, блювота, холодний піт, тахікардія – найчастіші ознаки кровотечі при виразковій хворобі, синдромі Мелорі-Вейса, злоякісних пухлинах шлунка. Характерною ознакою продовження кровотечі є прогресивне падіння артеріального тиску. Біль при кровотечі зникає.

Лікувальна тактика та показання до операції

Хворих з кровотечею із стравоходу та шлунково-кишкового тракту госпіталізують у хірургічне відділення. При встановленому діагнозі загальноприйнятною є активно вичікувальна тактика, яка вимагає термінового уточнення ступеня кровотечі за об'єктивними критеріями – визначення ОЦК, його компонентів. Усім хворим з діагнозом шлунково-кишкової кровотечі, яка продовжується чи перенесена, проводиться фіброгастроскопія для визначення місця кровотечі, її характеру і темпу.

Під час фіброгастродуоденоскопії можливе застосування діатермокоагуляції, лазерної коагуляції, застосування плівкостворюючих препаратів.

При кровотечах із вен стравоходу показано введення склерозуючих розчинів у сполученні із поверхнею коагуляції. Якщо кровотеча настала із розірваних судин чи слизової оболонки, гемостаз можна виконати

обколюванням розчину новокаїну з адреналіном (10 мл 0,28% NOV +0,5 мл адреналіну), потім виконати коагуляцію і нанести на це місце плівкостворюючий препарат чи клей.

Якщо кровотечі під час фіброгастроскопії немає або вона помірною, а стан хворого задовільний, то необхідно почати консервативну терапію. Однак кровотеча у будь-який час може відновитися, тому черговому хірургу треба спостерігати за хворим в динаміці. При рецидиві кровотечі потрібна невідкладна операція.

Таким чином, екстрена операція показана хворим з профузною кровотечею чи рецидивом, коли консервативна терапія або ендоскопічні методи не зупинили кровотечу.

Передопераційна підготовка при профузній кровотечі проводиться на операційному столі. При цьому переливають розчини, які поповнюють ОЦК. Для цього катетеризують центральну вену, через яку вливають кристалоїди, стабізол, рефортан, плазму та ермасу при зниженні  $Ht$  нижче 30. При необхідності темп вливання збільшують, катетеризуючи ще одну вену, артерію. При цьому контролюють центральний венозний тиск, швидкість погодинного чи щохвилинного діурезу.

Якщо відсутня активна кровотеча, а виразка великого розміру і глибини (є загроза рецидиву кровотечі), підготовка хворого до операції проводиться протягом 6-24 годин, після чого хворому пропонують операцію. При легкому ступені кровотечі і відсутності тяжких супутніх захворювань через 12-16 днів виконується планова операція.

При середньому та тяжкому ступені кровотечі операцію виконують через 21-30 днів після надходження хворого до лікарні, при повній корекції порушеного гомеостазу.

У перші 2 доби хворим призначають ліжковий режим, на епігастральну зону кладуть холод, призначають гемостатичну терапію (епсилонамінокапронову кислоту 100мл внутрішньовенно, етамзілат 2,0

- 2,3 за добу чи дицинон, плазму нативну 100-150мл одногрупову з хворим, при збільшенні фібринолітичної активності призначають контрикал чи трасілол, поповнюють ОЦК (рефортан, стабізол), альбумін, еритроцитарну масу, відміті еритроцити. На другий день призначається дієта Меленграхта, потім стіл 1А та противиразкова терапія.

При кровотечі з вен стравоходу, окрім вищевказаного лікування, призначається зонд Блекмора. У тих випадках, коли кровотеча на фоні захворювання крові, поряд з гемостатичними препаратами призначають вливання тромбомаси, протамін сульфату, кріопреципітату, нативної плазми.

#### Тактика хірурга під час операції

Операцію при кровотечі виразкового генезу треба виконувати під загальною комбінованою анестезією з верхньо-серединною лапаротомією. Для визначення місця кровотечі необхідно оглянути передню і задню стінки шлунка та 12-палої кишки. Нерідко визначається інфільтрат, частіше по малій кривизні чи у місці вихідного відділу шлунка. Якщо не знаходять виразку чи пухлину шлунка, необхідно провести ревізію тонкого та товстого кишечника для виявлення доброякісних чи злоякісних пухлин, гострих виразок, поліпів, які кровоточать. Ретельно обстежують печінку, підшлункову залозу, селезінку, вени сальника і шлунка.

Якщо при зовнішньому огляді хірург не зможе знайти місце кровотечі, він повинен зробити гастротомію і оглянути шлунок та проксимальний відділ 12-палої кишки з боку слизової оболонки. Ретельно оглядають пілоричний відділ шлунку та задню стінку 12-палої кишки, останні відділи шлунка, місце переходу слизової оболонки стравоходу в слизову оболонку шлунка.

При виразках 12-палої кишки під час екстреної операції перевагу віддають висіченню виразки у поєднанні з пілоропластиком. При

плановій та ургентній операції при великих кальозних і пенетруючих виразках , які розташовані на задній стінці 12-палої кишки – треба проводити резекцію чи антрумектомію з ваготомією. Однак ці операції виконують у хворих з невеликим ступенем операційного ризику.

Якщо місцем кровотечі є виразка шлунку, то єдиним вірним способом зупинки кровотечі є операція, резекція шлунка. Ця операція проводиться у хворих з невеликим ступенем операційного ризику і тоді, коли хірург не може виключити малігнізацію виразки. У хворих з високим ступнем операційного ризику можна виконати висічення виразки чи прошиванням судин виразки на дні її та перев'язки лівої шлункової артерії.

Коли кровотеча виникає при розпаді пухлини, то найбільш радикальна операція - екстерпація шлунка, якщо ця пухлина операбельна; при неоперабельній пухлині треба виконати висічення пухлини або перев'язати шлункові артерії, або тільки констатувати захворювання.

При кровотечах з розширених вен стравоходу чи кардіального відділу шлунка необхідно прошити і перев'язати вени малої кривизни шлунка, а якщо зроблена гастромія, подібну операцію виконують з боку слизової оболонки.

Якщо місце кровотечі не знайдено або знаходять гострі виразки чи ерозії, які не кровоточать, виконують діагностичну лапаротомію або прошивають гострі виразки. Після операції призначають противиразкову терапію.

Головне завдання післяопераційного періоду – це боротьба з анемією, гіпопротеїнемією. Призначають вливання плазми, еритроцитарної маси, білкових замінювачів.

Слід знати, що у хворих з анемією нерідко виникають такі ускладнення, як пневмонія, гноїння ран, неспроможність швів. Після

**операції необхідно займатися профілактикою та лікуванням таких ускладнень.**

## **1.6. ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

**Гострий холецистит – це розповсюджене хірургічне захворювання, яке займає друге місце після апендициту. Основна маса хворих - це жінки старше 40 років.**

**Летальність залишається високою – близько 6 – 10%. Різноманітність ускладнень при цій патології, великий відсоток хворих похилого віку, велика летальність, труднощі діагностики потребують від хірурга знань та вірних рішень при виборі лікувальної тактики у хворих.**

### **Класифікація холециститів**

#### **I. За механізмом розвитку:**

- 1. Внаслідок жовчокам'яної хвороби (калькульозний холецистит).**
- 2. Внаслідок порушень евакуації жовчі некалькульозного генезу.**
- 3. Внаслідок дискінезії жовчних шляхів.**
- 4. Лямблійозний холецистит.**

#### **II. За морфологічними змінами:**

- 1. Гострий катаральний холецистит.**
- 2. Гострий флегмонозний холецистит.**
- 3. Гострий гангренозний холецистит.**

#### **III. За наявністю ускладнень:**

- 1. Ускладнення з боку жовчного міхура;**
  - а) перфорація жовчного міхура;**
  - б) водянка жовчного міхура;**
  - в) емпієма жовчного міхура.**
- 2. Ускладнення з боку черевної порожнини:**



а) перитоніт (жовчний, гнійний, серозний, дифузний, розширений, загальний).

б) абсцес черевної порожнини.

3. Ускладнення з боку жовчовідвідних шляхів:

а) холедохолітаз.

б) стеноз фатерова соска.

в) гострий папіліт і запалення гепатодуоденальної зв'язки (синдром Мрррізі, перихоледохеальний лімфаденіт).

4. Механічна жовтяниця.

5. Внутрішні жовчні нориці.

6. Гострий панкреатит.

7. Печінково-ниркова недостатність.

У 95% хворих з гострим холециститом у жовчному міхурі знаходять каміння. Їх утворення залежить від зміни хімізма жовчі, порушень обміну, динаміки жовчовиведення, а також через припинення у жовчному міхурі індукції, рефлюк вмісту 12-палої кишки та панкреатичного секрету у загальній жовчній протоці і жовчному міхурі, порушення іннервації та кровообігу. Комбінація різноманітних вищеназваних факторів приводить до хронічного чи гострого холецистити, а порушення кровообігу закінчується, як правило, флегмоною чи гангреною жовчного міхура.

Гострий холецистит, як правило, починається раптово, сильним приступом жовчної коліки з її характерними клінічними проявами. Болі нерідко приймають стяжний характер, локалізуються у правому підребер'ї, віддають у праву підключичну ділянку, плече, лопатку чи попереk. Рідко болі віддають в ділянку серця, що розцінюється як приступ стенокардії. Приступ болю супроводжується нудотою, блювотою, яка не приносить полегшення хворому. Підвищення температури залежить від глибини патоморфологічних змін у жовчному міхурі. Пульс частий (90 – 120 уд./хв. і вище), шкіра звичайного кольору

чи жовтянична, що вказує на механічну перешкоду, що заважає відтоку жовчі у кишечник.

Живіт при пальпації болючий у правому підребер'ї, а нерідко й епігастральній ділянці. Ніколи не пальпується збільшений, болісний жовчний міхур. Але при напруженні черевних м'язів неможливо промацувати жовчний міхур. При розповсюдженні запального процесу на парістальну черевину виникає симптом Щьоткіна-Блюмберга. Для гострого холециститу характерні й інші симптоми: Ортнера (біль при постукуванні правої реберної дуги), Кера (посилення болю при глибокому вдиху в ділянці правого підребер'я), Мерфі (затримання дихання на вдиху при надавленні на ділянку правого підребер'я). При гострому холециститі відмічається високий лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ, білірубіна, амінотрансферази, амілази, лужної фосфатази та інші.

Додаткові методи обстеження

Хворим, які поступають до лікарні з діагнозом "гострий холецистит", слід зробити клінічний аналіз крові з динамікою лейкоцитозу і формули, визначення білірубіна, загального білка, цукру крові, протромбіну, коагулограми, сечовини, амілази крові, діастази сечі.

Обов'язково треба визначити групу крові та резус-належність, виконати R-графію грудної клітки, ЕКГ, запросити на консультацію терапевта.

При неясному діагнозі і утрудненнях у визначенні тяжкості загальних змін у жовчному міхурі та черевній порожнині показане ультразвукове обстеження чи лапароскопія. При ускладненнях гострого холециститу механічною жовтяницею і холангітом виконують ендоскопічну ретроградну холангопанкреатографію і, за показаннями ендоскопічну папілосфінктеротомію.

Після стихання гострих явищ проводять такі обстеження:

1. Дуоденальне зондування;

2. Внутрішньовенна чи ретроградна холецистохолангіографія;
3. Рентгенологічне обстеження шлунка для виключення виразкових і пухлинних процесів;
4. Гастродуоденоскопія, гепатографія та ін.

#### Хірургічна тактика

Усім хворим, які поступають до лікарні з гострим холециститом, призначається консервативна терапія. Показаннями до термінової операції через 2 – 3 години з моменту доставки хворого є гострий гангренозний і перфораторний холецистит чи перитоніт.

Екстрена операція виконується через 24 – 48 годин з моменту госпіталізації хворого до лікарні, при відсутності ефективності консервативної терапії, прогресуючій інтоксикації і запальних змінах у жовчному міхурі та черевній порожнині.

У відстрочуваному періоді (через 20 – 25 днів з моменту захворювання), оперують хворих, у яких при консервативній терапії спостерігається покращення стану, зменшились гострі запальні процеси у жовчному міхурі, зменшилась інтоксикація і ліквідувалися перитонітні симптоми. Операцію виконують після ретельного обстеження, обов'язково - УЗД чи рентгенографію жовчного міхура і протоків, при цьому обов'язково визначають ступінь операційного ризику. При високому операційному ризику через супутню патологію операцію виконують лише при тяжких і частих приступах холециститу або при появі його ускладнень.

#### Підготовка хворих до операції

При наявності показань до термінової операції передопераційну підготовку краще проводити в умовах відділення інтенсивної терапії. Хворим призначають постільний режим, голод, холод на ділянку правого підребер'я, антибіотики широкого спектру дії, паранефральну новокаїнову блокаду або блокаду круглої зв'язки печінки, антиспастичні препарати, знеболюючі препарати, дезінтоксикаційну терапію

(неогемодез, кристалоїди, плазмокоректори, серцево-судинні препарати в залежності від віку, супутньої патології і показників пульсу, артеріального тиску). Якщо при консервативній терапії стан хворого не покращується, то показана невідкладна операція.

Вибір методу операції та тактика хірурга при операційному втручанні

Методом вибору при гострому холециститі (флегмонозному, гангренозному) є холецистектомія під загальною комбінованою анестезією з штучною вентиляцією легенів. Хірургічний доступ залежить від кваліфікації та досвіду хірурга, однак перевагу при деструктивних холециститах слід віддавати косому розрізу за Федоровим чи Кохером у правому підребір'ї. Серединну лапаротомію виконують частіше при хронічному холециститі та холецистопанкреатиті, коли треба ревізувати підшлункову залозу. Видалення жовчного міхура проводиться з метою усунути джерело каменеутворення, а також перитоніту. Відокремлено ця операція виконується тоді, коли є повна упевненість, що мається гарна прохідність жовчовивідних шляхів. З цією метою проводиться їх пальпація, зондування, холангіографія.

У 20 – 25% хворих холецистектомія поєднується з холедохотомією (холедохолітіаз, холангіт, структура дистального відділу холедоха). Холедохотомія може бути завершена глухим швом, папілосфінктеропластиком при обмеженому стенозі холедоха на протязі більше 2см. При наявності холангіту, панкреатиту, безлічі дрібних каменів у протоці гнійної жовчної замазки, поряд з холецистектомією показано зовнішнє дронування жовчовивідних шляхів за Кохером, Холстедом чи Вишневським.

У хворих з перитонітом та тяжкими супутніми захворюваннями можна виконати холецистектомію з вилученням каменів з жовчного міхура і відведенням його вмісту назовні. Операцію можна виконати під місцевою анестезією з атараксією чи нейролепсією для захисту психіки.

Протипоказанням для цієї операції є непрохідність міхурового протока чи перфорація шийки жовчного міхура. Операція закінчується дренажуванням черевної порожнини з підведенням дренажу до Вінслова отвору. При наявності поширеного перитоніту черевну порожнину ретельно промивають антисептиками чи антибіотиками, широко дренажують лівий та правий піддіафрагмальний простір, правий і лівий бокові канали та малий таз.

#### Післяопераційний період

У післяопераційному періоді продовжується консервативна терапія, яка включає протизапальну терапію, протимікробну, проводиться медикаментозна стимуляція кишківника (орнід, церукал, прозерин, перидуральна анестезія, гіпертонічні та очищувальні клізми). Обов'язково в інтенсивну терапію включають засоби для профілактики розладу функції дихання, серцево-легеневої недостатності. Особливу увагу звертають на функціонально вигідне положення хворого. Тривале положення хворого на спині може бути причиною гіпостатичної пневмонії, легеневої недостатності (внаслідок закупорення дихальних шляхів). Для запобігання цьому потрібне щогодинне ретельне спостереження за хворим. Моніторна техніка дає можливість реєструвати ЧД, ЧСС, артеріальний та венозний тиск, ЕКГ,  $t$  тіла.

При тривалій штучній вентиляції легень слід вести спостереження за роботою респіратора, контролювати хвилинний об'єм дихання, його частоту, тиск на вдиху і видиху, визначити ступінь адаптації хворого до апарату, проводити аускультативний контроль, лаваж трахіобронхіального дерева. Після таких операцій необхідно контролювати лабораторні показники – аналіз крові, сечі, коагулограми, водно-електролітного та кислотно-лужного стану, цукор крові, показники білірубіну та трансфераз і ін.

Хворим дозволяють сидіти у ліжку на першу добу, руховий режим розширюють в залежності від загального стану. Перев'язки протягом 3 –

4 днів щоденні. Дренажі після звичайної холецистектомії виймають на 3 день. У тих випадках, коли ложе жовчного міхура дреновано тампоном, його підтягують на 4 день, виймають на 5 – 6 день після операції. Дренаж жовчного міхура після холецистектомії тримається відкритим у чистій банці з антисептичним розчином. На 10 – 12 день виконують фістулографію і при відкритості патології з боку холедоха дренаж перемикають, а на 14 добу виймають.

При холедохостомії – перемикання дренажу починають з 8 – 10 дня після ліквідації явищ холангіту і підтвердження повної прохідності холідоху. Виймають дренажі на 12 – 14 день при задовільному стані хворого і відсутності виділення жовчі.

Шви з операційної рани знімають на 8 – 10 день. Виписують з лікарні після холецистостомії на 14 – 15 день після наложення холедохота холецистостомії, виписують з лікарні в міру закриття норниць. Якщо є денний стаціонар, виписування хворого можливе раніше. Тривалість тимчасової непрацездатності залежить від характеру перебігу післяопераційного періоду і складає у середньому 6 – 8 тижнів.

## 1.7. ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Найскладнішою і цілком невирішеною проблемою у невідкладній хірургії є гострий панкреатит.

Число хворих з року в рік збільшується. В нинішній час панкреатит займає по частоті третє місце після апендициту і холециститу і складає 12 – 13%. У його-

го розвитку мають значення безліч факторів: порушення жирового обміну, зловживання алкоголем, гостра їжа, переїдання, гіподинамія, захворювання жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, алергізація. В.С. Савельєв із співавт. (1986 р.) виділив 3 групи причин гострого

**панкреатиту: нейрогуморальні, токсикоалергічні, механічні. У 50,4% хворих панкреатит є ускладненням жовчокам'яної хвороби. Нерідко панкреатит розвивається при травмі підшлункової залози, ураження судин та ін.**

**Летальність залишається високою немає тенденції до зниження, особливо у групі хворих старше 60 років і при деструктивних формах панкреатиту.**

### **Класифікація гострого панкреатиту**

#### **Міжнародна класифікація хвороб**

**I. Гострий панкреатит, набрякова форма.**

**II. Гострий панкреатит, деструктивна форма.**

#### **Класифікація , прийнята в Атланті (США, 1992)**

**I. Гострий панкреатит.**

**1. Легка (помірно тяжка) форма.**

**2. Тяжка форма.**

**II. Набряковий (інтерстиціальний) панкреатит.**

**III. Стерильний панкреонекроз.**

**IV. Інфікований панкреонекроз.**

**V. Гостра несправжня кіста.**

**VI. Абсцес.**

#### **Ускладнення:**

**1. Перитоніт.**

**2. Парапанкреатит.**

**3. Інфільтрат чи абсцес сальникової сумки.**

4. Кіста підшлункової залози.
5. Псевдокіста сальникової сумки.
6. Механічна жовтяниця.
7. Панкреатичні нориці.
8. Кровотечі.
9. Діабет.
10. Печінкова недостатність.

#### Клініка та діагностика

Гострий панкреатит характеризується бурхливим початком. Хворий скаржить на сильний біль у верхній половині живота. Частий біль носить оперізуючий характер. У 95% хворих болі локалізуються в епігастральній ділянці, а у половини випадків - поєднуються з болем у лівому підребер'ї, менше - у правому. Поряд з болем в животі спостерігається здуття, виникає знесилююча блювота. Стан хворого тяжкий: він блідий, інколи іктеричний. Язик обкладений білим чи коричневим нальотом. Пульс спочатку рідкий потім частий, ниткуватий. Арт. тиск зменшується,  $t$  – субфібрильна, інколи вище  $38^{\circ}$ . Живіт здутий, головним чином у епігастрії. При пальпації - різкий біль у верхній половині живота, при цьому напруження черевної стінки відсутнє. Позитивні симптоми Мейо-Робсона (різкий біль при пальпації у лівому реберно-хребетному вузлі), Воскресенського (пульсація черевної аорти в епігастрії не визначається), Керте (біль і резистентність м'язів на 5 – 6 см вище пупа і ліворуч).

При деструктивних формах панкреатиту спостерігається випіт у ліву плевральну порожнину. При геморагічному панкреатиті ексудат скопичується у черевній порожнині, вміщає ферменти підшлункової залози, часто спостерігається петехіальний висип біля пупа, пігментація чи геморагічний висип на боці живота. Прогресування токсемії викликає акроціаноз, мармуровий малюнок на шкірі тіла, вологість



шкіри, холодний піт, задишку, гіпотензію, колапс, делірій, порушення функції нирок (олігурія, гематурія, циліндурія).

#### Спеціальні методи обстеження

Характер і обсяг діагностичних заходів визначається тяжкістю гострого панкреатиту, системних порушень та ефективністю лікування. Із лабораторних досліджень необхідно виконати клінічний аналіз крові, сечі, визначити амілазу крові, діастази сечі, білірубін, цукор крові, електроліти, ліпазу, С-реактивний білок, загальний білок і фракції, холестерин, трансамінази, сечовину, коагулограму, ОЦК, КЛС, в динаміці ЦВТ, групу крові і резус-належність.

При середньому і тяжкому ступені тяжкості панкреатиту виконують R-логічне обстеження грудної клітки, фіброгастроскопію, лапароскопію. Після поліпшення стану хворого слід виконати внутрішньовенну холангіографію, чи ретроградну холангіопанкреатикоскопію, УЗД.

У стадії розвитку гнійних ускладнень хворому необхідно обстежити шлунково-кишковий тракт, зробити R-графію черевної порожнини, посіви крові на бакфлору, аналіз флори на чутливість до антибіотиків.

#### Лікувальна тактика

Якщо виставлений діагноз гострого панкреатиту, важливо визначити його форму і в залежності від причини та розповсюдження патологічного процесу вибрати консервативний чи хірургічний метод лікування.

При точному діагнозі і відсутності розширеного перитоніту лікування починають з консервативних методів: ліжковий режим, голод протягом 2-3 днів, холод на епігастрій, промивання шлунку, двостороння паранефральна блокада круглої зв'язки, перидуральна анестезія, спазмолітики, дезінтоксикаційна терапія, антиферментні (контрикал, гофдокс, сандостатін), цитостатики (5 фторуроцил), антибіотикотерапія, антикоагулянти, серцеві препарати.

При деструктивних формах панкреатиту інфузійна терапія проводиться в об'ємі 3000 – 5000 мл. з форсуванням діуреза (манітол, лазекс). Для поповнення ОЦК в\в крапають стабізол, рефортан, розчин електролітів, плазма, альбумін.

Комплексна інтенсивна терапія продовжується 5 – 7 днів, можна використовувати гемосорбцію, лімосорбцію, плазмаферез, ГБО. В перші дні захворювання треба переливати альбумін, протеїн, нативну плазму, плазмореєктори (стабізол, рефортан), при зниженні показників еритроцитів нижче 3 млн. і Ht нижче 30 показано переливання Ер маси. При відсутності позитивних результатів від консервативного лікування і сумнівах щодо діагнозу гострого панкреатиту виконується лапароскопія, яка дозволяє уточнити діагноз, і при гострому панкреатиті визначити його форму, виконати дренажування сальникової сумки, черевної порожнини, провести блокаду круглої зв'язки печінки і брижі поперечно-ободової кишки. При цьому можна виконати перитоніальний діаліз, введення антибіотиків, цитостатиків та інгібіторів протеаз, при показанні виконується лапароскопічна мікро-холецистостомія.

Показання до операції:

1. При відсутності ефективності від комплексу консервативної терапії, прогресуванні перитоніальних явищ, зростанні загальної інтоксикації.
2. При зростанні жовтяниці.
3. При розвитку гнійних ускладнень.
4. При кровотечі та ерозії судин.
5. При холецистопанкреатиті, коли виникають панкреатичні нориці, кістах підшлункової залози.
6. При неможливості диференціювати гострий панкреатит від інших хірургічних захворювань органів черевної порожнини.

Тактика хірурга при цих операціях

Знеболювання – загальна комбінована анестезія.

Доступ – верхня середина лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини патогноманічними симптомами гострого панкреатиту є серозний чи геморагічний випіт, плями жирового некрозу, набряк і напруження підшлункової залози, а при панкреонекрозі - ділянки багрово-червоного чи сіро-чорного кольору підшлункової залози паренхіми, нерідко з гнійним розплавленням тканини залози, флегмоною заочеревної клітковини. Для огляду залози слід розсікти шлунково-ободову зв'язку.

Якщо виявлено набряк підшлункової залози, необхідно виконати парапанкреотичну блокаду 0,25% розчином новокаїну з антибіотиками, інгібіторами протеаз (контрікал, сандостатін), цитостатиками. Черевна порожнина зашивається після дренивання.

При поєднанні гострого панкреатиту з гострим холангіанітом чи жовчо-кам'яною хворобою, при високій гіпертензії жовчовивідних шляхів треба виконувати холецистектомію, зовнішнє дренивання холедоха чи холецистомію.

При геморагічному панкреатиті чи панкреонекрозі з сірозним перитонітом, поряд з парапанкреотичною блокадою, необхідно широко дрениувати сальникову сумку, черевну порожнину і малий таз, а при розповсюдженні запального процесу на заочеревну клітковину, дрениують і заочеревний простір із правого чи лівого люмботомічних доступів.

Хворим з термінальним ступенем панкреонекрозу, особливо при локалізації процесу у дистальних відділах підшлункової залози, треба виконувати резекцію цієї частини залози, некректомію, секвестрехтомію. Обов'язково відводять дренаж із сальникової сумки, а при резекції дистальної частини підшлункової залози виконують дренивання головного панкреатичного протоку.

Такі операції, як оментопанкреатопексія, “абдомінізація підшлункової залози”, кріодеструкція в останні роки мають обмежене застосування.

При розвитку гнійних ускладнень панкреатиту – абсцес сальникової сумки, гнійний парапанкреатит, флегмона чи абсцес заочеревної клітковини – операція обмежується, головним чином, розкриттям і адекватним дренажуванням гнійника.

Розріз абсцесу сальникової сумки проводиться методом розсікання шлунково-ободової зв'язки, края якої фіксуються до черевини, передньої черевної стінки, таким чином обмежують гнійну порожнину. Для кращого дренажування і зрошування гнійної порожнини, останню дренажують достатньо широкими по діаметру хлорвініловими трубами.

Розкриття і дренажування абсцесу заочеревного простору частіше проводять з лівого люмботомічного доступу, і дренажі при цьому двопросвітні чи цигаркоподібні.

#### Післяопераційний період

У післяопераційному періоді продовжується консервативна терапія, яка диференціюється, в залежності від форми панкреатиту, за клінічними та операційними даними. Вона направлена на боротьбу з тяжкою інтоксикацією організму, на ліквідацію гіповолемії, серцево-судиної недостатності, покращення мікроциркуляції й усіх видів обміну.

Продовжується спостереження за хворим, проводиться моніторинг цих важливих функцій організму, спостерігають за динамікою формули крові, біохімічними показниками, кислотно-лужним станом, коагулограмою.

## Розділ II

# **НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ ПОШКОДЖЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ЗА ОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ**

## **2.1. ПОШКОДЖЕННЯ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ**

Хворі з ушкодженнями живота повинні бути госпіталізовані в тому хірургічному відділенні, куди вони вперше доставлені. При огляді хворого з травмою живота хірург насамперед повинний вирішити питання, проникаюче це ушкодження чи непроникаюче, має місце ізольоване ушкодження черевної стінки чи воно поєднується з ушкодженнями органів черевної і грудної порожнини, заочеревинного простору.

Розрізняють закриті ушкодження черевної стінки (забиті місця тканин, розриви м'язово-апоневротичних утворень і її судин й ін.) і відкриті (рани, сторонні тіла, вогнепальні поранення). Головними клінічними симптомами при закритих ушкодженнях живота є гострі болі, явища подразнення очеревини, гематоми і крововиливи, рефлекторне здуття живота, затримка газів і сечі. Болі підсилюються при зміні положення тіла, при підйомі обох випрямлених у колінних суглобах нижніх кінцівок, при кашлі, сечовипусканні, акті дефекації й ін. У більшості випадків показана консервативна терапія (спокій, холод, гемостатичні препарати, а через 2-3 доби - фізіотерапевтичне лікування). Операція показана при підозрі на ушкодження внутрішніх органів, при повному розриві прямих м'язів живота, при наростаючих гематомах або їхньому нагноєнні, при утворенні помилкової геморагічної кісти.

Для виключення ушкоджень органів черевної порожнини можна використовувати діагностичний лапароцентез або лапароскопію. Разом з тим і лапароскопія не гарантує безпечного перегляду ушкодження заочеревинних відділів стінки 12-палої кишки або товстої кишки, нирок, сечових шляхів, підшлункової залози, судин. Тому при сумнівному діагнозі і наростанні клінічної картини необхідно виконати лапаротомію.

При повному поперечному розриві прямого м'яза живота широко розкривають його піхву, розірвані м'язи зшивають кетгуттом, після чого зшивають піхву прямого м'яза синтетичними нитками.

При наростаючих гематомах розріз проводиться на ділянці передбачуваного ушкодження кровоносної судини, що часто збігається з місцем застосування травматичної сили. Гематому необхідно розкрити, звільнити її порожнину від крові, лігірувати судини. При гнійній гематомі ретельно евакуюють гнійний ексудат, промивають гнійну порожнину антисептиками, рану широко дрениують.

При відкритих ушкодженнях черевної стінки винятково важливо вирішити питання, чи є ця рана проникаючою. Найбільш небезпечними

ускладненнями проникаючих ран є кровотечі, травматичний шок і перитоніт, внаслідок ушкодження порожнистих органів.

За характером ушкодження тканин розрізняють рани колоті, різані, рубані, забиті, рвані, роздавлені, укушені, вогнепальні, заражені отруйними і радіоактивними речовинами.

При непроникаючих ранах роблять первинну хірургічну обробку ран методом прогресивного розширення раньового каналу і, в залежності від часу з моменту поранення і величини рани, накладають первинний шов або дренують, залишаючи її відкритою.

Вогнепальні поранення рідко носять ізольований характер. Якщо рана не проникає в черевну порожнину, то найчастіше вона є дотичною. При цьому куля прокладає собі канал у підшкірній клітковині або в товщі м'язів і не тільки в межах черевної, але і в грудній стінці. Поранення може бути сліпим або з розташуванням вихідного отвору в незвичайному місці. При непроникаючих вогнепальних пораненнях показана первинна хірургічна обробка рани.

При сторонніх тілах черевної стінки насамперед необхідно визначити їхній характер і точну локалізацію. З цією метою необхідно ретельно зібрати анамнез про механізм травми. Сторонні тіла з гострими кінцями, спрямованими до черевної порожнини, можуть травмувати очеревину і внутрішні органи, тому рання діагностика має важливе значення для рішення питання про термінове оперативне втручання. Допомагає в діагностиці рентгенологічне дослідження, яке проводиться у двох проєкціях, а в сумнівних випадках - в умовах пневмоперитоніума.

Сторонні тіла проникають у черевну порожнину не тільки ззовні, але і з органів шлунково-кишкового тракту (голки, рибні кістки й ін.). Нерідко вони виявляють себе утворенням болісних інфільтратів або абсцедування, рідше - ознаками місцевого або розлитого перитоніту. При осумкованих гнійниках показані розкриття і дронування абсцесу, при перитоніті - лапаротомія, усунення джерела перитоніту, дронування черевної порожнини і малого таза.

Операції, зв'язані з видаленням сторонніх тіл, часто складні, тому вони повинні виконуватися досвідченим хірургом, а при необхідності треба провести субопераційне рентгенологічне дослідження. Для профілактики правця хворим необхідно ввести 3000 ОД протиправцевої сироватки.

## 2.2. ПОШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Ізольоване ушкодження очеревини або якого-небудь органа зустрічається порівняно рідко. Частіше має місце одночасна травма очеревини й органів черевної порожнини. Діагностичні труднощі обумовлені тим, що при закритій тупій травмі живота важко вирішити, мається ушкодження тільки черевної стінки чи ушкоджені й органи черевної порожнини. Ще більше утрудняється діагностика при множинних ушкодженнях, коли травма живота сполучається з травмою інших частин тіла. Слід також пам'ятати, що з першої години після травми клінічні симптоми можуть бути однакові як у хворих із забитими місцями живота, так і при ушкодженні органів черевної порожнини. Тому за кожним хворим із закритою травмою живота встановлюють ретельне динамічне спостереження з реєстрацією в історії хвороби суб'єктивних і об'єктивних даних через кожні 30 хвилин. Якщо при травмі відбувся розрив порожнистого органа, то навіть нетривале спостереження дозволяє констатувати наростання больових відчуттів. У хворих з'являється напруження м'язів живота або перитонеальні симптоми, нудота, блювота, здуття живота. У всіх хворих необхідно визначати наявність вільної рідини в черевній порожнині шляхом виявлення притуплення в пологих місцях живота, ректального, вагінального і рентгенологічного досліджень.

Досить характерною і постійною ознакою внутрішньочеревної кровотечі є частий (110-120 і більш) пульс, низькі цифри артеріального тиску,



гемоглобіну, еритроцитів, гематокрита. Ознаками недокрів'я супроводжуються і великі крововиливи в заочеревинну клітковину.

У важких для діагностики випадках можна зробити двосторонню паранефральну або підвздошно-крестцову новокаїнову блокаду, що знімає, або зменшує ознаки "гострого живота", але не затушовує клініку перитоніту, що розвинувся в результаті ушкодження внутрішнього органа.

Діагностичні помилки часто допускаються при сукупних травмах. Нерідко при забиті грудної клітки або при переломі нижніх ребер виникають болі в ділянці передньої черевної стінки, ригідність м'язів. Це відбувається в зв'язку з тим, що шість нижніх міжреберних і перший поперековий нерви іннервують не тільки плевру, діафрагму і міжреберні м'язи, але і передню черевну стінку. Зроблені при переломах ребер спирт-новокаїнові блокади знімають біль і тим самим сприяють диференціальній діагностиці.

**ЗНАЧНІ ДІАГНОСТИЧНІ ТРУДНОЦІ ВИНΙΚАЮТЬ У ХВОРИХ ІЗ МНОЖИННИМИ ТРАВМАМИ В СТАНІ ШОКУ, ПРИ МАСИВНІЙ КРОВОВТРАТІ, У ХВОРИХ ЗІ СПЛУТАНОЮ СВІДОМІСТЮ ВНАСЛІДОК ВАЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ АБО РІЗЬКОГО АЛКОГОЛЬНОГО СП'ЯНІННЯ. У ТАКИХ СИТУАЦІЯХ ДОСИТЬ ІНФОРМАТИВНИМИ І МАЛО ТРАВМАТИЧНИМИ Є ЛАПАРОЦЕНТЕЗ АБО ЛАПАРОСКОПІЯ.**

#### **Показання до лапаротомії:**

1. Встановлений діагноз - "ушкодження органів черевної порожнини".
2. Неможливість виключити ушкодження органів черевної порожнини, незважаючи на динамічне спостереження і використання клінічних, лабораторних і додаткових методів дослідження.
3. Проникаючі рани живота.
4. Наростання больового синдрому і симптомів подразнення очеревини при нетривалому спостереженні.
5. Наростання клінічної симптоматики при спостереженні в динаміці протягом 2-3 годин (частішання пульсу, блювота, здуття живота й ін.).

6. Триваюча кровотеча (зміна частоти пульсу, артеріального тиску, показників червоної крові).

7. Виявлення вільної рідини в черевній порожнині.

8. При травмах з вираженими явищами шоку і сполучених травм органів грудної клітки і черевної порожнини, при яких лікувальні заходи не знімають симптоматику "гострого живота".

#### Тактика хірурга під час операції

Лапаротомія з приводу ушкоджень органів черевної порожнини повинна бути виконана під загальним комбінованим знеболюванням з ШВЛ. Операційний доступ повинний бути анатомічним, достатньої величини, або проведений таким чином, щоб його можна було при необхідності розширити для здійснення повної діагностичної ревізії всіх органів черевної порожнини і заочеревинного простору.

Серединна лапаротомія відповідає всім цим вимогам, а при необхідності розріз може бути виконаний від мечоподібного відростка до лобка. Завдяки малій травматичності і відсутності ушкоджень нервово-м'язових утворень, післяопераційний період у хворих після серединної лапаротомії протікає легше, больові відчуття значно слабкіше, що обумовлює більш повноцінне дихання, велику активність хворих у постелі, що природно приводить до нормалізації гемодинаміки, більш швидкого відновлення моторики кишечника і попередження пневмонії і тромбоемболічних ускладнень.

При ушкодженні печінки або селезінки доцільніше вдатися до спеціальних розрізів, що дозволяють у більш сприятливих умовах оперувати на даному органі. Косий розріз С. П. Федорова або Кохера праворуч, паралельно реберній дузі, відкриває достатній доступ не тільки до правої частки печінки, але і до позапечінкових жовчних шляхів, дванадцятипалої кишки і пілороантрального відділа шлунка. Аналогічний розріз, проведений ліворуч, дозволяє зробити ревізію й оперувати на селезінці, лівій частці печінки, шлунка і діафрагмі. У тих випадках, коли косий розріз недостатній для повноцінної ревізії й оперативного втручання, його можна продовжити

донизу по латеральному краю правого або лівого прямих м'язів живота, в результаті чого відкривається достатній доступ до правої і лівої половини товстої кишки,

Лапаротомічний розріз у правій або лівій клубових ділянках типу Волковича-Дьяконова при необхідності може бути легко продовжений у люмботомічний доступ з виходом на нирку і заочеревинний простір.

План ревізії органів складає хірург під час операції, зважаючи на локалізацію і характер ушкоджень, однак ревізія повинна бути завжди ретельною і повноцінною. При наявності крові в черевній порожнині необхідно швидко приступити до пошуку джерела кровотечі. З цією метою електровідсмокчувачем аспірують рідку частину крові, а згустки видаляють рукою або за допомогою марлевих серветок. Ревізію слід починати з огляду печінки, селезінки і брижових судин.

Крайові розриви печінки і розриви, які локалізуються на її нижній поверхні, не представляють труднощів для діагностики. Для огляду діафрагмальної поверхні печінки необхідно розсікти серповидну зв'язку і відтискаючи нагору задній край печінки, вивести її вперед з-під реберної дуги.

Інтраопераційна діагностика травматичних ушкоджень селезінки нескладна. Однак при її малій рухливості, явищах периспленіту значно утруднюється огляд, а виведення селезінки в рану може привести до розриву капсули і більш значної кровотечі. У тих випадках, коли в хірурга мається впевненість, що джерелом кровотечі є селезінка, треба її відразу видаляти, тому що втрата часу на пошуки місця розриву збільшує об'єм крововтрати, а, отже, і ризик оперативного втручання.

При виключенні кровотечі з паренхіматозних органів приступають до ревізії тонкого і товстого кишечника. Спочатку ретельно оглядають тонку кишку від зв'язки Трейца до ілеоцекального кута, потім товстий відділ кишечника. Брижу кишки слід оглядати по обидва боки. При виявленні відриву брижі від кишки і судин, що кровоточать, необхідно зупинити

кровотечу шляхом перев'язки судин, а якщо приймається рішення про необхідність резекції нежиттєздатної ділянки кишки, то виконання цієї частини відкладається до моменту повної зупинки внутрішньочеревної кровотечі. У такий же спосіб діють при виявленні множинних ранових дефектів кишки. Останні закриваються марлевими серветками, а обробка їх здійснюється лише після зупинки кровотечі.

Надалі ретельно оглядають передню і задню стінки шлунка, малий і великий сальник, дванадцятипалу кишку і підшлункову залозу. Слід пам'ятати, що грубе або різке потягування шлунка медіально і вниз приводить до відриву шлунково-селезінкової зв'язки з наступною досить сильною кровотечею.

Після зупинки кровотечі й ушивання дефектів паренхіматозних органів або їхнього видалення переходять до виявлення ушкоджень порожнистих органів шлунково-кишкового тракту. Інтраопераційна діагностика важка при розривах задньої стінки шлунка у верхній його ділянці під діафрагмою, заочеревинних відділів дванадцятипалої кишки. При емфіземі заочеревинної клітковини, припухлості її з характерним зеленуватим забарвленням очеревини або виявленні заочеревинної гематоми, необхідно зробити мобілізацію 12-палої кишки за Кохером й, у випадку порушеної її цілісності, відновлювати дефект шляхом накладення швів на стінку кишки.

Ревізію підшлункової залози здійснюють шляхом досить широкого розсічення шлунково-ободочної зв'язки. Наявність саден, крововиливів, гематом, повних або неповних розривів паренхіми підшлункової залози можуть стати причиною розвитку важкого післятравматичного панкреатиту.

При ревізії товстого кишечника особливу увагу звертають на брижеві краї кишки і тих відділів, що розташовані мезоперитонеально.

Завершують огляд органів черевної порожнини пальпаторним дослідженням органів сечостатевої системи. Звертають увагу на їхні контури, розміри, відносну рухливість. Згин контурів, пастозність і інфільтрація

клітковини можуть бути ознаками урогематоми або ушкодження інших органів заочеревинного простору.

Ретельно досліджують сечовий міхур з метою виключення його розривів або поранення.

Таким чином, хірург після зупинки загрозової кровотечі, повинний робити повноцінну ревізію всіх органів черевної порожнини і ліквідувати оперативним шляхом усі виявлені ушкодження за загальноприйнятою методикою .

### **2.2.1. Ушкодження печінки**

Розрізняють відкриті і закриті ушкодження печінки. Відкриті ушкодження викликаються колючими, ріжучими предметами, вогнепальною зброєю. Закриті ушкодження відбуваються в результаті безпосереднього удару в живіт, стиснення між двома предметами - буферами вагонів, бортом вантажівки, при обвалах, при падіннях з висоти, різкій напрузі черевного преса, підйомі важкого і т.д..

У воєнний час причинами закритих ушкоджень печінки є вибухова хвиля, вплив зброї і техніки й ін.

Ушкодження печінки можуть бути з порушенням цілісності капсули і без нього, у вигляді субкапсульних або глибоких центральних гематом. Останні нерідко досягають великих розмірів і часто, навіть при незначному напруженні, можуть розірватися, виникає, так званий, двохмиттєвий розрив печінки.

Клінічна картина закритих ушкоджень печінки складається з ряду місцевих і загальних симптомів, вираженість яких обумовлена важкістю супутніх ушкоджень і об'ємом крововтрати. При ізольованому ушкодженні печінки головними ознаками є шок і внутрішньочеревна кровотеча. При поєднаних ушкодженнях швидко приєднується клініка місцевого або розлитого перитоніту. Стан потерпілих важкий і прогресивно погіршується. Часто розвивається картина колапсу зі втратою свідомості. Пульс частий, артеріальний тиск знижується. У тих випадках, коли порушення

гемодинаміки зв'язане з забиттям черевної стінки, дуже швидко стабілізується. Якщо ж має місце ушкодження печінки з тривалою кровотечею, артеріальний тиск прогресивно падає, а пульс стає нитковидним. Живіт помірно роздутий, напружений у правому підребер'ї або в правій половині живота. При значній внутрішньочеревній кровотечі спостерігається притуплення в пологих місцях. Біль у животі може бути різної інтенсивності і локалізації. Однак наростаючий характер болю вказує на поєднаний характер травми з ушкодженням порожнистих органів.

Для ушкодження печінки характерне притуплення в підпечінковому просторі, або в правій клубовій області, збільшення печінкової тупості, поява жовтяниці через 4-5 днів після травми, зниження рівня гемоглобіну, зменшення кількості еритроцитів і величини гематокриту.

**З ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ СЛІД ЗАЗНАЧИТИ, ЩО ОГЛЯДОВА РЕНТГЕНОСКОПІЯ ЯВЛЯЄ ДІАГНОСТИЧНУ ЦІННІСТЬ ЛИШЕ У ВИПАДКАХ УШКОДЖЕННЯ КУПОЛА ПЕЧІНКИ (ВИСОКЕ СТОЯННЯ КУПОЛА ДІАФРАГМИ І ПОРУШЕННЯ ЇЇ ЕКСКУРСІЇ). АНГІО-ГЕПАТОГРАФІЯ (ЦЕЛІАКОГРАФІЯ, СПЛЕНОПОРТОГРАФІЯ, ТРАНСУМБІЛІКАЛЬНА ПОРТОГЕПАТОГРАФІЯ) ДОЗВОЛЯЄ РОЗПІЗНАТИ ЛОКАЛІЗАЦІЮ УШКОДЖЕННЯ ПО ЧАСТКАХ І СЕГМЕНТАХ ПЕЧІНКИ І ТРАВМОВАНУ ГІЛКУ СУДИНИ. ЗНАЮЧИ ТОЧНЕ МІСЦЕ І ЯКА СУДИНА ПЕЧІНКИ УШКОДЖЕНА, ХІРУРГ ВИБИРАЄ ПРАВИЛЬНУ ХІРУРГІЧНУ ТАКТИКУ ВЕДЕННЯ ХВОРОГО, ПРАВИЛЬНИЙ ОПЕРАЦІЙНИЙ ДОСТУП І СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ.**

**Лікування.** Хворі, що надходять у клініку із шоком, потребують проведення протишокової терапії, що є одночасно і передопераційною підготовкою. негайно приступають до переливання крові і її компонентів, кровозамінників, глюкози з інсуліном, сольових розчинів, білків, введення серцевих й антигістамінних препаратів, кортикостероїдів й ін. При

профузних внутрішньочеревних кровотечах оперативне втручання починається, незважаючи на наявність шоку, під прикриттям інтенсивної інфузійної терапії (рефортан, стабізол, нативна плазма, кристалоїди, при необхідності Ер маса.).

В залежності від локалізації ушкодження операцію починають з лапаротомії або з тораколапаротомії під загальним знеболюванням із ШВЛ. У першу чергу вживають заходів для зупинки кровотечі. Діагностика ушкоджень передньої і нижньої поверхні печінки нескладна. Діафрагмальна і костальна поверхня печінки недоступна для огляду, тому ці ушкодження пальпуються рукою, і при вкрай важкому стані хворого роблять туге тампонування рани печінки марлевым тампоном. При сильній кровотечі можна тимчасово перетиснути печінково-дванадцятипалу зв'язку на 10-15 хв. Більш тривале перетиснення може привести до некрозу паренхіми печінки. Після зупинки кровотечі обробляють рану печінки і видаляють кров і жовч. Головна вимога при обробці рани печінки - видалення згустків крові, сторонніх тіл, нежиттєздатних тканин. При масивних ушкодженнях паренхіми печінки або пораненнях магістральних судин печінки, які спричиняють некроз тканини, показана резекція сегмента, сектора або частки печінки. Рану зашивають кетгутом (№ 6-8) прямими або великими круглими голками матрацними або П-подібними швами. При резекції печінки можна використовувати шов Варламова, Кузнєцова і Пенського, Оппеля й ін. Щоб уникнути прорізання швів, під них підкладають парієтальну очеревину, пасмо сальника на ніжці, зв'язку печінки, біологічний тампон, гемостатичну губку. Шви затягують лише до зіткнення поверхонь. При локалізації рани на діафрагмальній або задньо-верхній поверхні печінки, після її попередньої обробки, пришивають ділянку печінки до діафрагми або застосовують гепатопексію за Хіарі-Альфєровим-Миколаєвим. Остання полягає в тому, що рану тампонуєть сальником або яким-небудь матеріалом, що розсмоктується, після чого печінку вдавлюють у глибину підребер'я, а вільний її край зшивають з парієтальною очеревиною.

З метою діагностики ушкодження внутрішньопечінкових проток інтраопераційно можна вдаватися до холангіографії, яку виконують шляхом пункції загальної жовчної протоки.

Для профілактики підтікання жовчі в ділянки накладених швів здійснюють декомпресію жовчних шляхів шляхом зовнішнього дренивання протоків.

Операцію закінчують дрениванням черевної порожнини хлорвініловими або цигаркоподібними дренажами. Один із дренажів повинний бути підведений безпосередньо до ушитої рани печінки або до неушитої рани, якщо в момент ревізії печінки кровотеча зупинилася.

У післяопераційному періоді необхідно пам'ятати про можливість виникнення вторинної кровотечі або септичних ускладнень. Для відвернення цього здійснюють контроль за показниками червоної і білої крові, гемодинамікою, відділенням через дренажі. Продовжується протишокова, дезінтоксикаційна та антибіотикотерапія.

### **2.2.2. Ушкодження селезінки**

Травматичні ушкодження селезінки поділяють на відкриті і закриті. Відкриті травми селезінки часто сполучаються з травматичними ушкодженнями шлунка, товстого відділу кишечника, підшлункової залози, нирки. Ізольовані ушкодження зустрічаються значно рідше, у той час як закриті травми селезінки складають 20-30% всіх ушкоджень паренхіматозних органів.

Розрізняють одно- та двохмиттєві розриви селезінки. При одномиттєвому розриві ушкоджується одночасно капсула і паренхіма селезінки. При двохмиттєвому розриві спочатку ушкоджується паренхіма селезінки з утворенням підкапсульної гематоми, потім - розривається капсула з кровотечею у вільну черевну порожнину. Вторинні розриви селезінки відбуваються нерідко при незначному фізичному напруженні (кашель, поворот у постелі, нахил тіла) і навіть у спокої. Час з моменту розриву паренхіми до вторинного розриву капсули селезінки може бути від декількох



годин до декількох днів, тижнів і місяців. Розриви бувають поодинокі і множинні. Множинні ушкодження спостерігаються частіше при одномиттєвому розриві, поодинокі - при двохмиттєвому.

### *Клініка і діагностика*

Клініка і діагностика травматичного розриву селезінки представляють певні труднощі, залежать від часу, який пройшов з моменту травми, важкості ушкодження і від супутніх ушкоджень інших органів. Допомагає діагностувати розрив селезінки ретельно зібраний анамнез, огляд шкірних покривів живота, грудної клітки і поперекової ділянки, де можуть бути виявлені садна, дрібні і більш великі крововиливи.

Хворі скаржаться на болі в лівому підребір'ї, що часто ірадіюють у ліве плече і ліву лопатку. Позитивний симптом "Ваньки-встаньки", описаний Гуревичем, при якому болісність у лівому підребір'ї підсилюється в положенні хворого лежачи на спині і зменшується в положенні сидячи. Хворі нерідко займають вимушене положення у постелі. Вони лежать на лівому боці з підтягнутими до живота ногами.

Розрив селезінки супроводжується непритомним станом хворих, симптомами гострої крововтрати і шоку. Надалі приєднуються ознаки подразнення очеревини. Перкуторно визначається збільшення тупості в зоні селезінки, а в пологих відділах черевної порожнини виявляється вільна рідина. У більш рідких випадках розриви селезінки супроводжуються крововиливом у заочеревинну клітковину, у результаті чого відбувається подразнення нервових сплетінь, що приводить до парезу кишечника. Досить швидко порушується гемодинаміка, хоча при субкапсульних розривах гемодинамічні показники можуть досить довго зберігатися стабільними. Швидке зниження ОЦК, гематокриту, гемоглобіну, тахікардія, зниження артеріального тиску є грізними ознаками, що свідчать про масивну крововтрату. У зв'язку з цим дуже важливо в хворих із закритою травмою живота вести ретельне спостереження, а в ряді випадків діагноз може бути уточнений терміновою лапароскопією. Таким чином, встановлений діагноз

або лише підозра на травматичний розрив селезінки з явищами внутрішньої кровотечі є показанням для екстреної операції.

#### *Тактика хірурга під час операції*

Операція на селезінці повинна бути проведена під загальним знеболюванням із ШВЛ. Найкращими доступами до органа є верхньо-серединна лапаротомія або розріз по краю лівої реберної дуги, що при необхідності може бути продовжений вліво і вниз по зовнішньому краю лівого прямого м'яза живота.

При ревізії органів черевної порожнини хірург повинний визначити джерело кровотечі, масивність крововтрати і чи є ушкодження селезінки ізольованим або воно поєднується з ушкодженням інших паренхіматозних або порожнистих органів шлунково-кишкового тракту.

Найбільш виправданим втручанням при масивних травмах селезінки або ушкодженнях судинної ніжки є спленектомія.

Спочатку хірург відтискає пальцями судини, що кровоточать, видаляє кров з черевної порожнини і виводить селезінку в рану. Поетапно розсікаються діафрагмально-селезінкові і шлунково-селезінкові зв'язки. У селезінковій ніжці краще спочатку лігірувати селезінкову артерію, а потім вену. Перев'язку судин необхідно робити якнайближче до воріт селезінки. Інакше є небезпека травматичного ушкодження хвоста підшлункової залози, що нерідко знаходиться в безпосередній близькості від воріт селезінки. Травмування підшлункової залози при спленектомії часто веде до розвитку післяопераційного панкреатиту, що значно ускладнює післяопераційний період.

Після спленектомії і ретельного туалету піддіафрагмального простору і черевної порожнини, останні дреноуються хлорвініловими дренажами, рукавично-трубчастими або двохпросвітковими трубками, виведеними через контрапертури в лівій поперековій ділянці по середній і задній пахвовій лінії й у лівій клубковій ділянці. Дренажні трубки, виведені в лівій поперековій

зоні дренують лівий піддіафрагмальний простір і лівий фланг, а дренаж, виведений у правій підвздошній ділянці, дренує малий таз.

Органозберігаючі операції на селезінці виконують при одиночних невеликих розривах селезінки. Рану ушивають окремими П-подібними швами, використовуючи для перитонізації сальник, очеревину у вигляді вільного шматка, кетгут. Шви накладають на різну глибину і стягають до зіткнення країв рани.

В останні роки широко пропагандуються засоби обробки раньових ушкоджень різновидами біологічного клею (МК-2, МК-6, желатин-резорцин-формальдегідний клей; і ін.).

Для збереження функції селезінки після спленектомії запропоновані і такі методи, як трансплантація ділянки селезінки між листками великого сальника.

У післяопераційному періоді продовжується гемостатична терапія, заповнення крововтрати шляхом переливання крові і кровозамінювачів. Тривале підвищення температури спостерігається в багатьох хворих після спленектомії. Треба однак пам'ятати, що при недостатній санації черевної порожнини або неадекватному дренажу, можуть утворитися піддіафрагмальні абсцеси (нагноєна гематома лівого піддіафрагмального простору). Поряд із клінікою, важливе значення в діагностиці вищезгаданого ускладнення мають ультразвукове і рентгенологічне дослідження, при якому виявляють рівень рідини під діафрагмою або співчутливий плеврит ліворуч.

Дренажі видаляють через 6-7 днів після операції при відсутності будь-яких виділень, нормалізації температури і поліпшення загального самопочуття хворих.

### **2.2.3. Ушкодження порожнистих органів**

Діагностика ушкоджень порожнистих органів при закритій травмі живота є важкою задачею в невідкладній хірургії. Число діагностичних помилок досягає 30%. Розрізняють одиничні і множинні ушкодження. Ушкодження тонкої кишки - найчастіший вид травми і складає 24-40% від

числа всіх ушкоджень органів черевної порожнини. Рідше зазнає ушкодження товста кишка, шлунок і дванадцятипала кишка.

Для постановки діагнозу використовують комплекс клінічних, лабораторних, рентгенологічних і інструментальних методів дослідження. Однак основою діагностики, як і раніше, залишаються скарги, історія захворювання і дані клінічного огляду.

При забиті порожнистих органів спочатку в клінічній картині переважають больовий синдром і явища шоку. Після виходу із шокowego стану хворі скаржаться на помірні болі в животі, однак стан їх залишається задовільним. Якщо ж у міру спостереження за хворим протягом 1-2 годин їхній стан погіршується і з'являються перитоніальні симптоми, показана екстрена операція.

Діагностичні труднощі виникають при прийомі знеболюючих засобів і в стані сп'яніння, тому що біль зникає, черевні м'язи розслаблюються, а блювота часто пояснюється не перитонітом, а алкогольною інтоксикацією.

У сумнівних випадках показана лапароскопія або лапароцентез. Усіх хворих необхідно обстежувати ректально. Це дає можливість виявити болісне подразнення тазової очеревини і наявність вільної рідини в черевній порожнині.

Відкриті ушкодження спостерігаються в 20-45% усіх травм живота. Вони наносяться холодною, вогнепальною зброєю і вторинними знаряддями.

Рани, нанесені холодною зброєю, поділяють на колото-різані, рубані і рвані. Вогнепальні поранення можуть бути наскрізними, дотичними і сліпими. Вони характеризуються множинністю, просторовістю і глибиною ушкодження тканин і органів.

Хірургічна тактика при колото-різаних або вогнепальних пораненнях залежить від того, є поранення проникаючим в черевну порожнину чи ні. При проникаючих ранах або сумнівах у цьому відношенні необхідно виконати лапаротомію. Лапаротомію можна виконати шляхом прогресивного розширення рани, однак з огляду, що рани, як правило, забруднені, нерідко

зі значним роздробленням тканин, більш вигідно почати діагностичну лапаротомію по середній лінії живота.

Хірургічна тактика під час операції й обсяг хірургічного втручання визначаються характером ушкоджень, виявлених при ревізії органів черевної порожнини.

При забиттях місцях стінки шлунка (гематома, множинні крововиливи) обов'язковим елементом операції є розкриття сальникової сумки для виключення ушкодження підшлункової залози. У тих випадках, коли гематома розташовується в зоні брижів поперечно-ободової кишки, поряд з ревізією підшлункової залози, слід мобілізувати 12-палу кишку і ретельно її оглянути.

При пораненнях або надривах шарів стінки шлунка відновлюють ранові дефекти вузловими серозно-м'язовими синтетичними швами, а при необхідності додатково перитонізують сальником на ніжці.

Повні розриви стінки шлунка ушивають дворядними швами в поперечному напрямку. При більш значних ушкодженнях зі значним випаданням слизової оболонки також не є показанням для резекції органа. Слизову оболонку необхідно вправляти в просвіт шлунка, а на рану накладати дворядний шов.

При повному відриві шлунка від 12-палої кишки рекомендується ощадлива резекція шлунка за Більрот-1 або Більрот-2 у модифікації Гофмейстера-Фінстерера. Операцію закінчують дренажуванням черевної порожнини хлорвініловою трубкою, виведеною через контрапертуру в зоні правого підребер'я.

Інтраопераційна діагностика поранень задньої стінки шлунка, особливо у верхньому його відділі під діафрагмою, представляє значні труднощі. Для цього потрібно достатня релаксація і гарний доступ, що дають можливість огляду усього шлунку. У сумнівних випадках наповняють шлунок антисептичним розчином або повітрям, визначаючи таким способом зону ушкодженої ділянки шлунка.

Ушкодження тонкої кишки складають 24-38% від числа всіх ушкоджень органів черевної порожнини. Після повної ревізії всього тонкого кишечника (від зв'язки Трейца до ілеоцекального кута) і зупинки кровотечі приступають до обробки ран або резекції кишки.

Десерозіровані ділянки кишки перитонізують сіро-сірозними швами. Неповні розриви стінки кишки ушиваються в поперечному напрямку окремими вузловими швами. При накладуванні першого ряду швів необхідно, щоб слизова оболонка була усюди добре занурена в просвіт кишки. Другий ряд сіро-сірозних швів накладають таким чином, щоб не порушилося кровопостачання кишки, особливо в тих ситуаціях, коли рана знаходиться в зоні її брижового краю.

Показанням для резекції ділянки тонкої кишки є повний поперечний її розрив, відрив брижі, який привів до ішемії або некрозу кишки, а також множинні рани, розташовані на близькій відстані одна від одної. Резекцію необхідно виконати в межах, де життєздатність кишки не викликає ні найменших сумнівів. Анастомоз накладають за типом "кінець у кінець" або "бік у бік" дворядним швом.

При виявленні невеликих ранових дефектів до 1 см у діаметрі, їх зашивають Z-подібним або кisetним швом з наступною перитонізацією сіро-сірозними швами, накладеними в поперечному напрямку. Ушкодження товстого відділу кишечника спостерігаються рідше. Так само, як і при ушкодженнях тонкої кишки, розрізняють забиття кишкової стінки, розриви, роздроблення й відриви кишки від брижів. Слід також розрізняти внутрішньочеревні та заочеревні ушкодження. Особливу групу складають механічні ушкодження сигмавидної кишки при введенні стиснутого газу через анальний отвір, а також перфорація її стінки наконечниками при виконанні очисної клізми.

Ушкодження товстої кишки відносяться до числа найбільш небезпечних у зв'язку з раннім розвитком перитоніту або флегмони заочеревинної клітковини.

Ревізію товстої кишки починають з ілеоцекального кута, відриви або розриви брижі товстої кишки можуть привести до некрозу її стінки. Тому при виявленні забитих ділянок кишки з крововиливами, гематомами або порушенням цілості серозного покриву їх слід ушити за способом інвагінації в просвіт кишки. Операцію закінчують декомпресивною коло- або цекостою. Якщо оперативне втручання виконується в умовах перитоніту, краще зробити експозицію даної ділянки кишки. Ушивання ран товстого кишечника здійснюється трьохрядовим швом.

У тих випадках, коли мається підозра на ушкодження заочеревинного відділу кишки, розсікають очеревину по зовнішньому її краї протягом 15 см. Фіксовані відділи товстої кишки мобілізують при ушкодженнях передньої стінки і виявленні гематом і крововиливів на задній парієтальній очеревині, а також при пораненні, коли напрямок ранового каналу вказує на можливість ушкодження заочеревинної частини кишки.

При часткових або повних поперечних розривах товстої кишки без явищ перитоніту виконують резекцію кишки з анастомозом "кінець у кінець" або "бік у бік". Декомпресію кишечника здійснюють за допомогою досить широкої за діаметром інтубаційної трубки, проведеної через пряму кишку вище анастомозу на 10-12 см.

При значних ушкодженнях товстого кишечника роблять резекцію з накладенням калової нориці або експозицію кишки за межі черевної порожнини.

Небезпеку представляють також ушкодження порожнистих органів сторонніми тілами (голки, риб'ячі кістки й ін.). Клініка гострої перфорації кишечника характеризується симптомами місцевого або розлитого перитоніту. Рідше утворюються запальні інфільтрати за типом "пухлини", що абсцедують із загрозою прориву їх у вільну черевну порожнину. Якщо мобілізувати кишку не представляється можливим, слід ушити рану, ізолювати зону ушкодження тампонами з підведенням широкої дренажної трубки. Останню виводять через контрапертуру. При проксимальному

ушкодженні необхідно накладити повний кишкову норицю за типом кінцевої стоми.

Ушкодження прямої кишки часто виникають при важкій тупій травмі і переломах кісток таза. Розрізняють поза- і внутрішньочеревинні поранення прямої кишки. Позаочеревинні поранення ускладнюються нерідко каловими флегмонами тазової клітковини, а внутрішньочеревинні - перитонітом.

При внутрішньочеревинному пораненні прямої кишки показана термінова лапаротомія, ушивання рани і накладення протиприродного заднього проходу. При позаочеревинних пораненнях також накладають протиприродний задній прохід, а зону ушкодження і параректальну клітковину дренують рукавичними і трубчастими дренажами. Такий же спосіб застосовують при ізольованих і сукупних ушкодженнях сечового міхура. При внутрішньочеревинних пораненнях - ушивають рану сечового міхура і накладають сечоміхурову норицю для відведення сечі. Рани заочеревної частини сечового міхура дренують і також накладають епіцистостому. Дренування клітковини при заочеревинних розривах роблять через контрапертуру на передній черевній стінці або через замикальний отвір за Буяльським-Мак-Уортером.

#### **2.2.4. Торакоабдомінальні поранення**

Торакоабдомінальні поранення відносяться до числа найбільш важких травм. Ушкодження таких органів як серце, легені, печінка, селезінка, судин середостіння і черевної порожнини, вимагають від хірурга в досить короткий термін вирішити питання про послідовність і обсяг хірургічних маніпуляцій, про вибір раціонального доступу, який би дозволив виконати оперативне втручання з мінімальною травмою.

Для діагностики, поряд із клінічною симптоматикою, важливе значення має напрямок і хід ранового каналу, який дає можливість думкою уявити синтопічно розташовані на його шляху органи й анатомічні утворення. Для



оцінки величини крововтрати враховують забарвлення шкірних покривів, пульс, артеріальний тиск, кількість еритроцитів, вміст гемоглобіну, величину гематокриту, ОЦК та ін. Важливі діагностичні дані можуть бути отримані при оглядовій рентгеноскопії і рентгенографії органів грудної і черевної порожнин. Якщо загальноклінічні, лабораторні і рентгенологічні методи дослідження не дають належного результату, виконують лапароцентез або лапароскопію. Вони досить інформативні, не представляють небезпеки для постраждалого і не ускладнюють його стан.

При переломах ребер, кісток таза і підозрі на травму внутрішніх органів з метою диференціальної діагностики можливо використовувати новокаїнову вагосимпатичну блокаду за А. В. Вишневським або, так звану, новокаїнову блокаду - міжреберну і внутрішньотазову по обидва боки (Г. Д. Нікітін і співавт., 1976). При відсутності ушкоджень внутрішніх органів через 30 хвилин після блокади зникають болі і напруження м'язів передньої черевної стінки, нормалізуються гемодинамічні показники (В. Т. Зайцев і співавт., 1989).

Л. Н. Сидаренко і В. А. Григор'єв (1982) виділяють п'ять типів клінічних симптомокомплексів, що характеризують різні види торакоабдомінальних розладів.

При першому типі поранень більш виражені симптоми ушкодження органів грудної клітки, при якому стан потерпілого визначається вираженістю плевропульмонального шоку, величиною крововтрати і ступенем дихальної недостатності. Клінічні ознаки поранень органів черевної порожнини виражені недостатньо.

Другий тип характеризується переваженням симптомів поранення внутрішньочеревних органів. Важкість стану хворих залежить від наявності ознак перитоніту і величини крововтрати.

При третьому типі поранень відзначаються симптоми ушкодження як черевної, так і грудної порожнин з відповідною клінічною картиною.

Четвертий тип характеризується переважанням ознак ушкоджень органів заочеревинного простору.

При п'ятому типі має місце сполучення торакоабдомінальних поранень із симптомами ушкодження хребта і спинного мозку. Цей тип відрізняється особливою важкістю і несприятливим прогнозом.

Показанням для невідкладної торакотомії є гемоторакс (різке ослаблення дихання над усім легеневим полем і укорочення перкуторного звуку, затемнення легеневого поля вище рівня лопатки на рентгенограмі) і підозра на поранення серця (колапс, глухі серцеві тони, малий пульсовий тиск, розширення тіні серця і її ослаблена пульсація при рентгеноскопії). Торакотомію здійснюють бічним доступом в п'ятому або шостому міжребір'ї. Після огляду й обробки ушкоджених органів грудної порожнини ретельно оглядають діафрагму. Її поранення є абсолютним показанням для ревізії прилеглих органів черевної порожнини. Ревізію органів черевної порожнини здійснюють через рану у діафрагмі шляхом розширення рани діафрагми в поперечно-радіальному напрямку довжиною 10-14 см. Через лівий черездіафрагмальний доступ можна виконати необхідний обсяг хірургічних втручань на шлунку, селезінці, поперечному і лівому вигині обідкових кишок, а при наявності показань - і на підшлунковій залозі і тонкому відділі кишечника.

Правобічний черездіафрагмальний доступ дозволяє ушити рани діафрагмальної поверхні печінки, осушити черевну порожнину і дренувати правий підпечінковий простір. При недостатній ревізії органів черевної порожнини або наскрізних пораненнях печінки з внутрішньочеревною кровотечею, поряд з торакальним етапом операції необхідно зробити серединну лапаротомію.

У тих випадках, коли у травмованого пацієнта переважають симптоми масивної внутрішньочеревної кровотечі або перитоніту, оперативне втручання доцільніше починати з лапаротомії. Що стосується втручань на ушкоджених органах, то принципово вони нічим не відрізняються від

операцій, описаних вище. У першу чергу ліквідують джерело кровотечі і роблять обробку ушкоджених органів.

При торакоабдомінальних пораненнях праворуч, зі значними ушкодженнями печінки, можна робити тораколапаротомію. Бічний розріз у VI міжребір'ї продовжують медіально і вниз і далі переводять його в серединний лапаротомний розріз. При цьому розсікають реберну дугу і діафрагму (торакофренолапаротомія). Доступ дозволяє зробити ревізію всієї діафрагмальної поверхні печінки, обробку й ушивання поранень у важкодоступних зонах, однак його необхідно застосовувати лише у виняткових ситуаціях через її травматичність і велике число гнійних ускладнень.

Торакотомію закінчують дренажуванням плевральної порожнини в дев'ятому міжребір'ї по середній пахвовій лінії. Рану грудної стінки ушивають. Після обробки поранень органів шлунково-кишкового тракту черевну порожнину промивають антисептичними розчинами і також дренажують через контрапертури в клубкових і підреберних ділянках.

При торакоабдомінальних пораненнях можливе утворення масивних заочеревинних гематом. У таких випадках показане дренажування заочеревинного простору через люмботомічний розріз. Це попереджає розвиток флегмони заочеревинної клітковини.

Частими ускладненнями в післяопераційному періоді є розвиток пневмоній, ателектазів, тромбоемболії і тромбофлебітів. У зв'язку з цим необхідно приділяти належну увагу профілактиці цих ускладнень: рання активізація хворих, дихальна гімнастика, призначення антикоагулянтів і антибіотиків. Дренажі з плевральної порожнини видаляють через 2 доби після припинення відділення по них геморагічної рідини і повітря. При дренажуванні плевральної порожнини без торакотомії, дренажі витягають лише після повної аспірації крові і повітря і нормалізації функції зовнішнього дихання. Дренаж плевральної порожнини повинний бути герметичний, тому що потрапляння атмосферного повітря в плевральну порожнину приведе до

тотального пневмотораксу і колапсу легень. Дренування повинне бути активним, а за дренажами необхідний строгий і постійний контроль.

### ***2.3. ПОШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ***

#### **2.3.1. Травматичні ушкодження дванадцятипалої кишки**

Відкриті і закриті ушкодження дванадцятипалої кишки зустрічаються рідко і складають не більш 1-5% від загального числа ушкоджень органів черевної порожнини. Ізольовані ушкодження 12-палої кишки ще більш рідкі, частіше зазнає травматичного ушкодження її фіксована частина, що розташовується в заочеревинному просторі. Розриви 12-палої кишки нерідко сполучаються з ушкодженням правої нирки, голівки підшлункової залози, верхньої брижевої артерії і нижньої воротної вени.

#### **Класифікація ушкоджень 12-палої кишки:**

##### **1. За локалізацією:**

- а) внутрішньоочеревинні ушкодження (верхня горизонтальна частина);
- б) заочеревинні ушкодження (спадна і нижня горизонтальна частини).

##### **2. За характером ушкоджень:**

- а) гематома (без порушень прохідності, з порушенням прохідності);
- б) неповний розрив стінки;
- в) повний розрив кишки;
- г) відриви кишки від шлунка;
- д) будь-яке ушкодження 12-палої кишки в сполученні з ушкодженнями інших органів.

Летальність при ушкодженнях дванадцятипалої кишки коливається від 12% до 29,5%. При поєданій травмі летальність досягає 45-54% (С. З. Горшкова та ін., 1980).

Клінічна картина травматичного розриву 12-палої кишки залежить від того, яка частина кишки ушкоджена - заочеревинна або внутрішньочеревинна.

У хворих із внутрішньочеревинним ушкодженням вміст 12-палої кишки потрапляє у вільну черевну порожнину, тому, поряд з картиною шоку, у них досить швидко виявляється картина перитоніту. При розривах заочеревинних відділів 12-палої кишки, при яких парієтальний листок очеревини залишається цілим, клінічна картина трохи інша. Вміст 12-палої кишки виходить не у вільну черевну порожнину, а в заочеревинну клітковину, викликаючи в першу годину після травми біль у надчеревній зоні і правій половині живота. Ознаки подразнення очеревини в найближчі години після травми можуть бути відсутні. У хворих переважають явища шоку в результаті подразнення вмістом кишечника заочеревинного простору, багатого нервовими сплетеннями. Надалі з'являється слабкість, спрага, нудота, блювота, наростає тахікардія, підвищується температура тіла, лейкоцитоз. Разом з тим чітких ознак ушкодження внутрішніх органів виявити не вдається. Симптоми подразнення очеревини з'являються лише через 8-10 годин після травми і вираженість їх залежить від величини розриву, ступеня розвитку заочеревинної флегмони і сукупної патології.

Хворі нерідко скаржаться на болі в правому підребер'ї, епігастральній ділянці, рідше - по всьому животі. Біль нерідко ірадіює вниз по правому латеральному каналі, що зв'язано з поширенням кишкового вмісту по заочеревинному просторі уздовж правого поперекового м'яза. Часто хворі займають характерну позу з приведеними до живота колінами. При перкусії іноді визначається досить чітке притуплення по правому латеральному каналі, що не змінюється при зміні положення тіла, це говорить про просочування заочеревинної клітковини вмістом 12-палої кишки.

Для постановки правильного діагнозу ефективними методами дослідження слід вважати гастродуоденоскопію, лапароскопію і рентгенологічні дані.

Ендоскопічні методи діагностики дозволяють візуально визначити або виключити травму 12-палої кишки. Рентгенологічне дослідження допомагає виявити високе стояння правого купола діафрагми, заочеревинну емфізему у вигляді просвітління уздовж правої нирки, що підтверджується також незвичайно чітким контуром тіні нирки внаслідок заочеревинного скупчення газу. Можна також виконати рентгеноскопію 12-палої кишки за допомогою рідких рентгеноконтрастних препаратів. Вихід контрасту за межі органа буде вказувати на його ушкодження.

Діагностика заочеревинних ушкоджень 12-палої кишки складна у процесі операції. Про можливий розрив заочеревинної частини кишки свідчать жовтуватого кольору ексудат у черевній порожнині, драглистий набряк і жовто-зеленувате забарвлення навколо 12-палої кишки тканин і очеревини, заочеревинні гематома та емфізема. Деякі автори (А. П. Підпригора, В. М. Таран, 1982) пропонують через стерильний зонд, уведений перорально, вводити до 200 мл рідини, забарвленої розчином метиленового синього, котра при наявності розриву кишки виходить у навколишні тканини, а при розриві і парієтальної очеревини - у черевну порожнину.

При виявленні заочеревинної гематоми необхідно її розкрити і ретельно оглянути заочеревинний відділ 12-палої кишки. Звичайно, якщо гематома розташовується по середній лінії у кореня мезоколон, розсікають парієтальну очеревину над гематомою, після чого вдається оглянути 12-палу кишку і підшлункову залозу. При виявленні заочеревинної гематоми праворуч, що займає правий бічний канал, необхідно мобілізувати дванадцятипалу кишку за Кохером-Клермоном, у результаті чого з'являється достатній простір для огляду задньої поверхні спадного і великого відрізка нижнього горизонтального відділів кишки.

Ушкодження заочеревинної частини 12-палої кишки зобов'язують хірурга виключити її з пасажу їжі і забезпечити адекватну декомпресію. Розриви стінки кишки при необхідності ошадливо висікають і ушивають

дворядним швом. Роблять ретельний гемостаз, заочеревинну клітковину промивають антисептиками, осушують і дренують рукавично-трубчастими дренажами через люботомічний розріз у поперековій ділянці. Операцію закінчують дренуванням черевної порожнини і малого таза. Декомпресію 12-палої кишки здійснюють уведенням трансназального дренажу, за допомогою якого здійснюється аспірація шлунково-кишкового вмісту в післяопераційному періоді.

При більш великих пораненнях 12-палої кишки або звуженні її просвіту можна виключити її з пасажу їжі. Для цього кишку перетинають негайно нижче воротаря, обидві культі ушивають, а шлунок анастомозують з худою кишкою, найкраще з виключеною за Ру петлею. Якщо накладено гастроентероанастомоз з анастомозом за Брауном, то привідну петлю анастомозу краще дренувати трансназально. Зустрічаються і такі ситуації, при яких зашити дефект кишки не представляється можливим (великі дефекти з роздробленням ділянки кишки). У таких випадках відтинають 12-палу кишку від шлунка, обидві культі зашивають наглухо, рану кишки дренують трубкою, що фіксують кетгутовою лігатурою, накладають також гастроентероанастомоз та холецистостому. Зону ушкодженої ділянки кишки ізолюють від черевної порожнини марлевими тампонами, котрі разом із дренажною трубкою, фіксованою в просвіті кишки, виводять назовні через контрапертуру у правому підребер'ї. Заочеревинну клітковину дренують через поперекову ділянку. Повноцінне дренування заочеревинного простору попереджає виникнення заочеревинної флегмони, що є одним з грізних ускладнень післяопераційного періоду.

### **2.3.2. Ушкодження підшлункової залози**

Відкриті і закриті ушкодження підшлункової залози складають 1-3% всіх ушкоджень органів заочеревинного простору і черевної порожнини. Розрізняють ізольовані, сукупні і комбіновані ушкодження органа. Ізольовані ушкодження спостерігаються вкрай рідко й в основному при закритій тупій травмі живота.

Сукупні ушкодження підшлункової залози зустрічаються при вогнепальних пораненнях або при ушкодженні колючими і предметами, що ріжуть. Травма підшлункової залози може бути при падінні з висоти, у результаті прямого удару в живіт, надмірному і швидкому розгинанні і згинанні хребта, при множинних переломах ребер, розривах печінки, діафрагми, шлунка.

#### Класифікація ушкоджень підшлункової залози

1. Забиття (гематома залози при збереженій капсулі).

#### **2. НЕПОВНИЙ РОЗРИВ ПАРЕНХІМИ ЗАЛОЗИ.**

3. Повний розрив (відрив) підшлункової залози з ушкодженням панкреатичних протоків.

За анатомічною локалізацією розрізняють травму голівки, перешийка, тіла і хвоста. Тіло підшлункової залози ушкоджується найбільше часто (57,5%), що зв'язано з розташуванням його на тілах хребців.

Характерних патогномонічних ознак ушкодження підшлункової залози немає. Клінічна картина характеризується явищами шоку, перитоніту або внутрішньої кровотечі. Найбільш частими скаргами є сильні болі в епігастральній ділянці, що з'являються відразу після травми, ірадіюють у попереk, лопатку, надключичні ділянки. Шкірні покриви бліді, нерідко відзначаються акроціаноз, гіпотензія, тахікардія. Живіт різко болісний при пальпації, напружений у надчеревній зоні, помірно роздутий, слабо бере участь у диханні. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний.

Ступінь вираженості клінічних симптомів залежить від величини травми, ушкоджень панкреатичної протоки, активованій сік якої приводить до некрозу жирової тканини залози, арозії судин, гнійного панкреатиту і перитоніту.

Досить достовірними діагностичними тестами є виявлення панкреатичних ферментів у промивній рідині, отриманій з черевної порожнини за допомогою катетера, при лапароцентезі, а також лапароскопія, при якій виявляють геморагічний ексудат з високими цифрами амілази,



жирові стеаронекрози, гематоми в зоні малого сальника і кореня брижі поперечно-обідкової кишки.

Певні діагностичні труднощі можуть бути і під час оперативного втручання. Слід пам'ятати, що в ранній термін після травми підшлункової залози в черевній порожнині ще немає вогнищ жирового некрозу, нерідко відсутній випіт, а гематоми розцінюють як забиття органів, або розриви дрібних судин брижі кишки або сальника. Тому, проводячи ревізію органів черевної порожнини з приводу закритої тупої травми живота, завжди необхідно з особливою старанністю провести ревізію всієї панкреатодуоденальної зони з обов'язковим оглядом підшлункової залози.

Виявлений геморагічний випіт у черевній порожнині повинний бути терміново досліджений на наявність у ньому ферментів підшлункової залози. При наявності непрямих ознак травми підшлункової залози або навіть при їхній відсутності обов'язок хірурга - широко розкрити чепцеву сумку шляхом розсічення шлунково-обідкової зв'язки і зробити детальну ревізію підшлункової залози.

Характер і обсяг оперативного, утручання залежать від важкості стану хворого і виду ушкодження підшлункової залози. При забитті залози з метою профілактики післяопераційного панкреатиту необхідно зробити парапанкреатичну блокаду 0,25% розчином новокаїну в кількості 60-80 мл з 50-100 тис. ОД контрикалу, трасилолу або гордоксу (до 200 тис. ОД) і дрениувати чепцеву сумку. Дренування чепцевої сумки здійснюють силіконовими або цигаркоподібними дренажами, виведеними через контрапертуру черевної стінки праворуч або ліворуч, а нерідко і по обидва боки аксиллярної лінії або в поперекових ділянках.

Поверхневі розриви і поранення тканини підшлункової залози ушивають або, після ретельного гемостазу, обмежуються їхнім дрениванням (В. Т. Зайцев із співавт., 1989). Слід однак відзначити, що до ушивання неповних і невеликих дефектів паренхіми залози потрібно відноситися з обережністю. Глибокі проколи голкою, проведення і зав'язування швів приводять до

додаткової травми тканини залози, порушення кровопостачання і блокування окремих ділянок протокової системи залози з наступним розвитком деструктивного панкреатиту. Особливо недоцільні шви при розривах з роздрібленими нежиттєздатними краями. Поверхневі дефекти можна обробити клеєм МК-6, а при дифузійних помірних кровотечах - тампонувати марлевими тампонами і дренувати хлорвініловими дренажами, виведеними через контрапертуру вищеописаним способом. При роздрібленні хвостового відділу залози його ревізують. Одночасно роблять спленектомію. Такий же спосіб застосовують при повному поперековому розриві підшлункової залози. Перевагу надають її лівосторонній резекції. Ранова поверхня проксимальної частини залози, що залишається, ушивається окремими швами і перитонізується сальником. Головна панкреатична протока перев'язується. Ділянку культі дренують цигаркоподібним дренажом або двома силіконовими трубками, виведеними через контрапертуру у лівій поперековій ділянці.

В окремих випадках можна виконати органозберігаючу операцію - первинну панкреато- і вірсунгопластику (зшивання проксимальної і дистальної частин залози і вірсунгової протоки). Ці операції можливі при достатній кваліфікації хірурга, що оперує, у тих випадках, коли рана підшлункової залози чиста, краї її не імбібовані кров'ю, відсутні гематома або некроз залози. При невеликих крайових некрозах травмованих тканин залози роблять її ошадливе висічення за типом первинної хірургічної обробки і після ретельного гемостазу застосовують пластику протоки і залози. Операція менш травматична, ніж дистальна резекція, однак повинні бути вироблені чіткі показання, інакше розвиваються такі грізні післяопераційні ускладнення, як панкреонекроз, нориці, кісти.

При значних травмах голівки підшлункової залози в ургентному порядку не слід робити резекцію голівки або панкреатодуоденальну резекцію. У таких випадках доцільно надійно дренувати ділянку голівки залози і заочеревинну клітковину цигаркоподібними дренажами, тампонами,

досить широкими за діаметром силіконовими трубками. З метою декомпресії жовчних шляхів накладають холецистостому. Операцію рекомендується закінчувати катетеризуванням правої шлунково-чепцевої артерії для пролонгованої внутрішньоартеріальної інфузії лікарських препаратів. З цією метою у великому сальнику поблизу від воротаря виділяють праву шлунково-чепцеву артерію, під яку підводять дві лігатури. Проксимальніше накладеної лігатури роблять поперечну артеріотомію і вводять тонкий катетер, який фіксують до стінки артерії синтетичною ниткою. Артерія дистальніше катетера перев'язується. Катетер додатково фіксується до шкіри. У післяопераційному періоді крапельно або фракційно внутрішньоартеріально вводять інфузат, що складається з 60 мл 0,25% розчину новокаїну, 50 тис. ОД контрикалу, 25 мг гідрокортизону, 2 мл но-шпи, 2 мл піполфену і 1000 ОД гепарину. Внутрішньоартеріально можна вводити антибіотики, цитостатики й інші препарати. Після ліквідації запального процесу припиняють введення антикоагулянтів, після чого катетер витягають.

У післяопераційному періоді продовжують боротьбу з токсемією і порушенням гомеостазу. Призначають місцеву і загальну антиферментну та антибіотикотерапію, переливання крові і кровозамінювачів, білкові препарати, сольові розчини, спазмолітики, знеболювальні і серцеві засоби. Чепцева сумка зрошується антисептиками та антибіотиками.

### **2.3.3. Пошкодження нирок та сечового міхура**

Ступінь пошкодження нирок при закритій травмі різний. Цей чинник зумовлює клінічні прояви, лікування і прогноз. Закриті травми нирки з пошкодженням інших органів спостерігаються в 60% випадків.

#### *Класифікація*

1. Закриті (без пошкодження цілості шкіри) і відкриті пошкодження.
2. Ізольовані або поєднані із травмами інших органів.
3. Виробничі, побутові, спортивні, ятрогенні.

4. Закриті ушкодження аномально розвинутих нирок.

### **Закриті травми**

1. Забиття з розривом волокнистої капсули.

2. Множинні розриви паренхіми нирки та ниркової миски.

3. Розрив без пошкодження паренхіми нирки.

4. Розрив паренхіми нирки з ураженням ниркових чашок, миски і волокнистої капсули.

5. Підкапсулярний розрив паренхіми, який досягає ниркової миски і чашечок.

6. Розрив нирки, відрив судинної кишки й сечоводу.

**Клінічна картина** закритого пошкодження нирок залежить від його ступеня. Кожен вид травми супроводжується характерними проявами і спільними симптомами, до яких належать біль і припухлість у поперековій ділянці, гематурія. Біль у поперековій ділянці на боці пошкодження спостерігається у 80-95 % випадків при ізольованих травмах нирок і в 10-20 % - при поєднаних пошкодженнях. Він може бути тупим чи гострим або за типом ниркової кольки з іррадіацією в пахвинну ділянку чи зовнішні статеві органи.

У разі забиття нирки, макроскопічно надриви нирки не виявляються, але є крововиливи, мікротромбози. Якщо немає інших пошкоджень, стан хворого задовільний. Хворий відзначає біль у ділянці забиття. Під час дослідження сечі виявляють мікрогематурію. На рентгенограмі чашечно-мискова система нирки має нормальне зображення.

Розрив капсули нирки, який переходить на її кірковий шар, клінічно проявляється більш сильним болем. Імбібіція сечею звичайно не спостерігається або вона незначна. Під час пальпації визначається помірне напруження м'язів поперекової ділянки і у фланку. Характерна мікрогематурія. На екскреторних урограмах змін не спостерігається.

Підкапсулярний розрив паренхіми нирки, який не проникає в ниркову миску і чашечки, проявляється утворенням субкапсулярної гематоми.

Хворий скаржиться на сильний біль. Пальпується збільшена, болюча нирка. Урогематоми немає. Виражена мікро-, а іноді макрогематурія.

Під час рентгенологічного дослідження на рівні гематоми виявляється деформація чашечок, але гематома не поєднується з розривом паренхіми. Ознаки анемії помірні.

**ВЕЛИКА СУБКАПСУЛЯРНА ГЕМАТОМА МОЖЕ НА 12-15-ТУ ДОБУ ПІСЛЯ ТРАВМИ ПРОРВАТИСЯ, ЩО ПРИЗВОДИТЬ ДО ВТОРИННОЇ КРОВОТЕЧІ І ВИНИКНЕННЯ УРОГЕМАТОМИ.**

Розрив капсули і паренхіми нирки, який проникає в чашечково-мискову систему, відбувається при тяжкій травмі і часто супроводжується шоком. Прояви анемії виражені. Якщо лінія розриву проходить через верхній чи нижній кінець нирки, то може спостерігатися її відрив. Кровотеча значна, проявляється гематурією та утворенням великої урогематоми. Під час пальпації визначається напруження м'язової стінки, але можна пропальпувати урогематому. При рентгенологічному дослідженні рентгенконтрастна речовина виходить за межі чашечок.

Розчавлення нирки характеризується наявністю множинних ліній розриву. Воно виникає внаслідок гідравлічного ефекту під час тяжкої травми й завжди супроводжується шоком. Часто поєднується з пошкодженням інших органів. Характерні анемія, мікрогематурія, наявність великої урогематоми.

Відрив судинної ніжки нирки спостерігається рідко. Супроводжується шоком, анемією. У фланку пальпується новоутворення, зумовлене кровотечею в заочеревинний простір. Гематурії не буде, оскільки нирка не функціонує.

Про можливість відриву судинної ніжки треба думати, враховуючи напрямок удару і ознаки внутрішньої кровотечі.

Гематурія не спостерігається й при відриві сечовода від ниркової миски. Таке пошкодження виникає дуже рідко, але завжди супроводжується утворенням великої урогематоми.

Стан хворого залежить від ступеня пошкодження нирки. Воно може бути повним і частковим, супроводжуватись масивною кровотечею. Через порушення кровообігу нирка з часом гине.

**Лікування.** Лікування може бути консервативним та оперативним. Більшість фахівців дотримуються тактики очікування, але якщо стан хворого прогресивно погіршується, прогресує анемізація та є загроза розвитку сечового перитоніту, рішення про оперативне втручання приймається невідкладно.

У стаціонарі негайно виконують екскреторну урографію( незалежно від стану хворого), оскільки у будь-який момент при посиленні кровотечі може виникнути потреба в операції.

Якщо кровотеча є загрозою для життя хворого, стан другої нирки досліджують під час операції, затиснувши судинну ніжку кровоточивої нирки.

**Показання до лікування:** а) внутрішні кровотечі при ізольованому пошкодженні нирки, що супроводжуються анемією, зниженням артеріального тиску, швидким пульсом; б) гематурія протягом доби з погіршенням загального стану хворого; в) гематома в поперековій ділянці, яка повільно збільшується; г) поєднання пошкодження нирки і органів черевної порожнини чи грудної клітки.

**У разі підозри на поєднане пошкодження нирок і органів черевної порожнини доцільне проведення серединної лапаротомії. Спочатку ревізують органи черевної порожнини , виконують необхідні втручання на них , а потім розтинають задній листок пристінкової очеревини і оглядають нирку. Обсяг втручання остаточно визначають після ревізії нирки.**

Для швидкої зупинки кровотечі судинну ніжку перетискають пальцями чи м'яким затискачем. Рану очищають від згустків крові і оглядають нирку. При розчавленні нирки , відриві чи розриві її судинної ніжки та збереженні функції протилежної нирки виконують нефректомію. У разі руйнування чи

відриву кінця нирки необхідно зупинити кровотечу. Для цього великі судини, які кровоточать, зашивають кетгутом. Ранову поверхню паренхіми нирки закривають жировою клітковиною чи м'язовим лоскутом. У заочеревинний простір через окремий розріз вводять дренажну трубку і рану пошарово зашивають.

**У разі капілярної кровотечі з глибокої рани нирки її тампонуєть шматочками травмованих м'язів; якщо шви прорізуються, їх рекомендують затягувати шматочками жирової клітковини. Операцію завершують нефро- чи пієлостомією. При розчавленні верхнього і нижнього кінців нирки виконують її резекцію.**

**Відкриті пошкодження.** Для цих пошкоджень нирок характерне пошкодження не тільки нирки але й інших органів. Як правило, вони виникають при дуже важких травмах і спостерігаються рідко. Розрізняють такі види відкритих пошкоджень: а) пошкодження навколо нирковогожирового тіла; б) дотичне поранення; в) наскрізне і сліпе поранення без ушкодження чашечково-мискової системи; г) наскрізне і сліпе поранення з пошкодженням чашечково-мискової системи; д) розчавлення нирки; е) поранення великих судин нирки; е) різні поєднання названих пошкоджень. Чим ближче рана до судинної ніжки нирки, тим вищий ступінь та ймовірність пошкодження магістральних судин і більша зона некрозу. Потраплення сечі в оточуючі тканини чи черевну порожнину призводить до сечової інфільтрації, розвитку спочатку сечових, а згодом і гнійних затьоків, флегмони заочеревинної клітковини, перитоніту. Для виявлення домішок сечі у крові, яка витікає з рани, користуються пробою з бромом. Виділення газу при зрошуванні розчином бром у рани свідчить про те, що в рановому виділенні є сеча. З цією метою можна використовувати й індігокармінову пробу.

**Клінічна картина.** Основними симптомами відкритого пошкодження нирки є рана в поперековій ділянці, навколо ниркова гематома, гематурія і виділення сечі з рани.

**Діагностика.** Встановити діагноз при відкритому пошкодженні нирки неважко з урахуванням даних анамнезу, огляду рани. Для уточнення діагнозу і визначення функції контрлатеральної нирки виконують спеціальні дослідження: хромоцистоскопію, екскреторну урографію та ін. Іноді ці дослідження доцільно виконувати разом з фістулографією, що дає цінну інформацію про хід ранового каналу, його відношення до нирки.

**Лікування.** Хворі з відкритими травмами нирки оперуються після виведення з шоку, але якщо це швидко зробити не можна, а стан хворого погіршується, слід оперувати, не припиняючи протишокової терапії. Під час операції треба пам'ятати, що рани можуть бути інфікованими. У разі пошкодження нирки звичайно виконують нефректомію. Лише при легкій травмі нирки і пораненні єдиної нирки допустима органозберігаюча операція.

Оскільки відкриті пошкодження нирки часто поєднуються з травмою органів черевної порожнини, доцільно застосовувати серединну лапаротомію, а не люмботомію. Хірургічне лікування має закінчуватись широким дренажуванням навколо ниркової жирової клітковини. З ранніх ускладнень найчастіше спостерігаються інфільтрація заочеревинної клітковини, поширення сечових патьоків і флегмон, зумовлене недостатнім дренажуванням рани. Вторинна гематурія частіше спостерігається при септичних ускладненнях. У разі кровотечі, яка призводить до шокowego стану хворого, доводиться вдаватися до нефректомії.

Летальність при закритій травмі становить 6 – 12% , при відкритій- 15 – 25%.

### ***Пошкодження сечового міхура***

Пошкодження сечового міхура розподіляються на закриті й відкриті, ізольовані й поєднані, внутрішньочеревинні, позаочеревинні та змішані. Залежно від того, які шари стінки сечового міхура пошкоджені, розрізняють зовнішні і внутрішні розриви, повні та неповні. Неповні розриви можуть переходити у повні. Причиною внутрішньочеревинного розриву сечового



міхура є підвищення гідростатичного тиску, яке спостерігається при переповненому сечовому міхурі. У цьому випадку велике значення під час травми має не стільки сила удару, скільки наповнення сечового міхура.

У разі перелому кісток таза розрив сечового міхура може спричинитись їх уламками. При неповному розриві пошкоджується лише частина шарів стінки міхура. Залежно від того, які шари стінки сечового міхура пошкоджені, розрізняють зовнішні і внутрішні розриви. Неповні розриви можуть перетворитися у повні.

**Клінічна картина** багато в чому залежить від ступеня і характеру пошкодження цілості стінки сечового міхура.

При позаочеревинному розриві спостерігається біль у надлобковій ділянці, який посилюється при позиві до сечовипускання, особливо під час натужування. Біль поширюється в промежину, пряму кишку, статевий член.

Важливим симптомом розриву сечового міхура є розлади сечовипускання. При позаочеревинному розриві спостерігаються несправжні позиви до сечовипускання, які супроводжуються тенезмами та виділенням незначної кількості сечі, забарвленої кров'ю, або крові. Можлива затримка сечі. Під час перкусії над лобком виявляється тупість, що не має чіткої межі.

У разі внутрішнього розриву сечового міхура найбільш раннім симптомом є біль, який спочатку локалізується в лобковій ділянці, а потім поширюється по всьому животу. Інколи він буває переймистим. Швидко нарастають явища перитоніту. Перкуторно визначається тупість без чітких меж, яка поширюється в пахвинну ділянку.

При поєднаному пошкодженні сечового міхура та кісток таза хворий блідий, вкритий холодним потом. Відзначається тахікардія, зниження артеріального тиску. Після приєднання інфекції розвиваються сечова флегмона, уросепсис.

До симптомів внутрішньочеревинного розриву сечового міхура належить відсутність сечовипускання, при частих несправжніх позивах до нього. У таких хворих сеча надходить у черевину порожнину через дефект у

стінці сечового міхура. Інколи акт сечовипускання зберігається завдяки тампонаді дефекту стінки сечового міхура петлею кишки чи сальником. У зв'язку з накопиченням рідини в черевній порожнині відзначаються здуття живота (метеоризм), притуплення перкуторного звуку в пологих ділянках черевної порожнини, над лобком.

**Діагноз** розриву сечового міхура встановлюють на підставі даних анамнезу, клінічних проявів і результатів інструментального та рентгенологічного досліджень.

Одним із діагностичних методів є катетеризація сечового міхура. У разі позаочеревинного розриву сеча через катетер не виходить або виділяється слабким струменем, має домішки крові.

Ретроградна цистографія дозволяє диференціювати непроникаючі і проникаючі, внутрішньоочеревинні і позаочеревинні розриви сечового міхура, виявляти розташування сечових затьоків і приблизне місце розриву. Ознакою позаочеревинного розриву є накопичення рентгеноконтрастної речовини в навколومیхуровій клітковині, внутрішньоочеревинній, черевній порожнині, головним чином в одному з бічних каналів у вигляді смуги з випуклим зовнішнім і фестончастим внутрішнім контурами, у вигляді суцільної маси над сечовим міхуром чи в міхуровопрямокишковій ямці. При відриві шийки сечового міхура на ретроградній уретрограмі спостерігається затьок рентгеноконтрастної речовини за межі контурів сечівника біля його внутрішнього отвору.

**Лікування.** У разі повного закритого пошкодження сечового міхура, потрібне негайне хірургічне втручання. При внутрішньому розриві виконують широку лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини, визначають ділянку пошкодження. Після операції на органах черевної порожнини (ушивання рани печінки, резекція кишки, ушивання стінки кишки чи рани брижі тощо), якщо немає сечової інфільтрації, рану сечового міхура ушивають дворядним кетгутовими швами, не захоплюючи слизової оболонки. У сечовий міхур вводять катетер з двома ходами чи дві

поліетиленові трубки, через які протягом 6-8 діб зрошують антисептичним розчином. При сечовій інфільтрації, а також поєднаних чи множинних пошкодженнях, операцію закінчують накладанням надлобкового сечоміхурового дренажу – епіцистомією.

У разі позаочеревинного повного розриву сечового міхура оголюють його надлобковим екстраперитонеальним доступом, ретельно оглядають (ревізують) і ушивають дворядним кетгутовим швом. Обов'язково виконують дренажування шляхом епіцистостомії. При множинних розривах передньої чи передньобічної стінки сечового міхура і відсутності сечової інфільтрації в навколومیхуровий простір додатково вводять дві і більше дренажних трубок. У інших випадках обов'язково дренажують навколومیхурову клітковину через затильний отвір.

**Ятрогенні пошкодження** сечового міхура виникають під час гінекологічних операцій та видалення пахвинної грижі.

**При видаленні прямої пахвинної грижі або великої за розміром, коли частина сечового міхура міститься в мошонці, він теж може пошкоджуватися. Тому при будь-якій пахвинній грижі перед операцією треба переконатись, що не змістився сечовий міхур.**

У деяких випадках пошкоджується не сам сечовий міхур, а випинання його стінки (дивертикул), який розташований безпосередньо біля грижового мішка.

При пораненні сечового міхура треба ушити дефект і відвести сечу.

### **Відкриті пошкодження**

За характером виникнення відкриті пошкодження сечового міхура можуть бути: вогнестрільні, колото-різані й рвано-забиті. Особливо тяжкий перебіг мають рвано-забиті пошкодження, які спостерігаються при відкритому переломі кісток таза, супроводжуються розривом сечового міхура і часто ускладнюються остеомієлітом.

Залежно від пошкодження черевної стінки виділяють внутрішньочеревні, позаочеревинні та змішані пошкодження сечового

міхура. За видом пошкодження розподіляють на дотичні, наскрізні та сліпі. Відкриті пошкодження сечового міхура нерідко поєднуються з травмами інших органів.

Клінічні прояви колото-різаних та рвано-забитих ран такі ж, як і закритих пошкоджень. Основними ознаками відкритого пошкодження сечового міхура є порушення акту сечовипускання та гематурія.

Позаочеревинні поранення сечового міхура більш як у 50% випадків поєднуються з пошкодження кісток таза. Одночасно може травмуватись пряма кишка та інші органи черевної порожнини.

Клініка вогнестрільних поранень сечового міхура тяжка. Часто спостерігається шок. Перебіг залежить від характеру ураження (внутрішньо- чи позаочеревинне), величини дефекту стінки сечового міхура, наявності поєднаних уражень. Сеча затікає не по міжфасціальних проміжках, як при закритих пошкодженнях сечового міхура, а у різних напрямках, оскільки є багато ранових ходів.

У діагностиці відкритих пошкоджень важливу роль відіграє рентгенологічне дослідження. На оглядовій рентгенограмі іноді помітне стороннє тіло. Досі інформативним способом діагностики є висхідна або низхідна цистографія.

Лікування хворих з відкритими пошкодженнями сечового міхура полягає в хірургічній обробці ран, лапаротомії, ушиванні дефекту стінки сечового міхура й забезпеченні відтоку сечі. При позаочеревинному розриві потрібне дронування сечових патьоків, тазової клітковини через затульний отвір за Буяльським-Мак-Уортером чи Кольцовим.

Прогноз при різних видах пошкодження сечового міхура, у разі своєчасної операції, сприятливий.

### **Розділ III. ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД, УСКЛАДНЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ**

Починається з моменту закінчення операції і продовжується до встановлення працездатності хворого чи перевodu його на інвалідність.

Післяопераційний період умовно підрозділяють на 3 фази: рання (перші 3-4 дні після операції), одужання (до виписки хворого зі стаціонару) та реабілітація чи амбулаторне лікування.

Хірургічна операція та наркоз є серйозним випробуванням для організму, яке веде до конкретних патофізіологічних змін в організмі, порушення стану нервової системи, обміну речовин, дихання, кровообігу та ін. Ступінь цих змін залежить не тільки від операційної травми, але й від передопераційної підготовки, наркозу, режиму харчування хворого, догляду за ним.

Навіть при нормальному перебігу післяопераційного періоду спостерігаються явища як у рані, так і з боку загального стану організму. Ступінь цієї реакції залежить не тільки від основного захворювання та характеру операції, але й від фізичного та психологічного стану хворого.

Після операції хворі потрапляють у відділення чи у палату інтенсивної терапії та реанімації. У реанімаційних відділеннях чи у палатах інтенсивної терапії є апарати, котрі дозволяють реєструвати частоту пульсу, його ритм, ЕКГ, параметри дихання, артеріальний та центральний венозний тиск, тиск у легеневій артерії та його похідні. Експрес-лабораторія дає інформацію про рівень гемоглобіну, гематокриту, білків, електролітів, ОЦК, кислотно-лужного стану, білірубіну, сечовини, цукру, протромбіну та ін. Періодичну інформацію збирають не рідше 3 разів на добу, а при необхідності і частіше, контролюючи таким чином стан хворого та ефективність інтенсивної терапії.

У тих випадках, коли хворі потребують екстреної допомоги, у палатах інтенсивної терапії є апаратура для ШВЛ, набори для трахеотомії та венесекції, апарат для дефібриляції серця, набір лікарських препаратів та трансфузійних середовищ та ін.

Інтенсивна терапія у післяопераційному періоді складається з таких заходів:

- 1. Боротьба з болем та профілактика шоку.** Використовуються знеболюючі засоби (промедол, морфін), електроанальгезія, перідуральна

анестезія та ін. Профілактика пізнього шоку складається з достатньої передопераційної підготовки, ефективного знеболювання під час операції, поповнення крововтрати та втрати рідини. Нерідко операційна травма призводить до розвитку гострого психозу. У цьому випадку хворих ізолюють. Для того, щоб зняти збудження, вводять аміназин, натрію оксибутірат, хлоралгідрат у клізмі, призначають снодійні засоби.

**2. Відновлення серцево-судинної діяльності та усунення порушень мікроциркуляції.** У післяопераційному періоді у хворого може розвинутися колапс – гостра судинна недостатність. Хворий блідий, пульс ниткоподібний, кінцівки холодні, артеріальний тиск значно знижений, можлива втрата свідомості. Хворим вводять строфантин, кокарбоксілазу, глюкозу з аскорбіновою кислотою, вітаміни групи В. У важких випадках – преднізолон, гідрокортизон, інфузія поліглюкіну, реополіглюкіну. Нерідким ускладненням є міокардіальна недостатність. У хворих з'являються ядуха, ціаноз, гіпотензія чи нестабільний артеріальний тиск, тахікардія, підвищення центрального венозного тиску. У цій ситуації необхідно вводити глікозиди, курантіл, кокарбоксілазу. Для покращення коронарного кровообігу хворим призначають нітрогліцерин. При прогресуванні міокардіальної недостатності вводять великі дози кортикостероїдів, стимуляторів  $\beta$ -адренорецепторів (новодрін, ізопротеранол, допамін) з вазодилататорами з групи гангліоблокаторів (гігроній, бензогексоній) чи нітратів (нітрогліцерин, нітропрусид).

**Розлади мікроциркуляції** характеризуються тим, що шкірні покриви набувають землистого чи блідо-сірого кольору з мармуровим малюнком, на дотик холодні, вологі. З біохімічних змін слід відмітити метаболічний ацидоз та накопичення лактату. Для усунення цих порушень велике значення має нормалізація об'єму циркулюючої крові. З цією метою використовують неогемодез та реополіглюкін у сполученні з гепарином, компламіном, тренталом.

**Тромбоемболічні ускладнення** спостерігаються часто у хворих з захворюваннями серця, судин, легенів при порушенні трофіки судинної

стілки. Тривалі оперативні втручання, зневоднення, запальні процеси, тривалий постільний режим призводять до зростання вмісту фібриногену та збільшення згортання крові.

**Емболія легеневої артерії** – суворе ускладнення раннього післяопераційного періоду. Виникає звичайно на 6-10 день після операції внаслідок різких рухів чи напруження при спробі підймання з постелі. Розрізняють три форми емболії: блискавична, гостра, підгостра.

При **блискавичній формі емболії** з'являється раптово ядуха, різкий ціаноз, швидке зникнення свідомості, пульс ниткоподібний, артеріальний тиск не визначається. При **гострій формі** відмічаються ознаки правошлуночкової недостатності, раптовий напад болю за грудиною та у ділянці серця; почуття здавлення у грудях, задишки, ціаноз, неспокій, пітливість, тахікардія. При **підгострій формі** біль у грудній клітці має тупий характер. Він посилюється при диханні, з'являється кашель, кровохаркання, випіт у плевральній порожнині, хрипи у легенях, розвивається інфаркт-пневмонія.

**Лікування.** При блискавичній формі – інкубація, штучна вентиляція легень, непрямий масаж серця та термінова емболектомія в умовах штучного кровообігу. У випадках менш бурхливого початку захворювання – суворий постільний режим з підвищеним головним кінцем ліжка (коли не визначаються ознаки судинної недостатності), інгаляція кисню. Для зменшення болю вводять анальгін, промедол, омнопон внутрішньовенно. Гарну дію чинить 1% розчин папаверину (2-3 мл), 0,1% атропіну сульфат, 2,4% еуфіліну (10 мл) внутрішньовенно.

У комплексі лікування емболії суттєве значення мають антикоагулянти, фібринолітичні засоби та активатори фібринолізу.

1. Протягом 3-4 годин 15000 ОД гепарину, 30000 ОД фібринолізину та 2 мл 2,5% розчину нікотинової кислоти внутрішньовенно зі швидкістю 20-30 крапель на хвилину. У важких випадках інфузії фібринолізину слід повторити через 6-8 годин. Гепарин вводять 5000-10000 ОД

внутрішньом'язово чи внутрішньовенно через 4-6 годин протягом 10-12 днів в залежності від часу згортання крові, фраксипарін – 1-2 рази на добу.

2. З 8-12 днів лікування додають непрямі антикоагулянти: дикумарін, неодикумарін, сінкумар, маркумар, варфарін, омефін, нафталін, слідкуючи за їх дією по загальному аналізу сечі та протромбіновому індексу (останній знижують до 40-50%). Підтримуючі дози непрямих антикоагулянтів необхідно призначати від 6 тижнів до 6 місяців.

3. Прямі та непрямі активатори фібринолізу: урокіназа – 50000 ОД, трипсин – 5мг 2 рази на добу, стрептокіназа – 250000-50000 ОД, стрептаза – 750000-1000000 ОД, нікотинова кислота – 100-200 мг на добу у сполученні з гепарином.

4. Гемоділютанти: реополіглюкін 400-800 мл на добу внутрішньовенно.

**Жирова емболія** зустрічається нерідко у хворих з травматичними ушкодженнями кінцівок після оперативних втручань та недостатній імобілізації кінцівки. Емболія може настати як у легеневих венах, так і в артеріях великого кола кровообігу. Особливо небезпечна емболія судин головного мозку. Хворі неспокійні, відчують страх. Дихання поверхневе, з'являється ціаноз, кашель з великою кількістю пінистої чи кривавої мокроти, пульс частий, артеріальний тиск знижується, свідомість затемнена. Якщо не надається швидка, ефективна лікувальна допомога, хворі вмирають.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень починається з моменту операції: 1) старанне виконання правил асептики, антисептики, бережливе поводження з тканинами, зупинка кровотечі; 2) активне ведення післяопераційного періоду, лікувальна гімнастика у ліжку з перших днів після операції, раннє підіймання; 3) введення достатньої кількості рідини; 4) при схильності до тромбозів – введення гепарину, реополіглюкіну, нікотинової кислоти; 5) хворим з варикозним розширенням вен – еластичне бинтування кінцівок; 6) регулювання нормальної діяльності кишечника та



функцій інших органів; 7) правильна іммобілізація кінцівки при травматичних ушкодженнях та операціях на кінцівках.

### **3.1. Попередження та лікування ускладнень з боку органів дихання**

**Набряк легень** – суворе ускладнення післяопераційного періоду. З'являється нерідко при прогресуючій серцевій недостатності, застійних явищах у малому колі кровообігу, при порушенні проникливості легеневи́х мембран на тлі підвищеного гідростатичного тиску у легеневи́х капілярах. Він характеризується різкою задишкою, клекочущим диханням, кашлем з пінистим харкотінням. У легенях вислуховуються дрібнопухирцеві хрипи. Венозний, а інколи й артеріальний, тиск підвищений. На рентгенограмі тотальне зниження прозорості легеневи́х полів.

Невідкладна допомога складається з таких заходів: 1) Хворому надають напівсидяче положення. 2) На кінцівки накладають венозні джгути для зменшення притоку крові до серця. 3) Інгаляції кисню з парами спирту. 4) Внутрішньовенне введення строфантину, еуфіліну, кальція хлориду, лазікса. У важких випадках вводять осмотичні діуретики (манніт, 30% розчин сечовини, виготовлений на 10% розчині глюкози), дроперідол, супрастин, димедрол, піпольфен, преднізолон, гідрокортизон 100 мг внутрішньовенно. При відсутності ефекту – інкубація, відсмоктування піни, керована вентиляція, симптоматичне лікування.

**Пневмонія** розвивається внаслідок тривалого порушення легеневої вентиляції при частковій чи повній обтурації дихальних шляхів, на тлі ателектазів, у зв'язку з аспірацією шлункового вмісту. Таким чином, в післяопераційному періоді можуть розвиватися аспіраційні, ателектатичні, гіпостатичні, гіповентиляційні та інфаркт-пневмонії. Діагностика пневмоній не становить особливих труднощів. Хворі скаржаться на біль у грудях, задишку, кашель з виділенням харкотіння. Шкірні покриви бліді, на щоках – яскравий рум'янець. У легенях – послаблене дихання, вологі хрипи, притуплення перкуторного звуку, у крові – лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули ліворуч.

Для лікування пневмоній треба призначити активний режим, дихальну гімнастику, оксигенотерапію, відхаркуючі засоби, антибіотики, сульфаніламідні препарати, інгаляції аерозолів, антибіотиків та протеолітичних ферментів, склянки, гірчичники, серцеві препарати, полівітаміни.

**Ателектаз легені** – спадання легеневих альвеол та дрібних бронхів. Розрізняють 1) компресійний ателектаз, викликаний здавленням легені ззовні при пневмотораксі, пухлинах; 2) рефлекторний ателектаз - внаслідок спазму гладкої мускулатури бронхів та періальвеолярної тканини; 3) обтураційний ателектаз – внаслідок порушення прохідності трахео-бронхіального дерева; 4) консолідаційний ателектаз, при якому настає спадання легені внаслідок виключення із акту дихання грудної клітки чи діафрагми.

Клінічна картина ателектазу легенів визначається площею ураження. При великих ателектазах наступають явища гострої дихальної недостатності (задишка, тахікардія, висока температура, серцева слабкість).

Лікування ателектазу залежить від причини його виникнення. Широко використовують дихальну гімнастику, відхаркуючі засоби, анальгетики та дихальні аналептики, інгаляції зволуженим киснем, вагосимпатичну новокаїнову блокаду, лікувальну бронхоскопію. При поєднанні ателектазів та пневмоній призначають антибактеріальну терапію.

**Набряк гортані** виявляється осиплістю голосу, кашлем, утрудненим диханням. Призначають теплі інгаляції з гідрокарбонатом натрію, гідрокортизоном, ефедрином, склянки, гірчичники, вводять димедрол, кальція хлорид, лазікс, преднізолон. При неефективності консервативного лікування виконують трахеотомію.

**Дихальна недостатність** може починатися у вигляді помірної задишки до повного порушення газообмінної функції легень (синдром шокової легені). Для попередження шокової легені необхідно забезпечити добре розправлення легень у кінці операції та старанний туалет дихальних шляхів, а також штучну вентиляцію легень у режимі ПДКВ (позитивного тиску

наприкінці видиху. При наявності ознак дихальної недостатності доцільно застосовувати подовжену штучну вентиляцію легенів.

Профілактика легеневих ускладнень: 1) З першого дня після операції необхідно примушувати хворих глибоко дихати, робити дихальну гімнастику. 2) Попереджає розвиток ускладнень дихання з підвищеним опором на видиху (надування куль, надувних іграшок, резинових камер). Дихання через маску наркозного апарату, з'єднану з трубкою, яку опускають у воду на глибину 10 см. 3) Застосування різних засобів масажу грудної клітки (постукування, вібромасаж, поколачування) у поєднанні з бронхолітиками, муколітиками та інгаляційною зволожуючою терапією. 4) Рання активність хворого в поєднанні з достатнім знеболюванням. 5) Використання засобів боротьби з парезом кишечника. Усі вищезазначені заходи сприяють нормалізації функції легень, попереджають розвиток легеневих ускладнень.

### **3.2. Профілактика та лікування ускладнень шлунково-кишкового тракту**

**Парез та атонія кишечника** – часте ускладнення раннього післяопераційного періоду, котре супроводжується нестерпним болем, пригніченням моторної діяльності шлунка та кишечника, інтоксикацією всіх органів та систем. Живіт надутий, перистальтика відсутня, гази не відходять. Важливим моментом, який сприяє відновленню тону м'язової мускулатури, є створення спокою прооперованого органу, котрий досягають декомпресією шлунку чи кишечника шляхом введення повітря, шлункового чи кишкового вмісту. З цією метою у шлунок вводять зонд, за допомогою якого евакуюють шлунковий вміст, а при операціях на тонкому чи товстому кишечнику, особливо при тонко- та товстокишечній непрохідності, інкубують весь кишечник, створюючи, таким чином декомпресію всього шлунково-кишкового тракту. Для збудження перистальтики роблять гіпертонічну клізму, вводять 0,05% розчин прозеріну, карбахолін, пітуїтрин, церукал, аміназин, застосовують електростимуляцію апаратами СНИМ, ЕИ-1 та ін.

Електростимуляцію починають з 2-3 дня після операції, в результаті чого швидко з'являється перистальтика, відходять гази. Вельми ефективні у лікуванні парезу інфузія сорбітолу, діадинамічні токи Бернера, тривала перидуральна анестезія, інфузія 0,25% розчину новокаїну у корінь брижі тонкої кишки.

**Перитоніт** – грізне ускладнення післяопераційного періоду. Найбільш частою причиною його виникнення є неспромож анастомозитів після резекції шлунку, кишечника та ін. Необхідна термінова релапаротомія, усунення джерела перитоніту та адекватне дренивання черевної порожнини. Разом з операцією призначають дезінтоксикаційну та антибактеріальну терапію.

**Кровотеча** може бути внутрішньою та зовнішньою. Кровотеча із операційної рани не становить особливих труднощів для діагностики. Внутрішня кровотеча може бути внутрішньочеревною чи у просвіт травного каналу. Найбільш часто післяопераційні кровотечі зустрічаються після операції на паренхіматозних органах, у хворих з жовтяницею, гемофілією, геморагічними діатезами. Кровотеча у просвіт травного каналу може бути із зашитої виразки, із лінії анастомозу, зашитої малої кривини шлунку чи з гострих виразок чи розривів слизової оболонки шлунку, котрі можуть виникнути у післяопераційному періоді.

Діагностика внутрішньої кровотечі базується на скаргах хворого, об'єктивних та ендоскопічних даних (запаморочення, блідість шкіри, блювання, мелена, тахікардія, низький артеріальний тиск, зниження гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту, наявність судини, з якої продовжується кровотеча при ендоскопічному дослідженні, чи внутрішньочеревна кровотеча при лапароскопії.

Лікування післяопераційних кровотеч визначається їх інтенсивністю та причиною, яка викликала їх. З консервативних методів лікування застосовують переливання крові, внутрішньовенне введення хлориду кальцію 10%-10 мл, амінокапронової кислоти – 5%-100 мл та ін. Дуже перспективним засобом зупинки кровотечі є електрокоагуляція судин за

допомогою ендоскопу. При неефективності консервативної терапії показана релапаротомія та усунення джерела кровотечі.

**Рання спайкова кишкова непрохідність** може виникнути практично після будь-якого втручання на органах черевної порожнини. Найбільш часто причиною непрохідності є спайковий процес в черевній порожнині. Клінічна картина проявляється немотивованим погіршенням загального стану, наростанням здуття живота і поступовим посиленням болей. Болі набувають характеру потуг, виникає рвота, з'являється чіткий шум плеску, позитивний симптом Валя. При оглядовій рентгеноскопії видно чаші Клойберга. При встановленні діагнозу ранньої спайкової непрохідності кишечника показана термінова релапаротомія, ретельна ревізія органів черевної порожнини і ліквідація непрохідності.

### 3.3. Ускладнення з боку операційної рани

**Евентрація** – випадання сальника або кишечника із черевної порожнини при розходженні операційної рани. Розрізняють повну евентрацію, коли розходяться всі шари рани передньої черевної стінки і настає випадання нутрощів під пов'язку, і неповну, при якій нутрощі випадають під шкіру в результаті розходження брюшини і апоневрозу. Головними причинами в розвитку цього ускладнення є:

1. Дефекти хірургічної техніки (рідкі або часті шви, накладання швів занадто близько до країв апоневроза, застосування швів із швидко розсмоктувальних матеріалів, коротке підрізання ниток біля самого вузла).

2. Механічні фактори, які приводять до підвищення тиску в черевній порожнині (парез кишечника, кашель, багаторазова рвота, утруднення дефекації і ін.).

3. Невиправданий прийом антибіотиків, гормональних препаратів, які знижують нормальні репаративні процеси.

4. Розширення показань і обсягу оперативного втручання у ослаблених хворих і хворих похилого віку.

В розвитку евентрації має значення тяжка анемія, дефіцит білка і вітамінів, лейкопенія, зайва травматизація тканин, наявність гематом, натяг країв зшитих тканин, грубий шовний матеріал, нагноєння рани, прогресуючий перитоніт.

При виявленні евентрації хворих необхідно оперувати. Зашивання евентрації допустимо під місцевою анестезією.

**Кровотеча із рани**, гематоми. Кровотеча із країв рани спостерігається при недостатньому гемостазі, при зісковуванні лігатури, при порушенні здатності зсідатися крові. Накопичення крові в підшкірній клітковині, під апоневрозом, в передочеревинній клітковині приводить до утворення гематоми. В цих випадках необхідно видалити гематому і зупинити кровотечу шляхом перев'язки або прошивання кровоточивих судин.

### **Інфільтрати, нагноєння рани**

Нагноєння післяопераційної рани й інфільтрати виникають в основному при наявності інфекції, некротичних тканин у ослаблених і недостатньо підготовлених до операції хворих. Має значення і тривалість розтягнення рани кочками і рано- розширювачами, затиснення тканин грубими затискачами, забування в рані іноридних тіл. При інфільтратах призначають антибактеріальну терапію і фізіотерапевтичне лікування. При нагноєнні операційної рани необхідно зняти шви, розвести краї рани, промити антисептиками і дрениувати. В подальшому лікувати за загальними правилами лікування гнійних ран. Призначають антибіотики, протеолітичні ферменти, ультрафіолетові промені, УВУ-терапію.

Профілактика післяопераційних інфільтратів і нагноєнь полягає в суворому дотриманні асептики і антисептики, атравматичному оперуванні, використанні для зашивання гігроскопічних ниток.

### **3.4. Ускладнення з боку органів сечовиділення**

**Анурія** – затримка виділення сечі нирками. Частіше за все має нервово-рефлекторне походження або пов'язана з інтоксикацією. Сечовий міхур пустий, позивів на сечовиділення немає. Застосовують двохсторонню

паранефральну блокаду, діатермію на область нирок, вводять 1 мл 1% розчину пілокарпіну, осмотичні діуретики.

**Ішурія** – затримка сечовиділення. Це пов'язано з незвичним положенням хворого, мають значення і нервово-рефлекторні причини. Добру дію чинить грілка на ділянку сечового міхура, введення атропіну, а при відсутності ефекту – катетеризація сечового міхура.

### **3.5. Корекція метаболічних порушень та харчування оперованих хворих**

У післяопераційному періоді розрізняють три стадії: катаболічну, зворотнього розвитку та анаболічну.

Катаболічна стадія залежить від важкості виконаного оперативного втручання та можливих післяопераційних ускладнень, триває 3-7 днів. Вона характеризується нейроендокринними реакціями та нейрогуморальними порушеннями, які ведуть до змін судинного тону та кровообігу у тканинах, розладів мікроциркуляції, порушення тканинного дихання, гіпоксії та метаболічного ацидозу. Все це обумовлює порушення водно-електролітного балансу, вихід рідини з кровоносного русла у міжтканинні простори та клітини, згущення крові й стаз формових елементів. На цій стадії спостерігається збільшення розпаду м'язових білків, білків сполучної тканини, печінки, плазми, шлунково-кишкового тракту. Підсумкова втрата білка у післяопераційному періоді значна, особливо при крововтраті, післяопераційних гнійних ускладненнях.

**Стадія зворотнього розвитку** триває 4-6 днів, характеризується зниженням активності симпатико-адреналової системи й катаболічних процесів. Зменшується виділення азоту й калію з сечею та глікогену. Відновлюється водно-електролітний баланс. Хворі стають більш активними, зникає біль, нормалізується температура тіла, шкірні покриви набувають нормального кольору, відновлюється діяльність шлунково-кишкового тракту.

**Анаболічна стадія** триває від 2 до 5 тижнів, характеризується посиленням синтезом білка, глікогена, жирів та відновленням порушених функцій нервової, серцево-судинної, дихальної, травної, видільної систем.

Протягом наступних 3-6 місяців після операції завершуються процеси репаративної регенерації – дозрівання сполучної тканини й утворення рубця.

Таким чином, корекція метаболічних порушень показана у катаболічній стадії й залежить від важкості операції, передопераційної підготовки, післяопераційних ускладнень та великих втрат рідини при високих кишкових норицях та інших захворюваннях.

Показанням до гемотрансфузії слід вважати крововтрату більшу за 10-15% ОЦК. При цьому крововтрату заміщують переливанням крові на 50-60%, а решту об'єму поповнюють раціональним поєднанням колоїдів, кристалоїдів, компонентів крові. Корекцію метаболічного ацидозу здійснюють за допомогою інфузії 4% розчину гідрокарбонату.

Метаболічний алкалоз супроводжується гіпохлоремією чи гіпокаліємією, а нерідко і тим, і другим. Вводять 7,5% розчин хлориду калія (1 мл містить 1 моль хлориду кальцію), котрий сполучають з 10-20% розчином глюкози для утворення 0,6-0,7% розчину препарату. Доцільно також застосування підвищених доз аскорбінової кислоти. При лікуванні порушень водно-електролітного балансу необхідно враховувати можливість дефіциту магнію, цинку, кальцію, заліза, літію.

Таким чином, для відновлення та підтримання гомеостазу необхідно застосовувати комплекс лікувальних заходів:

1. Підтримання нормального об'єму циркулюючої крові.
2. Нормалізація електролітного складу біологічних рідин.
3. Корекція зміни КЛС (тріс-буфер, бікарбонат натрію 4% 6-8 г).
4. Відновлення реології крові та мікроциркуляції (реополіглюкін 400 мл на добу, глюкозо-новокаїнова суміш та ін.).
5. Дезінтоксикаційна терапія (неогемодез 400 мл в/в, нативна плазма 200 мл в/в, розчин Рінгера 400 мл в/в).
6. Нормалізація кисневого режиму організму (гіпербарична оксигенація, при відсутності протипоказань, застосування кисневих коктейлів, пін).



7. Кардіотонічна терапія з переважним застосуванням препаратів, не підвищуючих потреби міокарду у кисні (дігосин, ізоланід, лантозід).
8. Профілактика та лікування функції печінки, нирок підшлункової залози.
9. Блокада активності протеаз та протеолізу (контрікал 20000-30000 ОД на добу, гордокс, та ін. Під контролем фібринолітичної активності крові).
10. Антикоагулянтна терапія (гепарин до 20000 ОД на добу протягом 5-6 днів під контролем коагулограми з поступовим зниженням дози).
11. Нормалізація моторної, секреторної та ферментної функції шлунково-кишкового тракту.

### **Харчування хворих у післяопераційному періоді**

Парентеральне та ентеральне харчування спрямовано на підтримання адекватного метаболізму (енергетичного, білкового, вуглеводного, жирового). Повноцінне парентеральне харчування забезпечується за допомогою висококалорійних інфузійних середовищ. З цією метою застосовують концентровані розчини глюкози, білкові препарати, амінокислоти, жирові емульсії. Добовий калораж повинен складати 3-3,5 тис.ккал. Ефективні також цукоровмістні речовини: фруктоза, сорбіт, ксиліт, котрі засвоюються організмом без інсуліну. Виснаженим хворим уводять альбумін, розчин плазмового протеїну.

Пероральне харчування починають лише після відновлення моторно-евакуаторної функції шлунку та кишечника. У тих випадках, коли поживну суміш уводять через зонд у тощу кишку, харчування можна починати значно раніше – на 2-3 день після операції.

### **Лікувальне харчування у хірургічній клініці**

**Дієта № 0.** Призначається хворим після операції на шлунково-кишковому тракті. Їжа вживається у рідкому вигляді. У її склад входять

слизові протерті суміші, бульон, настій шипшини, кисілі, чай, молоко та ін. Ця дієта призначається у перші 2-3 дні після операції 7-10 разів на добу.

**Дієта № 1а.** Призначається хворим на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки у стадії загострення, після резекції шлунку на 4-5 день. Усі страви готуються у вареному вигляді чи на пару, рідкої чи рідко-кашицеподібної концентрації. У їжі достатня кількість білків (100 г), жирів (100 г) та вуглеводів (200 г). Калорійність – 2000 ккал. Харчування роздрібне, 6-8 разів на добу.

**Дієта № 1б.** Призначається хворим на виразкову хворобу та у післяопераційному періоді після дієти 1а. Їжу дають у протертому вигляді, відварену чи на пару. Виключено страви, які є сильними збудниками секреції. Калораж зменшено за рахунок вуглеводів (300 г) при нормальному вмісті білків (100 г) та жирів (100 г). Калорійність - 2600 ккал. Їжа вживається у теплому вигляді не менше 6 разів на добу.

**Дієта № 1.** Призначається хворим на виразкову хворобу під час ремісії та в післяопераційному періоді протягом 5-6 місяців. Їжу дають у рідкому, кашацеподібному вигляді чи у більш твердій консистенції у вареному чи протертому вигляді. Харчування роздрібне, 5-6 разів на добу з нормальною калорійністю, помірним обмеженням солі та страв, які містять велику кількість клітковини. Їжа містить до 120 г білків та жирів, 400-500 г вуглеводів. Калорійність - 3000-3500 ккал.

**Дієта Мейленграхта.** Призначається хворим із гастродуоденальними кровотечами. Дієта сприяє нейтралізації кислого вмісту шлунку, зменшенню перистальтики шлунку та кишечника, робить позитивну дію на процеси згортання крові та регенерацію. Дієта Мейленграхта багата на молочні продукти, овочі та фруктові соки, вітаміни С та К (овочеві та протерті супи, каші, картоплю, молоко, вершки, м'ясо у вигляді суфле, білий хліб та ін.). Їжа споживається 6-8 разів на добу у протертому, роздробленому вигляді, вміщує 70-100 г білків, 90-100 г жирів та 300-400 г вуглеводів. Калорійність 3000 ккал.

**Дієта № 2.** Показана хворим на хронічний гастрит, коліт та ентероколіт у стадії загострення. У післяопераційному періоді призначається після оперативних втручань на товстому кишечнику та на прямій кишці. Дієта сприяє зменшенню бродіальних процесів та нормалізації моторної та секреторної функції шлунка та кишечнику. Обмежені харчі, які важко перетравлюються, містять грубу клітковину, подразнюють слизову оболонку. Містять 100 г білків, 100 г жирів, 400 г вуглеводів. Калорійність 3000 кал. Травлення роздрібне, 4-5 разів на добу.

**Дієта № 4.** Призначають хворим на гострі та хронічні захворювання шлунка та кишечника (гастрити, коліти, гастроентероліти). Усі страви готуються у вареному вигляді, на пару, протерті, містять нормальну кількість білків (100 г), зменшену кількість жирів (70 г), вуглеводів (200-250 г) та – солі. Виключають прянощі, копчені страви, молоко, клітковину, жирне м'ясо, рибу, холодні напої. Харчування роздрібне, 5-6 разів на добу.

**Дієта № 5.** Показана хворим з гострими та хронічними холециститами, жовчнокам'яною хворобою, гепатитами. Вона сприяє накопиченню глікогену у печінці, стимулює жовчовідділення та моторну функцію кишечнику. Всі страви готуються у вареному вигляді чи на пару, містять нормальну кількість білків (100 г), підвищену кількість вуглеводів (500 г). Жири до 80 г, у тому числі 15% - рослинних. Дієта багата ліпотропними речовинами (метіонін, лецитін), клітковиною, овочами, фруктами. Забороняється холестериновмістні та екстрактивні речовини (жирні сорти м'яса, риби, сало, консерви, щавель, рибні та м'ясні супи, гострі пряні страви та ін.). Харчування 5-6 разів на добу. Калораж 3100 кал.

**Дієта № 5п.** Показана хворим з гострим та хронічним панкреатитом. Дієта сприяє зменшенню гіперферментації, пригніченню секреторної функції залози, зменшенню стазу у протоках підшлункової залози. Їжа містить 80 г білків, 40 г жирів та 200 г вуглеводів. Калорійність 1800 кал. У перші 2-3 дні рекомендовано голод чи лужну воду, в подальшому – слизові супи із різних круп (окрім пшона) на воді чи німічному овочевому відварі, нежирне м'ясо

у вигляді суфле, парових котлет (кури, індики, кролики, яловичина), нежирні сорти риби (тріска, судак, сазан, окунь), яйця у вигляді парового омлета, сир: свіжий, некислий у вигляді пасти або парового пудинга. Із овочів – картопля, морква, кабачки, капуста кольорова у вигляді пюре, парових пудингів. Яблука тільки печені (крім “антонівки”). Напої – компоти із сухофруктів, свіжих яблук, киселі, желе, мус на ксиліті, сорбіті, настій шипшини, чай німецький, лужна мінеральна вода (боржомі і ін.). При хронічному панкреатиті збільшується калорійність до 250-280 кал. (білки 130-140 г, жири – 60-80 г, вуглеводи 300-350 г). Їжа перетерта, парова або запечена в духовій шафі.

**Дієта № 5ш.** Призначається хворим після холецистектомії і інших оперативних втручань на гепатобіліарній системі. Дієта оберігаюча, містить 90 г білків, 50-60 г жирів, 250-280 г вуглеводів. Калорійність 2100 кал. Виключається рослинне масло, зменшується кількість вуглеводів і повареної солі. Страви готуються на пару або у відвареному вигляді (нежирний сир, омлет білковий паровий, суп рисовий з овочами перетертий, парові м'ясні биточки, відварена риба, морков'яно-яблучні биточки, яблука печені без цукру, білі сухарі, відвар шипшини, кефір, чай з молоком і ін.).

**Дієта № 7.** Призначається хворим з захворюваннями нирок. Із раціону виключаються м'ясні, рибні, грибні юшки і підливи. М'ясо і рибу рекомендується відварювати. Вага денного раціону разом з рідиною не повинна перевищувати 2-2,5 кг, а загальна кількість рідини 1000-1500 мл. Вживання повареної солі максимально обмежено. Сіль добавляють у страви із розрахунку 3-5 г на день. При кулінарній обробці сіль повністю виключається.

**Дієта № 9.** В хірургічному стаціонарі призначається хворим з цукровим діабетом. Дієта містить 90 г білків, 75 г жирів і 320 г вуглеводів. Із меню виключається цукор і солодоці, обмежуються харчі, які містять багато крохмалю (хліб, крупи, картопля). Їжу вживають невеликими порціями 5-6 разів на день.

**Дієта №10.** Показана хворим, які перенесли інфаркт міокарда, з гіпертонічною хворобою, вираженим атеросклерозом. Їжа готується без солі. Досолювати рекомендується за столом (2-5 г солі на день). Обмежуються жири, особливо тваринного походження, харчі, які містять холестерин – яєчний жовток, мозок і ін.). Цукор бажано замінити ксилітом. Загальна кількість рідини (чай, молоко, кисіль, супи і ін.) не повинна перевищувати 1 л на день. Їжа повинна містити багато овочів, фруктів, вітаміни, харчі, яким властива протисклеротична дія (морська капуста, кальмари, креветки, морепродукти). Виключається шпинат, щавель, шоколад, солодкі кондитерські вироби, гострі приправи і спеції.

**Дієта № 15.** Загальний стіл.

### **Лікувальна фізкультура і масаж у ранньому післяопераційному періоді**

Вимушене положення хворого на спині, його недостатня активність, поверхневе дихання у зв'язку з парезом кишечника і болями в операційній рані ведуть до розвитку застійних явищ в легенях з порушенням газообміну, тромбоемболічних ускладнень, серцевої і легеневої недостатності. Ці ускладнення розвиваються як у молодих, так і особливо у хворих похилого віку з різними супутніми захворюваннями.

Лікувальна фізкультура і масаж показані усім хворим після планових і термінових операцій на грудній і черевній порожнині, пацієнтам, які знаходяться довго на штучній вентиляції легень, паралізованим хворим.

Протипоказаннями для масажу і ЛФК є шлунково-кишкові кровотечі, гостра ниркова і печінкова недостатність, набряк легень, інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії, аневризми судин, септичний стан, делірій, гепаторенальний синдром, туберкульоз легень в активній фазі, лімфаденіти.

Фізичні вправи і масаж сприяють активізації дихання, кровообігу, обміну речовин, покращенню функціонального стану нервової і ендокринної систем. Прискорюється крово- і лімфообіг, покращується функція легень, серця, паренхіматозних органів і шлунково-кишкового тракту. Таким чином,

попереджується розвиток пневмоній, тромбозів та емболій, динамічної кишкової непрохідності.

Види прийомів масажу та його послідовність вирішує лікар-фізіотерапевт під наглядом лікаря, котрий лікує хворого.

### **3.6. Догляд за хворими на етапах лікування в хірургічному стаціонарі**

#### **3.6.1. Догляд за хворими у відділенні реанімації та інтенсивної терапії**

Великі, складні, травматичні і тривалі оперативні втручання, операції у хворих літнього і старечого віку, у тих, що мають важку супроводжуючу патологію, потребують старанної передопераційної підготовки та інтенсивної терапії в ранньому післяопераційному періоді. В сучасних клініках організовані спеціалізовані відділення, де здійснюється інтенсивне спостереження, тобто, постійний кваліфікований контроль за станом хворого. Лікарі, середній та молодший медичний персонал відділення інтенсивної терапії або реанімації здійснюють комплекс універсальних лікувальних заходів, спрямованих на нормалізацію гомеостазу, попередження і лікування гострих порушень життєвоважливих функцій серця, легень, печінки, нирок, обмінних процесів у хворих, що перебувають у критичному стані.

**Відділення анестезіології і реаніматології або реанімації та інтенсивної терапії повинні бути поблизу від приймальної палати та операційного блоку. В кожному відділенні повинні бути реанімаційні зали, палати інтенсивної терапії, операційна для нетранспортабельних хворих, в якій виконуються невеликі операційні втручання (трахеостомія, пункція плевральної порожнини та ін.), а також перев'язки під час ревізії операційних ран, редренування та ін.; експрес-лабораторія, кабінет зав. відділенням, ординаторська, кімнати старшої сестри і сестри-господарки, середнього і молодшого персоналу, душові, санвузол.**

Відділення реанімації та інтенсивної терапії оснащується функціональними ліжками, які дають змогу хворому перебувати у вигідному для нього положенні. Ліжка розташовуються у залах і в палатах так, щоб до хворого можна було вільно підійти з трьох боків, і щоб усі вони були добре помітними з сестринського поста. Вони забезпечені великими колесами з гальмовим обладнанням, що дає змогу їх легко пересувати і використовувати для доставки хворого з операційної та при переводі до хірургічного відділення. Кожне ліжко забезпечується штативом для інфузійної системи, звукової і світлової сигналізації, індивідуальним світильником, централізованою подачею кисню, контрольно-діагностичною, дихальною, наркозною апаратурою. В палатах є також апарати, що дають змогу реєструвати частоту пульсу, його ритм, ЕКГ, параметри дихання, артеріальний і центральний венозний тиск, тиск у легеневій артерії та інше. Експрес-лабораторія дає інформацію про рівень гемоглобіну, гематокриту, білків, електролітів, ОЦК, кислотно-лужного стану, білірубину, сечовини, цукру, протромбіну та ін. Періодичну інформацію збирають не рідше 3 разів на добу, а при необхідності і частіше, контролюючи таким чином стан хворого і ефективність інтенсивної терапії. У тих випадках, коли хворим необхідна екстрена допомога, в палатах інтенсивної терапії повинна бути апаратура для ШВЛ, набори для трахеостомії та венесекції, апарат для дефібриляції серця, набір лікарських препаратів, трансфузійних засобів та ін.

Для зниження мікробної флори повітря в палатах встановлюються пересувні рециркуляційні повітряочишувачі. Двері у відділення повинні бути зачиненими. Лікувальні приміщення і тамбур перед входом обладнують стаціонарними бактерицидними ртутно-кварцевими лампами низького тиску.

Організація праці лікарів, середнього і молодшого персоналу відзначається цілим рядом особливостей, обумовлених тяжким станом хворих, екстреністю медичної допомоги, різним обладнанням, високим напруженням розумових і фізичних сил, моральної відповідальності за життя

пацієнтів. Персонал відділення повинен бути зібраним, акуратним, професійно грамотним. В основі інтенсивного спостереження лежить раннє виявлення симптомів, котрі свідчать про порушення обміну речовин або виникнення ускладнення в післяопераційному періоді, а також неадекватність відповідних реакцій хворого на лікувальні дії, що дає змогу попередити виникнення критичних станів.

Інтенсивне спостереження може бути візуальним, моніторним, лабораторним і комбінованим. На кожного хворого слід завести карту погодинного спостереження і листок призначення. Через 1—3 години протягом доби реєструються показники дихання, кровообігу, температури тіла, діурезу, кількість виділеного по дренажах і катетерах, об'єм рідини, яку вводять, і тієї, що виводиться. При оцінці стану хворого важливе значення має спостереження за функціональним станом органів (форма і ступінь здуття живота, напруження м'язів передньої черевної стінки, наявність внутрішньої або зовнішньої кровотечі, стан післяопераційної рани та ін.). Заслуговують на увагу ікавка або блювання в післяопераційному періоді, кількість і характер шлунково-кишкового виділення, його колір, запах. Аускультация і перкусія живота дають змогу визначити перистальтичні шуми кишечника, наявність газу або рідини в черевній порожнині.

Динамічне спостереження за функцією дихання і серцево-судинної системи найчастіше здійснюється за допомогою моніторних обладнань. Моніторна техніка дає змогу реєструвати частоту дихання, вміст вуглекислого газу, число серцевих скорочень, артеріальний і центральний венозний тиск, ЕКГ, тиск в порожнинах серця, температуру тіла та ін. У випадках, коли хворий перебуває на штучній вентиляції легень (ШВЛ), слід вести старанне спостереження за роботою респіратору, контролювати хвилиний об'єм дихання, частоту його, тиск при вдиху і видиху, визначати ступінь адаптації хворого до апарату, виконувати аускультативний контроль, туалет трахеобронхіального дерева.



Поряд з візуальним і моніторним спостереженням не менш важливим є лабораторна діагностика, що дає змогу вивчати до 55 лабораторних показників. При тривалій ШВЛ, крім контролю її ефективності за клінічними, рентгенологічними і лабораторними даними, слід проводити вібраційний і перкусивний масаж грудної клітки. Харчуються такі хворі парентерально або через зонд. В залежності від функціонального стану кишечника призначають очищувальні, гіпертонічні або сифонні клізми.

Особливу увагу слід звернути на функціонально вигідне положення хворого. Тривале положення на спині призводить до розвитку пролежнів, гіпостатичної або абсцедуючої пневмонії, легеневої недостатності. Розлад дихання нерідко спостерігається внаслідок механічної закупорки дихальних шляхів (западання язика, закупорка чи затікання блювотних мас в дихальні шляхи, закупорка штучною щелепою і зйомними зубами та ін.). При западанні язика необхідно висунути нижню щелепу наперед так, щоб хрипляче дихання змінилось на рівне, або ввести повітрявід.

При асфіксії застосувати штучне дихання засобом «рот в рот» або «з рота в ніс». Для попередження потрапляння блювотних мас в дихальні шляхи голову хворого повертають вліво, щоб витікав вміст шлунку. З метою евакуації блювотних мас тампоном і змазують вазеліновим маслом, розчином гліцерину чи іншими засобами. Слід дотримувати суворої асептики при венепункції, катетеризації судин, сечового міхура, зміни інфузійних систем і перев'язках.

Персоналу відділення важливо стежити за випорожненням і сечовипусканням хворих. Можливі мимовільні сечовипускання і дефекація. Необхідно використовувати підкладні клейонки і додаткову білизну, котрі замінюються після забруднення.

Харчування хворих проводиться лише після дозволу оперуючого хірурга або лікуючого лікаря. Ентеральне приймання харчів проводиться малими дозами з ложки чи поїльника. Харчі даються висококалорійні, легкозасвоювані, в теплом і рідкому вигляді. За спеціальними хірургічними

показниками харчі у вигляді поживних сумішей вводяться по постійному назогастральному зонду (зондове ентеральне харчування).

Хворі, що оперовані з приводу перитоніту, гнійних захворювань і післяопераційних ускладнень, розміщуються в ізольовані палати. В них повинна бути гарна вентиляція (4—8-кратний обмін повітря на годину), що забезпечується вентиляційними установками з перевагою притоку і бактеріальними фільтрами. Досить ефективним методом зниження бактеріальної флори є кондиціонування. Для виключення перехресної інфекції, поруч з ретельною дезінфекцією, доцільне короткочасне перебування хворих у відділенні. По можливості дотримують систему циклічності заповнення палат. Черговість «роботи» і «відпочинку» приміщень є дієвою мірою профілактики внутрішньолікарняної інфекції. Прибирання приміщень проводять вологим способом не рідше 2 разів на день з використанням дезінфікуючих засобів. Один раз на тиждень проводять генеральне прибирання приміщень. Перед надходженням хворих з операційної дезінфікують приліжкову тумбочку, ліжко, потім застилають ліжко білизною, котра пройшла камерну обробку. Постільну білизну міняють щодня.

Поряд з ретельним доглядом за хворим важливе значення має дотримання правил медичної етики і деонтології. Лікар, середній і молодший медичний персонал мусять виявляти співчуття, підтримувати атмосферу посиленої уваги до хворого і надію на видужання, берегти його психіку. Персонал відділення регулярно обстежується на бактеріоносіїв і при їх виявленні проводиться санація. Особи з ознаками інфекційних захворювань до роботи не допускаються. Відвідування хворих родичами не дозволяється. Огляд хворих лікуючими лікарями, консультантами допускається лише в змінному одязі і бахілах.

### **3.6.2. Догляд за хворими після операцій на органах черевної порожнини**

**На органах черевної порожнини** виконується велика кількість планових і ургентних хірургічних втручань. Догляд в післяопераційному періоді має мету створювати найбільш сприятливі умови для одужання і запобігання розвитку післяопераційних ускладнень.

Нерідко операції проводяться з приводу гострих гнійно-запалювальних захворювань у важкохворих. У зв'язку з цим з'являється небезпека розповсюдження внутрішньолікарняної інфекції.

Щоб запобігти розвиткові перехресної інфекції і зниженню несприятливих контактів, хворі з операційної чи з відділень реанімації та інтенсивної терапії переводяться в спеціальні післяопераційні палати. Вони забезпечені стаціонарними джерелами ультрафіолетового опромінення. Палата прибирається 2 рази на день вологим способом із застосуванням дезінфікуючих засобів. Ліжко після відповідної дезінфекції застеляється білизною, що пройшла камерну обробку.

Хворого після операції вкладають горизонтально на спину. Якщо операція була проведена під наркозом, медичний персонал повинен перебувати в палаті до повного пробудження пацієнта, контролюючи пульс, артеріальний тиск, дихання. В післяопераційний період може виникнути блювання, регургітація, тому голова хворого повинна бути на низькій подушці або повернена на бік. Це запобігає западінню язика або аспірації блювотних мас. Після виходу з наркозу хворому надається зручне і функціонально вигідне напівсидяче положення.

Протягом першої доби після операції поверх пов'язки укладають міхур із кригою. Таку процедуру з кригою повторюють періодично протягом 1-1,5 години. Це зменшує запалювальний процес в ділянці рани. В залежності від тяжкості і складності оперативного втручання, хворому призначають анальгетики, антибіотики і іфузійну терапію.

Руховий режим залежить від характеру і обсягу операції, наявності супутніх захворювань. Спочатку дозволяють хворому повертатись, потім сидіти і, нарешті, вставати. Варто однак підкреслити, що перед активізацією

необхідно призначити лікувальну фізкультуру, масаж верхніх і нижніх кінцівок.

**Найбільш частими ускладненнями з боку легень в післяопераційному періоді є набряк, пневмонія, ателектази, дихальна недостатність. Для попередження цих ускладнень необхідно з першого дня після операції примушувати хворих глибоко дихати, робити дихальну гімнастику, застосовувати різні методи масажу грудної клітки (постукування, вибивання долонею, вібромасаж) в сполученні з бронхолітиками, муколітиками та інгаляційною зволожуючою терапією. Попереджає розвиток ускладнень дихання з підвищеним опором на видиханні (роздування гумових куль, надувних іграшок, гумових камер), дихання через маску наркозного апарату, з'єднану з трубкою, яку занурюють у воду на глибину 10 см, рання активність хворих у сполученні з достатнім знеболюванням.**

Тривалий постільний режим призводить до сповільнення циркуляції крові, внаслідок чого виникають тромбоемболічні ускладнення (тромбози вен нижніх кінцівок). Ці ускладнення частіше у хворих з хронічними захворюваннями вен (варікозна хвороба, тромбофлебіт). Для профілактики тромбоутворення і поліпшення мікроциркуляції необхідно активно вести післяопераційний період. Лікувальну гімнастику і раннє вставання слід рекомендувати з перших днів операції, вводити достатню кількість рідини, в тому числі реополіглюкін. При схильності до тромбозів призначають прямі і непрямі антикоагулянти (гепарин та ін.). Хворим з варикозним розширенням вен накладають еластичний бинт на обидві кінцівки від пальців до пахової зв'язки. Важливо стежити, щоб тури бинта не послаблювались і не звернулись.

Досить частим ускладненням раннього післяопераційного періоду є парез і атонія кишечника, що супроводжується сильним болем, пригніченням моторної діяльності шлунка і кишечника, вираженою інтоксикацією всіх органів і систем. Живіт здутий, відсутня перистальтика, не відходять гази.

З'являється ікота, блювання. Важливим моментом, що сприяє відновленню м'язового тону, є декомпресія шлунка і кишечника шляхом спорожнювання їх від повітря і вмісту. З цією метою в шлунок вводять зонд, з допомогою якого евакуюють шлунковий вміст, а при операціях з приводу загального гнійного перитоніту, тонко- або товстокишкової непрохідності інтубірують увесь кишечник, здійснюючи таким чином декомпресію всього тракту. Зонд опускають в спеціальну ємність, яку підвішують до ліжка нижче рівня тіла хворого. Щоб зонд не випав його фіксують лейкопластиром або прив'язують лігатурою. Кількість шлункового або кишкового вмісту, його колір, запах обов'язково враховується. Для відведення газів із товстої кишки через анальний отвір вводять газовідвідну трубку. Кінець її вміщують в судно, розташоване між ніг хворого або в бутель, підвішений до ліжка. Дезінфекція шлункових зондів і газовідвідних трубок здійснюється кип'ятінням після попереднього миття.

Варто відзначити, що поруч з дренажами, якими здійснюють декомпресію шлунку і кишечника, нерідко дренажують черевну порожнину і малий таз, заочеревинний простір. Дренажі можуть бути різноманітними за формою, виготовлені з різних матеріалів і мають одну або кілька невеликих дірок. Дренажування може бути пасивне і активне. При пасивному дренажуванні кінець трубки опускається в посудину; попередньо дезінфіковану. Перед використанням на дно її наливають 50 мл розчину фурациліну або ріванолу, в який занурюють кінчик дренажа.

При активному дренажуванні дренаж прикріплюється до апаратури, яка створює постійне розрідження 10-15 мм рт.ст. Для подовження дренажу використовують скляні трубки – перехідники, що дає змогу стежити за правильним його функціонуванням.

В післяопераційному періоді нерідко має місце ускладнення з боку органів сечовипускання. Затримка сечовипускання (ішурія) пов'язана з незвичайними положеннями хворого або нервоворефлекторними причинами. Після призначення грілки на ділянку сечового міхура, введення атропіну,

сечовипускання відновлюється, а за відсутності ефекту проводиться одноразова або постійна катетеризація сечового міхура. Затримка відділення сечі нирками (анурія) часто пов'язана з інтоксикацією. Сечовий міхур порожній, виділення сечі нирками не відбувається. В такому випадку слід зробити двосторонню паранефральну блокаду, діатермію на ділянку нирок, ввести 1 мл 1 % розчину пілокарпину, продовжити дезінтоксикаційну терапію. При постійній катетеризації сечового міхура слід стежити за катетером, підраховувати кількість виділеної сечі.

Старанного догляду в післяопераційному періоді вимагає також шкіра хворого (обличчя, спина, таз, ділянка крижів, статеві органи, промежина). Хворий в перші 2-3 дні не може самостійно харчуватись, тому слід зволожувати, протирати і змащувати слизову оболонку рота розчином соди (на 1 стакан води 1 чайна ложка), стимулювати слиновідділення шляхом смоктання шматочків лимону, жувальної гуми та ін. Натільна і постільна білизна повинні бути чистими і замінюватись при найменшому забрудненні. Для таких хворих виділяють додаткові пелюшки і підкладні клейонки, які легко замінюються.

Особливої уваги вимагає ділянка післяопераційної рани. Пов'язка, просочена кров'ю, сукровицею, гноєм, калом, сечею стає досить принадною для розповсюдження мікроорганізмів. Про це тут же повинно бути повідомлено лікареві, пов'язку слід замінити. Промокання пов'язки гноєм свідчить про те, що рана загноєна, промокання сукровицею – про разходження країв її, промокання кров'ю - про кровотечу. Надходження в рану вмісту кишечника або сечі свідчить про розкриття просвіту кишечника або сечового міхура. Про всі ці ускладнення слід повідомити лікаря або завідуючого відділенням.

### **3.6.3. Догляд за хворими після операцій на органах грудної клітки**

Операції на органах грудної клітки виконуються планові і екстрені (при пораненні серця, легень, судин та ін.). Всі ці операції досить травматичні і практично завжди виконуються під інгаляційним ендотрахеальним наркозом

з штучною вентиляцією легень. Тривалі і травматичні оперативні втручання можуть привести в післяопераційному періоді до найрізноманітніших ускладнень: гіпостатичних, аспіраційних, інфарктних, інтерстиціальних пневмоній, ателектазів легень, ларінготрахеїтів, трахеобронхітів, гнійних захворювань плеври, серцево-судинних, нирково-печінкових і т. ін.

У зв'язку з цим, головними вимогами правильного ведення післяопераційного періоду є такі: 1) підтримування на відповідному рівні нормальної легеневої вентиляції; 2) своєчасне поповнення крововтрат; 3) збереження адекватного рівня гемодинаміки і поліпшення периферійного кровообігу; 4) поліпшення функціонального стану печінки і нирок; 5) збереження показників зсідальної і антизсідальної систем крові на безпечних рівнях.

З метою чіткого виконання вищенаведених вимог, хворих після операції розміщують у відділення реанімації і інтенсивної терапії, або в спеціальні післяопераційні палати. Палати і ліжка готуються за загальноприйнятими правилами, згаданими вище. Хворий лягає на спину в горизонтальному положенні, без подушки під головою. Після пробудження, при спонтанному адекватному диханні і стабільних показниках гемодинаміки, інтубаційна трубка або повітрявід виймаються із трахеї, а хворому надається напівсидяче положення з піднятим головним кінцем ліжка. Це поліпшує вентиляцію легень, дренажну функцію бронхів, дає змогу краще відкашлювати мокротиння. З перших днів слід проводити активну дихальну гімнастику.

Щоб підняти м'язовий тонус, поліпшити кровообіг і кровопостачання тканин, слід призначити хворому місцевий і загальний масаж, лікувальну фізкультуру. Ранню дихальну гімнастику слід розпочинати з першої доби після операції. Вона складається з чергування глибоких вдихів і видихів, надування пластикових іграшок, гумових камер та ін. Чергування глибоких вдихів і видихів повторюють через кожні 15-30 хвилин. Ці вправи виконуються під контролем медичного персоналу, розпочинаючи з 2-4 вдихів, поступово збільшуючи, але не стомлюючи хворого. Положення

хворого змінюють в залежності від його стану. Дихальну гімнастику краще проводити, лежачи на спині з піднятою головою або на здоровому боці, щоб поліпшувалась вентиляція на боці, де операційна рана.

Для профілактики дихальної недостатності нерідко проводять інгаляції зволеним киснем через спеціальні катетери, вставлені в носові ходи. Дихальна недостатність розпочинається з помірної задишки, яка може привести до повного порушення газообмінної функції легень (синдром шокової легені). Для запобігання шокової легені слід забезпечити добре розправлення легень в кінці операції і старанний туалет дихальних шляхів, а також штучну вентиляцію легень (ШВЛ) в режимі ПТКВ (позитивний тиск в кінці видиху). За наявності ознак дихальної недостатності доцільно застосовувати продовжену штучну вентиляцію легень.

Післяопераційна пневмонія розвивається внаслідок тривалого порушення легеневої вентиляції, при частковій або повній обтурації дихальних шляхів, на фоні ателектазів, які можуть з'явитись у зв'язку з аспірацією шлункового вмісту. Для профілактики пневмонії надзвичайно важливим є аспірація шлункового вмісту перед операцією, а також періодичне відсмоктування його через назогастральний зонд під час операції. Видалення шлункового вмісту позитивно впливає і на збільшення об'єму дихальних екскурсій.

Нерідко в післяопераційному періоді розвивається набряк гортані, котрий проявляється осиплістю голосу, кашлем, утрудненим диханням. В таких випадках призначаються теплі інгаляції з гідрокарбонатом натрію, гідрокортизоном, ефедрином, банки, гірчичники, вводять дімедрол, кальцію хлорид, лазікс, преднізолон. При неефективності консервативного лікування виконують трахеостомію.

Гігієна тіла хворого, протирання шкіри, зміна білизни, перестилання ліжка проводяться на загальних підставах. Принципово важливим для хворих, оперованих на грудній клітці, є догляд за дренажами. Правильна функція дренажної системи дає змогу швидко розправити частину легень, що лишились після операції, своєчасно евакуювати ексудат, що є перепорою в розправленні



легень та слугує живильним середовищем для мікроорганізмів, а також контролювати культу бронха. Дренаж приєднують до аспіратора або опускають в посуд з рідиною, попередньо зодягши на нього листковий клапан (дренаж за Бюлау). При порушенні герметичної системи, роз'єднанні дренажа, повітря засмоктується по ньому в плевральну порожнину, що призводить до розвитку пневмоторакса і інших небезпечних наслідків. Тому персонал зобов'язаний уважно стежити за дренажом, щоб він був надійно фіксований до відсосу, систематично контролювати кількість і склад виділених речовин. При інтенсивному червоному забарвленні ексудату перевіряють вміст гемоглобіну, велика концентрація якого свідчить про кровотечу в плевральну порожнину. Про це негайно повідомляють лікаря, який ставить показання до повторної операції.

В першу добу після операції хворого через кожні 6 годин перевертають в постелі, протирають йому спину камфорним спиртом. Для полегшення відкашлювання через кожні 2 години проводять інгаляції закису азоту і кисню за допомогою наркозного апарату, а також лужних розчинів у вигляді аерозолей. При затрудненні відкашлювання трахею пунктують через перснещитовидну зв'язку і вводять 10 мл 4% розчину гідрокарбонату натрію для розрідження мокротини і стимуляції кашлю. Деякі хірурги рекомендують для стимуляції кашлю накладати мікротрахеостому, проводячи в трахею тонкий поліетиленовий катетер, через який періодично вводять розчин гідрокарбонату натрію і антибіотики.

Велику небезпеку являє собою нагноєння рани грудної стінки з можливим інфікуванням плевальної порожнини. В післяопераційному періоді здійснюється постійний нагляд за раною і швами. Першу зміну пов'язки виконують на наступний день після операції. В подальшому огляд рани проводять через кожні 2 дні. При появі гіперемії і наростанні набряку шкіри знімають 1—2 шви, розводять краї рани, обробляють антисептиками і дренажують.

### **3.6.4. Догляд за хворими з травматичними ушкодженнями опорно-рухального апарату**

Хворі з травматичним пошкодженням верхніх і нижніх кінцівок тривалий час прикуті до ліжка, нерідко в одному положенні. Вимушена нерухомість призводить до виникнення легеневих і тромбоемболічних ускладнень, появи пролежнів, гнійної інфекції. Під час тривалого лежання білизна може збиратися у складки, насичуватись потом, забруднюватись залишками їжі, сечею, калом. Все це вимагає спеціального обладнання палат, ліжок і догляду.

Палати для травматичних хворих повинні бути просторими, світлими і зручними для підходу до пацієнтів з усіх боків. Ліжко розраховане не лише на вагу тіла хворого, але й на спеціальну апаратуру і вантажі, що кріпляться до ліжка для виконання різних функціональних вправ. Ортопедичне ліжко обладнане твердим матрасом і ортопедичними подушками. Для попередження пролежнів додатково застосовують надувні гумові круги, які підкладають під сідницю, а також ватно-марлеві «бублики» — під п'ятки. Під впливом ваги тіла хворого і пошкоджена кінцівка можуть зміщуватись. Для упирання здоровою ногою у нижній кінець ліжка ставлять дерев'яний ящик. Необхідно стежити, щоб ізолюючі марлеві стерильні пов'язки в місцях проведення спиць щільно тримались на шкірі, не зміщувались і були сухими. В іншому разі можуть розвиватись важкі гнійні ускладнення (флегмона, остеомієліт).

Постільна білизна повинна бути чистою, сухою, без складок. Шкіру регулярно обмивають теплою водою з милом, два рази на день тіло протирають камфорним спиртом, одеколоном або 40% етанолом до появи легкої гіперемії.

Судно подають три санітарки: дві обережно піднімають хворого під спину і таз, а третя підкладає судно. Якщо пошкоджена у хворого одна з нижніх кінцівок, санітарка підходить до нього з здорового боку, пропонує трохи підвестись, упираючись здоровою ногою й руками, і в цей час під-

кладає судно. Після фізіологічних відправлень хворого обмивають 2—3 рази на день. Промезину обробляють теплим розчином марганцевокислого калію за допомогою ватного тампона, прихопленого корнцангом, над судном. Обмивання ведуть від статевих органів до заднього проходу. Іншим ватним тампоном в тому ж напрямі насухо витирають шкіру. Зміну білизни постільним хворим проводять таким чином. Хворого перевертають на бік і підтягують до краю ліжка. Простирadlo, яке треба замінити, зсувають до спини хворого і вільну частину матраса застилають чистим простирadloм; хворого знову перевертають спиною на чисте простирadlo, знімають старе простирadlo і застилають матрас чистим. Потім поправляють подушки, міняють на них наволочки і хворого опускають на чисту постіль. Під час зміни натільної білизни зручно користуватись спеціальними сорочками із зав'язками, тому що їх легше міняти. Хвора кінцівка залишається вільною від білизни. Медичному персоналу важливо стежити, щоб не було відвисання стопи. Вона повинна бути під кутом  $95^{\circ}$  до осі гомілки. З цією метою використовується спеціальний підметок. Годують хворого в постелі. Для зручності підкладають додаткову подушку. Важкохворих годує медсестра з ложки або з поїльника.

Догляд за хворими в гіпсових пов'язках має такі особливості: 1) після накладання пов'язки кінцівку фіксують у функціонально вигідному положенні до повного затвердіння гіпса; 2) під пов'язку накладають прошарок вати, що запобігає тиску гіпса на тканини; 3) хворого з накладеною гіпсовою пов'язкою вкладають на ліжко з підкладеною під кінцівку ортопедичною подушкою; 4) для попередження пролежнів хворого періодично перевертають на здоровий бік.

Неправильно накладена гіпсова пов'язка приводить до здавлювання м'яких тканин, судин, нервових стовбурів, внаслідок чого кінцівка набуває блілого або синюшного кольору, стає холодною, набрякає, порушується чутливість, рухальна спроможність. Недостатня увага і несвоєчасне надання допомоги може призвести до омертвіння кінцівок. Про всі помічені зміни

негайно повідомляється лікар або завідуючий відділенням, котрі вживають заходи для попередження вищеназваних ускладнень.

Тривале перебування травматологічних хворих у постелі часто приводить до атрофії м'яких тканин кінцівок, атонії кишечника. Хворі страждають запорами. Щодня варто проводити гігієнічну гімнастику, загальний і місцевий масаж, своєчасне і повноцінне харчування. Якщо хворий не в змозі сам полоскати рот, вранці і після їжі ротову порожнину зрошують слабким дезінфікуючим розчином (марганцевокислого калію 1:5000, 2% розчином гідрокарбонату натрію, 5% розчином борної кислоти), після чого обережно протирають марлевим тампоном, змоченим 1% розчином бури з гліцерином, защічні порожнини, десна, зуби, язик. Волосся миють 1 раз в 7 днів, безпосередньо в постелі. Для цього хворому надають підвищеного положення, з дещо закинutoю головою, підкладають під нього і потилицю клейонку, а нижче ставлять таз із теплою водою, в якій і миють волосся. Після висушування і розчісування волосся у жінок закривають хустинкою. У важкохворих чуб краще стригти або голити. Очі промивають марлевим тампоном, змоченим в 3% розчині борної кислоти. В носові ходи на 3—5 хвилин вводять марлеві турунди, змочені вазеліновим маслом або гліцерином, після чого обертовими рухами видаляють кірки. Під час утворення сірчаної пробки її розм'якшують 3% розчином перекису водню, а потім видаляють ватною турундою обертовими рухами або вимивають теплим розчином фурациліну за допомогою шприца Жане. Під час запорів хворим призначають легке проносне або очисну клізму.

### **3.6.5. Догляд за хворими з опіками та відмороженнями**

Опіки відносяться до травматичних ушкоджень тканин, що виникають внаслідок дії на шкіру і слизову оболонку різних факторів: термічних, хімічних, електричних і радіаційних. В залежності від глибини пошкодження тканин розрізняють чотири ступені опіку і чотири фази опікової хвороби (опіковий шок, гостра токсемія, період ранньої інтоксикації і септичних ускладнень, період реконвалесценції). Клініка, діагностика і лікування опіків

та відморожень описана в методичних рекомендаціях, виданих нами в 1988 р. (І. Ф. Сирбу, Г. І. Шульга), а також в підручниках і монографіях.

Хворі госпіталізуються в спеціалізовані опікові відділення, в невеликі палати з постійним медичним наглядом. Багато відділень мають палати інтенсивної терапії, а там, де їх нема, санітарно-гігієнічний режим має бути таким же, як і в реанімаційних відділеннях. Слід пам'ятати, що опікові рани легко інфікуються, тому потрібно ретельно дотримуватись асептики і антисептики, використовувати найефективніші методи лікування. Закриті способи лікування застосовуються в основному при невеликих поверхових опіках. Більш ефективним є відкритий спосіб лікування, під час якого хворі лежать голими на повітряних матрасах, вкритих стерильним простирадлом. Для таких пацієнтів створюють так зване абактеріальне середовище. Стерильне повітря подається через кондиціонери і фільтри з надмірним тиском при температурі  $30^{\circ}$  і вологості близько 16%.

Під час опіку відбувається велика втрата рідини, солей, білку, порушується терморегуляція. Хворі розміщуються під каркасом з укріпленими на ньому електричними лампами. Каркас закривається стерильним простирадлом. Існують також спеціальні ліжка, де підтримується спеціальна температура. Використовують також матраси, що складаються з окремих сегментів, у яких періодично змінюється тиск повітря або водяні матраси, які сприяють зменшенню тиску на опікову поверхню і профілактиці пролежнів.

Персонал працює в стерильних халатах, ковпаках, марлевих масках і рукавичках. Для попередження легеневих захворювань хворого слід періодично перевертати. Поліпшує дихання підвищене напівсидяче положення, інгаляції кисню. У зв'язку з великою інтоксикацією і високими енергетичним і білковими та водно-сольовими втратами, необхідно ввести в першу добу після опіку не менше 3-5 л рідини (поліглюкін, реополіглюкін, нативна плазма, альбумін, желатиноль, 5—10% розчин глюкози, розчин Рінгера, гемодез, збалансовані сольові розчини ацесоля, дісоля, хлосоля,

буферні розчини рінгер-лаквата, лактасоля, трисоля). В період опікового шоку і токсемії хворого годують через зонд. Медичному персоналу старанно потрібно стежити за функцією нирок (погодинний діурез, клінічні аналізи сечі). При метеоризмі вводять газовідвідну трубку, котра стимулює перистальтику кишечника. Особлива увага звертається на туалет порожнини рота, носових ходів, промежини. Після некректомії і очищення опікової рани застосовують лікувальні ванни.

Догляд за хворими з відмороженнями такий же, як і при опіках. Звертається увага на зігрівання, підтримання температурного балансу, висококалорійне харчування, профілактику гнійно-септичних ускладнень, забезпечення лікувально-охоронного режиму. Для поліпшення кровообігу у відморожених частинах тіла призначають теплі ( $36^{\circ}$  -  $40^{\circ}$ ) загальні і місцеві ванни з додаванням антисептиків, легкий місцевий масаж, фізпроцедури.

### **3.6.6. Догляд за хворими з гнійними хірургічними захворюваннями**

Хворі з гнійними хірургічними захворюваннями повинні бути ізольовані в самостійні відділення гнійної хірургії або окремі палати, де є перев'язочна, операційна, маніпуляційна та інші службові приміщення для цієї категорії хворих. Для гнійного хірургічного відділення виділяються світлі, добре вентильовані приміщення. Палати повинні бути обладнані ультрафіолетовими бактерицидними опромінювачами закритого типу. Площа палат визначається з розрахунку не менше 7,5 кв. м на одне ліжко. Палати повинні бути великими і світлими на 2-4 особи, з раковиною й туалетом, меблі - зручними і легко піддаватись вологому прибиранню. Молодший персонал відділення проводить щоденне двократне вологе прибирання палат та інших приміщень відділення з використанням різних дезінфікуючих засобів (розчин хлораміну, лізолу, перекис водню та ін.). Хворі повинні старанно дотримуватись правил особистої гігієни. Зміна натільної і постільної білизни проводиться частіше. Запас білизни у гнійному відділенні повинен бути значно більшим, ніж у «чистому». Слід звернути увагу на режим

харчування хворих. Харчі мають бути легко засвоювані, калорійні, багаті білками і вітамінами.

Медичний персонал працює в ковпаках, халатах, масках. Після закінчення роботи проводиться заміна одягу, а руки дезінфікуються 70% етиловим спиртом або 0,5% хлоргексидіном біглюконатом в 70% етиловому спирті протягом 2 хвилин.

При перев'язці хворих з гнійними ранами медична сестра або лікар одягають халат, призначений лише для роботи у перев'язочній, поверх якого одягається клейончатий фартух, попередньо дезінфікований антисептиками. Перев'язки виконуються в рукавичках одноразово. Перев'язочний матеріал збирається в індивідуальний тазик для кожного хворого, котрий в подальшому спалюється.

В перев'язочній гнійного відділення повинні бути використанні антисептичні засоби і антибіотики. Важливе значення має застосування фізіотерапевтичних процедур (ультрафіолетового опромінювання, ультразвуку, електрофореза, лазерної терапії та ін.). У зв'язку з цим доцільно, щоб фізіотерапевтичний кабінет розташовувався поблизу гнійного відділення.

Хірургічні інструменти, голки, шприци добре промивають проточною водою, замочують в антисептичному розчині, а потім стерилізують. Систематично проводиться проба на чистоту голок, бактеріологічний контроль за чистотою в перев'язочній (посіви з інструментів, перев'язочного матеріалу, білизни, перев'язочних столів і стін).

У відділенні гнійної хірургії здійснюється постійний догляд за важкохворими (чистотою рук, порожнини рота, тіла). Під час промокання пов'язок гноєм вони повинні мінятись або підбинтовуватись. Дренажі мають бути опущені в закриті ємкості, підвішені до ліжка, а їх дистальні кінці розташовані нижче рівня, налитого на дно антисептика.

### **3.6.7. Догляд за хворими з каловими і сечовими норицями**

При злоякісних захворюваннях товстого відділу кишечника, непрохідності, перфорації з розлитим гнійним перитонітом, операцію нерідко закінчують виведенням кишки на передню черевну стінку (колостомія). Існують різні варіанти накладання колостоми: одно-двохстовбурні, тимчасові, постійні, однак за всіх умов вимагається їх старанний догляд. Після розсікання колостоми шкіру навколо неї слід обробити розчином фурациліну (можна йодонатом, дімексидом або іншими антисептиками). Виведену частину кишки прикривають марлевою серветкою, змоченою синтоміциновою емульсією або вазеліновим маслом. При просочуванні серветок кишечним виділенням їх негайно замінюють, кишку і шкіру обмивають теплим розчином фурациліну, а потім знову обробляють антисептиками і накладають асептичну пов'язку. Після відновлення перистальтики кишечника з метою охорони операційної рани і шкіри від забруднення на стому накладають калоприймач. Останній повинен відповідати діаметру норичевого отвору і щільно прилягати до шкіри. На кільце кріпиться поліетиленовий мішок, який при наповненні замінюється іншим. Для запобігання дерматиту шкіру під кільцем потрібно обробляти пастою Лассара або цинковим мастилом.

Нині застосовуються різні моделі калоприймачів з одноразовими пластиковими мішками, пористими фільтрами та ін. Однак у всіх випадках медичному персоналу необхідно стежити за чистотою калоприймача, шкіри і нормальною функцією стоми. З цією метою налагоджують регулярний режим харчування і дефекації. При запорах призначають чорний хліб, капусту, сирі фрукти, свіжий кефір, молоко, мед, при проносах - білий хліб, рис, сир, картопляне пюре, бульйон, м'ясо, цукор.

Очищувальні клізми можна робити і через колостому. На кільце калоприймача одягають довгий целофановий рукав, кінець якого опускають в унітаз, а через додаткові отвори вводиться в стому зонд, через який вливають 1-1,5 літра води.



Деякі урологічні операції також закінчуються утворенням нориці. Нориці накладають на сечовий міхур або на сечоводи. Сечоприймачі мають практично таку ж конструкцію і кріплення, як і калоприймач. Діаметр їх значно менший і повинен відповідати отвору фістули, фістули, накладені на сечовий міхур, можуть бути тимчасовими і постійними. У порожнину міхура вводять катетер Петцера, котрий добре фіксується. Кінець катетера опускається в скляну посудину або поліетиленовий пакет, підвішений до пояса хворого або до ліжка. Під час догляду потрібно стежити, щоб сеча не витікала мимо катетера, пов'язка лежала добре і не промокала. Для запобігання уроінфекції 1-2 рази на день сечовий міхур промивають через катетер антисептиками. Хворі з каловими, сечовими фістулами повинні перебувати в окремих палатах, де проводиться щоденне дворазове прибирання з застосуванням сучасних дезінфікуючих засобів. Персонал працює в ковпаках, халатах, масках, рукавичках. Після закінчення роботи необхідно змінити одяг, прийняти душ, дезінфікувати руки.

### **3.6.8. Особливості догляду за хворими похилого і старечого віку**

Контингент осіб похилого і старечого віку складає приблизно 25-30% хірургічних хворих стаціонару, причому з кожним роком збільшується і число оперативних втручань, що виконуються в цій віковій категорії. За прийнятою класифікацією (Ленінград, 1962) осіб від 60 до 74 років, відносять до літнього віку, від 75 до 90 років - до старих, а старших 90 років - до довгожителів.

У цих хворих важливе значення має правильна доопераційна діагностика захворювання, з приводу якого передбачається оперативне втручання, а також визначення характеру і ступеня вираженості супутніх захворювань, що можуть викликати тяжкі ускладнення в післяопераційному періоді. Літні і старі люди часто страждають захворюваннями легень, бронхів, серця, судин, печінки, нирок та ін.

В післяопераційному періоді необхідно вжити заходів, які б не допустили посилення обструкції бронхіального дерева. Для цього слід зменшити

бронхоспазм, набряк слизової оболонки, секрецію мокроти. Хворому надають напівсидячого положення, проводять інгаляцію кисню з парами спирту, внутрішньовенно вводять строфантин, еуфілін, кальцію хлорид, лазикс. Під час розвитку набряку легень позитивну дію виявляють осмотичні діуретики (маніт, 30% розчин сечовини, приготований на 10% розчині глюкози), дроперідол, супрастин, дімедрол, піпольфен, преднізолон або 100 мг гідрокортизону внутрішньовенно. За відсутністю ефекту - інтубація, відсмоктування піни, керована вентиляція, симптоматичне лікування.

Похилим людям треба дуже обережно призначати знеболюючі і наркотичні засоби. Дозу медикаментних препаратів краще зменшити наполовину. Слід відмовитись від введення морфіну, який пригнічує дихальний центр і послаблює кашлевий рефлекс. Пов'язані з цим порушення дренажної функції легень у ослабленого хворого сприяють виникненню ателектазів і пневмоній. Для попередження цих ускладнень медичний персонал мусить активно вести хворих у післяопераційному періоді (часта зміна положення хворого, загальний масаж, дихальна гімнастика). Добрі наслідки дає періодична інгаляція закису азота з киснем уривчастим потоком у відношенні 1:3 з допомогою наркозного апарату. Вказана суміш не пригнічує дихальний центр, сприяє зняттю больового синдрому і хорошему відкашлюванню.

При атеросклерозі, кардіосклерозі, гіпертонії хворим призначаються сердечні глікозиди (корглюкон або строфантин) і гіпотензивні препарати (дібазол, папаверін та ін.). Для поліпшення коронарного кровотоку хворим з появою стенокардії, інфаркту показані нітропрепарати. Виникаюча в післяопераційному періоді мерехтлива аритмія небезпечна розвитком тромбоемболічних ускладнень. В таких випадках необхідно вводити антиаритмічні медикаментозні засоби. Якщо, незважаючи на вжиті заходи, явища аритмії не проходять, слід використати електричну дефібриляцію.

Сприятливий вплив на міокард мають анаболічні стероїдні гормони (нерабол, фенаболіл та ін.). Ці препарати стимулюють синтез білка в деяких

органах, в тому числі в серцевих м'язах, нормалізують вуглеводний і жировий обміни. Нерабол призначають по 1-5 мг на добу, він протипоказаний при гострих захворюваннях печінки і раку передміхурової залози.

Медичному персоналу слід пам'ятати, що дія серцевих глікозидів на м'яз серця можлива при відповідному співвідношенні внутрішніх і позаклітинних електролітів (натрію, калію, кальцію, магнію), тому літнім людям в післяопераційний період необхідно кожні 2-3 дні обстежувати плазму на вміст цих електролітів і своєчасно поповнювати їх дефіцит.

В літній групі переважають гіперкоагуляційні властивості крові, які особливо проявляються при злоякісних новоутвореннях, гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини (апендицит, холецистит, панкреатит, перитоніт та ін.).

Для профілактики тромбоемболічних ускладнень ще в доопераційному періоді призначають антикоагулянти (фенілін, пелентан та ін.) навіть при нормальній тромбоеластограмі і коагулограмі. В післяопераційному періоді обережно застосовують гепарин. Добре себе зарекомендували дезагреганти (трентал, реополіглюкін).

В літньому і старечому віці після перенесених операцій часто розвиваються гострі виразки шлунково-кишкового тракту і гнійні ускладнення. Необхідно постійно стежити за показниками червоної крові, станом післяопераційної рани. Імунобіологічна активність пригнічена, регенеративна спроможність тканин у літніх людей знижена. Хворим призначають метилураціл, пентоксил. Шви рекомендується знімати на 16-й день, а в осіб, оперованих з приводу онкологічних захворювань, на 15-16 день після операції.

В старечому віці більш виражено порушується моторна функція травного тракту, що призводить до запорів, тяжкої динамічної непрохідності. Для збудження перистальтики використовують гіпертонічні клізми, вводять прозерін, пітутрін, церукал, аміназін, застосовують електростимуляцію,

динамічні токи Бернара, тривалу перидуральну анестезію, інфузії 0,25% розчину новокаїну в корінь брижі тонкої кишки.

Гігієнічний догляд за шкірним покривом набуває особливого значення в осіб літнього і старечого віку. Тривалий постільний режим призводить до здавлювання тканин, внаслідок чого утворюються пролежні - омертвіння шкіри, підшкірної клітковини, а нерідко - і м'язів. Вони виникають в ділянці крижів, лопаток, великих вертлюгів, ліктів, п'яток, остистих відростків. Першими ознаками пролежнів є блідість або почервоніння і набрякання шкіри з наступним відшаруванням епідермісу, появою пухирів. Приєднання інфекції призводить до тяжких нагноювальних процесів, сепсису і смерті. У зв'язку з цим, медичний персонал повинен кілька разів на день змінювати положення тіла хворого, під крижі і сідниці підкладати надувне гумове коло, 2-3 рази на день протирати шкіру в місцях кісткових виступів камфорним спиртом (40% розчином), або теплою водою з подальшим протиранням насухо. При попрілості шкіри її обмивають водою з милом, висушують і припудрюють присипкою. Для поліпшення місцевого кровообігу призначають масаж, кварц. Постільну і натільну білизну весь час тримають сухими, чистими, без складок.

### **3.6.9. Догляд за тяжкохворими і агонуючими**

Тяжкохворі вимагають до себе постійної уваги в будь-який час доби. Для забезпечення спокою і належного догляду їх кладуть в одно-двомісні палати або у відділення реанімації і інтенсивної терапії.

Важливо так покласти хворого в постіль, щоб він не відчував незручностей. Частіше всього важкохворих кладуть на функціональне ліжко, за його відсутністю на звичайних ліжках використовують додаткові засоби: дерев'яні щити, валики, підіймають надголів'я за рахунок кількох подушок і т. ін. Слід також забезпечити вільний доступ до постелі хворого. Щоб не втомлювати хворого, відвідувати його дозволяють лише близьким особам.

Виділяють три групи таких хворих.

1. Хворі зі стабільним станом функцій життєвоважливих органів, у яких показники кровообігу, дихання і метаболізму не викликають будь-яких тривог.

2. Хворі з лабільним ставом життєвоважливих функцій, у яких показники кровообігу і дихання нестійкі.

3. Хворі з надзвичайно великим ступенем порушення життєвоважливих функцій організму. Вони перебувають у критичному стані і без екстреного реанімаційного втручання настає зупинка дихання і серця. Серед них є хворі, які перебувають в непритомному стані або свідомість їх плутана. Деяким з них проводиться штучна вентиляція легень. Є й агонуючі хворі. Це найбільш важкий контингент хворих, котрі вимагають не лише грамотного кваліфікованого лікування, а й старанного догляду. Для зручності цих хворих не зодягають в натільну білизну, тому необхідно стежити, щоб вони були вкриті і не мерзли. Під час сильного збудження, порушення свідомості хворі можуть зривати пов'язки, виривати дренажі, травмувати рани, впасти з ліжка. В таких випадках їх фіксують до ліжка, призначають індивідуальний пост для надання допомоги і спостереження.

Гігієнічний догляд за шкірним покривом, очима, вухами, порожниною носа, рота у терапевтичного або хірургічного хворого у вкрай важкому або несвідомому стані є дуже важливою ланкою лікування. Щодня все тіло обтирається теплою водою і осушується сухим рушником. Якщо дозволяє стан хворого, то слід частіше змінювати його положення і частіше перестилати і розправляти постіль, щоб у нього не утворились пролежні. За необхідністю підкладають надувні гумові кола, протирають шкіру дезінфікуючим розчином. В огрядних хворих, особливо жінок, виключну увагу слід звертати на попередження дерматитів і попріlostей під молочними залозами, в пахових складках і в ділянці промежини. Ці ділянки щодня обмивають слабким дезінфікуючим розчином перманганату калію або борної кислоти, осушують і припудрюють тальком. Жінкам щодня на ніч і вранці

проводять гігієнічні підмивання. Аналогічне підмивання проводиться після дефекації і сечовипускання.

У тяжкохворих необхідно провести промивання очей від виділень, що склеюють вії. Кожне око промивають окремим тампоном в теплому 3% розчині борної кислоти. Промивати слід від зовнішнього кута ока до внутрішнього. Під час запалення кон'юнктиви викликають на консультацію офтальмолога, призначення якого обов'язкове до виконання.

Для попередження висихання кон'юнктиви очей у хворих без свідомості, на очі накладаються ватні тампони, змочені фізіологічним розчином хлориду натрію (0,9%) або 1% розчином борної кислоти.

Найстараннішого догляду вимагають носові ходи. Нерідко вони запалюються внаслідок поранення слизової оболонки різними зондами, катетерами. Хворі часто дихають не через ніс, а відкритим ротом. Це призводить до висихання слизової оболонки, запалювальних процесів (стоматиту, паротиту) та інших ускладнень. Тому необхідно регулярно, через кожні 1-2 години протирати вологим тампоном порожнину рота і змащувати розчином гліцерину, вазеліном або олією.

Не менш важливо стежити за виділеннями хворих, у яких можливі мимовільні сечовипускання і дефекація. Слід мати додаткову білизну, набір підкладних клейонок, які негайно змінюються в міру забруднення.

Під час блювання голова хворого повинна бути повернена набік так, щоб вона була трохи нижче тулуба. До рота підводиться лоток. Для запобігання забруднення подушки і білизни слід підкласти рушник або простирadlo. Після блювання хворому дають прополоскати рот теплою водою і витирають губи і куточки рота. Якщо хворий у непритомному стані, проводять старанний туалет порожнини рота з використанням роторозширювача, язикотримача, корнцанга, марлевих тампонів і антисептичних розчинів.

Мокрота із трахеї і бронхів евакуюється шприцом або електровідсмоктувачем шляхом введення в дихальні шляхи назотрахеального зонду. При прогресуючій дихальній недостатності хворому накладають

мікро- або трахеостому, через яку відсмоктують мокроту, вводять необхідні лікарські препарати.

Хворим в непритомному стані проводиться катетеризація сечового міхура з погодинним контролем діуреза. Сечовий міхур промивають теплим розчином фурациліну та іншими антисептиками. Спорожнювання прямої кишки здійснюється очищувальними клізмами або пальцями.

Особливу увагу звертають на харчування хворих з важкими хворобами. Якщо хворий не може сидіти в ліжку, треба надати йому напівсидячого положення, підклавши під спину кілька подушок, шию і груди прикрити фартухом або клейонкою. Для лежачих хворих під час годування використовують приліжкові столики, на які ставлять харчі. Медична сестра лівою рукою підіймає голову хворого разом з подушкою, а правою підносить йому ложку до рота або спеціальний поїльник з їжею. В останньому випадку інколи на носик поїльника одягають прозору поліетиленову трубку діаметром 8-10 мм і довжиною 20-30 см. Трубку вводять в рот по спинці язика до його кореня.

Вливати харчі силоміць, якщо хворий не ковтає, не можна, в такому випадку застосовують штучне годування.

Важливе систематичне спостереження за фізіологічними відправленнями хворих; враховується кількість актів дефекації, характер, наявність в ньому патологічних домішок (показати лікареві), змірюється добовий діурез. При запорах або затримці сечі роблять очищувальну клізму або проводять катетеризацію сечового міхура.

Індивідуальний пост по догляду за важкохворими організується як у стаціонарі, так і на дому. Звичайно на індивідуальний пост призначають найбільш досвідчений медичний персонал. Заступивши на чергування, фельдшер чи медична сестра постійно перебуває біля постелі хворого. Спочатку їй треба перевірити чи зручно хворому, забезпечити вільний доступ до нього. Біля постелі повинні бути чисті і готові до вживання предмети догляду (постільна і натільна білизна, поїльник, судно, сечоприймач, киснева подушка

та ін.). На окремому столику розташовують стерилізатор зі шприцами і голками, спирт, лікарські засоби, стерильний матеріал. Під час чергування медична сестра веде докладний погодинний запис всіх виконаних призначень, а також записує скарги (доповідає про них лікареві), пульс, дихання, температуру тіла, артеріальний тиск, час приймання їжі і пиття, кількість мокроти, сечі і ін. Медична сестра стежить за особистою гігієною хворого, при необхідності замінює йому натільну і постільну білизну, проводить профілактику пролежнів, годує, напуває хворого. Якщо у хворого спостерігається затримка випорожнень протягом 2-х діб, ставить очищувальну клізму; якщо він самостійно мочитися не може, випускає сечу катетером 1-2 рази на добу.

**Догляд за хворими під час пропасниці (гарячки)** визначається її періодами. При підвищенні температури, коли виражені озноб, головний біль, ціаноз губ і кінцівок, хворого слід добре вкрити, напоїти теплим чаєм, покласти грілку до ніг. В період максимального підняття температури дають велику кількість рідини (соки, чай з лимоном та ін.), у наголів'я вміщують міхур із кригою, обтирають обличчя і шию вологим холодним рушником або використовують холодні примочки з тим, щоб не було гіперемії. Слизові оболонки рота і губів обробляються відповідним чином, щоб запобігти висиханню і появі тріщин. Третій період пропасниці (зниження температури) характеризується вираженою пітливістю, слабкістю. Інколи (під час кризи) знижується артеріальний тиск, настає похолодання кінцівок, ціаноз. Слід частіше міняти натільну і постільну білизну, обтирати шкіру сухим рушником, а також водою, змішаною наполовину зі спиртом чи розведеним оцтом або одеколоном. Застосовують препарати, які підвищують артеріальний тиск.

**Догляд за хворими під час марення, галюцинацій, в непритомному стані** здійснюють постійно, організовуючи індивідуальний пост. Ліжко таких хворих затягують сіткою, оскільки вчинки їхні неадекватні, вони можуть бути збуджені, агресивні і, навпаки, апатичні. Окрім постійного нагляду медична



сестра стежить за виконанням гігієнічних заходів, здійснює харчування хворого, вводить ліки, приписані лікарем. На випадок відмовлення від їжі застосовується штучне харчування. Слід оглядати порожнину рота, щоб перевіряти, чи приймає хворий ліки. Якщо виникає потреба фіксації хворого до ліжка, використовують широкі бинти, панчохи, які петлею одягаються на кисті і гомілки хворого і прив'язуються до рами ліжка. Хворого, що перебуває у непритомному стані, слід частіше перевертати, стежити за своєчасною заміною постільної білизни, проводити профілактику пролежнів, здійснювати своєчасно гігієнічні заходи, годувати штучно, вести спостереження за основними параметрами життєвоважливих функцій.

**3.7. Реанімація** (оживлення) — система заходів, направлених на відновлення життєдіяльності організму і виведення його з термінального (такого, що межує з біологічною смертю) стану. До термінальних станів відносяться передагональний період, агонія, клінічна смерть. В передагональному стані свідомість хворого ще зберігається, але сплутана. Артеріальний тиск падає до «нуля», пульс різко частішає і стає нитковидним, дихання поверхневе, ослаблене, шкірні покриви бліді.

Під час агонії артеріальний тиск і пульс не визначаються, зорові рефлекси (роговичний, реакція зіниці на світло) зникають, дихання набуває характеру заковтування повітря. Клінічна смерть — короткочасна перехідна стадія між життям і смертю, тривалість її 3-6 хвилин. Дихання і серцева діяльність відсутні, зіниці розширені, шкірні покриви бліді і холодні, рефлексів немає. В цей короткий період ще можливе відновлення життєвих функцій за допомогою реанімації. Всі реанімаційні заходи направлені на відновлення кровообігу, дихання, обміну речовин. Вибір методів реанімації визначається механізмом настання смерті і часто не залежить від характеру основного захворювання. Основні реанімаційні заходи - масаж серця, штучна вентиляція легень, дефібриляція і електрична стимуляція серця - проводяться медсестрою і лікарем. В наданні реанімаційної допомоги хворому беруть участь 2-3 працівника.

Показанням до негайного проведення масажу серця є припинення серцевих скорочень. В долікарській реанімації застосовується тільки непрямий або закритий масаж серця. Під час непрямого масажу хворого кладуть на тверду і рівну поверхню, бажано трохи підняти ноги. В області нижньої третини груднини проксимальною частиною кисті проводять періодичне натискування 50-60 разів за хв., при цьому іншу руку кладуть на тильну поверхню першої для посилення натискування. Якщо сили рук не досить, інколи використовують ще масу власного тіла. Грудина повинна прогинатись на 3-6 см, при цьому серце, що перебуває в середостінні, здавлюється між хребтом і грудиною, а кров з його порожнини надходить в аорту і в легеневі артерії. Під час розслаблення грудна клітка повертається до свого звичайного положення, серце розправляється і порожнини його наповнюються кров'ю з вен. При ефективному закритому масажі серця з'являється пульс на сонних і стегнових артеріях, максимальний тиск підвищується до 60-90 мм рт.ст. Додатково внутрішньовенно або внутрішньоартеріально вводять адреналін, норадреналін, мезатон, глюконат або хлорид кальцію.

Треба враховувати, що в людей похилого віку еластичність грудної клітки знижена, тому енергійний масаж може викликати переломи ребер, травму легень, печінки та інших органів.

Закритий масаж проводять разом з штучним диханням в співвідношенні 3:1. Показанням до штучної вентиляції легень є різке послаблення або відсутність самостійного дихання. Завдання штучної вентиляції - ритмічне нагнітання повітря в легені в достатньому об'ємі (1200 см<sup>3</sup>).

Найбільш ефективними методами є два: з рота в рот або з рота в ніс.

Перед початком проведення штучного дихання слід вийняти зубні протези, очистити рот від блювот.

**Дихання методом «рот в рот».** Хворого кладуть на спину із закинutoю назад головою. Рот покривають марлевою серветкою. Зробивши глибокий вдих, той, хто надає допомогу, щільно притискує свої губи до губ хворого,

затискує пальцями його ніс, з силою вдуває повітря. Видих хворого відбувається пасивно за рахунок спадання трудної клітки. Ритм дихання - 16-20 на хв. Якщо щелепи хворого щільно стиснуті, то застосовують метод «з рота в ніс». Хворий перебуває в тому ж положенні, рот його під час штучного вдиху закритий, а під час видиху він повинен бути напіввідкритим. Якщо штучне дихання здійснюють одночасно з непрямим масажем серця, один медичний працівник виконує штучне дихання, а інший - непрямий масаж серця. На один вдих припадає від 3 до 5 натискувань на грудну клітку.

Штучна вентиляція легень може бути виконана також за допомогою ручних респіраторів.

**Догляд за помираючими** включає в себе комплекс гігієнічних заходів: обтирання шкіри дезрозчином, надання відповідного положення, догляд за порожниною рота, прибирання блювотних мас, а також змочування губ, слизової рота, зміна натільної і постільної білизни, подача кисню, при необхідності обкладання грілками. Необхідно забезпечити постійний нагляд з реєстрацією основних життєвих функцій, проводити реанімаційні заходи та інтенсивну терапію. Не варто біля постелі хворого обговорювати його захворювання, навіть якщо хворий без пам'яті. З боку медичних працівників вимагається чимало такту в спілкуванні з родичами хворого. Не варто подавати їм необгрунтовані надії на добрий кінець хвороби, але разом з тим слід запевнити в тому, що все можливе для хворого робиться. Добрий догляд за тяжкохворими краще без будь-яких слів переконує родичів в тому, що вживаються всі заходи для порятунку життя хворого.

**Смерть** — це припинення життєдіяльності організму. Після клінічної смерті (див. вище) настає біологічна смерть, що характеризується такими порушеннями центральної нервової системи, після яких відновлення життєдіяльності організму неможливе.

При біологічній смерті настає розслаблення м'язів, охолодження тіла до температури навколишнього середовища. Пізніше з'являються трупні плями на нижчележачих відділах тіла. Смерть констатує лікар і записує до історії

хвороби день, час і хвилини її настання. Труп роздягають, вкладають на спину, підв'язують нижні щелепи, опускають повіки, накривають простиралом і залишають в постелі на час від 30 хв. до 2 годин. На стегні померлого записують прізвище, ім'я, по батькові, номер історії хвороби. Оформляють супроводжуючу записку, разом з історією хвороби труп доставляють в патологоанатомічне відділення. Цінності з померлого знімають у відділенні в присутності лікаря і передають на зберігання старшій медичній сестрі або в приймальне відділення (під розписку). Якщо цінності зняти не вдається, то про це роблять запис в історії хвороби і труп надсилають в морг з цінностями.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н., Трофимов В.М., Шалаев С.А. и др. Неотложная хирургия груди и живота.- С. Питербург «Гиппократ».- 2002.-510с.
2. Вашетко Р.В., Толстой А.Д. Курыгин А.А., Стойко Ю.М. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / СПб: С.Питербург.- 2000.-320с.
3. Гостищев В.К., Сажен В.П., Авдовенко А.П. Перитонит.- М.: ГЭОТАР-МЕД.-2002.-240с.
4. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия . - М. -2000.-340с.
5. Доценко В.М., Тамм Т.І. , Крамаренко К.О. Гострий панкреатит: навчальний посібник для лікарів / Х :Прапор.-2004.-84с.
6. Дуденко Г.И., Передерий В.П., Шпаченко А.Я. Хирургическое лечение острого осложненного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста /Х:Прапор.-1993.-182с.
7. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: руководство для врачей.-С.Питербург.-1998.-443с.
8. Крестин Г.П. «Острый живот».-2001г.-320с.
9. Кузин М.И. Хирургические болезни.- М : Медицина.-1995.-320с.
- 10.Тимербулатов В.М., Фаеза Р.Р., Хасанов А.Г., Тимербулатов М.В., Уразбахтин И.М. Хирургия абдоминальных повреждений / М: МЕД пресс-информ.-2005.-120с.
- 11.Томашук И.П. Острый аппендицит (симптомы, дифференциальная диагностика, лечение).- Киев: Здоровье.-1994.-80с.
- 12.Томашук И.П., Петров В.П., Томашук И.И., Беляева О.А. Ранний острый панкреатит после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке /К: Здоровье.-2002.-320с.