

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

Механічна травма грудної клітки

- Травма грудної клітки становить 6-8 % усіх травматичних ушкоджень і належить до категорії особливо тяжких уражень організму. Це пов'язано з тим, що у потерпілих виникають значні розлади дихання і кровообігу, які можуть бути причиною смерті.
- Всі пошкодження грудної клітки поділяють на закриті та відкриті, з пошкодженням і без пошкодження її органів.

- До закритої травми грудної клітки відносять:
- *Забій грудної клітки* виникає внаслідок удару.
- *Стиснення, струс грудної клітки*. Часто супроводжується порушенням цілості органів грудної порожнини (розрив легені, пошкодження плеври, судин та ін.).
- *Перелом ребер* виникає при прямій травмі або стисненні грудної клітки, частіше трапляється у людей старшого віку. Переломи часто проходять по паравертебральній, середній підпахвинній або парастернальній лініях. Переломи можуть бути поодинокими і множинними, при пошкодженні в 2-3 місцях виникають подвійні або потрійні переломи.

При множинних переломах ребер можуть утворюватися ділянки, які здійснюють дихальні рухи, несинхронні з рухами грудної клітки, тобто виникають так звані *парадоксальні рухи*, які призводять до порушення дихання. При вдиху ця ділянка западає, при видиху - випинається. Такі переломи ребер називають ще флотуючими. У випадках двобічного пошкодження грудної клітки утворення подібних ділянок ("реберного клапана") призводить до тяжких порушень дихання і серцево-судинної діяльності.



- Гострі краї відламків можуть викликати розрив легеневої тканини з кровотечею в плевральну порожнину (гемоторакс). Вихід у плевральну порожнину повітря із пошкодженого бронха або з альвеол легеневої тканини призводить до розвитку *пневмотораксу*, інколи зі значним зміщенням органів середостіння в здоровий бік. При переломах ребер і травматичному пневмотораксі повітря може проникати з плевральної порожнини по клітковині середостіння на шию, обличчя і викликати підшкірну емфізему. При переломах нижніх ребер (X- XII) можливі супровідні розриви печінки, селезінки та інших органів.

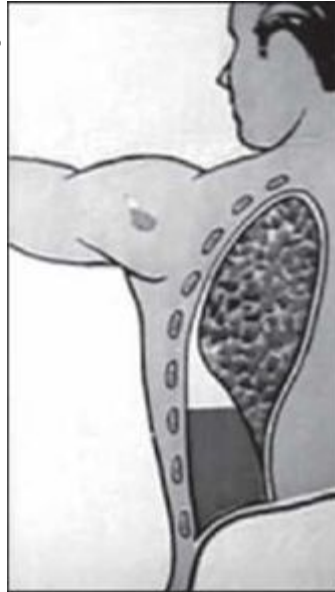
- *Перелом груднини.* Виникає внаслідок безпосередньої прямої дії травмуючої сили. Переломи локалізуються у більшості випадків у верхній і середній третинах груднини.
- *Перелом ключиці* виникає внаслідок прямого удару або при падінні на витягнуту руку, лікоть, бокову поверхню плеча. У дітей такі переломи бувають у вигляді піднадкісничних (неповні), у дорослих - частіше повні, зі зміщенням кісткових відламків. Переломи ключиці бувають поперечні, косі та осколкові. Кісткові відламки можуть пошкоджувати судино-нервовий пучок, плевру, верхівку легені, виступати над шкірою (відкритий перелом).

- Відкрита травма грудної клітки
- Розрізняють *проникаючі і непроникаючі* поранення грудної клітки. За характером ранового каналу вони поділяються на *наскрізні і сліпі*.
- *Проникаючі* - це такі поранення, коли разом із шкірою, підшкірною клітковиною і м'язовим шаром пошкоджується парієтальна плевра. У разі проникаючого поранення з пошкодженням легені виникає пневмоторакс - скупчення повітря в плевральній порожнині або гемоторакс - скупчення крові в плевральній порожнині. Ці два ускладнення можуть поєднуватись у вигляді пневмогемотораксу.

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

- Особливу загрозу для життя потерпілого становить клапанний (*напружений*) пневмоторакс, який характеризується прогресуючим накопиченням повітря в плевральній порожнині внаслідок утворення клапана в рановому каналі грудної стінки, в місці пошкодження бронха або легені. При цьому повітря під час вдиху вільно надходить в плевральну порожнину, а при видиху, не знайшовши виходу, там залишається.
- Таким чином, з кожним видихом кількість повітря в плевральній порожнині збільшується, що призводить до значного зміщення середостіння, навіть до перегину великих судин, а також подразнення симпатичного стовбура та блуждаючого нерва, що веде до розвитку плевропульмонального шоку.

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



- Гемоторакс може виникнути при туберкульозі, раку, нагнійних захворюваннях легень і плевриті та ін. Кількість крові може досягати 1,5-3 л.

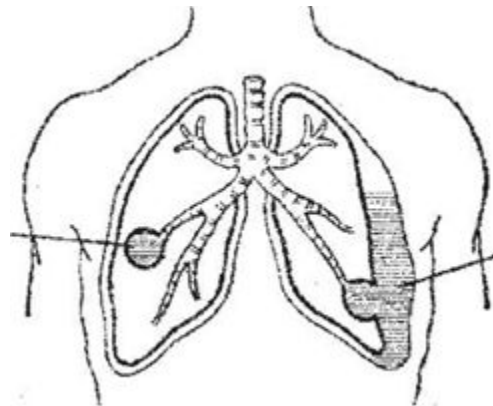
- Розрізняють малий гемоторакс (скупчення крові в межах реберно-діафрагмальних синусів), середній (кров скупчується до рівня У-УІ ребер) і великий (до рівня ІІ-ІІІ ребер). Гемоторакс може бути вільним і осумкованим, а також згорнутим. Тривале перебування крові в плевральній порожнині призводить до відкладання фібрину і утворення масивних спайок.
- *Проба на наявність кровотечі, що продовжується.* Якщо кров, яку отримують з плевральної порожнини протягом 3-15 хв згортається - кровотеча продовжується, якщо залишається незміненою - зупинилась (з моменту кровотечі пройшло не менше 6 год).

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

Нагнійні захворювання легень і плеври

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

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



- *Гангрена легені* - гостре гнійне ураження легеневої тканини без чітких меж, з найчастішою локалізацією в нижніх відділах легень .
- Причини і початок захворювання такі ж, як і при абсцесі легені. Важливу роль у виникненні гангрени легень мають зниження реактивності організму та імунітету. Як правило, вона виникає в ослаблених осіб.
- Перебіг гангрени легень надзвичайно бурхливий і тяжкий. Він характеризується сильним болем у грудній клітці, високою гарячкою - 40-41°C, лихоманкою, кашлем з відходженням великої кількості гнійного, смердючого харкотиння.

- *Емпієма плеври* — гнійне запалення парієтального і вісцерального листків плеври із скупченням гною в плевральній порожнині.
- Захворювання частіше має вторинну природу: як ускладнення серозного плевриту, при прориві абсцесу в плевральну порожнину або після проникаючого поранення. За поширенням запального процесу розрізняють тотальну емпієму плеври і обмежену (осумковану). Запальний процес у плевральній порожнині характеризується ексудацією і утворенням зрощень (склеювання). Ексудат може бути гнійним, гнійно-геморагічним, фібринозним та гнильним.
- Як правило, найбільш виражені морфологічні зміни відбуваються в нижніх відділах плевральних листків - плевральних синусах.

Захворювання стравоходу.

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

- Інородні тіла стравоходу.
- Перфорації.
- Ожоги стравоходу.

• Рак стравоходу

- Рак стравоходу складає 60 % усіх захворювань стравоходу. Чоловіки хворіють у 6-8 разів частіше, ніж жінки (72 % і 28 % відповідно). До 80 % хворих на рак стравоходу - віком більше 60 років. Частота локалізації ракової пухлини в різних відділах стравоходу неоднакова, частіше в середньогрудному відділі.
- Серед хворіючих значна частина хворих, що палить і любителів гарячої та гострої їжі.
- За морфологічними ознаками розрізняють наступні форми раку стравоходу: вузлуваті (екзофітні), виразкові (ендофітні) і дифузні (інфільтративні), що уражають всю товщу стінки органу.
- За гістологічною структурою рак стравоходу відноситься до групи плоскоклітинних ракових пухлин.