

**Догляд за хворими із
захворюваннями та
ушкодженнями грудної клітки
та органів грудної порожнини**

Лекція-презентація
для студентів IV курсу
Сестринська справа

Вузлові питання лекції

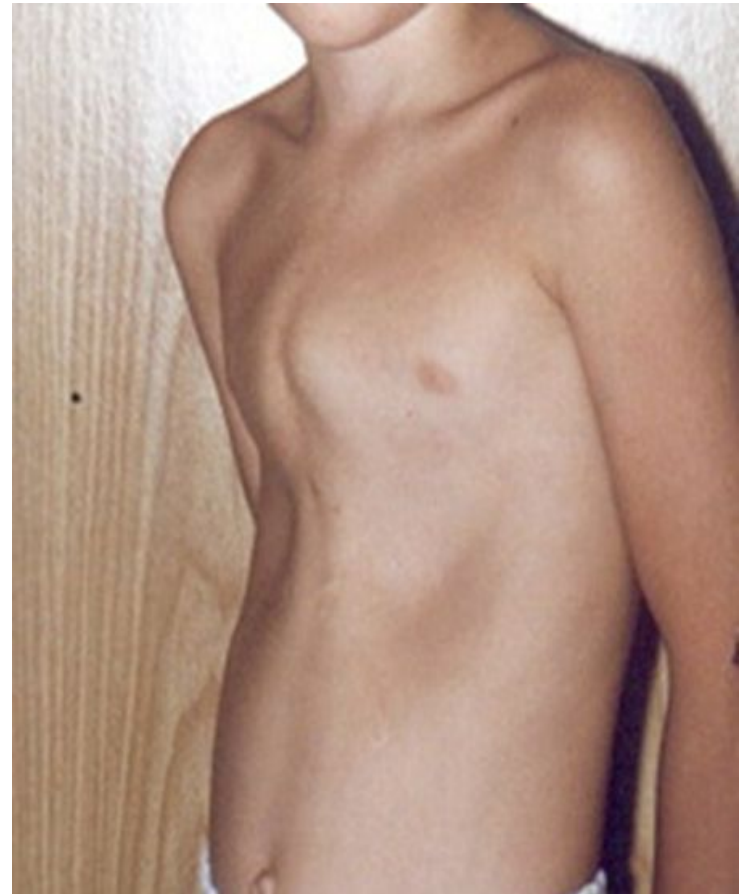
1. Основні методи обстеження грудної клітки та її органів.
2. Закриті ушкодження органів грудної клітки Проникні й непроникні поранення грудної клітки, ускладнення їх. Ушкодження легенів, серця.
3. Рак легені, діагностика, лікування.
4. Оперативна корекція природжених і набутих вад і захворювань серця
5. Запальні захворювання грудної залози: гострий лактаційний і гострий гнійний мастит.
6. Доброякісні та злоякісні пухлини молочної залози, клінічні ознаки, діагностика, методи лікування, профілактичні заходи для своєчасного виявлення хворих.

I. Основні методи обстеження грудної клітки та її органів

Огляд , пальпація , перкусія, аускультация, антропометрія.

- **Грудна клітка.** Форму (нормальна, емфіземоподібна, паралітична, рахітична, воронкоподібна), деформацію, положення лопаток.
- **Молочні залози.** Визначають їх форму, розміри, стан шкіри, сосків, рухливість, порівнюють обидві молочні залози, встановлюють чи немає додаткової грудної залози. При пальпації молочної залози хвора може знаходитися у положенні стоячи, лежачи на спині або на боці.
- **При вроджених пороках та гіпертрофії серця** спостерігається випинання грудної клітки в ділянці грудини або парастернально - так званий серцевий горб.

ВДГК при синдромі Марфана



II. Закриті ушкодження органів грудної клітки Проникні й непроникні поранення грудної клітки, ускладнення їх. Ушкодження легенів, серця.

Травматична асфіксія

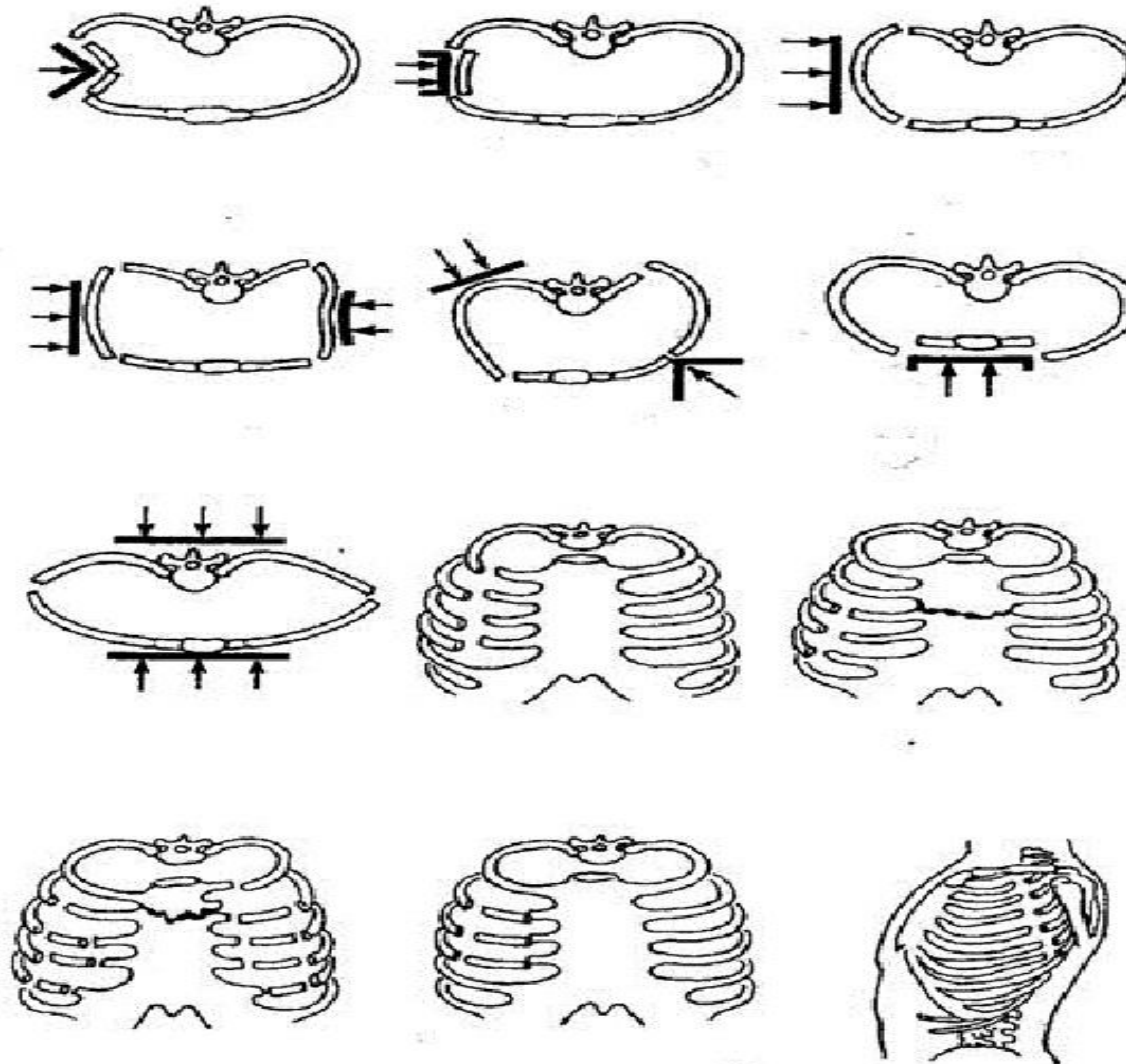
| | |
|--------------------|--|
| Чинники | Закриті травма грудної клітини. Стиснення грудної клітки (обвали, зсув ґрунту і т. ін.) |
| Клініка | <ul style="list-style-type: none">- множинні петехіальні крововиливи в шкірні покриви голови і шиї, які спричиняють їх синюшність;- множинні крововиливи під слизові рота, носа і в кон'юктиву;- екзофтальм;- кровотечі із вух і носа;- розлади зору і слуху;- задишка;- кровохаркання |
| Ускладнення | розриви великих бронхів пневмоторакс, емфіземою середостіння і гострою дихальною недостатністю. |
| ПМД | Звільнити хворого від стиснення при потребі ШВЛ закритий масаж серця. |
| Лікування | Ліжковий режим Знеболюючі Оксигенотерапія Протишокові. Серцеві препарати. Вагосимпатична блокада |

Травматична асфіксія



Проникні й непроникні поранення грудної клітки. ускладнення їх , ушкодження легень, серця.

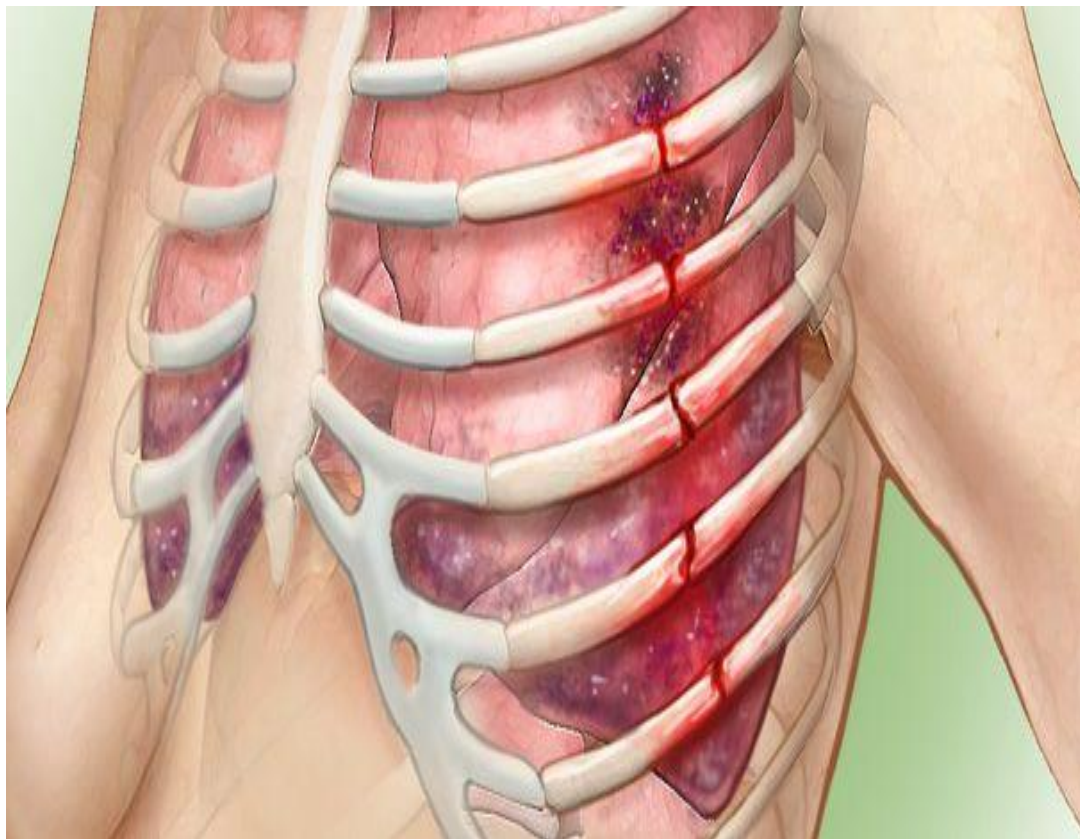
Види переломів ребер



| Перелом ребер | Перелом ключиці |
|--|--|
| <p>Виникає при прямій травмі або стисненні грудної клітки</p> | <p>Виникає в наслідок прямого удару або падінні на витягнуту руку, лікоть, бокову поверхню плеча</p> |
| <p style="text-align: center;">Класифікація: Закриті, відкриті Поодинокі, множинні з пошкодженням і без пошкодження внутрішніх органів</p> | |
| <p>Клініка:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виникає гострий локальний біль, що підсилюється при вдиху, кашлі, рухах тулуба; - хворий щадить відповідну ділянку грудної клітки, займає вимушене положення; - При множинних переломах ребер стан хворого може бути тяжким; - розвиваються задишка; - ціаноз слизових оболонок і шкіри; - підшкірна емфізема - парадоксальні рухи ділянки грудної клітки | <p>Клініка:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порушенням функції верхньої кінцівки, - болючості в місці перелому, - деформація ключиці, - гематома, - набряк тканин, - вкорочення надпліччя. |

| | |
|--|---|
| <p>Ускладнення: пневмоторакс, гемоторакс, внутрішня кровотеча</p> | <p>Ускладнення: Пневмоторакс, пошкодження судинно - нервового пучку</p> |
| <p>Діагностика - рентген</p> | |
| <p>ПМД.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Знеболювання загальне або місцеве. 2. Транспортна іммобілізація - накладання простирадла або лейкопластирної пов'язки. 3. Транспортування в положенні Фаулера. Госпіталізація | <p>ПМД.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Знеболювання. 2. Накласти пов'язку Дезо, косинкову або 8- подібну пов'язку на плечові суглоби. 3. Госпіталізація. |
| <p>Лікування.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Місьцеве знеболювання перелому за допомогою 1 % розчину новокаїну 10-15мл, які вводять у точці найбільшої болючості . 2. Для фіксації рухомих відламках ребер накладають черепицеподібне лейкопластирну пов'язку. 3. Оперативне лікування. | <p>Лікування.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Місьцева анестезія 1% новокаїном 20мл. 2. Репозиція кісткових відламків. 3. Фіксація відламків застосовують ватно-марлеві кільця за методом Дельбе або гіпсову пов'язку. Оперативне лікування. Застосовують спиці, танталові скріпки, дріт. 4. Хворим призначається лікувальна фізкультура. Консолідація - зрощення кісткових відламків відбувається через 3-4 тижня |

Перелом ребер



Перелом ключиці

Перелом ключиці



Імобілізація при переломі ключиці



Восьмиподібна пов'язка



Пневмоторакси

| Відкритий | Закритий | Клапанний - напружений |
|---|--|--|
| плевральна порожнина сполучається із зовнішнім середовищем і повітря вільно заходить і виходить із порожнини через рановий канал грудної стінки | плевральна порожнина не сполучається з навколишнім середовищем, оскільки рановий канал а грудної стінці або легені закривається. | повітря в плевральній порожнині прогресуючи накопичується внаслідок утворення клапана в рановому каналі грудної стінки , в місці пошкодження бронха або легені |
| Повітря вільно заходить і виходить в плевральну порожнину | Входить невелика кількість повітря в плевральну порожнину | Повітря при кожному вдиху входить в плевральну порожнину и а при видиху, не знайшовши виходу, залишається |
| Легеня спадається | Легеня колабується частково | Легеня спадається |
| «флотування середостіння» призводить розвитку тяжкого шоку | повітря самостійно розсмоктується (6-12дн) або видаляється при пункції | значне зміщення середостіння , навіть до перегінну великих судин |

Клінічні ознаки. Загальний стан хворого при усіх формах пневмотораксу є тяжким - дихання утруднення, поверхневе, обличчя бліде з ціанотичним відтінком. Пульс частин, артеріальний тиск знижений , венозний тиск може бути підвищеним. Перкуторно визначають тимпаніт, аускультативно - дихання відсутнє або ослаблене.

Рана «дихає», спостерігається характерне присмоктування повітря. Навколо рани формується помірна підшкірна емфізема

Підшкірна емфізема швидко наростає

ПМД

Переводять у закритий.

1. Накласти оклюзійку (герметичну) пов'язку.
- 2.Знеболення.
- 3.Транспортування у положенні Фаулера

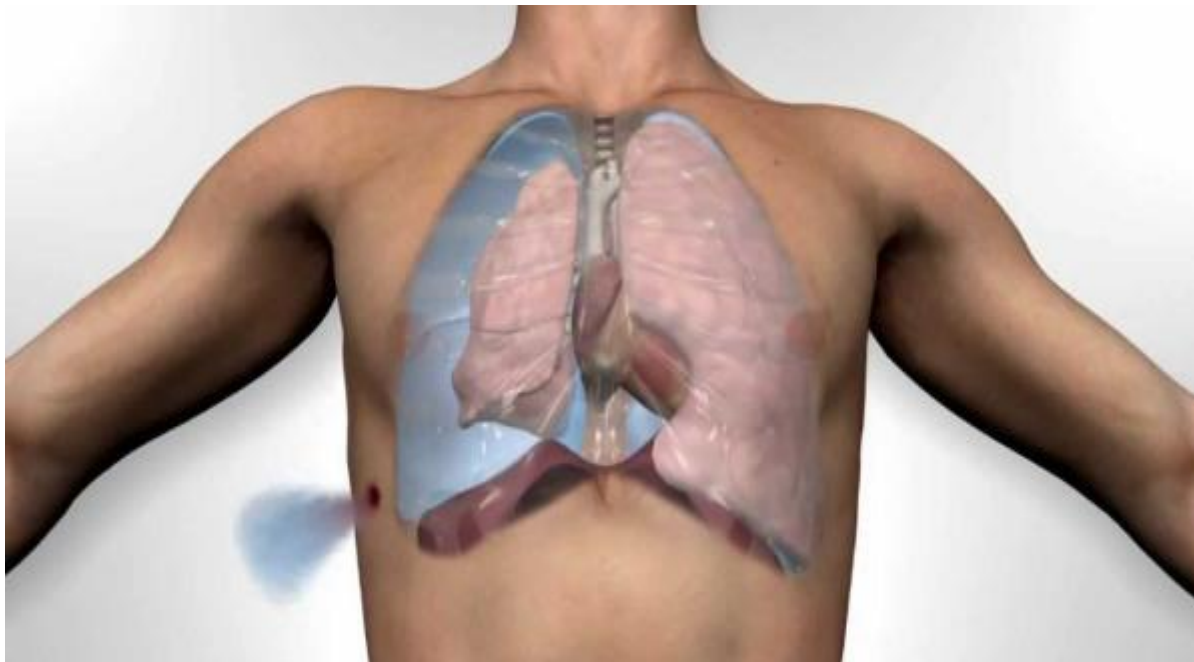
ПМД

Переводять у відкритий

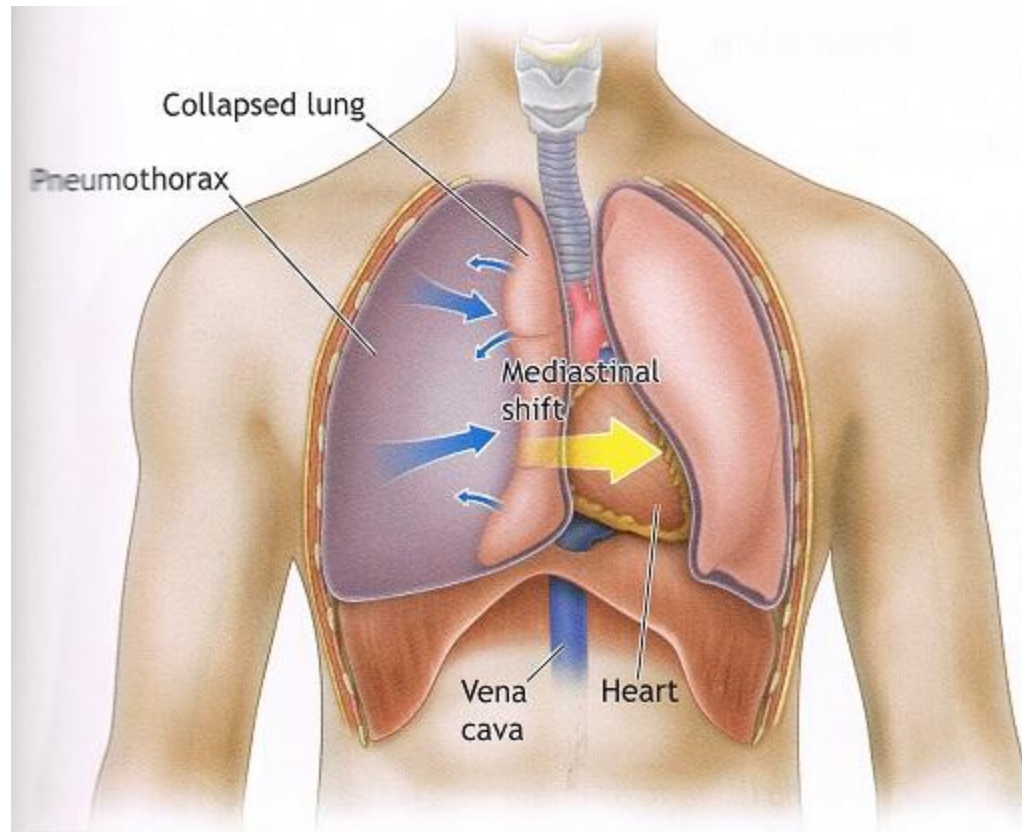
Пункція плевральної порожнини товстою голкою у другому між ребер і по середньо ключичної лінії

Усіх хворих з проникаючим пораненнями грудної клітки потрібно госпіталізувати в торакальне або хірургічне відділення.

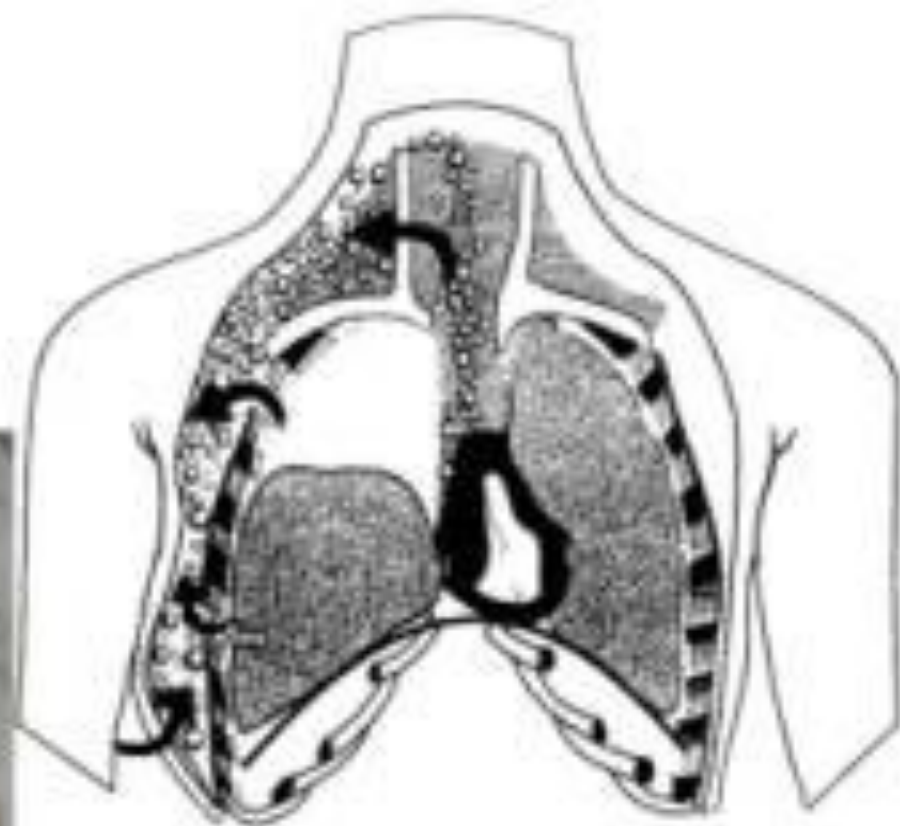
Відкритий пневмоторакс



Клапанный пневмоторакс



Подкожная эмфизема



ВЫХОД ВОЗДУХА
В ПОДКОЖНУЮ
КЛЕТЧАТКУ ГРУДНОГО
СЕКМЕНТА, ШЕИ, ЛИЦА

Оклюзійна пов'язка



Первая медицинская помощь
при открытом
пневмотораксе:

1



Наложение
окклюзионной
повязки

2

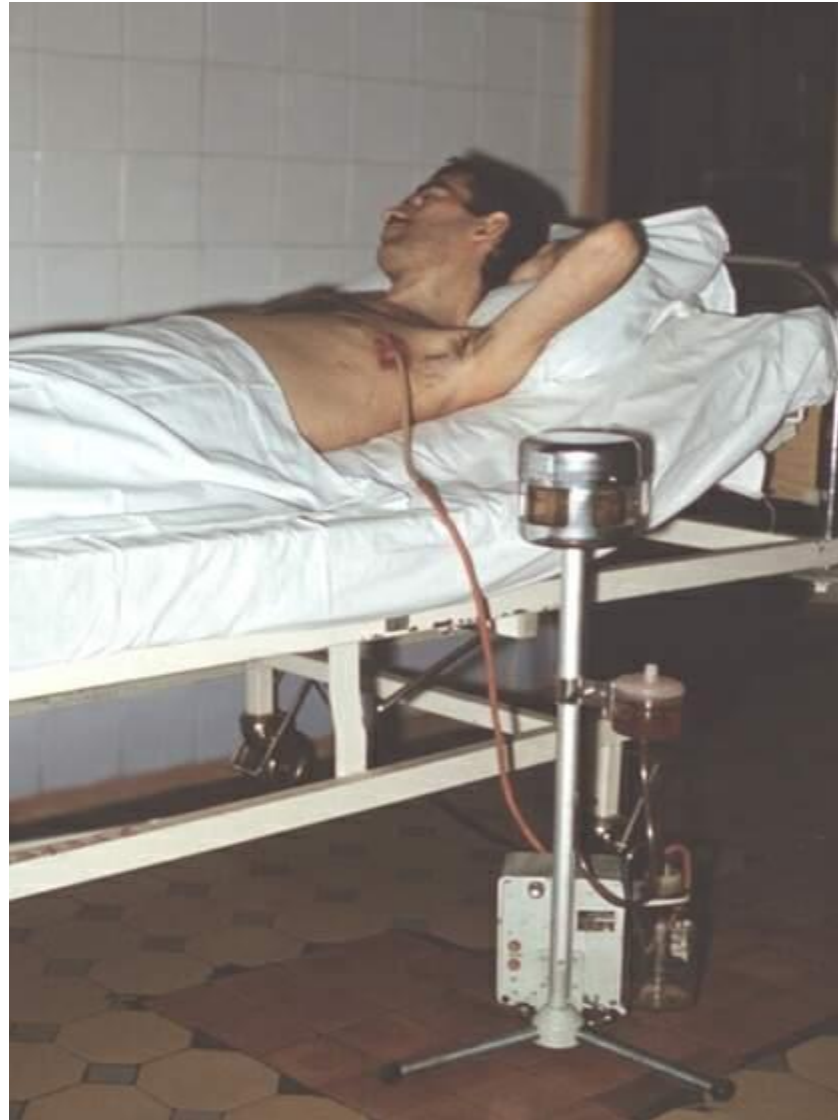


Наложение
фиксирующей
повязки

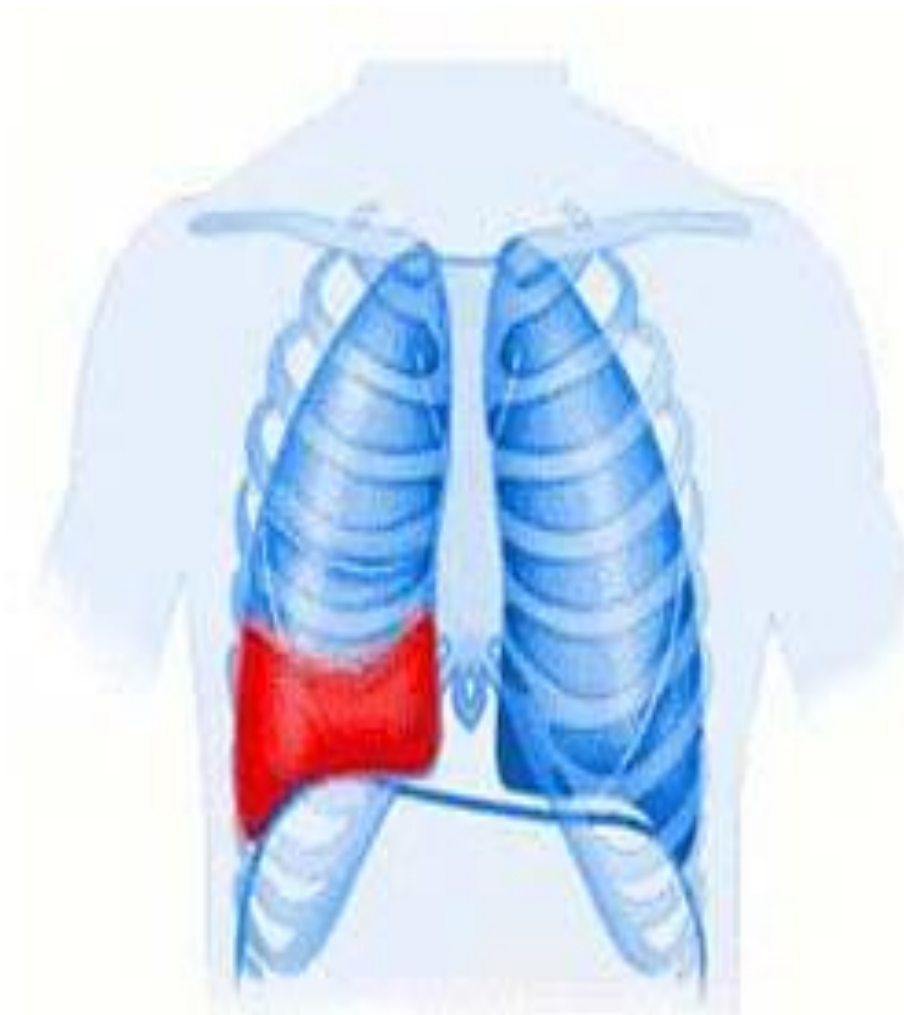
При травмах грудной клетки
транспортировку осуществляют
в положении сидя.



Дренаж по Бюлау



Гемоторакс



Гемоторакс - скупчення крові в плевральній порожнині внаслідок пошкодження міжреберних артерій. Розрізняють **малий гемоторакс** - скупчення крові в межах реберно - діафрагмальних синусів ; **середній** - кров скупчується до рівня кутів лопаток і **великій** вище кутів лопаток.

Клінічні ознаки. Залежать від темпу кровотечі і кількості накопиченої крові. При невеликій кількості крові викликає біль у грудній клітці. кашель. Виникає стиснення легені, зміщення середостіння, до яких приєднується задишка, ціаноз, вимушене положення хворого, наростають симптоми крововтрати (тахікардія, зниження артеріального тиску та ін.) При перкусії на боці поранення визначають притуплення легеневого звуку, при аускультатії дихання не вислуховують.

Лікування. Наявність гемотораксу є показанням до пункції або дренивання плевральної порожнини. Перша допомога включає в себе призначення кровоспинних засобів, міхура з льодом та термінової госпіталізації в на пів сидячому положенні.

Гемоторакс



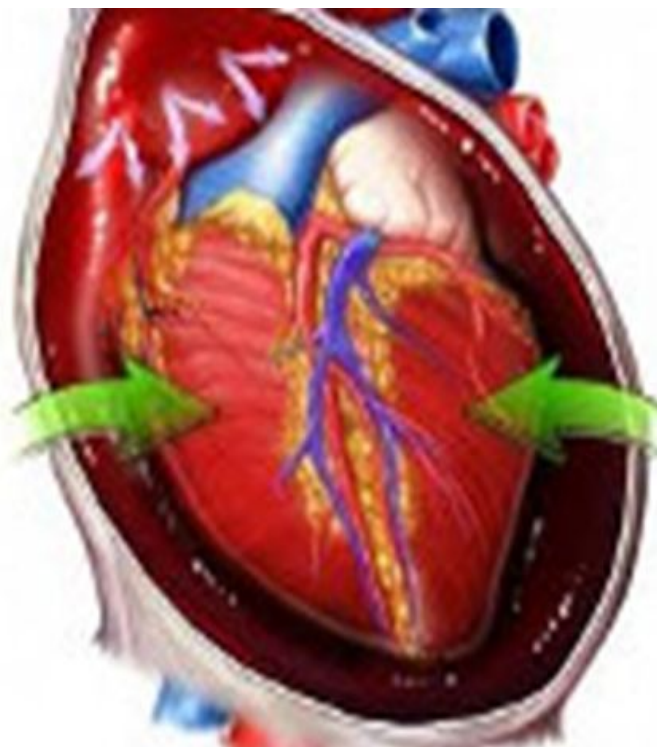
Пошкодження серця

Ці поранення можуть бути вогнепальними, різаними і колотими. Найчастіше пошкоджується передня поверхня серця і лівий шлуночок. Результатом третини всіх випадків поранень серця або аорти є раптова смерть від кровотечі.

Клініка. У потерпілих виникає біль у ділянці серця (при пошкодженні судин у лівій половині грудної клітки), запаморочення, задишка, відчуття страху смерті, прогресивно погіршуються показники гемодинаміки (пульс, артеріальний тиск). Розвивається тампонада серця за рахунок накопичення крові в перикарді. При рентгенологічному обстеженні виявляють збільшення розмірів тіні серця і зменшення амплітуди його скорочень. *Лікування.* Полягає в терміновій операції. На рівні IV-V міжребер'я проводять торакотомію,

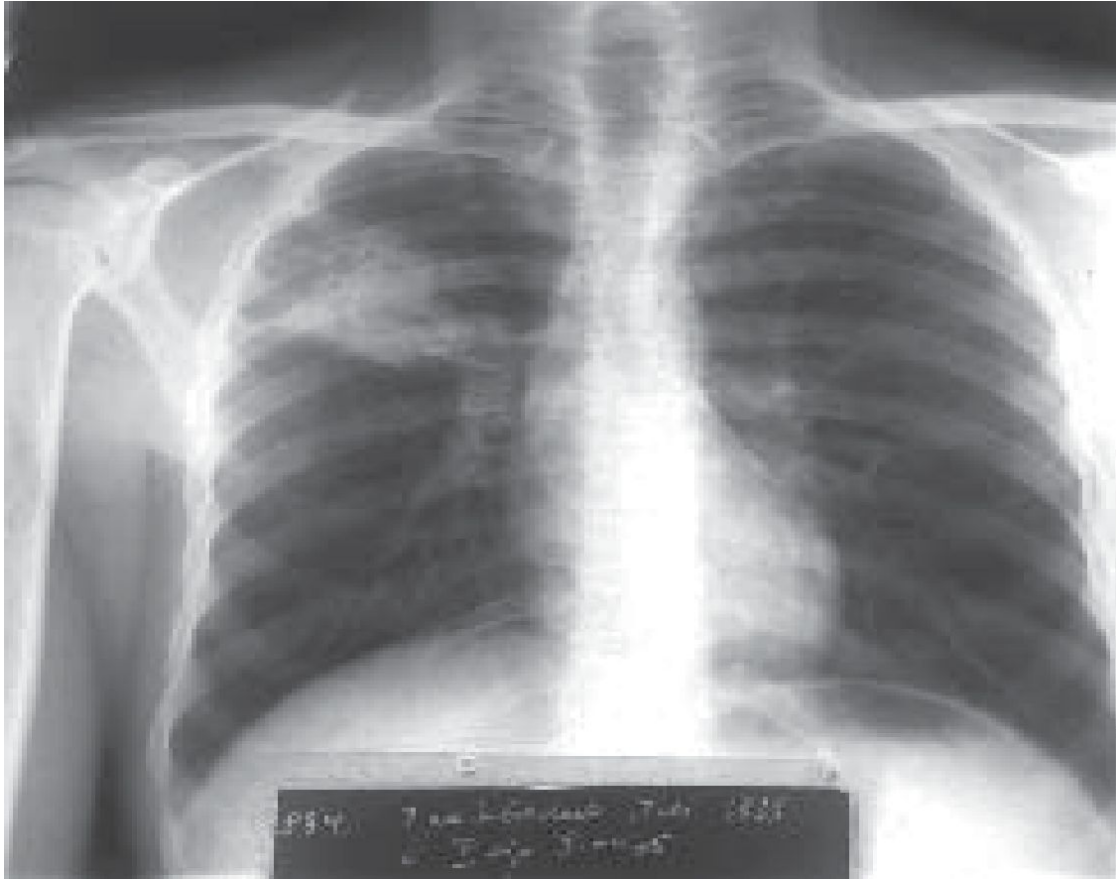


Тампонада серця



III. Рак легені, діагностика, лікування.

Рак легень розвивається частіше з епітелію бронхів або альвеол



Периферичний рак правої легені

| | |
|--------------------------|--|
| Форми раку легень | <ul style="list-style-type: none"> - Плоскоклітинний рак, аденокарцинома, базальноклітинний і скірозна - центральний; периферичний рак; атипові форми. |
| Клініка | <ul style="list-style-type: none"> - центральний рак характеризується постійним надсадним кашлем, задишкою, кровохарканням, біллю у грудях, наявністю прожилок крові в мокротинні, гарячкою, задишкою. - периферійний рак протикає безсимптомно. Перші ознаки проявляються, коли пухлина досягає великих розмірів. |
| Стадії раку | <p>Розрізняють 4 стадії раку:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 стадія – невелика пухлина яка не проростає в плевру, ознак метастазування не має. 2. стадія – пухлина невеликих розмірів. Не проростає в плевру і сусідні органи, одиночні метастази в регіонарні лімфатичні вузли. 3. стадія – пухлина проростає в перикард, грудну клітку, середостіння, діафрагму; регіонарні або віддалені метастази. 4. стадія – пухлина поширюється на грудну клітку, середостіння, діафрагму; регіонарні і віддалені метастази |
| Діагностика | <p>Рентгенографії органів грудної клітки, комп'ютерної томографії, бронхоскопії, торакоскопії, біопсії лімфатичних вузлів.</p> |
| Лікування | <ul style="list-style-type: none"> 1. Хірургічне – лобектомія, пульмонектомія. 2. Променева терапія. 3. Хіміотерапія. <p>Прогноз несприятливий. Більшість хворих вмирає через 1-1,5 року.</p> |

IV. Оперативна корекція природжених і набутих вад та захворювань серця.

Єдиний засіб лікування дитини з природженими і набутими вадами – оперативний.

Залежно від характеру ураження серця поділяють на такі групи:

- 1. Хворі з критичною вадю серця** (тетрада Фалло з атрезією легеневої артерії, атрезія легеневої артерії а інтактною міжшлуночковою перегородкою та ін.).

Оптимальний вік для хірургічного лікування

| Вроджені вади серця | Вік дитини |
|---|-----------------------|
| Відкрита артеріальна протока з синдромом дихальних розладів | 1 міс життя |
| Різка коарктація аорти, повна облітерація дуги аорти | Невідкладне лікування |
| Дефект міжшлуночкової перегородки з легеневою гіпертензією | 3-6 міс життя |
| Критичний стеноз аорти або легеневої артерії | Невідкладне лікування |
| Тетрада Фалло | 3 6-місячного віку |

2. Хворі з неоперабельними вродженими вадами серця чи неоперабельні за соматичним станом (серйозні ураження центральної нервової системи та ін.).

3. Хворі, яким рання операція не рекомендована у зв'язку з незначними порушеннями гемодинаміки. Найбільш сприятливий термін для оперативного лікування вроджених вад серця – II фаза перебігу-компенсація (3-12 років життя).

| Вроджена вада серця | Вік |
|---|---|
| Коарктація аорти | 4-6 років |
| Стеноз аорти | 6-10 років |
| Дефект міжпередсердної перегородки | 5-6 років |
| Дефект міжшлуночкової перегородки | 3-5 років |
| Відкрита артеріальна протока | Після 6-місячного віку |
| Стеноз легеневої артерії | У грудному віці |
| Тетрада Фалло, транспозиція великих судин | У грудному віці – паліативна операція, заключна – у 5-7-річному віці |

V. Запальні захворювання грудної залози: гострий лактаційний і гострий гнійний мастит



Гострий лактаційний мастит

Чинники: Порушення відтоку молока, тріщини, виразки сосків, недотримання гігієнічних правил.

Класифікація.

1. Залежно від поширення і локалізації запального процесу:

А. Дифузний – уражається вся грудна залоза;

Б. Обмежений:

- субареолярний – розташований під грудним кружальцем соска;
- інтрамамарний – у тканині залози;
- у грудних протоках (галактофорити);
- ретромамарний – між задньою поверхнею залози і фасцією грудного м'яза.

2. За патоморфологічними змінами в молочній залозі:

- серозна (початкова) форма;
- інфільтративна;
- абсцедувальна;
- флегмонозна;
- гангренозна.

Гострий лактаційний мастит



Гострий мастит

**Серозний
мастит**

**Флегмонозний
мастит**

**Абсцедивний
мастит**

**Інфільтративний
мастит**

**Гангренозний
мастит**

| Форми | Клініка | Молочна залоза | Лікування |
|-----------------------|--|--|--|
| Серозна | Раптове підвищення Т тіла до 38,5 - 39гр, біль у залозі. | Збільшена, болюча, шкіра над нею не змінена. | На початковій стадії проводять консервативне лікування: - на уражену залозу накладають підтримувальну пов'язку; |
| Інфільтративна | Температура тіла до 39-40гр лихоманка, го- ловний біль, слабкість. | Збільшена, гіперемована, при пальпації визначається інфільтрат з нечіткими межами. | - сосок залишають відкритим для систематичного відсмоктування молока спеціальним відсмоктувачем; |
| Абсцедивна | | При пальпації виявляють ділянки розм'якшення і флуктуації | - обмежують споживання рідини; |
| Флегмонозна | | Збільшена, пастозна (тістоподібна), шкіра над нею гіперемована блискуча, з розширеною венозною сіткою, сосок втягнутий, при пальпації визначають набряклість болючість | - призначають антибіотики широкого спектру дії, сульфаніламідні препарати; - місцево УВЧ, УФО після відсмоктування молока; - інфузійна і детоксикаційна терапія. |
| Гангренозна | стан хворих тяжкий, Т тіла підвищується до 40-41 гр., | молочна залоза різко збільшується, шкіра над нею набрякла, покрита міхурами, наповненими геморагічним вмістом, місцями некротизована. | При появі ознак нагноєння хірургічне лікування – розкриття і дренивання гнійної порожнини. |

Діагностика. Термографія, УЗД, мамографія.
Експрес діагностика тест - діагностикумами:
“Діана”, дімастин.

Профілактика гострого післяпологового
лактаційного маститу.

- ✓ Необхідно проводити повітряні ванни, загартовування молочних залоз (обмивання прохолодною водою, обтирання жорстким рушником).
- ✓ Боротьба з бактеріоносійством, дотримання правил асептики пологових будинках.

VI. Доброякісні та злоякісні пухлини молочної залози, клінічні ознаки, діагностика, методи лікування, профілактичні заходи для своєчасного виявлення хворих.



Доброякісні пухлини молочної залози

Доброякісними пухлинами – *папіломи, лімфангіоми, ліноми, невроми, дермоїдні кісти* та ін.

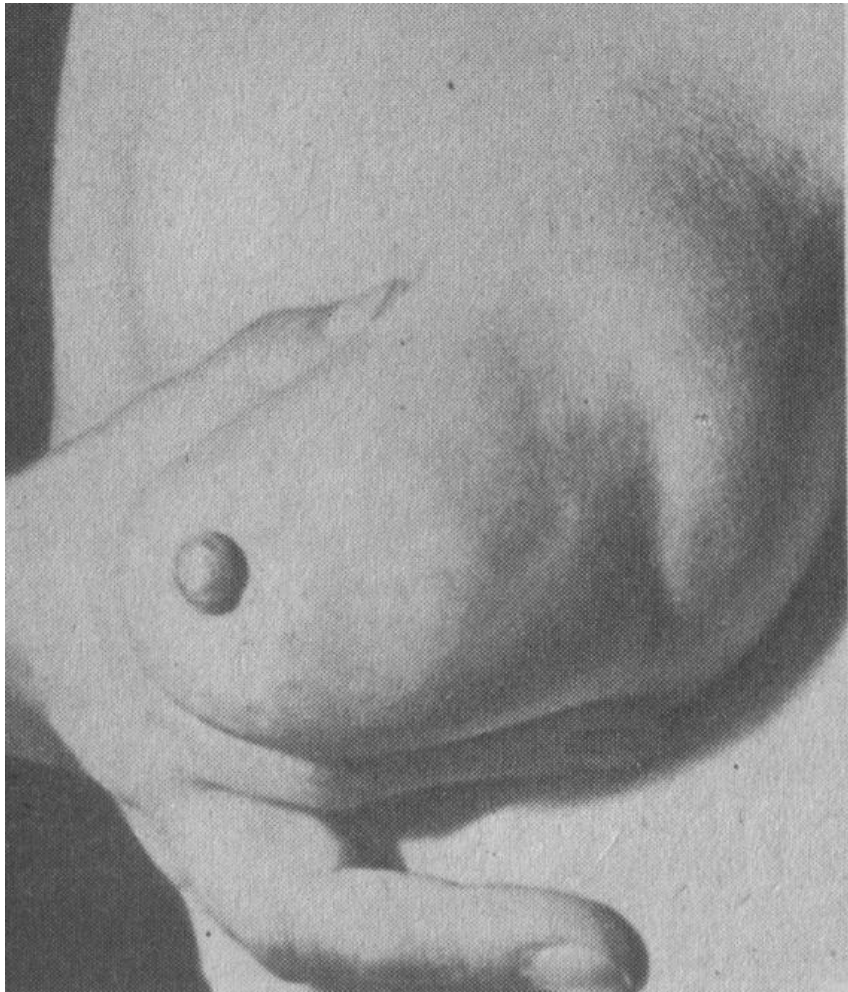
- **Фіброаденома.** Переважно виникає у жінок віком до 30 років, ріст пухлини повільний, безболісний. Діагностика ґрунтується на клінічних проявах, даних мамографії та пункційної біопсії.
- **Папілома протоки** (хвороба Мінца, **кровоточивий сосок**). Основною ознакою її є кров'янисті виділення із соска. Пухлина може не пальпуватись.
- **Галактоцеле** (молочній кісті) залоза збільшена в об'ємі. У товщі молочної залози визначають округлої форми з гладкою поверхнею пухлину, яка інколи флюктує.

Лікування доброякісних пухлин молочної залози полягає в економному або достатньо радикальному їх висіченні з наступним обов'язковим терміновим гістологічним дослідженням.

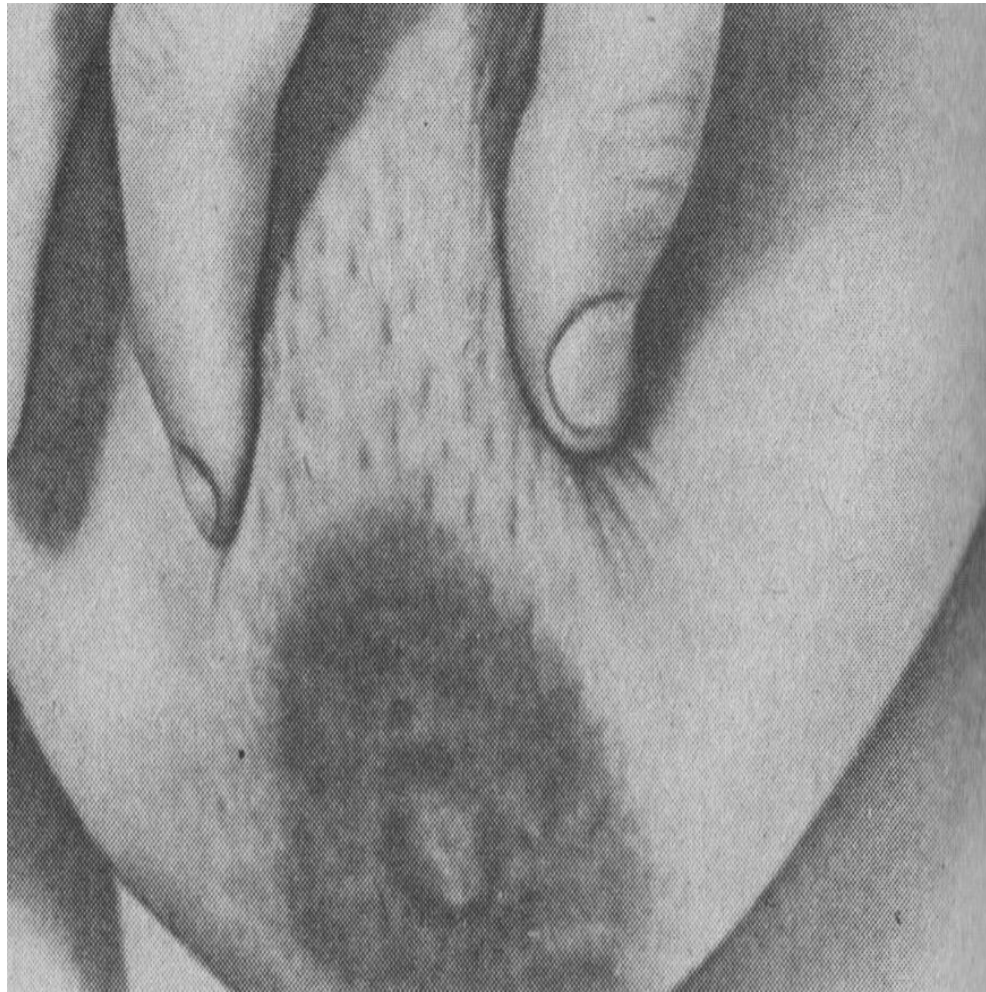
Рак молочної залози



Симптом «майданчику»



Симптом «майданчику»



Симптом «лимонної кірочки».

| | |
|-------------------------|--|
| Фактори ризику | Передракові захворювання раку молочної залози: хронічні мастити , доброякісні захворювання залози, штучні аборти, відмова від годування грудьми, запальні захворювання жіночих статевих органів, травматизація молочної залози, шкідливі звички, гормональні контрацептиви |
| Форми | початковий, вузлуватий, дифузний |
| Клініка | Пухлина відзначається швидким інфільтративним ростом. Шкіра набуває вигляду лимонної кірки . При поширенні процесу на молочні протоки сосок втягується. Кров'янисті виділення з соска. Симптом «лимонної кірочки». |
| Лімфатичні вузли | Уражаються регіональні лімфатичні вузли; спочатку по краю великого грудного м'яза, над і підключичні на боці ураження. |
| Стадії | <ol style="list-style-type: none"> 1. стадія- невелика пухлина в товщі залози без проростанняв шкіру і метастаз. 2. стадія - пухлина до 5см. у діаметрі, зрощена зі шкірою, є поодинокі метастази в підпахвинні лімфатичні вузли . 3. стадія - пухлина більше 5см. у діаметрі з наявністю множинних метастазів у підпахвинні, над- і підключичні лімфатичні вузли. 4. стадія - поширена ураження молочної залози з множинними віддаленими метастазами а легнях, хребті другої залози , у головний мозок. |
| Діагностика | Маммографія, УЗД. Біопсія, цитологічне дослідження. |
| Лікування | <p>Основний метод лікування</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хірургічний секторальна резекція молочної залози з наступного променевою та хіміотерапією 2) у більш запущених випадках проводять передопераційну променеву терапію, радикальну мастектомію. Хіміотерапію проводять - тіотекс; 5- фторурацил; вінбластин, Україна та ін. |

Діагностика - маммографія



Профілактичні заходи для своєчасного виявлення хворих

1. Диспансерні огляди за для вчасного виявлення передракові захворювання раку молочної залози.
2. Самообстеження молочних залоз жінками.



Стан після операції –
мастектомії

Підсумковий контроль знань

Задача №1

До приймального відділення був доставлений пацієнт після ДТП. При огляді: шкірні покриви з ціанотичним відтінком, задишка, по середньо - ключичній лінії справа в ділянці V міжребір`я – рана, з якої під час видиху виділяється піниста кров. Який стан може запідозрити медична сестра?

Задача №2

Швидку допомогу викликали до жінки 24 р. що скаржиться на біль в лівій молочній залозі t до 40oC. Три тижні тому народила дитину, вигодовує груддю. Об'єктивно: ліва молочна залоза збільшена в об'ємі, гіперемійована. Пальпаторно визначається ущільнення та різка болючість у верхньо-зовнішньому квадранті. Який ймовірний діагноз у пацієнтки?

Самостійна робота

Тема №1 Пневмоторакс.

- види пневмотораксів;
- перша допомога при різних видах пневмотораксів.

Тема №2 Нагнійні захворювання легень і плеври .

- клінічні ознаки піоторакса та абсцесу;
- принципи лікування і догляду за хворими.

Домашнє завдання

Рекомендована література

1. О.М. Кіт, О.Л.Ковальчук, Г.Т. Пустовойт « Медсестринство в хірургії» стор. 406-435.
2. О.Л.Ковальчук, Р.О. Сабадишин, О.В. Маркович « Медсестринство в хірургії» стор.366 - 391
3. «Руководство к практическим занятиям по хирургии»
Цитовська Л. В. Ст. 267-277.