

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ З ДОГЛЯДОМ ЗА ХВОРИМИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

на засіданні кафедри

загальної хірургії з доглядом за хворими

Завідувач кафедри

Професор _____ Лігоненко О.В.

«___» _____ 2021р.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

для самостійної роботи студентів під час підготовки до практичного заняття та на занятті

Навчальна дисципліна	Загальна хірургія
<i>Модуль №1</i>	ВВЕДЕННЯ В ХІРУРГІЮ. ДЕСМУРГІЯ. ОСНОВИ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМУ В ХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ. НЕВІДКЛАДНІ ХІРУРГІЧНІ СТАНИ. ОСНОВИ ТРАНСФУЗИОЛОГІЇ, АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЇ
<i>Змістовий модуль №1</i>	<i>Десмургія. Антисептика. Асептика</i>
<i>Тема заняття №17</i>	Інфіковані рани. Стадії перебігу ранового процесу. Лікування інфікованої рани в залежності від стадії ранового процесу. Клінічний розбір хворого з інфікованою раною.
<i>Курс</i>	<i>III</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медичний №1,2, підготовки іноземних студентів</i>

Полтава

1. Актуальність теми:

Пацієнти з хірургічною інфекцією складають суттєву частку хворих хірургічних стаціонарних та поліклінічних відділень Кількість гнійно-запальних процесів різних тканин, не дивлячись на успіхи в консервативному, оперативному лікуванні з кожним роком зростає і становить в середньому 3-15%, а за даними окремих авторів сягає 30%. В теперішній час 35-40% хворих хірургічного профілю становлять пацієнти з гнійно-запальними захворюваннями. Тому немає сумніву в актуальності цієї проблеми.

2. Конкретні цілі:

1. Класифікувати сучасні види ранової інфекції:
2. Аналізувати загальні етіологічні та патогенетичні механізми розвитку місцевих хірургічних інфекцій.
3. Тракувати бактеріальну забрудненість рани.
4. Тракувати перебіг ранового процесу у гнійній рані.
5. Пояснити загоєння рани вторинним натягом.
6. Класифікувати сучасні методи комплексного лікування інфікованих ран.
7. Запропонувати сучасні засоби для місцевого та загального лікування інфікованих ран в різній фазі ранового процесу.
8. Класифікувати фактори ризику та засоби профілактики хірургічної ранової інфекції.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми

(міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Мікробіологія	Застосовувати необхідний препарат, виходячи з особливостей збудників гнійної інфекції. Визначити стійкість вегетативної флори до температури променевої енергії, хімічних речовин, антибіотиків. Володіти елементами бактеорологічних досліджень Контроль стерильності.
2. Біохімія	Знати обмін речовин. Вміти інтерпретувати ан.крові, сечі, рівень глюкози в крові та сечі.
3. Фармакологія	Визначати поняття про антисептику та дезінфекцію. Знати дози біологічних антисептиків, вміти писати рецепти. Порівняти фармакологічну дію необхідних антисептичних препаратів

4. Патанатомія	Порушення трофіки тканин. Порівняти особливості паталогоанатомічних змін шкіри, паталогоанатомічні зміни в тканинах при гнійній патології.
5. Патологічна фізіологія	Фізіологія раневого процесу. Визначити місцеві клінічні ознаки запалення в рані.

Студент повинен мати уявлення:

- про механізм розвитку запальних і гнійних захворювань;
- місцеві клінічні прояви запальних і гнійних захворювань;
- про загальну реакцію організму на запалення;
- сучасну класифікацію гнійної інфекції;
- про неспецифічну резистентність організму;
- про загальні положення та принципи гнійної хірургії;
- про анатомо- фізіологічні особливості областей, де локалізується паталогічний процес.

Студент повинен знати:

- визначення раньового процесу;
- основні етіологічні та патогенетичні фактори розвитку інфекції в рані;
- шляхи проникнення і поширення інфекції в організмі хворого;
- місцеві клінічні прояви інфекції в ране;
- поняття про внутрішньогоспітальну інфекцію;
- основи антисептики, її види та методи реалізації;
- паталогоанатомічні зміни в тканинах при гнійній патології;
- різні види пов'язок;
- види дренажів;
- знати основні класи антисептиків, препарати та засоби і способи їх застосування;
- покази до оперативного лікування місцевих гнійних ран і його основні принципи;
- види знеболювання, які використовують при оперативному лікуванні гнійних ран.

Студент повинен вміти:

- діагностувати гнійні захворювання;
- діагностувати фази перебігу раньового процесу в гнійній рані;
- виконати вторинну хірургічну обробку гнійних захворювань шкіри та підшкірної клітковини;
- забезпечити гігієну тіла, натільної та постільної білизни;
- надати хворому функціонально вигідне положення в ліжку;
- правильне щадяще транспортування хворих в гнійну перев'язочну;
- здійснювати основні прийоми фізичної антисептики;
- здійснювати основні прийоми механічної антисептики;
- сформулювати принципи комплексного лікування місцевих гнійних захворювань та виконати окремі його етапи.

Опанування практичних навичок студентом:

- ознайомитися з роботою гнійної перев'язочної;
- навчитись промивати гнійні рани розчинами антисептиків;

- оволодіти технікою забору матеріалу на чутливість мікрофлори до антибіотиків;
- оволодіти окремими технічними прийомами при оперативному лікуванні гострих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин (місцеве знеболювання, розтин м'яких тканин);
- провести ревізію рани;
- опанувати класичні прийоми перев'язок хворого з гнійною патологією, з дотриманням асептики і антисептики.

4.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Антисептика	комплекс засобів та організаційний методів спрямованих на боротьбу з існуючою інфекцією в рані.
Перев'язочна	приміщення, кімната, яка по санітарним нормам має підлогу та стіни покриті кахлем, столи, покриті масляними фарбами, придатні для миття та санітарної обробки.
Перев'язувальний матеріал	виготовлення із гігроскопічної тканини різні вироби, які застосовуються в хірургічній практиці для висушування ран, зупинки кровотечі, видалення раневого місту, для накладання і закріплення пов'язки.
Контамінація	проникнення мікробів в організм людини (мікробне забруднення).

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Визначити поняття бактеріально-забрудненої та інфікованої рани.
2. Визначити класифікацію перебігу раньового процесу гнійної рани.
3. Визначити принцип лікування гнійної рани в залежності від фази раньового процесу.
4. Ознайомитися з методами хірургічної обробки гнійної рани,
5. Визначити удосконалені методи хірургічної обробки гнійних ран /дренування, обробка лазером та ін./.
6. Визначити методи забору вмісту з рани для бактеріологічного посіву.
7. Пояснити значення " мікробного числа " цитологічної картини раневого вмісту, Ph - рани.
8. Показання до закриття грануляційної рани.
- 9.Класифікація антибіотиків і основні принципи їх застосування.
- 10.Організація догляду за хворими з хірургічною інфекцією.

4.3.Практичні роботи (завдання), які використовуються на занятті:

1. Транспортувати хворих в перев'язочну, операційну.
2. Укладка хворого на операційному столі відповідно до зони виконання операції.
3. Обробка рук хірурга для виконання операції;
4. Приготувати набір для хірургічної обробки гнійних ран;

5. Приготувати набір для промивання рани та дренажів;
6. Налагодить систему для постійного промивання гнійної рани.
7. Техніка виконання перев'язок (зняття попередньої пов'язки, видалення змертвілих тканин та гнійних плівок, обробка операційного поля та інше);
8. Накладання пов'язки;
9. Взяття матеріалу на бактеріологічний посів та чутливість мікроорганізмів до антибіотиків.

5. Зміст теми.

СУЧАСНА ХАРАКТЕРИСТИКА РАНОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

Виникнення та розвиток інфекції у рані визначається:

- наявністю патогенних збудників гнійної інфекції у достатній концентрації;
- характером та ступенем ураження тканин;
- наявністю у рані згустків крові, сторонніх тіл, нежиттєздатних тканин.

"Критичним рівнем" бактеріальної забрудненості ран вважається кількість мікроорганізмів 10^5 на 1 г тканини, перевищення якого може супроводжуватись проникненням інфекції в глибокі шари рани з проривом демаркаційного валу і розвитком септичних ускладнень. "Критичний рівень" може бути значно меншим при наявності в рані великої кількості мертвих тканин, інородних тіл а також при порушенні захисних реакцій, гуморальних і клітинних факторів природної резистентності та імунологічної реактивності організму.

За цих умов розвиток гнійно-запального ранового процесу може відбутися за умов наявності 10^3 - 10^4 мікроорганізмів на 1 г тканини.

Фактори ризику виникнення хірургічних ранових інфекцій

Ступінь ризику розвитку хірургічних ранових інфекцій визначається:

- сприйнятливістю хворого та важкістю його стану;
- ступенем забруднення рани;
- тривалістю хірургічного втручання;
- неадекватним застосування препаратів для місцевого або системного лікування;
- недотриманням принципів профілактики ранової інфекції на кінцевих фазах лікування ранового процесу та після виписки пацієнта із стаціонару.

Фактори ризику та засоби профілактики

Важливо, що мікрофлора сучасних ран стійка до часто застосовуваних антибіотиків.

За цих умов, для місцевого лікування ран більш доцільним є використання:

- комбінації кількох речовин, які мають різноспрямований спектр протимікробної активності (наприклад, стрептоцид з нітазолом);
- нових синтетичних протимікробних речовин (наприклад, офлоксацину), до яких не сформувалась висока резистентність мікрофлори;
- антисептиків (діоксидину, мірамістину та інших), до яких немає ні природної, ані набутої резистентності мікроорганізмів (в тому числі їх госпітальних штамів).

Першим обов'язковим етапом лікування ран є адекватна хірургічна обробка.

Вторинна хірургічна обробка рани - проводиться за вторинними показами у тих випадках, коли після первинної хірургічної обробки в рані розвивається запальний процес з утворенням гнійної порожнини та вторинних некрозів.

До методів, які підвищують ефективність хірургічної обробки рани та її наступне лікування відносяться:

- Застосування гіпертонічних розчинів;
- Застосування розчинів антисептиків;
- Дренування ран (активне або пасивне).

Накладання лікувальних пов'язок з препаратами на сучасних гідрофільних основах, які забезпечують комбіновану дію:

- протимікробну
- знеболюючу
- протизапальну
- контрольовану дегідратаційну

Лікарські засоби, що використовують для місцевого лікування ран, поділяються на дві основні групи:

- монопрепарати на жировій основі з односпрямованою (протимікробною, ранозагоювальною та ін.) дією, до яких належать стрептоцидова, гентаміцинова, еритроміцинова, фурацилінова, метилурацилова мазі, лінімент синтоміцину та інші;

- монопрепарати на синтетичних гідрофільних водорозчинних основах (гель Левоміцетин-Дарниця, крем Дермазин та ін.);

- комбіновані препарати :

А) на жировій основі (вазелин-ланоліновій, олійній або бальзамічній), до яких належать мазі «Альгофін», «Фастин-1», лінімент бальзамічний за Вишневським та ін.;

Б) на синтетичних основах:

- першого покоління (на основі комбінації поліетиленоксидів 400/1500 -Левомеколь та Левосин);

- сучасні препарати на удосконалених водорозчинних синтетичних основах (у складі пропиленгліколю, проксанолу та поліетиленоксиду 400) -розчин Діоксизоль-Дарниця, мазі Офлокаїн-Дарниця, Нітацид-Дарниця, Мірамістин-Дарниця, Стрептонітол-Дарниця, Метилурацил-Дарниця, гель ПанТестин-Дарниця), що здійснюють комплексний вплив на основні ланки патогенезу ранового процесу.

Порівняльна характеристика сорбційної та проникної спроможності різних основ препаратів для місцевого лікування ран

НЕЗБАЛАНСОВАНІ ДИФУЗІЙНІ ПРОЦЕСИ

А) ГІДРОФОБНА ОСНОВА
(ланоліно-вазелинова)

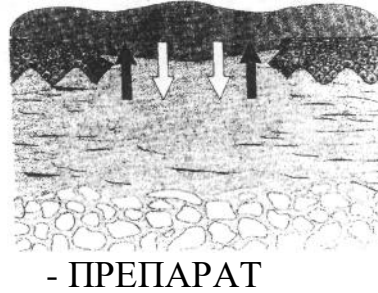
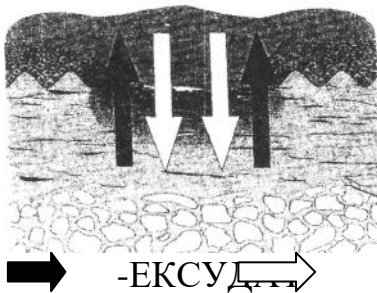
Б) ПОЛІЕТИЛЕПОКСИДНА ОСНОВА
(комбінація ПЄО - 400 й 1500)



ЗБАЛАНСОВАНІ ДИФУЗІЙНІ ПРОЦЕСИ

В) ГІДРОФІЛЬНА ГІПЕРОСМОЛЯРНА ОСНОВА (ПЕО-400, 1,2 пропіленгліколь або проксанол-268) 1-а ФАЗА РАНОВОГО ПРОЦЕСУ,

Г) ГІДРОФІЛЬНА ГЕЛЕВА ЕМУЛЬСІЙНА ОСНОВА 2-а ФАЗА РАНОВОГО ПРОЦЕСУ



➔ -ЕКСУДАТ

➔ - ПРЕПАРАТ

В сучасних багатокомпонентних препаратах застосовується гідрофільна основа, яка є водорозчинною сумішшю розчинників та полімерів - поліетиленоксиду-400 (ПЕО-400), 1,2-пропіленгліколю та проксанолу-268.

ПЕО-400 - є водорозчинним похідним етилену та володіє низькою токсичністю і вираженими осмотичними властивостями. Він добре наноситься на ранову поверхню, рівномірно на ній розподіляється, що покращує контакт мазі з тканинами та вмістом рани, добре змішується з рановим ексудатом. Характеризується повільною дифузією всередину клітин. Молекули ПЕО-400 спроможні проникати вглибину тканин, де вони розподіляються вже через 2 години після застосування препарату. Створюючи комплекси із протимікробними сполуками, ПЕО-400 проводить їх вглибину ушкоджених тканин - основних місць локалізації мікробів. Це принципово відрізняє препарати, створені на основі ПЕО. від мазей на жирових основах, які не впливають на глибинну мікрофлору.

Важливою особливістю ПЕО є опосередкована некролітична дія, яка приводить до відторгнення некротичного струпу за рахунок проникнення у мікрощелини на периферії зони відторгнення і збільшення там об'єму рідини, яка розсуває змертвілі тканини.

Механізм дії комбінованих основ та динаміка стану рани в процесі лікування

А - ВИХІДНИЙ СТАН РАНИ

1,2-ПРОПШЕНГЛІКОЛЬ

- швидко проникає в тканини та створює осмотичну рівновагу поміж цитоплазмою клітин та препаратом

ПЕО -400

- повільно проникає всередину клітин;

- покращує контакт препарату з вмістом рани;

- утворює комплекси з антимікробними речовинами та проводить їх в глибину тканин;

- має виражену осмотичну активність

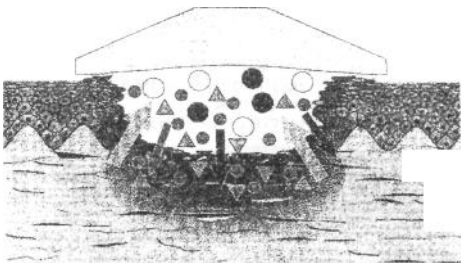
ПРОКСАНОЛ-268

- забезпечує змочування ранової поверхні, розтікання по ній, проникнення під некротичний струп;

- здійснює рівномірну та тривалу абсорбцію

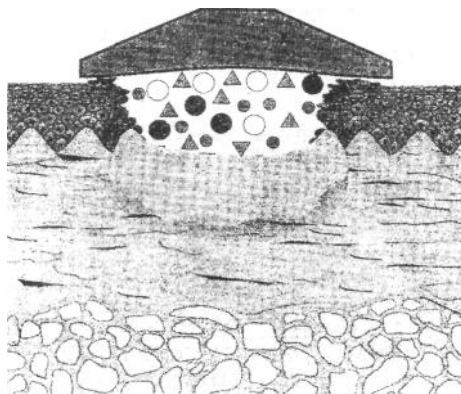
Δ -- АНТИМІКРОБНИЙ ПРЕПАРАТ

Б - СТАН РАНИ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ



→ СОРБЦІЯ РАНОВОГО ВМІСТУ БЕЗ ПЕРЕСУШУВАННЯ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ ТА ПРИГНІЧЕННЯ ЗАЖИВЛЕННЯ РАНИ

→ ПЕНЕТРАЦІЯ АНТИМІКРОБНОГО ПРЕПАРАТУ В ГЛИБИНУ ТКАНИН В КОМПЛЕКСІ З ПЕО - 400



1,2-пропіленгліколь - є низькомолекулярною

сполукою, яка швидко проникає у клітини і, таким

• чином, створює осмотичну рівновагу поміж

• цитоплазмою клітин і препаратом. Після нього до

• клітин проникає ПЕО-400, де його завдання -

• тривала та висока абсорбція ранового вмісту.

● **Проксанол-268** - забезпечує більш рівномірну та

• тривалу абсорбцію (ніж ПЕО -1500, що входить у

○ склад «Левосину» та «Левомеколу»). Він має

• кращі поверхнево-активні властивості - змочування

ранової поверхні, розтікання по ній, проникнення під некротичний струп. Таким

чином, застосування комбінації ПЕО-400, пропіленгліколю, проксанолу дає змогу

регулювати силу осмотичної дії, забезпечувати ефект контрольованої сорбції та

водночас захищати життєспроможні клітини рани від надмірної втрати ними води

В 1-й фазі - гнійно-некротичній у зв'язку з наявністю больового синдрому,

некротичних тканин та гнійного ексудату в рані, вираженій інфільтрації, високого

рівня бактеріальної забрудненості доцільно застосування препаратів, які здійснюють

комбіновану дію - антимікробну, знеболюючу, дегідратуючу та протизапальну.

За цих умов, в залежності від вираженості больового синдрому, ступеня ексудації та характеру мікрофлори доцільне застосування комбінованих препаратів

на сучасних гідрофільних основах - розчину Діоксизоль-Дарниця або мазі Офлокаїн-Дарниця. Препарати забезпечують подвійну знеболювальну дію (місцевоанестезувальна та пригнічення продукції медіаторів болі), тому на відміну від анестезину, новокаїну, лідокаїну купірують больовий синдром на протязі 24 годин.

Після купірування больового синдрому (в перші 1-4 доби після хірургічної обробки рани), основною ланкою патогенезу ранового процесу, поряд із збереженням високої мікробної забрудненості, є виражена гіпергідратація тканин (*підфаза ексудації*), яка, за умов неадекватної лікувальної тактики, може призвести до поглиблення порушень живлення тканин з наступним розвитком некрозів. В цьому зв'язку, доцільно застосування комбінованих препаратів на гідрофільній синтетичній основі які мають сильний та тривалий дегідратуючий ефект на протязі доби.

Серед зазначених засобів, препарат Левомеколь має певні обмеження до застосування, що зумовлено незбалансованою основою з переважно односпрямованою дифузією (із рани в мазь).

Після купірування больового синдрому, у підфазі ексудації доцільне застосування препаратів Нітацид-Дарниця або Мірамістин-Дарниця.

6. Матеріали для самоконтролю.

А. Завдання для самоконтролю.

Питання:

1. Дати загальну характеристику гнійної інфекції.
2. Назвіть клінічні прояви гнійно-запальних захворювань.
3. Шляхи виникнення екзогенною та ендогенною інфекцією у хірургічних хворих.
4. Назвіть найчастіші гнійні ураження шкіри і підшкірної клітковини.
5. Об'єм хірургічної допомоги в гнійній перв'язочній.
6. Види дренажів (трубки, гумові, комбіновані та інше.)
7. Принцип загального лікування інфекції у рані.
8. Основне правило гнійної хірургії.
9. Вторинна хірургічна обробка рани.
10. Основні принципи комплексного лікування місцевих інфекційних хірургічних захворювань

Завдання:

1. Назвіть фази загоєння ран.
2. Перерахуйте клінічні прояви місцевої запальної реакції.
3. Вкажіть методику хірургічної обробки гнійної рани.

Б. Ситуаційні завдання.

6.3. Тести для самоконтролю (початковий рівень знань).

1. Назвіть умову, що сприяє розвитку хірургічної інфекції в організмі людини

- А. наявність сапрофіт
- Б. наявність «вхідних воріт» для інфекції
- В. збереження цілісності шкірних покривів
- Г. відсутність специфічного імунітету до збудника хірургічної інфекції
- Д. високий титр антитіл

2. Назвіть умову, що сприяє розвитку хірургічної інфекції в організмі людини.

- А. наявність сапрофітів
- Б. відсутність специфічного імунітету до збудника хірургічної інфекції
- В. збереження цілісності шкірних покривів
- Г. зниження імунобіологічної резистентності макроорганізму
- Д. високий титр антитіл

3. Назвіть захисний бар'єр місцевої реакції організму, який утворюється при розвитку гострої хірургічної інфекції

- А. потовщення фасції
- Б. набряк спинного мозку
- В. розшарування плеври
- Г. макрофагальний вал
- Д. лейкоцитарний вал

4. Назвіть захисний бар'єр місцевої реакції організму, який утворюється при розвитку гострої хірургічної інфекції

- А. потовщення фасції
- Б. набряк спинного мозку
- В. розшарування плеври
- Г. макрофагальний вал
- Д. піогенна оболонка

5. Вторинним називається інфікування рани, яке можливо:

- А. при порушенні асептики у момент надання першої допомоги
- Б. протягом перших 3-5 днів з моменту поранення
- В. при відсутності пов'язки під час транспортування постраждалого до лікарні
- Г. в момент отримання травми
- Д. при порушенні асептики при перев'язці

6. При первинному інфікуванні мікроби в рану потрапляють з:

- А. пінцета при хірургічній обробці
- Б. рук хірурга
- В. шкіри пораненого
- Г. шовного матеріалу
- Д. з асептичної пов'язки

7. Через який час мікроби в рані починають проявляти свою активність по відношенню до

макроорганізму?

- А. 1-4 годин
- Б. 6-8 годин
- В. 10-12 годин
- Г. 24 годин
- Д. 3-5 хвилин

8. Для місцевих ознак запалення характерні всі ознаки, окрім:

- а) набряку
- б) ціанозу
- в) болю
- г) гіперемії
- д) місцеве підвищення температури

9. Якій максимально допустимий термін для виконання первинної хірургічної обробки рани від моменту поранення?

- А. до 12 годин
- Б. до 24 годин
- В. до 48 годин
- Г. до появи ознак розвитку інфекції
- Д. до 8 днів після поранення

10. Препарати для місцевого лікування гнійних ран в гнійно-некротичну фазу ранового процесу повинні володіти наступними діями, окрім:

- А. дегідратуючою
- Б. місцевопоздразнювальною
- В. протеолітичною
- Г. антимікробною
- Д. знеболюючою

11. Препарати для місцевого лікування гнійних ран в гнійно-некротичну фазу ранового процесу повинні володіти наступними діями, окрім:

- А. дегідратуючою
- Б. протеолітичною
- В. противиразковою
- Г. антимікробною
- Д. знеболюючою

12. Дренування рани може бути?

- А. активним
- Б. контактним
- В. частковим
- Г. повним
- Д. стерильним

Тести та задачі для перевірки вихідного рівня знань

1. Дренування рани може бути?

- А. пасивним
- Б. контактним
- В. частковим
- Г. повним
- Д. стерильним

2. Гнійна рана в першій фазі запалення характеризується всім, окрім:

- А. високого мікробного обсіменіння
- Б. наявності грануляційної тканини
- В. вираженого порушення локальної мікроциркуляції
- Г. вираженого перифокального набряку
- Д. наявності гнійного ексудату

3. Гнійна рана в першій фазі запалення характеризується всім, окрім:

- А. високого мікробного обсіменіння
- Б. вираженого перифокального набряку
- В. вираженого порушення локальної мікроциркуляції
- Г. наявності серозного ексудату
- Д. наявності гнійного ексудату

4. Якій препарат показаний для місцевого лікування гнійної рани в першій фазі ранового процесу?

- А. лінімент бальзамічний за Вишневським
- Б. мазь на водорозчинній основі
- В. фізіологічний розчин
- Г. мазь на жировій основі
- Д. розчин етилового спирту

5. Якій препарат показаний для місцевого лікування гнійної рани в першій фазі ранового процесу?

- А. лінімент бальзамічний за Вишневським
- Б. розчин етилового спирту
- В. фізіологічний розчин
- Г. мазь на жировій основі
- Д. препарат на основі сорбенту

6. Одним із основних завдань місцевого медикаментозного лікування гнійної рани в гнійно-некротичній фазі є?

- А. пригнічення інфекції
- Б. створення анаеробних умов в рані
- В. стимуляція репаративних процесів в рані
- Г. захист грануляцій від висихання
- Д. профілактика вторинного інфікування

7. Одним із основних завдань місцевого медикаментозного лікування гнійної рани в гнійно-некротичній фазі є?

- А. створення анаеробних умов в рані
- Б. видалення з рани продуктів мікробного і тканинного розпаду

В. стимуляція репаративних процесів в рані

Г. захист грануляцій від висихання

Д. профілактика вторинного інфікування

8. Одним із основних завдань місцевого медикаментозного лікування гнійної рани у фазі грануляцій?

А. стимуляція репаративних процесів

Б. адсорбція продуктів мікробного і тканинного розпаду

В. знеболення

Г. видалення змертвілих тканин

Д. активація відторгнення некротичних тканин

9. Одним із завдань місцевого медикаментозного лікування гнійної рани у фазі грануляцій?

А. видалення змертвілих тканин

Б. адсорбція продуктів мікробного і тканинного розпаду

В. знеболення

Г. профілактика вторинного інфікування ран

Д. активація відторгнення некротичних тканин

10. Вкажіть фазу перебігу ранового процесу за Даценко Б.М.:

А. анаеробна

Б. відторгнення

В. загоєння

Г. гнійно-некротична

Д. запальна

11. Вкажіть фазу перебігу ранового процесу за Даценком Б.М.:

А. анаеробна

Б. грануляцій

В. загоєння

Г. відторгнення

Д. запальна

12. Вкажіть фазу перебігу ранового процесу за Даценком Б.М.:

А. анаеробна

Б. запальна

В. загоєння

Г. відторгнення

Д. епітелізації

Ситуаційні задачі для вихідного рівня знань

1. Які лікарські препарати застосовувати в I, II, III, фазах гнійної рани?

2. У якому періоді фази запалення бажано застосовувати протеолітичні ферменти?

3. Коли і які антибіотики застосовують з метою профілактики розвитку гнійного процесу?

4. У хворого з гнійною раною в ділянці стегна на бактеріограмі виявлена паличка синьо-зеленого гною. Який антисептик Ви б запропонували для місцевого лікування?

5. Для обробки бактеріально забрудненої рани запропоновані методи удосконалення впливу без хірургічного втручання.

Чи доцільна обрана тактика? Якщо ні, то чому?

6. Перед аутодермопластиком гранулюючої рани визначили, що тип мазка при цитологічному дослідженні загально-регенеративний. Чи доцільно проводити заплановану операцію? Якщо ні, то чому?

7. „Мікробне число” - кількість мікроорганізмів на 1г тканини при якому виникає нагноєння рани становить:

а/ 10^3 м/о на 1г тканини;

б/ 10^4 м/о на 1г тканини;

в/ 10^5 м/о на 1г тканини;

г/ 10^6 м/о на 1г тканини;

д/ 10^7 м/о на 1г тканини.

8. У лікуванні гнійної рани основним є:

а/ хірургічна обробка;

б/ антибактеріальне терапія;

в/ аплікація мазей на гідрофільній основі;

д/ всі перераховані компоненти.

9. Визначте компоненти удосконаленої хірургічної обробки гнійної рани.

10. Для якої фази ранового процесу характерно підвищення судинної проникності?

11 Які фізіотерапевтичні методи і в якій фазі Ви застосуєте?

12. При проведенні перев'язки у хворої О., 2 доби тому прооперованої з приводу фурункула передньої поверхні правого стегна, в рані спостерігається наявність некротичних мас, гнійного вмісту, інфільтрація її країв. Яка фаза ранового процесу характеризується вказаними ознаками? Якими властивостями повинні володіти препарати для місцевого лікування гнійних ран в цій фазі ранового процесу?

13. Шість днів потому хворому Н. виконана хірургічна операція: розкриття та дренивання після ін'єкційного абсцесу верхньо-зовнішнього квадранту правої сідниці. В рані визначається наявність серозного ексудату, розвиток грануляційної тканини, яка поступово виповнює стінки і дно рани. Яка фаза ранового процесу характеризується вказаними ознаками? Які основні вимоги висуваються до препаратів, призначених для місцевого лікування гнійних ран у цій фазі?

7. Література:

Основна:

1. Методичні розробки для аудиторної та самостійної роботи студентів.
2. Загальна хірургія / за ред. С.Д.Хіміча., Київ, «Здоров'я», 2018. С. 44-62.
3. Я.С.Березницький і співавтори. Хірургія (підручник з загальної хірургії. Днепропетровськ), 2018. С.36-49.Конспект лекцій
4. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія // Київ, «Здоров'я», 2004. С.47-53.
5. Конспекти лекцій

Додаткова:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учеб. – М.: Медицина, 2004. – С. 38-48.
2. С.В. Петров. Общая хирургия: Учеб. – М.: Медицина, 2005. – С.173-177;189-197; 530-552.
3. Г.П.Рычагов, В.Е.Кремень. Ситуационные задачи и тестовые вопросы по общей хирургии– Минск.: „Высшая школа”, 1998.
4. Форрест А.П., Картер Д.С., Маклеод І.Б. Хірургія: основи і практика. – Київ: УКСП “Кобза”, 1994. – 342 с.
5. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. - Москва: "Медицина", 1981. - 688 с.

Методичні рекомендації підготувала
Доцент кафедри загальної хірургії
к.мед.н. Чорна І.О. _____