

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

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

<i>Навчальна дисципліна</i>	Загальна хірургія
<i>Модуль №1</i>	ВВЕДЕННЯ В ХІРУРГІЮ. ДЕСМУРГІЯ. ОСНОВИ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМУ В ХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ. НЕВІДКЛАДНІ ХІРУРГІЧНІ СТАНИ. ОСНОВИ ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЇ
<i>Змістовий модуль3</i>	Основи анестезіології та реаніматології.
<i>Тема заняття № 10</i>	Місцеве знеболювання.Види. Показання, протипоказання, ускладнення.
<i>Курс</i>	III
<i>Факультет</i>	Медичний №1,2

Полтава

1. Актуальність теми

Місцева анестезія має велике значення в хірургічній практиці. За допомогою цього виду анестезії можливе виконання не тільки простих операцій, але і більш складних порожнинних оперативних втручань. У зв'язку з цим оволодіння та уміння виконувати місцеве знеболювання стає вельми важливим. Для студентів 3 курсу придбані знання і навички по даній темі будуть необхідні при вивченні хірургії і на старших курсах. Професійна хірургічна діяльність неможлива без використання місцевої анестезії.

2. Конкретні цілі:

- Пояснювати значення місцевої анестезії при проведенні хірургічних втручань і перев'язок хворих.
- Аналізувати уявлення про відчуття хворого під час проведення місцевої анестезії.
- Трактувати визначення місцевої та загальної анестезії.
- Класифікувати види місцевої анестезії.
- Проаналізувати препарати, які використовують для місцевої анестезії.
- Малювати схеми, графіки показів та протипоказів до місцевої анестезії, а також переваги перед іншими методами знеболення.
- Пояснити техніку проведення інфільтраційної анестезії.

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

(міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1 Патофізіологія	Знати процеси, які відбуваються у організмі під дією анестетиків.
2. Анатомія	Знати анатомічну будову скелету, м'яких тканин, кінцівок.
3. Хірургія №1, №2	Знати клінічні ознаки анестезії, стадії наркозу, ускладнення анестезії, та вміти провести інфільтраційну анестезію за Обрстом-Лукашевичем

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

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

	Термін	Визначення
1	Анестезіологія	Наука, що вивчає методи усунення болю.
2	Анестезія	Втрата свідомості, що досягається введенням інгаляційних або неінгаляційних анестетиків

3	Аналгезія	Усунення больової чутливості.
4	Міорелаксація	Розслаблення поперечносмугастої мускулатури, завдяки використанню м'язових релаксантів.
5	Премедикація	Комплекс медикаментозних та безмедикаментозних засходів, спрямованих на підготовку хворого до анестезії

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Значення місцевої анестезії при проведенні хірургічних втручань і перев'язок хворих.
2. Відчуття хворого під час проведення місцевої анестезії.
3. Визначення місцевої та загальної анестезії.
4. Види місцевої анестезії.
5. Препарати, які використовують для місцевої анестезії.
6. Покази та протипокази до місцевої анестезії, а також переваги перед іншими методами знеболення.
7. Техніка проведення інфільтраційної анестезії.
8. Техніка проведення місцевої анестезії по Оберсту-Лукашевичу.

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

1. Оволодіти технікою проведення термінальної анестезії.
2. Оволодіти технікою проведення інфільтраційної анестезії за Оберстом-Лукашевичем.
3. Оволодіти технікою проведення ретроамарної блокади.
4. Оволодіти технікою анестезії шляхом локального охолодження.
5. Оволодіти технікою новокаїнових блокад.

1. Зміст теми:

Місцева анестезія – це зворотна втрата больової чутливості тканин на обмежених ділянках тіла, викликана дією різних хімічних речовин, фізичних або механічних чинників на нервові волокна або сегменти нервів.

Місцева анестезія має велику питому вагу в клінічній практиці. Сьогодні 55 – 60% хірургічних втручань виконуються під місцевим знеболюванням. Вона посідає чільне місце в амбулаторно-поліклінічній роботі під час знеболювання невеликих оперативних втручань. Це пов'язано з простотою її використання, відносною безпечністю, відсутністю потреби в складній апаратурі та спеціальній підготовці медичного персоналу. Широкому визнанню цього методу знеболювання сприяли праці О.В.Вишневського, О.О.Вишневського і їх послідовників.

Показання: у всіх випадках протипоказань до загального знеболювання; серцево-судинна і легенева недостатність, у осіб похилого і старечого віку, в амбулаторно-поліклінічній практиці.

Протипоказання: вік до 12 – 14 років, підвищена індивідуальна чутливість до анестетиків, порушення психіки, наявність запальних процесів в тканинах, категорична відмова хворого.

Зараз в хірургічній практиці для місцевої анестезії найчастіше використовують такі препарати: новокаїн в концентраціях від 0,25 – 0,5% до 10 – 20%, лідокаїн в концентраціях 0,25 – 0,5%, 1 – 2 – 10%, тримекаїн в концентраціях 0,25 – 1 – 2%, дикаїн в концентраціях від 0,25 – 0,5% до 1 – 2%, совкаїн в концентраціях 0,5 – 1% та інші.

Механізм дії місцевих анестетиків обумовлений блокуванням передачі збудження в місці дії їх на нервові волокна, в результаті чого виникає знеболювання всієї ділянки, що інервуються даним нервом та його закінченнями. Вони викликають недеполяризуючий блок, утримуючи мембрани в поляризованому стані.

Класифікація.

Розрізняють такі види місцевої анестезії: поверхневу інфільтраційну і регіональну. До регіональної анестезії відносять: а) провідникову, б) спинномозкову епідуральну, в) внутрішньосудинну (внутрішньоартеріальну і внутрішньовенну), г) внутрішньокісткову, д) анестезію нервових сплеть, е) стовбурову анестезію та інші.

Найпоширеніші в клінічній практиці: поверхнева (термінальна), інфільтраційна і різні види регіональної анестезії. Рідше використовують анестезію внутрішньосудинну, внутрішньокісткову, анестезію охолодженням.

Поверхнева анестезія – вид знеболювання, що досягається зрошуванням або змащуванням слизових оболонок 1 – 2% розчином дикаїну, 5% розчином ксикаїну, 0,25 – 2% анестезину та деякими іншими анестетиками, які здатні всмоктуватись через слизові оболонки. Таку методику використовують в офтальмології, отоларингології, хірургії, ендоскопічні дослідження, перед інтубацією трахеї тощо.

Інфільтраційна анестезія. Підготовка до операції під інфільтраційною анестезією така ж, як і при загальному знеболюванні. Надзвичайно важлива підготовка психіки хворого. Під час операції роль "психічного наркотизатора" може виконувати один із студентів. Анестезію починають з інфільтрації передбаченого місця розтину шкіри шляхом утворення, так званої, "лимонної шкірки". Для цього місцевий анестетик вводять внутрішньошкірно через тонку голку. Далі проводять пошарову інфільтрацію тканин на відповідну глибину і ширину, в залежності від виду операції та об'єму втручання.

Для інфільтраційної анестезії використовують переважно 0,25–0,5% розчин тримекаїну або лідокаїну. Допустимі разові дози для дорослих у разі використання 0,5% розчину новокаїну – 500 мл, 0,25% - 750 мл., а за умови, що розчин виливається протягом операції під час розтину тканин, його дозу можна збільшити до 1000 – 1500 мл. За 1 годину операції дозволяється вводити до 2,0 г новокаїну; разові дози тримекаїну не повинні перевищувати 20 мг/кг, а лідокаїну – 15 мг/кг.

Інфільтраційна анестезія за методом О.В.Вишневського (1922) поєднує в собі позитивні якості інфільтраційної і провідникової анестезії. Метод заснований на анатомічних особливостях будови фіціальних утворень – футлярів. Розчин 0,25% новокаїну вводиться в футляри 5 – 10 мл шприцом під тиском, поширюється в них і проникає до нервів та їх закінчень. О.В.Вишневський назвав його методом "тугого повзучого інфільтрату". Слід підкреслити цінність і поширеність цього методу в клінічній практиці.

Спинномозкова анестезія відноситься до виду регіональної анестезії. Застосовується для знеболювання певної частини тіла або топографічної ділянки. При цьому виді знеболювання 5% розчин новокаїну, 0,5-1% розчин совкаїну або ксилокаїну (до 70 мг.) вводять в субарахноїдальний простір шляхом проколу твердої мозкової оболонки за допомогою спеціальної голки з добре підібраним мандреном (голка Біра). Анестетик швидко зв'язується з нервовими корінцями і настає анестезія всієї частини тіла нижче від місця пункції. Найчастіше місцем для спинномозкової пункції є проміжок між III – IV або II – III поперековими хребцями. Тривалість такої анестезії від 1,5 до 3 годин. Введення анестетика в субарахноїдальний простір вище від рівня XII грудного хребця може призвести до порушення діяльності дихального і судинорухового центрів. Зараз спинномозкова анестезія використовується головним чином у разі операцій на органах, що розташовані нижче від діафрагми і нижніх кінцівках.

Безпосередні ускладнення спинномозкової анестезії можуть проявлятися в зниженні кров'яного тиску, розладах дихання і в паралічі бульбарних центрів. Для профілактики безпосередніх ускладнень рекомендують одночасно з анестетиком вводити 1,0–2,0% розчин кофеїну, або 1,0 – 5,0% розчин ефедрину.

При зупинці дихання або порушеннях серцевої діяльності необхідна негайна інтубація трахеї та застосування штучної вентиляції легень, закритий масаж серця, при значному падінні артеріального тиску застосовуються заходи по переливанню крові та кровозамінників.

Епідуральна анестезія – це різновидність провідникової анестезії. Показана у разі оперативних втручань на нижніх відділах черевної порожнини, урологічних, проктологічних операціях та операціях на нижніх кінцівках. Вона є методом вибору у осіб похилого і старечого

віку, у хворих із серцево-судинною патологією, порушенням функції нирок, печінки, у акушерській практиці. Епідуральну анестезію широко застосовують для усунення післяопераційного болю, швидкого відновлення перистальтики кишок після операцій, в комплексному лікуванні перитоніту, непрохідності кишок, гострого панкреатиту тощо.

Епідуральну анестезію виконують у положенні хворого сидячи, або лежачи на боці з притиснутими до живота ногами, знеболюючий ефект досягається за рахунок блокади корінців спинного мозку анестетиком, уведеним у перидуральний простір, розташований між двома листками твердої мозкової оболонки і має вигляд вузької щілини, заповненої жировою тканиною, лімфатичними судинами та венозним сплетінням. Через цей простір проходять передні і задні корінці спинномозкових нервів, він не сполучається з головним і спинним мозком, тому анестетик не впливає на ці структури.

Пункція епідурального простору може бути виконана на будь-якому відділі хребта, залежно від рівня анестезії. Спочатку знеболюють шкіру. Тонку голку без шприца вводять між хребцями, чітко по задній середній лінії на глибину 2–2,5 см. до зіткнення з жовтою зв'язкою (відчувається опір). Тоді до голки приєднують шприц з ізотонічним розчином хлориду натрію і бульбашкою повітря в ньому. Подальше просування голки контролюється зміною форми бульбашки повітря при натисканні на поршень шприца. Як тільки голка потрапляє в епідуральний простір опір зменшується, розчин легко виливається в тканини. Якщо роз'єднати шприц і голку, з її отвору не повинна витікати рідина. Тоді вводять 2–3 мл. рідини, щоб відтиснути тверду мозкову оболонку і запобігти її перфорації. У голку поміщають тонкий поліхлорвініловий катетер, через який фракційно вводять анестетик під час операцій та в післяопераційному періоді. Спочатку вводять тест-дозу анестетика (1/3 від наміченої) і через 3–5 хв. – всю дозу. Частіше при цьому використовують 2% розчин лідокаїну (в дозі 5–10 мг/кг.), 2% розчин тримекаїну (5 мг/кг.). Анестезія настає через 15–30 хвилин і триває на протязі 1,5–2 год.

Ускладнення зустрічаються рідко. Можливі гіпотензія, розлади дихання, нудота, блювота, судоми, головний біль, травматичний радикуліт в ділянці пункції.

Інші види сучасного знеболювання:

Нейролептаналгезія (НЛА) – один із видів комбінованого знеболювання. Знеболюючий ефект досягається поєднанням нейролептиків (дроперидолу) і наркотичних аналгетиків (фентаніл). Результат проявляється зниженням психічної та рухової активності, станом байдужості, втратою чутливості із збереженням свідомості. Застосовується в комбінації з місцевою анестезією або інгаляційним наркозом. Стабілізує роботу серця і судин ід час виконання травматичних етапів операції.

Електромедикаментозна анестезія (електронаркоз, Лемон, 1902) один з видів загального знеболювання за допомогою дії електричного струму певної частоти, напруги і сили на головний мозок.

Застосовується в комбінації з анестетиками, протисудомними та седативними препаратами. Знеболювання характеризується виключенням свідомості, стабільністю гемодинаміки, розширенням зіниць. Для проведення електроаналгезії промисловість випускає такі апарати "Електронаркон-1", "Ленар-1", "Електросон-4Т", "ЕА-30-1". Цей метод застосовується в акушерстві, при важких токсеміях, опіках, у хворих на алергію, отруєннях, захворюваннях серцево-судинної системи. Ускладнення електронаркозу: можливі опіки в місцях прикладання електродів, судоми, головний біль, гіпертензія.

Акупунктурна аналгезія – знеболювання за допомогою голковколювання (акупунктури). Для цього використовують спеціальні голки з нержавіючої сталі діаметром біля 0,4 мм. Голку вводять або в "класичні точки", розміщені на, так званих меридіанах на відстані від місця виконання оперативних дій, або під шкіру по обидві сторони від операційного розтину. Зниження больової чутливості (гіпоаналгезія) досягається завдяки подразненню нервових закінчень. Але при такому методі повної анестезії не настає. Акупунктурна аналгезія використовується, як компонент комбінованого знеболювання в післяопераційному періоді, для зняття больового синдрому, зменшення використання наркотичних аналгетиків, тощо. Можливості широкого застосування такої методики для знеболювання операцій вивчаються.

6. Матеріали для самоконтролю
А. Завдання для самоконтролю :

Тести для самоконтролю (початковий рівень знань).

1. При яких захворюваннях застосовується методика місцевої анестезії по Лукашевичу-Оберсту?
 1. паранефрит
 2. врослий ніготь
 3. парапроктит
 4. панкреонекроз
 5. панарицій
 6. асфіксія

2. Які розчини можна використовувати для місцевої анестезії?
 1. фурагін
 2. дікаїн
 3. фторотан
 4. гемодез
 5. новокаїн
 6. поліглюкін

3. Як діє біль на основний обмін?
 1. збільшується виділення адреналіну
 2. зменшується виділення в кров тероксину
 3. зменшується виділення гістаміну
 4. зменшується виділення серотоніну
 5. збільшується виділення простагландіну
 6. зменшується виділення хініну

4. Який розчин новокаїну застосовується при внутрішньокістковій анестезії?
 1. 0,5 %
 2. 2%
 3. 3%
 4. 1%
 5. 0,25%
 6. 5%

5. Покази для ретромаммарної анестезії?
 1. флегмонозна фаза маститу
 2. інфільтраційна фаза маститу
 3. гангренозна фаза маститу
 4. ретромаммарний абсцес
 5. серозна фаза маститу
 6. субареолярний абсцес

6. Для чого застосовується вагосимпатична блокада?
 1. для профілактики рефлексорної асфіксії
 2. для зняття парезу кишківника
 3. для лікування плевро-пульмонального шоку
 4. для профілактики фібриляції шлуночків серця
 5. для профілактики плевро-пульмонального шоку
 6. для послаблення мускулатури і профілактики параплегії
7. Анестезія після перидуральної анестезії настає через:
 1. 5 хвилин
 2. 10 хвилин
 3. 15 хвилин
 4. 20 хвилин
 5. 25 хвилин
 6. 30 хвилин
8. При якому різновиді місцевої анестезії потрібно попереднє накладання джгута?
 1. анестезія охолодженням
 2. внутрішньосудинна анестезія
 3. перидуральна анестезія
 4. внутрішньокісткова анестезія
 5. комбінована анестезія
 6. спинномозкова анестезія
9. Для репозиції перелому променевої кістки у нижній третині можна застосовувати?
 1. інфільтраційну анестезію
 2. футлярну блокаду
 3. анестезію змазуванням
 4. введення 2% новокаїну в гематому місця перелому
 5. перидуральну анестезію
 6. блокаду по Кулен-Кампфу
10. Яке ускладнення зустрічається при виконанні паранефральної новокаїнової блокади?
 1. некроз тканин
 2. алергічна реакція
 3. поранення нирки
 4. регургіація
 5. передозування
 6. поранення сечоводу
11. Які ознаки отруєння анестетиками при місцевій анестезії?
 1. задишка
 2. порушення мозкового кровообігу
 3. брадикардія
 4. анурія
 5. розширення зіниць
 6. головокружіння

12. Які з перерахованих методів місцевої анестезії відносяться до провідникових?

1. анестезія охолодженням
2. анестезія змазуванням
3. перидуральна анестезія
4. внутрішньоартеріальна анестезія
5. спинномозкова анестезія
6. внутрішньокісткова анестезія

13. Яке ускладнення може виникнути при анестезії новокаїном?

1. передозування
2. анафілактичний шок
3. випадкове введення препарату в артерію
4. кропивниця
5. випадкове введення препарату у вену
6. хімічне подразнення тканин - некроз

14. Які розчини новокаїну можна використати для паранефральної блокади?

1. 1%
2. 5%
3. 10%
4. 2%
5. 0,25%
6. 0,5%

15. Які препарати застосовують при лікуванні отруєння анестетиками?

1. антибіотики
2. серцеві глікозиди
3. протеолітичні ферменти
4. антигістамінні препарати
5. антикоагулянти
6. м'язові релаксанти

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий Л., 37 років, робочий очисного забою, поступив в клініку з приводу пахвова-каліткової грижі. Хворіє три роки. Протягом останніх трьох місяців грижа двічі защемлювалась, однак защемлення швидко проходило без сторонньої допомоги. Показано оперативне лікування. Визначено, що операцію доцільно виконати під місцевим знеболюванням. Поставлена проба на чутливість до новокаїну, результат якої розцінений як різко позитивний. Чи можливе виконання втручання під місцевим знеболюванням?

2. Хворий М., 43 років, шофер, скаржить на болі в епігастральній ділянці, печію, втрату маси тіла, сезонне загострення захворювання. Хворіє 8 років виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. У зв'язку з черговим загостренням, протягом місяця лікувався в гастроентерологічному відділенні без вираженого ефекту. Переведений до хірургічного стаціонару. На другу добу після госпіталізації раптово почалася рясна кривава блювота. Діагностована кровотеча з дуоденальної виразки, дефіцит об'єму циркулюючої крові 1,5 літра, склад крові не змінений, дефіциту позаклітинної рідини немає. Проведена консервативна гемостатична терапія. Кровотеча зупинена. Через добу визначено зниження кількості еритроцитів

і гемоглобіну в крові, незначний дефіцит ОЦК, дефіцит міжкрової рідини до 18%. Які чинники вплинули на її перерозподіл, що забезпечує постійність складу крові і водних просторів організму людини? У разі оперативного втручання чи можлива резекція шлунку під місцевою анестезією шляхом інфільтрації його зв'язочного апарату по всьому периметру? У чому полягає вчення Н.І. Пирогова про футлярну будову тканин?

3. Хвора, 35 років, швачка, поступила в клініку з приводу хронічного парапроктиту. При обстеженні інших захворювань не виявлено. Протипоказань до операції немає. Показано висікання нориці. Виконана спинно-мозкова анестезія на рівні L IV-V 1% розчином совкаїну. Які анатомічні утворення пройдені голкою в ділянці хребта, між хребцями L IV-V, перш ніж увійти в спинно-мозковий канал? Чому не можна провести спинно-мозкову анестезію на рівні вище за хребця D-XII?

4. Хвора Р., поступила зі скаргами на болі в ділянці лівої пахвової западини, загальну слабкість, нездужання, підвищення температури тіла до 38 градусів. Вважає себе хворою близько 24 годин, коли з'явився біль в ділянці лівої пахвової западини. При огляді в цій ділянці визначається інфільтрат розмірами 3x2 см.. Шкіра навколо нього гіперемована, є ознаки флюктуації. Які показання до оперативного втручання? Який вид місцевої анестезії Ви запропонуєте?

5. Хвора Т., поступила в проктологічне відділення зі скаргами на біль в ділянці заднього проходу, що посилюється під час акту дефекації, гнійні виділення неподалік прямої кишки, загальну слабкість. При зовнішньому огляді в 2 см. від анального краю, на 9 г.у.ц. визначається зовнішній отвір нориці, діаметром до 0,2 мм. При пальцьовому дослідженні прямої кишки в ділянці задньої крипти визначається внутрішній отвір нориці. Пальпація її болюча. Хід нориці трансфінктерний. ДІАГНОЗ: Задня трансфінктерна прямокишкова нориця. Показано хірургічне лікування - видалення нориці за першою методикою Габрієля.

Який вид місцевої анестезії необхідно застосувати?

6. Хвора М. поступила до хірургічного відділення з діагнозом: абсцес післяопераційного рубця передньої черевної стінки, стан після ушивання ілеостоми. При огляді в правій половині живота, в ділянці післяопераційного рубця, визначається щільний помірно хворобливий інфільтрат 10x15 см з розм'якшенням в центрі. Під місцевою інфільтраційною анестезією зроблено розкриття абсцесу. У ході проведення анестезії помилково був використаний 10% розчин лідокаїна, внаслідок чого у хворого виникла картина гострого отруєння.

Яка буде клінічна картина вияву отруєння анестезуючою речовиною?

7. Хвора Л., поступила в клініку із скаргами на болі в ділянці заднього проходу, виділення яскраво-червоної крові з прямої кишки під час акту дефекації. При пальцьовому дослідженні прямої кишки визначаються збільшені внутрішні гемороїдальні вузли. На 6 годин умовного циферблату - хронічна тріщина анального каналу з кальозними краями, довжиною до 1 см. У плановому порядку хвора прооперована. Для знеболювання використана епідурально-сакральна анестезія. Через 15 хвилин, після початку операції, хвора раптово знепритомніла, виникли судоми.

Які необхідно вжити заходи для боротьби з ускладненням, що виникло?

8. У Хворої Н., на третю добу після апендектомії, з'явилися прояви кишкової непрохідності, можливо спайкового генезу. Для диференційної діагностики показана паранефральна новокаїнова блокада.

Де виконувати пункцію, як вводити анестетик?

9. У хворого Н., 28 років, з підшкірним панарицієм середньої фаланги II пальця правої кисті підвищилась температура тіла до 38° С. З'явився пульсуючий біль, набряк пальця. Яка ваша тактика? Виберіть вид знеболювання.

10. Хворий К., 74 роки, поступив до клініки по швидкій допомозі з приводу защемленої правосторонньої пахової кили. Хворіє супутніми хворобами: бронхіальною астмою, цукровим діабетом. Які ваші дії? Який вид знеболювання використаєте і чому? Яку концентрацію розчину новокаїну ви застосуєте в даному випадку?

11. Після успішного виконання операції апендектомії з приводу гострого флегмонозного апендициту (під інфільтраційною анестезією) у хворого через 3 години з'явилась гіперемія, дерматит, набряк тканин в ділянці оперативного втручання, ознаки серцево-судинного колапсу (блідість, холодний липкий піт, похолодання кінцівок, різке зниження артеріального тиску). Про розвиток якого ускладнення можна думати? Призначте лікування.

12. Хворому Н., 67 років, проводилась спинномозкова анестезія для ампутації лівої нижньої кінцівки (з приводу вологої гангрени). Під час проведення анестезії хворий почав скаржитись на задуху, втратив свідомість. Шкірні покриви стали ціанотичними, АТ знизився до 80/60 мм рт ст. Яке ускладнення виникло у хворого?

13. У хворої П., 23 роки, діагностовано вагітність 20 тижнів, підшкірний абсцес правої сідниці в стадії загноєння. Яке лікування призначити хворій? Як знеболити хвору?

14. Після ДТП водій легковика без свідомості, дуже блідий. Через 40 хвилин бригада швидкої допомоги ознак переломів кісток не виявила. На лобі шишкоподібна гематома. АТ 80/50 мм рт ст; пульс 144 уд/хв. Живіт м'який, бере участь у акті дихання. При пальпації ребер – крепітація по правій середньо-ключичній лінії. Частота дихання 27 за 1 хвилину. Яке грізне ускладнення може розвинути у хворого? Як профілакувати його?

15. У хірургічний кабінет доставлено потерпілого з різаною раною нижньої третини правого плеча розміром 3x0,5 см, яку він отримав під час бійки на вулиці (після травми минуло 18 годин). Яку допомогу потрібно надати хворому у стаціонарі? Який метод місцевої анестезії Ви запропонуєте для знеболення?

7. Рекомендована література

Основна:

1. Загальна хірургія / за ред. С.Д.Хіміча,. Київ, «Здоров'я», 2018
2. Хірургія. (Підручник з загальної хірургії) / за ред. проф. Я.С.Березницького.- Дніпропетровськ, РВА „Дніпро VAL”, Т.1.-2018. – С. 26-27.
3. Конспект лекцій
4. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія // Київ, «Здоров'я», 2004. С.28-41.

Додаткова:

1. А.А. Симодейко, С.С. Філіп, О.О. Болдижар Загальна хірургія в питаннях і відповідях. Ужгород, «Іва» - 2005.
2. С.М. Генік, М.В. Прокопишин, В.М. Криса та ін. Ситуаційні задачі з хірургії. Івано-Франківськ, «Лілея-Н.В» – 2003.
3. А.А. Симодейко, С.С. Філіп, О.О. Болдижар, Пантьо В.І. Практичні навички з загальної хірургії з доглядом за хворими. Ужгород, УжНУ. – 2001.
1. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учеб. – М.: Медицина, 1993.
2. Гостищев В.К. "Руководство к практическим занятиям по общей хирургии". М., "Медицина" - 1987.

Методичні рекомендації підготував
доцент кафедри загальної хірургії
Стороженко О.В. _____