

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

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
(аудиторна робота)

Навчальна дисципліна	Загальна хірургія
<i>Модуль №2</i>	<i>Хірургічна інфекція. Змертвіння. Основи клінічної онкології. Курація хірургічних хворих</i>
<i>Змістовий модуль №5</i>	<i>Хірургічна інфекція. Змертвіння</i>
<i>Тема заняття № 23</i>	<i>Панарицій. Флегмона кисті. Лімфангіт. Лімфаденіт: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, принципи лікування.</i>
<i>Курс</i>	<i>III</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медичний № 1,2</i>

Полтава

Актуальність теми:

Лікування гнійно-запальних захворювань кисті є однією з найбільш давніх і складних проблем клінічної медицини. Панарицій є самим розповсюдженим гнійним захворюванням кисті. Він щорічно спостерігається у 0,5-1,0% населення. Із загальної кількості хворих, що вперше звернулися за допомогою до хірурга, 15-31% складають хворі на панарицій. Тимчасова втрата працездатності при панариції відзначається у 8-10% осіб, що займаються фізичною працею. При цьому захворюванні можуть спостерігатися і летальні випадки, і за даними деяких авторів вони мають місце в 0,8% хворих. Серйозну занепокоєність викликає високий рівень незадовільних результатів лікування панарицію, особливо при його ускладнених формах. Анкілози, деформації і ампутації пальців і фаланг - частий фінал не тільки амбулаторного, але і стаціонарного лікування панарицію. Ампутація фаланг і пальців при кістковій формі виконується приблизно у кожного 3-го хворого, а тривалість лікування при цій формі панарицію нерідко досягає 3-4 місяців. Незадовільні результати лікування свідчать про те, що в багатьох випадках причиною інвалідності хворих є не тільки важкість захворювання або пізні звернення за медичною допомогою, але і дефекти діагностики і хірургічного лікування. Знання про панарицій мають значення не тільки для хірургів, але і для лікарів інших фахів, які повинні вміти діагностувати цю патологію і вчасно направити пацієнта до спеціаліста.

2. Навчальні цілі:

Знати:

1. Знати особливості хірургічної анатомії пальців і кисті, що мають значення для перебігу, діагностики і лікування панарицію.
2. Знати класифікацію панарицію.
3. Знати етіологію, патогенез, клінічні ознаки і особливості перебігу окремих форм панарицію методи діагностики панарицію.
4. Засвоїти показання до консервативного і оперативного лікування
5. Знати методи знеболення і оперативного втручання при різних формах панарицію.

Вміти:

1. Оволодіти технікою виконання дослідження, що дозволяє розрізняти різні форми панарицію, за допомогою гудзикового зонду.
2. Вміти проводити диференційну діагностику панарицію з іншими гнійно-запальними процесами м'яких тканин, що можуть локалізуватись на пальці.
3. Вміти вибирати метод знеболення і спосіб оперативного втручання при різних формах панарицію.

3. Матеріали доаудиторної роботи студентів.

3.1 Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія	Анатомію кисті, будову сухожильних піхв, кровопостачання і іннервацію пальців і кисті
2. Мікробіологія	Принципи проведення дослідження вмісту на мікрофлору і чутливість її до антибіотиків. Контроль стерильності. Техніка забору матеріалу.

3. Патолофізіологія	Ознаки запального процесу
4. Фармакологія	Антибіотики і принципи їх застосування. Знати лікарські речовини, шляхи їх введення, механізм дії

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

Термін	Визначення
Антисептика	Комплекс засобів та організаційних методів спрямованих на боротьбу з існуючою інфекцією в рані
Асептика	Комплекс засобів та організаційних методів спрямованих на попередження потрапляння мікроорганізмів в рану
Контамінація	Проникнення мікробів в організм людини (мікробне забруднення)
Панарицій	це гостре запалення тканин пальця, що виникає, як правило, внаслідок невеликих ушкоджень.

Студент повинен мати уявлення:

- про етіологію, патогенез, класифікацію, клініку та структуру гнійних ран;
- сучасну класифікацію перебігу ранового процесу;
- види загоєння ран;
- про загальну реакцію організму на запалення;
- про спеціальні методи клінічного обстеження хворих.

Студент повинен знати:

- основи асептики та антисептики;
- визначення поняття рани;
- етіологію та патогенез рани;
- гістологічну будову шкіри, жирової клітковини, слизових оболонок;
- можливі загальні та місцеві ускладнення;
- основні етапи хірургічного втручання;
- особливості ведення ран;
- методи лікування ран;
- різні види пов'язок, які можна використовувати;
- принципи догляду за хворими з ранами;
- основні механізми й термін регенерація ран.

Студент повинен вміти:

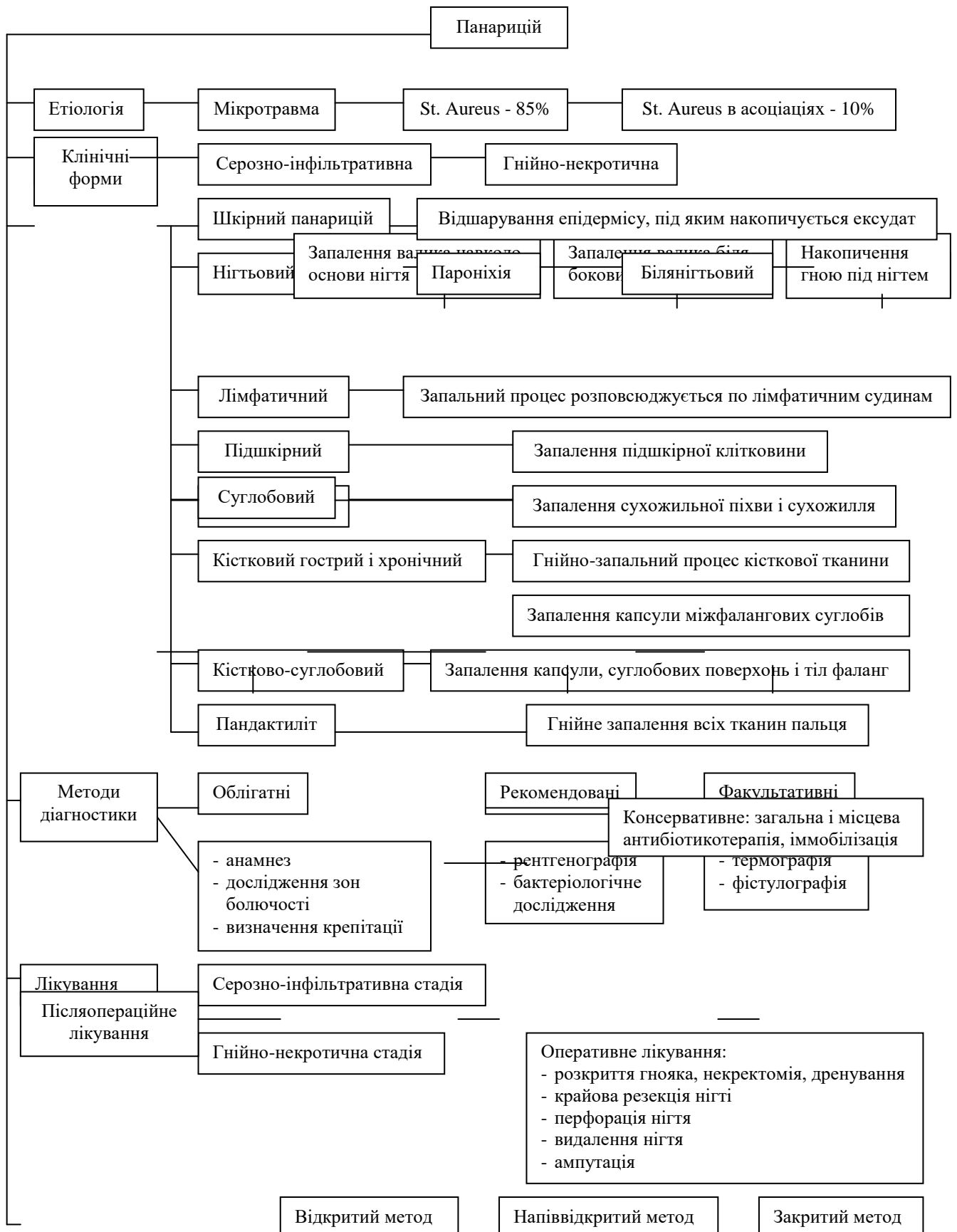
- застосовувати принципи догляду за хірургічними хворими (гігієна хворих з врахуванням локалізації захворювання);
- обстежувати хворого і місце захворювання;
- вміти давати клінічну інтерпретацію виявлених симптомів;
- сформулювати клінічний діагноз;
- призначити консервативне лікування при ранах різної локалізації;
- обґрунтувати показання до хірургічного втручання;
- проводити післяопераційне спостереження за хворими та здійснювати догляд;
- застосовувати профілактичні засоби розвитку інфекції у рані

Опанування практичних навичок студентом:

- оволодіти технікою пальпації при визначенні меж враження тканин, органів;
- визначати симптоми запалення в рані;
- навчитись виявляти флуктуацію або розм'якшення у вогнищі запалення;
- навчитись промивати рани антисептиками;
- визначати клінічні та морфологічні ознаки загоєння ран первинним та вторинним натягом;

- вдосконалити техніку накладання різних видів пов'язок, в залежності від локалізації рани;
- оволодіти технікою забору матеріалу на чутливість мікрофлори до антибіотиків.

3.2 Зміст теми заняття. Структурно-логічна схема теми



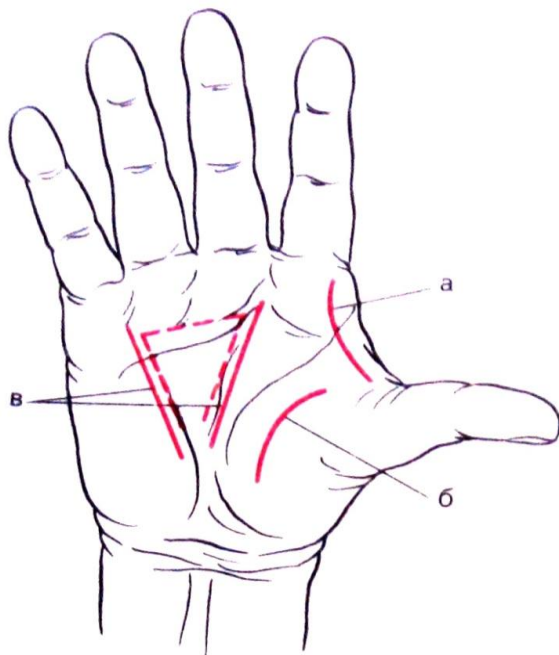
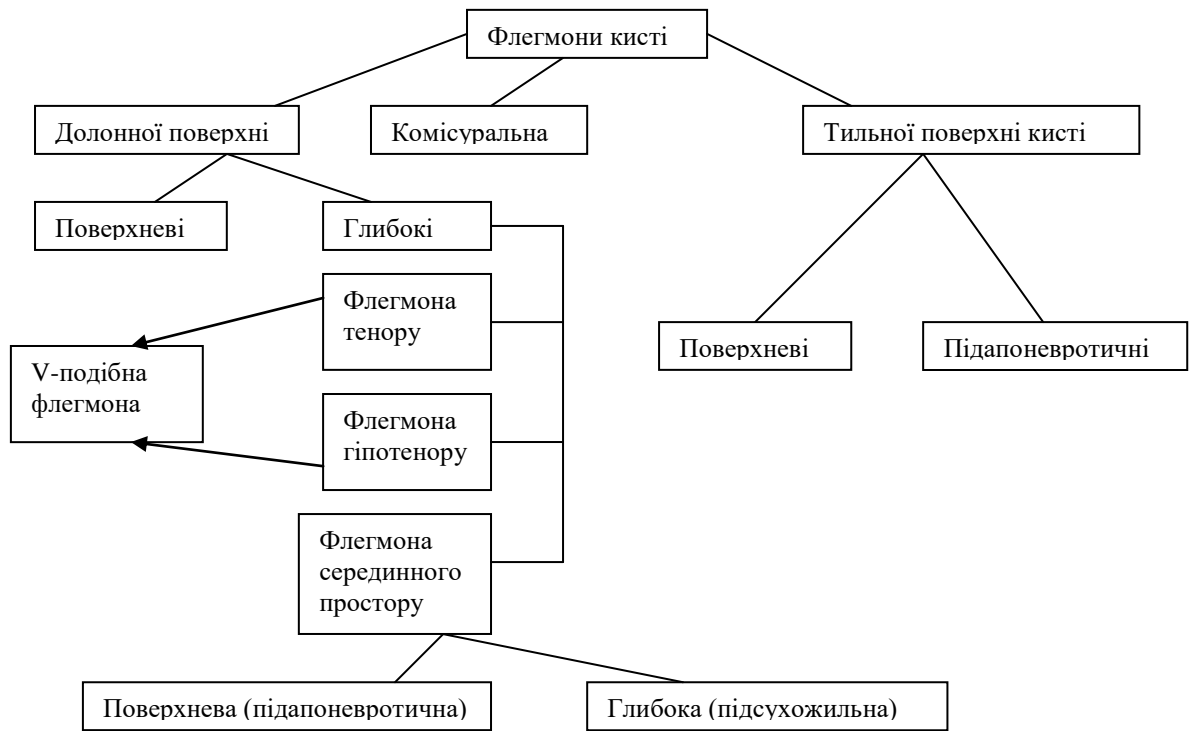


Рисунок 1. Розтини при розкритті флегмон кисті.
 а – тенору за Ізеленом
 б – тенору за Канавелом
 в – глибокого ладанного простору за Піком (пунктиром позначена проекція середнього ладанного простору)

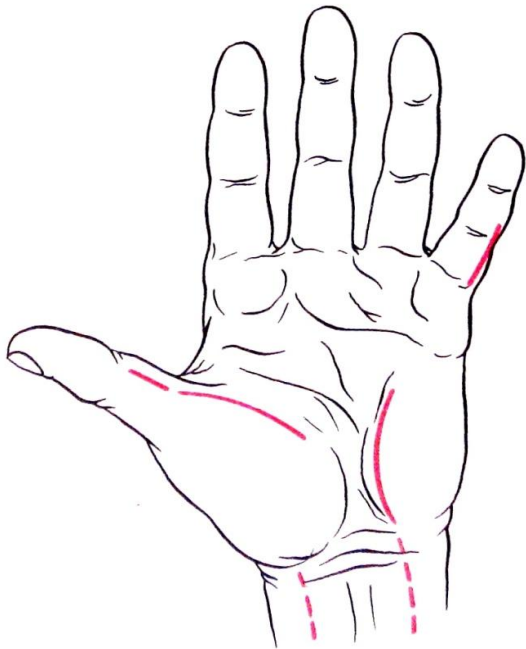


Рисунок 2. Розкриття гнійних тендобурситів за Канавелом. Пунктиром вказані розтини при розповсюдженні процесу на променеву та ліктьову сумки.

Лімфангіт (limfangitis) – вторинне запалення лімфатичних судин унаслідок різноманітних запальних захворювань.

Етіологія і патогенез. Збудниками лімфангіту найчастіше є стафілококи, рідше стрептококи, кишкова паличка, протей, мікробні асоціації.

Первинним вогнищем є інфікована рана, фурункул, карбункул, абсцес, флегмона, панарицій. Умови, що сприяють розвитку лімфангіту, такі: локалізація та розміри первинного вогнища інфекції, вірулентність мікробів, анатомо-фізіологічні особливості лімфообігу. Найчастіше лімфангіт виникає як ускладнення гнійно-запальних захворювань кінцівок. Це зумовлено найбільшою частотою мікротравм, значною кількістю мікрофлори, особливостями лімфотечії.

Мікроорганізмами, їх токсинами з вогнища запалення проникають у міжтканинні щілини, а потім у лімфатичні капіляри, лімфатичні судини і лімфатичні вузли. Цей процес супроводжується ендолімфангітом, гіперемією, набряком, лімфостазом, тромбоутворенням, у важких випадках перилімфангітом. Запальний процес може поширюватись навіть до грудної протинки.

Класифікація. За характером і ступенем розвитку розрізняють простий (серозний) і гнійний лімфангіт; за перебігом – гострий і хронічний; за видом ураження судин – капілярний (сітчастий), тункулярний (стовбуровий).

Клініка. Типові місцеві зміни: біль, місцеве підвищення температури, інфільтрація, почервоніння, порушення функції; загальні ознаки температури тіла, лихоманка, головний біль. Ступінь вираження залежить від стану макроорганізму, вірулентності мікроорганізму, локалізації патологічного процесу.

Поява гострого лімфангіту свідчить про поширення запального процесу. Підвищується температура тіла до 39—40 °С, спостерігаються лихоманка, кволість, головний біль, високий лейкоцитоз. У хворих із сітчастим лімфангітом відзначають гіперемію шкіри у вигляді червоної сітки без чітких меж, із стовбурним — у вигляді окремих червоних ліній від вогнища запалення до зони регіонарних лімфовузлів. З'являється набряк шкіри і за ходом самих лімфатичних судин ("шнури"). Досить швидко реагують лімфовузли — вони збільшуються, стають болючими під час пальпації (лімфаденіт). Діагноз ставлять за типовою клінічною картиною.

Лікування. Насамперед має бути спрямованим на ліквідацію первинно вогнища — розкриття флегмони, панарицію, абсцесу, гнійних ран, адекватне їх дренивання. Призначають антибіотикотерапію з урахуванням чутливості мікроорганізмів, активну дезінтоксикаційну терапію, УФО крові, гемосорбцію, створюють іммобілізацію кінцівки.

Прогноз сприятливий. Але якщо запальний процес довготривалий, може настати розлад лімфотечії внаслідок облітерації судин, що призводить до лімфостазу (слоновості).

Профілактика полягає в ретельній своєчасній хірургічній обробці ран, розкритті гнійних вогнищ з адекватним дрениванням, іммобілізації, раціональній антибактеріальній терапії.

Лімфаденіт (lymphadenitis) - запалення лімфатичних вузлів. Виникає як ускладнення гнійно-запальних процесів (фурункул, карбункул, панарицій, бешиха) і специфічних інфекцій (туберкульоз, чума, актиномікоз).

Класифікація. Розрізняють гострий і хронічний, специфічний і неспецифічний.

Етіологія і патогенез. Лімфаденіт найчастіше спричиняється стафілококом, рідше стрептококом, іншими гноєрідними мікробами, які проникають у вузли по лімфатичних судинах. Дуже рідко шляхом проникнення є гематогенний.

На початку запалення відбувається серозна інфільтрація за рахунок мііграції лейкоцитів і проліферації лімфоїдних клітин (гострий катаральний лімфаденіт). Якщо запальний процес виходить за межі капсули і поширюється на прилеглі тканини (паралімфаденіт), то можна говорити про деструктивний лімфаденіт з утворенням аденофлегмони.

Клініка. Початок характеризується болем та збільшення лімфовузла, головного болю, кволості, немічності, підвищення температури тіла. У хворих із серозним лімфаденітом загальний стан змінюється мало. Хворі відзначають помірний тупий біль у ділянці збільшеною лімфовузла, який болючий при пальпації, не спаяний із прилеглими тканин шкіра над ним не змінена.

У разі гнійного лімфаденіту біль значно виражений. Шкіра над ним гіперемована, під час пальпації різко болючі, спаяні між собою, стають нерухомими. При аденофлегмоні визначається розлита гіперемія шкіри, щільний, без чітких меж інфільтрат з ознаками флюктуації. Спостерігається гіперемія, лихоманка, тахікардія, головний біль, кволість.

Ускладнення лімфаденіту – гнійні анаеробні флегмони, поширення інфекції на клітковинні простори (заочеревинний, середостінний) з виникненням відповідних флегмон, сепсис.

Хронічний неспецифічний лімфаденіт може бути первинним унаслідок слабо вірулентної мікрофлори при кволих запальних процесах (хронічні тонзиліт, запалення зубів, мікротравми) чи внаслідок гострого лімфаденіту. Хронічне запалення лімфовузлів носить продуктивний характер і рідко переходить у деструктивні форми.

Збільшені вузли майже не болючі, рухомі, не спаяні з тканинами; в такому стані вони лишаються тривалий час. Прогноз сприятливий. Захворювання звичайно закінчується рубцюванням.

Туберкульозний лімфаденіт – прояв туберкульозу як загального захворювання організму. У дитячому віці період первинного туберкульозу поєднується з ураженням внутрішньогрудних лімфовузлів. Можливе відносно ізольоване ураження окремих груп лімфовузлів, частіше в дорослих, на тілі старих неактивних туберкульозних вогнищ, коли туберкульозний лімфаденіт проявляється як вторинний туберкульоз.

Розрізняють 3 форми туберкульозного лімфаденіту: інфільтративну, казеозну (з норицями і без них), індуративну.

Характерною ознакою туберкульозного лімфаденіту є наявність періаденіту. Ураженні лімфовузли є конгломератом спаяних між собою утворень різної величини. Початок захворювання в дорослих поступовий, з рідким утворенням нориць у зв'язку з продуктивним характером запалення. Частіше уражаються шийні, підщелепні і пахвові лімфовузли.

Лікування. Початкові форми лімфаденіту лікуються консервативно: спокій, УВЧ-терапія, активне лікування первинного вогнища (розкриті гнояків), антибактеріальна терапія.

Гнійний лімфаденіт лікують хірургічно: розкривають гнояк (розріз невеликий – до 3 см,

лише при аденофлегмоні застосовують розрізи потрібних розмірів), адекватне дренивання. Адекватно застосовують протеолітичні ферменти. Лікування хронічного неспецифічного лімфаденіту спрямоване на ліквідацію основного захворювання (джерела інфекції).

Лікування туберкульозного лімфаденіту – суто специфічне: тубазид, стрептоміцин у поєднанні з ПАСК, етіонамід, протіонамід, етамбутол. Лікування довготривале 8 – 15 міс.

Профілактика полягає в запобіганні травматизму, своєчасній обробці інфікованих ран, раціональному лікуванні гнійно-запальних процесів.

Теоретичні питання до заняття:

1. Сучасний погляд на етіологію, патогенез, клініко-морфологічну характеристику панариціїв.
2. Клініка, діагностика ранового процесу.
3. Методи діагностики та контролю перебігу ранового процесу при панарицію.
4. Сучасні принципи та методи лікування.
5. Види загоєння ран після лікування панарицію.
6. Техніка проведення хірургічного лікування панарицію.
7. Загальну характеристику лікарських засобів, які застосовуються для місцевого лікування та профілактики інфекційних ускладнень.
8. Терапія в залежності від фази ранового процесу.
9. Профілактичні заходи щодо подальшого прогресування захворювання.

Практичні роботи (завдання), які використовуються на занятті:

1. Транспортувати хворих в перев'язочну.
2. Укладка хворого на перев'язочному столі відповідно до зони виконання маніпуляції.
3. Обробка рук для виконання втручання.
4. Вміти одягнути стерильний халат.
5. Зібрати анамнез у хворих.
6. Оцінити результати лабораторних методів досліджень і скласти план додаткового обстеження.
7. Скласти план лікування конкретного хворого.
8. Складання етапного епікризу.
9. Розробка первинної документації (історій хвороб).
10. Аналіз архівного матеріалу.
11. Приготувати набір для промивання рани.
12. Приготувати набір для виконання перев'язки.
13. Взяття матеріалу на бактеріологічний контроль.
14. Різні види прибирання в гнійній перев'язочній.
15. Утилізація перев'язочного матеріалу.
16. Виготовлення таблиць та іншого ілюстративного матеріалу (фото, слайди, препарати).

3.4 Матеріали для самоконтролю.

1. Оволодіти методикою визначення зон болючості при панариції.
2. Провести диференційну діагностику між панарицієм та іншими запальними процесами м'яких тканин пальця.
3. Визначити метод знеболення і метод оперативного втручання при різних формах панарицію

Завдання для самоконтролю.

Питання:

1. Визначення панарицію.

2. Етіологія панарицію.
3. Патогенез панарицію.
4. Клінічна класифікація панарицію.
5. Місцеві ознаки панарицію.
6. Загальні симптоми панарицію.
7. Діагностика панарицію.
8. Методика лікування панарицію.
9. Тактика ведення хворих з панарицієм.
10. Особливості знеболення при лікуванні панарицію.
11. Методи тимчасової зупинки кровотечі при оперуванні панарицію.
12. Лабораторні зміни в крові при панарицію.
13. Ведення післяопераційного періоду.
14. Причини смерті від панарицію.
15. Профілактика панарицію.

Завдання:

Збудником панарицію найчастіше буває:

- 1) Кишкова паличка
- 2) Стафілокок
- 3) Вульгарний протей
- 4) Стафілокок в асоціаціях
- 5) Кишкова паличка в асоціаціях

Виберіть правильну послідовність дій хірурга при виконанні оперативного втручання з приводу кісткового панарицію.

1. Секвестрнекректомія
2. Забезпечення активного відсмоктування
3. Обробка операційного поля
4. Розтини на бокових поверхнях пальця по нейтральним лініям
5. Встановлення поліхлорвінілових трубок для постійного зрошення вогнища ураження
6. Знеболення
7. Накладання асептичної пов'язки
8. Імобілізація
9. Накладання джгута на основу пальця
10. Накладання швів з фіксацією трубок

Тести для самоконтролю(початковий рівень знань)

Тести та задачі перевірки вихідного рівня знань.

1. Пароніхія – це запалення:

- А. всіх тканин пальця
- Б. білянігтьового валика
- В. нігтьового ложа
- Г. міжфалангового суглобу
- Д. сухожильної піхви пальця

2. З перерахованих форм панарицію не існує:

- А. хрящовий
- Б. підшкірний
- В. кістковий
- Г. суглобовий
- Д. шкірний

3. Пандактиліт – це гнійне запалення:
- А. нігтя
 - Б. підшкірної клітковини
 - В. білянігтьового валика
 - Г. сухожильної піхви пальця
 - Д. всіх тканин пальця
4. Панарицій у формі запонки –це:
- А. підшкірний панарицій з проривом гною під епідерміс
 - Б. сухожильний панарицій
 - В. пароніхія
 - Г. кістковий панарицій
 - Д. гнійне розплавлення всіх тканин пальця
5. Ускладненням підшкірного панарицію III пальця кисті не є:
- А. сухожильний панарицій
 - Б. кістковий панарицій
 - В. суглобовий панарицій
 - Г. бурсит ліктьового суглобу
 - Д. флегмона передпліччя
6. Панарицій I пальця може ускладнитись:
- А. флегмоною тенору
 - Б. флегмоною гіпотенору
 - В. V-подібною флегмоною кисті
 - Г. флегмоною серединного простору кисті
 - Д. флегмоною плеча
7. Існують наступні клінічні форми панарицію:
- А. гангренозна
 - Б. жирова
 - В. флегмонозна
 - Г. кісткова
 - Д. шкірна
8. Існують наступні клінічні форми панарицію:
- А. туберкульозна
 - Б. кістково-суглобова
 - В. септична
 - Г. суглобова
 - Д. післятравматична
9. Симптом крепітації при пальпації пальця може вказувати на:
- А. наявність кістково-суглобової форми панарицію
 - Б. наявність підшкірної форми панарицію
 - В. наявність сухожильного панарицію
 - Г. наявність лімфатичного панарицію
 - Д. наявність суглобової форми панарицію
10. Диференційну діагностику панарицію проводять із:
- А. флегмоною

- Б. бешихою
- В. поліартритом
- Г. лімфаденітом
- Д. переломом

11. Для діагностики панарицію застосовують:

- А. визначення крепітації при пальпації
- Б. визначення місцевого підвищення температури
- В. визначення відносної і абсолютної довжини пальця
- Г. визначення зон болючості гудзиковим зондом
- Д. визначення чутливості шкіри на пальці

12. В післяопераційному періоді при лікуванні кісткової форми панарицію можливе застосування:

- А. багатокомпонентного методу
- Б. наскрізного методу
- В. методу скелетного витягування
- Г. закритого методу
- Д. напіввідкритого методу

13. Флегмона простору Пирогова-Парона може розвинути в наслідок:

- А. сухожильного панарицію I пальця
- Б. піднігтьового панарицію III пальця
- В. сухожильного панарицію II пальця
- Г. підшкірного панарицію I пальця
- Д. гнійного тендо-вагініту V пальця

14. Флегмона кисті може бути:

- А. катаральна
- Б. комісуральна
- В. тенору
- Г. базальна
- Д. латерального простору

15. Флегмона кисті може бути:

- А. глибокого простору
- Б. гіпотенору
- В. базальна
- Г. підапоневротична
- Д. медіального простору

16. Флегмона кисті може бути:

- А. підвищення III пальця
- Б. серединного простору
- В. латерального простору
- Г. катаральна
- Д. V-подібна

17. Вхідними воротами для розвитку комісуральної флегмони кисті є:

- А. бешиха долонної поверхні кисті
- Б. мозолистість шкіри з наявністю тріщин на долонній поверхні кисті
- В. фурункул долонної поверхні кисті

- Г. карбункул долонної поверхні кисті
- Д. водяні мозолі долонної поверхні кисті

18. Сухожилльні піхви яких пальців кисті закінчуються сліпо на рівні долонної складки?

- А. II
- Б. I і II
- В. V
- Г. III
- Д. IV і V

19. Анатомічною передумовою швидкого розвитку ураження кістки при панариції в ділянці нігтьової фаланги є:

- А. кістка нігтьової фаланги не має окремої живильної артерії
- Б. кістка нігтьової фаланги має вузький кістковомозковий канал
- В. кістка нігтьової фаланги має товсте окістя
- Г. кістка нігтьової фаланги є губчастою
- Д. кістка нігтьової фаланги має погану іннервацію

Ситуаційні задачі для вихідного рівня знань

1. Хворий К., 26 років, скаржиться на біль в правій кисті протягом 4 діб. Біль на початку з'явився у основи II і III пальців. Потім стали швидко наростати набряк і припухлість тилу кисті. II і III пальці напівзігнуті у міжфалангових суглобах, розігнуті і розведені в п'ясно-фалангових суглобах, кисть має вигляд "граблів". Ваш діагноз і тактика лікування даного хворого?

2. На прийом до хірурга прийшла 53-літня жінка із скаргами на свербіж і печіння шкіри на III пальці лівої кисті. З анамнезу стало відомо, що 3 дні тому пацієнтка дома розробляла рибу і кісткою вколола палець. Через день з'явилися набряк на пальці, почервоніння шкіри. При огляді на тильно-боковій поверхні пальця відзначається пляма гіперемії шкіри із синюшно-фіолетовим відтінком. Краї почервоніння фестончасті. Палець набряклий, рухи у міжфалангових суглобах обмежені, болючі. Про яке захворювання треба думати? З якою патологією треба проводити диференційну діагностику? Який метод лікування буде застосований у даної хворої?

3. Хвора скаржиться на сильний пульсуючий біль у II пальці правої кисті. Чотири доби тому вколола палець при розробці риби. Останні дві ночі з-за болю не могла спати. Нігтьова фаланга пальця набрякла, відзначається припухлість і різка болючість по її долонній поверхні. Рухи в міжфалангових суглобах помірно обмежені. Пахвинні лімфовузли не збільшені. Який Ваш діагноз? Яку допомогу необхідно надати цій пацієнтці.

4. Хворий К., 36 років, тросом глибоко вколов I палець правої кисті. Через добу з'явилися набряк та пульсуючий біль у пальці. За медичною допомогою не звертався, і тільки дві безсонні ночі заставили його прийти на прийом до хірурга. Нігтьова фаланга пальця потовщена подібно до булави, відзначається болючість при пальпації зондом практично всього м'якшу дистальної фаланги пальця. Має місце обмеження рухів у міжфаланговому суглобі. Який буде Ваш діагноз і можливий оперативний розтин?

5. На прийом прийшов хворий з гнійним підшкірним панарицієм II пальця правої кисті. Покази до операції безумовні. Згода хворого на втручання отримана. Але перед розтином, щоб ретельно видалити всі ураженні, нежиттєздатні тканини, необхідне ефективне знекровлення пальця. Яким чином Ви його створите?

6. Мати привела на прийом до хірурга хлопчика 9 років, якого турбує біль в I пальці правої кисті. Хворіє протягом 3-х діб. При огляді на долонній поверхні нігтьової фаланги пальця визначається ділянка припухлості мутно-білого кольору діаметром до 0,8 см, що оточена тонкою смужкою гіперемії. Яку допомогу необхідно надати дитині?

7. Хвора О., 44 років, звернулася із скаргами на біль в I пальці лівої кисті. Хворіє біля тижня з моменту, коли видалила занозу (риб'яча кістка) з-під нігтя. Одразу біль був незначним. Застосовувала ванночки із сольовим розчином, з калієм перманганатом, прикладала компреси з маззю Вишневського, печену цибулю. Покращення не настало. До лікаря "заставила" прийти безсонна ніч напередодні. При огляді визначається у вигляді трикутника помутніння в центрі нігтьової платівки. Натискання на нігтьову платівку різко болюче. Рухи у між фаланговому суглобі у повному обсязі. Ваш діагноз і лікувальна тактика?

Тести III рівня складності

1. В поліклініку звернувся чоловік 35 років зі скаргами на помірний біль в ділянці нігтьової фаланги II пальця правої кисті. Біль турбує протягом двох тижнів. Через 5 днів від початку захворювання відбулося виділення гнійного вмісту з утвореної нориці на нігтьовій фаланзі пальця, після чого біль зменшився. Потім біль і набряк пальця періодично збільшувались, але після виходу гною наступало полегшення. За останню добу знову відбулося збільшення інтенсивності болю і став наростати набряк пальцю в ділянці нігтьової фаланги, гній не відходив. При об'єктивному обстеженні виявлено: набряк і гіперемія (колір шкіри синюшний з багровим відтінком) нігтьової фаланги II пальця правої кисті, що розповсюджується на дистальну частину середньої фаланги. На долонній поверхні фаланги є нориця діаметром до 2 мм, з якої при натискуванні виділяється невелика кількість гнійного вмісту. Дослідження гудзиком зондом виявило зону вираженої болючості на протязі всієї нігтьової фаланги II пальця правої кисті. На рентгенограмі даного пальця виявлені вогнища деструкції дистальної фаланги.

Який Ви поставите діагноз цьому хворому? В чому буде полягати подальша тактика його лікування?

2. Пацієнт, 35 років, поступив в клініку з діагнозом сухожильний панарицій I пальця правої кисті. В якому порядку має бути виконане йому оперативне втручання і який метод знеболення при цьому необхідно застосувати?

3. В клініку поступила хвора 9 років, якій встановлений діагноз: підшкірний панарицій III пальця лівої кисті. Гнійно-некротичний процес локалізується на нігтьовій фаланзі. Останній раз дитина їла і пила 1 годину тому.

Якою повинна бути тактика хірурга в даному випадку?

4. Хвора, 73 років, поступила в хірургічне відділення через 15 діб від початку захворювання. Скаржиться на помірний постійний біль в V пальці правої кисті, на біль і припухлість кисті в ділянці гіпотенору, на підвищення температури тіла до 39°C, загальну слабкість, спрагу. З анамнезу відомо, що вона протягом 25 років хворіє на цукровий діабет II типу, останній час для корекції рівня цукру приймала манініл. При огляді правої кисті виявлено: V палець потовщений з ділянками некротизованої шкіри; на нігтьовій і середній

фалангах є гнійні нориці діаметром 2 і 3 мм, з яких виділяється значна кількість гнійного вмісту; при пальпації пальця визначається крепітація і патологічна рухливість у проксимальному міжфаланговому суглобі. ділянка гіпотенору інфільтрована, гіперемія шкіри тут невиразна, симптом флюктуації не визначається; при дослідженні гудзиковим зондом виявлена болючість за ходом сухожильної піхви.

Який попередній діагноз ви поставите? Які додаткові методи дослідження необхідно ще застосувати цій хворій? В чому буде полягати тактика лікування?

5. У хірургічне відділення госпіталізований хворий 34 років зі скаргами на біль у вказівному пальці правої кисті на 22 добу від початку захворювання. Відомо, що в поліклініці на 8-му добу з моменту захворювання він був прооперований з приводу підшкірного панарицію. Після операції застосовував ванночки із сольовим розчином, пов'язки з маззю Вишневського. Проводилась УВЧ-терапія. За два тижні такого лікування покращення не настало. Нігтьова фаланга пальця потовщена, болюча. На променевій поверхні її є лінійна рана з надмірними грануляціями та скудним серозно-гнійним виділенням. З підозрою на яке ускладнення направлений хворий у стаціонар? Які додаткові дослідження потрібно виконати з метою верифікації діагнозу?

6. Хворий Р., 23 років, поступив в хірургічне відділення із скаргами на біль у ІІ пальці лівої кисті. Два тижні потому вколів палець металевою стружкою. Протягом останнього тижня лікувався в поліклініці: пункція, антибіотикотерапія, іммобілізація. Покращення не настало, тому був направлений на стаціонарне лікування. Палець у проксимальному між фаланговому суглобі напівзгнутий, веретеноподібно потовщений, набряклий, шкіра гіперемована, пальпація в ділянці суглобу різко болюча, рухи у суглобі практично відсутні. Який Ваш діагноз? Які додаткові дослідження необхідно виконати? Ваша лікувальна тактика?

7. Хворий С, 34 роки, звернувся в поліклініку з приводу прогресування в лівій паховій ділянці патологічного процесу. Зокрема, він відмічає різку болючість та гіперемію шкіри над лімфатичними вузлами; останні злиті між собою і зрощені з навколишніми тканинами, нерухомі. Температура тіла висока, турбують біль голови, виражена квалість; початок хвороби гострий, тривалість – 4 дні. Який патологічний процес можна припустити у хворого?

1. Гострий гнійний лімфаденіт
2. Флегмона лівої пахової ділянки.
3. Остеомієліт тазових кісток.
4. Туберкульоз лімфатичних вузлів.
5. Гострий неспецифічний коксит

7. У хворої С, 19 років, під час профогляду виявлено ознаки правобічного шийного гнійного лімфаденіту. З анамнезу – тривалий час перебувала в приміщенні з протягами. Лабораторні дані – зростання кількості лейкоцитів у крові, зростання ШОЕ, зсув лейкоцитарної формули вліво. Яке лікування необхідно провести?

1. Розсікти шкіру над місцем вираженої флюктуації, ревзія вогнища запалення та його дренивання, застосування антибактеріальної та протизапальної терапії
2. Пункція лімфатичних вузлів з наступним промиванням тканин, з яких було відсмоктано гній розчином антисептика.
3. Загальна антибактеріальна, протизапальна та детоксикаційна терапія у поєднанні з місцевим протизапальним лікуванням.
4. Фізіотерапевтичне лікування.
5. Спостереження в динаміці.

8. У хворого П, 29 років, діагностовано гострий трункулярний лімфангоїт лівої нижньої кінцівки. Що з нижче перерахованих засобів протипоказане цьому пацієнтові?

1. Масаж лівої нижньої кінцівки.
2. УВЧ на уражену ділянку.
3. Кварцування ураженої ділянки
4. Імобілізація лівої нижньої кінцівки.
5. Сульфаніламідні препарати.
- 6.

7. Рекомендована література

Основна:

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

Додаткова:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. Москва, 1993.С 58-64.
2. Волколаков Я.В. Общая хирургия. Рига, 1989.С 69-72.
3. Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. Москва, 1988. 38-54.
4. Петров С.П. Общая хирургия. Санкт-Петербург, 1999. С 63-84.

Методичні рекомендації підготував

Доцент кафедри загальної хірургії
Зубаха А.Б. _____