

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)

<i>Навчальна дисципліна</i>	Загальна хірургія
<i>Модуль №2</i>	Хірургічна інфекція. Змертвіння. Основи трансплантології та клінічної онкології. Методи обстеження хірургічних хворих.
<i>Змістовий модуль №1</i>	Хірургічна інфекція. Змертвіння.
<i>Тема заняття №27</i>	Змертвіння. Некроз. Гангрена. Виразки. Нориці. Причини виникнення. Клінічні прояви, діагностика, лікування.
<i>Курс</i>	III
<i>Факультет</i>	Медичний №1,2.

Полтава

1. Актуальність теми:

Одним з типових патологічних процесів є некроз. Некроз визначає (нерідко в комбінації з іншими процесами) розвиток багатьох захворювань: інфаркт міокарду, опіки, відмороження, гангрена кінцівок (в т.ч. анаеробна), легень, кишечника, мошонки, гангренозний апендицит, гангренозний холецистит, гострий панкреатит (панкреонекроз), защемлена грижа, кишкова непрохідність, трофічні виразки, остеомієліт. Це свідчить про велике значення некрозу в розвитку хірургічної патології. Тому вивчення цієї теми є особливо важливим для студентів третього курсу медичного факультету.

2. Конкретні цілі:

1. Знати причини виникнення некрозів, гангрен, виразок, нориць
2. Засвоїти класифікацію некрозів, гангрен, виразок, нориць
3. Знати клінічні симптоми некрозів, гангрен, виразок, нориць
4. Знати діагностичні особливості окремих видів некрозів, гангрен, виразок, нориць
5. Засвоїти сучасні фази некротично-виразкового процесу
6. Знати методи лікування некрозів, гангрен, виразок, нориць
7. Знати принципи діагностики і лікувальної тактики при сторонніх тілах
8. Оволодіти методикою проведення перев'язки при виразках, норицях
9. Оволодіти методикою догляду за пролежнями
10. Оволодіти методикою проведення фістулографії
11. Оволодіти методикою проведення барвникової проби.

3. 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

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
Некроз (змертвіння)	загибель клітин, тканин або органів в живому організмі.
Некробіоз	необернені дистрофічні зміни, що передують Н.
Патобіоз	некробіоз, що розтягнутий в часі.
Гангрена	змертвіння частини тіла (органу), що контактує із зовнішнім середовищем.
Інфаркт	ішемічний некроз.

Детрит	стан тканини, що зазнала некрозу і розпаду.
Секвестр	ділянка некротизованої тканини, що вільно розташована серед живих тканин.
Паранекроз	сукупність морфологічних проявів обернених змін клітин, які характеризують місцеве розповсюджене збудження: підвищення густини колоїдів цитоплазми і ядра, зміни електолітного складу, підсилення сорбційних властивостей цитоплазми. Паранекроз - морфологічне вираження парабіозу.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

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

4.3. 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. Техніка виконання некректомії.
11. Приготувати набір для промивання виразок.
12. Приготувати набір для виконання перев'язки.
13. Взяття матеріалу на бактеріологічний контроль.
14. Різні види прибирання в гнійній перев'язочній.
15. Методика візуалізації сторонніх тіл.
16. Методи закриття виразкових дефектів шкіри.
17. Визначення поширеності некрозу.
18. Зондування нориці.
19. Підготовка хворого до фістулографії.
20. Виготовлення таблиць та іншого ілюстративного матеріалу (фото, слайди, препарати).
22. Утилізація перев'язочного матеріалу.
23. Аналіз архівного матеріалу.

5. Зміст теми.

Структурно-логічна схема теми

Некроз і гангрена : визначення – обставини виникнення

Класифікація – особливості клініки – особливості лікування**Перебіг некротичного процесу – характеристика окремих видів – їх симптоматика – лікування**

Симптоматика некрозів і гангрени – загальні і місцеві прояви

Методи лікування – вибір на ґрунті визначення виду некрозу і темпів поширення процесу

Виразка : визначення – обставини виникнення**Класифікація – особливості будови – особливості клініки – особливості лікування****Перебіг виразково-некротичного процесу – симптоматика - лікування**

Симптоматика виразок – загальні і місцеві прояви

Методи лікування – вибір на ґрунті визначення характеру походження, фази процесу та особливостей будови рани

Пролежень – особливий вид трофічної виразки

Нориця : визначення – обставини виникнення**Класифікація – особливості будови – особливості клініки – особливості лікування**

Симптоматика нориць – загальні і місцеві прояви

Специфічні методи діагностики: фістулографія, барвникові проба.

Методи лікування – вибір на ґрунті визначення будови і походження

Сторонні тіла :**визначення – обставини виникнення – класифікація****реакція організму – особливості клініки – особливості лікування**

Симптоматика сторонніх тіл – загальні і місцеві прояви

Методи лікування – вибір на ґрунті визначення локалізації, походження, можливих наслідків.

V. Орієнтовна основа дії**ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ.**

Некроз (змертвіння) - загибель клітин, тканин або органів в живому організмі.

Некробіоз – необернені дистрофічні зміни, що передують Н.

Патобіоз – некробіоз, що розтягнутий в часі.

Гангрена – змертвіння частини тіла (органа), що контактує із зовнішнім середовищем.

Інфаркт – ішемічний некроз.

Детрит – стан тканини, що зазнала некрозу і розпаду.

Секвестр – ділянка некротизованої тканини, що вільно розташована серед живих тканин.

Паранекроз – сукупність морфологічних проявів обернених змін клітин, які характеризують місцеве розповсюджене збудження: підвищення густини колоїдів цитоплазми і ядра, зміни електrolітного складу, посилення сорбційних властивостей цитоплазми. Паранекроз - морфологічне вираження парабіозу.

Причини некрозу.**1. Чинники, що безпосередньо спричиняють Н (прямі Н) :**

- механічні (груба механічна сила, що перевищує опір тканин, наприклад при роздробленні або розчавленні тканин);
- фізичні (висока (>60°C) і низька (<15°C) температура, що спричиняє опік або відмороження, електричний струм високої напруги, який спричиняє некроз тканин в місцях входу та виходу, проникаюча радіація);
- хімічні (кислоти, які коагулюють білок з подальшим утворенням коагуляційного некрозу, луги, що розчиняють білок і обмилують жири з подальшим виникненням колікваційного некрозу, іприт, кальцію хлорид при підшкірному введенні);
- біологічні (мікробні токсини, специфічна інфекція (ТВС, лепра, сифіліс), протеолітичні ферменти, що перетравлюють слизову оболонку при виразковій хворобі ДПК та шлунку, гострому панкреатиті).

2. Чинники, що опосередковано спричиняють Н (непрямі Н)

- критичне зменшення кровообігу в **артеріях** при тромбозі, емболії, тривалому спазмі, ендартеріїті, атеросклерозі, діабетичній макроангіопатії, травмі артерії, зовнішньому стисненні (джгут, защемлена грижа, перекути мобільних органів), недостатності кровообігу. Приклади: інфаркт міокарду, гангрена нижньої кінцівки на ґрунті атеросклерозу, некроз кишки при защемленій грижі.
- критичне порушення відтоку крові по **венах** при варикозному розширенні вен, тромбозі глибоких вен, ПТХ, тромбофлебіті. Приклад – венозна гангрена.
- різке зменшення і уповільнення кровообігу через **дрібні кінцеві артерії та мікроциркуляторне русло** при хворобі Рейно, діабетичній мікроангіопатії, інфекційних і запальних процесах, зовнішньому або внутрішньому стискуванню (пролежень).
- **зміни судинної стінки** при ендартеріїті, атеросклерозі (с. Мортареля), цукровому діабеті
- розлади **трофічної іннервації** (нейрогенний, трофоневротичний Н) Приклад - виразки при пошкодженні периферичних нервів, виразка стопи, що перфорує (*malum perforans pedis*), на п'ятці або в ділянці 1-ої або 5-ої плеснових кісток.
- **порушення метаболізму** (авітаміноз, цукровий діабет, анемія).
- **утворення виразки в ділянці пухлини** (їх розпад).

ВИНИКНЕННЯ НЕКРОТИЧНИХ ЗМІН.

Критичні параметри мікроциркуляції, при яких розвивається некроз тканин (А.А. Полинський, 1985):

- об'ємнопульсове кровонаповнення тканин $< 20,6 \pm 2,7$ мл/хв на 100 см^3 тканини;
- об'ємна швидкість кровообігу $< 2,4 \pm 0,2$ мл/хв на 100 см^3 ;
- тиск в капілярах $< 18,5 \pm 3,1$ мм рт.ст.

При гіпоксії в тканинах і капілярах знижується активність окислювальних ферментів; змінюється склад ізоферментного спектру ЛДГ в бік переваги фракцій, що функціонують в анаеробних умовах. Внаслідок зниження окисно-відновлювальних процесів, активності ферментів відбувається розпад лізосом і звільнення гідролаз, які лізують клітини і тканини. В них збільшується вміст гістаміну, серотоніну, кінінів, простагландинів, які чинять мембранотоксичну дію.

Виникає некроз тканин. Накопичуються протеази, які сприяють розповсюдженню некротичних змін. Сенсibiliзація до продуктів розпаду білків може спричинити автоімунні процеси, що поглиблюють розлади мікроциркуляції, гіпоксію тканин і прогресування некротичних змін.

УМОВИ, що визначають швидкість та ступінь розповсюдження Н та його вид.

1. Загальні :

гостра і хронічні інфекції, інтоксикації, виснаження, авітаміноз (цинга), анемія, серцева недостатність, холод, голод, розлади метаболізму, порушення складу крові.

2. Місцеві:

- особливості будови судинної системи (магістральна або розгалужена);
- стан судинної стінки (склероз, запалення);
- ступінь розвитку судинних коллатералей в ділянці ураження;
- співвідношення швидкості розвитку порушення кровообігу і включення компенсаторних механізмів;
- ступінь диференціювання тканин і органів, активність метаболізму, напруженість ензиматичних процесів, функціональне навантаження, стійкість до гіпоксії;
- ступінь мікробного обсіменіння ;
- рівень гідратації тканин і вмісту білка.

3. Характер, сила, тривалість дії патогенного фактору

- інтенсивність утворення токсинів мікрофлорою;
- фізичні умови: дія низьких температур (спричиняє порушення кровообігу), надмірне зігрівання (підвищення інтенсивності метаболізму в умовах недостатності кровопостачання), проникаюча радіація.

4. Механізм розвитку некрозу:

- прямиї;
- непрямий

Конкретне співвідношення цих факторів зумовлює виникнення **сухого (коагуляційного) або вологого (коллікваційного) Н**

Мікроскопічні ознаки Н.

Зміни ядра: морщення (каріопікноз), лізис (каріолізис) або розпад (каріопікноз).

Зміни цитоплазми: денатурація і коагуляція білка, загибель ультраструктур, розпад на глиби (плазмореक्सис), гідролітичне розплавлення (плазмолізис).

Зміни міжклітинного простору:

- проміжна речовина набухає та розчиняється
- колагенові волокна набухають, просякають плазмовими білками (фібрин), перетворюються в щільні гомогенні маси, розпадаються або лізуються.
- еластичні волокна набухають, розпадаються, розплавляються (еластоліз)
- ретикулярні волокна фрагментуються, розпадаються на глиби
- нервові волокна – аналогічно.

Фібриноідний некроз – закінчення фібринозного набухання, характеризується повною деструкцією сполучної тканини. Зазвичай є виражена реакція макрофагів, підвищення проникності судинної стінки, утворення фібриноїда (речовина, що складається з білка, полісахаридів волокон, що розпадаються, основної субстанції і плазми крові; обов'язковий компонент – фібрин).

Результати некрозу:

1. Розсмоктування.
2. Відторгнення.
3. Організація – заміщення сполучною тканиною (рубець, регенерат).
4. Інкапсуляція – обростання сполучною тканиною і утворення капсули.
5. Оссифікація – утворення кісткової тканини в ділянці змертвіння.
6. Петрифікація –
7. Утворення кісти – обмеженої сполучнотканинною капсулою порожнини, що утворюється при розсмоктування тканинного детриту.
8. Гнійне розплавлення вогнища змертвіння.

Клініка некрозу

Залежить від:

1. локалізації (поверхнева, глибока)- яскравість візуальних змін;
2. розповсюдженості – площа, на якій зустрічаються прояви Н;
3. функціонального значення ураженого органу (ділянки)- відповідні функціональні порушення;
4. виду змертвіння – місцева і загальна симптоматика.

Місцева симптоматика:

прямі ознаки - зміни кольору, щільності та еластичності тканин, зниження температури шкіри, розлади рухів і чутливості

непрямі ознаки - реактивні зміни навколо розташованих утворень, наприклад ознаки перитоніту при гангрені кишечника на ґрунті тромбозу мезентеріальних судин або гнильна емпієма плеври при гангрені легень.

Загальна симптоматика – інтоксикація, ПОН.

Діагностика при наявності некрозу:

1. Оцінка симптоматики: місцеві ознаки, ознаки порушення ф-ції органу.
2. Виявлення можливої причини (основного захворювання) на підставі фізикального обстеження та відповідних додаткових обстежень

Загальні принципи лікування некрозу

1. Лікування причинного захворювання
2. Некректомія (ампутація, екзартикуляція, резекція, екстирпація).
3. Покращення загального стану організму: детоксикація, антибіотикотерапія, імунокорекція, корекції (підтримка) ф-ції життєвоважливих органів і систем.

Профілактика:

1. попередження, рання діагностика і лікування захворювань, що спричиняють Н;
2. відновлення розладів кровообігу (купування спазму судин, стимуляція розкриття коллатералей – новокаїнові блокади, спазмолітики, шунтування і протезування судин, тромб- та емболектомія, в/а введення фібринолітиків);
3. при порушенні кровообігу для обмеження Н або попередження їх розвитку – заходи з покращення трофіки або зменшення інтенсивності метаболізму в них: спокій, новокаїнові блокади для ліквідації рефлекторного спазму коллатералей.

Окремі види некрозу

Суха гангрена (сухий Н, муміфікація). Гангрена в буквальному перекладі з грецької мови – пожежа.

Етіологія і патогенез. Повільно прогресуючі порушення кровообігу (при атеросклерозі, відмороженні, опіку пальців, тромбозі.), у виснажених, зневоднених хворих, в тканинах багатих на білки і бідними на рідину приводить до розвитку коагуляційного Н, в основі якого лежить денатурація білка з утворенням важкорозчинних сполук, що тривалий час можуть не піддаватись гідролітичному розщепленню. При цьому тканини зневоднюються і не зазнають гниття.

Гангрена починається з периферичних відділів кінцівок, розповсюджується проксимально до рівня достатнього коллатерального кровообігу. Тут на межі змертвілих і життєздатних тканин розвивається **демаркаційний вал**. Це ділянка розвитку реактивного запалення, яке обмежує мертву тканину. В цій ділянці кровеносні судини розширені, виникають гіперемія, набряк, скупчується велика кількість лейкоцитів, які виділяють гідролітичні ферменти. Демаркаційний вал перешкоджає значному всмоктуванню токсинів, і ендотоксикоз не розвивається.

Кров'яний пігмент просякає мертві тканини і надає їм характерного забарвлення (темно-коричневі, сіро-жовті, чорні).

Мікрофлора і цьому випадку розвивається погано. Але, в початковий період можливий активний розвиток гнильної флори і перехід гангрені у вологу.

КЛІНІКА.

Скарги – на початку можливий сильний ішемічний біль нижче місця закупорки (окклюзій) артерії, парестезії.

Об-но – шкіра бліда, далі вона мармурова, холодна. Пульс не визначається. Гіпо-(рідше анестезія). Розлади ф-ції кінцівки. Рухи можуть бути збережені (за рахунок збереження роботи м'язів, що зберегли життєздатність). Тканини сухі, муміфіковані, щільні, темно-коричневі, сіро-жовті, чорні з синюшним відтінком. Загальна симптоматика як правило відсутня або слабо виражена.

ПЕРЕБІГ

Некротичні зміни зазвичай не прогресують. Через тривалий час можливе відторгнення некротичних тканин. В початковий період можливий активний розвиток гнильної флори і перехід гангрену у вологу.

ЛІКУВАННЯ. Некректомія або ампутація після повного і чіткого появи демаркаційного валу. До цього підсушування некротичних тканин (спиртові компреси, вологопоглинаючи сорбенти. Для попередження прогресування некротичних змін (покращення трофіки тканин) та профілактика інфекції (асептичні пов'язки, антибіотики).

Волога (гнильна) гангрена. Вологий (колікваційний) некроз.

Етіологія і патогенез. Розвивається при швидкому порушенні кровообігу (емболія, травма судини і т.д.). Сприятливі умови – виражена жирова клітковина, пастозність, низький вміст білка і значна кількість води в тканинах (тобто умови, сприятливі для гідролізу).

Тромбоз магістральних вен нижніх кінцівок при нерозвиненій колатеральній мережі і збереженні артеріального кровопостачання також веде до розвитку вологої гангрену (венозна гангрена).

Застій крові, набряк, гіпоксія, параліч прекапілярних сфінктерів, поглиблення гіпоксії, подальше розплавлення змертвілих тканин протеазами.

Волога гангрена спостерігається при некрозі внутрішніх органів (кишечник, легені, жовчний міхур, апендикс), що існують в умовах достатньої гідратації. Це завжди волога гангрена. Наявні умови (поживне середовище, вологість, постійна температура, пригнічення імунної системи) сприяють життєдіяльності мікрофлори, яка бере активну участь у розвитку процесу (бактероїди, протей), розповсюдженні процесу.

Виникнення вторинних некрозів веде до швидкого прогресування захворювання і перешкоджає розвитку демаркаційного валу.

Змертвілі тканини не встигають висихати, зазнають вологого розпаду. Це веде до всмоктування продуктів розпаду тканин і мікробних токсинів, розвитку ендотоксикозу, сепсису. Виникає реальна загроза життю хворого.

КЛІНІКА. Скарги на біль в ураженій ділянці. Місцево – різко наростає набряк нижніх кінцівок, блідість шкіри. Шкіра – мармурова, холодна. Можлива поява видимої сітки синюватих підшкірних вен, темно-червоних плям, міхурів (наповнених сукровицею). Пульс не визначається. Рухи відсутні. При розпаді тканини перетворюються в сморідну сіро-зелену масу.

Гангрена органів черевної порожнини проявляється клінікою перитоніту. При гангрені легені виділяється велика кількість сморідного пінистого харкотиння у вигляді „м'ясних помий”.

Загальні симптоми – симптоми ендотоксикозу і ознаки функціональної недостатності життєво важливих органів (важкий загальний стан, сухий язик, психоз, в'ялість, загальмованість, тахікардія, гіпотензія, олігурія, задишка, гіпертермія, анемія, лейкоцитоз з нейтрофіліозом).

ПЕРЕБІГ. Відбувається швидко прогресування некротичних змін, ендотоксикозу, сепсису. Особливо важкий перебіг у хворих на цукровий діабет.

ЛІКУВАННЯ. Основний елемент - рання ампутація (видалення зміненого органу або його частини) з метою врятування життя. Відтинання потрібно проводити на достатній відстані від візуальної межі змертвілих і життєздатних тканин, що дозволяє уникнути розвитку вторинних Н і подальшому прогресуванню гангрену. Наприклад, при гангрені ступні на ґрунті діабетичної ангіопатії при наявності регіонарного лімфаденіту, інтоксикації, розвитку сепсису показана ампутація на рівні середньої третини стегна. При гангрені кишечника від вище згаданої межі відступають проксимально 30-40 см, дистально – 15 - 20 см.

Обов'язково проводять детоксикацію, антибіотикотерапію, корекцію функціональних порушень життєво важливих органів, імунокорекцію.

ВИРАЗКИ

Виразка (В) – дефект покривних і глибше розташованих тканин, що розвивається в результаті відторгнення змертвілих тканин. Характеризується хронічним перебігом, відсутністю або слабко вираженою регенерацією і резистентністю до лікувальних заходів.

Причини – дивись „Некрози” і „Розлади регіонарної геодинаміки”.

На фоні розладів кровопостачання тканин (венозна гіпертензія і розлади мікроциркуляції, артеріовенозні сполучення, гіпоксія, ацидоз), іннервації, трофіки. Роль пускового чинника можуть відігравати незначні травми (мікротравми), тривале стиснення, мікробний фактор, автоімунні процеси та алергія (білки організму набувають АГ-властивостей, продукуються автоАТ, утворюються стійкі імунні комплекси, що блокують системи Т- і В-лімфоцитів і спричиняють місцеву імунологічну реакцію у вигляді інфільтрації лейкоцитами і плазмацитами паравазальних тканин, має значення місцева алергічна реакція на медикаменти). У частини хворих встановити причину не вдається. Сприяючі та підтримуючі фактори – анемія, цукровий діабет, гіпопротеїнемія.

Різновиди виразок:

1. Виразки при хронічній венозній недостатності (посттромботичні, варикозні, при вроджених венозних дисплазіях)
2. Ішемічні виразки (атеросклероз, ендартеріїт, діабетична ангіопатія, гіпертензійно-ішемічні виразки-синдром Мортареля).
3. Виразки, спричинені вродженими і набутими артеріовенозними сполученнями (посттравматичні а-в нориці, вроджені а-в нориці при синдромі Паркса Вебера)
4. Посттравматичні виразки (опіки, відмороження, пролежні, скальповані рани)
5. Нейротрофічні виразки (травми і хвороби Н.С.)
6. Виразки на ґрунті загальних захворювань (колагенози, хвороби обміну, крові, сифіліс, ТВС, хвороби внутрішніх органів)
7. Виразки на ґрунті місцевого інфекційного, мікотичного та паразитарного процесу (флегмона, некротична форма бешихи, фунгозні, паразитарні).

Фази перебігу:

1. Передвиразковий стан - дистрофічні зміни тканин.
2. Некроз і запалення шкіри і прилеглих тканин.
3. Утворення дефекту
4. Очищення і регенерація
5. Епітелізація і рубцювання

Морфологія. Дно утворено грануляціями, які можуть бути вкритими фібрином, детритом. Грануляційний вал переходить у шар твердої сполучної тканини. Довкола виразки спостерігається неспецифічне запалення.

Клініка. Розміри від мікроскопічних (виразка рогівки) до 10-20 см (виразки гомілки при венозній патології нижніх кінцівок). Краї виразки можуть бути рівними, підритими, м'якими, твердими (**кальозними**), кратероподібними. Дно може бути блідим, гіперемованим, сальними (при сифілісі), вкрите грануляціями, фібрином, детритом. Виділення можуть бути серозним, гнійним, геморагічними. В разі прогресування розпаду тканин спостерігається так звані **фагеденічні виразки**, в разі поширення змертвіння – **гангренозні**. Іноді виразка може мати характерний вигляд: **при сифілісі** – верхня третина гомілки, сальне дно, чіткі краї; **при ТВС**- плоска поверхня; **при Са** – кратероподібна, з твердими краями.

Ускладнення виразок

- екзема, піодермія, целюліт, мікоз, бешиха, індурація шкіри і п/ш клітковини
- тромбофлебіт, вторинна лімфедема
- кровотеча (арозія судини дна)
- перфорація виразки порожнистого органу (наприклад, шлунку), penetрація в навколо розташовані органи (наприклад, виразки ДПК в головку підшлункової залози)

- порушення функції органу в наслідок загоєння виразки з утворення гіпертрофічного рубця (пілоростеноз, анкілози і контрактури при опікових виразках)
- малігнізація.

Лікування

1. Усунення причин, що спричиняють виникненню виразки:

- сафенектомія – при варикозному розширенні підшкірних вен;
- лікування специфічної інфекції
- резекція шлунку разом з виразкою

2. Створення умов, що сприяють регенерації:

- ліжковий режим із піднятими положенням ніг (усунення застою крові і лімфи);
- ретельний туалет шкіри навколо виразки;
- забезпечення відтоку тканинної рідини з виразки в пов'язку (осмотично-активні речовини);
- боротьба з інфекцією (місцево - антисептики).
- очищення виразки від некротичних тканин і фібринозних нашарувань (протеази, УЗ, лазер).
- після очищення виразки від некротів – пов'язки з нейтральними мазями 1 раз на 3-6 діб;
- купування гіпергрануляцій (нітрат срібла – ляпіс)
- раціональне харчування
- ЛФК
- імуномодулятори
- оперативне закриття дефекту покривів

Методи хірургічного закриття виразок

Підготовка. Очищення виразок від некротів, купування гнійного процесу, звільнення виразки від патологічно змінених грануляцій і рубців, які перешкоджають кровопостачанню дна і стінок виразки.

Пластичне закриття дефекту шкірою. Використовують клаптики (шматки) на ніжці або вільну пластику.

Спосіб Яценко-Ревердена. Забір шматочків шкіри діаметром 0,3 – 0,5 см з зовнішньої поверхні стегна, плеча або живота і черепицеподібне укладання на поверхні дефекту.

Спосіб Тирша. Забір стрічок шкіри, що включають епідерміс і верхівки сосочкового шару. Довжина їх залежить від розмірів дефекту, ширина не більше 3 см.

Спосіб Лоусона-Краузе. Значні за розмірами трансплантанти епідермісу, які фіксують швами до країв дефекту.

Спосіб Дугласа. Висічення пробійником кружечків на розтягненій шкірі на відстані 1,5 см. Відсепаровують клапоть, залишаючи кружечки на материнському ґрунті. Клапоть-сито фіксують до країв дефекта.

Спосіб Драгстеда-Уілсона. Забір клаптя шкіри без п/шкірної клітковини на 1/3 довше, ніж дефект і на ½ вужче його. На клапті в шаховому порядку роблять надрізи. Клапоть-сито підшивають до країв дефекту.

ПРОЛЕЖНІ (decubitus)

Пролежень – виразково-некротичний процес, що відбувається у ослаблених хворих в ділянках, які зазнають постійного стискування.

Етіологія і патогенез. Головна причина – зовнішнє (по відношенню до ураженої ділянки) стиснення (екзогенні пролежні) або нейротрофічні зміни тканин (ендогенні пролежні). При стисненні виникає порушення кровообігу (ішемія) і подальший некроз. Пролежень - різновид гангрені.

При нейротрофічних змінах (порушення трофічної іннервації) змінюється трофіка, метаболізм тканин, що також веде до розвитку некротів.

Фактори, що сприяють розвитку пролежня

1. Атрофія підшкірної клітковини сприяє збільшенню тиску на виступаючі частини тіла.
2. Малорухомість важкохворих сприяє постійному тиску на одні і ті самі ділянки тіла.
3. Загальні порушення гемодинаміки в наслідок основного захворювання.
4. Метаболічні розлади.

Приклад – тиснення гіпсової повязки, частиною тіла, протезом, стороннім тілом на судину, каменем на стінку жовчного міхура, незручним взуттям.

Фази перебігу:

1. Порушення кровопостачання і трофіки.
2. некроз шкіри
3. утворення дефекту.

КЛІНІКА. Шкіра на початку бліда, далі – ціанотична, набрякла. Далі – відшарування епідермісу і утворення пухирів . Далі – некроз шкіри. Після його відторгнення утворюється дефект дно, якого вкрито гнійно-некротичними масами (детритом). Далі можлива поява дистрофічних грануляцій (бліді, дрібнозернисті, тусклі).

Типова локалізація – крижова ділянка, остисті паростки хребців, лопатки, потилиця, ліктьові паростки, передня верхня ость здухвинної кістки, надколінник, п'ятка, передня поверхня гомілки (передній край великої гомілкової кістки).

ЛІКУВАННЯ – за загальними правилами лікування гнійно-некротичних процесів.

Профілактика.

1. Запобігання тривалого стиснення: надувні круги, мішки з просом, льоном, часта зміна положення, секційні пневматичні матраци.
2. Ретельний догляд за хворим і його шкірою (обмивання, протирання камфорним або саліциловим спиртом)
3. Чиста постільна білизна, відсутність складок.

НОРИЦІ

Нориця (fistula) – патологічний хід, що сполучає органи, порожнини тіла або глибше розташовані тканини із зовнішньою поверхнею тіла або з порожниною внутрішнього органу. Через норицю виділяються продукти патологічного процесу (гній, секвестр), секрет або вміст відповідного органу (шлунковий сік, жовч, сеча, підшлунковий сік).

Класифікація

За походженням:

1. вроджені (на підставі та в зв'язку з вадами розвитку, персистування деяких зародкових епітеліальних утворень, що в нормі облітеруються) – серединні та бокові нориці шиї, нориці пупка, куприка.

2. набуті:

- спричинені патологічним процесом (мастит та інші гнійні процеси, ТВС, сторонні тіла, лігатури, руйнування тканин пухлиною і її розпад (міхурово-маточна нориця при канцері матки)

- спричинені травмою (кишкова, бронхіальна)

- створені оперативним шляхом – штучні нориці (цекостома, сигмостома при травмах прямої кишки; цистостома – при травмі уретри).

За відношенням до зовнішнього середовища:

- **зовнішні** - сполучення порожнистих органів, патологічної порожнини, м'яких тканин, кісток із зовнішнім середовищем. Зовнішні нориці ШКТ можуть бути **повними** (назовні виділяється весь вміст відповідної ділянки) і **неповними** (частина вмісту евакуюється природнім шляхом). При гнійних норицях повною вважають таку, яка

сполучає гнійну порожнину як із зовнішнім середовищем, так і з порожниною внутрішнього органу (наприклад повна параректальна нориця).

- **внутрішні** – сполучення між 2 органами (міжорганні); між органом і порожниною тіла (наприклад, жовчно-плевральні); між органом і патологічним вогнищем (неповна внутрішня гнійна нориця).

За будовою:

- **трубчасті** – з чітко вираженим каналом, який, як правило, висланий грануляціями (виключення епітеліальні куприкові ходи);
- **губоподібні** – практично без норицевого каналу з безпосереднім переходом епітелію слизової оболонки порожнистого органу на шкіру (отвір порожнистого органу у зовнішнє середовище). Ці нориці завжди є епітелізованими.

За характером тканини, що вистилає норицевий канал:

- гранулюючи
- епітелізовані

За характером виділень: молочні, слинні, калові, гнійні, лікворні, жовчні, кишкові, сечові, слизисті.

Етіологія і патогенез

Вроджені нориці розвиваються в наслідок персистенції деяких зародкових епітеліальних утворень, що в нормі облітеруються (нориці шиї, пупка, куприка). В одних випадках вони формуються первинно (при повному незрощенні). При частковому незрощенні секрет скупчується в середині утворення. Формується кіста. Після критичного підвищення тиску в порожнині кісти (скупчення секрету, нагноєння) відбувається прорив назовні. При цьому формується нориця.

Набуті нориці виникають при несприятливому перебігу патологічного процесу:

- запалення, особливо, гнійне;
- наявність сторонніх тіл (лігатур)
- пухлина (розпад або проростання в сусідні органи і тканини)
- травмах і операціях (неспроможність швів)
- порушення трофіки тканин, некроз, не видалення секвестру

При цьому одночасно відбувається деструкція тканин, і підвищення внутрішньо тканинного тиску (за рахунок обмеженого скупчення гною, детриту, секрету). Зменшують міцність і опір тканин і скупчена рідина проривається назовні або в порожнину тіла (органу)

Фактори, що перешкоджають загоєнню нориць:

1. Постійний плин секрету органу по норицевому ходу.
2. Подразнююча дія хімічно активних секретів на грануляції (кишкові, шлункові та панкреатичні нориці)
3. Не купований гнійно-некротичний процес, не видалений секвестр. Подразнююча дія мікробних токсинів і продуктів розпаду або пригнічення росту грануляцій. Постійний плин ексудату.

При епітеліальних норицях відновлення цілісності покривів попереджує можливість розвитку інфекції. При гранулюючих норицях, при руйнуванні грануляцій і порушенні їх нормального росту, існують умови для проникнення токсинів і мікробів в оточуючі тканини. Це веде до розвитку реактивного запалення, великої кількості рубців навколо каналу і при ослабленні організму - гнійної інфекції (можлива генералізація останньої).

Ембріональний хід, вистелений епітелієм, що виділяє слиз (ендодермальні утворення) або шкірне сало (ектодермальні утворення).

Клініка. Скарги на дискомфорт, біль, слабкість зумовлені локалізацією, характером виділень та його кількості і порушення функції відповідного органу. Об'єктивно: місцево - зовнішній отвір різного діаметру і форми, виділення (різного характеру і кількості), можлива

мацерація і подразнення шкіри, дерматит внаслідок подразнюючої дії соків травних органів, щільний набряк оточуючих тканин (аж до слоновості – при сечових норицях).

Загальні симптоми – гнійна інтоксикація (при недостатньому відтоку по гнійній нориці), розлади білкового, водно-сольового обміну при високих норицях ШКТ, порушення функції органу при затіканні в нього невластивих йому секретів (їжа в бронхах при бронхостравохідних норицях), вторинне інфікування через норицю.

Перебіг тривалий, без тенденції до самовільного загоснення епітелізованих нориць (гранулюючі нориці можуть самовільно загоюватись при припиненні дії подразнюючого фактору).

Діагностика:

1. Врахування скарг, анамнезу, кількості та характеру виділень
2. Фістулографія – для уточнення будови (йодліпол)
3. Хімічне дослідження виділення – вміст НСІ
4. Проби з барвниками (метиленовий синій, ігндігокармін) для уточнення сполучення нориці з певними структурами

Лікування. Основним методом лікування є оперативний. Його основний принцип – висічення в межах здорових тканин норицевого ходу і ліквідація причинного фактору. Приклади:

1. висічення з патологічним ембріональним утворенням.
2. резекція кишки, що несе норицю
3. резекція частини підшлункової залози, що підтримує норицю
4. видалення секвестру або резекція кістки.
5. видалення стороннього тіла (лігатури)
6. видалення некротизованих тканин.

Особливе значення має догляд за шкірою навколо зовнішнього отвору. Для захисту її від агресивної дії рідини, що виділяється через норицю часто засовують пасту Лассара. При кишкових норицях використовують калоприймач. При неповних норицях ШКТ використовують обтуратори.

В плані підготовки до операції – санація нориці. Загальне лікування (корекція метаболічних розладів).

ШТУЧНІ НОРИЦІ

Деякі фахівці (Э.Н. Ванцян, 1990) вважають, що канал, створений оперативним шляхом, для відведення секрету або екскрету називати норицею неправильно.

Класифікація

1. За відношення до зовнішнього середовища:
 - зовнішні або *с т о м и* (лат. stoma – отвір)- отвори, що сполучають порожнину органу із зовнішнім середовищем. Приклади - гастростома, цекостома, сигмостома, anus praeter naturalis, холецистостома, трахеостома);
 - внутрішні або *анастомози* (співусття)- достатньо широкі міжорганні сполучення при яких слизова оболонка одного органу безпосередньо переходить в слизову оболонку іншого органу (ніби уста в уста). Приклад - гастроентероанастомоз, ілеотрансверзоанастомоз.
2. За метою формування:
 - тимчасові (трахеостома при черепно-мозкових травмах, сигмостома при операціях з приводу травм прямої кишки
 - постійні (при неможливості усунути причину, що примушує формувати таку норицю – сигмостома при неоперабельній пухлині ректосигмоїдного переходу або неможливості відновлення природного пасажу).

Мета – відновлення функції органу (пасаж їжі по ШКТ, дихання – трахеостома)

 - відведення вмісту полого органу (цистостома при травмі уретри, сигмостома при травмі прямої кишки).

Закриття штучної нориці проводять за загальними правилами лікування нориць.

Тимчасові трубчасті нориці можуть закритись самостійно при припиненні виділення вмісту через них.

ОКРЕМІ ВИДИ НОРИЦЬ

Вроджені нориці.

СЕРЕДИННІ НОРИЦІ шиї утворюються у зв'язку із аномалією розвитку щитовидної залози із залишків tractus thyroglossus. (епітеліальний тяж, що іде від foramen coecum язика до тіла під'язичної кістки і далі до низу між боковими долями щитовидної залози. З нього формується перешийок щитовидної залози.

Клініка: зовнішній отвір розташований точно по серединній лінії, відділяється слиз.

Лікування – оперативне (висічення норицевого ходу з ділянкою під'язичної кістки)

БОКОВІ (жаберні) нориці шиї – залишки жаберних борозд.

Ембріологія – жаберні дуги (по 4 з кожного боку) і мембрани розташовані між сусідніми парами, що утворюють жаберні борозди, вислані ззовні і зсередини епітелієм. Збереження їх залишків може дати початок формуванню жаберних (бокових) нориць шиї.

ПУПОЧНІ НОРИЦІ.

Причини:

- неповна облітерація жовточної протоки (ductus omphalo-entericus), яке веде до формування кишкової нориці з зовнішнім отвором в ділянці пупка (при неповному зарощенні утворюється дивертикул Меккелю.

- неповна облітерація урахову (URACHUS), яке веде до утворення нориці сечового міхуру із зовнішнім отвором в ділянці пупка (неповне зрощення спричиняє утворення дивертикулу сечового міхуру).

Будова – трубчаста епітелізована нориця.

Клініка – зовнішній отвір нориці в ділянці пупка, виділяється сеча або кишковий вміст

Діагностика – клінічні дані, анамнез, фістулографія.

Лікування – оперативне.

КУПРИКОВІ НОРИЦІ (Епітеліні куприкові ходи).

Вкрити епідермісом, містять секрет сальних залоз, волосся та продукти вторинного нагноєння.

СТОРОННІ ТІЛА (СТ)

СТ – тіла небіологічного походження, що знаходяться у тканинах, органах або порожнинах тіла.

Обставини потрапляння СТ:

1.Травма – фрагменти предмету, що пошкоджує.

2.Операція

- постійні імплантати (штучні органи): протези серцевих клапанів, судин, лігатури
- тимчасові імплантати (дренажі, судинні катетери)
- необачне залишення серветок, інструментів

3.Свідомі або несвідомі дії пацієнта (сторонні тіла шлунково-кишкового тракту, дихальних шляхів, уретри та сечового міхура).

Класифікація

1. За обставинами потрапляння: травматичні, ятрогенні, автогенні.

2. За рентгенконтрастністю: контрастні і неконтрастні.

Паталогічна анатомія. Запалення. Інкапсуляція. Міграція. Тромбоз.

Клініка. Біль. Симптоми запалення. Розлади функції органів і систем (порушення кровообігу, перитоніт.

Діагностика. Врахування скарг, обставин травми, анамнезу захворювання і життя. Рентгенологічне обстеження. Ендоскопія.

Лікування. Основний метод - оперативний.

Спостереження за просуванням стороннього тіла по шлунково-кишковому тракту.

Видалення (ендоскопічне) із шлунково-кишкового тракту, дихальних і сечових шляхів.

Самостійно із шлунково-кишкового тракту можуть відходити поодинокі СТ довжиною до 10 см. Поява клінічних проявів після „світлого проміжку”, стояння СТ без руху – показ до операції. Перфорація полого органа, виникнення кровотечі, інфільтрат або абсцес черевної порожнини – показ до невідкладної операції.

6. Матеріали для самоконтролю.

А. Завдання для самоконтролю.

Питання:

1. Причини виникнення некрозів, гангрени, виразок, нориць.
2. Класифікація некрозів, гангрени, виразок, нориць.
3. Клінічні симптоми некрозів, гангрени, виразок, нориць.
4. Діагностичні особливості окремих видів некрозів, гангрени, виразок, нориць.
5. Сучасні погляди на фази некротично-виразкового процесу.
6. Методи лікування некрозів, гангрени, виразок, нориць.
7. Принципи діагностики і лікувальної тактики при сторонніх тілах.
8. Особливості методики проведення перев'язки при виразках, норицях.
9. Методика догляду за пролежнями, профілактика пролежнів.
10. Методикою проведення фістулографії.
11. Методикою проведення проби із застосуванням барвників.

Завдання:

12. Знати причини виникнення некрозів, гангрени, виразок, нориць ($\alpha=II$)
13. Засвоїти класифікацію некрозів, гангрени, виразок, нориць ($\alpha=II$)
14. Знати клінічні симптоми некрозів, гангрени, виразок, нориць ($\alpha=II$)
15. Знати діагностичні особливості окремих видів некрозів, гангрени, виразок, нориць ($\alpha=II$)
16. Засвоїти сучасні фази некротично-виразкового процесу ($\alpha=II$)
17. Знати методи лікування некрозів, гангрени, виразок, нориць ($\alpha=II$)
18. Знати принципи діагностики і лікувальної тактики при сторонніх тілах ($\alpha=II$)
19. Оволодіти методикою проведення перев'язки при виразках, норицях ($\alpha=III$)
20. Оволодіти методикою догляду за пролежнями ($\alpha=III$)
21. Оволодіти методикою проведення фістулографії ($\alpha=III$)
22. Оволодіти методикою проведення барвникової проби ($\alpha=III$)

Б. Ситуаційні завдання.

6.1. Тести для самоконтролю (початковий рівень знань).

1. Причина виникнення гангрени нижньої кінцівки:
 - А. Перелом стегнової кістки
 - Б. Вивих стегна
 - В. Тромбоз магістральної артерії (+)
 - Г. Вроджена дисплазія кульшового суглобу
 - Д. Ревматоїдний поліартрит
2. Причина виникнення гангрени нижньої кінцівки:
 - А. Вивих стегна
 - Б. Перелом стегнової кістки
 - В. Емболія магістральної артерії (+)
 - Г. Вроджена дисплазія кульшового суглобу
 - Д. Ревматоїдний поліартрит
3. Причина виникнення гангрени нижньої кінцівки:
 - А. Перелом стегнової кістки

- Б. Вивих стегна
 - В. Травма магістральної артерії (+)
 - Г. Вроджена дисплазія кульшового суглобу
 - Д. Ревматоїдний поліартрит
4. Суха гангрена характеризується:
- А. Розвитком гнильної інфекції, наявністю демаркаційної лінії
 - Б. Наявністю демаркаційної лінії, інтоксикацією
 - В. Розвитком гнильної інфекції, інтоксикацією, муміфікацією
 - Г. Розвитком гнильної інфекції, відсутністю інтоксикації
 - Д. Наявністю демаркаційної лінії, відсутністю інтоксикації, муміфікацією (+)
5. Причини вологої гангренни нижньої кінцівки:
- А. Швидкий розвиток розладів регіонарного кровообігу (+)
 - Б. Ожиріння
 - В. Гнильна інфекція
 - Г. Облітеруючий атеросклероз
 - Д. Поступовий розвиток розладів регіонального кровообігу
6. Клініка вологої гангренни включає:
- А. набряк тканин, зміна забарвлення шкіри, відсутність демаркаційної лінії
 - Б. інтоксикація, набряк тканин, зміна забарвлення шкіри, відсутність демаркаційної лінії, гнилосний запах (+)
 - В. Чітка демаркаційна лінія, гнилосний запах, інтоксикація, набряк тканин
 - Г. Гнилосний запах, відсутність демаркаційної лінії, муміфіковані уражені тканини
 - Д. Гнилосний запах, муміфіковані уражені тканини, відсутність інтоксикації, відсутність чутливості в зоні ураження
7. Причини виникнення трофічних виразок:
- А. опікове ураження
 - Б. порушення іннервації (+)
 - В. зменшення об'єму циркулюючої крові
 - Г. порушення функції кишечника
 - Д. перелом кісток кінцівки
8. Причини виникнення трофічних виразок:
- А. опікове ураження
 - Б. порушення артеріальної геодинаміки (+)
 - В. зменшення об'єму циркулюючої крові
 - Г. порушення функції кишечника
 - Д. перелом кісток кінцівки
9. Причини виникнення трофічних виразок:
- А. опікове ураження
 - Б. порушення венозної геодинаміки (+)
 - В. зменшення об'єму циркулюючої крові
 - Г. порушення функції кишечника
 - Д. перелом кісток кінцівки
10. Основні принципи лікування трофічних виразок:
- А. Висічення виразки, некректомія, стимуляція регенерації,
 - Б. Висічення виразки, некректомія, стимуляція регенерації, патогенетичне лікування

- В. Висічення виразки, стимуляція регенерації, некректомія, пластика виразкового дефекту
 - Г. Стимуляція регенерації, патогенетичне лікування, некректомія, пластика виразкового дефекту (+)
 - Д. Застосування санаторно-курортного лікування
11. Метод лікування губоподібних товстокишкових нориць
- А. консервативний
 - Б. пломбування
 - В. діатермокоагуляція нориці
 - Г. резекція кишкової петлі, що несе норицю (+)
 - Д. накладання лігатури на хід нориці
12. При якій хірургічній обробці некректомія проводиться на підставі прямих ознак:
- А. Первинній
 - Б. Вторинній (+)
 - В. Ранній
 - Г. Пізній
 - Д. Відстроченій
13. На підставі яких ознак проводять некректомію при первинній хірургічній обробці рани:
- А. Прямих
 - Б. Пізніх
 - В. Непрямих (+)
 - Г. Зворотних
 - Д. Лабораторних
14. На підставі яких ознак проводять некректомію при вторинній хірургічній обробці:
- А. Прямих (+)
 - Б. Пізніх
 - В. Непрямих
 - Г. Зворотних
 - Д. Лабораторних
15. Найбільш часта форма гнійно-некротичного ураження стопи на фоні цукрового діабету:
- А. Фурункул
 - Б. Карбункул
 - В. Флегмона (+)
 - Г. Після ін'єкційний абсцес
 - Д. Хімічний опік
16. Найбільш часта форма гнійно-некротичного ураження стопи на фоні цукрового діабету:
- А. Фурункул
 - Б. Карбункул
 - В. Гангрена пальців (+)
 - Г. Після ін'єкційний абсцес
 - Д. Хімічний опік
17. Найбільш часта форма гнійно-некротичного ураження стопи на фоні цукрового діабету:
- А. Фурункул
 - Б. Карбункул
 - В. Невропатична виразка (+)
 - Г. Після ін'єкційний абсцес

Д. Хімічний опік

18. Чим зумовлена небезпека сторонніх тіл:

- А. Розвиток лімфостазу
- Б. Інкапсуляція
- В. Малігнізація
- Г. Розвиток запалення і інфекції (+)
- Д. Розвиток кровотечі

19. Найбільш інформативний метод для дослідження нориць:

- А. фістулографія (+)
- Б. барвникова проба
- В. ендоскопія
- Г. зондування нориці
- Д. оглядова рентгенографія

20. До заходів щодо профілактики пролежнів можна віднести:

- А. протирання "небезпечних" ділянок тіла хворого 5% спиртовим розчином йоду
- Б. протирання "небезпечних" ділянок тіла хворого 10% розчином камфорного спирту (+)
- В. прикладання до місць можливого ураження спиртового компресу
- Г. забезпечення хворому постійного положення на спині
- Д. прикладання до "небезпечної" ділянки грілки

6.2. Тести та задачі для перевірки вихідного рівня знань.

Хворий 81 року, звернувся зі скаргами на різкій біль у животі. Біль виник раптово через 2 години після їжі. Промивання шлунку і очисні клізми полегшення не принесли. У хворого ІХС, 5 міс потому переніс інфаркт міокарду. Стан хворого важкий, блідий, слизові оболонки цианотичні, акроціаноз. Задуха. Пульс – 100 ударів за 1 хвилину, миготлива аритмія. Живіт рівномірно здутий, м'який, при глибокій пальпації – болючий. Перкуторно – високий тимпаніт, перистальтика різко ослаблена. Перитонеальних симптомів не визначається. Per rectum – залишки калу зі слизом і темною кров'ю. Який ймовірний діагноз і яка буде тактика лікування?

Хворий Ш., 72 років доставлений в приймальне відділення у важкому стані із скаргами на здуття живота, біль без чіткої локалізації протягом трьох діб. Загальний стан важкий, шкіра та видимі слизові бліді. Язик сухий. Пульс – 98 ударів за 1 хвилину, АТ 100/60 мм рт. ст. Живіт здутий, болючий в усіх ділянках, визначаються нечіткі ознаки подразнення очеревини. При аускультатії - перистальтичні шуми не вислуховуються. Per rectum - ампула прямої кишки порожня, на рукавичці - сліди кров'янисто-слизових виділень. Найбільш вірогідний попередній діагноз? Оптимальний метод лікування?

Хворий 47 років звернувся із скаргами на підвищення температури до 38°C, біль в області потилиці, наявність набряку. При огляді по задній поверхні шиї визначається інфільтрат 7x5 см, шкіра під ним багрово-чорна, у центрі – багато нориць з гнійно-некротичним вмістом. Визначить діагноз і тактику лікування.

Хворий, 76 років, поступив у хірургічне відділення із скаргами на біль у лівій стопі і гомілці. Впродовж 12 років хворіє на облітеруючий атеросклероз. Близько 2 тижнів тому раптово виник сильний біль у лівій стопі. За медичною допомогою не звертався. Швидко наростав набряк. Шкіра на початку була блідою, далі – мармуровою, на дотик холодною. З'явилися міхури відшарованого епідермісу наповнені сукровицею. Пульс на підколінній артерії і артеріях стопи не визначається. Рухи відсутні. Температура тіла – 37,8°C, ЧСС – 100 за 1 хв, АТ – 90/50 мм рт ст. Визначить

діагноз і тактику лікування.

Хворий 65 років, 4 роки тому переніс апендектомію. В ділянці післяопераційного рубця відзначається дефект покривів (отвір) діаметром 1,5-2 мм, через який виділяється близько 2 мл жовтуватого мутного вмісту за добу. Шкіра навкруги даного дефекту не змінена. Пальпація не болюча. Набряку, інфільтрату оточуючих тканин немає.

Визначити необхідні додаткові обстеження.

6.3. Ситуаційні задачі для вихідного рівня знань.

1. У хворої, 38 років, після апендектомії в ділянці післяопераційного рубця відзначається дефект шкіри до 4 мм у діаметрі, який сполучається з ходом вкритим грануляціями. Через нього виділяється до 50 мл виділень за добу. При проведенні фістулографії виявився хід діаметром до 3 мм, довжиною до 4 см по якому контраст потрапляє в сліпу кишку, добре її виповнює. Порушення моторно-евакуаційної функції кишкового тракту не відзначається. Встановіть діагноз та запропонуйте тактику подальшого лікування.

2. Хворий, 78 років, переніс операцію з приводу раку сліпої кишки: екстерпація прямої кишки з формуванням одностовольного протиприродного відхідника. Весь кишковий вміст виділяється на передню черевну стінку. Дайте повну характеристику даної кишкової нориці. Визначте тактику ведення хворого.

3. У хворого, 68 років, в ділянці внутрішньої кісточки правої гомілки є дефект шкіри, округлої форми діаметром 4 см, глибина 3-4 мм, дефект виповнений грануляціями, периферичної епітелізації немає. Появу дефекту хворий відмічає 6 місяців потому після перенесеної мікротравми. Навколо дефекту шкіра потовщена, синюшно-коричнева. Підшкірні вени гомілки та стегна звивисті, нерівномірно розширені. Визначте характер описаного дефекту та тактику його лікування.

4. Хворий, 68 років, відмічає мерзлякуватість стоп, виникнення болю у литкових м'язах при ході біля 50 метрів. Пульс на підколінних артеріях та артеріях стопи відсутній. В ділянці зовнішньої кісточки дефект округлої форми, великих розмірів діаметром до 3 см, глибина 2 мм. Дно дефекту виповнено тьмяними грануляціями, вкрито фібрином. Визначте причину виникнення та характер описаного дефекту. Вкажіть тактику обстеження та подальшого лікування даного хворого.

5. Пацієнт з психічними розладами проковтнув декілька монет (50 копійок). Скарг не подає.

Дихання не утруднене. Кашлю немає. Живіт не здутий, симетричний, безболісний, м'який, бере участь в акті дихання. Перистальтичні шуми звичайні. Визначить тактику ведення хворого.

6. Хворий У., 77 років, 1 добу потому була виконана операція – ампутація лівої нижньої кінцівки з приводу вологої гангрені. Стан хворої важкий. Самостійно рухатись вона не може. При огляді виявлена гіперемія шкіри в ділянках кутів обох лопаток, крижово-куприкової ділянки. Яке ускладнення може розвинути у даної пацієнти? Що необхідно робити в такій ситуації?

7. У хворого М., 73 років, що знаходиться в лежачому положенні, в крижово-куприковій ділянці має місце гіперемія шкіри, наявні пухирі з кров'янистим вмістом. Яке ускладнення розвинулось у даного пацієнта, що необхідно зробити в даному випадку?

7. Література:

Основна:

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

Додаткова:

6. Загальна хірургія / За ред. С.П.Жученко, М.Д.Желіби, С.Д.Хіміча – Київ.: Здоров'я, 1999.
7. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реаніматології та догляду за хворими – Київ.: Здоров'я, 1999.
8. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учеб. – М.: Медицина, 1993.
9. Гостищев В.К. "Руководство к практическим занятиям по общей хирургии". М., "Медицина" - 1987.
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.

Методичні рекомендації підготував
доцент кафедри загальної хірургії
Шумейко І.А. _____