

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 клінічної онкології. Курація хірургічних хворих.
<i>Змістовий модуль 5</i>	Хірургічна інфекція. Змертвіння.
<i>Тема заняття №22</i>	Гострі гнійні захворювання м'яких тканин: гідраденіт, мастит, бешиха, лімфаденіт, лімфангоїт, парапроктит.
<i>Курс</i>	III
<i>Факультет</i>	Медичний № 1,2

Полтава

1. Актуальність теми:

Пацієнти з хірургічною інфекцією складають суттєву частку хворих хірургічних стаціонарних та поліклінічних відділень. Хворі з гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин складають від 28 до 40% загальної кількості пацієнтів хірургічних відділень. Летальність при гнійній інфекції та її ускладненнях практично не зменшується і становить від 40 до 60%. Зростаюча актуальність проблеми гнійної інфекції в хірургії, загального та місцевого лікування гнійно-запальних процесів м'яких тканин та їх ускладнень з використанням усіх досягнень науки та техніки, викликає необхідність удосконалення старих та пошук нових засобів та методів лікування. Хірургічна інфекція в сучасних умовах набула особливого значення. Високі матеріальні затрати на лікування цих хворих, підвищення рівня летальності визначили значний інтерес до цієї проблеми. В основі виникнення та розвитку гострих гнійних захворювань м'яких тканин лежать спільні патанатомічні, патофізіологічні, мікробіологічні та імунологічні механізми, що зумовлює спільні підходи до їх лікування. Саме тому названа тема вивчається в рамках дисципліни "загальна хірургія". Одночасне засвоєння теоретичних дисциплін загальної патології та фармакології, регламентоване навчальними програмами, дозволяє глибше розуміти клінічні аспекти діагностики та лікування, необхідні для подальшого навчання студента та практичної лікарської діяльності.

Оперативне втручання в комплексному лікуванні хворих з гнійно-запальними захворюваннями є визначальним, тому навіть технічно прості операції, наприклад розкриття та дренивання абсцесу, вимагають точних знань анатомічних співвідношень у відповідній ділянці тіла.

Запалення призводить до порушення нормальних анатомічних співвідношень органів, що слід враховувати при виконанні хірургічної операції. Операції в гнійній хірургії потребують також виконання таких спеціальних прийомів, як нефректомія, санація гнійного вогнища, розкриття гнійних заплівів, адекватне дренивання тощо.

2. Навчальні цілі:

1. Знати визначення гідраденіту, маститу, бешихи, лімфаденіту, лімфангоїту, парапроктиту.
2. Знати загальні етіологічні та патогенетичні механізми розвитку місцевих хірургічних інфекційних захворювань.
3. Знати види запальних і гнійних захворювань.
4. Знати клініко-статистичну класифікацію гідраденіту, маститу, бешихи, лімфаденіту, лімфангоїту, парапроктиту.
5. Лактаційний мастит, фази перебігу.
6. Лікування маститу, його профілактика.
7. Види бешихового запалення.
8. Еризипелод.
9. Знати загальну та місцеву симптоматику гострих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин.
10. Вміти діагностувати клінічні прояви гнійної інфекції – гідраденіту, маститу, бешихи, лімфаденіту, лімфангоїту, парапроктиту
11. Вміти діагностувати фази перебігу місцевих хірургічних інфекційних захворювань та виробити показники до оперативного лікування.
12. Вміти сформулювати принципи комплексного лікування місцевих гнійних захворювань та вміти виконати окремі його етапи.
13. Знати покази до оперативного лікування місцевих гнійних захворювань і його основні принципи
14. Знати вид знеболювання при оперативному лікуванні гострих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин.
15. Які ускладнення можуть бути при гідраденіті, маститі, бешихе, лімфаденіті, лімфангоїті, парапроктиті.
16. Принцип антибіотикотерапії при гідраденіті, маститі, бешихе, лімфаденіті, лімфангоїті, парапроктиті.

17. У чому полягає профілактика гнійної інфекції – гідраденіту, маститу, бешихи, лімфаденіту, лімфангоїту, парапроктиту.

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

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Мікробіологія	Застосування особливостей збудників гнійної інфекції. Визначити антибіотикостійкі штамми мікроорганізмів. Володіти елементами бактеорологічних досліджень. Контроль стерильності.
2 Гістологія	Знати гістологічну структуру тканин організму.
3. Фармакологія	Основні групи антибактеріальних препаратів, їх фармакокінетику та фармакодинаміку, вміти писати рецепти.
4. Патанатомія	Патологоанатомічні зміни в тканинах при гнійній патології. Розпізнати макро- та мікроскопічні ознаки запалення
5.Патологічна фізіологія	Фізіологія раньового процесу. Визначити місцеві клінічні ознаки запалення в рані.
Анатомія (нормальна, топографічна)	Визначити анатомічне розміщення місцевого гнійного процесу

Студент повинен мати уявлення:

- про механізм розвитку запальних і гнійних захворювань: гідраденіту, маститу, бешихи, лімфаденіту, лімфангоїту, парапроктиту.
- місцеві клінічні прояви запальних і гнійних захворювань;
- про загальну реакцію організму на запалення;
- сучасну класифікацію гнійної інфекції захворювання м'яких тканин;
- про неспецифічну резистентність організму;
- про загальні положення та принципи гнійної хірургії;
- про анатоמו- фізіологічні особливості областей, де локалізується патологічний процес.

Студент повинен знати:

- визначення гідраденіту, маститу, бешихи, лімфаденіту, лімфангоїту, парапроктиту;
- основні етіологічні та патогенетичні фактори розвитку місцевих гнійних захворювань м'яких тканин;
- шляхи проникнення і поширення інфекції в організмі хворого;
- клінічні прояви гідраденіту, маститу, бешихи, лімфаденіту, лімфангоїту, парапроктиту;
- поняття про внутрішньогоспітальну інфекцію;
- основи бактеріології;
- основи антисептики, її види та методи реалізації;
- патологоанатомічні зміни в тканинах при гнійній патології;
- різні види пов'язок;
- види дренажів;
- знати основні класи антисептиків, препарати та засоби і способи їх застосування;
- покази до оперативного лікування місцевих гнійних захворювань і його основні принципи;
- віди знеболювання, які використовують при оперативному лікуванні гострих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин.

Студент повинен вміти:

- діагностувати гнійні захворювання: мастит, бешиху, лімфаденіт, лімфангоїт, парапроктиту;
- діагностувати фази перебігу місцевих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин;
- виконати вторинну хірургічну обробку гнійних захворювань м'яких тканин;
- забезпечити гігієну тіла, натільної та постільної білизни;
- надати хворому функціонально вигідне положення в ліжку;
- правильне щадяще транспортування хворих в гнійну перев'язочну;
- здійснювати основні прийоми фізичної антисептики;
- здійснювати основні прийоми механічної антисептики;
- сформулювати принципи комплексного лікування гідраденіту, маститу, бешихи, лімфаденіту, лімфангоїту, парапроктиту та виконати окремі його етапи.

Опанування практичних навичок студентом:

- профілактика госпітальної інфекції;
- продовжувати роботу у гнійної перев'язочній;
- навчитись проводити допологову та післяпологову профілактику маститу.
- оволодіти технікою забору матеріалу на чутливість мікрофлори до антибіотиків;
- оволодіти технікою проведення проб на чутливість до антибіотиків;
- оволодіти окремими технічними прийомами при оперативному лікуванні гострих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин (місцеве знеболювання, розтин м'яких тканин);
- провести ректальний огляд хворого;
- опанувати класичні прийоми перев'язок хворого з гнійною патологією, з дотриманням асептики і антисептики.

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

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

Термін	Визначення
Гідраденіт (<i>латинською мовою hydradenitis</i>)	гнійне запалення апокринних потових залоз
Мастит (<i>латинською мовою mastitis</i>)	це гнійно-некротичне запалення одночасно декількох волосяних цибулин та сальних залоз.
Бешиха (<i>латинською мовою erysipelas</i>)	гостре інфекційне запалення шкіри або слизових оболонок, що супроводжується пропасницею та інтоксикацією.
Лімфаденіт (<i>латинською мовою lymphadenitis</i>)	гостре запалення лімфатичних вузлів найчастіше вторинне захворювання, як ускладнення місцевої гнійної інфекції або інфікованих ран, але може бути і первинним (при туберкульозі).
Лімфангоїт (<i>латинською мовою lymphangitis</i>)	гостре запалення лімфатичних судин, як ускладнення місцевої гнійної інфекції або інфікованих ран.
Парапроктит (<i>латинською мовою paraproctitis</i>)	гостре гнійне запалення параректальної клітковини
Еризипелоїд	Запальне захворювання шкіри пальців і кисті, що нагадує бешиху, збудником є паличка свинячої бешихи.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація гострої хірургічної інфекції.
2. Дайте визначення гідраденіту.
3. Які характерні клінічні ознаки гідраденіту.
4. Дайте визначення маститу.
5. Назвіть фази перебігу лактаційного маститу.
6. Дайте визначення бешихи.
7. Види бешигового запалення.
8. Що таке еризипелоїд.

9. Дайте визначення лімфаденіту.
10. Які характерні клінічні ознаки лімфангоїту.
11. Де може виникнути парапроктит.
12. Дайте визначення парапроктиту.
13. Оперативне лікування парапроктиту.
14. Принципи механічної антисептики.
15. Засоби фізичної антисептики і механізм їх дії.
15. Біологічні антисептики, в чому полягає механізм їх дії при лікуванні гострих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин.
16. Класифікація антибіотиків і основні принципи їх застосування.
17. Організація догляду за хворими з хірургічною інфекцією. Утилізація перев'язочного матеріалу після використання.
18. Антисептика при місцевому лікуванні гідраденіту, маститу, бешихи, лімфаденіту, лімфангоїту, парапроктиту.
19. Які ускладнення можуть бути при гідраденіті, маститі, бешисі, лімфаденіті, лімфангоїті, парапроктиті;

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

1. Транспортувати хворих в операційну, перев'язочну;
2. Укладка хворого на операційному столі відповідно до зони виконання операції;
3. Обробка рук хірурга для виконання перев'язки;
4. Приготувати набір для проведення вторинної хірургічної обробки.
5. Приготувати набір для промивання рани та дренажів;
6. Приготувати набір для виконання перев'язки;
7. Техніка виконання перев'язок (зняття попередньої пов'язки, видалення змертвілих тканин та гнійних плівок, обробка операційного поля та інше);
8. Накладання пов'язки;
9. Взяття мазку з рани на бактеріологічний посів;
10. Проведення проб на чутливість до антибіотиків;
11. Техніка зціджування молочної залози.
12. Техніка постановки очистительної клізми.

Приклади вибору антисептичних засобів при гострої хірургічної інфекції

Патологічний процес	Засоби антисептики, що можуть бути застосовані			
	механічні	фізичні	хімічні	біологічні
Гнійні захворювання шкіри та підшкірної клітковини в гнійно-некротичній стадії	Розтин гнояка. Видалення змертвілих тканин	Дренаж. Ультразвук. УФ-опромінення. Сорбенти. Осмотичні засоби. Лазерне опромінення	Засоби для місцевого застосування. Хіміотерапевтичні засоби.	Місцева і загальна антибіотикотерапія. Протеолітичні ферменти. Засоби пасивної і активної імунізації

5. Зміст теми.

Під хірургічною інфекцією розуміють захворювання, які спричиняються живими збудниками, характеризуються утворенням місцевих вогнищ запалення, специфічними реакціями організму на збудник і вимагають хірургічного лікування. Вони характеризуються низкою спільних особливостей.

Гідраденіт (*hydradenitis*) – гнійне запалення апокринних потових залоз.

Етіологія і патогенез. Гідраденіт викликає в основному золотистий стафілокок, проникаючий через вивідну протоку потової залози. Привертаючими моментами до розвитку захворювання слугують недотримання особистої гігієни, підвищена пітливість, забруднення шкіри, захворювання шкіри (дерматит, екзема).

У потовій залозі розвивається запальна інфільтрація тканин з подальшим гнійним розплавленням.

Клінічні прояви і діагноз. При обстеженні хворих наголошується хвороблива припухлість — частіше в паховій, рідше в паховій або періанальній ділянках (місцях розташування апокринних потових залоз). З анамнезу вдається з'ясувати наявність привертаючих моментів: підвищеної пітливості, недотримання правил гігієни, застосування депіляторіїв, гоління волосся в пахових западинах.

Захворювання починається гостро, з появи невеликого болючого вузлика, який збільшується в діаметрі до 1-2 см і різко виступає над поверхнею навколишньої шкіри.

При огляді спостерігається припухлість багрово-червоного кольору. При залученні до процесу декількох потових залоз вузли зливаються в щільний інфільтрат, який може займати всю пахову западину. Поодинокі вузли розташовуються поверхнево, спаяні зі шкірою. Через 10-15 днів в центрі припухлості з'являється розм'якшення, визначається флюктуація, з інфільтрату, що розкрився, починає виділятися вершкоподібний гній. Після відходження гною настає загоєння з формуванням рубця. Захворювання може рецидивувати.

При залученні до процесу навколишньої підшкірної жирової клітковини може розвинути флегмона, при залученні лімфатичних вузлів — лімфаденіт.

На відміну від фурункула виступаючий інфільтрат не має фолікулярної пустули і некротичного центру. Для пахового лімфаденіту характерні глибоке розташування інфільтрату, збільшення лімфатичних вузлів, відсутність спаяності пухлиноподібного утворення зі шкірою.

Для лікування гідраденіта використовують антибіотики, сульфаніламіді тривалої дії. Проводять імунізацію стафілококовим анатоксином. У паховій западині збривають волосся, шкіру протирають спиртом, одеколоном, змащують 3% розчином діамантового зеленого. Застосовують фізіотерапію — струми УВЧ, УФ-опромінення.

При абсцедуванні гідраденіту удаються до хірургічного лікування, розтину абсцесу, видаленню гною. При тривалому безуспішному лікуванні гідраденіта і загрозі розвитку сепсису висікають всю жирову клітковину в паховій западині, як при карбункулі.

Мастит (*mastitis*) — запалення паренхіми і інтерстиціальної тканини молочної залози.

Молочна залоза — орган, що має складну альвеолярно-трубчасту будову, складається з 15-20 часточок, відокремлених один від одного прошарками жирової тканини, пронизаною рихлою сполучною тканиною. Кожна часточка має вивідну молочну протоку, всі вони сходяться радіально до соска і відкриваються на його верхівці. Розташування проток слід враховувати при розтині абсцесів — розрізи слід проводити радіально і починати або закінчувати їх не менше ніж на 1-1,5 см від навколососкового кружка (ареоли). Залоза розміщена у фасціальній капсулі, що є розщепленими листками поверхневої фасції. Від фасції відходять тонкі перетинки між часточками і окремі перетинки до шкіри. Залоза оточена жировою клітковиною, яка більше розвинута на передній поверхні, менш в бічних відділах, і незначний жировий прошарок є на задній поверхні залози — ретромамарний простір. Останнє відділяє залозу від фасції. Судини молочної залози — гілочки внутрішньої і зовнішньої грудних артерій, розташовуються в радіальному напрямку, що слід враховувати при виконанні розрізів.

Найчастіше зустрічається лактаційний мастит.

Форми маститу:

- серозна;
- інфільтративна;
- абсцедуюча;
- флегмонозна;
- гангренозна.

Лімфангіт (*lymphangitis*) — вторинне захворювання. У випадку, коли запальне вогнище не обмежилось, інфекція може проникнути в лімфатичні шляхи і викликати запалення їхніх стінок. Вогнищем інфекції можуть бути обмежені запальні процеси (фурункул, карбункул, флегмона, абсцес), різні травми: різані, колоті, укушені рани, садна, подряпини, опіки.

У випадках локалізації лімфангіту в підшкірній клітковині він діагностується легко. Над шкірними лімфатичними судинами з'являється відчуття печіння, свербіння, незначна болючість. На шкірі — червоні смуги, які йдуть від вогнища інфекції до лімфатичних вузлів (звичайно від периферії до центру). За ходом цих смужок під шкірою пальпуються щільні болючі тяжі.

Підвищення місцевої і загальної температури тіла. Як під час всякої іншої інфекції, порушується загальний стан хворого (частий пульс, озноб, головний біль, зміни у крові та ін.). Тяжкі форми лімфангіту можуть ускладнюватися абсцесом, флегмоною, тромбофлебітом.

Лікування хворих з лімфангітом треба починати з ліквідації первинного вогнища, після чого лімфангіт зникає. Ураженій ділянці слід надати спокій (імобілізація), призначити зігрівальні компреси, антибіотики, фізіотерапевтичні процедури.

Лімфаденіт (lymphadenitis) — гостре або хронічне запалення лімфатичних вузлів. Гострий лімфаденіт — результат проникнення в лімфатичні вузли неспецифічної, банальної мікрофлори (стрептокок, стафілокок, пневмокок та ін.). Причиною виникнення хронічного лімфаденіту є як неспецифічна, так і специфічна мікрофлора (частіше туберкульозна).

Гострий лімфаденіт, як і лімфангіт, є ускладненням запального вогнища. Процес може локалізуватися в різних лімфатичних вузлах. З поверхневих частіше уражуються пахові, пахвинні, шийні. Під шкірою з'являються один або кілька збільшених, зрощених між собою і дуже болючих лімфатичних вузлів. Шкіра над ними гіперемійована. Згодом запальний процес з лімфатичних вузлів може перейти на прилеглу клітковину і викликати утворення *аденофлегмони*. Як при всякому іншому запальному процесі, порушується загальний стан хворого.

Хронічний неспецифічний лімфаденіт викликається мало-вірулентною інфекцією. Процес локалізується найчастіше на шії, а джерелом інфекції є запальні процеси в ротовій порожнині (каріозні зуби, запалені мигдалики). Лімфатичні вузли збільшуються повільно, вони м'які, не дуже болючі. Загальний стан хворих не порушується. Лікування при гострому лімфаденіті, як і лімфангіті, треба починати з ліквідації первинного вогнища. Консервативна терапія проводиться за загальними правилами гнійної хірургії. У разі розплавлення лімфатичного вузла, його абсцедування показане оперативне втручання в поєднанні із загальним лікуванням.

Застосовують також зігрівальні компреси, фізіотерапевтичні методи. За неефективності — оперативне видалення збільшених лімфатичних вузлів.

Бешиха (erysipelas) — гостре серозне запалення власне шкіри або слизових оболонок з поширенням процесу на лімфатичні судини. Викликається звичайно стрептококом, який проникає в ушкоджену шкіру або слизову оболонку через рани, садна, тріщини. Частіше бешиха спостерігається на лиці, хоча може уражувати й інші ділянки.

Проникнення мікроорганізмів у шкіру викликає розширення кровоносних і лімфатичних судин. Починається серозне або серозно-геморагічне запалення. Ексудат, який утворюється, відшаровує епідерміс, з'являються пухирі. У разі проникнення мікроорганізмів у підшкірну клітковину виникає її запалення (флегмона). У випадку стиснення ексудатом судин шкіри або їх тромбозу розвивається некроз шкіри.

Залежно від описаних морфологічних змін розрізняють кілька форм бешихи: еритематозну, бульозну, флегмонозну, гангренозну.

Найлегшою є *еритематозна*. Характеризується раптовим початком. З'являється локальне почервоніння шкіри або слизових оболонок з нерівними, чітко окресленими краями (вид географічної карти). Місцева температура підвищена. Шкіра незначно набрякла. Температура тіла 38—39°C. Пульс частий 100—120 на 1 хв. Головний біль, запаморочення, загальна слабкість, іноді нудота, блювання. Якщо процес прогресує, еритематозна форма переходить у *бульозну*, для якої характерна поява пухирів, наповнених серозною рідиною. Згодом пухирі розкриваються, і на їх місці утворюються жовті щільні кірки. Загальний стан хворих погіршується.

У разі *флегмонозної форми* бешихи в підшкірній клітковині розвивається серозно-гнійне запалення. Виразений набряк тканин. Загальний стан дуже тяжкий, з явищами інтоксикації (висока температура тіла, тахікардія, сухий язик, нудота, блювання, затьмарення свідомості).

При *гангренозній формі* уражена ділянка шкіри мертвіє, набуває темно-бурого або навіть чорного забарвлення. Флегмонозна і гангренозна форми бешихи рідко виникають на лиці.

Залежно від поширення і перебігу розрізняють *повзучу бешиху*, коли процес поступово поширюється, мігруючи, яка вражає різні ділянки тіла; *рецидивуючу*, яка часто повторюється, оскільки захворювання не залишає після себе імунітету. Часті рецидиви бешихи на одному місці викликають облітерацію стінок лімфатичних судин, що призводить до порушення лімфовідтоку, ущільнення підшкірної клітковини і розвитку слоновості.

Лікування хворих бешиховим запаленням здійснюється лише в стаціонарі. Місцеве з метою зменшення болю накладають мазеві пов'язки осмотично активні (на водорозчинній основі). Добрі результати дає опромінювання уражених ділянок кварцом. Щоб запобігти поширенню інфекції, забезпечують місцевий спокій (при локалізації на лиці — обмеження розмов, рідка їжа), призначають загальнозміцнювальну, вітамінізовану їжу з високою енергетичною цінністю. Рекомендують застосування антибіотиків (пеніцилін залежно від вираженості процесу від 1 млн. 200 тис. і більше), сульфаніламідних препаратів (сульфадимезин, сульфадимектосин). У випадках рецидивної форми бешихи показане переливання крові, стимуляція неспецифічного імунітету (переливання лейкоцитної маси здорового або імунного донора, левамізол, Т-активін та ін.).

При бульозній формі пухирі розкривають і накладають мазеві пов'язки (синтоміцинова емульсія, стрептоцидна суспензія, тетрациклінова мазь).

Флегмонозна форма бешихи, як і гангренозна, вимагає оперативного лікування: розрізування тканин, видалення змертвілих ділянок.

Різновидом бешихи є **еризипелоїд (erysipeloid)**. Захворювання уражує звичайно шкіру пальців і кисті. Воно є результатом проникнення в організм палички свинячої бешихи. Рідше спостерігається на носі, щоках, шиї. Хворіють цим захворюванням люди, які мають справу з розрубуванням м'яса.

Клінічна картина характеризується відчуттям свербіння і печіння в ураженій ділянці, незначним набряком, почервонінням. Іноді набрякають і стають болючими близько розташовані суглоби. Загальний стан хворого порушується мало. Тривалість гострого періоду 10—20 днів, після чого захворювання переходить у хронічну форму. Є схильність до рецидивів.

Лікування еризипелоїда і бешихи подібне. Крім цього, застосовують футлярні новокаїнові блокади, рентгенотерапію, специфічну антитоксичну сироватку проти свинячої бешихи, масляно-бальзамічні пов'язки.

Парапроктит - гостре гнійне запалення параректальної клітковини.

Класифікація:

- підшкірно-підслизовий;
- седалищно-прямокишковий (ішіоректальний);
- тазовий (пельвіоректальний);
- ретроректальний.

Для зменшення ускладнень хірургічної інфекції слід далі вивчати етіологію і патогенез ранової інфекції і гнійно-запальних захворювань, вишукувати нові засоби і напрямки лікування хворих.

6. Матеріали для самоконтролю.

А. Завдання для самоконтролю.

Питання:

1. Класифікація хірургічної інфекції.
2. Що таке контамінація і бактеріальна інфекція?
3. Яких збудників гнійної інфекції ви знаєте? Які шляхи їх проникнення в організм?
4. Місцева і загальна реакції організму у відповідь на проникнення мікроорганізмів.
5. Які ускладнення хірургічної інфекції ви знаєте?
6. У яких напрямках проводиться загальне лікування у випадках хірургічної інфекції?
7. Місцеве лікування хворих із запальними вогнищами.
8. Що таке мастит, його клініка, лікування хворих.
9. Які форми лактаційного маститу.
10. Що ми називаємо гідраденітом? Його клініка, лікування хворих.
11. Що таке парапроктит, які види його ви знаєте?
12. Чим характеризується клінічна картина лімфангіту, лікування хворих?
13. Гострий лімфаденіт, його клініка, лікування хворих.
14. Бешиха, клінічні форми, клініка, лікування хворих.
15. Що таке еризипелоїд?

Завдання:

1. Перерахуйте клінічні прояви місцевої запальної реакції.

2. Намалюйте схему маститу
3. Профілактика лактаційного маститу.
4. Алгоритм діагностики запальних і гнійних захворювань.

Б. Ситуаційні завдання.

6.3. Тести для самоконтролю (початковий рівень знань).

1. Які клінічні ознаки не характерні для гідраденіту?

- а) утворення щільного болючого вузла;
- б) наявність фолікулярної пустули;
- в) виділення вершкоподібного гною;
- г) наявність некротичного центру;
- д) виникнення щільного інфільтрату.

2. У якій ділянці або частині тіла не зустрічається гідраденіт?

- а) у паховій западині;
- б) на волосистій частині голови;
- в) у перианальній і генітальній ділянках;
- г) на долонній поверхні кисті;
- д) в навколососковій ділянці.

3. При серозній стадії гострого маститу не показані:

- а) попередження застою молока шляхом зціджування;
- б) призначення антибіотиків;
- в) ретромамарна новокаїнова блокада;
- г) розтин запального вогнища;
- д) квадрантектомія.

4. Який виконується розріз при розтині ретромамарного маститу:

- а) радіальний;
- б) параареолярний;
- в) над верхнім краєм залози;
- г) по перехідній складці молочної залози;
- д) напівовальний.

5. Які вагітні входять до групи високого ризику розвитку мастита?

- а) з аномалією розвитку молочних залоз;
- б) спортсменки;
- в) які чекають повторних пологів;
- г) з гнійною інфекцією різної локалізації в анамнезі;
- д) імунізовані стафілококовим анатоксином.

6. Запалення при бешисі розповсюджується на:

- а) епідерміс;
- б) сосковий шар;
- в) всі шари шкіри;
- г) лімфатичні судини;
- д) підшкірну клітковину.

7. Найчастіше при бешисі вражаються:

- а) голова, лице;
- б) слизові оболонки;
- в) передпліччя;
- г) пальці кисті;
- д) нижні кінцівки.

8. При лікуванні бешихи протипоказані:

- а) антибіотики;
- б) вологі пов'язки;
- в) УФ-опромінення;
- г) ванни;
- д) обробка осередку ураження 1 % розчином діамантового зеленого.

9. Чим лімфангоїт відрізняється від бешихи?

- а) наявністю міхурів;
- б) відсутністю різких меж гіперемії;
- в) вираженим набряком шкіри;
- г) свербінням шкіри;
- д) наявністю дрібних абсцесів.

10. Характерний клінічний прояв лімфангоїту:

- а) наявність червоних смуг по ходу лімфатичних судин;
- б) гіперемія шкіри з чіткими межами;
- в) набряк шкіри;
- г) дрібнонабрякова висипка;
- д) збільшення лімфовузлів.

11. Розрізняють наступні види запалення лімфовузлів:

- а) серозне;
- б) гнільне;
- в) некротичне;
- г) продуктивне;
- д) специфічне.

12. Якщо в гнійний процес залучені капсула лімфовузла і навколишні тканини, то розвивається:

- а) абсцес;
- б) аденофлегмона;
- в) аденоїди;
- г) карбункул;
- д) флегмона.

13. При гострому парапроктиті спочатку запалюються:

- а) анальні залози;
- б) зовнішній сфінктер заднього проходу;
- в) внутрішній сфінктер заднього проходу;
- г) перианальна шкіра;
- д) анальні крипти Морганьї.

14. По відношенню до волокон зовнішнього сфінктера заднього проходу гнійний хід при гострому парапроктиті може розташовуватися:

- а) зовні;
- б) крізь сфінктер;
- в) попереду;
- г) ззаду;
- д) збоку.

15. У чому полягає радикалізм операції при гострому парапроктиті?

- а) розтині і дронуванні гнояка;
- б) ушиванні післяопераційної рани кетгутом;

- в) введенні в просвіт прямої кишки газовідвідної трубки;
- г) ліквідації гнійного ходу і вхідних воріт інфекції – внутрішнього отвору в анальній крипті;
- д) накладенні сигмостоми.

Тести та задачі для перевірки вихідного рівня знань

1. Запалення при бешисі не розповсюджується на:

- а) кістку та суглоби;
- б) сосковий шар;
- в) всі шари шкіри;
- г) лімфатичні судини;
- д) підшкірну клітковину.

2. Лікувальні заходи при еритематозній формі бешихового запалення?

- а) вологі пов'язки з декаметоксином;
- б) УФ-опроміненнявогнища запалення;
- в) обробка шкіри спиртовим розчином діамантового зеленого;
- г) призначення парентерально антибіотиків;
- д) ванночки з марганцевокислим калієм.

3. У хворої розкрито гнійний мастит правої молочної залози. Яку пов'язку потрібно застосувати? :

- а) оклюзійна;
- б) підтримуюча на молочну залозу;
- в) спіральна на грудну клітку;
- г) давляча на молочну залозу;
- д) пов'язка „суспензорій“.

4. Хвора, 34 років, скарги на тупий біль в молочній залозі, набряк, наявність об'ємного утворення, температура тіла 38.8°C. Хворіє 4 доби. Об'єктивно: у верхньо-зовнішньому квадранті правої молочної залози пухлиноподібне утворення до 5см в діаметрі, щільне, болюче при пальпації, набряк та гіперемія навколо, флюктуація. Ваш діагноз:

- а) фіброаденома молочної залози;
- б) абсцедуючий мастит;
- в) фіброзно-кистозна мастопатія;
- г) рак молочної залози ;
- д) карбункул.

5. Характерний клінічний прояв лімфангоїту:

- а) наявність червоних смуг по ходу лімфатичних судин;
- б) гіперемія шкіри з чіткими межами;
- в) набряк шкіри;
- г) дрібнонабрякова висипка;

6. 15. Хвора Л., 67 років, звернулась в поліклініку зі скаргами на наявність пухлиноподібного новоутворення в верхньозовнішньому квадранті лівої молочної залози, яке виявила при самообстеженні 5 днів тому, після подряпини і яке поступово збільшується в розмірах. Температура тіла 36,6 °С. При пальпації утворення до 1,5 см в діаметрі, щільне, бугристе, спаяне з навколишніми тканинами, шкіра над ним горяча на дотик, змінена. Якої локалізації мастит у хворої?

- а) інтрамамарний;
- б) підшкірний;
- в) параареолярний;

г)ретромамарний.

Ситуаційні задачі для вихідного рівня знань

1. На прийом до хірурга прийшов пацієнт зі скаргами на біль у правій пахвовій ділянці, що посилюється при рухах в правому плечовому суглобі. Хворіє третю добу.

При огляді в пахвовій ділянці виявлено три щільні обмежені інфільтрати діаметром від 0,8 до 1,2 см, що випинають над шкірою, з гіперемією останньої над ними. В центрі інфільтратів ділянки розм'якшення.

Що трапилося з хворим? Якою повинна бути лікувальна тактика?

2. Увечері в хірургічний стаціонар госпіталізована молода жінка через 16 днів після пологів зі скаргами на біль в правій молочній залозі, пропасницю.

Хворіє більше тижня. Займалася самолікуванням, але воно ефекту не дало.

Температура тіла 39,9 °С. Права молочна залоза збільшена. У нижніх квадрантах її глибоко пальпується обширний, щільний, болючий інфільтрат з розм'якшенням в центрі. Пахвові лімфовузли справа збільшені і болючі.

Ваш діагноз? Як повинен поступити черговий хірург? Як бути з годуванням дитини?

3. У хірургічне відділення госпіталізована хвора зі скаргами на біль в лівій молочній залозі, який турбує протягом 6 днів. Годує груддю. Дитині 12 днів від народження. Шкірні покриви бліді.

У верхньозовнішньому квадранті лівої молочної залози визначається болюче ущільнення діаметром до 6-7 см, з розм'якшенням в центрі.

Який діагноз Ви поставите? Ваша лікувально-діагностична тактика?

4. На прийом до хірурга прийшла жінка зі скаргами на біль в ділянці соска лівої молочної залози через 22 дні після пологів.

Ареола набрякла. Спостерігаються припухлість, інфільтрація в нижньому півколі її з чіткою флюктуацією в центрі.

Ваші діагноз і лікувальна тактика?

5. У приймальний спокій лікарні звернулася 45-річна жінка зі скаргами на біль в правій гомілці, головний біль, слабкість, розбитість. Хворіє 2 доби. Температура тіла щовечора підвищувалася до 39 °С.

На передньозовнішній поверхні нижньої і середньої третин гомілки є обширна, яскраво-червоного кольору пляма з декількома дрібними наповненими серозно-геморагічним ексудатом міхурами. Межі гіперемії чіткі, нерівні (у вигляді географічної карти). На місці гіперемії шкіра тістувата, різко болюча при пальпації.

Аналіз крові: лейкоцити — $15,1 \times 10^9$ /л, паличкоядерні нейтрофіли – 7%, ШОЕ – 34 мм/год.

Ваш діагноз? Чи слід хвору при госпіталізації ізолювати від решти хворих у відділенні? Яке Ви лікування призначите?

6. Хворий Д., 26 років, викликав додому дільничного лікаря з приводу болю в горлі, підвищення температури тіла, пропасниці. Захворів 1 добу тому.

При огляді піднебінні мигдалики значно збільшені, виступають з-за піднебінних дужок, яскраво гіперемовані, при натисканні на них шпателем виділяється гній. При пальпації в обох підщелепних ділянках визначаються щільні, округлі, рухомі, не спаяні зі шкірою болючі утворення до 2 см в діаметрі. Шкіра над ними не змінена.

Що трапилося з хворим? Чи має потребу він в екстреному хірургічному втручанні?

7. На прийом до лікаря прийшов військовослужбовець, який скаржиться на біль в правій стопі, який турбує протягом 3 днів.

При огляді на тилі II-III пальців правої стопи є подряпини з гнійним нашаруванням. Стопа на тильній поверхні набрякла, тут же спостерігається гіперемія у вигляді червоних поздовжніх

смуг, болючих при доторканні. У правій паховій області пальпується помірно болючий, щільноеластичної консистенції, розміром до 1,5 см в діаметрі вузол. Шкіра над ним не змінена.

Ваші діагноз і лікувальна тактика?

8. У стаціонар поступив хворий 64 років зі скаргами на біль в задньому проході, що посилюється під час акту дефекації, підвищення температури тіла ввечері до 37,6-38,0°C. Хворіє протягом 5 днів.

При пальцевому ректальному дослідженні по лівій боковій стінці анального каналу з переходом на ампулу кишки визначається болючий інфільтрат з розм'якшенням в центрі.

Аналіз крові: помірний лейкоцитоз із зрушенням формули вліво, ШОЕ – 19 мм/год.

Який діагноз Ви поставите хворому? Чи показано оперативне лікування? Якщо так, то як Ви проведете операцію?

9. Хворий М., 79 років, звернувся зі скаргами на біль, набряк та наявність пухирів в ділянці лівої гомілки та стопи. Захворів гостро 8 днів тому після отримання подряпин (збирав агрус). Захворювання почалось з підйому температури до 40,1°C, почервоніння шкіри навколо подряпин, яке мало чіткі межі.

При огляді відмічається набряк лівої гомілки та стопи, в нижній треті лівої гомілки три пухирі розмірами 3×5 см, заповнені рідиною солом'яного кольору, ділянка локального поблідніння шкіри до 6×8 см, яка при подразненні на біль не реагує.

Ваш діагноз. Яке лікування показано хворому?

10. Хвора Р., 38 років, прийшла на прийом до хірурга зі скаргами на біль та наявність пухлиноподібного новоутворення в ділянці заднього проходу, підвищення температури тіла до 38°C.

На 7 годинах за умовним циферблатом біля відхідника наявний інфільтрат грушоподібної форми розмірами 3×5 см, верхівкою в бік задньої крипти. Перианальні шкірні складки згладжені, пальпація інфільтрату викликає посилення болю, палькується в центрі ділянка розм'якшення.

Сформулюйте діагноз. Чи показані хворому теплові процедури? В чому полягає радикалізм оперативного лікування в наведеному клінічному випадку?

11. Жінка 43 років 2 дні тому випадково роздерла прищик, що був розташований в нижній третині правого передпліччя. Через 1 добу в цій ділянці з'явилася щільна болюча припухлість.

Місцево: по передній поверхні нижньої третини правого передпліччя визначається пухлиноподібне новоутворення до 1 см в діаметрі в центрі якого знаходиться волос, в проксимальному напрямку спостерігається гіперемія у вигляді червоних поздовжніх смуг, болючих при доторканні. В центрі інфільтрату ділянка розм'якшення. У правій паховій ділянці пальпується помірно болючий, щільноеластичної консистенції, розміром до 1,0 см в діаметрі вузол. Шкіра над ним не змінена.

Ваш діагноз. Яке лікування показано?

12. Хвора К., 19 років, 2 доби тому відмітила появу болючого пухлиноподібного інфільтрату в лівій паховій ямці. Пальпаторно хірург поліклініки виявив, що інфільтрат на поверхні шкіри, туго-еластичної консистенції, над ним локальна гіпертермія, рухи в суглобі призводять до посилення болю.

Сформулюйте діагноз. Коли слід проводити оперативне лікування?

13. Хвора У., 29 років, звернулася до хірурга поліклініки зі скаргами на невизначену лихоманку та біль в глибині нижнього відділу черевної порожнини і при дефекації.

Хвора послідовно лікувалася у терапевта, уролога, гінеколога.

При огляді і зовнішньому обстеженні живота патологічних змін не виявлено. Натискання в ділянці заднього проходу болючості не викликає. При дослідженні пальцем, введеним в задній

прохід, високо, через стінку прямої кишки, по передній стінці, визначається щільний, болючий інфільтрат, який дещо випинає в просвіт прямої кишки. Пальцем обстежити верхній край інфільтрату не вдається.

Сформулюйте діагноз. Чому у лікарів інших спеціальностей виникли труднощі в діагностиці?

14. При виконанні оперативного втручання з приводу гострого парапроктиту у хворого Д., 48 років, введений за допомогою шприця в порожнину гнояка розчин барвника вийшов в ділянці задньої крипти. При розрізі гнояка отримано 30 мл рідкого гною сіруватого кольору. Гудзикуватий зонд, введений в перианальну рану, пройшов зовні від сфінктера (екстрасфінктерно) і також вийшов в ділянці задньої крипти.

Якою повинна бути подальша тактика хірурга?

7. Література:

Основна:

1. Методичні розробки для аудиторної та самостійної роботи студентів.
2. Загальна хірургія / За ред. С.П.Жученко, М.Д.Желіби, С.Д.Хімича – Київ.: Здоров'я, 2018, – С. 316-323.
3. Хірургія. Т. I : Підручник з загальної хірургії / За ред. Я.С.Березницького, М.П.Захараша, В.Г.Мішалова, В.О.Шидловського. – Дніпропетровськ: РВА “Дніпро-VAL”, 2018. – С.320-330; 339-341.
4. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реаніматології та догляду за хворими – Київ.: Здоров'я, 1999. – С. 314-321.
5. Конспекти лекцій

Додаткова:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учеб. – М.: Медицина, 2004. – С. 38-48.
2. С.В. Петров. Общая хирургия: Учеб. – М.: Медицина, 2005. – С. 558-559; 564-578.
3. Г.П.Рычагов, В.Е.Кремень. Ситуационные задачи и тестовые вопросы по общей хирургии– Минск.: „Высшая школа”, 1998.
4. Форрест А.П., Картер Д.С., Маклеод І.Б. Хірургія: основи і практика. – Київ: УКСП “Кобза”, 1994. – 342 с.
5. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. - Москва: "Медицина", 1981. - 688 с.

Методичні рекомендації підготувала

Доцент кафедри загальної хірургії Чорна І.О. _____