

Кафедра загальної хірургії з доглядом за
хворими (ПДМУ)

**НЕКРОЗИ, ГАНГРЕНИ, ВИРАЗКИ,НОРИЦІ,
ПРОЛЕЖНІ,СТОРОННІ ТІЛА.**

к.мед.н.доцент Шумейко І.А.

Некроз (necrosis) – омертвіння, відмирання частини тканини або органу, яке супроводжується незворотним припиненням їх життєдіяльності.

× **Причини:**

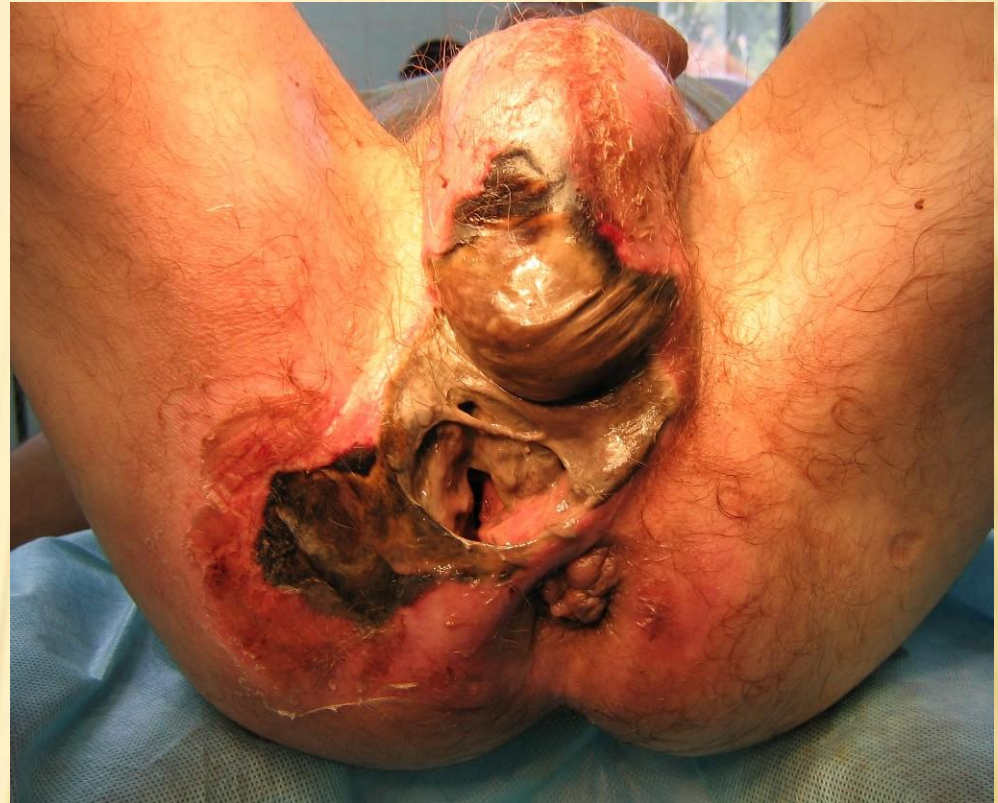
- × зовнішні впливи (температура, хімічні речовини, променева або електрична енергія)
- × механічна травма (розчавлювання або розтрощення тканин)

**Первинний
некроз**

- × розлади місцевого кровообігу внаслідок тромбозу, емболії, облітерації судини
- × порушення трофічної іннервації при пошкодженні нервів, сингломієлії і прокази.

**Непрямий,
вторинний
некроз**

- ✗ Явні ознаки некрозу з'являються через 4-6 годин після змертвіння тканин.
- ✗ Омертвілі тканини піддаються відторгненню, утворенню виразки.
- ✗ При великих некрозах розпад тканин і всмоктування токсичних речовин ведуть до розвитку інтоксикації.



Некроз:

- ✗ Коагуляційний (сухий - при опіках, сухий гангрені)
- ✗ Колікваційний (вологий - при опіках лугами, вологій гангрені).



Гангрена (gangrena) - одна з форм, омертвіння (некрозу) тканини, обумовлена первинним порушенням кровообігу з розвитком омертвіння тканин або всього органу.

× **Причини:**

- × Зовнішні чинники - великі роздавлювання, розтравлення тканин, пошкодження судин, здавлення органу (наприклад, гіпсовою пов'язкою)
- × Внутрішні - заворот кишки зі здавленням судин, тромбози і емболії судин, облітеруючий атеросклероз, облітеруючий ендартеріт.

- × Найбільш частою причиною гангрену буває гостра і хронічна артеріальна непрохідність.

× **Етіологія.**

- × 1. Гостре порушення кровообігу (тромбоз або емболія, пошкодження, здавлення, перев'язка, перекручення або тривалий спазм магістральної артерії).
- × 2. Захворювання судин (атеросклероз, облітеруючий ендартеріт, хвороба Рейно).
- × 3. Ферментативний некроз (панкреатит, вплив токсинів при анаеробній інфекції - газова гангрена, при цукровому діабеті – діабетична гангрена).
- × 4. Вплив високої (опіки) або низької (відмороження) температури, електричного струму, хімічних речовин.

Клініка

- ✗ Гангрена, що розвинулась внаслідок гострого припинення кровообігу супроводжується сильним болем, що локалізується нижче місця закупорки судини.
- ✗ Зовнішній вигляд кінцівки швидко змінюється: вона стає блідою, потім мармурово-синюватою, холодної, зникає чутливість шкіри.
- ✗ При розвитку сухої гангрені ділянка некрозу поступово висихає, з'являється чітка демаркаційна лінія на кордоні здорових і відмерлих тканин. Шкіра стає чорною. Інтوكсикація відсутня або виражена незначно.
- ✗ При вологій гангрені стан хворого важкий внаслідок всмоктування продуктів розпаду тканин в кров і розвитку інтоксикації. Характерні висока температура тіла, тахікардія, озноб, спрага, сухість шкіри та слизових оболонок. В області некрозу шкіра стає синюватою, з темно-червоними плямами, з'являються пухирі з геморагічним вмістом. Кінцівка набрякла, збільшена в обсязі, тканини брудно-сірі, зі смердючим запахом.
- ✗ При перших ознаках некрозу необхідно створити спокій, накласти асептичну пов'язку.



Суха гангрена



Волога гангрена

Класифікація гангрен шкіри.

1. Як результат інфікування її стрепто- і стафілококами, синьогнійною та дифтерійною паличкою і фузоспірохетами.
2. Вторинна - на тлі гострих інфекційних захворювань (віспи, сибірської виразки).
3. Вторинна на тлі хронічних інфекційних захворювань (ТБС, сифіліс, проказа).
4. При отруєнні (ерготоніном, окисом карбону, свінцем, фосфором та ін.).
5. В результаті дії різних фізичних факторів (опіки, відмороження, променеві ушкодження).
6. В результаті дії різних хімічних речовин (кислот та лугів, гіпертонічних розчинів, деяких солей при їх підшкірному введенні).
7. В результаті тромбозу артерій олійною суспензією лікарських речовин.
8. У формі множинних обмежених вогнищ некрозу, у ослаблених хворих і у тих, хто переніс важке захворювання.
9. Прояв алергічних захворювань.
10. Стареча та діабетична , хвороба Бюргера.
11. Як наслідок деяких дерматомікозів.
12. Після навмисного використання їдких припікаючих речовин.

Діагностика.

1. Анамнез.
2. Огляд.
3. Спеціальні методи обстеження:
 - лабораторні (аналізи крові, сечі),
 - біохімічні (електроліти, білки, ліпіди),
 - згортання крові,
 - капіляроскопія,
 - осцилографія,
 - плазмографія,
 - реовазографія,
 - ангіографія,
 - термографія,
 - рентгенологічні,
 - комп'ютерна томографія.

Патогенез.

1-я стадія ішемії - стадія функціональних змін - характеризується гострим болем у кінцівках, зникненням периферичного пульсу, різкою блідістю і зниженням температури шкірних покривів. Больова і тактильна чутливість збережені. Активні рухи в суглобах обмежені. Відновлення прохідності судин в цей період призводить до відновлення всіх функцій в цій ділянці кінцівки.

2-я стадія ішемії - стадія органічних змін - характеризується подальшим прогресуванням ішемії. У цей період настає набряк м'язів і розвиток контрактури. Рухи кінцівки, як активні, так і пасивні різко обмежені. Блідно-білий колір шкіри змінюється синюшністю. Больова і тактильна чутливість різко знижені. Відновлення кровообігу в цей період дозволяє зберегти кінцівку, але функція її або втрачається повністю, або різко обмежується.

3-тя стадія ішемії - некротична - в цей період настає гангрена тканини кінцівки на різних рівнях. Больова і тактильна чутливість повністю відсутні. Рухи кінцівки неможливі. Відновлення прохідності магістральних артерій в цей період не рятує кінцівку. Показана ампутація з приводу виникнення гангрен.

Профілактика гангрен.

1. Попередження і лікування захворювань, ускладненням яких є гангрена (гострі хірургічні, серцеві захворювання, травми, ендартеріїт і т.д.).
2. Відновлення порушеного кровообігу.

Лікування гангрени та некрозу.

1. Етіологічне.
2. Патогенетичне.
3. Симптоматичне.
4. Хірургічне.

Лікування

- ✗ Спільні дії при лікуванні некрозу - розсічення (некротомія) і видалення (некректомія) некротизованих тканин.
- ✗ При некротомії проводять декілька паралельних розрізів відмерлої тканини, не вдаючись до анестезії, потім накладають спиртові пов'язки або застосовують засоби фізичної антисептики, сприяють видаленню розплавлених некротизованих тканин. В результаті зменшується інтоксикація організму.
- ✗ Некректомію можна виконати за допомогою скальпеля, ножиць (механічна некректомія), протеолітичних ферментів (хімічна некректомія), фізичних факторів - ультразвуку, лазерних променів (фізична некректомія).
- ✗ При прогресуючій вологій гангрені слід виконати високу ампутацію кінцівки, не чекаючи відмежування процесу. При сухій гангрені вичікують, поки не утвориться демаркаційна лінія; ампутацію роблять вище неї, в межах здорових тканин.



Виразкою. (ulcus). - називається дефект покривів, який розвивається в результаті змертвіння їх з відсутністю або слабо вираженим процесом регенерації. Виразки утворюються після відторгнення некротизованої тканини - шкіри або слизової оболонки.

- ✗ У розвитку трофічних виразок мають значення різні патологічні процеси:
- ✗ травматичні впливи (опіки - хімічні, термічні, променеві, електроопіки; відмороження, великі і скальповані рани);
- ✗ хронічні розлади крово- і лімфообігу (хронічна артеріальна і венозна недостатність, слоновість);
- ✗ хвороби нервової системи (ушкодження периферичних нервів, сирингомієлія, сухотка спинного мозку - tabes dorsalis);
- ✗ порушення обміну речовин (цукровий діабет, авітаміноз);
- ✗ системні захворювання (колагенози, хвороби крові та кровотворних органів);
- ✗ інфекційні хвороби (туберкульоз, сифіліс, проказа, рожа, глибокі мікози);
- ✗ пухлини (розпад ракової пухлини).

- ✗ **Загальні ознаки всіх трофічних виразок:**
- ✗ порушення харчування (трофіки) тканин
- ✗ розпад тканин (некроз).

- ✗ **Трофічні розлади можуть бути:**
- ✗ місцевого характеру (судинна недостатність, вплив травми, руйнування пухлини)
- ✗ загального характеру (системні хвороби, хвороби обміну речовин).

- ✗ **Причина вазотрофічних виразок** - порушення припливу (відтоку) крові або лімфи.
- ✗ При посттравматичних виразках до трофічних розладів призводять порушення кровообігу навколо виразки внаслідок утворення рубцової тканини. Такі виразки називають рубцово-трофічними.
- ✗ Виразки, що виникають при порушенні іннервації органу, називають нейротрофічними.



Рубцово-трофічна виразка



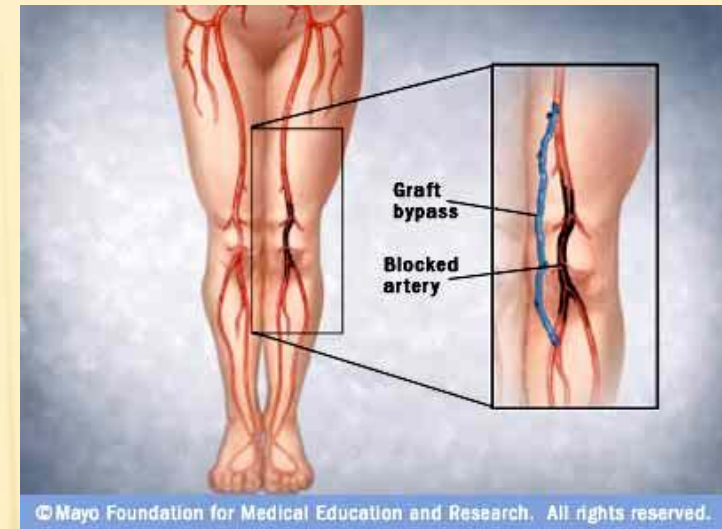
Вазотрофічна виразка



Нейротрофічна виразка

Атеросклеротичні виразки

- ✗ виникають у літніх людей. Локалізовані вони в нижній третині гомілки, на стопі, бувають невеликих розмірів округлої або овальної форми. Грануляції мляві, бліді, края виразки щільні, нерівні, відзначають виражені ознаки хронічної артеріальної недостатності.



Варикозно-трофічні виразки

- ✗ бувають великими, частіше локалізовані в області внутрішньої кісточки.
- ✗ Виразки глибокі, тканини навколо них склерозовані, ущільнені, шкіра з темними плямами. Пальпація виразок незначно болісна.
- ✗ Завжди відзначають поєднання виразок з варикозним розширенням поверхневих вен, що дуже важливо для встановлення діагнозу.



Розпад пухлини

- ✗ виявляють щільний інфільтрат, який іде в глибину, нерухомий, спаяний з навколишніми тканинами та органами; на ньому розташовується виразка.
- ✗ Виразка має потовщені, щільні, горбасті, нерівні краї, дно вкрите некротичними тканинами, часто визначаються ділянки розростання по краях виразки (триває активне зростання пухлини).



Діагностика:

1. Загальні методи обстеження.
2. Спеціальні:
 - ангіографія,
 - мікроскопія.

Профілактика:

Лікування основного захворювання.

Лікування:

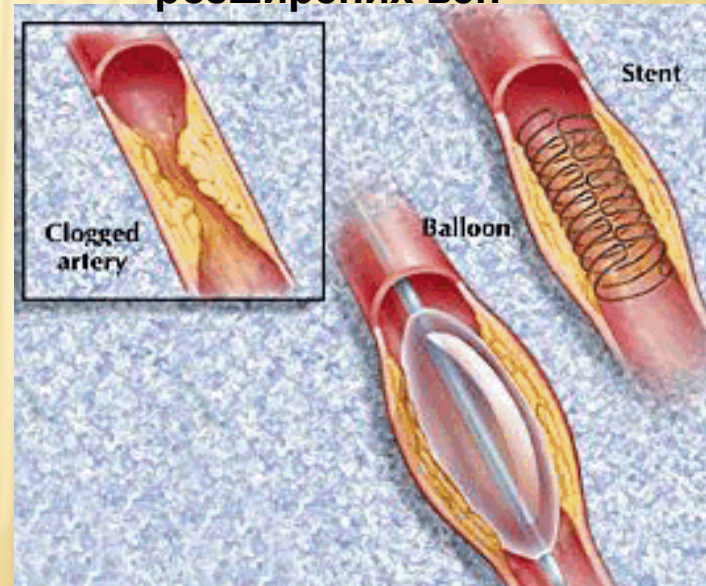
1. Консервативне.
2. Оперативне.
3. Комбіноване.

Лікування

- ✗ Лікування трофічних виразок повинно бути патогенетичним - направлено на нормалізацію трофіки тканин:
- ✗ відновлення кровообігу (наприклад, висічення варикозно-розширених вен нижніх кінцівок, пластика артерій),
- ✗ видалення рубцово-змінених тканин при рубцово-трофічних виразках.



висічення варикозно-розширених вен



пластика артерій

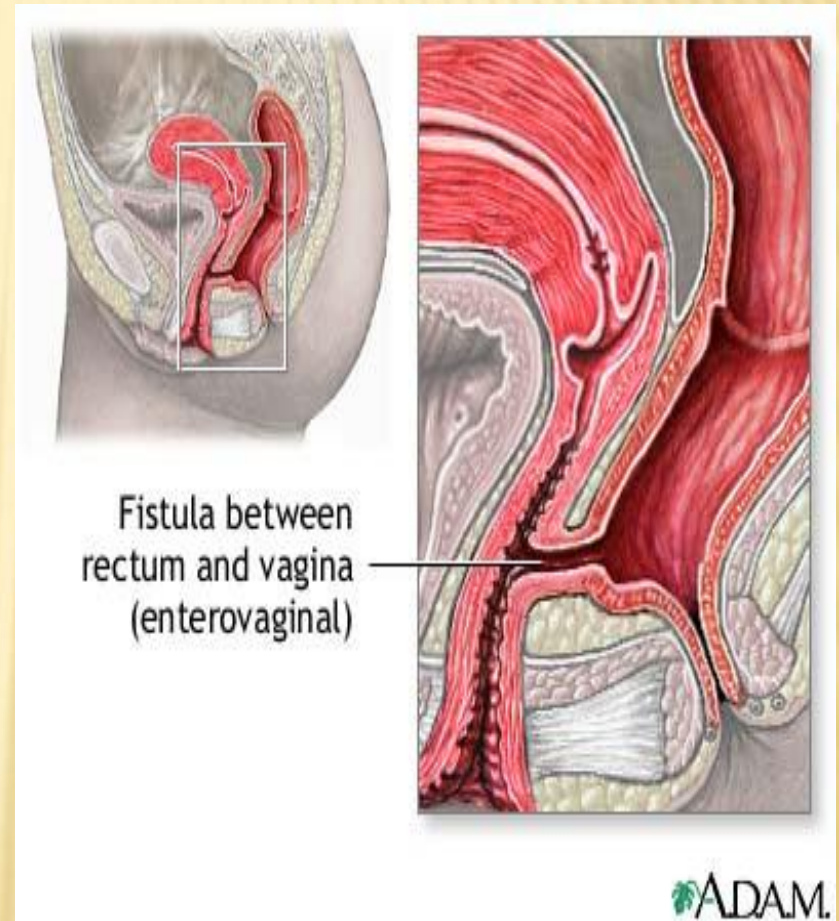
Аутодермопластика вільним розщепленим клаптем, а) - трофічна виразка, б) - виразка підготовлена до пластики, в) - виразкова поверхня закрита шкірним лоскутом, г) - трансплантати прижилися.

- ✗ Місцеве лікування повинно бути спрямоване на швидке очищення виразок від некротичних тканин і ліквідацію інфекції. Застосовують протеолітичні ферменти, вакуумування, висічення виразок.
- ✗ Для прискорення регенерації тканин використовують фізіотерапевтичне лікування, пов'язки з препаратами, що поліпшують репаративні процеси.
- ✗ Значно прискорює загоєння виразок пересадка шкіри хворого - аутодермопластика.
- ✗ Загальнозміцнююче лікування: вітамінотерапія, повноцінне харчування, посилення анаболічних процесів.



Нориця

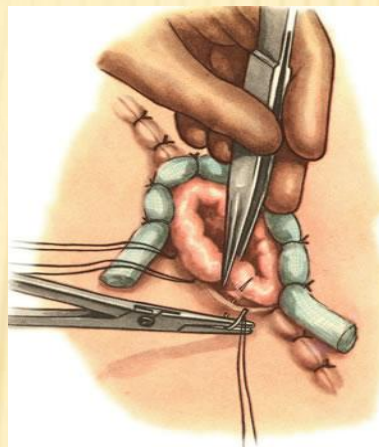
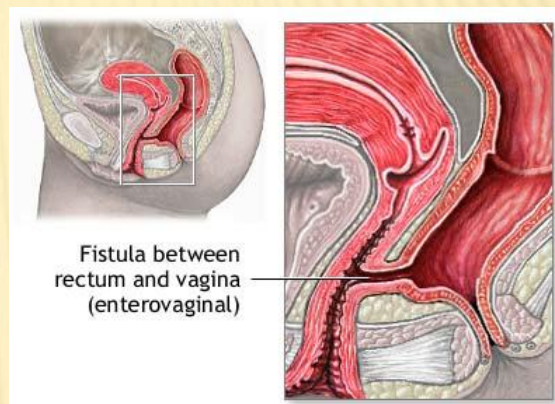
- ✗ **Нориця (fistula).** - це вузький канал, вистланий грануляціями або епітелієм, який з'єднує орган, порожнину або глибоко лежачі тканини з поверхнею тіла. Нориця також може об'єднувати порожнисті органи між собою.
- ✗ **Етіологія.**
 - ✗ 1. Запальні процеси.
 - ✗ 2. Пухлини.
 - ✗ 3. Травма.
 - ✗ 4. Недоліки розвитку.
 - ✗ 5. Сторонні тіла.
 - ✗ 6. Порушення трофіки тканин.
 - ✗ 7. Створені хірургом з метою лікування.



За будовою виділяють:

- ✗ епітелізовані (трубчасті) нориці
нориці, стінки яких покриті епітелієм (вроджені);
- ✗ губовидні - епітелій слизової оболонки полого органу переходить безпосередньо на шкірні покриви (штучні);
- ✗ гранулюючі нориці, стінки яких покриті грануляціями (придбані).

Природжена
ректовагінальна
нориця



Губовидна нориця
товстої кишки.
Підшивання краю
слизової оболонки
кишки до шкіри.

Кістково-суглобової
панарицій - на
тильній поверхні
суглоба гнійна нориця
з великими
патологічними
грануляціями



Класифікація.

за характером виділень:

- гнойні;
- продукти розпаду тканин;
- секрет органу;
- зміст полого органу (сеча, вміст кишечника).

за походженням:

- а) вроджені (вади розвитку - кісти шиї, свищі пупка);
- б) придбані (остеомиєліт, ТБС, чужорідні тіла, лігатури, розпад пухлин, міхурово-маткові нориці, травматичні, кишкові, бронхіальні);
- в) створені оперативним шляхом: сечового міхура, кишкові нориці.

щодо зовнішнього середовища:

- а) зовнішні;
- б) внутрішні.

за будовою:

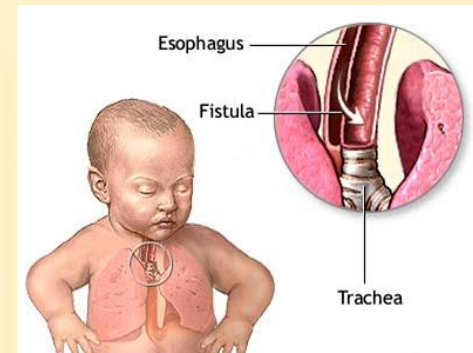
- а) гранулюючі;
- б) епітелізовані;
- в) губовидні.

за характером виділень:

- сечові,
- слинні,
- калові,
- лікворні,
- гнійні,
- слизові,
- жовчні і ін.

Нориці за походженням:

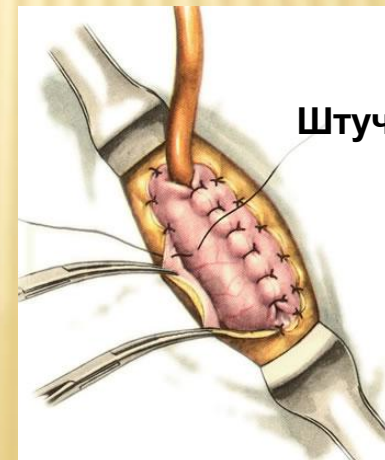
- ✗ вроджені (наслідок порушення ембріонального генезу, тобто пороки розвитку)
- ✗ придбані в результаті травми, пухлини, запальних захворювань (патологічні свищі)
- ✗ штучні - внаслідок операцій, що закінчуються формуванням внутрішньої або зовнішньої нориці - остаточним або проміжним етапом операції можуть бути гастростома, ентеро-і колостома, епіцистостома та ін.



Врожденні трахеоезофагальні нориці

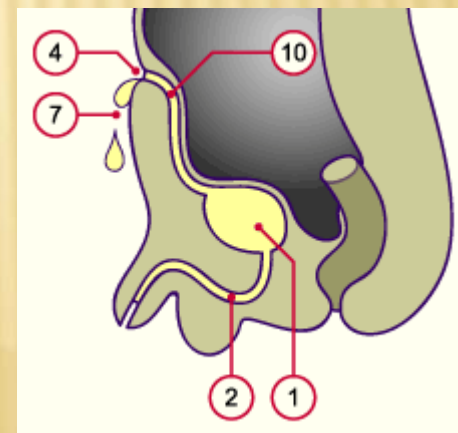


Післятравматичні нориці



Штучні нориці

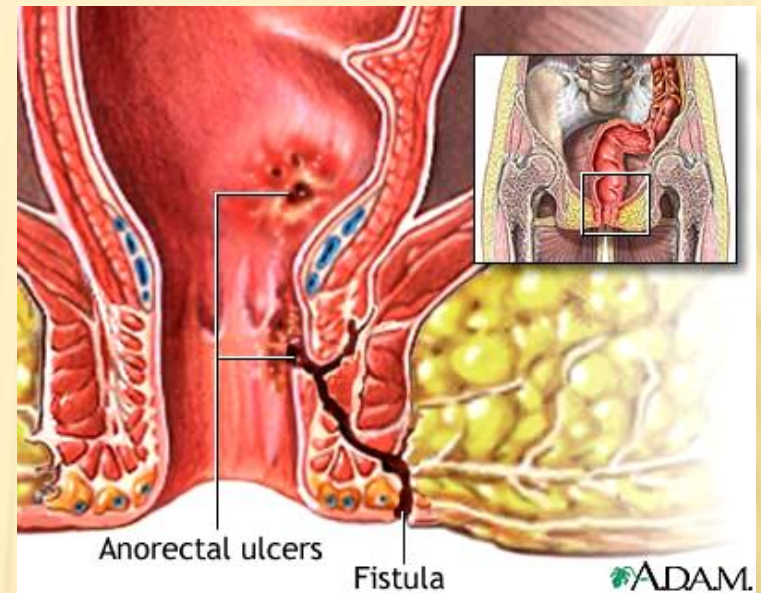
- ✗ У вроджених свищів є загальна особливість будови:
- ✗ їх внутрішня поверхня покрита епітелієм (епітелізовані трубчасті нориці),
- ✗ виділеннями може бути слиз (при нориці шиї)
- ✗ кишковий вміст (при нориці пупка, викликаного незарощенням желточного протока)
- ✗ сеча (при міхурово-пупкових норицях пов'язаних з незарощенням сечового протоку).
- ✗ утворення таких нориць пов'язано з патологією розвитку.



- ✗ Придбані нориці внутрішніх органів формуються в результаті механічної травми органів:
- ✗ пошкоджень при ендоскопії
- ✗ бужированні або зондуванні
- ✗ пошкодження сторонніми предметами, хімічними речовинами або променевим впливом
- ✗ внаслідок оперативних втручань, пов'язаних з прямою травмою органу під час операції
- ✗ порушення кровопостачання органу в результаті операції або руйнування його стінки гнійним процесом, виразкою, проростаючою злоякісною пухлиною
- ✗ наявності сторонніх тіл (лігатури, трансплантата).

- ✗ Норицевий хід може бути вистланий грануляціями. Такі нориці можуть закриватися самостійно (після усунення причини, що їх причинила, норицевий хід заповнюється грануляціями, дозрівання останніх призводить до утворення рубцової тканини, і норицевий хід облітеруется).
- ✗ При довгоіснуючих гранулюючих норицях виділення подразнює стінки нориці і навколишні тканини з розвитком запалення і подальшим утворенням навколо норицевого ходу щільної рубцової тканини.
- ✗ Епітелізовані і губовідні нориці вистлані епітелієм, які переходять безпосередньо в епідерміс шкіри або епітеліальний покрів слизової оболонки. Такі нориці не мають тенденції до самовільного закриття. Вміст органу потрапляючи на шкіру, може викликати її подразнення, мацерацію, виразку, як це відбувається при дуоденальних, тонкокишкових і панкреатичних норицях.

- ✗ Нориця має зовнішній шкірний хід, різної довжини канал і внутрішній хід.
- ✗ Деякі зовнішні нориці не мають каналу, оскільки стінка органу може досягати рівня шкіри або навіть частково виступати над нею, утворюючи губу.



Передня нориця
прямої кишки



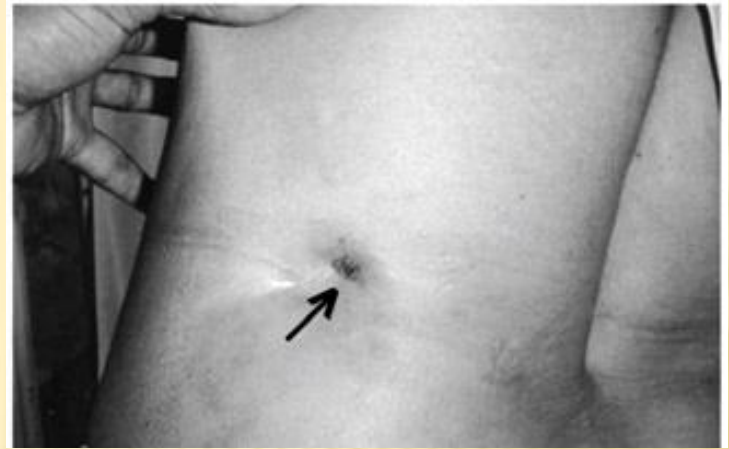
Зонд проведено
через Свіщевої хід і
виведений через
внутрішній отвір

Клініка.

- ✗ Обстеження хворого:
- ✗ Скарги: наявність нориці, характер і кількість виділень, взаємозв'язок з прийомом їжі, актом дефекації, сечовипускання і ін.
- ✗ Анамнез: походження нориці (вроджена, набута) і причина її виникнення (травма, операція, інші причини).
- ✗ Огляд: наявність нориці, її локалізація, будова (трубчаста, губовидна), характер і кількість виділень.
- ✗ Лабораторні та інструментальні методи дослідження: зондування, рентгенологічні (фістулографія, фістулоскопія), ендоскопічні.
- ✗ Виділення вмісту внутрішніх органів через норицевий хід (слини, кишкового вмісту, жовчі, сечі, їжі, калу та ін.) - єдиний патогномонічний клінічний симптом нориці.
- ✗ Стравохідно-респіраторні нориці відрізняються чіткими клінічними ознаками: нападів кашлю під час їжі або прийому рідини, порушення ковтання.

Діагностика.

- ✗ Утворенню зовнішніх нориць зазвичай передуює виникнення болючого інфільтрату в м'яких тканинах, черевної, грудної стінки, післяопераційної рани, потім з'являється гнійне виділення, а потім вміст органу.
- ✗ Важливий огляд шкіри для виявлення її подразнення, запалення, виразки.
- ✗ З діагностичною метою можна користуватися різними індикаторами: давати всередину розчини барвників (наприклад, метілтйонінія хлориду) і відзначати час їх виділення через норицю стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки.
- ✗ При обстеженні хворого з норицею застосовують рентгенологічні методи обстеження - фістулографія. Через тонкий катетер, введений в норицевий канал, вливають рідку контрастну речовину, потім на рентгенограмі відзначають наявність нориці, її локалізацію, напрямок, наявність затіків, що дозволяє виявити уражений орган, рівень нориці (наприклад, кишки) і можливі патологічні зміни її стінок.



Нориця в лівій поперековій області



Фістулографія - ознаки скупчення контрастної речовини в колекторах лівої нирки

- ✗ При підозрі на наявність нориці внутрішніх органів застосовують рентгеноконтрастне дослідження стравоходу, шлунка, товстої кишки. У порожнину цих органів вводять барій або іншу контрастну речовину і визначають його виходження через стінку органу в навколишні тканини, порожнини або назовні.
- ✗ Для діагностики нориць, уточнення їх локалізації, розмірів отвору застосовують ендоскопічні методи (гастро-, колоно-, бронхо-, цистоскопію і ін.).
- ✗ Внутрішні нориці у деяких хворих діагностують лише під час операції, розпочатої з приводу того чи іншого захворювання.



Цистоскопія.
Міхурово- кишкова нориця

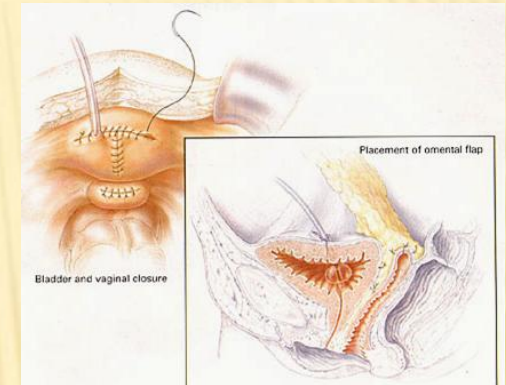
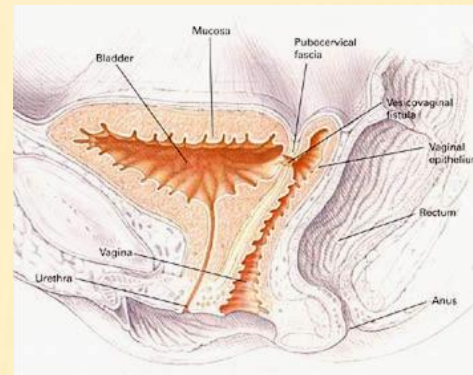
Лікування

- ✘ Загальні принципи лікування хворих із зовнішніми кишковими норицями включають три основні чинники:
- ✘ місцеве лікування;
- ✘ загальне лікування;
- ✘ оперативні методи ліквідації нориці.

Місцеве лікування.

- ✗ - Лікування рани, захист тканин, що оточують норицю, від впливу виділень, санація гнійних нориць.
- ✗ Шкіру захищають від подразнення і перетравлюючої дії виділень нориць (гною, сечі, жовчі, кишкового, шлункового вмісту і ін.):
- ✗ Фізичними способами, використовуючи різні мазі, пасти і присипки (пасту Лассара, клей БФ-2, БФ-6, Полімеризуючу плівку, силіконові пасти та ін.), які накладають навколо зовнішнього отвору нориці, щоб перешкоджати зіткненню шкіри з виділенням і сприяти адсорбції.
- ✗ Хімічні способи попереджають подразнення шкіри нейтралізацією ферментів кишкового вмісту. Для цього застосовують інгібітори ферментів, сире м'ясо і ін.
- ✗ Механічні - зменшення або припинення виділень з нориці за допомогою різних пристосувань (пелотів, obturatorів, спеціальних апаратів). Найкращі obturatori не тільки закупорюють норицю, але одночасно забезпечують нормальний пасаж вмісту органів.
- ✗ Для санації гнійних нориць їх промивають розчинами антисептичних засобів.

- ✗ Гранулюючі нориці можуть закриватися самостійно після усунення причини (видалення лігатури, кісткового секвестру, припинення надходження по ним виділень - жовчі, сечі).



Закриття міхурово-ректальної нориці

- ✗ При епітелізованих та губовідних норицях необхідно оперативне лікування - видалення нориці, ушивання отвору в органі, іноді резекція органу.

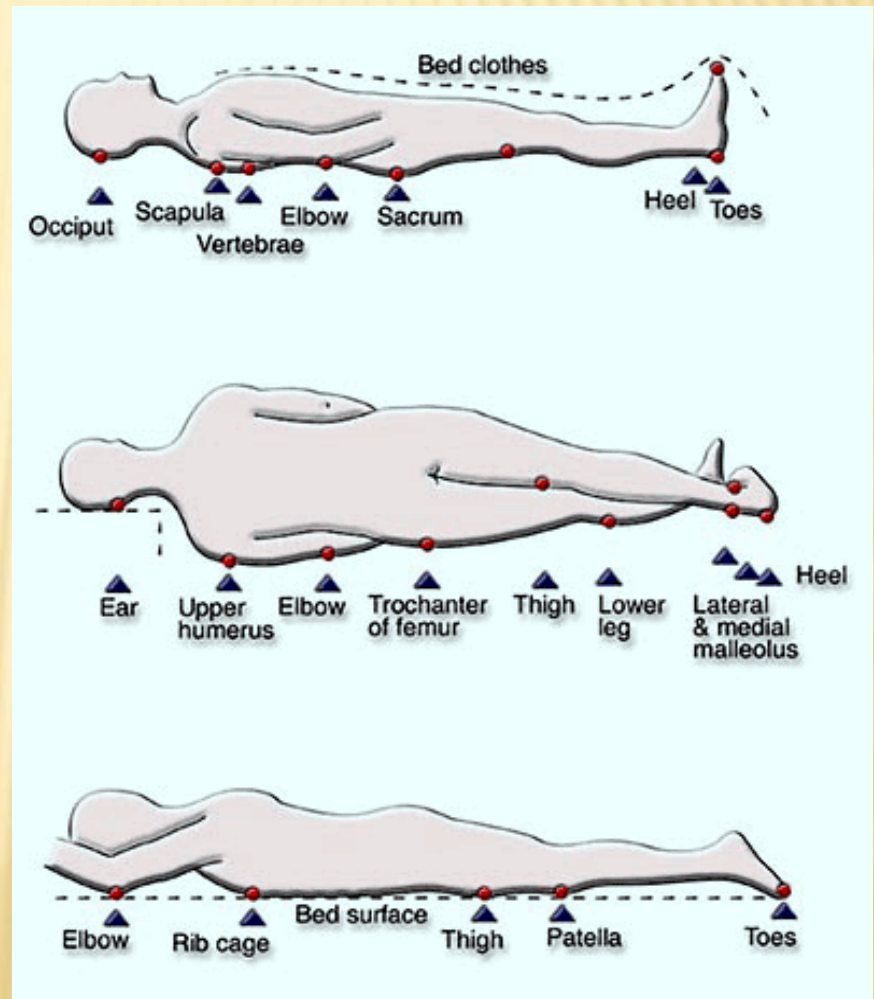


Внутрішньочеревний спосіб закриття нориці з резекцією ділянки кишки.

Пролежні

Пролежні (*decubitus*) — омертвіння ділянки шкіри або слизової оболонки з утворенням виразки.

- ✗ М'які тканини піддаються здавленню між поверхнею ліжку і кістковим виступом при тривалому знаходженні в лежачому положенні хворих, ослаблених важким захворюванням.
- ✗ Пролежні частіше утворюються на крижах, лопатках, потилиці, п'ятах, ліктях, великому рожні.



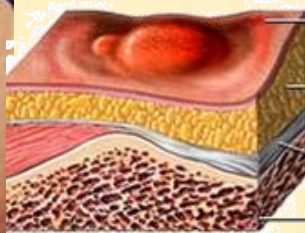
- ✗ До пролежнів призводить розлад кровообігу внаслідок стискання судин. Їх утворення сприяють порушення іннервації (наприклад, при травмі спинного мозку), розлад функцій тазових органів і ін.
- ✗ Пролежні можуть утворитися і у внутрішніх органах. Наприклад, тривалий тиск каменю на стінку жовчного міхура може привести до некрозу - пролежня з розвитком перфорації міхура. Тривале перебування дренажу в черевній порожнині може викликати пролежень в стінці кишки, а тривале перебування інтубаційної трубки в трахеї при проведенні ШВЛ - пролежень стінки трахеї.
- ✗ Пролежні можуть утворитися від здавлення тканин гіпсовою пов'язкою, шиною.
- ✗ У важких випадках розладу кровообігу з утворенням некрозу від здавлення можуть піддаватися не тільки м'які тканини, але також кістка і поверхневі шари кістки.



Етіологія:

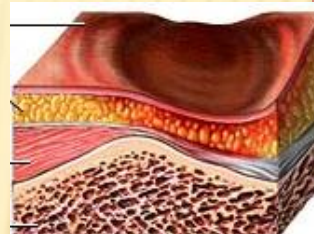
1. Тривалий тиск кістковими виступами.
2. Нейротрофічні розлади у ослаблених хворих.
3. Протези, шини, гіпсові пов'язки.
4. Сторонні тіла, гумові дренажі і марлеві тампони (пролежні внутрішніх органів).
5. Надмірна вологість та попрілість шкіри у ослаблених і післяопераційних хворих.
6. Складки, крихти на простирадлах хворих з вимушеним положенням.

Стадія розвитку пролежня.



I стадія

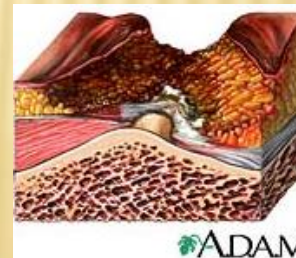
II стадія



IV стадія



III стадія



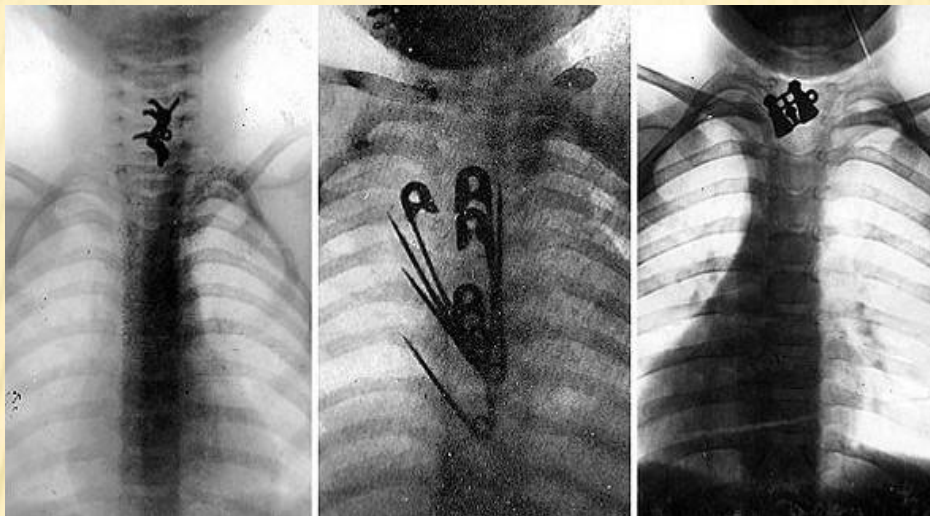
Лікування.

- ✗ Пролежні важко піддаються лікуванню.
- ✗ Лікування зводиться до некректомії, що досягається механічними, фізичними і хімічними засобами.
- ✗ Після видалення некротизованих тканин загальне і місцеве лікування спрямоване на прискорення репаративної регенерації тканин.
- ✗ Слід прагнути усунути причину, яка сприяє розвитку пролежня (лікування сепсису, відновлення або поліпшення іннервації, терапія виснажуючих захворювань та ін.).
- ✗ Основна профілактика пролежнів - ретельний догляд за хворими.

Сторонні тіла.

- ✗ Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту - це предмети, які надійшли до органів травного тракту ззовні або утворилися в самому організмі і за своїм складом не можуть бути використані в нормальних умовах як їжа. Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту можуть бути різними за характером і походженням.
- ✗ У зв'язку з чим в якості робочої класифікації можна використовувати поділ чужорідних тіл на наступні основні групи:
 - ✗ 1. Проковтнуті предмети: а) випадкові; б) навмисні;
 - ✗ 2. Утворення в організмі каменів: а) жовчні; б) шлункові і кишкові безоари;
 - ✗ 3. Які потрапили в шлунково-кишковий тракт травматичним шляхом.
 - ✗ 4. Залишені свідомо або забуті при оперативних втручаннях.
 - ✗ 5. Живі сторонні тіла (паразити).
 - ✗ 6. Калові камені.

- ✗ За зведеними даними рівень локалізації сторонніх тіл в шлунково-кишковому тракті приблизно такий: стравохід - 68,4%, шлунок - 18,9%, тонка кишка - 7,1%, товста кишка - 3%, пряма кишка - 2,6%



Класифікація сторонніх тіл ШКТ

- ✗ -По походженням: ендogenous та екзогенні
- ✗
- ✗ -По характеру: органічні (в т.ч. фіто-, тріхо-, себо- і піхсобезоари) і неорганічні (металеві та неметалеві)
- ✗ -Формою: округлі, гострі, циліндричні, ріжучі, неправильної форми
- ✗
- ✗ -По відношенню до рентгенівському променю:
✗ рентгеноконтрастні і рентгенонеконтрастні
- ✗
- ✗ -По локалізації: сторонні тіла стравоходу, шлунка, тонкої кишки, товстої кишки, прямої кишки
- ✗
- ✗ -По ступеню фіксації: вільно лежачі, мігруючі, фіксовані
- ✗ -За кількістю: одиночні і множинні.

Клініка.

- ✗ занепокоєння (особливо в момент проковтування стороннього тіла)
- ✗ підвищення Т тіла
- ✗ порушення ковтання (дисфагія, одінофагія)
- ✗ слинотеча
- ✗ нудота, блювота, позиви на блювоту
- ✗ біль в животі, біль в грудях
- ✗ пальпаторно: може бути болючість в проекції стояння стороннього тіла
- ✗ симптоми шлунково-кишкової кровотечі
- ✗ симптоми непрохідності кишківника
- ✗ симптоми бронхіальної кровотечі.

НАДАННЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

- × **Діагностика.**
- × провідними діагностичними складовими є:
 - × дані анамнезу і скарги хворого;
 - × дані об'єктивного огляду, включаючи фарінгеальне дослідження
- × Не прощтовхувати!
- × Не викликати блювоту!
- × Не годувати!
- × Не поїти!
- × **Диференціальний діагноз.**
- × Проводиться з усіма захворюваннями, що входять в синдром «гострого живота»: інвагінація кишківника, гостра кишкова непрохідність, перітоніт, гострий апендицит та інші, а також гострими інфекційними захворюваннями.

ЛІКУВАННЯ.

✗ 1. Екстрене ендоскопічне дослідження показано:

- ✗ пацієнтам з повною обструкцією стравоходу і високим ризиком аспірації;
- ✗ пацієнтам з дисковими батареями в стравоході;
- ✗ пацієнтам з гострими предметами в стравоході.

✗ 2. Невідкладне ендоскопічне (протягом 2 годин) дослідження показано:

- ✗ пацієнтам з негострими предметами в стравоході;
- ✗ при харчовій грудці в стравоході без повної обструкції;
- ✗ пацієнтам з гострими предметами в шлунку або ДПК;
- ✗ при наявності предметів розміром більше 6 см в проксимальної частини ДПК;
- ✗ при наявності магнітів в зоні досяжності ендоскопа.

✗ 3. Відстрочене (12-24 години) ендоскопічне дослідження показано:

- ✗ пацієнтам з монетами в стравоході;
- ✗ при предметах в шлунку розміром більше 2,5 см;
- ✗ пацієнтам з дисковими і циліндричними батареями в шлунку, без клінічних проявів.

Сторонні тіла прямої кишки.



Шляхи проникнення сторонніх тіл

- ✗ **Через рот і шлунково-кишковий тракт**
- ✗ **Через задній прохід:**
 - ✗ Ятрогенні
 - ✗ Мастурбація
 - ✗ Хуліганство
- ✗ **Із сусідніх органів**

Клінічна картина

- ✗ Почуття повноти, розпирання в прямій кишці
- ✗ Тенезми
- ✗ Болі
- ✗ Домішки крові та слизу в калових масах
- ✗ При перфорації ознака перитоніту або парапроктиту
- ✗ У пізні терміни - розвиток ОКН

ПМД при сторонніх тілах прямої кишки

- ✗ **Проносні заборонені!**
- ✗ **Анальгетики не застосовувати!**
- ✗ Укласти на бік
- ✗ Ноги зігнути в колінах
- ✗ Накласти стерильну серветку на анус
- ✗ Терміново госпіталізувати.

Методи лікування.

- ✗ Видалення за допомогою пінцета або корнцанга.
- ✗ Лапаротомія.

Дякуємо за увагу!