

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет Медичний
Кафедра Хірургії з післядипломною освітою

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард Бурячківський

« _____ » _____ 2025 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет, курс Медичний 6 курс

Навчальна дисципліна _____ Хірургія
(назва навчальної дисципліни)

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 5

**Тема “Гнійні захворювання шкіри та м'яких тканин.
Діагностика, диференційна діагностика. Методи
консервативного і хірургічного лікування. Нагнійні
захворювання кисті та пальців. Методи консервативного та
хірургічного лікування”**

Затверджено:

Засіданням кафедри: хірургії з післядипломною освітою

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від "28" серпня 2025 р.

Завідувач кафедри



Володимир ГРУБНІК

Розробники: Проф., дмн. Міщенко В.В., доц.. кмн. Поляк С. Д., ас. кмн. Доц. Воротинцева К. О доц., доц..кмн. Парфентьев Р.С., доц. Койчев Е.А., ас.Бургідзе З.Д., доц..кмн. Горячий В.В., доц.. Нікітенко Р. П., ас.кмн. Дегтяренко С. П., ас. Кочовий Д. В., ас.Пономаренко А. В., ас. кмн. Грубник В. В., ас. Іщенко В. С., ас. кмн.Ільяшенко В. В., Ас. Слепов В.В., ас Медведєв О. В.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 5

1. Тема практичного заняття: “ Гнійні захворювання шкіри та м’яких тканин. Діагностика, диференційна діагностика. Методи консервативного і хірургічного лікування. Нагнійні захворювання кисті та пальців. Методи консервативного та хірургічного лікування ” – 6 годин

2.Актуальність теми

Гострі гнійні захворювання шкіри та м’яких тканин в хірургічній практиці займають одне з головних місць. Історія хірургії нерозривно пов’язана з боротьбою проти інфекції. Широке застосування антибіотиків унаслідок їх мутагенної дії привело до зміни видового складу і властивостей гнійної мікробної флори, що понизило ефективність антибіотикотерапії. Особливого значення набувають питання лікування гнійної інфекції м’яких тканин в амбулаторних умовах, де повинні раціонально поєднуватися консервативні методи з своєчасним оперативним втручанням, визначенням показів для госпіталізації такого роду хворих. Часта неефективність антибактеріальних препаратів, особливості перебігу гнійно-запального процесу примушує вдаватися до хірургічного втручання.

Існуючі способи лікування гнійних захворювань обумовлюють пригнічення інфекції в рані, зниження набряку, гіперемії тканин та створюють відтік запалювального ексудату. Найбільш важливим моментом є очищення гнійно-некротичного осередку від нежиттєздатних тканин та перехід гнійної рани у “чисту”, тому що мертві тканинні субстрати є харчовою середою для мікроорганізмів, що значно стримує процеси загоювання.

Гнійні захворювання кисті та пальців частіше всього виникають внаслідок дрібних травм, порізів, уколів, що являються вхідними воротами для мікрофлори. В умовах інтенсивного промислового та сільськогосподарського виробництва це відбувається у найбільш активної частини населення. Відомо, що коло 20% від всієї кількості амбулаторних хірургічних хворих звертаються з приводу панариція. Це захворювання обумовлює втрату працездатності на значний строк. Флегмони та абсцеси кисті також часто приводять до інвалідності хворих, що зумовлює необхідність ранньої діагностики та правильного лікування хворих цієї категорії.

3. Цілі заняття:

3.1. Загальні цілі: Здобувач вищої освіти повинен навчитися:

Виявляти анамнестичні та клінічні об’єктивні ознаки гнійних м’яких тканин	II рівень
Основним принципам діагностики, диференціальної діагностики	II рівень
Призначати план обстеження з використанням лабораторних, рентгенологічних обстежень. навчити здобувачів вищої освіти методиці	III рівень

	обстеження хворих з гнійними захворюваннями кисті ставити діагноз різних захворювань кисті	
	Надати екстрену консервативну допомогу хворим з гнійними захворюваннями м'яких тканин	III рівень
	Визначати покази до оперативного втручання та теоретично знати методику їх проведення.	II рівень

3.2. Виховні цілі:

Формування професійно значущої особистості лікаря.

Підкреслити досягнення національної хірургічної школи хірургів у розробці сучасних методів лікування гнійних захворювання м'яких тканин.

3.3. Конкретні цілі:

знати:

- Анатомію, будову шкіри
- Клінічну картину гнійних захворювань;
- Диференціальну-діагностичну гнійних захворювань м'яких тканин;
- Методики інструментального та лабораторного дослідження хворих гнійних захворювань м'яких тканин;
- Консервативне та оперативне лікування хворих з гнійними захворюванням'яких тканин

3.4. На основі теоретичних знань з теми.

Вміти (оволодіти методиками):

- Зібрати анамнез захворювання.
- Провести диференціальну діагностику між гнійними захворюваннями різного генезу та іншими інфекційними захворюваннями;
- Визначити діагноз захворювання.
- Призначити консервативну або оперативну тактику лікування захворювання.

3. (міждисциплінарна інтеграція).

п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
2		3	4
I. Попередні дисципліни			
	Анатомія, топографічна анатомія	Будову шкіри. Шляхи можливого руху гнійного ексудату по анатомічним каналам	Встановити джерело запалення, місце проведення розрізу згідно лініям натягу
	Фармакологія	Механізм дії антибактеріальних препаратів	

4. Зміст теми:

Етіологія і патогенез гнійних захворювань кисті. Класифікація.

Діагностика. Диференціальна діагностика

БУДОВА ШКІРИ

1. Зовнішній шар – епідерміс.
2. Власне шкіра – дерма.
3. Підшкірно-жирова клітковина.

Епідерміс

1. Роговий шар.
2. Блискучий шар.
3. Зернистий шар.
4. Шиповидний шар.
5. Базальний або зародковий шар.

Дерма

1. Сосочковий шар.
2. Сітчастий шар – в ньому розташовані сальні і потові залози.

Артеріальні сплетення

1. Перше – між базальним шаром епідермісу і сосочковим шаром дерми.
2. Друге – між сітчастим шаром дерми і підшкірно-жировою клітковиною.

Етіологія і патогенез

Хірургічну інфекцію викликають *стафілококи*, *стрептококи*, *пневмококи*, *гонококи*, *кишкова і синегнійна палички* і ін. нерідко в симбіозі з анаеробними мікроорганізмами. Бактерії, що потрапили в рану, починають проявляти свою життєдіяльність і розмножуватися в ній в середньому через 6 – 12 годин. Моментами, що сприяють їх розвитку, є:

- а) наявність в зоні травми живильного для них середовища (крововилив, тканини, що омертвіли);
- б) одночасне співіснування декількох видів мікробів (поліінфекція);
- в) проникнення мікробів підвищеної вірулентності, наприклад, забруднення місця пошкодження гнійним відокремлюваним іншого хворого;
- г) слабкість імунологічних реакцій;
- д) порушення місцевого і загального кровообігу у хворого.

Також вхідними воротами інфекції є дрібні пошкодження шкіри (укуси, садно, потертості). Впровадженню інфекції та розвитку запалення сприяють сторонні тіла. У місці впровадження інфекції навкруги сторонніх тіл виникає набряк, запальна інфільтрація тканин з подальшою гнійною інфільтрацією.

На появу бактерій організм відповідає місцевою і загальною реакцією. Місцева реакція тканин виражається перш за все, зміною кровообігу нервово-рефлекторної природи. Розвивається артеріальна гіперемія, потім венозний стаз з утворенням набряку, з'являється біль, місцеве підвищення температури і ін. У запальному вогнищі накопичується велика кількість нейтрофільних лейкоцитів.

Загальна реакція організму на впровадження гнійних мікробів виникає одночасно з місцевою. Ступінь її залежить від кількості бактерійних токсинів і продуктів розпаду тканин, а також опірності організму. Особливо вірулентні мікроби, виділяючи токсини, зазвичай викликають сильну загальну реакцію організму. Проявами її є: лихоманка, затемнення, а іноді і непритомність, головний біль, загальне нездужання, тахікардія, різко виражені зміни показників

крові, порушення функції печінки, артеріального тиску, застій в малому крузі кровообігу. Хворі потребують ретельного обстеження для виявлення первинного гнійного вогнища і вхідних воріт.

Розрізняють гіперергічну, нормергічну і гіпоергічну реакції.

Гіперергічна – процес з бурхливою течією і не дивлячись на своєчасне, раціональне лікування часто закінчується летальним результатом.

Нормергічна – процес розвивається менш бурхливо, до запального процесу залучається менше тканин, зміни з боку крові не носять вираженого характеру. І цей процес легше піддається лікуванню.

Гіпоергічна – запальний процес обмежений тільки невеликою зоною, менше набряк. Ці процеси легко піддаються лікуванню, а у деяких і без лікування, але якщо хороші захисні сили організму, а інакше інфекція приймає затяжний характер.

Класифікація. Діагностика. Лікування

При обліку особливостей клінічної течії і характеру змін у вогнищі запалення зі всіх видів хірургічної інфекції виділяють гостру і хронічну форми.

1. Гостра хірургічна інфекція:

- а) гнійна;
- б) гнильна;
- в) анаеробна;
- г) специфічна (правець, сибірська виразка та ін.).

2. Хронічна хірургічна інфекція:

- а) не специфічна (гнійна);
- б) специфічна (туберкульоз, сифіліс, актиномікоз і ін.).

При кожній з перерахованих форм можуть бути форми з переважанням місцевих проявів (місцева хірургічна інфекція) або з переважанням загальних явищ з септичною течією (загальна хірургічна інфекція).

Гнійну хірургічну інфекцію розрізняють за етіологічною ознакою локалізації, клінічному прояву запалення:

1. Фурункул
2. Фурункулез
3. Карбункул
4. Абсцес
5. Панарицій
6. Флегмона
7. Мастит
8. Бешихове запалення

Фурункул - гостре гнійно-некротичне запалення волосяного фолікула і навколишніх тканин. Може локалізуватися на різних ділянках тіла. Причина – стафілокок, порушення правил особистої гігієни, зниження імунітету, наявність фонової захворювань (діабет, легенево-серцева патологія і ін.).

Стадії запального процесу:

1. Інфільтративний – локальний біль, гіперемія шкіри, щільний інфільтрат, в центрі якого некротична крапка. Може проходити самотійно.

При наростанні явищ запалення підвищується температура тіла, посилюється локальний біль, збільшується інфільтрат, з'являється реакція лімфовузлів, можуть бути явища інтоксикації – головний біль, нудота, слабкість. Відбуваються зміни з боку крові – зрушення лейкоцитарної формули вліво, прискорюється ШОЕ.

2. Абсцедування – відбуваються зміни за типом некротичного розплавлення тканин. Симптоми запалення ті ж, що і у стадії інфільтрації, але місцево в центрі інфільтрату шкіра стоншується і визначається симптомом флуктуації.

Особливості перебігу фурункулів на обличчі

Є особливо небезпечна зона – лінія Люшка, що сполучає мочку, з кутом рота. Запальні процеси локалізуються вище за цю лінію частіше протікають важче і з ускладненнями з причини анатомо-фізіологічних особливостей. Поверхневі судини обличчя мають анастомози з глибокими судинами і проникають в порожнину черепа. Тому можливі ускладнення – абсцеси мозку, менінгіти і флебіти.

Фурункульози

Місцевий – фурункули розташовуються в одній анатомічній частині (їх не один, але локалізація – на верхній або нижній кінцівці, грудній клітці і т.д.) Загальний – гнійні вогнища по всій поверхні тіла (голова, шия, кінцівки, тулуб).

Лікування

У стадії інфільтрації – консервативне. Застосовують блокади з місцевими анестетиками (адреналін-незмістовні) засобами, можна з антибіотиками. Для кращого відторгнення некротичного стрижня застосовують місцеву терапію саліциловою кислотою або гіпертонічні пов'язки. Залежно від тяжкості запального процесу призначають антибіотики (з урахуванням анамнезу) широкого спектру дії, симптоматичне лікування, фізіотерапія.

У стадії абсцедування – метод лікування хірургічний. Проводиться розріз, дається відтік гнійному ексудату. Перев'язки щодня. По показанням призначають сульфаніламід, антибіотики, симптоматичне лікування, фізіотерапія, аутогемотерапія.

При ускладненому перебігу запального процесу лікування виконується тільки в стаціонарі.

При важкому перебігу фурункулів, фурункульозу (місцевому і загальному) назначають гаммаглобулін по 5 ml в/м, три ін'єкції з інтервалом 2-3 дні (пасивна імунізація). Стафілококовий анатоксин за схемою (активна імунізація).

Карбункул - гостре гнійно-некротичне запалення декілька волосяних фолікулів і прилеглих до них сальних залоз, що розповсюджується на всю товщу шкіри тканини і що підлягають. Можливі обширні некрози тканин. Це пов'язано з множинним тромбозом дрібних судин шкіри і підшкірної жирової клітковини. Запальний процес може бути первинним, і вторинним, після фурункула і фурункульозу.

Початок пов'язаний з появою обмеженої припухлості тканин, щільного хворобливого інфільтрату. На 2-3 добу на поверхні інфільтрату відшаровується епідерміс і з'являються гнійні точки - «стрижні». Вони об'єднуються в один некротичний конгломерат. Більш виражені явища інтоксикації – підвищується

температура тіла до 38-39°C, головний біль, озноб, нудота.

Зміни з боку крові – зрушення лейкоцитарної формули вліво. Ускорене ШОЕ до 20-25 мм/годину. За наявності фонових захворювань запальний процес протікає важче.

Лікування

Місцеве – хірургічне – дають відтік гнійному вмісту, щоденні перев'язки, ферменти і фізіотерапія. Загальне – антибактеріальна терапія (з урахуванням чутливості мікрофлори), сульфаніламід, дезінтоксикаційна терапія, знеболюючі, загальнозміцнюючі, симптоматичні засоби.

Абсцес

Обмежена форма гнійного запалення, для якої характерно виникнення порожнини заповненої гноем. Причина – патогенні мікроби – стафілококи, стрептококи, кишкова паличка; як ускладнення фурункула, карбункула, післяін'єкційні абсцеси, ускладнення гематом. Можливі абсцеси в порожнинах тіла. Абсцеси за етіологією – специфічні – при туберкульозі, актиномікозі. Клініка – залежить від причини, локалізації, реактивності організму, віку хворого. Для запального процесу характерно 5 ознак:

запалення – біль, почервоніння, підвищення місцевої температури, набряк, порушення функцій органу.

Флегмона - розлите гнійне запалення м'яких тканин, що характеризується дифузним просоченням їх гнійним ексудатом з тенденцією до швидкого розповсюдження по клітковинним просторах і залученням до гнійного процесу м'язів, сухожилів клітковини. Флегмона може розвинути в будь-якій частині тіла, а при бурній течії захоплювати ряд анатомічних областей, наприклад стегно, області сідниць і попереку, промежини передньої черевної стінки. Розвиток обумовлений проникненням в м'які тканини патогенних мікроорганізмів. Гнійна флегмона викликається гнійними мікробами, синьогнійною паличкою, стафілококами, стрептококами і ін. При проникненні у тканини кишкової палички, вульгарного протея, гнильного стрептокока розвивається гнильна флегмона.

Проникнення мікробів в м'які тканини найчастіше відбувається через пошкоджені шкіру або слизову оболонку, але можливо лімфогенне або гематогенне розповсюдження збудників інфекції з якого-небудь гнійного вогнища (гнійне запалення мигдалин, нирок, матки і ін.). Можливий розвиток гнійної поразки клітковини при прориві гною з вогнища (карбункул, лімфаденіт і ін.) в довколишні тканини.

Флегмони, що виникають гематогенно, зазвичай локалізуються в глибоко розташованих м'яких тканинах – клітковина середостіння (медіастеніт), клітковині навколо нирки (паранефрит), клітковини поперекової області (псоїт) і ін. Контактним шляхом розвиває флегмона при таких захворюваннях, як парапроктит, ангіна Людвіга і ін. Якщо гематогенна флегмона

і флегмона після шкіри і м'яких тканин розвивається зазвичай бурхливо, швидко розповсюджуючись на значні області, то флегмона, що ускладнює обмежений гнійник (карбункул, нагноючу кісту і ін.), розвивається за часом триваліше і не захоплює значних областей.

Аденофлегмона виникає при розповсюдженні гнійного запалення на клітковину навколо лімфатичного вузла унаслідок гнійного лімфаденіту. Швидко розповсюдження гнійного запалення по клітинних просторах в основному пов'язане з двома чинниками, які перешкоджають відмежуванню гнійного запалення, тобто формуванню захисної капсули.

Перший чинник – зниження захисних функцій організму при виснаженні, тривалих хронічних захворюваннях (туберкульозі, хворобах крові, цукровому діабеті і ін.), хронічних інтоксикаціях (алкоголізм), різних імунодефіцитних станах. Неможливість швидкого створення захисного бар'єру навколо збудників інфекції, що упростилися, робить реальним широке розповсюдження гнійного процесу в м'яких тканинах. Другим чинником є особливості життєдіяльності мікроорганізмів: їх здатність швидко розмножуватися, виділяти токсини, ферменти, що руйнують тканини.

Розрізняють флегмони за локалізацією – підшкірну, субфасціальну, міжм'язову, органну, міжорганну, зачеревну, тазову і т.д. При серозній флегмоні клітковина має драглистий вигляд, просочена каламутною серозною рідиною, по периферії запальний процес без видимої межі переходить в незмінену тканину. При прогресуванні процесу інфільтрація м'яких тканин різко збільшується, ексудат ставати гнійним. Процес може розповсюджуватися на м'язи, сухожилля, кости. М'язи набувають сірого кольору, просочені жовто-зеленим гноем, не кровоточать. Гнильна флегмона характеризується розвитком в клітковині множинних ділянок некрозу, розплавленням тканин, рясним гнійним відокремлюваним, із смердючим запахом.

Клінічні прояви – в області запалення виникають сильні болі, набряк і інфільтрація тканин; при розповсюдженні процесу на поверхневі шари підшкірної клітковини – гіперемія шкіри; при появі ділянок розм'якшення визначається флюктуація. Зазвичай виявляється регіонарний лімфаденіт, і швидко з'являються загальні симптоми захворювання – слабкість, спрага, підвищення температури тіла до 39-40°C., озноб. При глибоких флегмонах загальні явища виникають рано, яскраво виражені і наростають дуже швидко. Вони виявляються розладами кровообігу – частим слабким пульсом, зниженням АД; порушенням функцій дихання – задишкою, акроціанозом: печінково-нирковою недостатністю – олігурією, жовтушністю шкірного покриву; порушенням функції ЦНС – головним болем, збудженням. Найбільш характерні місцеві симптоми глибоко розташованих флегмон – збільшення об'єму ураженої області тіла в порівнянні із здоровою, розлад функцій органу (обмеження руху, повна нерухомість із-за болів), наявність хворобливого інфільтрату з характерним для кожної зони напрямом розповсюдження. Глибокі флегмони представляють значні труднощі для діагностики. Фасціальні

футляри перешкоджають розповсюдженню гною у напрямку до шкіри, пласти м'язів і фасцій не дозволяють визначити скупчення гною і виявити найбільш характерний симптом – флюктуацію. Розпізнати флегмону можна за допомогою діагностичної пункції, яку здійснюють під місцевою анестезією. Надходження в шприц гною або каламутної рідини свідчить про наявність флегмони або абсцесу.

Лікування. Основним методом лікування флегмон є хірургічна операція. Консервативні методи лікування – антибіотикотерапія, новокаїнові блокади, фізіотерапія, введення препаратів, що підвищують захисні сили організму, можливі лише в початковому періоді хвороби. За відсутності швидкого позитивного ефекту (припинення болю, нормалізація температури тіла, поліпшення загального самопочуття і показників аналізів крові), наростанні симптомів інтоксикації показано екстрене оперативне втручання що дозволяє запобігти значному розповсюдженню гнійного процесу і розвитку загальної гнійної інтоксикації.

При підшкірних і субфасціальних флегмонах операції виконують під інгаляційним масочним або внутрішньовенним наркозом. При міжм'язових, параосальних, міжорганих флегмонах, що вимагають ретельної ревізії і видалення некротизованих тканин, перевагу слід віддавати ендотрахеальному наркозу. При розтині флегмон розрізи повинні забезпечувати збереження судин і нервів, створювати оптимальні умови для адекватного відтоку ексудату з рани; оперативне втручання повинне бути радикальним, тобто повинні бути розкриті і дреновані всі гнійні набряки порожнини, ретельно оброблена пульсуючим струменем антисептиків, ультразвуком або променем лазера. У післяопераційному періоді необхідна активна дія на перебіг запального процесу, що досягається введенням в рану дренажів для тривалого проточного промивання і активної аспірації ексудату, ефективного лікування в умовах абактеріального керованого середовища. У післяопераційному періоді окрім активного місцевого лікування необхідне проведення інтенсивної внутрішньовенної інфузійної терапії, цілеспрямованого лікування антибіотиками, імуномодулюючої терапії.

Мастит - запалення грудної залози у жінок, але мастит спостерігається і у осіб чоловічої статі, проте не приймає гнійного характеру. Мастити у новонароджених у вигляді припухання грудних залоз, у хлопчиків в період статевого дозрівання (юнацький мастит). Процес виражається в мало хворобливому збільшенні грудних залоз. У 80-85% всіх випадків зустрічається лактаційний мастит у годуючих жінок. Відомий також і нелактаційний мастит. Інфекція потрапляє в тканину залоз через тріщини на сосках, які частіше виникають у первородящих жінок. Сприяють виникненню мастита застій молока в грудях і порушення особистої гігієни. Інфекція розповсюджується по лімфатичних судинах і молочних ходах.

Крім місцевих чинників, сприяючих виникненню захворювання, мають значення і ослаблення організму, особливо якщо пологи були важкими, з великою крововтратою.

Класифікація:

Форми гострого маститу (класифікація запропонована в Росії, в західних країнах не використовується) фактично є стадіями його розвитку.

- **серозний мастит**. Характеризується погіршення загального самопочуття, підйомом температури, затримкою молока в молочній залозі.
 - **інфільтративний мастит** характеризується появою інфільтрату в молочній залозі, які в подальшому може перетворюватися в гнійник. Шкіра над інфільтратом набуває червонуватого відтінку.
 - **гнійний**. Характеризується появою гнійного запалення. Існує декілька форм гнійного маститу
 - **абсцедуючий** (виникнення абсцесу — обмеженого гнійного вогнища)
 - **флегмонозний** — розповсюдження гнійного запалення по тканині молочної залози
 - **гангренозний** — виникнення масивних некрозів в молочній залозі.
- Нерідко приводить до необхідності видалення молочної залози.

Лактаційний мастит

гострий:

Інфільтраційний
абсцедуючий
флегмонозний
гангренозний

хронічний:

гнійний
негнійний

Застійні явища при закупорці вивідних проток молочної залози ведуть до катаральних змін і сприяють розвитку мастита. Патанатомія – розрізняють запалення молочних ходів і мастит, що захоплює частку залози. Ця форма може початися катаральними явищами і закінчитися флегмонозним процесом з розплавленням тканини. Гнійне вогнище може розвинутися навколо ореоли, в товщі самої залози (інтрамамарний) або позаду грудної залози (ретромамарний). Гострий процес супроводжується лімфаденітом і лімфангітом.

Клінічна течія: болі в області грудної залози. Залоза збільшена в розмірі, набряклість тканин, при пальпації залози визначається хворобливе ущільнення з чіткими межами, виражений судинний малюнок, гіперемія шкіри і місцеве підвищення температури, зміни з боку крові (лейкоцитоз, прискорене СОЕ).

При гнійних формах яскравіше виражена гіперемія шкіри, біль смикаючого характеру, явища інтоксикація – підвищення температури тіла, озноб, слабкість, сонливість, втрата апетиту. Зміни з боку крові виражені значно. Щадне зцідження молока посилює клінічна течія.

Профілактика:

1. хороша підготовка сосків
2. зціджування залишків молока після кожного годування
3. дотримання гігієни одягу
4. догляд за шкірою (миття молочної залози, обробка тріщин розчином антисептика, УФО)

Лікування:

У стадії інфільтраційного маститу для попередження переходу в абсцедуючий призначають:

1. антибактеріальну терапію за показами
2. електрофорез
3. для зняття спазму з молочних проток – лактин (при не ефективності лікування – парлодел на 2-3 дні для припинення лактації)
4. аспірин – для нормалізації мікроцеркуляції у вогнищі запалення
5. антигістамінні препарати – для попередження або зняття алергічних реакцій
6. місцево – холод

При гнійному процесі розрізи радіальні у напрямку до соска без його пошкодження .

У стадії гангрени проводять ампутацію залози – мастектомія; при хронічному маститі – секторальна резекція.

Бешихове запалення (Бешиха)

Бешиха – інфекційне захворювання, що характеризується гострим осередковим серозним або серозний-геморагічним запаленням шкіри або слизових оболонок, лихоманкою і інтоксикацією.

Етіопатогенез

Збудником бешихового запалення є - гемолітичний стрептокок групи А. Останнім часом з'явилися також повідомлення про можливість розвитку захворювання під впливом інших мікроорганізмів. Мікроорганізми зазвичай проникають через дрібні рани, подряпини, садно. В окремих випадках бешихове запалення ускладнює течія різаних і інших інфікованих ран.

Частота захворювання зростає. Бешиха малоконтагозна і не реєструється санітарно-епідеміологічною службою як інфекційне захворювання. Певне значення в етіопатогенез мають порушення лімфатичного і венозного відтоку, трофічні порушення. У зв'язку з цим найчастіше бешихове запалення виникає на нижніх кінцівках. Є дані про індивідуальну генетичну детерміновану схильність до захворювання. Запальні зміни власне шкіри обумовлюють яскраву гіперемію, що знайшло віддзеркалення і в самій назві захворювання (rose – рожевий, яскраво-червоний).

Класифікація

Існує декілька класифікацій бешихового запалення, відповідно до якого виділяють наступні його форми.

За характером місцевих проявів:

- ерітематозна
- ерітематозно-бульозна
- ерітематозно-геморагічна
- бульозно-геморагічна.

По тяжкості течії:

- легка
- середній тяжкості
- важка

По характеру розповсюдження:

- локалізована
- блукаюча
- метастатична

По частоті виникнення:

- первинна
- повторна
- що рецидивує

Клінічна картина

Інкубаційний період триває від декількох годинників до декількох діб, зазвичай чітко не реєструється.

У течії бешихи виділяють три періоди:

- початковий період
- період розпалу
- період реконвалесценції

Початковий період

В більшості випадків захворювання починається із загальних симптомів важкої інтоксикації, які передують місцевим змінам. Це є відмінною рисою бешихового запалення і часто служить причиною діагностичних помилок. Наголошується різке підвищення температури тіла (до 39- 41⁰С.), виражений озноб, нудота, блювота, головний біль, слабкість. Частіше до кінця першої доби з'являються помірні болі в області регіонарних лімфовузлів (пахових), і тільки тоді починає розгортатися характерна місцева картина бешихового запалення. Період розпалу захворювання Період характеризується яскравими місцевими проявами. При цьому спочатку зберігаються загальні симптоми інтоксикації, які спостерігаються зазвичай протягом 4-5 діб.

Місцеві прояви залежать від форми захворювання. При ерітематозній формі виявляється чітко відмежована яскрава гіперемія, набряк і інфільтрація

шкіри, місцевий жар. Межа зони яскравої гіперемії дуже чітка, а контури нерівні, тому запальні зміни шкіри порівнюються з «язиками полум'я», «географічною картою».

При еритематозно-геморагічній формі на тлі описаної вище еритеми з'являються дрібноточкові крововиливи, такі, що мають тенденцію до зливання, що додає гіперемії синюшний відтінок. При цьому зберігаються всі місцеві запальні зміни, а синдром інтоксикації спостерігається тривало і виражений більшою мірою. При еритематозно-бульозній формі на тлі еритеми виявляються міхури, заповнені серозним ексудатом, багатим стрептококами. Ця форма є важчою: частіше зустрічаються ускладнення, більш виражена інтоксикація.

Бульозно-геморагічна форма – найбільш важка зі всіх. На тлі еритеми визначаються міхури, заповнені геморагічним ексудатом. Міхури часто зливаються, шкіра стає синюшній-чорного кольору. Часто спостерігаються обширні некрози шкіри, можливий розвиток вторинної інфекції.

Період реконвалесценції

Зникають загальні ознаки інтоксикації, поступово стихають місцеві запальні зміни, але ще в перебіг 2-4 тижнів зберігається набряк, потовщення, лущення і пігментація шкіри.

Лікування

Лікування бешихового запалення може бути місцевим і загальним.

Основною є загальна терапія

Загальне лікування

Основним і компонентами є:

- Антибактеріальна терапія: використовують напівсинтетичні пеніциліни (ампіцилін по 2,0-4,0 г в добу) у поєднанні з сульфаніламидами (стрептоцид, сульфадіметоксин, сульфален). При важких геморагічних формах і рецидивах захворювання застосовують цефалоспорины другого покоління. Методом вибору є лімфотропне введення антибіотиків. Зазвичай 3-4 лімфотропних введення швидко купірує основні прояви захворювання.
- Дезінтоксикаційна терапія необхідна зазвичай протягом перших 4-5 днів. Застосовують внутрішньовенні інфузії кристалоїдних розчинів (1,5- 2,0 л в добу), а у важких випадках кровозамінники дезінтоксикаційної дії і препарати крові. Ефективним методом лікування є УФ або лазерне опромінювання крові.
- Десенсибілізуюча терапія полягає у введенні антигістамінних препаратів (димедрол, тавегіл, діазолін). При важких геморагічних формах використовують кортикостероїди (преднізолон) протягом доби.
- Зміцнення судинної стінки необхідно при геморагічних формах. Застосовують аскорбінову кислоту, аскорутин.

Місцеве лікування

При еритематозній і еритематозно-геморагічній формах місцево застосовують УФО в

суберитетних дозах, кінцівці додають піднесене положення і залишають відкритою або обробляють тонким шаром стрептоцидової мазі (без вологих пов'язок). При бульозних формах крупні міхури розкривають, після чого накладають волого-висихаючі пов'язки з антисептиками (фурацилін, борна кислота).

Ускладнення

Розрізняють ускладнення бешихового запалення в гострому і у віддаленому періодах

Ускладнення в гострому періоді

Під час переходу запального процесу на підшкірну клітковину розвивається флегмона. Геморагічні форми бешихового запалення часто ускладнюються обширними некрозами шкіри. При бешиховому запаленні нерідко спостерігається висхідний тромбофлебіт і особливо лімфангіт і лімфаденіт.

Ускладнення у віддаленому періоді.

У віддаленому періоді, особливо при рецидивуючій формі захворювання, можливе формування лімфедми кінцівок – хронічного захворювання, пов'язаного з порушенням лімфовідтікання від кінцівки і що супроводжується склерозуючими процесами в шкірі і підшкірній клітковині, аж до розвитку слоновості.

Диференціальна діагностика

Диференціальна діагностика фурункула проводять з сибірською виразкою, яка викликається G^+ спороносною паличкою, яка відрізняється значною стійкістю.

Збудник проникає через шкіру, слизову оболонку порожнини рота, носа від заражених тварин. Переносники – мухи і інші комахи. Хвороба частіше спостерігається в літньо-осінній час. Спостерігаються 3 форми сибірської виразки: шкіряна, кишкова і легенева.

Клініка. Інкубаційний період 2-14 днів. Температура $38^{\circ}C$., на початку на шкірі з'являється вузлик, в центрі геморагічна пустула, навколо неї інфільтрат, набряк тканин. Пустула самостійно розкривається і на поверхні інфільтрату утворюється тверда кірка (струп коричневого кольору), їх буває декілька і це наводить на думку про карбункул. Збільшуються периферичні лімфовузли. Диференціальна діагностика панариція ґрунтується на особливостях клінічних проявів окремих видів панариція, так і інших захворювань, локалізацією патологічного процесу на пальці. Поразка пальців можлива при бешиховому запаленні, туберкульозі, актиномікозі, сибірській виразці, сифілісі і ін.

Гнійні захворювання кисті та пальців. Методи консервативного та хірургічного лікування

Панарицій

Панарицій – гостре гнійне запалення тканин пальця. Виникає частіше на кінцевій (нігтьовій) фаланзі унаслідок попадання гнійних мікроорганізмів в дрібні дефекти шкірних покривів (тріщини, подряпини, порізи, укули і ін.). Розрізняють панарицій поверхневий (шкіряний, білянігтьовий, піднігтьовий) і глибокий (шкірний сухожильний, суглобовий, кістковий). При шкірному панариції гній скупчується під епідермісом (зовнішнім шаром шкіри): утворюється міхур, наповнений каламутною, іноді кров'яною рідиною, шкіра навколо міхура червоніє. Болі зазвичай помірні, переважає відчуття паління. Міхур поступово збільшується, гнійне запалення може переходити на глибше розташовані тканини.

При навколонігтьовому панариції гнійний міхур утворюється в шкірі нігтьового валу. Якщо гній проникає під нігтьову пластинку, панариції називається піднігтьовим. Такий панариції розвивається також при уколi або попаданні занози під ніготь.

Глибокий панариції, як правило, виникає на долонній поверхні пальця, спочатку під шкірою. Оскільки шкіра на цій стороні пальця щільна, точній що утворюється під нею, довго не може прорватися назовні, процес розповсюджується в глибину – на сухожилля, суглоб, кістку, іноді вражає їх одночасно.

Для підшкірного панариція характерні постійні стріляючі болі, особливо ночами, при доторканні до пальця виникає різкий біль. Посилення його при спробі поворушити пальцем - випрямити або зігнути - свідчить про перехід процесу на сухожилля або суглоб. Будь-яка форма панариція, особливо глибокий, може привести до тяжких наслідків: гнійні мікроби можуть потрапити з вогнища запалення по лімфатичних і кровоносних судинах у віддалені органи і тканини і спричинити їх ураження, кістковий панариції може привести до деформації пальця, сухожильний і суглобовий – до нерухомості пальця; у запущених випадках глибокого панариція гній частіше розповсюджується на тканині долоні і далі на передпліччя.

Найбільш широкого поширення набула анатомічна класифікація панариція заснована на локалізації патологічного процесу в різних органах і тканинах пальця: шкірний панариції, навколонігтьовий, піднігтьовий, підшкірний, кістковий, суглобовий, сухожильний, пандактиліт (гнійне запалення всіх тканин пальця).

Постійною ознакою панариція є: біль, зазвичай найбільш виражений в центрі гнійного вогнища, особливо при локалізації на долонній поверхні пальця, де тканини малоподатливі і рясно забезпечені нервовими закінченнями. Інтенсивність болю залежить від стадії запального процесу; він посилюється при русі пальця. Завжди спостерігається місцеве підвищення температури, набряк, як правило, більш виражений на поверхні пальця. Порушується функція пальця. Достовірною ознакою гнійного розплавлення служить флуктуація, яку рідко вдається визначити із-за глибокого розташування патологічного осередку.

Діагноз встановлюється на підставі даних анамнезу, огляду, рентгенологічних і інших методів дослідження. Важливе значення має визначення локалізації гнійного вогнища – пальпація пуговчатим зондом. Для кожної форми панариція характерні певна зона максимальної хворобливості. Шкірний, навколонігтьовий, піднігтьовий панариції діагностують на підставі характерного розташування гнійного вогнища. Розповсюдження патологічного процесу на підшкірну клітковину при підшкірному панариції вдається виявити лише під час операції. Діагноз суглобового панариція підтверджують на операції за станом сухожиль, суглобових поверхонь і навколишніх тканин. Рентгенодіагностика панариція здійснюється методом рентгенографії в двох взаємно перпендикулярних проекціях.

Лікування хворого панарицієм повинен проводити кваліфікований лікар-хірург. Операцію при важких і ускладнених формах слід виконувати в умовах хірургічного стаціонару. Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах проводиться тільки при поверхневому розташуванні гнійного вогнища. При необхідності повторних операцій хворий повинен бути госпіталізований у відділення гнійної хірургії. Консервативне лікування можливо тільки в початковій (серозній, інфільтративній) стадії. Широко застосовують місцеву гіпотермію, напівспиртні пов'язки, сольові і содові ванни, УВЧ-терапію, ультразвук, електрофорез лікарських речовин, рентгенотерапію. Ефективні антибіотики і протеолітичні ферменти. Велику роль грає імунотерапія (стафілококовий анатоксин, антистафілококовий гамма-глобулін, гіперімумна антистафілококова плазма і ін.). Перехід серозно-інфільтративної форми запалення в гнійну є абсолютним показом до термінової операції. Вибір доступу залежить від локалізації гнійного вогнища. Оптимальними є середньолатеральні розрізи на фалангах пальця.

Операція полягає в розтині гнійного вогнища, посічені нежиттєздатних тканин і дрениванні післяопераційної рани. Середні терміни непрацездатності 25-30 днів.

Повноцінне відновлення функцій кисті має важливе значення для соціальної трудової реабілітації хворих. Тривала іммобілізація, грубі післяопераційні рубці після нераціональних розрізів, рубцювання по ходу сухожилля і в суглобах приводять до тугорухомості пальців, порушенню їх функцій. Тому на всіх етапах лікування виключно важливе значення має попередження контрактур пальців. Рациональна іммобілізація пальців, використання знімної лонгети, раннє застосування спеціального комплексу ЛФК, фізіотерапевтичних засобів скорочують терміни лікування, сприяють поліпшенню функціональних результатів, відновленню працездатності хворого. Важливо пам'ятати, що у осіб деяких спеціальностей (музикант, хірург і ін.) контрактура пальців може з'явитися причиною втрати працездатності і професії.

Профілактика. Провідну роль в профілактиці грає попередження мікротравм і запальних ускладнень. Важливе значення мають підвищення санітарної культури населення, поліпшення умов праці і вдосконалення техніки безпеки у виробництві (догляд за шкірою рук, захисні рукавиці, автоматизація виробництва). Зменшенню числа пацієнтів що захворюють панарицієм сприяє обробка мікропошкоджень на виробництві і в побуті 5% спиртним розчином йоду, багатокомпонентними, що швидко полімеризуються антисептичними засобами типу «Фуроспласт» і ін.

ФЛЕГМОНИ КИСТІ

Дифузна гнійна поразка клітковинних просторів кисті в залежності від локалізації має характерні симптоми. До місцевих ознак запального процесу відносяться набряк і гіперемія тканин, порушення функції кисті, місцеве підвищення температури, хворобливість при пальпації. Ступінь виразності зазначених симптомів різна і залежить від об'єму запального процесу, вірулентності збудника, захисної реакції організму, його імунобіологічної реактивності і т.д. Тому клінічний плин флегмон кисті досить різноманітний: від простих чітко локалізованих форм запалення до великих, схильних до поширення гнійно-некротичних процесів, що супроводжуються вираженою інтоксикацією.

Флегмони узвишся I пальця супроводжуються різким набряком тенара і променевого краю тильної поверхні кисті. Різкий біль при пальпації, напруга

тканин, помітне обмеження рухливості набряклих тканин узвишся великого пальця, гладкість долонної шкірної складки – характерні симптоми запалення жирової клітковини цієї зони. Нерідко гнійний ексудат поширюється по краю першого міжкісткового м'яза на дорсальну поверхню кисті. У деяких випадках спостерігається гнійне розплавлення сполучної перегородки, що розділяє щілину тенара і серединний долонний простір з інфікуванням останнього й утворенням гнійно-некротичного процесу в серединній долонній западині.

Флегмони узвишся V пальця не супроводжуються явищами вираженої інтоксикації. Характерні помірно виражений набряк, гіперемія і напруга тканин, хворобливість при пальпації.

Комісуральна флегмона локалізується в дистальній частині долоні. Вхідними воротами інфекції є тріщини грубої, змозолілої шкіри в області п'ястно-фалангових зчленувань долоні. Звідси й інша назва таких флегмон – мозольні абсцеси. Запальне вогнище формується, як правило, у комісуральних просторах II-IV пальців. Флегмони супроводжуються значними болями, набряком дистальної частини обох поверхонь кисті. Пальці по-сусідству з гнійним вогнищем трохи розведені і зігнуті в міжфалангових суглобах. Розгинання їх хворобливе через натяг запального ладанного апоневрозу. Можливе безпосереднє поширення гнояка через овальні щілини апоневрозу з долонної на тильну поверхню кисті. Крім того, можливе залучення сухожилля глибокого згинача пальця, що знаходиться в безпосередній близькості від гнійно-некротичного вогнища.

Розповсюдження інфекції може відбуватися й у проксимальному напрямку по каналах червоподібних м'язів. У цих випадках до основного вогнища приєднується запалення серединного долонного простору.

При флегмонах серединного долонного простору гнійний ексудат накопичується між долонним апоневрозом і тонкою фасціальною пластинкою, що прикриває сухожилля згиначів пальців – підапоневротична флегмона серединного долонного простору. Гнійний процес між фасцією, що вистилає з долонної сторони міжкостні м'язи, і задньою поверхнею довгих сухожилів згиначів приводить до формування підсухожильної флегмони. Клінічно дуже важко диференціювати ці захворювання. Про локалізацію гнійного ексудату і його поширення можна правильно судити лише під час оперативного втручання. Тому доцільніше називати гнійно-запальні вогнища в центральній частині долоні флегмонами серединного долонного простору. Запальний процес зазначеної локалізації супроводжується підвищенням температури тіла, головними болями, змінами периферичної білої крові. Центральна частина долоні вибухає. Шкіра зі згладженою складчастістю напружена, флуктуацію визначити не вдається. При пальпації вогнища запалення хворі страждають від сильного болю. Значно виражений набряк тилу кисті; II-V пальці трохи зігнуті в міжфалангових суглобах. Спроба активного або пасивного розгинання їх приводить до натягу інфільтрованого долонного апоневрозу і внаслідок цього до посилення болю. Спізнілі і нераціональні міри лікування флегмони серединного долонного простору ускладнюються проривом гнояка в щілину тенара, а також поширенням гною, що нагромадився, по каналах червоподібних м'язів на тил кисті. Ці ускладнення погіршують і без того досить важкий плин гнійно-некротичного процесу центральної частини долоні.

Перехресна, або U-подібна, флегмона є найбільш важкою формою гнійного запалення кисті. Вона являє собою спільну поразку синовіальних сумок долоні – ліктьової і променевої. Захворювання є наслідком гнійного тендовагітиту I

або V пальця. При сприятливій інфекції умові відбувається поширення гнійного ексудату на синовіальну сумку променевої або ліктьової сторони кисті. Слабкі неспецифічні імунобіологічні можливості організму, спізнале, нераціональне лікування сприяють генералізації інфекції і переходу її з проксимальної частини долоні на протилежну сторону. Виникає гнійне запалення обох синовіальних сумок. Прорив і швидке поширення гною полегшується у випадках прямого сполучення сумок у п'ястковому каналі. Клінічні спостереження показують, що частіше причиною перехресних флегмон є променевий тенобурсит.

U-подібні флегмони супроводжуються вираженою інтоксикацією, підвищеною температурою тіла, головним болем, слабкістю. Кисть набрякла, синьо-багрового кольору, пальпація її вкрай хвороблива. Пальці трохи приведені до долоні, активні рухи в ній відсутні. Спроба до пасивного розгинання їх значно підсилює біль. Пальпаторно виявляється найбільш виражена хворобливість у зоні проекції сухожил'я згиначів I і V пальців і в проксимальній частині кисті, тобто в місці розташування сліпих кінців ліктьових і променевих синовіальних сумок. При прориві гною в простір Пирогова з'являється розлита хворобливість і набряк у дистальній частині передпліччя. Небезпека U-подібних флегмон полягає й у тім, що гнійно-запальний процес може уражати усі фасціальні-клітковинні простори кисті: серединний долонний простір при прориві гною з ліктьових або променевих синовіальних сумок, щілина тенара або гіпотенара при гнійних тенобурситах I і V пальців.

У наступному гній по каналах червоподібних м'язів переходить на тильну поверхню кисті, утворюючи тут велике гнійно-некротичне вогнище. Створюється реальна погроза генералізації запального процесу за межами первинного вогнища.

Навіть при самому сприятливому плинні U-подібних флегмон у віддаленому післяопераційному періоді функція кисті виявляється значно зниженою. Тому вкрай важливі своєчасна діагностика цього грізного захворювання, раннє радикальне оперативне втручання і раціональне ведення післяопераційного періоду з включенням фізіотерапевтичних процедур і засобів, спрямованих на попередження тугоухливості пальців.

Підшкірна флегмона тильної поверхні кисті відноситься до числа більш легких форм гнійного запалення жирової клітковини кисті. Набряк і гіперемія тканин носять розлитий характер, границі гнійного вогнища установити важко. Шляхом ретельної пальпації тканин можна одержати уявлення про вогнище гнійного розм'якшення клітковини.

Підапоневротичні флегмони тильної поверхні кисті виникають у результаті осідання інфекції глибоко під апоневрозом при колотих ранах. У порівнянні з попереднім видом запалення прояви підапоневротичної флегмони носять більш чіткий характер. Визначається щільний інфільтрат, що супроводжується набряком і гіперемією тильної поверхні кисті. Підшкірна і підапоневротична флегмони, як правило, розвиваються після ушкодження шкірних покривів тильної поверхні кисті й інфікування підшкірної клітковини мікроорганізмами, що знаходяться на шкірі і предметі, що ранить. Іноді гнійні поразки тилу кисті можуть носити вторинний характер. Лімфатичні судини долонної поверхні кисті несуть лімфу на тил кисті. При гнійних процесах долонної поверхні кисті можливе занесення інфекції на її тил. Крім того, просування гнійного ексудату з долоні на тил кисті може відбуватися по каналах червоподібних м'язів. У цих випадках до набряку тилу кисті, що, як правило, супроводжує запальні явища долонної поверхні, приєднуються гіперемія шкіри,

з'являється розлита хворобливість при пальпації тилу кисті.

Операції при гнійних захворюваннях пальців і кисті. Успіх операції при гнійних захворюваннях пальців і кисті визначається в значній мірі гарним знеболюванням. Тільки при повній анестезії можна виконати достатні розрізи, висікти некротизовані тканини, зробити ревізію гнійної порожнини, здійснити раціональне дронування. При підшкірному панариції нігтьової і середньої фаланги, при піднігтьовому панариції операція може бути виконана безболісно під провідниковою анестезією за Оберстом –Лукашевичем. В області основної фаланги по задньовнутрішньому краю пальця в напрямку до долонної поверхні і до кисті вводять по 2 –3 мл 1- 2% розчину новокаїну з кожної сторони. З метою обезболювання попередньо на основу пальця може бути накладений гумовий джгутик; новокаїн вводять дистальніше джгута. Під джгутом операція виконується безкровно, що дозволяє добре орієнтуватися в рані і ретельно видаляти некротизовані тканини. При локалізації запального процесу на основній фаланзі проводиться анестезія міжпальцевих проміжків по Брауну.

При розташуванні гнійного процесу на кисті, при важких формах панариціїв (сухожильний, пандактиліт) операція може бути виконана під внутрішньовенною місцевою новокаїновою анестезією. Під джгутом внутрішньовенно вводять 80-100 мл 0,5% розчину новокаїну з додаванням тиопенталового, епонталового (сомбровінового), гексеналового наркозу.

У даний час оперативне лікування гострих запальних захворювань кисті і пальців є основним методом лікування цієї досить розповсюдженої патології. Лише в 15% спостережень вдається домогтися зворотного розвитку запального процесу різними консервативними заходами. У більшості випадків повне видужання настає після радикального хірургічного втручання. розсічення гнійного вогнища з наступним висіченням некротичних тканин і дронуванням порожнин, що приводить до посилення відтоку раньового відокремлюваного і прискорює ліквідацію патологічного процесу.

При операціях на пальцях і кисті варто використовувати очні інструменти (скальпель, гострі ножиці). Це дає можливість робити адекватні розрізи, дбайливо відноситися до життєздатних тканин, створює зручність маніпулювання в рані, дозволяє цілком видалити некротичні тканини, забезпечити умови швидкого загоєння рани і відновлення функцій органа.

5. План та організаційна структура заняття.

1	Підготовчий етап	Оцінити висхідний рівень знань та вмінь здобувача вищої освіти і висхідного рівню	Питання для контролю, тести.	Рівень засвоєння I-II	5%
---	------------------	---	------------------------------	-----------------------	----

2	Основний етап	Формування професійних вмінь оволодіння навичками і знаннями, курація хворих	Професійний алгоритм, схема лікування, орієнтуюча карта, фізикальні методи	Навчальні завдання дослідження, трактовка лабораторних та інструментальних методів.	5%
3	Заключний етап	Контроль засвоєння матеріалу, рівня вмінь і навичок.	Задачі і тести кінцевого рівню знань	Задачі ректорського контролю, тести „Крок – II”	0%

6.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, задачі, тести.

1. Анатомічні особливості кисті та пальців.
2. Етіологія та патогенез розвитку гнійно-запальних захворювань кисті та пальців.
3. Класифікація панариціїв.
4. Клінічна картина та діагностика панариціїв.
5. Клінічна картина та діагностика флегмон кисті.
6. Консервативне лікування панариціїв.
7. Оперативне втручання при гнійно-запальних захворюваннях кисті та пальців.

Ситуаційні задачі

1. Хворий під час роботи уколів нігтьову фалангу 2-го пальця лівої кисті. У місці ушкодження припухлість, пульсуючий біль. Температура 37,8. Місцево-стовщення, під епідермісом видний гній. Діагноз і дії хірурга?

Відповідь: Шкірний панарицій. Операція - розкриття гнійника з висіченням відшарованого епідермісу.

2. У хворого 12 днів тому в ділянці нігтьової фаланги 1-го пальця з'явилася припухлість і болючість. Поступово біль збільшувався і набув пульсуючий характер. Місцево: нігтьова фаланга збільшена в обсязі, палець зігнутий, з-під нігтя при натисненні виділяється гній. Діагноз і дії хірурга?

Відповідь: Кістковий панарицій нігтьової фаланги 1-го пальця, необхідно зробити рентгенограму цього пальця. Операція – розкриття гнійника, екзартикуляція нігтьової фаланги, дронування рани.

3. Хвора уколола риб'ячою кісточкою долонну поверхню кисті. На 4-й день кисть розпухла, шкірні покриви гіперемована, з'явився пульсуючий біль. Рух пальців обмежений. Температура 38,4. Діагноз і дії хірурга?

Відповідь: Надапоневротична флегмона лівої кисті. Під загальним знеболюванням розкрити флегмону з висіченням некротичних тканин, дронування.

4. Основні методи загального лікування запальних процесів:
- а) Детоксикаційна терапія.
 - б) Пасивна й активна імунізація.
 - в) Цілеспрямоване застосування антибіотиків (знання мікрофлори. Визначення оптимальної дози антибіотика , вибір способу введення препарату і тривалість його застосування).
 - г) використання фізіотерапевтичних способів лікування.
 - д) застосування лікувальної фізкультури для профілактики контрактур.
5. Через 2 дні після накладання швів на рану долонної поверхні кисті, отриманої в результаті побутового травматизму, з'явився сильний біль у руці і температура до 39⁰С. Які дії хірурга?
- а. Дати наркоз.
 - б. Зняти шви, широко розкрити рану.
 - в. Перевірити, чи немає міжм'язової флегмони.
 - г. Промити рану перекисом водню.
 - д. Дренувати рану.
 - е. Іммобілізувати кінцівку.
 - ж. Зробити посів гноя для визначення мікрофлори і її чутливість до антибіотиків.
 - з. Внутрішньом'язове введення антибіотиків, сульфаніламідів.
 - и. Перев'язки в міру необхідності.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

- 1) У жінки після мікротравми 1 пальця правої кисті з'явився набряк передпліччя, почервоніння шкіри у вигляді пахвинних смуг, які тягнуться до пахової ямки. Який найбільш вірогідний діагноз?
- А) Лімфангоїт
 - Б) Бешиха передпліччя
 - В) Флегмона кисті
 - Г) Еризипелоїд
 - Д) Лімфостаз
- 2) У хворого відмічається нависання навколо валика 2 пальця правої кисті. Пальпація тканин, що набрякли, болісна. Гнійний ексудат просвічується крізь відшарований край нігтя. Діагноз?
- А) Пароніхія
 - Б) Підшкірний панарицій
 - В) Пандактиліт
 - Г) Еризипелоїд
 - Д) Бешиха
- 3) Який метод є основним для підтвердження діагнозу гнійного захворювання?
- А) Ультразвукове дослідження
 - Б) Бактеріологічний посів вмісту гнійника
 - В) Загальний аналіз крові

D) Рентгенографія

- 4) У хворого після травми 1 пальця через 4 дні з'явився набряк пальця, шкіра почорніла. Відзначає сильний біль, що віддає у руку. З'явився набряк усієї кисті. Палець нерухомий, дуже хворобливий. Покритий струпом. Шкіра місцями некротична, з під неї виділяється гній. Температура тіла 37,9°C. На рентгенограмі великого пальця є ознаки деструкції кістки дистальної фаланги. Який діагноз?
- A) Остеомієліт
 - B) Панарицій
 - C) Флегмона
 - D) Абсцес
 - E) Пандактиліт
- 5) Який із наступних методів є основним у консервативному лікуванні гнійних захворювань?
- A) Призначення системних антибіотиків
 - B) Використання тільки місцевих антисептиків
 - C) Фізіотерапія
 - D) Хірургічне втручання
- 6) У хворої з цукровим діабетом тиждень тому з'явилася ранка на 1 пальці правої ноги. Через 4 дні з'явився набряк стопи, почервоніння. На момент надходження – стан хворої важкий. Загальмована. Права нога набрякла, 1 палець чорний, є гіперемія всієї стопи. При спробі відокремити некротичні тканини з основи 1 пальця виділяється гній. Цукор крові – 18,1 ммоль/л. Який діагноз?
- A) Діабетична флегмона правої ноги з гангrenoю 1 пальця
 - B) Діабетична кома
 - C) Гіпоглікемічна кома
 - D) Гангрена правої ноги
 - E) Ішемічна гангрена 1 пальця правої ноги
- 7) Яке хірургічне втручання є найбільш поширеним при лікуванні гнійних абсцесів?
- A) Дренування гнійника
 - B) Лапаротомія
 - C) Кюретація
 - D) Гемостаз
- 8) Який з наступних станів є характерним для нагнійного тендовагініту?
- A) Всі наведені вище
 - B) Обмеження рухів у суглобі
 - C) Болісність при натисканні на сухожилля
 - D) Набряк в області кисті
- 9) Хвора звернулася зі скаргами на еритему і сверблячку в ділянці 2 пальця лівої руки. Занедужала тиждень тому, коли після уколу ножем, котрим обробляла рибу, з'явилося почервоніння, сверблячка. Парила палець на дому, в гарячій воді.

Наступного дня червоність перемістилася до основи пальця, сверблячка підсилася. Потім симптоми зникли. Напередодні відновилися знову. Який діагноз і тактика лікування?

- A) Еризипелоїд, антибактеріальна терапія
- B) Бешиха, антибактеріальна терапія
- C) Панарицій, розкриття панариція
- D) Бешиха, ампутація пальця
- E) Панарицій, антибактеріальна терапія

10) При якому з наступних симптомів слід негайно проводити хірургічне втручання при нагнійному захворюванні кисті?

- A) Прогресуюче погіршення стану та підвищення температури
- B) Легка болючість
- C) набряк та почервоніння
- D) Відчуття поколювання в пальцях

Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

1. Хворий П. 45 років звернувся із скаргами на біль та запалення м'яких тканин нігтьової фаланги вказівного пальця правої кисті. Захворів 4 дні тому. Біль носить пульсуючий характер, хворий не може спати на протязі 2-ох днів. Виставлено діагноз: "Підшкірний панарицій".

Який вид знеболення треба застосувати у даному випадку?

Відповідь: Знеболення за Лукашевичем-Оберстом.

2. Хвора С. 60 років, скаржиться на різкий біль у середній фаланзі III пальця лівої кисті, 4 дні тому підколола палець риб'ячою кісткою. Середня фаланга набрякла, при пальпації з'являється сильний біль, хвора не спроможна зігнути фалангу. $T^{\circ} = 39,2^{\circ}C$. Виставлено діагноз гнійний панарицій. Яким розтином необхідно скористатись для санації гнійного вогнища?

Відповідь: Бічним продольним двобічним.

3. Який симптом є кардинальним при діагностиці сухожильного панарицію?

Відповідь: Різке збільшення болю під час спроби розгинання пальця.

6.1.Завдання для самопідготовки вихідного рівня знань-вмінь

Питання

1. Загальна класифікація гнійних захворювань м'яких тканин та шкіри
2. Особливості анатомічної будови шкіри
3. Головні клінічні ознаки гнійних захворювань
4. Визначення, діагностика, клініка, лікування гнійних захворювань м'яких тканин та шкіри і шкіри й підшкірної клітковини.
5. Гнійні процеси в клітковинних просторах.
6. Гнійні захворювання пальців і кисті.
7. Гнійні захворювання залозистих органів.
8. Тактика хірурга при різних стадіях розвитку гнійного захворювання тканин.
9. Покази до оперативних втручань
10. Первинна хірургічна обробка як засіб профілактики

гнійних ускладнень під час війни.

11. Методи оперативних втручань в залежності від локалізації гнійного запалення.

6. Основна література

1. Клінічна хірургія. Керівництво за ред. Л.Я. Ковальчука, В.Ф.Саєнка, Г.В.Книшова. Тернопіль, Укрмедкнига,2000.
2. Хірургічні хвороби.Підручник за ред. проф.В.В.Грубніка. Одеса, Одеський медуніверситет, 2003.

8. Додаткова література

1. Панарицій, флегмони кисті: особливості анатомічної будови кисті, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування. Лімфангіт, лімфаденіт: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, принципи лікування : метод. вказ. до практ. занять та самост. роботи здобувач вищої освіти 3- го курсу II та IV мед. фак-тів з дисципліни "Загальна хірургія" / упоряд. В. О. Сипливий, В. В. Доценко, В. І. Робак та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 24 с.
2. Пантьо В. І. Загальна хірургія: навчальний посібник / В. І. Пантьо, В. М. Шимон, О. О. Болдіжар – Ужгород: ІВА, 2010. – 464 с.
3. Гострі гнійні захворювання: анатомо - клінічне обґрунтування та основи хірургічної допомоги: навчальний посібник для здобувач вищої освіти медичних факультетів вищих навчальних закладів III - IV рівня акредитації та лікарів - інтернів за спеціальністю 222 «Медицина» / О. А. Григор'єва, А. С. Писаренко, Е.Р. Скаковський. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 75 с.
4. 5.Хірургія. Підручник за ред.. Л. Я. Ковальчука, Тернопіль, 2010, с.899-909.