

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Общей хирургии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЕМ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	Общая хирургия
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025
Тема 22 Занятие 1	Острая гнойная неспецифическая хирургическая инфекция

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Общая хирургия»

Разработаны
профессором кафедры
профессором кафедры
доцентом кафедры
доцентом кафедры
доцентом кафедры

Лаврешиным П.М.
Муравьевым А.В.
Гобеджишвили В.К.
Корабленой С.С.
Владимировой О.В.

Обсуждена на заседании кафедры «общей хирургии»
Зав. кафедрой

Лаврешин П.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело 2023 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

Методические указания по дисциплине «Общая хирургия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1. Цель

Ознакомить студентов с этиопатогенезом, клиникой, диагностикой и принципами лечения гнойно-воспалительных заболеваний пальцев и кисти. Гнойных заболеваний клетчаточных пространств и железистых органов а также перитонита. Научить студентов обследовать больных с данной патологией, проводить дифференциальную диагностику, выбирать адекватное лечение. Закрепить знания полученные на анатомии, фармакологии и микробиологии.

2. Учебные вопросы

1. Гнойная хирургия кожи и подкожной клетчатки.
2. Фурункул, карбункул.
3. Абсцесс, флегмона.
4. Рожа, гидраденит.
5. Принципы хирургического лечения.

3. Теоретическая часть

Аннотация

Гнойные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки – наиболее часто встречающиеся гнойные заболевания и составляют около 30% среди этих болезней. На амбулаторно-поликлиническом приёме хирурга они составляют почти 70%. Наиболее часто возбудителем этих заболеваний является стафилококковая флора (70- 90%). Основными условиями развития гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожно-жировой клетчатки являются: 1) снижение местной резистентности тканей; 2) снижение общей резистентности и иммунной защиты организма; 3) наличие микрофлоры (патогенной, вирулентной, инвазивной, токсигенной) в достаточном для развития заболевания количестве.

Фурункул – гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей.

При развитии процесса воспаление переходит на сальную железу и окружающие ткани.

Возбудителем чаще всего является золотистый стафилококк. Этиология фурункулов та же, что и других гнойных заболеваний. Возникновению их способствуют: загрязнённость, трещины, ссадины кожи, несоблюдение санитарно-гигиенических требований, сахарный диабет, авитаминозы, переохлаждение и т.д. Фурункулы не развиваются на коже, лишённой волос (ладони, ладонные поверхности пальцев, подошвы). Клиника. Вокруг корня волоса формируется пустула с небольшим воспалительным инфильтратом в виде узелка. Кожа над инфильтратом гиперемирована, болезненная при пальпации. Фурункулы в преддверии носа, в наружном слуховом проходе сопровождаются значительным болевым синдромом. На вершине инфильтрата образуется некроз. На 3-7 сут. инфильтрат расплавляется, и некротизированные ткани вместе с остатками волоса выделяются с гноем. Фурункулы на лице, мошонке сопровождаются выраженным отёком, что объясняется рыхлостью подкожной клетчатки. Образовавшаяся после этого рана очищается, выполняется грануляциями, образуется белый рубец. При фурункулах в области верхней губы, носогубной складки, носа, суборбитальной области возможно тяжёлое состояние с развитием прогрессирующего тромбоза и переходом на венозные синусы, твёрдую мозговую оболочку, возможно развитие базального менингита и сепсиса (лихорадка выше 40⁰С, отёк лица, ригидность затылочных мышц). Фурункул может быть одиночным, однако иногда одновременно или последовательно один за другим появляется много очагов воспаления на различных участках кожи – фурункулёз. Появление многих фурункулов на ограниченном участке тела называется местным фурункулёзом, на большой поверхности кожи – общим фурункулёзом. Иногда возникновение фурункулов в виде множественных высыпаний продолжается с небольшими ремиссиями в течение нескольких лет. Этот процесс называют хроническим, рецидивирующим фурункулёзом.

Лечение фурункулов производится по общим принципам лечения хирургической инфекции. При локализации фурункула выше носогубной складки обязательны антибактериальная (зивокс, сульперазон и др.), дезинтоксикационная, противовоспалительная, общеукрепляющая, терапия, постельный режим, запрет разговоров и жевания (пища в жидком состоянии). «Выдавливание

фурункула на лице – смерти подобно!». Больным с хроническим рецидивирующим фурункулёзом, кроме общего и местного лечения, целесообразно назначение неспецифической стимулирующей терапии в виде аутогемотерапии (внутримышечное введение взятой из кубитальной вены аутокрови по схеме 2мл → 4мл → 6мл → 8мл → 10мл → 8мл → 6мл → 4мл → 2мл ежедневно; можно к дозе аутокрови добавлять пенициллин 500-1000 тыс. ЕД). Применяют также переливание малых доз консервированной крови, подкожное введение стафилококковой вакцины или аутовакцины, иммунизация стафилококковым анатоксином, γ -глобулином. После проведения анализа иммунограммы показана иммуностимулирующая терапия, направленная на коррекцию иммунодефицита. В последнее время широко применяется УФО, лазерное облучение аутокрови.

Карбункул – сливное гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и сальных желез с образованием общего обширного некроза кожи и подкожной клетчатки. Этиология карбункула та же, что и других гнойных заболеваний. Вызывается стафилококком, иногда – стрептококком. Образуется обширный некроз, вокруг которого развивается нагноение. Течение заболевания сопровождается явлениями интоксикации. Осложнения – лимфангоит, лимфаденит, тромбоз, менингит, сепсис. При дифференциальной диагностике карбункула необходимо помнить о сибиреязвенном карбункуле, для которого характерен плотный чёрный безболезненный некротический струп по центру, явления регионарного лимфаденита и выраженной общей интоксикации.

Лечение карбункула проводится в условиях стационара, назначается постельный режим. Выполняется хирургическая обработка гнойно-некротического очага (с иссечением некрозов) под общей анестезией. Обязательны антибактериальная (зивокс, сульперазон, уназин, цефобид и др.), дезинтоксикационная, противовоспалительная, общеукрепляющая терапия. При локализации процесса на лице – запрет разговоров, жидкое питание.

Абсцесс (гнойник) – ограниченное скопление гноя в тканях, различных органах. Причиной абсцесса может быть проникновение инфекции через повреждённую кожу, как осложнение других местных инфекций (фурункул, лимфаденит, гидраденит и др.), а также метастатические абсцессы при сепсисе. Особенностью абсцесса является наличие пиогенной оболочки, внутренняя стенка которой выстлана грануляциями. Клиника. Течение абсцесса может быть острым и хроническим. При этом гнойном заболевании выявляются все типичные признаки воспаления – *color, dolor, tumor, rubor, functio laesa*. Для абсцесса характерен симптом флюктуации («зыбление»). Общие симптомы зависят от локализации абсцесса. Дифференциальный диагноз. Хронический абсцесс необходимо дифференцировать с туберкулёзными натёчками, аневризмой, сосудистыми опухолями. **Лечение абсцессов** производится по общим принципам лечения хирургической инфекции, включающим оперативное вмешательство и медикаментозную терапию.

Флегмона – разлитое воспаление клетчатки (подкожной, межмышечной, забрюшинной и др.). Флегмона вызывается как аэробными, так и анаэробными микроорганизмами (чаще неклостридиальными). По характеру экссудата флегмоны разделяются на серозные, гнойные и гнилостные. Отличием флегмоны от абсцесса является отсутствие пиогенной оболочки, что обеспечивает достаточно быстрое и обширное распространение гнойного процесса. Клинически флегмону определяют все признаки воспаления. При серозной форме флегмон допускается консервативное лечение, остальные формы лечатся по общим принципам лечения хирургической инфекции.

Рожа – инфекционное заболевание, вызываемое β -гемолитическим стрептококком группы А и проявляющееся острым серозным, быстро распространяющимся воспалением собственно кожи, реже – слизистой оболочки. Рожу относят к эпидемическим заболеваниям. Однако большую роль в возникновении и развитии заболевания играет местная и общая предрасположенность, аллергический статус организма. Зона воспаления резко отграничена от окружающих неизменённых тканей. Внедрение возбудителей в кожу происходит из экзогенных, реже – эндогенных источников. Даже при кажущемся отсутствии первичного источника после тщательного опроса и осмотра часто можно найти незначительную ссадину, потёртость и т.п., появившиеся незадолго до возникновения заболевания. По возникновению различают рожу: 1) первичную; 2) вторичную. По распространённости: 1) ползучую; 2) мигрирующую. Клинические формы рожистого воспаления: 1) эритематозная; 2) эритематозно-буллёзная (см. приложение, рис. 34); 3) буллёзная; 4) флегмонозная; 5) некротическая; 6) геморрагическая.

Лечение рожистого воспаления. При некротической и флегмонозной формах выполняется хирургическая обработка очагов. Обязательным компонентом лечения является антибактериальная (цефобид, сульперазон, зивокс и др.), противовоспалительная (нестероидными препаратами)

терапия, проведение местной УФО-терапии на субэритемных дозах (3-5 сеансов, каждый длительностью 40-50 сек.).

Гидраденит - это воспаление апокриновых потовых желез. Заболевание чаще всего вызывается стафилококком.

Среди факторов, способствующих развитию гидраденита, являются загрязнение кожных покровов вследствие несоблюдения гигиенических норм, их травматизация, повышенная потливость, снижение защитных сил организма.

Данная патология чаще всего развивается в подмышечных областях, реже в перианальной зоне. На месте внедрения инфекции через широкое устье апокриновой железы возникает очаг серозного воспаления до 1,0-1,5 см, который при прогрессирующем течении увеличивается до 2-3 см, сопровождается некрозом железы и окружающей клетчатки с формированием небольшого гнояника, который прорывается наружу. Клинически заболевание проявляется в большинстве своем местными симптомами и характеризуется умеренными болями в подмышечной области, усиливающимися при движении рукой, появлением болезненного узелка с гиперемией кожи над ним, который через 3-4 дня увеличивается, приобретает синюшно-багровый цвет, появляется флюктуация, свидетельствующая об абсцедировании гидраденита. Особенностью заболевания является то, что процесс редко ограничивается поражением одной железы и характеризуется рецидивирующим течением. По причине внешнего сходства, при наличии нескольких очагов воспаления, выступающих в подмышечной области в виде воспалительных сосков, в просторечии это заболевание часто называют "сучье вымя".

В ряде случаев при длительном рецидивирующем течении заболевания может развиться целлюлит и фиброз подмышечной клетчатки с ограничением функции плечевого сустава. В серозно-инфильтративной стадии проводится консервативное лечение, которое направлено непосредственно на очаг воспаления (антибиотикотерапия, повязка с антисептиками, физиолечение и др.) и предупреждение контаминации других потовых желез (удаление волос и протирание кожи 70⁰ спиртом, хлоргексидином, формалином, УФО). В стадии гнойно-некротического воспаления показана операция, которая выполняется под местным обезболиванием, заключается во вскрытии гнояника, промывании раны 3% H₂O₂, другими антисептиками и дренировании, чаще всего, полоской из перчаточной резины. При упорном течении процесса лечебные мероприятия должны быть направлены на повышение защитных сил организма (витаминотерапия, пища богатая белками, иммуностимуляторы, анатоксин, аутовакцина, гаммаглобин и др.), местно может быть применена противовоспалительная рентгенотерапия. Иногда при безуспешности всех методов и необратимых изменениях тканей подмышечной области прибегают к иссечению кожи и подкожной клетчатки вместе с потовыми железами и аутодермопластикой или пластикой полнослойным кожно-подкожным лоскутом на сосудистых связях.

Общие принципы диагностики и лечения острой гнойной хирургической инфекции.

Заболевания, относимые к острой гнойной хирургической инфекции, весьма разнообразны. Они имеют определённые симптомы, особенности клинического течения, характерные осложнения. Существуют принципиальные подходы к диагностике и лечению всех заболеваний, объединённых в группу «острая гнойная хирургическая инфекция».

Патогенез

Острая гнойная инфекция - острый воспалительный процесс различной локализации и характера, вызванный гноеродной микрофлорой. Для её развития необходимо наличие трёх элементов.

- Возбудитель инфекции (гноеродный микроорганизм).
- Входные ворота инфекции (место и способ внедрения микроорганизма в ткани больного).
- Макроорганизм с его реакциями - местными и общими, защитными и патологическими.

Возбудители гнойной хирургической инфекции

Современная характеристика возбудителей гнойной хирургической инфекции значительно отличается от классических схем, сформировавшихся несколько десятилетий назад. В настоящее время основными возбудителями острой гнойной инфекции стали следующие микроорганизмы:

- *Staphylococcus aureus*;
- *Pseudomonas aeruginosa*;
- *Escherichia coli*;
- *Enterococcus*;
- *Enterobacter*;
- *Streptococcus*;
- *Proteus vulgaris*;

- *Streptococcus pneumoniae*.

Вследствие широкого применения антибиотиков и их мутагенного действия на микроорганизмы последние, как правило, характеризуются устойчивостью к большинству антибактериальных средств. Лекарственная устойчивость стафилококков, выделенных у больных с гнойной инфекцией, превышает 70%. Такую же устойчивость выявляют у палочки сине-зелёного гноя (*Pseudomonas aeruginosa*), чем можно объяснить её возрастающую роль при осложнении ожогов и ран. Большое значение в развитии гнойной хирургической инфекции в связи с распространённостью, стойкостью и возможностью роста в анаэробных и аэробных условиях имеет кишечная палочка (*Escherichia coli*).

Большинство штаммов *Staphylococcus aureus* и некоторые штаммы других микроорганизмов синтезируют пенициллиназы и цефалоспорины - β-лактамазы, определяющие устойчивость микроорганизмов к большинству пенициллинов и цефалоспоринов. Многие стафилококки устойчивы к антибактериальным средствам других классов (макролидам, аминогликозидам, фторхинолонам). Множественной резистентностью характеризуется и *Pseudomonas aeruginosa*.

Таким образом, наиболее частые возбудители инфекции характеризуются устойчивостью к традиционным антибактериальным средствам, что определяет сложность лечения гнойных заболеваний.

Важную роль в течении гнойной хирургической инфекции играют биологические особенности микроорганизмов: инвазивность, токсичность и вирулентность. Кроме того, существенное значение имеет степень инфицированности. Проникновение менее чем 10^5 бактерий на 1 г ткани, как правило, оказывается недостаточным для развития инфекции (надёжно срабатывают факторы защиты).

Входные ворота инфекции

Возбудители гнойной инфекции широко распространены в среде, окружающей человека. Богато обсеменены области паховых складок, подмышечных ямок, зона вокруг ротовой полости, заднего прохода. Для того чтобы микроорганизмы проявили свое патологическое влияние, они должны проникнуть сквозь покровные ткани человека. Это проникновение осуществляется через входные ворота.

Входными воротами наиболее часто становятся повреждения кожи и слизистых оболочек - различные виды случайных ран. Проникновение инфекции возможно и через ссадины, царапины, потёртости, укусы. Кроме того, микроорганизмы могут проникать через протоки сальных и потовых желёз. Имеющиеся в организме очаги гнойной инфекции (глубокий кариес, зубная гранулёма, хронический тонзиллит, хронический гайморит и др.) также могут стать причинами развития инфекции (эндогенный путь инфицирования).

Быстрому распространению микроорганизмов способствуют большое количество некротических тканей в области входных ворот, нарушение кровообращения, переохлаждение. Местные иммунологические особенности тканей также оказывают влияние на частоту и тяжесть развития гнойных процессов.

Реакция макроорганизма

Далеко не всегда микроорганизмы, попавшие в ткани, вызывают то или иное заболевание из группы острой гнойной инфекции. Важен характер ответной реакции макроорганизма. В этой реакции можно выделить неспецифические и специфические механизмы защиты.

Неспецифические механизмы защиты

Первый из неспецифических факторов защиты - анатомические барьеры: кожа и слизистые оболочки. Кожа обладает бактерицидными свойствами за счёт веществ, содержащихся в секретах потовых и сальных желёз. На поверхности слизистых оболочек присутствуют секрет слёзных и слюнных желёз, слизь, соляная кислота (в желудке) и т.д. Недостаточность этих факторов способствует проникновению и развитию инфекции.

Следующий механизм - нормальная микрофлора, проявляющая антагонистическую активность по отношению к экзогенным микроорганизмам.

К гуморальным факторам неспецифической защиты, содержащимся в плазме крови и тканевой жидкости, относят лейкоцины, плакины, β-лизины, лизоцим, систему комплемента.

Клеточные механизмы неспецифической защиты представлены воспалительной реакцией и фагоцитозом. Воспаление - ведущая реакция тканей при острой гнойной инфекции - признак хорошо и целесообразно организованной приспособляемости организма. Реакция тканей на внедрение микробов сопровождается местными и общими проявлениями. Прежде всего, образуется лейкоцитарный вал, отграничивающий очаг инфекции от внутренней среды организма. Определённым барьером для генерализации инфекции служат лимфатические сосуды и узлы. В

процессе развития тканевой реакции вокруг гнойного очага образуется грануляционный вал, ещё более надёжно отграничивающий гнойный очаг. При длительном существовании отграниченного гнойного процесса из окружающего его грануляционного вала образуется плотная пиогенная оболочка - надёжное препятствие распространению инфекции.

При высоковирулентной инфекции и слабой реакции организма защитные барьеры образуются медленно, что нередко приводит к проникновению инфекции через лимфатические пути (сосуды, узлы) в кровеносное русло. В таких случаях возможно развитие общей инфекции.

В очаге воспаления особенно эффективен процесс фагоцитоза. Фагоциты - нейтрофильные лейкоциты и мононуклеарные фагоциты (различные клетки любых тканей в норме - моноциты, гистиоциты, клетки Купфера, альвеолярные макрофаги в лёгких, макрофаги селезёнки, остеокласты, клетки Лангерханса кожи и т.д.; возникающие при воспалении - экссудативные макрофаги, многоядерные гигантские клетки Пирогова-Лангханса, эпителиоидные клетки).

В основе защитной функции фагоцитарной системы лежит способность её элементов поглощать и разрушать микробные тела и другие инородные агенты. Фагоциты обладают хемотаксисом, способны разрушать и инактивировать микробные клетки.

В механизме фагоцитоза принимают участие сывороточные факторы (опсонины, система комплемента). Они подготавливают микроорганизмы к поглощению фагоцитами.

Специфические механизмы защиты

Специфические механизмы защиты включают иммунный ответ гуморального и клеточного типов.

При ответе гуморального типа сначала происходит процесс распознавания агента, а затем начинается синтез антител к нему В-лимфоцитами. Большую роль в этом механизме играют все фенотипы Т-лимфоцитов и интерлейкин-2.

При ответе клеточного типа ведущая роль принадлежит Т-лимфоцитам. Часть из них оказывает непосредственное действие на антиген (клетки-киллеры), а другие влияют опосредованно, выделяя медиаторы иммунного ответа (лимфокины).

Факторы снижения механизмов защиты

При рассмотрении вопросов развития инфекционного процесса для клинициста большое значение имеют факторы, ослабляющие систему защиты.

Существенное значение имеет возраст. Снижение защитных механизмов в раннем детстве и пожилом возрасте определяется особенностями анатомических барьеров и секреции, а также состоянием иммунной системы: в первые 3-6 месяцев организм ребёнка полностью зависит от материнских антител, у пожилых же людей наблюдают понижение выраженности иммунных реакций.

Определённое значение имеет пол. Известно, что женский организм характеризуется более выраженными защитными механизмами, чем мужской.

Имеют значение также заболевания, сопровождающиеся иммунодефицитом. Особое место занимает сахарный диабет. Гнойные заболевания на фоне диабета возникают чаще и протекают они значительно тяжелее. Более того, довольно часто именно при развитии гнойных процессов впервые выявляют это заболевание, протекающее в скрытой форме. Диабетическая гипергликемия приводит к недостаточности развития воспалительной реакции. Кроме того, при диабете может оказаться недостаточно эффективной терапия, поскольку нарушается нормальная абсорбция лекарственных веществ.

В последнее время большое внимание в развитии инфекционных процессов уделяют иммунодефицитным состояниям. Наиболее опасное заболевание из этой группы - ВИЧ-инфекция (СПИД). Причиной развития иммунодефицита могут также быть анемия, хронический алкоголизм, наркомания и т.д.

Иммунологический гомеостаз организма нарушается при ряде современных терапевтических воздействий: применении антибиотиков, иммунодепрессивных и цитотоксических препаратов, рентгенотерапии.

Определённое негативное влияние оказывают гипопротеинемия и авитаминоз.

Клиническая картина и диагностика

Клиническая картина складывается из местных и общих проявлений.

Задание 1

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больная 65 лет выдавила фурункул подбородочной области. Через 3 дня отметила усиление болей в этой области, появилась гиперемия, напряженный отек, местная гипертермия. Лечилась самостоятельно, применяла повязки с мазью Вишневского. Через 3 дня повысилась температура до 38 гр. Цельсия, увеличилась гиперемия, боли, отек в подбородочной области. В центре на месте бывшего фурункула, участок грязно-серого цвета 2х2 см. Отмечается флюктуация. Через 6 суток обратилась к врачу, было выполнено хирургическое вмешательство с дренированием раны резиновыми выпускниками.

Ваш диагноз? Наиболее частый микробный возбудитель данной патологии? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию? Какое хирургическое вмешательство выполнено у данной больной? Лечение данной патологии в послеоперационном периоде?

Задача 2.

Больной К., находясь на даче, получил укус насекомого в области левой щеки. Ночью был сильный зуд в области укуса, что привело к расчесу в этом месте. Через два дня приехал домой с дачи, обнаружил на месте укуса припухлость, болезненность без явной гиперемии. Обработал эту область спиртом, принял таблетку димедрола. К врачу не обращался, ходил на работу. Через 3 дня стал отмечать недомогание, слабость, повысилась температура до 38,2 гр. Цельсия, припухлость в области левой щеки увеличилась, усилилась боль, появилась гиперемия, отек перешел на параорбитальную клетчатку с обеих сторон, отмечается флюктуация в центре инфильтрата.

Ваш диагноз? Какое осложнение основного заболевания развилось у данного больного? Какое наиболее грозное осложнение может возникнуть у больного? Укажите все классификации основной нозологической формы, имеющиеся у больного? Какое лечение дополнительно (помимо основного) надо назначить больному в связи с развившемся осложнением?

Задача 3.

В клинику поступил больной 54 лет с наличием воспалительного инфильтрата в поясничной области, размерами 5х5 см. Отмечается напряжение тканей, резкая болезненность при пальпации, распирающая самостоятельная боль. Кожа имеет багровый оттенок. В истонченном эпидермисе над очагом некроза имеется несколько мелких отверстий, из которых выделяется небольшое количество густого зеленовато-серого гноя. Температура повышена до 39° С.

Какое это заболевание? Какие исследования нужно провести для уточнения диагноза и сопутствующих заболеваний? Изложите подробный план лечения. Какие возможные осложнения? Какие примените антибиотики? В каких дозах?

Задача 4.

Больной 24 лет после экстракции зуба, через сутки, почувствовал озноб, повышение температуры до 38,9 ° С, боли в области нижней челюсти и шеи. При осмотре левая половина три г, гиперемирована, инфильтрация идет от нижней челюсти книзу. Лейкоцитоз, нейтрофилез.

Какое осложнение наступило и чем оно опасно? Какое лечение необходимо провести больному?

Задача 5.

При вскрытии флегмоны поясничной области излился гной белого цвета, жидкий с неприятным запахом. У больного имеется токсико-резорбтивная лихорадка, головная боль, плохое самочувствие.

Показана ли антибактериальная терапия? Какие Вы назначите антибиотики и химические антисептики резорбтивного действия?

Задание 2

ТЕСТЫ:

1. Перечислите виды хирургических вмешательств, применяемых при острых гнойных заболеваниях мягких тканей:

1. Вскрытие и дренирование гнояника.* 2. Иссечение гнояника.* 3. Ампутация.* 4. Некрэктомия.* 5. Применение антисептиков. 6. Рентгентерапия. 7. Первичная хирургическая обработка.

2 К общим немикробным этиологическим факторам развития гнойной инфекции относятся :
а) возраст пациента; б) сахарный диабет; в) прием гормональных препаратов;
г) неэффективный гемостаз; д) электрокоагуляция и электрохирургия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б

2) а,б,в*

3) в,г,д

4) г,д

5) все верно

3. К местным немикробным факторам развития гнойной хирургической инфекции относятся:
а) травматическое выполнение хирургического пособия; б) Электрокоагуляция и электрохирургия; в) наложение большого числа лигатур; г) использование нерассасывающегося материала; д) неэффективный гемостаз; е) длительность выполнения оперативного пособия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б,в

2) в,г,д

3) г,д,е

4) а,в,д

5) верно все*

4) Основные признаки бактериально – токсического шока:

а) высокая температура; б) брадикардия; в) ознобы; г) падение артериального давления; д) олигурия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) в,г,д*

2) а,б,в,д

3) б,в,г,д

4) а,в,г

5) верно все

5) К формам рожистого воспаления относятся:

а) эритематозная; б) буллезная; в) катаральная; г) флегмонозная; д) некротическая; е) гангренозная. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б,д,е

2) а,б,г,д*

3) б,в,г,е

4) в,г,д,е

5) верно все

6) Какие структурные элементы поражаются при фурункуле?

А) волосяной фолликул; б) сальная железа; в) мышцы; г) потовая железа; д) подкожная клетчатка. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б,г

2) а,б,д*

3) а,г,д

4) а,в,д

5) верно все

7. Перечислите способы местного лечения гнойной инфекции:

1. Промывание гнойной полости антисептиками.*
2. Использование протеолитических ферментов.*
3. Физиотерапия.*
4. Адекватное дренирование гнойной полости.*
5. Иммунотерапия.
6. Антибактериальная терапия.
7. Дезинтоксикационная терапия.

8. Какое из перечисленных заболеваний чаще всего осложняется гнойной инфекцией

- A. Злокачественная опухоль. Б. Сахарный диабет.*
- B. Порок сердца. Г. Хроническая почечная недостаточность.

9. Дайте определение фурункула:

- A. Фурункул - воспаление сальной железы.
- B. Фурункул - воспаление потовой железы.
- B. Фурункул - воспаление нескольких волосяных фолликулов.
- Г. Фурункул - воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей подкожной жировой клетчатки.*
- Д. Фурункул - воспаление волосяного фолликула, потовой железы и окружающей подкожной жировой клетчатки.

10. Укажите, какой из перечисленных микробов наиболее часто приводит к образованию фурункула:

- A. Гонококк. Б. Стафилококк.* B. Стрептококк. Г. Синегнойная палочка. Д. Кишечная палочка. Ж. Протей.

11. Укажите наиболее опасные локализации фурункула:

- A. Верхняя часть лица.* Б. Нижняя часть лица.
- B. Верхние конечности. Г. Нижние конечности.
- Д. Грудная клетка. Ж. Туловище. З. Область ягодиц.

12. Чем опасны фурункулы в верхней части лица:

1. Развитием тонзиллита. 2. Развитием гнойного менингита.* 3. Тромбозом кавернозного синуса* 4. Отеком лица. 5. Развитием паротита.

13. Укажите анатомические предпосылки возникновения осложнений при локализации фурункулов на лице:

1. Отсутствие клапанов в венах лица, препятствующих распространению инфекции.*
2. Сообщение вен лица с синусами твердой мозговой оболочки.*
3. Невыраженная подкожная жировая клетчатка.

14. Назовите основные предрасполагающие факторы развития фурункулеза:

1. Травма кожи и подкожной клетчатки. 2. Авитаминоз.*
3. Эндокринная патология.* 4. Холодовая травма.

15. Укажите осложнения фурункула:

1. Лимфангит.* 2. Парапроктит. 3. Прогрессирующий тромбфлебит.* 4. Абсцедирование фурункула.* 5. Сепсис.*
6. Лимфаденит.* 7. Медиастенит.

16. Фурункулез относится к:

- A. Хроническим процессам, протекающим с нарушением иммунного статуса.* Б. Острым гнойным процессам.
- B. Асептическим процессам.

17. Какие мероприятия категорически запрещены при фурункуле:

1. Выдавливание гноя.* 2. Вскрытие гноя.* 3. Местное применение сухого тепла. 4. Массаж тканей в области гноя.*

18. Для тромбфлебита поверхностных вен характерно:

1. Отек конечности.* 2. Образование тромбов по ходу вен.*
3. Температура 37-37,5 градусов.* 4. Перемежающаяся хромота.
5. Лимфангит.

19. Симптом "флюктуации" наиболее часто отмечается при

- А. Флегмонах. Б. Фурункулах. В. Абсцессах.*
Г. Лимфангите Д. Эритематозной форме рожистого воспаления.

20. Укажите компоненты местного лечения при неосложненном фурункуле:

1. Протирание 70% спиртом.* 2. Массаж. 3. Вскрытие и дренирование гнойника. 4. Сухое тепло.* 5. УВЧ-терапия.*

18. Используется ли хирургическое лечение при неосложненном фурункуле

- А. Да. Б. Нет.*

21. Лечение абсцедирующих фурункулов на лице включает:

1. Обязательную госпитализацию в хирургическое отделение.*
2. Антибактериальную терапию.*
3. Дезинтоксикационную терапию.*
4. Вскрытие и дренирование фурункула.*
5. Пункцию фурункула. 6. Компрессы. 7. Массаж.

22. Дайте определение карбункула

А. Карбункул - гнойно-некротическое воспаление нескольких рядом расположенных волосяных фолликулов и сальных желез с некрозом окружающей кожи и подкожной жировой клетчатки с образованием общего инфильтрата. *

Б. Карбункул - острое гнойное воспаление сальных желез и подкожной жировой клетчатки.

В. Карбункул - острое гнойное воспаление потовых желез с некрозом кожи и подкожной жировой клетчатки.

Г. Карбункул - гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и сальной железы с некрозом окружающей кожи и подкожной жировой клетчатки.

23. После вскрытия гнойника не следует делать

- А. Вводить в полость марлевую турунду, смоченную гипертоническим раствором.
Б. Вводить в полость марлевую турунду, смоченную спиртом*;
В. Вводить в полость марлевую турунду, смоченную протеолитическими ферментами.
Г. Вводить дренаж

24. Укажите наиболее частые локализации карбункула:

1. Задняя поверхность шеи.* 2. Затылок.* 3. Верхняя и нижняя губа. 4. Спина.*
5. Пяточная область. 6. Ягодичная область.

25. Укажите характерный местный симптом карбункула

- А. Симптом "яблочного желе". Б. Симптом "сита".*
В. Симптом флюктуации. Г. Симптом крепитации.

26. Карбункул необходимо дифференцировать от ибирезвенного карбункула по:

1. Наличию гнойного отделяемого.* 2. Отсутствию некроза черного цвета.* 3. Наличию инфильтрата. 4. Безболезненности инфильтрата.

27. Укажите осложнения карбункула:

1. Лимфангит.* 2. Параноктит. 3. Прогрессирующий тромбоз.* 4. Сепсис.*
5. Лимфаденит.* 6. Медиастенит.

28. У какой группы лиц чаще возникают карбункулы:

- А. У животноводов. Б. У лиц, страдающих сахарным диабетом.*
В. У лесорубов. Г. У детей. Д. У беременных.

29. Укажите показания к оперативному лечению карбункула:

1. Хирургическое лечение карбункула всегда показано.
2. Локализация на лице.
3. Безуспешность консервативного лечения в течение 2-3 дней.*
4. Нарастание интоксикации.*

30. При наличии воспалительного инфильтрата показано лечение:

1. Рассечение инфильтрата. 2. Иссечение инфильтрата.
3. Назначение физиотерапевтических процедур.* 4. Массаж.
5. Назначение жаропонижающих средств. *

31. Укажите используемый разрез при вскрытии карбункула на лице

- А. Линейный.* Б. Овальный. В. Дугообразный.
Г. Крестообразный. Д. С контрапертурой.

32. Хирургическое пособие при лечении карбункула **включает**

- А. Крестообразное рассечение карбункула с некрэктомией.
- Б. Крестообразное рассечение карбункула с некрэктомией и дренированием гнойной раны.*
- В. Только крестообразное рассечение карбункула.

33. Флегмоной можно назвать:

- 1. Острый гнойный мастит.
- 2. Острый гнойный процесс в печени.
- 3. Острый гнойный процесс в межмышечном пространстве.*
- 4. Острый гнойный процесс в средостении.*

34. Дайте определение гидраденита

- А. Гидраденит - гнойное воспаление апокринных потовых желез.*
- Б. Гидраденит: - гнойное воспаление голокриновых потовых желез.
- В. Гидраденит - гнойное воспаление сальных желез.
- Г. Гидраденит - гнойное воспаление лимфатических узлов.
- Д. Гидраденит - гнойное воспаление волосяных фолликулов.

35. Наиболее частый возбудитель гидраденита

- А. Золотистый стафилококк.* Б. Кишечная палочка.
- В. Протей. Г. Синегнойная палочка. Д. Стрептококк.

36. Гидраденит чаще всего локализуется:

- 1. В подмышечной области.*
- 2. В генитальной и перианальной области.*
- 3. В субареолярной области у женщин.
- 4. В области пупка.
- 5. В области ягодичной складки.
- 6. На спине.

37. Показания к хирургическому лечению гидраденита:

- 1. Абсцедирование.* 2. Формирование флегмоны окружающих тканей.* 3. Спаяние с регионарными лимфоузлами.

38. Перечислите возможные осложнения гидраденита:

- 1. Лимфангит.* 2. Флегмона.* 3. Парапроктит. 4. Прогрессирующий тромбофлебит.*
- 5. Сепсис.* 6. Лимфаденит.* 7. Медиастенит.

39. Основные клинические отличия гидраденита от фурункула:

- 1. Нет некротического стержня.* 2. Нет фолликулярной пустулы.*
- 3. Есть некротический стержень. 4. Локализация.

40. Какие иммунотропные препараты применяются при рецидивирующем гидрадените:

- 1. Стафилококковый анатоксин.* 2. Колипротейный бактериофаг. 3. Антистафилококковый иммуноглобулин.* 4. Тимолин.* 5. Тимоген.*
- 6. Декарис.* 7. Метилурацил.*

41. Лечение гидраденита включает:

- 1. Вскрытие и дренирование гнойника.*
- 2. Сбривание волос в зоне гидраденита*.
- 3. Массаж. 4. Физиолечение.*
- 5. Обработку кожи вокруг гнойника антисептиками.*
- 6. Антибактериальную терапию.* 7. Иммунокоррекцию.*
- 8. Компрессы.

42. В какой области тела не встречается гидраденит:

- 1. В подмышечной области.
- 2. На ладонной поверхности кисти.*
- 3. На подошвенной поверхности стоп.*
- 4. В перианальной области. 5. На спине.*

43. Какое из указанных заболеваний не встречается у детей раннего возраста

- А. Фурункул. Б. Карбункул. В. Гидраденит.*
- Г. Флегмона. Д. Абсцесс.

44. Дайте определение абсцесса

- А. Абсцесс - ограниченное скопление гноя в различных тканях и органах.*
- Б. Абсцесс - разлитое гнойное воспаление тканей и органов.
- В. Абсцесс - разлитое воспаление подкожной жировой клетчатки.

Г. Абсцесс - воспаление околопрямокишечной клетчатки.

45. Укажите возможные локализации абсцесса:

1. Мягкие ткани.*
2. Мозг.*
3. Печень.*
4. Селезенка.*
5. Легкие.*
6. Плевральная полость.
7. Полость сустава.

46. При флегмонозной и некротической формах рожи

помимо консервативного

лечения проводится:

1. Вскрытие скопления гноя, дренирование раны.*
2. Некрэктомия.*
3. Ампутация конечности.

47. Пиогенной мембраной называют

А. Зону некроза тканей. Б. Слой погибших лейкоцитов, грану-ляций, фибринозных наложений. В. Соединительнотканное образование, прилежащее к неизменным тканям. Г. Оболочку абсцесса, продуцирующую гной.*

48. Укажите причины возникновения абсцессов:

1. Экзогенная инфекция.*
2. Эндогенная инфекция.*
3. Метаста-тическая инфекция.*
4. Введение концентрированных растворов в ткани.*
5. Термическое повреждение.
6. Рентгеновское облучение.

49. Укажите возможные исходы абсцесса:

1. Сепсис.*
2. Спонтанное вскрытие с облитерацией полости.*
3. Рассасывание с полной регенерацией тканей.
4. Прорыв в полости организма.*
5. Прорыв в полые органы.*

50. Перечислите основные местные клинические симптомы поверхностно расположенных абсцессов:

1. Гиперемия.*
2. Припухлость.*
3. Болезненность.*
4. Гипер-термия.*
5. Флюктуация.*
6. Изъязвление.

51. При подозрении на абсцесс в первую очередь показано

А. Рассечение тканей. Б. Пункция толстой иглой.* В. Пункция тонкой иглой. Г. Наложение согревающего компресса.
Д. Назначение физиолечения.

52. Абсцесс от инфильтрата отличается наличием

А. Болей. Б. Гиперемии. В. Флюктуации.* Г. Гипертермии. Д. Лейкоцитоза.

53. Укажите оптимальные методы лечения абсцессов:

1. Консервативная терапия с применением мощных антибиотиков широкого спектра действия в больших дозах.
2. Иссечение абсцесса (при возможности) с капсулой.*
3. Повторные пункции полости гнойника с промыванием.
4. Вскрытие абсцесса с последующим аспирационно-ирригационным ведением раны.*
5. Трояркарное дренирование с эвакуацией гноя и промывной системой.*

54. Разрез при вскрытии абсцесса должен:

1. Соответствовать направлению кожных складок.*
2. Проходить параллельно линии сгиба сустава.*
3. Обеспечивать хороший отток гноя.*
4. Проходить перпендикулярно линии сгиба сустава.
5. Проходить перпендикулярно направлению кожных складок.

55. Контрапертурный разрез – это

А. Дополнительный разрез для адекватного дренирования гнойной полости.*
Б. Рассечение мягких тканей для уменьшения отека тканей.
В. Иссечение некротических тканей.
Г. Некрэктомия.

56. При каком заболевании может развиваться "холодный" абсцесс

А. Остеомиелит. Б. Актиномикоз. В. Фурункулез.
Г. Туберкулез костей.* Д. Пандактилит.

57. Дайте определение флегмоны

А. Флегмона - это острое разлитое гнойное воспаление жировой клетчатки, несклонное к отграничению.*
Б. Флегмона - это отграниченное скопление гноя в тканях и органах.

В. Флегмона - это острое гнойное воспаление кожи, не склонное к отграничению.

58. Укажите несуществующие локализации флегмоны:

1. Межмышечная.
2. Подкожная.
3. Забрюшинная.
4. Фасциальная.*
5. Сухожильная.*

59. Гидраденит это

- А. Острое гнойное воспаление потовой железы.*
- Б. Острое гнойное воспаление сальных желез подмышечной области.
- Г. Острое гнойное воспаление лимфатической железы подмышечной области.

53. Как называется флегмона при переходе воспаления с лимфатических узлов

- А. Медиастенит.
- Б. Парапроктит.
- В. Паранефрит.
- Г. Параколит.
- Д. Аденофлегмона.*

54. Укажите характерные особенности флегмоны:

1. Поражает жировую клетчатку.*
2. Не имеет пиогенной мембраны.*
3. Экссудат пропитывает, лизирует, расслаивает ткани.*
4. Не приводит к некрозу тканей.
5. Спонтанное истечение гноя.

55. По характеру экссудата различают флегмоны:

1. Серозную.*
2. Гнойную.*
3. Гнойно-геморрагическую.*
4. Гнилостную.*
5. Анаэробную.*
6. Инфильтративную.
7. Деревянистую.
8. Буллезную.

56. В каких случаях при флегмоне гнойное расплавление преобладает над некрозом тканей

- А. В случае анаэробной инфекции.
- Б. В случае стафилококковой инфекции.*
- В. При дифтерии ран.

57. Укажите признак, требующий неотложного хирургического вмешательства при флегмоне подкожной клетчатки

- А. Высокая температура.
- Б. Ознобы.
- В. Сдвиг формулы крови влево.
- Г. Выраженный лейкоцитоз.
- Д. Резко выраженный отек.
- Ж. Флюктуация в зоне флегмоны.*

58. При какой форме флегмоны допустимо консервативное лечение

- А. Серозной.*
- Б. Гнойной.
- В. Гнойно-геморрагической.
- Г. Гнилостной.
- Д. Анаэробной.

59. Лечебная тактика при флегмоне мягких тканей в стадии размягчения

- А. Широкий разрез и дренирование гнойника.*
- Б. Новокаиновые блокады с антибиотиками.
- В. Наложение согревающего компресса.
- Г. Пункция с эвакуацией гноя.

60. Дайте определение рожистого воспаления

- А. Рожистое воспаление - это прогрессирующее острое воспаление собственно кожи или слизистых оболочек и лимфатических сосудов, вызванное стрептококком.*
- Б. Рожистое воспаление - это острое гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки.
- В. Рожистое воспаление - это острое гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки лица.
- Г. Рожистое воспаление - это острое гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки подкожной клетчатки, фасций и мышц.

61. Какой из возбудителей вызывает рожистое воспаление

- А. Стафилококк.
- Б. Стрептококк.*
- В. Синегнойная палочка.
- Г. Кишечная палочка.
- Д. Протей.
- Ж. Анаэробы.

62. Что способствует возникновению рожистого воспаления

- А. Аллергия.*
- Б. Травмы, охлаждение.
- В. Опухоли кожи.
- Г. Хроническая почечная недостаточность.

63. Наиболее часто при роже поражаются

- А. Пальцы кистей.
- Б. Верхние конечности, грудная клетка.
- В. Слизистые оболочки.
- Г. Лицо, голова, нижние конечности.*

64. Воспаление при роже распространяется на

- А. Эпидермис и лимфатические сосуды.
- Б. Сосочковый слой кожи.
- В. Подкожную клетчатку.
- Г. Все слои кожи и лимфатические сосуды.*

65. Укажите формы рожистого воспаления:

1. Эритематозная.*
2. Эмфизематозная.
3. Буллезная.*
4. Флегмонозная.*
5. Септическая.
6. Абсцедирующая.
7. Некротическая.*

66. Укажите местные симптомы эритематозной формы рожи:

1. Местное повышение температуры.*

2. Яркая гиперемия с фестончатыми четкими границами.*
3. Жгучая боль.*
4. Разлитая гиперемия без четких границ.
5. Пузыри, наполненные серозным экссудатом.

67. При буллезной форме рожи имеются

- А. Абсцессы. Б. Пузыри.* В. Язвы. Г. Некрозы кожи.

102. При вовлечении подкожной клетчатки в воспалительный процесс при рожистом воспалении развивается

- А. Сепсис. Б. Карбункул. В. Абсцесс. Г. Флегмона.*

68. Для рожистого воспаления не характерно

- А. Отсутствие гиперемии.*
Б. Возникновение пузырей.
В. Лихорадка до 40-41 градусов.
Г. Дергающий, пульсирующий характер боли.
Д. Большая выраженность местных симптомов от центра к периферии очага.

69. Укажите среднюю длительность заболевания при рожистом воспалении

- А. 6-8 дней. Б. 1-2 недели.* В. 1-2 месяца.

70. Укажите наиболее эффективный общий метод лечения при рожистом воспалении

- А. Физиотерапия. Б. Сульфаниламидные препараты. В. Рентгенотерапия. Г. Антибиотики и сульфаниламидные препараты.*

71. При рожистом воспалении наиболее эффективны антибиотики:

1. Пенициллинового ряда.* 2. Тетрациклины. 3. Полусинтетические пенициллины в комбинации с сульфаниламидами.*

72. При рожистом воспалении противопоказано использование

- А. Антибиотиков. Б. Сульфаниламидных препаратов.
В. Ультрафиолетового облучения. Г. Влажных повязок и ванн.*

73. При флегмонозной и некротических формах рожистого воспаления, кроме консервативного лечения, проводится:

1. Некрэктомия.* 2. Вскрытие и дренирование гнойников.*
3. Иссечение гнойников с наложением первичного шва.

74. Виды лечения, применяющиеся при рожистом воспалении:

1. Антибиотикотерапия.* 2. Дезинтоксикационная терапия.*
3. Физиотерапия.* 4. 50% спиртовые компрессы местно.
5. Влажные повязки. 6. Хирургическое лечение.*

75. Относится ли рожистое воспаление к часто рецидивирующим заболеваниям

- А. Да.* Б. Нет.

76. Укажите осложнения часто рецидивирующего рожистого воспаления

- А. Лимфостаз, слоновость конечности.* Б. Облитерирующий эндартериит сосудов конечности. В. Сахарный диабет.
Г. Облитерирующий атеросклероз. Д. Острый тромбоз.
Ж. Варикозная болезнь.

77. Дайте определение эризипелоида

- А. Эризипелоид - воспаление всех слоев кожи, вызванное палочкой свиной рожи.*
Б. Эризипелоид - воспаление подкожной клетчатки стопы.
В. Эризипелоид - острое гнойное воспаление клетчатки пальца кисти.

78. Кто чаще болеет эризипелоидом? Укажите возбудителя:

1. Лица интеллектуального труда.
2. Лица, связанные с обработкой сырого мяса, дичи, рыбы.*
3. Палочка свиной рожи.*
4. Кишечная палочка. 5. Стрептококк.

79. Лечение фурункулов на лице включает:

1. Обязательную госпитализацию в хирургическое отделение.*
2. Амбулаторное лечение. 3. Массаж в зоне поражения.
4. Антибактериальная терапия.* 5. Повязки с мазью Вишневского.

80. Наиболее частая локализация абсцессов

- А. Плевральная область. Б. Область ягодиц.*

В. Икроножные мышцы. Г.Полости суставов.

4. Вопросы для собеседования

1. Гнойная хирургия кожи и подкожной клетчатки.
2. Фурункул, карбункул.
3. Абсцесс, флегмона.
4. Рожь, гидраденит.
5. Принципы хирургического лечения.