

**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 23 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. Флегмоны шеи. Субфасциальные и межмышечные флегмоны конечностей.
2. Гнойный медиастинит. Гнойный паранефрит. Острый парапроктит, свищи прямой кишки.
3. Острый гнойный мастит.
4. Классификация, виды панариция. Особенности гнойного воспаления кисти.
5. Перитонит.
6. Плеврит

3. Теоретическая часть

Аннотация

Флегмоны головы и шеи. Флегмоны волосистой части головы чаще развиваются как следствие травм мягких тканей, осложнённого течения фурункулов. Флегмоны лицевой части часто имеют одонтогенное, посттравматическое происхождение, осложняют течение фурункулов.

Флегмоны шеи чаще всего возникают вследствие воспаления лимфатических узлов и сосудов, по которым распространяется инфекция. В области шеи топографически различают пять фасций, между которыми полностью или частично образуются ограниченные щели и пространства, выполненные рыхлой клетчаткой и лимфатическими узлами. Это, в значительной степени, определяет расположение и дальнейшее распространение гнойника. Скопления гноя обычно локализуются в:

- подбородочной области;
- подчелюстной области;
- поверхностно по переднему и заднему краям кивательной мышцы;
- по длине кивательной мышцы в её окружности между частями (поверхностной и глубокой) II фасции;
- под III фасцией по ходу сосудисто-нервного пучка; – под поверхностной фасцией в любом месте шеи;
- под рукояткой грудины;
- впереди трахеи; – позади трахеи и пищевода;
- в боковом шейном треугольнике (в том числе и при нагноении бронхогенных кист);
- в области передней поверхности шеи в проекции щитовидной железы (при тиреоидитах).

Первичными очагами, служащими источниками флегмон шеи могут быть гнойничковые процессы в области волосистой части головы и другие инфицированные очаги (ссадины, трещины в области ушей, щёк, нижней губы и подбородка, кариозные зубы, стоматиты и др.), проникающие ранения в области шеи с непосредственным внесением в области гортани, трахеи, пищевода инородных тел, а также повреждение указанных образований, остеомиелит шейных позвонков.

Флегмоны подмышечной впадины. Флегмоны подмышечной впадины, как правило, возникают, осложняя течение лимфаденитов, которые, в свою очередь, возникают вследствие гнойничковых заболеваний верхних конечностей. Флегмоной может осложняться течение подмышечного гидраденита. Подмышечная флегмона может осложниться субпекторальной (поверхностной и глубокой). Гной из подмышечной области распространяется в субпекторальное пространство по ходу сосудисто- нервных пучков.

Гнойный медиастинит.

Гнойный медиастенит – гнойное поражение средостения. Большинство медиастенитов являются вторичными заболеваниями. Причиной их могут быть ранения (травмы), операции в области средостения, несостоятельность швов после операций на органах средостения, повреждения пищевода (инородными телами, инструментами, термические и химические ожоги), осложнения гнойно-воспалительных процессов в этой области либо метастатические пиемические очаги, флегмоны шеи, нагноившиеся гематомы после травм. Клинические проявления составляют общие симптомы, характерные другим воспалительным процессам, а также симптомы сдавления органов средостения. В хирургическом лечении методом выбора является хирургическая обработка с проточно-промывным дренированием.

Парапроктит

Парапроктитом называется гнойный воспалительный процесс, локализующийся в клетчатке около прямой кишки или заднепроходного отверстия. Парапроктит может быть диффузным, быстро распространяющимся флегмонозным процессом или процессом ограниченным, локализованным. Гной, как правило, содержит смешанную флору различной комбинации: золотистый и белый стафилококк; стрептококк, энтерококк, кишечную палочку, анаэробы и др.

Острый парапроктит чаще встречается у мужчин ($2/3$ всех наблюдений).

Внедрению инфекции в параректальную клетчатку способствуют трещины заднего прохода, воспаление геморроидальных узлов, повреждение слизистой оболочки прямой кишки и заднепроходного канала, воспаление крипт, промежностные гематомы, расчесы покровов заднего прохода и др. Инфекция может распространяться также из воспалительных процессов области предстательной железы и оснований широких связок матки.

Диффузные нагноительные процессы (флегмона) клетчатки около прямой кишки часто наблюдаются при огнестрельных ранениях, а также при таких заболеваниях, как распадающийся рак, острый геморрой и др.

Флегмоны параректальной области характеризуются тяжелым клиническим течением. Воспалительный процесс, распространяясь либо по подкожной клетчатке, либо по окологлавокишечной клетчатке, либо по лимфатическим путям на клетчатку таза, часто вызывает некроз тканей без формирования гнойников.

В области заднего прохода появляется резкая отечность, которая, локализуясь на одной стороне, очень быстро (иногда через 2—3 дня) переходит на другую сторону. Кожа над припухлостью гладкая, блестящая. Пальпация этой области на высоте процесса резко болезненна.

Заболевание начинается обычно с резких болей, высокой температуры и плохого общего состояния. Прогрессирование процесса быстро приводит к увеличению количества лейкоцитов, сдвигу влево лейкоцитарной формулы, учащению пульса и др. Степень интоксикации зависит от глубины процесса. Диагноз подобных флегмон не представляет трудности. **Среди ограниченных параректальных нагноений различают следующие пять форм: подкожную, ишиоректальную, подслизистую, тазово-прямокишечную и ретроректальную.**

Больные с подкожными абсцессами составляют 74% от всех больных с абсцессами, ишиоректальные — 15,2%, подслизистые — 6%, тазово-прямокишечные — 3,3%, ретроректальные 1,5%

Подкожные абсцессы располагаются около анального отверстия. При этом отчетливо определяется припухлость, кожа над которой гиперемирована. Больные ощущают резкие боли в области анального отверстия, особенно при дефекации. Повышается температура, увеличивается количество лейкоцитов в соответствии с тяжестью процесса. Диагноз не представляет затруднений.

Ишиоректальные абсцессы протекают с тяжелыми общими явлениями. Процесс, захватывая глубокие слои клетчатки седалищно-прямо-кишечных впадин, распространяется позади прямой кишки на другую сторону до предстательной железы и, идя кверху, захватывает тазовую клетчатку. Пульсирующая боль, высокая температура, иногда озноб дополняют клиническую картину.

Отек, гиперемия кожных покровов при общей токсемии облегчают диагноз у больных с этой формой парапроктита. Однако в начальной стадии заболевания, когда отсутствуют внешние признаки заболевания, необходимо произвести бимануальное исследование, вводя палец одной руки в прямую кишку и помещая палец другой руки на припухлость снаружи. При этом можно определить болезненный инфильтрат.

Подслизистые абсцессы локализуются в подслизистом слое прямой кишки выше морганьевых крипт или аноректальной линии. При пальцевом исследовании можно определить отечность и

болезненность в области заднепроходного отверстия. В отличие от подкожных абсцессов боль при подслизистой форме парапроктита носит менее интенсивный характер.

Процесс может распространяться книзу в подкожную клетчатку и вверх в вышележащую подслизистую ткань прямой кишки. Такой абсцесс называется *подкожно-слизистым*. Диагноз при подслизистых гнойниках ставят без труда.

Тазово-прямокишечные абсцессы — редкая форма околопрямокишечных гнойников. Абсцесс располагается выше тазового дна, но может быть локализован и низко, и спереди, и сзади, и по бокам прямой кишки.

В отличие от предыдущих форм при абсцессах этой локализации заболевание (в начальной стадии) характеризуется бессимптомным течением (без каких-либо наружных признаков в области заднего прохода, ишиоректальных впадин и без поверхностной боли). В дальнейшем воспалительный процесс, перфорируя мышцу, поднимающую задний проход, спускается книзу между сухожильной дугой и запирающей фасцией в клетчатку седалищно-прямокишечной впадины, формируя здесь гнойник с характерными клиническими признаками.

Если тазово-прямокишечные абсцессы располагаются низко над мышцей, поднимающей задний проход, то при пальцевом исследовании прямой кишки сравнительно рано можно определить выбухание.

Ретроректальные абсцессы образуются в результате занесения инфекции в лимфатические узлы и отличаются от тазово-прямокишечных только тем, что располагаются сначала в клетчатке позади прямой кишки. Эти гнойники могут также спуститься в ишиоректальную клетчатку и вызывать ее флегмонозное воспаление.

В начальной стадии заболевания гнойники указанной локализации почти не вызывают симптомов поражения прямой кишки. Вот почему в начальной стадии заболевания имеются только отраженные, иррадиирующие боли в глубине таза и по нервам (седалищному). Однако в результате распространения гнойника вниз начинают появляться и местные боли.

Лечение

В начальной стадии заболевания при наличии небольшого инфильтрата перианальной области применяют консервативные методы лечения: сидячие теплые ванны с раствором перманганата калия, поясничную новокаиновую блокаду, компрессы с мазью Вишневского на ягодичную область, грелки, УВЧ и др. Все тепловые процедуры сочетают с общим применением антибиотиков.

Оперативное лечение острого парапроктита включает: 1) раннее оперативное вмешательство путем вскрытия гнойника полулунным разрезом; 2) обработку полости и дренирование; 3) рациональное послеоперационное ведение больных.

Вскрытие парапроктита является неотложной операцией. Ранняя операция при остром парапроктите способствует более благоприятному течению заболевания.

Обезболивание должно быть общим (внутривенный, масочный наркоз). Применяют многочисленные разрезы среди которых самый удобный полулунный. Он обеспечивает зияние раны и отток гнойного экссудата, а также менее травматичен.

Подслизистые гнойники вскрывают со стороны просвета прямой кишки. Предварительно производят пункцию гнойника. Необходимое условие операции — тщательное обезболивание для безболезненного растяжения как анального кольца, так и сфинктеров и введения в прямую кишку зеркала. -

Тазово-прямокишечные гнойники встречаются сравнительно редко. При этой локализации происходит прорыв гноя в седалищно-прямокишечную впадину. Вскрытие такого абсцесса представляет некоторые трудности.

Заднеполулунным разрезом с той или с другой стороны от анально-гопчиковой связки вскрывают позадипрямокишечные гнойники. При этой операции хирург должен манипулировать так, чтобы не повредить анально-копчиковую связку и прямую кишку.

Мастит - это воспаление грудной железы. Мастит может быть лактационным и не лактационным. Лактационный мастит чаще всего развивается у первородящих женщин, не лактационный - у пожилых со сниженной резистентностью организма.

Этиологией мастита чаще всего является стафилококк.

Среди факторов, способствующих развитию мастита, большую роль играет застой молока в грудной железе (лактостаз) и снижение защитных сил организма.

Среди местных причин развития мастита можно выделить анатомические (плоский сосок, избыточная продукция молока при узких молочных ходах, наблюдаемые, чаще всего у первородящих, ранний прикорм ребенка и его отказ от кормления грудью, гигиенические предпосылки, плохой уход за молочной железой, трещины соска и др.).

Снижение защитных сил организма может быть результатом наличия тяжелой сопутствующей патологии (сахарный диабет, ревматизм, пороки сердца, простудные и другие инфекционные заболевания), патологии беременных и родов (нефропатия, тяжелые роды, кровотечения и др.). Инфекция в ткань молочной железы может попасть протоковым (молочные ходы), лимфогенным (трещины, ссадины, потертости соска) и гематогенным (бактериемия, сепсис) путями.

Клиническая картина мастита зависит от его формы. В частности, выделяют **серозный, инфильтративный, абсцедирующий** (субореолярный и интрамаммолярный), **флегмонозный, гангренозный** и **хронический** инфильтративный маститы.

При серозном мастите общее состояние удовлетворительное или средней тяжести. Больных беспокоят повышение температуры до суб- или фебрильных цифр, слабость, боли в молочной железе распирающего характера, увеличение ее в объеме с повышением местной температуры, наличие умеренной гиперемии кожи диффузного характера, болезненность при пальпации.

Для **инфильтративного** мастита кроме более тяжелого состояния, характерно на фоне увеличенной молочной железы, наличие болезненных инфильтратов в ткани, фебрильная температура (38-38,5⁰ С), лейкоцитоз и повышенная СОЭ.

Абсцедирующий мастит проявляется более выраженными симптомами инфекционного токсикоза, среднетяжелым или тяжелым состоянием больных, наличием жалоб на резкую слабость, лихорадку, боли в железе, гиперлейкоцитоз и высокую СОЭ.

Местно грудная железа увеличена, кожа очагово гиперемирована в местах наличия инфильтрата с размягчением в центре и флюктуацией. Довольно часто определяется регионарный лимфаденит, проявляющийся увеличением и болезненностью подмышечных лимфоузлов.

Флегмонозный мастит характеризуется тяжелым или крайне тяжелым состоянием больного, гектической температурой, потрясающими ознобами, гиперлейкоцитозом. Грудная железа резко увеличена, кожа отечна, ярко гиперемирована, пальпируются инфильтраты с очагами размягчения и флюктуацией, регионарным лимфаденитом.

При гангренозном мастите, наступившем в результате тромбоза сосудов, питающих молочную железу, состояние больных крайне тяжелое и клиника соответствует септическому состоянию.

Хронический инфильтративный мастит не сопровождается существенным нарушением состояния здоровья. Больные жалуются на ноющие боли в грудной железе с периодическим усилением и наличием одиночных или множественных инфильтратов плотной консистенции, слабоболезненных или безболезненных. Местные признаки, характерные для активного воспаления отсутствуют. Лимфоузлы обычно не изменены. Анализ крови в пределах нормы или может быть умеренная анемия и ускоренная СОЭ.

Лечение мастита. Серозный и инфильтративный мастит подлежат консервативному лечению. При серозном мастите устранение лактостаза путем сцеживания молока, создание покоя с помощью косыночной поддерживающей повязки, применения местно компрессов с антисептиками в большинстве случаев бывает достаточным для купирования процесса. В случае инфильтративного мастита к данному лечению добавляются антибиотики широкого спектра, антисептики (сульфаниламиды, нитрофураны и др.), физиопроцедуры, ретромаммолярная блокада 0,25%-0,5% раствором новокаина с антибиотиками позволяет предупредить абсцедирование и направить процесс по абортивному пути.

Все остальные формы мастита подлежат хирургическому лечению, которое должно выполняться под общим обезболиванием, кроме хронического инфильтративного, где допустима местная анестезия.

Интрамаммолярный абсцедирующий мастит вскрывается радиарным одним или несколькими разрезами в зависимости от размера абсцесса; ретромаммолярный - полуовальным разрезом по нижней переходной складке; субореолярный - разрезом, параллельно и отступив 0,5 см от ореолы, рассекается кожа и подкожная клетчатка, затем тупо с помощью кровоостанавливающего зажима вскрывается абсцесс на подобие того, как это делается при паротите, что позволяет избежать пересечения молочных ходов и развития длительно незаживающих молочных свищей. Кроме

вскрытия, операция включает в себя некрэктомию, санацию и адекватное дренирование гнойника, согласно принципов изложенных в начале главы.

При флегмонозном и гангренозном мастите показана кратковременная предоперационная подготовка и чем тяжелей больная, тем интенсивнее проводится лечение. Флегмонозный мастит вскрывается множественными радиарными разрезами, количество которых определяется числом абсцессов, нередко разрезы сообщаются друг с другом. Наряду с этим показано иссечение некротических тканей, проточное дренирование с орошением антисептиками и другие лечебные мероприятия, применяемые для лечения гнойной раны.

В случае гангренозного мастита наряду с интенсивной терапией показана мастэктомия с открытым ведением раны, согласно законов гнойной хирургии, а по мере ее очищения, которое наступает примерно через 10-15 дней, можно выполнить аутодермопластику, при желании больной прибегают к последующему протезированию или пластическому воссозданию грудной железы.

Хронический инфильтративный мастит при длительном существовании и грубых морфологических изменениях в тканях, подтвержденных данными маммографии, УЗИ или компьютерной томографии и гистологического исследования биопсийного материала подлежат оперативному лечению, которое заключается в иссечении инфильтратов в пределах здоровых тканей (секторальная резекция) с обязательной экспресс-биопсией.

Профилактика мастита играет важную роль в снижении частоты мастита и должна включать в себя целый комплекс мероприятий в до- и послеродовом периоде. Среди них ключевые позиции занимают диспансеризация всех беременных женщин со своевременным выявлением заболеваний, патологии беременности и их своевременном лечении. При сниженных защитных силах организма показано применение анаболических гормонов (ретаболил, нерабол и др.), иммуностимуляторов (Т-активин, левомизоль и др.), биостимуляторов (метилуразил, солкосерил и др.), устранение местных предрасполагающих факторов путем подготовки грудной железы и соска к кормлению, сцеживание избытка молока, гигиенический уход и туалет соска до и после кормления.

Панариций -гнойные заболевания пальцев.

Этиология: в подавляющем большинстве случаев стафилококк.

Пути контаминации: мелкие повреждения.

Классификация панарициев.

1. Кожный, 2. Ногтевой (паронихия, подногтевой), 3. Подкожный, 4. Сухожильный (тендовагинит), 5. Суставной, 6. Костный, 7. Пандактилит.

Стадии воспаления:

1) серозно-инфильтративная;

2) гнойно-некротическая.

Клиника: 1) пульсирующая боль; 2) отек;

3) гиперемия;

4) местное повышение температуры;

5) флюктуация; 6) нарушение функции.

Лечение.

I. Консервативное: 1) инфильтрация тканей раствором новокаина с антибиотиками;

II. 2) иммобилизация;

III. 3) антибиотикотерапия;

IV. 4) местная гипотермия; 5) ванночки с раствором антисептика.

V. Оперативное: 1) вскрытие и дренирование гнойного очага; 2) некрэктомия.

Эризипеллоид (свинная краснуха).

Возбудитель – палочка свиной рожи.

Клинические формы: острая, хроническая, рецидивирующая.

Пути передачи – контактный.

Инкубационный период – от нескольких часов до 7 дней.

Патологоанатомические изменения – серозное воспаление всех слоев кожи, лимфостаз, расширение лимфатических щелей.

Клиническая картина: на тыле пальца является зона гиперемии, резко ограниченное окружающей поверхностью кожи, сопровождается сильным зудом. Возможен лимфаденит, лимфангит. Длительность заболевания 2-3 недели. Общее состояние практически не изменяется.

Лечение:

- 1) антибиотикотерапия;
- 2) иммобилизация кисти;
- 3) мазовые повязки;
- 4) рентгенотерапия;
- 5) футлярные новокаиновые блокады.

Перитонит - острое воспаление брюшины, которое сопровождается местными и общими симптомами, явлениями полиорганной недостаточности. По распространенности воспалительного процесса различают: местный (ограниченный и неограниченный) и распространенный (диффузный и общий) перитонит; в зависимости от сроков развития перитонита выделяют 3 стадии (по К.С.Симоняну, 1971): реактивная, токсическая и терминальная.

Для местного проявления перитонита любого генеза характерны: локальная болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки при пальпации в зависимости от распространенности воспаления, положительные симптомы раздражения брюшины (например, симптом Щеткина-Блюмберга). По мере нарастания симптомов перитонита без оказания хирургической помощи нарастают явления интоксикации организма и развивается полиорганная недостаточность. Перитонит, как правило, требует экстренного хирургического вмешательства, тактика которого будет зависеть от его этиологии и запущенности.

В сомнительных случаях, а также для уточнения причины перитонита и определения оперативного доступа хирургической тактики следует широко применять круглосуточную диагностическую видеолапароскопию.

Методика диагностических пункций.

Диагностическая пункция должна производиться с соблюдением всех правил асептики в условиях перевязочной или операционной.

Для пункции необходимо приготовить:

- 1) одноразовый шприц емкостью 5 мл с тонкой иглой для обезболивания;
- 2) одноразовый шприц емкостью 10-20 мл с толстой иглой для пункции и отсасывания жидкости;
- 3) стерильный трубчатый переходник (например, кусочек резиновой трубки) для соединения иглы с источником вакуума с целью отсасывания жидкости и зажим для его пережатия;
- 4) флаконы с 1-2% раствором новокаина;
- 5) флаконы с 1% раствором йодоната, спиртом;
- 6) стерильные шарики и салфетки;
- 7) две стерильные пробирки для взятия жидкости на исследование.

Пункция плевральной полости при плеврите. Пункцию при плеврите делают в межреберье, которое определяется по данным рентгенологического исследования, по верхнему краю соответствующего ребра, т.к. по нижнему его краю проходят межреберные сосуды и нервы.

Больного усаживают на перевязочный стол или стул или, в крайнем случае (при тяжелом состоянии) на кровать спиной к лицу, производящего пункцию, и просят его наклониться вбок на здоровую сторону, чтобы расширить межреберья на стороне прокола. Руку на стороне прокола больной должен положить себе на голову или на противоположное плечо и удерживать его в таком положении до окончания операции.

Кожу на месте и вокруг предполагаемого места пункции широко смазывают 1% раствором йодоната. Место для прокола обезболивают раствором новокаина, который вводят в толщу кожи и ткани межреберья в количестве до 50 мл 1-2% раствора. Затем берут большой шприц (20 мл) с толстой иглой в правую руку, как пишущее перо, а пальцами левой руки нащупывают верхний край ребра и слегка оттягивают книзу кожу на месте будущего прокола с тем, чтобы после извлечения иглы она сдвинулась и прикрыла отверстие в межреберных мышцах. Перпендикулярно грудной стенке иглу быстро вкалывают в межреберье, причем при проколе плевры и прохождении иглы в ее полость правая рука перестает ощущать сопротивление тканей и как бы "проваливается". После этого удерживают иглу левой рукой, а правой насаживают в шприц плевральную жидкость и, если речь шла о диагностической пункции, быстрым движением извлекают иглу из межреберья. Находящуюся в шприце жидкость вливают в пробирку для исследования, а место прокола смазывают 1% раствором йодоната и заклеивают стерильным марлевым шариком.

Если прокол производится с лечебной целью, то отсасывание плевральной жидкости осуществляется с помощью 20-граммового шприца. Когда шприц наполнится жидкостью, просвет иглы перекрывают, чтобы при отделении шприца от иглы воздух не поступал через нее в плевральную полость. Для этого на наружный конец иглы можно надеть небольшой кусочек резиновой трубки и при отсоединении шприца перекрывать ее с помощью зажима. Эту же трубку можно соединить с источником вакуума.

Количество удаленной жидкости определяют либо путем подсчета количества опорожненных шприцев, либо по количеству в вакуумной емкости (например, банке Боброва).

После эвакуации экссудата плевральную полость можно промыть раствором антисептиков и протеолитических ферментов с введением раствора антибиотиков по показаниям.

Задание 1

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больному К., 30 лет, 5 дней назад в поликлинике был вскрыт подкожный панариций III фаланги II пальца правой кисти одним линейным разрезом по боковой поверхности этой фаланги. Боли в пальце продолжали беспокоить больного. Появилось булавовидное утолщение III фаланги этого пальца и гиперемированная болезненная плотная полоса кожи на волярной поверхности правого предплечья по всей его длине. Температура в последние сутки повысилась до 38,6° С. Последнюю ночь больной не спал.

Какие осложнения возникли у больного? Какова причина осложнений? Составьте план лечения.

Задача 2.

У больного за 5 дней до поступления в стационар появилась припухлость на задней поверхности шеи, которая увеличивалась и вызывала боль. В центре конусовидного образования имеются несколько перфоративных отверстий с выделением небольшого количества гноя.

Каков диагноз и Ваша тактика?

Задача 3.

У больного 56 лет на задней поверхности шеи появился зуд, затем резко болезненная припухлость. Накладывал местно повязки с мазью Вишневского. Боль и припухлость увеличивались, температура тела повысилась до 38,3° С, только через 6 дней обратился к врачу. При осмотре – состояние средней тяжести, PS-98 уд./мин. Язык сухой, жажда. На задней поверхности шеи плотный, резко болезненный инфильтрат 10x10 см грязно-серого цвета, в центре его несколько гнойных пустул, вокруг них участок кожи 3x3 см грязно-серого цвета. Лейкоциты – $14,3 \times 10^9$, глюкоза крови- 10,2 ммоль / л.

Назвать основной диагноз и фоновый. Правильное ли лечение было до обращения к врачу? Перечислить возможные осложнения данного заболевания? Местное лечение в стационаре данной патологии?

Задача 4.

У больной 32 лет на фоне повышенной потливости и раздражения кожи в правой подмышечной области появилась болезненная припухлость, которая увеличивалась, повысилась температура тела до 37,7° С, через 2 дня обратилась к врачу. При осмотре в правой подмышечной области имеются несколько спаянных кожей между собой плотных, резко болезненных образований 2x1,5 см, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется.

Ваш диагноз? Пути проникновения инфекции и возможная локализация этой патологии? Ди

Задание 2

ТЕСТЫ:

1. Маститы по локализации бывают:

1. Ретромаммарный.*
2. Интрамаммарный.*
3. Межмышечный
4. Субфасциальный.
5. Субареолярный.*

2. К факторам, способствующим развитию парапроктита, относятся:

1. Трещины анального канала.*
2. Геморрой*.
3. Анальный зуд.*
4. Стриктура прямой кишки.
5. Микротравмы.*

3. Классификация панарициев по анатомическому принципу:

1. Кожный.*
2. Сухожильный.*
3. Межфаланговый.
4. Паронихия.*
5. Костный.*
6. Суставной.*

4. Виды мастита по течению воспалительного процесса:

1. Серозный (начальная форма).*
2. Инфильтративная форма.*
3. Рецидивирующая персистирующая форма.
4. Деструктивная форма (абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный).*

5. Частые осложнения острого гнойного мастита:

1. Гангрена молочной железы.*
2. Пилефлебит.
3. Сепсис.*
4. Перитонит.
5. Дуоденостаз.

6. После вскрытия гноя 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

7. При наличии воспалительного инфильтрата показано лечение:

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

8. Выражена ли интоксикация при паронихии

- А. Резко выражена.
- Б. Не выражена.*
- В. Выражена умеренно.

9. Воспаление околоногтевого валика называется

- А. Подногтевой панариций.
- Б. Паронихия.*
- В. Пандактилит.
- Г. Околоногтевой панариций.
- Д. Тендовагинит.

10. Наиболее частые возбудители острого гематогенного остеомиелита – это

- А. Стрептококк.
- Б. Стафилококк.*
- В. Пневмококк.
- Г. Протей.
- Д. Кишечная палочка.

11. Наиболее частая локализация гематогенного остеомиелита

- А. Тела позвонков.
- Б. Бедренная кость.*
- В. Ребра.
- Г. Кости черепа.
- Д. Кости таза*.

12. При вскрытии гнойного паротита разрезы по отношению к направлению хода основных ветвей лицевого нерва должны выполняться:

- А. Параллельно им.*
- Б. Перпендикулярно к ним.
- В. В виде разреза-прокола.

13. Основным методом лечения гнойного панариция является

- А. Общая антибиотикотерапия.
- Б. Мазевые повязки.
- В. Физиотерапия.
- Г. Рентгенотерапия.
- Д. Вскрытие гноя.*

14. Показаниями к консервативному лечению мастита служат

- А. Абсцедирование.
- Б. Стадия инфильтрации.*
- В. Гангрена молочной железы.
- Г. Флегмонозная форма.

15. Дайте определение мастита

- А. Острое воспаление жировой клетчатки молочной железы.
- Б. Острое воспаление паренхимы и интерстициальной ткани молочной железы.*
- В. Острое воспаление подкожной клетчатки в области молочной железы.
- Г. Острое воспаление подкожной клетчатки и кожи молочной железы.

16. Как называется флегмона средостения

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

17. Как называется флегмона околопочечной клетчатки

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

18. Как называется флегмона околопрямокишечной клетчатки

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

19. Как называется флегмона при переходе воспаления с лимфатических узлов

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

20. Как называется флегмона околокишечной клетчатки?

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

21. Укажите формы парапроктита в зависимости от локализации гнояника:

- 1. Подкожный.* 2. Подслизистый.* 3. Ишиоректальный.*
- 4. Параректальный. 5. Пельвиоректальный.* 6. Ретроректальный.* 7. Колоректальный.

22. Что способствует возникновению парапроктита:

- 1. Трещины заднего прохода.*
- 2. Воспаление геморроидальных узлов.*
- 3. Повреждение слизистой прямой кишки.*
- 4. Расчесы кожи в области заднего прохода.*
- 5. Промежностные гематомы.*

23. Дайте определение парапроктита

- А. Острое гнойное воспаление клетчатки на предплечье.
- Б. Острое гнойное воспаление клетчатки вокруг прямой кишки.*
- В. Острое гнойное воспаление клетчатки вокруг почки.
- Г. Острое гнойное воспаление забрюшинной клетчатки.
- Д. Острое гнойное воспаление прямой кишки.

24. Дайте определение паронихии

- А. Это острое гнойное воспаление околоногтевого валика.*
- Б. Это острое гнойное воспаление кожи пальца.

25. Дайте определение паротита

- А. Острое гнойное воспаление подчелюстной слюнной железы.
- Б. Острое гнойное воспаление околоушной слюнной железы.*
- В. Острое гнойное воспаление клетчатки шеи.
- Г. Острое, гнойное воспаление лимфатических узлов на шее.

26. Лечебные мероприятия при остром гнойном парапроктите включают:

- 1. Вскрытие и дренирование гнояника.* 2. Жидкая диета.* 3. Постельный режим.*
- 4. Массаж. 5. Антибактериальная терапия.* 6. Компрессы. 7. Препараты, задерживающие стул.*

27. Применение каких антибиотиков наиболее целесообразно при гнойном парапроктите:

- 1. Пенициллин. 2. Гентамицин. 3. Метроджил.* 4. Тетрациклин. 5. Цефалоспорины.*
- 6. Карбапенемы.* 6. Клион.*

28. Укажите разрезы, используемые при вскрытии гнойного парапроктита:

- 1. Радиальный. 2. Циркулярный. 3. Полуокруглый.* 4. Линейный.

29. Рентгенологические признаки при костном панариции появляются через

А. 7-10 дней. Б. 3-6 дней. В. 1-3 дня. Г. 15-21 день. Д. 12-14 дней.*

30. Какие признаки являются основанием для хирургического лечения мастита:

1. Высокая температура.
2. Наличие флюктуации.*
3. Наличие гноя при пункции инфильтрата молочной железы.*
4. Острый застой молока.

31. . Симптомы, характерные для сухожильного панариция:

1. "Веретенообразное" утолщение в области пораженной фаланги.
2. Циркулярный отек всего пальца.*
3. Болезненность при давлении зондом по ходу сухожильного влагалища.*
4. Болезненность при сгибании пальца.
5. Отсутствие активных движений в пальце.

32. Локализация свищей при хроническом парапроктите:

1. Экстрофинктерные.*
2. Чрезфинктерные.*
3. Подслизистые.*

33. Методы лечения гнойных артритов:

1. Артротомия и дренирование сустава.*
2. Резекция суставных поверхностей костей для формирования анкилоза.
3. Иммобилизация не обязательна.
4. Обязательная иммобилизация сустава.*
5. Наложение шины Дитерихса.

34. Каким возбудителем наиболее часто вызывается гнойный паротит

- А. Стрептококк. Б. Стафилококк.* В. Синегнойная палочка.
Г. Палочка свиной рожи. Д. Кишечная палочка.

35. Укажите предрасполагающие условия для возникновения гнойного паротита:

1. Уменьшение выделения слюны.*
2. Увеличение выделения слюны.
3. Выраженная дегидратация.*
4. Обильный прием жидкости.
5. Ослабление защитных сил организма.*

36. Как должны идти разрезы при вскрытии гнойного паротита

- А. Параллельно ветвям лицевого нерва.*
Б. Перпендикулярно ветвям лицевого нерва.

37. Операцию при подкожном панариции производят под

- А. Внутривенным наркозом. Б. Проводниковой анестезией.*
В. Эпидуральной анестезией. Г. Без анестезии.
Д. Инфильтрационной анестезией.

38. Основные принципы местного лечения панариция:

1. Рассечение и дренирование гнояника.*
2. Применение антисептиков.*
3. Применение протеолитических ферментов.*
4. Рассечение гнояника без дренирования.
5. Применение УВЧ, лечебной физкультуры.

39. Основные причины острого мастита:

1. Дисгормональные заболевания молочной железы.
2. Застой молока.*
3. Сниженная лактация.
4. Мацерация соска с образованием микротрещин.*

40. Профилактика острого мастита:

1. Соблюдение личной гигиены.*
2. Иммунотерапия (обязательно и активная и пассивная) после родов.
3. Сцеживание остатков молока.*
4. Кормление ребенка 3-4 раза в сутки.

41. Укажите типичные локализации абсцессов при мастите:

1. Интрамаммарный.*
2. Межмышечный.
3. Ретромаммарный.*

4. Субареолярный.* 5. Подкожный.*

42. Характерная локализация гидраденита

- А. Подмышечные области.* Б. Область сосков у женщин.
В. На спине. Г. Затылочная область.

43. Применяется ли хирургическое лечение паротита у детей А. Да. Б. Нет.*

44. Чаще всего входными воротами инфекции при гнойном мастите являются

- А. Трещины сосков.* Б. Лимфоузлы молочной железы. В.

Эндогенные очаги инфекции с гематогенным и лимфогенным распространением.

45. Предрасполагающими для возникновения мастита факторами являются:

1. Снижение иммунобиологической реактивности организма.*
2. Застой молока при недостаточном сцеживании.*
3. Узость млечных протоков.*
4. Беременность. 5. Несоблюдение гигиены тела.*

46. Укажите особенности гнойного воспаления в молочной железе

- А. Слабовыраженная способность к отграничению.*
Б. Развитие только одиночных абсцессов.
В. Прекращение лактации у кормящих матерей.

47. Укажите стадии воспаления в молочной железе:

1. Острый мастит.*
2. Хронический гнойный мастит.*
3. Хронический негнойный мастит.*
4. Хронический серозный мастит.
5. Хронический гангренозный мастит.
6. Острый серозный мастит.*
7. Острый инфильтративный мастит.*
8. Острый деструктивный мастит (абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный).*
9. Рецидивирующий мастит.
- 10.

48. Укажите типичные локализации гнойников при остром мастите:

1. Интрамаммарный.* 2. Ретромаммарный.* 3. Подкожный.*
4. Межмышечный. 5. Субареолярный.*

49. Укажите лечебные мероприятия при серозной стадии острого мастита:

1. Вскрытие воспалительного очага.
2. Предупреждение застоя молока путем сцеживания.*
3. Назначение антибиотиков.* 4. Дезинфекция сосков.*
5. Ретромаммарная блокада с антибиотиками.* 6. Массаж железы. 7. Иммуностимуляция.* 8. УВЧ-терапия.*

50-. Укажите клинические признаки, являющиеся основанием для хирургического лечения гнойного мастита:

1. Интоксикация. 2. Высокая температура. 3. Наличие флюктуации.* 4. Наличие гноя при пункции инфильтрата.* 5. Гиперлейкоцитоз. 6. Острый застой молока.

51. Какой разрез применяется при вскрытии ретромаммарного гнойника

- А. Циркулярный около соска. Б. Полуовальный по переходной складке железы.* В. Полуовальный над верхним краем железы.
Г. Радиарный в верхней половине железы.
Д. Радиарный в нижней половине железы.

52. Какой разрез применяется при вскрытии интрамаммарного гнойника

- А. Циркулярный около соска. Б. Полуовальный по переходной складке железы. В. Полуовальный над верхним краем железы.
Г. Радиарный разрез.*

53. Хирургические вмешательства для лечения суставного панариция

- А. Артротомия одним разрезом. Б. Артротомия двумя параллельными разрезами.* В. Всегда ампутация.

54. Укажите преимущественную локализацию абсцессов:

1. Кожа.
2. Подкожная клетчатка.*
3. Мышцы.
4. Паренхиматозные органы.*
5. Полые органы.

55. Укажите преимущественную локализацию флегмон:

1. Кожа.
2. Подкожная клетчатка.*
3. Мышцы.
4. Паренхиматозные органы.
5. Забрюшинная клетчатка.*

56. Назовите два основных слоя пиогенной оболочки:

1. Лейкоцитарный.
2. Фибринозный.
3. Грануляционный.*
4. Мышечный.
5. Соединительно-тканый.*

57. Методами диагностики интраорганных абсцессов являются:

1. Рентгенологическое исследование.*
2. Эндоскопия.
3. Ультразвуковое исследование.*
4. Сцинтиграфия.
5. Компьютерная томография.*

58. Какой разрез применяется при вскрытии субареолярного гнойника

- А. Полуциркулярный около соска.*
- Б. Полуовальный по переходной складке железы.
- В. Полуовальный над верхним краем железы.
- Г. Радиарный в верхней половине железы.
- Д. Радиарный в нижней половине железы.

59. Можно ли при хронической форме мастита иссечь весь инфильтрат с наложением первичного шва

- А. Да.*
- Б. Нет.

60. Укажите лечебные мероприятия при гнойном лимфадените:

1. Вскрытие и дренирование гнойного очага.*
2. Лечение основного очага инфекции.*
3. Антибактериальная терапия.*
4. Физиолечение.*
5. Массаж.
6. Иммуностимуляция.*
7. Обеспечение покоя пораженной области.*
8. Только консервативное лечение.

61. Укажите недопустимое мероприятие при серозной фазе мастита

- А. Создание функционального покоя железе (повязка и др.).
- Б. Отсасывание молока молокоотсосом.
- В. Обильное питье.*
- Г. Дезинфекция сосков.
- Д. Ограничение приема жидкости.

62. При безуспешной консервативной терапии в течение 6-8 недель при абсцессе легкого могут применяться следующие методы лечения:

1. Пневмотомия (вскрытие абсцесса через грудную стенку).*
2. Лоб- или пульмонэктомия.*
3. Все указанное неверно.

63. В зависимости от локализации гнойника различают следующие формы парапроктита:

1. Подкожный, подслизистый.*
2. Седлищно-ректальный.*
3. Тазово-ректальный.*
4. Ретроректальный.*

64. При гнойном плеврите очень важно раннее расправление легкого, что достигается

- А. Искусственной (аппаратной) вентиляцией легких.
- Б. Дыхательной гимнастикой больного.
- В. Активной аспирацией гноя через плевральный дренаж.*

65. Верно ли, что практически всегда при остром перитоните показано экстренное оперативное вмешательство

- А. Да.*
- Б. Нет.

66. Парапроктит развивается при попадании инфекции в параректальную клетчатку через:

1. Трещины заднего прохода.*
2. Воспаленные геморроидальные узлы.*
3. Повреждения слизистой прямой кишки.*
4. При травмах, ранениях прямой кишки (инородные тела и др.).*

67. Классификация панариция по анатомическому принципу:

1. Кожный.* 2. Подкожный.* 3. Паронихия.* 4. Подногтевой.* 5. Суставной.*
6. Хрящевой. 7. Сухожильный.* 8. Пандактилит.* 9. Костный.*

68. Паронихия - это воспаление

- А. Всех тканей пальца. Б. Сухожильного влагалища пальца.
В. Околоногтевого валика.* Г. Межфалангового сустава.

69. Пандактилит - это гнойное воспаление

- А. Ногтя. Б. Всех тканей пальца.* В. Околоногтевого валика.
Г. Сухожильного влагалища пальца.

70. Панариций в форме запонки – это

- А. Сухожильный панариций. Б. Паронихия. В. Подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис.* Г. Костный панариций.

71. Сухожильные влагалища каких пальцев кисти сообщаются с лучевой и локтевой синовиальными сумками:

1. 1 пальца.* 2. 2 пальца. 3. 3 пальца. 4. 4 пальца. 5. 5 пальца.*

72. Укажите общие клинические признаки панариция любой локализации:

1. Сильная боль пульсирующего характера.*
2. Отек тканей пальца.*
3. Резко выраженная гипертермия.
4. Резко выраженная интоксикация.
5. Нарушение функции пальца.*
6. Покраснение кожных покровов.*

73. Основным методом лечения гнойного панариция является

- А. Антибактериальная терапия. Б. Мазевые повязки.
В. Вскрытие гнойника.*

74. У молодого человека, страдающего авитаминозом, на пояснице и ягодицах имеются множественные пустулы, наполненные гноем. Установлено, что в процесс вовлечены волосяные фолликулы и окружающие их ткани. Укажите диагноз

- А. Множественные абсцессы. Б. Пиодермия. В. Дерматит.
Г. Фурункулез.* Д. Крапивница.

75. Укажите возможные осложнения при паротите:

1. Кровотечение из аррозированных сосудов паренхимы железы.*
2. Кровотечение из аррозированной сонной артерии при гнойных затеках.*
3. Флегмона окологлоточного пространства.*
4. Глубокая флегмона шеи и медиастенит.*

76. Укажите правильные направления разрезов при вскрытии гнойного мастита:

1. Радиальный, не доходя 2-3 см до ареолы соска.* 2. Два и более радиальных при обширном гнойнике* 3. По переходной складке кожи под железой при ретромаммарном гнойнике.*

77. Верно ли, что при остром гнойном парапроктите показано только оперативное лечение

- А. Да.* Б. Нет.

78. Опасность перехода гнойного процесса на предплечье возникает при панариции:

- а) I пальца; б) 2 пальца; в) 3 пальца; г) 4 пальца; д) 5 пальца. Выберите правильную комбинацию ответов.

- 1) а,в 2) б,в,г 3) а,д* 4) б,д 5) верно все

79. Виды панариция:

- а) кожный; б) гематогенный; в) подкожный; г) сухожильный; д) костный; е) межмышечный; ж) эризипеллоид. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а,в,г,д * 2) а,б,г,д 3) д,е,ж 4) б,в,г,ж; 5) верно все

80. При остром интрамаммарном мастите в стадии инфильтрации лечение сводится к:

- а) разрезу; б) предупреждению лактостаза; в) подвешиванию молочной железы косыночной повязкой; г) общей антибактериальной терапии; д) ретромаммарной новокаиновой блокаде с антибиотиками и протеолитическими ферментами. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а 2) а,б,в 3) в,г,д 4) б,в,г,д* 5) верно все

81. Каковы основные пути бактериальной контаминации ткани околоушной слюнной железы?

А) имплантационный; б) восходящий; в) метастатический; г) лимфогенный; д) контактный; е) гематогенный. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,в,д 2) б,г,е* 3) а,б,в 4) г,д,е 5) верно все

82. Какие состояния можно отнести к прямым осложнениям гнойного паротита?

А) кровоизлияние в мозг; б) развитие флегмоны шеи; в) развитие галактофорита; г) воспаление и отек жевательных мышц; д) развитие флегмоны височной области; е) парез лицевого нерва; ж) отек мягкого неба и боковой стенки глотки; з) образование гнойных свищей. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а,б,в,г,д,е 2) а,б,в,е,ж,з 3) б,г,д,е,ж,з *4 а,б,г,е,з 5) верно все

4. Вопросы для собеседования

1. Флегмоны шеи. Субфасциальные и межмышечные флегмоны конечностей.
2. Гнойный медиастинит. Гнойный паранефрит. Острый парапроктит, свищи прямой кишки.
3. Острый гнойный мастит.
4. Классификация, виды панариция. Особенности гнойного воспаления кисти.
5. Перитонит.
6. Плеврит.