

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

**КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ №2**

«Затверджено»

на методичній нараді кафедри  
від 28 серпня 2019 р., протокол №1

Завідувач кафедри  
д.мед.н., професор

\_\_\_\_\_ О.Ю. Іоффе

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

***ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ***

<b>Навчальна дисципліна</b>	Загальна хірургія
<b>Модуль № 2</b>	Хірургічна інфекція. Змертвіння. Основи клінічної онкології, та трансплантології. Особливості обстеження, курація хірургічних хворих.
<b>Змістовний модуль 1</b>	Хірургічна інфекція. Змертвіння.
<b>Тема заняття № 14</b>	Загальні питання хірургічної інфекції: класифікація; збудники хірургічної інфекції; транслокація. Патогенез розвитку місцевої і загальної реакції організму при хірургічній інфекції. Принципи діагностики і лікування. Абсцес, флегмона. Гострі гнійні захворювання м'яких тканин: фурункул, карбункул, гідраденіт, мастит, парапроктит, бешиха.
<b>Курс</b>	Третій
<b>Факультет</b>	Медичний №1 та №4, ЗСУ

**Київ 2019**

## 1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- Зрозуміти актуальність вивчення гострих гнійних захворювань м'яких тканин: абсцесу, флегмони.
- Аналізувати їх етіологію та патогенез.
- Знати визначення понять окремих місцевих хірургічних інфекційних захворювань.
- Класифікувати гострі гнійні захворювання м'яких тканин.
- Знати загальну та місцеву симптоматику гострих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин.
- Засвоїти клінічні прояви абсцесу, флегмони.
- Вміти діагностувати клінічні прояви гнійної інфекції – абсцеси та флегмони.
- Засвоїти клінічні прояви фурункулу, карбункулу, гідраденіту, маститу, бешихи, парапроктиту.
- Провести диференційну діагностику між окремими гострими гнійними хірургічними захворюваннями.
- Спланувати лікувальні програми та вибрати метод профілактики абсцесу, Флегмони, фурункулу, карбункулу, гідраденіту, маститу, бешихи, парапроктиту.
- Вибрати метод оперативного лікування та знеболення при абсцесі, флегмоні, фурункулі, карбункулі, гідраденіті, маститі, парапроктиті
- Визначити показники до оперативного лікування хворих на абсцес, Флегмону, фурункулі, карбункулі, гідраденіті, маститі, парапроктиті

## 2. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:

<i>Назви попередніх дисциплін</i>	<i>Отримані навички</i>
Нормальна анатомія	<ul style="list-style-type: none"><li>- Описувати будову шкіри, фасцій скелетних м'язів, судин і нервів верхніх і нижніх кінцівок, тулуба.</li><li>- Визначати різні відділи нервової системи.</li><li>- Визначити анатомічне розміщення місцевого гнійного процесу</li></ul>
Гістологія	<ul style="list-style-type: none"><li>- Володіти знаннями про гістологічну структуру тканин організму</li><li>- Визначати схеми еритро-та лейкопоезу.</li></ul>
Нормальна фізіологія	<ul style="list-style-type: none"><li>- Визначати схему каскадів активації:<ul style="list-style-type: none"><li>а) системи згортання крові;</li><li>б) ферментів травного тракту;</li><li>в) системи протеолізу;</li><li>г) системи комплементу.</li></ul></li></ul>
Патанатомія	Визначати патанатомічні ознаки запалення. Розпізнати макро- та мікроскопічні ознаки запалення

Патофізіологія	Місцеві та загальні ознаки запалення. Розпізнавати ознаки місцевої та системної запальної відповіді
Мікробіологія	- Класифікувати найбільш поширені збудники інфекції. - Порівнювати $G_r^+$ і $G_r^-$ мікроорганізми. - Тракувати термін "мікробне число".

### 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

#### 3.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

<i>Термін</i>	<i>Визначення</i>
<b>Абсцес</b>	- місцеве відмежоване скупчення гною в тканинах.
<b>Флегмона</b>	- не відмежоване гнійне запалення сполучної тканини.
<b>Фурункул</b>	- гнійне запалення волосяної цибулини та її сальних залоз.
<b>Карбункул</b>	- це гнійно-некротичне запалення одночасно декількох волосяних цибулин та сальних залоз з утворенням спільного інфільтрату.
<b>Гідраденіт</b>	- гнійне запалення потових залоз (апокринових). У народі "суче вим'я".
<b>Мастит</b>	- запалення паренхіми та інтерстиціальної тканини молочної залози.
<b>Бешиха</b>	- гостре, швидко прогресуюче запалення шкіри та рідше слизових оболонок.
<b>Еризипелоїд</b>	свиняча краснуха (бешиха свиней), еритема повзуча — інфекційне захворювання, що є причиною ураження всіх шарів шкіри.
<b>Лімфаденіт</b>	- запалення лімфатичних вузлів.
<b>Лімфангоїт</b>	- вторинне запалення лімфатичних судин внаслідок різноманітних запальних захворювань.
<b>Гострий парапроктит</b>	- це гнійне запалення тканин довкола прямої кишки.

#### 3.2 Актуальність теми.

Пацієнти з хірургічною інфекцією складають суттєву частку хворих хірургічних стаціонарних та поліклінічних відділень. В основі виникнення та розвитку гострих гнійних захворювань м'яких тканин лежать спільні патанатомічні,

патофізіологічні, мікробіологічні та імунологічні механізми, що зумовлює спільні підходи до їх лікування. Саме тому названа тема вивчається в рамках дисципліни “загальна хірургія”. Одночасне засвоєння теоретичних дисциплін загальної патології та фармакології, регламентоване навчальними програмами, дозволяє глибше розуміти клінічні аспекти діагностики та лікування, необхідні для подальшого навчання студента та практичної лікарської діяльності.

### 3.3 Зміст теми

*Загальні етіологічні та патогенетичні механізми розвитку місцевих гнійних захворювань.*

Під хірургічною інфекцією розуміють захворювання, які спричиняються живими збудниками, характеризуються утворенням місцевих вогнищ запалення, специфічними реакціями організму на збудник і вимагають хірургічного лікування. Вони характеризуються низкою спільних особливостей. Передовсім для виникнення в організмі вогнища гнійного запалення необхідні певні умови:

- Мікробний збудник.
- Пошкодження захисних бар'єрів та місцевих факторів неспецифічної резистентності
- Імунодефіцитний стан.

Перша передумова - наявність мікробного збудника, який потрапляючи в організм, викликає гнійне запалення. Збудниками можуть бути різні мікроби, але всі вони повинні мати певну вірулентність та інвазивність, тобто здатність розмножуватися і спричиняти інфекційний процес, долаючи захисні механізми організму.

Друга передумова - пошкодження захисних бар'єрів і факторів місцевої неспецифічної резистентності організму. Відомо, що тканини людського організму постійно контактують з різними мікробами, в тому числі і абсолютно патогенними. При непошкоджених нормальних тканинах мікроби не здатні проявити свої патогенні властивості. Однак поєднання інфікування з альтерацією тканин, тобто їх ушкодженням з порушенням життєдіяльності, дає можливість мікробному збуднику та його токсинам проявляти свої патогенні властивості та поширюватися лімфогенним, гематогенним або контактним шляхом.

Третя передумова - порушення в імунній системі організму з розвитком імунодефіцитних станів. В таких випадках збудниками гнійного процесу можуть бути не тільки патогенні але і умовно-патогенні мікроорганізми, які в нормі не мають достатньої інвазивності для ініціації захворювання.

Збудники місцевих гнійних хірургічних захворювань різноманітні і походять з різних джерел. Захворювання шкіри, підшкірної клітковини можуть спричинятися мікрофлорою зовнішнього середовища, а захворювання внутрішніх органів - мікробами шлунково-кишкового тракту, дихальних, сечостатевого шляхів. Після попадання збудника в патологічне вогнище починається його

репродукція, яка супроводжується запальною реакцією в тканинах. Спочатку в тканинах організму розвивається інфільтрат у вигляді скупчення клітинних елементів з домішкою крові та лімфи. При прогресуванні процесу розвивається нагноєння, тобто утворення гною в вогнищі запалення.

Перебіг та прогноз захворювання, яке виникає в результаті гнійного запалення визначається здатністю організму до відмежування запального процесу та локалізацією патологічного вогнища. Здатність організму до відмежування гнійного запалення лежить в основі визначення двох видів патології - абсцесу та флегмони.

### **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 послідувочою 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 гноєродних 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.

**Гиперергічна** – 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.

**Гипоергічна** – 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 (гноєрідна);
- 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. Фурункульоз
3. Карбункул
4. Абсцес
5. Панарицій
6. Флегмона
7. Мастит
8. Бешихове запалення

**Абсцес** - обмежена форма гнійного запалення, для якої характерно виникнення порожнини заповненої гноєм. 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 гноєродними мікробами, синьогнійною паличкою, стафілококами, стрептококами і ін. При проникненні утканини кишкової палички, вульгарного протей, 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, нагниваючу кістку 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. Швидке 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 іммунодефіцитних станах. Неможливість швидкого створення захисного бар'єру навколо збудників інфекції, що упродовжилися, 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 гнієм, 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 флюктуация. Зазвичай виявляється регіонарний лімфаденіт, і швидко з'являються загальні симптоми захворювання – слабкість, спрага, підвищення температури тіла до 39-40<sup>o</sup>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 – флюктуацию. 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 між'язових, параоссальних, міжорганних 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, ефективне лікування в умовах абактеріального керованого середовища. У післяопераційному періоді окрім активного місцевого лікування необхідне проведення інтенсивної внутрішньовенної інфузійної терапії, цілеспрямованого лікування антибіотиками, імунomodуючої терапії.

### ***Основні принципи комплексного лікування місцевих інфекційних хірургічних захворювань.***

Лікування місцевих інфекційних хірургічних захворювань націлене на різні ланки їх патогенезу і полягає в місцевому впливі на патологічне вогнище та в зменшенні негативних наслідків загальної септичної інтоксикації. Досягнення терапевтичного ефекту можливе шляхом комбінування консервативної терапії з різними видами оперативних втручань. Консервативне лікування полягає в місцевому впливі з допомогою різних методів антисептики на патологічне вогнище та в застосуванні методів детоксикації та імунокорекції в випадку важкої токсемії. Консервативні методи лікування бувають ефективні відносно рідко в період формування запального інфільтрату на ранніх фазах розвитку фурункулів, карбункулів.

Слід пам'ятати, що частіше перебіг місцевих інфекційних хірургічних захворювань ускладнюється розвитком гнійного процесу в вигляді абсцесів або флегмон, що вимагає хірургічного втручання. При формулюванні діагнозів у таких випадках вказується наявність гнійних ускладнень. Наприклад: абсцедуючі фурункули, карбункули, гідраденіти, мастити, лімфаденіти, аденофлегмони; панариції, ускладнені абсцесами та флегмонами пальців та китиць; флегмонозна та некротична форми бешихи; флегмонозна та гангренозна форми маститу і т. д. Саме тому залишається абсолютно актуальним сформульоване ще в давнину основне правило гнійної хірургії – *ubi pus ibi evasua*.

**Хірургічне лікування абсцесів** здійснюється трьома способами. При сприятливих анатомічних умовах можна застосувати малоінвазивні втручання у вигляді пункцій з евакуацією гною та черезшкірним дреноуванням. Частіше доводиться виконувати втручання шляхом розкриття та дреноування через відповідний операційний доступ. В окремих випадках допускається висічення абсцесу з піогенною капсулою в межах здорових тканин. Хірургічне оперативне

лікування доповнюється консервативною антибактеріальною, детоксикаційною та протизапальною терапією.

**Основний метод лікування флегмон – оперативний.** У відносно рідких випадках серозного целюліту можна застосовувати з позитивним ефектом консервативну терапію. На відміну від втручань при абсцесах, операції при флегмонозних гнійних процесах більші за об'ємом і полягають в широких розтинах, евакуації ексудату, висіченні некротичних тканин та дрениванні. Для флегмон характерна відсутність природних демаркаційних зон у вигляді піогенних капсул. Тому під час операцій, нерідко, необхідно створювати перепону на шляху гнійного процесу з допомогою додаткових розтинів на межі здорових та патологічно змінених тканин.

Перш ніж завершити характеристику такої патології як абсцеси та флегмони, слід наголосити, що вона може бути не тільки самостійним захворюванням, а і супроводжувати інші види місцевих гнійних хірургічних захворювань. Тому слід пам'ятати - яке б захворювання не було, при наявності сформованого недренованого вогнища гнійного запалення у вигляді абсцесу або флегмони, необхідно застосувати хірургічне втручання. Після виконаного оперативного втручання любий вид місцевої гнійної патології перетворюється в гнійну рану, яка лікується згідно загальних принципів.

**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 фонових 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 самостійно. 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 СОЕ.

**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 флюктуації (зибленіє).

**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 анатоми-фізіологічних особливостей. Поверхневі судини особи 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 (пас-сивна імунізація). Стафілококовий анатоксин за схемою (активна імунізація).

**Карбункул** - це гнійно-некротичне запалення одночасно декількох волосяних цибулин та сальних залоз з утворенням спільного інфільтрату.

*Загальна та місцева симптоматика місцевої хірургічної інфекції.*

Характеризуючи симптоми місцевої хірургічної інфекції слід наголосити на деякій особливостях її розвитку. Незалежно від виду захворювання слід розрізняти прояви, властиві для всіх видів місцевої гнійної патології, та специфічні ознаки.

До ознак, що характерні для всіх видів місцевих гнійних захворювань, належать місцеві симптоми запалення та нагноєння.

Спочатку розвивається **запальний інфільтрат** в вигляді скупчення клітинних елементів з домішкою крові та лімфи в тканинах організму. Макроскопічно інфільтрат проявляється збільшенням об'єму та підвищеною щільністю уражених тканин. В зоні патологічного процесу з'являються **ознаки запалення - болючість, гіперемія, набряк, локальне підвищення температури, порушення функції**. На ранніх етапах формування запальною інфільтрату вираженої ексудації в вигляді скупчень гною ще нема і процес може мати при сприятливому перебігу зворотній характер. Але в випадку нагноєння розвиваються ускладнення в формі абсцесів та флегмон. Тобто, поява їх симптоматики є характерною спільною ознакою всіх видів місцевої хірургічної інфекції. В таких випадках ми вже маємо справу не просто з фурункулом, лімфаденітом, бешихою, панарицієм, маститом і так далі, а з абсцедуючим фурункулом, абсцедуючим лімфаденітом, аденофлегмоною, флегмоною китиці, абсцесом молочної залози і т. п.

Розвиток абсцесу в межах тканин, доступних для огляду та пальпації супроводжується локальним почервонінням, набряком та болючістю в зоні ураження. При нагромадженні в порожнині абсцесу достатньої кількості гною може появлятися симптом флюктуації. Він виявляється при пальпації і характеризується коливанням в порожнині гнійника при постукуванні по його стінці. На відміну від абсцедування розвиток флегмони не супроводжується формуванням демаркаційних зон у вигляді піогенної капсули. Тому розвиток цього захворювання є стрімким і злоякісним. Якщо флегмони поверхневі, то за допомогою огляду та пальпації можна виявити симптоми гнійного запалення: припухлість, набряк, гіперемію, болючість. Названі симптоми при флегмонах мають тенденцію до швидкої появи та прогресування. Тканинний інфільтрат не має чітких меж, швидко збільшується в розмірах. Прогресування процесу супроводжується появою симптому флюктуації. Поширення флегмони на анатомічні структури та порожнини супроводжується ускладненнями: флебітами, артритами, лімфаденітами, плевритами, перитонітами і т. п.

В процесі розвитку місцевих гнійних захворювань флегмони можуть трансформуватись в абсцеси, а при прогресуванні гнійників вихід гною за межі біогенної капсули провокує розвиток флегмон.

Незалежно від виду місцевих гнійних захворювань всмоктування тканинних та мікробних токсинів супроводжується симптомами септичної інтоксикації лейкоцитозом, нейтрофільним зсувом лейкограми (вліво), підвищенням температури тіла, гіпопротеїнемією, анемією, загальною слабкістю, втратою апетиту. При важкому перебігу захворювань можуть проявитися ознаки функціональної недостатності різних органів - серця, легень, нирок, печінки в вигляді тахікардії з гіпотонією, тахіпноє, оліго- або анурії, жовтяниці і т. п.

Крім того існують симптоми, які властиві саме для конкретного виду місцевих гнійних захворювань. Вони визначаються локалізацією та анатомічними особливостями ураженого органу або анатомічної структури.

Локальна симптоматика місцевих гнійних захворювань м'яких тканин:

**Фурункул** - конусоподібний гіперемований інфільтрат на шкірі з некрозом тканин та скупченням гною за ходом волоса.

**Карбункул** - обширний запальний інфільтрат в шкірі та підлеглих тканинах, на поверхні якого містяться декілька гнійних пустул.

Діагностика місцевої гнійної патології полягає: в виявленні з допомогою анамнезу огляду та пальпації перелічених нами ознак захворювання. Трудніше виявити з допомогою огляду та пальпації ознаки нагноєння в глибоких тканинах та порожнинах тіла. В порожнинах очеревини, черепа, грудної клітки, заочеревинному просторі виявити таким чином септичне вогнище важко, а іноді просто неможливо. В таких випадках на перший план виходять загальні симптоми гнійної інтоксикації. Вони не є специфічними і можуть супроводжувати любе захворювання, яке супроводжується гнійним запаленням. Але вони змушують хірурга до застосування більш складних методів діагностики, які називають інструментальними. До них належать пункції, рентгенологічні, ультразвукові,

комп'ютерно-томографічні дослідження. З їх допомогою можна підтвердити наявність гнійника.

**Гідраденіт** - гнійне запалення потових залоз (апокринових). У народі "суче вим'я".

**Локалізація:** частіше в аксілярній, пахвинній ділянках, складках

**Етіологія:** мікротравми та інфікування стафілококом, який проникає через вивідну протоку потової залози. Сприятливі чинники: екзема, дерматит, невиконання правил особистої гігієни, забрудненість, підвищена пітливість місць локалізації потових залоз.

**Патогенез:** запальний процес починається з клітковини, що оточує залозу з переходом на саму потову залозу.

**Клініка:** початок гострий, з'являється багрово-червоного кольору інфільтрат, який розташовується поверхнево, інтимно з'єднаний із шкірою. Поступово збільшується, набуває конусоподібної форми, різко виражений біль. Рука хворого у вимушеному положенні — відведена від тулуба з обмеженням рухів. Через 10 — 12 днів у центрі інфільтрату з'являються розм'якшення. Підвищується температура тіла до 38 °С. Можуть з'являтися симптоми загальної інтоксикації. Часто рецидивує.

**Лікування:**

- туалет шкіри (добре промити милом, водним аетисептиком);
- компрес з 10 – 20% димексидом і антибіотиками;
- антибактеріальні гіперосмолярні мазі(діоксизоль, мірамістин)
- опромінення соллюксом, кварцем
- рентгентерапія
- оперативне лікування – розкриття гнійників.

**Мастит** — запалення паренхіми та інтерстиціальної тканини молочної залози.

**Етіологія і патогенез.** Збудником маститу частіше буває стафілокок у чистому вигляді чи в асоціації з іншими мікроорганізмами (кишкова паличка, протей, стрептокок, бактероїди). Інфекція проникає через молочні протоки соска, тріщини і на тлі імунологічного ослаблення. Значну роль у виникненні маститу відіграє невідповідність молочних залоз, перепони у виділенні молока.

Поступово розвиваються серозне, гнійне, запалення. У фазі серозного запалення тканина залози насичуються рідиною, довкола судин скупчуються лейкоцити. Згодом з'являється дифузна гнійна інфільтрація з утворенням абсцесів: інтрамамарних, субареолярних, підшкірних, ретроамарних, уражувати всю залозу (панмастит).

**Класифікація.** Лактаційний, нелактаційний.

Залежно від перебігу: гострий лактостаз, серозний мастит, гострий інфільтративний, деструктивний (абсцедивний, флегмонозний, гангренозний) хронічно-гнійний, не гнійний.

**Клініка.** Початок з гострого лактосазу молочних залоз. Поява набряку, відчуття важкості, біль відсутній. Зціджування безболісне з полекшанням.

У разі проникнення мікрофлори лактостаз переходить у серозну фазу маститу, якій притаманне: гострий початок, лихоманка (підвищення температури до 39 - 40 °С, утворення болючого інфільтрату, зціджування спричиняє значний біль, полегшення не настає. Лабораторно: лейкоцитоз-10,0-12,0 x 10<sup>9</sup>/л, ШОЕ - 20-30

Фаза абсцедування : спостерігається наростання усіх клінічних проявів, температура тіла підвищується до 40 °С. Посилюється гіперемія на місці інфільтрату, з'являється флюктуація. ШОЕ - 50 - 60 мм/год, лейкоцитоз — 15 - 20 x 10<sup>9</sup>/л

Флегмонозна форма характеризується значним погіршенням загального стану організму, часто супроводжується септичними явищами: сухість у ротовій ожинні, безсоння, головний біль, відсутність апетиту. Шкірні покриви бліді молочна залоза збільшена, пастозна, шкіра напружена, виблискує, багрового кольору. Різке розширення підшкірних вен, явища лімфангіту, регіонарного лімфаденіту. Сосок втягнутий. Гнійне розм'якшення визначається в декількох місцях.

Гангренозна форма маститу виникає внаслідок пізнього звертання чи тромбозу судин залози. Стан хворих важкий, температура тіла 40—41 °С, пульс 110 — 120 за 1 хв, слабкий. Свідомість потьмарена, язик сухий, шкіра бліда, риси обличчя загострені, відсутній апетит, безсоння. Молочна залоза збільшена, пастозна, різко болюча, набрякла, шкіра брудно-зеленого кольору, місцями вкрита пухирями, на деяких ділянках - некроз. Молоко відсутнє. Регіонарний лімфаденіт. Лейкоцитоз, різкий зсув формули крові вліво, токсична зернистість нейтрофілів, зниження кількості НЬ до 100 г/л і нижче, ШЗЕ 70 — 80 мм/год, токсична сеча.

**Профілактика.** Починається ще з періоду вагітності. Своєчасний облік вагітних, виявлення ускладнень вагітності, їх лікування. Регулярне тренування соска (з 2-ї половини вагітності) в години майбутнього годування немовляти (масаж, розтирання залоз вологим рушником, бажано носити бавовняний одяг, білизну). Санація ендогенних вогнищ інфекції, стимулювання імунної системи. Особливо звертають увагу на жінок із групи ризику.

У період пологів велике значення надають профілактиці пологової травми: тріщинам, розривам пологових шляхів, крововтратам, ретельному виконанню санітарно- епідеміологічних заходів, правилам асептики, антисептики.

У післяпологовий період особливу увагу приділяють профілактиці тріщин сосків. Для цього в умовах стерильності проводять масаж сосків, обробку антисептиками.

**Лікування.** Проводять з урахуванням фази патологічного процесу. В період лактостазу: ретельне зціджування, продовження годування груддю, використовують молоковідсос. Серозна стадія: ретромамарні новокаїнові блокади, зціджування. У разі поширення патологічного процесу застосовують фізіотерапевтичні методи: ФО, ультразвук, УВЧ, магнітотерапію, обов'язково

госпіталізація в хірургічне відділення. Призначають антибіотики широкого спектра дії, обстеження гінеколога.

Хворим із деструктивними формами маститу: хірургічне лікування під загальним знеболюванням. Розріз залози проводять над місцем флюктуації в радіальному напрямку, доходячи до ареоли 2 — 3 см. Якщо гнояки великі і виникає необхідність, роблять контрапертури. У разі ретроамарної локалізації гнояка використовують розріз за Барденгейером, розкривають гнояк ззаду, що запобігає пошкодженню молочних проток, забезпечує оптимальні умови дренивання, косметичний ефект.

Післяопераційний період лікування проводять згідно з перебігом ранового процесу: в стадії гідратації застосовують пов'язки з гіпертонічним розчином натрію хлориду, гіперосмолярними мазями, протеолітичними ферментами, активне дозоване промивання порожнини рани.

**Загальне лікування** (антибіотикотерапія, дезінтоксикаційна терапія, активна, пасивна імунізація). За необхідності сосок лишаять вільним від пов'язки для зцідження молока, що є умовою позитивного перебігу ранового процесу. За необхідності проводять терапію, спрямовану на зупинку лактації (щільна перев'язка залоз, подрібнена камфора рег ос протягом 7 — 8 днів, помірне зменшення добової кількості рідини, гормонотерапія).

Хворим із флегмонозною та гангренозною формами маститу показано ургентне хірургічне втручання з широким розкриттям гнійної порожнини декількома розрізами, адекватним дрениванням. Застосовують антибіотики широкого спектра дії, дезінтоксикаційну терапію.

**Бешиха** - гостре, швидкопрогресуюче запалення шкіри та рідше слизових оболонок. Форми бешихи:

- Еритематозна форма: наявність чітко обмеженої зони гіперемії шкіри (за типом "географічної карти").

- Бульозна форма: поява пухирів відшарованого епідермісу, заповнені ексудатом.

- Флегмонозна та некротична форми: наявність місцевої симптоматики флегмони підшкірної клітковини та поява зон змертвіння шкіри.

**Етіологія та патогенез.** Збудник - різні форми стрептокока, які частіше проникають в шкіру екзогенним шляхом. На місці проникнення інфекції виникає вогнище запалення безпосередньо в самій шкірі. Утворюється нейтрофільний ексудат, стаз у кровоносних та лімфатичних капілярах. Запалення поширюється далі по поверхні шкіри. Такі зміни характерні для еритематозної форми бешихи.

Якщо з розвитком процесу епідерміс відшаровується, утворюються пухирі, виникає бульозна форма бешихи. Вміст бул — серозний ексудат, рідше — геморагічний, з великою кількістю збудника. Прогресування запального процесу в шкірі з гнійною інфільтрацією приводить до утворення флегмони підшкірної жирової клітковини (флегмонозна форма). Подальший розвиток запалення в шкірі спричиняє порушення кровообігу, тромбоз судин з некрозом шкіри (некротична форма). Бешиха має тенденцію до рецидиву. Це залежить від стану сенсibiliзації

та резистентності організму. Рецидиви є причиною склерозу підшкірної жирової клітковини з розладом лімфообігу, внаслідок чого утворюється лімфостаз, а згодом слоновість.

**Клініка.** Продромальні симптоми: кволість, слабкість, головний біль. Загальні симптоми випереджують появу місцевих змін. Захворювання починається раптово з ознобу, сильного головного болю, тахікардії, тахіпное, підвищеної температури тіла до 40—41 °С, безсоння, олігурії. У сечі з'являються білок, еритроцити, лейкоцити, гіаліно-ві та зернисті циліндри, у крові - значний лейкоцитоз, нейтрофілоз, анемія, еозинфілія. Можливі гепато- та спленомегалія. У важких випадках простежується енцефалопатія.

Частіше бешиха локалізується на обличчі, голові, нижніх кінцівках: Дуже рідко уражує слизові оболонки губ, зів, горла.

**Місцеві симптоми** еритематозної форми проявляються пекучим болем, відчуттям жару, чіткою зазубреною гіперемією, що нагадує язики полум'я. Інколи останній симптом порівнюють з географічною картою. Шкіра інфільтрована, виступає над поверхнею непошкодженої шкіри .

Для бульозної форми на тлі попередніх змін характерним є утворення бул, заповнених серозним ексудатом з великою кількістю стрептококів. Ексудат значно контагіозний, що може бути причиною поширення бешихи контактним шляхом. Ця форма триває протягом 1—2 тижнів.

Флегмонозна форма характеризується збільшенням симптомів загальної інтоксикації: лихоманка, озноб, тахікардія, зміни в крої, сечі. Місцево з'являються симптоми флегмони. У важкохворих з авітамінозом, цукровим діабетом бульозна та флегмонозна форми можуть перейти в некротичну — з'являються великі площі некрозу шкіри та підшкірної жирової клітковини.

Форми бешихи є фазами розвитку одного патологічного процесу. Під впливом адекватного, своєчасного лікування, захисних сил організму кожна фаза може завершити патологічний процес. І навпаки — в разі зниженої резистентності організму, слабкості імунітету, пізнього і неадекватного лікування кожна стадія є логічним попередником послідовного розвитку захворювання.

На тулубі бешиха має велику поширеність, спричиняє значну інтоксикацію. При цьому вона може бути повзучою, якщо поширюється поступово по поверхні шкіри.

Кінцівки бешиха вражує у 25 — 30 % осіб, головним чином еритематозна і бульозна форми. Помітно виражена інтоксикація. У перші години захворювання в кінцівках з'являється сильний біль за ходом лімфатичних судин і вен, що може призвести до помилкового діагнозу гострого тромбофлебиту.

На промежині бешиха нерідко виникає первинно, порушує кровообіг, спричиняє значний набряк тканин, некроз шкіри.

На слизових оболонках перебіг бешихи, як і на шкірі, відбувається фазами розвитку патологічного процесу.



Рецидиви бешихи спостерігаються у 23,4 % хворих. На кінцівках рецидиви можуть бути причин розвитку недостатності лімфообігу — лімфостазу (слоновості).

Особливістю діагностики бешихи є наявність по периферії ураженої шкіри припіднятого, різко болючого, запального валика.

Диференціальну діагностику слід проводити з еритемами, дерматитом, флегмонами, лімфангітом, еризипелоїдом, інколи із сибіркою. Значні труднощі спостерігаються під час диференціації з флегмоною. При бешихі процес локалізується в шкірі і більше виражений по периферії ушкодження, при флегмоні запальний процес уражує підшкірну і міжм'язову клітковину, зміни шкіри (набряк, гіперемія, біль) мають вторинний характер і посилюються від периферії до центру. Максимальний біль локалізується в центрі набряку, а не на периферії, як при бешихі. Крім того, при флегмоні відзначається щільний інфільтрат тканини в прилеглих ділянках, чого немає при еритематозній і бульозній формах бешихи.

За наявності підозри на бульозну та гангренозну форми бешихи, у разі важкого стану хворого та контакту його зі звірами, шерстю її треба диференціювати із сибіркою. Для останньої характерним є утворення карбункула з чорними некротичними тканинами в центрі і дочірніх пухирців по периферії з вираженим набряком прилеглих ділянок тканини. При цьому значно збільшуються регіонарні лімфовузли. Кінець хвороби залежить від форми бешихи, стану хворого, наявності чи відсутності супутніх захворювань. Кращий прогноз-, мають еритематозна та бульозна форми, гірший - флегмонозна, гангренозна.

**Лікування** проводять в умовах стаціонару. Значний ефект має своєчасне УФО — еритемні та суберитемні дози (на кінцівках 4 - 5 біодоз, на обличчі - 3 біодози). Комбінують УФО з антибіотиками та сульфаніламидами. При еритематозній та бульозній формах процес швидко припиняється: при флегмонозній — опромінювання проводять обережно, оскільки воно може призвести до збільшення набряку і до тромбозу малих судин шкіри. При гангренозній формі УФО категорично забороняється, показано ендолімфатичне введення антибіотиків.

Вологі пов'язки, компреси, ванни протипоказані. При бульозній формі пухирі в умовах суворої асептики розкривають і накладають пов'язку з антисептиком. При флегмонозній та гангренозній формах, крім описаного лікування, проводять некректомію, дренажування, розкривають скупчення гною. Показана висококалорійна дієта, вітамінотерапія.

Профілактика полягає в лікуванні мікротравм, виконанні правил асептики і антисептики, протиепідемічних заходах.

**Еризипелоїд**, свиняча краснуха (бешиха свиней), еритема повзуча — інфекційне захворювання, що є причиною ураження всіх шарів шкіри.

**Етіологія і патогенез.** Збудником захворювання є паличка свинячої бешихи. Проникає через мікротравми під час розробки ураженого м'яса. Інкубаційний період триває 3 — 7 днів. Найчастіше хворіють особи, зайняті розробкою м'яса,

риби, що мають справу зі шкірою забитих тварин, домогосподарки. Захворювання часто проявляється у вигляді дерматиту, лімфангіту, панарицію. У шкірі розвивається серозне запалення всіх її шарів, лімфангіт і набряк тканин зі скупченням у зоні запалення тканинних базофілів.

**Клініка.** Частіше уражуються пальці рук. З 1-го дня на тильній поверхні пальця з'являються пляма рожево-червоного кольору, що чітко відмежована і виступає над оточуючою шкірою, почуття свербіння, яке поступово наростає. Через 2—3 тиж набряк зменшується, гіперемія зникає, залишається шолудивість шкіри. Запалення може поширитися на тильну поверхню кисті, спричинити лімфангіт і лімфаденіт, гострий міжфаланговий артрит. Загальний стан змінюється мало, гіпертермія не спостерігається, хіба що можлива у разі змішаного інфікування.

Еризипелоїд може перейти в хронічну форму з рецидивами.

Лікування. Застосовують іммобілізацію кисті, антибіотики, УФО шкіри, обробку пальців діамантовим зеленим.

**Гострий парапроктит** — це гнійне запалення тканин довкола прямої кишки. Гострий парапроктит відрізняється від гнійних запалень м'яких тканин промежини (фурункул, флегмона), тому що він має зв'язок з криптами відхідника. Цей абсцес має внутрішній отвір у прямій кишці.

**Етіологія і патогенез.** Запальний процес починається інфікуванням анальних залоз у 90 % осіб. Інфекція по криптах поширюється в клітковинні розташовані довкола прямої кишки. Рідше інфекція надходить гематогенним шляхом. Причиною проникнення інфекції в параректальну клітковину можуть бути тріщини прямої кишки, запалення передміхурої залози, широкої зв'язки матки. Гній має змішану форму (золотистий і білий стафілокок, стрептокок, кишкову паличку, анаероби тощо). Гострий парапроктит частіше зустрічається у чоловіків.

**Патологічна анатомія.** Гнійне запалення параректальної підшкірної клітковини має 2 форми: флегмонозну і відгороджену. Параректальна флегмона має блискавичний перебіг, важкі токсико-септичні прояви з поширенням запального процесу в пельвіоректальну клітковину, позаочеревинний простір. Інколи може виникати і анаеробний парапроктит. Залежно від локалізації гнійного вогнища гострий парапроктит розділяють на підшкірний, підслизовий, (піделеваторний) і тазовопрямокишковий (наделеваторний). Рідше гнояк локалізується позаду прямої кишки або з обох боків від неї, утворюючи гострий підковоподібний парапроктит. При цьому абсцес може бути підшкірним або ішіоректальним

**Клініка.** Гострий гнійний парапроктит має важкий перебіг. Захворювання починається із сильного пульсівного болю в ділянці прямої кишки, який значно посилюється під час дефекації, у разі високої температури тіла. Підшкірний та підслизовий парапроктит супроводжується почервонінням, набряком та інфільтрацією тканин, які поширюються на сідницю. Швидко з'являється флюктуація. Якщо запальний процес локалізується вище, місцева симптоматика

проявляється гірше, хоча захворювання характеризується більшою інтоксикацією.

Основний метод діагностики гострого парапроктиту — правильно виконане пальцеве дослідження прямої кишки. Хворому на гострий парапроктит слід увести палець у пряму кишку по стінці, протилежній розміщенню абсцесу чи інфільтрату, щоб не спричинити біль. Гострий парапроктит є I стадією (фазою) хронічного парапроктиту з утворенням нориці. Якщо під час пальцевого ректального дослідження встановлюють зв'язок між порожниною гнояка і прямою кишкою, то діагноз гострого парапроктиту не викликає сумнівів.

**Лікування.** Оперативне лікування проводять під наркозом. Розкриття гострого парапроктиту без ліквідації внутрішнього отвору не є радикальним оперативним втручанням. Як правило, в таких хворих виникає рецидив захворювання. Ліквідація внутрішнього отвору гнояка є необхідною умовою для проведення радикальних оперативних втручань. За наявності підшкірного та підслизового парапроктиту виконують оперативне втручання, запропоноване Габрієлем. Розріз роблять паралельно відповідній стінці прямої кишки. Розкривши порожнину гнояка і видаливши некротичні тканини, проводять зондове дослідження порожнини. Знаходять норицю, по якій проникають до ураженої крипти. Передню стінку абсцесу висікають у вигляді трикутника. Рану промивають і дрениують. При ішіоректальному і пельвіоректальному парапроктиті застосовують широке розкриття гнояка з дозованою сфінктеротомією через внутрішній отвір гнояка у відхідниковому каналі або проведення через норицю і внутрішній отвір шовних лігатур з поетапним їх зав'язуванням.

#### **4. ДОДАТКИ. ЗАСОБИ ДЛЯ КОНТРОЛЮ:**

##### **6.1 Тестові завдання**

**1. Яке з нижче перелічених захворювань найбільш сприяє виникненню фурункулів і карбункулів?**

- A. Цукровий діабет
- B. Тиреотоксикоз
- C. Хронічні гнійні захворювання легенів
- D. Злоякісні пухлини
- E. Мікседема
- F. До 4 діб

**2. Які змін в загальному аналізі крові характерні для гнійної хірургічної патології?**

- A. Лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШЗЕ
- B. Лімфоцитоз
- C. Пойкілоцитоз
- D. Анізоцитоз
- E. Анемія, зсув лейкоцитарної формули вправо

3. **Дайте визначення терміну “абсцес”:**
- A. Відмежоване накопичення гною в тканинах та органах
  - B. Не відмежоване накопичення гною в тканинах та органах
  - C. Накопичення гною в підшкірній клітковині
  - D. Накопичення гною в порожнистих органах
  - E. Накопичення гною навколо порожнистих органів
4. **Дайте визначення терміну “флегмона”:**
- A. Гостре не відмежоване гнійне запалення жирової клітковини та клітковинних просторів
  - B. Гостре відмежоване гнійне запалення жирової клітковини та клітковинних просторів
  - C. Накопичення гною в підшкірній клітковині
  - D. Накопичення гною в порожнистих органах
  - E. Накопичення гною навколо порожнистих органів
5. **До місцевих симптомів накопичення гною відносяться:**
- A. Розм'якшення та флуктуації
  - B. Розм'якшення та флотації
  - C. Флуктуації та балотації
  - D. Аускультативні та розм'якшення
  - E. Аускультативні та балотації
6. **Перша стадія розвитку фурункулу називається:**
- A. Інфільтрація
  - B. Запалення
  - C. Абсцедування
  - D. Формування та відторгнення гнійно-некротичного стрижня
  - E. Рубцювання
7. **Передчасна спроба механічним шляхом видалити стрижень в стадію інфільтрації фурункулу сприяє:**
- A. Розповсюдженню інфікованих тромбів та генералізації процесу
  - B. Покращенню венозного відтоку
  - C. Прискоренню організації стрижня
  - D. Погіршенню лімфатичного дренажу
  - E. Зменшенню інфільтрату
8. **Порожнину абсцесу від здорових тканин відмежовує:**
- A. Піогенна капсула
  - B. Фасція
  - C. Очеревина
  - D. Плевра
  - E. Підшкірна клітковина
9. **Основним методом лікування абсцесів є:**
- A. Оперативне лікування
  - B. Антибактеріальна терапія
  - C. Імунотерапія

- D. Фізіотерапія
- E. Дезінтоксикаційна терапія

**10. Назвіть найбільш повний об'єм оперативного втручання при поширеному постін'єкційному абсцесі сідниці:**

- A. Розкриття, санація та адекватне дренивання порожнини абсцесу
- B. Пункція абсцесу та введення в його порожнину антибіотиків
- C. Розкриття абсцесу
- D. Розкриття та санація гнійника
- E. Пункція абсцесу

**11. З лікувальною метою пункція порожнини абсцесу найчастіше виконується при:**

- A. Абсцесах печінки
- B. Абсцесах сідниці
- C. Абсцесах кінцівок
- D. Абсцесах обличчя
- E. Абсцесах шиї

**12. Виразність симптомів інтоксикації при абсцесах залежить від:**

- A. Розмірів та розташування абсцесу
- B. Віку хворого
- C. Глибини розташування абсцесу
- D. Супутньої патології
- E. Статі хворого

**13. За наявності абсцесу симптом флюктуації буде негативним при:**

- A. Глибокому розташуванні абсцесу
- B. Поверхневому розташуванні абсцесу
- C. Розташуванні абсцесу на кінцівках
- D. Розташуванні абсцесу на шиї
- E. Симптом флюктуації не є характерним для абсцесів

**14. Відсутність місцевих ознак запалення при абсцесі характерне для:**

- A. Глибокого розташування абсцесу
- B. Поверхневого розташування абсцесу
- C. Розташування абсцесу на нижніх кінцівках
- D. Розташування абсцесу на шиї
- E. Розташування абсцесу на верхніх кінцівках

**15. Характерним коливанням амплітуди добової температури при абсцесі є:**

- A. 1,5-3°C
- B. 1-2°C
- C. 0,5-1°C
- D. До 0,5 °C
- E. Коливання добової температури не характерне

**16. Показом до оперативного втручання при абсцесі є:**

- A. Встановлення діагнозу "абсцес"

- В. Виражені загальні прояви
- С. Виражені місцеві прояви
- Д. Наростання ознак інтоксикації
- Е. Абсцес не лікується оперативним шляхом

**17. Запальний ексудат при флегмоні розповсюджується по:**

- А. Клітковинним просторам
- В. Артеріях
- С. Венах
- Д. Лімфатичних судинах
- Е. Розповсюдження ексудату не відбувається

**18. Глибока флегмона середостіння називається:**

- А. Медіастенітом
- В. Гнійним плевритом
- С. Паранефритом
- Д. Плевритом
- Е. Спеціальної назви немає

**19. Анатомічною межею поділу на поверхневі та глибокі флегмони є:**

- А. Глибока фасція
- В. Поверхнева фасція
- С. Підшкірна клітковина
- Д. М'язи
- Е. Судинно-нервові пучки

**20. Під час розкриття абсцесу отриманий жовто-зеленого кольору вершкоподібний гній без запаху Яким збудником викликаний запальний процес?**

- А. Стафілококами
- В. Клебсіелою
- С. Кишковою паличкою
- Д. Синьогнійною паличкою
- Е. Протеєм

**21. За наявності абсцесу симптом розм'якшення буде негативним при:**

- А. Глибокому розташуванні абсцесу
- В. Поверхневому розташуванні абсцесу
- С. Розташуванні абсцесу на кінцівках
- Д. Розташуванні абсцесу на шії
- Е. Симптом флюктуації не є характерним для абсцесів

**22. Яка кількість мікроорганізмів на 1 грам тканин необхідна для розвитку інфекційного процесу?**

- А.  $10^5$
- В.  $10^3$
- С.  $10^4$
- Д.  $10^6$
- Е.  $10^2$

**23. Фурункул не може розташовуватися на:**

- A. Долонній та підошовній поверхнях китиць та стоп
- B. Тильних поверхнях китиць та стоп
- C. Голові
- D. Шиї
- E. Спині
- F. Наявність некрозу

**24. Для визначення рівня інтоксикації у хворих з гострою гнійною хірургічною інфекцією використовують:**

- A. Лейкоцитарний індекс інтоксикації
- B. Рівень глікемії
- C. Рівень еритроцитемії
- D. Рівень лейкоцитурії
- E. Рівень бактеріурії

**25. Нормальними показниками лейкоцитарного індексу інтоксикації (Кальф-Каліфа) є:**

- A.  $1,0 \pm 0,6$
- B. 2,0
- C.  $1,5 \pm 0,8$
- D.  $0,5 \pm 0,5$
- E.  $1,0 \pm 0,9$

**26. Що являє собою фурункул?**

- A. Гостре гнійне запалення волосяного мішечка, сальної залози і навколишніх тканин
- B. Гостре гнійне запалення волосяного мішечка
- C. Гостре гнійне запалення сальної залози
- D. Гостре гнійне запалення потових залоз
- E. Гостре гнійне некротичне запалення декількох поряд розташований волосяних мішечків і сальних залоз

**27. Яке з нижче перелічених захворювань найбільш сприяє виникненню фурункулів і карбункулів?**

- A. Цукровий діабет
- B. Тиреотоксикоз
- C. Хронічні гнійні захворювання легенів
- D. Злоякісні пухлини
- E. Мікседема

**28. Які збудники спричиняють розвиток фурункулу?**

- A. Стафілококи
- B. Стрептококи
- C. Кишкова паличка
- D. Синьогнійна паличка
- E. Усі перелічені збудники

**29. В який термін відбувається відшарування гнійного стрижня фурункула?**

- A. 7-10 діб
- B. 4-6 діб
- C. 1-3 доби
- D. 11-12 діб
- E. 13-14 діб

**30. Який середній термін перебігу фурункула від початку до ліквідації?**

- A. 13- 14 діб
- B. 5-7 діб
- C. 8-10 діб
- D. 11-12 діб
- E. До 4 діб

**31. Що позначає термін “фурункульоз”?**

- A. Чисельні фурункули різних ділянок тіла в різних стадіях розвитку
- B. Одночасне виникнення декількох фурункулів різних ділянок тіла
- C. Запалення декількох поруч розташованих волосяних мішечків і сальних залоз Повторне виникнення фурункулу
- D. Одночасне виникнення декількох фурункулів на шкірі однієї ділянки тіла
- E. -

**32. До особливостей оперативного лікування карбункулу належить:**

- A. Широке розсічення та висічення некротичних тканин в межах здорових
- B. Закрите дронування гнійника
- C. Мінімальне розсічення м'яких тканин
- D. Пункція гнійника
- E. Виконання хрестоподібного розрізу

**33. Карбункул – це гнійно-некротичне запалення:**

- A. Декількох волосяних фолікулів, сальних залоз та оточуючих тканин з утворенням спільного інфільтрату
- B. Декількох сальних залоз
- C. Декількох потових залоз
- D. Декількох волосяних фолікулів
- E. Підшкірної клітковини

**34. Яку загрозу має фурункул обличчя?**

- A. Тромбоз кавернозного синусу та розвиток гнійного менінгіту
- B. Перехід запалення на орбіту ока
- C. Розвиток гнійного отиту
- D. Розвиток косметичних дефектів
- E. Розповсюдження запалення на пазухи носа

**35. В клінічному перебігу фурункула виділяють:**

- A. Три стадії
- B. Дві стадії



- C. Одну стадію
- D. Чотири стадії
- E. Для розвитку фурункулу стадійність не характерна

**36. Перша стадія розвитку фурункулу називається:**

- A. Інфільтрація
- B. Запалення
- C. Абсцедування
- D. Формування та відторгнення гнійно-некротичного стрижня
- E. Рубцювання

**37. Передчасна спроба механічним шляхом видалити стрижень в стадію інфільтрації фурункулу сприяє:**

- A. Розповсюдженню інфікованих тромбів та генералізації процесу
- B. Покращенню венозного відтоку
- C. Прискоренню організації стрижня
- D. Погіршенню лімфатичного дренажу
- E. Зменшенню інфільтрату

**38. В стадії інфільтрації лікування неускладненого фурункулу включає:**

- A. Ретельна санація шкіри з обробкою її розчинами антисептиків
- B. Призначення антибактеріальної терапії
- C. Використання зігріваючих компресів
- D. Імунокорекція
- E. Виконання оперативного втручання

**39. Оперативне лікування фурункула показане при:**

- A. Перетворенні на абсцес
- B. Вираженому інфільтраті
- C. Наявності лімфаденіту
- D. Декомпенсації супутньої патології
- E. Наявності лімфангоїту

**40. До хірурга поліклініки звернувся хворий із фурункулум верхньої губи. Що необхідно зробити?**

- A. Направити хворого на стаціонарне лікування
- B. Призначити антибактеріальну терапію
- C. Призначити протизапальну терапію
- D. Прооперувати хворого в амбулаторних умовах
- E. Призначити УВЧ

**41. Летальність при тромбозі кавернозного синуса та гнійному менінгіті складає:**

- A. 80-100%
- B. 20-30%
- C. 40-50%
- D. 60-70%
- E. 5-10%

**42. Які збудники спричиняють розвиток карбункулу?**

- A. Стафілококи
- B. Стрептококи
- C. Кишкова паличка
- D. Синьогнійна паличка
- E. Усі перелічені збудники

**43. Запальний ексудат при флегмоні розповсюджується по:**

- A. Клітковинним просторам
- B. Артеріях
- C. Венах
- D. Лімфатичних судинах
- E. Розповсюдження ексудату не відбувається

**44. Анатомічною межею поділу на поверхневі та глибокі флегмони є:**

- A. Глибока фасція
- B. Поверхнева фасція
- C. Підшкірна клітковина
- D. М'язи
- E. Судинно-нервові пучки

**45. Протягом двох діб хворий скаржиться на наявність гнійних виділень із рани на задній поверхні шиї, підвищення температури до 38,8°C, загальну слабкість. Зі слів травми не було. При огляді стан середньої важкості. На задній поверхні шиї інфільтрат до 8 см в діаметрі, шкіра над ним червона із синюшним відтінком, на верхівці ділянка некрозу до 2 см у вигляді "комірок", при пальпації виражений біль з виділенням жовто-зеленого гною. Який попередній діагноз?**

- A. Карбункул шиї
- B. Флегмона шиї
- C. Фурункул шиї
- D. Абсцес шиї
- E. Інфільтрат шиї

**46. Яка кількість мікроорганізмів на 1 грам тканин необхідна для розвитку інфекційного процесу?**

- A. 105
- B. 10<sup>3</sup>
- C. 104
- D. 106
- E. 10<sup>2</sup>

**47. У хворої П, 63 років, на задній поверхні шиї з'явився різко болючий інфільтрат розміром 5x6 см. Шкіра над ним синьо-багряного кольору з численними некротичними осередками, з яких виділяється гній. В крові лейкоцитоз до 18,3x10<sup>9</sup>, глікемія 16,5 ммоль/л, в сечі ацетон (++)**  
**Встановлено діагноз карбункулу. Яку супутню патологію має хворий?**

- A. Цукровий діабет
- B. Виразкова хвороба шлунку

- C. Хронічна ниркова недостатність
- D. Гіпертонічна хвороба
- E. Тіреотоксикоз

**48. У хворого М, 54 років, діагностовано карбункул спини на фоні вперше виявленого цукрового діабету Яку терапію слід застосувати хворому?**

- A. Оперативне лікування, антибіотикотерапія, інсулінотерапія
- B. Антибіотикотерапія, інсулінотерапія, зігріваючі компреси
- C. Оперативне лікування, антибіотикотерапія
- D. Оперативне лікування, антибіотикотерапія, цукрознижуючі препарати
- E. Оперативне лікування, інсулінотерапія

**49. Клінічною відмінністю карбункулу між поруч розташованих фурункулів при фурункульозі є:**

- A. Наявність спільного інфільтрату між запаленими волосяними фолікулами
- B. Виражений больовий синдром
- C. Синюшний колір шкіри
- D. Кількість гною
- E. Наявність некрозу

**50. Абсцедування при гідраденіті в середньому настає через:**

- A. 10-12 днів
- B. 3-4 дні
- C. 5-8 днів
- D. 1-2 дні
- E. більше 20 днів

**51. Частота виникнення лактаційного маститу складає:**

- A. 80-85%
- B. 40-50%
- C. 60-70%
- D. 20-30%
- E. Більше 90%

**52. Виділяють наступні форми гострого маститу, крім:**

- A. Бешихоподібний
- B. Абсцедуючий
- C. Флегмонозний
- D. Гангренозний
- E. Серозний

**53. Що таке мастит?**

- A. Запалення паренхіми молочної залози
- B. Запалення потових залоз
- C. Запалення сальних залоз
- D. Запалення лімфатичної судини
- E. Е Запалення лімфатичного вузла

**54. Препаратами вибору при антибактеріальній терапії бешихового запалення є:**

- A. Напівсинтетичні пеніциліни
- B. Макроліди
- C. Фторхінолони
- D. Сульфаніламід
- E. Цефалоспорини

**55. Найчастішою локалізацією еризипелоїду є:**

- A. Пальці рук
- B. Пальці ніг
- C. Обличчя
- D. Гомілки
- E. Тулуб

**56. Яким мікроорганізмом викликається бешиха?**

- A. Стрептококом
- B. Стафілококом
- C. Гонококом
- D. Синьогнійною паличкою
- E. Вульгарним протеєм

**57. Ретикулярний лімфангоїт характеризується:**

- A. Появою сітчастої гіперемії шкіри
- B. Гіперемією у вигляді язиків полум'я
- C. Гіперемією у вигляді географічної карти
- D. Появою доріжок гіперемії від основного вогнища до лімфовузлів
- E. Появою синюшності шкіри

**58. Гострий парaproктит це?**

- A. Запалення навколо прямокишкової клітковини
- B. Запалення потових залоз
- C. Запалення паренхіми молочної залози
- D. Запалення сальних залоз
- E. Запалення лімфатичного вузла

**59. Відмінністю парaproктиту від запальних захворювань промежини є ?**

- A. Наявність зв'язку із просвітом прямої кишки
- B. Виражений некротичний процес
- C. Відсутність інтоксикації
- D. Відсутність флуктуації
- E. Відсутність гіперемії

**60. Радикальним оперативним втручанням при гострому парaproктіті є ?**

- A. Розкриття гнійника та висічення крипти
- B. Пункція гнійника
- C. Висічення крипти
- D. Розкриття гнійника

Е. Оперативне втручання не проводиться

**61. Виділяють наступні форми гострого парапроктиту, крім ?**

- А. Внутрішньо слизовий
- В. Ішеоректальний
- С. Підслизовий
- Д. Пельвіоректальний
- Е. Підшкірний

**62. Основним методом діагностики гострого парапроктиту є ?**

- А. Пальцеве дослідження прямої кишки
- В. Ректороманоскопія
- С. Фіброколоноскопія
- Д. Проктоскопія
- Е. УЗО

**63. Висічення крипти при оперативному втручанні з приводу гострого парапроктиту є профілактикою?**

- А. Рецидиву
- В. Генералізації інфекції
- С. Закрепів
- Д. Діареї
- Е. Появи некрозу

**64. Найбільш раціональним методом лікування гострого парапроктиту є:**

- А. Розкриття гнійника з висіченням крипти
- В. Сидячі теплі ванни
- С. Пункція гнійника
- Д. Антибіотикотерапія
- Е. Фізіотерапія

**65. Рецидивуюча бешиха нижніх кінцівок найчастіше ускладнюється:**

- А. Лімфостазом
- В. Гострим остеомієлітом
- С. Сепсисом
- Д. Гострим тромбофлебітом
- Е. Гострим лімфаденітом

## **6.2 Ситуаційні задачі**

**1. До хірургічного відділення швидкою допомогою доставлена хвора С., 57 років, зі скаргами на біль і ущільнення в ділянці правої сідниці, підвищення температури тіла до 38,8° Біля тижня тому ін'єкція 25% розчину магнезії. При огляді: в ділянці верхньо - зовнішнього квадранта лівої сідниці припухлість, почервоніння шкіри. При пальпації відмічається болючий інфільтрат 6x7см, в центрі ділянка розм'якшення, позитивний симптом флюктуації. Який діагноз необхідно встановити?**

- A. Абсцес лівої сідниці
  - B. Флегмона лівої сідниці
  - C. Фурункул лівої сідниці
  - D. Запальний інфільтрат лівої сідниці
  - E. Бешиха лівої сідниці
2. *Після травми хворий Р., 27 років відмітив появу набряку правого передпліччя, загальну слабкість, підйом температури тіла до 39° При огляді: праве передпліччя різко збільшене в об'ємі, місцева гіпертермія, пальпація м'яких тканин болісна з променевого краю дистальної третини визначається розм'якшення. Сформулюйте попередній діагноз:*
- A. Флегмона правого передпліччя
  - B. Гематома правого передпліччя
  - C. Абсцес правого передпліччя
  - D. Ліпома правого передпліччя
  - E. Фіброма правого передпліччя
3. *Хвора К., 24 року, після введення наркотичної речовини в пахвинну ділянку зліва через дві доби відмітила збільшення в розмірах стегна, підвищення температури тіла до 40,2°С, загальну слабкість, гіперемію шкіри в ділянці ін'єкції, інфільтрацію м'яких тканин. Пульсація стегнової артерії збережена Сформулюйте попередній діагноз:*
- A. Флегмона стегна
  - B. Пахвинний лімфаденіт
  - C. Абсцес стегна
  - D. Аневризма стегнової артерії
  - E. Гострий тромбоз глибоких вен
4. *При госпіталізації до хірургічне відділення у хворого Л., 42 років, діагностовано флегмону поперекової ділянки справляючи об'єм місцевого лікування слід виконати в даному випадку?*
- A. Розкриття, санація і дренивання гнійника
  - B. Обколювання навколо антибіотико-новокаїновим розчином
  - C. Напівспиртовий компрес
  - D. Компрес з дімексидом
  - E. Пункцію пункція
5. *У хворої 50 років, що страждає на цукровий діабет 2 типу, на задній поверхні шиї з'явився різко болючий інфільтрат розміром 5х6 см. Шкіра над ним синьо – багряного кольору з численними некротичними осередками, з яких виділяється гній. Загальний стан хворої важкий, температура досягає 40, в крові лейкоцитоз до 20х10<sup>9</sup>, підвищився рівень глюкози 15 ммоль, в сечі з'явився ацетон (++) . Визначте діагноз?*
- A. Карбункул
  - B. Фурункул
  - C. Гідраденіт

- D. Абсцес  
E. Флегмона
6. *Хворий П., 28 років, скаржиться на появу в між лопатковій ділянці червоно-багряного інфільтрату розмірами 6x7 см, що підвищується над рівнем здорової шкіри, загальну слабкість, підвищення температури тіла до 39,3° Який гнійний процес у хворого?*
- A. Карбункул між лопаткової ділянки  
B. Абсцес між лопаткової ділянки  
C. Флегмона між лопаткової ділянки  
D. Запальний інфільтрат між лопаткової ділянки  
E. Фурункул між лопаткової ділянки
7. *При огляді хірург поліклініки у хворого К., 27 років, на спині виявив болючий інфільтрат. Шкіра над ним напружена В центрі інфільтрату колір шкіри синьо-червоний, по периферії — блідий. На поверхні визначаються декілька великих пустул, основи яких зливаються з зоною некрозу шкіри. Який патологічний процес можна припустити у хворого?*
- A. Карбункул  
B. Абсцес  
C. Флегмону  
D. Гідраденіт  
E. Бешиху
8. *Хворий Р., 38 років, звернувся до хірурга у зв'язку з розвитком болючого інфільтрату в ділянці задньої поверхні шиї, з виділенням гною та некрозом шкіри. Крім того скарги на підвищення температури тіла, загальну слабкість, швидку втому. Встановлено діагноз карбункулу задньої поверхні шиї. Яке об'єм допомоги необхідно виконати хворому?*
- A. Оперативне лікування - висіченням нежиттєздатних тканин, антибіотико-терапія, протизапальні, десенсибілізуючі і дезінтоксикаційні засоби  
B. Антибіотико -новокаїнові блокади  
C. Пов'язки з гіпертонічним розчином хлориду натрію  
D. Пункцію інфільтрату в поєднанні з антибіотикотерапією  
E. Х-подібний розріз шкіри та промивання розчинами антисептиків
9. *Хвора Д., 54 роки, скаржиться на інтенсивний пекучий біль і відчуття жару в ділянці лівої гомілки, підвищення температури тіла до 40°C, загальну слабкість. Об'єктивно: на передній поверхні гомілки локальне почервоніння шкіри з чіткими контурами у вигляді „географічної мапи”. Шкіра набрякла, болюча при пальпації, локальна температура підвищена Симптом флюктуації негативний. Ваш діагноз ?*
- A. Еритематозна форма бешихи  
B. Капілярний лімфангоїт  
C. Флегмона правої гомілки

- D. Мікробна екзем
- E. Флегмонозна форма бешихи

**10. У хворого К., 62 років, на 3-ю добу після початку хвороби з'явився виражений набряк правої нижньої кінцівки, болючістю, червоно-синюшним забарвленням, на шкірі з'явилися міхури. Яке захворювання можна запідозрити у хворого?**

- A. Бешиха правої нижньої кінцівки, бульозна форма
- B. Алергічний набряк правої нижньої кінцівки
- C. Гострий ілеофеморальний тромбоз правої нижньої кінцівки
- D. Гострий тромбофлебіт підшкірних вен правої нижньої кінцівки
- E. Бешиха правої нижньої кінцівки, еритематозна форм

**11. У жінки 25 років через 2 тижні після пологів розвинувся гострий інтрамамарний мастит. Стан хворої середньої важкості, T<sub>0</sub> підвищується до 39,0С, пульс 100 за 1 хв., АТ – 110/70 мм рт. ст. Анамнез не обтяжений. Який вид знеболення слід виконати ?**

- A. Внутрішньовенний наркоз
- B. Провідникова анестезія
- C. Місцева інфільтраційна анестезія
- D. Інгаляційний масковий наркоз
- E. Ендотрахеальний наркоз

**12. Жінка 20 років 3 тижні після нормальних полог скаржиться на біль, затримку виділення молока з правої молочної залози, підвищення T<sub>0</sub> до 38,80С, загальну слабкість, озноб. Хворіє 7 днів. Права молочна залоза збільшена, набрякла, вигинається вперед. Колір її шкіри не змінений. Пальпація залози помірно болюча, однак зміщення викликає сильну біль, ущільнення тканин не визначається. Наявний регіонарний лімфаденіт. Діагноз?**

- A. Ретрамамарний гнійний мастит
- B. Інтрамамарний гнійний мастит
- C. Інтрамамарний абсцес
- D. Застій молока, молочна лихоманка
- E. Серозний мастит

**13. Хвора В., 53 роки, поступила в хірургічне відділення з діагнозом „гострий тромбофлебіт варикозно-розширених поверхневих вен правої нижньої кінцівки”. На 2-у добу перебування в стаціонарі різко підвищилася температура тіла до 39—40°С, погіршилося самопочуття, скаржиться на біль голови, втрату апетиту. Посилилася болючість правої нижньої кінцівки, особливо при пальпації, різко почервоніла шкіра з чіткими межами. З анамнезу відомо, що у хворої хронічний тонзиліт. Яке захворювання розвинулося у хворої?**

- A. Еритематозна форма бешихи
- B. Флегмонозна форма бешихи



- C. Гострий алергічний дерматит
- D. Гострий вторинний перифлебіт
- E. Тромбоз глибоких вен правої нижньої кінцівки

**14. Жінка 30 років на кінець першого тижня після других полог скаржиться на інтенсивний біль, збільшення правої молочної залози, почервоніння її шкіри. В ділянці верхніх квадрантів визначається болісне ущільнення, без чітко означених меж, завбільшки 10x12 см, з розм'якшенням в центрі. Збільшені і болючі пахвові лімфовузли справа, T0 досягає 390С, пульс - 90-100 за хв., АТ – 120/70 мм рт.ст. В аналізі крові: лейкоцитів – 14x108, гемоглобін – 110 ммоль/л, ШОЕ – 40 мм рт.ст. Діагноз?**

- A. Гострий флегмонозний мастит
- B. Серозний мастит
- C. Застій молока, молочна лихоманка
- D. Абсцес молочної залози
- E. Ретромамарний мастит

**15. У 30 річної породіллі на 7-й день після перших полог в ділянці верхніх квадрантів правої молочної залози визначається дуже болісне ущільнення без чітких меж, завбільшки 10x12 см, із розм'якшенням в центрі. T0 390С, в крові – високий лейкоцитоз, помірна анемія. Який метод лікування слід застосувати?**

- A. Широкий радіальний розріз з ревізією порожнини гнояка, дренажування
- B. Висічення гнояка з первинними швами на рану
- C. Висічення гнояка налагодженням промивного дренажування
- D. Розріз під молочною залозою по Барденхаєру
- E. Пункція гнояка, місцеве введення антибіотиків, загальна антибіотикотерапія

**16. У 20 річної породіллі через 3 тижні після полог діагностовано ретромамарний мастит. Хворіє 7 дні. Загальний стан середньої важкості, T0 – 38,8 0С Яке лікування слід застосувати?**

- A. Півовальний розріз під молочною залозою за Барден-Хаєром. Введення антибіотиків
- B. Ракетоподібний розріз
- C. Поодинокий радіальний розріз
- D. Пункцію гнояка, відсмоктування гною, місцеве підведення
- E. Декілька радіальних розрізів

**17. Хворий скаржиться на болючість в навколо анусу, яка посилюється під час акту дефекації. Об'єктивно: в навколо анусу в проекції 6-ї години умовного циферблату відмічаються гіперемія шкіри, розміром 2x3 см, болючість при пальпації, флюктуація та локальне підвищення температури шкіри, підвищення температура тіла до 38° Який метод лікування показаний хворому?**

- A. Розкриття та дренивання гнійника, загальна та місцева антибактеріальна і протизапальна терапія
- B. Теплі ванни з 0,3% розчином перманганату калію
- C. Пункція гнійника та санація з використанням антисептиків
- D. Обколювання гнійника 0,25% розчином новокаїну
- E. Теплові фізіотерапевтичні процедури

### **6.3.Контрольні 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. Фурункул, фурункулез. Етіологія, патогенез, клініка, лікування.
11. Фурункул, карбункул обличчя, особливості, клініка, лікування.
12. Карбункул, етіологія, патогенез, діагностика, лікування.
13. Флегмона, клініка, діагностика, лікування.
14. Гідраденіт, клініка, лікування.
15. Гнійний лактаційний мастит. Причини, клініка, діагностика, лікування, профілактика.
- 16.Бешиха. Етіологія, патогенез, клініка, лікування.
17. Параноктит. Клініка, діагностика, лікування

### **6.4.Практичні завдання**

- 1.Проведення об'єктивного обстеження хворих (збирання анамнезу, загальний огляд, обстеження основних органів і систем: а) абсцесом; б) флегмоною;
2. Визначення в кожному конкретному випадку виду та стадії захворювання.
3. Аналіз конкретних клінічних ознак характерних для гострих неспецифічних гнійних захворювань.
4. Складання плану лікування хворих на абсцес, флегмону, фурункул
5. Виконання елементів перев'язок хворим:
  - а) знаття пов'язки;
  - б) промивання рани та дренажів;
  - в) накладання асептичної пов'язки;
  - с) бинтові та клейові пов'язки.
6. Визначення пульсації периферійних судин.

7. Проведення передстерилізаційної обробки інструментів та утилізації використаного перев'язочного матеріалу.
8. Проведення об'єктивного обстеження хворих (збирання анамнезу, загальний огляд, обстеження основних органів і систем: фурункул, карбункул, гідраденіт, мастит, бешиху, парапроктит).
9. Визначення в кожному конкретному випадку виду та стадії захворювання.
10. Аналіз конкретних клінічних ознак характерних для гострих неспецифічних гнійних захворювань.
11. Складання плану лікування хворих на фурункул, карбункул, гідраденіт, мастит, бешиху, парапроктит.
12. Виконання елементів перев'язок хворим:
  - а) знаття пов'язки;
  - б) промивання рани та дренажів;
  - в) накладання асептичної пов'язки;
  - с) бинтові та клейові пов'язки.
13. Визначення пульсації периферійних судин.
14. Проведення передстерилізаційної обробки інструментів та утилізації використаного перев'язочного матеріалу.

## **7.РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

### ***Основна:***

1. Загальна хірургія . Підручник для мед.ВНЗ IV р.а. Хіміч С.Д., Желіба М.Д., Герич І.Д. та ін. – К., 2018.
2. Березницький Я.С. (редактор) - Загальна хірургія. - Національний підручник. – 2018р.
3. Хірургія: Підручник з загальної хірургії / За ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова, В.О. Шидловського. – Дніпропетровськ: РВА “Дніпро-VAL”, 2007. – 628 с. (С. 19-49).
4. Загальна хірургія (практичні навички): Навчальний посібник / Під редакцією О.Ю.Іоффе. – К.: Сталь, – 2014. – 308 с. (С.203-207).
5. Петров. С.В. Общая хирургия: Учеб. – 4 изд. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2014. – 832 с. (С. 401-412).
6. Гостищев В.К. Общая хирургия 4 изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 848 с. – ISBN 978-5-9704-1579-5. (глава 8 “Хирургическая операция”).

### ***Додаткова:***

1. Методичні вказівки кафедри загальної хірургії №2 для аудиторної та самостійної роботи студентів.
2. Курс лекцій з загальної хірургії За редакцією: О.І. Дронова, В.О. Сигошвого, І.О. Ковальської, О.А. Скомаровського, Є.А. Крючиної. Видання друге, – К.: МВЦ “Медінформ”, – 2011. – 487 с. (С.213-233).

3. Симодейко А.А., Філіп С.С., Болдижар О.О., Пантьо В.І. Практичні навички з загальної хірургії з доглядом за хворими. – Ужгород: УжНУ, – 2001. – 5-12.

4. В. П. Польовий, О. Й. Хомко, С. П. Польова, А. С. Паляниця, І. О. Вишньовський. Догляд за хворими хірургічного профілю. – Чернівці: Медуніверситет, – 2012. – 380 с.

5. Вовк Ю.Н., Ходырев В.Н. Учебное пособие по общей хирургии. Луганский медицинский университет. - Издательство АОЗТ "ПП" АПП. Краматорск. 2009. – 232 с. ISBN 978-966-1625-08-1 (С. 40-47)

6. Дольницький О.В., Коваленко О.М. Дитяча травматологія. – Київ. – 2006. – 450 с.