

**Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Республики Крым
«Керченский медицинский колледж имени Г.К. Петровой»**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

**для начинающих преподавателей хирургии по организации
ВСР обучающихся**

**Разработчик:
Лебеденко Т.П.**

2014 г.

**Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Республики Крым
«Керченский медицинский колледж имени Г.К. Петровой»**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

**Тема: «Основные проблемы гнойных заболеваний в хирургии,
акушерстве, гинекологии»**

Курс – 2
Специальность Акушерское дело
Количество часов: 4

**Преподаватель:
Лебеденко Т.П.**

2014 г.

1. Актуальність теми:

Проблема профілактики і лікування гнійних хірургічних захворювань у сучасних умовах є надзвичайно актуальною. Сюди відносяться, як самі гнійні захворювання, також і післяопераційні ускладнення і внутрішньолікарняна інфекція (ВЛІ). Зараз боротьба з інфекцією в лікувальних закладах є дуже складною справою тому, що з'явилися стійкі, штами мікроорганізмів до антимікробних препаратів, а найважливіші збудники: стафілокок і колібацилярна інфекція легкого потрапляють у організм скрізь вхідні ворота з шкіри, волосся, повітря, а захисні сили макроорганізму ослаблені в зв'язку з зростанням імунодефіцитних хвороб (цукровий діабет, СНІД), гіповітамінозу, порушення обміну речовин. Такі шкідливі чинники, як паління, вживання алкоголю, наркотиків, негарний екологічний стан середовища теж утворюють умови для гнійних хвороб.

За даними статистики кількість цих хворих з роками не зменшується, а навпаки.

2. Навчальні цілі:

Мати уявлення: про хірургічну інфекцію з позалікарняної і внутрішньолікарняної етіології - L_I, про сепсис - L_I, про специфічну інфекцію - L_I, про хірургічні паразитарні захворювання - L_I

Знати: Основні збудники і шляхи зараження - L_{II}, місцеві і загальні симптоми - L_{II}, принципи лікування і профілактики - L_{II}, етіологію, ознаки, профілактику, лікування правця і газової гангри - L_{II}, хірургічний туберкульоз і його форми - L_{II}.

3. Виховні цілі: розвинути уявлення про вплив екологічних, соціально-економічних факторів на стан здоров'я; розвинути почуття відповідальності за своєчасність і правильність професійних дій – оволодіти вміннями встановлювати психологічний контакт з хворим і його родиною.

3. Матеріали доаудиторної самостійної роботи.

3.1 .Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні Латинська мова	Медичну термінологію	Використовувати її
Фармакологія	Препарати: антисептики, імунокоректори, антибіотики, вітаміни.	Визначити дози і шляхи введення в організм
Анатомія	Побудову шкіри, суглобів, м'язів.	Визначити локалізацію процесу
Гігієна	Гігієну шкіри, гігієну харчування	Провести гігієнічні заходи для шкіри, дати поради з харчування
Сестринська справа	Загальний догляд за хворими	Провести загальний догляд
Наступні Терапія	Цукровий діабет	Ввести інсулін, порадити з харчування
Педіатрія	Анемії, сепсис	Попередити зниження імунітету
Нервові і психічні хвороби	менінгіт	Попередити його при гнійних захворюваннях обличчя
Гінекологія	Запальні хвороби статевих органів	Її діагностувати
Акушерство	Ускладнення пологів (післяпологовий сепсис)	Надати першу меддопомогу

4. Внутрішньпредметна інтеграція:

Хірургія	Профілактика хірургічної інфекції, гемостазу, рани, передо- і після операційний період, оперативний період	Провести профілактику гнійних захворювань на ФАПі
----------	--	---

3. 2. Зміст теми: (додається)

3.3. Рекомендована література:

Основна :

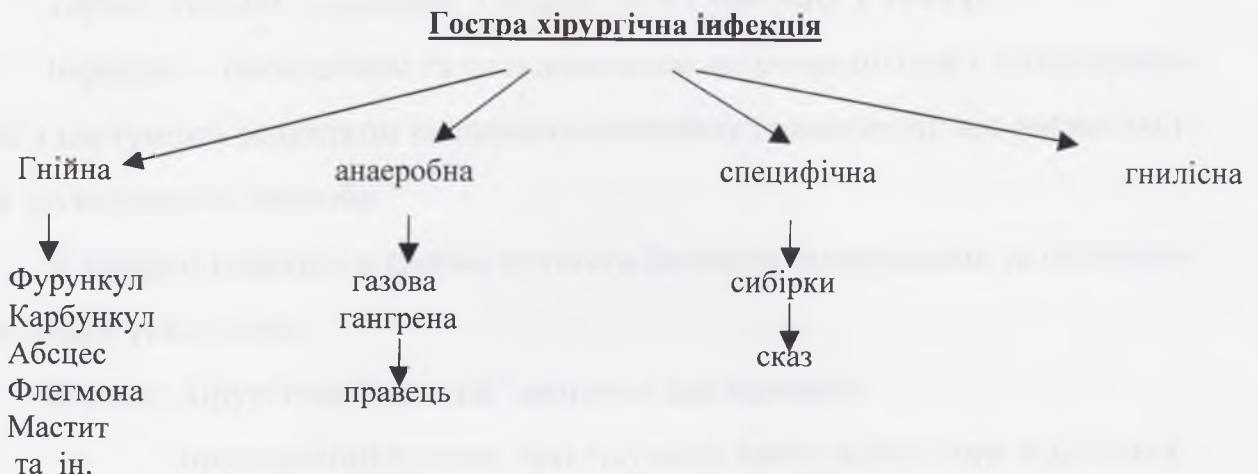
Підручник "Хірургія" Д.Ф. Скрипниченко, ст.

V. Зміст теми.

Хірургічна інфекція - це захворювання і патологічні процеси інфекційного генезу, спричинені хірургічним втручанням чи нанесенням ран або такі захворювання, лікування яких потребує проведення оперативного втручання (абсцес, флегмона, карбункул).

Чим вища вірулентність мікроорганізмів і чим нижча імунологічна реактивність макроорганізму, тим більша імовірність розвитку хірургічної інфекції.

Класифікація хірургічної інфекції.



У перебігу запального процесу виділяють дві клінічно виражені фази
а) фазу запальної інфільтрації
б) фазу нагноєння.

При гострій гнійній інфекції застосовують місцеве і загальне лікування. Місцеве лікування у фазі інфільтрації: іммобілізація, фізіотерапевтичні процедури, новокаїнової блокади з розчинами антибіотиків.

У стадії нагноєння одужання можливе лише тоді, коли гній знайде собі вихід, гній у вогнищі не може розсмоктатися. Це найважливіший закон гнійної хірургії. Під час розтину гнояка потрібно провести ревізію порожнини, розсікти кишені і запливи гною, дренувати через розріз у найнижчій її точці. Після розтину гнояка його лікують як гнійну рану. Загальне лікування хворих із гнійною інфекцією включає: антибактеріальну терапію, підвищення захисних сил організму, дезінтоксикаційну терапію.

Роль медичних сестер і акушерок при лікуванні хворих із хірургічною інфекцією надзвичайна велика. Вони повинні підтримувати ідеальну чистоту в палатах, суворо дотримуватися правила септики; під час проведення лікувальних процедур здійснювати догляд за хворими.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ГНІЙНОЇ ХІРУРГІЇ

Поняття гнійної хірургічної інфекції

Термін *infektio* („заражаю”) вперше ввів Гуфеланд у 1841 р.

Інфекція – попаданням та розмноженням мікроорганізмів у макроорганізм з наступним розвитком складного комплексу їх взаємодії: від носительства до вираженої хвороби.

У хірургії інфекція визначає сутність багатьох захворювань та післяопераційних ускладнень.

Термін „хірургічна інфекція” визначає два процеси:

1. Інфекційний процес, при лікуванні якого хірургічне втручання має вирішальне значення.
2. Інфекційні ускладнення, які розвиваються у післяопераційному періоді.

Хірургічна інфекція є складним процесом взаємодії мікробів з організмом. Залежно від вірулентності мікроорганізмів, масивності зараження і стану захисних імунобіологічних сил організму спостерігаються різні місцеві і загальні прояви інфекції.

Збудники хірургічної інфекції та входні ворота інфекції.

У наш час основними збудниками гострої гнійної інфекції є :

- *Staphylococcus aureus*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Escherichia coli*
- *Enterococcus*
- *Enterobacter*
- *Streptococcus*

- *Proteus vulgaris*
- *Pneumococcus*

Найбільш часті збудники інфекцій характеризуються стійкістю до традиційних антибактеріальних засобів, що зумовлює складність лікування гнійних захворювань.

Важливу роль у протіканні гнійної хірургічної інфекції грають біологічні особливості мікроорганізмів: інвазивність, токсичність та вірулентність. Крім цього, має значення ступінь інфікування. Проникнення менш ніж 10^5 бактерій на 1 г ткани, як правило, є недостатнім для розвитку інфекції (надійно спрацьовують фактори захисту).

Збудники гнійної інфекції широко розповсюджені у навколишньому для людини середовищі. Багато мікроорганізмів у області пахових складок, під пахових ямок, зони навколо ротової порожнини, заднього проходу. Для того щоб мікроорганізми виявили свої патологічні властивості, вони мусять проникнути крізь покривні тканини людини. Це проникнення здійснюється крізь вхідні ворота.

Вхідними воротами найбільш часто є порушенні шкіри та слизових оболонок – різні види випадкових ран. Крім того, мікроорганізми можуть потрапляти через протоки сальних та потових залоз, або ендогенним шляхом (по лімфатичних і кровоносних судинах) з вогнищ гнійної інфекції які є у організмі.

Швидкому розповсюдженню мікроорганізмів сприяє велика кількість некротичних тканин у ділянці вхідних воріт, порушення кровообігу, охолодження. Місцеві імунобіологічні особливості тканин також оказують вплив на частоту та важкість розвитку гнійних процесів.

Захворюваність, летальність.

Хірургічна інфекція займає одно з основних місць у хірургічній клініці. Частота раневих ускладнень у різних галузях хірургії сягає 14-20 %. Близько

40 % летальних випадків після операції обумовлено якраз гнійно-септичними ускладненнями.

По даним літератури різко виросла частота гнійних ускладнень у кардіохірургії (до 26%), урології (до 30%) та травматології (до 40%). Летальність при таких гнійних ускладненнях , по даним деяких авторів, сягає 30-60% відсотків.

При аналізі структури Гнійно-септичних захворювань у останні роки (1996-2001) відмічено зріст частоти бешихи, флегмон різної локалізації, особливо післяінсекційних флегмон на тлі наркоманії та цукрового діабету. Збільшилась кількість хворих з гнійними процесами, які призводять до розвитку сепсису, септичного шоку, полі органної недостатності. Частота сепсису зросла близько у 3 рази, збільшилась тривалість лікування: близько місяця хворі знаходяться у відділенні інтенсивної терапії, а для повної їх реабілітації треба від 8 до 12 місяців.

Основний контингент хворих з гострою гнійною хірургічною інфекцією у наш час становлять представники соціально незахищені групи населення: пенсіонери, інваліди, самотні люди з доходами нижче прожиткового мінімуму. З кожним роком збільшується кількість молодих людей, у яких гнійна інфекція розвивається на фоні наркоманії та токсикоманії.

Класифікація

I. По клінічному протіканню та характеру процесу

1. Гостра хірургічна інфекція

- гостра гнійна інфекція;
- гостра анаеробна інфекція;
- гостра специфічна інфекція;
- гостра гнилісна інфекція.

2. Хронічна хірургічна інфекція:

- хронічна неспецифічна інфекція

- хронічна специфічна інфекція(туберкульоз, сифіліс, актиномікоз та інш.)

II. По етіології

1. В залежності від характеру мікрофлори (стафілококова, сі негнійна, колібацілярна інфекція та інш.)
2. В залежності від особливості життєдіяльності мікроорганізмів виділяють аеробну та анаеробну хірургічну інфекцію.

III. По локалізації

По локалізації виділяють гнійні захворювання:

- м'яких тканин : шкіра, підшкірна клітковина (фурункул, карбункул, флегмона, бешиха);
- кісток та суглобів (періостит, бурсит, гнійний артрит, остеомієліт);
- головного мозку та його оболонок (менінгіт);
- органів грудної порожнини (абсцеси легенів);
- органів брюшної порожнини;
- окремих органів та тканин (молочна залоза, лімфатичного вузла, судин та т. Інш.)

Слід відмітити, що є локалізація гнійників (фурункулів, карбункулів), яка з самого початку обумовлює небезпеку для життя хворого. Це фурункули в області лиця, носа, верхньої губи. Розповсюдження інфікованих тромбів з дрібних вен може привести до тромбозу sinus cavernosus та гнійному менінгіту. Летальність при цьому сягає 80-100%. Найбільш небезпечні спроби видавити гній з фурункулу, так як це сприяє механічному розповсюдженню тромбів. Всі пацієнти з фурункулами у області лиця мають проходити лікування у стаціонарі.

Особливо важко перебігають гнійні захворювання у хворих цукровим діабетом, які викликають у них різні ускладнення (флегмона, сепсис). Самим тяжким ускладненням є сепсис. Це загальне інфекційне захворювання, яке спричинено різними збудниками та їх токсинами у зв'язку з генералізацією місцевого інфекційного процесу.

Принципи лікування

Лікування гострих гнійних хірургічних захворювань представляє важку та складну проблему, яка складається з місцевого та загального лікування.

Основними принципами місцевого лікування є:

- хірургічна обробка гнійного вогнища;
- адекватне дренирування гнійника;
- місцева антисептична дія на гнійник;
- іммобілізація гнійного вогнища.

Новим у місцевому лікуванні є метод лікування у керованому антибактеріальному середовищі. Завдяки цьому методу досягається ізоляція рани у абактеріальному середовищі та створення оптимальних умов для загоювання ран (температура, вологість, тиск, швидкість повітря) за допомогою спеціальних установок.

Методи загального лікування хірургічної інфекції:

- антибактеріальна терапія,
- дезінтоксикаційна терапія,
- імунокорекція,
- симптоматичне лікування.

ОСТРЫЙ ТРОМБОФЛЕБИТ СОЛЫШОН
ПОДКОЖНОЙ ВЕЖЫ



**ОСТРЫЙ ТРОМБОФЛЕБИТ БОЛЬШОЙ
ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ**



ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ МАСТИТ



ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПАНДАКТИЛИТ И ПАЛЬЦА КИСТИ



ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПАРОНИХИЯ



**ФЛЕГМОНА В ОБЛАСТИ ПОСЛЕОПРЕАЦИОННОГО РУБЦА
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

СЕТЧАТЫЙ ЛИМФАНИТ ПРЕДПЛЕЧЬЯ





Численні гнійні рани лівої сідничної області та верхньої третини лівого стегна після розтину післяінєкційної флегмони. Сепсис , септіцемія.

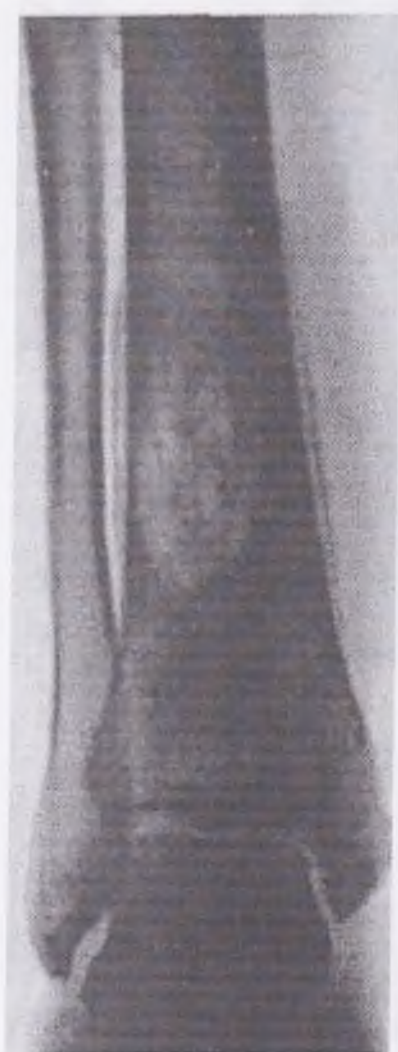


Рис. 250.
К заданию 15.

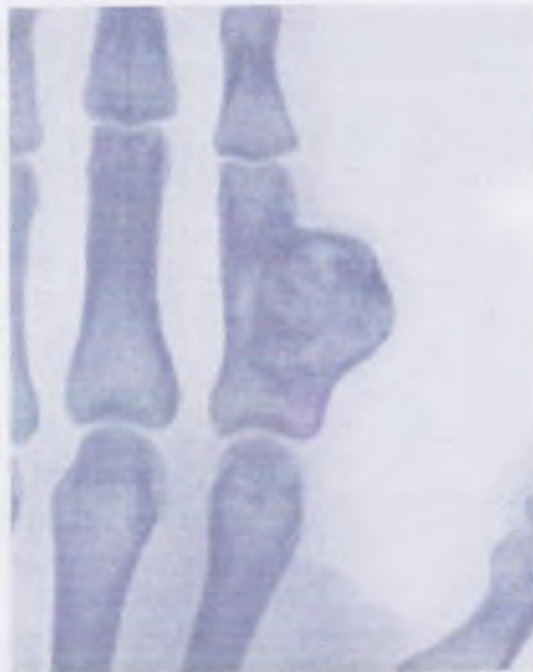
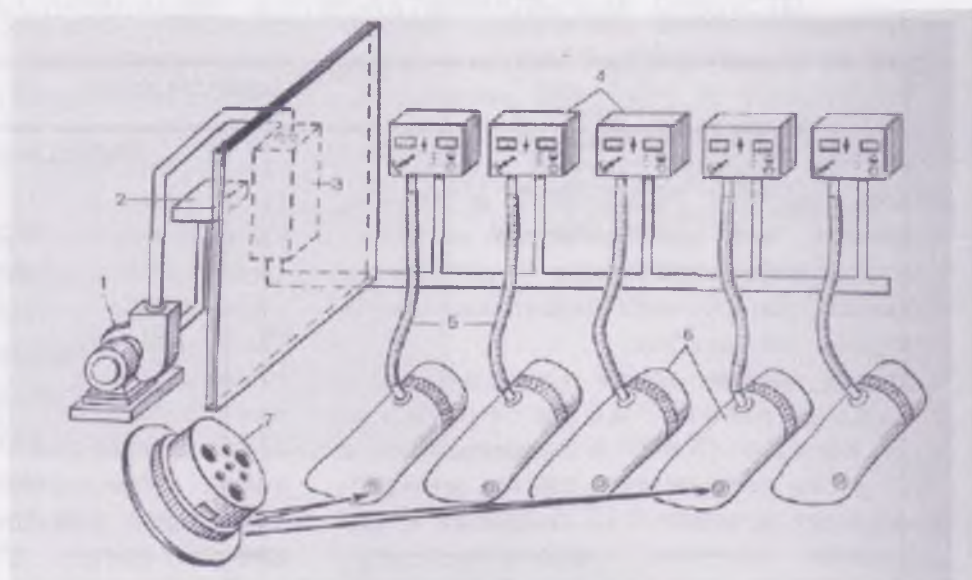


Рис. 251.
К заданию 16.





Установа для лікування ран у керівній абактеріальній середі на 5-х пацієнтів.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ

ПЕНИЦИЛЛИНЫ	
БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИН АМПИОКС МЕТИЦИЛЛИН ОКСАЦИЛЛИН АМПИЦИЛЛИН КАРБЕНИЦИЛЛИН АМОКСИЦИЛЛИН АЗЛОЦИЛЛИН МЕЗЛОЦИЛЛИН ПИПЕРАЦИЛЛИН	КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ИНГИБИТОРЫ БЕТА-ЛАКТАМАЗ
	АМПИЦИЛЛИН + СУЛЬБАКТАМ АМОКСИЦИЛЛИН + КЛАВУЛАНАТ ПИПЕРАЦИЛЛИН + ТАЗАБАКТАМ ТИКАРЦИЛЛИН + КЛАВУЛАНАТ

ЦЕФАЛОСПОРИНЫ			
1 ГЕНЕРАЦИЯ		2 ГЕНЕРАЦИЯ	
ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ		ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ	
ЦЕФАЗОЛИН	ЦЕФАЛОТИН	ЦУФУРОКСИМ	ЦЕФОКСИТИН
ЦЕФАЛОРИДИН	ЦЕФАПИРИН	ЦЕФОТИАМ	ЦЕФОТЕТАН
		ЦЕФАМАНДОЛ	ЛАТАМОКСЕФ
ПЕРОРАЛЬНЫЕ		ПЕРОРАЛЬНЫЕ	
ЦЕФАЛЕКСИН		ЦЕФАКЛОР	
ЦЕФРАДИН		ЦЕФУРОКСИМ АКСЕТИЛ	
ЦЕФАДРОКСИЛ		ЦЕФУРОКСИМ АЦЕТИЛ	
		ЦЕФПРОЗИЛ	

ЦЕФАЛОСПОРИНЫ			
3 ГЕНЕРАЦИЯ			
ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ		КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ИНГИБИТОРЫ БЕТА - ЛАКТАМАЗ	
ЦЕФТРИАКСОН	ЦЕФТАЗИДИМ	ЦЕФОПЕРАЗОН + СУЛЬБАКТАМ = СУЛЬПЕРАЗОН	
ЦЕФОТАКСИМ	ЦЕФМЕНОКСИМ		
ЦЕФТИЗОКСИМ	ЦЕФОПЕРАЗОН		

ЦЕФАЛОСПОРИНЫ

3 ГЕНЕРАЦИЯ**ПЕРОРАЛЬНЫЕ**

ЦЕФИКСИМ ЦЕФТИБУТЕН
ЦЕФДИНИР ЦЕФЕТАМЕТ
ЦЕФПРОЗИЛ ЦЕФПОДОКСИМ

КАРБАПЕНЕМЫ

ИМИПЕНЕМ
МЕРОПЕНЕМ

ГРУППЫ ХЛОРАМФЕНИКОЛА

ХЛОРАМФЕНИКОЛ

ЛИНКОЗАМИДЫ

ЛИНКОМИЦИН
КЛИНДАМИЦИН

ГЛЮКОПЕПТИДЫ

ВАНКОМИЦИН ДАПТОМИЦИН
ТЕЙКОПЛАНИН РИСТОМИЦИН

ХИНОЛОНЫ

НАЛИДИКСОВАЯ КИСЛОТА
ПИПЕМИДОВАЯ КИСЛОТА
ЦИНОКСАЦИН
РОЗОКСАЦИН

ФТОРХИНОЛОНЫ

ОФЛОКСАЦИН ФЛЕРОКСАЦИН
ЦИПРОФЛОКСАЦИН ГРЕПАФЛОКСАЦИН
ПЕФЛОКСАЦИН ТРОВАФЛОКСАЦИН
ЛОМЕФЛОКСАЦИН ЛЕВОФЛОКСАЦИН
НОРФЛОКСАЦИН ЭНОКСАЦИН
СПАРФЛОКСАЦИН

НИТРОМИДАЗОЛЫ**4 ГЕНЕРАЦИЯ****ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ**

ЦЕФПИРОМ
ЦЕФЕПИМ

МОНОБАКТАМЫ

АЗТРЕОНАМ

ТЕТРАЦИКЛИНЫ

ТЕТРАЦИКЛИН МИНОЦИКЛИН
ОКСИТЕТРАЦИКЛИН РОЛИТЕТРАЦИКЛИН
ДОКСИЦИКЛИН

МАКРОЛИДЫ

ЭРИТРОМИЦИН ЖОЗАМИЦИН
РОКСИТРОМИЦИН КЛАРИТРОМИЦИН
АЗИТРОМИЦИН ДИРИТРОМИЦИН

АМИНОГЛИКОЗИДЫ

СИЗОМИЦИН ГЕНТАМИЦИН
СПЕКТИНОМИЦИН ТОБРАМИЦИН
НЕТИЛМИЦИН АМИКАЦИН

ПОЛИПЕПТИДЫ

ПОЛИМИКСИН В
КОЛИСТИН

РАЗНЫЕ

ФУЗИДИНОВАЯ КИСЛОТА
ФОСФОМИЦИН

НИТРОФУРАНЫ

НИТРОФУРАНТОИН
НИТРОФУРАЗОН
ФУРАГИН РАСТВОРИМЫЙ

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

МЕТРОНИДАЗОЛ

ИЗОНИАЗИД
ЭТАМБУТОЛ
ПРОТИОНАМИД
РИФАБУТИН
АНЗАМИЦИН
РИФАМПИЦИН

СТРЕПТОМИЦИН
КАПРЕОМИЦИН
ПИРАЗИНАМИД
КОМБУТОЛ
ТИЗАМИД

СУЛЬФАНИЛАМИДЫ

СУЛЬФАДИАЗИН
СУЛЬФАМЕРИЗИН
СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛ
СУЛЬФАДОКСИЛ

ДИАМИНОПРИМИДИНЫ

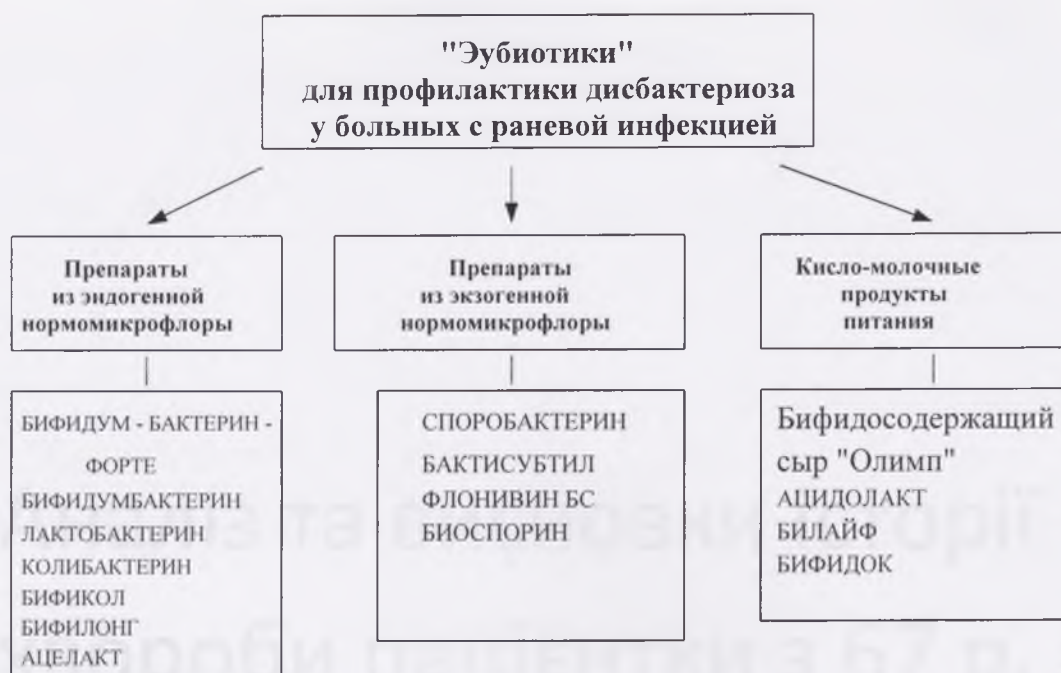
ТРИМЕТОПРИМ-СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛ

ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

ПОЛИЕНЫ	АЗОЛЫ	ДРУГИЕ
АМФОТЕРИЦИН В НАТАМИЦИН НИСТАТИН	БИФОНАЗОЛ КЛОТРИМАЗОЛ МИКОНАЗОЛ ИТРАКОНАЗОЛ ФЛЮКОНАЗОЛ КЕТОКОНАЗОЛ	ФЛЮЦИТОЗИН ГРИЗЕОФУЛЬВИН ЦЕКЛОПИРОКС ОЛАМИН НАФИФИН ТОЛНАФТАТ

ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

АЦИКЛОВИР	ИДОКСУРИДИН
ГАНЦИКЛОВИР	ТРИФЛУРИДИН
АЗИДОТИМИДИН	АМАНТАДИН
ВИДАРАБИН	ФОСКАРНАТ
РИБАВИРИН	ЗИДОВУДИН



ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ		
ЗАБОЛЕВАНИЕ	ПРЕПАРАТЫ И ДОЗЫ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
Кандидемия	ФЛУКОНАЗОЛ 600 мг (при нормализации температуры - 400 мг или переход на АМФОТЕРИЦИН В 0,6 – 0,8 мг/кг)	2 – 3 недели Критерии отмены - 2 недели с момента отрицательного посева крови
Кандидозный остеомиелит, (медиастинит), артрит	ФЛУКОНАЗОЛ 6 мг/кг в день или АМФОТЕРИЦИН В 0,5-1 мг/кг	6 - 12 месяцев 6 - 10 месяцев
Эндокардит	АМФОТЕРИЦИН В 0,7-0,8 мг/кг далее ФЛУКОНАЗОЛ 200 – 400 мг.	После оперативного лечения - не менее 6 недель
Кандидозный перитонит, панкреатит	ФЛУКОНАЗОЛ 400 мг. или АМФОТЕРИЦИН В 0,5-0,8 мг/кг	6-12 месяцев 6-10 месяцев
Менингит	АМФОТЕРИЦИН В 0,8-1 мг/кг + ФЛЮЦИТОЗИН или ФЛУКОНАЗОЛ 800 – 400 МГ + ФЛЮЦИТОЗИН или ЛИПОСОМАЛЬНЫЙ АМФОТЕРИЦИН В 1 – 3 мг/кг	Не менее 4 недель критерии отмены - ликвидация симптомов, отсутствие грибов в посевах, при микроскопии.
Кандидоз мочевыводящих путей	ФЛУКОНАЗОЛ -400 мг до улучшения, затем 200 мг или АМФОТЕРИЦИН В. местно – 0,01% МИРАМИСТИН (орошение мочевого пузыря - 20 – 50 мл).	Около 14 дней Критерии отмены - ликвидация симптомов, отсутствие грибов в посевах, при микроскопии

Аналіз та висновки історії
хвороби пацієнтки з 67 р. з
гнілісно- некротичною
флегмоною грудної клітки
праворуч після катетеризації
підключичної вени.

Аналіз та висновки історії
хвороби пацієнтки з 67 р. з
гнілісно- некротичною
флегмоною грудної клітки
праворуч після катетеризації
підключичної вени.

**МЕДИЧНА КАРТА № 542
СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО**

Госпіталізація	0	1	0	2	0	6	11 ⁵⁵		Відділення <u>х.в.</u> палата № _____
дата	(число,	місяць,		рік)		(годин, хвилин)			
Виписка (смерть)									в поточному році з приводу даної хвороби госпіталі- зований - вперше - повторно всього _____ раз

Проведено ліжко-днів _____ Переведений (а) у відділення _____

Група крові O(I) Резус приналежність негативний RW 01/02/06

Підвищена чутливість або непереносимість препарату пеніцилін, аміноглікозит, новокаїн, лідокаїн, йод,
анальгін, левоміцетин

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Стать: ч-І, ж-2 3. Вік 67 13/06/38

Дочка: Галіна Іванівна

4. Постійне місце проживання: місто – 1, село – 2 м. Харків, Московський район, проспект Тракторобудівників, 207^б, кв. 89

5. Місце роботи, спеціальність або посада пенсіонерка, інв. II групи

6. Ким направлений хворий лікарня 50

7. Госпіталізований (а) в стаціонар: за терміновими показаннями – 1, через _____ годин після початку
захворювання, одержання травми: в плановому порядку – 2

8. Діагноз лікувального закладу, який направив хворого: Нагноївша гематома ключичної ділянки праворуч,
стан після розтину гнолка (30.01.06), гострий інфаркт міокарду (05.01.06), цукровий діабет II типу.

9. Діагноз при госпіталізації: гнилісно-некротична флегмона передньої грудної стінки праворуч.

Гострий (05.01.06) повторний інфаркт міокарда, кардіогенний шок II ст., атеросклеротичний

Кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба III ст., СН_{II}, мерцательна тахіармія.

Цукровий діабет II типу, удруге інсулінозалежний.

10. Діагноз клінічний: гнилісно-некротична флегмона передньої грудної стінки праворуч.

Гострий (05.01.06) повторний інфаркт міокарда, кардіогенний шок II ст., атеросклеротичний

Кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба III ст., СН_{II}, мерцательна тахіармія.

Цукровий діабет II типу, удруге інсулінозалежний.

Дата встановлення _____ Лікар _____

СКАРГИ, АНАМНЕЗ ХВОРОБИ, АНАМНЕЗ ЖИТТЯ,
об'єктивний стан хворого, попередній діагноз, план обстеження, план лікування

У прийомному відділенні біла проведена консультація кардіолога, ендокринолога, який призначив інсулін короткої дії з загальною дозою 44 од. 5 разів на добу.

Клінічний аналіз крові: Нв – 102 г/л; ер. – 3.41; α - 11,8; π – 12; ШОЕ – 67 мм/год;

рівень глікемії: 9,25 м моль/л.

03.02.06 під внутрішньовенним наркозом зроблений розтин, санація та дренивання гнилісно-некротичної флегмони грудної клітки. І далі проводилось загальне та місцеве лікування флегмони та супутніх захворювань; зараз пацієнтка ще знаходиться у стаціонарі.

01.02.06

ЗАПИС ЛІКАРЯ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Скарги слабкість, відсутність апетиту, підвищення t° до 39°C , біль, набряк у рані у ділянці
ключиці праворуч.

Анамнез хвороби ці скарги з'явилися через 15 днів після катетеризації підключеної вени праворуч.
У кардіологічному відділенні 30.01.06 р. Був зроблений розтин з приводу нагноївшої гематоми без
взяття гною на посів, але поліпшення загального стану та місцевих ознак запалення не було, тому була
переведена для подальшого лікування в гнійне відділення

Анамнез життя Більше 10 років страждає на гіпертонічну хворобу III стадії, серцева недостатність
СН II ступеня; 2000 – 2005 рр. – гостре порушення мозкового кровообігу;
в 2003 р. – інфаркт міокарда; з 2002 р. – цукровий діабет II типу;
05.01.06 р. – другий інфаркт міокарда, ускладнений кардіогенним шоком II ступеня, блокадою,
мерцательною тахіаритмією, коли для лікування була зроблена катетеризація підключичної вени.

Об'єктивний стан хворого стан тяжкий. Бліда; $t^{\circ} = 38,5^{\circ}$. Задишка -24/хвилину; при аускультатії легень:
дихання послаблено; тони серця приглушені, аритмічні, АТ = 115/80 мм Hg; пульс – 96/хв., аритмічний.
Локальні зміни: у ділянці правої ключиці інфільтрат 6×8 см, виражений набряк, є рана 2,0×2,0 см з
рясним гнійним виділенням бурого кольору, який взято на дослідження на флору та визначення
чутливості виділених культур до хіміотерапевтичних препаратів.

Проаналізувати цю історію хвороби, ми бажаємо надати пропозицію щодо профілактики гнійних ускладнень після катетеризації вени у вигляді спостереження за пацієнтом. Ми вважаємо, що його повинна заповнювати старша медична сестра відділення, працююча кожен день на відміну від платних медичних сестер. Ця медична сестра повинна мати звання бакалавра.

До вашої уваги пропоную лист спостереження за пацієнтом, який містить такі графи: див. лист спостереження пацієнта. При наявності у пацієнта листа спостереження — гнійних ускладнень можна було б уникнути, тому що після заповнення його очевидна велика погроза ускладнення зі сторони внутрішньовенного катетера. При наявності такої погрози — ми пропонуємо протокол спостереження за внутрішньовенним катетером. У цьому протоколі містяться такі графи: див. протокол спостереження внутрішньовенним катетером.

Якщо була б присутня вся документація, то, ми вважаємо, що вдалось би уникнути таке грізне ускладнення, як гнилісна некротична флегмона грудної клітини.

Лист визначення факторів ризику

П.І.П. _____

Інформація (потрібне відмітити)	Так	Ні
1. Фактори ризику ускладнень		
1.1. Вік:		
- діти		
- похилий вік		
1.2. Хвороби серця:		
- ішем. хв. серця		
- інфаркт міокарда		
- аритмії		
- вади серця		
1.3. Гострі порушення мозков.кровооб.		
1.4. Гіпертензія		
1.5. Ожиріння		
1.6. Варикозна хвороба		
1.7. Імунодефіцитні захворювання:		
- цукровий діабет		
- туберкульоз		
- ВІЛ - інфекція		
1.8. Аллергічні хвороби		
1.9. Паління		
1.10. Вживання алкоголю		
2. Ризик виникнення ускладнень		
2.1. Пневмонії		
2.2. Тромбоемболії		
2.3. Пролежнів		
2.4. Інфікування шкіри та підлеглих тканин		
3. Наявність вхідних ворот інфекції		
3.1. Катетерізація вени:		
- без труднощів		
- з технічними труднощами		
3.2. Наявність трахеостоми		
3.3. Інше(вказати)		

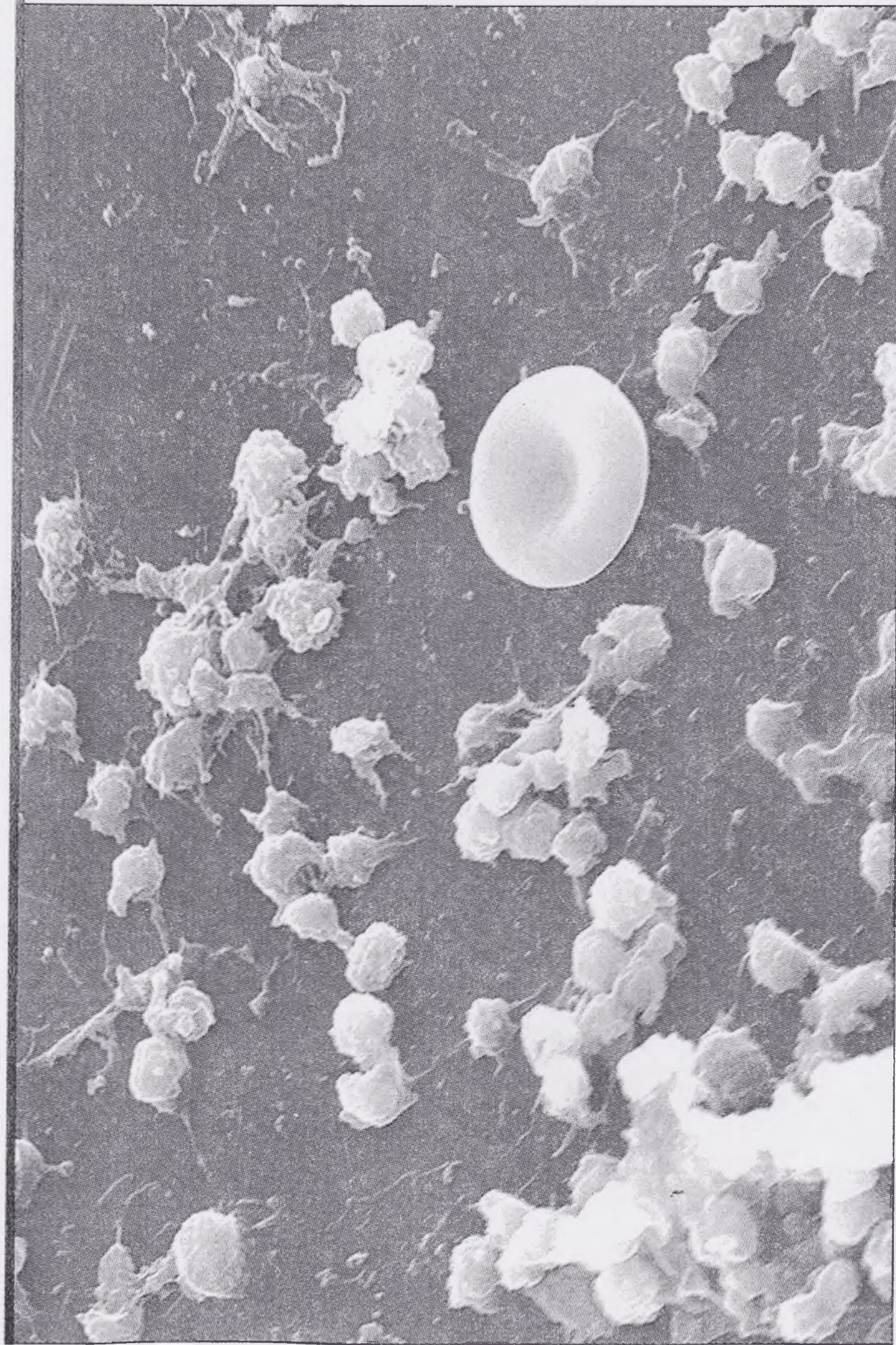
Дата _____

Підпис _____

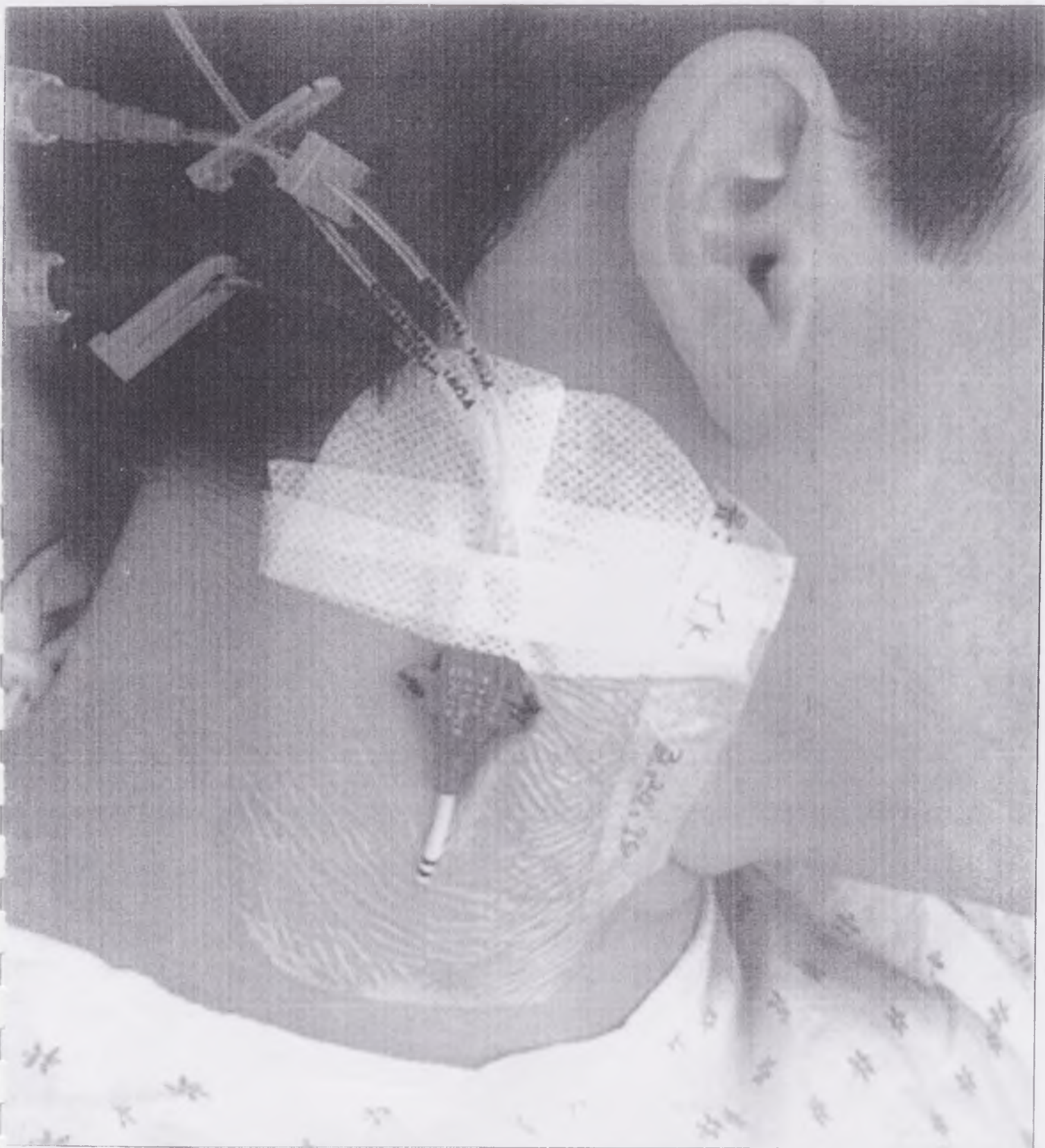
Протокол спостереження за катетером

	Дата					
1. Пов'язка:						
- Суха						
- Волога						
2. Присутність набряку:						
- Так						
- Ні						
3. Почервоніння шкіри:						
- Так						
- Ні						
4. Місцеве підвищення температури:						
- Так						
- Ні						
5. Прохідність катетера						
- Так						
- Ні						
6. Підтікання катетера						
- Так						
- Ні						
7. Болісні відчуття						
- Так						
- Ні						
8. Час повідомлення лікаря						

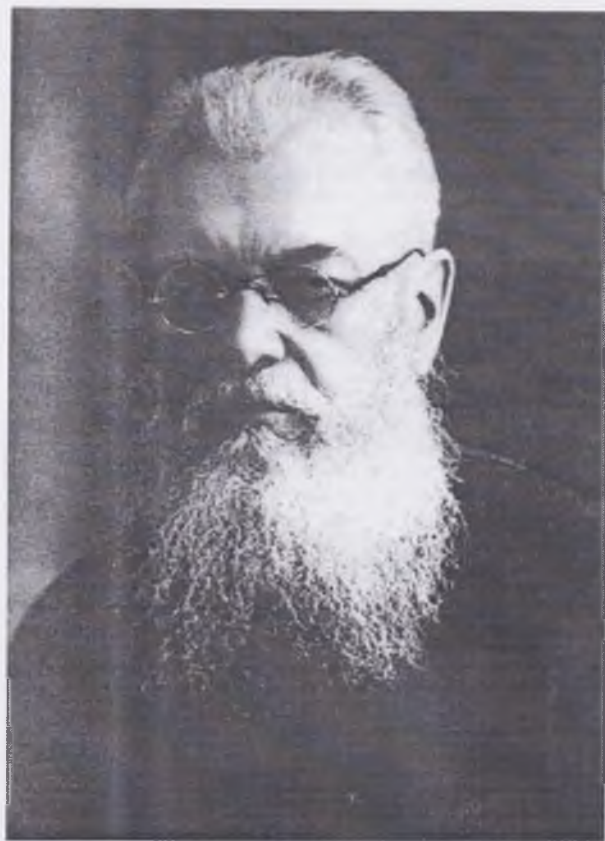
Підпис медсестри: _____



Поверхность катетера под микроскопом



Наклейка 3М™ Тегадерм™ 1635 на центральном венозном катетере



ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ

Валентин Феликсович (1877—1961) ~ советский хирург, профессор, лауреат Государственной премии СССР (1944).

В 1903 г. окончил мед. ф-т Киевского ун-та. С 1905 г.— земский хирург. Совершенствовался в клинике П. И. Дьяконова и в Институте топографической анатомии и оперативной хирургии у Ф. А. Рейна, после чего вновь вернулся к практической деятельности хирурга. С 1910 по 1916 г. зав. больницей в Переславле-Залесском. С 1917 г. гл. врач и хирург городской больницы в Ташкенте, с 1920 г. профессор топографической анатомии и оперативной хирургии Ташкентского ун-та. В годы Великой Отечественной войны был главным хирургом эвакогоспиталя. С 1946 г. оставил практическую деятельность в связи с потерей зрения. В. Ф. Войно-Ясенецкий — автор св. 30 научных работ, среди которых «Очерки гнойной хирургии» (1934) и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» (1944) были удостоены Государственной премии СССР. Им разработана регионарная анестезия при операциях; предложена методика обезболивания путем инъекции этилового спирта в стволы пораженного тройничного нерва и в гассеров узел; рекомендован способ перевязки а. lienalis при спленэктомии; разработана техника зашивания пузырно-влагалищных и пузырно-маточных свищей, методика операции ущемленных грыж, осложненных флегмоной, а также методика удаления слезного мешка при лечении серпигинозных язв роговицы глаза. На протяжении почти четверти века В. Ф. Войно-Ясенецкий разрабатывал вопросы гнойной хирургии. В ряде работ, изданных в годы Великой Отечественной войны, он одним из первых указал на необходимость раннего и радикального лечения остеомиелита, осложняющего огнестрельные ранения.

ГЛАВА II

КАРБУНКУЛЫ И ФУРУНКУЛЫ

У Феклы А., 60 лет, пришедшей за 3 км в земскую амбулаторию, болят шея и «вся нездорова». Под слипшимися от гноя волосами и листом подорожника на затылке видна часть большого карбункула. Температура 39° , пульс 98, с перебоями, тоны сердца глухи; легкие здоровы; в моче немного белка. У больной острижены волосы, выбрит и вымыт затылок, больная вымыта в особой ванне для гнойных больных. Карбункул величиной почти с ладонь занимает большую часть затылка, главным образом левую его часть, где доходит почти до заднего края сосцевидного отростка. Это очень толстый, болезненный инфильтрат толщиной более чем в два пальца, изрытый в центральной части множеством гнойных ходов, из которых выступают клочки омертвевшей клетчатки и гнойные пробки. Болезнь началась 10 дней назад.

На следующий день произведена операция под бромэтиловым наркозом. Сделан очень большой крестообразный разрез через весь карбункул, разрез начинался и оканчивался в пределах здоровой кожи, на 1—2 см отступая от края воспалительного инфильтрата; в глубину проникал до надкостницы затылочной кости. Каждый из получившихся четырех треугольных лоскутов поочередно захватывали острым крючком и, постоянно оттягивая их, отрезали в глубине от подлежащих здоровых тканей; толстые слои пропитанной гноем и уже сильно омертвевшей клетчатки вырезаны из всех лоскутов ножом и ножницами, гнилые концы лоскутов отрезаны.

Перевязаны две кровоточившие артерии (ветви а. occipitalis), и вся большая рана выполнена марлевыми салфетками, смоченными перекисью водорода; над ними уложены кожные лоскуты и наложена повязка с толстыми слоями марли и лигнума.

Уже через день температура у больной понизилась до нормы. Больная чувствовала огромное облегчение и быстро поправилась. Рана вскоре очистилась и наполнилась здоровыми грануляциями. При перевязках в первое время вводили под лоскуты марлю, но когда все остатки омертвевшей клетчатки отделились и всюду появились яркокрасные грануляции, надо было позаботиться о том, чтобы лоскуты правильно прилегли и срослись с дном раны. С этих пор применяли повязки с борным вазелином, а грануляции в центре раны прижигали ляписом.

Так и только так следует лечить карбункулы, ни в коем случае нельзя ограничиваться припарками или простыми разрезами, которые всегда бывают поверхностными и совершенно бесполезными. Такие разрезы не только бесполезны, они могут вызвать быстрое распространение стафилококков в окружающие здоровые ткани, как это бывает при выдавливании, расцарапывании иковырянии фурункулов иглой.

Самым радикальным способом лечения карбункулов считается круговое вырезание их в пределах здоровых тканей. Способ этот следует применять при всех, особенно злокачественно протекающих фурункулах и карбункулах,

главным образом при сибирской язве, при которой он незаменим¹. Однако описанный выше способ операции почти не уступает в радикальности круговому вырезанию, так как при нем также целиком вырезается вся воспаленная и пропитанная гноем клетчатка и удаляются все измененные части кожи. При больших карбункулах способ этот имеет то преимущество перед круговым вырезанием, что не оставляет большого дефекта и проще выполним.

В техническом отношении операция не представляет никаких особенных трудностей. Начинающему труднее всего будет определить должную глубину разрезов и найти тот слой, в котором должны быть отпрепарованы лоскуты; в этом отношении дело значительно облегчается, если разрезы начаты довольно далеко в здоровых частях, так как тогда ясно видны границы инфильтрации в его периферических частях и сразу становится заметной разница в ощущении при разрезании нормальных тканей и хрустящего под ножом инфильтрата; слой последнего в большинстве случаев имеет толщину в $1\frac{1}{2}$ —2 пальца и оканчивается обыкновенно у фасции (затылка, спины); однако нередко карбункул распространяется и в толщу мышц спины, и тогда лоскуты приходится отпрепаровывать более или менее глубоко в мышечных слоях. Кровотечение при операции в последнем случае бывает довольно сильным и на многие мышечные артерии приходится накладывать кровоостанавливающие пинцеты.

В одном нашем очень тяжелом случае, когда большой и глубокий карбункул между лопатками привел к септическому состоянию, операция сопровождалась настолько сильным кровотечением из мышечных артерий, что после нее наступил коллапс и пришлось спешно произвести переливание крови.

При обычных карбункулах, не проросших фасцию, надо быстро оперировать, не обращая внимания на порядочное кровотечение из мелких сосудов, так как его легко остановить большими марлевыми тампонами, смоченными перекисью водорода и туго прижатыми к ране после быстрой отпрепаровки лоскутов и удаления из их толщи всего омертвевшего. Приподняв через 1—2 минуты края тампона, вы нередко увидите 2—3 брызжащие артерии и, перевязав их, покончите с кровотечением. Было бы большой ошибкой тратить время на захватывание сосудов до отпрепаровки лоскутов, так как в гнилой ткани все равно ничего не захватите, а больной потеряет вдвое больше крови вследствие замедления операции.

Больная Ф. при операции была усыплена на короткое время бромэтилом, и этого было вполне достаточно, так как операция длилась всего 3—4 минуты. Также хорошо можно было бы произвести операцию и под эфирным опьянением или хлорэтиловым оглушением. Такое оглушение на несколько минут безвредно даже для старческого и отравленного токсином сердца, но его достаточно лишь для опытного, быстро оперирующего хирурга; начинающий должен оперировать под полным наркозом (лучше эфирным) или под инфильтрационно-областной анестезией; последняя при карбункулах малой и средней величины (3—7 см в диаметре) производится весьма просто, путем образования отгораживающего вала из анестезирующего раствора (0,5% новокаина с адре-

¹ Вот один пример из довольно большого числа моих наблюдений. Д. Н., 36 лет, обратился 4/V 1909 г. На лбу, над латеральным концом правой брови, типичная сибиреязвенная пустула величиной в 2 см, значительный отек век и ближайших частей лба и виска. 1/V вечером сдирал кожу с павшей от сибирской язвы лошади, причем кровь лошади брызнула и попала на лоб над бровью. В ту же ночь образовалась *pustula maligna*, которая на следующий день была поверхностно прижжена термокаутером в другой больнице. Прижигание вызвало значительное ухудшение; больной не спал всю ночь, отек принял значительно большие размеры, вокруг струпа от прижигания образовались новые пузырьки. 4/V под регионарной анестезией (выпрыскивание 1% новокаина с адреналином над бровью) без боли вырезана вся пустула до надкостницы, отступая на 1 см от краев. 5/V отек лица исчез, самочувствие отличное. Дефект в короткое время зажил рубцеванием. В мазках сока из пустулы найдено множество сибиреязвенных палочек.

Однако я должен оговориться, что в настоящее время большинство хирургов предпочитает консервативное лечение сибирской язвы. При энергичном применении сыворотки действительно получаются хорошие результаты и без операции, но многим сельским врачам сибиреязвенная сыворотка может оказаться недоступной, и им я советую применять радикальную терапию.

налином) вокруг карбункула в здоровых частях, инфицировать под основание карбункула нет надобности, так как небольшие карбункулы ограничиваются лишь подкожной клетчаткой, и чувствительность их зависит только от кожных нервов. При фурункулах и небольших карбункулах я многократно достигал полной безболезненности еще проще, впрыскивая по 1 см³ 0,25% новокаина с адреналином в четырех противолежащих точках, вблизи края инфильтрата (конечно, в здоровых тканях). Операция под инфильтрационно-областной анестезией производится совершенно безболезненно и почти бескровно; при этих условиях она имеет настолько мирный характер, что самый неопытный и боязливый врач сделает ее совершенно спокойно. Под такой анестезией можно оперировать и очень большие карбункулы, но техника обезболивания в таких случаях кропотлива и довольно трудна, она занимает несравненно больше времени, чем сама операция, поэтому ее следует применять лишь в случае очень плохого общего состояния больного, когда и кратковременный наркоз не вполне безопасен.

Не оперировать карбункул можно лишь в том случае, когда больной является к врачу уже в периоде ликвидации болезни: вся центральная часть карбункула уже омертвела и при обильном нагноении выделились клочки клетчатки, кожа разрушена на большом протяжении, воспалительный инфильтрат в окружности почти исчез и весь карбункул в сущности превратился в большую язву с подрывными краями, которая должна только очиститься от омертвевших частей. Температура при этом обыкновенно бывает уже нормальной, а общее состояние больного не внушает опасений. В таких случаях следует осторожно отрезать ножницами все клочки омертвевшей клетчатки, не повреждая при этом грануляций и жизнеспособных тканей, и ежедневно перевязывать карбункул, вкладывая первое время подформную марлю во все закоулки язвы, под нависшие края кожи, а позже применять повязки с борным вазелином или мазью Микулича (*Argenti nitrici* 0,6, *Balsami peruviani* 2,0, *Vasellini* 30,0), которая очень способствует очищению и оживлению грануляций.

Необходимо, однако, во всех случаях такого рода зорко следить за ходом самоизлечения карбункула и прежде всего определять, нет ли гнойных затек и задержки гноя. Нередко кожа над карбункулом омертвевает на большом протяжении, но долго не отделяется и служит крышкой, под которой образуются огромные скопления гноя, дающего в окружности большие затеки. Вот пример.

Терентий Г., 56 лет, поступил 5/VI 1911 г. Колоссальный карбункул в левой поясничной области, начавшийся 2 недели назад в виде чирья, а теперь представляющий черную гангренозную массу на поверхности кожи, величиной 20×10 см, с большим скоплением гноя под ней и обширным гнойным затеком под кожу боковой стенки живота. Температура 38°, пульс част и слаб; больной едва держится на ногах. Операция 6/VI под бромэтиловым наркозом. Удалена вся омертвевшая кожа, вскрыты затеки гноя; огромная полость выполнена марлей. К 17/VI рана вполне очистилась, и больной выписался для амбулаторного лечения. Заживление, несмотря на большой дефект кожи, шло очень быстро.

Не всегда в таких случаях омертвевшая кожа имеет вид сухого гангренозного струпа; чаще она подвергается влажному омертвению и становится похожей на грязную тряпку, болтающуюся над целым болотом гноя в толще карбункула. Удаляя ножницами такую кожу, вы убедитесь, насколько она крепка и как прочно держится на границе здоровой кожи. Как видите, самоизлечение карбункула не всегда проходит гладко даже в тех случаях, когда миновала опасность тяжелой общей инфекции, пиемии, тромбофлебита, лимфангоита и рожи, столь часто сводящих в могилу пожилых больных.

Фекле А., карбункул которой мы положили в основу очерка, угрожала еще особая опасность: вы помните, что с левой стороны воспалительный инфильтрат у нее доходил почти до заднего края сосцевидного отростка, а как раз в этом месте выходит из полости черепа *emissarium venosum mastoideum*, и через его посредство легко мог бы возникнуть гнойный тромбофлебит поперечной венозной пазухи с последующим менингитом. Такой опасностью грозят

не только карбункулы и фурункулы, но и все вообще виды гнойной инфекции — абсцессы черепа, как флегмона, рожа, инфицированные раны, особенно если они расположены вблизи одного из постоянных выпускников, как, например, *emissarium mastoideum*, *parietale*, *occipitale*. Вот пример такого печального осложнения.

Илья Ж., ученик, 16 лет, был ранен на улице Ташкента 28/X 1917 г. разорвавшейся над ним гранатой. У него было очень много мелких кожных ран на руках и ногах, большинство из них зажило (больной поступил в городскую больницу 14/XI). За два дня до поступления у больного появился бред и возбужденное состояние; он был очень беспокоен — много раз ночью кричал и стонал. На голове имелась только одна кожная ранка, не проникавшая в полость черепа; она располагалась над основанием левого сосцевидного отростка и была прикрыта марлей. В полость черепа инфекция проникла, очевидно, через *emissarium mastoideum*; 20/XI наступила смерть. На вскрытии установлен разлитой гнойный лептоменингит, черепная коробка цел.

Даже неосложненный карбункул нередко оказывается смертельной болезнью просто в силу очень большой вирулентности вызвавших его микробов (*стафилококки*, реже *стрептококки*); особенно дурной славой пользуются в этом отношении карбункулы и фурункулы лица, при которых требуется именно самое энергичное лечение. На лице же карбункулы и фурункулы особенно часто осложняются крайне опасными тромбофлебитами и рожей. Вот несколько примеров.

1. Старик огромного роста и богатырского сложения вошел, пошатываясь, в амбулаторию Ардатовской земской больницы. Я нашел у него карбункул нижней губы в виде проникающего гнойными ходами инфильтрата, занимающего левую половину нижней губы и угол рта. Ни отека по соседству, ни шнуров тромбированных вен нет. Температура 39,6°, пульс частый, с массой перебоев, тоны сердца глухи, в моче довольно много белка. Немедленно я прекратил прием больных и приступил к операции. Под местной анестезией я обнажил и перерезал между двумя лигатурами переднюю лицевую вену на шее, но тромб в ней не вышел; затем больному был дан броматилловый наркоз, и вся толща воспалительного инфильтрата губы и угла рта глубоко разрезана вплоть до здоровых тканей; рана выполнена подоформной марлей. Спасти больного не удалось. Температура к вечеру поднялась до 41°, а на следующий день резко понизилась, появился бред, и к вечеру больной умер.

2. Григорий И., 21 года, обратился в амбулаторию Романовской больницы 25/IX 1909 г. по поводу существующего уже пятый день фурункула на нижней части правой щеки, близ угла рта. За неимением мест в больнице больного пришлось лечить амбулаторно. Большой фурункул был немедленно вскрыт широким крестообразным разрезом, и заживление шло сперва хорошо, но 5/X больной явился в очень тяжелом состоянии, с температурой 40,6°, довольно значительным инфильтратом щеки у почти зажившего разреза и отеком правой подчелюстной области. Больной был принят в больницу; вечером ему сделана операция (под местной анестезией), состоявшая в перевязке на шее передней лицевой вены и широком разрезе инфильтрата щеки. На другой день температура 41,4°, отек всей правой половины лица, бред. 9/X температура упала критически, при перевязке обнаружена рожа ушной раковины. В тот же день у больного начался буйный бред. 11/X дано на ночь 3,0 сульфонала, больной крепко спал всю ночь, и к утру восстановилось нормальное психическое состояние. 21/X выписан выздоровевшим. 1/XI явился в амбулаторию с довольно большой флегмоной подчелюстной области. Сделано два разреза; гнойная полость выполнена подоформной марлей. Рана быстро зажила, и больной окончательно выздоровел.

3. Анна Н., 40 лет, поступила в Переславскую земскую больницу 12/VIII 1916 г. по поводу большого карбункула нижней губы, занимавшего весь левый угол рта и ближайшую часть слизистой оболочки щеки, а на губе распространившегося уже на 1 см за среднюю линию. Губа сильно утолщена и напряжена, оттопырена, слизистая оболочка ее лоснится, во многих местах пронизана маленькими отверстиями, из которых выглядывают гнойные пробки. От угла рта до краев челюсти определяется довольно твердый воспалительный инфильтрат, в подчелюстной области — воспалительный отек и красная полоса лимфангоита. Общее состояние больной весьма тяжелое, температура 39,5°, пульс 120. Немедленно произведена операция под эфирным наркозом. Сперва сделана перевязка общей лицевой вены на шее, но тромб в ней не найден; рана выполнена подоформной марлей и уменьшена несколькими швами. Затем вся губа, угол рта и инфильтрированная часть щеки очень глубокими разрезами расслоена вплоть до здоровых частей на две пластинки (одна пластинка в сторону носа, другая — в сторону слизистой оболочки); на поверхностях разрезов был ясно виден инфильтрат для карбункула воспалительный инфильтрат с омертвевшей и пронизанной гнойными ходами клетчаткой. От угла рта до нижнего края челюсти проведен разрез до кости, края его оттянуты крючками и далеко отделены от челюсти. Из широко развернутой раны выведен весь воспалительный инфильтрат, безо всякой заботы о будущем виде губы, так как речь шла о спасении жизни больной. Во избежание аспирации крови больная во время операции находилась в положении Тренделенбурга и в *vestibulum oris* были введены большие марлевые тампоны, впитывавшие кровь. Большого кровотечения не было, хотя разрезы производились как раз там, где проходит *a. maxillaris externa*; пришлось перевязать только

несколько веточек этой артерии, но и перерезка самого ствола ее ничего страшного не представляла: сперва было брызнула довольно сильная струя крови, но это место удалось тотчас прижать пальцем и захватить артерию кохеровским пинцетом. Обширные раны выполнены подоформной марлей; не наложено ни одного шва.

Несмотря на столь радикальную операцию, через день было замечено распространение карбункула на верхнюю губу на протяжении 1 см. Однако температура быстро упала, и воспалительный процесс в тех местах, где были сделаны разрезы, совершенно затих; ввиду этого небольшому распространению воспаления на верхнюю губу не было придано особенного большого значения. Вскоре в этом пришлось раскаться. 18/VIII, через неделю после операции, температура у больной поднялась до 40° после сильного озноба, и на следующее утро замечен твердый болезненный тяж, расположенный по ходу *v. angularis nasi* от карбункула верхней губы до самого угла глаза. Немедленно произведена вторая операция под областной анестезией. 1% новокаин с адреналином впрыснут в *foramen infraorbitale* (*n. infraorbitalis*) и немного выше области слезного мешка (*n. infratrochlearis*). Через 10 минут без всякой боли вырезана на всем протяжении тромбированная и во многих местах нагноившаяся *v. angularis nasi*, широко разрезан карбункул верхней губы и рана рыхло выполнена марлей. Однако после операции продолжались резкие колебания температуры, и больная жаловалась на сильные боли в правом боку. При исследовании легких в этот день и на следующие не удалось обнаружить в них никаких изменений. 3/IX найден вскрывшийся абсцесс в правой грудной железе, выделявший много гноя, но до тех пор не дававший никаких субъективных ощущений. С этого времени температура стала нормальной, боли в боку скоро прошли, но с 4/IX больная стала жаловаться на боли в левой ягодичной области, немного выше большого вертела. В течение 2 недель эти боли были неизменными, но объективно можно было определить лишь небольшую отечность кожи и боль при надавливании, движения же в тазобедренном суставе были свободны и температура оставалась нормальной. 18/X сделаны пробные проколы в разных направлениях, но удалось получить только очень небольшое количество мутной серозной жидкости с небольшими свертками фибрина, окрашенными в желтый цвет. Боли постепенно стихли, и ко времени выписки больная ходила с костылями. Через 3 месяца она приходила в больницу вполне здоровой. Рубцы на лице образовались довольно некрасивые, но не очень обезобразили больную, и она была очень довольна результатами лечения.

В этой последней истории болезни много поучительного, но особенно надо отметить те грозные последствия, к которым привело легкомысленное отношение к небольшому распространению карбункула после первой, очень радикальной операции. Весьма непоследовательно было, сделав столь радикальную операцию, уделить мало внимания распространяющемуся на верхнюю губу воспалению. И непоследовательность эта была наказана распространением инфекции на *v. angularis nasi* с образованием в ней тромба и абсцессов. *V. angularis nasi* у медиального края глазницы широко анастомозирует с обеими ветвями глазницы—*v. ophthalmica superior* и *v. ophthalmica inferior*. Обе вены через верхнюю глазничную щель проникают в полость черепа и впадают в *sinus cavernosus*, а нижняя глазничная вена, кроме того, дает широкий анастомоз к *plexus venosus pterygoideus* через *fissura orbitalis inferior* (рис.). Поэтому тромбофлебит *v. angularis nasi* легко и почти неизбежно распространяется на вены глазницы и кавернозную пазуху, что приводит к пиемии, тромбозу *sinus cavernosi* с последующим менингитом, а иногда к флегмоне глазницы или крылонебной ямки. У нашей больной гнойный тромбофлебит *v. angularis nasi* дошел уже вплотную до глазницы, и грозную опасность удалось предотвратить лишь в последний момент полным вырезыванием воспаленной вены, да и то не вполне, так как стафилококки успели уже вызвать общее заражение, проникнув в ток крови. Об этом свидетельствует образование пиемического абсцесса в грудной железе, инфаркта в легком и метастатического розно-фибринозного воспаления межмышечной клетчатки в ягодичной области, которое, к счастью, не развилось в тяжелую флегмону. Можно с уверенностью сказать, что при менее радикальном лечении больную не удалось спасти.

По опыту известно, что тромбофлебит *v. angularis nasi* чаще всего развивается при фурункулах и карбункулах верхней губы и угла рта, поэтому в таких условиях необходимо заранее перевязывать и резецировать вену, раскрыв ее через небольшой разрез у крыла носа. При всяком же злокачественном нагноении в области нижней губы, подбородка и щеки необходимо перевязать переднюю лицевую вену на шее, чтобы отрезать путь инфекции в яремную вену. Операция эта не представляет больших трудностей. В подчелюстной области проводят разрез на два пальца ниже края челюсти и параллельно е

приблизительно от подъязычной кости до переднего края грудино-ключично-сосцевой мышцы, разрезают кожу и platysma myoides и тотчас находят переднюю лицевую вену, которая проходит в толще шейной фасции или поверх нее в косвенном направлении, сверху и спереди вниз и назад. Вену изолируют и перерезают между двумя лигатурами.

Однако перевязка вен может встретить затруднения. Если, как это нередко бывает, уже имеется перифлебит *v. angularis nasi*, то изолировать ее невозможно, и приходится вырывать вену *en masse* с окружающей ее воспаленной клетчаткой и артерией, углубляя разрезы по бокам инфильтрата до кости.



Рис. 1. Вены лица и глазницы (по Генле-Корнинггу).

1—sinus cavernosus; 2—n. opticus; 3—*v. ophthalmica*; 4—*v. nasofrontalis*; 5—*v. angularis*; 6—анастомоз *v. ophthalmicae* с *plexus pterygoideus*; 7, 8—*v. facialis anterior*; 9—*v. facialis communis*; 10—*v. jugularis*; 11—*v. facialis posterior*; 12—*v. temporalis superficialis*.



Рис. 2. Схематическое изображение операции, произведенной по поводу карбункула правой щеки у больного Ивана К.

Я полагаю, что перевязка или вырезывание *v. angularis nasi* не всегда может предотвратить тромбоз глазничных вен, так как лицевая вена имеет большой глубокий анастомоз с *plexus venosus pterygoideus*. Этот анастомоз начинается приблизительно на уровне угла рта и уходит в глубину у переднего края *m. masseteris*. *Plexus pterygoideus* анастомозирует с венами глазницы через глазную глазничную щель, и этим путем может возникнуть тромбоз вен глазницы и *sinus cavernosi* даже в тех случаях, когда перевязана *v. angularis nasi*. По той же причине я полагаю, что и на шее следует перевязывать *v. facialis anterior*, а не *v. facialis communis*, так как при перевязке последней тромбоз из передней лицевой вены может распространиться на заднюю лицевую вену и через нее в *plexus pterygoideus*.

Довольно долгое время я был ультрарадикальным в лечении карбункулов щеки и подбородка, и нередко результаты операции были отличными. Но чем дальше, тем больше я убеждался, что и самые радикальные операции далеко не всегда спасают больных.

Так было у чернорабочего, 55 лет, Ивана К., которому я сделал операцию, схематически изображенную на рис. 2. Он был болен 5 дней. У правого угла рта появился фурункул, который стал быстро увеличиваться; развился отек век правого глаза. В амбулатории ему сделали полоскание. Больной едва держался на ногах. Температура достигла 39°, пульс 120. В моче белок, гиалиновые цилиндры и до 20 лейкоцитов в поле зрения. Огромный карбункул занимал почти всю верхнюю губу и правую половину нижней. Вся правая щека распухла и покраснела, веки правого глаза отекали, над *v. angularis nasi* определялась воспалительная припухлость. Инфильтрат доходил до *m. masseter*, до скуловой кости и до угла нижней челюсти. В правой подчелюстной области имелся значительный отек. Операция под регионарной анестезией. Перевязана *v. facialis anterior*, вскрыт

абсцесс над. *v. angularis nasi*. Широкими разрезами распластаны обе губы и вся щека, чиста вырезаны гнойно инфильтрированные ткани, и огромная рана рыхло выполнена иоформной марлей. После операции отек век и щеки опал, но общее состояние больного улучшилось, а на второй день он умер. Вскрытия не было произведено вследствие очень быстрого разложения трупа.

А вот еще поучительный пример.

Кахор Берды Р., 32 лет, болен четвертый день. Вся нижняя губа занята карбункулом, хотя кожа здесь имеет нормальный вид. От левого угла рта инфильтрат распространяется до края челюсти; здесь ясно прощупывается тромбированная и, повидимому, уже нагноившаяся передняя лицевая вена. Вся подчелюстная область очень отечна. Операция под эфирным наркозом произведена в тот же день, как поступил больной, и начата с перевязки внутренней яремной вены; рана зашита с марлевым выпускником. Губа на всем протяжении распластана глубоким разрезом, который был продолжен к краю челюсти и вдоль нагноившейся передней лицевой вены; и здесь, и в губе найдены многочисленные мелкие гнойники. На подбородке сделан крестообразный разрез; здесь также оказались мелкие свежие гнойнички карбункула. Все раны затампонированы марлей, смоченной перекисью водорода.

На следующий день у больного обнаружены многочисленные влажные хрипы в обоих легких. Состояние тяжелое, пульс 132. Ночью бредит, мечется, срывает повязку. Еще через день обнаружен инфильтрат в левой щеке и сделана вторая операция. На щеке произведены

два параллельных разреза (рис. 3), и, кроме того, плоскостным разрезом туннелирована кожа между первым из этих разрезов: разрезом от угла рта, сделанным при первой операции. В щеке обнаружено продолжение карбункула.



Рис. 3. Схема операции, произведенной по поводу карбункула нижней губы у больного Кахор Берды Р.



Рис. 4. Карбункул верхней и нижней губы.

И эта операция не помогла. Инфильтрат продолжал распространяться и занял угол рта. Сознание было затемнено, в легких множество влажных хрипов, пульс 132. Смерть шестой день после первой операции.

При вскрытии установлен двусторонний гнойный плеврит с очень большим экссудатом двусторонняя пневмония типа крупозной, занимающая все доли обоих легких, двусторонний гнойный пиелит.

В обоих случаях операция была отчаянной попыткой спасти крайне тяжелых больных. Но мы видели еще более тяжелые случаи, в которых медицина при нынешнем ее состоянии совершенно бессильна помочь больному. Взгляни на фотографию больного (рис. 4), за которым мы только беспомощно наблюдали в течение нескольких дней. На наших глазах распространялся карбункул обеих губ и появились симптомы тромбоза вен глазницы. При вскрытии было установлено, что карбункул инфильтрировал всю щеку, весь *m. masse* и отчасти околоушную железу. Гноем отслоена надкостница на наружной стороне ветви челюсти и тела ее. В обоих кавернозных синусах гной. Большой тромб в левом *sinus sigmoideus* и *transversus* до самого *confluent sinus*

ГЛАВА XVIII

МАСТИТ

Бессильное заболевание кормящих грудью женщин всем хорошо известно. Каждая женщина вам расскажет, что если у кормящей делается застой молока и потом грудь сильно покраснеет, распухнет, то надо мазать ее камфорным маслом, делать согревающие компрессы и подвязывать грудь повыше. Такого же мнения держатся и многие практические врачи, прибегающие к ножу лишь в крайних случаях, когда «нарыв» происходит. Они с большой неохотой делают при этом маленький кожный разрез, к которому относятся весьма скептически, ибо по опыту знают, что это приводит к выздоровлению; женщина месяца полтора-два ходит на перевязки, ей вставляют без конца все более и более тонкие дренажные трубочки, лечение не иссякает, и болезнь кончается обезображением и полной функциональной непригодностью грудной железы; иногда к этому присоединяется развивающийся гнойный свищ, который можно устранить лишь оперативным путем: расщеплением его на всем протяжении и выскабливанием гнилых тканей, которыми он выстлан.

Грудница стара, как человеческий род; многие миллионы женщин болеют ею с незапамятных времен; врачи изощрялись в лечении ее, но и в наше время, в блестящем расцвете хирургии, мы не можем похвалиться полным умением лечить мастит. Хорошим можно назвать лишь такое лечение, при котором быстро ликвидируется гнойный процесс и сохраняется функциональная пригодность молочной железы. Этого мы, однако, далеко не всегда достигаем; иногда бываем бессильны остановить упорно распространяющееся в железе нагноение и после нескольких операций со смущением видим «выздоровевшую» женщину с обезображенной и атрофированной грудью, совершенно непригодной для кормления. Нам лично пришлось в 10 случаях даже ампутировать грудную железу, чтобы спасти женщину от общей септической инфекции.

Чаще всего маститом заболевают первородящие, притом в первые 5—6 недель после родов. Не особенно редки, однако, и заболевания беременных в последние недели перед родами. Возбудителями воспаления почти всегда бывают гноеродные микробы (*Staphylococcus*, *Streptococcus*, *B. coli* и пр.), проникающие в лимфатические сосуды и щели через трещины, ссадины, экскориации соска. Гораздо реже наблюдается мастит у девушек и женщин в климактерическом периоде, и тогда для этого имеются особые причины: гематома в молочной железе, экзема, акне или фурункул в области соска, метастаз из другого гнойного очага. Нам пришлось, однако, лечить несколько раз девушек, у которых не удавалось вовсе определить причину тяжелого мастита. Акушеры считают несомненным, что мастит может начаться и при полной неповрежденности соска вследствие проникновения микробов в молочные каналы. В таких случаях болезнь начинается застоем молока в железе, которая при этом становится болезненной и значительно увеличивается в объеме; температура повышается до 39°. При наличии такого застоя микробы вызывают свер-

тывание молока в молочных каналах и повреждение выстилающего их эпителия, который становится проходным для возбудителей воспаления; тогда начинается воспалительный процесс в окружающей молочный каналек клетчатке, и развивается ограниченный гнойник или прогрессивная флегмона в интерстициальной ткани и паренхиме железы.

При обычном заражении через мелкие повреждения соска в самых благоприятных случаях флегмонозный процесс распространяется только в подкожной клетчатке или даже дело ограничивается образованием отдельного подкожного гнойника в области areolae. В большинстве случаев, однако, развивается флегмона в толще железистой ткани. Молочная железа — самый крупный по объему из всех железистых органов человеческого тела, а потому в ней с наибольшей яркостью проявляется многообразие и тяжесть гнойного процесса в железистой ткани. Наиболее неблагоприятно то обстоятельство, что в железистой ткани слабо выражена способность к отграничению процесса, легко распространяющегося по бесчисленным интерстициальным промежуткам. Всякому хирургу известно, как упорно иногда образуются в железе все новые и новые гнойники после основательного вскрытия всех первичных. Эту форму воспаления можно было бы назвать ползучей флегмоной. В других случаях гноеродные микробы быстро распространяются по всем направлениям, и в железистой ткани первично образуется множество мелких гнойничков, так что железа оказывается точно нафаршированной ими. Это мы называем гнойной инфильтрацией железы; мелкие гнойники не сливаются в крупные, так как пронизанная ими ткань быстро омертвевает и пропитывается гноем, как губка. Иногда такой гнойной инфильтрации подвергается лишь часть молочной железы, половина или треть ее, и тогда пораженная часть постепенно секвестрируется и отделяется от целой части плотным демаркационным валом. Наиболее частой патологоанатомической формой мастита является, однако, образование одного или нескольких слабо отграниченных гнойничков, нередко сообщающихся между собой.

Особняком стоит редкая форма мастита, при которой гнойное скопление, часто значительное, расположено не в самой железе, а позади нее, между большой грудной мышцей и покрывающей ее поверхностной фасцией. Такой *abscessus retromammarius* обычно берет свое начало от глубокого гнойника в толще молочной железы, гной которого разрушает поверхностную фасцию грудной мышцы и разливается под ней. Однако Billroth наблюдал и первичные гнойники под молочной железой. В некоторых случаях *abscessus retromammarius* не имеет ничего общего с маститом и образуется вследствие остеомиелита или туберкулеза ребра или вследствие самопроизвольного вскрытия эмпиемы плевры. Клинически он проявляется особыми симптомами: увеличенная в объеме и обычно воспаленная железа, имеющая полушаровидную форму, как бы приподнята и обращена прямо вперед, а над верхним краем ее определяется флюктуирующая припухлость, иногда имеющая форму поперечного вала; это зависит от того, что гной оттесняется кверху под тяжестью увеличенной молочной железы.

Не менее редко, чем *abscessus retromammarius*, наблюдается гнилостно-воспаление молочной железы, крайне опасное в отношении общей гнилостной инфекции. При нем необходимо поскорее ампутировать грудную железу.

Для иллюстрации сказанного перейдем к описанию отдельных случаев

1. Мар. Б., 24 лет. Через неделю после первых родов, происшедших 3/I 1921 г., появилась болезненное затвердение в левой грудной железе и температура поднялась до 39 31/I, когда больная впервые обратилась за помощью, был вскрыт хорошо отграниченный гнойник в железистой ткани верхне-медиального квадранта. Однако температура не понизилась, и через 5 дней обозначился и был вскрыт второй гнойник в том же квадранте; при тщательном исследовании нигде больше гнойников не оказалось. Тем не менее еще через неделю состояние больной не улучшилось, температура по вечерам держалась около 39° и пульс участился до 120 в минуту. 15/II была произведена третья операция под эфирным наркозом. Сделан большой дугообразный разрез по нижней периферии основания железы, и последняя отпрепарована от грудной мышцы (способ Барденгейера). С задней ее поверхности вскрыт большой глубокий гнойник, помещавшийся в центральной части железы, и при тщательных поисках нигде больше гнойников не найдено. Введены дренажные трубки во вскрытый и прелинг гнойники и под грудную железу вложен большой марлевый тампон. И эта операция привела к выздоровлению: температура хотя и понизилась, но все-таки по временам поди

до 39°, пульс был част, и больная чувствовала себя плохо. Была предложена ампутация грудной железы, но больная на нее не согласилась. Как будто наступило улучшение: пульс был нечаст, температура невысока, самочувствие стало лучше. Однако в ночь на 21/II температура поднялась до 39,6°, затем был проливной пот. Ввиду этого в тот же день сделана обширная операция. Молочная железа еще более отделена от грудной мышцы, и в ее паренхиме сделано несколько глубоких разрезов для исследования. На поверхности разрезов была отечная ткань без видимых гнойников, но тем не менее была сделана ампутация молочной железы с оставлением кожного лоскута для последовательного закрытия дефекта. Ранга покрыта марлевой салфеткой, смоченной перекисью водорода, и поверх нее положен кожный лоскут. При исследовании железы в толще ее ткани в разных местах найдено шесть гнойников, содержащих по капле гноя. Еще в течение недели состояние больной внушало надежду, и температура долго держалась около 40°, больная сильно потела и чувствовала общую слабость. Нагноение в ране, однако, быстро затихло, и кожный лоскут был пришит кожным швами; он хорошо прижился. 8/III больная выписалась для амбулаторного лечения в удовлетворительном состоянии.

Это типичный пример ползаучей флегмоны, при которой гнойники развивались один за другим, несмотря на своевременное вскрытие их, и наконец дело дошло до общего септического заражения. В настоящее время мы, прежде чем ампутировать грудную железу, сделали бы иммунотрансфузию крови. Cadenat и другие сообщали в 1926 г. о случае стафилококкового сепсиса при мастите, леченном двукратным переливанием даже нормальной крови (250 и 150 см³).

Вряд ли, однако, можно было бы обойтись без ампутации молочной железы в другом нашем случае, который в патологоанатомическом отношении может служить отличным примером сплошной гнойной инфильтрации железы.

2. Варвара С., 19 лет, кормила грудью ребенка. Воспаление правой грудной железы началось 8 дней назад. Вся железа распухла и красна. Температура 39°, общее состояние удовлетворительное, внутренние органы здоровы. Под хлороформным наркозом сделано несколько радиальных разрезов, так как вся железа была изрыта гнойными ходами и небольшими абсцессами. Через 3 дня после операции температура 40,7°, пульс очень част. Еще через 2 дня температура 40,9°, поносы, в крови белый стафилококк. Под эфирным наркозом произведена ампутация грудной железы, которая оказалась вся пропитанной гноем, как губка. Через 2 дня температура 41°, озноб. Влито в вену 10 см³ 2% раствора колларгола; вечером наступило понижение температуры до 41,5°. Со следующего дня температура стала нормальной, выздоровление осложнилось лишь омертвением края кожной раны.

В следующем случае также имела место гнойная инфильтрация молочной железы, но она захватила лишь нижнюю половину железы, которая почти полностью секвестрировалась.

3. Евгения Т., 22 лет, девица. Две недели назад у больной повысилась температура, в эти дни она чувствовала недомогание, был насморк и небольшой кашель. После этого одновременно с появлением менструации, протекавшей нормально, припухла и стала болезненной правая грудная железа. До сих пор больную лечил лекарский помощник ихтиоловой мазью. Грудная железа увеличена в объеме приблизительно в полтора раза, и над нижней ее половиной кожа красна; здесь же прощупывается плотная и очень болезненная инфильтрация ткани, а наряду с ней определяется зыбление на довольно большом протяжении. Подмышечные лимфатические железы не прощупываются. Общее состояние мало нарушено; пульс 88, температура 36,1°. Операция в день поступления больной. Дугообразный разрез по нижней границе грудной железы. Вытекло довольно много гноя, омывшего снаружи нижнюю половину железы. Верхняя ее половина оказалась не затронутой гнойным процессом, а вся нижняя насквозь пропитана гноем, как губка, и уже в значительной мере секвестрирована; ее легко можно было удалить, вытягивая и отрезая ножницами от здоровой ткани. На место вырезанной половины железы под кожу введены большие марлевые тампоны. При первой же перевязке, на третий день, рана оказалась удивительно чистой; через 10 дней ее можно было зашить.

Как я выше упомянул, ампутацию грудной железы нам пришлось сделать 10 раз, и почти всегда она была необходима для спасения жизни больных, так как нагноение в грудной железе привело к тяжелым и опасным септическим явлениям. Лишь у одной больной общее состояние не было грозным, но во время операции оказалось, что вся ткань железы пронизана множеством мелких абсцессов, часто просовидных. При исследовании ампутированной молочной железы мы иногда находили на поверхности срезов почти только одну соединительную ткань, в которой были замурованы гнойники величиной от горошины до фасоли, не всегда многочисленные, но тем не менее повинные в общем септиче-

ском заражении. Некоторые из этих абсцессов имели трубкообразную форму и напоминали червоточины в яблоке. При таком интерстициальном мастите могут возникнуть большие трудности при решении вопроса об ампутации грудной железы.

Так было у Александры В., 20 лет, поступившей 24/I 1936 г. с тяжелым воспалением правой грудной железы и температурой 40,6°. Почти месяц назад, когда началась эта болезнь, был вскрыт большой, глубокий абсcess на внутренней стороне железы, и казалось, что больная выздоравливает, но с 5/I опять появились боли в оперированной груди и лихорадка. Из оставшегося разреза выделяется немного гноя. Вся железа увеличена в объеме, и в верхней части ее определяется уплотнение, а в нижней — покраснение кожи и значительная болезненность. 25/I сделан разрез Барденгейера, но при настойчивых поисках путем настоящей препаровки грудной железы гноя в ней найти не удалось; два дополнительных разреза снаружи тоже ничего не дали. После этой безуспешной операции продолжалась грозная лихорадка (рис. 108), и потому 29/I сделана ампутация грудной железы с удалением избытка

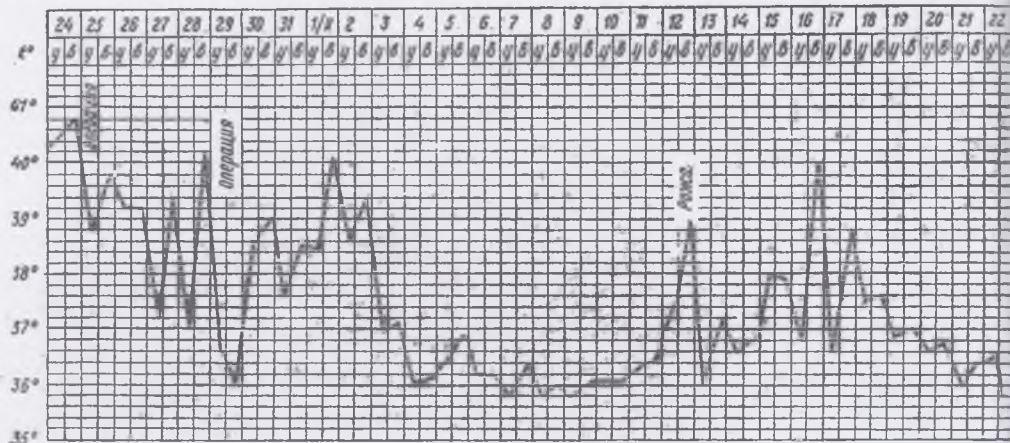


Рис. 108. Температурная кривая больной Александры В.

кожи. Операция была затруднена обширными и крепкими сращениями железистой ткани с подкожной жировой клетчаткой. В этих сращениях попадалось много мелких гнойничков, и надо было тщательно отпрепаровать кожу, чтобы вскрыть все гнойнички. Большая рана рыхло выполнена марлей, над которой рана стянута двумя швами. Ампутированная железа фиксирована в формалине, и приготовлены срезы, поверхность которых имела вид соединительной ткани с вкрапленными в нее немногочисленными мелкими абсцессами. Под микроскопом — картина интерстициального мастита: волокнистая соединительная ткань с мелкими очагами мелкоклеточной инфильтрации и многочисленными дольками железистой ткани, частью имеющими вид, близкий к нормальному, частью же гнойно инфильтрированными.

Только через 5 дней прекратились ознобы, высокая температура и бред по ночам, но через 10 дней началась рожа плечевого пояса и руки, после чего больная, наконец, выздоровела.

И в некоторых других наших случаях выздоровление после ампутации грудной железы осложнялось рожей.

Ампутацию при мастите выполнить гораздо труднее, чем при новообразовании, вследствие воспалительных сращений с большой грудной мышцей и кожей. Кровотечение при операции часто бывает сильным и профузным.

Приведем еще один случай, показывающий, к чему приводит лечение согревающими компрессами.

4. Лид. С., 24 лет. Больная лечится 3 недели у врачей согревающими компрессами по поводу двустороннего мастита, развившегося в период кормления ребенка грудью. В больницу она поступила в тяжелом состоянии, с температурой 39,6° и пульсом 140. Правая грудная железа вся переполнена гноем, и только в нижней ее части сохранилась еще железистая ткань; она увеличена в объеме по крайней мере в два раза. В левой грудной железе гнойник занимает большую часть медиальной половины ее. Операция под эфирным наркозом. Широкий разрезом от соска до места прикрепления большой грудной мышцы к плечевой кости вскрыта обширная флегмона, локализовавшаяся в верхней половине грудной железы и в подкожной клетчатке груди, почти вплоть до ключицы. Нагноившаяся часть грудной железы представляла целый лабиринт гнойных ходов и закоулков и потому тщательно удалена ножницами вплоть до грудной фасции, которая повсюду была воспалительно утолщена и составляла дно

ирной гнойной полости. Здоровая нижняя половина грудной железы была резко отделе-
на от флегмонозной части барьером склерозированной соединительной ткани. Нагноив-
шаяся и образовавшая много перегородок подкожная клетчатка также выстрижена ножни-
цами на всем протяжении. Обширная и чистая раневая полость выполнена марлей и умень-
шена тремя швами. На левой стороне широко вскрыт большой гнойник, занимавший медиаль-
ную половину грудной железы; он также был прочно ограничен от здоровой латеральной
половины, и здесь вырезана полностью губчатая и пропитанная гноем часть железы. Раны
быстро покрылись здоровыми грануляциями, были вполне чисты и быстро заживали. Через
неделю после операции больная выписана для амбулаторного лечения.

Чтобы покончить с патологоанатомическими и клиническими разновид-
ностями мастита, надо еще упомянуть о хроническом абсцессе молочной желе-
зы. При малой вирулентности гноеродных микробов может образоваться инка-
псулированный абсцесс, вокруг которого происходит очень обильное воспали-
тельное разрастание интерстициальной соединительной ткани с последователь-
ным склерозом ее; при этом воспалительные явления могут вполне исчезнуть,
и в грудной железе прощупывается твердый узел, совершенно напоминающий
новообразование. Если больная пожилого возраста, то легко можно ошибиться
и принять гнойник за рак. Противоположная ошибка может случиться с не-
опытным врачом в том случае, если подлинный рак (мозговик) или саркома мо-
лочной железы подвергается быстрому некротическому распаду. Тогда опухоль
размягчается, кожа над нею краснеет, вся железа сильно припухает и темпера-
тура может повыситься до 38,5—39. Ощупывание грудной железы, нахождение
метастазов в подмышечных лимфатических железах и анамнез всегда дадут
возможность поставить в таком случае правильный диагноз—вы найдете
в железе плотную, часто бугристую опухоль, мало болезненную, несмотря на яр-
ко выраженные признаки воспаления, а больная вам расскажет, что уже
несколько месяцев назад в грудной железе появилось безболезненное за-
тверждение, которое постепенно увеличивалось; краснота кожи и отечность ее,
увеличение объема груди и повышение температуры возникли лишь недавно.

Вот пример хронического гнойника в молочной железе.

5. Лидия М., 23 лет, вышла замуж 7 месяцев назад и через месяц забеременела; беремен-
ность развивается нормально. Полтора месяца назад больная проснулась ночью от сильной
боли в левой грудной железе, появился озноб, температура сильно поднялась, и к утру
больная чувствовала себя совершенно разбитой. Боли все усиливались, грудь сильно рас-
пухла, кожа на ней покраснела. Больная стала делать согревающие компрессы, и через
3 дня припухлость, боли и краснота исчезли. Казалось, что болезнь бесследно прошла, но
дней через пять больная случайно прощупала в грудной железе твердый шарик величиной
с горошину, подвижный и безболезненный. Шарик этот все увеличивался и скоро достиг
величины грецкого ореха. Врачи, к которым больная обращалась, назначили ей иодистый
алкоголь внутрь и в форме мази, но опухоль продолжала увеличиваться. Дней десять назад
грудь опять покраснела, припухла и разболелась, поднялась температура, и больная 4 дня
пролежала в постели, кладя компрессы на грудь. Опять все воспалительные явления исчезли,
и при осмотре больной 3 дня назад в грудной железе была найдена совершенно безболезнен-
ная твердая опухоль, величиной с яблоко, занимавшая верхнюю ее половину. Опухоль
бугристая и без определенных границ переходит постепенно в здоровую ткань железы. В пра-
вой грудной железе твердых узлов нет. Из обоих сосков выдавливается молоко. Подмышеч-
ные лимфатические железы не увеличены и безболезненны. Уже 2 месяца, как больная чув-
ствует слабость, быструю утомляемость, головокружение и тошноту. Эти явления, очевидно,
вызваны от беременности. Внутренние органы в порядке, температура нормальна. Операция
под местной анестезией. Твердый узел весь вырезан из грудной железы, но при этом был над-
ран, и из него вытекло немного густого беловатого гноя. Большая полость, оставшаяся
в железе, промыта карболовым раствором и дренирована резиновой трубкой через особое
отверстие. Кожный разрез зашит наглухо и зажил непосредственно. При микроскопическом
исследовании вырезанного узла найдена лишь обыкновенная воспалительная инфильтрация
клетчатой ткани, а в гное—стафилококк.

Конечно, в этом случае не было надобности непременно вырезать хрониче-
ский абсцесс, а было достаточно лишь разрезать и дренировать его, но ввиду
редкости случая нам хотелось подвергнуть исследованию весь гнойник.

Такие хронические гнойники редко развиваются от гноеродной инфекции,
они же бывают выражением туберкулеза, актиномикоза или сифилиса. Однако
эти заболевания мало похожи на обыкновенный мастит. При бугорчатке в же-
лезе образуются одиночный или множественные твердые узлы, которые затем
постепенно размягчаются вследствие творожистого распада, нагноения вскры-
ваются и дают начало незаживающим свищам. В первом периоде болезнь легко

Додаткова:

“Посібник з хірургії” І.В. Роздольский ст.

3.4. Орієнтована карта для самостійної роботи.

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити 1. Етіологію	Назвати основні збудники хірургічної інфекції	
2. Клініку гострої інфекції шкіри	Дати перелік цих хвороб	
3. Лікування гострої гнійної інфекції	Скласти типову схему лікування в фазі нагноєння	

3.5. Матеріали для самоконтролю.

А. Тести:

1- Розлите гнійне запалення підшкірної основи -це:

- а) бешиха
- б) флегмона
- в) гнійний артрит
- г) сепсис
- д) тромбофлебіт

2. Проведення планової операції відкладається при:

- а) фурункулі у ділянці опер поля;
- б) мастопатії;
- в) хронічному гастриті;
- г) геморої;
- д) все перераховане вірно.

3. Лікування гідраденіту в стадії розм'якшення:

- а) пов'язка з маззю Вишневського;
- б) гарячі напівспиртові пов'язки
- в) широкий розріз і дренивання
- г) новокаїнова блокада
- д) пов'язка з гіпертонічним розчином

4. Що виникне, якщо бешиха повторюється?

- а) екзема;
- б) трофічна виразка;
- в) слоновість;
- г) флебіт;
- д) дерматит

Тести

1. Пацієнт 25 років поступив в хірургічне відділення зі скаргами на нездужання, підвищення температури тіла до $39,5^{\circ}\text{C}$, озноб. При огляді: на задній поверхні шії інфільтрат багряно-червоного кольору з кількома отворами, через які виділяється зеленувато-сірого кольору гній. Який найбільш ймовірний діагноз?
А)Фурункул
В)Карбункул
С)Фурункульоз
Д)Бешиха
Е)Абсцес
2. До Вас звернулася жінка 22 років. Скаржиться на різкий біль в правій молочній залозі, підвищення температури до $38,0^{\circ}\text{C}$, нездужання. Два тижні тому народила дитину, вигодовує груддю. Права молочна залоза збільшена, шкіра в правому нижньому квадраті гіперемована, палькується болючий інфільтрат до 3 см в діаметрі. Яку найбільш вірогідне захворювання у пацієнтки?
А)Мастопатія
В)Рак молочної залози
С)Лактаційний мастит
Д)Фібroadенома
Е)Ліпома
3. Вкажіть категорію хворих, у яких найчастіше виникає гематогенний остеомієліт:
А)Діти та підлітки
В)Дорослі люди
С)Люди похилого віку
Д)Люди старечого віку
Е)Однаково всі версти населення
4. Ви оглядаєте хворого з карбункулом шії. Яке ускладнення найчастіше зустрічається при даній патології?
А)Розлади психіки
В)Сепсис
С)Правець
Д)Газова гангрена
Е)Під щелеповий лімфаденіт
5. На ФАП звернувся хворий 43 років зі скаргами на сильний біль, почервоніння та набряк шкіри в ділянці лівої гомілки. Захворіння почалося гостро. Температура тіла $39,5^{\circ}\text{C}$. Локально: в ділянці середньої третини лівої гомілки відмічається набряклість, почервоніння шкіри з чіткими фестончастими краями, місцями пухирі різної величини, заповнені серозно-геморагічним ексудатом. Який найбільш ймовірний діагноз?
А)Флегмона
В)Лімфангоїт
С)Фурункульоз
Д)Бешиха
Е)Гострий тромбофлебіт
6. В перев'язувальній хірургічного відділення хірург провів розтин абсцесу сідниці. Дії м/с щодо інструментарію, який використовував лікар при розтині гнояку?
А)Замочити у розчин дезінфектантів, а потім додатково стерилізувати протягом 15 хв.
В)Простерилізувати разом із загальним інструментарієм
С)Замочити у 1% розчині перекису водню і поставити на своє місце
Д)Простерилізувати протягом 15 хв.
Е)Замочити у 4% перекису водню

7. Бешиха – це:

- А)Поширене гнійне запалення клітковини
- В)Обмежене запалення та скупчення гною в тканинах
- С)Гостре запалення шкіри та слизових оболонок із залученням у процес лімфатичних судин
- Д)Гнійне запалення тканин пальців
- Е)Гнійне запалення навколишньонігтевого валику

8. Через 2 дні після проведення внутрішньом'язової ін'єкції у хворої в місці ін'єкції з'явився біль, набряк, ущільнення. Який найбільш імовірний діагноз?

- А)Панарицій
- В)Флегмона
- С)Бешиха
- Д)Карбункул
- Е)Пістин'єкційний абсес

9. На ФАП звернувся хворий 38 років зі скаргами на утруднене сечовипускання.

Струя сечі вузька та тонка. При сечовипусканні препуціальний мішок розтягується у вигляді шару. Із анамнезу: хворий хворів гонореєю. Що з хворим?

- А)Уретрит після перенесеної гонореї
- В)Фімоз після перенесеної гонореї
- С)Цистит
- Д)Аденома простати
- Е)Нефрит

10. На ФАП звернувся хворий 30 років, у якого на потиличній поверхні шиї утворився інфільтрат, який піднімається над поверхнею шиї. Шкіра у цьому місці має багряно-синій колір. Множинні гнійники об'єднуються в єдиний гнійно-некротичний конгломерат. Що з перерахованого являється найбільш прийнятним втручанням при цьому захворюванні?

- А)Оперативне лікування
- В)Застосування антибіотиків широкого спектру дії
- С)УФО
- Д)Сульфаніламідні препарати
- Е)Обколювання навколо карбункула 0,5% розчином новокаїну.

Відповіді на тестові завдання:

1. В
2. С
3. А
4. Е
5. Д
6. А
7. С
8. Е
9. В
10. А

1. На ФАП звернулась жінка 22 років, годуюча матір, 13 день після пологів з скаргами на біль у області правої молочної залози, погане самопочуття – головна біль, слабкість, озноб, втрату апетиту. Температура тіла 39°. Об'єктивно, при огляді – шкіра у області правої молочної залози почервоніла, набрякла. При пальпації виявлено ділянки ущільнення, пахвові лімфовузли збільшені та болючі.

Діагноз: Гострий лактаційний інфільтруючий мастит правої молочної залози.

Перша медична допомога:

1. Термінова госпіталізація у стаціонар.
2. Накласти АС- пов'язку та косиначку пов'язку на праву молочну залозу.
3. Ввести в/м літичну суміш (50% анальгін 2 мл + 1% димедрол 1 мл)
4. Заборонити пити.

Задача №1.

До ФАПу на 4-й день після отримання колотої рани стопи звернувся чоловік, 40 років, з скаргами на розпираючий біль у рані. Краї рани стали тьмяні, підвищилась t^0 тіла. Ваш діагноз і тактика?

Діагноз: анаеробна інфекція (газова гангрена).

Негайно госпіталізувати до лікарні.

Задача №2.

До ФАПу звернувся пацієнт 30 років, з скаргами на болі в шії протягом 4 доби. При огляді: на потиличній поверхні шії є інфільтрат, шкіра в цьому місці має багряно-синій колір. Множинні гнійники об'єднуються в єдиний гнійно-некротичний конгломерат.

Ваш діагноз і тактика?

Діагноз: карбункул шії. Негайно госпіталізувати до лікарні для оперативного лікування.

5. На ФАП звернувся чоловік 30 років, сантехнік, з скаргами на біль у області нігтьової фаланги II пальця правої руки. В нічний час біль збільшується. Хворий зв'язує хворобу зі скабкою під нігтем. Об'єктивно: при огляді: набряк та гіперемія нігтьової фаланги, під нігтем видно скупчення гною, пальпація болюча. Загальний стан без зміни.

Діагноз: Піднігтьовий панарицій 2 пальця правої руки.

Перша медична допомога:

1. Хворий потребує госпіталізації у хірургічне відділення.
2. Накласти АС- пов'язку на палець.

2. На ФАП звернувся чоловік з скаргами на біль у області нижньої третини правого передпліччя, а також відмічає зміни загального стану – загальну слабкість, озноб, головну біль.

Температура тіла 38,7 ° С, пульс прискорений. Об'єктивно при огляді у області правого передпліччя спостерігається різко обмежена ділянка почервоніння, де є фестончасті набряклі краї. При пальпації цієї ділянки відзначається ущільнення шкіри, болючість. На поверхні запаленої шкіри є різних розмірів пухирчики з геморагічним вмістом. Регіональні лімфовузли збільшені та болючі.

Діагноз: Бешиха, бульозна форма, нижньої третини правого передпліччя.

Перша медична допомога:

1. Термінова госпіталізація у стаціонар.
2. Накласти АС- пов'язку на праве передпліччя.
3. Ввести в/м ліричну суміш (50% анальгін 2 мл + 1% димедрол 1 мл)
4. Заборонити пити.

ЗАДАЧА № 17

У стаціонар надійшов пацієнт 28 років зі скаргами на болі в області лівої кисті, набряк, підвищення температури до 39,0 град. З анамнезу м/с з'ясувала, що напередодні після роботи з лопатою на лівій долоні з'явилися міхури зі світлим умістом, що розкрилися. За медичинською допомогою не звертався, рани обробив йодом, увечері з'явилися пульсуючі болі в області кисті, підвищилася температура до 38,6 град. При огляді в області тилу кисті виражений набряк, гіперемія. Пульс – 100 в хв., ЧДД - 22 у хв., АТ-120/80 мм .рт.ст, температура 39,0 град.

ЗАВДАННЯ

1. Визначить, яке можна запідозрити захворювання.
2. Виявить, задоволення яких потреб порушено в пацієнта.
3. Визначить проблеми пацієнта.
4. Визначить мети і складіть план сестриного втручання з мотивацією.
5. Накладіть пов'язку на ліву кисть.

ЕТАЛОН ВІДПОВІДІ

ЗАДАЧА № 17

1. У пацієнта флегмона лівої кисті.

Інформація, що дозволяє запідозрити дане захворювання:

- наявність вхідних воріт
- виражений набряк і гіперемія ~~тіла~~ кисті
- підвищення температури тіла до 38-39,0 град.

2. У пацієнта порушене задоволення потреб бути здоровим, підтримувати стан, температуру тіла, працювати.

3. Проблеми пацієнта:

- а) порушення цілісності шкірних покривів
- б) набряк і почервоніння шкіри
- в) підвищення температури
- г) дефіцит самодогляду.

Пріоритетна проблема - порушення цілісності шкірних покривів, набряк і гіперемія ~~коду~~.

Ціль - зняти явища запалення.

4. План догляду.

Планування	Мотивації
М/с повинна забезпечити асептичне оточення, провести туалет шкіри навколо рани	для зменшення інфікування
М/с повинна забезпечити накладення асептичної пов'язки	для зменшення травматизації ушкоджених тканин, додаткового інфікування
М/с повинна забезпечити спостереження за хворим (вимір температури, пульса, ЧДД).	для контролю за загальним станом пацієнта
М/с підготує пацієнта для екстреної операції (загальний аналіз крові, аналіз сечі, ЕКГ, підготовка шкіри, премедикація).	для евакуації гною
По призначенню лікаря введе лікарські препарати	для зняття симптомів воспаління, дезинтоксикації

5. Студент демонструє накладення пов'язки "рицарської печатки".

ЗАДАЧА № 18

В хірургічне відділення поступила пацієнтка 15 років. Зі скаргами на недомогання, підвищення температури тіла до 38,5 град., озноб, запаморочення. При огляді виявлено: на задній поверхні шиї існує запаленно-некротичний інфільтрат, багрово-червоного кольору, складений з кількох злившихся фурункул. Пульс- 110 за хвил., АТ- 110/80 мм рт. ст., ЧДР- 22 за хвил.

ЗАВДАННЯ

1. З'ясуйте й обоснуйте, яке можливо запідозрити захворювання
2. Виявіть, задоволення яких потребностей порушено у пацієнта
3. З'ясуйте проблеми пацієнта
4. З'ясуйте цілі та складіть план сестринського втручання з мотивацією
5. Накласти хрестоподібну пов'язку на потилицю

ЕТАЛОН ВІДПОВІДІ

ЗАДАЧА № 18

1. У пацієнтки карбункул задньої поверхні шиї. Інформація, що дозволяє запідозрити захворювання:
 - наявність воспалительно-некротического інфільтрату
 - наявність виражених симптомів інтоксикації.
2. У пацієнтки порушене задоволення потреб підтримувати стан, температуру, бути здоровою.
3. Проблеми пацієнтки:
 - а) біль
 - б) набряк і почервоніння шкіри
 - в) підвищення температури тіла

Пріоритетна проблема - набряк і почервоніння шкіри в області шиї. Ціль - зняти явища запалення.

4. План догляду

Планування	Мотивації
М/с забезпечить асептичне оточення, проведе туалет шкіри навколо запального інфільтрату	для запобігання інфікування навколишньої шкіри
М/с забезпечить накладення асептичної пов'язки	для зменшення травматизації й ушкоджених тканин, додаткового інфікування
М/с забезпечить спостереження за хворим (пульс , ЧДД, температуру, АТ)	для контролю за загальним станом пацієнта
М/с підготує пацієнта для екстреної операції (мінімум аналізів, підготовка шкіри, премедикація)	для евакуації гною
По призначенню лікаря введе лікарські препарати	для зняття симптомів запалення

5. Накладення хрестоподібної пов'язки на шию

ЗАДАЧА № 29

В стаціонар звернувся чоловік із скаргами на сильну біль и припухлість правої кисті. При опитуванні м/с приймального відділення виявила: 3 дні назад після роботи з лопатою в руках, при основі 2-5 пальців з'явилися рідинні пухирі, через 2 дні один із них лопнув. На наступний день зв'ялася біль, припухлість тилу кисті і почервоніння шкіри. Дотик до кисті викликає різку біль. При огляді: пульс – 76 в мин., АД – 130/90 мм.рт.ст., температура - 38,0 град.

ЗАВДАННЯ

1. Вкажіть можливу причину даного стану. Основні клінічні прояви її.
2. Перелічіть, задоволення яких потреб порушено у даного пацієнта.
3. Визначте нинішні і потенціальні проблеми пацієнта. Виділіть пріоритетну проблему.
4. По пріоритетній проблемі визначте мету і складіть план сестринських втручань з мотивацією.
5. Покажіть накладення пов'язки "рукавиця".

ЕТАЛОН ВІДПОВІДІ

ЗАДАЧА № 29

1. Флегмона кісті. Студент показує знання клінічної картини даного захворювання.
2. У пацієнта порушено задоволення потреби: бути здоровим, спати, відпочивати, підтримувати стан, підтримувати температуру, працювати.
3. Проблеми пацієнта.

Нинішні:

- біль в правій кісті
- припухлість і гіперемія правої кісті
- гіпертермія
- обмеження руху в правій кісті

Потенціальні:

- загроза розповсюдження інфекції
- загроза стану пов'язаного з інтоксикацією.

4. Пріоритетна проблема – біль, припухлість і гіпертермія правої кісті.
Мета – пацієнт замітить зменшення припухлості і гіпертермії на наступний день.

План догляду

Планування	Мотивації
М/с обробить шкіру і накладе асептичну пов'язку на кість	для попередження повторної інфекції
М/с проведе іммобілізацію кінцівки гіпсовою лонгетою	для зменшення болю і зменшення розповсюдження інфекції
М/с забезпечить консультацію хірурга	для визначення подальшого лікування
М/с забезпечить виконання призначення лікаря (у випадку консервативного лікування – напівспиртові компреси, фізіопроцедури, введення антибіотиків)	для зняття явищ запалення і підвищення захисних сил організму
М/с забезпечить контроль за станом пацієнта (колір шкіри, пульс, АД, дворазове щоденне вимірювання температури)	для оцінки ефективності лікування і своєчасної діагностики можливих ускладнень

5. Студент показує маніпуляцію на статисті по алгоритму.

ЗАДАЧА № 19

Пацієнт знаходиться в хірургічному відділенні з приводу апендектомії. Оперован 3 дні потому. Після операційний стан без особливостей. Однак к вечору 3 дня піднялась температура до 37, 8 град., з'явилося недомогання. Озноб, болі пульсуючи в ділянці післяопераційної рани. При огляді післяопераційного шва відмічається набряк, почервоніння, з шва прорізались.

ЗАВДАННЯ

1. З'ясуйте й обоснуйте з'явившиєся ускладнення
- 2. Виявіть, задоволення яких потребностей порушено у пацієнта
- 3. З'ясуйте проблеми пацієнта
- 4. З'ясуйте цілі та складіть план сестринського втручання з мотивацією
5. Зніміть шви з рани

ЕТАЛОН ВІДПОВІДІ

ЗАДАЧА № 19

1. У пацієнта ускладнення - нагноєння післяопераційного шва.

Інформація, що дозволяє запідозрити ускладнення:

- наявність пульсуючих болів в області рани
- підвищення температури тіла
- набряк і почервоніння країв рани
- прорізування швів.

2. У пацієнта порушене задоволення потреб підтримувати стан, підтримувати температуру, бути здоровим..

Проблеми пацієнта:

- а) пульсуюча біль
- б) підвищення температури
- в) почервоніння і набряк країв рани.

Пріоритетна проблема - набряк і почервоніння шкіри в області післяопераційної рани.

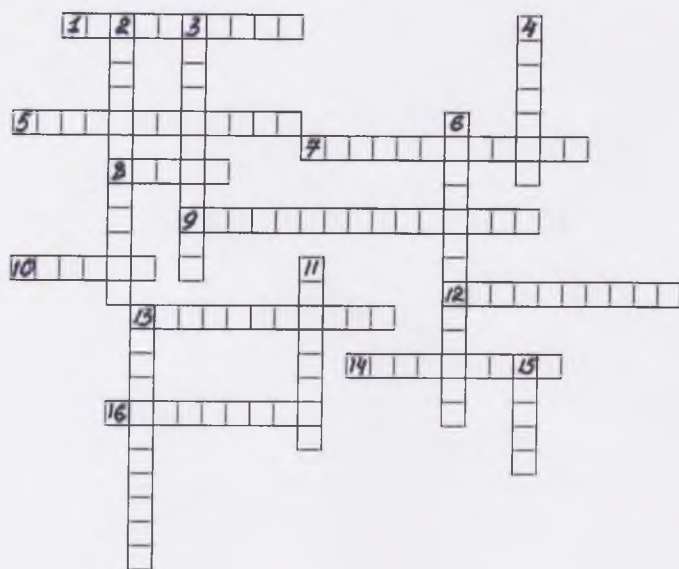
Ціль - зняти явища запалення.

3. План догляду

Планування	Мотивації
М/с забезпечить асептичне оточення	для запобігання поширення запалення
М/с по призначенню лікаря обробить край рани антисептиками і зніме шви, накладе пов'язку з гіпертонічним р-ном	для забезпечення відтоку гною з рани
М/с забезпечить спостереження за хворим (пульс ,ЧДД, температуру, АТ)	для контролю за загальним станом пацієнта
По призначенню лікаря забезпечить курс протизапальної терапії	для зняття ознак запалення і дезинтоксикації

4. Студент демонструє на муляжі зняття швів.

КРОСВОРД



ПИТАННЯ:

По горизонталі:

1. Як називаються опіки, при яких відбувається їх самостійна епітелізація?
5. Як називається ще дієта П, яка призначається при захворюваннях підшлункової залози?
7. Назва другої фази, яку проходить гнійна рана?
8. Кровоспинний хірургічний інструмент?
9. Період опікової хвороби, зв'язаний з розмноженням м/о й виділенням ними токсинів?
10. Рана на 4-ту добу?
12. Назва анестезії, яка проводиться новокаїном для вимкнення больової чутливості у всій області, іннервуючійся даним нервом?
13. Хронічне захворювання, яку викликається променевим грибом актиноміцетом?
14. Хірургічний інструмент за допомогою якого робиться розтин тканин?
16. Одна із ознак злоякісної пухлини?

По вертикалі:

2. Які мазі закладають при перев'язці гнійних ран на 2-3 добу після промивання?
3. Які ферменти вводять в/м 2 рази на добу по 5 мг при лікування гнійних ран?
4. Захворення, яке викликається *Cl tetanum*, спороносний анаероб?
6. Рана, небезпечна анаеробною інфекцією?
11. Препарат, використовується як транквілізатор, вводиться в/м, в/в та орально?
13. Різновид фурункула, при якому запальний процес переходить на п/ш жирову клітчатку?
15. Кусачки, які використовуються при операціях на кістках?

ВІДПОВІДІ НА КРОСВОРД

По горизонталі:

- 1.поверхневі
- 5.панкреатична
- 7.дегідротація
- 8.зажим
- 9.септікотоксемія
- 10.гнійна
- 12.регіонарна
- 13.актиномікоз
- 14.скальпель
- 15.метастази

По вертикалі:

- 2.водорозчинні
- 3.хімотрипсин
- 4.правець
- 6.вогнестрельна
- 11.амінозин
- 13.абсцедуючий
- 15.люера

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Петров С. В. Общая хирургия: учебник. – СПб: Питер, 2002. – 768 с
2. Скрипниченко Д. Ф. Хірургія: Підручник. -4-е вид., випр. і допов. – К.: Вища шк., 1992. – 581 с.: іл.
3. Буянов В. М., Несторенко Ю. А. Хирургия: Учебник. – М.: Медицина, 1990. – 624 с.