

**Гострі гнійні захворювання м'яких тканин:
фурункул, карбункул, гідраденіт, мастит,
парапроктит, бешиха**

***Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**Гострі гнійні захворювання м'яких тканин:
фурункул, карбункул, гідраденіт, мастит,
парапроктит, бешиха**

Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 3 від 20.05.2020.

Харків
ХНМУ
2020

Гострі гнійні захворювання м'яких тканин: фурункул, карбункул, гідраденіт, мастит, парапроктит, бешиха : метод. вказ. до практ. занять та самост. роботи студентів 3-го курсу III та IV мед. фак-тів з дисципліни "Загальна хірургія" / упоряд. В. О. Сипливий, В. В. Доценко, В. І. Робак та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 20 с.

Упорядники В. О. Сипливий
 В. В. Доценко
 В. І. Робак
 Г. Д. Петренко
 А. Г. Гузь
 О. Г. Петюнін
 С. В. Грінченко
 Д. В. Євтушенко
 В. О. Курбатов
 О. В. Євтушенко

Кількість годин – 2.

ОБҐРУНТУВАННЯ ТЕМИ

Пацієнти з хірургічною інфекцією складають суттєву частку хворих хірургічних стаціонарних та поліклінічних відділень. Частота ранових інфекційних ускладнень досягає 14–20 %, збільшилась кількість хворих із гнійними процесами, які призводять до розвитку септичних станів. Зрозуміло, що це відображається у зниженні працездатності пацієнтів, збільшенні строків їх стаціонарного лікування.

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 фурункула, карбункула, гідраденіту, маститу, парапроктиту, бешихи, що необхідно для подальшого навчання студентів та практичної лікарської діяльності.

МЕТА ЗАНЯТТЯ

Вивчити основи розвитку, перебігу та лікування гострих гнійних захворювань м'яких тканин.

Знати (теоретичні питання):

1. Загальні етіологічні та патогенетичні механізми розвитку місцевих хірургічних інфекційних захворювань.
2. Визначення понять окремих місцевих хірургічних інфекційних захворювань.
3. Загальну та місцеву симптоматику гострих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин.
4. Методи діагностики і диференційної діагностики.
5. Основні оперативні втручання при гострих гнійних захворюваннях тканин та кисті.
6. Етіологію, класифікацію гострих гнійних захворюваннях тканин та кисті.
7. Структуру гнійної перев'язочної, організацію санітарно-гігієнічного режиму в ній.
8. Роль медичної сестри в організації хірургічної обробки гнійної рани.
9. Види вторинних швів.
10. Методику промивання дренажних трубок, заміну дренажів хворому з гнійною ранною, накладання мазевих пов'язок.
11. Класифікацію та механізми дії антисептичних препаратів для промивання гнійних ран.

Вміти:

1. Діагностувати клінічні прояви гнійної інфекції – абсцеси, флегмони, фурункули, карбункули.

2. Сформулювати принципи комплексного лікування місцевих гнійних захворювань та виконати окремі його етапи.

Володіти практичними навичками:

1. Діагностувати окремі види місцевих інфекційних хірургічних захворювань.

2. Діагностувати місцеві реакції гнійної інфекції – абсцеси, флегмони, фурункули, карбункули.

3. Здійснювати лікування місцевих інфекційних хірургічних захворювань.

4. Проводити диференційну діагностику окремих видів місцевих інфекційних хірургічних захворювань.

5. Вибирати метод знеболення та спосіб оперативного втручання при різних формах місцевих інфекційних хірургічних захворювань.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ-УМІТЬ

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія (топографічна)	Анатомію різних частин організму (з огляду на можливі шляхи поширення гнійно-септичних процесів)	Визначити анатомічне розміщення місцевого гнійного процесу
Гістологія	Гістологічну структуру тканин організму	
Патологічна анатомія	Патанатомічні ознаки запалення	Розпізнати макро- та мікроскопічні ознаки запалення
Патологічна фізіологія	Місцеві та загальні ознаки запалення	Розпізнавати ознаки місцевої та системної запальної відповіді
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Методологію обстеження пацієнта	Збирати анамнез, проводити огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию
Мікробіологія	Характеристику збудників інфекції	
Фармакологія	Основні групи антибактеріальних препаратів, їх фармакокінетику та фармакодинаміку	Виписати рецепти антибактеріальних і протизапальних препаратів

ЗМІСТ ТЕМИ

Під хірургічною інфекцією розуміють захворювання, які спричинені живими збудниками, характеризуються утворенням місцевих вогнищ запалення, специфічними реакціями організму на збудник і вимагають хірургічного лікування. Для них характерні деякі спільні особливості. Передусім для виникнення в організмі вогнища гнійного запалення необхідні певні умови:

– мікробний збудник;

- пошкодження захисних бар'єрів та місцевих факторів неспецифічної резистентності;
- імунодефіцитні стани.

Відомо, що тканини людського організму постійно контактують з різними мікробами, в тому числі і абсолютно патогенними. При непошкоджених нормальних тканинах мікроби не здатні проявити патогенних властивостей. 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.

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

Збудники місцевих гнійних хірургічних захворювань вельми різноманітні і походять з різних джерел. Захворювання шкіри, підшкірної клітковини можуть бути спричинені 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 у вогнищі запалення.

Фурункул – гнійне запалення волосяної цибулини та її сальних залоз.

Карбункул – це гнійно-некротичне запалення одночасно декількох волосяних цибулин та сальних залоз. Характеризуючи симптоми місцевої хірургічної інфекції, слід наголосити на деяких особливостях її розвитку. Незалежно від виду захворювання слід розрізнити 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 у 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 запального інфільтрату вираженої ексудації у вигляді скупчень гною ще нема і при сприятливому перебігу процес може мати зворотній характер, але у 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 та ін., а з абсцедуючим фурункулом, абсцедуючим лімфаденітом, аденофлегмоною, флегмоною кисті, абсцесом молочної залози та ін.

Розвиток абсцесу в межах тканин, доступних для огляду та пальпації, супроводжується локальним почервонінням, набряком та болочістю в зоні ураження. При нагромадженні в порожнині абсцесу достатньої кількості гною може виникати симптом флюктуації. Він виявляється при пальпації і характеризується коливанням у порожнині гнійника при постукуванні по його стінці. На відміну від абсцедування, розвиток флегмони не супроводжується формуванням демаркаційних зон у вигляді піогенної капсули. Тому це захворювання розвивається стрімко і має більш злоякісний перебіг. Якщо флегмони поверхневі, то за допомогою огляду та пальпації можна виявити симптоми гнійного запалення: припухлість, набряк, гіперемію, болочість. 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 супроводжують такі ускладнення, як флебіти, артрити, лімфаденіти, плеврити, перитоніти та ін.

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

Хірургічне лікування абсцесів здійснюється трьома способами. При сприятливих анатомічних умовах можна застосувати малоінвазивні втручання у вигляді пункцій з евакуацією гною та черезшкірним дренажуванням. Частіше доводиться виконувати втручання шляхом розкриття та дренажування через відповідний операційний доступ. В окремих випадках допускається висічення абсцесу з піогенною капсулою в межах здорових тканин. Хірургічне оперативне лікування доповнюють консервативною антибактеріальною, детоксикаційною та протизапальною терапією.

Основний метод лікування флегмон – оперативний. У відносно рідкісних випадках серозного целюліту можна застосовувати з позитивним ефектом консервативну терапію. На відміну від втручань при абсцесах, операції при флегмонозних гнійних процесах більші за обсягом і передбачають широкі розтини, евакуацію ексудату, висічення некротичних тканин та дренажування. Для флегмон характерна відсутність природних демаркаційних зон у вигляді піогенних капсул. Тому нерідко під час операцій необхідно створювати перепону на шляху нагнійного 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 не тільки бути самостійним захворюванням, а і супроводжувати інші види місцевих гнійних хірургічних захворювань. Тому слід пам'ятати, що при будь-якому захворюванні за наявності сформованого недренованого вогнища гнійного запалення у вигляді абсцесу або флегмони необхідно застосовувати хірургічне втручання. Після виконаного оперативного втручання будь-який вид місцевої гнійної патології перетворюється на гнійну рану, яку лікують згідно з загальними принципами.

Фурункул	Конусоподібний гіперемований інфільтрат на шкірі з некрозом тканин та скупченням гною за ходом волоса.
Карбункул	Великий запальний інфільтрат у шкірі та підлеглих тканинах, на поверхні якого міститься декілька гнійних пустул.
Гідраденіт	Обмежений запальний інфільтрат (частіше в аксиллярній ділянці), який виступає над шкірою, що набуває багряно-сизого відтінку.
Лімфангоїт	Червоні смуги на шкірі за ходом лімфатичних судин, що при пальпації мають консистенцію щільних та болючих тяжів.
Лімфаденіт	Місцеві ознаки гнійного запалення в зонах локалізації регіонарних лімфатичних вузлів, які можна пропальпувати у вигляді болючих округлих утворів.
Бешиха	Еритематозна форма: наявність чітко обмеженої зони гіперемії шкіри (за типом "географічної карти"). Бульозна форма: поява пухирів відшарованого епідермісу, заповнених ексудатом. Флегмонозна та некротична форми: наявність місцевої симптоматики флегмони підшкірної клітковини та поява зон змертвіння шкіри.
Мастит	Інфільтрат у ділянці молочної залози з місцевими ознаками запалення – болючістю, набряком, гіперемією. У випадку прогресування гнійного запалення – симптоми абсцесу або флегмони молочної залози.

Мастит (*mastitis*) – запалення паренхіми й інтерстиціальної тканини молочної залози.

Молочна залоза – орган, що має складну альвеолярно-трубчасту будову, складається з 15–20 часточок, відокремлених один від одного прошарками жирової тканини, пронизаної пухкою сполучною тканиною. Кожна часточка має вивідну молочну протоку, всі вони сходяться радіально до соска і відкриваються на його верхівці. Розташування проток слід враховувати при розтині абсцесів – розрізи слід проводити радіально і починати або закінчувати їх не менше ніж на 1–1,5 см від навколососкового кружка (ареоли). Залоза розміщена у фасціальній капсулі, що є розщепленими листочками поверхневої фасції. Від фасції відходять тонкі перетинки між часточками і окремі перетинки до шкіри. Залоза оточена жировою клітковиною, яка більше розвинута на передній поверхні, менше – в бічних відділах, і незначний жировий прошарок є на задній поверхні залози – ретромамарний простір. Останнє відділяє залозу від фасції. Судини молочної

залози – гілочки внутрішньої і зовнішньої грудних артерій, розташовані в радіальному напрямку, що слід враховувати при виконанні розрізів.

Гострий мастит виявляють переважно протягом перших 2 тиж післяпологового періоду у годуючих жінок – післяпологовий (лактаційний) мастит, рідше – у тих, що не годують і вкрай рідко – у вагітних. Частота розвитку післяпологового маститу коливається від 1,5 до 6 % (по відношенню до числа пологів).

Класифікація маститу

I. Набрякова форма.

II. Інфільтративна форма.

III. Гнійно-деструктивна форма.

1. Абсцедуючий мастит.

2. Флегмонозний мастит.

3. Гангренозний мастит.

Етіологія і патогенез. Збудником маститу частіше є стафілокок у вигляді монокультури і в асоціаціях з кишковою паличкою і стрептококом. Джерелом інфекції є бактеріоносії і хворі зі стертими формами гнійно-запальних захворювань з оточення пацієнта. Першорядне значення у виникненні маститу має внутрішньолікарняна інфекція. Вхідними воротами інфекції найчастіше є тріщини сосків. Можливе і інтраканалікулярне проникнення інфекції при годуванні груддю або зціджуванні молока; рідше розповсюдження інфекції відбувається гемато- і лімфогенним шляхами з ендогенних осередків інфекції. Сприяючими моментами для розвитку захворювання є ослаблення організму матері супутніми захворюваннями, зниження імунологічної реактивності організму, важкий перебіг пологів, ускладнення пологів і післяпологового періоду. Істотним чинником, що сприяє захворюванню, є порушення відтоку молока з розвитком його застою, що нерідко спостерігається у першопороділь у зв'язку з недостатністю молочних проток, неправильною будовою сосків і порушеннями функціональної діяльності молочної залози. При потраплянні мікробів у розширені молочні протоки молоко згущується, стінки проток набрякають, що посилює застій молока і при пошкодженні епітелію проток сприяє проникненню мікробів у тканину залози.

Особливостями гнійного процесу в залозистих органах є слабо виражена здатність до його відмежування і майже нестримне розповсюдження із залученням до запалення все більшої кількості залозистої тканини.

За локалізацією абсцеси в молочній залозі поділяють на підшкірні, інтра- і ретромамарні. Таке розташування гнояків обумовлене топографією фасцій і жирової клітковини. Інтрамамарні абсцеси внаслідок різкого стоншення міжчасточкових перетинок, обумовленого запальним процесом і збільшенням секреторного апарату під час лактації, можуть зливатися між собою. Так само вони можуть проникати назад через тонку фасцію з утворенням ретромамарного абсцесу. Найчастіше гнояки розташовані

інтрамамарно. Іноді внаслідок залучення до запального процесу судин і їх тромбування настає некроз окремих ділянок залози, розвивається гангренозна форма маститу.

Клінічні прояви і діагноз. Гострий запальний процес у молочній залозі необхідно диференціювати з гострим застоєм молока. У першороділь застій молока зустрічається в 2 рази частіше. Хворі скаржаться на відчуття важкості і напруги в залозі, яке поступово посилюється. Пухлиноподібне утворення відповідає контурам часточок молочної залози, воно досить рухоме, з чіткими межами, горбистою поверхнею, безболісне. При натисканні на нього молоко виділяється вільно, зціджування безболісне. Після зціджування настає полегшення. Загальний стан страждає незначно, температура тіла, клінічні аналізи крові частіше залишаються нормальними. Гострий застій молока частіше буває двобічним: розвивається в терміни припливу молока (на 3–5-й день після пологів).

Віддиференціювати початкові форми маститу від гострого застою молока не завжди легко, тому будь-яке нагрубання молочних залоз, що перебігає з підвищенням температури тіла, слід вважати серозною стадією маститу. Це дозволяє своєчасно почати лікування і попередити перехід процесу в гнійну фазу.

Перехід початкових форм маститу в *гнійну* фазу характеризується посиленням загальних і місцевих симптомів запалення. Температура тіла постійно висока або гектичного характеру. Інфільтрат в залозі збільшується, гіперемія шкіри наростає, з'являється флюктуація в одній з ділянок залози.

Украй важкий стан хворих спостерігається при *гангренозній* формі маститу: температура тіла підвищується до 40–41 °С, пульс – до 120–130 за хвилину, молочна залоза різко збільшена, шкіра набрякла, з міхурами, наповненими геморагічним вмістом, з ділянками некрозу. Набряк розповсюджується на навколишні тканини. У крові – високий лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво і токсичною зернистістю лейкоцитів; у сечі з'являється білок. Перебіг маститу може ускладнюватися лімфангоїтом, лімфаденітом і (рідко) сепсисом.

Лікування початкових форм маститу консервативне, гнійних – оперативне. При появі ознак застою молока залозі надають піднесеного положення за допомогою імобілізуючих пов'язок або бюстгальтера, які повинні підтримувати, але не стискати залозу. Для спорожнення залози відсмоктують молоко молоковідсмоктувачем; годування грудьми не припиняють, обмежують прийом рідини, призначають окситоцин і но-шпу. При серозному і інфільтративному маститі застосовують антибіотики (напівсинтетичні пеніциліни (ампіцилін), аміноглікозиди, цефалоспорини, макроліди), інфузійну терапію, використовують також засоби, що підвищують захисні сили організму (γ-глобулін та ін.). Обов'язково регулярне зціджування молока (для попередження застою в залозі). Зворотному

розвитку процесу сприяють ретроамарні новокаїнові блокади з антибіотиками і протеолітичними ферментами.

При серозній і інфільтративній формах маститу для прискорення зворотного розвитку процесу застосовують електричне поле УВЧ, УЗ, УФ-опромінення залози. Всі процедури проводять після спорожнення залози. При важкому перебігу маститу рекомендують пригнічення лактації комбінацією естрогену з андрогенами.

При невеликих поверхнево розташованих гнояках можна використовувати інфільтраційну анестезію, доповнену ретроамарною новокаїновою блокадою. Розтин ретроамарних абсцесів проводять тільки під наркозом.

Операції на молочній залозі. Для розтину інтраамарного гнояка застосовують радіальний розріз над місцем ущільнення і гіперемії шкіри. Операцію виконують під внутрішньовенним наркозом. Розтинають шкіру, підшкірну клітковину, тканину залози і розкривають гнояк. Видаливши гній, краї рани розводять гострими гачками і ретельно оглядають порожнину гнояка. Наявні некротизовані тканини вісікають, якщо при натисканні на залозу на внутрішній поверхні абсцесу виділяється гній, то розширюють отвір і видаляють гній. Наявність додаткової гнійної порожнини вимагає її розтину через стінку абсцесу, обидві порожнини сполучають в одну. Якщо ж друга порожнина більша, то над нею проводять додатковий радіальний шкірний розріз. Порожнину гнояка обов'язково промивають розчином антисептика. Коли при ревізії рани визначається щільний інфільтрат з дрібними гнійними порожнинами типу "бджолиних сотів" (апостематозний мастит), то інфільтрат вісікають у межах здорових тканин. Операцію закінчують дренажуванням рани і ушиванням її для промивання порожнини гнояка після операції антисептичними розчинами. Абсцес дренажують трубкою або налагоджують проточно-промивне дренажування рани.

Для розтину ретроамарного абсцесу застосовують розріз Барденгейера, який проводять по нижній перехідній складці молочної залози. Розтинають шкіру, клітковину, залозу підводять і відшаровують від фасції великого грудного м'яза, розкривають гнояк. Якщо ретроамарний абсцес утворений за рахунок прориву інтраамарного гнояка, то розширюють отвір, видаляють гній і некротизовані тканини, порожнину гнояка дренажують через додатковий розріз. Залозу укладають на місце.

Дренаж може бути проведений через додатковий розріз на передній поверхні залози і через основний розріз під залозою. Залозу укладають на місце і накладають декілька швів на шкірну рану. Такий метод розтину гнійників дозволяє уникнути перетину проток залозистих часточок, забезпечує хороші умови для відтоку гною і некротизованих тканин, дає задовільний косметичний результат – після одужання залишається малопомітний рубець, який прикривається нависаючою залозою.

При субареолярному розташуванні гнояка його розкривають циркулярним розрізом. Такий гнояк можна розкрити невеликим радіальним розрізом, не перетинаючи ареоли.

Помилки, що допускаються при розтині гнійних маститів. Однією з помилок є малий розріз. У цьому відношенні абсолютно справедливе зауваження В.Ф. Войно-Ясенецького про те, що великі і глибокі розрізи – найвірніший засіб зберегти більше залозистої тканини для пізнішої функції, бо запальний процес, що триває, призводить до загибелі нових зон залози.

Інша помилка полягає в тому, що хірург лише розтинає гнояк і видаляє гній, тоді як слід проводити висічення некротизованих тканин, що звисають у порожнину абсцесу, але пов'язані з тканиною залози. Для цього необхідно розвести краї розрізу гачками і при хорошому освітленні оглянути порожнину абсцесу. Залишати в залозі дрібні гнояки небезпечно через ризик продовження гнійного процесу, що є причиною повторних хірургічних втручань. Попередити повторні операції можна лише ретельним розтином всіх гнояків і інфільтратів у залозі і проведенням раціонального дренивання.

Лікування ран після розтину гнояка проводять з урахуванням фази ранового процесу. Застосування вторинних швів скорочує терміни лікування і покращує косметичні результати операції.

Профілактику маститу починають у жіночих консультаціях задовго до пологів. Основою профілактичних заходів є підвищення опірності організму вагітної жінки. Важливе місце займають санація ендогенних осередків інфекції, навчання жінок, особливо першороділь, правилам годування дитини грудьми, догляду за молочними залозами, загартовування організму, імунізації стафілококовим анатоксином, УФ-опромінення тіла та ін. Особливу увагу потрібно надавати вагітним з групи високого ризику розвитку маститу (з маститом, гнійною інфекцією різної локалізації в анамнезі), а також з мастопатією, аномалією розвитку молочних залоз і соска, ускладненнями вагітності.

Комплекс профілактичних заходів включає боротьбу з застоєм молока, обробку сосків до і після годування дитини грудьми, профілактику і своєчасне лікування тріщин сосків. З урахуванням значення внутрішньолікарняної інфекції в розвитку маститу надзвичайно важливе місце відводять санітарно-епідеміологічному режиму стаціонарів з метою профілактики гнійно-запальних захворювань новонароджених і породіль. У першу чергу це своєчасне виявлення і санація бактеріоносіїв, ретельне виконання санітарно-гігієнічних вимог при догляді за породіллями, регулярне вологе прибирання, провітрювання палат, використання бактерицидних ламп тощо.

Бешиха (*erysipelas*) – гостре запалення шкіри або слизових оболонок і лімфатичних шляхів, викликане β -гемолітичним стрептококом групи А (БГСА).

Вхідні ворота – подряпини, садна, рани. Провідну роль у виникненні бешихи відіграє стан хворого. У людей, що перенесли бешиху, не виробляється імунітет, а, навпаки, з'являється схильність до повторного захворювання. Найчастіше бешиха вражає шкіру обличчя, голови, гомілок, рідше тулуб. Інкубаційний період (час від початку мікробного забруднення до появи клінічної картини) дорівнює 2–7 діб.

Клінічна картина. Захворювання починається гостро з ознобу і підвищення температури до 40–41 °С. Одночасно на шкірі з'являються почервоніння і припухлість. Шкіра стає напруженою, болючою, гарячою на дотик і набуває яскраво-червоного забарвлення з різко окресленою межею, по краях якої спостерігається валикоподібна припухлість. Описана картина отримала назву еритематозної форми. Іноді на почервонілій ділянці шкіри з'являються міхури, що містять прозорий, жовтуватий екссудат (бульозна форма), при його нагноєнні (пустульозна форма), за наявності геморагічного вмісту (геморагічна форма), при нагноєнні і розповсюдженні процесу на підшкірну клітковину (флегмонозна форма) і некрозі шкіри (некротична форма).

Найважче перебігає так звана блукаюча, або мігруюча, бешиха – форма, при якій процес переходить з однієї ділянки тіла на іншу.

Бешихове запалення може ускладнюватися запаленням легенів, флегмоною, абсцесами, сепсисом. Необхідно пам'ятати, що бешихове запалення може передаватися від однієї людини іншій, тому хворі на бешиху повинні бути ізольовані.

Лікування. Ділянку бешихового запалення опромінюють ультрафіолетовими променями в суберитемних дозах, змащують 1 % розчином діамантового зеленого. Проводиться загальна антибіотикотерапія препаратами пеніцилінового ряду (ретарпен 2,4 млн внутрішньом'язово). При флегмонозній і некротичній формах показане оперативного лікування.

Парапроктит (*paraproctitis*)

Класична проктологія починалася саме з дослідження проблеми парапроктиту. Багато хірургів вже давно помічали, що часто при простому розкритті параректального абсцесу – навіть своєчасному і широкому – рана не загоюється і залишається гнійна нориця або гнійник рецидивує. Ця дискусія припинилася, як тільки було встановлено, що справжній парапроктит – не звичайне нагноєння параректальної клітковини, не банальне, як, наприклад, фурункул або абсцес, що виникає при інфікуванні перианальної ділянки зовні, а лише запалення, при якому інфекція проникає в тканини навколопрямокишкової ділянки з просвіту прямої кишки, а

точніше – з усть протоків анальних залоз, розташованих на дні відхідникових (морганієвих) крипт. Первинне запалення наявне в одній із найглибших морганієвих крипт, виникає так званий криптогландулярний абсцес, який часто самовільно розкривається назовні або в просвіт кишки. В інших випадках (частіше за все) такий абсцес розтинають хірургічним шляхом і після цієї, здавалося б, радикальної операції залишається нориця або абсцес рецидивує.

Запалення анальних залоз і, відповідно, морганієвих крипт є першопричиною парапроктиту, і тому просте розкриття гнійника зовні, без санації запаленої ділянки анального каналу (внутрішнього отвору абсцесу), не призводить до стійкого одужання. Уражена анальна крипта (або декілька сусідніх крипт) завжди розташована на зубчастій лінії анального каналу, тобто внутрішній отвір абсцесу легко досягається пальцем і визначається наявністю болючої точки з виділенням крапель гною або (якщо абсцес ще не розкрився) у вигляді припухлості зі всіма класичними ознаками запалення. Якщо ж внутрішній отвір абсцесу або нориці розташований вище зубчастої лінії, то йдеться не про банальне, неспецифічне запалення, а про травму кишки або внутрішню норицю при хворобі Крона, при виразковому коліті або про дуже рідкісну нині патологію – норицеву форму кишкового туберкульозу. Якщо ж внутрішній отвір не визначається, то нагноєння параректальної клітковини вірніше за все виникло в результаті запалення "зовні" – фурункул, карбункул, флегмона, актиномікоз тощо.

Інфекція в параректальну клітковину проникає частіше за все через залозисті ходи морганієвих крипт, а також через ділянки порушення покривного епітелію на місцях мікротравм. Значно рідше можливі інші шляхи проникнення інфекції – метастатичний та ін. Якщо організм знаходиться в стані сенсibiliзації, а захисні сили його виснажені, то розвивається гострий запальний процес.

Запальний процес розвивається зазвичай за типом флегмони, тобто гострого осередку інфекції з розлитотою реакцією навколишніх тканин. При достатній опірності організму, а також під впливом лікування, що проводиться, запальний процес відмежується і переходить в скупчення гною – абсцес, який проривається самостійно або розтинається хірургом.

Класифікація. Найбільш поширеною, обґрунтованою і прийнятою багатьма авторами є класифікація параректальних абсцесів відповідно до клітковинних та фасціальних просторів, прилеглих до прямої кишки: 1) підслизовий, 2) підшкірно-підслизовий, 3) сіднично-прямокишковий (ішиоректальний), 4) тазово-прямокишковий (пельвіоректальний), 5) позадупрямокишковий (ретроректальний).

За даними дослідження 4519 хворих, які страждали на різні форми гострого парапроктиту, найбільш часто зустрічався підшкірно-підслизовий парапроктит (56,4%), на другому місці – сіднично-прямокишкова

локалізація – 35,3 %. Рідко зустрічаються тазово-прямокишкові (4,8 %) і позадупрямокишкові парапроктити (3,5 %).

Розташування гнійного ходу по відношенню до волокон анального сфінктера визначає вибір оперативного втручання, оскільки повне пересічення волокон сфінктера з метою ліквідації сполучення гнійної порожнини в параректальній клітковині з просвітом прямої кишки загрожує недостатністю анального сфінктера, що є більш грізним ускладненням, ніж утворення параректальної нориці. Гнійний хід може розташовуватися досередини від сфінктера (інтрасфінктерний парапроктит), черезсфінктерно (трансфінктерний парапроктит) і зовні від сфінктера (екстрасфінктерний парапроктит).

За локалізацією внутрішнього отвору в одній з відхідникових крипт розрізняють задній, передній, ліво- та правобічний гострі парапроктити.

Клінічні прояви гострого парапроктиту залежать від форми і стадії перебігу хвороби, але є декілька більш-менш характерних загальних і місцевих ознак. З них для захворювання прямої кишки і заднього проходу характерні три: біль у ділянці заднього проходу або прямої кишки, затримка випорожнення (іноді – сечовипускання) за відсутності затримки газів, рідко – пронос внаслідок супутнього гострого проктиту. Решта ознак може мати місце при гострих запальних процесах будь-якої локалізації: підвищення температури тіла, зміни з боку крові, пригнічення нервової системи, втрата сну, апетиту, працездатності, загальне нездужання, апатія. Початок гнійних парапроктитів зазвичай гострий. При цьому обмежені інфільтрати, які виникають у перший період захворювання, до переходу в абсцес перебігають з незначними суб'єктивними розладами. Хворі не звертають увагу на невиражені і нерізкі больові й інші відчуття, локалізовані в прямій кишці, тому рідко звертаються до лікаря в перші дні захворювання.

Захворювання зазвичай швидко прогресує. Больові відчуття досягають високої інтенсивності. Біль має гострий, пульсуючий характер, посилюється в положенні сидячи, під час руху, напруження черевного пресу, від будь-якого дотику до ділянки заднього проходу, кашлю, чхання. Хворий ходить поволі, на силу, розставляючи ноги через біль у ділянці заднього проходу, сидіти може тільки на одній здоровій ділянці сидниці.

Лікування. Принципово правильним є найраніше оперативне втручання при переважній більшості гострих парапроктитів. Оперативне лікування показано кожного разу, коли визначені швидко прогресуючий перебіг, висока загальна температура, різкі болі в ділянці заднього проходу або прямої кишки і виражений інфільтрат. Перша ж безсонна ніч, безумовно, є підставою для оперативного втручання. Немає необхідності чекати, коли з'являться всі ознаки нагноєння і найголовніша з них – розм'якшення інфільтрату, флюктуація.

Підготовка до операції розкриття параректального гнійника починається одразу ж, як тільки поставлений діагноз і ухвалено рішення про невідкладне втручання. Хворому обмивають шкіру промежини і заднього проходу, видаляють волосся. Перед операцією ставлять очисну клізму, вводять наконечник якої необхідно обережно по протилежній запаленню стінці. Необхідно, щоб хворий помочився перед операцією, а якщо у нього сечовипускання утруднене, необхідно провести катетеризацію сечового міхура.

Основні операції при гострих парапроктитах

Перш за все, ніколи не потрібно ігнорувати три основних правила оперативного лікування гострих парапроктитів: а) лікування треба розпочати якомога раніше; б) розрізи повинні бути широкими, такими, щоб забезпечити адекватний відтік гною; в) не можна пошкоджувати сфінктер.

Визначити внутрішній отвір гнояка на висоті запалення буває нелегко; при пальцевому дослідженні визначається тільки болюча ("зацікавлена") стінка анального каналу, найчастіше задня, оскільки на задній стінці анального каналу розташовані найбільш глибокі і широкі відхідникові крипти і саме тут в більшості випадків формується первинний криптогландулярний абсцес. Для точної ідентифікації внутрішнього отвору гнояка після проведення спинномозкової анестезії обережно пунктують абсцес, евакуюють гній і, не витягуючи голки, вводять в порожнину абсцесу вітальну фарбу (1 % розчин діамантового зеленого з перекисом водню 1:1). Визначення внутрішнього отвору абсцесу необхідне, бо у будь-якому випадку – буде або не буде воно сановане – потрібно точно знати його розташування, щоб згодом, якщо сформується нориця, було легко виконати радикальну планову операцію.

Система навчальних завдань для перевірки кінцевого рівня знань

1. Хворий 33 років скаржиться на тупі болі в прямій кишці, які посилюються при акті дефекації. Хворіє 4 доби. Температура тіла – 37,8 °С. При пальцевому обстеженні прямої кишки, на глибині 6–7 см, по правій бічній стінці пальпується болюче ущільнення 3 × 4 см у розмірі, в центрі якого визначається флукуація. Лейкоцити крові – $11,4 \times 10^9/\text{л}$, п/я нейтрофіли – 8 %. Який найвірогідніший діагноз?
2. У хворої діагностовано лівосторонній лактаційний мастит. Внаслідок погіршення стану госпіталізована. Об'єктивно: ліва молочна залоза збільшена в об'ємі, напружена, болісна при пальпації. В нижньому зовнішньому квадранті пальпується інфільтрат 4 × 5 × 6 см у розмірі, з флукуацією в центрі. Який із перелічених розрізів необхідно провести в даному випадку?
3. Хворий 37 років скаржиться на біль у правій верхній кінцівці, більше при рухах, підвищення температури тіла до 39 °С. У правій ліктьовій ямці на шкірі слід ін'єкцій, гіперемія, затвердіння по ходу вен. Імовірний діагноз?

4. Хвора 20 років скаржиться на біль у лівій молочній залозі, слабкість, підвищення температури тіла до 38 °С. Дитині 3 міс. Місцево: ліва молочна залоза збільшена в розмірах, тверда і болюча при пальпації, шкіра гіперемована. Флюктуація не виявляється. Ваш діагноз?
5. Хворий звернувся із скаргами – в правій пахвовій ділянці спостерігається 3 щільні, обмежені запальні інфільтрати, які виступають над шкірою. Шкіра над ними червона із багрово-сизим відтінком, в центральній частині одного інфільтрату – рана із витіканням з неї гною. Який попередній діагноз?
6. Хвора 20 років на десяту добу після виписки з пологового відділення звернулася зі скаргами на підвищення температури тіла до 39 °С, біль у правій молочній залозі. При огляді: молочна залоза збільшена, у верхньому зовнішньому квадранті відмічається ділянка гіперемії, там же пальпується ущільнення з нечіткими контурами, лактостаз, флюктуація відсутня. Лімфатичні вузли в правій пахвовій ямці збільшені, болючі. Вкажіть вірний діагноз:
7. Хвора 65 років скаржиться на біль у прямій кишці, який відмічає 6 діб. Оглянута проктологом, діагностована хронічна анальна тріщина з інфільтратом. Рекомендовано консервативне лікування: антибіотики, компрес на анальну ділянку, свічки. Через 2 доби оглянута повторно – інфільтрат збільшився, з'явилися флюктуація та крепітація. Діагностовано гострий анаеробний парапроктит. Які лікувальні заходи необхідно провести?
8. Хворий скаржиться на тупі болі у прямій кишці, що посилюються при акті дефекації. Хворіє 4 дні. Лікувався амбулаторно, проте стан не покращився. Температура тіла 37,8 °С. В ділянці анального отвору патології не виявлено. При пальцевому дослідженні прямої кишки на боковій стінці справа виявлено щільне, болюче утворення, в центрі якого визначається флюктуація. Який найбільш імовірний діагноз?
9. Хвора 27 років, перші пологи, госпіталізована в септико-гінекологічне відділення через 15 діб після пологів із скаргами на наявність тріщин навколо соска, біль у лівій молочній залозі, слабкість, головний біль, підвищену до 40 °С температуру тіла, озноб. Хворіє 6 днів. Об'єктивно: ліва молочна залоза збільшена, біля соска – тріщини, в ділянці верхньозовнішнього квадранта шкіра гіперемована, набрякла, при пальпації тут визначається різка болючість і флюктуація, пахові лімфовузли зліва збільшені і болючі. Який найбільш імовірний діагноз?

КОРОТКІ МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА ПРАКТИЧНОМУ ЗАНЯТТІ

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований (тестовий) контроль початкового рівня підготовки студентів.

Після вивчення даної теми студенти повинні мати уявлення про особливості клінічного перебігу гнійної інфекції м'яких тканин, небезпеку і ускладнення при інфекціях м'яких тканин; показання до оперативного лікування, методи оперативних втручань, ймовірні помилки і небезпеку під час лікування; поняття панарицію, класифікацію інфекцій м'яких тканин; диференційну діагностику; лікування.

Методика проведення заняття та організаційна структура заняття Технологічна карта заняття

№	Етап заняття	Навчальний час, хв	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Оснащення	
1	Визначення початкового рівня знань. Постановка навчальних цілей та мотивація. Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: – поняття абсцесу, механізм виникнення абсцесу; – класифікація гострих гнійних захворювань м'яких тканин; – клінічна картина гострих гнійних захворювань м'яких тканин; – діагностика гострих гнійних захворювань м'яких тканин; – основні принципи лікування гострих гнійних захворювань м'яких тканин	45	Індивідуальне опитування, вирішення ситуаційних завдань. Тести	Таблиця: Класифікація гострих гнійних захворювань м'яких тканин	Навчальна кімната
2	Вирішення навчальних завдань теми. 1. Показання до оперативного методу лікування. 2. Показання до консервативного лікування.	25	Практичний тренінг. Індивідуальний контроль навичок	Хірургічний інструментарій, перев'язочний матеріал	Заняття в операційній та перев'язочній

№	Етап заняття	Навчальний час, хв	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Оснащення	
	3. Особливості перев'язок. 4. Методика розтину карбункула				
3	Визначення вихідного рівня сформованості знань та вмій. Підведення підсумків. Контроль та корекція рівня професійних вмій та навичок. Домашнє завдання (основна і додаткова література за темою)	20	Тести. Задачі	Тести. Задачі. Короткі методичні вказівки до роботи на практичному занятті	Навчальна кімната

ЗАПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ

1. Загальні етіологічні та патогенетичні механізми розвитку місцевих хірургічних інфекційних захворювань.
2. Визначення понять окремих місцевих хірургічних інфекційних захворювань.
3. Загальна та місцева симптоматика гострих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин.
4. Методи діагностики і диференційної діагностики.
5. Основні оперативні втручання при фурункулах, карбункулах, гідраденітах, маститі, парапроктиті, бешисі.
6. Структура гнійної перев'язочної, організація санітарно-гігієнічного режиму в ній.
7. Види вторинних швів.
8. Методика промивання дренажних трубок, заміна дренажів хворому з гнійною раною, накладання мазевих пов'язок.
9. Класифікація та механізми дії антисептичних препаратів для промивання гнійних ран.

ЛІТЕРАТУРА

1. Загальна хірургія: підручник / С. Д. Хімич, М. Д. Желіба, І. Д. Герич та ін. ; за ред. С. Д. Хімича, М. Д. Желіби. – 3-є вид., перероб. і доп. – Київ : ВСВ "Медицина", 2018. – 608 с.
2. Загальна хірургія : підручник / за ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова, В. О. Шідловського. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 344 с.
3. Курс лекцій з загальної хірургії : навч.-метод. посібник / О. І. Дронов, В. О. Сипливий, І. О. Ковальська та ін. – 2-е вид, допов. – Київ : МВЦ "Медіаформ", 2011. – 487 с.
4. Оцінка важкості стану хірургічного хворого / В. О. Сипливий, О. І. Дронов, К. В. Конь, Д. В. Євтушенко. – Київ : Майстерня книги, 2009. – 128 с.
5. Сборник тестов по общей хирургии : учеб. пособие / В. А. Сипливый, Г. Д. Петренко, А. Г. Гузь и др. – Харьков : ХНМУ, 2014. – 156 с.
6. Антибиотики и антибактериальная терапия в хирургии / В. А. Сипливый, А. И. Дронов, Е. В. Конь, Д. В. Евтушенко. – Киев, 2006. – 100 с.
7. Гостищев В. К. Общая хирургия : учебник / В. К. Гостищев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 728 с.
8. Петров С. П. Общая хирургия / С. П. Петров. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 728 с.
9. Кузин М. И. Раны и раневая инфекция / М. И. Кузин, Б. М. Костюченко. – Москва : Медицина, 1981. – 688 с.
10. Догляд за хворими хірургічного профілю / В. П. Польовий, О. Й. Хомко, С. П. Польова та ін. – Чернівці : Медуніверситет, 2012. – 380 с.
11. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия / С. Попкиров. – София : Медицина й физкультура, 1974. – 483 с.
12. Українсько-латинсько-англійський медичний тлумачний словник: в 2 т. / Видавнича спілка "Словник" Львівського державного медичного інституту. – Львів, 1995. – 786 с.
13. Юрихин А. П. Десмургия / А. П. Юрихин. – 3-е изд., стереотип. – Ленинград : Медицина, 1984. – 120 с.

Навчальне видання

**Гострі гнійні захворювання м'яких тканин:
фурункул, карбункул, гідраденіт, мастит,
парапроктит, бешиха**

**Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"**

Упорядники Сипливий Василь Олексійович
 Доценко Володимир Васильович
 Робак Всеволод Ігорович
 Петренко Григорій Дмитрович
 Гузь Анатолій Гаврилович
 Петюнін Олексій Геннадійович
 Грінченко Сергій Володимирович
 Євтушенко Дмитро Васильович
 Курбатов Вадим Олексійович
 Євтушенко Олександр Васильович

Відповідальний за випуск В. О. Сипливий



Редактор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,3. Зам. № 20-33937.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.