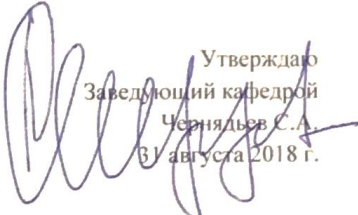


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Чернышев С.А.
31 августа 2018 г.

Методические указания к практическим занятиям

Мастит. Остеомиелит.

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург
2018**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.
– Екатеринбург, 2018. – 22с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы диагностики и лечения мастита и остеомиелита.

Рекомендации предназначены для студентов 4,5,6 курсов медицинских ВУЗов, обучающихся по специальности лечебное дело

Составители:

Е.Н. Родионов – ассистент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

С.А.Чернядьев – профессор кафедры, зав.кафедрой.

Ответственный редактор:

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, 2018г.

ISBN

Содержание.

Остеомиелит-----	6
Классификация остеомиелита-----	6
Лечение остеомиелита-----	9
Мастит-----	13
Классификация мастита-----	14
Лечение мастита-----	15
Хронический мастит-----	16
Список литературы-----	20

Методическое указание.

ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ: Ознакомиться с понятиями мастита и остеомиелита. Изучить этиологию, патогенез, классификацию.

Изучить клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, тактику и основные методы хирургического лечения

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Студент должен знать:

Ознакомиться с общей симптоматологией, диагностикой, основными принципами хирургического лечения

Изучить клинику и основные методы лечения

Ознакомиться с понятием дифференциальной диагностики, а также особенности оперативной техники

Студент должен уметь:

оценить результаты клинического обследования пациента

обосновать и сформулировать полный клинический диагноз

разработать рекомендации пациенту

обосновать выбор способа хирургического лечения у пациента

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

<i>шифр</i>	Содержание компетенции	знать	уметь	владеть
1	2	3	4	5
ОК-1,	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	-	-	-
ОК-4	Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	-	-	-
ОПК-4	способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности,	Особенности этики и деонтологии	Установить контакт с пациентом и его родственниками	Принципами медицинской этики и деонтологии при общении с пациентом и его родственниками
ОПК-6	готовности к ведению медицинской документации,	Медицинскую документацию: - история болезни (амбулаторная карта);	На основании проведения исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	-
ОПК-8	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач,	Фармакологическое группы препаратов, показания, противопоказания к назначению	Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям	Фармакологическим и группами препаратов, их совместимость, показания к назначению
ОПК-9	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в	Анатомо-физиологические особенности органов организма	Провести исследование организма человека в целом по	Методикой исследования организма человека по системам

	организме человека для решения профессиональных задач,	человека	системам	
ОПК-11	готовности к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Назначение и правила использования хирургического инструментария	Использовать хирургический инструментарий на практике	Техникой использования инструментов в хирургии
ПК-5	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания,	Методику исследования	Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения	Методикой исследования организма человека
ПК-6	способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,	Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)	Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10	Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10
ПК-7	готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,	Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти	Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит	Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти
ПК-8	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,	тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями	Определить тактику при заболеваниях	Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями
ПК-10	готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,	Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях	Применять на практике оказание медицинской помощи	Оказанием первой медицинской помощи
ПК-11	готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,	Правила оказания скорой медицинской помощи	Оказывать скорую медицинскую помощь	Правилами оказания скорой медицинской помощи
ПК-20	готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.	Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.	-

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ: 4 часа - 180 мин.

Остеомиелит

Остеомиелит – инфекционно-воспалительный процесс, поражающий все элементы кости. Термин предложен Рейно в 1838 году.

Этиология



Грамположительная флора



золотистый стафилококк(80-85%);



стрептококки;



диплококки;



брюшнотифозные палочки;



сальмонеллы;



Грамотрицательная флора



синегнойная



палочка;

вульгарный



протей;

кишечная палочка.

Пути проникновения инфекции в организм при гематогенном остеомиелите: через слизистые оболочки и поврежденную кожу. При негематогенном остео-миелите микрофлора проникает в кость через рану, а также при переходе инфекции из окружающих тканей.

Факторы риска: снижение иммунитета и сенсibilизация организма.

Патогенез

Основные теории патогенеза острого гематогенного остеомиелита:

- + Сосудистая (А.А. Бобров, 1889; Э. Лекснер, 1884).
- + Аллергическая (С.М. Дерижанов, 1937).
- + Нервно-рефлекторная (Н.Н. Еланский, 1954).

Первично-хронические формы развиваются в основном в результате воздействия резко ослабленной микрофлоры при сохранившейся сопротивляемости организма. В этих условиях в очаге поражения не возникает обычного гнойного процесса с деструкцией костной ткани, а заболевание протекает атипично.

Классификация

- **По этиологическому признаку:**



с гнойной флорой (стафилококк, синегнойная палочка, протей и др.);



с анаэробной флорой (клостридиальная и неклостридиальная);



специфический (туберкулезный, бруцеллезный и др.);



паразитарный (эхинококк, мадурская флора, грибковый и др.).

1. По происхождению:



- эндогенный (внутренняя гематогенная инфекция);
- экзогенный (огнестрельный, травматический);
- ятрогенный (послеоперационный, спицевой);

4. По клиническому течению:

острый;

подострый;

хронический (завершившийся гнойный процесс);

первично-хронический:

а) абсцесс Броди;

б) склерозирующий остеомиелит Гарре;

в) альбуминозный остеомиелит

Олье;

5. По числу очагов инфекции:



монолокальные;



полифокальные;



полилокальные;

По внутренней структуре:

✓ с костными секвестрами;

✓ с полостями в кости по ходу костно-мозгового канала;

✓ с полостями в мягких тканях;

с полостями между основными фрагментами кости (ложные суставы).

По структуре костных повреждений и состоянию пациента (по Черни

– Мадеру):

I тип (медуллярный остеомиелит) – поражение на большом протяжении структур костномозговой полости длинной кости при гематогенном остеомиелите

☑ при нагноении после интрамедуллярного остеосинтеза;

II тип (поверхностный остеомиелит) – поражение только кортикальной части кости, что обычно происходит при прямом инфицировании кости или смежного очага инфекции в мягких тканях; септический сустав классифицируют также как поверхностный остеомиелит (остеохондрит);

1) тип (очаговый остеомиелит) – поражение корковой части кости и структур костномозгового канала. Однако, при этом типе поражения, кость

все еще устойчива, потому что инфекционный процесс не распространяется на весь диаметр кости;

IV тип (диффузный остеомиелит) – поражение всего диаметра кости с потерей стабильности; примером может служить инфицированный ложный сустав, остеомиелит после открытого многооскольчатого перелома.

Клиническая картина

Наиболее часто страдают длинные трубчатые кости 83-84%, плоские 8-10,5%, коротких трубчатых в 5-6,5%. По локализации процесса: бедренная (35-40%), плечевая (7-10%) из коротких трубчатых костей – кости стопы, из плоских – кости таза и верхней челюсти.

Выделяют **клинические формы острого гематогенного остеомиелита** (Т. П. Краснобаев, 1925):

3) С преобладанием местных симптомов.

☐ ***Септико-пиемическая с метастазами в костях и паренхиматозных органах.***

☐ ***Токсическая (адинамическая).***

Наиболее тяжелыми являются последние две (генерализованные) формы, клинические проявления токсической формы укладываются в сущность септического шока.

Общие симптомы

☐ спонтанная боль в пораженной конечности как следствие внутрикостной гипертензии – самый первый признак начинающегося воспаления костного мозга;

☐ лихорадка;

☐ симптомы интоксикации.

Местные симптомы

1. локальная болезненность;
2. отечность мягких тканей;
3. расширение вен подкожной клетчатки над пораженным сегментом;
4. лимфаденит;
5. сгибательная контрактура, особенно при поражении головки и шейки бедра;
6. гиперемия кожи и флюктуация, особенно в более поздних стадиях.

Диагностика

Лабораторная диагностика

☐ Общий анализ крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, увеличение СОЭ, гипохромная анемия.

- ☐ Общий анализ мочи: уменьшение удельного веса мочи, появление эритро-цитов, лейкоцитов, протеинурия, цилиндрурия.
- ☐ Гипопротеинемия, гипоальбуминемия, повышения α_1 и α_2 глобулинов.
- ☐ Коагулопатия.
- ☐ Бактериологическое исследование отделяемого из костномозгового канала.

Инструментальная диагностика

2. Рентгенологический метод.

Признаки остеомиелита:

- ✓ периостальная реакция в виде мало-контрастной линейной тени (2 неделя);
- ✓ очаги деструкции и перифокального остеосклероза (2-3 неделя);
- ✓ секвестрация (2-4 месяц).

3. Денситометрия: метод основан на свойстве минеральных веществ кости в различной степени поглощать рентгеновские лучи в зависимости от их атомной массы. Основными составляющими костной ткани являются кальций и фосфор, обладающие высокой атомной массой. На начальной стадии острого гематогенного остеомиелита происходит деминерализация кости, что выявляется данным мето-дом.

☐ **Компьютерная томография.** Позволяет визуализировать мелкие очаги де-струкции, определить протяженность и глубину поражения костной ткани.

☐ **Сцинтиграфия.** Позволяет рано диагностировать заболевание (1-я неделя) Радиоизотоп технеция, введенный внутривенно, накапливается в не пораженных участках костной ткани.

Дифференциальный диагноз

Проводится со следующими заболеваниями:

4. Опухоли, исходящие из костной ткани: остеогенная саркома (саркома Юин-га), костные кисты.
5. Туберкулез.
6. Ревматизм.
7. Врожденный и приобретенный сифилис.
8. Гнойные процессы мягких тканей.

Лечение

Наиболее эффективно лечение острого гематогенного остеомиелита, начатое в первые сутки от начала заболевания, так как сосуды кости еще не полностью сдавлены, что позволяет транспорт антибактериального препарата к очагу воспале-ния и своевременно снять внутрикостную гипертензию.

Принципы лечения (Краснобаев Т. П. 1925)

- ☐ Непосредственное воздействие на возбудителя заболевания.
- ☐ Повышение резистентности организма к инфекционному началу.
- ☐ Лечение местного очага.

Основные направления медикаментозного лечения

- 5. снятие интоксикации;
- 6. устранение или уменьшение острых нарушений жизненно важных функций органов и систем;
- 7. профилактика и лечение ДВС-синдрома;
- 8. стимуляция метаболических процессов;
- 9. повышение иммунорезистентности организма.

✓ **Диета** – богатое белками питание, при адинамической форме возможно парентеральное питание.

✓ **Режим** – ограничение нагрузки на пораженный сегмент конечности.

✓ **Иммобилизация конечности.**

✓ **Антибактериальная терапия** - назначается с момента установления диагноза. Выбор антимикробных препаратов:

Дети: препараты выбора: оксациллин, цефазолин. Альтернативные препараты: линкозамиды, ванкомицин.

Если по результатам микроскопии в патологическом материале обнаружены грамотрицательные бактерии, добавляют цефтриаксон или цефотаксим.

Длительность терапии: не менее 3 недель.

Взрослые: препараты выбора: оксациллин, цефазолин. Альтернативные препараты: линкозамиды, ко-тримоксазол, ванкомицин, линезолид.

Остеомиелит позвоночника: препараты выбора: в/в оксациллин или цефазолин + аминогликозид или фторхинолон. Альтернативные препараты: ципрофлоксацин + рифампицин.

6. тяжелых случаях острого гематогенного остеомиелита, особенно при генерализованных формах назначают комбинации 2-3 антибиотика. Смена препаратов происходит через 7-10 дней. Курс может достигать до 1,5 месяца.

Путь введения препаратов только внутривенный, возможно внутрикостное введение с помощью специальных игл и аппаратуры.

✓ **Иммунотерапия:**

Неспецифическая (пентоксил, оротат калия и др.);

✓ Специфическая:

активная иммунизация (анатоксин, вакцина);

- ✓ пассивная иммунизация (плазма, γ -глобулины);
- ✓ Иммуномодуляторы (тималин, тимоген, Т-активин и др.).

Дезинтоксикационная терапия:

- ✓ введение растворов кристаллоидов;
- ✓ форсированный диурез;

экстракорпоральные методы детоксикации.

Оперативное лечение острого гематогенного остеомиелита

Показанием к оперативному лечению будет являться неэффективность консервативной терапии:

- ✎ нарастание симптомов интоксикации (ухудшение состояния пациента, нарастание лейкоцитоза, температуры тела);
- ✎ параоссальная флегмона, флегмона костного мозга.

Виды операций

✎ **Остеоперфорация.** Приводит к декомпрессии и улучшению кровообращения в костномозговом канале, и, следовательно, к лучшему контакту антибиотика с микрофлорой; выполняется с помощью фрезы. Производятся фрезевые отверстия в диафизе кости, эвакуируется гной, устанавливается промывная система.

✎ **Периостотомия.** Простое рассечение надкостницы без вскрытия костно-мозгового канала. Приводит лишь к стиханию острых явлений, и не может полностью снять давление в костном мозге, из-за чего большинство хирургов в настоящее время эту операцию не используют. Показанием является поднадкостничный абсцесс.

✎ **Разрез мягких тканей.** Применяется при межмышечной и параоссальной флегмонах.

✎ **Пункционное лечение.** Обеспечивает высокую концентрацию антибиотика в очаге внутрикостного воспаления. После пункции кости измеряется внутрикостное

давление, содержимое эвакуируется, через нижнюю иглу капельно вводятся антибиотики. Используют от 1-ой до 2-х и более игл. Метод показан лишь в ранних стадиях заболевания (первые 2-е суток) у детей в возрасте до 4-6 лет, у которых легко пунктировать кость, а при введении 2-х игл можно достичь ее декомпрессии.

Наиболее рациональным и широко применяемым методом является остеоперфорация. В последние годы широко применяются лазерная остеоперфорация, а в послеоперационном периоде ультразвуковая обработка ран, озонотерапия.

Оперативное лечение хронического остеомиелита

Критерии подготовленности больного к операции:

- ✓ улучшение самочувствия;
- ✓ увеличение массы тела;
- ✓ нормализация температуры;
- ✓ исчезновение отеков вокруг свища;
- ✓ прекращение гнойного отделяемого из свища;
- ✓ нормализация лабораторных данных.

При определении сроков оперативного вмешательства рекомендуется выжи-дать до формирования секвестральной капсулы и четко выраженной демаркации секвестра. В среднем это продолжается от 3 до 6 месяцев.

Показания к операции:

- и повторные рецидивы заболевания;
- и длительно существующие свищи;
- и остеомиелитические полости, окруженные выраженным склерозом, кото-рые могут поддерживать гноетечение и существование свища;
- и сформированные секвестры;
- и очагово-некротические формы (абсцесс Броди);
- и гнойные затеки в мягких тканях.

Виды операций

Радикальные операции:

- секвестрнекрэктомия;
- резекция кости в пределах здоровых тканей (у детей не применяются).

Паллиативные операции:

- секвестрэктомия;
- вскрытие остеомиелитической флегмоны;
- иссечение свища.

Секвестрэктомия должна включать четыре момента:

- ☐ удаление из остеомиелитического очага некротических тканей, секвестров, гноя, грануляций;
- ☐ удаление склерозированной стенки секвестральной капсулы до появления четко кровоснабжаемых участков кости;
- ☐ вскрытие костномозгового канала и раскрытие его просвета ниже и выше очага поражения;
- ☐ обработка остаточной полости с пластикой.

Хирургия замещения костных полостей включает в себя три направления:

- пломбировка – приводит к замещению пломбы рубцовой или костной тка-нью, на современном этапе;
- ☐ замещение свободными ауто- (аутокость) и аллогенными тканями;
- ☐ пластика кровоснабжаемыми тканями на питающей или сосудистой ножке (мышечная пластика).

Тактика хирургического лечения хронического остеомиелита заключается в оперативном вмешательстве, произведенном после стихания острых явлений в кости и параоссальных тканях, формирования секвестральной капсулы и наружно-го гнояного свища. Только в этом случае можно добиться хороших результатов, не создавая предпосылок для дальнейшего распространения остеомиелитического процесса.

М а с т и т

Мастит – воспаление паренхимы и интерстиции молочной железы.

Анатомия и гистология

Молочная железа окружена капсулой, образованной грудной фасцией, кото-рая у верхнего края молочной железы делится на два листка. От капсулы отходят соединительно-тканые перегородки, которые делят молочную железу на доли (в среднем 15-25 долей). Каждая из них представляет собой сложную альвеолярную железу с долевым млечным протоком, открывающимся на вершине соска. Перед выходом на сосок протоки расширяются и образуют млечные синусы, в которых скапливается молоко, образованное в альвеолах.

Между фасцией большой грудной мышцы и капсулой задней поверхности молочной железы находится ретромаммарное пространство, в котором при деструктивном процессе в молочной железе может скапливаться гной. 80-85 % случаев острого мастита встречаются в послеродовом периоде у кормящих женщин. Частота возникновения послеродового мастита колеблется от 1,5-3 до 6-20% по отношению к числу родов. Обычно мастит развивается в одной железе, реже - в двух.

Этиология

Основным возбудителем мастита в настоящее время является стафилококк. Однако в отдельных случаях из гноя при мастите выделяют стрептококк, кишеч-ную палочку, синегнойную палочку.

Патогенез

Пути проникновения инфекции:

1. лактогенный (наиболее частый);
2. лимфогенный;
3. гематогенный.

Входными воротами инфекции чаще всего являются трещины сосков. Особенностью стрептококка является его склонность проникать в толщу молочной железы через поврежденный эпителий по лимфатическим путям (распо-ложенным в междольковой соединительной ткани), вызывая лимфангит, интер-стициальный мастит, который затем захватывает паренхиму железы.

Распространение же стафилококка в толщину молочной железы, как правило, происходит по молочным протокам.

Классификация

1. По течению

процесса: -

острый;

- хронический (гнойный, негнойный).

2. По степени распространенности воспалительного

процесса: - паренхиматозный; - интерстициальный; -

алактофорит;

4. ареолит.

1. По характеру

течения: - серозный

(начальный); - острый

инфильтративный; -

абсцедирующий; -

флегмонозный; -

гангренозный.

2. По локализации

абсцессов: - в подкожной

клетчатке; -

субареолярно; -

интрамаммарно; -

ретромаммарно.

Клиническая картина

Воспалительному процессу в молочной железе часто предшествует застой молока, при этом появляется чувство тяжести и напряжения в железе, которое постепенно усиливается. Такое состояние может продолжаться 1-3 дня и заканчиваться либо выздоровлением, либо прогрессированием заболевания и переходом в серозную фазу воспаления. При этом появляются озноб, потливость, слабость, повышение температура тела до 38-40°C, резкая боль в молочной железе. Железа увеличена, напряжена, резко болезненна при пальпации. Кожа над ней блестящая, напряженная, гиперемированная.

При отсутствии или неправильном лечении через 2-3 дня начальная форма мастита может перейти в **инфильтративную**, которая характеризуется большей выраженностью клинических признаков воспаления, тяжестью общего состояния больной. При пальпации железы более четко определяется воспалительный инфильтрат с гиперемией кожи над ним.

При переходе заболевания в стадию **абсцедирования** усиливаются явления интоксикации, температурная кривая принимает гектический

характер. Гиперемия кожи над пораженной железой усиливается, подкожные вены расширяются. При пальпации определяется ограничение инфильтрата, флюктуация в одном из его участков, что свидетельствует об образовании абсцесса.

Флегмонозная фаза мастита характеризуется ухудшением состояния больной. Усиливается озноб, температура тела достигает 40°C, резко выражена интоксикация. Молочная железа увеличена, кожа над ней отечная, блестящая, гиперемизованная, наблюдаются явления лимфангита и регионарного лимфаденита. Инфильтрат без четких границ, занимает большую часть или всю железу.

Гангренозная форма мастита встречается крайне редко и протекает тяжелее остальных форм. В основе ее нередко лежит тромбоз, длительный функциональный стаз в сосудах железы либо вирулентный патогенный стафилококк. Состояние больных крайне тяжелое, температура повышается до 40-41°C, пульс учащается до 120-130 в минуту. Молочная железа резко увеличена, кожа над ней отечная, пузырьками, наполненными геморрагическим содержимым с участками некроза. Отечность распространяется на окружающие ткани.

Лечение

Лечение зависит от формы острого мастита.

Консервативное лечение

Показания: застой молока, серозный и инфильтративный мастит.

- Возвышенное положение, активное сцеживание пораженной молочной железы.
- Кормление из здоровой молочной железы при одностороннем поражении, при двустороннем - в зависимости от результатов посева молока.
- Физиотерапевтические процедуры (магнитное поле ВЧ, УВЧ в слаботепловой дозировке, УЗ - при серозном мастите).
- Ретромаммарная новокаиновая блокада по А. А. Вишневскому.
- Дезинтоксикационная терапия.
- Антибактериальная терапия должна начинаться сразу после установления диагноза.

При отсутствии признаков абсцесса применяются как пероральные, так и парентеральные препараты.

Препараты выбора: оксациллин или цефазолин.

Альтернативные препараты: линкозамиды внутрь (линкомицин или клиндамицин), амоксициллин/клавуланат.

Кормление грудью можно продолжать (при применении оксациллина и цефазолина) или проводить полноценное сцеживание. Частота

опорожнения поражен-ной молочной железы должна быть увеличена. Местно применяется холод и поддерживающий бюстгальтер.

При развитии абсцесса антибактериальные препараты назначаются только парентерально, параллельно с хирургическим дренированием абсцесса.

Препараты выбора: оксациллин или цефазолин. Альтернативные препараты: амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам или линкозамины.

При обнаружении MRSA - ванкомицин. Кормление грудью при абсцедировании запрещается и проводится терапия, направленная на устранение лактостаза. Длительность терапии: лечение можно завершить через 24-48 ч после клинического улучшения.

1) Иммунотерапия.

Оперативное лечение

Показания: при переходе воспалительного процесса в нагноение.

5) Пограничные методы, заключающиеся в опорожнении полости абсцесса при помощи маленьких разрезов или пункций с последующим введением в полость дренажей с целью активной аспирации или орошения лекарствами.

6) Разрез Барденгейера (по нижней переходной складке) - при ретромаммар-ных абсцессах

- Широкие и достаточно глубокие разрезы с иссечением некротических тканей, при необходимости – контрапертурные разрезы, дренирование – при диффузном поражении молочной железы.

- Полная хирургическая обработка гнойного очага (иссечение его в пределах здоровых тканей) – при локализованных, особенно хронических формах мастита.

Хронический мастит

III Хронический гнойный мастит развивается как следствие острого гнойного мастита, в основе лежит образование мелких абсцессов с выраженной индурацией окружающих тканей. Клинические проявления выражены нерезко: молочная железа увеличена, умеренно болезненна, при пальпации определяется плотный, неспаянный с кожей, малоболезненный инфильтрат.

III Плазмноклеточный мастит - в основе инфильтраты с большим количеством плазматических клеток вокруг млечных протоков. Начало подострое, появляются гиперемия, отек, болезненность кожи ближе к соску, через несколько дней эти явления стихают, а соответственно участку гиперемии остается плотный, болезненный, без четких границ инфильтрат.

и диагностике хронического мастита используется маммография, цитологи-ческое исследование пунктата.

Дифференциальный диагноз – с мастоподобной и рожеподобной формами рака.

Лечение – секторальная резекция молочной железы со срочным гистологиче-ским исследованием удаленных тканей.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

Классификация

Этиологические факторы

Выбор метода и техника выполнения операции в зависимости от вида

Хирургическая тактика

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить:

Сформулировать диагноз и его обосновать.

При осмотре пациента описать местный статус

При осмотре пациента провести дифференциальную диагностику

По данным истории болезни оценить результаты лабораторных тестов

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

Вопросы к рубежным контролям (тестовые вопросы или их аналоги, аналоги ситуационных задач):

Что называется острым остеомиелитом?

- 1) гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей;
- 2) гнойное воспаление суставной сумки;
- 3) туберкулезное поражение позвонков;
- 4) гнойное воспаление костного мозга;
- 5) специфическое воспаление костной ткани.

К ранним симптомам острого гематогенного остеомиелита относится все, кроме:

- 1) боли в конечности;
- 2) общего недомогания;
- 3) озноба;
- 4) высокой температуры;
- 5) флегмоны подкожной клетчатки.

Одним из мероприятий успешного лечения острого гематогенного остеомиелита является:

- 1) массаж конечности;
- 2) активные движения в суставах конечности;
- 3) скелетное вытяжение;
- 4) иммобилизация конечности гипсовой повязкой;
- 5) наложение согревающего компресса.

Какая операция не выполняется в ранние сроки при остром остеомиелите?

- 1) вскрытие флегмоны;
- 2) рассечение надкостницы;
- 3) трепанация костномозговой полости;
- 4) секвестрэктомия;
- 5) костная пластика.

Какое лечебное мероприятие противопоказано в ранней стадии гематогенного остеомиелита?

- 1) массаж, лечебная физкультура;
- 2) введение антибиотиков;

- 3) переливание крови;
- 4) введение витаминов;
- 5) создание функционального покоя пораженной области.

Какое осложнение не является характерным для острого гематогенного остеомиелита?

- 1) патологический перелом;
- 2) гангрена конечности;
- 3) сепсис;
- 4) поднадкостничный абсцесс;
- 5) межмышечная флегмона.

Для пломбировки секвестральной полости при хроническом остеомиелите не применяется:

- 1) хрящ;
- 2) подкожная жировая клетчатка;
- 3) спонгиозная масса кости;
- 4) мышца;
- 5) кровяной сгусток.

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ

Конспектирование учебника. Повторение пройденного теоретического материала. Работа с лекционным материалом - составление плана, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой

ОЦЕНИВАНИЕ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ (согласно БРС)

Посещение одного практического занятия – от 2 до 3 баллов с шагом 0,5 балла (в соответствии с п. 3.6). Количество баллов, полученных студентом за практическое занятие определяется преподавателем в зависимости от активности студента и проявленных им знаний по теме занятия. Студент, опоздавший на занятие, не может получить за это занятие более половины минимального количества баллов. Опозданием считается прибытие студента на занятие после его начала. Добор баллов путем отработок опозданий не допускается.

Доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы выполненные самостоятельно по заданию преподавателя или по инициативе студента оцениваются в 1-4 баллов. Количество баллов за доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы не может в течение семестра превышать 20. Тема доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы в случае представления материалов с отсутствием личного вклада обучающегося. Решение об отказе в этом случае принимается комиссионно с участием зав. кафедрой или ответственного за учебно-методическую работу на данном курсе. В случае использования кафедрой в дальнейшей работе материалов, предоставленных студентом, обязательна ссылка на авторство.

Рубежный (тематический) тестовый контроль по окончании дидактического модуля оценивается: Тестовый контроль написан неудовлетворительно - 0 баллов. Тестовый контроль написан удовлетворительно - 1 балл (правильно отвечено на два или три вопроса). Тестовый контроль написан хорошо или отлично - 2 балла (правильно отвечено на четыре вопроса или все вопросы).

Список литературы.

Учебники:

1. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
2. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
- 3) Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 /
Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
- 4) Хирургические болезни / Под ред. А.Ф. Черноусова Год издания: 2010
Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
- 12 Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
- 6) Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.
- 7) Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

Электронная база «Консультант студента»

- В Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Мерзликин Н.В.,
Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
- В Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и
доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
- В Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е
изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
- В Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И.
Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html>
- В Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>
- В Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко
А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420393.html>
- В История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-
Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
- В Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева,
А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>

Электронные базы данных

www.общество-хирургов.рф

www.bmj.com

www.consilium-medicum.com

www.medscape.com

www.pubmed.org

www.rmj.ru

Электронные учебные издания.

- 1.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
- 2.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. - Электрон. дан.. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
- 3.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. Вып. 5. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 4.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия желудка, двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников [Электронный ресурс]. Вып. 3. - Электрон. дан.. - М.: Кордис
• Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 5.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 6.Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.
- 7.Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.
- 8.Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Учебно-методическое пособие.

Чернядьев Сергей Александрович

Ушаков Алексей Александрович

Родионов Евгений Николаевич

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом ФГБОУ ВО УГМУ
Минздрава России

Технический редактор

Корректор

И сведения : дата сдачи в набор,

в печать (когда подписано),

Формат (60х90),

Бумага

Условных печатных листов

Тираж.заказ

Адрес редакции