

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Эпидемиология](#)

[этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

КРИТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РЕГИОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ОМЕРТВЕНИЕ ТКАНЕЙ

Мультимедийное учебное пособие
для внеаудиторной работы студентов медицинских вузов

Под общей редакцией профессора Белобородова В.А.
[Коллектив авторов](#)

Иркутск, 2010

Коллектив авторов



Редактор серии:

Заведующий кафедрой Общей хирургии с курсом урологии, доктор медицинских наук, профессор
Белобородов Владимир Анатольевич

Составители:

Заведующий кафедрой Общей хирургии с курсом урологии, доктор медицинских наук, профессор
Белобородов Владимир Анатольевич



Ассистент кафедры Общей хирургии с курсом урологии, кандидат медицинских наук
Цмайло Виктор Марьянович

Введение

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Более 300 заболеваний и синдромов, основой которых является пролонгированное во времени нарушение регионарного кровообращения, осложняются образованием трофических **язв** нижних конечностей вплоть до полной гибели тканей-**некроза**.

Врожденные и приобретенные заболевания сосудов, последствия травм, инфекций, общие заболевания и другие факторы широко распространены, их нередко очень сложно систематизировать ввиду огромного числа состояний, приводящих к развитию язвенного дефекта.

С.И. Спасокукоцкий писал в начале прошлого века **«Язвы голени представляют истинный крест хирургов по своему громадному упорству и трудности излечения»**. Однако и по сей день эта проблема не потеряла своей актуальности.

Терминология

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Пролежень (*decubitus*- декубитальная язва) – хроническая язва мягких тканей, возникающая у больных с нарушением чувствительности вследствие сдавления, трения или смещения кожи либо в результате сочетания этих факторов

Язва (*ulcus*) – дефект кожи или слизистой оболочки, для которого характерно хроническое течение без склонности к спонтанному заживлению либо периодическое рецидивирование

Некроз (от греч. *nekros* – мертвый) – местная гибель клеток, тканей или органов, развивающаяся в живом организме. В отдельных случаях это естественный процесс, однако чаще всего некроз тканей является следствием воздействия на них внешнихвнешних факторов или как исход различных патологическихпатологических процессов

Внешние факторы

- механические (размозжение, раздробление, раздавливание)
- физико-химические (высокие и низкие температуры, химические вещества)
- радиационные излучения
- токсические вещества (токсины бактерий)

Патологические процессы

Главной причиной гибели клеток в этом случае является нарушение питания тканей, связанное с нарушением в них кровообращения

- нарушение работы сердца
- патологическими изменениями в кровеносных сосудах (спазм, облитерация просвета, тромбоз, сдавление извне)
- нарушение химизма крови

Эпидемиология

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Эпидемиология](#)

[этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

Пролежни возникают от 2,7 до 29% госпитализированных больных, достигая 40-60% у пациентов, перенёсших позвоночно-спинномозговую травму.

В медико-профилактических учреждениях Англии пролежни образуются у 15-20% пациентов. Организация качественного ухода, которым занимаются специально обученные сиделки, позволяет снизить частоту этого осложнения до 8%.

При развитии пролежневых язв увеличивается продолжительность госпитализации, появляется потребность в дополнительных перевязочных и лекарственных средствах, инструментарии, оборудовании, в ряде случаев хирургическое лечение.

Помимо экономических затрат это тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом, возникновение инфекционных осложнений и неизменно высокая летальность от 21 до 88%

[Назад](#)

[Далее](#)

Эпидемиология

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Эпидемиология](#)

[этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

Среди многочисленных гнойно-некротических заболеваний нижних конечностей **трофические язвы** занимают особое положение ввиду их широкого распространения и сложности лечения.

В странах Европы и Северной Америки только **венозными язвами нижних конечностей** страдают 0,8-1,5% населения, а в возрасте старше 65 лет частота достигает 3,6%. Затраты, связанные с лечением язв, составляют 1-2% бюджета здравоохранения этих государств. Упорное, длительное течение заболевания, развитие осложнений часто приводит к утрате трудоспособности. Инвалидность устанавливают у 10-67% больных с язвами нижних конечностей.

О формировании язвы следует говорить в том случае, если кожный дефект не заживает в течение шести недель и более. Язвы более чем в 95% случаев расположены на нижних конечностях. Их появление на верхних конечностях, туловище и голове возникает значительно реже и обычно не связано с каким-либо сосудистым заболеванием.

[Далее](#)

Этиология и патогенез

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Наиболее часто **пролежни** встречаются у длительно обездвиженных больных, после перенесенной травмы, с онкологической и неврологической патологией, у лиц пожилого возраста с тяжелыми терапевтической патологией, а также у больных, длительно находящихся на лечении в ПИТиР. Факторы риска развития пролежней могут быть обратимыми и необратимыми, внутренними и внешними.

Язвы, образующиеся в результате пролежней, - это участки **некроза** тканей, возникающие у ослабленных лиц в результате компрессии собственным телом мягких тканей, непосредственно прилегающих к костным выступам. Продолжительное воздействие непрерывного давления приводит к ишемии тканей. Экспериментально и клинически установлено, что давление в 70 мм рт ст., оказываемое на ткани в течение двух часов и более, приводит к необратимым изменениям в тканях. Вместе с тем при периодическом действии давления даже большей силы поражение тканей бывает минимальным.

Совокупное действие сил давления, смещения и трения, а также повышенная влажность вызывают нарушения кровотока с развитием необратимой ишемии тканей и последующим некрозом. Прежде всего патологические изменения развиваются в мышцах, как наиболее чувствительной ткани к ишемии, и только затем распространяются к коже. Присоединение инфекции усугубляет тяжесть ишемии и способствует прогрессированию **некроза**

Далее

Факторы риска развития пролежней

Внутренние обратимые

- истощение
- ограниченная подвижность
- анемия
- пониженное питание
- недостаточное употребление аскорбиновой кислоты
- обезвоживание
- гипотензия
- недержание мочи и кала
- неврологические расстройства
- нарушения периферического кровообращения
- истонченная кожа
- беспокойство
- спутанное сознание и кома

Внешние обратимые

- плохой гигиенический уход
- складки на постельном и нательном белье
- поручни кровати
- травмы позвоночника, костей таза и органов брюшной полости
- применение цитостатиков и глюкокортикоидных гормонов
- неправильная техника перемещения пациента в кровати
- хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 часов

Классификация

Главная

Введение



по динамике местных изменений пролежневой ЯЗВЫ

Терминология

Эпидемиология



по размерам

этиопатогенез



по механизму возникновения

Классификация



по локализации

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

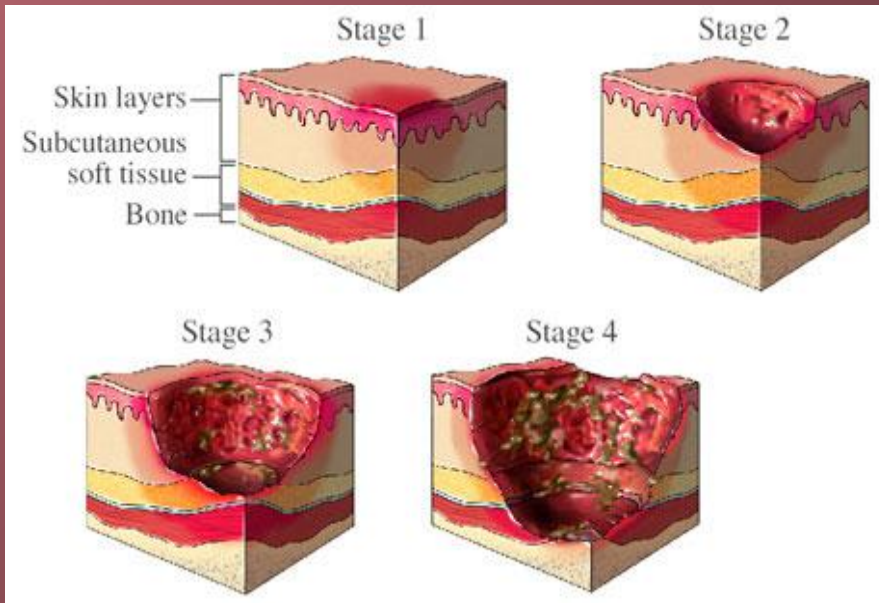
Прогноз

Контроль знаний

Литература

Далее

По динамике местных изменений



- I степень (stage 1) – эритема, не распространяющаяся на здоровые участки кожи; повреждение предшествующее язвообразованию
- II степень (stage 2) – частичное уменьшение толщины кожи, связанное с повреждением эпидермиса или дермы; поверхностная язва в виде ссадины, пузыря или неглубокого кратера

- III степень (stage 3) – полная потеря толщины кожи вследствие повреждения или некроза тканей, располагающихся под ней, но не глубже фасции
- IV степень (stage 4) – полная потеря толщины кожи с некрозом или разрушением мышц, костей и других опорных структур (сухожилия, связки, капсула сустава)

- **свищевая форма** – небольшой дефект кожи со значительной глубиной расположенной полостью; часто сопровождается остеомиелитом подлежащей кости
- **небольшой пролежень** – диаметр менее 5 см
- **средний пролежень** – диаметр от 5 до 10 см
- **большой пролежень** – диаметр от 10 до 15 см
- **гигантский пролежень** – диаметр более 15 см

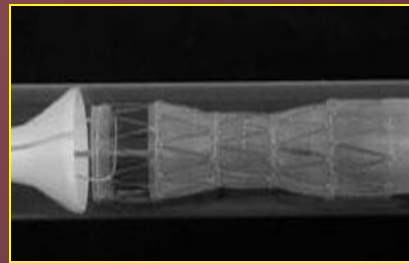
По механизму возникновения

- **экзогенные** – развиваются в результате длительного и интенсивного воздействия внешних механических факторов, приводящих к ишемии и некрозу тканей (например, пролежень в результате сдавления тканей гипсовой повязкой или пролежень у больного, находящегося длительно в неподвижном положении)
- **эндогенные** – развиваются из-за нарушения жизнедеятельности организма, сопровождающегося нейротрофическими изменениями тканей в результате заболеваний и повреждений центральной и периферической нервной системы (например, у больных со спинальной травмой и инсультом)
- **смешанные** – развиваются у больных, ослабленных и истощенных тяжелой болезнью, алиментарной кахексией.



По локализации

- **наружные** — развиваются в области кожных покровов
- **внутренние** — возникают на различных участках слизистых оболочек, подвергающихся длительной компрессии инородными телами (дренажи, катетеры, протезы и стенты)



и эндогенными образованиями (конкремент жёлчного пузыря).



Внутренние пролежни могут приводить к прободению стенки органа с развитием внутреннего **свища**, перитонита, флегмоны и других **осложнений**.

Клиника и диагностика

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

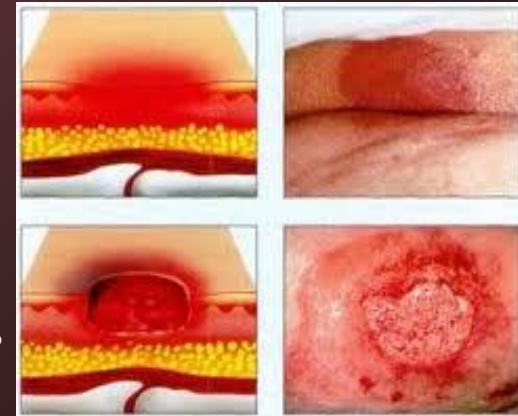
Контроль знаний

Литература

✓ **локализация** — Частота выявления местоположения пролежневых язв зависит от специализации клиники. В многопрофильных стационарах у подавляющего большинства больных пролежни образуются в области крестца, далее в области большого вертела, пяток и седалищных бугров. В более редких случаях декубитальная язва возникает в области лопаток, боковых поверхностей грудной клетки, костных выступов позвоночника, разгибательных поверхностях коленных суставов и на затылке. Множественные пролежни возникают в 20-25% случаев.

✓ **ранняя стадия** — бледность, цианоз, отечность кожи, в эпицентре появляется гиперимия. Жалобы на онемение и умеренную болезненность

✓ **поздняя стадия** - отслойка эпидермиса с образованием пузырей, далее возникает некроз кожи и глубжележащих тканей



Клинически пролежни протекают по типу сухого или влажного некроза (декубитальная гангрена) без или с развитием осложнений

Сухой некроз



Рана выглядит как плотный некротический струп с более или менее отчётливой линией демаркации нежизнеспособных тканей. Ввиду слабого болевого синдрома и невыраженной интоксикации общее состояние больного существенно не страдает

Влажный некроз (декубитальная гангрена)



Симптомы выраженной интоксикации - температура тела до 38-39 °С, ознобы, тахикардия, одышка, гипотензия.

В анализе крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ, прогрессирующая анемия, гипопротеинемия

Зона глубокой необратимой ишемии тканей не имеет чёткой границы, быстро прогрессирует, распространяясь не только на подкожную клетчатку, но и на фасции, мышцы, костные структуры. Окружающие ткани отёчны, гиперемированы или цианотичны, резко болезненны при пальпации. Из-под некрозов обильно поступает зловонное гнойное отделяемое серого цвета.

Клиника и диагностика

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Эпидемиология](#)

[этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

Осложнения пролежней утяжеляют состояние больных, ухудшают прогноз заболевания, в большинстве своём представляя реальную угрозу для жизни пациента. К ним относят:

- контактный остеомиелит подлежащей кости
- гнойный артрит и тендит
- аррозивное кровотечение
- малигнизацию
- флегмону
- сепсис

Принципы профилактики и лечения

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

В основе профилактики развития пролежней лежит адекватное лечение основного заболевания и местных нейротрофических расстройств. Предотвращение пролежней целиком зависит от квалифицированного лечения и тщательного ухода за больными. Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

- постоянной оценке риска развития пролежней
- своевременному началу выполнения всего комплекса профилактических мероприятий
- адекватной технике выполнения простых медицинских услуг по уходу

Шкала оценки степени риска развития пролежней (J. Waterlow, 1991)

Фактор риска	Баллы	Фактор риска	Баллы
Телосложение, отношение массы тела к росту		Подвижность	
Среднее	0	Подвижен	0
Выше среднего	1	Беспокоен, суетлив	1
Полное	2	Апатичен	2
Ниже среднего	3	Ограниченная подвижность	3
		Инертный	4
		Прикован к креслу, кровати	5
Состояние кожи	0	Аппетит	0
Здоровая	1	Средний	1
Истончённая	1	Плохой	2
Сухая	1	Зондовое энтеральное питание	2
Отёчная	1	Употребление только жидкости	3
Липкая (повышенная температура тела)	2	Анорексия	
Изменение цвета, пятнистая	3		
Поражённая, трещины			
Возраст и пол	1	Медикаментозное лечение	4
Мужской	2	Высокие дозы гормонов	4
Женский		Цитостатические препараты	4
		Противовоспалительные средства	4
14-49 лет	1	Особые факторы риска	
50-64 года	2	Состояние питания тканей	
64-74 года	3	Кахексия	8
75-80 лет	4	Сердечная недостаточность	5
Старше 81 года	5	Болезни периферических сосудов	5
		Анемия	2
		Курение	1
Недержание		Неврологические нарушения	
Катетеризированный или нормальный мочевой пузырь	0	Сахарный диабет, рассеянный склероз и др.	4
Редкие случаи недержания	1	Инсульт, паралич	6
Мочевой пузырь катетеризован, но есть недержание кала	2	Большие операции/травма	
Недержание мочи и кала	3	Позвочник, ниже уровня пояса	5
		Продолжительность более 2 ч	5

нет риска – 1-9 баллов;

есть риск – 10-14 баллов;

высокая степень риска - 15-19 баллов;

очень высокая степень риска – более 20 баллов

Многочисленные многоцентровые клинические исследования, основанные на принципах доказательной медицины, выявили основные мероприятия и процедуры, связанные с уходом за пациентом, реально позволяющие уменьшить давление на костные ткани и снизить риск развития пролежней.

Профилактические мероприятия и особенности ухода за пациентом регламентированы Приказом Минздрава России от 17.04.2002 № 123 («Протокол ведения больных. Пролежни»). Их должен выполнять сестринский персонал после специального обучения под контролем врача.

Основные мероприятия, позволяющие снизить риск развития пролежней

- ✓ Размещение пациента на функциональной кровати (поручни, устройство для приподнимания изголовья, высота кровати на уровне середины бёдер персонала);
- ✓ Выбор противопролежневого матраца зависит от степени риска развития пролежней и массы тела пациента;
- ✓ Постельное белье - хлопчатобумажное. Одеяло – легкое;
- ✓ Под уязвимые участки необходимо подкладывать валики и подушки из поролона;
- ✓ Изменение положение тела следует осуществлять каждые 2 часа, в том числе и в ночное время, по графику: положение Фовлера, Симса (на боку), на животе;
- ✓ Перемещение пациента осуществлять бережно, исключая трение и сдвиг тканей, используя подкладную простыню, с осмотром участков риска;
- ✓ Массаж всего тела, в том числе в зоне риска (в радиусе не менее 5 см от костного выступа), проводить с нанесением на кожу увлажняющего питательного крема;
- ✓ Мытье кожи производить без трения и кускового мыла, использовать жидкое мыло, тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями;
- ✓ Использовать специальные пеленки и подгузники, уменьшающие чрезмерную влажность.

Основные мероприятия, позволяющие снизить риск развития пролежней

- ✓ Максимально расширять активность пациента: обучить его самопомощи для уменьшения давления на точки опоры. Поощрять его изменять положение;
- ✓ При чрезмерном увлажнении кожи – подсушивать, используя присыпки без талька, при сухости – увлажнять кремом;
- ✓ Постоянно поддерживать комфортное состояние постели: стряхивать крошки, расправлять складки;
- ✓ Обучить пациента дыхательным упражнениям и поощрять его выполнять их каждые 2 часа;
- ✓ Диета должна содержать не менее 120 г белка и 500-1000 мг аскорбиновой кислоты в сутки. Суточный рацион должен быть достаточно калорийным для поддержания идеальной массы тела пациента;
- ✓ Научить родственников и других лиц правильно ухаживать за пациентом;

Адекватная **профилактика пролежней** позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более чем в 80% случаев

Принципы профилактики и лечения

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

При выборе стратегии лечения следует четко формулировать цели и решаемые задачи.

- На этапе **первичной реакции** целью служит защита кожных покровов;
- На этапе **некроза** – сокращение продолжительности этого этапа путём удаления некротических тканей, поддерживающих воспаление и интоксикацию;
- На этапе **образования грануляций** – создание условий, способствующих более быстрому развитию грануляций;
- На этапе **эпителизации** – ускорение дифференцировки молодой соединительной ткани и продукции эпителия

Показанием к назначению антибактериальной терапии служат пролежни любой стадии, сопровождающиеся ССВР и развитием гнойно-септических осложнений. Для местного лечения применяют весь арсенал перевязочных средств, с учетом стадии и течения раневого процесса.

В комплексном лечении широко используют полноценное энтеральное и парентеральное питание.

Основные принципы лечения на разных стадиях развития пролежневых язв

Стадия	Задачи лечения	Местная терапия	Другие виды лечения*	Хирургическое лечение
I	Защита кожных покровов от инфекции и дальнейшего воздействия повреждающих факторов	Туалет кожных покровов пеномоющими средствами: «Menalind» Прозрачные приклеивающиеся плёночные повязки: «Tegaderm», «Op-site», «Bioclusive», «Polyskin»	Физиотерапевтическое лечение: УФО	Не показано
II	Защита кожных покровов, предупреждение прогрессирования пролежня и инфекции	Прозрачные приклеивающиеся плёночные повязки Гидрогели: «АППОЛО», метрогил-желе, Introsite-Gel, Супрасорб-G, Hydrosorb, Гелебран, ВАП-гель Гидроколлоиды: гидрокол, супрасорб-Н, «Tegasorb» Полупроницаемые пенополиуретановые повязки: «Cutinova Plus», «Allevyn» Цинка гиалуронат (куриозин*)	Физиотерапевтическое лечение Антибактериальная терапия (при системной воспалительной реакции)	Вскрытие и удаление пузырей, поверхностных некрозов кожи
III-IV. Влажный некроз	Предупреждение прогрессирования некроза и инфекции, стимуляция отторжения некротизированных тканей	Мази на водорастворимой основе: левомеколь*, диоксиколь*, повидон-йод Дренирующие сорбенты: диатевин, диавин, колласорб, колладиасорб, гелевин, «Полисорб» Альгинаты: сорбалгон, супрасорб-А, альгисайт М Тендервет-24 Абсорбирующие раневые покрытия в виде гранул и порошков: крахмал, «Geliperm», «Duoderm» Антисептики: повидон-йод, йодопирон*, полигексанид Пены и аэрозоли: «Лифузоль», «Диоксизоль», «Нитазол»	Антибиотикотерапия Инфузионная дезинтоксикационная терапия Энтеральное и парентеральное питание	Некрэктомия предпочтительна после курса противовоспалительной терапии при формировании демаркации некроза. При прогрессировании декубитальной гангрены — срочная хирургическая обработка Некрэктомия
III-IV. Сухой некроз	Стимуляция аутолитических процессов, профилактика инвазивной инфекции	Гидрогели Окклюзионные и полукклюзионные повязки Антисептики Тендервет-24	Физиотерапевтическое лечение: фонофорез с антибиотиками	
III-IV. Гранулирующая рана	Создание условий для заживления раны во влажной среде	Биодеградируемые раневые покрытия на основе коллагена: «Дигиспон», «Альгипор*», «Коллахит», «Анишиспон» Альгинаты Гидрогели Цинка гиалуронат (куриозин*) Сетчатые атравматические раневые покрытия: «Воскобран», «Inadine», «Branolind», «Bactigrass», «Jelonet», «Betadine», «Atrauman» Клеточная терапия: культуры фибробластов, кератиноцитов, живой эквивалент кожи	Метаболическая терапия: нандролон (ретаболил*), актовегин* Общеукрепляющее лечение Физиотерапевтическое лечение: дарсонвализация, лазерное облучение, УВЧ-терапия	Кожная пластика

* Всем пациентам обязательно проведение профилактических противопролежневых мероприятий.

Принципы профилактики и лечения

Хирургическое лечение определяется стадией и размерами пролежня, наличием гнойно-септических осложнений

- В случае развития **влажного некроза** хирургическую обработку проводят по неотложным показаниям, что позволяет предупредить распространение гнилостной деструкции, снизить уровень интоксикации, добиться отграничения некроза;
- В **остальных случаях** некрэктомии должно предшествовать проведение противовоспалительной терапии, которая позволяет добиться демаркации некроза и купировать воспаление в окружающих тканях;

Методы дополнительной обработки пролежневых язв, находящихся в I фазе раневого процесса (ультразвуковая кавитация, лазерная абляция некрозов, применение пульсирующей струи антисептиков и вакуум-аспирация)

На современном этапе медицины приоритетом в лечении пролежневых язв должны стать хирургические методы с привлечением **пластических способов закрытия**

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Принципы профилактики и лечения

Показания к кожно-пластическим вмешательствам:

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

- обширные размеры пролежневой язвы, не позволяющие ожидать её спонтанного заживления;
- отсутствие положительной динамики (сокращение размеров на 30%) в заживление пролежневой язвы при проведении адекватной консервативной терапии в течении 6 мес и более;
- необходимость срочного проведения оперативных вмешательств, требующих санации очагов инфекции
- необходимость восполнения кожного дефекта васкуляризованными тканями для профилактики развития рецидива пролежня (применимо для спинальных и других малоподвижных пациентов)

Кожно-пластические вмешательства возможны при следующих условиях

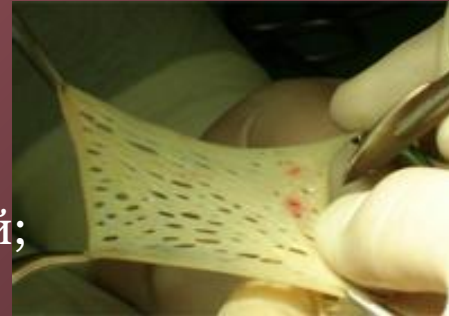
- стабильное общее состояние больного;
- стойкий переход раневого процесса во II фазу;
- возможность закрытия пролежневой язвы без чрезмерного натяжения тканей;
- возможность проведения адекватного послеоперационного лечения и ухода за больным;

Р.М. Линдер в 1990 г. сформулировал основные принципы хирургического лечения пролежней

- отсутствие признаков инфекции и воспаления в области пролежня и окружающих тканях;
- во время хирургического вмешательства больного укладывают таким образом, чтобы при ушивании раны обеспечить наибольшее натяжение тканей;
- все инфицированные, загрязнённые и рубцовые ткани в области пролежня следует удалить;
- в случае остеомиелита или необходимости уменьшения подлежащих костных выступов производят остеотомию;
- линия кожного разреза или формирования шва не должна проходить над костным выступом;
- образовавшийся после иссечения дефект заполняют хорошо васкуляризованной тканью, например кожно-фасциальным или кожно-мышечным лоскутом;
- для профилактики образования серомы рану дренируют закрытой вакуумной системой;
- после операции больного укладывают в положении, исключая давление на область раны;
- после операции назначают направленную антибактериальную терапию;

Виды кожно-пластических вмешательств при пролежнях

- ✓ аутодермопластика;
- ✓ пластика местными тканями с использованием:
 - простого смещения и ушивания тканей;
 - дозированного тканевого растяжения;
 - V-У пластики сдвижными кожно-мышечными лоскутами;
 - ротационных кожно-фасциальных и кожно-мышечных лоскутов;
 - островковых кожно-фасциальных или кожно-мышечных лоскутов на сосудистой (лоскут-артерия) или нервно-сосудистой ножке;
 - мостовидных (двустебельковых) кожных лоскутов;
- ✓ комбинированные методы кожной пластики;
- ✓ свободная пересадка на микрососудистых анастомозах;



Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Прогноз и исходы лечения **пролежней** связаны с основным заболеванием, на фоне которого развилась декубитальная язва.

У реанимационных больных, находящихся на ИВЛ, формирование язв адекватно отражает неблагоприятное течение основного заболевания с прогрессированием полиорганной дисфункции и служит плохим прогностическим признаком.

Прогноз закрытия язвы при наружных экзогенных пролежнях благоприятный, так как после устранения компрессии тканей и соответствующей терапии можно добиться излечения.

Прогноз при эндогенных и смешанных пролежнях обычно серьёзный. Развитие инвазивной инфекции уменьшает шансы на благоприятный исход.

Особенности этиопатогенеза отдельных видов трофических язв

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

- **венозные трофические язвы**— результат длительного, осложненного течения хронической венозной недостаточности на фоне варикозной или посттромбофлебитической болезни, сопровождаются распространенным липодерматосклерозом с частыми рецидивами дерматита, экземы, целлюлита
- **смешанные трофические язвы**— результат влияния нескольких этиологических факторов. Наиболее часто встречаются варианты, сочетающие в себе патологию артерий и вен, артерий и диабетической нейропатии, патологии вен и тяжёлой недостаточности кровообращения
- **гипертензионно-ишемические язвы (язвы Мартореля)**— у больных с тяжёлыми формами артериальной гипертензии в результате гиалиноза мелких артериальных стволов в коже нижних конечностей (нарушения микроциркуляции крови, повышение проницаемости сосудистой мембраны, локальный микротромбоз, некроз и язва)

Особенности этиопатогенеза отдельных видов трофических язв

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

- **артериальные язвы**— в основе критическая ишемия, которую определяют как артериальную недостаточность конечности, вследствие окклюзирующего поражения сосудов на финальных стадиях своего развития (в 90% случаев на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей и только в 10% на фоне облитерирующего тромбангиита)
- **диабетические язвы** (синдром диабетической стопы) – патологическое состояние стоп больного сахарным диабетом, которое возникает на фоне поражения периферических нервов, сосудов, кожи, костей и суставов и проявляется острыми и хроническими язвами, гнойно-некротическими и гангренозно-ишемическими процессами
- **нейротрофические язвы**— возникают у больных с нейропатической формой синдрома диабетической стопы, травмами ЦНС и периферических нервов, и сенсорной периферической нейропатией

Особенности этиопатогенеза отдельных видов трофических язв

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

- **пиогенные язвы**— длительно не заживающие кожные дефекты, возникшие после перенесённой осложнённой рожи, карбункула, абсцесса и флегмоны
- **трофические язвы при остеомиелите** - вариант посттравматических язв, глубокий дефект кожи и мягких тканей, этиологически связанный с очагом гнойной деструкции кости
- **язвы на фоне злокачественных новообразований**— возникают в результате распада и изъязвления опухолей кожи (меланома, базально-клеточный рак), злокачественных опухолей мягких тканей и костей (аденокарциномы молочной железы, фибросаркомы, рабдомисаркомы, остеосаркомы и др.), метастазов различных опухолей в кожу и подкожные лимфатические узлы

Классификация

Главная

В зависимости от глубины деструкции тканей

Введение

✓ I степень – поверхностная язва (эрозия) в пределах дермы

Терминология

✓ II степень – язва, достигающая подкожной клетчатки

Эпидемиология

✓ III степень – язва, проникающая до фасции или распространяющаяся на субфасциальные структуры (мышцы, сухожилия, связки, кости), пенетрирующая в полость суставной сумки, сустава или внутренние органы

этиопатогенез

Классификация

В зависимости от размеров различают язвы

Клиника и диагностика

✓ малые, площадью до 5 см²

Принципы лечения

✓ средние – от 5 до 20 см²

Прогноз

✓ большие – от 20 до 50 см²

Контроль знаний

✓ обширные (гигантские) – свыше 50 см²

Литература

Принципы лечения трофических язв

Факторы патогенеза	Основные лечебные мероприятия
Флебогипертензия	Постуральный дренаж, эластическая компрессия, склерооблитерация вен, различные способы венэктомии, эндоскопическая диссекция перфорантных вен
Нарушение артериального притока	Реконструктивно-восстановительные вмешательства на артериях, баллонная ангиопластика, стентирование
Лимфостаз	Постуральный дренаж, эластическая компрессия, пневмомассаж, лечебная физкультура, лимфодренирующие вмешательства (по показаниям)
Микроциркуляторные расстройства	Деагреганты (пентоксифиллин, тиклопидин, клопидогрел, декстран и др.), препараты простагландина E ₁ (алпростадил и др.), противоишемические препараты (актовегин)
Раневая инфекция	Системная антибактериальная терапия, местная терапия, соответствующая I фазе раневого процесса, гигиенический уход за язвой, по необходимости некрэктомия
Нарушения нервной чувствительности и проводимости	По возможности хирургическое восстановление нервной проводимости, назначение препаратов α-липоевой кислоты (тиоктовая кислота), поливитаминов, актовегина, м-холиномиметиков (прозерин*), лечебная физкультура и физиотерапия
Сдавление, трение, постоянная травматизация	Устранение травмирующего агента (снятие гипсовой повязки и др.), применение ортопедической обуви и стелек, противопролежневых матрацев и прокладок
Остеомиелит	Радикальная хирургическая обработка очага костной деструкции
Лейкоцитарная агрессия	Назначение неспецифических противовоспалительных препаратов (диклофенак), микронизированного диосмина (детралекс*)
Местная и общая сенсibilизация	Назначение антигистаминных препаратов (кальция хлорид, хлоропирамин, клемастин, прометазин, лоратадин и др.), системных глюкокортикоидов (преднизолон, дексаметазон, метилпреднизолон и др.)
Болевой синдром	Местная гипотермия (противопоказана при ишемии конечности), назначение ненаркотических и наркотических анальгетиков
Аутоиммунная агрессия	Системная кортикостероидная терапия, применение цитостатиков, иммуносупрессоров и иммуномодуляторов
Малигнизация	Оценивают возможность радикального оперативного вмешательства
Дерматит, экзема	Местно кортикостероиды и другие препараты, содержащие салицилаты (мази и лосьоны дипросалик*, белосалик* и др.)
Анемия, гиподиспротеинемия, кахексия	Гемотрансфузии (по показаниям), инфузии альбумина, аминокислот, сбалансированное энтеральное и парентеральное питание, назначение метаболических (ретаболил, актовегин и др.)
Недостаточность кровообращения, отечный синдром	Компенсация недостаточности кровообращения, ликвидация отеков (сердечные гликозиды, диуретики, антигипертензивные препараты и др.)
Язвенный дефект	Местная терапия, соответствующая II-III фазе раневого процесса, клеточная терапия (культуры фибробластов, кератиноцитов, живой эквивалент кожи и др.), в случае необходимости кожная пластика

Функции компрессионной повязки при язвенном поражении кожи

- ✓ защищать рану от загрязнения её микрофлорой;
- ✓ подавлять размножение микроорганизмов в зоне поражения;
- ✓ поддерживать основание язвы во влажном состоянии, предупреждая её высыхание;
- ✓ оказывать умеренное абсорбирующее действие, удалять избыток раневого отделяемого, которое в противном случае приводит к мацерации кожи;
- ✓ обеспечивать оптимальный газообмен раны;
- ✓ удаляться безболезненно, не травмируя ткани



Показания к хирургической обработке гнойно-некротического очага при трофической язве

- ✓ наличие обширных глубоких некрозов тканей, сохраняющихся в ране несмотря на адекватную антибактериальную и местную терапию;
- ✓ развитие острых гнойных осложнений, требующих срочного хирургического вмешательства (некротического целлюлита, фасциита, тендовагинита, гнойного артрита);
- ✓ необходимость удаления локальных некротических тканей, обычно резистентных к местной терапии (при некротическом тендините, фасциите, контактном остеомиелите);
- ✓ наличие обширного язвенного дефекта, требующего адекватного обезболивания и санации;

Противопоказанием служит ишемия тканей, которую наблюдают у больных с артериальными и смешанными язвами на фоне хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, сахарного диабета, у больных с застойной сердечной недостаточностью

Виды хирургических вмешательств

- ✓ Вмешательства, направленные на патогенетические механизмы язвообразования: уменьшение венозной гипертензии – флебэктомия, перевязка перфорантных вен, реваскуляризирующие – эндартерэктомия, шунтирование, ангиопластика, стентирование; нейрорафия; остеонекрэктомия
- ✓ Вмешательства непосредственно на трофической язве (кожная пластика)
- ✓ Комбинированные операции, сочетающие патогенетически направленные вмешательства и кожную пластику



Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Некроз (от греч. *Νεκρός* — мёртвый) — это патологический процесс, выражающийся в местной гибели ткани в живом организме в результате какого-либо экзо- или эндогенного её повреждения

Основные причины:

- ✓ высокие и низкие температуры
- ✓ химические вещества
- ✓ лучистая и электрическая энергия
- ✓ механическая травма

Некроз проявляется в набухании, денатурации и коагуляции цитоплазматических белков, разрушении клеточных органелл и, наконец, всей клетки. Наиболее частыми причинами некротического повреждения ткани являются: прекращение кровоснабжения и воздействие патогенными продуктами бактерий или вирусов

Этиопатогенез

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

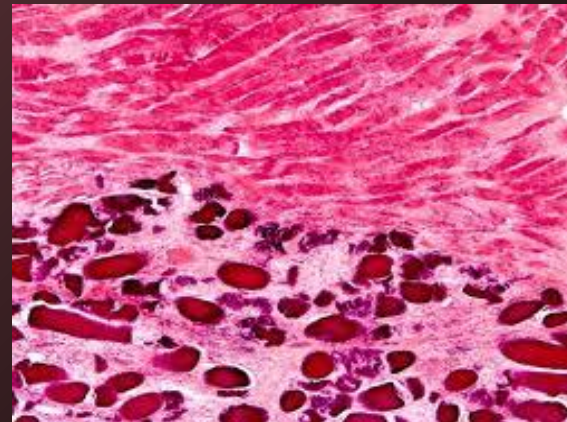
Контроль знаний

Литература

Первичный некроз — гибель тканей и органов в результате факторов внешнего воздействия



Вторичный некроз — обусловлен чаще всего расстройствами местного кровообращения вследствие тромбоза, эмболии, облитерации сосуда



Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Гангрена— одна из форм некроза, обусловленная первичным нарушением кровообращения с развитием омертвения тканей или всего органа

Внешние факторы:

- ✓ обширные раздавливания, размозжения тканей
- ✓ повреждения сосудов
- ✓ сдавление органа
- ✓ длительное нахождение жгута

Внутренние факторы:

- заворот кишки со сдавлением сосудов
- тромбозы и эмболии сосудов
- облитерирующий атеросклероз
- облитерирующий эндартериит
- острая и хроническая артериальная непроходимость

Классификация

Главная

Введение



по этиологии

Терминология



клинико-морфологическая

Эпидемиология



по механизму возникновения

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Далее

Классификация

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Эпидемиология](#)

[этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

- ✓ Травматический (первичный и вторичный)
- ✓ Токсигенный
- ✓ Трофоневротический
- ✓ Ишемический
- ✓ Аллергический

[назад](#)

Классификация

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Эпидемиология](#)

[этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

- ✓ Коагуляционный некроз (сухой)
- ✓ Колликвационный некроз (влажный)
- ✓ Казеозный некроз
- ✓ Секвестр
- ✓ Гангрена
- ✓ Инфаркт
- ✓ Пролежни

[назад](#)

Классификация

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Эпидемиология](#)

[этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

- ✓ Прямой (токсический, травматический)
- ✓ Непрямой (аллергический, трофоневротический, ишемический)



Клинические варианты

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Действие на ткани температуры выше 60° или ниже -15° приводит к ожогам, отморожениям. Крепкие кислоты, коагулируя белки клеток, вызывают **сухие коагуляционные некрозы**; крепкие щёлочи, растворяя белки и омыляя жиры, ведут к развитию **колликвационных некрозов** тканей.

Микробные токсины также могут приводить к некрозу клеток, тканей например, **газовая гангрена** конечности, гангренозный аппендицит и др.



Клинические варианты

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

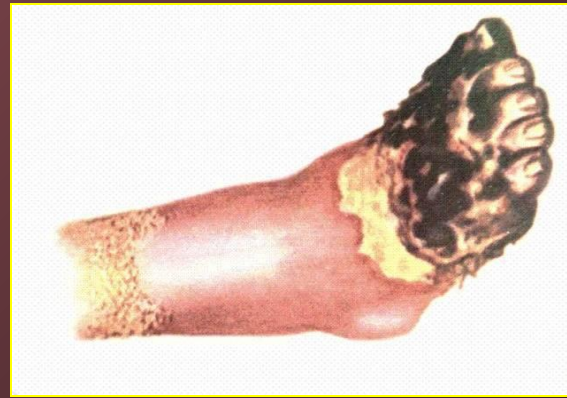
Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Ценкеровский (восковидный) некроз — сухой некроз мышц, при котором очаги имеют серо-жёлтый цвет с сальным блеском (сходство с воском). Наблюдается при брюшном, сыпном тифе, травмах, судорожных состояниях.



Диссеминированный некроз Гирголава — начальная фаза гангрены при тяжёлом обморожении; характеризуется наличием отдельных, ещё не слившихся между собой участков некроза, рассеянных (диссеминированных) в тканях.

Клинические варианты

Марантический некроз — развивается от длительного компрессионного сдавления тканей. Особенно выражен у истощённых больных, у которых он переходит в пролежни

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Эпидемиология](#)

[этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)



Клинические варианты

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Эпидемиология](#)

[этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

Гумматозный некроз — развивается в результате сифилиса. Гумма — гранулемное образование, чаще на коже лица, вызванное реакцией тканей на спирохет. Некротизированный центр окружён т. н. демаркационным воспалением, в центре гуммы — бесформенная масса расплавившихся тканей.



Принципы лечения

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Лечение некрозов проводится **местное** и **общее**, при этом существует принципиальное отличие в лечении сухих и влажных некрозов

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУХИХ НЕКРОЗОВ

I этап:

предупреждение развития инфекции и высушивание тканей:

- ✓ обработка кожи вокруг некроза антисептиками;
- ✓ подсушивание зоны некроза 5 % раствором перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантового зеленого.

II этап:

иссечение нежизнеспособных тканей – некрэктомия, которая проводится через 2-3 недели (когда образуется демаркационная линия) в зоне жизнеспособных тканей

Принципы лечения

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ СУХИХ НЕКРОЗОВ

Включает в себя лечение основного заболевания, т. е. причины некроза, что позволяет ограничить объем мертвых тканей. Поэтому по возможности проводится оперативное восстановление кровообращения и консервативная терапия, направленная на улучшение кровоснабжения. Для предупреждения инфекционных осложнений назначается антибактериальная терапия.

ВЛАЖНЫЕ НЕКРОЗЫ

Отличительная особенность влажного некроза - **развитие инфекции** и **тяжелая общая интоксикация**, поэтому лечение должно быть радикальным и энергичным.

На ранних стадиях лечения предпринимаются попытки перевести влажный некроз в сухой. Если это не удается, проводят **радикальную некрэктомию** - удаление части конечности в пределах здоровых тканей.

Принципы лечения

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЛАЖНЫХ НЕКРОЗОВ

- ✓ промывание раны 3 % раствором перекиси водорода;
- ✓ вскрытие затеков, карманов, использование разных методов дренирования;
- ✓ наложение повязок с растворами антисептиков (хлоргексидин, фурацилин, борная кислота);
- ✓ обязательная лечебная иммобилизация (гипсовые лонгеты).

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЛАЖНЫХ НЕКРОЗОВ

- ✓ антибактериальная терапия (введение антибиотиков внутривенно, внутриартериально)
- ✓ дезинтоксикационная терапия
- ✓ сосудистая терапия

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Принципы лечения

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОЗОВ

- ✓ средний срок, отведенный на перевод влажного некроза в сухой, составляет 1-2 суток, но в каждом случае решение принимается индивидуально
- ✓ если через несколько часов консервативное лечение оказывается неэффективным (прогрессирует воспаление, увеличивается зона некроза, нарастает интоксикация), необходима операция - единственное средство спасения жизни больного.
- ✓ перед операцией необходимо провести кратковременную (в течение 2 часов) предоперационную подготовку: инфузионная и антибактериальная терапия, затем оперировать пациента



Терминология

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Термин «**свищ**» (**фистула**) в словарях определяют как различной длины ненормальный трубчатый ход (канал) в тканях. В «Словаре русского языка» С.И. Ожегова медицинское понятие «свищ» определено как «Канал, образовавшийся или искусственно образованный в тканях организма (выходящий на поверхность тела или соединяющий полые органы между собой). Это можно считать классическим определением **сформированного (трубчатого) свища**».

Как подчеркивает в своей монографии, посвященной свищам, А.В. Мельников (1947), свищ кишечника – это:

- 1) Отверстие в стенке кишки
- 2) Впященное в соседние ткани и органы
- 3) Имеющее различной длины и ширины канал
- 4) Который открывается на коже или в трубчатый орган или заканчивается слепо в тканях

Кроме такого вида кишечных свищей в отдельную группу были выделены «**несформированные**» **свищи**, которые в процессе формирования способны стать трубчатыми.

Терминология

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

При **губовидном свище** слизистая оболочка кишки по всей окружности сращена с кожей, наподобие слизистой губ или анального канала.

К наиболее часто наблюдаемым губовидным свищам относится искусственно создаваемый противоестественный задний проход (**колостома**), являющийся не свищом в первоначальном классическом понимании этого термина, а соустьем.

Вместе с тем в обиход прочно вошли и стали как бы узаконенными и терминологические искажения противоположного характера. Так, **«гастростомой»**, **«подвесной энтеростомой»** стали именовать формируемые на резиновой трубке **желудочный и кишечный свищи**, имеющие трубчатый ход в мягких тканях и не являющиеся соустьем – стомой.

Трубчатые свищи тонкой и ободочной кишки в большинстве случаев способны заживать самостоятельно. Губовидный свищ может быть устранен только хирургическим путем.

Классификация

НАРУЖНЫЕ СВИЩИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ)

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

I. По локализации: 1) желудок; 2) двенадцатиперстная кишка; 3) тощая кишка; 4) подвздошная кишка; 5) слепая кишка; 6) восходящая кишка; 7) нисходящая кишка; 8) поперечная ободочная кишка; 9) сигмовидная кишка; 10) прямая кишка.

II. По морфологии: 1) губовидные; 2) трубчатые.

III. По степени сформированности.

а. Несформированные свищи: 1) свищ на ободочной петле, открывающийся в гнойную рану; 2) свищ, открывающийся в гнойную полость; 3) свищ, открывающийся в гранулирующую рану; 4) свищ, слизистая оболочка которого частично срослась с кожей.

б. Сформированные свищи.

IV. По функции: 1) полные свищи; 2) неполные свищи.

V. Смешанные свищи (и тонкой и толстой кишки).

Классификация

НАРУЖНЫЕ СВИЩИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ)

VI. Одиночные и множественные свищи (на одной петле, на разных петлях одного отдела кишечника).

VII. По осложнениям:

1. Местные осложнения: а) абсцессы, б) флегмоны, в) гнойные затеки, г) дерматит, д) выпадение слизистой, е) энтерит, колит, ж) кровотечение из свища.

2. Общие осложнения: а) нарушения водного, солевого, белкового обменов; б) почечная недостаточность; в) истощение.

VIII. По характеру «шпоры» («шпора» отмечается только при губовидных свищах): 1) «шпора» мягкая, не выстоит в свищевое отверстие; 2) шпора мягкая, выстоит в свищевое отверстие; 3) «шпора» ригидная, выстоит в свищевое отверстие.

IX. Фон, на котором развивается и протекает свищ: 1) перитонит; 2) остаточные гнойники брюшной полости; 3) частичная кишечная непроходимость; 4) эвентрация.

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Клиника и диагностика

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

- ✓ Основными проявлениями наружного свища является выделение из него кишечного содержимого и газов.
- ✓ Выделение из свища жидкости, ферментов, электролитов, неусвоенной пищи приводит к кахексии организма.
- ✓ При высоких тонкокишечных свищах быстро реализуется гипопроteinемия, гиповолемия, гипокалиемия.
- ✓ При толстокишечных свищах эти изменения менее выражены.
- ✓ Наличие гнойно-септических осложнений (воспалительные инфильтраты, абсцессы) обуславливает явления токсемии.



Клиника и диагностика

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература



Клинические признаки



Рентгенологические (положение свищевого хода и орган, с которым свищ сообщается)



Эндоскопические (гастроскопия, дуоденоскопия, интестиноскопия, колоноскопия позволяют установить локализацию свищевого хода, оценить выраженность воспалительного процесса в кишечной стенке, диагностировать опухоли)



Лабораторные

Принципы лечения

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

- ✓ При расстройствах водно-электролитного и белкового обмена, анемии требуется инфузионная терапия и парентеральное питание



- ✓ При мацерации кожи вокруг свища применяют пасту Лассара, цинковую мазь, специальный перевязочный материал и защитные пленки



Принципы лечения

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

- ✓ Для уменьшения количества отделяемого из кишки применяют различные obturatory и специальный пищевой режим



Принципы лечения

Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

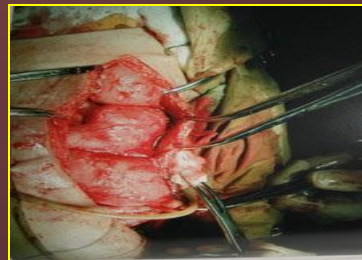
Прогноз

Контроль знаний

Литература



Операции, направленные на закрытие кишечного свища, производятся внебрюшинными и внутрибрюшинными методами, иногда в несколько этапов



Главная

Введение

Терминология

Эпидемиология

этиопатогенез

Классификация

Клиника и
диагностика

Принципы лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Основная литература

Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник для студентов мед. вузов (3-е издание).- М., изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2002. - 608 с., ил.

Петров С.В. Общая хирургия: учебник (2-е издание).- СПб, 2005. - 768 с., ил. - (Серия «Национальная медицинская библиотека»)

Уход за хирургическими больными: Учебное пособие для аудиторной работы студентов к практическому занятию по уходу за хирургическими больными / В.А. Агеенко, В.А. Белобородов, Е.А. Кельчевская, И.Ю. Олейников; под ред. Проф. В.А. Белобородова. - Иркутск: Тип. Иркутского гос. мед. ун-та, 2011. - 52 с.

Дополнительная литература

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - Т.1.-864 с.

Каншин Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит (хирургическое лечение) - М.: Профиль, 2007 - 160 с.