

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЛЕКЦИЙ

№	дата	Тема
<u>1.</u>		Вступительная лекция.
<u>2.</u>		Антисептика. Виды антисептики.
<u>3.</u>		Асептика. Источники хирургической инфекции. Методы профилактики.
<u>4.</u>		Обезболивание в хирургии. История вопроса. Ингаляционный и неингаляционный наркоз. Клиника наркоза.
<u>5.</u>		Местное обезболивание. Виды и методы проведения.
<u>6.</u>		Терминальные состояния. Принципы сердечно-легочной реанимации.
<u>7.</u>		Кровотечение. Классификация, клиника, диагностика. Временная и окончательная остановка кровотечения.
<u>8.</u>		Переливание крови. Донорство. Показания и противопоказания к переливанию крови. Ошибки и осложнения переливания крови.
<u>9.</u>		Травма и травматический шок. Классификация, клиника, лечение, профилактика.
<u>10.</u>		Переломы костей. Клиника, лечение, профилактика. Вывихи.
<u>11.</u>		Термические поражения. Классификация, клиника, принципы лечения.
<u>12.</u>		Основы клинической онкологии.
13.		Общие вопросы хирургической инфекции.
14.		Учение о ранах.
15.		Инфекция кожи и подкожной клетчатки. Мастит.
16.		Инфекция костей и суставов.
17.		Инфекция кисти и пальцев.
18.		Сепсис.

**Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом урологии**

**Инфекция кожи и
подкожной клетчатки.
Мастит.**

проф. Белобородов Владимир Анатольевич

ПЛАН ЛЕКЦИИ

- 1. Основные заболевания мягких тканей**
- 2. Принципы диагностики и лечения инфекций мягких тканей**
- 3. Мастит**
- 4. Основная литература**

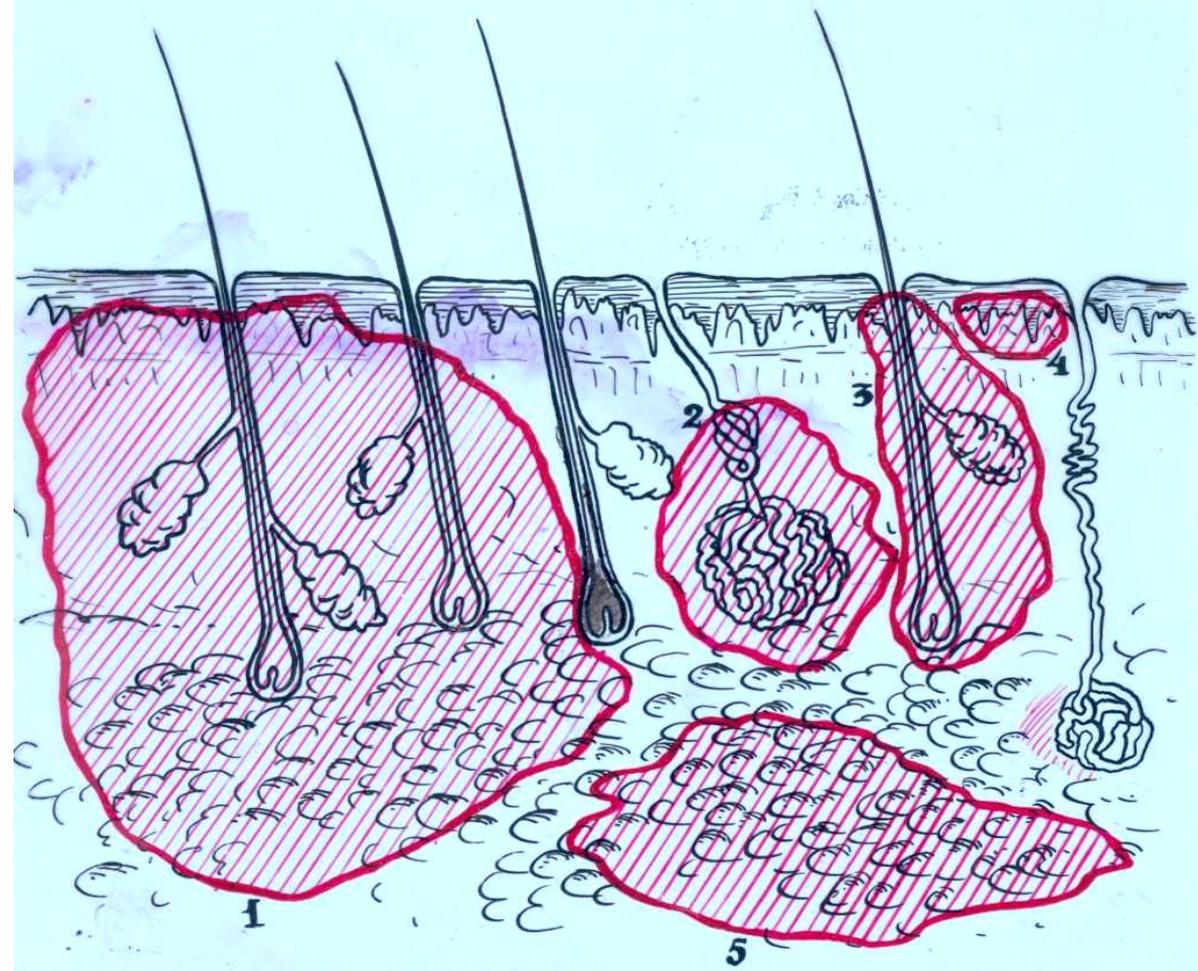
Нагноительные заболевания мягких тканей

Уровни поражения при хирургической инфекции

1. Уровень – поражение собственной кожи (фурункул, рожистое воспаление, эризипелоид).
2. Уровень – поражение подкожной клетчатки (карбункул, гидраденит, абсцесс, целлюлит).
3. Уровень – поражение поверхностной фасции (некротизирующий фасцит)
4. Уровень – поражение мышц и глубоких фасциальных структур.

Локализация острых гнойных процессов в коже и подкожной клетчатке.

Локализация гнойных процессов в коже и подкожной клетчатке.



- 1. карбункул
- 2. гидраденит
- 3. фурункул
- 4. рожистое воспаление
- 5. Флегмона подкожной клетчатки (целлюлит).
- 6. Абсцесс.

Мастит –

**воспаление паренхимы
и интерстиции
молочной железы.**

Различают лактационный
мастит (80-85%),
нелактационный мастит
(10-15%) и мастит
беременных (0,5-1%).

Этиология и патогенез лактационного мастита

Основными возбудителями острых лактационных маститов остаются гноеродные кокки, в основном, золотистый стафилококк (в монокультуре) (79,4-96,6%) и в ассоциации с другой микрофлорой.

Микрофлора, выделенная из гноя больных различными формами деструктивного лактационного мастита.

Форма гнойного лактационного мастита	Состав микрофлоры (%)				
	St.aureus в монокультуре	St.aureus в ассоциации с:			
		E.Coli	Proteus spp.	Ps.aeruginosa	Klebsiella enterobact.
Абсцедирующий	94,8	4,4	0,3	1,2	3,2
Узловой инфильтративно- гнойный	96,6	2,1	0,1	0,1	1,1
Диффузный инфильтративно- гнойный	90,3	5,6	0,6	0,5	3,0
Флегмонозный	83,3	10,4	2,7	1,3	2,3
Гангренозно- некротический	79,4	12,4	3,5	2,3 10	2,4

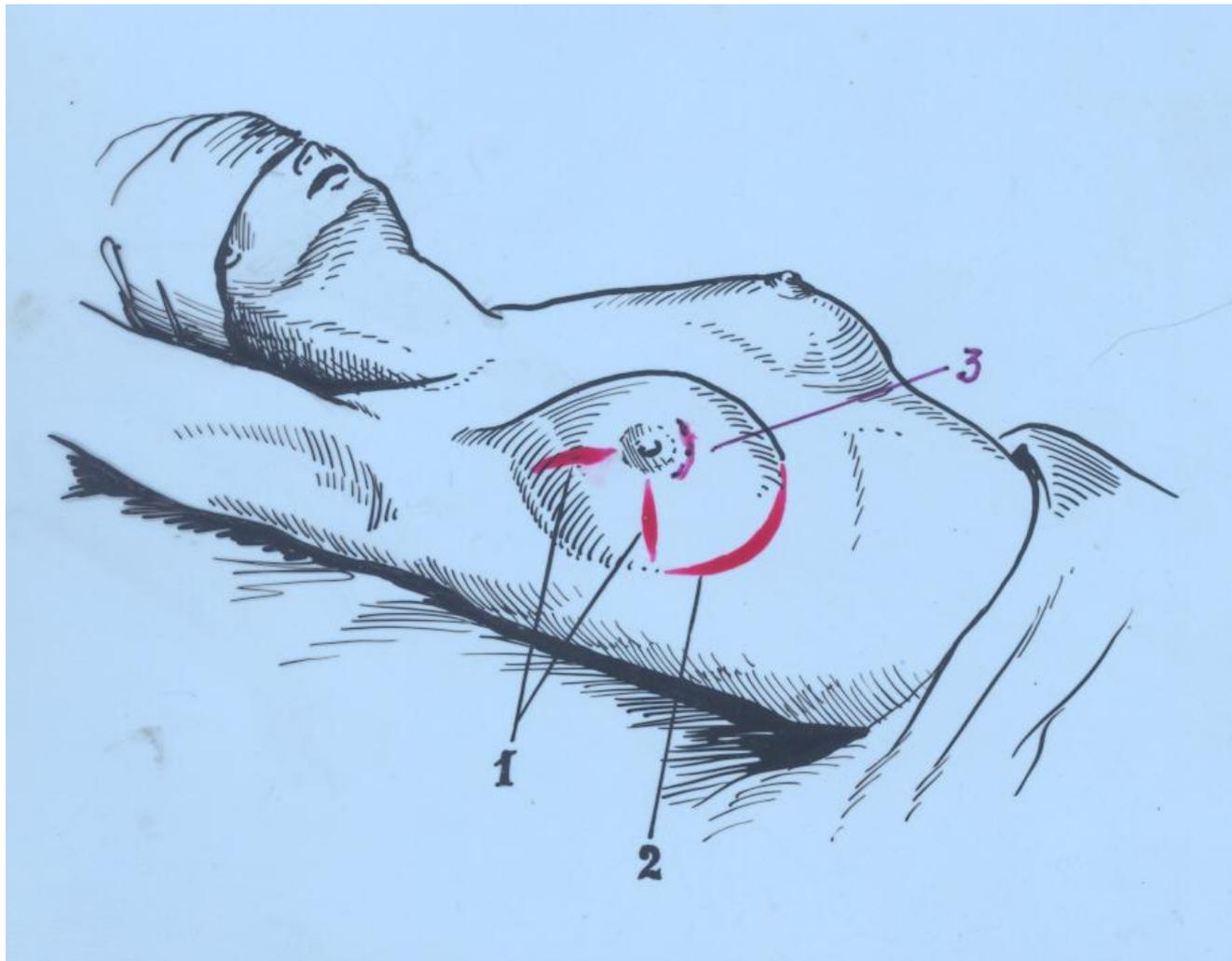


Рис. 2 Разрезы при мастите

1. разрез при интрамаммарном гнойнике с контрапертурой;
2. овальный разрез под железой при ретромаммарном гнойнике (по Барденгейеру);
3. параареолярный при субареолярном.

Большинство хирургов при интрамаммарном мастите используют радиальный разрез по Ангереру, при ретромаммарном – овальный разрез под железой (по Барденгейеру), при субареолярном абсцессе – параареолярный.

В последние годы при локализации гнойников в нижней половине железы или в ее боковых отделах (при субтотальных или тотальных поражениях) стали применять дугообразные разрезы в проекции нижнего полюса гнойника (разрез по Мостковому).

При радикальной операции выполняют иссечение нежизнеспособных и инфильтрированных тканей в пределах здоровых тканей, до появления капиллярного кровотечения.

По окончании операции гнойную рану обрабатывают пульсирующей струей, лучами лазера, низкочастотной ультразвуковой кавитацией и накладывают первичный шов в условиях постоянного аспирационного, проточного, аспирационно-проточного дренирования раны.

Первичный шов обычно рекомендуют накладывать у больных с ограниченными формами заболевания после радикальной хирургической обработки очага гнойной деструкции в объеме секторальной резекции железы.

При сомнении в жизнеспособности тканей раны первичный шов не накладывают. В подобной ситуации рекомендуется применять первично-отсроченные или ранние вторичные швы.

Большинство хирургов в лечении гнойного мастита в настоящее время придерживается тактики двухэтапного лечения.

На первом этапе выполняют радикальную ХОГО. При наличии нескольких интрамаммарных абсцессов каждый из них вскрывают отдельно. При показаниях накладывают контрапуртуры. Рану ведут открыто с применением мазей на водорастворимой основе, растворов иодофоров или дренирующих сарбентов назначают антибактериальную терапию. Ежедневно делают перевязки, контролируют и направляют в нужное русло раневой процесс.

Через 5-7 дней после операции, когда стойко купируются воспалительные изменения в ране, снижается ее обсемененность ниже критического уровня, полость частично заполняется грануляциями, выполняют второй этап операции – кожную пластику раны местными тканями. Остаточную полость ликвидируют наложением глубоких швов из рассасывающих нитей. Рану дренируют сквозным перфорированным дренажом, выведенным через контрапертуры. Дренаж подсоединяют к пневмоаспиратору, удаляют его обычно на 3 сутки. Рекомендуют рыхло дренировать и марлевыми дренажами с резиновыми полосками

Бактериологический спектр (НЛГМ) разнообразен:

- Бактерии семейства Enterobacteriaceae, *Pseudomonas aeruginosa* (20%);
- Неклостридиальная анаэробная инфекция в ассоциации с золотистым стафилококком.

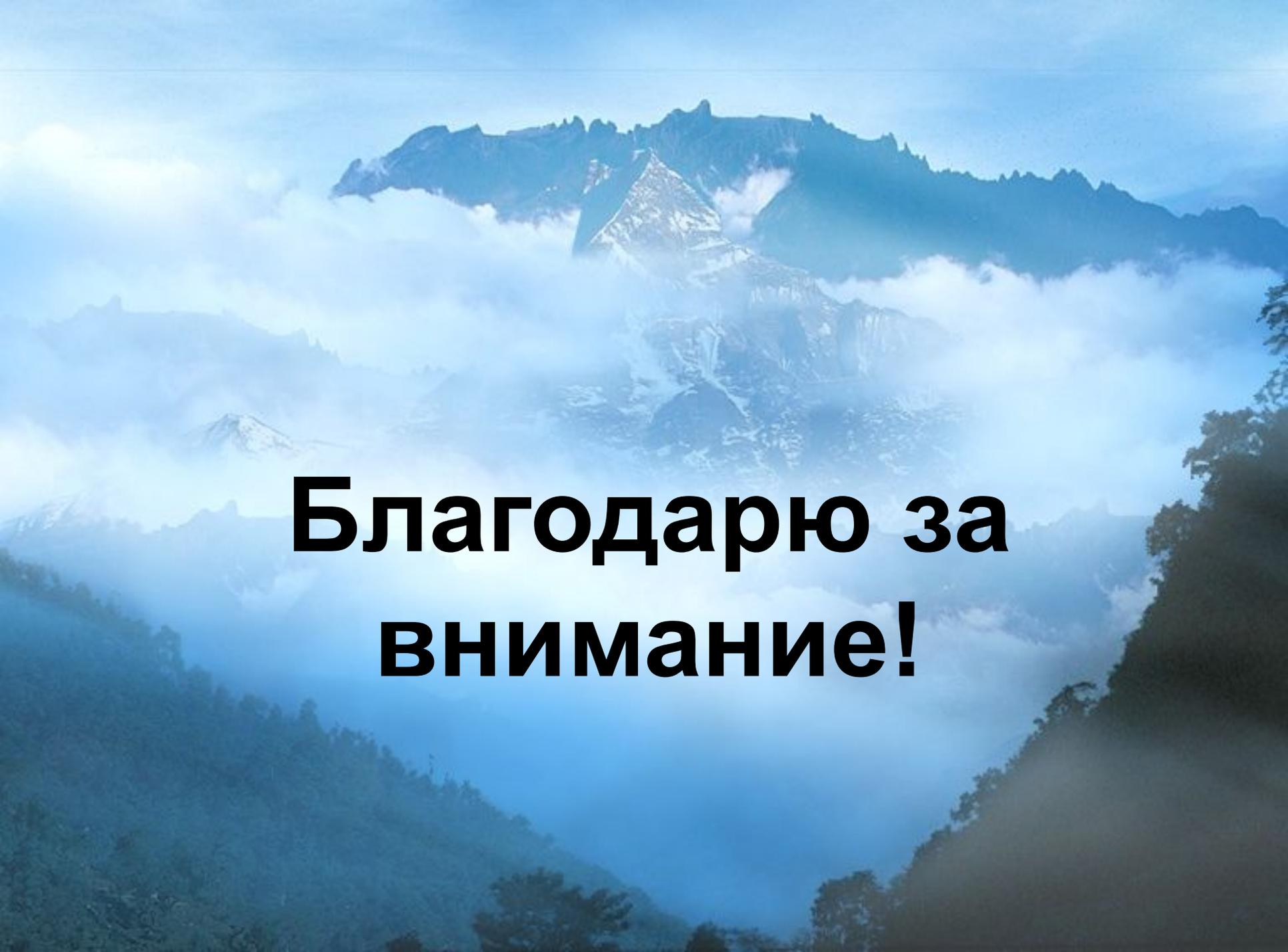
При НЛГМ клиника более стертая. УЗИ помогает выявить исходную патологию и фазу развития мастита.

Лечение только оперативное.

При нелактационном мастите на фоне фиброзно-кистозной мастопатии, фибро-аденомы выполняют секторальную ре-зекцию.

Во всех случаях мастита необходимо производить гистологическое исследование удаляемых тканей для исключения злокачественных новообразований и других заболеваний молочной железы.

«Хорошим можно назвать лишь такое лечение, при котором быстро ликвидируется гнойный процесс и сохраняется функциональная пригодность молочной железы» В.Ф. Войно-Ясенецкий (1946).



**Благодарю за
внимание!**

Список литературы

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М., 2012
2. Петров С.В. Общая хирургия. – СПб., 1999
3. Пальцев М.А., Н.М. Аничков Патологическая анатомия – М., 2000
4. Черезов А.Е. Общая теория рака: тканевой подход. – М., 1997.