

**Гнилостная инфекция.
Выполнили: Исрафилова
И.Г. Янтурина А.Д.**

Хирургическая инфекция —
это проникновение патогенных
микробов в организм и
реакция тканей на
внедрившиеся
микроорганизмы и их токсины.

Классификация хирургической инфекции



По этиологии выделяют следующие виды хирургической инфекции:

- бактериальная (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, неспороносные и спороносные, клостридиальные анаэробы и др.);
- вирусная;
- грибковая;
- микоплазмозы;
- обусловленная простейшими;
- смешанная;
- первичная, самостоятельная;
- вторичная, осложняющая течение основного патологического процесса;
- моноинфекция;
- дремлющая инфекция;
- полиинфекция;
- суперинфекция.

По клиническому течению и патолого-анатомическим изменениям в тканях выделяют хирургическую инфекцию:

1) острую (гнойная аэробная, анаэробная, гнилостная, специфическая);

2) хроническую (неспецифическая и специфическая).

По локализации различают хирургическую инфекцию:

а) органов и тканей (кожи, подкожной клетчатки, слизистых оболочек; клетчаточных пространств; лимфатических сосудов и узлов; кровеносных сосудов; синовиальных и серозных оболочек; мышц и сухожилий; костей и суставов; железистых органов);

б) систем органов (мозга и его оболочек; шеи; грудной стенки, плевры, легких, средостения; стенки живота, брюшины и органов брюшной полости; таза и его органов; верхних и нижних конечностей).

Под гнилостной инфекцией в клиническом смысле принято понимать выраженный гнилостный распад мертвых тканей раны, возникающий в результате развития определенных микроорганизмов.



Гнилостная инфекция
развивается чаще всего при
наличии более или менее
обширных очагов тканевого
некроза.

Стадии некроза

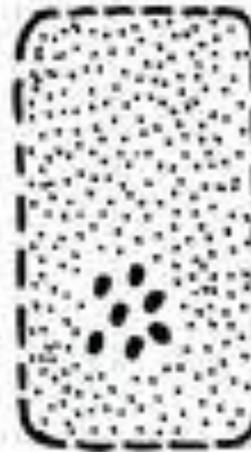
Промени в некротичната клетка



Норма



Кариопикноза



Кариорексис



Кариолизис



Она очень редко возникает самостоятельно, а обычно наслаивается на гноеродную или анаэробную инфекцию как в разгар болезни, так и в более поздние периоды.



Гнилостный распад иногда присоединяется к межмышечной флегмоне, абсцессу, пролежню, остеомиелиту и глубоким ожогам.

Этиология. Возбудителями гнилостной инфекции являются: *B. coli*, *B. pumilus*, *B. putrificum*, *B. sporogenes*, *Str. fecalis*, *Рг. vulgaris*, *B. gigas*, *B. emphysematicus* и др. Чаще всего выделяют *Рг. vulgaris*, *B. coli*, *Str. putrificus*.



Клиническая картина. Местные изменения в ране в этот период характеризуются тем, что некротизированные ткани, распадаясь, превращаются в зловонную массу темно-бурого цвета с небольшим количеством отделяемого.





Репаративные процессы прекращаются, появляется опасность возникновения вторичных кровотечений при расположении раны вблизи магистральных сосудов.

Если к основному процессу (гноеродной, анаэробной инфекции) присоединяется гнилостный распад мертвых тканей, состояние раненого ухудшается: усиливаются лихорадка и явления интоксикации, нарастает общая заторможенность, усугубляются обезвоженность организма и явления дистрофии, увеличивается гипопротеинемия.

От анаэробной неклостридиальной инфекции гнилостная инфекция отличается клинически более медленным распространением и отсутствием выраженного газообразования. Явное присутствие газа в тканях обычно указывают на смешанную инфекцию — гнилостную и анаэробную.

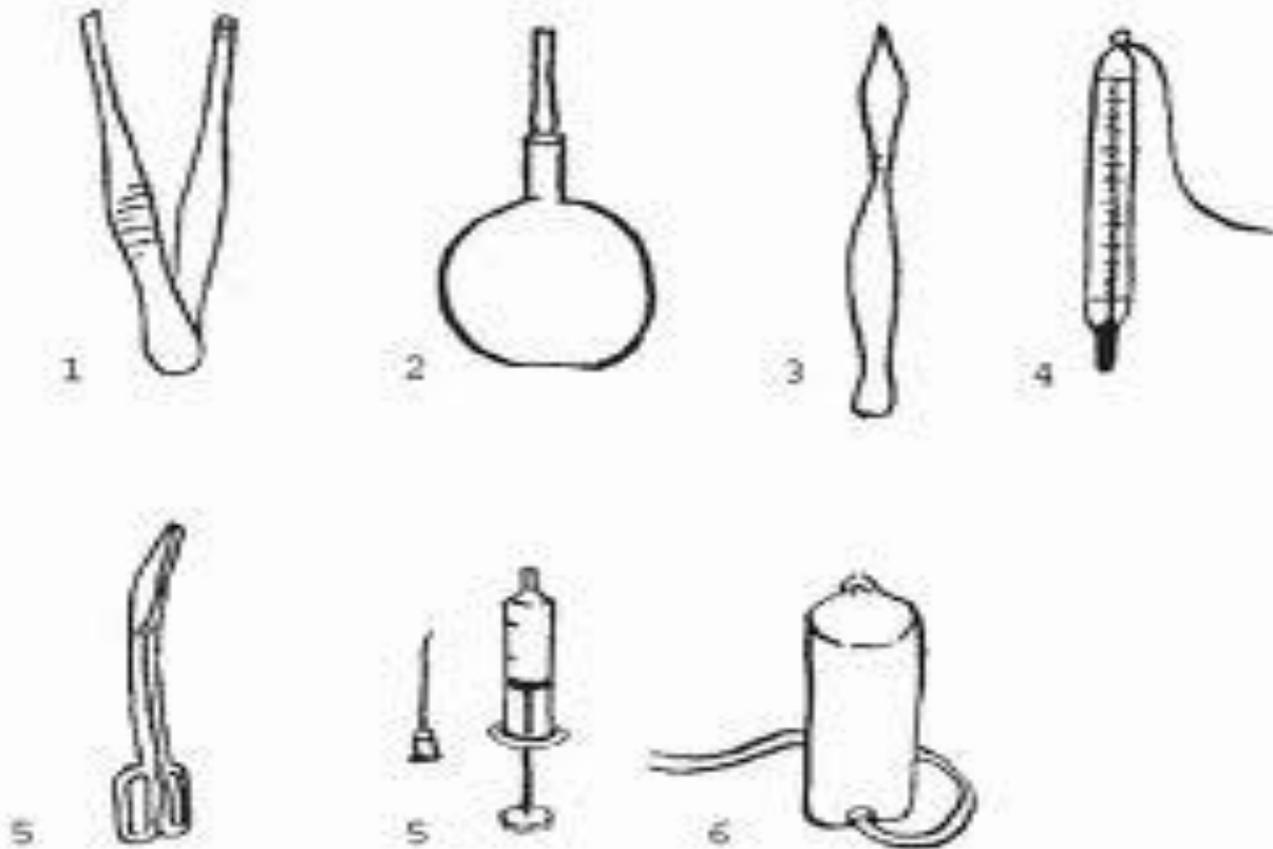


Лечение. Следует незамедлительно начать лечение и в первую очередь произвести радикальное иссечение нежизнеспособных тканей, устранение карманов и затеков, адекватное дренирование и длительное промывание ран .



Механическое вмешательство дополняют промыванием полости раны антисептиками, преимущественно окислителями и другими антимикробными растворами с последующим перманентным или фракционным орошением (промывкой) антисептиками.

Инструменты для орошения ран



Обязательно проводят общую антибиотикотерапию. Назначают полусинтетические препараты группы пенициллинов (ампициллин, амоксициллин и др.), аминогликозиды (гентамицин / канамицин), левомицетин (хлорамфеникол), клиндомицин, метронидазол, тиенам, мефоксин, полимиксин, ципрофлоксацин и его производные.

Проводят интенсивную дезинтоксикационную терапию (вводят лактат натрия, поливинилпирролидон и др.), энергоснабжающую терапию (10% раствор глюкозы, жировые эмульсии), назначают симптоматические средства, заместительную терапию.

Больным, особенно пожилого возраста, вводят сердечные гликозиды, витамины группы В и аскорбиновую кислоту, проводят оксигенацию легких, дыхательную гимнастику и т. д. В редких случаях при тяжелой гнилостной инфекции с развитием гангрены выполняют ампутацию пораженной конечности.



Прогноз. Благоприятный исход заболевания возможен только при своевременном начатом лечении. При прогрессировании гнилостного распада и распространении процесса за пределы первичной раны нередко показана ампутация. Но и она не всегда позволяет остановить развитие этих осложнений.



Спасибо за внимание!