

ПРЕЗЕНТАЦИЯ НА ТЕМУ

13. ХИРУГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ.

Виды. Фурункул. Фурункулез. Карбункул. Определение.
Клинические проявления. Принципы лечения. Действия медсестры

Выполнила студентка гр. 30 СД17
Журавлева Т.Р.

x

Саров 2019г.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

Это инфекционный процесс, возникающий в организме животного на месте внедрения микроорганизмов или вирусов и протекающий в виде местной или общей инфекционной болезни, при котором наилучший лечебный и профилактический эффект достигается хирургическими методами в сочетании с антимикробными и патогенными средствами.

По этиологическому фактору:

- * неспецифическая гнойная (аэробная)
- * анаэробная
- * гнилостная
- * специфическая

По клиническому течению:

- * острая
- * хроническая

По распространенности:

- * общая
- * местная

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

Наиболее частые возбудители гнойной инфекции

- * стафилококки
- * стрептококки
- * синегнойная палочка
- * протей
- * кишечная палочка

Факторы, влияющие на развитие гнойной инфекции

- * количество микроорганизмов
- * характер возбудителей
- * состояние микроорганизмов
- * наличие некротических тканей

Клиника

Местные симптомы

- * отек, инфильтрат
- * покраснение
- * местное повышение температуры
- * нарушение функций организма

Общие показатели

- * повышение температуры
- * общее недомогание
- * сухость языка
- * тахикардия
- * изменение в анализе крови (лейкоцитоз, палочкоядерный взрыв, повышение СОЭ)

Принципы лечения

- * создание функционального покоя пораженной области
- * своевременное вскрытие гнояника
- * лечение гнойной раны в зависимости от фазы нагноительного процесса
- * антибиотикотерапия
- * инфузионная терапия
- * повышение общей реактивности организма

ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Фурункул – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула.

Карбункул – острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов с образованием единого воспалительного инфильтрата.

✗ Возбудитель – золотистый стафилококк

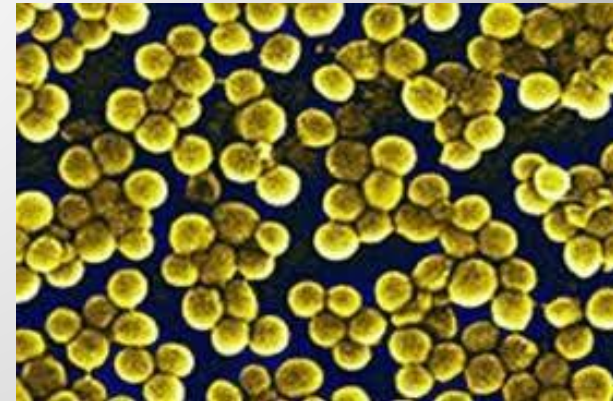
Лечение – удаление некротического стержня в фурункуле

Вскрытие гнояника при карбункуле

Этиология

Этиологическим фактором воспалительных заболеваний в абсолютном большинстве случаев (96-98 %) является одонтогенная инфекция, т. е. распространение микробного агента из полости зуба при осложнениях кариеса, через множественные мелкие отверстия в кортикальной пластинке лунки зуба в костномозговые пространства альвеолярного отростка.

Возбудителем острой одонтогенной инфекции в подавляющем случае является белый или золотистый стафилококк, чаще в виде моноинфекции или в сочетании с другой кокковой флорой, например со стрептококком.



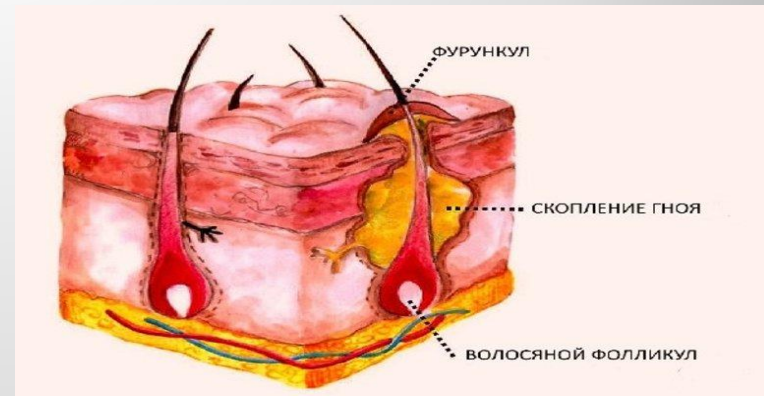
Фурункул

Фурункулы чаще локализуются на губах, носу, подбородке, носогубной складке, щеках. Именно такая локализация наиболее опасна, поскольку распространению инфекции способствует **густая сеть лимфатических и венозных сосудов на лице**, соединяющихся с пещеристым синусом мозга, а также наличие **мимических мышц, что не позволяет обеспечить покой** пораженному участку лица.



Клинические проявления

Г	
Э	
Э	
Э	
Э	



1 Стадия альтерации – механическое повреждение. Клинически проявляется отеком.

2. Стадия инфильтрация - характерной особенностью фурункулов лица является выраженная отечность пограничных с узлом тканей. Процесс может завершиться постепенным стиханием воспалительных изменений (рассасывание инфильтрата) или переходом к следующей стадии.



3.Стадия эксудации -зона гиперемии и инфильтрата увеличивается, он поднимается над поверхностью кожи в виде пирамиды, в центре которой под истонченной кожицей начинают просвечивать серо-зеленые массы (гнойно-некротический стержень). Увеличение воспалительных явлений сопровождается усилением болевого синдрома, развитием регионарного лимфаденита. Общие симптомы при фурункуле обычно представлены головной болью, слабостью и субфебрильной температурой.

4. Стадия пролиферация представляет собой местное размножение клеток, где участие принимают различные тканевые компоненты. Характер восстановления повреждения зависит от вида ткани и объема повреждения: - При повреждении слизистых, кожи восстановление происходит за счет разрастания собственных клеток, (регенерации). - При обширных повреждениях восстановление происходит за счет соединительной ткани. Клетки соединительной ткани – фибробласты образуют новую ткань, которая затем превращается в рубец.

4 Стадия рубцевания - В этой стадии происходит заживление раны с образованием малозаметного, белесоватого, слегка втянутого рубца



ЛЕЧЕНИЕ

1 метод при формировании гнойно-некротического стержня нужно способствовать его отторжению. Для этого используют два метода



2 метод: После обработки кожи антисептиком производят механическое удаление стержня пинцетом или москитом. При этом анестезия не требуется, но следует действовать аккуратно и исключить давление на ткани в области инфильтрата. После того как некротические массы начали поступать наружу, для создания их непрерывного оттока в образовавшийся канал в качестве дренажа аккуратно вводят тонкую полоску перчаточной резины. Перевязки делают ежедневно, перчаточный выпускник удаляют после исчезновения инфильтрата и гнойного отделяемого, после чего накладывают сухие повязки или рану ведут открытым способом, обрабатывая бриллиантовым зеленым.

ОСЛОЖНЕНИЯ

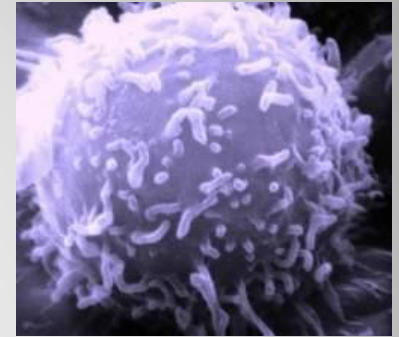
К осложнениям течения фурункулов относят: карбункулы, при которых одновременно поражается несколько волосяных фолликулов; ромбофлебитов лицевых вен и пещеристого синуса; абсцессы и флегмоны; сепсис.



- В стадии инфильтрации наблюдаем три дня (до экссудации), чтобы решить, рассекать или нет. Назначаем АБ СШД. Отёк снимаем полуспиртовыми растворами, электрофорезом с йодом и лазером. В истории болезни каждый день пишем, что нет признаков тромбофлебита. В стадии экссудации проводится дренирование, удаление гнойно-некротического стержня. сразу после дренирования – УВЧ и лазер. Каждый день Обрабатываем рану перекисью водорода, ферментами и проводим коррекцию углеводного обмена.
- В стадии пролиферации применяются также и местнораздражающие средства, напр. мазь Вишневского. Назначаем УВЧ, лазер. В истории болезни два раза в день пишем: «пальпация в проекции угловой вены безболезненна».
- В стадии рубцевания – электрофорез с лидазой, мази с гепарином и ферментами, длительное тепло - восковые аппликации + дарсонваль (побочное действие – оволосянение).

Карбункул

Карбункул - острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочков и сальных желез, распространяющееся на окружающую подкожную жировую клетчатку и кожу. Оно сопровождается образованием общего воспалительного уплотнения, омертвением кожи и подкожной клетчатки вследствие тромбоза сосудов



Этиология и патогенез

Карбункул вызывается стафилококком, значительно реже - стрептококком и возникает чаще у истощенных, ослабленных субъектов: у лиц, перенесших тяжелые инфекции, или с пониженным питанием, у стариков, больных диабетом, а также после резких охлаждений.



Частые места локализации



- задняя поверхность шеи;
- затылок;
- верхняя и нижняя губа;
- спина;
- поясница.

Лечение

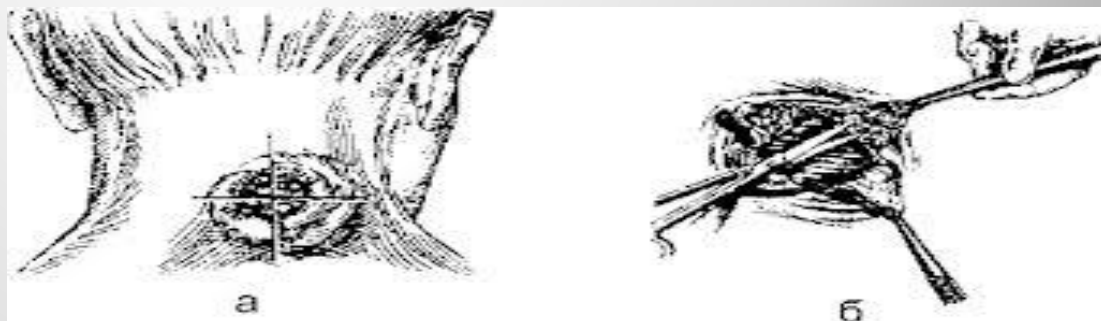
В начале заболевания, до формирования гнойно-некротического очага, показана антибактериальная терапия. Назначают антибиотики, широкого спектра действия — ампициллин, ампиокс, бисептол, фурагин. Показаны анальгезирующие и сердечные средства, молочно-растительная диета. Поверхность инфильтрата обрабатывают 70% этиловым спиртом и накладывают асептическую повязку. Применяют ультрафиолетовое облучение, УВЧ-терапию. При благоприятном эффекте консервативной терапии обратное развитие инфильтрата происходит через 2 — 3 дня и сопровождается уменьшением болей, снижением температуры тела, нормализацией картины крови.



Течение и прогноз

Обычный цикл эволюции карбункула 3-4 недели. Прогноз всегда серьезный (возможность развития сепсиса), особенно у стариков и ослабленных больных, а также при указанной опасной локализации. Для предотвращения возникновения фурункулов и карбункулов лица нужна прежде всего профилактика гнойничковых заболеваний кожи, санация полости рта и носа, являющихся основными резервуарами патогенных стафилококков в организме человека.

Показанием к операции является формирование очага некроза. Операцию по поводу небольшого карбункула проводят под местной анестезией 0,5 — 0,25% раствором новокаина. Карбункул крестообразно рассекают через всю толщу некроза до жизнеспособных тканей с последующей некрэктомией. Операцию заканчивают введением в рану тампонов с гипертоническим раствором хлорида натрия или протеолитическими ферментами. До окончательного отторжения гнойно-некротических масс ежедневно сменяют повязки с протеолитическими ферментами, гипертоническим раствором хлорида натрия, по показаниям выполняют этапные некрэктомии, затем применяют препараты на мазевой основе (10% метилурациловая мазь, винилин и др.). После операции продолжают антибактериальную терапию, физиотерапию.



а - крестообразный разрез; б -
отсепаровка лоскутов и некрэктомия

Лечение

Физиотерапия больных с фурункулами лица в виде УФ- и ИК-облучения и электроимпульсной стимуляции местных тканей, в комплексе лечения, позволяет повысить эффективность лечения, уменьшить интоксикации, что проявляется в улучшении реологических свойств эритроцитов. Указанное физиотерапевтическое воздействие несложно в выполнении, его можно проводить как в стационарных условиях, так и в поликлинике.

С учетом потенциальной возможности распространения инфекции по клетчаточным пространствам и венам лица в полость черепа, при фурункулах и карбункулах системная антибиотикотерапия проводится всем пациентам в обязательном порядке. Препаратами выбора являются оксациллин, цефалоспорины III — IV поколения, линкозамиды, макролиды. Возникновение осложнений — абсцедирование, наличие интоксикации и высокой температуры при фурункулах лица, образование карбункула — является показанием для неотложной госпитализации больных в общие хирургические и стоматологические отделения.

Сестринский уход

Сестринский процесс определяет план действий медсестры. Стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента, с его помощью оценивается эффективность проведенной сестрой работы, профессионализм сестринского вмешательства. Гарантирует качество оказания помощи, которое можно проконтролировать.

Пациента помещают в специализированный бокс и закрепляют за ним для ухода медицинскую сестру. Заходить в палату МС нужно надев чистый халат, косынку, маску, бахилы и резиновые перчатки. Обеспечить пациенту строгий постельный режим.

Постельное и нательное белье, полотенце больного меняют один раз в неделю после гигиенической ванны или душа и по мере загрязнения, своевременно убирать грязное белье.

МС поддерживает санитарно-эпидемиологический режим палаты. Палату необходимо убирать 2-3 раза в сутки с применением 6% раствора перекиси водорода и 0,5% раствора моющего средства, после чего включать бактерицидный облучатель. Создает атмосферу покоя в палате.

Предметы ухода за больными обеззараживают после каждого использования. Изделия из металла обрабатывают кипячением в 2% растворе гидрокарбоната Na в течение 15 минут. Перед кипячением изделия, загрязненные кровью, промывают водой.

Сестринский уход

В истории болезни отмечает количество отделяемого и его характер (гной, кровь и т.д.). Раз в сутки меняют соединительные трубки на новые или промывают и дезинфицируют старые. При выполнении перевязки в палате соблюдать условия стерильности

МС должна оказывать психологическую поддержку пациенту.

Пища пациента должна быть щадящей, легкоусвояемой, богатой витаминами. Посуду после кормления пациента дезинфицировать в 2% растворе гидрокарбоната натрия, прокипятить и промыть в проточной воде.

Медицинская сестра оказывает помощь при физиологических отравлениях. Обеспечивает гигиенический туалет кожи и слизистых.

Осуществляет контроль за мочеиспусканием и своевременным опорожнением кишечника. Проводит уход за мочевым катетером при его наличии.

Следит за положением пациента в постели: поднимает головной конец кровати при нарушении функции дыхания, корректирует положение при дренировании ран и полостей тела.

МС должна создать пациенту полный физический и психический покой. Каждые 2 ч проводить мониторинг функций жизненно важных органов: следить за АД; пульсом; дыханием; температурой тела; диурезом, частотой и характером стула. Регулярно делать анализ мочи (для контроля функции почек). Подсчитывать суточный диурез. При наличии дренажей в ранах обеспечить контроль за их состоянием, количеством и характером отделяемого, состоянием кожи вокруг дренажного канала. Для предупреждения возможности дополнительного инфицирования используют закрытый аппарат Боброва.