

Содержание

Перечень условных обозначений, символов, сокращений и терминов..	4
Введение	5
Глава 1. Понятие о местной хирургической инфекции и её лечении	7
1.1. Общее представление и классификация местной хирургической инфекции	7
1.1.1. Современное научное представление об аэробных местных хирургических инфекциях	8
1.1.2. Современное научное представление об анаэробных местных хирургических инфекциях	34
Глава 2. Лечение местной хирургической инфекции	45
2.1. Современные научно-практические представления о методах лечения местных аэробных хирургических инфекций	45
2.2. Современные научно-практические представления о методах лечения местных анаэробных хирургических инфекций	55
Глава 3. Сестринский процесс при лечении местных хирургических инфекций.....	59
3.1. Общее представление о сестринском процессе и его этапах	59
3.2. Особенности всех этапов сестринского процесса в местной хирургической инфекции	60
3.3. Наблюдение и уход за дренажами	67
Практическая часть.....	69
Заключение.....	71
Список использованной литературы.....	74

Глава 2. Лечение местной хирургической инфекции

3.1. Современные научно-практические представления о методах лечения местных аэробных хирургических инфекций

Лечение фурункула зависит от стадии процесса. В периоде инфильтрации применяют ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах. В стадии созревания производят обкалывание в окружности инфильтрата растворами антибиотиков и новокаина (в условиях хирургических отделений).

Создают покой для поражённой части тела, на конечности накладывают съёмные гипсовые лонгеты. Если воспалительный процесс не купируется, блокады повторяют ежедневно или через день до отхождения некротического стержня. Накладывают повязки с 1% раствором азотнокислого серебра, которые ежедневно меняют.

Обычно одноразовое обкалывание на ранних стадиях фурункулёза приводит к быстрому выздоровлению. Редко приходится делать двукратную блокаду.

Для других стадий характерны активизация, отграничение воспалительного процесса, после чего быстро наступает излечение.

Полости вскрывшихся фурункулов промывают 3% раствором перекиси водорода и ежедневно делают перевязки с гипертоническим раствором хлорида натрия до очищения полости от некротических масс. Затем через каждые 2-3 дня накладывают повязки с мазью Вишневского, а при наличии грануляций – индифферентные жировые повязки (со стерильным вазелиновым маслом, рыбьим жиром, синтомициновой эмульсией и пр.).

Категорически противопоказано выдавливание фурункула, так как это может привести к генерализации инфекции и развитию угрожающих жизни осложнений. Стержень удаляют только после его полного отделения от окружающих тканей. Кожу в окружности фурункула обрабатывают спиртом, бриллиантовым зелёным или метиленовым синим. Также рекомендуется применять ихтиол. Препарат оказывает бактерицидное, кератопластическое, местное обезболивающее и противовоспалительное (благодаря сужению сосудов) действие. Ихтиолом густо смазывают фурункул и покрывают разрыхлённой ватой. При подсыхании образуется «ихтиоловая лепёшка», которая легко смывается тёплой водой. Перевязки следует делать дважды в день. Не следует накла-

дывать ихтиол на уже вскрывшийся фурункул, так как это будет препятствовать оттоку гноя и отторжению некротического стержня.

К хирургическому лечению прибегают при абсцедирующих фурункулах, флегмонах, запущенных карбункулах и других тяжёлых осложнениях. Операция заключается в проведении разреза под местной анестезией. Послеоперационный период ничем не отличается от местного лечения вскрывшихся фурункулов. Применяют и полное иссечение фурункула с наложением первичных швов.

Лечение фурункула необходимо проводить до полного рассасывания инфильтрата, так как недолеченный фурункул является причиной осложнений. В комплексном лечении фурункулов применяют УВЧ, УФО, соллюкс. Не рекомендуется назначать массаж кожи на месте бывших фурункулов. Недопустимы согревающие компрессы, припарки и другие влажные процедуры, так как они вызывают мацерацию кожи вокруг фурункулов, что облегчает распространение инфекции, способствует появлению новых фурункулов.

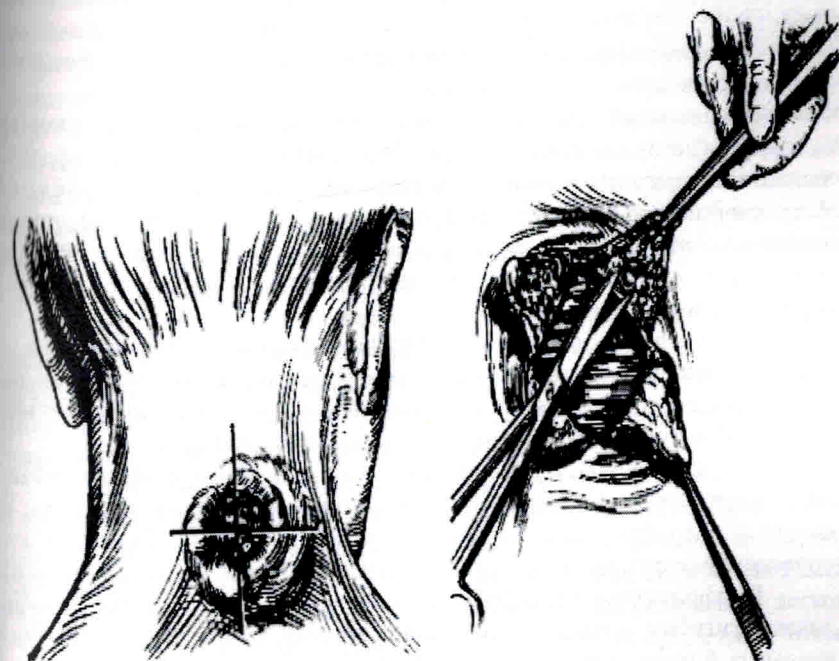
При фурункулах лица, которые лучше лечить в стационаре, обязательна антибиотикотерапия в соответствии с чувствительностью микрофлоры к антибиотикам. Целенаправленная антибиотикотерапия часто проводится в сочетании с сульфаниламидами. Для десенсибилизации организма показаны димедрол или пипольфен, супрастин, хлористый кальций.

С целью предупреждения развития гиповитаминоза вследствие гнойной инфекции, антибиотикотерапии, ожидая улучшения процессов метаболизма и повышения защитных сил организма назначают витамины С, В1, В2, РР.

Рекомендуется калорийная поливитаминная диета с исключением пряностей, острых и жирных блюд, алкоголя. Лечение осложнённых фурункулов проводится только в стационаре.

Небольшие карбункулы без выраженной интоксикации и нарушения общего самочувствия подлежат амбулаторному лечению. Если лечение начато в стадии созревания карбункула, то оно проводится консервативными методами и может закончиться его обратным развитием с рассасыванием воспалительного инфильтрата. Пациенту назначают антибиотики широкого спектра действия для приема внутрь: ампициллин, гентамицин, карбенициллин и др. Параллельно производят обкалывание карбункула антибиотиками. Для снятия болезненности применяют анальгетики. Поверхность карбункула обрабатывают 70% этиловым спиртом, затем накладывают асептическую повязку. Возможно применение синтомициновой или стрептомициновой эмульсии.

Переход карбункула в некротическую стадию является показанием к хирургическому лечению. Оно осуществляется на фоне антибиотикотерапии. Операцию проводят под местным обезболиванием. Она заключается в широком рассечении карбункула и удалении всех некротизированных и нежизнеспособных тканей (рис. 22). После операции в рану вводят тампон с протеолитическими ферментами и гипертоническим раствором хлорида натрия.



а
б
Рисунок 22. Вскрытие карбункула.

В послеоперационном периоде для окончательного отторжения некротизированных масс и очищения послеоперационной раны проводят ежедневную смену повязок с гипертоническим раствором и протеолитическими ферментами. В некоторых случаях возникает необходимость в дополнительных этапных некрэктомиях. Большая площадь и глубина поражения тканей при карбункуле приводит к тому, что послеоперационная рана заживает с образованием заметного и грубого рубца.

Из физиотерапевтических методов лечения в стадии созревания карбункула и в послеоперационном периоде применяют локальную УФО и УВЧ-терапию. При необходимости для стимуляции защитных сил организма проводят ультрафиолетовое облучение крови и внутривенное лазерное облучение крови.

Показаниями к лечению в стационаре являются: выраженная интоксикация, большой размер карбункула, его локализация на лице, наличие у пациента некомпенсированного СД и других тяжелых заболеваний.

Лечение гидраденита следует проводить только по назначению и под его контролем.

В начальной стадии заболевания рекомендуется покой, следует осторожно состричь волосы над инфильтратом, периодически обрабатывать кожу антисептическими препаратами (спиртовыми настойками йода, салициловой кислоты, камфорным или борным спиртом), также назначают антибиотики и физиотерапевтическое лечение. Компрессы в этот период противопоказаны, так как могут способствовать распространению инфекции.

При сформировавшемся нагноении, формировании абсцесса операция вскрытия, дренирования и последующее местное лечение (перевязки с антисептиками) и наблюдение хирурга в сочетании с интенсивной антибиотикотерапией, снятием интоксикации.

При склонности к рецидивирующему течению к лечению добавляют иммунотерапию (гамма-глобулин, стафилококковый анатоксин и другие препараты), общеукрепляющее лечение, а при необходимости проведение операции по иссечению патологически измененных тканей.

Профилактика гидраденита заключается в соблюдении правил личной гигиены, использовании качественных дезодорантов, индивидуальных бритвенных принадлежностей, а также лечении сопутствующих заболеваний, также не рекомендуется ношение тесной и грубой одежды, способствующей образованию потёртостей.

Лимфаденит на начальных стадиях лечится консервативно: активное, радикальное лечение первичного очага воспаления антибиотиками широкого спектра действия, комплексная дезинтоксикационная терапия. При гнойном лимфадените лечение хирургическое: разрезы выполняются над инфильтратом, под общим обезболиванием, создается адекватное дренирование. Лечение при специфическом лимфадените сугубо специфическое в соответствующих медицинских учреждениях.

Профилактика лимфаденита заключается в своевременном оказании помощи при травмах со строгим соблюдением асептики, своевре-

менной адекватной диагностике, хирургической обработке ран и первичных гнойно-воспалительных очагов, иммобилизации поражённых участков, комплексной рациональной противовоспалительной терапии.

При флебите и тромбофлебите назначают покой, постельный режим, возвышенное положение конечности, иммобилизацию до ликвидации острых явлений. При ограниченных гнойных формах производят разрезы и лечение по типу гнойников. При прогрессировании процесса, появлении ознобов, длительной лихорадке для предупреждения перехода воспаления на более крупные вены и образования метастазов необходима перевязка вен на протяжении (например, перевязка внутренней яремной вены при тромбофлебите вследствие гнойного отита).

Лечение абсцесса только оперативное, вид вмешательства зависит от величины и локализации абсцесса. Непременным фактором успешной борьбы с различными абсцессами является их ранняя диагностика и лечение. Это вероятно лишь при своевременном обращении к квалифицированному специалисту, работающему в условиях многопрофильной клиники с современной диагностической лабораторией.

Диагноз абсцесса является показанием для оперативного вмешательства, целью которого (независимо от локализации процесса) является вскрытие гнойной полости, ее опорожнение и дренирование. Лечение небольших поверхностно расположенных абсцессов подкожной клетчатки проводят в амбулаторных условиях.

При подозрении на абсцесс внутренних органов больные подлежат срочной госпитализации в хирургическое отделение. При некоторых абсцессах, к примеру печени, легкого, иногда проводят пункцию с аспирацией гноя и в последующем введением в полость абсцесса антибиотиков, ферментных продуктов. Резекцию органа (к примеру, легкого) вместе с абсцессом как радикальный метод течения применяют только при хронических абсцессах. При сформировавшихся абсцессах головного мозга с хорошо выраженной капсулой вероятно удаление абсцесса вместе с его капсулой.

Лечение в последствии вскрытия абсцесса такое же, как и лечение гнойных ран (Рис. 23). Больным обеспечивают полноценное сбалансированное питание, им может быть показано переливание продуктов крови, кровезаменителей. Антибиотики назначают с учетом чувствительности к ним микрофлоры. Используют средства специфической терапии — стафилококковый анатоксин, специфический гамма-глобулин. При абсцессах, развившихся на фоне СД, необходима коррекция нарушенного обмена веществ.

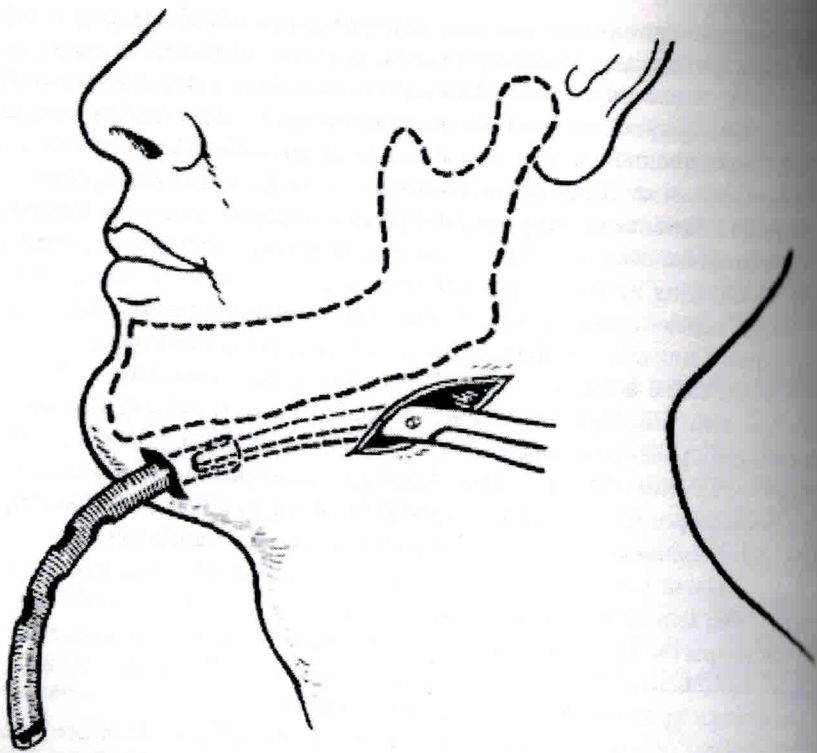


Рис. 23. Вскрытие и дренирование нижнечелюстного абсцесса.

Прогноз при своевременно начатом лечении поверхностно расположенных абсцессов, легко доступных для оперативного вмешательства, в основной массе случаев благоприятный. При поздно выполненной операции, неадекватном дренировании абсцесса возможны переход процесса в хроническую форму и генерализация инфекции.

Флегмона – тяжелое, опасное для жизни заболевание, при котором требуется обязательная госпитализация. В процессе лечения действует строгое правило: при наличии гноя необходима его эвакуация, поэтому основным лечебным мероприятием является хирургическое вмешательство – вскрытие и дренирование гнойного очага.

Исключением из общего правила является начальный этап флегмоны (до формирования инфильтрата). В этом случае операция не проводится. Пациентам назначают тепловые процедуры (соллюкс, грелки, согревающие компрессы), УВЧ-терапию или компрессы с желтой ртут-

ной мазью (повязка по Дубровину). Одновременное использование УВЧ и ртутной мази противопоказано.

Наличие высокой температуры и сформировавшегося инфильтрата является показанием к оперативному лечению флегмоны даже при отсутствии явной флюктуации в очаге поражения. Вскрытие и дренирование области воспаления позволяет уменьшить напряжение тканей, улучшить тканевый обмен и создать условия для эвакуации воспалительной жидкости.

Хирургическое вмешательство выполняют под общим наркозом. Вскрытие флегмоны проводят широким разрезом. При этом, чтобы обеспечить хороший отток гноя, широко рассекают не только поверхностные, но и глубокие ткани. После отхождения гнойной жидкости полость промывают и дренируют резиновыми выпускниками, трубками или полутрубками (Рис. 24).

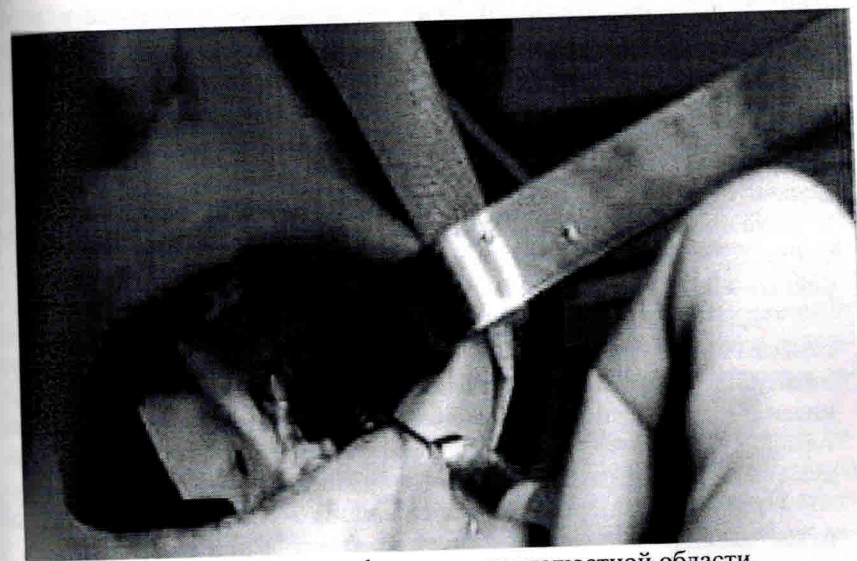


Рисунок 24. Вскрытие флегмоны подчелюстной области.

На рану накладывают повязки с гипертоническим раствором или водорастворимыми мазями (левосин, левомиколь и т.д.), содержащими антибиотики. Мази на вазелинланолиновой и жировой основе (синтомициновая эмульсия, мазь Вишневского, неомициновая, тетрациклиновая мази и т.д.) на ранних этапах не показаны, поскольку они затрудняют отток раневого содержимого.