Государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования «города Москвы

«Медицинский колледж № 8

Департамента здравоохранения города Москвы»

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Курсовая работа

Тема Роль сестринского ухода за пациентами с гнойными заболеваниями кистей

Выполнила:

Артемьева Алина Витальевна

Москва 2015

ВВЕДЕНИЕ

Гнойные процессы кисти и пальцев - одно из самых распространенных в амбулаторной практике заболеваний. Статистика разных лет показывает, что заметной тенденцией к снижению заболеваемости не наблюдается. По - прежнему, тысячи больных страдают разными формами гнойного воспаления кисти и пальцев. Достижения медицины последних лет значительно улучшили исходы, крайне редки стали летальные случаи, сократилось количество калечащих операций, улучшились функциональные результаты комплексного лечения. Клиническая картина гнойных заболеваний кисти, как и любого другого воспалительного процесса, складывается из известных общих и местных признаков: отёк, гиперемия, боль, повышение температуры и нарушение функции органа. По статистике Чаще панарицием болеют лица, выполняющие работу, связанную с возможностью травмирования рук, загрязнением их смазочными материалами, раздражающими кожу веществами (грузчики, слесари, трактористы, рабочие ткацкой промышленности).

Актуальность Проблемы ухода за больными с острой гнойной хирургической инфекцией, обусловливается тем, что количество пациентов с данной патологией имеет тенденцию к росту, достигая 35 - 40% от всего контингента хирургических поликлиник и стационаров. Как следствие, увеличиваются затраты на лечение больных, что обнажает не только лечебную, но и социальную значимость рассматриваемой животрепещущей проблемы.

Гнойное заболевание костно-суставного аппарата или панариций является одной из серьезных проблем в лечении гнойных хирургических инфекций.

Цель: Изучить роль сестринского ухода за пациентами с гнойными заболеваниями кистей.

Задачи:

1. Разработать рекомендации для пациентов по вопросам профилактики и лечения.

. Выявить проблемы пациентов, с гнойными заболеваниями кисти.

Методы исследования:

• Анализ литературных данных;

• Информационно-поисковый;

• Информационно-аналитический;

• Статистический.

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

.1 Общие симптомы панариция

БОЛЬ.

Жгучая распирающая боль в месте поражения пальца. Затем появление тянущей и пульсирующей боли, которая постепенно усиливается или ненадолго стихает. По мере прогрессирования недуга, приобретает выраженный пульсирующий характер, мешающий спать.

Неотложная помощь при болях:

В начальных стадиях развития панарициев, т. е. в первые 1-2 дня, когда имеется серозная или серозно-инфильтративная стадия, можно применять консервативное лечение. Оно заключается в основном в применении местной и общей антибиотикотерапии, иммобилизации кисти и предплечья и в некоторых других лечебных мероприятиях. Все попытки самолечения или консервативной терапии должны быть прекращены при появлении дёргающих постоянных болей.

ОТЕК.

Отмечается припухлость, отек в месте поражения пальца. Местная гиперемия и гипертермия. Может быть отек и разбухание сустава при определённом виде заболевания.

Первая помощь при отеке:

Мочегонные препараты для оттока лишней жидкости либо применение методов консервативного лечения панарициев: наложение на больной палец спиртовой влажно-высыхающей повязки, которую меняют 2-3 раза в день; спиртовые ванны для пальца (по 45-60 минут 1-2 раза в день), горячие ручные ванны (по 15- 30 минут несколько раз в день), наложение повязок с мазью Вишневского (на всю руку) и физиотерапевтические процедуры (поле УВЧ).

ВОСПАЛЕНИЕ.

При отсутствии начального лечения или отказа от обращения к врачу, панариций принимает гнойную форму. Гной скапливается в месте локализации боли и поражении пальца, прогрессируя и поражая кисть.

Первая помощь при воспалении:

Лечение только хирургическое. Врач вскрывает воспаленное место, ставит дренирующую трубку для оттока гноя. До улучшения состояние больного необходимо менять повязки каждый день, соблюдая правила асептики и антисептики.

ПРИЧИНЫ.

· Ссадины;

· Занозы;

· Мелкие порезы;

· Некачественный маникюр и педикюр;

· Вросшие ногти;

В некоторых случаях панариций развивается без каких-либо предшествующих травм кожи пальцев. Ниже представлены условия, способствующие развитию панариция: 1. Панариций часто встречается у детей, что объясняется их склонностью сосать пальцы или грызть ногти; 2. Вросший ноготь (врастание ногтя в кожный валик, окружающий его с боковых сторон) способствует повреждению кожи пальца и попаданию инфекции с развитием панариция; 3. Грибок стоп и ногтей; 4. Сахарный диабет, нарушения кровообращения в ногах (тромбофлебит вен ног и др.); 5. У людей определенных профессий, связных с ручным трудом: повара, плотники, сельскохозяйственные работники и др. Работа которых связана с повышенной опасностью травматизации кожи рук.

ПОСЛЕДСТВИЯ.

Если не принять срочных мер, то нагноение распространится вглубь тканей - к сухожилиям, кости, суставу, что может привести к значительной и даже полной потере функции пальца. В запущенных случаях воспалительный процесс захватывает все ткани пальца. В ряде случаев это заболевание может закончиться ампутацией.

.2 Классификация панариция

Заболевания пальцев.

1.Кожный панариций;

.Подкожный панариций;

.Сухожильный панариций /гнойный тендовагинит/;

.Суставной панариций;

.Костный панариций;

.Паронихия;

.Подногтевой панариций;

.Пандактилит;

. Кожный панариций.

Наиболее простой для диагностики вид гнойного заболевания. Воспаление может локализоваться на тыльной или ладонной поверхности всех трёх фаланг пальцев. Воспалительный очаг иногда имеет тенденцию к миграции, активному распространению, поочерёдно вовлекая в процесс все три фаланги.

Клиническая картина.

Воспалительный процесс локализуется на тыльной или ладонной поверхности пальцев. Экссудат скапливается под эпидермисом, отслаивая его в виде пузырька. Он может быть серозного, гнойного или геморрагического характера. Болевой синдром не выражен. Иногда воспалительный процесс может быстро распространяться, вовлекая в процесс все три фаланги

Лечение.

На ранних стадиях пациентам с поверхностным панарицием может быть назначена консервативная терапия: противовоспалительные мази, УВЧ, тепловые процедуры. Параллельно проводится лекарственная терапия, направленная на борьбу с воспалением (антибиотики), уменьшение болей и устранение явлений общей интоксикации.

. Подкожный панариций.

Возникает на ладонной поверхности пальца, под кожей. Вследствие того, что кожа на этой стороне пальца достаточно плотная, образующийся под ней гной долго не может вырваться наружу и процесс распространяется вглубь. Часто подкожный панариций ведёт к дальнейшему поражению сухожилий, суставов и кости.

Клиническая картина.

Больные жалуются на боли в зоне очага. Они носят постепенно нарастающий, дергающий, пульсирующий характер. В первые дни работоспособность не страдает. При осмотре выявляется напряжение тканей, сглаженность межфаланговой складки, гиперемия, бледность кожи, обусловленная сдавливанием сосудов межтканевой жидкостью. Движения ограничены из-за болей. Самочувствие значительно страдает из-за постоянных болей. Первая бессонная ночь свидетельствует о переходе в гнойно-некротическую фазу. Отмечается подъемы температуры до 38°-38,5°С, появляются признаки интоксикации.

Лечение.

Необходимо начать с процедур накладывания примочек из трав и ванночек. Можно использовать настой календулы, ромашки, чистотела. Охлажденным настоем пропитывают ватный тампон и прикладывают к пальцу, фиксируя его. Ванночки готовятся с применением марганцовки или соле-содового раствора. Возможно консервативное лечение панариция препаратом димексидом. Для этого тампоны, смоченные в растворе, накладываются на воспаленное место. Если в домашних условиях эффекта улучшения не наблюдается, не помогают ни ванночки, ни мазь, а симптомы усиливаются, то прибегают к хирургическому вмешательству.

. Сухожильный панариций или гнойный тендовагинит.

Чаще всего развивается в результате распространения воспалительного процесса из подкожной клетчатки при не леченом или не адекватно леченом подкожным панариции. В таких случаях сухожильный панариций считается вторичным. Первичный развивается при ранениях кисти и инфицировании сухожильного влагалища. Сухожильные панариции опасны возможным развитием некроза сухожилий.

Клиническая картина.

Больные жалуются на интенсивные, пульсирующие боли по всему пальцу. Страдает общее состояние. Проявляются симптомы эндогенной интоксикации. Палец имеет форму «сосиски» из-за выраженного равномерного отека его на всем протяжении. Межфаланговые борозды сглажены. Определяется резкая болезненность при пальпации пуговчатым зондом по ходу сухожилия. Движения резко ограничены, палец находится в полусогнутом положении. Палец равномерно отечен, слегка согнут, отмечаются интенсивные боли, резко усиливающиеся при попытке пассивных движений. Покраснение может быть не выражено. Отмечается значительное повышение температуры, слабость, отсутствие аппетита. Возможны спутанность сознания и бред.

Лечение.

Больные подлежат госпитализации. В начальной стадии производят пункцию сухожильного влагалища на уровне проксимальной фаланги, отсасывают одну-две капли мутного экссудата и вводят раствор антибиотиков, а в окружающие ткани - трипсин, химотрипсин.

. Суставной панариций.

Это гнойное воспаление межфаланговых суставов. Различают первичный и вторичный суставной панариций. Причиной первичного панариция чаще всего является ранения межфаланговых или пястно-фаланговых областей пальца по дорзальной поверхности. В этой зоне суставы покрыты лишь тонким слоем мягких тканей, потому инфекция <http://prizvanie.su/?p=7666> легко проникает в суставную щель по раневому каналу. Вторичный суставной панариций встречается чаще первичного. Он развивается в результате распространения инфекции на сустав при других формах заболевания. Причиной могут стать грубые манипуляции и технические ошибки при оперативном лечении поверхностных форм панариция. Помимо длительности лечения, запущенные формы заболевания вследствие разрушения суставных концов приводят, как правило, к анкилозу.

Клиническая картина.

Больные жалуются на интенсивные боли в области сустава, которые постепенно нарастают, лишая пациента покоя. Появляются симптомы эндогенной интоксикации. При осмотре палец находится в вынужденном положении, полусогнут и имеет веретенообразную форму. Активные и пассивные движения в суставе, а также осевая нагрузка приводят к усилению болей. В зоне сустава мягкие ткани отечны, кожа гиперемирована. Межфаланговые борозды сглажены. Отек и гиперемия более интенсивные на тыльной поверхности пальца. Отмечается локальное повышение температуры. Во время пункции сустава можно получить небольшое количество мутного экссудата.

Лечение.

Первичные панариции могут заканчиваться выздоровлением, при вторичных панарициях (обусловленных распространением нагноения с соседних тканей) исходом обычно становится ампутация или анкилоз. В данном случае всегда хирургическое. Во время операции осуществляется промывание полости пораженного сустава, иссечение некротических участков тканей. Далее края суставов соединяются и фиксируются тугой повязкой с асептиками. Сам палец обязательно должен быть зафиксирован гипсовой лонгетой.

. Костный панариций (остеомиелит фаланги пальца).

Панариций может быть первичным и вторичным. Первичный панариций возникает в результате проникновения инфекции в костную ткань гематогенным путем. Встречается очень редко. Обычно костные панариции являются вторичными и развиваются в результате распространения гнойно-воспалительного процесса с окружающих ткани при других формах панариция. Таким образом, костный панариций развивается в большинстве случаев или при позднем обращении больных, или при нерадикальном лечении других видов панарициев.

Клиническая картина.

появляется пульсирующая боль, отек тканей вокруг раны, гиперемия. Общее состояние ухудшается. Палец находится в полусогнутом положении, больной щадит руку. Функция кисти значительно нарушается. Фаланга булавовидно утолщается. При пальпации пуговчатым зондом определяется разлитая болезненность по всей фаланге. В поздних стадиях костного панариция через свищ вместе с гнойным экссудатом выделяются костные секвестры.

Лечение.

Хирургическое. Производятся боковые разрезы, вскрывают и обрабатывают гнойно-некротическую полость. Следует стремиться к максимальному сохранению кости. Операцию заканчивают дренированием и иммобилизацией.

. Паронихия.

Это воспаление околоногтевого валика, окружающего основание и боковые поверхности края ногтя. Наиболее часто встречаемый вид панариция. Инфицирование происходит через трещины, заусеницы и микротравмы.

Клиническая картина.

Ногтевой валик покрасневший, отечный. Отмечаются боли в ногтевой фаланге пальца, усиливающиеся при надавливании на проекцию очага воспаления. Из-под края околоногтевого валика при надавливании может выделяться гнойное содержимое. Общая реакция организма при неосложнённом паронихии обычно не выражена (температура не повышается, общее самочувствие удовлетворительное).

Лечение.

В самом начале заболевания возможно проведение консервативного лечения с использованием спиртовых компрессов, повязки с гипертоническим раствором.

Далее только хирургическое лечение. Рассекают околоногтевой валик. В зависимости от локализации можно применять клиновидные, П-образные, парные продольные разрезы.

. Подногтевой панариций.

Воспалительный процесс локализуется под ногтевой пластинкой. Гной скапливается, отслаивая и приподымая частично или на всем протяжении ногтевую пластинку. Фиксация её ослабляется. Удерживается она только благодаря прикреплению в проксимальном отделе у матрикса.

Клиническая картина.

Отек и гиперемия не выражены. Основным симптомом является пульсирующая, распирающая боль в области ногтевой фаланги.

# Лечение.

Иссекают ногтевую пластинку в виде клина. Полностью удаляют ее при значительной отслойке. Регенерация ногтя наступает через 2-4 месяца.

. Пандактилит.

Это гнойное воспаление всех тканей пальца. Причинами развития пандактилита могут быть попадание вирулентной микрофлоры при ранениях и распространение гнойно-воспалительного процесса на все ткани при более простых формах панариция. Пандактилит развивается постепенно. Течение его тяжелое. Сильно страдает общее состояние, что обусловлено выраженной интоксикацией. В крови выявляются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы.

Клиническая картина.

Жалобы на боли в пальце, интенсивность их нарастает, они носят мучительный, распирающий характер. Палец увеличивается в объеме, деформирован, находится в полусогнутом положении. Пальпация во всех отделах болезненна. Пассивные движения вызывают резкую болезненность. Кожные покровы напряжены багрово-цианотичного цвета. Грануляции серые, безжизненные. Отек постепенно распространяется на тыльную поверхность кисти, предплечья, развивается лимфангит.

Пандактилит развивается и протекает двояко:

· при явлениях расплавления тканей;

· при явлениях сухого некроза.

· прогрессирующее расплавление;

· омертвение тканей с потерей функции.

Лечение:

Всегда следует стремиться сохранить палец, особенно первый. Поэтому к первичной ампутации, экзартикуляции пораженного сегмента, целого пальца прибегают только в случаях явной нежизнеспособности его или генерализации инфекции. Необходимо выполнять широкие разрезы, обеспечивающие хорошее дренирование, вскрыть все карманы, максимально иссечь омертвевшие ткани. В послеоперационном периоде больным проводят интенсивное консервативное лечение, включающее антибактериальную терапию, детоксикацию и иммунокоррекцию.

.3 Диагностика панариция

Диагностировать это заболевание может врач-травматолог <http://medbooking.com/search\_doctor/travmatolog>, ортопед или врач-инфекционист <http://medbooking.com/search\_doctor/infekcionnist>. К методам исследования относят: тщательный осмотр доктором, рассказ больного о жалобах и предыстории заболевания. Далее последует ряд исследований: клинический анализ крови, мочи и кала, бактериологический посев с панариция. Диагноз выставляется на основании жалоб пациента и клинических симптомов болезни. Для определения формы панариция и уточнения локализации гнойника проводится пальпация пуговчатым зондом. Для исключения костного и суставного панариция выполняют рентгенографию <http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/X-ray-trauma/>. При этом следует учитывать, что, в отличие от костного панариция, при суставной форме заболевания изменения выявляются не сразу, и могут быть слабо выраженными. Поэтому для уточнения диагноза следует назначать сравнительные рентгенограммы одноименного здорового пальца на другой руке.

1.4 Осложнения

Осложнения значительно удлиняют сроки реабилитации и требуют продления лечения. Так средние сроки ВН при разных формах панариция на практике составляют:

· При кожном панариции - 5-7 дней;

· Ногтевом - 8-11 дней;

· Подкожном - 11-20 дней;

· Сухожильном - 30-50 дней;

· Костном и суставном - 33-52 дня;

· При операциях по поводу инфицированного вросшего ногтя - 8 - 15 дней.

.5 Профилактика заболевания

1. Чистота рук, но не забывайте, что пересушенная мылом и моющими средствами, кожа покрывается мелкими, но глубокими трещинками, и через микротравмы в нее проникают болезнетворные микроорганизмы;

. Пользуйтесь перчатками при уборке или работе в огороде;

. Будьте осторожны, когда имеете дело с грязью и режущими предметами: чистите картошку или разделываете рыбу;

. Не можете работать в перчатках - смазывайте руки защитным кремом до и увлажняющим после работы;

. Не пользуйтесь чужими маникюрными приборами;

. Если вы сами делаете маникюр, старайтесь меньше травмировать кожицу вокруг ногтевого ложа. Аккуратно и осторожно убирайте заусеницы;

. Будьте внимательны при занятиях рукоделием - мы забываем об уколах иголками или спицами и вспоминаем на следующий день, когда появляется боль в травмированном месте;

. Своевременное обращение за медицинской помощью позволит вам избежать серьезных осложнений и длительного лечения;

.6 Медицинская экспертиза при панариции

Случаи временной нетрудоспособности при инфекционных поражениях кисти составляют 8-10% среди лиц физического труда. На амбулаторном хирургическом приеме первичные обращения по поводу различных ИПК составляют до 15% случаев, наиболее часто обращаются мужчины трудоспособного возраста - 20-40 лет, что определяет социальную значимость данной патологии.

1. Временная нетрудоспособность.

Наиболее часто в амбулаторной практике встречаются такие виды ИПК, как панариции, инфицированные раны, абсцессы, флегмоны, рожистое воспаление, пиодермия, фурункулы, гнойные тендовагиниты, вросший ноготь. Как правило, больные начинают лечиться амбулаторно, причем большинство из них требует активного хирургического вмешательства. Сроки лечения по ВН определяются индивидуально, начиная с 3-4 дней, и заканчиваются сроками заживления ран или рассасывания воспалительного инфильтрата (при развитии осложнений лечение по ВН продлевается). Большинство больных начинают и заканчивают лечение в амбулаторных условиях, и только незначительное их количество нуждаются в госпитализации. При первичном амбулаторном обращении хирург имеет право выдать листок нетрудоспособности единовременно и единолично на срок до 10 дней и продлить его единолично на срок до 30 дней. Продление листка нетрудоспособности свыше 30 дней возлагается на врачебную комиссию. Если при проведении лечения у больного выявляются признаки стойкой утраты трудоспособности и нарушения жизнедеятельности, листок нетрудоспособности продлевается с учетом рекомендованных Минздравом России ориентировочных средних сроков, при этом больной должен быть направлен в бюро МСЭ вне зависимости от продолжительности ВН, но не позднее 4 месяцев от ее начала.

При лечении конкретного заболевания врачу следует ориентироваться на средние сроки ВН, рекомендованные Минздравом России:

При открытых ранах кисти и запястья - от 15-20 дней (без осложнений) до 20-30 дней (при осложнениях);

Однако на практике завершить лечение в эти сроки не всегда возможно ввиду развивающихся осложнений..

При решении вопроса о выписке к труду больного, перенесшего ИПК, в первую очередь оценивают восстановление функции кисти, т. е. степень нарушения функции захвата и удержания предметов кистью пораженной руки. Выраженные нарушения указанных функций препятствуют выполнению работы, требующей точных движений и использования ручного инструмента (а это значительное число профессий, связанных с производственной деятельностью). Критериями выраженного нарушения указанных функций являются:

· Невозможность приведения кончиков пальцев к ладонной поверхности ближе 4 см;

· ослабление динамометрических показателей по сравнению со здоровой кистью на 30-60%;

· Невозможность цилиндрического и шарового захватов предметов диаметром менее 4 см.

2. Реабилитация.

Цель реабилитации при ИПК - восстановление нарушенных функций кисти и развитие компенсаторных приспособлений.

В реабилитации больных с последствиями гнойной патологии фаланг пальцев кисти первостепенную роль играет рациональное трудоустройство и профессиональное обучение. Восстановительное лечение не всегда бывает успешным: требуется длительная и трудоемкая медицинская реабилитация, и больные часто самостоятельно прекращают долечивание.

Особое значение имеет восстановление биомеханики I пальца кисти, имеющего важные функциональные свойства - противостояния и захвата, без которых любая практическая деятельность человека значительно затрудняется. Погрешности в лечении и возникшие осложнения могут привести к нарушению функции I пальца, развитию деформирующего артроза и резкому снижению работоспособности кисти, особенно у лиц физического труда.

При развитии осложнений у больных с ИПК акцент в реабилитации делается на профилактику контрактур и тугоподвижности суставов пальцев и сохранение способности захвата.

Необходимо возможно раннее включение поврежденной кисти в самообслуживание, а в завершающей фазе реабилитации - восстановление полноценных навыков самообслуживания.

Критерии выписки к физическому труду:

· Сформированный мягкий эластичный послеоперационный рубец;

· Отсутствие инфильтрата, значительного отека и видимых на глаз деформаций;

· Отсутствие болевого синдрома, в т. ч. при пальпации и умеренной нагрузке;

· Восстановление полного объема движений в суставах (допускаются незначительные ограничения движений);

· Отсутствие или незначительные функциональные нарушения;

· Удовлетворительное общее состояние;

· Нормальные температура и показатели крови;

· Соблюдение средних сроков лечения и реабилитации по ВН;

· учет допустимых нагрузок и при необходимости ограничение их в ряде профессий

. Диспансерное наблюдение.

Диспансерному наблюдению у хирурга (травматолога) подлежат пациенты со следующими последствиями гнойных поражений кисти:

· Повреждение сухожилий сгибателей пальцев и периферических нервов кисти;

· Контрактуры и анкилозы пальцев кисти в функционально невыгодном положении;

· Посттравматические, хронический остеомиелит, дегенеративно-дистрофические заболевания суставов с нарушением функции;

· После получения группы инвалидности в связи с последствиями ИПК (если больной подлежит реабилитации).

Показаниями для направления больного на МСЭ могут служить как медицинские факторы (выраженное или резко выраженное нарушение функции схвата и удержания при контрактурах, анкилозах, тугоподвижности), так и социальные факторы (невозможность рационального трудового устройства без снижения квалификации или уменьшения объема выполняемой работы).

4. Противопоказания и показания к трудовой деятельности.

Лицам с последствиями ИПК противопоказан труд:

· На конвейере, у движущихся механизмов;

· Требующий тонких и точных движений рук;

· Требующий полной сохранности функций обеих рук или участия обеих рук;

· Требующий полной сохранности всех видов захвата (всех функций кисти) ведущей руки;

· Тяжелый и средней тяжести физический труд.

При умеренном нарушении функции кисти противопоказаны все виды работ, требующие тонких дифференцированных движений, в профессиях, предъявляющих повышенные требования к функции кисти: музыкант, хирург, машинистка, сборщик мелких деталей и т.д.

гнойный панариций кисть

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИСТЕЙ

## Медицинская сестра обязана хорошо знать и понимать клинические симптомы (в особенности ранние) поражения тканей и уметь быстро и эффективно оказывать первую помощь. При подозрении на заболевания, угрожающие жизни, необходимо срочно вызвать врача, при этом начать мероприятия по спасению и помощи пациенту. Если больной находиться в общей палате, то его необходимо перевести и изолировать в отдельной. Палата должна иметь достаточную вентиляцию, расположение в тихом месте, облицовку стен, позволяющие выдерживать химическую дезинфекцию.

## Строгое соблюдение санитарно-эпидемических норм при уходе за больным и при уборке палат, т.к возбудитель передается контактным путем.

## Весь уход и перевязки осуществляются в палате. Вход в палату строго в определенной одежде, обуви, в головном уборе, маске и перчатках. Перевязочный материал сжигается. Выписка пациента производиться исключительно после контрольных анализов.

Медсестра должна иметь представление об инструментах, способах перевязки, соблюдение правил асептики, антисептики. В ее обязанности входит подготовка пациентов к различным видам обследования, экстренных оперативных вмешательств. От правильности проведенной процедуры к обследованию зависит качество лечения, скорость реконвалесценции и затяжки ран. Участие в диагностическом процессе медицинской сестры складывается из ее знаний об основных методах диагностики, лечения, хода операции по удалению и устранению поражающего фактора. Медицинская сестра должна принимать непосредственное участие в подготовке пациентов к оперативному вмешательству, перевязки, выписке и пребывание пациента стационаре.

Этапы ухода за пациентов с панарицием.

. Осмотр.

При осмотре необходимо оценить характер, тяжесть и глубину поражения пальца. Медсестра при осмотре обращает внимание на цвет кожных покровов, наличие и характер отделяемого, наличие гипертермии.

. Устанавливаются проблемы (сестринские диагнозы) по приоритету.

Проведя тщательное сестринское обследование, медсестра выявляет медицинские проблемы пациента, формирует сестринские диагнозы:

- Плохой сон из-за постоянной подёргивающей боли;

- Недостаток самообслуживания и ухода за собой;

- Нестерпимые боли в области поражения;

- Отеки (с чем связаны);

- Страх перед угрозой потери пальца;

. Планирование сестринских вмешательств.

- Обеспечить пациенту грамотную иммобилизацию;

- Объяснить необходимость лечения и возможные осложнения, в случае отказа от оперативного вмешательства;

- вызвать врача для осмотра и оценки тяжести глубины поражения;

- Подготовит пациента к предстоящему хирургическому вмешательству (если оно необходимо);

- Психологическая поддержка пациента;

.1 Сестринский уход за пациентами с костным панарицием:

К факторам, предрасполагающим к развитию костного панариция, относятся:

- Пренебрежение мытьем рук после улицы;

- Отсутствие обработки мелких ран и царапин;

- Отсутствие лечения после подкожной формы параниция;

- Несвоевременное или неправильное лечение;

- Переохлаждение;

- Травмы и сдавления;

- Осложнение сопутствующего заболевания;

Воспалительный процесс в кости может иметь первичное, вторичное и гематогенное происхождение. При этом вторичное происхождение костного панариция является самым частым - в 95% случаев инфекция переходит на кость из окружающих тканей при затяжном течении подкожного панариция <http://www.womenhealthnet.ru/infections/7933.html>.

Различают костный панариций дистального (конечного), среднего и проксимального (ближайшего к ладони) фалангов пальца. Костный панариций чаще локализуется на конечной ногтевой фаланге, так как эта фаланга травмируется чаще всего, а также имеет вокруг себя замкнутое клеточное пространство. Кроме того, сосуды, питающие кость, имеют концевой характер и легко тромбируются даже при воспалении мягких тканей.

Воспалительный процесс протекает в три стадии. В начальной стадии происходит инфильтрация - приток к пораженной кости клеток крови, которые стараются справиться с инфекцией. Во второй стадии наблюдается очаговые расширения кровеносных сосудов и их тромбоз <http://www.womenhealthnet.ru/flebology/1144.html>. Третья стадия характеризуется диффузным гнойным воспалением костной ткани, разрежением ткани кости (остеопорозом) и деструкцией кости с образованием секвестров (отделившихся участков кости) или участков расплавления кости.

.2 Сестринский уход за пациентами с подкожным панарицием

Причины возникновения панариция:

- Пренебрежение мытьем рук с улицы;

- Использование чужих инструментов для маникюра;

- Отсутствие обработки мелких ран и царапин;

- Постоянное воздействие химических веществ;

- Мацерация кожи;

Это воспаление подкожной клетчатки пальца. Возбудителем заболевания является золотистый стафилококк, который поникает в ткани пальца при микротравмах - мелких порезах, потертостях кожи, уколах, ожогах и так далее.

Подкожно-жировая клетчатка пальца имеет анатомические особенности: в ней проходят перпендикулярно к коже соединительнотканные волокна, которые уплотняют клетчатку, создают ячейки для жировой ткани. Гнойное воспаление некоторое время может локализоваться в такой ячейке, но затем распространяется внутрь, к надкостнице фаланги. Более глубокие виды панариция (костный, суставной, сухожильный) чаще всего начинаются с поражения подкожной клетчатки.

Подкожный панариций чаще всего локализуется на ладонной поверхности дистальной (наиболее отдаленной от ладони) фаланги пальца.

.3 План ухода за пациентом с панарицием

. Общие мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, в которых нуждаются пациенты:

· наблюдение за общим состоянием больного,

· термометрия,

· наблюдение за пульсом и АД,

· заполнение температурного листа,

· обеспечение личной гигиены больного,

· помощь в самообслуживании.

. Специальные мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, направленные на помощь больным с симптомами, характерными для заболеваний панарицием в тяжелой форме. При появлении (или усилении) у пациента отёков, боли, ограничения движения пальца, медицинская сестра должна вызвать врача и информировать его о состоянии больного.

.4 Проблемы пациента

Деятельность медсестры для устранения проблем пациента

. Пациент испытывает беспокойство по поводу исхода болезни. Боится ампутации.

Психологическая поддержка пациента. Объяснение в необходимости лечения и благоприятного исхода болезни при наличии адекватного лечения.

. Пациент испытывает нестерпимые боли в области поражения.

Предложен целый ряд консервативных мероприятий, которые могут иногда предупредить хирургическую операцию; к ним относится лечение пенициллином с новокаином (его вводят внутривенно, внутриартериально, внутрикостно.) и иммобилизация.

. Отеки.

Отмечается припухлость, отек в месте поражения пальца. Местная гиперемия и гипертермия. Может быть, отек и разбухание сустава при определённом виде заболевания. Для снятия отека можно использовать солевые ванночки, мочегонные препараты. Если отек возник после операции ставят дренажные трубки для оттока экссудата.

. Контрактура.

После хирургического вмешательства связанное с некроэктомией тканей, возможны остаточные явления в виде неполноценной работы кисти. Для максимального восстановление функций кисти, необходимо направить пациента на реабилитацию и объяснить необходимость ее прохождения для успешного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинская сестра гнойного хирургического отделения должна принимать непосредственное участие в подготовке пациентов к различным видам оперативного вмешательства вне зависимости от сложности, времени суток и т.д. Пациенты с гнойными заболеваниями кисти встречаются достаточно часто, в виду пренебрежения ухода за руками.

## Гнойные хирургические инфекции уничтожить невозможно, но их можно сократить до минимума или вовсе избежать. По статистике, 80% данного заболевания происходит по вине пациентов в несоблюдении правил личной гигиены, недостаточного ухода за собой или своими детьми, пренебрежение правилами санэпиднадзора и многими другими правилами.

## Исход заболевания или его течение полностью зависит не только от проведения успешной операции для пациента, но и в уходе за ним. Медицинская сестра обязана знать заболевание, ход лечения и операции, помогать и заботиться о пациенте, грамотно и доступно объяснять последствия заболевания и его осложнения, в случае отказа пациента от лечения. Проводить дезинфекцию и стерилизацию инструментов, во избежание ВБИ в лечебном учреждении, где она осуществляет свою профессиональную деятельность.

## Не долеченные раны и порезы, элементарно неправильно отстриженные ногти, пренебрежение первичной обработкой ран-все это является факторами развития панариция, что является проблемой для человека, который страдает данным заболеванием. По данным исследований за период с 2014-2015 год, количество гнойных заболеваний сократилось, благодаря своевременному обращению пациентов в лечебное учреждение и полный отказ от самолечения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГНОЙНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ КИСТИ ЗА 2014 ГОД.

Основными причинами заболевания, как ни странно, является неправильный уход за ногтями. По статистике, данным заболеванием страдают люди, которые уделяют мало времени ухода за руками.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов; Атлас хирургии;2004г.

. В.К. Гостищев; Оперативная гнойная хирургия. Руководство для врачей; 2012г

. З.В. Дмитриева, А.А. Кошелев; Общая хирургия; 2010г

. В.Ф. Войно-Ясенецкий; Очерки гнойной хирургии; 2007г