Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение
среднего профессионального образования
«Хабаровский государственный медицинский колледж»

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Зам. директора по УМР
_____ Е. С. Новик

«___ »_____2016г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

по теме:

Особенности сестринского ухода за больными рожей

Студент (ка) 4 курса
специальности
Сестринское дело
Очно-заочной формы обучения _____ Маяцкая Л.В.
подпись, дата

Научный руководитель:
преподаватель высшей
квалификационной категории _____ Геращенко Н.В
подпись, дата

Рецензент:

старшая медицинская сестра
инфекционного отделения
КГБУЗ «ДККБ им. Пиотровича» МЗХК _____ Малагина Т.В.

подпись, дата

Хабаровск 2016г

Содержание

Введение ……3
Глава 1. Теоретическая часть…….6
1.1. Этиология …….....6
1.2. Эпидемиология заболевания…….7
1.3. Патогенез……13
1.4. Классификация……15
1.5. Симптоматика……..17
1.6. Клинические формы……19
1.7. Методы диагностики……24
1.8. Принципы лечения……24
1.9. Профилактика…….....29
Глава 2. Практическая часть……32
2.1.Особенности сестринского ухода за больными рожей……32
2.2. План оказания помощи и ухода…….32
2.3. Практическая часть…….37
Заключение…….42
Приложения……44-46
Список источников……47

ВВЕДЕНИЕ

Рожей называется инфекционное заболевание с преимущественным поражением кожных покровов и слизистых оболочек.

В настоящее время регистрируются лишь спорадические случаи этой инфекции. Для рожи характерны рецидивы, которые приводят к слоновости и глубокой инвалидности. Поэтому своевременная диагностика и лечение болезни имеют актуальное значение.

Болезнь была известна врачам древней Индии еще несколько тысячелетий назад. О ней писали египтяне в папирусе Эберса (3730 лет до н. э.), в Греции — Гиппократ, в Риме — Гален. Аретей Цельс считал, что рожа сопровождает ранение, и это положение господствовало вплоть до XIX века. Еще в середине XIX века Вельпо, Труссо, Земмельвейс рассматривали рожу как эпидемическую, контагиозную болезнь, приводящую к пиемии, частым летальным исходам даже «чистых» операций. Бильрот ставил знак равенства между «гнилостными лихорадками» и рожей. Фелейзен (1881—1883) обнаружил стрептококки в лимфатических сосудах очагов рожи. С этого времени начался новый этап изучения этиологии и патогенеза данного заболевания.

В последние годы рожа как инфекционное заболевание вновь привлекает внимание исследователей и практических врачей своей широкой распространенностью и склонностью к рецидивирующему течению, встречающееся у 35-45% больных. Оно вызывает формирование стойких лимфостазов и приобретенной слоновости, что в свою очередь приводит к инвалидизации больных, нередко еще в работоспособном возрасте.

На протяжении многих лет рожа считалась тяжелой эпидемической болезнью, протекавшей с разнообразными и опасными осложнениями. Успехи антибиотикотерапии привели к изменению наших представлений об

этом заболевании. В настоящее время рожу принято относить к числу спорадических, мало контагиозных инфекций с невысокой летальностью.

Актуальность проблемы рожи

Современное состояние проблемы рожи и ее актуальность характеризуются:

1) значительной, не поддающейся заметному снижению заболеваемостью (12—20 на 10 000 населения);

2) отчетливо выраженной тенденцией к развитию частых и упорных рецидивов;

3) большим значением рожи в формировании вторичной слоновости;

4) малой противорецидивной эффективностью традиционных методов лечения;

5) серьезными недостатками в организации медицинской помощи при этой инфекции.

Объект исследования: особенности сестринского ухода за больными рожей.

Цель и задачи исследования

Цель исследования: изучить особенности сестринского ухода за больными рожей.

Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи:

. Изучить источники информации о этиологии, патогенезе, клинических формах, методах лечения, профилактической реабилитации, осложнениях и неотложных состояниях больных рожей.

. Выявить основные проблемы у пациентов с рожей.

. Разработать памятки для повышения знаний об уходе за кожными покровами и профилактике рожи.

Объектом исследования выступают: особенности сестринского ухода за больными рожей.

Предметом исследования выступают: пациенты с заболеванием рожа, которым оказывается сестринский уход.

В ходе выполнения дипломной работы были использованы следующие методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме
2. Анкетирование
3. Психодиагностический (беседа)
4. Статистическая обработка полученных данных.

Подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество сестринской помощи пациентам с данным заболеванием (рожа) и определить роль медицинской сестры в организации помощи и ухода.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Определение: Рожа - острое инфекционно-аллергическое заболевание, характеризующееся местным воспалением кожи, интоксикацией и лихорадкой, поражающее поверхностную лимфатическую систему.

Заболеваемость рожей: Информация о заболеваемости рожей весьма противоречива, так как эта нозология не подлежит статистическому учету в центрах Госсанэпиднадзора. По данным литературы, она находится в пределах 12-20%. Отсутствуют сведения и о том, какой фактический материал использовался при ее определении. Дело в том, что речь могла идти об учете случаев заболевания первичной и повторной рожей. Возможно, что в расчет брались все случаи рожи, в том числе и рецидивирующей, иначе говоря, речь шла о болезненности. И, наконец, не исключался вариант того, что при определении заболеваемости учитывались все обращения больных с этим заболеванием в поликлинику или стационар.

1.1. Этиология заболевания

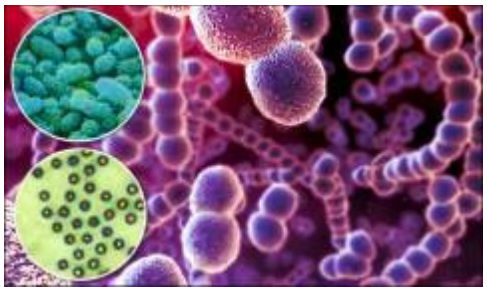

Рис.1. стрептококк

Возбудителем рожи является стрептококк, относящийся к различным типам. В настоящее время установлено, что стафилококковая флора в области очага воспаления активизируется и в синергизме со стрептококком принимает активное участие в развитии патологического процесса.

Возникновению рожи и ее рецидивов предшествуют ссадины, ушибы, тромбофлебит конечностей, трофические язвы, варикозное расширение вен голеней, мозоли, опрелости, интенсивное солнечное облучение, переохлаждение, грибковые и другие кожные заболевания, ОРЗ, болезни печени и сердечно-сосудистой системы. Распространение рожи связывают с плохими бытовыми условиями, влиянием влажности, нарушением правил гигиены Главным этиологическим агентом, приводящим к рожистому воспалению кожи или слизистых оболочек, является гемолитический стрептококк. Для установления этиологии рожи после очистки воспаленного участка на демаркационной линии стерильным скальпелем скарифицируют воспаленную ткань, петлей забирают каплю воспалительного экссудата и засевают на питательную среду - сахарный бульон. В редких случаях при тяжелом течении рожистого процесса и развившейся клинической картине септицемии, произведя посев крови, можно получить культуру микробов, обусловивших основное заболевание.

1.2. Эпидемиология

Рожа - широко распространённое спорадическое заболевание с низкой контагиозностью. Низкая контагиозность рожи связана с улучшением санитарно-гигиенических условий и соблюдением правил антисептики в медицинских учреждениях. Несмотря на то что больных рожей нередко госпитализируют в отделения общего профиля (терапия, хирургия), среди соседей по палате, в семьях больных повторные случаи рожи регистрируют редко. Примерно в 10% случаев отмечена наследственная предрасположенность к заболеванию. Раневую рожу в настоящее время встречают крайне редко. Практически отсутствует рожа новорождённых. для которой характерна высокая летальность.

Рожа занимает 4-е место среди инфекционных болезней, уступая лишь респираторным и кишечным заболеваниям, а также гепатитам. Заболеваемость

составляет 12-20 случаев на 10 000 населения. Количество больных увеличивается летом и осенью.

Количество рецидивов за последние 20 лет возросло на 25%. У 10% людей происходит повторный эпизод рожи на протяжении 6 месяцев, у 30% на протяжении 3 лет. Повторная рожа в 10% случаев заканчивается лимфостазом и слоновостью.

Врачи отмечают тревожную тенденцию. Если в 70-х годах количество тяжелых форм рожи не превышало 30%, то сегодня таких случаев больше 80%. Одновременно снизилось количество легких форм, а период лихорадки теперь длится дольше.

30% случаев рожи связаны с нарушением тока крови и лимфы в нижних конечностях, при варикозном расширении вен, тромбофлебите, лимфовенозной недостаточности.

Смертность от осложнений, вызванных рожей (сепсис, гангрена,пневмония) достигает 5%.

В настоящее время является неоспоримым фактом этиологическая роль β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) – S.pyogenes в развитии рожи, меньшее значение имеют стрептококки групп С и G.

Источником инфекции являются как больные разнообразными стрептококковыми инфекциями, так и здоровые бактерионосители стрептококка (опасно для окружающих при > 10^3 КОЕ).

Основной механизм передачи – контактный (S.pyogenes проникает через небольшие повреждения кожи – микротравмы, потертости, опрелость кожи и др.). Определенное значение имеет и воздушно-капельный путь передачи стрептококка с первичным поражением носоглотки и последующим заносом микроба на кожу руками, а также лимфогенным и гематогенным путем.

При инфицировании стрептококком болезнь развивается лишь у лиц, имеющих к ней врожденную или приобретенную предрасположенность. Больные рожей

малоконтагиозны. В отличие от других стрептококковых инфекций, рожа обладает летне-осенней сезонностью.

Женщины болеют рожей в 2 раза чаще мужчин, особенно рецидивирующей формой заболевания (рис.1). Более чем в 60% случаев рожу переносят люди в возрасте 40 лет и старше. Первичная и рецидивирующая формы рожи регистрируются у женщин преимущественно в поздний репродуктивный (36-45 лет) и постменопаузальный (старше 50 лет) периоды, а у мужчин чаще в возрасте старше 50 лет.

Среди больных преобладают лица, занимающиеся физическим трудом. Чаще рожа регистрируется у шоферов, уборщиц, поваров и лиц других профессий, связанных с частой микротравматизацией и загрязнением кожи. Высокая заболеваемость рожей отмечена также у пенсионеров и домохозяек. Как видно из рис. Доля лиц умственного труда (служащие) мала (рис.2).

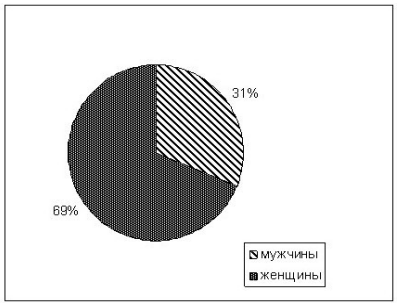

Рис. 1. Заболеваемость рожей в зависимости от пола

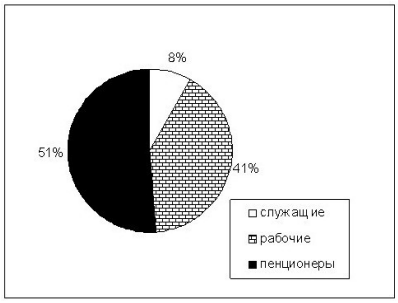

Рис. 2. Распределение больных рожей по социальному статусу

У большинства больных с первичной и рецидивирующей формой рожи выявляются фоновые (сопутствующие) заболевания (табл.1). Развитию рожи на грудной клетке, верхних конечностях у женщин практически всегда предшествуют мастэктомия, постмастэктомичсская лимфедема. Чаще сопутствующие заболевания наблюдаются у больных рецидивирующей рожей.

Более чем у половины больных с первичной и рецидивирующей рожей регистрируется 2 и более фоновых заболевания.

В 6 – 10% случаев рожа протекает на фоне сахарного диабета, на что необходимо обратить особое внимание при обследовании и лечении больных.

Фоновые заболевания у лиц с первичной и рецидивирующей рожей (в %)

Провоцирующие факторы	Форма рожи	
	первичная	рецидивирующая
Ожирение	60,8	73,8
Гипертоническая болезнь	41,6	45,2
Варикозная болезнь нижних конечностей	35	42,8
Хронические инфекции ЛОР-органов	21,7	26,2
Микозы стоп	11,6	16,7
Пиелонефрит	8,3	19
Сахарный диабет	7,3	9,5
Экзема	5,8	7,1
Мастэктомия	5	7,1

Провоцирующие факторы в виде переохлаждения, микротравм, стресса (психотравмы), ОРЗ регистрируются у большинства больных (табл.2). У 35,7%

больных с рецидивирующей рожей провоцирующие факторы не удается выявить, что указывает на вероятность эндогенных очагов инфекции.

Провоцирующие факторы у лиц с рожей (%)

Провоцирующие факторы	Форма рожи	
	первичная	рецидивирующая
Переохлаждение	57,9	21,4
Микротравмы кожи	42,1	7,1
Нервно-эмоциональные стрессы	18,4	4,5
ОРЗ	15,8	14,2
Не выявлено	0	35,7

Особенности заболевания рожа

- Заболевание поражает людей всех возрастных групп. Но большинство больных (свыше 60%) это женщины старше 50 лет.
- Бывает рожа и у младенцев при попадании стрептококка в пупочную ранку.
- Есть данные, что наиболее восприимчивы к роже люди с третьей группой крови.
- Рожа – болезнь цивилизованных стран. На африканском континенте и в Южной Азии люди болеют крайне редко.

Рожа возникает только у людей со сниженным иммунитетом, ослабленных

стрессами или хроническими заболеваниями. Исследования показали, что развитие болезни связано с неадекватным ответом иммунной системы на попадание стрептококка в организм. Нарушается баланс иммунных клеток: снижается количество Т-лимфоцитов и иммуноглобулинов A, M, G, но при этом вырабатывается избыток иммуноглобулина E. На этом фоне у больного развивается аллергия.

Наблюдения за больными рожей в настоящее время не подтверждают положения о легком механизме ее передачи. На это указывает тот факт, что в специальные стационары для больных рожей 9—10 % пациентов направляются с ошибочным диагнозом (трофические язвы, лимфангит, тромбофлебит, флегмоны) и эти больные не заболевали рожей.

Проникновение инфекции происходит в основном экзогенным путем, реже эндогенным — по лимфатическим и кровеносным сосудам. С началом применения в медицинской практике антибиотиков и сульфаниламидов на фоне соблюдения асептики, применения антисептики и улучшения гигиенических условий распространение рожи сократилось.

При первичной роже бета-гемолитический стрептококк группы А проникает в кожу или слизистые оболочки через трещины, опрелости, различные микротравмы (экзогенный путь). При роже лица - через трещины в ноздрях или повреждения наружного слухового прохода, при роже нижних конечностей - через трещины в межпальцевых промежутках, на пятках или повреждения в нижней трети голени. К повреждениям относят незначительные трещины, царапины, точечные уколы и микротравмы.

В настоящее время у пациентов в возрасте до 18 лет регистрируют лишь единичные случаи рожи. С 20-летнего возраста заболеваемость возрастает, причём в возрастном интервале от 20 до 30 лет мужчины болеют чаще, чем женщины, что связано с преобладанием первичной рожи и профессиональным фактором. Основная масса больных - лица в возрасте 50 лет и старше (до 60-

70% всех случаев). Среди работающих преобладают работники физического труда. Наибольшую заболеваемость отмечают среди слесарей, грузчиков, шофёров, каменщиков, плотников, уборщиц, кухонных рабочих и лиц других профессий, связанных с частой микротравматизацией и загрязнением кожи, а также резкими сменами температуры. Относительно часто болеют домохозяйки и пенсионеры, у которых обычно наблюдают рецидивирующие формы заболевания. Подъём заболеваемости отмечают в летне-осенний период.

Постинфекционный иммунитет непрочный. Почти у трети больных возникает повторное заболевание или рецидивирует форма болезни, обусловленная аутоинфекцией, реинфекцией или суперинфекцией штаммами р-гемолитического стрептококка группы А, которые содержат другие варианты М-протеина.

1.3. Патогенез

Патологическая анатомия рожи хорошо изучена. В начале заболевания появляется отграниченный гиперемированный участок кожи в виде бляшки, склонный к дальнейшему распространению. Отмечается отек пораженного участка кожи, ограниченный своеобразным валиком. Наиболее характерная микроскопическая особенность рожи — поражение лимфатических мелких сосудов и системы микроциркуляции — артериол, метартериол, капилляров, венул. Для рожи характерны не только лимфангит, но и флебит, артериит. Возникающее вначале серозное воспаление локализуется в ретикулярном слое кожи, частично в подкожной жировой клетчатке по ходу лимфатических сосудов. Серозный экссудат с большим содержанием нейтрофилов и лимфоцитов пропитывает ткани, заполняет межклеточные пространства и лимфатические сосуды, в которых к тому же наблюдается десквамация

эндотелиального слоя. Расширяются сосуды системы микроциркуляции, увеличивается их проницаемость, в результате еще более усиливается отек окружающих тканей и в некоторых случаях эритроциты выходят в межклеточные пространства, чем и объясняется наличие иногда встречающихся пузырей с геморрагическим содержимым. При значительном отеке и повышенной проницаемости капиллярных сосудов экссудат отслаивает эпидермис. Так появляются пустулы при буллезной форме рожи. При вовлечении в процесс подкожной жировой клетчатки и пропитывании ее воспалительным экссудатом развивается флегмонозная рожа. Если к парезу капиллярных сосудов и более крупных магистралей присоединяется внутрисосудистый тромбоз, то возникает некротическая форма рожи.

Патогенез рожи сложен. Рожа развивается под воздействием как экзогенной, так и эндогенной стрептококковой инфекции при ослаблении общей устойчивости организма и местной — тканей. Само нахождение стрептококка в организме независимо от путей внедрения еще не приводит к развитию заболевания; важнейшее значение приобретают изменение реактивности организма, его аллергические и аутоаллергические реакции. Воспалительная реакция сопровождается такими изменениями гомеостаза, как иммунологические и гормональные сдвиги, нарушения проницаемости сосудов, водно-солевого, белкового и других видов обмена веществ. Рецидивы рожи объясняются инфекцией, «тлеющей» в очаге сенсибилизированного организма. Вследствие аллергической перестройки разнообразные раздражители по законам параллергии приобретают свойства разрешающего фактора, становясь причиной рецидивов. Поражение кожи и лимфатического аппарата редко сопровождается генерализацией инфекции и образованием септических очагов во внутренних органах. Стрептококки при роже являются «чрезвычайными раздражителями, превышающими меру» (по И. П. Павлову), «стрессорами» (по Селье),

приводящими к специфическим реакциям (образование антител) и неспецифическим в виде синдрома токсемии, аллергизации организма и т. д. При роже независимо от механизма заражения (заражение извне или аутоинфекция) в основе патогенеза лежит инфекционный процесс стрептококковой этиологии у лиц с выраженной аллергией и синдромом токсемии.

1.4.Классификация

Классификация рожи основана на местных и общих проявлениях заболевания. Выделяют формы рожи:

- эритематозную,
- буллезную,
- флегмонозную
- некротическую (гангренозную).

Основные проявления первой формы — яркая гиперемия пораженных участков, отек и гиперестезия. При второй форме к указанным явлениям присоединяются пустулы с серозным или серозно-гнойным содержимым. Если в процесс вовлекается подкожная жировая клетчатка, развивается флегмонозная форма. Некроз является следствием органического нарушения кровообращения в зоне воспалительной реакции, что часто наблюдается при рожистом поражении век и мошонки.

Выделяют первичную и вторичную рожу: первичная возникает при отсутствии в организме очагов гнойного воспаления, а вторичная является осложнением нагноившейся раны или другого очага гнойного воспаления.

По времени развития рожу разделяют на:

- первичную;
- повторную;
- рецидивирующую.

При повторной роже в сенсибилизированном организме более чем через год может возникнуть процесс прежней или до года — другой локализации. При рецидивирующей роже инфекция развивается в прежнем очаге сенсибилизированного организма в течение года либо рожа повторяется более 5 раз в разных участках. Различают ранние рецидивы (до 6 мес) и поздние (от 7 до 12 мес).

По локализации процесса выделяют рожу:

- головы;
- лица;
- конечностей;
- туловища и пр.

По степени тяжести заболевание принято делить на легкую, среднетяжелую и тяжелую формы, которые устанавливаются в зависимости от синдрома токсемии (температура тела, реакция на окружающую обстановку, интенсивность головной боли, нарушение сна, наличие тошноты, рвоты, степень слабости, поражение сердечно-сосудистой системы) и выраженности местного процесса.

В настоящее время все чаще, особенно в условиях поликлиник и амбулаторий, кроме типичного, наблюдаются атипичные, абортивные, стертые формы рожи. Стертое течение болезни бывает легким, а атипичное может быть и тяжелым. Абортивно, стерто, порой почти без общей реакции могут протекать и рецидивы рожи.

Выделяют также локализованную, ползучую и мигрирующую рожу. При локализованной форме патологический процесс в течение всего заболевания остается в одной области. Иногда рожа, появившись на определенной области тела, распространяется на соседние участки. Такая форма воспаления носит название ползучей рожи. При мигрирующей форме процесс переходит на отдаленные участки кожных покровов.

1.5.Симптоматика

Инкубационный период - от нескольких часов до 3 - 5 дней. У больных с рецидивирующим течением рожи развитию очередного приступа заболевания часто предшествуют переохлаждение, стресс. В подавляющем большинстве случаев заболевание начинается остро.

Общие симптомы рожи.

Начальный период болезни характеризуется быстрым развитием симптомов интоксикации, которые более чем у половины больных (обычно при локализации рожи на нижних конечностях) на срок от нескольких часов до 1 - 2 суток опережают возникновение местных проявлений болезни. Отмечаются головная боль, общая слабость, озноб, мышечные боли. У 25 - 30% больных появляются тошнота и рвота. Уже в первые часы болезни температура повышается до 38 - 40°С. На участках кожи в области будущих локальных проявлений у ряда больных появляются парестезии, чувство распирания или жжения, неинтенсивные боли. Нередко возникают также боли в области увеличенных регионарных лимфатических узлов.

Разгар заболевания наступает в сроки от нескольких часов до 1 - 2 суток после первых проявлений болезни. Достигают своего максимума общетоксические

проявления и лихорадка. Возникают характерные местные проявления рожи. Чаще всего воспалительный процесс локализуется на нижних конечностях (60 - 70%), реже на лице (20 - 30%) и верхних конечностях (4 - 7%), очень редко лишь на туловище, в области молочной железы, промежности, наружных половых органов.

При своевременно начатом лечении и неосложненном течении рожи длительность лихорадки обычно не превышает 5 сут. У 10 - 15% больных лихорадка сохраняется дольше 7 суток, что наблюдается обычно при распространенном процессе и недостаточно полноценной этиотропной терапии. Наиболее длительный лихорадочный период отмечают при буллезно-геморрагической роже. Более чем у 70% больных рожей возникает регионарный лимфаденит, развивающийся при всех формах болезни.

Период реконвалесценции. Нормализация температуры и исчезновение симптомов интоксикации наблюдаются при роже раньше, чем исчезновение местных проявлений. Острые местные проявления болезни сохраняются до 5 - 8 суток, при геморрагических формах - до 12 - 18 суток и более. К остаточным явлениям рожи, сохраняющимся на протяжении нескольких недель и месяцев, относятся пастозность и пигментация кожи, застойная гиперемия на месте угасшей эритемы, плотные сухие корки на месте булл, отечный синдром.

Неблагоприятное прогностическое значение (вероятность развития раннего рецидива) имеют сохраняющиеся увеличенные и болезненные лимфатические узлы, инфильтраты кожи в области угасшего очага воспаления, субфебрильная температура. Прогностически неблагоприятно также длительное сохранение лимфатического отека (лимфостаза), который следует рассматривать как раннюю стадию вторичной слоновости. Гиперпигментация участков кожи на нижних конечностях у больных, перенесших буллезно-геморрагическую рожу, может сохраняться пожизненно.

1.6.Клинические формы

Эритематозная рожа может быть как самостоятельной клинической формой рожи, так и начальной стадией развития других форм рожи. На коже появляется небольшое красное или розовое пятно, которое в течение нескольких часов превращается в характерную рожистую эритему. Эритема представляет собой четко отграниченный участок гиперемированной кожи с неровными границами в виде зубцов, языков.

Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненная при пальпации (больше по периферии эритемы). В ряде случаев можно обнаружить "периферический валик" в виде инфильтрированных и возвышающихся краев эритемы. Наряду с гиперемией и инфильтрацией кожи развивается ее отек, распространяющийся за пределы эритемы.

Эритематозно-буллезная рожа развивается в сроки от нескольких часов до 2 - 5 суток на фоне рожистой эритемы. Развитие пузырей связано с повышенной экссудацией в очаге воспаления и отслойкой эпидермиса от дермы скопившейся жидкостью. При повреждении поверхностей пузырей или их самопроизвольном разрыве происходит истечение экссудата, нередко в большом количестве на месте пузырей возникают эрозии. При сохранении целостности пузырей они постепенно ссыхаются с образованием желтых или коричневых корок.

Эритематозно-геморрагическая рожа развивается на фоне эритематозной рожи в сроки 1 - 3 суток от начала заболевания, иногда позднее. Появляются кровоизлияния различных размеров - от небольших петехий до обширных сливных геморрагий, иногда на протяжении всей эритемы.

Буллезно-геморрагическая рожа трансформируется из эритематозно-буллезной или эритематозно-геморрагической формы и возникает в результате глубокого повреждения капилляров и кровеносных сосудов сетчатого и сосочкового слоев дермы. Буллезные элементы заполняются геморрагическим и фибринозно-геморрагическим экссудатом, возникают обширные кровоизлияния в кожу в области эритемы. Образовавшиеся пузыри бывают разных размеров, имеют темную окраску с просвечивающими желтыми включениями фибрина.

Пузыри могут содержать и преимущественно фибринозный экссудат. Возможно появление обширных уплощенных пузырей, плотных при пальпации вследствие значительного отложения в них фибрина. У больных с активной репарацией в очаге поражения на месте пузырей быстро образуются бурые корки. В других случаях покрышки пузырей разрываются и отторгаются вместе со сгустками фибринозно-геморрагического содержимого, обнажая эрозированную поверхность. У большинства больных происходит ее постепенная эпителизация. При значительных кровоизлияниях в дно пузыря и толщу кожи возможно развитие некроза, иногда с присоединением вторичного нагноения, образованием язв.

Критериями тяжести рожи являются выраженность интоксикации и распространенность местного процесса.

К легкой (I) форме рожи относятся случаи с незначительной интоксикацией, субфебрильной температурой, локализованным (чаще эритематозным) местным процессом.

Среднетяжелая (II) форма заболевания характеризуется выраженной интоксикацией. Отмечаются общая слабость, головная боль, озноб, мышечные боли, иногда тошнота, рвота, повышение температуры до 38 - 40°С, тахикардия, почти у половины больных - гипотензия. Местный процесс может иметь как локализованный, так и распространенный (захватывает две анатомические

области) характер.

К тяжелой (III) форме рожи относятся случаи болезни с сильно выраженной интоксикацией: интенсивной головной болью, повторной рвотой, гипертермией (выше 40°С), иногда затмением сознания, явлениями менингизма, судорогами. Отмечаются значительная тахикардия, часто гипотензия, у лиц пожилого и старческого возраста при поздно начатом лечении возможно развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности. Распространенную буллезно-геморрагическую рожу с обширными пузырями следует считать тяжелой и при отсутствии резко выраженного токсикоза и гипертермии.

При различной локализации рожи клиническое течение болезни и ее прогноз имеют свои особенности. Рожа нижних конечностей - самая распространенная локализация болезни (60 - 70%). Характерны геморрагические формы болезни с развитием обширных геморрагий, больших пузырей с последующим образованием эрозий, других дефектов кожи. Для данной локализации процесса наиболее типичны поражения лимфатической системы в виде лимфангитов, периаденитов, хронически-рецидивирующее течение заболевания. Последнему во многом способствуют фоновые сопутствующие состояния - хроническая венозная недостаточность, первичные нарушения лимфообращения, микозы и др.

Рожа лица (20 - 30%) обычно наблюдается при первичной и повторной формах болезни. При ней относительно редко имеет место часто рецидивирующее течение болезни. При своевременно начатом лечении рожа лица протекает легче, чем рожа других локализаций. Нередко ей предшествуют ангины, острые респираторные заболевания, обострения хронических синуситов, отитов, кариес.

Рожа верхних конечностей (5-7%), как правило, возникает на фоне послеоперационного лимфостаза (слоновости) у женщин, оперированных по поводу опухоли молочной железы. Рожа этой локализации у женщин имеет склонность к рецидивирующему течению. Одним из основных аспектов проблемы рожи как стрептококковой инфекции является тенденция болезни к хронически рецидивирующему течению (в 25 - 35% всех случаев).

Рецидивы при роже могут быть поздними (возникают спустя год и более после предыдущей вспышки рожи с той же локализацией местного воспалительного процесса), сезонными (возникают ежегодно на протяжении многих лет, чаще всего в летне-осенний период). Поздние и сезонные рецидивы болезни, являясь обычно результатом реинфекции, по клиническому течению не отличаются от типичной первичной рожи, хотя и протекают на фоне стойкого лимфостаза, других последствий предыдущих вспышек болезни.

Ранние и частые рецидивы (3 рецидива за год и более) являются обострениями хронически протекающего заболевания. Более чем у 70% больных часто рецидивирующая рожа протекает на фоне разных сопутствующих состояний, сопровождающихся нарушениями трофики кожи, снижением ее барьерных функций, местным иммунодефицитом. К их числу относятся: первичные лимфостаз и слоновость различной этиологии, хроническая венозная недостаточность (посттромбофлебитический синдром, варикозная болезнь), грибковые поражения кожи, опрелость и др. Определенное значение для формирования рецидивирующей рожи имеют хроническая ЛОР-инфекция, сахарный диабет, ожирение. Сочетание двух - трех перечисленных фоновых заболеваний существенно увеличивает возможность частых рецидивов болезни, а лица, ими страдающие, составляют группу риска.

Осложнения рожи, преимущественно местного характера, наблюдаются у 5-8%

больных. К местным осложнениям рожи относят абсцессы, флегмоны, некрозы кожи, пустулизацию булл, флебиты, тромбофлебиты, лимфангиты, периадениты. Наиболее часто осложнения возникают у больных буллезно-геморрагической рожей. При тромбофлебитах чаще поражаются подкожные и реже - глубокие вены голени. Лечение данных осложнений необходимо проводить в гнойных хирургических отделениях. К общим осложнениям, развивающимся у больных рожей достаточно редко, относятся сепсис, токсико-инфекционный шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и др.

К последствиям рожи относятся стойкий лимфостаз (лимфедема) и собственно вторичная слоновость (фибредема), являющиеся двумя стадиями одного процесса. По современным представлениям, стойкий лимфостаз и слоновость в большинстве случаев развиваются у больных рожей на фоне уже имевшейся функциональной недостаточности лимфообращения кожи (врожденной, посттравматической и др.).

Возникающая на этом фоне рецидивирующая рожа существенно усиливает имевшиеся (иногда субклинические) нарушения лимфообращения, приводя к формированию последствий болезни. Успешное противорецидивное лечение рожи (включая повторные курсы физиотерапии) может привести к существенному уменьшению лимфатического отека. При уже сформировавшейся вторичной слоновости эффективно только хирургическое лечение.

1.7. Методы диагностики

Диагностическими критериями рожи в типичных случаях являются:

1острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры тела до 38-39°С и выше;

2преимущественная локализация местного воспалительного процесса на нижних конечностях и лице;

3развитие типичных местных проявлений с характерной эритемой, возможным местным геморрагическим синдромом;

4развитие регионарного лимфаденита;

5отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое.

1.8.Принципы лечения

Лечебные мероприятия при заболевании рожей в большинстве случаев проводят на дому или в амбулаторных условиях. Больным показано обильное питье, рациональное питание. Показаниями для госпитализации являются тяжелое течение болезни, распространенный местный процесс, его буллезно-геморрагический характер и рецидивирующая рожа.

Лечение больных рожей должно проводиться с учетом формы заболевания, в первую очередь его кратности (первичная, повторная, рецидивирующая, часто рецидивирующая рожа), а также степени интоксикации, характера местных поражений, наличия осложнений и последствий. В настоящее время большинство больных с легким течением рожи и многие пациенты со среднетяжелой формой заболевания лечатся в условиях поликлиники.

Показаниями для обязательной госпитализации в инфекционные больницы (отделения) являются:

1тяжелое течение рожи с резко выраженной интоксикацией или распространенным поражением кожи (особенно при буллезно-геморрагической форме рожи);

2частые рецидивы рожи, независимо от степени интоксикации, характера местного процесса;

3наличие тяжелых общих сопутствующих заболеваний;

4старческий или детский возраст.

Методы лечения рожи, применяемые в настоящее время, можно разделить на несколько групп:

1) местные средства;

2) антибактериальные препараты;

3) десенсибилизирующая терапия;

4) стимулирующая терапия.

Общее лечение.

Основным и компонентами являются:

- Антибактериальная терапия: используют полусинтетические пенициллины (ампициллин по 2,0-4,0мг в сутки) в сочетании с сульфаниламидами (стрептоцид, сульфадиметоксин, сульфален).

При тяжелых геморрагических формах и рецидивах заболевания применяют цефалоспорины второго поколения. Методом выбора является лимфотропное введение антибиотиков (ЭЛТ трудноосуществима из-за выраженного отека дистальных отделов конечности). Обычно 3-4 лимфотропных введения быстро купирует основные проявления заболевания.

- Дезинтоксикационная терапия необходима обычно в течение первых 4-5 дней. Применяют внутривенные инфузии кристаллоидных растворов (1,5-2,0 л в сутки), а в тяжелых случаях кровезаменители дезинтоксикационного действия и препараты крови. Эффективным методом лечения является УФ или лазерное облучение крови.

- Десенсибилизирующая терапия заключается во введении

антигистаминных препаратов (димедрол, тавегил, диазолин). При тяжелых геморрагических формах используют кортикостероиды (преднизолон) в течение суток.

- Укрепление сосудистой стенки необходимо при геморрагических формах. Применяют аскорбиновую кислоту, аскорутин.

Лечение больных рецидивирующей рожей. Лечение этой формы заболевания должно проводиться в условиях стационара. Обязательно назначение резервных антибиотиков, не применявшихся при лечении предыдущих рецидивов. Назначаются цефалоспорины (I или II поколения) внутримышечно по 0,5 - 1,0 г 3 - 4 раза в сутки или линкомицин внутримышечно 0,6 г 3 раза в сутки, рифампицин внутримышечно 0,25 г 3 раза в сутки. Курс антибактериальной терапии - 8 - 10 дней. При особо упорных рецидивах рожи целесообразно двухкурсовое лечение.

Последовательно назначают антибиотики, оптимально действующие на бактериальные и L-формы стрептококка. Первый курс антибиотикотерапии осуществляется цефалоспоринами (7 - 8 дней). После 5-7-дневного перерыва проводится второй курс лечения линкомицином (6 - 7 дней). При рецидивирующей роже показана иммунокорригирующая терапия (метилурацил, нуклеинат натрия, продигиозан, Т-активин).

Широкое применение при этом заболевании антибиотиков и сульфаниламидов дало возможность несколько сократить число летальных исходов. Однако рожистое воспаление занимает сравнительно большой удельный вес в структуре инфекционной заболеваемости. Многие авторы указывают на недостатки антибиотикотерапии, так как при ней остается довольно высокая частота повторных заболеваний и рецидивов рожи Нарастающее количество

антибиотикорезистентных штаммов особенно у 6ольных рецидивирующей рожей не обеспечивает полной санации организма от возбудителя. Все это приводит к необходимости изыскивать новые, более эффективные методы лечения, которые воздействовали бы на очаг поражения и стимулировали активность организма.

Местная терапия.

Лечение местных проявлений болезни проводится лишь при ее буллезных формах с локализацией процесса на конечностях.

Эритематозная форма рожи не требует применения местных средств лечения, а многие из них (ихтиоловая мазь, бальзам Вишневского, мази с антибиотиками) вообще противопоказаны. В остром периоде рожи при наличии неповрежденных пузырей их осторожно надрезают у одного из краев и после выхода экссудата на очаг воспаления накладывают повязки с 0,1% раствором риванола или 0,02% раствором фурацилина, меняя их несколько раз в течение дня. Тугое бинтование недопустимо.

При наличии обширных мокнущих эрозий на месте вскрывшихся пузырей местное лечение начинают с марганцевых ванн для конечностей с последующим наложением перечисленных выше повязок. Для лечения местного геморрагического синдрома при эритематозно-геморрагической роже назначают 5 - 10 % линимент дибунола в виде аппликаций в области очага воспаления 2 раза в сутки на протяжении 5 - 7 дней. Своевременно начатое лечение геморрагического синдрома значительно сокращает сроки острого периода болезни, предупреждает трансформацию эритематозно-геморрагической рожи в буллезно-геморрагическую, ускоряет репаративные процессы, предупреждает характерные для геморрагической рожи осложнения.

Физиотерапия.

Традиционно в остром периоде рожи назначается УФО на область очага воспаления и на область регионарных лимфатических узлов. При сохранении в периоде реконвалесценции инфильтрации кожи, отечного синдрома, регионарного лимфаденита назначают аппликации озокерита или повязки с подогретой нафталановой мазью (на нижние конечности), аппликации парафина (на лицо), электрофорез лидазы (особенно в начальных стадиях формирования слоновости), хлорида кальция, радоновые ванны.

Лазеротерапия.

Применяется гелий-неоновый лазер с помощью 25 мВт и длиной волны 0,63 мкм, с плотностью мощности излучения 0,5 мВт на 1 см2 и плотностью поглощения энергии до 0,5дж/см2 за один сеанс. Экспозиция на 1 поле излучения составляет 1-2 мин и до 10-12 мин на 1 процедуру. В острой стадии болезни (выражен воспалительный отек, геморрагии, буллезные элементы) применяют лазерное излучение с низкой частотой, в стадии реконвалесценции (для усиления репаративных процессов на поверхности кожных покровов) – лазерное излучение с высокой частотой. Начиная со 2-й процедуры назначают лазерное воздействие (при использовании инфракрасной лазеротерапии) на проекцию крупных, регионарных очагу поражения, сосудов (сонной, бедренной и подколенной артерий), регионарных лимфатических узлов. Курс лазеротерапии составляет 5-10 процедур.

Диспансеризация больных рожей должна проводиться врачами кабинетов инфекционных заболеваний поликлиник с привлечением при необходимости врачей других специальностей

1.9Профилактика

В профилактике рожи существенное значение имеет:

1Диспансерное наблюдение.

2Лечение сопутствующих заболеваний.

3Санация очагов инфекции.

4Рациональное трудоустройство.

5Соблюдение правил личной гигиены.

6Предупреждение травматизации.

Специфической профилактики рожи не существует. Профилактика первичной рожи основана на своевременном лечении травм, гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, кожных болезней и т.д. В профилактике рецидивирующих и повторных форм имеет значение предупреждение переохлаждения, сырости, гиперинсоляции. Важно исключить вредные производственные и бытовые факторы, предупреждать и устранять микротравмы, мацерации, опрелости, потертости кожи, соблюдать правила личной гигиены, проводить мероприятия по закаливанию организма (в том числе и физическими факторами).

Перенесшие рожу подлежат диспансерному наблюдению у врачей — инфекционистов, хирургов или дерматологов.

В хирургических отделениях и родильных домах персонал должен особенно тщательно соблюдать правила асептики, уделять большое внимание уходу за кожей новорожденных. Образование опрелостей у грудных детей может способствовать заболеванию рожей.

Диспансеризация должна проводиться врачами КИЗов с привлечением врачей

других специальностей.

Группы диспансерного наблюдения:

I группа

Лица, болеющие частыми, не менее 3 за год, рецидивами Р. Наблюдение 2-3 года. Осмотр 1 раз в 3-4 мес. Назначение витаминов, биостимуляторов, круглогодичная бициллинопрофилактика, физиолечение, санация очагов инфекции, трудоуствойство.

II группа

Лица, имеющие выраженный сезонный характер рецидивов. Наблюдение 2 года. Врачебный осмотр 1 раз в 6 мес. Сезонное введение бициллина-5 по схеме или курсовое профилактическое лечение а/б и химиопрепаратами, санация очагов инфекции.

III группа

Лица, имеющие прогностически неблагоприятные остаточные явления при выписке из отделения. Наблюдение 6-12 мес. Врачебный осмотр через 1-3-6 мес после выписки. Однокурсовое введение бициллина-5. Физиотерапия прогностически неблагоприятных остаточных явлений рожи.

Бициллинопрофилактика является составной частью комплексного диспансерного лечения больных, страдающих рецидивирующей формой заболевания. Профилактическое внутримышечное введение бициллина (5 - 1,5 млн. ЕД) или ретарпена (2,4 млн ЕД) предупреждает рецидивы болезни, связанные с реинфекцией стрептококком. При сохранении очагов эндогенной инфекции эти препараты предупреждают реверсию L-форм стрептококка в исходные бактериальные формы, что способствует

предупреждению рецидивов.

При частых рецидивах (не менее 3 за последний год) рожи целесообразна непрерывная (круглогодичная) бициллинопрофилактика на протяжении 2 - 3 лет с интервалом введения препарата 3 - 4 недели (в первые месяцы интервал может быть сокращен до 2 недель). При сезонных рецидивах препарат начинают вводить за месяц до начала сезона заболеваемости у данного больного с интервалом в 4 недели на протяжении 3 - 4 месяцев ежегодно. При наличии значительных остаточных явлений после перенесенной рожи препарат вводят с интервалом в 4 недели на протяжении 4 - 6 месяцев.

Существуют следующие методы бициллинопрофилактики:

- круглогодичная на протяжении 2-3 лет (при частых рецидивах - не менее трех за последний год);
- сезонная (в течение 4 мес три сезона подряд) - препарат начинают вводить за месяц до начала сезона повышенной заболеваемости;
- однокурсовая для предупреждения ранних рецидивов (в течение 4-6 мес после перенесенного заболевания).

В профилактике рецидивов заболевания используются немедикаментозные методы (лазер, ГБО), а также в ряде случаев (с учетом результатов иммунограммы) неспецифические стимулирующие средства.

ГЛАВА 2. Практическая часть

2.1. Особенности сестринского ухода за больными рожей.

Сущность ухода за больными рожей - это широкий комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, диагностических и лечебных процедур, а также

воспитательной работы с больным, направленный на его быстрое выздоровление и предотвращение рассеивания инфекции. Для обеспечения надлежащего ухода необходимо знать основные особенности больного рожей. Главная особенность состоит в том, что большинство больных выделяют во внешнюю среду возбудителей, т. е. являются источником заразного начала. Отсюда важно знать, где в организме находятся возбудители, каким образом они выделяются во внешнюю среду, как заражают здоровых людей, пути и способы заражения, необходимые меры, чтобы не допустить распространения инфекции. Вторая особенность: рожа сопровождается лихорадкой, интоксикацией и токсическим поражением центральной нервной системы, поэтому у больных часто развиваются нервнопсихические расстройства. Нужно знать характер этих нарушений, чтобы правильно подойти к больным, установить с ними нужный контакт. Хорошее состояние психики больного - один из важных факторов быстрого выздоровления. Третья особенность: рожа- острое, динамичное заболевание, при котором состояние больного может внезапно меняться. В связи с этим часто возникает необходимость быстрого неотложного решения вопросов об оказании срочной помощи пациенту и об изменении характера ухода за ними. Четвертая особенность состоит в том, что клиническое выздоровление при роже, как правило, намного опережает полное восстановление возникших в организме человека органических и функциональных расстройств. В периоде выздоровления (реконвалесценции) больные (при тяжелой форме рожи) долгое время физически ослаблены, у них нарушена психика, имеются расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы и других органов и систем, но, несмотря на это, их самочувствие нередко бывает вполне удовлетворительным и совершенно не соответствует глубоким изменениям, сохраняющимся в организме.

Медсестры должны хорошо знать все отмеченные особенности, чтобы осуществлять уход за больными рожей в стационаре и дома.

Круг обязанностей медсестры, куда входит и выполнение назначенных врачом вмешательств и ее самостоятельные действия, четко определен законом. Все выполненные манипуляции отражаются в сестринской документации.

Задача врача - поставить правильный диагноз и назначить лечение.

Задача медсестры - обеспечить пациенту максимальный комфорт в пределах своей сестринской компетенции, постараться облегчить его состояние. Поэтому для медсестры важны не столько причины нарушения функций органов и систем (инфекция, аллергия), сколько внешние проявления заболевания.

Такими внешними проявлениями наличия патологического процесса в организме могут являться при заболеваниях кожи, например: зуд, боль, высыпания на коже, нарушение целостности кожного покрова, нарушенный сон.

Физиологические сестринские проблемы (снижение защитных функций организма, боль, нарушение целостности кожного покрова, кожный зуд, лихорадка, дефицит самоухода.

Психологические и духовные сестринские проблемы (дефицит знаний о своем заболевании, страх, тревога, беспокойство; дефицит досуга, дефицит общения, недоверие медперсоналу, отказ от приема лекарств, конфликтная ситуация в семье.

Социальные сестринские проблемы (социальная изоляция, беспокойство о финансовом положении в связи с утратой трудоспособности.

Сестринские проблемы делятся также на: -1) настоящие (те, что есть сейчас). Например: боль, плохой сон, дефицит самоухода; -2) потенциальные (те, которые могут возникнуть в будущем). Это могут быть осложнения. Примеры потенциальных сестринских проблем (риск ухудшения состояния ввиду неправильного применения лекарств; риск развития депрессии в связи с длительным заболеванием; риск развития абсцесса).

Обдумав ситуацию, медсестра выписывает все проблемы пациента: настоящие и потенциальные. Затем медсестра определяет приоритетные (первоочередные) проблемы, самые важные. Приоритеты нужны для установления очередности сестринских вмешательств.

III этап - планирование ухода.

Во время планирования формируют цели и план ухода.

Цели должны быть: реальными и достижимыми; иметь конкретные сроки достижения; находиться в пределах сестринской компетенции.

По срокам существует два вида целей: краткосрочные (меньше одной недели); долгосрочные (недели, месяцы).

Каждая цель включает три компонента: - действие; - критерии: дата, время, расстояние; - условие: с помощью кого, чего-либо.

Методы возможных сестринских вмешательств: оказание ежедневной помощи пациенту для осуществления им активной жизни; выполнение практических манипуляций; оказание психологической помощи и поддержки; обучение и консультирование пациента и членов его семьи; профилактика осложнений и укрепление здоровья; меры по спасению жизни; создание терапевтической среды, благоприятной для удовлетворения основных потребностей человека.

IV этап - реализация плана ухода.

Сестринские действия подразумевают 3 типа сестринских вмешательств:

(зависимые - такие, которые выполняются по назначению врача; независимые - действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе; взаимозависимые - сотрудничество с врачом или другим специалистом для достижения результата лечения).

V этап - оценка эффективности ухода.

Оценка эффективности и качества ухода за пациентом осуществляется медсестрой регулярно. Основные аспекты оценки (оценка степени достижения

цели; оценка ответной реакции пациента на медперсонал, лечение, факт пребывания в стационаре). Если поставленные цели достигнуты, медсестра делает запись об этом в документации (например: цель: пациент будет уметь делать примочки самому себе к 7.05.16; оценка: пациент правильно делает примочки 7.05.16; цель достигнута; подпись медсестры.

Если постигает неудача, медсестра выясняет причину неудачи, ищет ошибку.

В результате может быть изменена цель с тем, чтобы сделать ее более реальной.

2.2. План оказания помощи и ухода

В ходе данной работы преследовалась цель - разработать систему методов обучения пациента и членов его семьи приемам ухода за больным, которая может стать вспомогательной в процессе лечения. Полученные знания должны использовать как пациент, нуждающийся в помощи, так и его родственники. Задачи по обучению пациента и членов его семьи уходу за больным решаются следующим образом. На первом этапе (этап получения знаний) обучающий (медицинская сестра) выполняет информационную функцию, обеспечивая научность, достоверность, полноту и глубину сообщаемых знаний. Эти знания должны быть важны для обучающихся (пациента, его родственников). Необходимо направлять их на решение поставленных задач. Методы обучения можно разделить на 3 подгруппы:

1) основанные на пассивном восприятии (лекция, объяснение, рассказ);
2) основанные на активном восприятии (демонстрация приборов и аппаратов медицинского назначения, предметов ухода за пациентом);
3) также демонстрация выполнения конкретных манипуляций (правильное нанесение лекарственного препарата (мази), выполнение инъекций, правильное не травмирующие снимание и

надевание нательного белья). Можно многому научиться, наблюдая за действиями квалифицированной медицинской сестры. Еще одним способом обучения является иллюстрация, которая необходима для создания точного, четкого и ясного образа изучаемого материала. Демонстрации и иллюстрации непременно сопровождаются пояснением, указаниями, что улучшает результаты обучения.

План оказания помощи и ухода:

. Создать пациенту условия максимального комфорта

. Несколько раз в день проветривать помещение, в котором находится пациент

. Осуществление не меньше двух раз в день влажной уборки

. Смена нательного и постельного белья каждые два дня

. Обработка предметов пользования пациента дезинфицирующими средствами

. Обработка кожных покровов лекарственными препаратами

. Оказание помощи в самоуходе

. Контроль за соблюдением режима

. Контроль за соблюдение диеты

. Контроль за приемом препаратов

. Контроль за состоянием пациента

. Помощь при проведении личной гигиены

. Предоставление информации по обучению

. Обучение приемам и манипуляциям по самоуходу

. Контроль за правильностью выполнения приемов и манипуляций по самоуходу.

Приложение 1. Реализация плана ухода за больными рожей.

Приложение 2. Памятка больному рожей.

2.3. Практическая часть.

Результаты исследований пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении КГ БУЗ «Краевая клиническая больница №2»

Наблюдение 1

Пациентка Остапенко Валентина Григорьевна 56 лет, была доставлена в инфекционное отделение, где ей был поставлен диагноз: Повторная рожа лица, эритематозно-буллезная форма, средней степени тяжести.

При сестринском обследовании установлены жалобы: жалобы на жар, разбитость, боли в пояснице, отечность и покраснение кожи век, носа, щек.

Считает себя больной с 6.03.16, когда появились температура до 38,3 градусов, озноб, боль в пояснице, разбитость. В те же сутки на кончике и левом крыле носа появился участок уплотнения и инфильтрации розового цвета, с четкими неправильными границами. В течение суток процесс распространился на спинку носа, веки, область щек. Кожный покров приобрел напряженность, эритоматозный оттенок. На спинке носа появились пузыри, заполненные прозрачной жидкостью. Развитие заболевание связывает с перенесенной ангиной и переохлаждением. Обратилась за помощью в бригаду СМП. 7.03.16г. в 11:20 была доставлена в стационар для уточнения диагноза и коррекции лечения.

Объективно: кожный патологический процесс ограниченный с локализацией на коже носа, век, щек. Кожный покров в области патологического процесса пастозный, напряженный, с эритематозным оттенком, отмечается гиперестезия. По периферии патологического процесса определяются зона шелушения, корочки.

На основании анамнеза жизни: наследственность по роже отягощена со стороны матери.

На основании эпидемиологического анамнеза: в 1994 году перенесла рожу левой голени.

Назначено лечение:

Режим палатный

Стол 15

Rp: Penicillini 1000000 ЕД.- вм 4 раза в день, предварительно развести в 5 мл новокаина.

Rp: Tab. Indometacini 0,025 № 10 – по 1 таб. 2 раза в день.

Rp.: Tab. Suprastini 0,025 N. 20 – По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Sol. Cyanocobalamini 0,02% - 1 ml - По 1 мл внутримышечно через день.

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2,5 % 1 ml- По 1 мл внутримышечно

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml- По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

Rp.: Aeviti - По 1 капсуле 1 раз в сутки после еды.

Проблемы пациента:

Настоящие: нарушение сна; зуд кожных покровов; высыпания; нарушение целостности кожных покровов.

Потенциальные:

развитие осложнений: риск инфицирования, риск развития аллергической реакции.

Приоритетный сестринский диагноз: высокая температура, высыпания на коже лица.

Краткосрочные цели: уменьшение высыпаний к концу недели, снизить температуру.

Долгосрочные цели: снизить риск осложнений к моменту выписки

Планирование:

	План	**Мотивация**

1.	**Обеспечить физический и психический покой**	**Для снятия беспокойства и тревоги.**
2.	**Провести беседу с пациентом о соблюдении санитарно - гигиенического режима в период лечения и после выздоровления**	**Для эффективного лечения и профилактики**
3.	**Выполнить назначения врача: D.S. вводить в/м 4 раза в день, предварительно развести в 5 мл новокаина.** **Rp: Tab. Indometacini 0,025 № 10** **D.S. по 1 таб. 2 раза в день.**	**Индометацин относится к группе нестероидных противовоспалительных средств. Препарат обладает противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим, а также некоторым антиагрегантным действием**
4.	**Дать практические рекомендации по предупреждению инфекции кожных покровов**	**Восполнить дефицит информации**

На фоне лечения состояние больной несколько улучшилось. Появление новых высыпаний прекратилось, снизилась температура, Больная продолжает лечение в стационаре. Прогноз благоприятный.

Наблюдение 2

Пациент, Беликова Людмила Григорьевна 48 лет, поступил на стационарное лечение в инфекционное отделение больницы с диагнозом: Гнойно-некротическая форма рожи левой стопы и голени.

При сестринском обследовании установлены жалобы: Жалобы на постоянные жгучие интенсивные боли в области голени и стопы на левой ноге и в области голеностопного сустава на правой ноге. Также больная предъявляет жалобы на отеки конечностей, тела и лица.

Объективно: Выраженные отеки конечностей, тела и лица – анасарка. Затрудненное мочеиспускание. Местного статуса: в области левой голени имеются циркулярная гнойно-некротическая рана от верхней трети вниз до тыльной поверхности стопы включительно. Форма раны неправильная. Размер раны на тыле стопы 6 Х 10 см. Края раны отечные, неровные, обрывистые, дно углубленное (глубина - все слои кожи, подкожная клетчатка, мышцы), покрыто некротическими тканями, грануляции отсутствуют, отделяемое гнойное со зловонным запахом. Эпителизация отсутствует. В области медиальной лодыжки правой нижней конечности имеется гнойно-некротическая рана, диаметром 8 см. Края раны неровные, отечные, обрывистые, дно углубленное (глубина - все слои кожи, подкожная клетчатка), покрыто некротическими тканями, грануляции отсутствуют, отделяемое гнойное со зловонным запахом. Эпителизации нет. Движения в обоих голеностопных суставах отсутствуют. Движения в коленных суставах сохранены в полном объеме; можно поставить диагноз: гнойно-некротическая форма рожистого воспаления правой стопы, левой стопы и голени.

Назначено лечение:

1. Анальгин 50 % - 2,0ед в/м при болях
2. Димедрол 1 % - 2,0 ед в/м
3. Реополиглюкин 400 ед. в/м
4. Трентал 5,0 ед капельно
5. Физ. раствор 200 ед. в/м
6. Новокаин 0,25 % - 80 ед.капельно
7. Гепарин 10.000 ед. 2 раза в день в/м
8. S . Ampiox 1,0 4 раза в сутки в/м
9. Цефтриаксог 1,0 2 раза в день в/м
10. Гепариновая мазь местно

11. Физиотерапия
12. Дицион 1,0 2 раза в день В/М
13. Диклофенак 3,0 В/М № 5
14. Витамин В12 1000 ед В/М № 10

Проблемы пациента:

Настоящие: жгучие интенсивные боли в области голени и стопы на левой ноге и в области голеностопного сустава на правой ноге; нарушение целостности кожных покровов.

Потенциальные: развитие осложнений, риск инфицирования.

Приоритетный сестринский диагноз: боль, отеки.

Краткосрочные цели: уменьшение отеков к концу недели.

Долгосрочные цели: восстановление сна, прекращение боли к моменту выписки.

Планирование:

	План	**Мотивация**
1.	**Обеспечить физический и психический покой**	**Для снятия беспокойства и тревоги.**
2.	**Провести беседу с пациентом о соблюдении санитарно - гигиенического режима в период лечения и после выздоровления**	**Для эффективного лечения и профилактики**
3.	**Выполнить назначения врача: анальгин, димедрол**	**Для уменьшения боли**
4.	**Дать практические рекомендации по предупреждению инфекции кожных покровов**	**Восполнить дефицит нформации**

Лечение перенесла без осложнений. В результате лечения отмечено улучшение состояния: отеки уменьшились, боль прошла. Прогноз благоприятный.

Пациентка спокойно спит ночью, беспокойство исчезло.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проанализировав медицинскую литературу по заболеванию рожа, я пришла к выводу, что в них присутствует, кроме основных конкретных проблем пациента, психологическая сторона заболевания.

Особенности психологических проблем у больных рожей, выявленные в настоящей работе, связаны с низкой информативностью об особенностях распространения и путях заражения. Полученные в ходе работы данные диктуют необходимость включения в комплекс профилактических мероприятий методов рациональной коррекции психологических проблем и совершенствования медицинского информирования населения о факторах риска, путях заражения и мерах профилактики через средства массовой информации (печать), выпуск специальных листовок, санбюллетеней и плакатов, а также следует обращать особое внимание на группы населения с низкой социальной адаптацией.

Ранняя диагностика психологических проблем и проведение комплексной коррекции способны уменьшить данную патологию и улучшить качество жизни больных.

Люди всех возрастов во всем мире страдают этими заболеваниями кожи, которые при недостаточно эффективном лечении могут значительно ограничивать повседневную жизнь пациентов и даже приводить к смерти.

Знание этиологии, клинической картины, особенностей диагностики и лечения заболевания окажет медсестре необходимую помощь в организации помощи и ухода за больными рожей. Роль медицинской сестры при уходе за больными рожей невозможно переоценить в процессе выздоровления. На медсестру возлагается ответственность за здоровье и самочувствие больного находящегося

в стационаре, и она должна добиться снижения дискомфорта и нормализации душевного состояния больного. А так же донести до пациента и его, близких всю необходимую в лечении и профилактике информацию.

Медсестра должна знать все правила ухода за пациентами, умело и правильно выполнять лечебные процедуры, ясно и четко представлять действие лекарственных средств на организм больного.

Большое значение имеет обучение пациента проведению обработки кожи. Пациенты с кожными заболеваниями испытывают потребность в получении достоверной информации о заболевании, ее последствиях, образе жизни. В этом огромная роль принадлежит среднему медицинскому персоналу.

В ходе работы было показано, что использование всех этапов сестринского ухода, позволяют повысить качество сестринской помощи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ (РОЖА)

Сестринский диагноз	План ухода	Выполнение	Оценка результатов
Нарушение целостности кожи	Способствовать быстрейшему заживлению кожи, провести профилактику присоединения	Регулярное проветривание палаты, уборка. По назначению врача применение лекарственных	Воспаление кожи уменьшается, эрозии эпителизируются спустя несколько суток. Признаков

	инфекции.	средств (антибактериальных мазей)	пиодермии нет.
Бессонница	Нормализовать сон. Посоветоваться с врачом о целесообразности применения снотворного.	Проветрить палату на ночь. По назначению врача успокаивающие, снотворные, противовоспалительные средства.	Сон постепенно нормализуется, настроение пациента улучшилось, появилась вера в выздоровление.
Изменение защитных свойств кожи.	Описать изменения на коже. Обеспечить правильное питание. Обеспечить дезинфекцию всех предметов ухода. Кварцевание помещения. Тщательно следить за гигиеной кожи. Объяснить пациенту соблюдение мер	Беседа о правильном питании. Проведение текущей и заключительной дезинфекции в палате. Периодически кварцевать помещение. Перед лечением, если необходимо во время лечения, после лечения душ, смена белья.	К моменту выписки у пациента нет инфекционных осложнений.

	предосторожности против инфекции, пояснить, что это временное явление.		

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Памятка для пациента (рожа)

Желательно изменить стиль жизни: избегать неблагоприятных условий работы, связанных с частым переохлаждением, резкой сменой температуры воздуха, сыростью, сквозняками; микротравмами кожи и другими профессиональными вредностями; избегать стрессов.

Для профилактики рецидивов болезни (амбулаторно или в специализированных отделениях под контролем врача-специалиста) рекомендуется:

- своевременная и полноценная антибиотикотерапия первичного заболевания и рецидивов;

- лечение выраженных остаточных явлений (эрозий, сохраняющейся отёчности в области местного очага), последствий рожи (стойкий лимфостаз, слоновость);
- лечение длительно и упорно протекающих хронических заболеваний кожи (микозы, экзема, дерматозы и др.). приводящих к нарушению её трофики и служащих входными воротами для инфекции:
- лечение очагов хронической стрептококковой инфекции (хронический тонзиллит, синусит, отит и др.);
- лечение нарушений лимфо- и кровообращения в коже, возникших в результате первичных и вторичных лимфостазов, хронических заболеваний периферических сосудов;
- лечение ожирения, сахарного диабета (частую декомпенсацию которого наблюдают при роже).

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей /Под. Ред. Б.А.Беренбейна, А.А.Студницына.- М.:Медицина 1989,-672с.

2. Ющук Н.Д. Лекции по инфекционным болезням: Учебник для ВУЗов / Н.Д.Ющук, Ю.Я.Венгеров. - М.,2006г.

3. Рожа (диагностика, лечение, профилактика рецидивов). Методические рекомендации. - М.,2004г. - 24 с.

4. В.И. Покровский, С.Г. Пак, И.И. Брико. Инфекционные болезни и эпидемиология. Москва, Гэотар-Мед, 2007 г.

5. Черкасов В. Л. Рожа. - Л.: Медицина, 1986.

6. Гальперин Э. А. и Рыскинд Р.Р. Рожа. - М.,2002г.

7. Патоморфогенез сибирской язвы/Н.В.Литусов, Н.Т.Васильев и др. под ред. Акад.П.Н.Бургасова.-М.Медицина, 2002.-240с.

8. Машковский М.Д. Лекарственные средства. 1977, т.I. II.

9. Шлоссенберг Д., Шульман Ионас А. Дифференцированная диагностика инфекционных болезней: практ. Руководство для врачей и студентов, 2000г-306с.

10. Рахманова А.Г. Инфекционные болезни: руководство для врачей общей практики-А.Г.Рахманова, В.А.Неверов, В.К.Пригожина.-2-е изд.2001.-569с.

Интернет порталы:

- Информационный портал для медицинских сестер.
- Allbest.ru Профессиональная деятельность медицинской сестры.
- Epidemiolog/ru
- www.doktor.ru