

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/26989>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

1 Теоретические аспекты возникновения посттравматического остеомиелита у пациентов с установленным аппаратом Илизарова 6

1.1 Аппарат Илизарова и его технические возможности в лечении ортопедо-травматологических больных 6

1.2 Посттравматический остеомиелит. Классификация, диагностика, лечение 9

1.3 Профилактика возникновения посттравматического остеомиелита у пациентов с установленным аппаратом Илизарова 9

2 Роль медицинской сестры в профилактике возникновения посттравматического остеомиелита у пациентов с установленным аппаратом Илизарова в стационаре 15

2.1 Общая характеристика СПб ГБУЗ «Городская больница № 26 15

2.2 Анализ роли медицинской сестры в профилактике возникновения посттравматического остеомиелита у пациентов с установленным аппаратом Илизарова в СПб ГБУЗ «Городская больница № 26 16

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 23

ГЛОССАРИЙ 27

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 28

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 30

ПРИЛОЖЕНИЕ 31

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Остеомиелит – воспаление костного мозга, при котором обычно поражаются все элементы кости (надкостница, губчатое и компактное вещество). По статистике, остеомиелит после травм и операций составляет 6,5% всех болезней опорно-двигательного аппарата. В зависимости от этиологии остеомиелита он подразделяется на неспецифический и специфический (туберкулезный, сифилитический, бруцеллезный и т. п.); посттравматический, гематогенный, послеоперационный, контактный. Клиническая картина зависит от вида остеомиелита и его формы (острая или хроническая). Основу лечения острого остеомиелита составляет вскрытие и санация всех гнойников, при хроническом остеомиелите – удаление полостей, свищей и секвестров.

Остеомиелит – воспаление костного мозга, при котором обычно поражаются все элементы кости (надкостница, губчатое и компактное вещество). По статистике, остеомиелит после травм и операций составляет 6,5% всех болезней опорно-двигательного аппарата.

Чаще поражает бедренную и плечевую кость, кости голени, позвонки, нижнечелюстные суставы и верхнюю челюсть. После открытых переломов диафиза трубчатых костей посттравматический остеомиелит возникает в 16,3% случаев. Мужчины болеют остеомиелитом чаще женщин, дети и пожилые – чаще людей молодого и среднего возраста.

Посттравматический остеомиелит – одно из самых серьезных осложнений, возникающих после открытых повреждений скелета и операций на костях. По различным данным в 15-49% случаев развивается после открытых переломов и в 3% случаев – после хирургических вмешательств. Может выявляться у лиц любого пола и возраста. Вероятность возникновения увеличивается при тяжелых повреждениях с разрушением костей и обширным повреждением мягких тканей, интенсивном микробном загрязнении, несвоевременной или неадекватной хирургической обработке, наличии сопутствующих травм и заболеваний, снижающих сопротивляемость организма и утяжеляющих общее состояние больного.

Причинами развития остеомиелита при открытых переломах являются обширные поражения окружающих кость мягких тканей, интенсивное загрязнение раны, недостаточно радикальная или слишком поздняя первичная хирургическая обработка и отсутствие дренажа для оттока содержимого. Кроме того,

вероятность нагноения возрастает в случаях, когда кость расположена близко к коже и плохо защищена мягкими тканями (например, передне-внутренняя боковая поверхность большеберцовой кости).

Послеоперационный остеомиелит связан с инфицированием раны в процессе операции. Предполагается, что увеличение количества нагноений после хирургических вмешательств в последние годы обусловлено широким распространением остеосинтеза, а также появлением новых штаммов болезнетворных микроорганизмов, устойчивых к действию антибиотиков. Предрасполагающими факторами, увеличивающими риск развития остеомиелита после операций, являются чрезмерная травматизация мягких тканей, нестабильный или недостаточный остеосинтез, коррозия металлоконструкций и наличие очагов скрытой инфекции в организме пациента. Разновидностью данной формы остеомиелита является спицевой остеомиелит – локальное нагноение кости при установке аппарата Илизарова или наложении скелетного вытяжения.

У больных с открытыми повреждениями костей при нагноении зона воспаления, как правило, ограничивается областью перелома, иногда развиваются краевые остеомиелиты. При обширных дефектах кожи и многооскольчатых переломах наблюдаются обширные гнойные процессы, захватывающие как всю кость, так и окружающие мягкие ткани. При посттравматическом остеомиелите воспаление локализуется в области хирургического вмешательства, гнойный процесс распространяется по ходу металлоконструкции (штифта, гвоздя, пластины).

Гипотеза: эффективная организация сестринского ухода за пациентами, с установленным аппаратом Илизарова в стационаре, а также проведение профилактических мероприятий, предотвращающих развитие вторичного посттравматического остеомиелита.

Цель исследования: изучение эффективных методов сестринского ухода за пациентами, с установленным аппаратом Илизарова в стационаре, проведением эффективных профилактических мероприятий по предотвращению развития вторичного посттравматического остеомиелита.

В связи с актуальными проблемами развития посттравматического остеомиелита были поставлены следующие задачи:

- 1) Провести анализ из современных литературных источников по проблеме возникновения посттравматического остеомиелита.
- 2) Изучить особенности реализации, осуществления сестринского ухода с данной группой больных с посттравматическим остеомиелитом.
- 3) Выявить проблемы, связанные с реализацией сестринского процесса при уходе за пациентами с установленным аппаратом Илизарова.
- 4) Предложить мероприятия по совершенствованию работы медицинских сестер по уходу за пациентами.

Объект исследования – пациенты, с установленным аппаратом Илизарова в стационаре с посттравматическим остеомиелитом.

Предмет исследования – мероприятия по совершенствованию работы медицинских сестер по уходу за пациентами.

Работа по структуре состоит из введения, двух глав основного текста, заключения, глоссария, списка сокращения и списка использованных источников, приложения.

Следует отметить, что попытки создать специальные чрескостные аппараты предпринимались отдельными авторами в различных странах ещё до 50-х годов прошлого столетия. Однако эти работы не привели к созданию конструкции, которая могла бы обеспечить необходимый комплекс оптимальных биологических и механических условий для репаративной и физиологической регенерации костной ткани и, тем более, одновременной функциональной реабилитации больного. Предлагавшиеся аппараты не обладали возможностями управления костными отломками и прочной их фиксацией. К тому же наложение аппаратов не исключало, как правило, дополнительную иммобилизацию сегмента со всеми его отрицательными последствиями. Кроме того, само применение этих аппаратов было нередко не менее травматичным, чем оперативное вмешательство, а серьезные осложнения и неудачи, получаемые при этом, не только не позволяли клиницистам считать чрескостный остеосинтез методом выбора, но и надолго породили негативный психологический настрой к этому методу.

Предложенный Г. А. Илизаровым, а в последующем постоянно совершенствующийся, аппарат для чрескостного остеосинтеза выгодно отличается от ранее предлагавшихся тем, что он впервые позволил комплексно решить проблему оптимизации условий при лечении переломов и ортопедических заболеваний. Важной особенностью аппарата следует прежде всего считать универсальность и многоплановость его применения. Из небольшого числа деталей можно комплектовать практически неограниченное число различных его вариантов, применительно к поставленным лечебным задачам, особенностям заболевания

или повреждения и его локализации. Имеется возможность производить закрытую коррекцию положения отломков во всех направлениях на любом этапе лечения и обеспечивать прочную фиксацию, которая позволяет больным с первых дней лечения ходить с частичной или полной нагрузкой на больную конечность. Важность и полезность этого момента очевидна, ибо только силовая функция мышц может полноценно обеспечивать кровоснабжение кости, играющее решительную роль в репаративной регенерации костной ткани, сокращает период и фазы перестройки костной мозоли. Клиническое использование и экспериментальное обоснование заложили прочный фундамент рождения новых наиболее эффективных и перспективных способов лечения. Таким образом, была создана прочная и взаимообуславливающая система единства науки и практики, чему предшествовал титанический труд, как самого автора, так и коллектива учёных, врачей, инженеров и многих других специалистов. В настоящее время помимо базового аппарата для лечения заболеваний и повреждений длинных трубчатых костей опытное предприятие нашего центра выпускает аппараты для лечения патологии стопы, кисти, костей таза и позвоночника.

В комплекте аппарата Илизарова насчитывается 30 деталей. Детали выпускаются на опытном предприятии нашего центра и могут быть поставлены по себестоимости в необходимом количестве.

Одной из отличительных особенностей аппарата Илизарова является возможность управления положением отломков на любом этапе лечения. При этом с помощью вышеуказанных узлов можно устранить все виды смещения отломков: по длине, ширине, под углом и ротационные.

Следует отметить, что к настоящему времени имеется целый ряд проблем в ортопедии и травматологии, решение которых стало возможным только благодаря новому методу чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза с применением аппарата, в частности:

- бескровно лечить все закрытые переломы на протяжении диафизов и метафизов;
- возмещать большие дефекты мягких тканей и кости при свежих открытых переломах без пересадки кожи и костных трансплантатов;
- бескровным путем добиваться вправления как свежих, так и застарелых вывихов с последующим формированием связочного аппарата;
- лечить бескровным путем сложные переломы костей таза, грудины и позвоночного столба.

1.2 Посттравматический остеомиелит. Классификация, диагностика, лечение

Посттравматический остеомиелит – гнойное воспаление всех элементов кости, возникшее в результате травмы. Как правило, вызывается золотистым стафилококком, попадающим в рану непосредственно в момент повреждения, во время операции или последующих перевязок. Обычно протекает хронически, но возможно и острое течение. Проявляется повышением температуры, лейкоцитозом, болями и признаками воспаления в области травмы. При хроническом течении образуются свищи. Диагноз выставляется с учетом клинических данных и результатов рентгенографии. Лечение – антибиотикотерапия, вскрытие и дренирование гнойных очагов.

Причины и особенности посттравматического остеомиелита

В современной травматологии выделяют следующие разновидности посттравматического остеомиелита:

- Собственно посттравматический – развивающийся при открытых переломах.
- Огнестрельный – возникающий после огнестрельных ранений.
- Посттравматический – развивающийся после операций.

Все перечисленные виды остеомиелита являются не местным процессом, а заболеванием всего организма, поскольку возникают под влиянием комбинации общих и местных факторов и вызывают поражение различных органов и систем, в том числе – расположенных далеко от гнойного очага. При остеомиелите воспаляются все элементы кости: костный мозг, надкостница и компактное вещество, а также окружающие мягкие ткани, однако первичное воспаление обусловлено попаданием патогенных микроорганизмов в костный мозг.

Причинами развития остеомиелита при открытых переломах являются обширные поражения окружающих кость мягких тканей, интенсивное загрязнение раны, недостаточно радикальная или слишком поздняя первичная хирургическая обработка и отсутствие дренажа для оттока содержимого. Кроме того, вероятность нагноения возрастает в случаях, когда кость расположена близко к коже и плохо защищена мягкими тканями (например, переднезадняя боковая поверхность большеберцовой кости).

Послеоперационный остеомиелит связан с инфицированием раны в процессе операции. Предполагается, что увеличение количества нагноений после хирургических вмешательств в последние годы обусловлено

широким распространением остеосинтеза, а также появлением новых штаммов болезнетворных микроорганизмов, устойчивых к действию антибиотиков. Предрасполагающими факторами, увеличивающими риск развития остеомиелита после операций, являются чрезмерная травматизация мягких тканей, нестабильный или недостаточный остеосинтез, коррозия металлоконструкций и наличие очагов скрытой инфекции в организме пациента. Разновидностью данной формы остеомиелита является спицевой остеомиелит – локальное нагноение кости при установке аппарата Илизарова или наложении скелетного вытяжения.

У больных с открытыми повреждениями костей при нагноении зона воспаления, как правило, ограничивается областью перелома, иногда развиваются краевые остеомиелиты. При обширных дефектах кожи и многооскольчатых переломах наблюдаются обширные гнойные процессы, захватывающие как всю кость, так и окружающие мягкие ткани. При посттравматическом остеомиелите воспаление локализуется в области хирургического вмешательства, гнойный процесс распространяется по ходу металлоконструкции (штифта, гвоздя, пластины).

Симптомы и диагностика посттравматического остеомиелита.

Для посттравматического остеомиелита характерно хроническое течение (хронический остеомиелит). Наблюдается повышение температуры, по анализам крови выявляется нарастающий лейкоцитоз. Область раны отечна, гиперемирована, болезненна, из раны выделяется гной. После вскрытия и дренирования воспалительные явления стихают, количество гнойного отделяемого уменьшается, в области послеоперационной раны формируется свищ без тенденции к самостоятельному заживлению. При остром варианте посттравматического остеомиелита отмечаются интенсивные боли, повышение температуры до фебрильных цифр, явления общей интоксикации, значительный отек, ускорение СОЭ, выраженный лейкоцитоз и нарастающая анемия.

Диагноз выставляется на основании клинических симптомов. Первые рентгенологические признаки появляются лишь спустя месяц после начала заболевания. На снимках выявляется изъеденность концов костных отломков, секвестры и очаги деструкции, а также остеопороз вокруг металлоконструкций (при их наличии). При огнестрельном остеомиелите наблюдается сужение костномозгового канала, более выраженные периостальные наслоения и зона остеосклероза. Возможно наличие костных полостей. В окружающих мягких тканях иногда видны металлические осколки.

Лечение посттравматического остеомиелита

Основной задачей лечения является полная ликвидация гнойного очага и устранение воспаления. Основной метод лечения оперативный – вскрытие и дренирование. Вопрос об удалении металлоконструкций решается в индивидуальном порядке. При локализованных формах возможно сохранение остеосинтеза. При нагноении по ходу внутрикостных штифтов показано их удаление с последующим монтажом аппарата Илизарова. Во время хирургического вмешательства используют внутривенное или внутрикостное введение антибиотиков.

Для обеспечения устойчивого оттока устанавливают системы активного дренирования, производят постоянную аспирацию раневого отделяемого. Область нагноения орошают нитрофурановыми препаратами или антибиотиками. Все лечебные мероприятия осуществляют на фоне антибиотикотерапии, проводимой с учетом чувствительности возбудителя. При обширных очагах нагноения и выраженной общей интоксикации антибиотики вводят внутривенно или внутриартериально. Применяют иммобилизацию и УВЧ-терапию. Прогноз при посттравматическом остеомиелите зависит от тяжести поражения, своевременности и достаточной радикальности лечения, возраста больного, наличия сопутствующих травм и заболеваний и т. д. Исходом может стать костный дефект, ложный сустав, укорочение или угловая деформация конечности. Возможно, образование длительно незаживающих свищей. Из-за подвижности фрагментов в области повреждения инфекция часто распространяется по кости, что затрудняет стабилизацию перелома и препятствует консолидации отломков. Вероятность полного выздоровления уменьшается при застарелых формах посттравматического остеомиелита, что обусловлено нарушениями трофики, дистрофией кости и дефицитом полноценных мягких тканей в области гнойного очага.

1.3 Профилактика возникновения посттравматического остеомиелита у пациентов с установленным аппаратом Илизарова

Так как основным фактором, способствующим возникновению посттравматического остеомиелита после операции является возникновение коррозии металлоконструкций (спицевой остеомиелит при применении

скелетного вытяжения или при установке аппарата Илизарова).

Во всём мире при лечении переломов широкое распространение получили различные виды погружного металлоостеосинтеза. Неоправданное расширение показаний к оперативным методам при тяжёлых переломах с обширным повреждением мягких тканей, несоблюдение сроков и техники выполнения операций, неправильный выбор оперативного пособия и металлоконструкции приводят к тяжёлому гнойному воспалению костей и суставов. Нагноение вокруг спиц и стержней, а также «спицевой» остеомиелит остаются наиболее распространёнными осложнениями при проведении остеосинтеза аппаратами внешней фиксации. В мире ежегодно производят около 1 млн. операций протезирования коленного и тазобедренного сустава. Поэтому большой проблемой, особенно в развитых странах, становится остеомиелит, возникающий после эндопротезирования.

Если пациент имеет факторы риска остеомиелита, он должен о них знать. Необходимо принимать все меры по предупреждению различных инфекций, избегать порезов, царапин, вовремя обрабатывать повреждения кожи. Людям с диабетом необходимо постоянно следить за состоянием ступней, чтобы не допустить появления кожных язв.

Следует вовремя лечить кариес зубов, хронический тонзиллит, холецистит, пиелонефрит. Чтобы повысить неспецифическую защиту организма, необходимо следить за питанием и физической активностью, вести здоровый образ жизни.

Самый эффективный метод лечения – превентивный. Необходимо проводить качественную первичную хирургическую обработку свежей раны с удалением всех омертвевших тканей и инородных тел, дренированием поврежденной области и обеспечением покоя конечности. Все это должно сопровождаться интенсивной антибактериальной терапией. Такие условия не дают возможности возникновения нагноения мягких тканей, от которых инфекция распространяется на кости.

Профилактика посттравматического остеомиелита сводится к ранней и полноценной первичной хирургической обработке ран, введению антибиотиков, закрытию раневой поверхности кожным лоскутом, строгим показаниям к внутрикостному металлоостеосинтезу. Последний не должен проводиться при обширных и сильно загрязненных ранах мягких тканей с многооскольчатыми переломами костей, в особенности на большеберцовой кости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аббясов И.Х. и др. Основы сестринского дела. Учебник. – М.: Академия, 2007. — 336 с.
2. Бабак О.Я., Беловол А.Н., Чекман И.С. (ред.) Клиническая фармакология. Учебник. — Киев: Медицина, 2012. — 726 с.
3. Бейер П., Майерс Ю., Сверинген П. Теория и практика сестринского дела: в 2-х Т.: учебное пособие. – М., 2008. – 503 с.
4. Корнилов Н.В. (ред) Травматология и ортопедия. 3-е изд., доп. и перераб. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 592 с
5. Материалы научно-практической конференции: Вопросы лечения и профилактики инфекций в педиатрии: экспертная точка зрения. - Киев, 2013. — 52 с.
6. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А. и др. Клиническая хирургия. Том 1. Учебник для медицинских вузов. — Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2008. — 440 с.
7. Молодой ученый. - 2015. - №11 (91) июнь-1. - М.: Молодой ученый. — 1348 с.
8. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела. Учебник. — 2-е изд., исправл. и доп. — 2010. — 366 с.
9. Мышкина А.К. Сестринское дело. Справочник. – М.: Дрофа, 2008 . – 256 с.
10. Основы сестринского дела: теория и практика. В 2-х частях. Учебник для студентов медицинских вузов / Кулешова Л. Н. – М.: Медицина, 2008. – 411с.
11. Петров С.В. Общая хирургия. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014. — 836 с.
12. Тарасова Ю. А., Костюкова Э. О., Сопина З. Е. Современная организация сестринского дела. - М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. - 576 с.
13. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Учебное пособие. — Киев: Медицинская литература, 2002. — 947 с.
14. Шаповалов В.М. Военная травматология и ортопедия. Учебник. Под редакцией профессора В.М. Шаповалова. — СПб. : ВМедА, 2013. — 547 с

15. Яромич И.В. Сестринское дело и манипуляционная техника. Учебник. — 3-е изд. — Минск : Вышэйшая школа, 2011. — 527 с.
16. Аппарат Илизарова и его технические возможности в лечении ортопедо-травматологических больных. - <http://otcf.ru/?page=lecture10>
17. Остеомиелит. - <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/osteomyelitis>
18. Посттравматический остеомиелит. - <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/posttraumatic-osteomyelitis>
19. Посттравматический остеомиелит. - <http://www.knigamedika.ru/kost/osteo/posttravmaticheskij-osteomielit.html>
20. Санкт-Петербургское Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения "Городская Больница №26". - <http://www.hospital26.ru>

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/26989>