

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://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/94159>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

Содержание

Введение 3

Глава 1. Теоретические аспекты гнойно-септических заболеваний новорожденных 6

1.1 Везикулопустулез 6

1.2 Псевдофурункулез 10

1.3 Пузырчатка новорожденных 12

1.4 Омфалит 16

1.5 Сепсис 22

1.6 Профилактика 27

1.7 Лечение гнойно-септических заболеваний 31

Глава 2. Сестринский уход при гнойно-септических заболеваниях новорожденных 35

2.1 Сестринский уход 35

Глава 3. Исследование сестринских вмешательств при оказании помощи пациентам с гнойно-септическими заболеваниями у новорожденных детей 38

3.1 Характеристика базы исследования 38

3.2 Цели и задачи исследования 41

3.3 Анализ результатов исследования и их обсуждение 41

Заключение 53

Список литературы 56

Приложения 59

Введение

Гнойно-септические заболевания новорожденных начинают развиваться после попадания инфекционных агентов – условно-патогенных и гноеродных микроорганизмов – в кровь и сопровождаются тяжелыми симптомами со стороны внутренних органов и систем.

Гнойно септические заболевания новорожденных – это особая группа инфекционных заболеваний, при которых характерно образование гнойных очагов вследствие внедрения в организм патогенных пиогенных микроорганизмов и их дальнейшего размножения.

Микроорганизмы, которые вызывают заболевания этой группы могут быть различного происхождения: Стафилококки.

Стрептококки из группы В и С.

Грибы рода Candida.

Грамотрицательная флора (например, синегнойная палочка, клебсиеллы и т.д.).

Особо опасны госпитальные штаммы, которые проявляют высокую устойчивость к антибиотикам.

Ввиду высокой резистентности этих микроорганизмов к лекарственным препаратам и их быстрой адаптации к ним, профилактика гнойно септических заболеваний у новорожденных имеет важное значение.

По формам развития различают локализованные и генерализованные гнойно септические заболевания новорожденных.

Генерализованная форма сепсиса может развиваться молниеносно или прогрессировать в течение нескольких недель.

Согласно статистике, распространенность сепсиса у грудничков составляет не более 0,8%. Однако этот показатель гораздо выше у недоношенных и детей, которые сразу после рождения попадают в отделение интенсивной терапии, – 14%.

Младенческая смертность в неонатальном периоде стабильно высока – от 30 до 40%.

Генерализованная форма сепсиса в некоторой степени обусловлена неполным формированием защитных механизмов и иммунитета у ребенка, патологическим течением беременности. Ее развитию способствуют пограничные состояния новорожденных – обратимые изменения на коже и слизистых, а также в

пищеварительных и выделительных органах. Например, физиологическая желтуха или родовая опухоль. Локализованные гнойно-воспалительные заболевания новорожденных.

Именно эта группа наблюдается в 70-80% случаев заболеваний.

Патогенез гнойно септических заболеваний новорожденных обусловлен тем, что естественные защитные механизмы кожи и слизистой развиты еще недостаточно, вследствие чего организм не способен длительное время сопротивляться инфекционной болезни.

В группу локальных сепсисов новорожденных включают так называемые малые инфекции, которые часто не представляют особой опасности – омфалит, гнойничковые сыпи, дакриоцистит и т.д. Но в этой группе встречаются также серьезные инфекции, например, остеомиелит, флегмона и т.д.

Причины возникновения гнойно септических заболеваний у новорожденных в большинстве случаев – псевдомонас, клебсиелла, стрептококки и кишечная палочка.

Локальные гнойные инфекции новорожденных могут развиваться с разной степенью тяжести, вследствие чего важна своевременная профилактика болезни. Для этого наблюдаются группы новорожденных, входящие в группы риска:

дети, которые с первых дней жизни получали грудное вскармливание;

дети, которые родились с патологическим течением родов (преждевременные роды, акушерское вмешательство и т.д.);

Глава 1. Теоретические аспекты гнойно-септических заболеваний новорожденных

1.1 Везикулопустулез

Везикулопустулез – это инфекционное поражение кожи, встречающееся у новорожденных. Для сыпи характерно наличие воспалительных очагов, в которых есть гной, серозная жидкость. Отягощающим фактором патологии является дисфункция сальных, потовых желез.

Причиной заболевания определяют контакт с источником патогенных микроорганизмов. Недуг возникает у детей от связи с зараженной матерью во время прохождения родовых путей. Классический возбудитель, вызывающий везикулез у новорожденных – стафилококк.

Факторы, провоцирующие везикулопустулез:

- неокрепший организм, характерно для недоношенных, слабых малышей;
- искусственное вскармливание, несбалансированный рацион матери, когда ребенок не получает необходимых веществ;
- опрелости кожи из-за перегрева или несоблюдения правил гигиены становятся причиной везикулопустулеза;
- внутриутробное инфицирование (проявляется на всех этапах развития);
- заражение новорожденного в больнице;
- плохие бытовые условия. Недуг может проявиться после выписки из роддома, когда из стерильных палат ребенок попадает в потенциально неблагоприятную среду.

Как мы отметили, причины возникновения гнойно септических заболеваний у новорожденных бывают разными. Везикулопустулез развивается вследствие повышенной потливости ребенка, его перегревания, иммунной недостаточности.

Проявления болезни: На коже образуются гнойнички разного размера. Локализация гнойничков – в складках кожи, на груди и шее, на спине, в волосистой части головы. Отмечается незначительное повышение температуры тела. Возможны такие осложнения, как пиелонефрит, отит и т.д.

Везикулопустулез у детей вызывают стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, кандиды. Инфекция может атаковать дермальное полотно или слизистые оболочки тела.

Микроорганизмы, вызывающие болезнь, попадают через раны, если раздражена кожа, есть сыпь. Недуг возникает у недоношенных детей с ослабленным иммунным ответом, пониженной барьерной функцией эпидермиса, у ВИЧ-положительных пациентов.

Инфекционный процесс, протекающий в организме матери, угрожает жизни и здоровью плода. Этиология везикулопустулеза часто связана с наличием патологических состояний:

- угревой сыпи;
- чирьев;
- импетиго;
- пневмонии, которая осложняется везикулопустулезом;
- запущенной формы кариеса;
- хронического тонзиллита;
- патологии инфекционного генеза.

Различают два типа заболевания:

- врожденный везикулопустулез;
- приобретенная форма патологии.

Унаследованный недуг возникает в первые-вторые сутки с момента появления ребенка, высыпание проявляется через несколько дней. Причина врожденного заболевания – контакт с патогенными организмами в материнской утробе или заражение во время родильного процесса.

Приобретенный везикулопустулез — следствие плохого ухода за малышом, неблагоприятной окружающей среды, в которой находится ребенок. Кожа поражается патогенными агентами спустя 7 -14 дней после выписки из роддома. Форменный элемент сыпи – пузырек, наполненный гнойными массами.

Инфицированию везикулопустулезом способствует перегрев, неправильная обработка дермы, использование загрязненных, непроглаженных пеленок. От причины зависит локализация образований, особенности их развития. Маленькая везикула трансформируется в обширную сыпь в складках кожи по телу, если ребенку жарко.

Клинические случаи везикулопустулеза рассматривают индивидуально. Различают общие и специфические признаки недуга. Дисфункциональные проявления формируют патогенез, этиологические факторы.

Характерные симптомы:

- высокая температура тела (субфебрилитет или лихорадочные состояния);
- повышенная активность, беспокойство;
- нарушения сна при везикулопустулезе;
- интенсивный плач без причины, ребенок суетится, мечется, его нельзя успокоить;
- отсутствие аппетита;
- губы, слизистые оболочки сухие;
- гиперемия.

Голова покрывается высыпаниями из-за плохого ухода за волосистой частью тела, часто протекание недуга отягощается неправильно подобранными средствами гигиены. Действие стафилококка на организм отягощают патогенные элементы – клебсиеллы, кишечные палочки, грибковые инвазии.

Эпидермальные симптомы везикулопустулеза:

- на коже формируются мелкие красные точки, схожие с ветрянкой;
- сыпь усиливается, пустулы разрастаются;
- содержимое – серозная жидкость (мутноватая вначале, при прогрессировании патологии вещество превращается в гной);
- пустулы окружены ярким розовым ободком;
- элементы сливаются, формируя обширные участки поражения;
- гнойничок увеличивается в размерах, когда достигает крайней точки, вскрывается;
- оголенные зоны дермы при везикулопустулезе представлены в виде мокнущих поверхностей — болезненных эрозий;
- поврежденные ткани рубцуются. Если тактика лечения, методы были подобраны правильно, кожа восстанавливает барьерные функции.

Везикулы возникают на поверхностях, где размещены сальные, потовые железы, плохо вентилируемые: на голове, где есть фолликулы, в верхней трети спины, на ягодицах, на груди у полных малышей.

Если врач своевременно не поставит диагноз, не назначит терапию, патологический процесс развития везикулопустулеза затронет базальные слои эпидермиса, подкожную жировую клетчатку.

Лечение и профилактика гнойно септических заболеваний у новорожденных следующие:

в период болезни не рекомендуется купать и умывать детей;

гнойнички и здоровую кожу обрабатывают антисептическими растворами – риванол, фурацилин, анилиновые красители;

на очаги гнойничков наносят мази (стрептоцид, линкомицин, эритромицин), а также пасты с линкомицином и эритромицином.

1.2 Псевдофурункулез

Псевдофурункулез у новорожденных – это заболевание, которое поражает кожу ребенка множественными абсцессами. Чаще всего встречается у недоношенных детей и с плохой сопротивляемостью организма.

Причиной появления высыпаний и развития болезни Фингера могут стать плохой уход за малышом в первый год жизни: грязное нательное белье, повышенная потливость, неправильное питание и инфекционные заболевания. Провоцирующими факторами считаются золотистый и гемолитический стафилококки, протей и кишечная палочка.

Отличительными признаками псевдофурункулеза Фингера считаются узлы красно-синего цвета, локализующиеся преимущественно на волосистой части головы, спине, задней части шеи и ягодицах. Если воспалительный процесс затронул только отверстия выводимого протока потовой железы, то у новорожденного образуются пустулы, покрывающиеся спустя время корочками. Эти корочки сами отпадают, редко оставляя после себя какие-то следы. В случаях, когда воспалительный процесс перекинулся на весь выводимый проток и клубочки потовых желез, у ребенка начинают появляться множественные абсцессы синюшного цвета, резко выделяющиеся на фоне здоровых участков кожи. Внутри узелков собирается серо-зеленое гнойное содержимое, которое удаляется путем вскрытия. В особо тяжелых случаях абсцессы могут достигать размера маленького орешка. При множественных абсцессах (более 10 штук) у ребенка могут наблюдаться резкое ухудшение состояния, потеря аппетита, повышение температуры тела. Осложнения могут привести к отиту, пневмонии и сепсису (очень редко с летальным исходом).

Основной контингент пациентов дерматолога с псевдофурункулезом — дети до первого года жизни.

Этиология псевдофурункулеза сложна и определяется целым рядом причин. Среди них:

Поражение дермального слоя патогенной флорой.

Клиническая дерматология считает золотистый стафилококк основным виновником болезни. На деле же перечень агентов шире, помимо стафилококка выделяют: кишечную палочку, протей, стрептококк (альфа-гемолитический, бета-гемолитический). Определить возбудителя можно по результатам бактериологического посева соскоба с кожи или экссудата из абсцесса. В половине случаев патогенная флора у детей обнаруживается еще в родильном отделении, что обуславливает ятрогенный характер заражения. Виноват сам медицинский персонал, недостаточно соблюдающий правил личной гигиены, обработки предметов быта.

Псевдофурункулез Фигнера (иное название рассматриваемой патологии).

Развивается в результате снижения иммунитета. Это основной фактор риска раненого поражения. Причины проблемы: раннее отнятие от груди (материнское молоко — незаменимый источник специфических иммуноглобулинов), позднее введение прикорма, использование некачественных искусственных смесей. Существуют факторы риска, обуславливающие повышение вероятности инфицирования: наличие в анамнезе инфекционных заболеваний (в том числе кандидоза), нарушение правил гигиены (грязное белье, несвоевременная смена подгузника), повышенная потливость или гипергидроз, перегрев, понос у грудничка, общий неправильный уход за ребенком.

Причины псевдофурункулеза рассматриваются в комплексе. Проблема имеет полиэтиологический характер. Основной клинический вариант течения болезнетворного процесса — тотальное вовлечение потовых желез и глубокое залегание абсцесса в гиподерме (подкожно-жировой клетчатке). Полный цикл развития болезни длится от 3 до 10 дней. На первом этапе отмечается общее ухудшение самочувствия ребенка: это проявляется капризностью без причины, постоянным плачем, нарушением сна. Повышается температура тела до субфебрильных-фебрильных отметок (37.5-39°C, возможны большие цифры).

По мере развития псевдофурункулеза появляются местные симптомы. В подкожно-жировой клетчатке образуются мелкие плотные на ощупь узелки. Через 1-2 дня они увеличиваются в размерах. При пальпации отмечается флюктуация (спонтанное движение узла, указывающее на гнойное содержимое). Размеры узловых структур варьируются по диаметру: от горошины до грецкого ореха.

Кожные покровы над местом поражения гиперемированы, имеют красный оттенок, при прикосновении болезненны.

Спустя еще день кожа прорывается, отходит густое гнойное содержимое абсцесса. Рана заживает сама собой с образованием грубого рубца. На этом этапе возможно вторичное инфицирование участка с развитием флегмоны или сепсиса. Необходимо применение местных антисептиков и антибактериальных средств.

При поверхностном повреждении формируются небольшие абсцессы, мало отличимые от классических фурункулов. Разрешение происходит самостоятельно с развитием струпа и постепенным рубцеванием области.

У ослабленных детей процесс имеет рецидивирующий характер. Псевдофурункулез повторяется каждые 15-20 дней с прохождением полного цикла.

Локализация процесса — бедра, ягодицы, складки тела.

Список литературы

1. Антонов О. В. Внутриутробные инфекции и врожденные пороки развития у плода и новорожденных детей / О. В. Антонов, И. В. Антонова, О. В. Добаш // Детские инфекции. 2015. - Т. 4. - № 2. - С. 64-66.
2. Асташов А. М. Морфология микроциркуляторного русла при сепсисе у детей: Дис. канд. мед. наук / А. М. Асташов // Саратов. 2011. - 121 с.
3. Баранов А.А. Диагностика и лечение нарушений гемостаза при гнойно-септических заболеваниях у детей: Дис. канд. мед. наук / А.А. Баранов // Ижевск.-2017.-192 с.
4. Барсуков В.С. Сепсис и локальные воспалительные процессы у детей раннего возраста: математический подход к патоморфологической дифференциальной диагностике / В.С. Барсуков // Арх. патологии. -2011. - № 3. - С 53-58.
5. Белова О.Н. Клинико-иммунологические критерии диагностики сепсиса у новорожденных недоношенных детей: Дис. канд. мед. наук / О.Н. Белова//М.,- 2017. 20 с.
6. Бландинский В.Ф., Нестеров В.В., Ярцев В.А. // Остеомиелиты у детей: тез. докл. Рос. симп. по детской хирургии с междунар. участием. Ижевск. - 2016.-Ч. 1.-С. 33-34.
7. Боровкова Е. И. Факторы и условия, влияющие на процесс инфицирования плода на разных сроках беременности / Е. И. Боровкова, И. С. Сидорова, А. А. Воробьев // Вестник РАМН. - 2014. - № 1. - С. 48-50.
8. Володин Н. Н. Методологические аспекты лабораторной диагностики внутриутробных инфекций у детей / Н. Н. Володин // Клиническая лабораторная диагностика. - 2013. — № 3. - С. 1-7.
9. Воробьева В. А. Сепсис у новорожденных детей / В. А. Воробьева, О. Б. Овсянникова // Нижегород. мед. журн. - 2012. - № 2-3. - С. 76-81.
10. Гематологические изменения при внутриутробных инфекциях / Г.А. Самсыгина, Г.Н. Буслаева, Н.В. Непокульчицкая, Н.Б. Гайворонская // Педиатрия. - 2016. - № 1. - С. 22-25.
11. Джэналаев Б.К. Патогенетические основы лечения гнойной хирургической инфекции у детей первых трех лет жизни: Автореф. дис. д-ра мед. наук / Б.К. Джэналаев // М., - 2016. - 47 с.
12. Долецкий С.Я. Сепсис у детей: лекция / С. Я. Долецкий // Хирургия. - 2011. - № 8. - С. 3-8.
13. Дурова А.А. Этиология и патогенез внутриутробной инфекции / А.А. Дурова, М.Г. Симакова, В.С. Смирнова // Акушерство и гинекология. - 2015. - № 6. - С. 9-12.
14. Жукова Н.И. Лазеротерапия в комплексном лечении гнойно-септических заболеваний у детей: клинико-эксперим. исследование: дис. канд. мед. наук / Н.И. Жукова // Саратов. - 2017. - 134 с.
15. Караваева С.А. Остеомиелит у новорожденных / С.А. Караваева, О.Н. Комракова, А.В. Туркин // Остеомиелиты у детей: тез. докл. Рос. симп. по детской хирургии с междунар. участием. Ижевск. —2016. —Ч. 1. - С. 119-121.
16. Клиника, диагностика и лечение внутриутробной инфекции: обзор / М.Г. Симакова, В. С. Смирнова, А. А. Дурова, Т. Н. Овечко - Филиппова // Акушерство и гинекология. - 2015. - № 4. - С. 7-10.
17. Кузьмин С. П. Характеристика хирургического сепсиса детей первых трех месяцев жизни: Дис. канд. мед. наук / С. П. Кузьмин // Новосибирск. —2016.-206 с.
18. Макаров О. В. Современные представления о внутриутробной инфекции / О.В. Макаров, И.В. Бахарева, А.Н. Таранец // Акушерство и гинекология. 2014.-№ 1.-С. 10-13.
19. Немсадзе К.П. Критерии ранней диагностики и интенсификация лечения сепсиса у новорожденных и детей первого года жизни : Автореф. дис. . д-ра мед. наук / К.П. Немсадзе // Тбилиси. Гос. мед. ун-т. - 2013. - 36 с.
20. Прогнозирование и профилактика гнойно-септических инфекций у детей / В.М. Розин, Е.Г. Плигина, А.П. Продеус, Г.В. Рябинская // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. -2017. - № 5. - С. 46-50.
21. Самсыгина Г.А. Дифференциальная диагностика сепсиса и локализованных гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных детей / Г.А. Самсыгина // Педиатрия. - 2015. - № 10. - С. 41-45.
22. Степанов С. А. Морфология сепсиса у детей раннего возраста / С. А. Степанов // М. -2011. - № 5. - С. 41-44.
23. Степанов С.А. Эволюция развития сепсиса у детей: современное состояние проблемы / С. А. Степанов // Современные проблемы медицинской науки: материалы науч.-практ. конф. по законч. науч. исслед. Саратов.2014.-№ 3-4.-С. 136-139.
24. Тараканов В.А. Принципы комплексного лечения детей раннего возраста с гнойно-септическими заболеваниями / В. А. Тараканов, И. В. Нестерова, А. Н. Луняка // Дет. хирургия. -2018. - № 2. - С. 15-18.
25. Фофанова И. Ю. Некоторые вопросы патогенеза внутриутробных инфекций / И. Ю. Фофанова // Лечащий врач. -2014. - № 10. - С. 29-33.
26. Щербаков А.Ю. Внутриутробная инфекция / А. Ю. Щербаков // Междунар. мед. журн. -2016. - № 2. - С. 51-52.

27.Яцык Г.В. Клиника, диагностика и лечение сепсиса новорожденных и детей грудного возраста: метод, реком. / Г.В. Яцык // М., -2017. 25 с.

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://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/94159>