

Башкирский Государственный Медицинский
Университет

Кафедра хирургических болезней

Острая и хроническая
специфическая инфекция

Гильмутдинов А.Р.

Столбняк – инфекция,
вызываемая спорообразующим
анаэробом – столбнячной
палочкой (*Clostridium tetani*)

Экзотоксины:

- Тетаноспазмин – нейротоксичен, действует на нервную систему, вызывает тонические и клонические судороги мышц.
- Тетаногемоллизин вызывает разрушение эритроцитов крови.

Клиника:

- головные боли, чувство тревоги, бледность кожных покровов, потливость,
- *тризм* – ригидность жевательной мускулатуры,
- *сардоническая улыбка* – спастическое сокращение мимической мускулатуры,
- ригидность затылочных мышц,
- *клонические судороги* – это некоординированные подергивания мышц,
- *тонические судороги* – это длительный спазм мышц,
- *опистотонус*- больной выгибается дугой, опираясь только затылком и пятками,
- разрывы мышц,
- отрывные переломы костей.
- нарушения дыхания вплоть до асфиксии.

Формы течения столбняка:

- При легкой форме отмечаются мышечные боли, затруднение глотания и жевания, сардоническая улыбка. Судороги отсутствуют.
- При среднетяжелой форме присоединяются одиночные приступы судорог, опистотонус.
- При тяжелой форме развиваются множественные (генерализованные) судороги, затруднение дыхания, высокая температура, тахикардия.

Лечение:

- **1. Выведение из организма столбнячного экзотоксина:**

Полноценная хирургическая обработка раны.

Введение лечебной дозы противостолбнячной сыворотки (ПСС) – взрослым 100000 – 150000 МЕ, детям – до 80000 МЕ.

Антибиотикотерапия.

Гипербарическая оксигенация.

- **2. Подавление рефлекторной возбудимости мускулатуры и предупреждение судорог:**

Охранительный режим: больного следует поместить в отдельную затемненную палату, исключить шум.

Седативные препараты, аминазин.

В тяжелых случаях -миорелаксанты, искусственная вентиляция легких.

- **3. Общеукрепляющая терапия:**

Высококалорийное питание.

Инфузионная терапия.

Зондовое кормление.

Профилактика вторичных осложнений (пневмонии, сепсиса и др.).

Профилактика столбняка:

- плановая (вакцинация) и экстренная профилактику столбняка.
- Вакцинацию проводят в детстве с использованием вакцин: АКДС – адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная, АДС – адсорбированная дифтерийно-столбнячная. Взрослым ревакцинации выполняют столбнячным анатоксином (АС) по 0,5 мл через каждые 10 лет.

Экстренная профилактика столбняка:

- При любой случайной ране с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек;
- При укусах животных и человека;
- При ожогах и отморожениях 2–3–4 степени;
- При внебольничных (криминальных) абортах;
- При родах вне больничных учреждений;
- При проникающих повреждениях желудочно-кишечного тракта;
- При гангренах и некрозах тканей, абсцессах;
- При инородных телах и операциях по поводу удаления из тканей застарелых инородных тел.

Методика проведения экстренной профилактики

столбняка:

1. Если пострадавший не привит против столбняка, либо проведен неполный курс иммунизации, либо нет документального подтверждения проведенной вакцинации, либо после полного курса прививок прошло более 10 лет – пострадавшему вводят 1 мл СА и 3000 МЕ ПСС. Вместо ПСС может быть использован противостолбнячный человеческий иммуноглобулин (ПСЧИ) в дозе 250 МЕ.
2. Если пострадавший прошел неполный курс вакцинации, а с последней прививки прошло не более 10 лет – больному вводят 0,5 мл СА.
3. Экстренная профилактика столбняка не проводится, если пострадавший имеет документальное подтверждение о проведении полного курса вакцинации, и после последней прививки прошло не более 10 лет.

Сибирская язва

- острая специфическая инфекция, вызываемая сибиреязвенной палочкой (*Bacillus anthracis*).

Клиника:

- 1. *Кожная форма* – характеризуется формированием сибиреязвенного карбункула. Он образуется чаще всего на голове, шее, руках. Вначале в зоне входных ворот появляется пузырек с серозно-геморрагическим содержимым, с отеком тканей вокруг. После вскрытия пузырька рана (язва) покрывается струпом черного цвета. Отделяемое из язвы скудное гнойное. Увеличиваются регионарные лимфоузлы.

Клиника:

- *2. Кишечная форма* – развивается при употреблении недостаточно обработанного мяса зараженных животных. Характерно появление диареи, исхудание больных. Часто заканчивается летально, диагноз устанавливается только при вскрытии.

Клиника:

- *3. Легочная форма* – развивается при вдыхании спор сибиреязвенной палочки, чаще всего у работников фабрик и предприятий, обрабатывающих шерсть и кожу животных. Также обычно заканчивается летальным исходом.

Лечение сибирской язвы

- Госпитализация, покой;
- Пенициллинотерапия в больших дозах 5–20 млн ЕД в сутки, или антибиотики широкого спектра действия;
- Введение специфической противосибиреязвенной сыворотки 50–150 мл;
- Применение препарата сальварсан 0,6–1 грамм внутривенно.
- *Хирургическое лечение* (вскрытие, иссечение, некрэктомия) абсолютно противопоказано, так как при этом разрушается защитный грануляционный вал, что приводит к генерализации процесса.

Хирургический туберкулез

■ Пути инфицирования:

- 1) через дыхательные пути воздушно-капельно;
- 2) через желудочно-кишечный тракт, алиментарный путь, через зараженные мясо-молочные продукты;
- 3) через поврежденную кожу и слизистые оболочки;
- 4) через инфицированную плаценту (врожденный туберкулез).

Формы туберкулеза:

- 1) легочной туберкулез;
- 2) внелегочной
(хирургический)
туберкулез.

Разновидности хирургического туберкулеза:

- поражение позвонков,
- костей и суставов,
- лимфатических узлов,
- мочеполовых органов.

Туберкулезный спондиллит – поражение тел

ПОЗВОНКОВ.

- В губчатом веществе позвонков развивается туберкулезный очаг, казеозный распад тканей, образование творожистого экссудата.
- Экссудат прорывается из позвоночника и распространяется в соседние позвонки, либо в сторону спинного мозга с его сдавлением, либо назад, в межмышечное пространство.
- Экссудат называют холодным абсцессом (натечником), потому что не вызывает местных воспалительных изменений.
- Пораженный позвонок сдавливается клиновидно, появляются горб и искривление позвоночника - сколиозы, лордозы.

Клиника:

- субфебрильная температура,
- боли в позвоночнике,
- слабость,
- быстрая утомляемость,
- адинамия: дети становятся апатичными,
- искривления позвоночника, горб

Диагностика:

- на основании клинических данных,
- рентгенография позвоночника-
разрежение кости, наличие полости
распада.
- в анализах крови отмечается
увеличение СОЭ, эозинофилия, анемия.
- при наличии холодных натечников-
пункция, с бактериологическим
исследованием экссудата,
- проведение туберкулиновых проб.

Лечение туберкулезного спондиллита:

- Противотуберкулезные препараты: стрептомицин, ПАСК, фтивазид.
- Иммуностимуляторы,
- Переливание плазмы,
- При появлении натечников - пункция, эвакуация гноя. Вскрытие очага не рекомендуется, так как это может привести к формированию длительно незаживающих свищей или присоединению вторичной инфекции.
- При искривлении позвоночника или его угрозе проводят остеопластические операции с фиксацией позвонков.
- Гипсовые корсеты.

Костно-суставной туберкулез

- Выделяют 3 фазы костно-суставного туберкулеза:
 - 1) преартритическую
 - 2) артритическую
 - 3) постартритическую.

Преартритическая фаза:

- Заболевание начинается с эпифиза костей, где развивается туберкулезный остеомиелит, с образованием полости с мелкими секвестрами, затем процесс распространяется в сторону суставной щели, вовлекается сустав.

Артритическая фаза.

- Различают синовиальную, фунгозную, костную формы поражения суставов.
- При синовиальной форме в суставе образуется выпот, хрящи набухают, выпадает фибрин.
- При фунгозной форме суставная полость заполняется грануляционной тканью, объем сустава увеличивается, кожа над ним становится бледной и утонченной. При этом отсутствуют местные признаки воспаления в суставе. Грануляционная ткань начинает прорастать в кость, суставная щель сужается.
- При костной форме процесс развивается в эпифизе. При этой форме возможны контрактуры, образование наружных свищей. Одновременно с атрофией мышц развиваются склероз кожи и подкожной клетчатки с отеком конечности.
- Складка кожи на больной конечности всегда больше, чем на здоровой – симптом Александра

Постартритическая фаза

- В поздней, постартритической фазе заболевания характерны остеосклероз, деформация конечности, укорочение конечности, изменение осанки, патологические переломы.

Диагностика

- Диагноз костно-суставного туберкулеза подтверждается рентгенологически: наличие полости с секвестром, сужение суставной щели, изъеденные контуры суставных поверхностей. Диагноз можно уточнить путем пункции сустава и посева экссудата. При затруднении диагноза проводятся туберкулиновые пробы.

Лечение:

- специфическая терапия: стрептомицин, ПАСК, тубазид, рифадин, этамбутол.
- Местно: показаны иммобилизация конечности, покой, вытяжение лейкопластырное или манжетное, гипсовые повязки и лонгеты.
- Хирургическое вмешательство: пункция полости суставов, резекция суставных поверхностей с созданием анкилоза, резекция суставных поверхностей с эндопротезированием для сохранения движений в суставе.

Туберкулезный лимфаденит

- поражаются бронхиальные, мезентериальные (брыжеечные) и шейные лимфоузлы.
- Заболевание характеризуется постепенным увеличением лимфоузлов. Часто поражаются несколько лимфоузлов, образующих «пакеты».
- В дальнейшем происходит либо склероз узлов и окружающих тканей, либо расплавление, творожистый распад и образование свищей («натечники» на шее).
- Лечение – противотуберкулезная химиотерапия. При образовании свищей их иссекают.

Туберкулез брюшины

- Возникает при поражении висцеральной и париетальной брюшины.
- На брюшине возникают множественные просовидные высыпания.
- При присоединении инфекции развивается перитонит.
- Вокруг высыпаний может развиться соединительная ткань – то есть спайки, которые могут вызвать кишечную непроходимость.

Туберкулез мочеполовых органов

- Часто поражаются почка и ее лоханка, где образуются туберкулезные очаги, гнойники, возможно развитие процесса в мочеточниках и мочевом пузыре. Поражение характеризуется болями в пояснице, появлением макро- и микрогематурии.
- *Лечение:* назначают комбинацию препаратов: изониазид, рифампицин, этамбутол в течение до полугода, до стабилизации анализа мочи.
- При стабилизации процесса оставляют комбинацию 2-х препаратов.
- Спустя год назначают терапию одним препаратом изониазидом для поддержки и профилактики рецидива заболевания.

Актиномикоз

- хроническое специфическое инфекционное заболевание, возбудителем которого является лучистый гриб (актиномицет). Этот гриб широко распространен в природе на злаковых растениях (ячмень, рожь, и др.). В организм человека возбудитель может попадать через дыхательные пути и через желудочно-кишечный тракт.
- В тканях человека грибы образуют инфильтрат, состоящий из колоний грибов, так называемые друзы. Строение её напоминает радиально расположенные колбы, отсюда название заболевания - лучистый.
- Инфильтрат деревянистой плотности со временем подвергается распаду, формируются свищи, через которые выделяются гной и друзы гриба в виде зернышек.

Актиномикоз

- Лечение: назначается комбинированная терапия: пенициллин, йод, переливание плазмы, рентгенотерапия, сульфадроген.