

Частное учреждение образования
«Минский институт управления»

Основы медицинских знаний

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности
1-23.01.04 - ПСИХОЛОГИЯ

Минск
Изд-во МИУ
2008



Авторы – составители:

М.Н. Мисюк, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры юридической психологии МИУ, врач высшей категории.

В.В. Максименко, психолог, магистрант кафедры юридической психологии МИУ

Рецензенты:

Асаёнок И.С., доктор медицинских наук, профессор;
Шевляков В.В., доктор медицинских наук, профессор.

Рекомендовано к изданию кафедрой юридической психологии Минского Института управления. Протокол № от

УМК содержит довольно обширный курс лекций по темам, рассматриваемым в процессе преподавания дисциплины «Основы медицинских знаний».

В нём раскрыто содержание дисциплины, определены её цели и задачи.

В заключение представлены вопросы для самоподготовки студентов по этой дисциплине и список литературы, рекомендуемой для изучения в процессе самостоятельной работы.

Содержание

Введение	4
Тема №1. Общие вопросы валеологии.	5
Тема №2. Асептика и антисептика.	16
Тема №3. Открытые повреждения (раны).	21
Тема №4. Острая очаговая гнойная инфекция.	31
Тема №5. Закрытые повреждения опорно-двигательного аппарата.	34
Тема №6. Ожоги. Отморожения. Электро травма. Тепловой удар.	43
Тема №7. Охрана материнства и детства.	55
Тема №8. Инфекционные заболевания и их профилактика.	72
Тема №9. Кожные болезни у детей. Гигиена кожи.	88
Тема №10. Питание, как фактор сохранения и укрепления здоровья	91
Тема №11. Неврозы и неврозоподобные состояния.	
Понятие о психических заболеваниях.	104
Тема №12. Заболевания органов дыхания	122
Тема №13. Заболевания сердечно-сосудистой системы	131
Тема №14. Кровь. Виды кровотечений.	139
Тема №15. Заболевания желудочно-кишечного тракта. Сахарный диабет	147
Вопросы для самоподготовки по дисциплине «Основы медицинских знаний»	159
Литература:	230

Тема №4

Острая очаговая гнойная инфекция

1. Общие представления об очаговых гнойных инфекциях.
2. Инфекции кожи и подкожной клетчатки.
3. Воспаление лимфоузлов, мастит, остеомиелит, панариций.

Понятие «очаговая гнойная хирургическая инфекция» включает в себя группу гнойно-воспалительных заболеваний, которые распространяются на небольшие, локальные зоны.

Обычно в случаях очаговой хирургической инфекции проводится местное лечение – вскрытие, дренирование гнойника. По показаниям проводится лечение антибиотиками. Течение и прогноз этих заболеваний благоприятный. Опасность в виде осложнения сепсисом (генерализация инфекции) очаговая инфекция представляет для ослабленных пациентов, детей раннего возраста и больных сахарным диабетом.

К острой очаговой гнойной инфекции относятся:

- инфекции кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, рожистое воспаление),
- воспаление лимфоузлов (лимфадениты), мастит, панариций, остеомиелит и другие.

Фурункул – острое гнойное воспаление волосяного мешочка и сальной железы, переходящее на окружающую клетчатку. Появлению фурункула способствуют нарушения правил личной гигиены, расчесы, наличие очагов инфекции в организме и снижение иммунитета. Клинически фурункул начинается с появления округлого болезненного уплотнения (инфильтрата). На вершине конусовидной припухлости имеется темное или желтоватое пятно. В дальнейшем на этом месте образуется участок некроза – стержень фурункула. После отторжения стержня образуется полость, впоследствии заполняющаяся грануляционной тканью.

Обычно фурункулы лечатся в амбулаторных условиях. Местно применяются смазывание кожи в области воспаления 5% йодной настойкой, повязки с димексидом, ихтиоловой мазью. Опасность представляют фурункулы в области лица, т.к. инфекция может распространиться по

лимфатическим путям в полость черепа и вызвать гнойный менингит. Пациенты с данной локализацией фурункула лечатся в стационаре.

В ряде случаев, фурункулы последовательно, в течение нескольких недель или месяцев, возникают в разных частях тела, имея различные степени зрелости. Этот процесс называется **фурункулезом**.

Оказание первой помощи, при острой гнойной инфекции, заключается в наложении сухой асептической повязки и иммобилизации конечности.

Карбункул – острое гнойно-некротическое воспаление нескольких близко расположенных волосяных мешочков и сальных желез с захватом окружающих тканей. Излюбленная локализация карбункула – на задней поверхности шеи; он также может возникать на спине, ягодицах, бедрах. Клинически карбункул может начинаться одним гнойником с постепенным захватом соседних волосяных мешочков и сальных желез. В центре гнойника имеется несколько гнойных точек (стержнев). Общее состояние больного обычно тяжелое. Отмечается высокая температура, головные боли, выражены симптомы интоксикации. Смертельную опасность представляет карбункул в области лица. Лечение проводится в стационаре. Операция заключается в широком рассечении кожи, удалении некротических тканей, дренировании гнойника. Применяются антибиотики широкого спектра действия в максимальных дозах, массивная дезинтоксикационная терапия.

Абсцесс – острое, ограниченное особой оболочкой, гнойное воспаление в тканях и органах. Входными воротами инфекции могут быть ранения кожи и слизистых оболочек, инородные тела (занозы, осколки стекла, металла), места инъекций лекарственных веществ.

Нередко наблюдаются метастатические абсцессы при переносе инфекции из одного участка тела в другой по кровеносным и лимфатическим сосудам на фоне сепсиса. Они характеризуются наличием припухлости, покраснением кожи, флюктуацией, болезненностью при ощупывании. Лечение – вскрытие, дренирование гнойника.

Флегмона – острое разлитое воспаление клетчаточных пространств: подкожного, межмышечного, забрюшинного и др.

В отличие от абсцесса при этом заболевании гнойник не имеет отграничивающей оболочки и склонен к распространению. Лечение – оперативное.

Рожистое воспаление – острое воспаление кожи или слизистых оболочек и лимфатических путей, вызванное стрептококковой инфекцией. Входные

ворота – ссадины, царапины, раны. Инкубационный период 2-7 дней. Клинически заболевание начинается остро с озноба и повышения температуры до 40–41 градуса. Одновременно на коже появляется краснота, припухлость. В ряде случаев краснота приобретает форму острых выступов, напоминающих языки пламени. Существует несколько форм рожистого воспаления: эритематозная форма, пустулезная, геморрагическая, буллезная и др.

Наиболее тяжело протекает так называемая блуждающая или мигрирующая форма, при которой процесс переходит с одного участка тела на другой.

Необходимо помнить, что рожистое воспаление **может передаваться** от одного человека к другому, поэтому больные с рожистым воспалением должны быть изолированы.

Рожистое воспаление в области голени при рецидиве болезни может вызвать нарушение лимфатического оттока с образованием слоновости. Поэтому после излечения проводится профилактический курс инъекций антибиотиков в течение 6 месяцев.

Мастит – воспаление тканей молочной железы. У взрослых женщин мастит наблюдается преимущественно в период лактации. У девочек-подростков факторами, провоцирующими мастит, являются микротравмы. Профилактика мастита – соблюдение личной гигиены кожи и общее укрепление организма, меры превентивной терапии. Лечение гнойного мастита оперативное.

Панариций – воспаление тканей ногтевой фаланги пальца. Предрасполагающими факторами для возникновения панариция являются микротравмы и проникновение инфекции.

Различают: кожный, подкожный, костный, суставной панариции.

При диффузном воспалении всех тканей процесс именуется **пандактилитом**.

При панариции отмечается припухлость, покраснение и сильнейшие боли, нарастающие по мере развития воспаления. Обычно, показанием для операции вскрытия панариция является бессонная ночь, проведенная пациентом накануне из-за боли.

В начальной стадии развития воспаления возможно обратное развитие в результате применения повязок с димексидом.

Операция проводится под наркозом или проводниковой местной анестезией. Опасность представляют панариции в области I и V пальцев: в силу особенностей анатомического строения гнойный процесс может распространиться на кисть и предплечье, образуя флегмоны.

Лимфаденит – воспаление лимфатических узлов. Причиной служат мелкие воспалительные процессы либо травмы на периферии. Причиной подчелюстных и шейных лимфаденитов обычно служат больные зубы. Подмышечные лимфадениты могут быть вызваны укусами, мозолями, царапинами в области кисти.

Выделяют даже особую форму подмышечного лимфаденита – **«болезнь кошачьих царапин»**.

Признаками лимфаденита является боль, припухлость, покраснение кожи в зоне воспаления, повышение температуры. При нагноении определяется флюктуация, через кожу может просвечивать гной. Вовлечение в гнойный процесс, окружающий лимфатический узел, жировой клетчатки ведет к образованию аденофлегмоны.

На ранней стадии воспаления лимфаденит лечится консервативно: назначаются антибиотики, УВЧ, повязки с 20% раствором димексида. В случае нагноения проводится операция – вскрытие, дренирование гнойника.

Остеомиелит – название, введенное Рейно (Reynaud, 1831). В буквальном переводе означает «воспаление костного мозга». В патологоанатомическом же смысле остеомиелит – есть воспаление не только костного мозга, но и кости, и надкостницы, т.е. воспаление всей кости – паностит.

Различают остеомиелит эндогенного и экзогенного происхождения.

Эндогенный, или гематогенный, остеомиелит – гнойный процесс в кости, развившийся вследствие гематогенного занесения гнойной инфекции.

Гематогенный остеомиелит вызывается главным образом гноеродной инфекцией – стафилококками и стрептококками, которые заносятся в костный мозг или под надкостницу из какого-либо гнойного очага, например фурункула и пр.

Экзогенный или раневой, остеомиелит – гнойный процесс, возникший вследствие занесения инфекции в кость извне, снаружи, например, при открытом переломе, ранении. Экзогенные остеомиелиты – гнойные процессы, возникающие при огнестрельных ранениях костей.

Гнойный остеомиелитический процесс может развиваться не только при гематогенном занесении инфекции, но и по продолжению, например, из

сустава при гнойном его поражении, из мягких тканей при костном панариции.

Остеомиелит гематогенный гнойный – болезнь растущего организма главным образом. Он встречается чаще всего у детей, подростков и юношей. Около 90% и более заболеваний остеомиелитом падает на возраст до 25 лет. Мужской пол поражается в 2-3 раза чаще женского.

В порядке частоты поражаются: бедренная кость – 46,1%, большеберцовая – в 41,7%, плечевая – в 9,7%, другие кости – в 5,5%.

Возникают сильнейшие боли в пораженной конечности (пульсирующие, рвущие, колющие), нарушение её функций, болезненность при пальпации и, особенно, при постукивании в области воспаления, высокая температура.

При остеомиелите требуется экстренная хирургическая помощь, т.к. процесс приводит к разрушению кости и последующей инвалидности, а также развитию сепсиса.

Лечение - только стационарное, важно начать его как можно раньше.

Литература: [38, с. 99-104], [17, с. 58-61], [25, с. 183-190], [49, с. 172-174].

Тема №5

Закрытые повреждения опорно-двигательного аппарата

1. Понятие травмы.
2. Виды травматических повреждений.
3. Оказание доврачебной помощи.
4. Транспортировка и иммобилизация.
5. Травматический шок, первая помощь.

Травма — это результат воздействия на организм в целом или на его какую-либо часть механических или термических факторов. Это могут быть: ушиб, рана, перелом кости, вывих в суставе, ожог, отморожение, электротравма.

Значительная травма с момента своего возникновения становится травматической болезнью.

Травматизм делится на 2 группы.

Первую группу составляет производственный травматизм (промышленный, сельскохозяйственный).