

Абсцесс мягких тканей. Флегмона. Лимфаденит. Карбункул и фурункул у детей

Выполнила: Бектаева А

727 ВОП

Проверила: Айткожина Л.К

- **Абсцесс мягких тканей** — расположенная в мышцах или подкожной жировой клетчатке отграниченная от окружающих тканей и заполненная гнойным содержимым полость. Абсцесс мягких тканей отличается от других гнойно-воспалительных заболеваний (эмпиемы, флегмоны) наличием инфильтративной капсулы или, как ее еще называют, пиогенной мембраны. Капсула абсцесса мягких тканей ограничивает его от рядом расположенных анатомических структур и препятствует распространению гнойного процесса.



- Однако накопление значительного количества гнойного экссудата, увеличение абсцесса и истончение его капсулы могут привести к прорыву абсцесса мягких тканей с выходом его гнойного содержимого в окружающую клетчатку или межмышечные пространства с развитием разлитого гнойного воспаления — флегмоны
- Абсцесс мягких тканей обусловлен попаданием в них гноеродных микроорганизмов. Проникновение гноеродных микроорганизмов, вызывающих абсцесс мягких тканей, чаще происходит при нарушении целостности кожного покрова в результате травм, микротравм, ожогов, отморожений, открытых переломов

Признаки абсцесса мягких тканей

- Абсцесс мягких тканей характеризуется наличием местных и общесоматических симптомов. К местным признакам относится болезненность, припухлость и покраснение участка кожи, расположенного над абсцессом. Надавливание в пораженной области вызывает усиление боли
Если абсцесс мягких тканей расположен поверхностно, то местная симптоматика отчетливо выражена и дополняется возникающим через несколько дней после образования абсцесса симптомом флюктуации, свидетельствующим о скоплении жидкого содержимого внутри воспалительного очага. При глубоко расположенном абсцессе, его местные симптомы не так заметны, флюктуация не наблюдается и на первый план могут выходить изменения в общем состоянии пациента.

- Общесоматические признаки абсцесса мягких тканей не носят специфического характера. Пациенты отмечают повышенную утомляемость, периодическую головную боль, разбитость, нарушение сна, подъем температуры тела, которая может достигать 39-40°С и сопровождаться ознобом. Выраженные симптомы интоксикации могут быть связаны с всасыванием в кровотоки токсических веществ, образующихся в результате распада тканей внутри абсцесса, или свидетельствовать о распространении гнойного процесса и угрозе сепсиса.

Диагностика абсцесса мягких тканей

- Поверхностно расположенный абсцесс мягких тканей легко выявляется при осмотре пораженной области. Более глубокие абсцессы требуют проведения УЗИ и диагностической пункции. После проведения пункции полученный материал подвергают бактериологическому исследованию для определения чувствительности гноеродной микрофлоры к антибиотикам.
- При подозрении на «холодный» абсцесс производят рентгенологическое обследование пораженной области и ПЦР-диагностику

Лечение

- В начальной стадии рекомендовано консервативное лечение: противовоспалительная терапия и УВЧ. Сформировавшийся абсцесс мягких тканей подлежит обязательному хирургическому лечению. Вскрытие и дренирование абсцесса мягких тканей обычно проводится хирургом в амбулаторной операционной



Флегмона

НОВОРОЖДЕННЫХ

- Это тяжелое гнойно-некротическое заболевание кожи и подкожной жировой клетчатки, которое характеризуется быстрым распространением патологического процесса и отмиранием тканей.
- Причины у новорожденных грамположительные, грамотрицательные или анаэробные микроорганизмы . наиболее часто микроб проникает через повреждения эпидермиса. Также встречается гематогенная и лимфогенная диссеминация из других очагов, например – омфалита или при пупочном сепсисе.



- Быстрому распространению флегмоны новорожденных способствуют анатомо-физиологические особенности строения кожи и подкожно-жировой клетчатки младенца. Они включают в себя тонкость рогового шара эпидермиса, который состоит из 2-3 рядов клеток (у взрослых 6-8), недостаточную функцию потовых желез, отсутствие соединительнотканых перегородок в подкожно-жировой клетчатке и ее химический состав, в котором преимущественно содержатся «твердые» жирные кислоты – пальмитиновая, стеариновая и другие. У новорожденных детей кровоснабжение кожи и подлежащих тканей обеспечивают магистральные сосуды, однако они расположены перпендикулярно, а коллатеральное кровообращение развито слабо

СИМПТОМЫ

- Флегмона новорожденных чаще всего возникает на 5-15 сутки после родов. Начало, как правило, острое. Первым развивается интоксикационный синдром. Общее состояние ребенка резко ухудшается – он становится беспокойным, а затем вялым и апатичным. Пропадает аппетит, температура тела быстро поднимается до 38-38,5°C, отмечается рвота. Кожа приобретает бледный или «мраморный» оттенок. Язык сухой, часто с белым налетом. Повышается ЧЧС и ЧД. В области поражения появляется небольшое красное пятно, которое быстро увеличивается в размерах. Типичная локализация – крестцово-копчиковая область, лопатки, передняя и боковая часть грудной клетки, шея. На фоне отсутствия лечения флегмона новорожденных продолжает увеличиваться, температура тела достигает 39,5-40°C, возникает диарея и многократная рвота

- Через 5-8 часов с момента появления первых признаков флегмоны новорожденных под участками гиперемии развивается отек, а подкожная жировая клетчатка затвердевает. Как правило, к концу первых суток процесс распространяется на значительную площадь тела ребенка, четкая граница между пораженными и здоровыми тканями отсутствует. Также наблюдается эксикоз, потеря массы тела. В этот период имеется высокий риск развития сепсиса и образования гнойных очагов в других органах – возникают пневмония, перитонит, гнойный отит, нефрит и т. д.

- Спустя 2-3 дня над участками флегмоны новорожденных появляется синюшность, может обнаруживаться флюктуация. К 5-7 дню кожные покровы истончаются, становятся мацерированными и отмирают – начинается процесс отторжения некротизированных тканей и формирование раны. На ее дне определяется подкожная жировая клетчатка, которая имеет темно-серый или багровый оттенок. Глубина дальнейшего отторжения зависит от активности процесса. Как правило, рана при флегмоне новорожденных достигает мышц и сухожилий, редко – костей. К концу 2 недели от начала заболевания пораженная кожа отделяется полностью, уменьшаются проявления воспалительного процесса. В ранах формируются грануляции. Процесс эпителизации зависит от размеров дефектов и общего состояния ребенка. При диаметре раны, превышающем 5 см, необходимо проведение кожной пластики

Осложнения флегмоны

- Распространение инфекции по лимфатическим и кровеносным сосудам может стать причиной развития тромбофлебита, лимфангита, лимфаденита, рожистого воспаления и сепсиса. Возможно возникновение вторичных гнойных затеков. Флегмона лица может осложняться гнойным менингитом.
- При распространении процесса на окружающие ткани может развиваться остеомиелит, гнойный плеврит и т. д. Одним из опаснейших осложнений флегмоны является гнойный артериит – воспаление артериальной стенки с ее последующим расплавлением и массивным артериальным кровотечением.

Лечение флегмоны новорожденных

- Лечение хирургическое. Суть операции заключается в нанесении на пораженную кожу ребенка множественных «насечек» – неглубоких разрезов, которые будут выполнять дренажную функцию. Надрезы кожи выполняются на шахматном порядке с вовлечением здоровых тканей по периферии флегмоны новорожденных. Такое решение обусловлено тем, что в подкожной жировой клетчатке процесс распространяется дальше, чем это заметно на коже. После операции накладываются влажные повязки с растворами антисептиков. Каждые 2 часа осуществляется перевязка ран для контроля над распространением воспаления. При необходимости наносятся дополнительные «насечки»



Лимфаденит у детей

- инфекционный или неинфекционный воспалительный процесс в периферических органах лимфатической системы – лимфоузлах. Чаще всего лимфаденит наблюдается у детей в возрасте от 1 до 6 лет и имеет более бурное течение. Лимфаденит у детей развивается вторично, осложняя течение основных инфекционно-воспалительных заболеваний.

Классификация лимфаденита у детей

- острое (до 2-х недель), подострое (от 2-х до 4-х недель) или хроническое (более месяца) течение. По характеру воспалительных изменений лимфатических желез у детей различают серозные (инфильтрационные), гнойные, некротические (с расплавлением узлов) лимфадениты и аденофлегмоны.
- По очагу поражения лимфадениты у детей разделяют на регионарные (шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые и т. д.) и генерализованные; по этиологическому фактору - одонтогенные (связанные с патологией зубо-челюстной системы) и неодонтогенные.

Причины

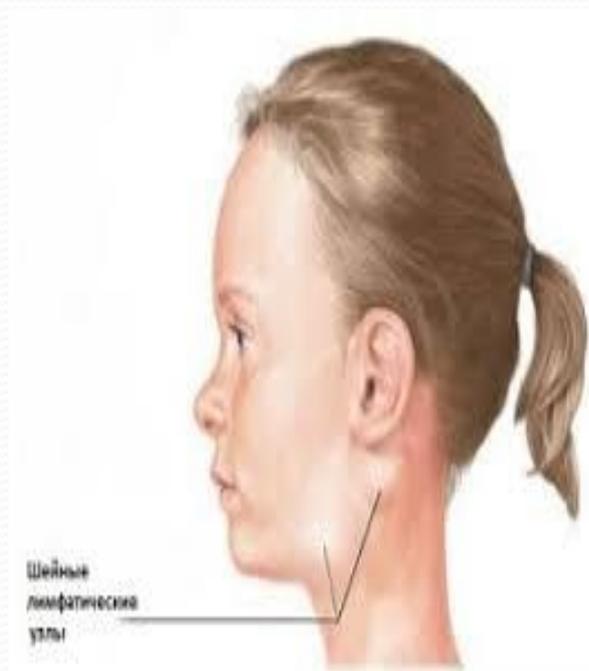
- Рост и развитие лимфоидных образований у детей продолжается до 6-10 лет; этот период связан с повышенной восприимчивостью к различным инфекционным агентам и недостаточной барьерно-фильтрационной функцией. Лимфаденит у детей чаще всего имеет неспецифический генез, его основными возбудителями являются гноеродные микроорганизмы, в первую очередь, стафилококки и стрептококки.



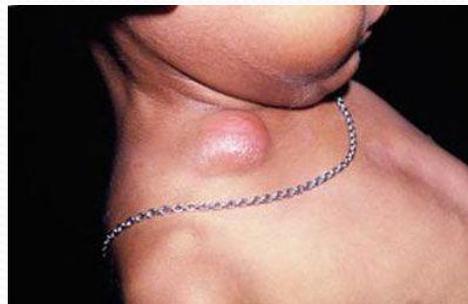
СИМПТОМЫ

- при лимфадените у детей поражаются лимфоузлы в области лица и шеи (наиболее часто - подчелюстные и шейные с одной или обеих сторон, реже - околоушные, щечные, затылочные, заушные), в отдельных случаях – подмышечные, паховые.
- Серозная стадия острого неспецифического лимфаденита у детей (1-3 сутки заболевания) проявляется болезненными, заметно увеличенными в размерах и плотно-эластичными на ощупь регионарными лимфоузлами, без потери их подвижности и развития местной кожной реакции. Общее состояние ребенка не нарушено, температура колеблется от нормальных до субфебрильных значений

- **Переход острого лимфаденита в гнойную стадию (3-6 сутки заболевания) протекает с ярко выраженными местными признаками и резким ухудшением самочувствия детей. Наблюдаются признаки интоксикации: озноб, высокая температура (до 40°C), головная боль, сильная слабость, отсутствие аппетита и нарушение сна. В области пораженных лимфоузлов возникают интенсивные тянущие или стреляющие боли, явления периаденита, местная гиперемия и отек кожи.**



- Хроническая форма лимфаденита у детей может развиваться первично, если возбудителями являются слабовирулентные микроорганизмы, или стать продолжением острой формы заболевания. При хроническом течении вне обострения лимфоузлы увеличены, ограничены в подвижности, достаточно плотные, но безболезненные; самочувствие ребенка не нарушено; нагноение развивается редко. При наличии у ребенка очага хронической инфекции, длительно поддерживающего вялотекущий лимфаденит, лимфоузлы постепенно разрушаются и замещаются грануляционной тканью



Диагностика

- пристальное физикальное обследование лимфоузлов шейного отдела, подчелюстной области и других;
- исследование анализа крови;
- ультразвуковое обследование воспалённых лимфоузлов на шее;
- консультации детских специалистов: педиатра, инфекциониста, гематолога, отоларинголога, хирурга, фтизиатра.
- рентгенография грудного отдела;
- пункция и посев материала;
- туберкулиновые пробы;
- биопсия лимфоузлов с дальнейшей цитологией и гистологией



Лечение лифаденита

- При остром серозном и хроническом неспецифическом лимфадените у детей применяют консервативную терапию
- макролиды — сумамед, азитромицин;
- аминогликозиды — гентамицин, амикацин
- аминопенициллины — амоксициллин;
- цефалоспорины первых двух поколений — цефазолин, цефтриаксон, цефалоридин, цефотаксим

- **Фурункул** – острое гнойное воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей (сальной железы, подкожной клетчатки).
- **Этиология** – вызывается стафилококком, чаще золотистым, реже – белым.
- **Локализация** – на любых участках кожи, имеющих волосы; наиболее часто – на участках, подвергающихся загрязнению (предплечья, тыл кистей) и трению (задняя поверхность шеи, поясница, ягодицы, бедра); не возникает фурункул на коже, лишенной волос (ладони, ладонная поверхность пальцев, подошвы).

- **Карбункул** – острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочков, сальных желез и окружающих их тканей с образованием обширных некрозов кожи и подкожной клетчатки. Карбункул чаще бывает одиночным, причины возникновения те же, что и фурункула.



Физикальное обследование

- **Фурункул:** Вокруг волоса формируется маленькая пустула с небольшим воспалительным инфильтратом в виде узелка. В этот период больной ощущает зуд и покалывание в области инфильтрата. К концу 1-2-х суток образуется воспалительный инфильтрат, который выступает конусообразно над кожей. Кожа над инфильтратом краснеет и становится болезненной при прикосновении. На вершине инфильтрата отмечается небольшое скопление гноя с точкой некроза в центре. В дальнейшем пустула прорывается и подсыхает, а на 3-7 сутки инфильтрат гнойно расплавляется и некротизированные ткани. После выделения гноя отек и инфильтрация вокруг раны постепенно уменьшаются, боли исчезают. Образовавшаяся гнойная рана очищается, заживает. На месте воспаления остается небольшой, белесоватый, несколько втянутый рубец.

- **Карбункул:** вначале появляется небольшой воспалительный инфильтрат с поверхностной пустулой, который быстро увеличивается в размере. Напряжение тканей приводит к возникновению резких болей при пальпации, а также распирающей, рвущей, самостоятельной боли. Кожа в области инфильтрата приобретает базовый оттенок, напряжена, отечна. Эпидермис над очагом некроза прорывается в нескольких местах, образуется несколько отверстий ("сито"), из которых выделяется густой зеленовато-серый гной. В отверстиях видны некротизированные ткани. Отдельные отверстия сливаются, образуя большой дефект в коже через который вытекает много гноя и отторгаются некротические ткани.

Жалобы:

- • повышение температуры тела;
- • тошнота и рвота;
- • потеря аппетита;
- • сильная головная боль;
- • бессонница;
- • изредка бред/бессознательное состояние (при тяжелом течении заболевания);
- • боль в области инфильтрата



- **Лабораторные исследования:** Общий анализ крови: лейкоцитоз, ускорение СОЭ.
Инструментальные исследования: • УЗИ: наличие полости с жидкостным компонентом неоднородной эхогенности.



- Режим II, необходима иммобилизация области воспаления.
- Стол №15 (общий).
- **Местная терапия:**
 - натрия хлорид 7,5% раствор (для наружного применения).
 - повидон-йод 1% раствор для наружного и местного применения;

Дезинтоксикационная терапия:

- Рингера лактата, раствор для инъекций, флакон, 400 мл;
- декстроза, раствор для инъекций, флакон, 5 % - 400 мл;

необходимы антибиотики, активные против стафилококков: Метициллин, Оксациллин, Эритромицин, Цефалексин, Метронидазол, Диклоксациллин, Моксифлоксацин, Ванкомицин, Левофлоксацин и др. Аутогемотерапия — введение ребёнку под кожу или внутримышечно, его собственной крови из вены

- Хирургическое вмешательство]:
- **Фурункул:** *Операция:* вскрытие гнойного очага.
Показание для операции: плохое/неполное отторжение гнойно-некротического стержня. •
При фурункуле операция выполняется редко. Однако при плохом отторжении гнойно-некротического стержня кожа рассекается острым скальпелем. Рассекать фурункул нельзя, так как гнойная инфекция может распространиться на окружающие ткани. **Категорически запрещается выдавливать содержимое фурункула и делать массаж в области очага воспаления.**

- **Карбункул:**

- Операция: вскрытие гнойного очага.

- **Показание для операции:** нарастание интоксикации.

- • Если консервативное лечение при карбункуле не эффективно, показанием для операции является нарастание интоксикации. Операция проводится под наркозом и заключается в крестообразном рассечении карбункула через всю толщу некроза до жизнеспособных тканей с иссечением некротических тканей и вскрытием затеков. Повязки с гипертоническим раствором натрия хлорида, мазью Вишневского или другим антисептиком.

Фурункул и Карбункул

