

ФУРУНКУЛЫ И КАРБУНКУЛЫ ЧЛО

Выполнил студент 4 курса
лечебного факультета 1.4.17 группы
Геоня Иван Вадимович

ФУРУНКУЛ

Острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей соединительной ткани.

КАРБУНКУЛ

Острое гнойно-некротическое воспаление кожи и подкожной клетчатки вокруг группы волосяных мешочков и сальных желёз, имеющее тенденцию к быстрому распространению.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Пиодермии

Стафилодермии

Стрептодермии

Смешанный

Поверхностные и глубокие

Поверхностные и глубокие

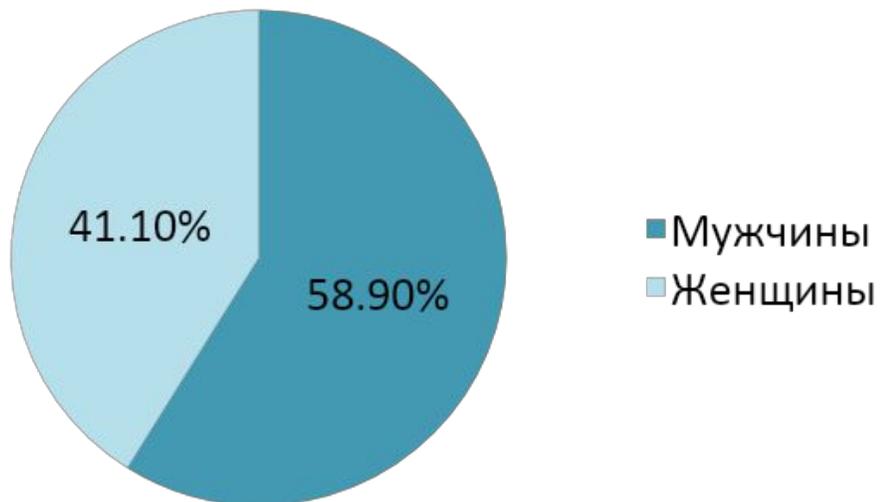
Поверхностные и глубокие

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

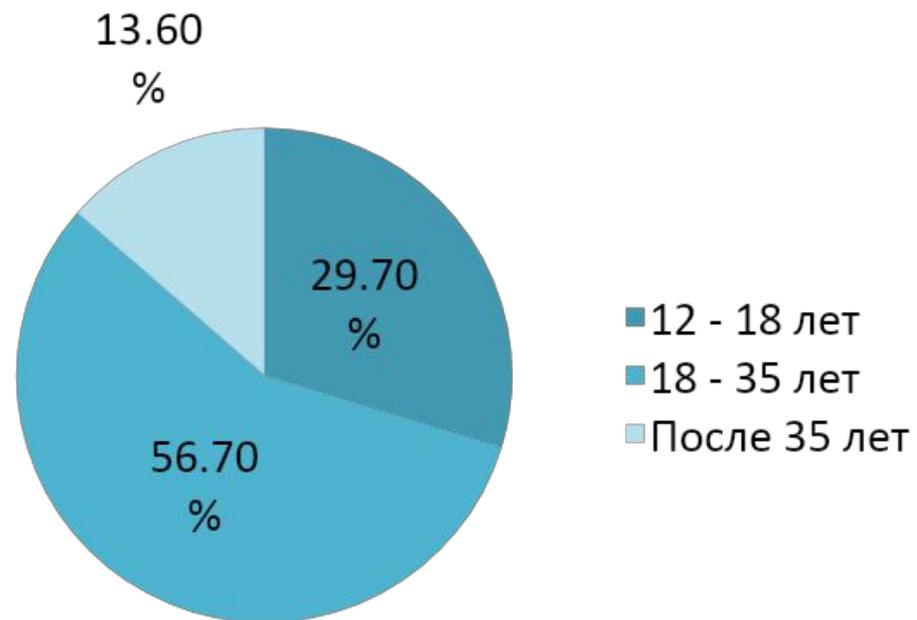
Локализация	Щёчная область	Подбородочная область	Верхняя губа	Нижняя губа	Область носа	Скуловая область	Лобная область	Височная область	Подглазничная область
Встречаемость в %	19,3	12,8	10,9	5,5	9,4	8,5	10,8	4,4	4,2

Фурункулы и карбункулы чаще всего локализуются в областях лица с густо расположенными волосяными фолликулами и придатками кожи

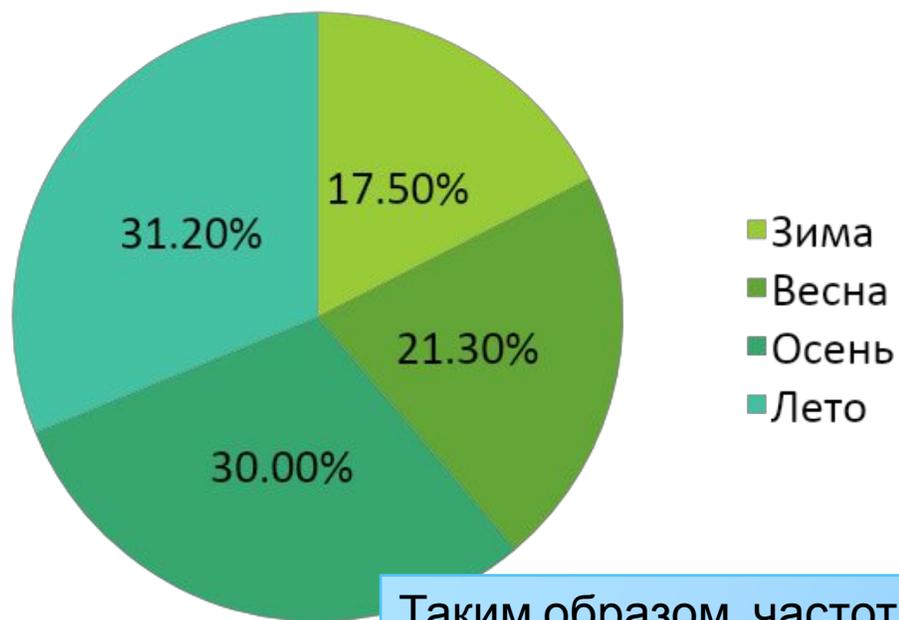
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПОЛУ



РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ВОЗРАСТУ



СЕЗОННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ

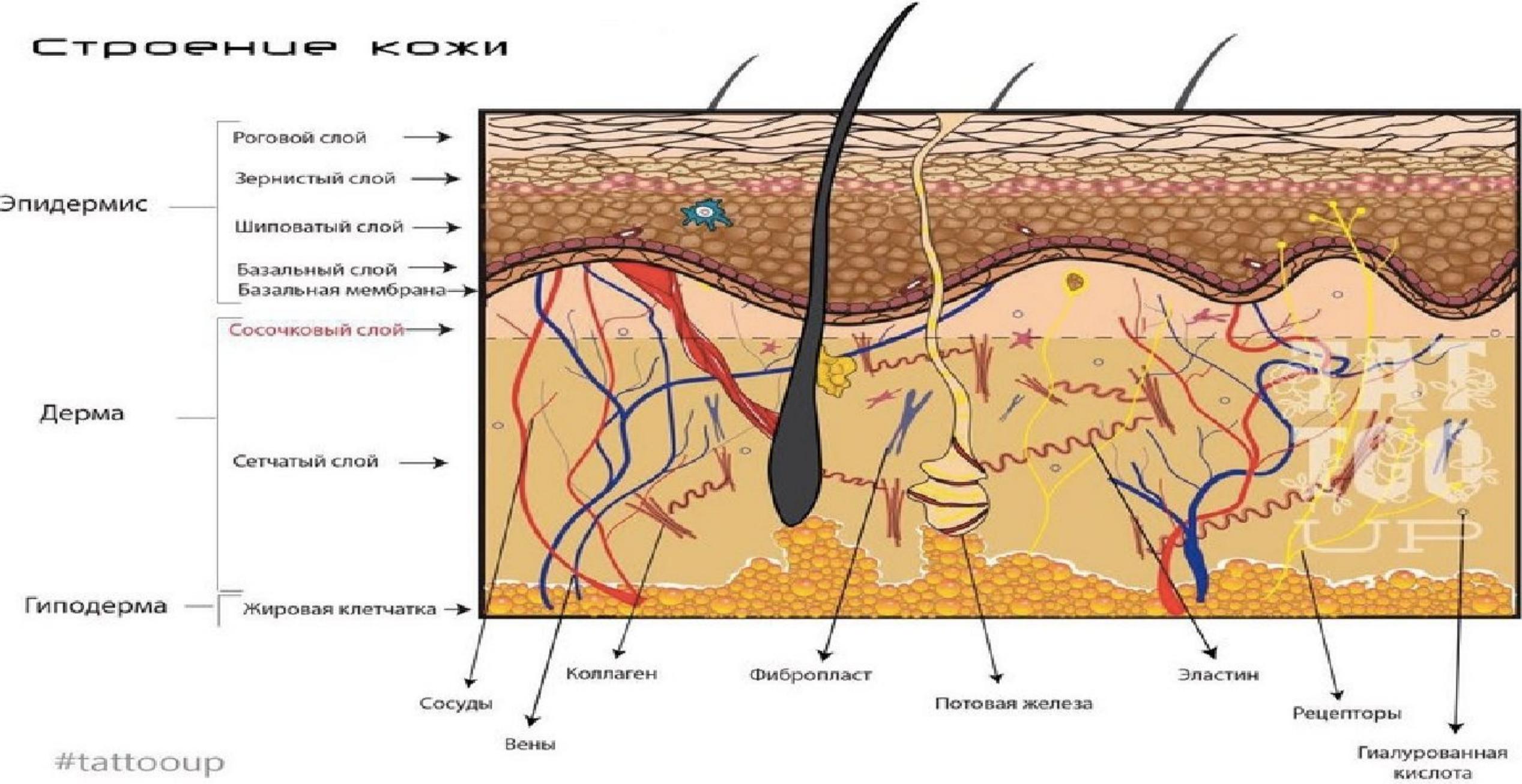


ЗИМОЙ ЧАЩЕ ВСЕГО (60%)
ВСТРЕЧАЮТСЯ ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ

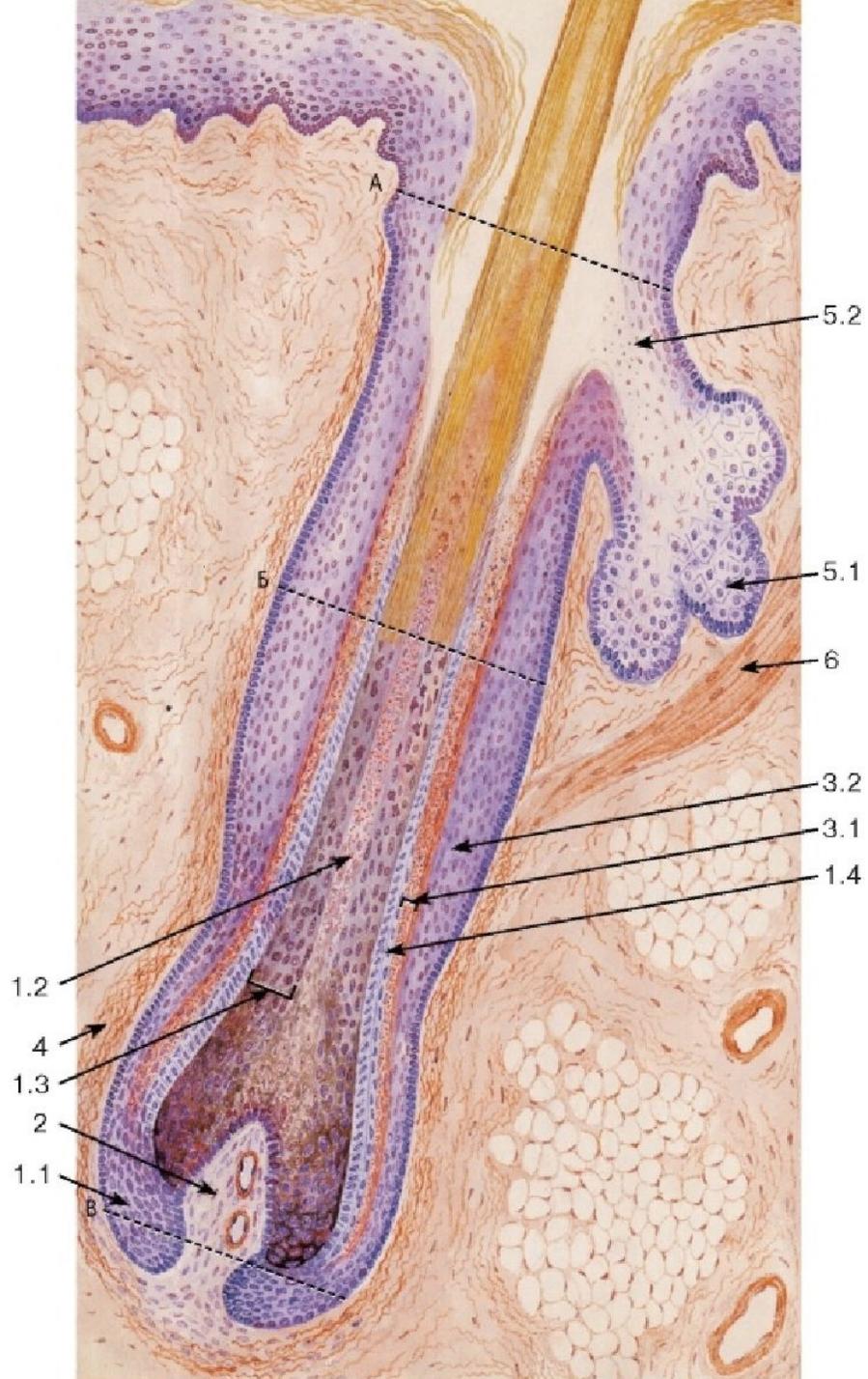
Таким образом, частота развития фурункулов и карбунклов в области лица определяется сезонными колебаниями температуры

СТРОЕНИЕ КОЖИ

СТРОЕНИЕ КОЖИ



#tattooup



1. корень волоса:

- 1.1 - волосяная луковица,
- 1.2 - мозговое вещество,
- 1.3 - корковое вещество,
- 1.4 - кутикула волоса;

2. дермальный сосочек волоса;

3. волосяной фолликул:

- 3.1 - внутреннее корневое эпителиальное влагалище;
- 3.2 - наружное корневое эпителиальное влагалище;

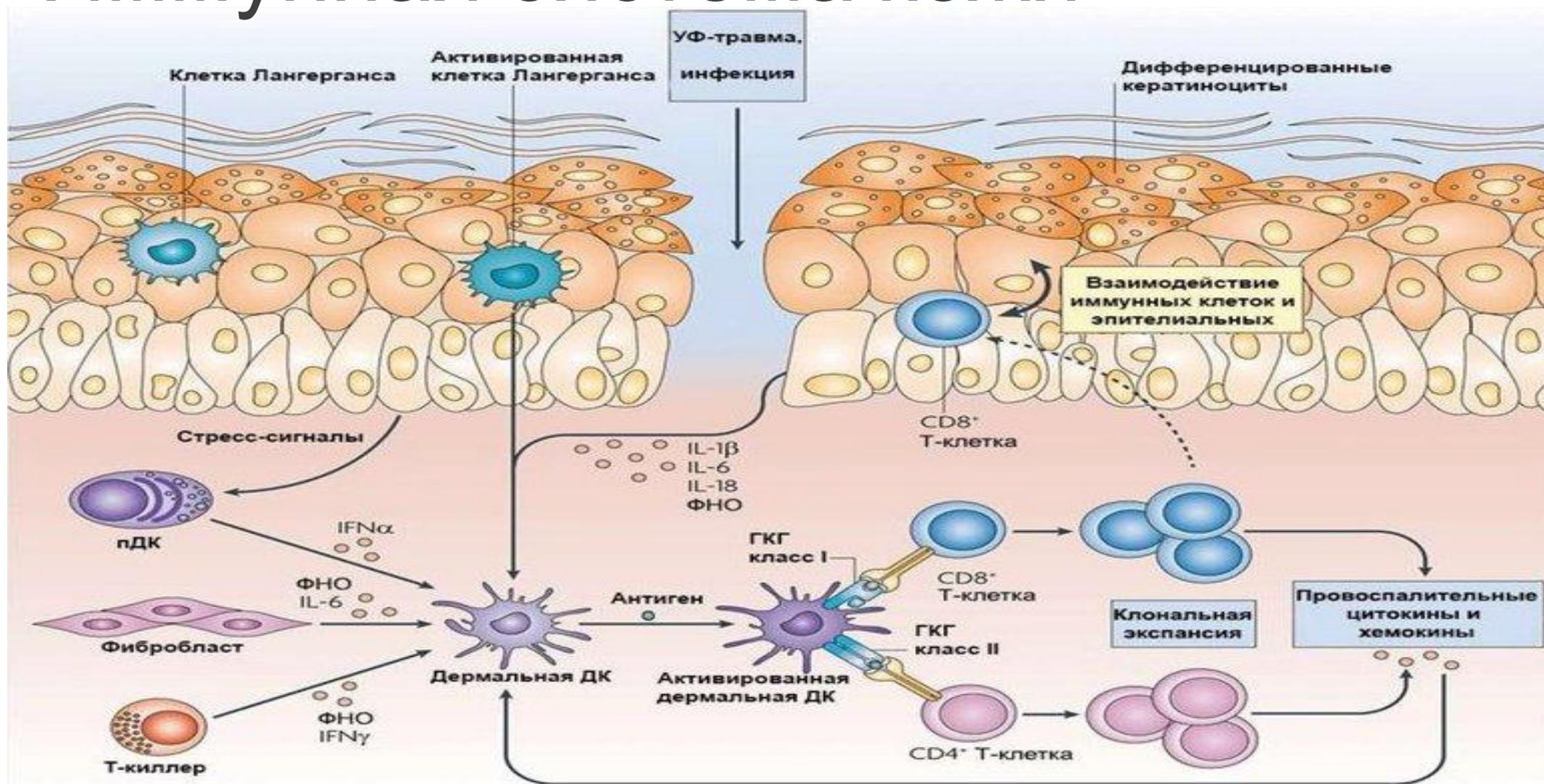
4. дермальное корневое влагалище;

5. сальная железа:

- 5.1 - концевой отдел (ацинус),
- 5.2 - выводной проток;

6. мышца, поднимающая волос.

Иммунная система кожи

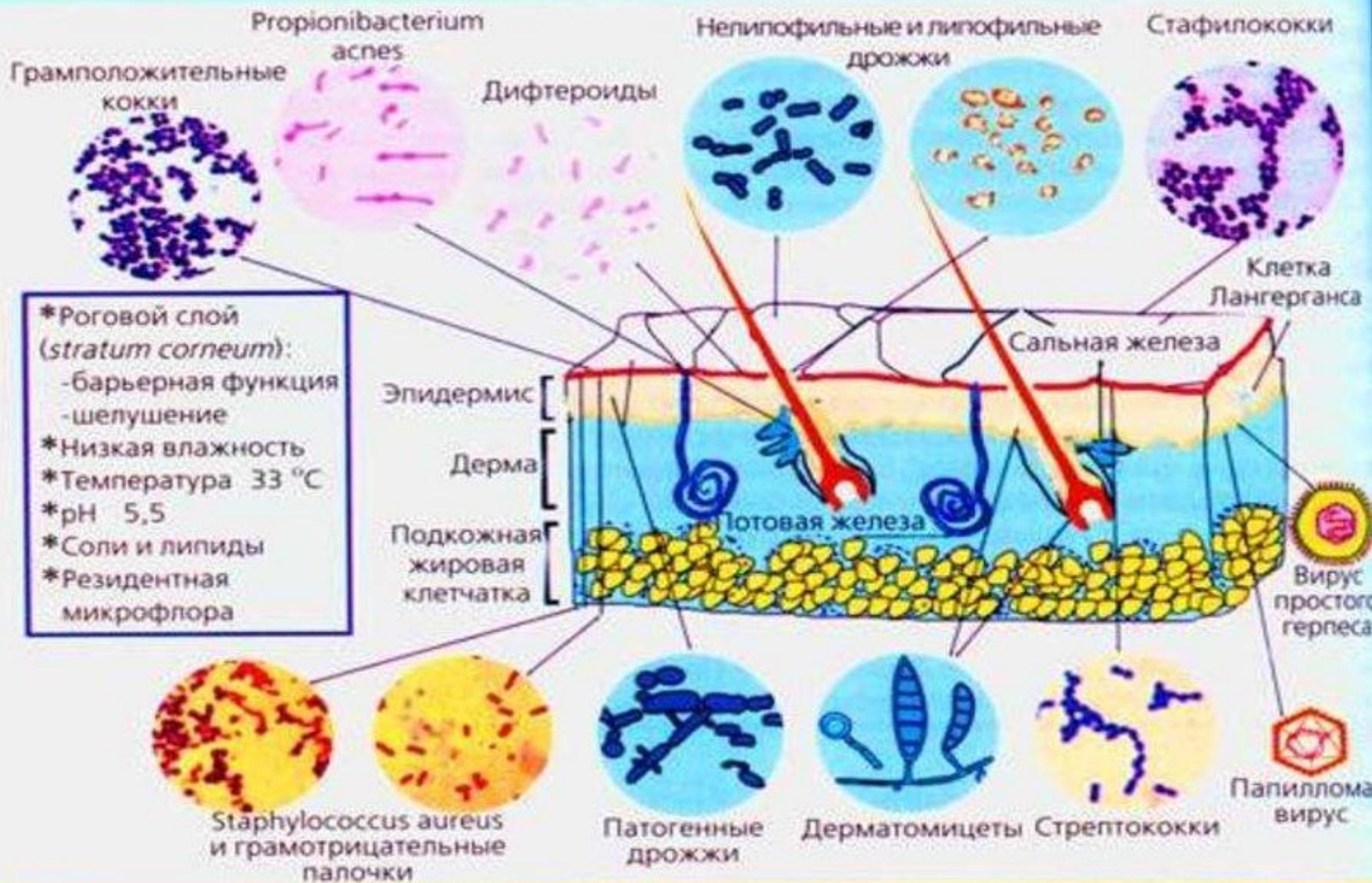


РЕЗИДЕНТНАЯ МИКРОФЛОРА КОЖИ

1. Грамположительные кокки(Staph. Epidermidis, Staph. Capitis)
2. Propionibacterium acnes(часто встречаются в области крыльев носа)
3. Дифтероиды
4. Нелипофильные и липофильные дрожжи

В норме данная флора препятствует адгезии факультативной и патогенной флоры за счет секреции бактерицидных токсинов и ненасыщенных жирных кислот.

РЕЗИДЕНТНАЯ МИКРОФЛОРА КОЖИ



ФАКУЛЬТАТИВНАЯ МИКРОФЛОРА КОЖИ

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

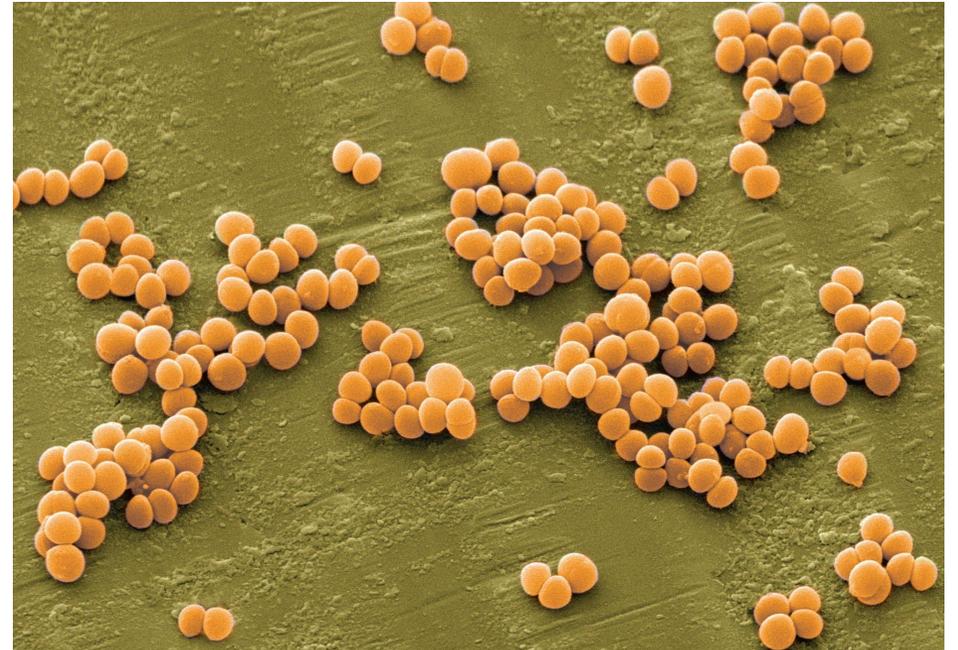
1. Изменение микробного пейзажа кожи
2. Нарушение иммунного статуса организма
3. Патологии обмена веществ
4. Тяжелые сопутствующие заболевания
5. Нарушение гигиены
6. Стресс

ОСНОВНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ

1. Стафилококки (**s.Aureus**, s.Epidermidis, s.Warneri,s.Saprophyticus)
2. Стрептококки группы а (str.Pyogenes, str.Haemolyticus)
3. Энтерококки (e.Faecalis, e.Faecium)
4. Пропионибактерии
5. Грибы (candida)

СВОЙСТВА STAPHYLOCOCCUS AUREUS

1. Грамположительен
2. Факультативный анаэроб
3. КОАГУЛАЗОПОЛОЖИТЕЛЕН
4. Температурный оптимум: 35-37
5. Оптимальный pH 6,2-8,4
6. Высокая устойчивость к условиям внешней среды
7. Чувствителен к анилиновым красителям



ФАКТОРЫ ПАТОГЕННОСТИ STAPH. AUREUS

ФАКТОР ПАТОГЕННОСТИ	ЭФФЕКТ
СТРУКТУРЫ: <ul style="list-style-type: none">•Капсула•Белок А•Пептидогликан•Тейхоевые кислоты	СТРУКТУРЫ: <ul style="list-style-type: none">•Подавление взаимодействия с фагоцитами•Взаимодействие с Fc-фрагментом Ig•Стимуляция продукции пирогенов, хемоаттрактант для лейкоцитов•Регуляция концентрации катионов на плазмолемме
ТОКСИНЫ: <ul style="list-style-type: none">•Гемолизины•Лейкоцидин•Эксфолиативный токсин•Токсин синдрома токсического шока•Энтеротоксины	ТОКСИНЫ: <ul style="list-style-type: none">•Цитотоксичность•Цитотоксичность•Разрушение десмосом зернистого слоя, суперантиген•Нейротропное и вазотропное действие, суперантиген•Действие на энтероциты, суперантиген
ФЕРМЕНТЫ: <ul style="list-style-type: none">•Плазмокоагулаза•Гиалуронидаза•Липаза	ФЕРМЕНТЫ: <ul style="list-style-type: none">•Превращение фибриногена в фибрин•Разрушение соединительной ткани•Гидролиз липидов

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

КЛАССИФИКАЦИЯ

I. Неосложненные формы фурункулов и карбункулов

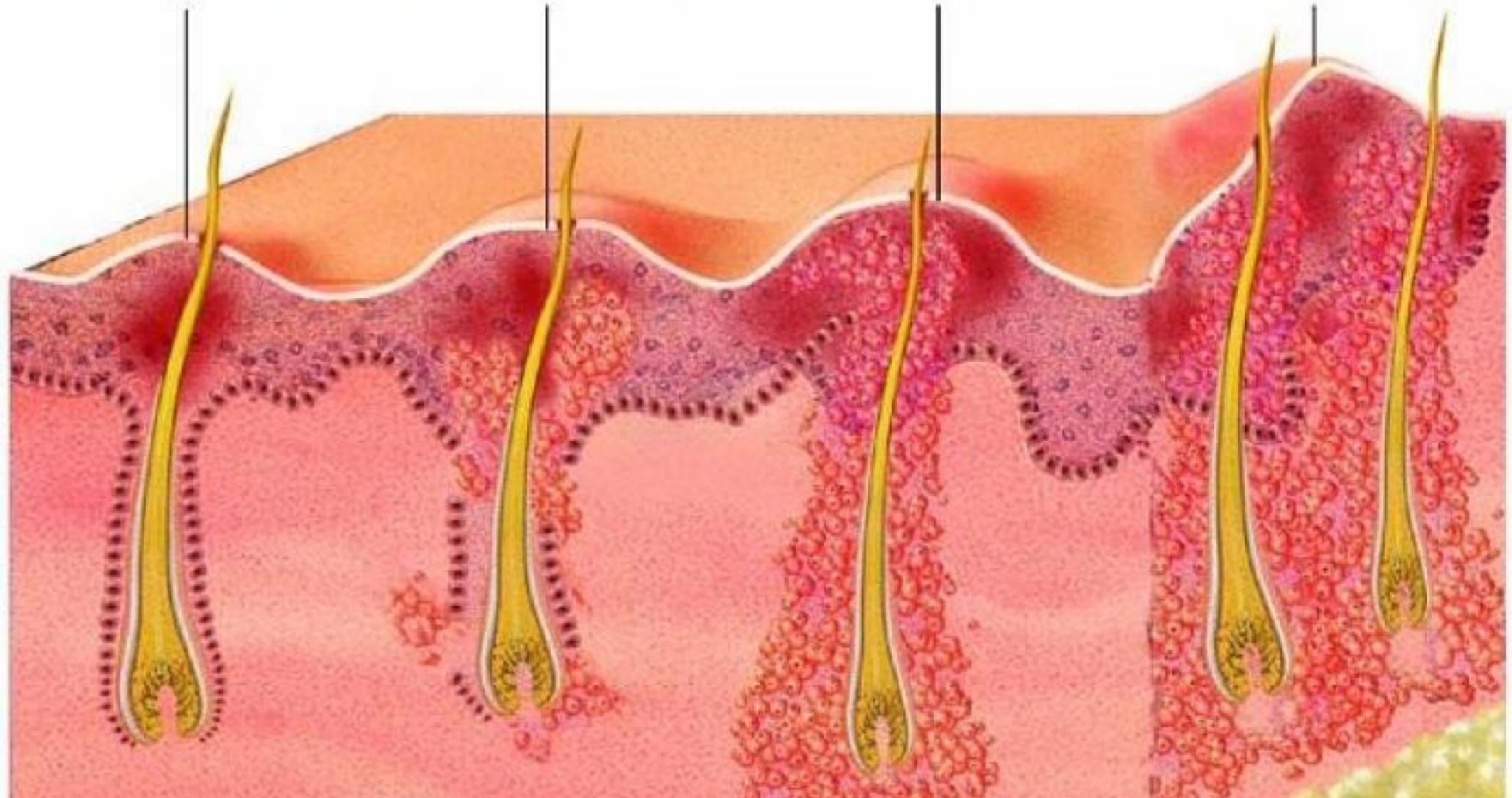
1. Начальная стадия фолликулита
 - a) Остиофолликулит
 - b) Глубокий фолликулит
2. Воспалительная инфильтрация
3. Образование и отторжение гнойного стержня
4. Рассасывание воспалительного инфильтрата

II. Рецидивирующие фурункулы

поверхностный и глубокий фолликулит

фурункул

карбункул



КЛАССИФИКАЦИЯ

III. Осложненные формы клинического течения фурункулов и карбункулов

1. Местные осложнения

- a) Хейлиты
- b) Флебит, тромбофлебит
- c) Лимфангит, лимфаденит, аденофлегмона
- d) Абсцесс и флегмона
- e) Остеомиелит
- f) Рожистое воспаление

2. Общие осложнения

- a) Синустромбоз
- b) Мененгит
- c) Сепсис

СТАДИЯ ИНФИЛЬТРАЦИИ



1. Продолжительность: 1-2 суток
2. Появление болезненного узелка
3. Постепенно в центре инфильтрата образуется маленький желтый пузырек – пустула
4. Характерна интоксикация организма

ЭТА СТАДИЯ ОДИНАКОВА
ДЛЯ ФУРУНКУЛОВ И
КАРБУНКУЛОВ

Образование и отторжение гнойногo стержня

ФУРУНКУЛ



КАРБУНКУЛ



ФУРУНКУЛ

КАРБУНКУЛ ПОДБОРОДКА,
ОСЛОЖНЕННЫЙ РОЖЕЙ



ЛЕЧЕНИЕ

ЛЕЧЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

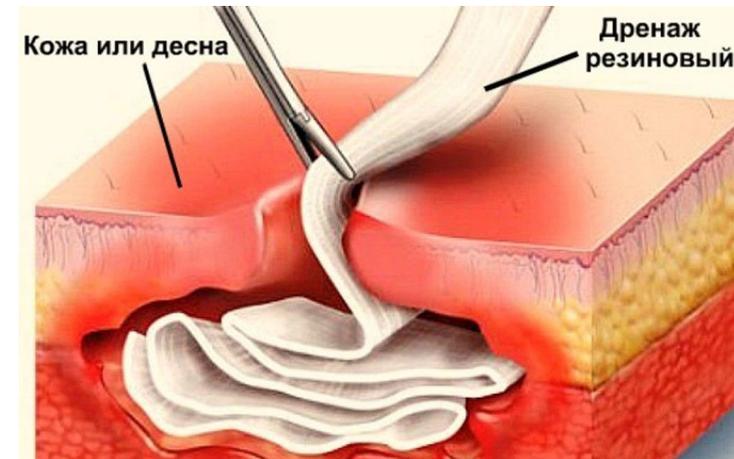
1. Вскрытие очага
2. Общая консервативная терапия
3. Местное лечение
4. Физиотерапевтические процедуры

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ

1. Разрез – крестообразный, проходящий через середину очага на всю толщу некроза до жизнеспособных тканей.
2. Пинцетом извлекается гнойный стержень.
3. Полость промывают антисептиком, дренируют и далее лечат по общим принципам лечения гнойной раны.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРБУНКУЛОВ

1. Разрез – крестообразный, проходящий через середину очага на всю толщу некроза до жизнеспособных тканей.
2. Некротизированные участки тканей и участки ткани, пропитанные гноем, иссекаются. В итоге образуется значительных размеров раневой дефект.
3. Края дополнительно иссекают, удаляя измененную, некротизированную кожу.
4. Проводят гемостаз.
5. Полость промывают антисептиком, дренируют и далее лечат по общим принципам лечения гнойной раны.



МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ПРОВОДИТСЯ С УЧЕТОМ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА СОГЛАСНО ОБЩИМ ПРАВИЛАМ ВЕДЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН.

1. **ФАЗА ЭКССУДАЦИИ:**

- A. Растворы антисептиков
- B. Водорастворимые мази(левосин, левомеколь, браунодин 5%,итд.)
- C. Протеолитические ферменты и йодофоры.

2. **ФАЗА РЕГЕНЕРАЦИИ:**

- A. **ЖИРОРАСТВОРИМЫЕ МАЗИ С РЕПАРАТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ(МЕТИЛУРАЦИЛ, ИХТИОЛОВАЯ МАЗЬ).**
- B. **ДАННЫЕ МАЗИ ДОЛЖНЫ СОДЕРЖАТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ С ЦЕЛЬЮ ЗАЩИТЫ ГРАНУЛЯЦИЙ**

ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ДОПОЛНЯТЬ ТОПИЧЕСКИМИ АНТИБИОТИКАМИ.

КРИТЕРИИ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ:

1. Появление грануляций
2. Исчезновение маркеров воспаления
3. Нормализация состояния пациента

СИСТЕМНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. Антибактериальная терапия
2. Дезинтоксикационная терапия
3. Иммунокорригирующая терапия
4. Антикоагуляционная терапия
5. Десенсебилизирующая терапия
6. Противовоспалительная терапия

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Определяется с учетом данных бактериологического исследования, а также определения чувствительности.

Препараты выбора:

1. Бета-лактамы (аминопенициллины и цефалоспорины)
2. Бета-лактаморезистентные антибиотики, а также карбапенемы (в случае высеивания MRSA и высокого риска развития осложнений)
3. Аминогликозиды (гентамицин, амикацин)
4. Фузидовая кислота

Препараты второй линии:

1. Гликопептиды (ванкомицин)
2. Линезолид (при выделении мультирезистентных штаммов энтерококка или резистентности к ванкомицину)
3. Фторхинолоны

Продолжительность лечения составляет 5-6 дней.

ПРОГНОЗ

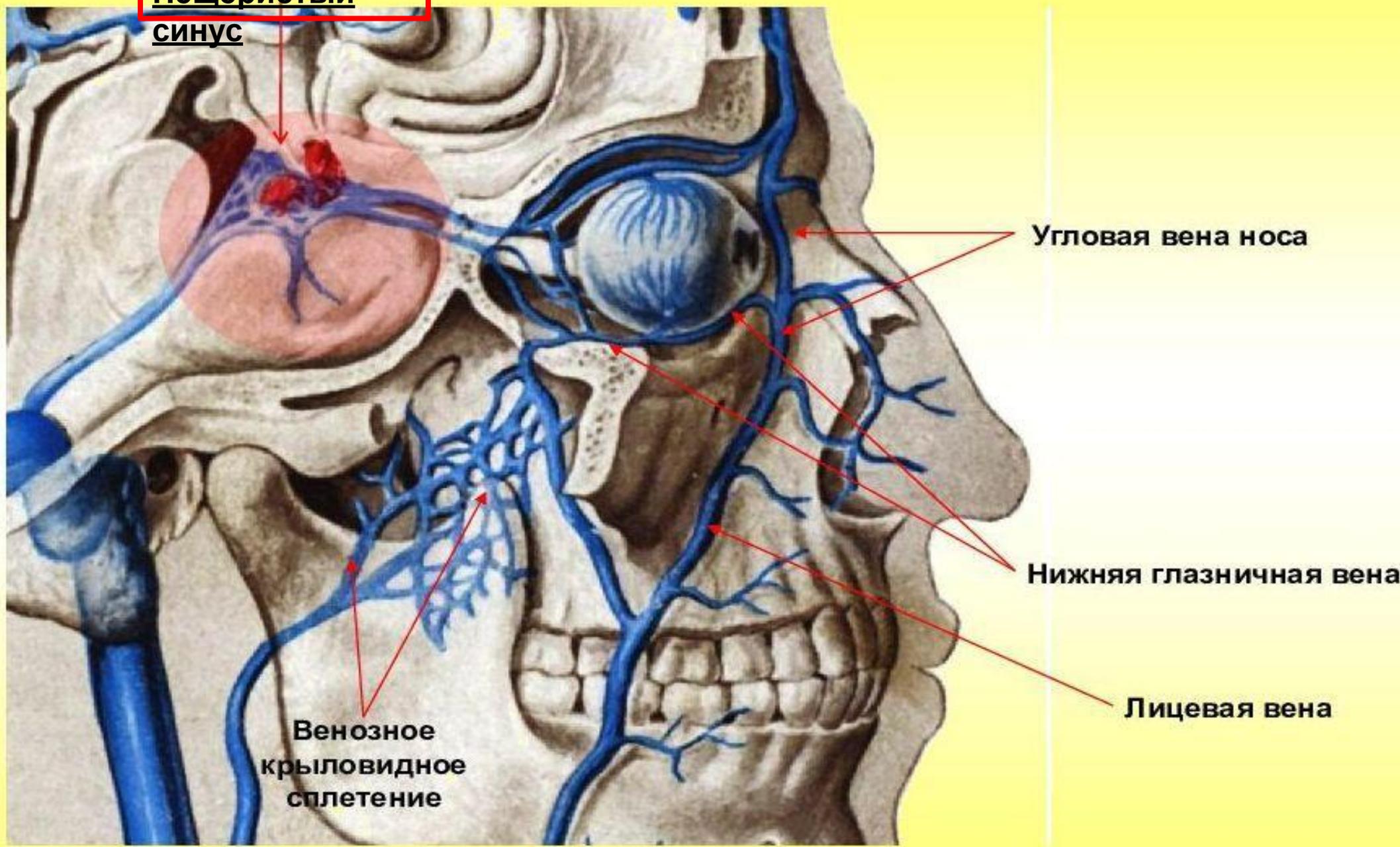
При своевременно начатом и рациональном лечении - благоприятный.

При развитии внутричерепных осложнений прогноз для жизни сомнительный.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Пещеристый

синус



Угловая вена носа

Нижняя глазничная вена

Лицевая вена

Венозное
крыловидное
сплетение



ТРОМБОФЛЕБИТ



АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ



ПРОФИЛАКТИКА

Соблюдение правил гигиены

Своевременный и качественный уход за кожей

Просветительская работа среди населения

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**
