

*Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом урологии*



Гнойные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки

*Выполнили: студенты 311
группы лечебного
факультета
Руководитель: Фролов А.П.*

*Иркутск
2012*

Классификация гнойно-воспалительных процессов мягких тканей по Д. Аренхольцу

I уровень – поражение собственно кожи (фурункул и др. пиодермии, роза, эризепилоид)

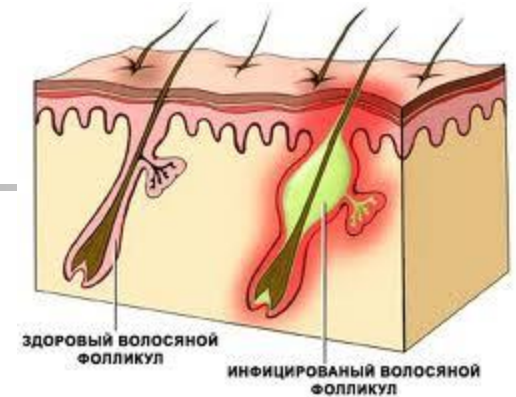
II уровень – поражение подкожной клетчатки (карбункул, гидраденит, абсцесс, мастит, лимфаденит, целлюлит и др.)

III уровень – поражение поверхностных фасций тела (фасциты различной этиологии: стрептококковый некротизирующий, клостридиальный, неклостридиальный, синергический некротизирующий, гангрена Фурье)

IV уровень – поражение мышц и глубоких фасциальных структур (пиомиозит, клостридиальный и неклостридиальный мионекроз и др.)

Фолликулит

Форма поверхностной пиодермии, развивающаяся в пределах волосяной луковицы или всего волосяного фолликула



Этиология фолликулита

- Чаще всего золотистый стафилококк(справа сверху)
- Псевдомонадный фолликулит(справа посередине)
- Фолликулит вызванный грибами рода *Pityrosporum*(справа снизу)



Клинические формы фолликулита

1) Поверхностный: пустулы от 2 до 5 мм в диаметре, конической или полушаровидной формы, связанные с устьем волосяных воронок и, обычно, пронизанные в центральной части волосом (справа сверху)



2) Глубокий: возникновение на коже плотноватых болезненных узелков красного цвета размером до 10 мм с пустулой на поверхности, пронизанной волосом (справа снизу)





Лечение фолликулита

Проводится дерматологом амбулаторно:

1)при поверхностном:

а) вскрытие пустул

б) удаление гнойного содержимого ватным тампоном

в) смазывание 2-3 раза в день 1-2% спиртовым раствором метиленового синего, бриллиантового зелёного или фукокорцином

2)при глубоком: наружно применяют чистый ихтиол, который накладывают на весь элемент в виде лепёшки и меняют 1-2 раза в сутки



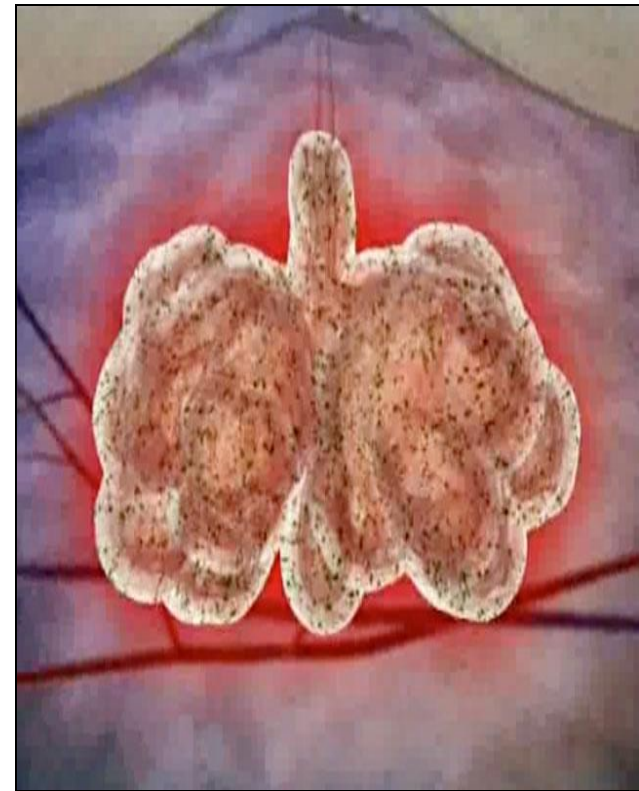
Фурункул

Это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей подкожной жировой клетчатки.



Этиология и Патогенез фурункула

- Наиболее частым развитием фурункулёза является золотистый стафилококк, реже роль возбудителя играет белый стафилококк
- Развивается фурункул чаще всего на загрязненной коже, на месте расчесов и ссадин, а также на том участке кожи, где тело натирают складки одежды. В основе возникновения фурункула - проникновение инфекции в волосяной мешочек. Стенки фолликула и сальная железа воспаляются, на коже появляется сначала небольшой болезненный узелок ярко-красного цвета, который постепенно увеличивается, начинает возвышаться над поверхностью кожи.
- Экзогенными факторами являются повреждения кожи (расчесы, ссадины, дерматит и др.), загрязнение ее частицами пыли, угля и т.д;
- Эндогенными — эндокринные нарушения (сахарный диабет, ожирение), нарушение обмена (гиповитаминоз, анемия), алкоголизм, переохлаждение и др.



Клинические проявления фурункула

Фурункул может развиваться на любом участке кожи, где имеются волосяные фолликулы. Наиболее частая локализация — лицо, кожа шеи, тыла кистей, поясницы. Вначале появляется плотный ярко-красного цвета воспалительный инфильтрат, возвышающийся над уровнем кожи небольшим конусом. Больные отмечают легкий зуд, умеренные боли. По мере развития фурункула инфильтрат увеличивается, нарастает гиперемия, присоединяется периферический отек. На 3—4-й день в центре инфильтрата появляются некроз и размягчение тканей, которые приобретают зеленоватый цвет, формируется некротический стержень фурункула.



Клинические проявления фурункула

В период формирования некротического стержня боли резко усиливаются, особенно при локализации в физиологически активной области (например, в области сустава), возможны повышение температуры тела, головная боль, недомогание. При благоприятном течении через 2—3 дня гнойно-некротический стержень самостоятельно отторгается с образованием глубокой умеренно кровоточащей раны. Еще спустя 2—3 дня рана заживает. При стертом течении процесса образуется болезненный инфильтрат без нагноения и некроза. При абсцедирующем фурункулезе гнойно-некротический процесс распространяется за пределы волосяного фолликула с развитием гнойной полости или флегмоны.



Лечение фурункула

- *Местное лечение состоит в тщательном туалете кожи вокруг очага воспаления — протирание 70% раствором этилового спирта, 2% спиртовым раствором салициловой кислоты или смазывании 1—3% спиртовым раствором метиленового синего, бриллиантового зеленого. Волосы вокруг инфильтрата на волосистой части головы и шее тщательно выстригают. В самом начале процесса иногда его можно оборвать смазыванием 5% спиртовым раствором йода.*
- *Применяют обкалывание инфильтрата растворами антибиотиков с новокаином или электрофорез антибиотиков, что иногда позволяет предупредить абсцедирование.*



Лечение фурункула

- *При абсцедирующем фурункулезе под местной анестезией производят вскрытие абсцесса и тщательное удаление гнойно-некротических масс.*
- *После отторжения стержня или удаления некротических масс рану обрабатывают растворами антисептиков (перекись водорода, фурацилин 1:5000) и накладывают повязку с протеолитическими ферментами или с мазью (тетрациклиновой, эритромициновой, гентамициновой, синтомициновой).*
- *Местно на зону намечающегося гнойно-некротического стержня в центре фурункула накладывают кристаллический салициловый натрий или салициловую кислоту и фиксируют сухой повязкой, что способствует ускоренному отторжению стержня (кератолитическое действие).*



Лечение фурункула

- *После очищения раны от гнойно-некротических масс применяют мазевые повязки (винилин, 5% синтомициновая эмульсия); перевязки выполняют через день.*
- *Назначают физиотерапевтические процедуры: УФ-облучение, УВЧ-терапию, соллюкс и др.*
- *При локализации Ф. на конечности рекомендуется обеспечить ее покой. Опасно и поэтому категорически запрещается выдавливание содержимого фурункула и массаж в области очага воспаления.*
- *При рецидивирующем фурункулезе показаны общеукрепляющая терапия, специфическая иммунотерапия (антистафилококковый гамма-глобулин и стафилококковый инатоксин).*



Фурункулез. Показания к госпитализации больных с фурункулёзом.

Фурункулёз – состояние, при котором в разных местах тела образуются множественные фурункулы, которые часто находятся на разных стадиях процесса, а иногда последующие фурункулы развиваются после заживления предыдущих.

Показания к госпитализации: локализация процесса на лице из-за опасности заноса инфекции по анастомозам в сосудистую систему головного мозга. В таких случаях больным при высокой температуре тела назначают строгий постельный режим, жидкую пищу, запрещают разговаривать, жевать. Необходимо как можно раньше начать проведение мощной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии.



Карбункул

Острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и сальных желез с обширным некрозом кожи и подкожной клетчатки. Карбункул может сформироваться в результате распространения воспалительного процесса с одного волосяного фолликула на другой с одновременным поражением нескольких фолликулов, а также слияния отдельных фурункулов.



Этиология карбункула

- 1) *золотистый стафилококк – чаще всего*
- 2) *стрептококки, кишечная палочка, протей, энтерококки, неклостридиальные анаэробы - реже*



Локализация карбункула

1) шея

2) лицо

3) межлопаточная область

4) поясница

5) ягодицы

6) конечности - редко



Амбулаторное лечение

Такое лечение допустимо при карбункулах небольшого размера, локализующихся на туловище и конечностях при отсутствии выраженной интоксикации:

- *1) АБ широкого спектра действия: ампициллин, ампиокс и др.*
- *2) синтетические антибактериальные препараты широкого спектра действия: бисептол, фурагин*
- *3) анальгетирующие и сердечные средства, молочно-растительная диета*
- *4) обрабатывают поверхность инфильтрата 70% этиловым спиртом и накладывают асептическую повязку*
- *5) УФ-облучение и УВЧ-терапия*

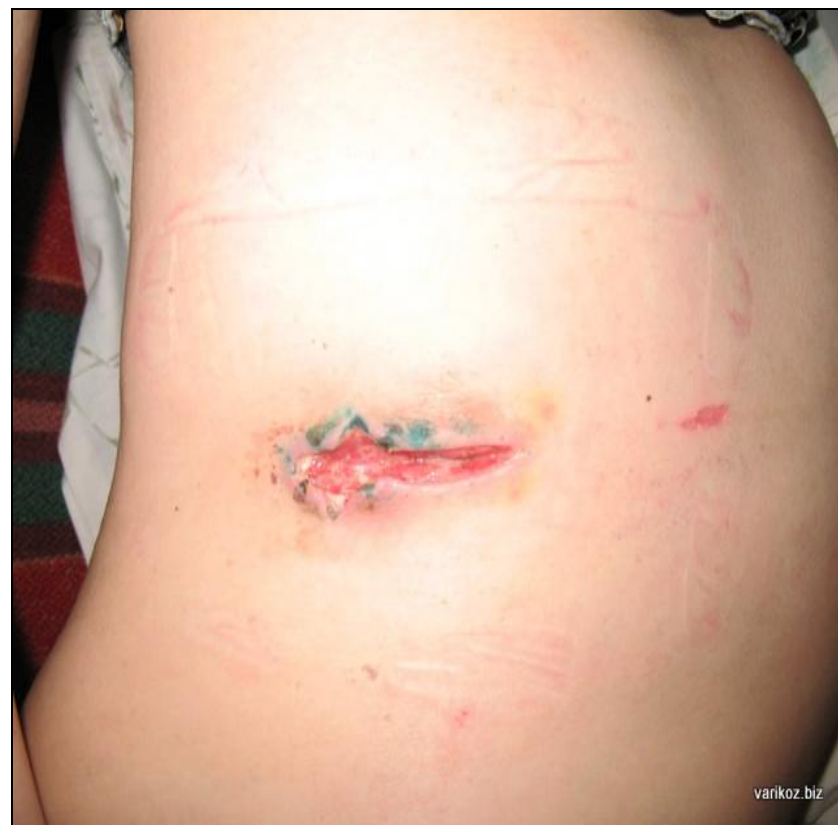


Хирургическое лечение

- *Показание к операции:
формирование очага некроза*
- *Выполняется крестообразный
разрез с иссечением омертвевших
тканей(фото справа сверху)*
- *Может потребоваться
дополнительный разрез по ходу
затёка гноя, если, несмотря на
выполненный до этого
крестообразный разрез, гнойно-
некротический процесс
прогрессировал(фото той же раны
справа снизу)*



*Фотографии той же уже очистившейся раны
после нескольких перевязок*



Та же рана, практически зажила



Абсцесс

Абсцесс (от лат. abscessus - нарыв, гнойник) - отграниченное скопление гноя в различных органах и тканях.



Этиология абсцесса

- *Как правило, причиной возникновения абсцессов является гноеродная флора: стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, протей, синегнойная палочка в сочетании с фузостириллезной флорой, анаэробными бактериями, бациллой Фридендера. Причиной возникновения абсцесса легкого являются вирусно-бактериальные ассоциации.*
- *Введение в ткани некоторых концентрированных химических веществ, в том числе лекарств (например, 25%-ного раствора сернокислой магнезии), может вызывать асептический некроз с последующим формированием абсцесса. У детей причиной развития абсцессов кожи и подкожной клетчатки может стать введение дифтерийного, скарлатинозного анатоксинов, вакцин и даже антибиотиков.*



Патогенез абсцесса

- *В патогенезе абсцессов выделяют пути поступления инфекционного агента - экзо- или эндогенные. Особую роль играет эндогенное инфицирование, которое происходит при посредстве крови или лимфы. Инфекция может распространяться как от соседних органов, так и отдаленных.*
- *Гнойное воспаление - общий патогенетический механизм абсцессов любой локализации. Оно приводит к расплавлению тканей, а в ряде случаев - к некрозу с последующим отторжением некротических масс.*
- *Для всех абсцессов также характерно наличие оболочки, вырабатывающей гной. Ее формируют ткани, которые окружают воспалительный очаг.*



Патогенез абсцесса

- *Внутренняя стенка обращена к полости абсцесса и представлена грануляционной тканью, которая продуцирует экссудат и отграничивает гнойно-некротический процесс. Механизм развития абсцесса зависит также от неспецифического и специфического ответа организма.*
- *В благоприятных условиях полость абсцесса опорожняется, спадается и подвергается фиброзу. Если опорожнение и дренирование полости абсцесса произошли не полностью, процесс может перейти в хронический. При этом образуется длительно не заживающий свищ.*



Клинические проявления абсцесса

При поверхностно расположенных А. местные проявления характеризуются классическими признаками воспаления (краснота, припухлость, боль, местное повышение температуры, нарушение функции), иногда определяется зыбление.

При туберкулезном спондилите гной нередко распространяется по межтканевым щелям далеко от места первоначального возникновения (например, на медиальную поверхность бедра), образуя натечный А. (натечник).



Клинические проявления абсцесса

- *Общие клинические проявления А. типичны для гнойно-воспалительных процессов любой локализации: повышение температуры тела от субфебрильной до 41° (в тяжелых случаях), общее недомогание, слабость, потеря аппетита, головная боль. В крови отмечается лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево. СОЭ, как правило, увеличена. Степень этих изменений зависит от тяжести патологического процесса. В клинической картине А. различных органов имеются специфические признаки, обусловленные локализацией процесса (легкие, печень, головной мозг, почки и др).*



Исходы абсцесса

Исходом А. может быть

- спонтанное вскрытие с прорывом наружу (А. подкожной клетчатки, мастит, парапроктит и др.);
- прорыв и опорожнение в закрытые полости (брюшную, плевральную, в полость сустава и др.);
- прорыв в просвет органов, сообщающихся с внешней средой (кишка, желудок, мочевого пузыря, бронхи и др.).

Опорожнившаяся полость А. при благоприятных условиях уменьшается в размерах, спадается и подвергается рубцеванию.

При неполном опорожнении полости А. и плохом ее дренировании процесс может перейти в хронический с образованием свища.

Прорыв гноя в закрытые полости приводит к развитию в них гнойных процессов (перитонита, плеврита, перикардита, менингита, артрита и др.).



Лечение абсцесса

Большое значение имеет *диагностическая Пункция*, которая позволяет также провести бактериологическое исследование — выделение возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

Диагноз *А.* является *показанием для оперативного вмешательства*, целью которого (независимо от локализации процесса) является *вскрытие гнойной полости, ее опорожнение и дренирование*.

Лечение небольших поверхностно расположенных *А.* подкожной клетчатки проводят *в амбулаторных условиях*.

Операция может быть выполнена под местной инфильтрационной анестезией раствором новокаина, лидокаина или внутривенным наркозом. В других случаях, а также при подозрении на *А. внутренних органов* больные *подлежат срочной госпитализации в хирургическое отделение*.



Флегмона

Флегмона (греч. *phlegmonē жар, воспаление*) - разлитое гнойное воспаление мягких тканей, характеризующееся диффузным пропитыванием их гнойным экссудатом с тенденцией к быстрому распространению по клетчаточным пространствам и вовлечением в гнойный процесс мышц, сухожилий, клетчатки. Эта особенность отличает Ф. от Абсцесса, при котором воспалительный процесс ограничен от окружающих тканей пиогенной мембраной. Ф. может развиваться в любой части тела, а при бурном течении захватывать ряд анатомических областей, например бедро, ягодичные и поясничные области, промежность, переднюю брюшную стенку.



Этиология и патогенез флегмоны

- Гнойная Ф. вызываетсягноеродными микробами, *стафилококками, стрептококками, синегнойной палочкой и др.*
- При проникновении в ткани *кишечной палочки, вульгарного протей, гнилостного стрептококка* развивается гнилостная флегмона.
- **Проникновение** микробов в мягкие ткани чаще всего происходит через поврежденные кожу или слизистую оболочку, но возможно лимфогенное или гематогенное распространение возбудителей инфекции из какого-либо гнойного очага (гнойное воспаление миндалин, почек, матки и др.). Возможно развитие гнойного поражения клетчатки при прорыве гноя из очага (карбункул, лимфаденит и др.) в близлежащие ткани.



Клинические проявления флегмон

- По течению различают острую и хроническую Ф., по локализации — подкожную, субфасциальную, межмышечную, органную, межорганную, забрюшинную, тазовую и т.д.
- При серозной Ф. клетчатка имеет студенистый вид, пропитана мутной серозной жидкостью, по периферии воспалительный процесс без видимой границы переходит в неизмененную ткань. При прогрессировании процесса инфильтрация мягких тканей резко увеличивается, экссудат становится гнойным. Процесс может распространяться на мышцы, сухожилия, кости. Мышцы приобретают серый цвет, пропитаны желто-зеленым гноем, не кровоточат.
- Гнилостная Ф. характеризуется развитием в клетчатке множественных участков некроза, расплавлением тканей, обильным гнойным отделяемым, со зловонным запахом.



Клинические проявления флегмон

- Для анаэробной Ф. характерны диффузное серозное воспаление мягких тканей, обширные участки некроза и образование в тканях множественных пузырьков газа.
- Клинические проявления острых Ф. довольно типичны. В области воспаления возникают сильные боли, отек и инфильтрация тканей; при распространении процесса на поверхностные слои подкожной клетчатки — гиперемия кожи; при появлении участков размягчения определяется флюктуация. Обычно выявляется регионарный Лимфаденит, и быстро появляются общие симптомы заболевания — слабость, жажда, повышение температуры тела до 39—40°, озноб.
- Хроническая Ф. развивается при внедрении слабовирулентных штаммов стрептококка, стафилококка, пневмококка, дифтерийной палочки и другой микробной флоры. Она характеризуется появлением инфильтрата деревянистой плотности, кожа над которым приобретает синюшный оттенок. Облегчает постановку диагноза пункция инфильтрата и пункционная биопсия



Лечение флегмоны

Основным методом лечения Ф. является хирургическая операция.

Консервативные методы лечения — антибиотикотерапия, новокаиновые блокады, физиотерапевтическое лечение, введение препаратов, повышающих защитные силы организма больного, допустимы лишь в начальном периоде болезни. При отсутствии быстрого положительного эффекта (прекращение болей, нормализация температуры тела, улучшение общего самочувствия и показателей анализов крови), нарастании симптомов интоксикации показано экстренное оперативное вмешательство. Раннее оперативное вмешательство позволяет предотвратить значительное распространение гнойного процесса и развитие общей гнойной интоксикации.



Лечение флегмоны

При подкожных и субфасциальных Ф. операции выполняют под ингаляционным масочным или внутривенным наркозом. При вскрытии Ф. разрезы должны обеспечивать сохранность сосудов и нервов, создавать оптимальные условия для адекватного оттока экссудата из раны; оперативное вмешательство должно быть радикальным, т.е. вскрыты и дренированы все гнойные затеки, тщательно удалены все некротизированные ткани, вся полость раны тщательно обработана пульсирующей струей антисептиков, ультразвуком или лучом лазера. В послеоперационном периоде необходимо активное воздействие на течение воспалительного процесса, что достигается введением в рану дренажей для длительного проточного промывания и активной аспирации экссудата, эффективно лечение в условиях абактериальной управляемой среды. В послеоперационном периоде кроме активного местного лечения необходимо проведение интенсивной внутривенной инфузионной терапии, целенаправленного лечения антибиотиками, иммуномодулирующей терапии.



Гидраденит

Гидраденит (от греч. hidros - пот, aden - железа) - острое гнойное воспаление апокринных потовых желез, развивающееся при проникновении стафилококков через выводной проток апокринной железы или по лимфатическим путям. Заболевание возникает в подмышечных впадинах, в области грудных сосков, на мошонке, наружных половых органах у женщин, в области заднего прохода, т. е. там, где имеются апокринные потовые железы.



Этиология гидраденита

- *Предполагают к этому заболеванию ссадины, царапины, в том числе образующиеся после бритья, опрелости, несоблюдение правил гигиены, применение депилирующих средств, общая ослабленность, некоторые эндокринные заболевания, особенно диабет, а у женщин – нарушение функции потовых желёз.*
- *Возбудителями данного заболевания являются стафилококки. Эти бактерии проникают в потовые железы либо через их выводные протоки, либо по лимфатическим сосудам, а затем через окружающую железы жировую клетчатку.*



Патогенез гидраденита

- *В начале заболевания в месте воспаления возникает ощущение зуда, появляется плотная на ощупь весьма болезненная припухлость диаметром от нескольких миллиметров до 1-2 см. Постепенно размеры припухлости и боль нарастают. Кожа над ней становится багрово-красной. Центр припухлости постепенно размягчается, вскрывается, и через образовавшееся отверстие начинает выделяться сливкообразный гной. Цикл развития одного инфильтрата продолжается 10-15 дней. Заживление гидраденита завершается образованием рубца.*
- *Часто в процесс воспаления вовлекаются соседние потовые железы. При этом образуется обширный очень болезненный инфильтрат, кожа над которым становится бугристой. При последовательном поражении всё новых и новых потовых желёз процесс затягивается на месяц и более.*
- *Заболевание часто сопровождается тяжёлой общей реакцией организма с повышением температуры тела, головной болью, лейкоцитозом. Гидраденит нередко рецидивирует. При неправильном и запоздалом лечении обострения заболевания могут повторяться десятки раз.*
- *При своевременном современном лечении выздоровление наступает через 5-15 дней, хотя в отдельных случаях возможны рецидивы заболевания.*



Лечение гидраденита

- *Волосы в очаге поражения должны быть пострижены. Кожу в очаге поражения следует не мыть, а дважды в день очищать салициловым спиртом. На очаг поражения накладывается чистый ихтиол. После вскрытия гидраденита применяют повязки с гипертоническим раствором. При всех формах заболевания возможно раньше начинают антибактериальную терапию.*
- *Профилактика гидраденита заключается главным образом в соблюдении правил личной гигиены. Необходимо регулярно принимать душ и протирать область подмышечных впадин дезинфицирующими растворами (борным или простым этиловым спиртом, одеколоном, дезодорантом). Не рекомендуется частое бритьё волос в подмышечной впадине.*
- *При повышенной патологической потливости (гипергидрозе) необходимо прежде всего установить её причину. Патологический гипергидроз может быть обусловлен рядом нейроэндокринных нарушений, ведущими из которых являются функциональные или органические изменения центральной и вегетативной нервных систем. Он может иметь место при гипертиреозе, паркинсонизме, туберкулёзе, ганглионите, диэнцефалите, сирингомиелии, в климактерическом периоде и при некоторых других патологических состояниях .*



Лечение гидраденита

- При гипергидрозе в подмышечных впадинах нередко появляются полупрозрачные пузырьки величиной с булавочную головку или чуть крупнее. Больной при этом испытывает лёгкий зуд. Вскрываясь, пузырьки образуют розовые эрозии, являющиеся входными воротами для развития гидраденита. В целях профилактики гидраденита таким больным, кроме специального лечения указанных выше заболеваний, местно назначают присыпки с тальком, окисью цинка, уротропином, борную или салициловую кислоту, различные вяжущие и дезинфицирующие протирания.
- Для лечения гидраденита используют антибиотики, сульфаниламиды длительного действия. Проводят иммунизацию стафилококковым анатоксином. В подмышечной впадине сбривают волосы, кожу протирают спиртом, одеколоном, смазывают 3% раствором бриллиантовой зелени. Из физических факторов лечения применяют токи V НЧ, ультрафиолетовое облучение.
- При абсцедировании гидраденита прибегают к хирургическому лечению — вскрытию абсцесса, удалению гноя. При длительном безуспешном лечении гидраденита и риске развития сепсиса иссекают всю жировую клетчатку в подмышечной впадине, как при карбункуле.



Лимфаденит, его этиология

- *воспаление лимфатических узлов, возникающее как осложнение различных гнойно-воспалительных заболеваний.*
- *Возбудителями заболевания являются гноеродные микроорганизмы, проникающие в лимфатические узлы по лимфатическим сосудам из очагов острого или хронического гнойного воспаления (флегмоны, панариции и т.д), с током лимфы, крови или путём непосредственного контакта.*



Классификация и клиническая картина лимфаденита

- *Лимфадениты могут быть негнойными и гнойными. По длительности течения заболевание может быть острым и хроническим. Острый лимфаденит начинается внезапно с боли в области увеличенных лимфоузлов на фоне слабости, недомогания, и сопровождается головными болями, а также повышением температуры тела. Зачастую одновременно с лимфангитом. При негнойном лимфадените общее состояние пациентов страдает мало. Узлы увеличены, плотные и болезненны при пальпации, подвижны; кожа над ними не изменена. При гнойном лимфадените боль интенсивная, носит постоянный, пульсирующий характер. Лимфоузлы сливаются между собой и окружающими тканями, становятся неподвижными. Гнойный лимфаденит может распространиться на глубокие клетчаточные пространства и привести к сепсису.*



Лечение лимфаденита

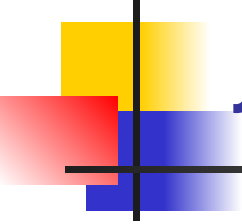
- *Зависит от стадии заболевания. Больные подлежат госпитализации. Начальные формы нуждаются в консервативной терапии: создание покоя, применение физиотерапевтических средств, противовоспалительными препаратами. Отчётливый положительный эффект оказывает местное охлаждение. Антибиотики необходимы.*
- *Гнойные формы воспаления лимфатических узлов подлежат только оперативному лечению: вскрытие и дренирование абсцессов, аденофлегмон. Дальнейшее лечение проводят по принципу лечения гнойных ран.*



Лимфангит, его этиология, патогенез, классификация.

- *вторичное неспецифическое воспаление лимфатических сосудов, осложняющее течение различных воспалительных заболеваний. Наиболее частым возбудителем является золотистый стафилококк. Первичным очагом инфекции могут быть инфицированные раны и ссадины, абсцессы, флегмоны, панариций и др. гнойные заболевания. Чаще всего лимфангит осложняет течение гнойно-воспалительных заболеваний конечностей. В местах внедрения микробов в межтканевые щели, а затем в лимфатические капилляры и сосуды развивается воспаление с явлениями покраснения кожи и отёка. Прогрессирование воспалительного процесса может привести к нагноению в окружающих тканях. Данное заболевание может протекать в острой и хронической формах. В зависимости от калибра поражённого сосуда лимфангит бывает: Поверхностный (сетчатый) и глубокий. Если воспаление возникает вокруг лимфатического ствола, то тогда возникает перилимфангит*





Клиническая картина лимфангита. Лечение лимфангита

При сетчатом лимфангите наблюдается выраженное покраснение кожи без чётких границ; определяется сетчатый рисунок кожи в зоне покраснения. При глубоком лимфангите гиперемия кожи имеет вид отдельных полос, идущих от очага воспаления к зоне ближайших лимфоузлов. При надавливании отмечаются болезненные уплотнения по ходу лимфатических сосудов. Близлежащие лимфоузлы увеличены, плотные, болезненные. Если в процесс воспаления вовлечены глубокие пути лимфооттока, покраснение кожи отсутствует. Имеется боль в поражённой конечности, отёк, болезненность и раннее появление слоновости. Перилимфангит проявляется участками уплотнения мягких тканей по ходу лимфатических сосудов. Чаще всего протекает на фоне высокой температуры тела (до 39-40 градусов С), сопровождаясь ознобом, слабостью, головной болью, потливостью. Лечение, прежде всего, должно быть направлено на ликвидацию первичного очага - вскрытие абсцесса, флегмоны, гнойных затёков, дренирование гнойников, адекватное лечение инфицированных и нагноившихся ран с последующей иммобилизацией конечности. Пациент должен находиться в больнице. Антибиотики обязательны. Противовоспалительное лечение проводится с использованием местной охлаждения, приёма больным противовоспалительных и антигистаминных препаратов.

Рожа

Рожа — широко распространенная стрептококковая инфекция. Рожа — широко распространенная стрептококковая инфекция. Рожа — широко распространенная стрептококковая инфекция мягких тканей, протекающая в острой и хронической форме, характеризуется очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи, слизистых оболочек, лихорадкой и общетоксическими проявлениями. Рожистое воспаление может вызвать любой серовар бета-гемолитического



Классификация рожи

1. По характеру местных проявлений

- эритематозная
- буллезная
- флегмонозная
- некротическая

2. По степени интоксикации

- I степень - легкая
- II степень - средняя
- III степень – тяжелая

3. По кратности течения

- первичная
- вторичная (возникающая через два года)
- рецидивирующая

4. По распространенности местных проявлений

- локализованная
- распространенная
- метастатическая



Этиология рожи

Возбудителем рожистого воспаления является β -гемолитический стрептококк группы А, который является факультативным анаэробом. Возбудитель проявляет устойчивость к факторам внешней среды, но чувствителен к нагреванию и гибнет в течение получаса при температуре 56 °С.



Патогенез рожи

- *Относится к инфекционным заболеваниям, заражение происходит через входные ворота (раны, трещины, микротравмы, мозоли, опрелости).*
- *Входными воротами инфекции является травмированная кожа и слизистая оболочка. Не исключена возможность распространение инфекции из первичного источника при других формах стрептококковой инфекции.*
- *Токсины возбудителя вызывают серозное и серозно-геморрагическое воспаление кожи и слизистых оболочек. Помимо местного действия, токсины стрептококка обладают резорбтивным действием.*
- *Важным аспектом патогенеза рожи является индивидуальная предрасположенность к данному заболеванию и гиперчувствительность замедленного типа к возбудителю.*
- *Рожу относят к инфекционно-аллергическим рецидивирующим заболеваниям. В патогенезе рецидивирующей рожи больше значение придаётся персистенции L-форм β -гемолитического стрептококка группы А.*



Клиника рожи

- Заболевание как правило начинается остро. Температура тела поднимается до 38-39 °С. Спустя несколько часов развивается типичное рожистое воспаление в очаге поражение. Чаще всего оно локализуется в области лица, верхних и нижних конечностей. Вначале в месте развития воспаления больной ощущает жжение и боль, потом присоединяются отёк и гиперемия.
- При эритематозной форме – жгучая боль, ощущение жара в пораженной области, появление яркой красноты с четкими границами. По очертаниям напоминает географическую карту, границы похожи на языки пламени
- Для буллезной формы, кроме вышеуказанных признаков характерно возникновение различной величины пузырей, наполненных серозным, гнойным или геморрагическим экссудатом, в котором появляются стрептококки

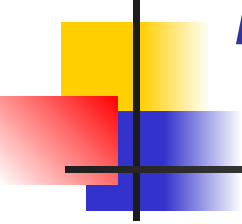


Клиника рожи

- При флегмонозной роже изменения на поверхности кожи могут быть менее выраженными, но общие симптомы при этом проявляются сильнее, чем при эритематозной и буллезной формах. Общее состояние, как правило, тяжелое: тахикардия, высокая лихорадка, озноб
- Некротическая форма характеризуется появлением некрозов кожи – черных ограниченных безболезненных плотных участков на местах выраженной гиперемии, отека, пузырей



Диагноз рожи ставится на основании клинической картины заболевания, для которой характерны:



- *Острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации*
- *Преимущественная локализация на нижних конечностях и лице*
- *Типичная местная картина воспалительного процесса*
- *Развитие регионарного лимфаденита*
- *Отсутствие выраженных болей в покое*

Лечение рожи

Производится в зависимости от клинической формы заболевания, его кратности, степени интоксикации, характера местных поражений, наличия осложнений и последствий.

Комплексная терапия рожи заключается в применении антибиотиков (пенициллин, эритромицин, кларитромицин, азитромицин.), глюкокортикоидов, препаратов, улучшающих метаболизм и физиотерапии.

