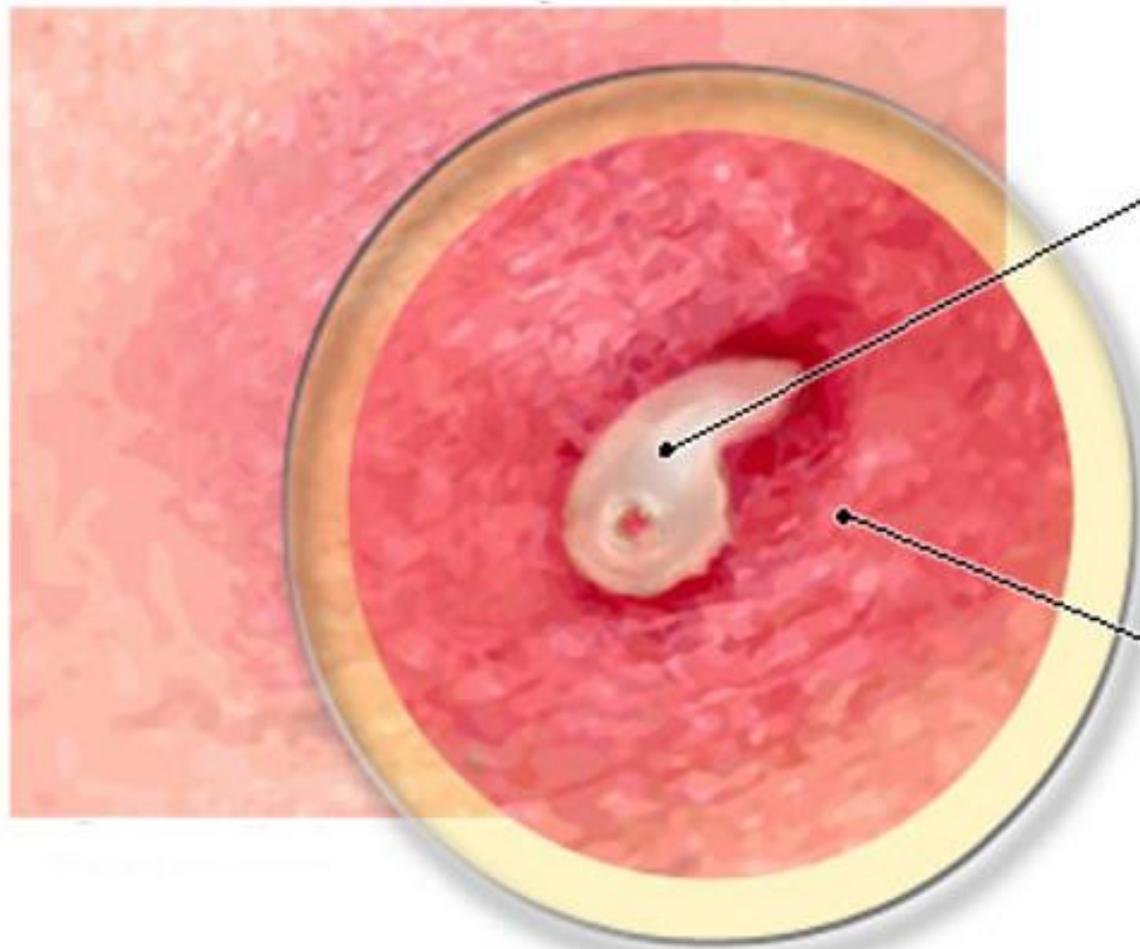


Гнойные заболевания  
кожи и подкожной  
клетчатки (фурункул,  
карбункул, гидраденит, абсцесс,  
флегмона).

- Гнойные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки – наиболее распространённые гнойные заболевания (около 30% заболеваний этой группы). На амбулаторно-поликлиническом приёме хирурга они составляют почти 70%. Наиболее часто возбудителем этих заболеваний является стафилококковая флора (70-90%).
- Основными условиями развития гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожно-жировой клетчатки являются:
  - снижение местной резистентности тканей;
  - снижение общей резистентности и иммунной защиты организма;
  - наличие микрофлоры в достаточном для развития заболевания количестве.



Полость с  
гнойным  
содержимым

Покраснение  
воспаленной  
области

**Фурункул** – острое гнойное воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей (сальной железы, подкожной клетчатки).



- **ЭТИОЛОГИЯ** – вызывается стафилококком, чаще золотистым, реже – белым. Предрасполагающие факторы – повреждения кожи (трещины, ссадины), являющиеся входными воротами для инфекции; несоблюдение санитарно- гигиенических норм в быту и производстве; снижение резистентности организма (гиповитаминозы, сахарный диабет, переутомления и др.)
- **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).

□ **Патогенез** – изменения в начальной стадии заболевания характеризуются формированием пустулы в устье фолликула. Пустула содержит нейтрофильные лейкоциты, стафилококки и фибрин. В дальнейшем стафилококки опускаются по волосяному фолликулу, вызывают его воспаление, что приводит к образованию инфильтрата с последующим некрозом окружающих тканей. Вокруг зоны некроза ткань расплавляется и образуется гной. Гнойный экссудат скапливается под эпидермисом, вокруг устья фолликула, а затем, вместе с некротическим стержнем и погибшим волосом выходит наружу. Дефект тканей заполняется грануляциями, затем формируется рубец.



□ **Клиника.** 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 в виде стержня вместе с остатками волоса выделяются с гноем. После выделения гноя отек и инфильтрация вокруг раны постепенно уменьшаются, боли исчезают. Образовавшаяся гнойная рана очищается, выполняется грануляционной тканью и заживает. На месте воспаления остается небольшой, белесоватый, несколько втянутый рубец.

□ **Лечение.** В стадию серозного инфильтрата (1-е сутки) возможно abortивное течение при общем и местном воздействии. Общее лечение – антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны внутрь. Местное лечение – обработка кожи над ин- фильтратом 70% спиртом, 0,5% спиртовым раствором йода, короткий новокаиновый блок с антибиотиками, электрофорез с антисептиками, УВЧ. В гнойно-некротическую стадию необходимо ускорить процесс отторжения гнойно-некротических тканей – вскрытие и удаление стержня, дренирование раны, повязки с гипертоническим раствором, протеолитическими ферментами. Фурункул лица лечится стационарно, применяют кератолитические средства – салициловая кислота (присыпка, 10% мазь), дезагреганты, антибактериальные препараты, нельзя выдавливать гной. Фурункулез – множественные фурункулы, располагающиеся на различных участках тела, имеющие, как правило, различные сроки развития.

**Карбункул** – острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волося- ных мешочков, сальных желез и окружающих их тканей с образованием обширных некрозов кожи и подкожной клетчатки.



**Локализация** – чаще карбункул развивается на задней поверхности шеи, в межлопаточной и лопаточной областях, на пояснице, ягодицах, реже на конечностях.

□ **Клиника.** В начале появляется небольшой воспалительный инфильтрат с поверхностной пустулой, который быстро увеличивается. Отмечается напряжение тканей, возникает резкая болезненность при пальпации, распирающая, рвущая. Кожа в области инфильтрата приобретает багровый оттенок, напряжена, отечна. Истонченный эпидермис над очагом некроза прорывается в нескольких местах, образуются несколько отверстий («сито», «соты»), из которых выделяется густой зеленовато-серый гной. В отверстиях видны некротизированные ткани. В дальнейшем отдельные отверстия сливаются, образуя большой дефект в коже, через который вытекает много гноя и отторгающиеся некротические ткани.

Для карбункула характерны выраженные общие явления. Часто температура повышается до 40° С, отмечается значительная интоксикация (тошнота, рвота, потеря аппетита, сильная головная боль, бессонница, нарушение сознания). После выделения гноя и отторжения мертвых тканей общие проявления быстро уменьшаются, по мере очищения рана выполняется грануляциями и заживает.

**Абсцесс** – ограниченное гнойное воспаление, формирующееся вследствие расплавления тканей и образования пиогенной капсулы.



**ЭТИОЛОГИЯ** – стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, протей, бактероиды, микробные ассоциации.

□ **Патогенез** – абсцесс в большинстве случаев возникает вследствие экзогенной контаминации, но может быть и результатом эндогенной. Они наиболее часто развиваются в подкожной клетчатке и мышечной ткани, но может возникнуть в любом органе и ткани.

□ Причины, приводящие к развитию абсцесса:

□ 1. Открытые повреждения.

□ 2. Инородные тела.

□ 3. Инъекции, блокады, пункции.

□ 4. Гематомы, серомы.

□ 5. Гнойно-воспалительные процессы (сепсис, гематогенный остеомиелит, гнойный лимфаденит, гнойный лимфангит, гнойный тромбофлебит, фурункул, карбункул и др.).

□ **Клиника.** Над областью гнойника, как правило, отмечается явная припухлость и гиперемия кожи. Однако, при глубоком расположении абсцесса эти симптомы отсутствуют. Важным признаком абсцесса, при наличии других симптомов острого воспаления, является симптом флюктуации, симптом зыбления, которые обусловлены наличием жидкости (гноя), заключенной в полость с эластичными стенками, которая (жидкость) передает толчок в виде волнения. **Лечение абсцессов** производится по общим принципам лечения хирургической инфекции, включающим оперативное вмешательство и медикаментозную терапию.ны от одной стенки по всем направлениям. Этот симптом отсутствует, когда стенка очень толстая, а полость абсцесса небольшая или находится в глубине.

**Лечение абсцессов** производится по общим принципам лечения хирургической инфекции, включающим оперативное вмешательство и медикаментозную терапию.

**Флегмона** – острое разлитое неограниченное воспаление клетчаточных пространств (подкожного, межмышечного, забрюшинного и др.). В отличие от абсцесса, при флегмоне процесс не ограничивается, а распространяется по рыхлым клеточным пространствам.



- **ЭТИОЛОГИЯ** – стрептококк, кишечная палочка, протей, бактероиды, микроб-ные ассоциации.

**Патогенез.** Контаминация, чаще всего экзогенная, но возможна и эндогенная.

Причины, способствующие развитию флегмоны:

1. Открытые и закрытые повреждения с размозжением тканей, кровоподтеками и гематомами.
2. Инъекции, блокады.
3. Умышленное введение некоторых химических веществ (керосин, бензин, скипидар).
4. Гнойно-воспалительные процессы (сепсис, остеомиелит, тромбофлебит, абсцесс, карбункул и др.).

- ▣ Флегмона вызывается как аэробными, так и анаэробными (чаще неклостридиальными) микроорганизмами. По характеру экссудата флегмоны разделяются на серозные, гнойные и гнилостные. Отличием флегмоны от абсцесса является отсутствие пиогенной оболочки, что обеспечивает достаточно быстрое и обширное распространение гнойного процесса. Клинически флегмону определяют все признаки воспаления.
- ▣ При серозной форме флегмон допускается консервативное лечение, остальные формы лечатся по общим принципам лечения хирургической инфекции.