

# *ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ*



# ФУРУНКУЛ

- **Острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей подкожной клетчатки.**
- **Возбудитель – золотистый стафилококк.**
- **Фон – снижение иммунитета, сахарный диабет**
- **Входные ворота – микротравмы кожного покрова при расчесах, потертостях и т.д.**



воспаление

инфекция

Клиника красоты. RU

сальная железа

волосяной фолликул



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

**Общие клинические симптомы** – не выражены, боль, повышение температуры до субфебрильных цифр

**Местная симптоматика** – отек тканей, плотный и болезненный инфильтрат, гиперемия, гнойное расплавление тканей, образуется гнойный стержень, в центре которого находится волос (пустула), в дальнейшем – происходит отторжение пустулы и выход гноя, после отторжения и после стихания воспаления через 5-7 дней остается рана кратерообразной формы





# ОСЛОЖНЕНИЯ ФУРУНКУЛА

- 1. сепсис** – развивается при распространении инфицированных тромбов (в зоне воспаления наблюдается тромбоз капилляров) по венам в большой круг кровообращения
- 2. абсцедирование** – развивается при образовании пиогенной капсулы вокруг гнойника, которая препятствует формированию и отторжению гнойного стержня
- 3. флегмона** – образуется при распространении гноя в глубину подкожной клетчатки
- 4. тромбофлебит** – возникает при переходе воспаления на стенку венозного сосуда
- 5. лимфангит и лимфаденит** – при переходе воспаления на лимфатический сосуд, а затем и лимфоузел
- 6. карбункул** – является осложнением неправильного лечения фурункула



# ОСЛОЖНЕНИЯ ФУРУНКУЛА

**7. менингит** – осложнение фурункула лицевой области, при переходе воспалительного процесса на венозные сосуды (тромбофлебит), с последующей миграцией через последовательные анастомозы передней лицевой вены с веной угла глаза и глазничной веной в кавернозный синус твердой мозговой оболочки, возникает гнойный тромбоз синуса

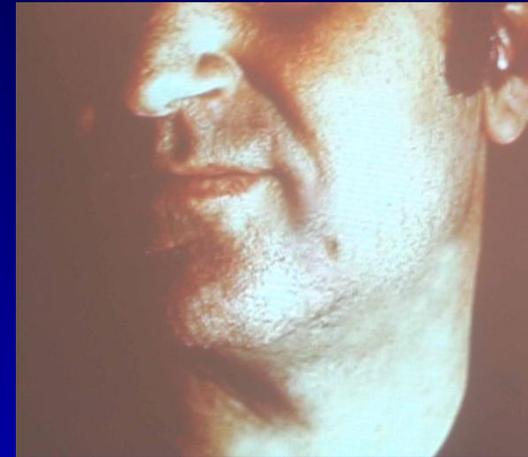


# ЛЕЧЕНИЕ

**Консервативное** – в начальной фазе заболевания (фаза серозного воспаления) применяют обработки области воспаления растворами антисептиков на спиртовой основе, антибиотикотерапию.

**При образовании пустулы** – для ускорения отхождения стержня применяют салициловую кислоту, протеолитические ферменты, ФТЛ. Также пинцетом удаляют поверхностный участок эпидермиса над пустулой, что ускоряет ее отхождение.

**После отхождения гноя** проводят лечение в соответствии с фазой раневого процесса.



# ЛЕЧЕНИЕ

**Хирургическое – проводится при абсцедировании фурункула, производится широкое вскрытие с последующими хирургическими обработками, дренированием и лечением раны.**



# ФУРУНКУЛЕЗ

**Наличие нескольких фурункулов в различных областях с рецидивирующим течением.**

**Обычно возникает на фоне нарушений обмена веществ (сахарный диабет, авитаминоз), что подразумевает включение в процесс лечения иммунокорригирующую терапию.**





# КАРБУНКУЛ

- Острое разлитое гнойно-некротическое воспаление близлежащих волосяных фолликулов и сальных желез с образованием некроза кожи и подкожной клетчатки
- Возбудитель – золотистый стафилококк
- Локализация – задняя поверхность шеи, межлопаточная область





# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

**Местные симптомы** – **плотный, резко болезненный инфильтрат, кожа над ним напряжена, лоснящаяся, синебагрового цвета, на поверхности несколько гнойно-некротических пустул, которые в центре инфильтрата могут сливаться с образованием некроза, при истончении некроза через него выходит гной (симптом «сита»)**









vasi.net



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

**Общая симптоматика – сильная боль, высокая температура, озноб, слабость, головная боль, потеря аппетита, сухость во рту, тахикардия, т. е. симптомы гнойной интоксикации, выраженной по сравнению с клинической картиной фурункула.**



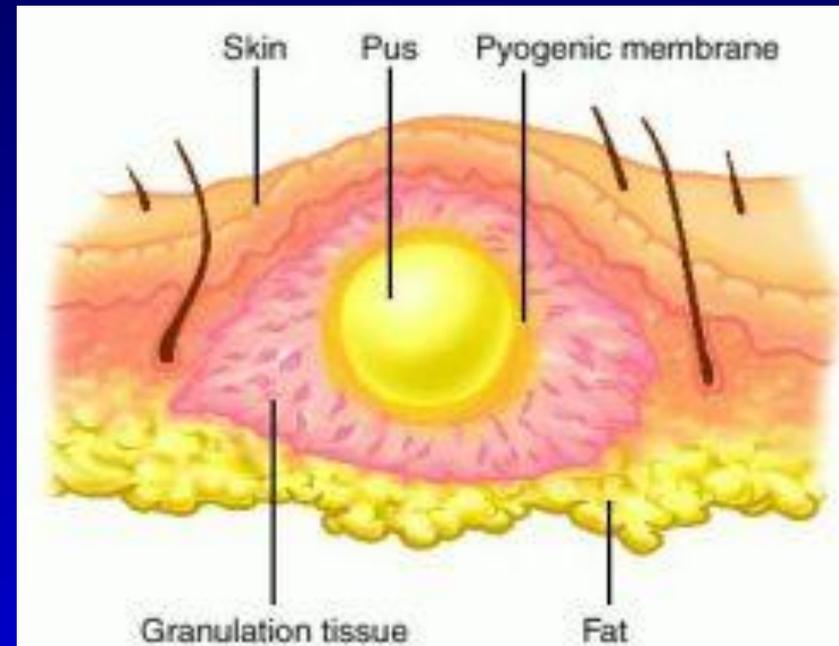
# ЛЕЧЕНИЕ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ** – вскрытие карбункула крестообразным разрезом, через всю толщу тканей, с иссечением всех некротизированных тканей, с последующим лечением раны в соответствии с фазой раневого процесса. Для последующего закрытия дефекта требуется наложение вторичных швов или пластические операции.



# АБСЦЕСС

- Ограниченное скопление гноя в различных тканях или органах, окруженное пиогенной капсулой
- Возбудитель – чаще стафилококк, анаэробные микроорганизмы
- Проникновение в организм – через повреждения кожи и слизистых оболочек, постинъекционные абсцессы, лимфогенно и гематогенно.
- Классификация –  
по локализации  
– поверхностные  
и глубокие



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Общая симптоматика –  
**синдром интоксикации**

Местные симптомы при  
поверхностных абсцессах –  
отек, флюктуация, боль,  
гиперемия, локальная  
гипертермия

Местные симптомы при  
глубоких абсцессах могут  
отсутствовать

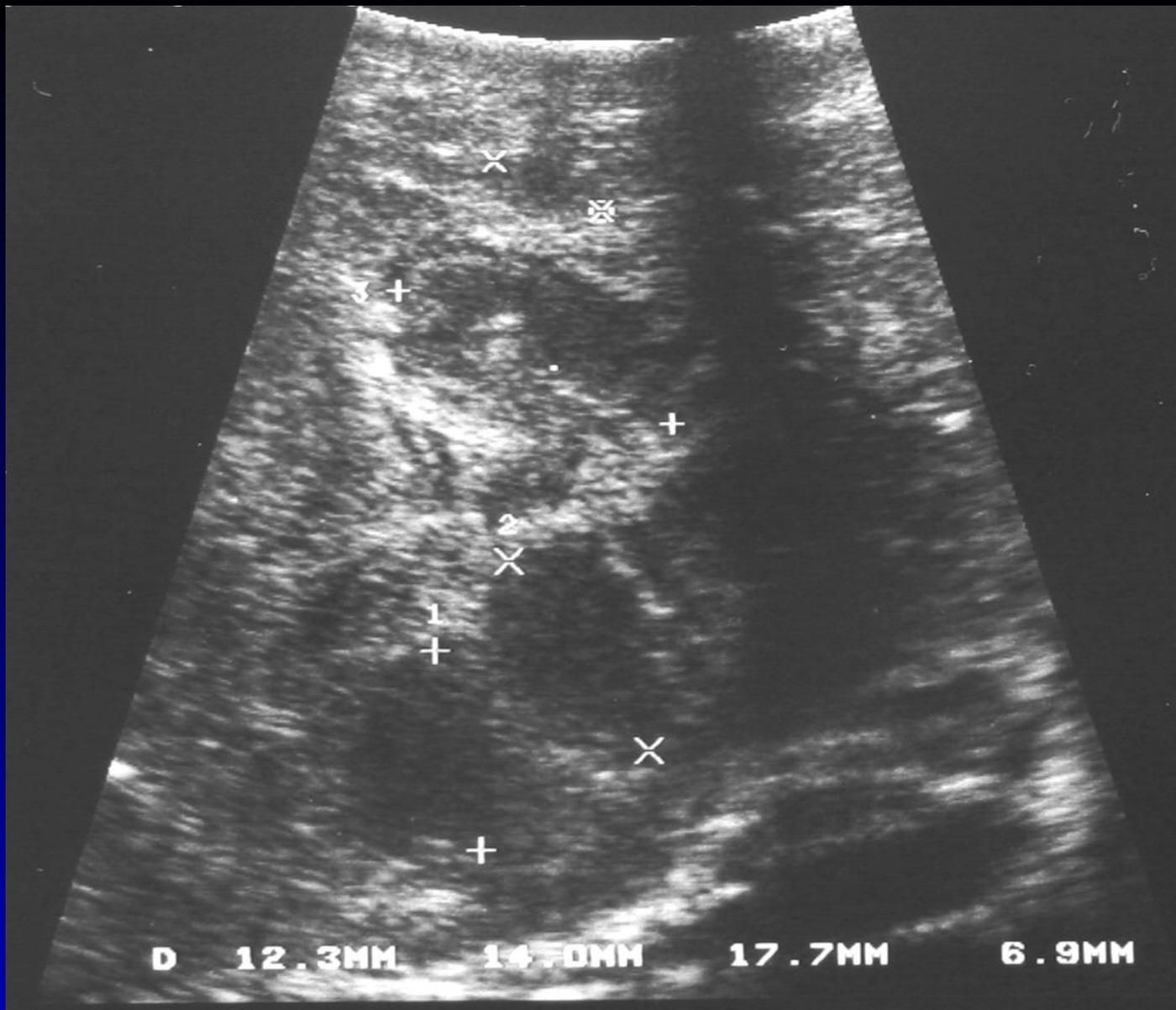


# ДИАГНОСТИКА

- **Диагностическая пункция**
- **УЗИ мягких тканей,**  
**рентгенологическое исследование , КТ,**  
**радиоизотопное исследование.**



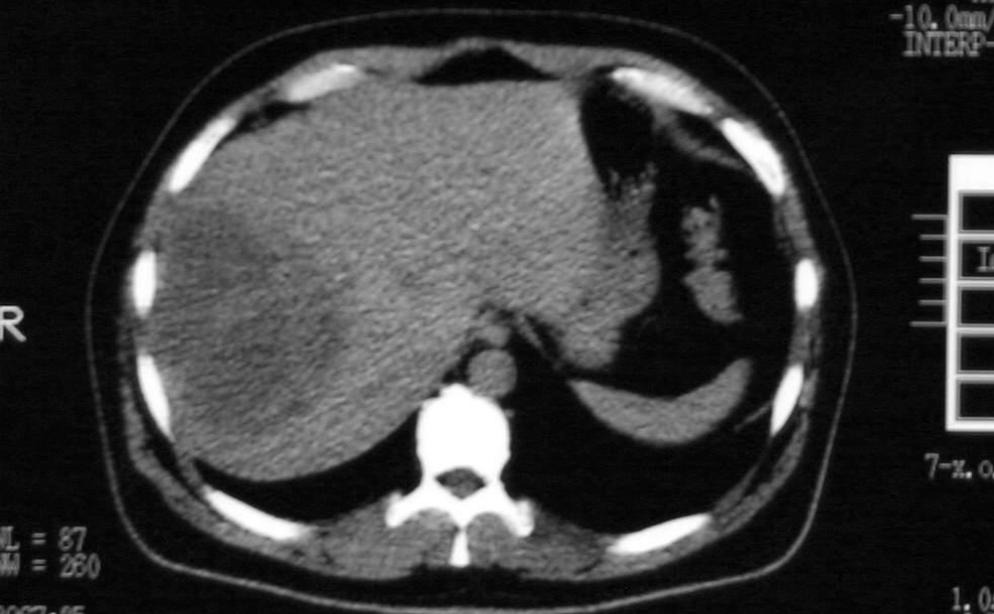






8968  
224, 0mm  
0, 00

Bondarenko F. S.  
24.07.06 08:57:09.  
120kV/200mA  
45Y/  
HC  
-10, 0mm/  
INTERP-



R

L = 87  
MA = 260

8967:35

1, 0  
L/  
SU/HF/VFI  
FC10/ORG/  
SCIENTIFIC INST.

7-x, 0

0.0x33.6cm  
24(NW)x256(NW)

Kvision/EXP



H

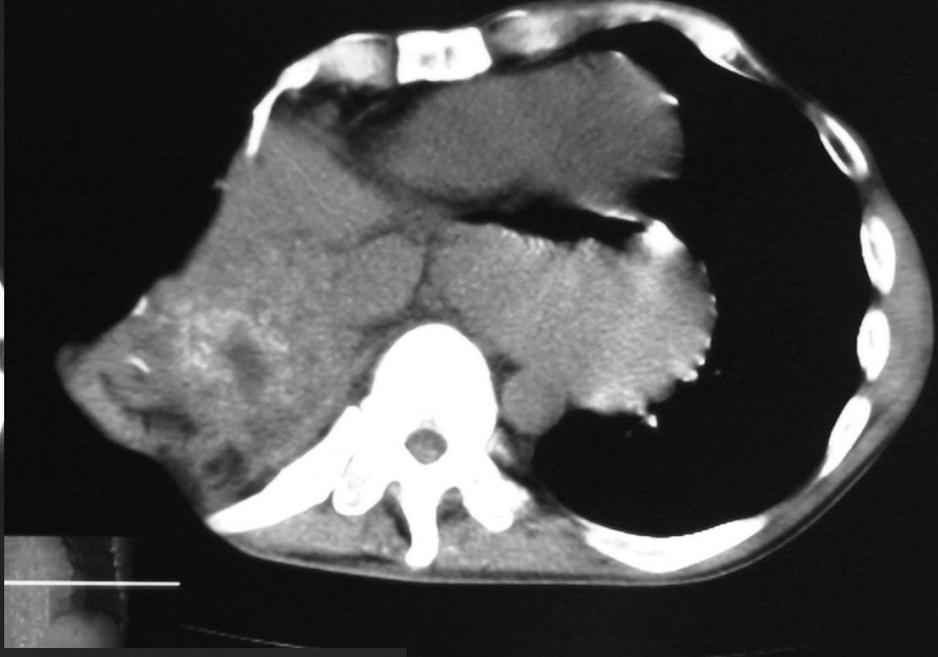
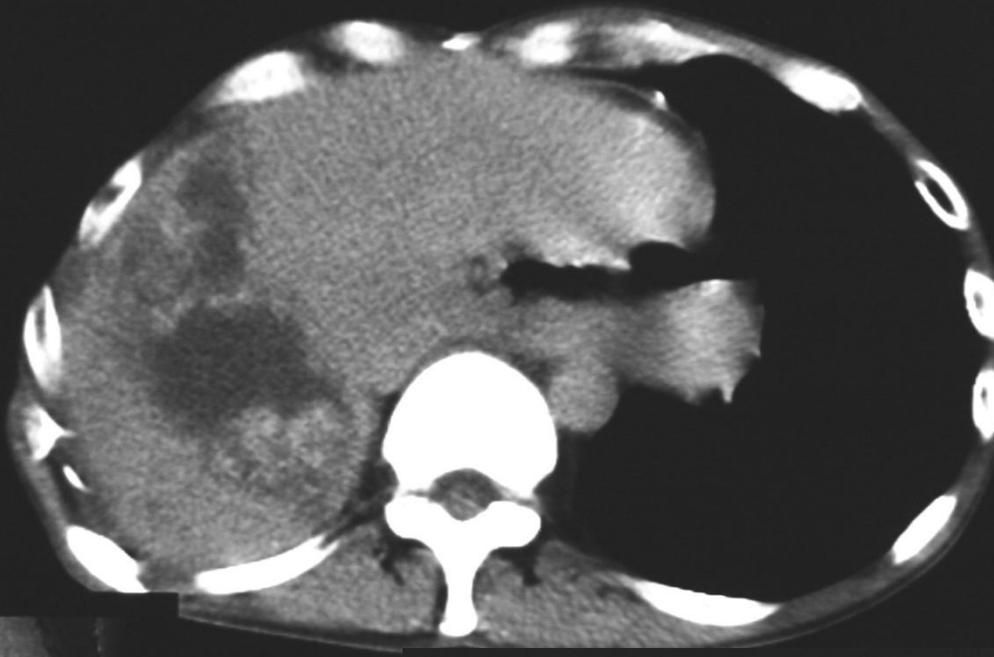
SET20-15\_DIEI  
R=4500 TE=120  
A=90/180  
3  
E: ↓

Soltanbaeva M. S.  
59 F 2308  
Sep. 5.200  
09:09A  
23085.519



AQ=2  
0.0x33.6cm  
24(NW)x256(NW)

Z: 159  
1/1 4/



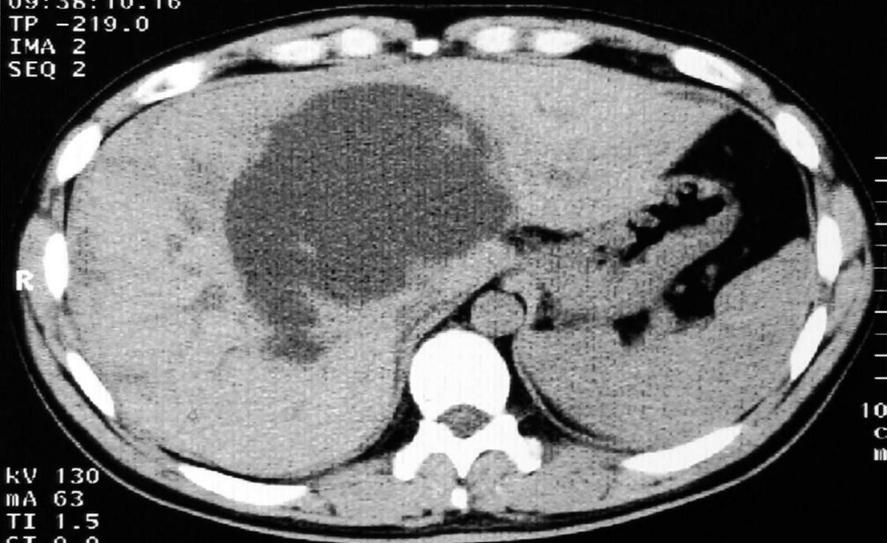
IVANOV M.

09-MAR-1978  
23-MAY-2006  
09:38:10.16  
TP -219.0  
IMA 2  
SEQ 2

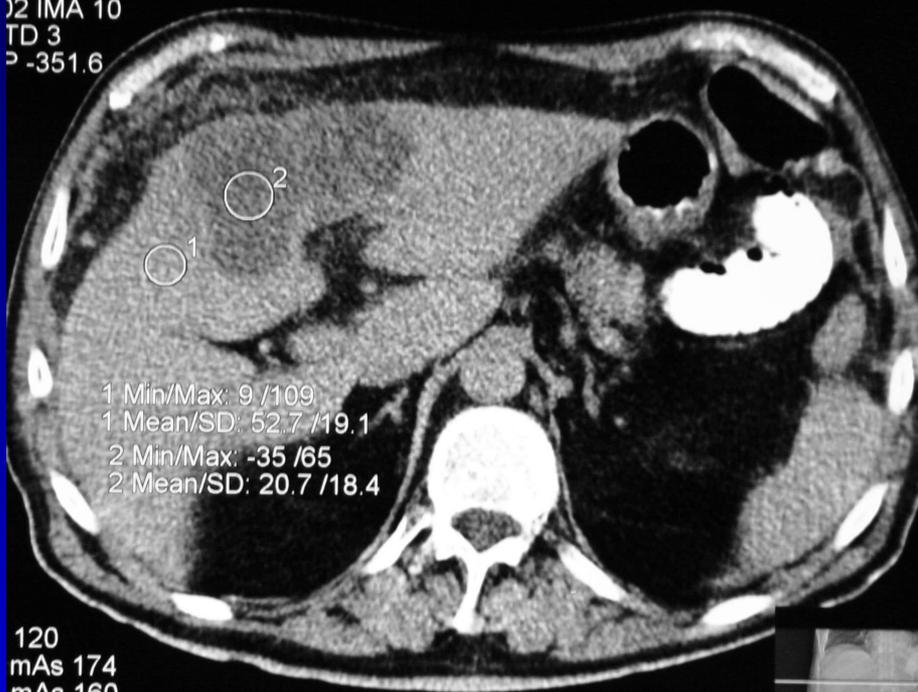
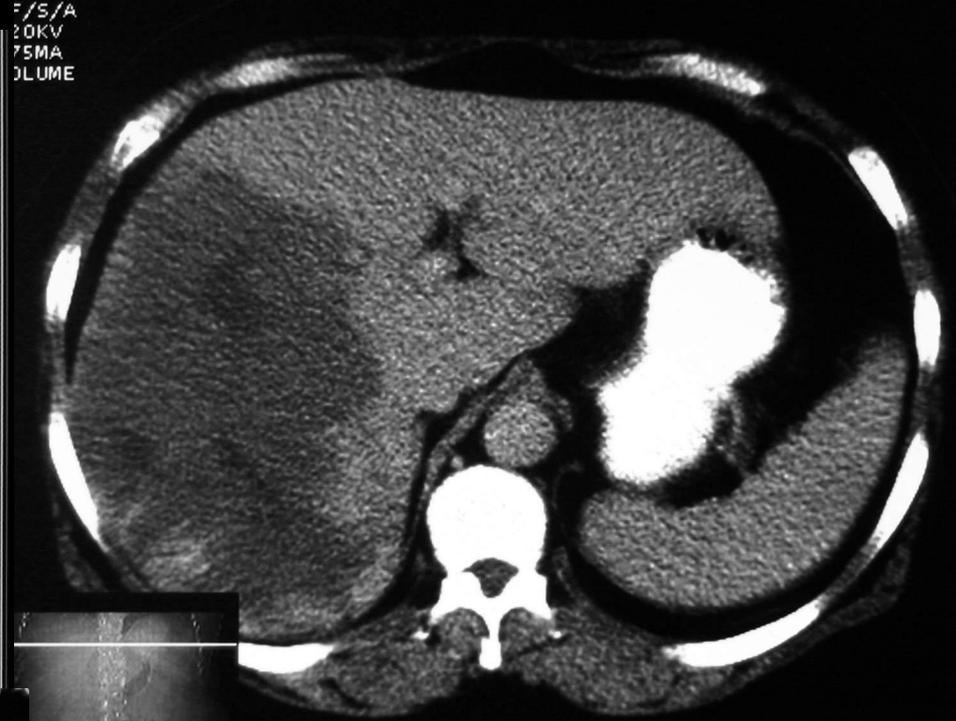
MEDCENTER UDPRK ALMATY  
SOMATOM AR STAR  
VB41A  
H-SP-CR

F/S/A  
20KV  
75MA  
3LUME

A



kV 130  
mA 63  
TI 1.5  
CT 0.0  
2:25:15.45  
02 IMA 10  
TD 3  
P -351.6



1 Min/Max: 9 /109  
1 Mean/SD: 52.7 /19.1  
2 Min/Max: -35 /65  
2 Mean/SD: 20.7 /18.4

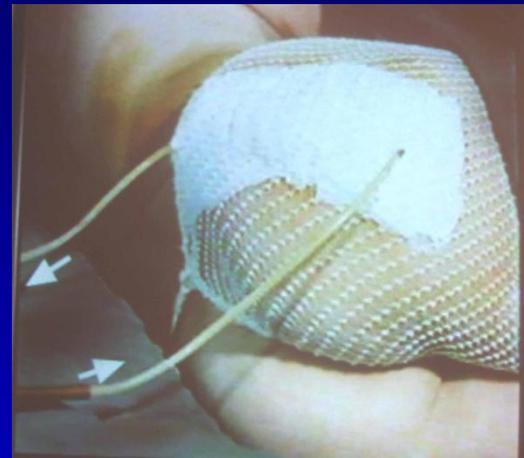
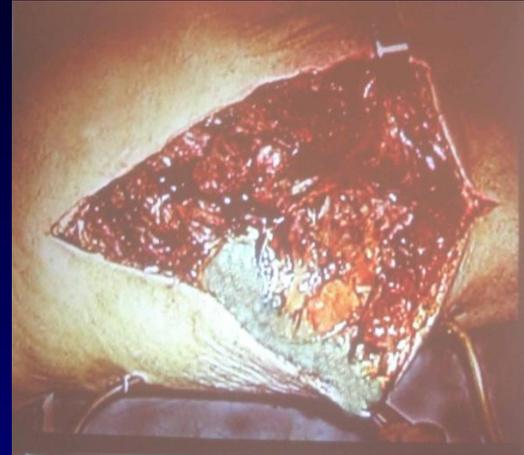
120  
mAs 174  
mAs 160



RC: 1  
BG: 0  
BH: 0  
CA: 3  
CF: 0

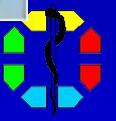
# ЛЕЧЕНИЕ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ** – вскрытие и дренирование полости абсцесса, с последующими хирургическими обработками, иссечением некротизированных тканей и лечением раны с учетом фазности раневого процесса. Обязательно на фоне комплексного общего лечения – противовоспалительного (А/Б) и детоксикации.



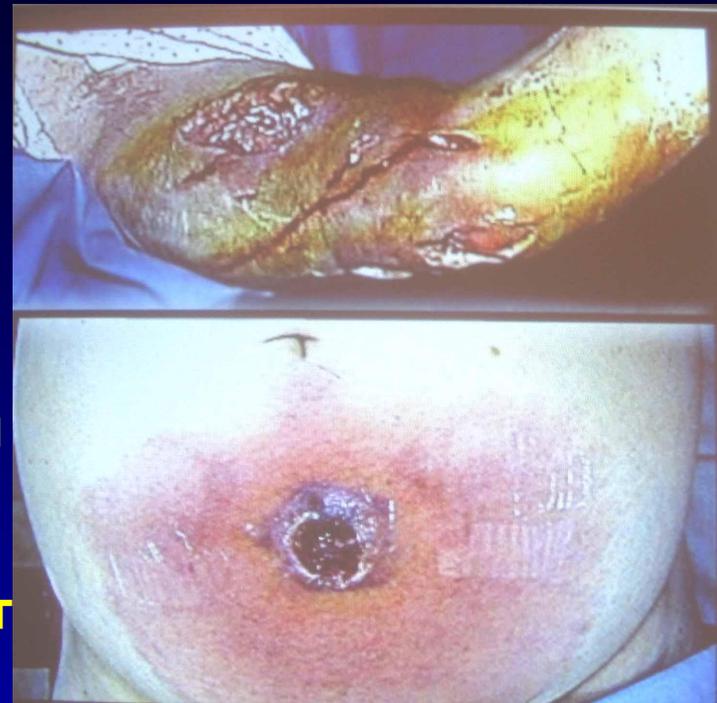






# ФЛЕГМОНА

- **Острое гнойное разлитое воспаление клетчаточных пространств, не имеющее тенденции к отграничению.**
- **Возбудитель – чаще стафилококк, любая гноеродная микрофлора**
- **Распространение в организме – через повреждения кожи и слизистых оболочек, лимфогенно и гематогенно**
- **Может возникать как осложнение абсцесса, фурункула, карбункула, т.е. при переходе воспаления на окружающую клетчатку**
- **Развитие – серозная инфильтрация клетчатки, затем переход экссудата в гнойный, образование некрозов тканей, их расплавление.**

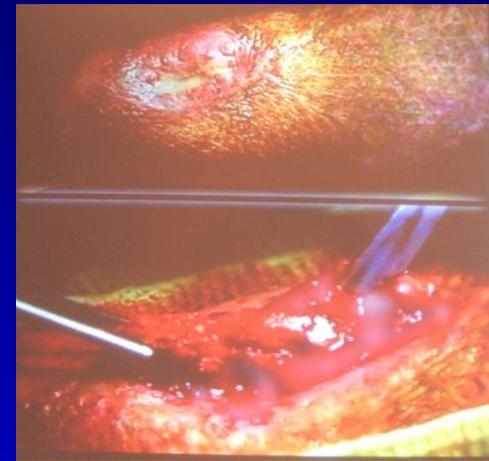


# КЛАССИФИКАЦИЯ

По локализации – подкожная, эпифасциальная, субфасциальная, межмышечная, параоссальная, забрюшинная.

По характеру экссудата – серозная, гнойная, гнойно-геморрагическая, гнилостная.

Отдельные виды – парапроктит, параколит, паранефрит, медиастинит, аденофлегмона, параартикулярная флегмона.



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Общие симптомы – **синдром интоксикации**

Местные симптомы – **отек, боль, гиперемия без четких границ, местная гипертермия, отсутствие симптома флюктуации, нарушение функции пораженной части тела.**





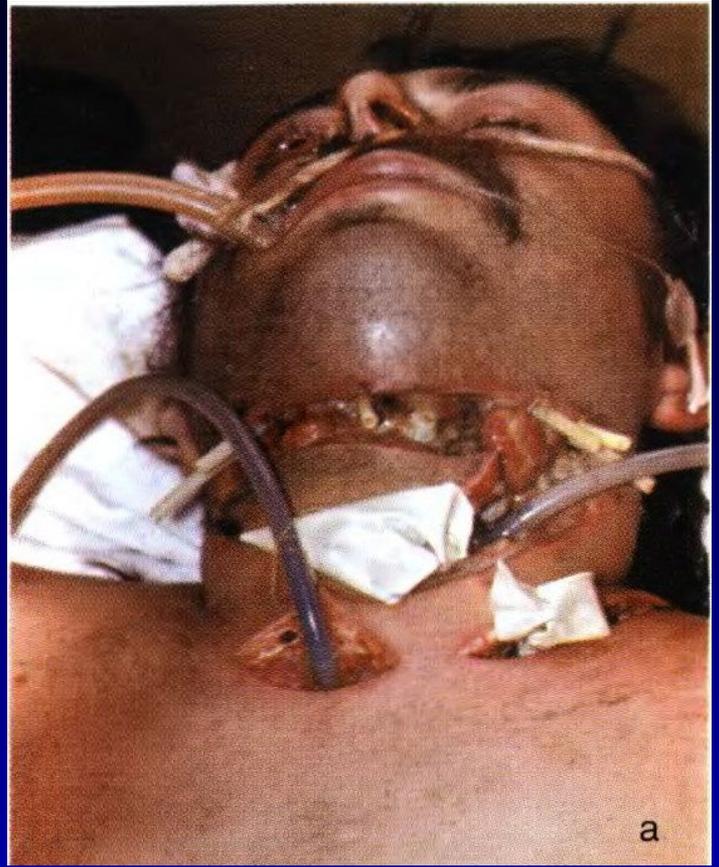


# ЛЕЧЕНИЕ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ – вскрытие, удаление гноя и некротизированных тканей, ревизия и вскрытие гнойных затеков и карманов, промывание раны, дренирование – тампонирование раны с последующим лечением раны согласно фазности раневого процесса.**

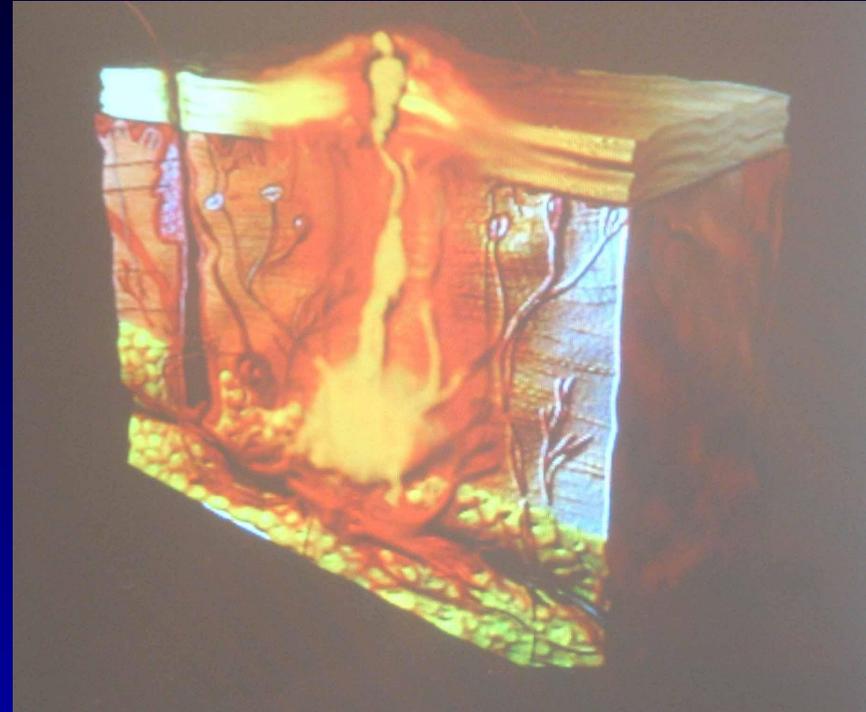
**Обязательно проводится общая комплексная терапия (антибактериальная, дезинтоксикационная, корригирующая).**





# ГИДРАДЕНИТ

- Гнойное воспаление потовых желез, чаще нескольких, может носить рецидивирующий характер.
- **Возбудитель** – чаще золотистый стафилококк.
- **Локализация** – чаще подмышечная впадина, перианальная область, паховая область.
- **Фон** – нарушение гигиенических правил, повышенная потливость, микротравмы.
- **Проникновение инфекции** – через протоки апокриновых желез или лимфогенно, вначале образуется инфильтрат, который подвергается гнойному расплавлению



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

**Общие симптомы** – боль, нарушение функции, повышение температуры, слабость, потливость.

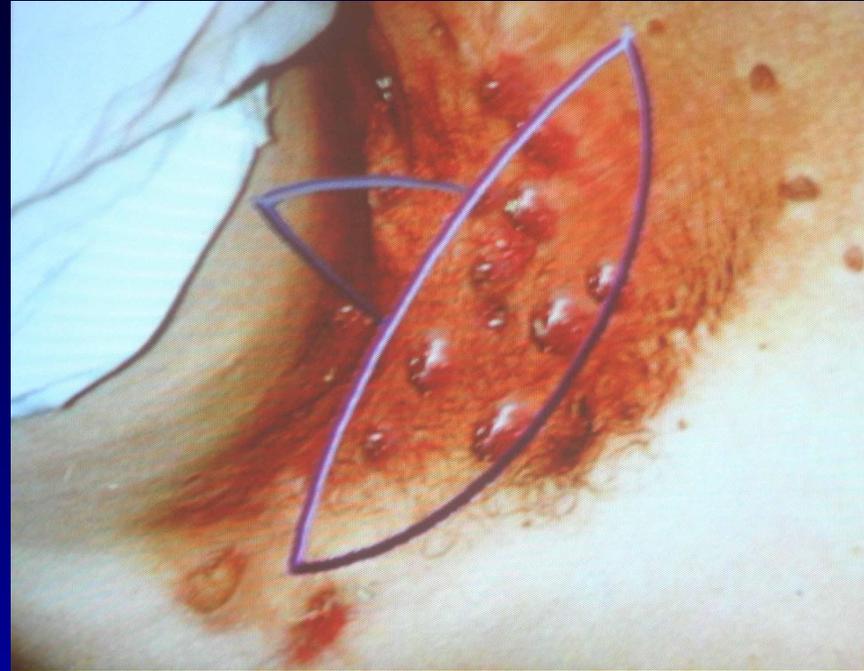
**Местные симптомы** – вначале плотный болезненный узелок с последующим увеличением в размере до 1-2 см или несколько, спаянных между собой, вокруг большой болезненный инфильтрат, гиперемия, через 1-2 недели в центре появляется флюктуация – абсцедирование, возможно самостоятельное вскрытие с выходом сливкообразного гноя.



# ЛЕЧЕНИЕ

В фазе инфильтрата – консервативное (обработка антисептиками, ФТЛ, функциональный покой, антибиотикотерапия).

В фазе абсцедирования – хирургическое (вскрытие и дренирование гнойника)



# Гнойные заболевания кисти

## • Панариций и флегмоны кисти

Возникновению П. способствуют многочисленные местные факторы обуславливающие расстройство микроциркуляции и трофики тканей:

- загрязнение кожи рук;
- воздействие на кожу раздражающих веществ, ее мацерация;
- систематическое увлажнение;
- охлаждение;
- вибрация;
- нарушения системы иммунитета;
- обмена веществ;
- гиповитаминоз;
- эндокринные заболевания и др.

Экспериментально доказано, что многие химические вещества (негашеная известь, минеральные масла и др.) и металлы (медь, цинк, хром, кобальт и др.) при попадании на кожу оказывают на нее токсическое воздействие, что способствует проникновению возбудителей инфекции и возникновению панариция.

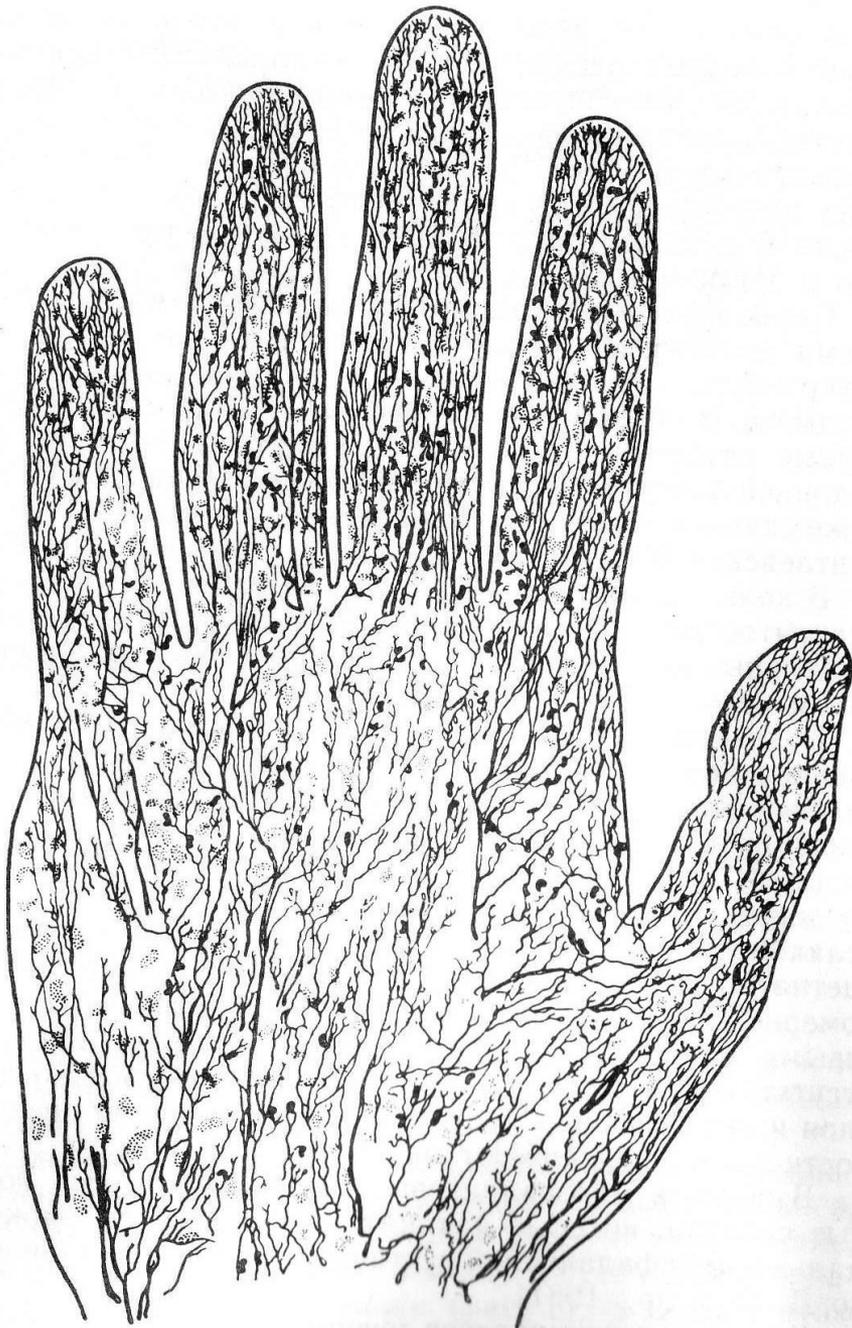


# ПАНАРИЦИЙ

- Острое гнойное воспаление тканей пальца.
- Возбудитель – чаще стафилококки и стрептококки (грамм-отрицательная флора) + анаэробы.
- Входные ворота – микротравмы, мозоль, подногтевая гематома.

Панариций (от лат. *panaricium*, *Panaricium hormoega*) —

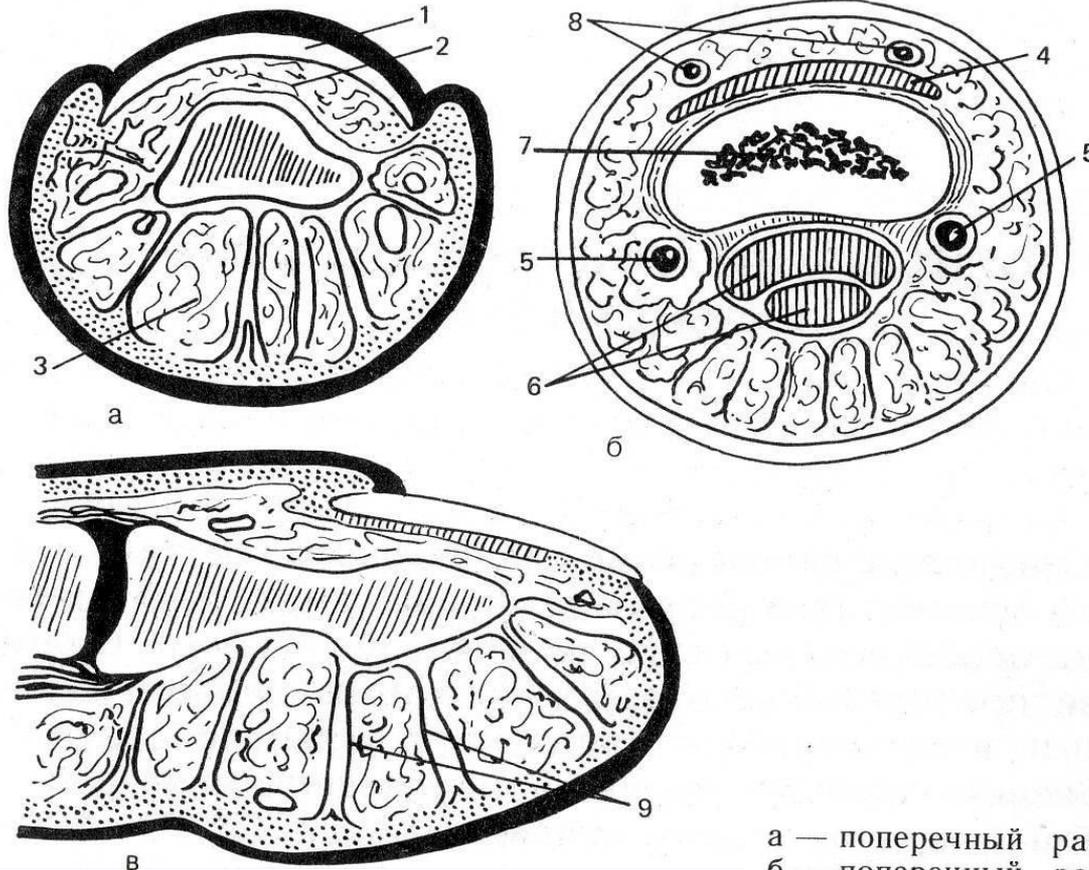




- **На ладони в 19,5 раз больше чувствительных нервных волокон, чем на плече.**
- **Механорецепторы реагируют на смещение кожи на 1 мкм.**
- **На указательном пальце до 23 нервных окончаний на  $1\text{мм}^2$ .**
- **На 1 см.кв. 100-200 болевых точек.**



# Строение пальца на руке

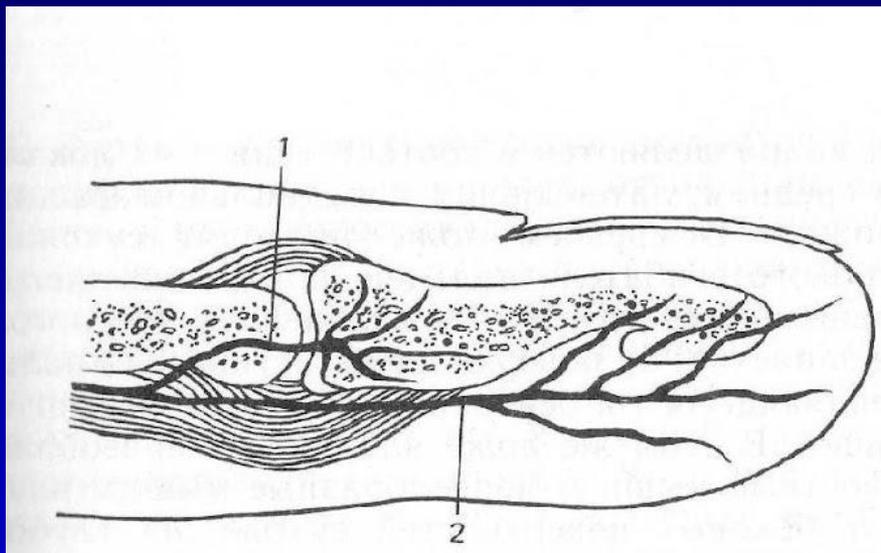
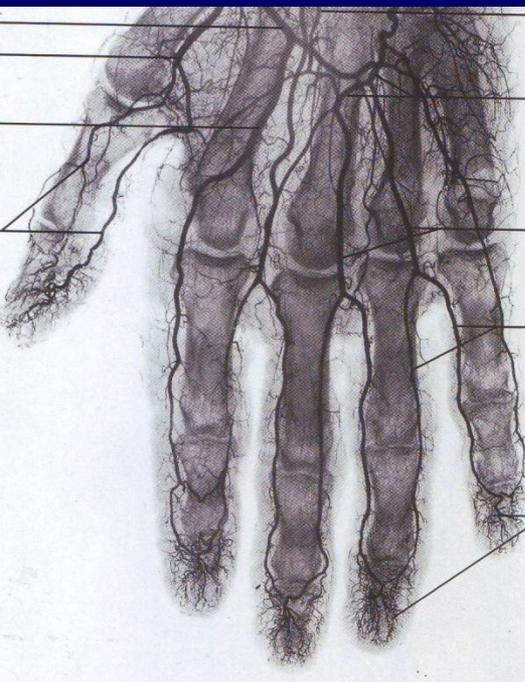


• На ладонной пов-ти нет фасции. Плотные тяжи соединительной ткани располагаются перпендикулярно к пов-ти пальцев прикрепляясь к глубоким слоям кожи и надкостнице, образуют замкнутые пространства, существенно ограничивают подвижность кожи. из-за этого инфекция распространяется вглубь.

а — поперечный разрез дистальной фаланги через ноготь; б — поперечный разрез средней фаланги; в — продольный разрез дистальной и части средней фаланги; 1 — ногтевая пластинка; 2 — ногтевое ложе; 3 — ячейки жировой клетчатки; 4 — сухожилие разгибателя; 5 — ладонная артерия; 6 — сухожилия глубокого и поверхностного сгибателей пальца; 7 — кость; 8 — тыльные артерии; 9 — соединительнотканые тяжи, идущие от кожи к надкостнице.

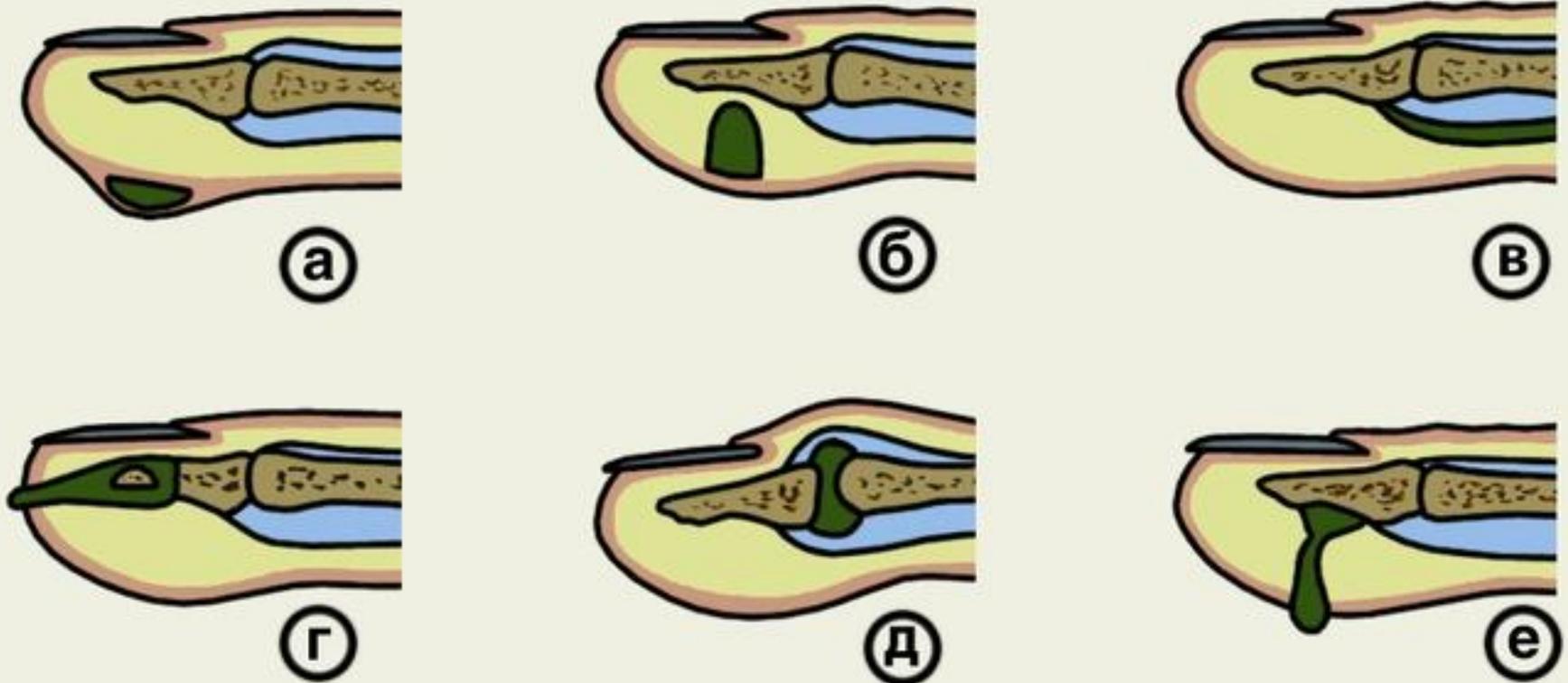


- Кожа пальцев – очень толстый эпидермис-220-726мкм(на коже предплечья до 31-62мкм.-препятствие для опорожнения гнойников
- Из-за высокого внутритканевого давления вызываемого отеком-быстро наступает некроз тканей.
- Лимфоотток от кисти – большое к-во лимфатических капилляров-
- Лимфатические сосуды переходят на тыл кисти-где имеется рыхлая подкожная клетчатка-отек тыла кисти –в результате панариция
- Лимфа оттекает до подмышечных и над- и подключичных л/у



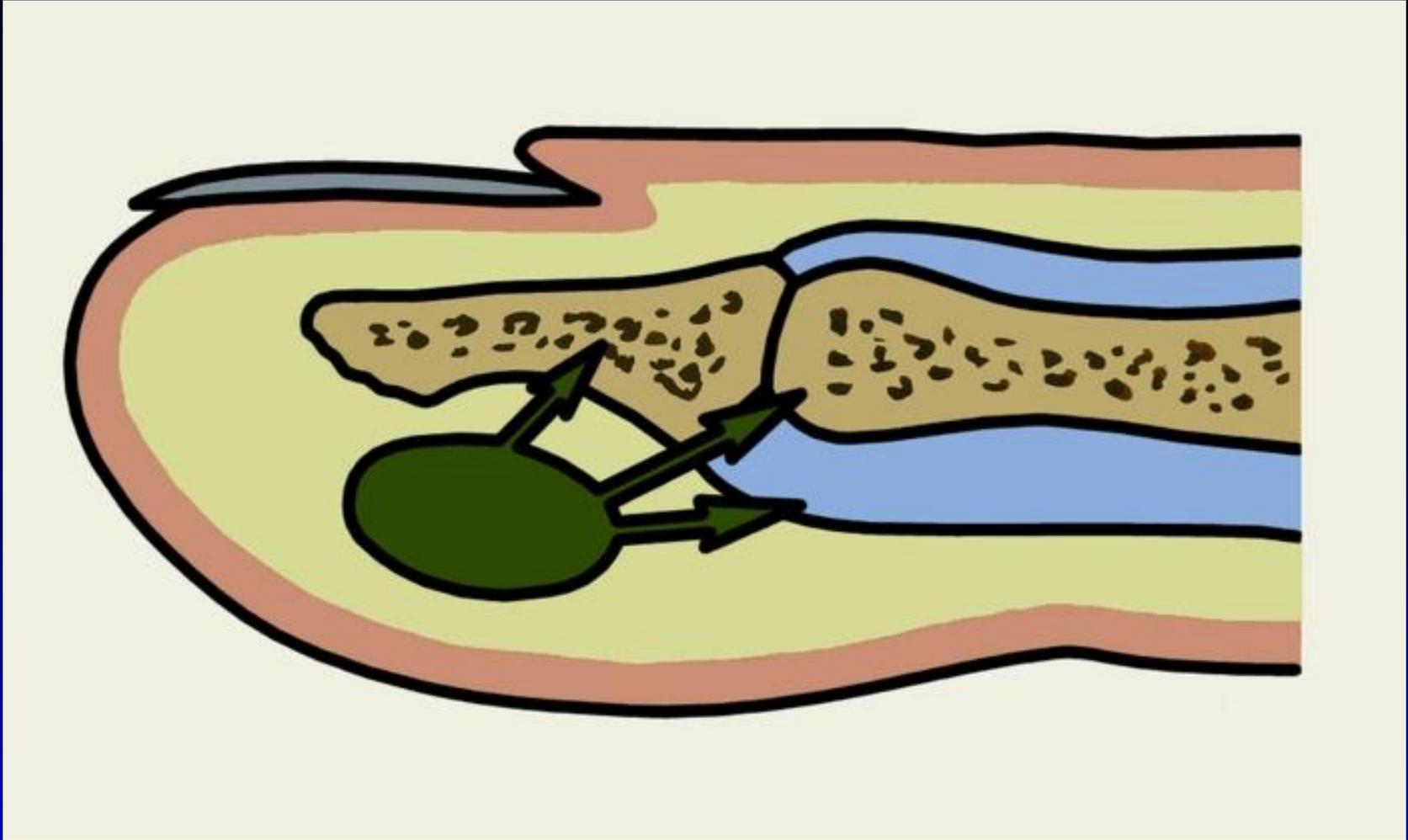
- Классификация панарициев:
- I . Поверхностные формы панариция:
  - • Кожный панариций.
  - • Паронихия.
  - • Подногтевой панариций.
  - • Подкожный панариций.
  - • Фурункул (карбункул) тыла пальца.
- II . Глубокие формы панариция:
  - • Костный панариций.
    - а) Острый.
    - б) Хронический ( свищевая форма)
      - • Сухожильный панариций.
      - • Суставной панариций.
      - • Костно-суставной панариций.
      - • Пандактилит.





**Схематическое изображение различных форм панариция: а — кожный; б — подкожный; в — сухожильный; г — костный; д — суставной; е — типа «запонки».**





- **Кожный панариций.**
- Экссудат располагается под эпидермисом и отслаивает его в виде пузыря, содержание которого имеет серозный, гнойный или геморрагический характер.
- **Подкожный панариций.**
- При исследовании пальца обращает на себя внимание направление тканей, иногда сглаженность расположенной вблизи от воспалительного очага межфаланговой сгибательной борозды. Соединительнотканые тяжи, пронизывающие жировую клетчатку пальца и соединяющие собственно кожу с надкостницей, препятствуют распространению отека на периферию. Показание к операции «синдром первой бессонной ночи».



# КОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ

**СИМПТОМЫ:** местные (локальная гиперемия, отграниченная отслойка эпидермиса, под которым просвечивает гной, пульсирующая боль), общие (не выраженные явления интоксикации и субфебрильная температура.)

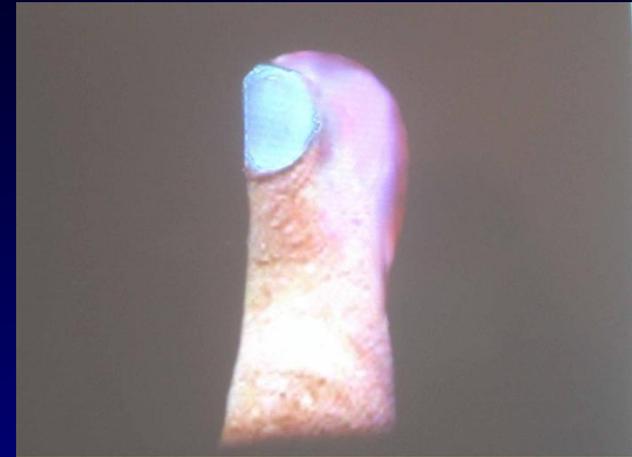
**ЛЕЧЕНИЕ:** хирургическое (полное удаление приподнятого эпидермиса с дальнейшим лечением раны в соответствии с фазностью раневого процесса) и общее (противовоспалительная терапия).





# ПОДКОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ

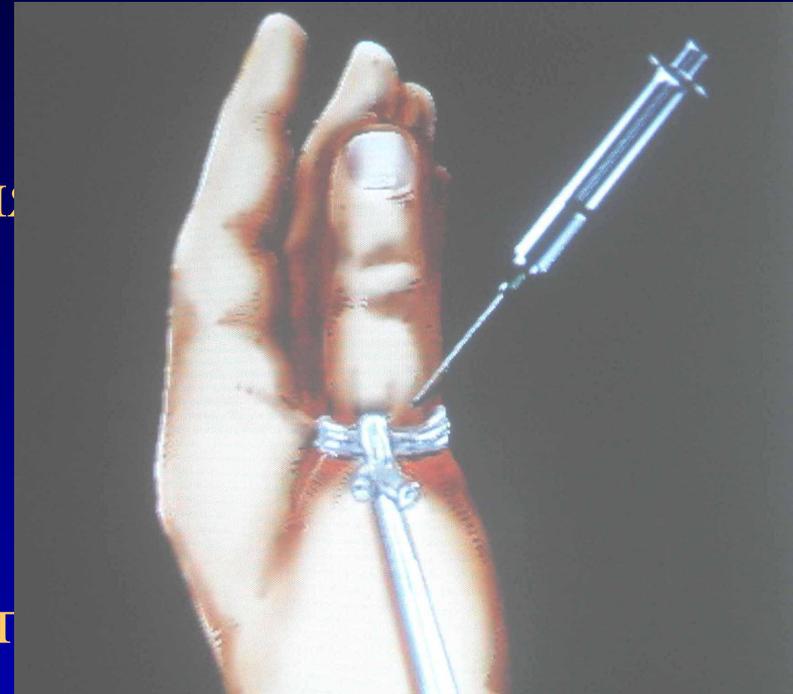
**Симптомы:** местные (сильная пульсирующая боль, напряженный и болезненный отек, гиперемия с цианотичным оттенком) и общие (симптомы интоксикации).



# ПОДКОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ

**ЛЕЧЕНИЕ** – зависит от фазы  
воспаления:

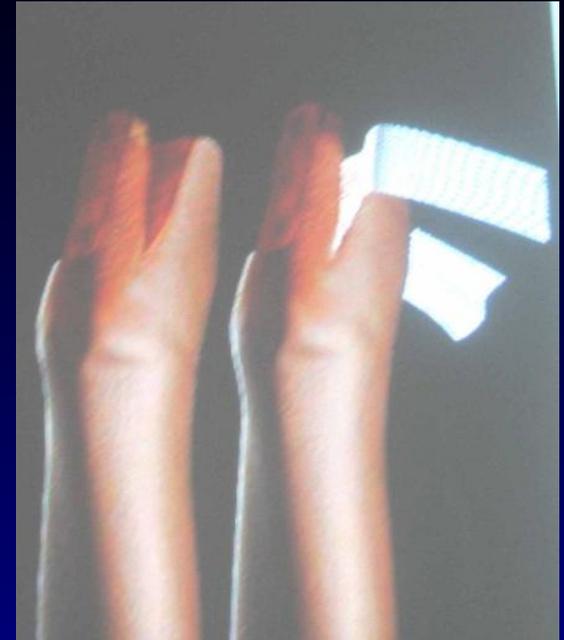
1. Фаза воспалительной инфильтрации – консервативная терапия ( функциональная мобилизация, антибиотикотерапия, ретроградные введения А/Б, компрессы с димексидом и фурациллином, ФТЛ).
2. Фаза нагноения – хирургическое лечение под местной анестезией по Оберсту-Лукашевичу (в/в анестезией) + общая комплексная терапия



# ПОДКОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ

Хирургическое лечение:

- При локализации процесса в концевой фаланге выполняют овальный или полулунный разрез.
- При локализации процесса на средней или основной фаланге выполняют два боковых сообщающихся между собой разреза со сквозным дренированием.
- Дальнейшее местное лечение в соответствии с фазой раневого процесса (дренирование, промывание антисептиками, протеолитические ферменты, ванночки с раствором перманганата марганца, повязки с гипертоническим раствором или гидрофильными мазями, ФТЛ )



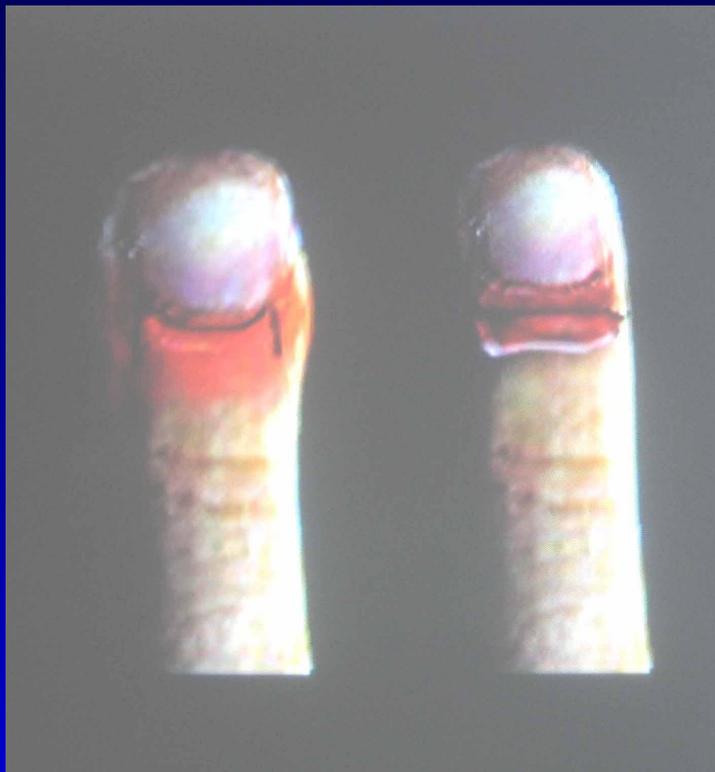
# ПАРОНИХИЯ

Воспаление валика окружающего основание ногтя.

**Симптомы:** местные (гиперемия и отек валика, боль), общие (не выражены).

**Лечение:** хирургическое (срезается край валика, последний приподнимается и под него вводится выпускник, в последующем лечении проводится в соответствии с фазой раневого процесса, при распространении воспаления в околоногтевое или подногтевое пространство производят резекцию или полное удаление ногтевой пластины).





# Подногтевой панариций

Подногтевой —  
Воспаление тканей  
под ногтем. Может  
возникать в случае  
проникновения гноя  
под ногтевую  
пластинку. Часто такой  
панариций  
развивается после  
укола или попадания  
заозы под ноготь.





- **Суставной панариций.**

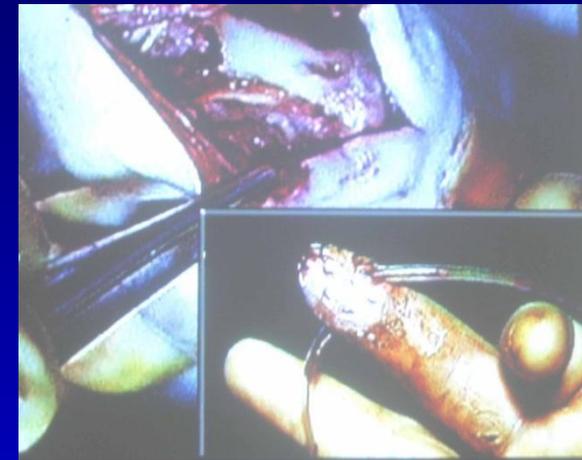
- Возникает после ранения межфаланговых или фаланговых областей пальца с их дорсальной поверхности, где суставы прикрыты лишь тонким слоем мягких тканей. Воспаленный сустав приобретает веретенообразную форму, тыльные межфаланговые борозды сглаживаются. Попытка к сгибательно-разгибательным движениям пальца приводит к резкому усилению боли в пораженном суставе. При вовлечении в воспалительный процесс связочного, хрящевого и костного аппарата пальца, возникает патологическая подвижность и ощущение крепитации шероховатых частей суставных поверхностей. Такая «разболтанность» сустава свидетельствует о значительном изменении костно-хрящевого аппарата пальца.



# СУСТАВНОЙ ПАНАРИЦИЙ

**Симптомы:** местные (боль при движениях, ограничение движений в суставе, веретенообразная форма пальца из-за отека сустава, гиперемия) и общие (симптомы интоксикации).

**Лечение:** хирургическое (при серозном воспалении возможно проведение пункции с удалением экссудата и введением в полость сустава А/Б, при гнойном процессе – артротомия с последующим дренированием и промыванием полости сустава) + консервативная комплексная терапия.





# КОСТНЫЙ ПАНАРИЦИЙ

**Симптомы:** местные (болезненный отек всей фаланги, гиперемия, локальная гипертермия) и общие (выраженные симптомы интоксикации).

**Лечение:** хирургическое (некрэктомия участков фаланги или удаление всей фаланги) + консервативная комплексная терапия.







- **Сухожильный панариций.**
- Подкожный панариций в ряде случаев является причиной тендовагинитов. Если проводимая терапия не создала условий для успешной ликвидации воспаления, то появляется возможность для распространения инфекции на глубже расположенные ткани и прежде всего на сухожильные влагалища и сухожилия сгибателей пальцев. Ухудшение общего состояния, появление дергающих, пульсирующих болей по всему пальцу, равномерный отек тканей со сглаженностью межфаланговых борозд – симптом сухожильного панариция. Палец приобретает вид сосиски.



# СУХОЖИЛЬНЫЙ ПАНАРИЦИЙ (ГНОЙНЫЙ ТЕНДОВАГИНИТ)

**Симптомы:** местные (равномерный, циркулярный отек, боль при надавливании зондом по ходу всего сухожилия, вынужденное положение пальца – легкое сгибание, усиление болей при движениях – особенно при попытке разгибания, бледность кожи с цианотичным оттенком) и общие (выражены симптомы интоксикации).

**Лечение:** в основном хирургическое (выполнение 2-х боковых разрезов на средней и основной фаланге и в дистальном отделе ладони для вскрытия слепого сухожильного влагалища с последующим дренированием и лечением соответственно фазе раневого процесса, обязательна иммобилизация и ранняя активация движений пальцев кисти) + общее (комплексная консервативная терапия).







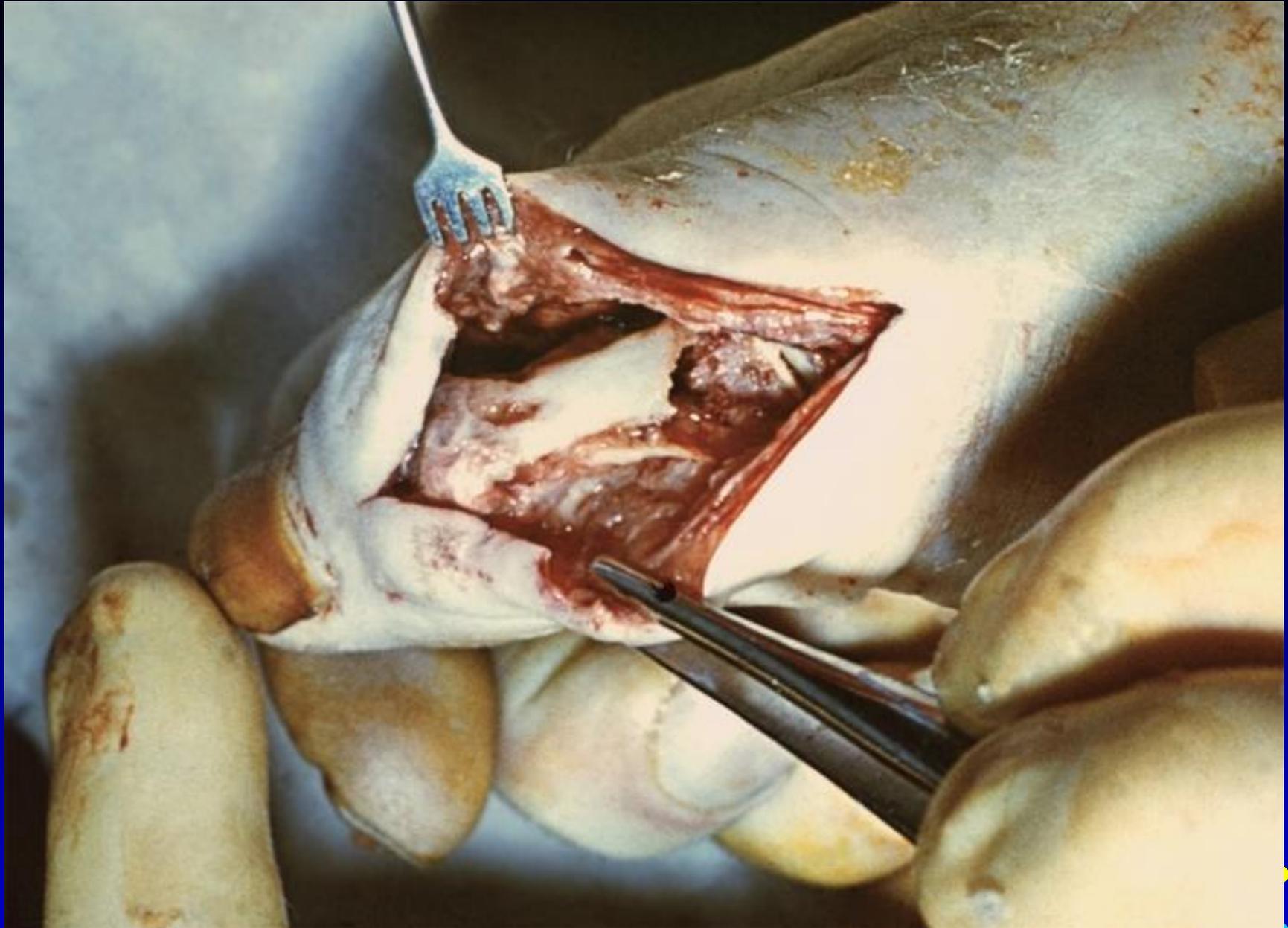
# ПАНДАКТИЛИТ

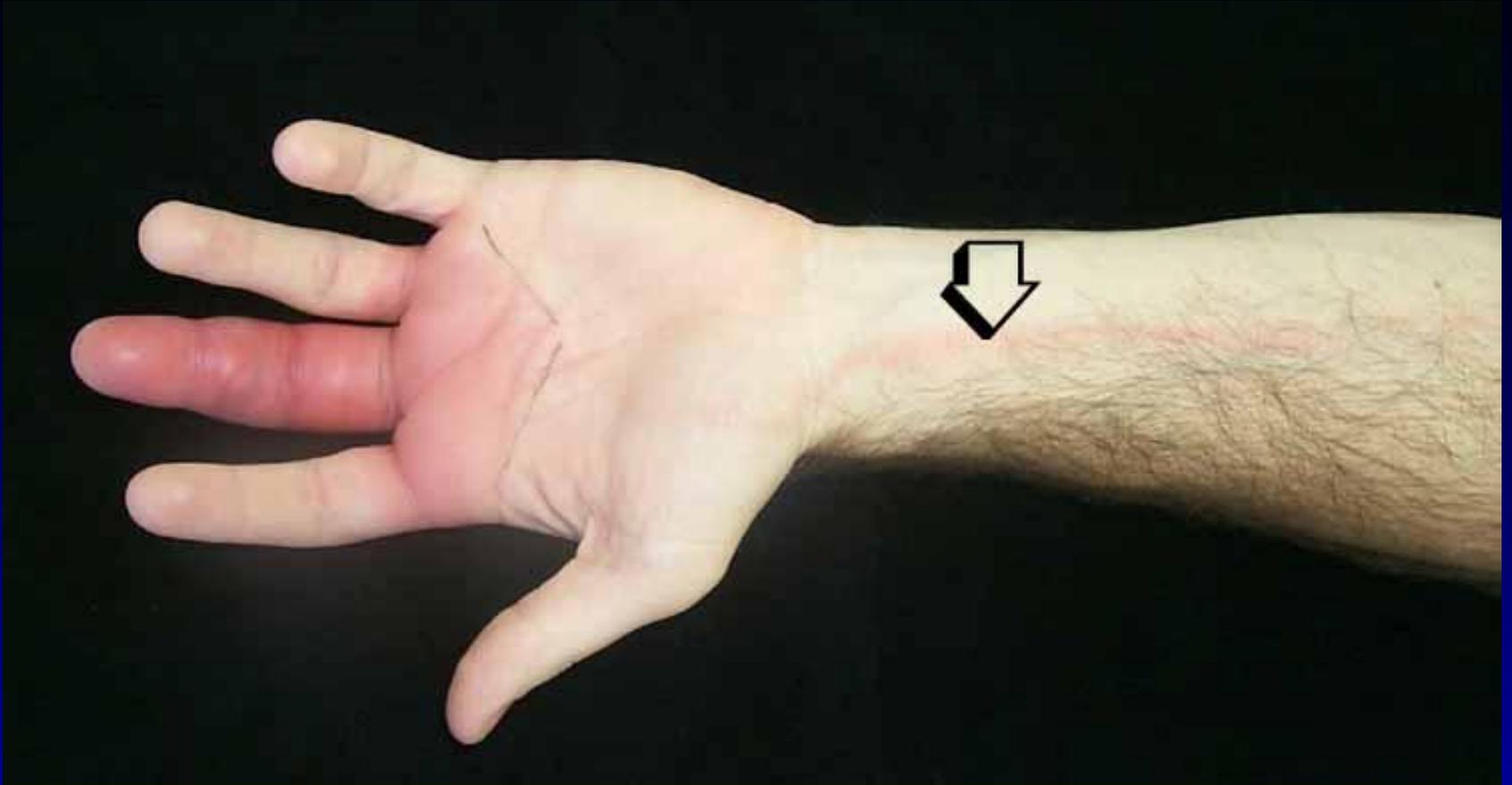
**Симптомы:** местные  
(поражение всей толщи тканей пальца) и общие  
(выраженные симптомы интоксикации).

**Лечение:** хирургическое  
(экзартикуляция пальца в  
пястно-фаланговом  
суставе) и консервативная  
комплексная терапия.



# Пандактилит I пальца правой кисти





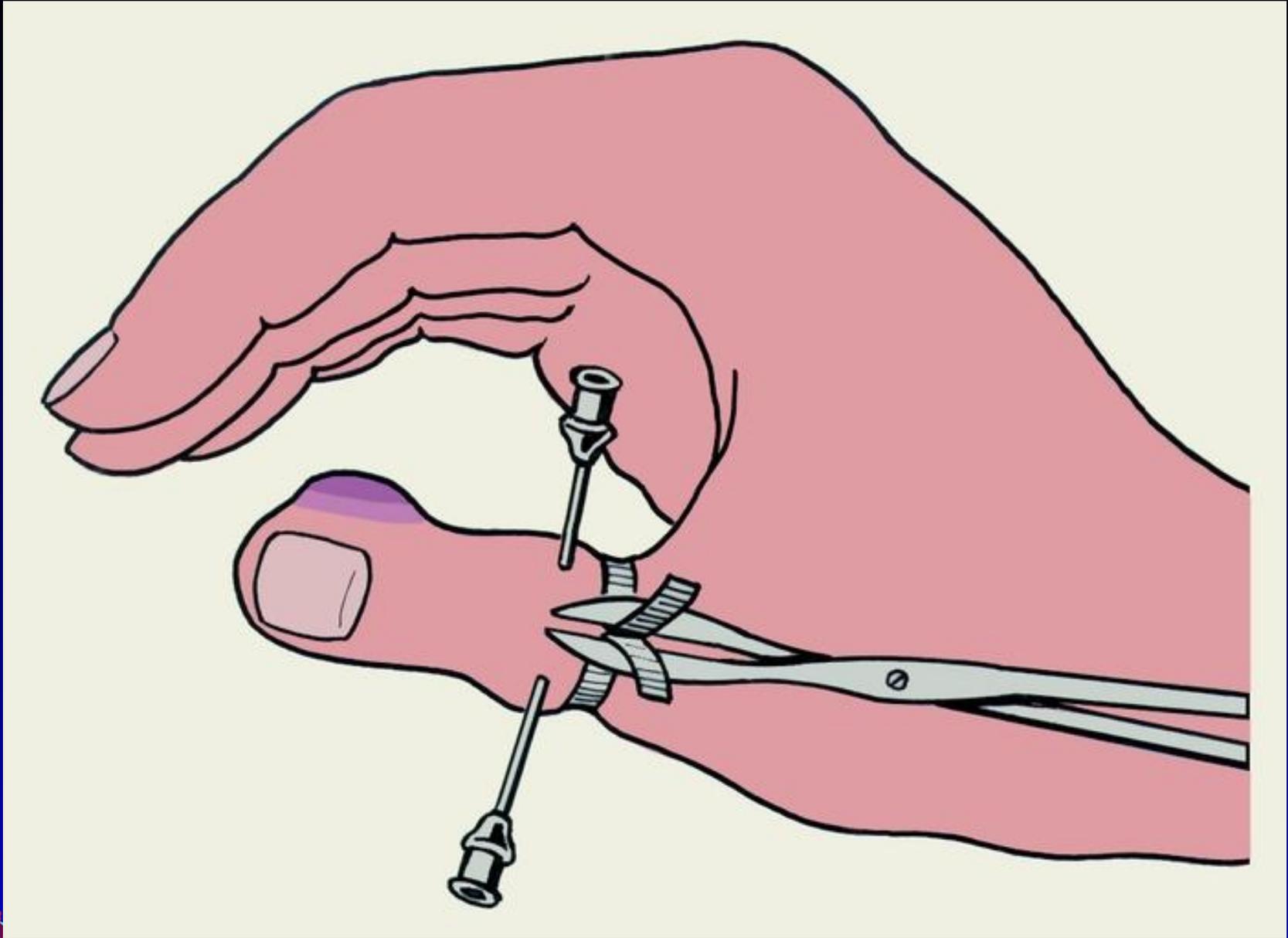
- **Общие принципы лечения панариций и послеоперационный период.**

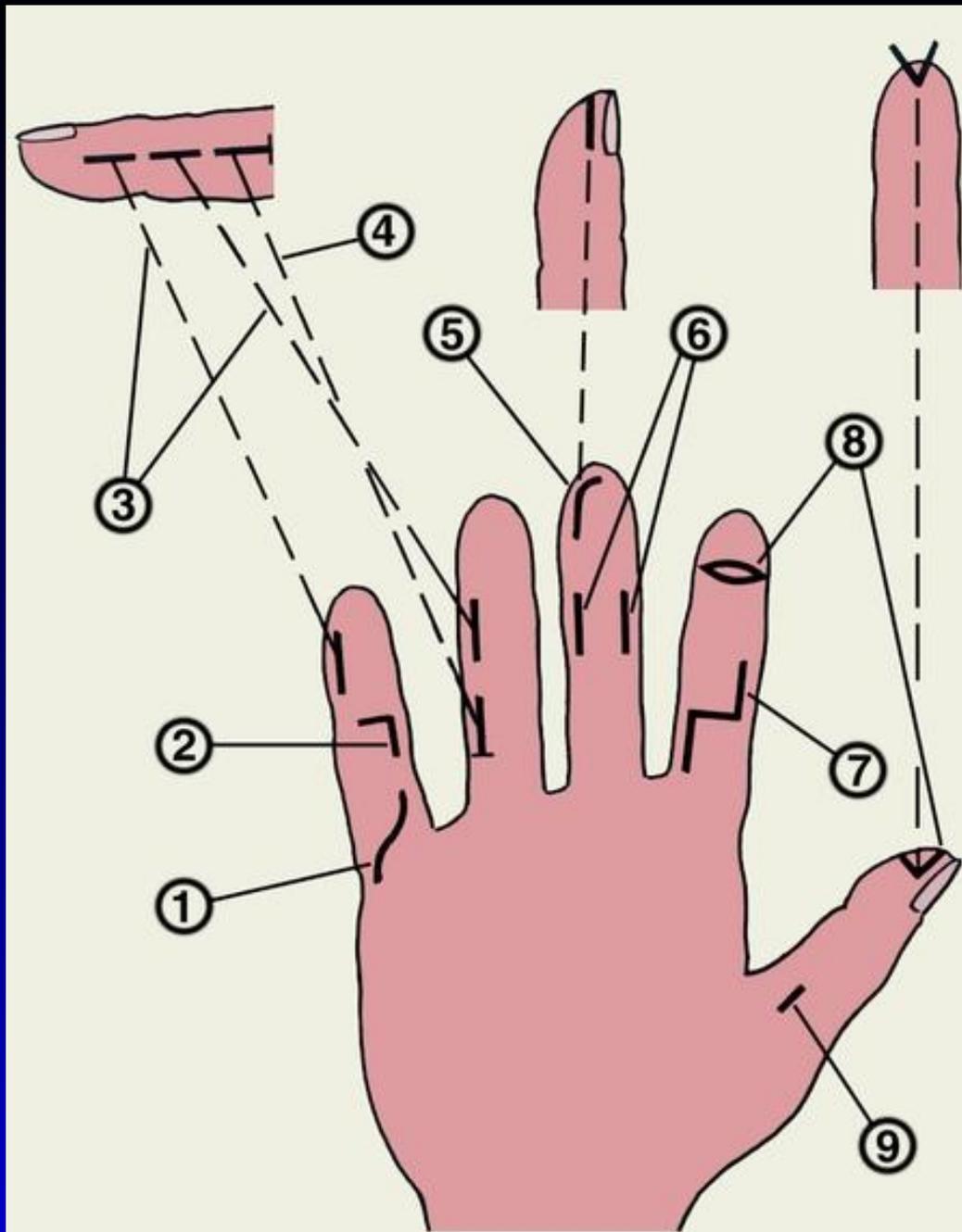
- Залогом успеха в лечении гнойной инфекции пальцев и кисти является своевременное и адекватное оперативное вмешательство, основным моментом которого является полноценная некрэктомия.
- ● Разрез должен обеспечивать полноценную ревизию и санацию гнойного очага и в то же время быть щадящим, позволяющим получить в конечном итоге хороший функциональный и косметический эффект.
- ● После эвакуации гноя необходимо выполнить полноценную некрэктомию, ориентирующуюся на цвет и структуру тканей. Хирургическая обработка гнойного очага должна производиться с учетом расположенных рядом важных анатомических образований, чтобы избежать их повреждения.
- ● Для более радикального удаления гнойно-некротического очага во время операции рационально вакуумирование раны, обработка ее ультразвуком низкой частоты, пульсирующей струей антисептика, расфокусированным лучом лазера и др.

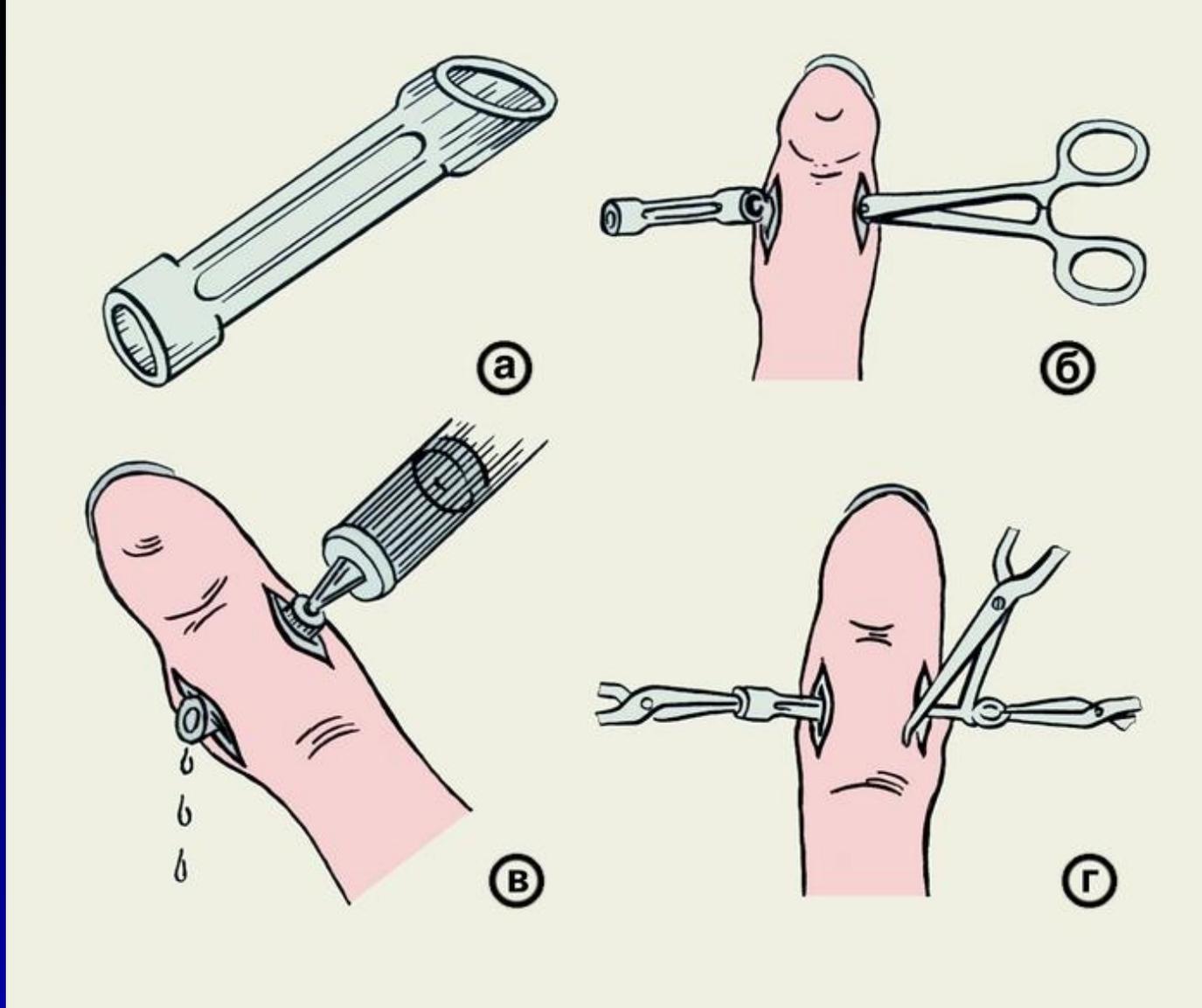


- Гнойную рану после тщательной хирургической обработки необходимо дренировать.
- После проведенной полноценной хирургической обработки гнойника, при отсутствии выраженного перифокального воспаления окружающих тканей, подвижности краев раны и ее активном дренировании на рану могут быть наложены первично-отсроченные швы.
- Следует отметить, что антибиотики не проникают в аваскуляризированные некротические ткани и не воздействуют на процессы их отторжения. В связи с этим применяются протеолитические ферменты.
- При застойных явлениях в мягких тканях для предупреждения контрактур и паралича мышц проводится электростимуляция. С целью рассасывания рубцов и спаек используется электрофорез йодом, фонофорез трилона Б.
- В послеоперационном периоде с целью быстрой реабилитации применяются различные физиотерапевтические процедуры. Лечебные ванны с 1% р-ром лизола, 0,1% р-ром перманганата калия, фурациллином, хлорамином, фурагином, гипертоническим раствором поваренной соли. С успехом применяют местную оксигенацию, озono-воздушную смесь.









- Дренаживание резиновым окончатый дренажем при подкожном панариции средней фаланги: а — окончатый дренаж; б — введение дренажа в раневой канал; в — промывание раны через дренаж; г — извлечение дренажа.

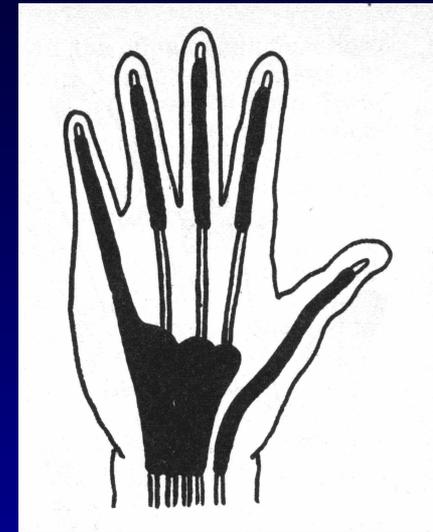


# ФЛЕГМОНЫ КИСТИ

Развиваются как следствие распространения гнойного процесса с пальцев на кисть по синовиальным влагалищам.

Классификация:

1. Флегмона межпальцевых промежутков (комиссуральная)
2. Подкожная (надапоневротическая флегмона)
3. Подапоневротическая флегмона
4. Флегмона срединного ладонного пространства
5. Флегмона пространства мышц возвышения I пальца (флегмона тенора)
6. Флегмона пространства мышц возвышения V пальца (флегмона гипотенора)
7. У-образная флегмона
8. Кожный абсцесс ладони (мозольный абсцесс)
9. Подкожная флегмона тыла кисти
0. Подапоневротическая флегмона тыла кисти



# ФЛЕГМОНЫ КИСТИ

**Симптомы:** местные (боль, отек, гиперемия, локальная гипертермия, ограничение движений) и общие (выраженные симптомы интоксикации).

**Лечение:** хирургическое (вскрытие, ревизия, промывание и сквозное дренирование с последующим местным лечением соответственно фазе раневого процесса) + консервативная комплексная терапия.

**Осложнения:** распространение по клетчаточным пространствам на предплечье (пространство Пирогова-Парона) и генерализация инфекционного процесса (сепсис).



# Общие принципы лечения флегмон кисти:

- Лечение больных с флегмонами кисти должно осуществляться в хирургическом стационаре.
- Необходимо максимально точно установить, какое клетчаточное пространство кисти поражено, что важно для выбора адекватного доступа.
- Оперативное вмешательство должно быть ранним и осуществляться при строгом соблюдении правил асептики.
- Необходимо оптимальное обезболивание и точное обескровливание кисти.
- Некрэктомия и дренирование гнойника - важнейшие моменты операции.
- Адекватная антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры.
- Применение различных видов местной терапии после оперативного вмешательства, в зависимости от локализации очага воспаления.
- Иммобилизация.
- Реабилитации больных, профилактика осложнений.





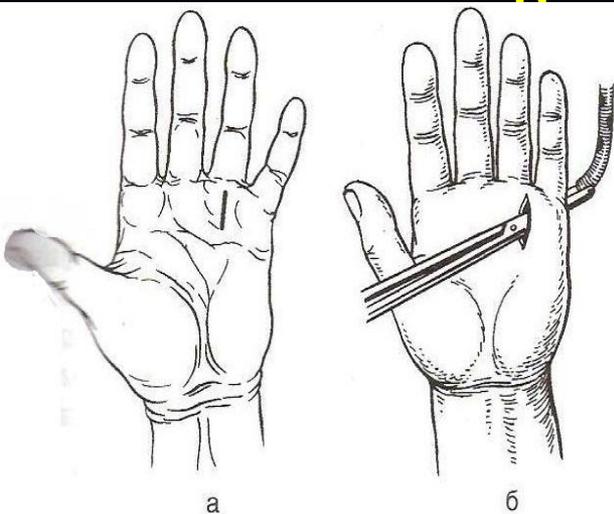


Рис. 4-126. Вскрытие (а) и дренирование (б) комиссуральной флегмоны кисти.

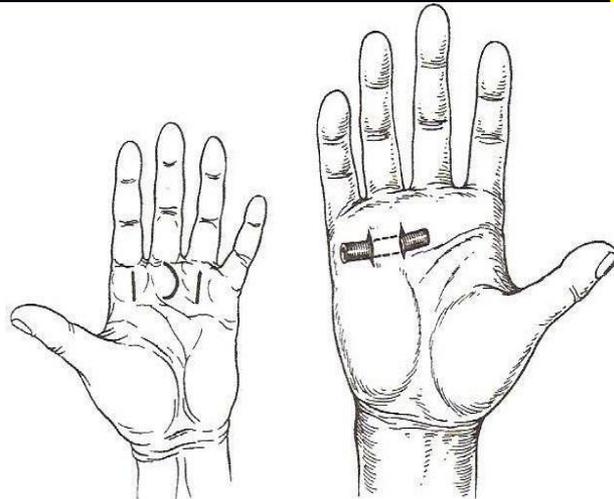


Рис. 4-128. Разрезы для вскрытия и дренирования мозольного абсцесса.

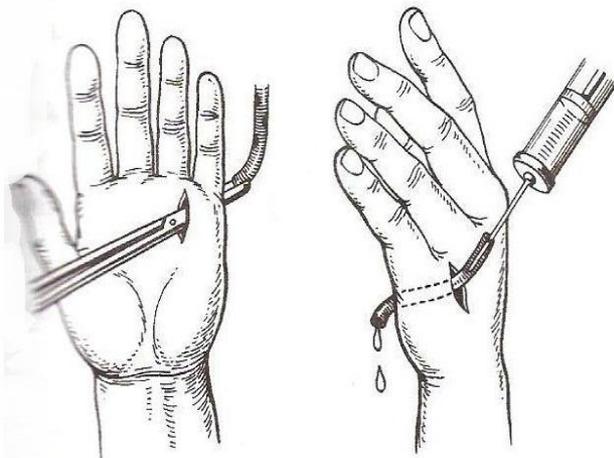


Рис. 4-127. Дренирование комиссуральной флегмоны на тыльной поверхности кисти

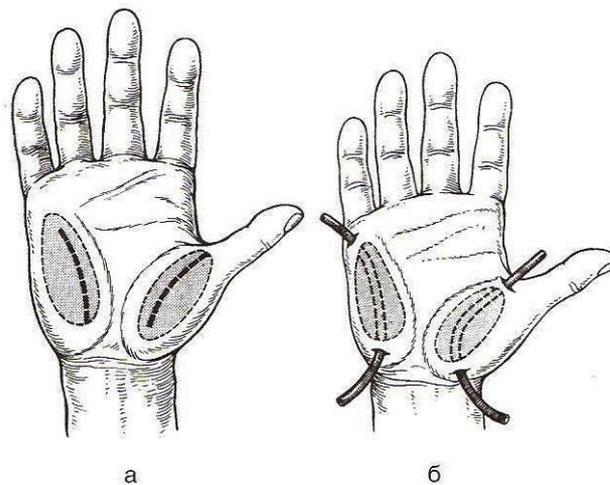


Рис. 4-124. Разрезы, применяемые для вскрытия (а) и дренирования (б) флегмон возвышений I и V пальцев. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

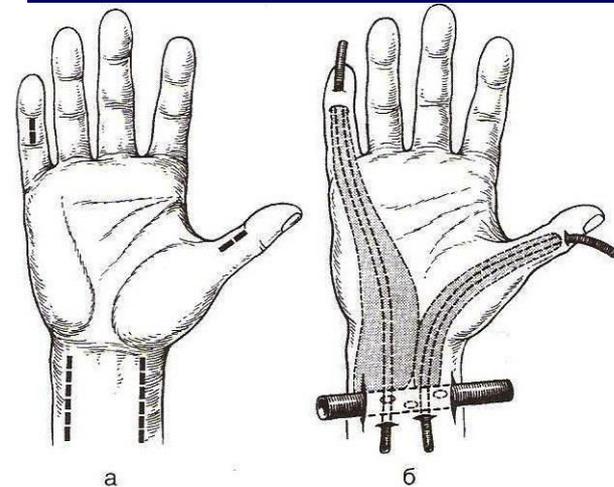
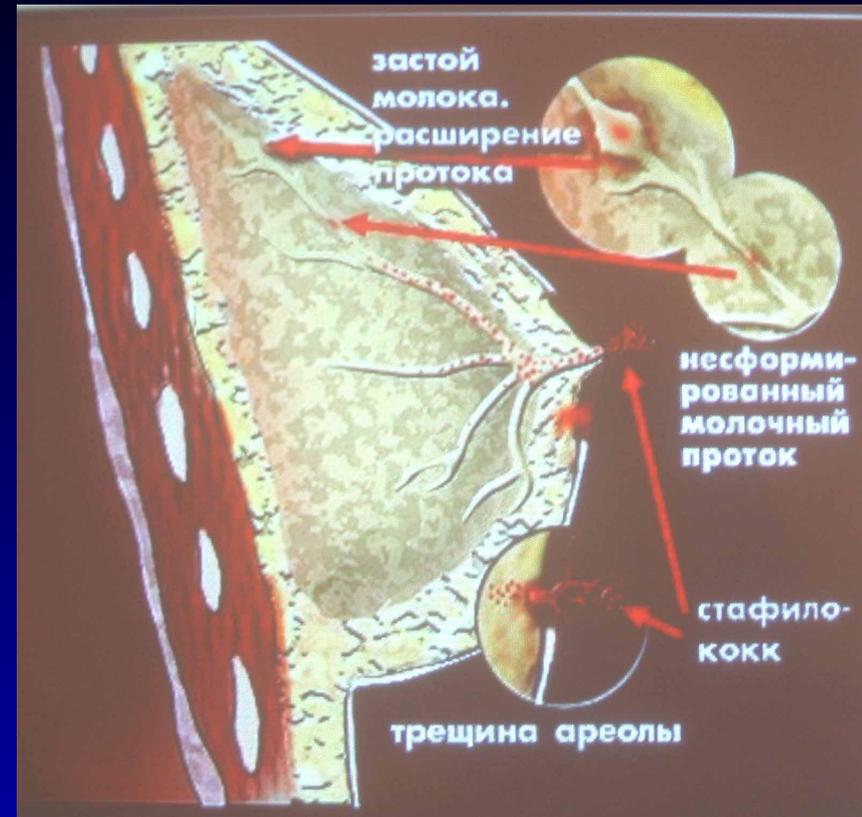


Рис. 4-125. Проточно-промывное дренирование при U-образной флегмоне кисти с прорывом гноя в пространство Пирогова-Парона. а — места разрезов, б — дренирование синовиальных влагалищ I и V пальцев и пространства Пирогова-Парона. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

ФЛЕГМОН

# МАСТИТ

- **Острое воспаление молочной железы.**
- **Возбудитель – чаще стафилококк.**
- **Фон – лактостаз, микротравмы и патология соска и параареолярной области.**
- **Проникновение инфекции – через микротрещины, молочные ходы.**

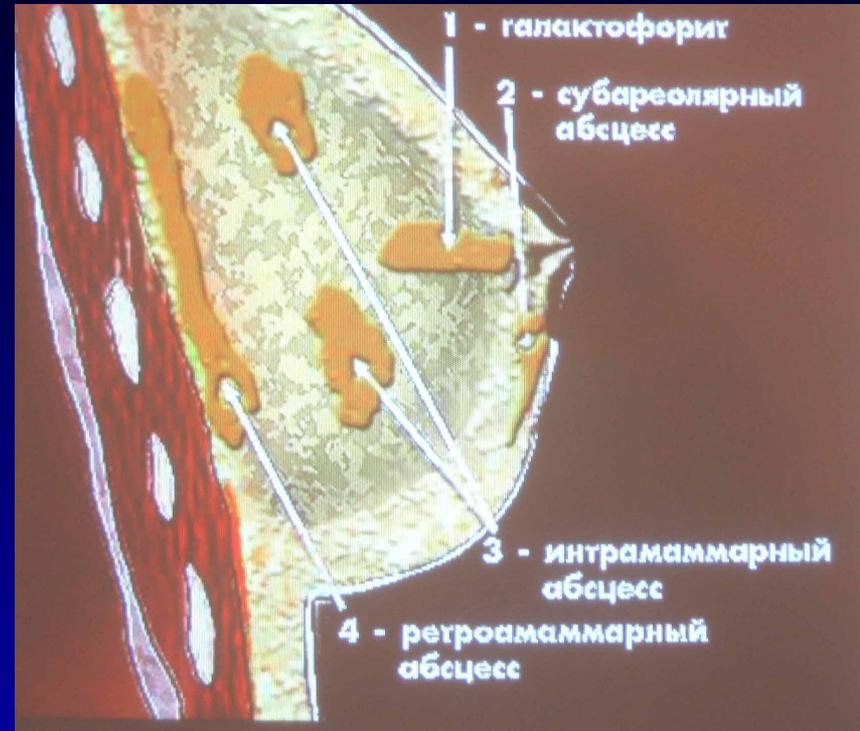


# КЛАССИФИКАЦИИ

По течению – острый.

По формам – серозный, острый инфильтративный, флегмонозный, абсцедирующий, гангренозный.

По локализации – галактофорит, субареолярный, интрамаммарный, ретромаммарный.



# ОТЛИЧИЕ ОТ ЛАКТОСТАЗА

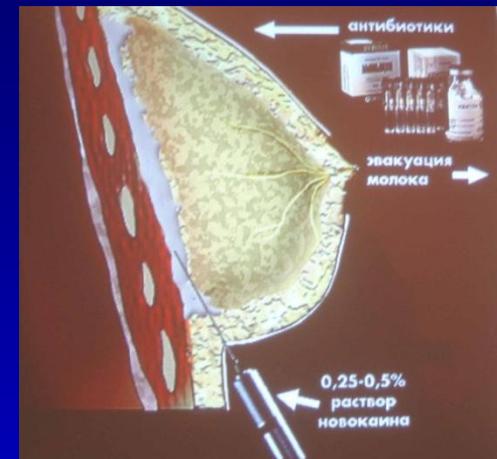
При лактостазе присутствует равномерное увеличение обеих молочных желез, повышения температуры практически нет, при сцеживании молока наступает облегчение



# ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА

**Симптомы** – повышение температуры до 38-39-40 гр., усиление болей, увеличение молочной железы, резко болезненный инфильтрат без четких границ, гиперемия, слабость головная боль.

**Лечение** – сцеживание молока, иммобилизация железы, ограничение приема жидкости, ФТЛ, новокаиновая блокада с А/Б, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, в части случаев гормональное подавление лактации.



# ФЛЕГМОНОЗНАЯ ФОРМА

**Симптомы** – тяжелое общее состояние обусловленное выраженной интоксикацией, увеличение молочной железы, резкая болезненность, выраженная гиперемия с цианозом, расширение подкожных вен, появление участков размягчения тканей.

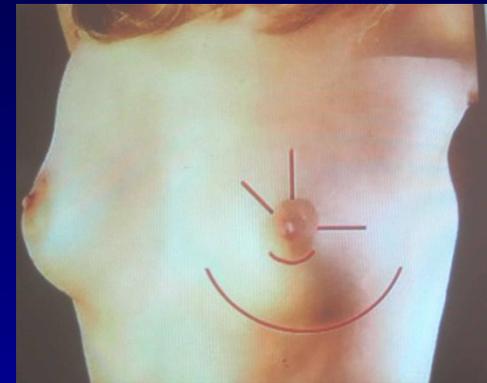
**Лечение** – хирургическое (вскрытие с иссечением некротических тканей) + общая комплексная терапия.



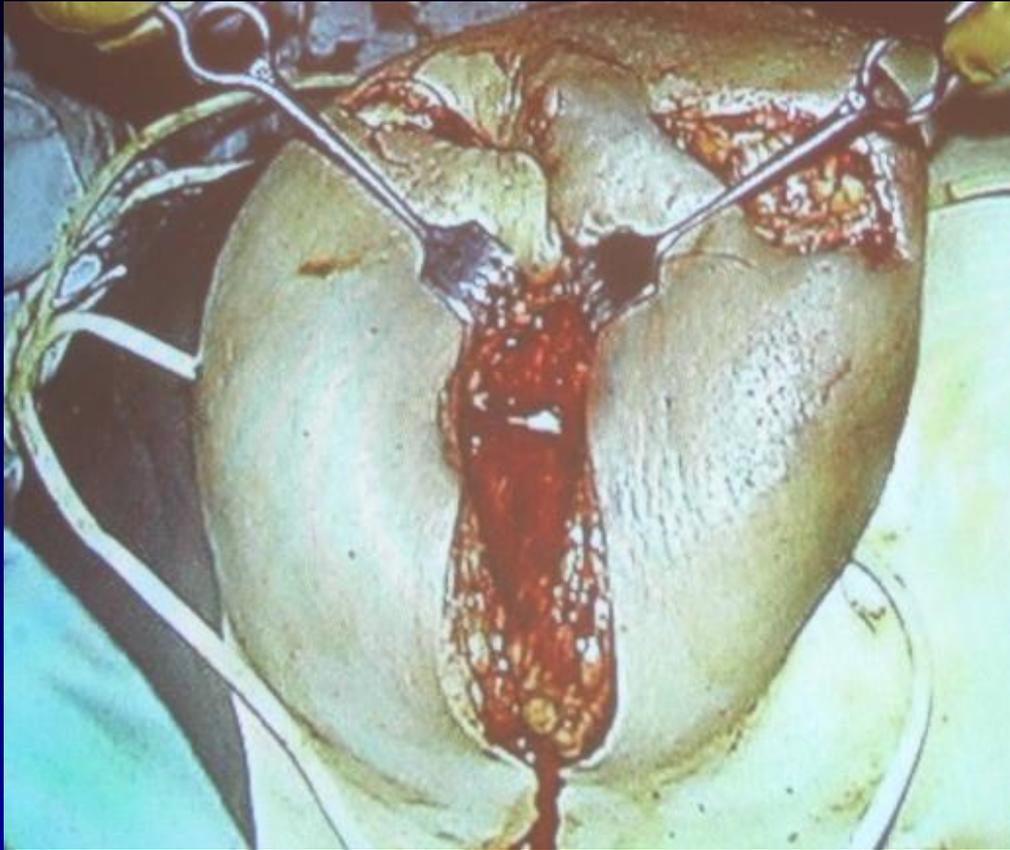
# АБСЦЕДИРУЮЩАЯ ФОРМА

**Симптомы** – появление флюктуации, большие размахи между утренней и вечерней температурой, при пункции по центру размягчения тканей или зоны флюктуации – получение гноя, усиление синдрома интоксикации.

**Лечение** – хирургическое (вскрытие и дренирование с последующими хирургическими обработками полости абсцесса) + комплексная терапия.

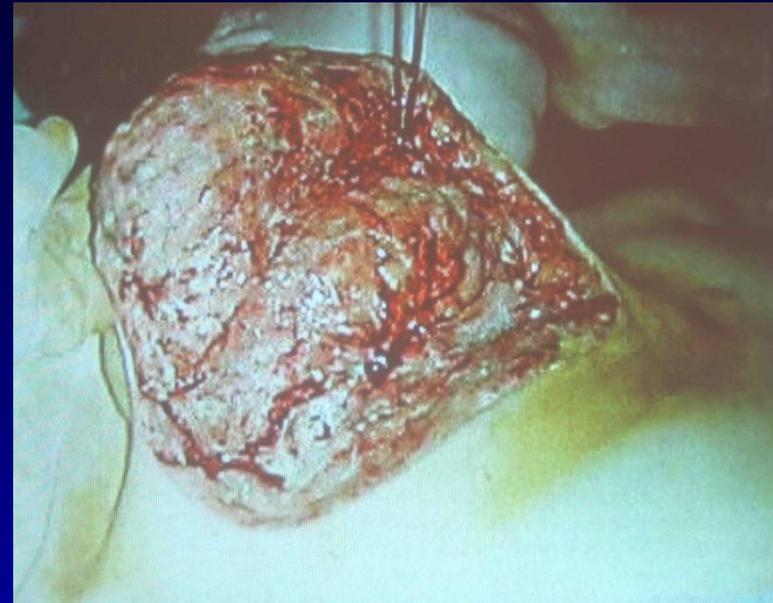






# ГАНГРЕНОЗНАЯ ФОРМА

- Наиболее тяжелая форма, которая возникает у поздно обратившихся за медицинской помощью, у больных сахарным диабетом, ВИЧ-инфекцией.
- Возбудитель – анаэробная или гнилостная микрофлора.
- Осложнение – сепсис.
- Лечение – хирургическое (удаление всей молочной железы) + интенсивная терапия сепсиса.



# РОЖА

- Острое серозно-экссудативное воспаление кожи или слизистой.
- Возбудитель – патогенный стрептококк
- Фон – снижение иммунитета.
- Проникновение инфекции – микротравмы, лимфогенно.



# КЛАССИФИКАЦИИ

## По характеру воспаления:

1. Эритематозная,
2. Буллезная,
3. Флегмонозная,
4. Некротическая.

## По течению:

1. Острая,
2. Рецидивирующая,
3. Мигрирующая.

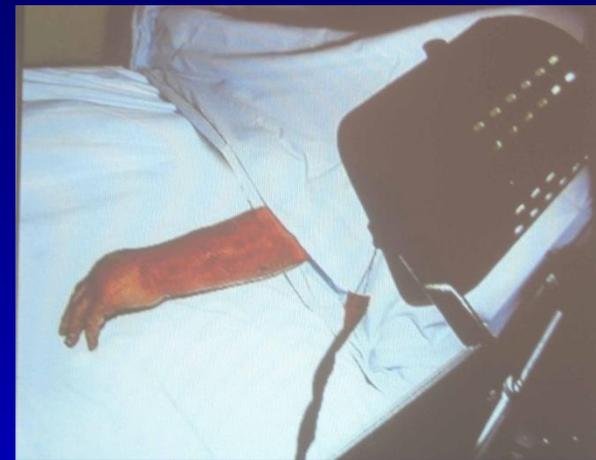


# ЭРИТЕМАТОЗНАЯ ФОРМА

**Общие симптомы** – повышение температуры до 40 гр., головная боль, озноб, рвота, тахикардия, слабость.

**Местные симптомы** – гиперемия ярко красного цвета с четкими неровными границами (географическая карта), сильная боль, локальная гипертермия, отек.

**Лечение** – консервативное (антибиотики пенициллинового ряда) + местно (повязки с синтомициновой эмульсией, тетрациклиновой мазью, обработка антисептиками, УФО).





# БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА

**Общие симптомы** – выраженный симптом интоксикации.

**Местные симптомы** – отслойка эпидермиса с появлением пузырей наполненных серозным или геморрагическим экссудатом, выраженный отек и гиперемия.

**Лечение** – местно (вскрытие пузырей с иссечением отслоившегося эпидермиса с последующем лечением раны согласно фазности раневого процесса, УФО) + общее (в/м или в/в полусинтетические пенициллины, сульфаниламиды, инфузионная дезинтоксикационная и корригирующая терапия, иммунокоррекция. )



**ОПАСНОСТЬ  
КОНТАКТНОГО  
ИНФИЦИРОВАНИЯ**  
– в экссудате  
содержится большое  
кол-во

**стрептококков.**



# ФЛЕГМОНОЗНАЯ ФОРМА

**Общие симптомы** – усиление интоксикации.

**Местные симптомы** – происходит распространении инфекции на подкожную клетчатку, где отмечается серозно-гнойное пропитывание тканей, скопления гноя, распространенный и напряженный отек, зоны размягчения тканей.

**Лечение** – хирургическое (вскрытие, дренирование с последующими хирургическими обработками для иссечения нежизнеспособных тканей) + общее (антибактериальная, дезинтоксикационная, корригирующая терапия.)





# НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФОРМА

Развивается крайне редко, обычно у ослабленных или истощенных больных.

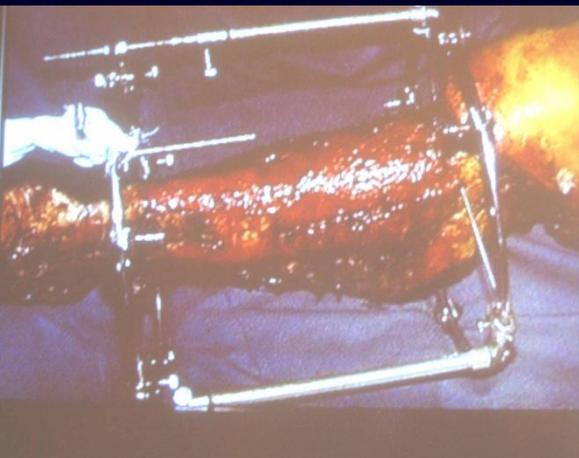
Клиническая картина характеризуется появлением распространенных некрозов на фоне критической интоксикации организма (сепсис).

Лечение – хирургическое (некрэктомии) + интенсивная терапия сепсиса.



# ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Обширные раневые дефекты и грубые рубцы.



- Рецидивирование и склероз лимфатических сосудов с образованием хронической лимфовенозной недостаточности (лимфедэмы - слоновость).





# ЭРИЗИПЕЛОИД

- Острое инфекционное заболевание кожи и, реже, суставов конечностей.
- Возбудитель – палочка свиной рожи.
- Входные ворота инфекции – микротравмы.
- Характерен для людей занятых обработкой сырой рыбы, мяса, дичи.



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Общие симптомы – отсутствуют.

Местные симптомы – на коже

пальцев/ладоней/предплечий появляется гиперемия с резко очерченной границей, интенсивный зуд, локальной гипертермии нет.

Длительность - заболевания 10-20 дней.

Возможно рецидивное течение заболевания





# ЛЕЧЕНИЕ

**КОНСЕРВАТИВНОЕ** – антибиотики пенициллинового ряда, футлярные новокаиновые блокады, мазевые повязки, специфическая сыворотка, рентгенотерапия.



Острый парапроктит —  
острое воспаление  
околопрямокишечной  
клетчатки, обусловленное  
распространением  
воспалительного процесса  
из анальных крипт и  
анальных желез.



# ПАРАПРОКТИТ

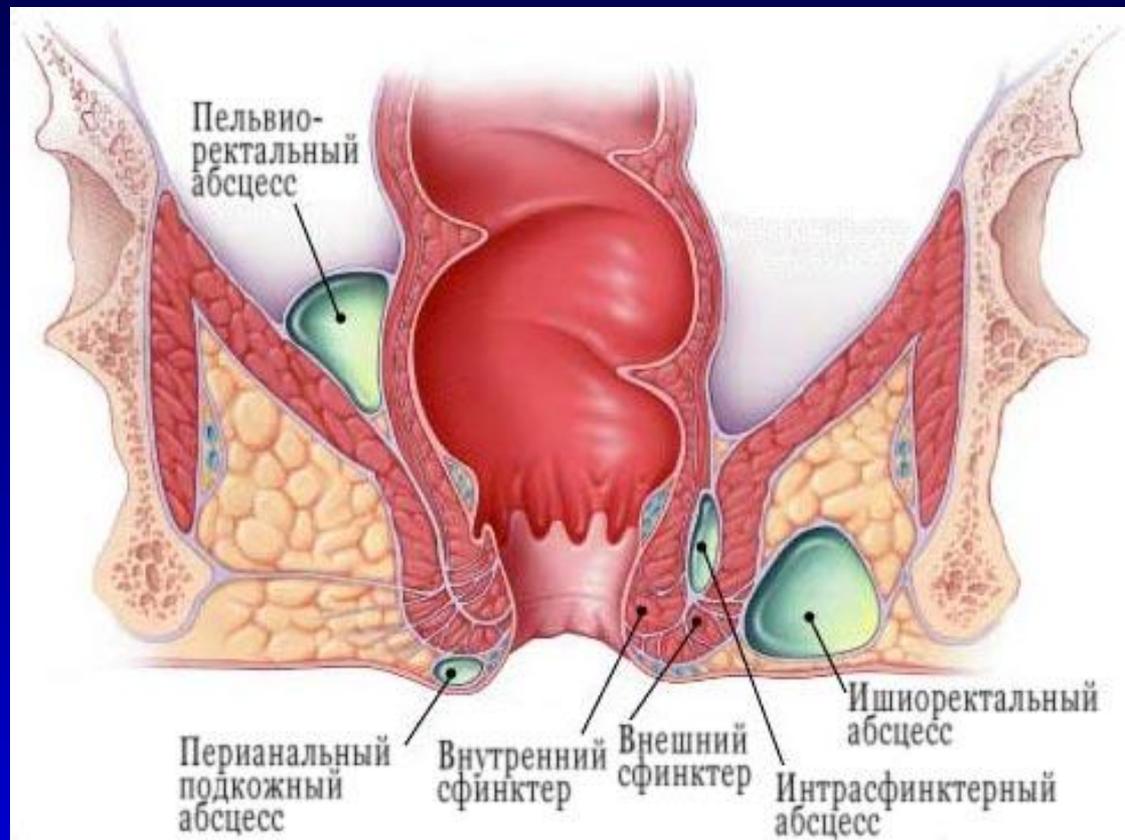
- **Гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки.**
- **Возбудитель – смешанная флора с преобладанием кишечной палочки или анаэробной микрофлоры.**
- **Входные ворота инфекции – анальные железы, микротравмы слизистой, трещины анального канала, геморрой, редко может распространяться гематогенно или лимфогенно из соседних органов, пораженных воспалительным процессом.**



# КЛАССИФИКАЦИЯ

## По локализации:

1. Подкожный
2. Подслизистый
3. Ишиоректальный
4. Пельвиоректальный
5. Ретроректальный



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

**Общие симптомы** – синдром интоксикации, в зависимости от степени распространенности процесса.

**Местные симптомы:**

- 1. Подкожный** – в области заднего прохода гиперемия и болезненный отек.
- 2. Подслизистый** – боли при дефекации, при ректальном исследовании – болезненный инфильтрат со стороны слизистой.
- 3. Ишиоректальный** – отек и гиперемия в области промежности, при ректальном исследовании – болезненность одной из боковых стенок прямой кишки.
- 4. Пельвиоректальный** – сложен для диагностики из-за расположения воспалительного очага высоко в окологазовой клетчатке – протекает без видимых проявлений со стороны промежности.

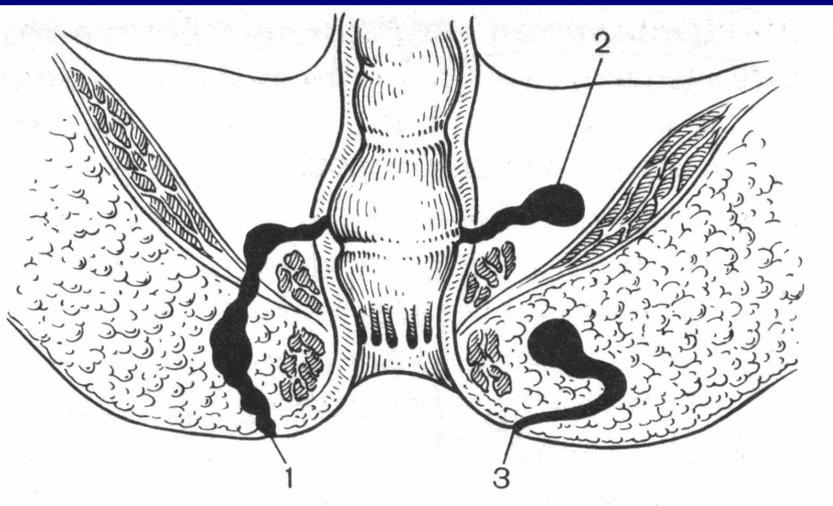


# ЛЕЧЕНИЕ

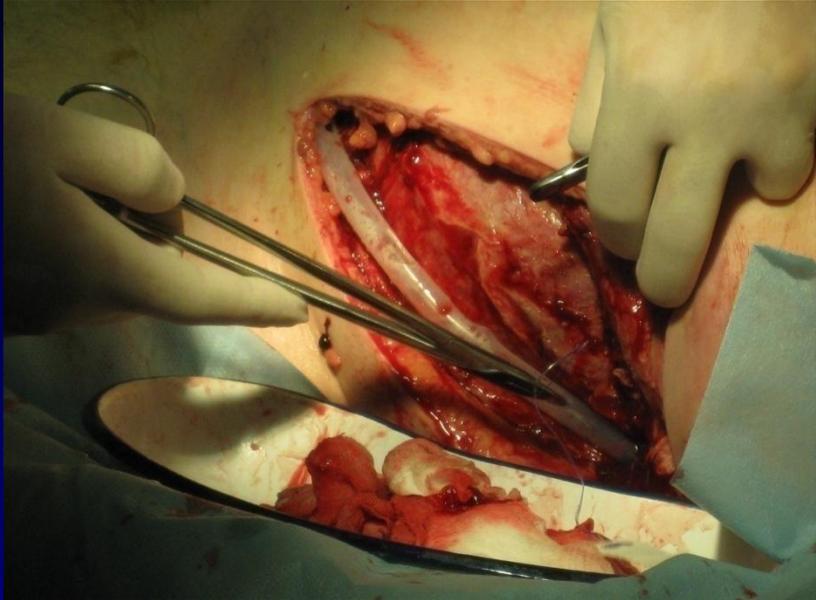
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ** – вскрытие, дренирование очага с последующим иссечением пораженной крипты со стороны слизистой прямой кишки и иссечением гнойно-некротического хода в тканях.

**Общее** – комплексная терапия.

**Осложнение** – образование свищей.



**ректальный  
(анаэробный)  
ПАРАПРОКТИТ**



# ПАРОТИТ

- Гнойное воспаление околоушной железы.
- Возбудитель – смешанная гноеродная микрофлора.
- Проникновение – через слюнной выводной проток из полости рта + лимфогенно или гематогенно.
- Фон – интоксикация, истощения, онкологические больные.
- Классификация – по характеру воспаления:

Серозная форма, абсцедирующая, флегмонозная и гангренозная формы.



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



**Общие симптомы** – синдром интоксикации, разной степени выраженности.

**Местные симптомы** – отек в околоушной области с тенденцией к увеличению и переходу в напряженный, болезненный, гиперемия, при абсцедировании – симптом флюктуации, затруднение открывания рта.



# ЛЕЧЕНИЕ

При начальной форме – консервативное (согревающие компрессы, антибиотики, дезинтоксикационная и корригирующая терапия, канюлирование и промывание выводного протока слюнной железы растворами антибиотиков, уход за полостью рта).

При абсцедировании – хирургическое (вскрытие гнойника разрезом в области угла нижней челюсти – место прохождения ветви лицевого нерва).

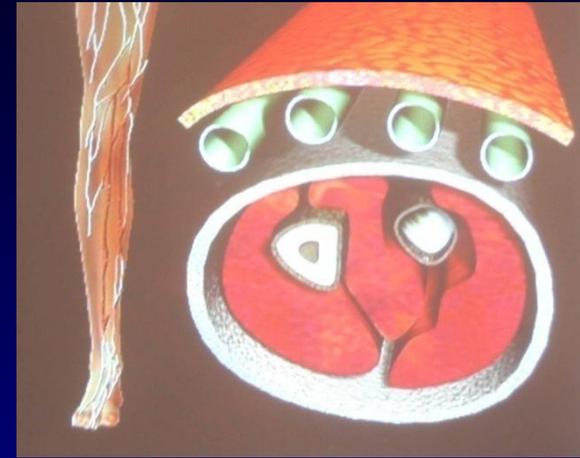


# ЛИМФАДЕНИТ и ЛИМФАНГИТ

Вторичные заболевания,  
развивающиеся при  
распространении инфекции из  
очага воспаления по  
лимфатическим сосудам.

Лимфаденит – острое воспаление  
лимфатических узлов.

Лимфангит – острое воспаление  
лимфатических сосудов.



# КЛАССИФИКАЦИИ

Лимфаденит – гнойный,  
абсцедирующий, аденофлегмона.

Лимфангит – мелких сосудов  
(сетчатый), крупных поверхностных  
сосудов (стволовой или  
тункулярный)



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

**Лимфаденит** – боль и увеличение лимфоузлов, повышение температуры до 39-40 гр., при абсцедировании появление гиперемии и флюктуации при распространении воспаления на окружающую клетчатку образования аденофлегмоны.

**Лимфангит** – повышение температуры боли по ходу лимфатических сосудов при сетчатом лимфангите – диффузная гиперемия, при трунккулярном – гиперемия в виде полос по ходу лимфатических сосудов, уплотнение в виде тяжа и болезненность по ходу сосудов.



# ЛЕЧЕНИЕ

## Лимфаденит:

1. Санация первичного очага
2. Антибактериальная терапия
3. ФТЛ
4. При абсцедирующем лимфадените и аденофлегмоне – хирургическое лечение.

## Лимфангит:

1. Иммобилизация конечности
2. Санация первичного очага
3. Антибактериальная терапия
4. Местно – повязки антисептиками и ФТЛ.

