

Фурункул и карбункул
лица. Рожистое
воспаление лица.

КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА И
ЛЕЧЕНИЕ.

Фурункул — острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани.

- Заболевание наблюдается чаще у лиц молодого возраста. По данным С. М. Курбангалеева и соавт., фурункулы у 64,2%, карбункулы у 15,1% больных локализуются на лице. Большое влияние на распространение заболевания оказывают климатические, профессиональные и бытовые факторы.

Этиология и патогенез.

- Возбудителем заболевания чаще всего является золотистый, реже белый стафилококк. Особенно большое значение в возникновении фурункулов имеет инфицирование волосяного фолликула, сальной железы и окружающих их тканей через выводные протоки и участки кожи с поврежденным эпидермисом. Инфицирование возникает в случаях нарушения целостности эпидермиса при ссадине, порезе во время бритья.

К предрасполагающим факторам в возникновении фурункулов лица относят загрязнение кожи мазутом, машинным маслом или грубыми частицами пыли (известь, цемент, уголь).

Факторами, предрасполагающими к возникновению фурункулов, могут быть также неблагоприятные метеорологические условия, охлаждение, перегревание организма, нарушения нервной, эндокринной систем, авитаминоз, интоксикация. Особое значение в возникновении заболевания имеет нарушение углеводного обмена. Установлено, что более 20% больных сахарным диабетом страдают фурункулезом. Частые рецидивы одиночных фурункулов обусловлены сенсibilизацией кожи к стафилококковой инфекции. Такое течение заболевания определяют как фурункулез.

Фурункулез — множественное, часто рецидивирующее возникновение фурункулов, возникающее, как правило, у ослабленных и истощенных больных, при наличии гипо- и авитаминозов.

Клиника. Фурункулы лица обычно локализуются в области губы, подбородка, носа, реже на коже лба и щек. В развитии фурункулов различают три стадии.

Вначале возникают ограниченная краснота и припухание, сопровождающиеся незначительной болезненностью. В течение 1—2 дней в области устья волосяного фолликула формируется ограниченный узелок, подлежащие ткани инфильтрируются, гиперемия кожи в области инфильтрата увеличивается, появляется резкая болезненность.

Характерной особенностью фурункулов лица является выраженная отечность пограничных с узлом тканей.



- Вторая стадия развития фурункула сопровождается нагноением и некрозом. Через 3—4 дня от начала заболевания происходит гнойное расплавление тканей, клинически проявляющееся флюктуацией. После самопроизвольного или искусственного вскрытия гнойного очага выделяется небольшое количество гноя с примесью крови. В месте дефекта эпидермиса виден некротический стержень фурункула, который вместе с гноем самопроизвольно отторгается или удаляется пинцетом. После этого на месте фурункула образуется небольшая кровоточащая язвочка, заполняющаяся грануляциями. Инфильтрация и отечность пограничных с фурункулом тканей уменьшаются. При своевременной терапии инфильтрация тканей постепенно исчезает, наступает abortивное течение процесса без абсцедирования

- Для третьей стадии характерно заживление раны с образованием небольшого, слегка втянутого рубца. В случаях большого скопления гноя и расплавления некротического стержня возникает так называемый абсцедирующий фурункул.
- Фурункулы лица нередко сопровождаются регионарным лимфаденитом, однако нагноение лимфатических узлов происходит редко. У таких больных появляются головная боль, озноб, общее недомогание, которые являются проявлением интоксикации организма. Особенно тяжелое клиническое течение характерно для фурункулов верхней губы, угла рта, носа, подглазничной области, области носогубного треугольника. Из-за возможности возникновения грозных осложнений (тромбофлебит лицевых вен и тромбоз кавернозного синуса, сепсис, менингоэнцефалит) такие фурункулы получили название «злокачественных».

- Возникновению осложнений способствуют анатомо-топографи-ческие особенности этой области. Кожа лица отличается богатой васкуляризацией. В ней расположена густая венозная сеть, которая особенно выражена вблизи средней линии лица. Для лицевой вены характерна большая склонность в образовании тромбов и последующему гнойному их распаду с образованием метастазов. При тромбозе угловой вены направление тока крови в ней меняется и кровь устремляется из лицевой вены в вены глазницы, а затем в венозные системы головного мозга и его оболочек. Распространение бактериальных тромбов происходит не только по малому, но и по большому кругу кровообращения с формированием септических очагов.

- Фурункул лица может осложниться образованием карбункула, при котором одновременно поражается несколько волосяных фолликулов. В отличие от фурункула карбункул является разлитым гнойно-некротическим воспалением глубоких отделов кожи и подкожной жировой клетчатки. Этиология и патогенез карбункула такие же, как и фурункула. Карбункул чаще возникает у пожилых, истощенных больных

Развитие карбункула, как и фурункула, начинается с образования пустулы. Однако при карбункуле быстро появляется плотный резко болезненный инфильтрат, распространяющийся не только на все слои кожи, но и подкожную жировую клетчатку.

Кожа над инфильтратом имеет сине-багровую окраску. Для карбункула характерно появление нескольких гнойно-некротических «головок». Впоследствии в центральной части карбункула происходят размягчение и отторжение некротизированной ткани

Карбункулу лица, как правило, сопутствует региональной лимфаденит. Состояние больных тяжелое. Температура тела достигает 39—40 °С. Нередко наблюдается потрясающий озноб. Имеют место и другие симптомы гнойно-резорбтивной лихорадки (выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, резкое увеличение СОЭ, бледность кожных покровов).

- Карбункулы лица чаще, чем фурункулы, осложняются тромбофлебитом лицевых вен и тромбозом кавернозного синуса, септикопиемией и др. По наблюдениям С. Д. Сидорова у 5 % больных с фурункулами лица и у 40,8% больных с карбункулами лица возник тромбофлебит лицевых вен и тромбоз кавернозного синуса

Лечение неосложненных фурункулов, особенно в первой стадии, проводится консервативно и, как правило, амбулаторно. Прежде всего следует устранить любые внешние раздражители — бритье, малейшее травмирование тканей в области локализации фурункула. Больным с карбункулами лица необходимо соблюдать постельный режим, не разговаривать, питаться через трубку. Кожа лица, окружающая фурункул, обрабатывается 2% салициловым спиртом, 70% этиловым спиртом, затем накладывают асептическую повязку. Дерматологи до вскрытия очага рекомендуют лечить фурункулы чистым ихтиолом, мазью Вишневского, обладающими бактерицидным, кератолическим и обезболивающим действием.

Хирургическое лечение при фурункулах лица обычно проводят в случаях их абсцедирования, после разреза полость дренируется. В послеоперационном периоде для ускорения отторжения некротизированных тканей местно применяют протеолитические ферменты. Более эффективно эта процедура проводится с помощью лазерного скальпеля. Фотонекрэктомия гнойно-некротического стержня осуществляется неинвазивно, бесконтактно, без механического давления на ткани, что предупреждает распространение микробной флоры из гнойного очага на соседние ткани. При карбункуле под наркозом производят разрез через все пораженные ткани, вскрывают гнойные затеки, производят некрэктомию. Некоторые хирурги рекомендуют вскрывать карбункулы, в том числе на лице, путем крестообразных разрезов.

лица — это прежде всего предотвращение гнойничковых заболеваний кожи, санация полости рта и носа, являющихся основным резервуаром патогенных стафилококков в организме человека. Профилактика развития осложненных форм течения фурункула и карбункула заключается в недопущении попыток выдавливания гнойничков на лице.

- Рожа — инфекционно-аллергическая болезнь, протекающая с выраженной интоксикацией, высокой температурой тела и характерным местным воспалительным очагом серозно-геморагического характера с лимфангиитом и регионарным лимфаденитом.

- Этиология и патогенез. Возбудителем рожи является бета-гемолитический стрептококк группы А. В результате вторичного инфицирования из местного воспалительного очага стали выделять стафилококки, кишечную палочку и другие микроорганизмы.

Внедрение бета-гемолитического стрептококка происходит при поврежденной коже. Возбудитель заболевания размножается в лимфатических капиллярах дермы. Образующиеся экзо- и эндотоксины проникают в кровеносное русло, что приводит к выраженной интоксикации, которая проявляется ознобом и высокой температурой тела больного. В дерме и сосочковом слое кожи образуются иммунные комплексы. Из-за внутрисосудистого свертывания крови и нарушения целостности сосудистой стенки происходят тромбообразование и микрокровоизлияния. Возникает местный геморрагический синдром, приводящий к образованию в коже геморагий и пузырей с серозным и геморрагическим содержимым. Заболеванию рожей может способствовать алергизация организма к стрептококку и его токсинам.

Клиника

- Для рожи характерно острейшее начало. Инкубационный период устанавливается лишь при посттравматической роже, он составляет 2—3 суток. Местный очаг на лице и волосистой части головы локализуется в 25%. Эритема и отек развиваются одновременно в виде эритематозного пятна, возвышающегося над поверхностью кожи. Чаще очаг имеет эритематозно-геморрагический и булезно-геморрагический характер. При локализации очага на лице суживаются глазные щели; очаг распространяется на щеки, лоб, веки, нередко на ушные раковины, волосистую часть головы. Поражению кожи сопутствует шейный лимфаденит. Возможно распространение очага и на слизистую оболочку ротоглотки. На лице очаг может формироваться с первых часов болезни.

Степень интоксикации организма зависит от тяжести заболевания. Температура тела повышается до 39—40 °С, появляется озноб. Местные осложнения при роже встречаются редко. Могут возникать нагноившаяся гематома, абсцесс, флегмона, сепсис.

Диагноз рожи ставят на основании осмотра. Принимается во внимание острейшее начало болезни, высокая температура тела, выраженная интоксикация, характерный местный очаг и лимфаденит с лимфангиитом.

Рожу следует дифференцировать от тромбофлебита вен лица, которому предшествует фурункул или карбункул.

ЛЕЧЕНИЕ

- Важным компонентом является антибактериальная терапия. При инфекции средней степени тяжести назначают феноксиметилпенициллин внутрь по 0,5 г 4 раза в сутки. Продолжительность лечения 14 дней. В острых случаях быстрый эффект дает внутривенное введение бензилпенициллина по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки, курсовая доза — 48 млн. ЕД, затем его заменяют пероральными препаратами. В настоящее время для лечения рожи предложен антибиотик группы макролидов — рокситромицин в таблетках 0,3 г в сутки в 1 или 2 приема внутрь за 1 час до еды. При неприятных ощущениях в виде жжения, жара в ранние сроки применяются примочки с раствором фурацилина (1:5000), риванола (1:1000), при вскрытии пузырей проводят УФ-облучение, лазерную терапию. Большинство больных рожей лечится в амбулаторных условиях. Показанием к госпитализации является тяжелое течение болезни с выраженной интоксикацией.