

# **Виды аэробной хирургической инфекции**



# Гидраденит

- **Гидраденит — воспаление потовых желез. Заболевание вызывается чаще всего стафилококком.**
- **Локализуется процесс в подмышечной впадине, паховых складках, перианально.**
- **Причиной может быть повышенная потливость, нарушение личной гигиены, дерматиты.**
- **Заболевание начинается с образования поверхностного болезненного инфильтрата конусовидной формы с гиперемией и отеком вокруг.**

# Гидраденит

- **Через 1—2 дня появляется гнойное содержимое, кожа над ним истончается и приобретает синюшно-серый вид.**
- **Иногда возникает сразу несколько образований, которые могут соединяться между собой.**
- **Общее состояние ухудшается, появляются симптомы интоксикации.**
- **Лечение такое же, как и при других заболеваниях аэробной хирургической инфекции.**

# Гидраденит

- **Уход за пациентом.**
- **Перед лечением осторожно удаляют волосы, тщательно антисептическими растворами обрабатывают область поражения.**
- **Руку на стороне гидраденита подвешивают на косынке.**
- **Для предупреждения развития новых очагов кожу в этой области обрабатывают спиртом (салициловым, левомицетиновым, борным).**
- **Для закрытия раны рекомендуется применять не повязки, а наклейки.**
- **С пациентом обязательно проводится беседа о важности гигиенического содержания областей,**

# Виды аэробной хирургической инфекции

- **Флегмона — неограниченное распространенное гнойное воспаление в межклеточном пространстве (подкожной, межмышечной, забрюшинной и другой клетчатки).**
- **Возбудителями могут являться стафилококки, стрептококки и другие микробы, которые проникают в клетчатку из ран лимфогенным, гематогенным путем или из соседних областей, как осложнение других гнойных образований.**
- **Заболевание начинается остро, с выраженными местными и общими симптомами гнойного воспаления.**
- **При поверхностном процессе появляется отек, гиперемия, повышение местной температуры, вначале уплотнение тканей без четких границ, а при нагноении — размягчение этого участка (симптом флюктуации).**

# ПАТОГЕНЕЗ.

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

**Причины, способствующие развитию флегмоны:**

1. **Открытые и закрытые повреждения с разможжением тканей, кровоподтеками и гематомами.**
2. **Инъекции, блокады.**
3. **Умышленное введение некоторых химических веществ (керосин, бензин, скипидар).**

# ПАТОГЕНЕЗ.

1. **Гнойно-воспалительные процессы (сепсис, остеомиелит, тромбофлебит, абсцесс, карбункул и др.).**

**Воспалительный экссудат распространяется по клетчатке, переходя из одного фасциального футляра в другой через отверстия для сосудисто-нервных пучков.**

**Раздвигая ткани, сдавливая и разрушая сосуды, гной приводит к некрозу тканей.**

**В зависимости от локализации выделяют эпифасциальную и субфасциальную (межмышечную) флегмону**

# ПАТОГЕНЕЗ.



# ПАТОГЕНЕЗ.

При некоторых локализациях флегмона носит специальное название (паранефрит, парапроктит, параколит, параметрит и др.).

Чаще флегмона локализуется в подкожной клетчатке, что связано со слабой сопротивляемостью последней инфекции, с частой травматизацией и большой возможностью инфицирования.

В особую группу выделяют послеинъекционные флегмоны.

Их возникновению способствует: - введение в ткани гипертонических растворов (50% раствор анальгина, 25% раствор сульфата магния, 24% раствор кордиамина и др.), которые могут вызвать в тканях некроз.;

- нарушение правил асептики и антисептики при выполнении инъекций;
- нарушение техники введения лекарственных средств (недостаточно глубокое введение лекарств, напряжение мышц в момент инъекции).

# Флегмона

- **Общая симптоматика резко выраженная: температура тела повышается до 40 °С, озноб, головная боль, нарушается функция пораженной области.**
- **Лечение проводится только в хирургическом стационаре гнойно-септического отделения.**
- **В начальной стадии инфильтрат можно попытаться лечить консервативно: местно влажно-высыхающие повязки с 25% р-ром магнезии сульфата или 10% раствором натрия хлорида; внутримышечно инъекции антибиотиков широкого спектра действия, поливитамины, обезболивающие.**

# Флегмона



# Флегмона

- **При формировании гнойника оперативное лечение: широкое и глубокое вскрытие гнойника или вскрытие его несколькими разрезами с последующим дренированием и наложением влажно-высыхающих повязок с антисептическими растворами.**
- **Несколько дней проводится промывание послеоперативной раны через трубчатый дренаж.**
- **Оперативное лечение сопровождается комплексным консервативным лечением: антибиотики, сульфаниламиды с учетом чувствительности микрофлоры, витаминотерапия, инфузионная терапия**

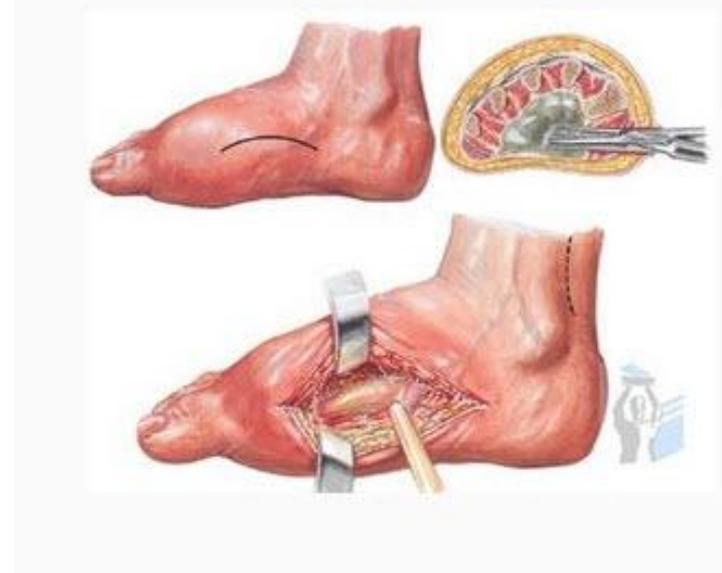
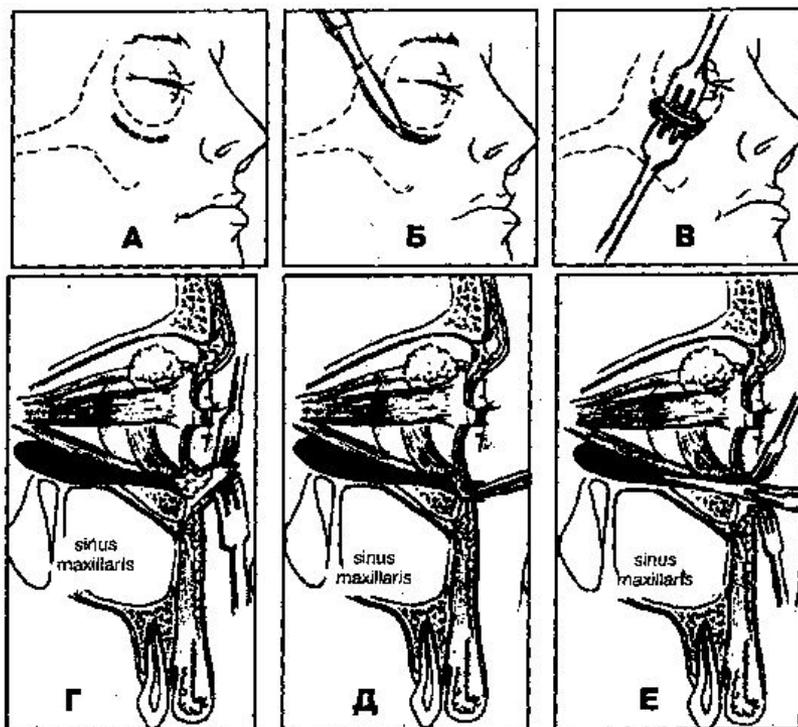
# Флегмона

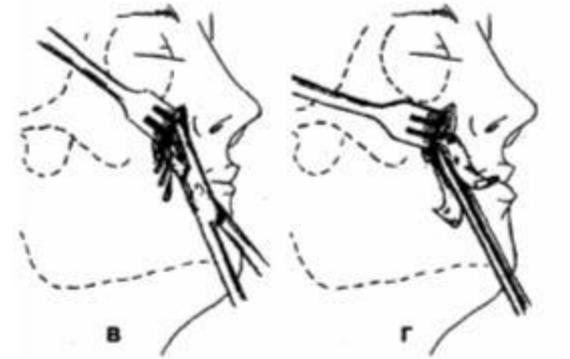
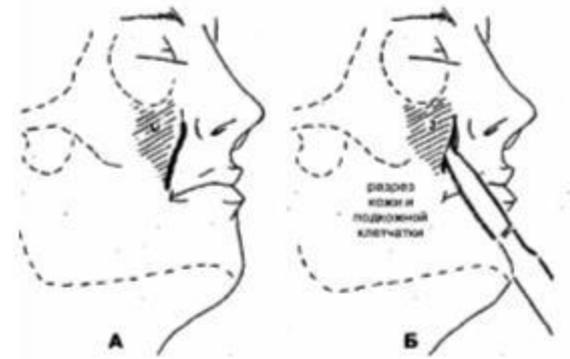
- **Уход за пациентом.**
- **Пациент должен соблюдать постельный режим, необходима иммобилизация конечности.**
- **Назначается обильное питье, молочно-растительная диета.**
- **В первые 3—4 дня сохраняется строгое наблюдение за состоянием пациента: измерение температуры тела до 4 раз в день, подсчет пульса, измерение артериального давления, ежедневное исследование общего анализа крови и мочи.**
- **Все эти мероприятия необходимы для профилактики осложнений (прогрессирование флегмоны, сепсис).**

# Флегмона



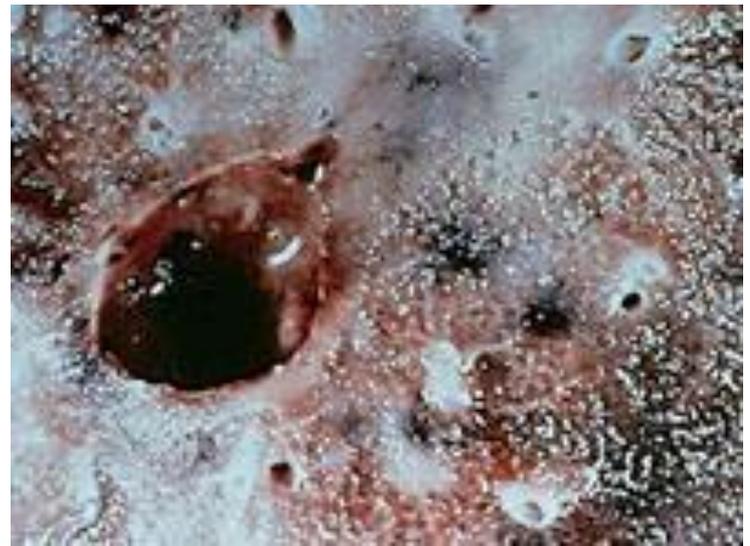
# Флегмона





# АБСЦЕСС

- **Абсцесс – ограниченное гнойное воспаление, формирующееся вследствие расплавления тканей и образования пиогенной капсулы.**
- **Этиология – стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, протей, бактероиды, микробные ассоциации**



# ПАТОГЕНЕЗ

**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.**

# ПАТОГЕНЕЗ

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

**По характеру течения абсцесс может быть острым и хроническим.**

**В начальном периоде формирования абсцесса ограниченный участок ткани инфильтрируется воспалительным экссудатом и лейкоцитами.**

**Постепенно, под влиянием ферментов лейкоцитов ткань расплавляется, образуется полость, заполненная гнойным экссудатом.**

**Форма полости может быть как пористой округлой, так и сложной, с многочисленными карманами.**



# ПАТОГЕНЕЗ

- Стенки абсцесса в ранней стадии его формирования покрыты гнойно - фибринозными накоплениями и обрывками некротизированной ткани.
- В дальнейшем, по периферии абсцесса развивается зона демаркационного воспаления, составляющий ее инфильтрат служит основой для формирования пиогенной мембраны, образующей стенку полости.

# ПАТОГЕНЕЗ

- **Пиогенная мембрана представляет собой богатый сосудами слой грануляционной ткани.**
- **Развитие абсцесса, как правило, заканчивается спонтанным опорожнением и выходом гноя на поверхность тела, в полые органы или полости организма.**
- **Прорыв абсцесса на поверхность тела или в полый орган, при хорошем дренировании гнойной полости и отсутствии грубой капсулы, нередко ведет к ликвидации полости абсцесса путем зарубцовывания.**
- **Сравнительно редко абсцесс подвергается инкапсуляции – вокруг абсцесса образуется толстая рубцовая капсула.**

# АБСЦЕСС

- **Иногда абсцессы, возникающие вокруг животных паразитов, подвергаются петрификации.**
- **Если сообщение абсцесса с поверхностью тела недостаточно или имеются другие причины, препятствующие спадению стенок полости абсцесса, то, после его опорожнения, формируется свищ – узкий канал, выстланный грануляционной тканью или эпителием, который соединяет полость абсцесса с поверхностью тела или просветом полого органа.**

# АБСЦЕСС

- Свищ часто возникает в тех случаях, когда в полости абсцесса содержится инородное тело или секвестры.
- При некоторых заболеваниях гной может распространяться по межтканевым щелям и скапливаться в местах, отдаленных от первичной локализации абсцесса.
- Примером являются так называемые холодные абсцессы (натечники), характерные для туберкулеза.
- При попадании в ткани веществ, вызывающих некрозы (скипидар, керосин), может возникнуть «асептический» гнойник

# 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 волны от одной стенки по всем направлениям.**

**Этот симптом отсутствует, когда стенка очень толстая, а полость абсцесса небольшая или находится в глубине.**

# КЛИНИКА

**Существенную помощь в диагностике может оказать пункция полости абсцесса толстой иглой.**

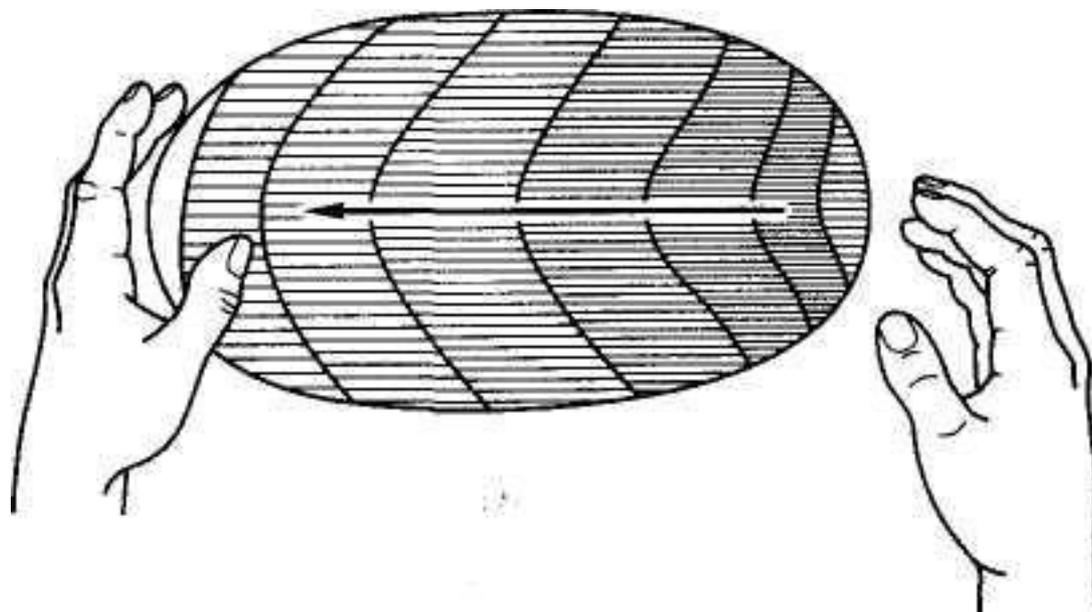
**При значительных скоплениях гноя обычно бывает выраженная общая реакция – повышение температуры тела, слабость, потеря аппетита, изменение состава крови и др.**

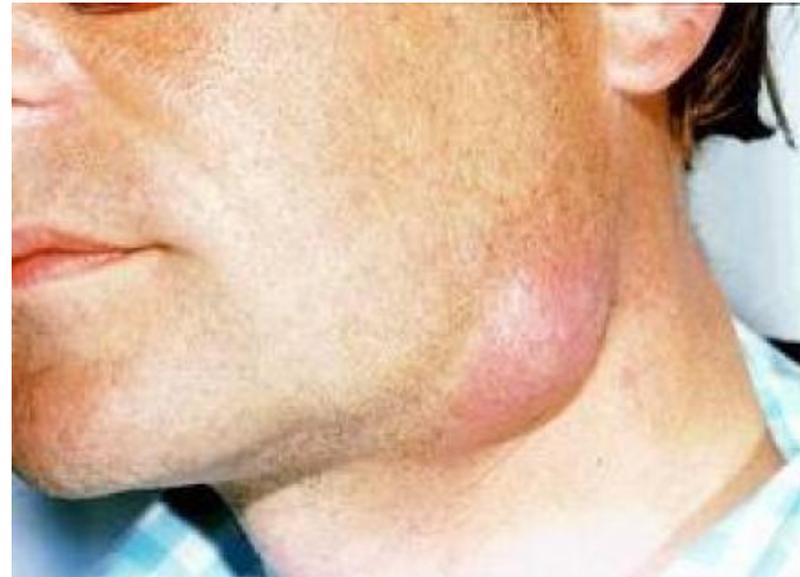
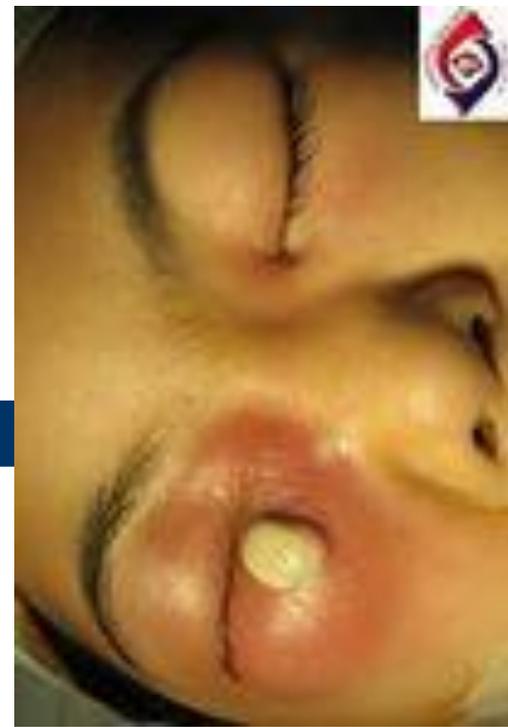
**При хроническом абсцессе признаки острого воспаления могут полностью отсутствовать.**

**Необходимо дифференцировать обычный абсцесс от холодного, т.е. натечника туберкулезного происхождения, характеризующегося наличием основного очага туберкулеза, медленным развитием, отсутствием острых воспалительных явлений.**

**Абсцесс следует также дифференцировать с гематомой, аневризмой, сосудистыми опухолями.**

# КЛИНИКА





# ЛЕЧЕНИЕ.

- **Диагноз абсцесса служит показанием для оперативного вмешательства, целью которого, независимо от локализации гнойника, является вскрытие, опорожнение и дренирование его полости.**
- **Не подлежат вскрытию холодные абсцессы туберкулезной этиологии вследствие неизбежно возникающей при этом суперинфекции гноеродной флорой.**
- **При абсцессах внутренних органов перспективным методом лечения является интервенционная сонография – пункция абсцесса с аспирацией гной и последующим введением в полость абсцесса антибиотиков или его дренирование под контролем УЗИ.**
- **Для вскрытия абсцесса выбирают кратчайший оперативный доступ с учетом анатомо-топографических особенностей.**

# ЛЕЧЕНИЕ.

- Для этого нередко вскрывают абсцесс по игле – первоначально пунктируют абсцесс, затем по игле рассекают ткани.
- При вскрытии гнойника по возможности подходят к его нижнему полюсу, чтобы создать хорошие условия для дренирования.
- Разрез должен быть широким, гной и некротические ткани удаляют, полость абсцесса обследуют пальцем, разделяя перемычки и удаляя секвестры.
- Следует избегать грубых манипуляций, нарушающих пиогенную мембрану.

# ЛЕЧЕНИЕ.

- **Необходимости в остановке кровотечения как правило нет, так как сосуды, расположенные в очаге воспаления, тромбированы.**
- **Полость абсцесса дренируют одним из известных методов дренирования.**
- **Если предполагается недостаточность опорожнения через основной разрез, делают контратертуру.**
- **После вскрытия лечение абсцесса проводится по принципу лечения гнойных ран с учетом фазности течения раневого процесса. Хорошие результаты дает иссечение абсцесса в пределах здоровых тканей и наложение первичного шва, что позволяет добиться лучшего косметического эффекта.**
- **Однако, этим методом возможно оперировать лишь небольшие абсцессы.**
- **Кроме местного, назначают общее лечение – антимикробные препараты.**
- **Дезинтоксикация, иммуностимулирующие и др.**

## **Хорошие результаты дает иссечение абсцесса**

- **Хорошие результаты дает иссечение абсцесса в пределах здоровых тканей и наложение первичного шва, что позволяет добиться лучшего косметического эффекта.**
- **Однако, этим методом возможно оперировать лишь небольшие абсцессы.**
- **Кроме местного, назначают общее лечение – антимикробные препараты.**
- **Дезинтоксикация, иммуностимулирующие и др.**

