

Фурункулы и карбункулы лица.
Рожа. Этиология. Патогенез.
Клиника. Диагностика.
Дифференциальная
диагностика. Осложнения.
Лечение.

Фурункул — острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани. Чаще наблюдается у лиц молодого возраста.

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

Этиология и патогенез:

Источником инфекции при фурункуле и карбункуле являются стрептококки и стафилококки, среди них золотистый и белый стафилококки.

Инфицирование происходит через проток сальной железы или по волосяному стержню. Большое значение в развитии воспалительного процесса имеют состояние кожного покрова, защитные противoinфекционные механизмы организма.

Предрасполагающие факторы:

- Загрязнение кожи мазутом
- Машинным маслом
- Крупными частицами пыли (известь, цемент)
- Переохлаждение
- Нарушение нервной, эндокринной систем
- Авитаминоз
- Интоксикации
- Нарушения углеводного обмена

Патологическая анатомия:

При фурункуле возникает гнойное воспаление в волосяном фолликуле, сальной железе, распространяющееся на прилегающую соединительную ткань – подкожную основу кожи.

Клиника:

Фурункулы лица обычно локализуются в области губы, подбородка, носа, реже на коже лба и щек.

В развитии фурункулов различают три стадии:

Первая стадия:

Ограниченная краснота и припухание, болезненность. В течение 1-2 дней в области устья волосяного фолликула формируется ограниченный узелок, подлежащие ткани инфильтрируются, увеличивается гиперемия ткани в области инфильтрата, появляется резкая болезненность.

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

Вторая стадия:

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 уменьшается. При своевременной терапии инфильтрация постепенно исчезает, наступает abortивное течение процесса без абсцедирования.

Третья стадия:

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 появляется 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.

Осложнения:

- Тромбофлебит лицевых вен
- Тромбоз кавернозного синуса
- Сепсис
- Менингоэнцефалит

Возникновению осложнений способствуют анатомо-топографические особенности области.

«Злокачественному» течению фурункулов лица способствует так же длительное неполноценное лечение больных в поликлинике.

Тромбофлебит лицевых вен:

В патогенезе тромбофлебита лицевых вен и пещеристого синуса имеют значение наличие густой сети лимфатических и венозных сосудов лица с многочисленными анастомозами, связь вен лица, полости носа и крыловиднонебной ямки с венами глазницы пещеристого синуса, снижение реактивности организма после простудных заболеваний, микробная аллергия и аутоаллергия при воспалительных процессах челюстно-лицевой области, механическое повреждение гнойничков кожи.

Сепсис

Сепсис следует рассматривать как генерализованное заболевание, которое характеризуется полиэтиологичностью, измененной реактивностью организма и ациклическостью клинического течения.

Сепсис

В настоящее время различают следующие фазы общей гнойной инфекции:

1. гнойно-резорбтивную лихорадку
2. начальную фазу сепсиса
3. септицемию
4. септикопиемию
5. хронический сепсис.

Сепсис

Тяжелым осложнением сепсиса является септический токсикоинфекционный шок, возникающий при сочетании трех факторов:

1. Наличие септического очага
2. Снижение общей реактивности организма больного
3. Наличие входных ворот для проникновения возбудителя

Внутричерепные осложнения:

К внутричерепным осложнениям, возникающим при воспалительных процессах челюстно-лицевой области, кроме тромбоза пещеристой пазухи, чаще всего являющегося дальнейшим развитием тромбофлебита вен лица, относят риногенную гидроцефалию, арахноидит, серозный гнойный менингит, менингоэнцефалит, абсцесс мозга.

Гнойный менингит

Обычно развивается при гнойном расплавлении стенок пещеристого синуса. Для него характерно острое начало заболевания, повышение температуры тела до 39-40°C, сильная головная боль, тошнота, рвота. Сознание угнетено, отмечается soporозное состояние, выраженный менингеальный синдром. Особое значение для диагностики заболевания имеет исследование церебральной жидкости. Давление резко повышено, жидкость мутная, гнойная, быстро нарастает плеоцитоз. В крови наблюдается лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ увеличена.

Карбункул — разлитое гнойно-некротическое воспаление глубоких отделов кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Карбункул чаще возникает у пожилых, истощенных больных.

Этиология и патогенез:

Развитие карбункула начинается с образования пустулы. Однако при карбункуле 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 происходит размягчение и отторжение некротизированных тканей.

Клиника:

Карбункулу лица, как правило, способствуют регионарный лимфаденит. Состояние больных тяжелое. Температура тела достигает 39-40°C. Нередко наблюдается потрясающий озноб. Имеет место место и другие симптомы гнойно-резорбтивной лихорадки.

Карбункулы лица чаще, чем фурункулы, осложняются тромбофлебитом лицевых вен и тромбозом кавернозного синуса.

Лечение:

Неосложненных фурункулов, особенно первой стадии, проводится консервативно и, как правило, амбулаторно. Прежде всего следует устранить любые внешние раздражители. Больным с карбункулами лица необходимо соблюдать постельный режим, не разговаривать, питаться через трубку.

Лечение:

Кожа лица, окружающая фурункул обрабатывается 2% салициловым спиртом, 70% этиловым спиртом, затем накладывают асептическую повязку.

Дерматологи рекомендуют до вскрытия очага лечить фурункулы чистым ихтиолом, мазью Вишневского, обладающими бактерицидным, кератолитическим, обезболивающим действием.

Лечение:

Хороший эффект дает блокада новокаином и антибиотиками, нередко ее повторяю 2-3 раза. Вводить новокаин в окружающие инфильтрат ткани следует медленно, равномерно. При необходимости осуществляют блокаду из 2-3 мест. Вводить анестетик в инфильтрированные ткани нецелесообразно из-за резкой болезненности. В начальной стадии развития фурункула эффективны УФ-лучи, электрическое поле УВЧ, гипотермия. Эффективно применение гелий-неоновых лазеров.

Хирургическое лечение при фурункулах лица обычно проводят в случаях их абсцедирования, после разреза полость дренируют.

При карбункуле под наркозом производят разрез через все пораженные ткани, вскрывают гнойные затеки, производят некрэктомию.

После необходимо ежедневно перевязывать больных, промывать раны антисептическим раствором, использовать ультразвуковую кавитацию аппаратом УРСК-7Н.

Оперативные вмешательства при абсцедирующем фурункуле, карбункуле, выполняют на фоне антибактериальной, дезинтоксикационной, коррегирующей иммунотерапии.

При «злокачественных» фурункулах и карбункулах применяют системные антибиотики, выбор которых осуществляют по результатам бактериологического исследования. В этих случаях проводят посевы содержимого гнойных очагов и определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Обычно назначают оксацилин (1-2 г 4-6 раз в сутки внутримышечно), амоксицилина (клавуланат) (0,375 – 0,625г 3 раза в сутки внутрь) или цефалоспорины 1 поколения (при неосложненной фурункулезе), цефалексин внутрь (0,5-1г 4 раза в сутки). При тяжелом состоянии больного с фурункулом и карбункулом с четко выраженной интоксикации назначают цефазолин (1-2г в сутки внутривенно, внутримышечно)

В последние годы при внутричерепных осложнениях вызванных фурункулом или карбункулом, применяют антибиотик группы карбапенемов- меропен (в/в 0,5-1 г каждые 8 часов).

Дезинтоксикационная терапия проводится при выраженной интоксикации по общепринятым схемам.

В последние годы в терапии фурункулов и карбункулов особое значение приобретают повышение неспецифических факторов защиты организма и иммунотерапия. К средствам неспецифической стимулирующей терапии, применяющейся при рецидивирующих фурункулах, относятся гемотрансфузии, продигиозан. Активную иммунотерапию при фурункулах и карбункулах лица проводят стафилококковым антифагином и бактериофагом, стафилококковым анатоксином.

Пассивная иммунотерапия осуществляется гипериммунной антистафилококковой плазмой и антистафилококковым гамма-глобулином. Для предотвращения такого осложнения как тромбофлебит лицевых вен и тромбоз кавернозного синуса, назначается антикоагулянтная терапия. Важное значение в комплексной терапии фурункулов и карбункулов лица имеют физические методы.

После вскрытия абсцедирующего фурункула для ускорения отторжения стержня некротических масс назначают флюктуоризацию в течение 8-10 мин 6-8 процедур. Для ускорения эпителизации параллельно с флюктуоризацией назначают УФ облучение в субэритемных дозах. В последнее время в качестве физических процедур используется инфракрасная и магнито-лазерная терапия, а также хирургический лазер.

Некрэктомия с помощью хирургического лазера показана при фурункулах любой локализации. Для предохранения окружающих тканей от поражения лазерным лучом на них укладывают влажную марлевую салфетку, в центре которой предварительно вырезают отверстие, диаметр которого должен соответствовать предполагаемому фокусу некротизированных тканей. Луч лазера испаряет некротизированные ткани.

Больные даже с неосложненными фурункулами лица должны находиться под наблюдением стоматологов-хирургов, хирургов амбулаторных лечебно-профилактических учреждений. При появлении интоксикации и повышении температуры тела больных фурункулом или карбункулом лица показана неотложная госпитализация их в челюстно-лицевое отделение, а при отсутствии мест – в общее хирургическое.

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

Клинические примеры:









26.09.2006



28.09.2006





09.03.2006



09.03.2006



09.03.2006



09.03.2006



09.03.2006



09.03.2006



09.03.2006



09.03.2006



09.03.2006

Рожа – инфекционно-аллергическая болезнь, протекающая с выраженной интоксикацией, высокой температурой тела и характерным местным воспалительным очагом серозно-геморрагического характера с лимфангитом 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. Образуется экзо и эндотоксины проникают в кровеносное русло, что приводит к выраженной интоксикации, которая проявляется ознобом и высокой температурой.

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 геморрагий 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 рожи, он составляет 2-3 суток.

Местный очаг на лице и волосистой части головы локализуется в 25%

Клиника:

Эритема и отек развиваются одновременно в виде эритематозного пятна, возвышающегося над поверхностью кожи. Чаще очаг имеет эритематозно-геморрагический и буллезно-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.

Клиника:

Регионарный лимфаденит, нередко с периаденитом, и лимфангиит бывают ранним проявлением заболевания, часто опережающим формирование местного очага на лице.

При поражении волосистой части головы зачастую возникают интенсивная боль вследствие натяжения надчерепного апоневроза. В дальнейшем при такой локализации рожи могут возникнуть некрозы.

Клиника:

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.

Диагностика:

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 следуют дифференцировать от тромбофлебита вен лица, которому, как правило, предшествует фурункул или карбункул.

Лечение:

Важным компонентом является антибактериальная терапия.

Антибиотики назначают в/м, в/в, per os.

Хороший эффект дают антибиотики группы макролидов – рокситромицин в таблетках 0,3г в сутки в 1 или 2 приема внутрь за 1 час до еды.

Лечение:

При неприятных ощущениях в виде жара, жжения в ранние сроки применяют примочки с раствором фурацилина (1:5000), риванола (1:1000), при вскрытии пузырей проводят УФ – облучение, лазерную терапию.

Большинство больных рожей лечатся в амбулаторных условиях. Показанием к госпитализации является тяжелое течение болезни с выраженной интоксикацией.



Спасибо за внимание!