

ФУРУНКУЛ.ФУРУНКУЛЕЗ. КАРБУНКУЛ. ГИДРАДЕНИТ

Сделал:Вакушин В.С.

1ГР 4 КУРС.

ПЕД.ФАК.

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

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.

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.

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.

Диагностика

- При обнаружении признаков воспаления кожи пациенту следует обратиться к дерматологу. Врач установит диагноз, основываясь на осмотре и дерматоскопии пораженной области. Для определения этиологии возбудителя производится бакпосев отделяемого фурункула. Рецидивирующие и множественные фурункулы являются показанием для общего обследования пациента с проведением клинического анализа крови и мочи, анализа крови на сахар, бакпосева мочи, фаринго- и риноскопии, рентгенографии придаточных пазух носа, флюорографии, УЗИ органов брюшной полости и почек. При необходимости пациента дополнительно консультируют эндокринолог, гастроэнтеролог, пульмонолог, отоларинголог и другие специалисты. Развитие осложнений может потребовать проведения посева крови на стерильность, КТ почек, МРТ головного мозга, люмбальной пункции.
- Фурункул необходимо дифференцировать от гидраденита, фолликулита, гранулемы при глубокой трихофитии, узловой эритемы, сибирской язвы, туберкулеза кожи, актиномикоза.

Лечение

- В большинстве случаев при фурункуле ограничиваются местным лечением, которое осуществляется в соответствии со стадиями заболевания. В стадии созревания фурункула на него накладывают ихтиоловые повязки, применяют сухое тепло, УВЧ-терапию. После его вскрытия накладывают повязки с гипертоническим раствором натрия хлорида, турунды с мазью, содержащей хлорамфеникол в сочетании с метилурацилом. При затруднительном отхождении некротического стержня показаны протеолитические ферменты: трипсин, химотрипсин. Лечение в стадии заживления фурункула проводят антибактериальными и заживляющими средствами.
- При множественных и рецидивирующих фурункулах лечение должно включать терапию, направленную на повышение иммунитета. С этой целью применяется аутогемотерапия, лазерное и ультрафиолетовое облучение крови (ВЛОК и УФОК), введение гамма-глобулина, стафилококкового анатоксина или вакцины. Медикаментозная иммуномодулирующая терапия назначается в соответствии с результатами иммунограммы. Системная антибиотикотерапия проводится в случае большого, рецидивирующего или осложненного фурункула, а также при его локализации на лице. Одновременно с лечением фурункула осуществляется коррекция сопутствующих заболеваний и купирование осложнений.

Профилактика

- ▣ К профилактическим мероприятиям, направленным на предупреждение появления фурункула, относятся: соблюдение гигиены кожи, соответствующий уход за кожей при гипергидрозе и повышенном салоотделении, обработка повреждений кожи антисептиками, своевременное и адекватное лечение поверхностных форм пиодермии, коррекция обменных нарушений и терапия хронических заболеваний, здоровый образ жизни, позволяющий сохранить высокий иммунитет.
- ▣ Профилактика осложнений заключается в первую очередь в предупреждении травмирования фурункула и распространения инфекции. Самолечение не рекомендуется. Необходимо своевременное обращение к врачу-дерматологу и соблюдение его назначений.

Фурункулез

Фурункулез – это гнойно-некротическое заболевание волосяного фолликула и околофолликулярной соединительной ткани. Первичным воспалительным элементом является воспалительный узел, который формируется вокруг волосяного фолликула. Основной причиной фурункулеза являются стафилококковые инфекции

Причины

- ▣ Причиной фурункулеза является стафилококковая микрофлора, которая под влиянием различных факторов активизируется и провоцирует гнойно-воспалительный процесс. При наличии иммунодефицитов кратковременного воздействия экзогенных факторов достаточно для развития фурункулеза. Наличие очагов хронической инфекции, сахарный диабет, гиповитаминозы, погрешности в диете, хронические интоксикации как самостоятельно, так и в совокупности могут спровоцировать фурункулез. При локализованном фурункулезе травматизация кожи, местное переохлаждение и ее загрязнение являются основными причинами внедрения стафилококков в фолликул.

Клиника

- На начальном этапе заболевания вокруг волосяного мешочка формируется гнойно-воспалительный инфильтрат небольшого размера, который напоминает фолликулит. Через несколько дней в воспалительный процесс вовлекается весь волосяной фолликул. При фурункулезе в отличие от фолликулита поражается не только фолликул, но и прилежащая саллярная железа, и окружающая соединительная ткань. Клинически элементы высыпаний при фурункулезе напоминают конусообразный застойно-гиперемизированный узел, возвышающийся над поверхностью кожи. По мере формирования очага воспаления нарастает болезненность, отечность и боли пульсирующего или дергающего характера.
- Если фурункулезом поражаются фолликулы лица и шеи, то процесс сопровождается обширным отеком вокруг инфильтрата. На 3-ьи, 4-ые сутки в центре инфильтрата начинает формироваться зона флюктуации – при нажатии на такой элемент фурункулеза ощущается пружинистое движение гнойных масс в полости фолликула, а вокруг волоса отмечается небольшой очаг гнойного расплавления тканей и формирование свища.
- После того, как элементы фурункулеза вскрываются, выделяется незначительное количество густого гноя, который скопился на поверхности и формируется небольшая язва. На дне язвы можно увидеть некротический стержень зеленоватого цвета, наличие такого стержня является диагностическим симптомом при фурункулезе. Через несколько дней стержень отторгается вместе с незначительным количеством крови и гнойных масс. После отторжения стержня воспалительные явления фурункулеза начинают уменьшаться. Пораженный участок становится менее болезненным при прикосновении, отечность тканей спадает.

Клиника

- После разрешения элементов фурункулеза образуется глубокая кратерообразная язва с остатками гноя и некротических масс, которые постепенно отторгаются или же формируют хронический фурункулез. Язва заполняется грануляционной тканью и формируется втянутый рубец, глубина и размер рубца зависят от размера зоны некроза в центре фурункула.
- У фурункулеза нет излюбленных локализаций, но чаще элементы воспаления возникают на предплечьях, лице, задней поверхности шеи, ягодицах и бедрах, то есть там, где расположены участки склонной к жирности проблемной кожи. Если элементы фурункулеза носят единичный характер, то общее самочувствие пациента не страдает, температура тела остается в норме, больные ведут прежний образ жизни.
- При поражении фурункулезом зоны носогубного треугольника, крыльев носа, области наружного слухового прохода даже при единичных высыпаниях повышается температура тела, наблюдаются симптомы интоксикации и головные боли. Кожа на лице становится багровой, напряженной, резко выражена отечность и болезненность. Работа мимических мышц, высокий риск травматизации элементов фурункулезов во время бритья и умывания, попытки их выдавить самостоятельно могут привести к возникновению тромбофлебита вен лица и к диссеминации стафилококковой инфекции во внутренние органы и ткани.

Диагностика

- Клинические проявления, наличие зоны флюктуации, наличие признаков инфекционного процесса позволяют поставить диагноз. В клиническом анализе крови заметно увеличение скорости оседания эритроцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и выраженный лейкоцитоз. Культуральная диагностика подтверждает стафилококковую природу заболевания. Совместно с культуральной диагностикой проводят определение чувствительности микроорганизма к антибиотикам. Точное определение возбудителя помогает выявить и очаг инфекции, например, часто внутрибольничная инфекция проявляется в виде пиодермий и фурункулезов.

Лечение

- ▣ Лечение фурункулеза должно проводиться дерматологом. Самолечение мазью Вишневского может привести к распространению процесса и к флегмоне, так как мазь Вишневского применяется только после разрешения гнойной капсулы на этапе грануляции. Выдавливание стержней при фурункулезе руками или с помощью вакуумных банок приводит к преждевременному вскрытию, когда близлежащие участки здоровой кожи обсеменяются патогенной микрофлорой, а часть стержня остается внутри и тем самым ведет к хронизации процесса.
- ▣ Во время лечения фурункулеза необходимо по возможности ограничить или полностью исключить водные процедуры, но при обширном фурункулезе слегка теплые ванны с перманганатом калия дезинфицируют кожу. В качестве гигиенических процедур прибегают к протиранию здоровой кожи неагрессивными антисептическими растворами – салициловый спирт или раствор фурацилина.
- ▣ Личной гигиене должно уделяться большое внимание, незначительные царапины и порезы обрабатываются раствором бриллиантовой зелени, обязательна частая смена нательного и постельного белья. Исключение из рациона жирной, острой пищи и присутствие в ней пищи богатой витаминами и белком помогают улучшить регенерацию тканей.

Лечение

- Ультрафиолетовое облучение и УВЧ-терпия применяется дозировано на всех этапах фурункулеза. К внутреннему приему антибиотиков прибегают в случаях хронического фурункулеза и при абсцедировании элементов. При наличии общих заболеваний, истощенности пациента и пониженного иммунного статуса назначают антибиотики в виде внутримышечных инъекций. Для повышения сопротивляемости организма применяются гамма-глобулин и озонотерапия, назначается витаминотерапия, аутогемотрансфузии, УФОК и общеукрепляющие препараты

Профилактика

- ▣ Профилактика фурункулеза заключается в соблюдении личной гигиены, своевременном лечении гнойничковых заболеваний, в лечении системных заболеваний и в ведении здорового образа жизни.

Карбункул

- ▣ 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

- Как правило, карбункулы бывают одиночными. Они чаще локализуются на задней поверхности шеи, на лице, между лопатками, на ягодицах и пояснице, кожа конечностей поражается намного реже. В начале своего развития карбункул состоит из нескольких плотных бугорков-инфильтратов, представляющих собой отдельные воспаленные волосяные фолликулы.
- По мере нарастания воспаления эти бугорки сливаются и образуется единый приподнятый над уровнем кожи полушаровидный инфильтрат. Он может достигать размера детской ладони. Кожа в центре инфильтрата имеет синюшную окраску и горячая на ощупь. Напряженность кожи в области инфильтрата постепенно увеличивается, что сопровождается усилением болезненности. Это стадия созревания карбункула, которая занимает в среднем 8-12 дней. Она часто сопровождается повышением температуры тела (иногда до 40 градусов), общей слабостью, снижением аппетита, головной болью, может наблюдаться тошнота и рвота.
- Созревание карбункула заканчивается формированием на его поверхности нескольких пустул. Вскрываясь, пустулы образуют отверстия, через которые происходит выделение некротических масс и гноя. Отделяемое имеет зеленый цвет и может быть с примесью крови. Постепенно все больше тканей карбункула подвергается некрозу и на месте инфильтрата образуется глубокая язва. В некоторых случаях она может достигать до мышц. Стадия нагноения и некроза длится 14-20 дней. Процесс развития карбункула заканчивается постепенным заживлением образовавшегося дефекта кожи. На его месте формируется грубый спаянный с окружающими тканями рубец.

Диагностика

Специфическая клиническая картина и внешний вид карбункула, как правило, не вызывают у дерматолога никаких затруднений в его диагностике. Однако важным диагностическим моментом является дифференциальная диагностика обычного карбункула от карбункула при сибирской язве, для которого характерно появление черного струпа в области пустулы. Посев отделяемого карбункула позволяет исключить наличие сибиреязвенной палочки и определить чувствительность выделенной микрофлоры (обычно стафилококков) к антибиотикам.

Лечение

- ▣ Небольшие карбункулы без выраженной интоксикации и нарушения общего самочувствия подлежат амбулаторному лечению. Если лечение начато в стадии созревания карбункула, то оно проводится консервативными методами и может закончиться его обратным развитием с рассасыванием воспалительного инфильтрата. Пациенту назначают антибиотики широкого спектра действия для приема внутрь: ампициллин, гентамицин, карбенициллин и др. Параллельно производят обкалывание карбункула антибиотиками. Для снятия болезненности применяют анальгетики. Поверхность карбункула обрабатывают 70% этиловым спиртом, затем накладывают асептическую повязку. Возможно применение синтомициновой или стрептомициновой эмульсии.
- ▣ Переход карбункула в некротическую стадию является показанием к хирургическому лечению. Оно осуществляется на фоне антибиотикотерапии. Операцию проводят под местным обезболиванием. Вскрытие карбункула включает широкое рассечение, удаление всех некротизированных и нежизнеспособных тканей. После операции в рану вводят тампон с протеолитическими ферментами и гипертоническим раствором хлорида натрия. В послеоперационном периоде для окончательного отторжения некротизированных масс и очищения послеоперационной раны проводят ежедневную смену повязок с гипертоническим раствором и протеолитическими ферментами. В некоторых случаях возникает необходимость в дополнительных этапных некрэктомиях. Большая площадь и глубина поражения тканей при карбункуле приводит к тому, что послеоперационная рана заживает с образованием заметного и грубого рубца.
- ▣ Из физиотерапевтических методов лечения в стадии созревания карбункула и в послеоперационном периоде применяют локальное УФО и УВЧ-терапию. При необходимости для стимуляции защитных сил организма проводят ультрафиолетовое облучение крови (УФОК) и внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Показаниями к лечению в стационаре являются: выраженная интоксикация, большой размер карбункула, его локализация на лице, наличие у пациента некомпенсированного сахарного диабета и других тяжелых заболеваний.

Профилактика

- Для профилактики карбункула, как, впрочем, и других кожных инфекций, необходимо тщательно следить за собственной гигиеной. Рекомендуется ежедневно купаться с использованием мыла, не забывать принимать душ после физических тренировок или работы с химическими средствами. Никогда не обменивайтесь мочалками, полотенцами, чтобы случайно не заразиться от других.

Гидраденит

Гидраденит — гнойный воспалительный процесс, происходящий в апокриновых потовых железах при проникновении в них стафилококковой инфекции. В большинстве случаев происходит поражение апокриновых желез подмышечных впадин. Но может встречаться гидраденит околопупочной области, паховых складок, ануса, мошонки, больших половых губ.

Причины

- Гидраденит является гнойным заболеванием потовых желез и относится к пиодермии. Чаще всего причиной гидраденита является золотистый стафилококк. Возбудитель проникает в апокриновые железы непосредственно через их выводящие протоки или по лимфатическим путям через повреждения поверхностного слоя кожи. Повреждения кожи могут возникать во время бритья, при проведении эпиляции или при расчесывании кожи по причине зудящих дерматозов. Постоянное мокнутие и мацерация кожи из-за повышенной потливости также приводит к снижению ее барьерной функции и проникновению микроорганизмов.
- Развитие инфекционного процесса в апокриновой железе происходит при ослаблении защитных сил организма. Возникновению гидраденита способствуют: смещение рН пота в щелочную сторону, пренебрежение правилами гигиены, эндокринные заболевания (нарушения со стороны половых желез, сахарный диабет, ожирение), хронические воспалительные процессы.

Клиника

- В большинстве случаев гидраденит бывает односторонним, но встречаются и двусторонние поражения. В начале развития гидраденита (стадия инфильтрации) в коже появляются отдельные плотные узелки небольшого размера. Они сопровождаются зудом и легкой болезненностью, увеличивающейся при надавливании на узелок. Узелки быстро увеличиваются в размерах и превращаются в большие (до 1,5 см) плотные спаянные с кожей узлы грушевидной формы. Они выступают над поверхностью кожи, напоминая соски. Кожа в месте образования узлов приобретает красно-синий цвет, возникает отечность, отмечается сильная болезненность. Увеличиваясь, отдельные узлы гидраденита могут сливаться друг с другом, образуя разлитой инфильтрат плотной консистенции, имеющий дискообразную форму и схожий с картиной флегмоны. При этом сильная боль отмечается не только при движении пациента, но и в покое. Описанная клиническая картина соответствует стадии созревания гидраденита. Она сопровождается общими нарушениями: недомоганием, повышением температуры тела, выраженным болевым синдромом.
- В дальнейшем происходит постепенное размягчение центральной части узлов и вскрытие гидраденита с выделением гноя, по своей консистенции напоминающего густую сметану. Гнойные массы могут содержать примесь крови. Особенностью, отличающей гидраденит от фурункула, является отсутствие некротического стержня. Вскрытие узла гидраденита обычно происходит через 7-10 дней после его возникновения и сопровождается улучшением общего состояния и уменьшением болезненности. На месте вскрывшегося узла образуется язва, которая затем заживает, оставляя после себя втянутый рубец.
- Полный цикл развития гидраденита занимает примерно 2 недели. Но наряду с уже рубцующимися образованиями, могут нагнаиваться вовлеченные в воспалительный процесс рядом расположенные потовые железы. Гидраденит принимает затяжное или хроническое рецидивирующее течение, при котором обострения могут возникать

Диагностика

- Диагностика проводится по характерной клинической картине гидраденита. В клиническом анализе крови отмечают признаки воспаления: ускорение СОЭ, повышенное содержание лейкоцитов. Для адекватной антибиотикотерапии гидраденита делают бакпосев отделяемого с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. При затяжном и рецидивирующем течении гидраденита проводят исследование иммунной системы организма — иммунограмму.
- Дифференцировать гидраденит необходимо от фурункула, лимфаденита, туберкулеза подмышечных лимфатических узлов, лимфогранулематоза.

Лечение

- Больные гидраденитом должны соблюдать специальную диету. В течение 3-х месяцев им необходимо воздерживаться от острых блюд, алкоголя, приправ, следует ограничить потребление сладостей. В тоже время, питание должно быть направлено на повышение защитных сил организма. Рекомендована витаминизированная пища, богатая фосфором и железом: яблоки, морковь, ягоды, капуста, цитрусовые, миндаль, грецкие орехи, шиповник и т. п. Укреплению иммунитета способствует прием внутрь поливитаминных препаратов, сока подорожника или алоэ, настойки женьшеня или элеутерококка.
- Для предупреждения распространения инфекции на другие потовые железы кожу вокруг очагов гидраденита 3-4 раза в день необходимо протирать салициловым, борным или камфорным спиртом. Поскольку вода также может способствовать распространению инфекции, то купаться лучше под душем, предварительно закрыв место гидраденита повязкой с пластырем.
- Общая терапия гидраденита проводится по принципам [лечения пиодермии](#), в основном антибиотиками (доксциклин, эритромицин и др.) При рецидивах гидраденита показано иммуностимулирующее лечение, которое назначается только по данным иммунограммы. При подтверждении стафилококковой природы гидраденита может применяться специфическая иммунотерапия: стафилококковый гамма-глобулин, стафилококковая [вакцина](#).
- В стадии инфильтрации гидраденита показана консервативная терапия. В зоне поражения и вокруг нее выстригают волосы. Производят [обработку кожи](#) над инфильтратом антисептиками: 3% раствор бриллиантового зеленого, 96% этиловый спирт, 2% спиртовой раствор салициловой кислоты, 5% йодная настойка и др. Если имеется большой по площади инфильтрат с выраженной болезненностью, то производят его обкалывание 0,5-1% раствором новокаина с антибиотиками.
- Первые 3-5 дней гидраденита рекомендованы полуспиртовые влажно-высыхающие повязки. Применение повязок с мазями может вызвать мацерацию кожи и способствовать распространению процесса. Лечение гидраденита различного рода компрессами противопоказано. Оно усиливает инфильтрацию и ускоряет нагноение. В лечении может использоваться только сухое тепло: нагретое утюгом махровое полотенце.

Лечение

- ▣ Первые 3-5 дней гидраденита рекомендованы полуспиртовые влажно-высыхающие повязки. Применение повязок с мазями может вызвать мацерацию кожи и способствовать распространению процесса. Лечение гидраденита различного рода компрессами противопоказано. Оно усиливает инфильтрацию и ускоряет нагноение. В лечении может использоваться только сухое тепло: нагретое утюгом махровое полотенце, 5-ти минутные прогревания синей лампой на расстоянии 15-20 см, солнечные прогревания в теплое время года (от 10 до 30 минут в зависимости от интенсивности солнечных лучей).
- ▣ Созревший (размягчившийся) гидраденит подлежит хирургическому лечению.
- ▣ Из физиотерапевтических методов лечения по назначению физиотерапевта в стадии инфильтрации гидраденита возможно применение УВЧ, СМВ-терапии, локальной УФО-терапии. Однако некоторые авторы не рекомендуют проведение каких-либо физиотерапевтических процедур в начале заболевания. После оперативного лечения используют локальное инфракрасное облучение, УФО-терапию, лазеротерапию и магнитотерапию. При лечении рецидивирующих и затяжных форм гидраденита назначают ультразвуковую терапию, электрофорез с дионином, кодеином или унитиолом.

Профилактика

- ▣ Соблюдение общегигиенических правил ухода за кожей.
- ▣ Предупреждение травматизации и мацерации кожных покровов.
- ▣ Обработка микротравм, царапин растворами антисептиков.
- ▣ Повышение иммунитета.
- ▣ Санация очагов хронической инфекции.
- ▣ Выявление и лечение патологий, которые приводят к гидрадениту.