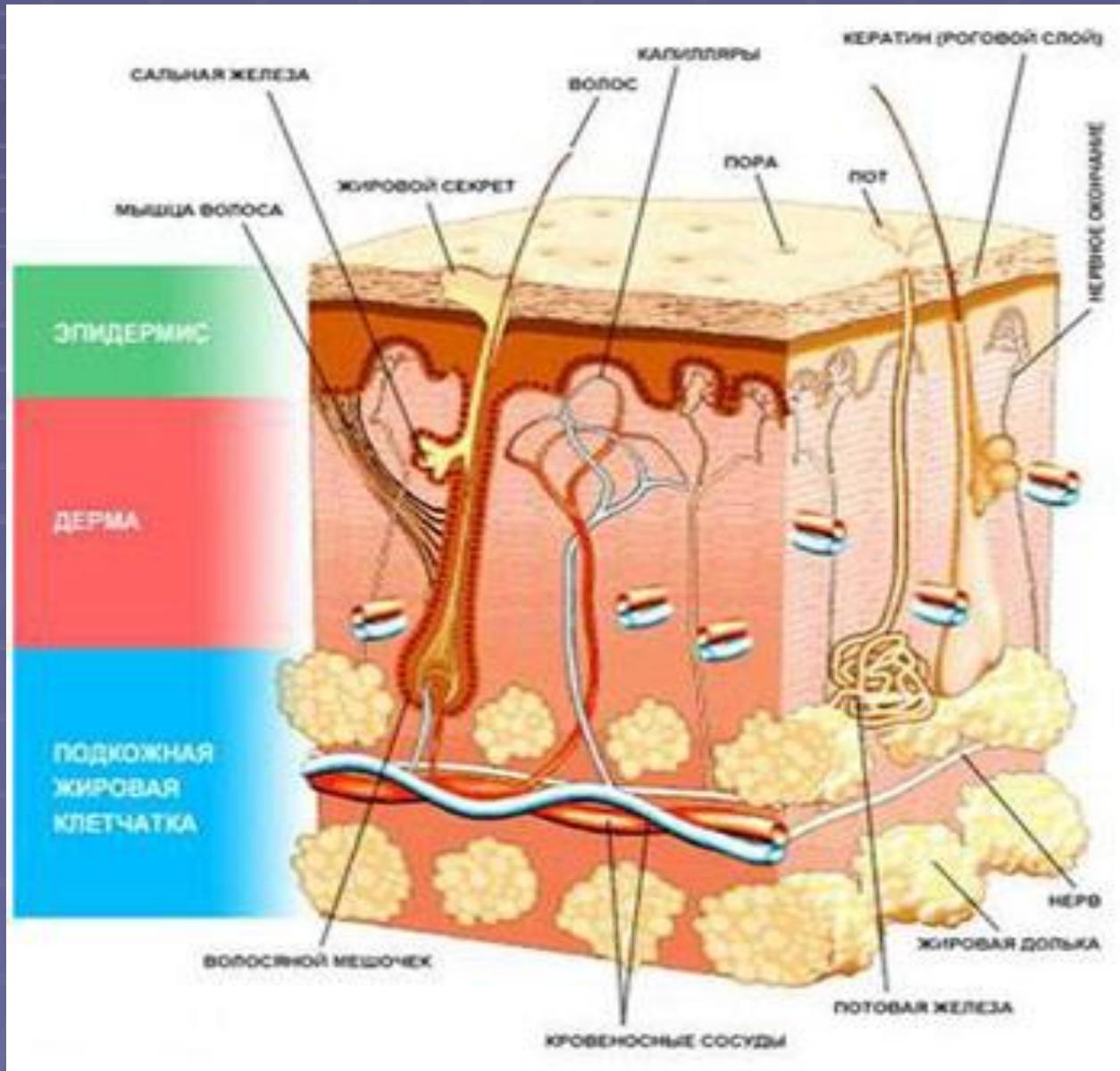


ИНФЕКЦИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Выполнила 306 группа леч.фак
Преподаватель: Павлов Л.Ю.

Иркутск, 2011год

Вспомним нормальное строение кожи!



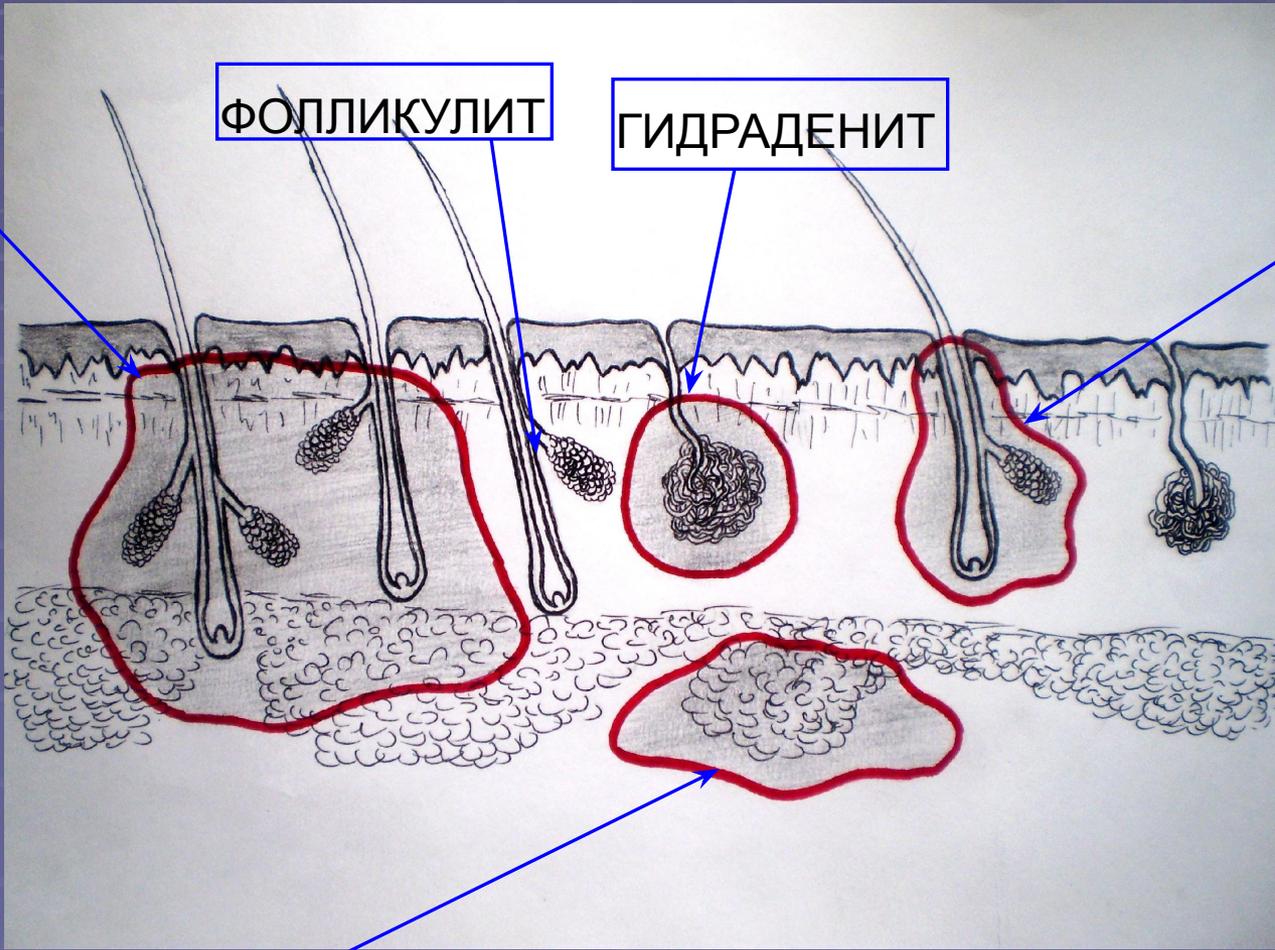
Возможная локализация патологического процесса:

КАРБУНКУЛ

ФОПЛИКУЛИТ

ГИДРАДЕНИТ

ФУРУНКУЛ



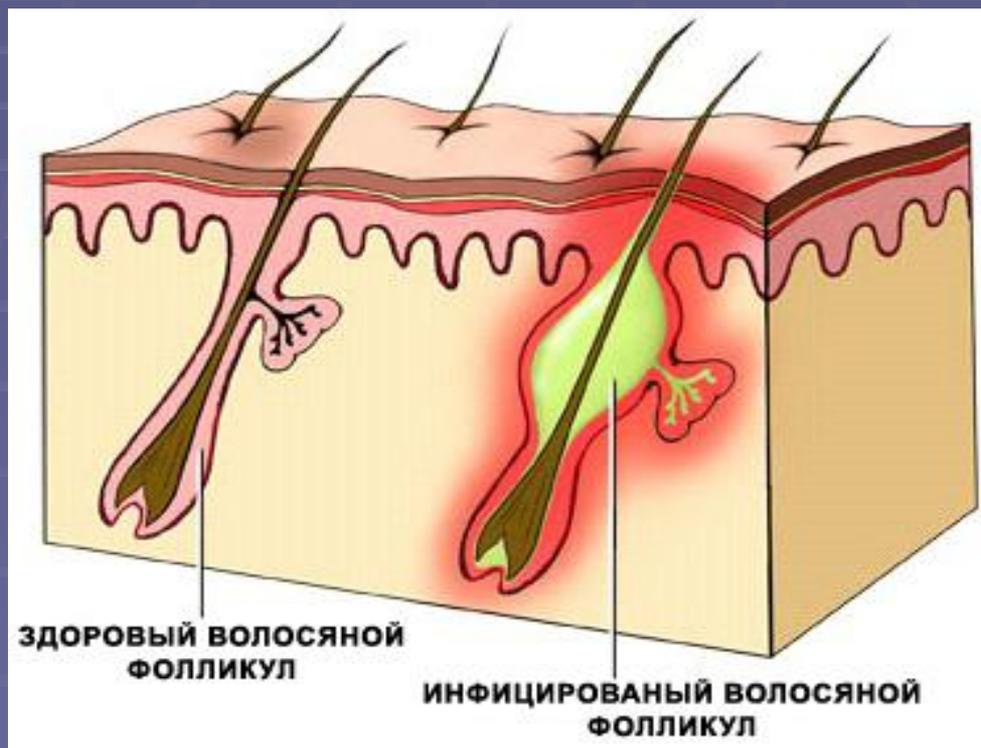
ФЛЕГМОНА

- ФОЛЛИКУЛИТ. В процесс острого гнойного воспаления вовлечен волосяной фолликул.
- ФУРУНКУЛ. В процесс острого гнойно-некротического воспаления вовлечён волосяной фолликул и прилежащая сальная железа.
- КАРБУНКУЛ. В процесс острого гнойно-некротического воспаления вовлечены одновременно несколько волосяных фолликулов и сальных желёз, с переходом воспалительного процесса на подкожную клетчатку.
- ГИДРАДЕНИТ. В процесс острого гнойно-некротического воспаления вовлечена потовая железа.
- ФЛЕГМОНА. В процесс острого гнойно-некротического воспаления вовлекаются жировая клетчатка и клетчаточное пространство (имеет разлитой характер).

ФОЛЛИКУЛИТ

Форма поверхностной пиодермии, развивающаяся в пределах волосяной воронки или всего волосяного фолликула.

Локализуется на любом участке кожного покрова, где имеются длинные, хорошо развитые пушковые волосы (лицо, волосистая часть головы, шея, подмышечные впадины, спина, голени, ягодицы).



Классификация по этиологии :

1). БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ФОЛЛИКУЛИТ

* Стафилококковый фолликулит.

Возбудитель - *Staphylococcus aureus*
(поверхностный и глубокий)

* Псевдомонадный фолликулит.

Возбудитель - *Pseudomonas aeruginosa*.

2).ГРИБКОВЫЙ ФОЛЛИКУЛИТ

- *Фолликулит, вызванный грибами рода *Pityrosporum*.
- *Фолликулит, вызванный дерматофитами
- *Кандидозный фолликулит.

3). ВИРУСНЫЙ ФОЛЛИКУЛИТ

- *Контагиозный моллюск.
- *Герпетический фолликулит
- *Угревидный сифилид.

4).ПАРАЗИТАРНЫЙ ФОЛЛИКУЛИТ

- *Демодекоз (водобудитель клещ *Demodex folliculorum*)

Патогенез фолликулита:

МИКРОТРАВМА / ЗАГРЯЗНЕНИЕ КОЖИ /
ИММУНОДЕФИЦИТ



ВНЕДРЕНИЕ ИНФЕКТАНТА В БОЛЕЕ
ГЛУБОКИЕ ОТДЕЛЫ ВОЛОСЯНОГО
ФОЛЛИКУЛА



ОСТРОЕ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ
ФОЛЛИКУЛА И ЧАСТИЧНО
ПЕРИФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ТКАНИ



Воспалительный элемент имеет вид конусовидной папулы красноватого цвета, величиной 5—7 мм, которая часто превращается в пустулу, пронизанную волосом. Периферическая зона гиперемии составляет 2—3 мм.

Папула в течение нескольких дней или регрессирует, или абсцедирует.

При вскрытии микроабсцесса выделяется сливкообразный гной, затем образуется небольшая язвочка, заживающая с образованием рубчика.



Общие явления обычно отсутствуют, однако при множественных, более крупных пустулах (более 1 см), захватывающих нижние отделы фолликулов, появляется выраженная болезненность, лихорадка, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

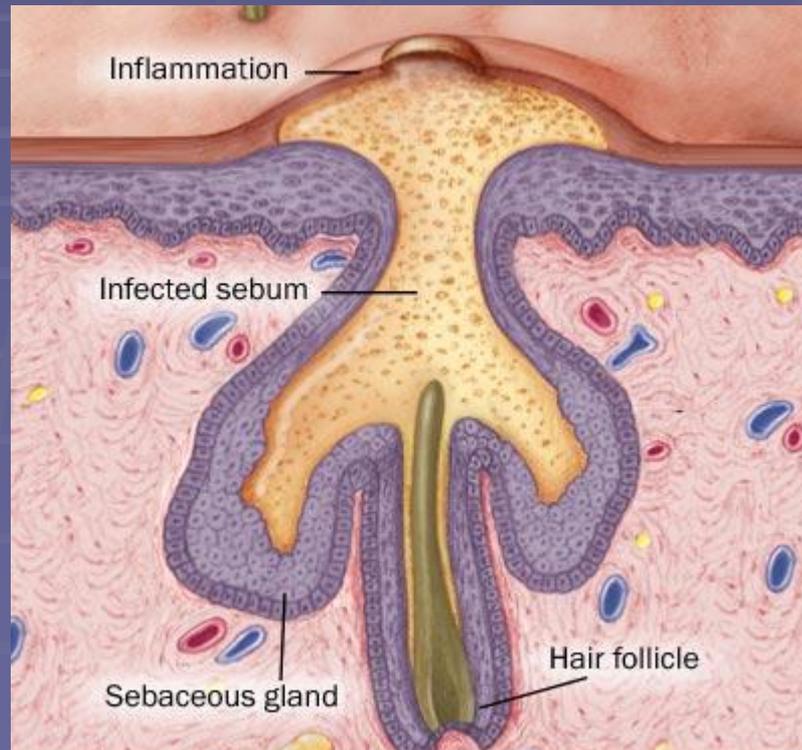
Лечение и профилактика фолликулитов:

- Профилактика заключается в соблюдении правильного ухода за кожей, волосами, своевременном лечении заболеваний, способствующих развитию фолликулита.
- Лечение заключается во вскрытии пустул, удалении ватным тампоном гноя и смазывания 2 — 3 раза в день 1 — 2% спиртовым раствором метиленового синего или бриллиантового зеленого, фукорцином.
- При хроническом рецидивирующем течении фолликулита назначают антибиотики или сульфаниламиды, а также иммунотерапию. Кожу вокруг очагов поражения дважды в день протирают камфорным спиртом или 2% раствором салициловой кислоты.
- Общее лечение обычно не проводится. В случаях частых рецидивов назначают аутогемотерапию, стимуляторы лейкопоза (метилурацил, натрия нуклеинат и др.), биостимуляторы (экстракт алоэ, гумизоль и т. п.), общее ультрафиолетовое облучение в субэритемных дозах.
- При выраженной общетоксической реакции назначают антибиотики: диклоксациллин или цефалексин по 1—2 г/сут в 4 приема в течение 10 сут; миноциклин по 100 мг внутрь 2 раза в сутки.

ФУРУНКУЛ

Острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и прилежащей сальной железы с окружающей их соединительной тканью.

Фурункул может развиваться на любом участке кожи, но чаще локализуется на тех частях тела, которые обильно снабжены сальными железами и больше подвержены механическому раздражению (затылок, шея, спина, поясничная и ягодичная области).



Этиология :

- Бактериальное инфицирование (чаще - золотистым или белым стафилококком)

Факторы, предрасполагающие к развитию фурункулёза:

- Загрязнение кожи и микротравмы;
- Ослабление защитных сил организма вследствие истощающих хронических заболеваний, гиповитаминоза и сахарного диабета;
- сенсibilизация (повышенная чувствительность) по отношению к стафилококковой инфекции.



Клиника протекает в 3 этапа:

1. Инфильтрация
2. Формирование и отторжение гнойно-некротического очага
3. Рубцевание

В начальной стадии заболевания формируется пустула в устье волосяного фолликула. Пустула содержит нейтрофилы, стафилококки и фибрин. В дальнейшем стафилококки, опускаясь по волосяному фолликулу до сосочковых тел, вызывают его воспаление. Вокруг воспалительного вала в соединительной ткани дермы отмечаются отек, расширение кровеносных и лимфатических сосудов и инфильтрат из нейтрофилов, лимфоцитов и плазматических клеток. В зоне некроза соединительная ткань расплавляется, и образуется гной. Гнойный экссудат скапливается под эпидермисом вокруг устья фолликула, а затем вместе с некротическим стержнем и погибшим волосом выходит наружу. Дефект тканей заполняется грануляциями с формированием рубца.



Осложнения:

- Лимфангит и регионарный лимфаденит;
- Прогрессирующий острый тромбофлебит (при фурункулах, располагающихся вблизи крупных подкожных вен);
- Сепсис (при фурункулах лица) .

NB! Прогрессирующий тромбоз вен и сепсис при фурункуле лица нередко являются следствием попыток выдавливания содержимого фурункула, срезания его во время бритья или массажа. Прогноз в этих

Лечение:

- **Неосложнённый фурункул** лечат только консервативно. Нельзя применять согревающий компресс, т.к. он разрыхляет кожу и создаёт благоприятные условия для развития инфекции.
- В **стадии инфильтрации** кожу обрабатывают 70% спиртом, а пустулу прижигают 5% настойкой йода. Применяют сухое тепло, физиотерапию (УВЧ), лазеротерапию. Эффективно выполнение короткого пенициллин-новокаинового блока (введение раствора вокруг фурункула).

- При формировании **гнойно-некротического стержня** необходимо способствовать быстрейшему его отторжению.

Для этого используют 2 метода:

- 1) На кожицу в области зоны некроза накладывают кристаллы **салициловой кислоты**, кожу вокруг обрабатывают мазью для защиты от кератолитического действия кристаллов и накладывают сухую повязку. Через несколько часов кристаллы лизируют тонкую кожицу и начинается отторжение гнойно-некротического стержня.
- 2) После обработки кожи антисептиком производят **механическое удаление стержня** пинцетом или тонким зажимом (москитом). При этом нет необходимости в анестезии, но следует действовать очень аккуратно и исключить всякое давление на ткани в области инфильтрата. После того как некротические массы начали поступать наружу, для создания их непрерывного оттока в образовавшийся канал в **качестве дренажа аккуратно вводят тонкую полоску перчаточной резины**. перевязки делают ежедневно. Перчаточный выпускник удаляют обычно на 3-и сутки после исчезновения инфильтрата и гнойного отделяемого. На рану накладывают сухие повязки или ведут её открытым способом, обрабатывая бриллиантовым зелёным или другими красителями.

КАРБУНКУЛ

Острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочков и сальных желез, распространяющееся на окружающую подкожную жировую клетчатку и кожу.

Сопровождается образованием общего воспалительного уплотнения, омертвением кожи и подкожной клетчатки вследствие тромбоза сосудов.



ЭТИОЛОГИЯ:

- Бактериальная инфекция (золотистый стафилококк, реже стрептококк, иногда встречается смешанная инфекция (стафилококк и стрептококк))

Факторы, предрасполагающие к формированию карбункула:

- Загрязнение кожи и микротравмы;
- Ослабление защитных сил организма вследствие истощающих хронических заболеваний, гиповитаминоза и сахарного диабета;
- сенсibilизация (повышенная чувствительность) по отношению к стафилококковой инфекции.



Клиника протекает в 3 этапа:

1. Инфильтрация
2. Формирование и отторжение гнойно-некротического очага
3. Рубцевание

Жалобы: на сильную боль, наличие болезненного очага воспаления, повышение температуры тела, озноб, недомогание, слабость, разбитость, потерю аппетита, головную боль.

При обследовании, кроме общих признаков гнойного воспаления (повышение температуры, учащение пульса), отмечается сине-багровая припухлость в области задней поверхности шеи или спины, поясницы, лица, реже — конечностей. Воспалительное образование имеет плотную консистенцию, резко болезненно, сопровождается выраженным отеком тканей. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны лимфаденит. Реже наблюдается лимфангит.

Лечение:

- **В начальной стадии** лечение консервативное! Оно включает полный покой пораженного органа. При карбункулах лица больным необходим постельный режим. Им назначают жидкую пищу и обильное питье.

После обработки карбункула 70%-вым этиловым спиртом накладывают асептическую повязку, назначают УВЧ-терапию. Внутривенно вводят антибиотики широкого спектра, перорально — сульфаниламидные препараты длительного действия.

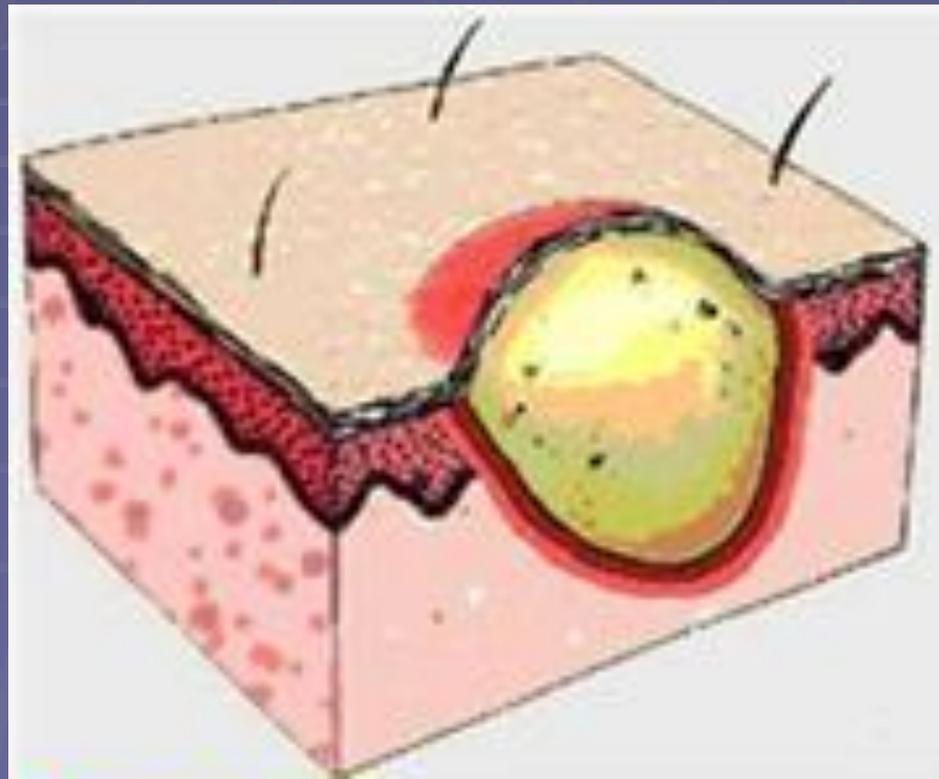
При карбункулах у больных сахарным диабетом необходимы коррекция нарушений обмена веществ, тщательное проведение инсулинотерапии.

- **Безуспешность консервативной терапии в течение 2—3 дней** (нарастание процессов омертвения и гнойной интоксикации) является показанием к операции, которую выполняют под наркозом.

Крестообразным разрезом рассекают образование до оболочки и производят иссечение омертвевших тканей на всем протяжении, отделяя их от оболочки, кожи, вскрывают гнойные затеки. Кровотечение при этом незначительное (сосуды в области образования закупорены), оно прекращается при введении в рану тампонов с кровоостанавливающими средствами. На лице карбункул вскрывают линейным разрезом после созревания абсцесса. В послеоперационном периоде лечение карбункула проводят по принципу лечения гнойных ран, для окончательного удаления омертвевших тканей применяют протеолитические ферменты.

ФЛЕГМОНА

Острое разлитое гнойное воспаление
подкожной, межмышечной,
забрюшинной и других видов клетчатки.



Классификация флегмон:

По характеру экссудата:

- Серозная
- Гнойная
- Гнойно-геморрагическая
- Гнилостная

По локализации:

- Подкожная
- Подфасциальная
- Межмышечная
- Подслизистая
- Забрюшинная
- Поддиафрагмальная
- Тазовая и др..

Этиология:

- Гнойную флегмону вызывают стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка и др
- Гнилостную флегмону - кишечная палочка, вульгарный протей, гнилостный стрептококк
- Наиболее тяжелые формы флегмоны вызывают облигатные анаэробы

Клиника:



Подкожная гнойная флегмона характеризуется резкими болями в месте поражения, припухлостью и уплотнением тканей, краснотой и повышением местной температуры кожи, нарушением функции пораженного органа. Общее состояние больного прогрессивно ухудшается, повышается температура тела, появляется озноб, учащается пульс. Некоторое время спустя в районе плотной инфильтрации тканей образуются очаги размягчения и флюктуации.



Субфасциальная и межмышечная флегмоны относятся к глубоким гнойным поражениям. Начало болезни острое, с повышением температуры до 39-40°C, озноба, слабости, разбитости. Местно определяются воспалительный отек ткани, резкая боль, нарушение функции органа. Кожа напряжена, покрасневшая, развивается регионарный лимфаденит.

Хроническая деревянистая флегмона шеи (флегмона Реклю) :

Характеризуется медленным течением воспалительного процесса в межмышечной и подкожной соединительной ткани, повышенной температурой, образованием инфильтратов мягких тканей дна ротовой полости с последующим распространением на шею. От здоровых тканей инфильтрат отграничивается выступающим валиком. Через несколько недель или месяцев отдельные участки инфильтрата размягчаются, образуются безболевые абсцессы. Распространение инфильтрата на глубже лежащие ткани шеи сопровождается болезненным отеком гортани, затруднением глотания и дыхания.

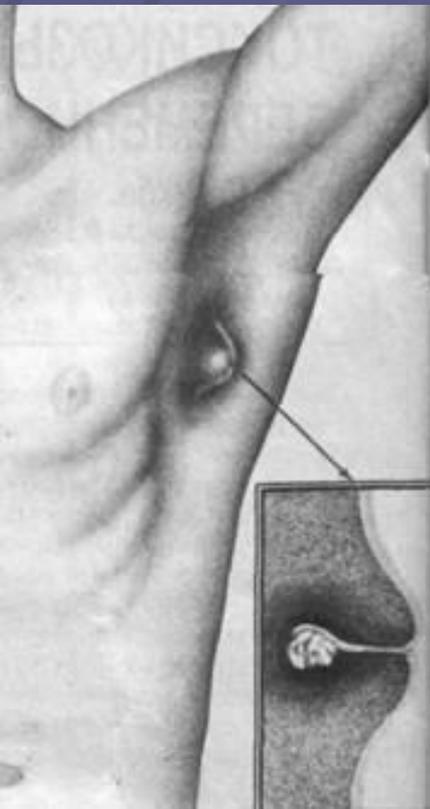


Лечение:

- **Консервативное** лечение флегмоны допустимо лишь в начальной стадии развития-процесса!
- **Оперативное** лечение флегмоны производится при отграничении процесса и формировании гнойника, а также при прогрессировании процесса.
- **Послеоперационное** лечение предусматривает борьбу с интоксикацией

ГИДРАДЕНИТ

Гнойное воспаление апокриновых потовых желёз, располагающихся главным образом в подмышечных впадинах, также в области промежности или вокруг сосков.



Этиология:

- Золотистый или гемолитический стафилококк

Предрасполагающие факторы:

- Гипергидроз
- Инфицирование кожи подмышечной впадины
- Микротравмы при бритье волос
- Потертости одеждой
- Эндокринные нарушения

Клиника:



Заболевание начинается с появления в подмышечной области болезненного уплотнения округлой или овальной формы. Уплотнение увеличивается в объеме, становится еще более болезненным, кожа над ним приобретает багрово-красный цвет, спаяна с нестойкими эозинофильными скоплениями. Через некоторое время уплотнение размягчается, и на его месте образуется нестойкое эозинофильное скопление с явлениями флюктуации, после вскрытия которого выделяется гной. Наблюдается недомогание, движения в плечевом суставе болезненны.

Лечение:

- После стрижки волос в подмышечной впадине конечность фиксируют косынкой. На область нестойких эозинофильных скоплений накладывают мазевые повязки, пропитанные антибиотиками и ферментами. В отдельных случаях при обширных поражениях подмышечной впадины показано применение короткого блока с использованием 20- 30 мл 0,5%-ного раствора новокаина с антибиотиками (канамицином).
- Хорошее действие в начальной стадии оказывают ультрафиолетовое облучение, УВЧ, электрофорез антибиотиков. При явлениях общей интоксикации организма назначают антибактериальные препараты в виде внутримышечных инъекций (тетрациклин, рондомицин и др.).
- При наличии флюктуации в центре нестойких эозинофильных скоплений (инфильтрата) показано оперативное лечение - удаление гнойного детрита и некротизированных тканей. При рецидиве заболевания и вяло текущем гидрадените применяют стафилококковый анатоксин, антистафилококковый гамма-глобулин, гемотрансфузии.

**БЛАГОДАРИМ ЗА
ВНИМАНИЕ!**

