

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
УО «Гомельский государственный медицинский университет»**

**Кафедра хирургических болезней №2**

**ЛЕКЦИЯ**

**Тема: « ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛЕНИЯ КОЖИ И  
ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ. ПАРАПРОКТИТ.»**

**Гнойные заболевания кожи**

**Фурункул** - это острое гнойное воспаление луковицы волосяного фолликула, сальной железы и окружающей их капсулы.

Множественные фурункулы, располагающиеся на различных участках тела, имеющие различные сроки развития, рецидивирующее течение, называются фурункулезом.

Развитие фурункула чаще всего вызывают стафилококки, которые проникают по волосяному каналу в глубь кожи. Этому способствуют травматизация кожи в местах трения одежды, загрязнения кожных покровов, а также эндогенные предрасполагающие факторы – сахарный диабет, авитаминоз, гипотрофия.

**Клиническая картина.**

Больные жалуются на зуд, боль в области очага воспаления, интенсивность которой нарастает, нарушение функции.

1. Серозно-инфильтративная стадия: на месте внедрения инфекции возникает серозное воспаление, которое проявляется: покраснением кожи, инфильтратом, болезненностью при пальпации.

2. Гнойно-некротическая стадия: проявляется болезненным гиперемизированным, возвышающимся инфильтратом кожи, на вершине которого появляется пу-

зырек с гноем. После удаления его виден гнойно-некротический стержень белого цвета.

### **Лечение.**

1. В серозно-инфильтративной стадии фурункула показано консервативное лечение. Применяют антибиотики. Местное лечение состоит в тщательном туалете кожи, вокруг очага воспаления настойкой йода и другими антисептиками. Применяют физио-терапевтическое лечение (УВЧ, электрофорез с антисептиками), сухое тепло.

2. В гнойно-некротической стадии фурункул вскрывают, удаляют гнойно-некротический стержень и накладывают повязки с гипертоническими растворами или протеолитическими ферментами.

**Карбункул** - это острое гнойное воспаление нескольких рядом лежащих волосяных фолликулов, сальных желез и окружающей их жировой клетчатки с формированием очага воспаления.

**Клиническая картина.** Состояние больных средней тяжести. Отмечается высокая температура тела (до 38-40°C), слабость, головная боль, анорексия.

В очаге воспаления появляется инфильтрат, резко болезненный при пальпации, возвышающийся над поверхностью.

### **Лечение.**

1. При серозно-инфильтративной стадии проводится консервативная терапия как при фурункуле.

2. При гнойно-некротической стадии выполняют операцию – производится крестообразный разрез с иссечением гнойно-некротических тканей, с промыванием растворами антисептиков и тампонированием полости тампонами с гипертоническими растворами. Выполняются ежедневные перевязки до полного очищения раны.

Проводится антибактериальная, иммуностимулирующая терапия, физио-терапевтическое лечение.

**Гидраденит** - это воспаление потовых желез. Заболевание чаще всего вызывается стафилококком.

Развитию гидраденита способствуют загрязнение кожных покровов вследствие несоблюдения гигиенических норм, их травматизация, повышенная потливость, снижение защитных сил организма. Чаще всего гидраденит развивается в подмышечных областях.

**Клиническая картина.** Отмечаются умеренные боли в подмышечной области, усиливающиеся при движении рукой. Возникают болезненные ограниченные очаги с гиперемией кожи в подмышечной области. Через 3-4 дня появляется размягчение, что свидетельствует об абсцедировании.

#### **Лечение.**

1. В серозно-инфильтративной стадии проводится консервативное лечение.
2. В гнойной-некротической стадии – выполняется операция – вскрытие и дренирование гнойника.

## **Гнойный мастит**

**Мастит** – острое гнойное воспаление паренхимы и интерстиция молочной железы. Заболевание в 80-85% встречается в послеродовом периоде у кормящих женщин (так называемый лактационный мастит), чаще у первородящих (70%).

Нелактационный мастит встречается у пожилых женщин со сниженной резистентностью организма.

**Различают** острое и хроническое воспаление молочной железы.

По локализации гнойного очага различают:

- галактофорит (воспаление соска);
- субареолярный мастит;
- интрамаммарный мастит;
- ретромаммарный мастит (при расположении гнойника позади молочной железы).

По клиническим проявлениям, с учетом течения воспалительного процесса выделяют:

- серозный (начальная форма),
- острый инфильтративный,
- абсцедирующий,
- флегмонозный,
- гангренозный,
- хронический инфильтративный.

Последняя форма относительно редкая, обычно следствие неправильно леченного острого мастита.

**Возбудителями мастита** являются *S.aureus*, MR стафилоккоки, *Streptococcus ruogenes*, которые попадают в железу восходящим путем, реже лимфогенным или гематогенным.

В развитии острого гнойного мастита огромное значение имеют два фактора: застой молока и наличие трещин сосков. Это способствует проникновению микроорганизмов в ткань молочной железы, возникновению и прогрессированию мастита. Также большое значение имеют ослабление организма женщины, токсикоз беременности, тяжелые роды, осложнения в после родовом периоде.

### **Клиническая картина.**

Для каждой фазы воспаления характерна своя клиническая картина, причем каждая фаза может переходить в последующую, более тяжелую по течению. Общими для каждой фазы является прогрессирующая гнойная интоксикация, а из местных проявлений – боль, краснота, наличие плотного инфильтрата.

**Серозная фаза** воспаления характеризуется, повышением температуры тела, появлением болей в железе, умеренным отеком всей молочной железы с местным повышением температуры, болезненностью при пальпации. В этой фазе особенно опасен застой молока, который может привести к венозному застою и быстрому переходу процесса во вторую фазу. Практически всякий острый застой

молока, протекающий с повышением температуры и болями, следует считать серозной фазой мастита.

При появлении признаков застоя молока (серозный мастит) предусматривается тщательное сцеживание молока, применение тепловых процедур, согревающих компрессов, создание покоя с помощью поддерживающих повязок, профилактика трещин сосков. Кормление грудью не прекращается.

Прекращение кормления или сцеживания молока из заболевшей железы способствует бурному развитию гнойного мастита, процесс переходит в **острую инфильтративную фазу**. Ухудшается состояние женщины, повышается температура тела до 38°. В железе появляется нечеткий, резко болезненный плотный инфильтрат. Очаги размягчения и флюктуации отсутствуют, можно прощупать болезненные увеличенные лимфатические узлы.

При **острой инфильтративной фазе** мастита проводится более энергичное лечение. Необходимо опорожнение застоявшегося молока из долек, чего можно достичь применением согревающих полуспиртовых (водочных) компрессов и сцеживанием молока молокоотсосами или руками. Применяют физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ультразвук). Необходимо помнить, что любое медикаментозное лечение мастита опасно попаданием с молоком матери лекарственного вещества ребенку, особенно антибиотиков, в очень большой для него дозе с последующим развитием у него всевозможных осложнений (в лучшем случае только дисбактериоза). Поэтому антибактериальное лечение острого мастита применяют только при прекращении кормления.

Следующая фаза, **абсцедирующая**, характеризуется появлением гнойного очага, абсцесса. Проявляется выраженными симптомами инфекционного токсикоза. Состояние больных средней тяжести, отмечается повышение температуры тела до 39-40°, слабость, боли в железе. Молочная железа увеличена, отмечается очаговая гиперемия кожи над инфильтратом, в области инфильтрата размягчение.

При **абсцедирующем мастите** показано оперативное вмешательство. Вскрывают гнойник одним или несколькими радиарными разрезами (в зависимо-

сти от размеров абсцесса), отступя от ареолы на 2-3 см. Ретромаммарный абсцесс вскрывают полуовальным разрезом по нижней переходной складке. Субареолярный – дугообразным разрезом, отступив 0,5 см от ареолы.

Следует помнить, что разрез должен обеспечивать хорошее дренирование гнойника, т.к. особенностью гнояного процесса в железистых органах является слабо выраженная способность к отграничению и вовлечению в гнойный процесс все большего количества железистой ткани. При оперативном лечении острого мастита предпочтение должно отдаваться широким и достаточно глубоким разрезам, которые позволяют тщательно осмотреть гнойную полость, при необходимости произвести некрэктомию.

**Флегмонозная фаза** мастита характеризуется резким ухудшением общего состояния, нередко сопровождается септическими явлениями. Молочная железа резко напряжена, отечна, гиперемирована нередко с цианотичным оттенком. Отмечается лимфангит и лимфаденит. Симптом флюктуации определяется в нескольких местах. При расположении гнойника на задней поверхности железы он может вскрыться в клетчаточное пространство позади молочной железы, тогда говорят о ретромаммарном гнойнике. Молочная железа становится багровой, резко отечной, болезненной, флюктуация четко не определяется.

**Гангренозная фаза** мастита встречается редко, наблюдается у больных, которые поздно обратились за медицинской помощью, или при неправильном лечении. Общее состояние больных тяжелое или крайней тяжести, выраженная гнойная интоксикация, септическое состояние. Молочная железа увеличена в размерах, резко болезненна, сине-багрового цвета, с участками некроза. Лимфатические узлы увеличены, болезненны.

**При флегмонозной и гангренозной фазах** мастита проводится комплексное лечение, по обычным принципам гнойной хирургии: широкое вскрытие и дренирование гнойных полостей, некрэктомия, иногда мастэктомия. Ретромаммарные гнойники вскрывают из полулунного разреза по нижнему краю молочной

железы. Этот разрез позволяет широко дренировать ретромаммарное пространство без дополнительной травмы железистой ткани.

Проводится массивная антибактериальная, интенсивная дезинтоксикационная терапия, иммунотерапия.

**Хроническая инфильтративная фаза** мастита возникает после длительного, часто неправильного лечения острых форм. В молочной железе определяется очень плотный инфильтрат, малоболезненный при пальпации, часто имеются свищи. Если лактация продолжается, то через свищи поступает молоко. Кожа над инфильтратом не изменена, иногда наблюдается мацерация. Часто прощупываются регионарные подвижные, увеличенные лимфатические узлы.

В современных условиях отмечается ряд особенностей течения лактационного мастита: более позднее начало заболевания, более длительное течение, появление стертых проявлений клинической картины.

**При хронических инфильтративных** процессах консервативное лечение, как правило, неэффективно из-за наличия плотной, хрящевидной консистенции капсулы вокруг инфильтрата. Поэтому применяют оперативное лечение – иссечение инфильтрата в пределах здоровых тканей и наложение первичного шва на рану. Необходимо обязательное гистологическое исследование удаленной ткани.

### **Профилактика мастита.**

Мастит относится к заболеваниям, которые легче предупредить, чем потом лечить. К особенностям лактационного мастита относятся следующие моменты: кроме заболевшей матери страдает ребенок, лишенный полноценного питания; невозможность традиционной медикаментозной терапии начальных форм мастита при продолжающемся кормлении ребенка материнским молоком. Начинать профилактику мастита нужно до родов. Должна проводиться подготовка молочных желез и сосков к кормлению: ультрафиолетовое облучение, гигиена сосков, правильное ношение лифчика, чтобы не допускать отвисание молочных желез.

В послеродовом периоде необходимо строго соблюдать общегигиенические мероприятия, носить поддерживающие лифчики, обязательно полностью сцеживать молоко после каждого кормления, следить за состоянием сосков. При появлении трещин следует помнить, что они всегда сопровождаются воспалительной реакцией и болями при кормлении и сцеживании. Соблюдение чистоты тела, частая смена нательного и постельного белья, короткая стрижка ногтей, обмывание молочных желез несколько раз в день, ношение лифчика – важные гигиенические мероприятия при трещинах сосков.

## ПАРАПРОКТИТ

**Парапроктит** - гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки, связанное с наличием очага инфекции в стенке прямой кишки.

**Возбудителем** парапроктита чаще всего является смешанная неспецифическая микрофлора с преобладанием кишечной палочки. Встречается также гнилостная и анаэробная флора и крайне редко – специфические микроорганизмы.

### Патогенез.

Инфекция в параректальную клетчатку проникает через протоки анальных желез. В каждую анальную крипту (заднепроходная пазуха) открывается 6-8 анальных желез. Предрасполагающим к нагноению анальной железы, фактором является большая величина и глубина анальной крипты, которая служит входными воротами инфекции. Вначале воспаляется крипта. Затем инфекция распространяется по протокам анальных желез, и воспалительный процесс переходит в параректальную клетчатку с последующим развитием гнойного воспаления.

Определенное значение в патогенезе парапроктита имеет непосредственное повреждение слизистой оболочки прямой кишки, особенно по задней стенке заднепроходного канала, где крипты обычно шире и глубже. Непереваренные частички пищи, плотные кусочки кала могут вызвать ссадины и разрывы слизистой оболочки при дефекации. Острая травма стенки кишки инородными телами (рыбья кость, фруктовые косточки и т.п.) также иногда может привести к развитию



парапроктита. Внедрению инфекции в стенку прямой кишки и окружающую ее клетчатку способствуют скопление, застой и длительное пребывание каловых масс в прямой кишке при запоре.

### **Классификация.**

По этиологическому признаку различают неспецифический и специфический парапроктит.

По течению воспалительного процесса парапроктит делят на: - острый; - хронически рецидивирующий; - хронический.

По глубине локализации различают: - подкожный; - подслизистый; - ишиоректальный (седалищно-ректальный); - пельвиоректальный (тазовопрямокишечный).

По отношению к стенкам прямой кишки: - ретроректальный (позадипрямокишечный); - боковой; - подковообразный, при котором процесс локализуется позади и по бокам прямой кишки. Передние парапроктиты, почти исключительно подкожные, встречаются редко.

### **Клиническая картина**

Острый неспецифический парапроктит в типичных случаях проявляется весьма характерными признаками. Больной отмечает боль в промежности, чувство дискомфорта во время акта дефекации; повышается температура тела. Местно, при образовании гнойника в подкожной клетчатке, отмечается гиперемия кожи около анального отверстия и воспалительный резко болезненный инфильтрат соответственно стороне поражения. При ишиоректальном, более глубоком парапроктите, общие расстройства выражены гораздо резче: характерны тяжелая интоксикация, высокая температура тела, озноб, острые пульсирующие боли в области прямой кишки, усиливающиеся при дефекации, резких движениях. Местные внешние признаки острого ишиоректального парапроктита проявляются обычно к концу 1-ой недели. Вначале кожные покровы не изменены, затем появляются небольшая отечность, иногда припухлость, вслед за ней – легкая гиперемия.

мия кожи промежности. Раньше всего местные изменения удается обнаружить при пальцевом ректальном исследовании: в самые ранние сроки выявляется уплощение и уплотнение стенки кишки выше заднепроходного канала; в последующем определяется воспалительный инфильтрат, выбухающий в просвет кишки.

Для пельвиоректального парапроктита характерна картина тяжелого общего заболевания. Заболевание начинается исподволь; медленно ухудшается общее состояние, появляется лихорадка, озноб, головная боль, боли в суставах. Затем присоединяются тяжесть и неопределенные боли в области таза. С появлением абсцесса (через 1-3 недели) заболевание принимает острое течение: тяжелая интоксикация, гектическая температура, боли в области прямой кишки и таза, задержка стула. В начальных фазах заболевания только пальцевое ректальное исследование позволяет выявить начальные признаки пельвиоректального парапроктита: болезненность одной из стенок средне- или верхнее- ампулярного ее отдела, тестоватую консистенцию кишечной стенки или плотный инфильтрат.

Внешние признаки острого пельвиоректального парапроктита появляются только при распространении гнойного процесса на ишиоректальную, а затем и подкожную клетчатку. Это происходит не ранее 2-3-й недели от начала заболевания.

При распространении гнойного воспалительного процесса на несколько клетчаточных пространств таза может развиваться тазовая флегмона – очень тяжелое заболевание с неблагоприятным прогнозом.

Острый парапроктит может иметь три исхода: - выздоровление, если вскрытие гнойника сопровождается рубцеванием отверстия в стенке кишки, послужившего входными воротами инфекции; - развитие хронически рецидивирующего парапроктита; - возникновение хронического парапроктита с формированием свища прямой кишки.

**Хронический рецидивирующий парапроктит** проявляется периодически остро возникающим нагноением в околопрямокишечной клетчатке при отсутствии наружных свищей. Причиной рецидивов может быть не полностью за-

крывшийся дефект стенки кишки, через который происходит постоянное инфицирование параректальной клетчатки. Рецидив может возникнуть так же под влиянием провоцирующих факторов (травма, воспаление слизистой оболочки прямой кишки) и происходит повторное инфицирование клетчатки. В промежутках между рецидивами возможна полная ремиссия, т.е. временное улучшение состояния больного, проявляющееся в исчезновении клинических проявлений патологического процесса.

**Хронический неспецифический** парапроктит характеризуется наличием свища прямой кишки, который имеет внутреннее отверстие в стенке кишки и одно или несколько наружных. В стенке кишки и клетчаточных пространствах таза обнаруживаются перифокальные воспалительные и рубцовые изменения. В течении длительного времени единственным симптомом заболевания являются гнойные выделения из наружного отверстия свища, которое может располагаться на коже промежности, ягодичной области, бедра, на стенке влагалища.

По отношению к волокнам сфинктера прямой кишки различают свищи:

- интрасфинктерные (подслизистые) проходят внутри отсфинктера;
- чрессфинктерные, т.е. проходящий через волокна сфинктера;
- экстрасфинктерные, т.е. проходящие снаружи от сфинктера (это наиболее сложные, высокие свищи).

У 70% больных, страдающих свищами прямой кишки, в анамнезе отмечаются обострения воспалительного процесса.

**Из специфических парапроктитов** некоторое значение имеют сифилитический и туберкулезный, которые встречаются чрезвычайно редко.

### **Лечение.**

Лечение острого парапроктита хирургическое. Операцию необходимо выполнять тотчас после установления диагноза, т.к. промедление ухудшает не только общее состояние больного, но и прогноз, так как чревато опасностью распространения гнойного процесса по клетчаточным пространствам таза, разрушения мышечных структур сфинктера, тазового дна и стенки прямой кишки. Полу-

овальным разрезом вскрывают гнойную полость. Длина и глубина разреза должны обеспечить полную эвакуацию гноя. Пальцем исследуют полость гнойника, разъединяют перемычки, раскрывают карманы. Заканчивают операцию промыванием и дренированием полости гнойника. В последующем проводят антибактериальную, дезинтоксикационную, иммунотерапию, ежедневные перевязки до полного заживления раны.

Лечение рецидивирующего парапроктита в период обострения аналогично лечению острого парапроктита.

Лечение свищей прямой кишки при хроническом парапроктите оперативное. При выборе способа операции учитывают локализацию внутреннего отверстия свища, отношение свищевого хода к волокнам сфинктера. Производят иссечение свища с ушиванием внутреннего отверстия и дна раны. Послеоперационное ведение больных аналогично принятому при лечении инфицированных ран, т.е. антибактериальная терапия, перевязки.

Для лечения специфических парапроктитов применяют специфические препараты направленного действия (противосифилитические, противотуберкулезные и т.д.).