Флегмона

Это острое гнойное разлитое воспаление клетчатки (подкожной, межмы- шечной, забрюшинной и др.). В отличие от абсцесса при флегмоне процесс не имеет четких границ.

Возбудителями обычноявляются стафилококки и стрептококки, но флегмону могут вызывать и другие гноеродные микробы, которые проникают в клет- чаточные пространства через случайные повреждения кожи, слизистых оболочек или гематогенным путем. Флегмона может развиться после введения под кожу различных химических веществ (скипидар, керосин, бензин и др.).

Флегмона является самостоятельным заболеванием, но может быть осложнением различных гнойных процессов (карбункул, абсцесс, сепсис и др.). Воспалительный экссудат распространяется в клетчаточных пространствах, переходя из одного фасциального футляра в другой через отверстия для сосудисто-нервных пучков. Раздвигая ткани, сдавливая и разрушая сосуды, гной приводит к некрозу тканей.

По характеру экссудата различают: серозную, гнойную, гнойно-геморра- гическую и гнилостную формы флегмоны. В зависимости от локализации различают эпи- и субфасциальную (межмышечную) формы флегмонозного воспаления.

При некоторых локализациях флегмона носит специальное название. Так, воспаление околопочечной клетчатки (жировой капсулы почки) называется паранефритом, околокишечной клетчатки - параколитом, околопрямокишеч- ной клетчатки - парапроктитом и др. Чаще флегмона локализуемся в подкожной клетчатке, что объясняется слабой сопротивляемостью последней инфекции, частотой травмы и большой возможностью инфицирования.

Клиническая картина. Для флегмоны характерны быстрое появление и распространение болезненной припухлости, разлитое покраснение кожи над ней, высокая температура тела (40°С и выше), боли, нарушение функции пораженной части тела. Далее припухлость превращается в плотный инфильтрат, который затем размягчается и появляется симптом флюктуации. Течение флегмоны обычно тяжелое. Часто встречаются злокачественные формы, когда процесс быстро прогрессирует, захватывая обширные участки подкожной, межмышечной клетчатки, и сопровождается тяжелой интоксикацией.

Заболевание нередко начинается внезапно, с повышения температуры тела до 40 °С, озноба, головной боли, общего недомогания. Температура чаще всего постоянная. Отмечаются высокий лейкоцитоз и выраженный нейтрофилез. Если подкожная флегмона возникает вторично (остеомиелит, гнойный артрит, гнойный плеврит, перитонит и др.), при постановке диагноза необходимо выявлять и основное заболевание.

Флегмона, развивающаяся первично, может привести к ряду осложнений (лимфаденит, лимфангит, рожа, тромбофлебит, сепсис и др.). При распространении флегмоны на окружающие ткани могут возникнуть вторично гнойные артриты, тендовагиниты и другие гнойные поражения.

На лице флегмона подкожной клетчатки может осложниться прогрессирующим воспалением вен лица и гнойным менингитом.

Лечение. Больных с флегмоной госпитализируют. В начальной стадии флегмоны допустимо консервативное лечение: назначают постельный режим, покой для пораженной конечности, внутримышечно большие дозы антибиотиков, обильное питье, молочно-растительная диета, сердечные, болеутоляющие средства. Местно в окружности флегмоны производят обкалывание тканей раствором пенициллина в новокаине, применяют сухое тепло, УВЧ-терапию. При отграничении процесса и формировании гнойников (ограниченная флегмона) консервативное лечение завершается вскрытием их и дренированием.

При прогрессирующей флегмоне отсрочка оперативного вмешательства недопустима. Под общим обезболиванием производят вскрытие флегмоны одним, чаще несколькими параллельными разрезами на всю глубину поражения. В ранних фазах вызванных стрептококком флегмон гноя может не быть. В этих случаях при вскрытии отмечается серозное и 'серозно-геморрагическое пропитывание тканей. Раны дренируют и рыхло тампонируют марлей, смоченной гипертоническим-раствором хлорида натрия; можно применить протеолитические ферменты и др. Обычно после этих мероприятий быстро снижается температура тела, улучшается общее состояние, стихают местные симптомы воспаления.

При отсутствии улучшения после оперативного вмешательства и общего лечения следует предположить наличие местного или общего осложнения (дальнейшее прогрессирование флегмоны, тромбофлебит, рожа, гнойный за­тек, септическое состояние).

Тяжелая форма прогрессирующей флегмоны, безуспешность оперативного и общего лечения могут служить показанием к ампутации конечности в связи с угрозой для жизни больного.

Прогноз при ограниченной форме подкожной флегмоны благоприятен. При прогрессирующей флегмоне, а также при тяжелых осложнениях ее и при локализации флегмоны на лице прогноз серьезный.

Рожи.

Рожей называется острое серозное воспаление собственно кожи, реже слизистой оболочки, вызываемое стрептококком. Воспаление распространяется на все слои кожи и ее лимфатичекие сосуды.

Значительную роль в возникновении рожистого воспаления играет местное и общее. предрасположение организма. Чаще всего заражение происходит экзогенным путем, чему способствует загрязнение кожи патогенным стрептококком при наличии микротравм или раны. Реже рожа возникает эндогенным путем из глубоко расположенных гнойных очагов (лимфогенно) и очень редко - гематогенным путем (сепсис).

У больных, перенесших рожу, повыша­ются чувствительность организма к стрептококковой инфекции и склонность к рецидивам. Особенно часто новая вспышка воспаления возникает после травмы, охлаждения.

Патологоанатомическая картина. Серозное или серозно-геморрагическое воспаление захватывает вначале сосочковый слой кожи, что проявляется резкой краснотой (эритематозная форма рожи) . При образовании эпидермальных пузырей, наполненных серозным экссудатом, рожа называется буллезной. Вовлечение в рожистый процесс подкожной клетчатки ведет к развитию гнойного воспаления ее (флегмонозная форма). При пониженной сопротивляемости организма или высокой вирулентности инфекции нередко развиваются обширные некрозы (некротическая форма)

Клиническая картина. Характерны выраженные общие и местные клинические симптомы. Нарушение общего состояния может предшествовать развитию местных признаков. Продромальный период характеризуется недомоганием, слабостью, головной болью. Затем появляются потрясающий озноб, сильная головная боль, тошнота, рвота. Пульс и дыхание учащаются, температура тела @ повышается до 40-41 °С и сохраняется в виде кривой постоянного типа.

Исчезает аппетит, появляются бессонница, запоры, уменьшается количество мочи, в моче - белок, в осадке определяются эритроциты, лейкоциты, гиалиновые и зернистые цилиндры. При исследовании крови отмечаются умеренная нормохромная анемия, выраженный лейкоцитоз и нейтрофилез; уменьшается количество эозинофилов. С началом выздоровления нейтрофилез сменяется лимфоцитозом, исчезает эозинопения. Печень и селезенка нередко увеличиваются. Отмечается резкая гиперестезия копи. При тяжелой интоксика­ции бывают бред, возбуждение, головная боль.

Наиболее часто рожа локализуется на лице, голове, нижних конечностях, очень редко поражает слизистые оболочки губ, зева, глотки.

Местными симптомами рожи являются: жгучая 6oль и ощущение жара в пораженной области, появление яркой красноты с четкими неровными границами, которые как бы зазубрены «географическая карта». Кожа в зоне воспаления отечна, температура ее повышена, болезненность локализуется по периферии поражения. Описанные симптомы характерны для.эритематозной формы рожи.При буллезной форме в результате отслойки эпидермиса экссудатом образуются различной величины пузыри. Содержимое пузырей, богатое стрептококками, очень опасно, так как переносит рожу контактным путем. Экссудат бывает также гнойным и кровянистым.

Длительность заболевания 1-2 нед. Окончание болезни, сопровождается критическим снижением температуры тела с обильным потом. По выздоровлении отечность и краснота исчезают и на участке поражения появляется шелушение. На волосистой части кожи наблюдается значительное поредение волос, брови выпадают.

При флегмонозной форме рожи изменения на поверхности кожи могут незначительны, а в подкожной клетчатке отмечаются серозно-гнойное (пропитывание, скопление гноя. Общее состояние больного бывает тяжелым. Все клинические симптомы выражены значительно отчетлива чем при эритематозной форме.

У истощенных, ослабленных и пожилых больных, а также при наличии гиповитаминоза и тяжелых нейротрофических нарушениях буллезная и флегмонозная формы рожи нередко переходят в некротическую форму

На лице рожистое воспаление протекает относительно благоприятно, сопровождаясь, однако, значительным отеком лица и век. Тяжело протекает флегмонозная форма рожи волосистой части головы. Характерны скопление большого количества гноя, отслойка кожи, образование гнойных затеков.

На туловище рожа нередко носит распространенный характер и протекает с тяжелой интоксикацией. При этой локализации она нередко бывает блуждающей. При миграции воспаление может возникать вновь на, ранее пораженных участках.

Рожистое воспаление конечностей встречается в 26 *%* всех поражений (чаще это эритематозная и буллезная формы) и клинически протекает тяжело при выраженных общих явлениях. В начале появляются боли по ходу лимфатических сосудов и вен пораженной конечности, что может привести к поста­новке ошибочного диагноза острого тромбофлебита.

Повторная (рецидивная) рожа на верхних конечностях приводит к длительным отекам, нарушающим функцию кисти. На нижних конечностях рецидивы рожистого воспаления нередко вызывают развитие слоновости.

Осложнения рожи:

1. распространение процесса на окружающие ткани;
2. метастазирование инфекции или присоединение вторичной инфекции и токсемии;
3. на конечностях - гнойные поражения синовиальных сумок, синовиальных влагалищ сухожилий, суставов, мышц, тромбофлебиты.

Лечение. Из общих методов лечения рожи в настоящее время наиболее эффективным является, применение антибиотиков и скидных препаратов. Назначают большие дозы пенициллина, полусинтетические пенициллины внутримышечно, тетрациклины, при роже с септическими явлениями - антибиотики широкого спектра действия. Эффективен белый стрептоцид, который назначают внутрь по 0,5 г 4-5 раз в сутки. Применяют также сульфацил и этазол, сульфадиметоксин и др.

Хорошие результаты дает облучение рожистого воспаления ультрафиолетовыми лучами (эритемная доза),что в начальных фазах процессанередко обрывает заболевание. Применяют также рентгенотерапию, которая дает лучший эффект в неосложненных случаях. При рецидиве рожи, а также при обширных поражениях рентгенотерапия противопоказана.

Влажные повязки и ванны абсолютно противопоказаны. При буллезной форме пузыри после обработки спиртом вскрывают и на участок поражения накладывают повязку с синтомициновой эмульсией, стрептоцидной суспензией или 2 % тетрациклиновой мазью и др. При флегмонозной и гангренозной формах, помимо описанного лечения производят вскры­тие скоплений гноя, дренирование раны, удаление некротизированных тканей.

Большое значение имеют тщательный уход, высококалорийная молочно- растительная диета с большим содержанием витаминов. Больные подлежат обязательной госпитализации. Им обеспечиваются постельный режим, иммобилизация пораженной конечности, что особенно важно при осложнении рожи тромбофлебитом. Больного необходимо изолировать. Рецидивы рожи нередко связаны с наличием источников инфекции (свищи, язвы, трещины, опрелость между пальцами ног и др.), поэтому профилактикой их является ликвидация указанных заболеваний, а также длительная антибактериальная терапия по схеме