**Хирургическая инфекция**

хирургический инфекция фурункул мастит

Хирургической инфекцией называют такие заболевания, которые вызываются инфекционным началом - микробным возбудителем и требуют специального хирургического лечения, включая оперативное.

Классификация хирургической инфекции

. Острая хирургическая инфекция:

а) гнойная,

б) гнилостная,

в) анаэробная,

г) специфическая (столбняк, сибирская язва и др.).

. Хроническая хирургическая инфекция:

а) неспецифическая (гноеродная),

б) специфическая (туберкулез, сифилис, актиномикоз и др.).

По этиологии:

стафилококковая, стрептококковая, пневмококковая, колибацилярная, гонококковая, анаэробная неспорообразующая, клостридиалыная анаэробная, смешанная инфекция.

По структуре патологии:

. Инфекционные хирургические болезни (фурункул, карбункул).

. Инфекционные осложнения хирургических болезней.

. Послеоперационные инфекционные осложнения.

. Инфекционные осложнения открытых и закрытых травм.

По локализации:

. Поражение кожи и подкожной клетчатки.

. Поражение покровов черепа и его оболочек.

. Поражение шеи.

. Поражения грудной стенки, плевральной полости, легких.

. Поражение средостения.

. Поражение брюшины и органов брюшной полости.

. Поражение костей и суставов.

По клиническому течению:

. Острая гнойная инфекция:

а) общая;

б) местная.

. Хроническая гнойная инфекция:

а) общая;

б) местная.

Условия развития хирургической инфекции:. Патогенность микробов-возбудителей определяется рядом факторов:

. Массивностью микробной инвазии - количество поступившей инфекции.

. Вирулентностью возбудителей.

. Биологическими особенностями микроорганизмов.

. Первичной ассоциацией возбудителей, т. е. сочетанием микробов.

. Присоединением вторичной новой инфекции, которая нередко повышает биологическую активность первичной.. Условия-факторы макробиологического значения условно можно разделить на факторы общего и местного значения.

а) Факторы общего значения

. Возраст.

. Сопутствующие заболевания.

. Авитаминоз.

. Неблагоприятные условия внешнего характера, снижающие сопротивляемость организма (переохлаждение).

. Анемия.

. Психические депрессии.

. Хронические интоксикации.

. Эндокринные заболевания (диабет, зоб).

. Общая сенсибилизация организма и сенсибилизация его к определенному микробному антигену.

б) Факторы регионального и местного значения.

Моментами, благоприятствующими развитию микробов при проникновении их через дефект кожи и слизистых оболочек, являются:

. Наличие в зоне травмы питательной среды (кровоизлияние, мертвые ткани, клетки).

. Ткани пониженной иммунобиологической сопротивляемости: сдавленные, поврежденные, пониженного кровоснабжения, извращенный нейрогуморальный обмен, ацидоз.

. Кроме того; имеют значение местные иммунобиологические особенности тканей, влияющие на частоту и тяжесть развития гнойных процессов. Весьма значительно сопротивление к микробам тканей, тех областей тела, которые постоянно подвергаются воздействию микробов в силу анатомического строения (промежность).

Клиническая симптоматология.

. артериальная гиперемия,

. венозный стаз,

. образование отека тканей,

. повышение местной температуры,

. появление боли,

. нарушение функции органа,

. появление почернения, флюктуации и образование гноя.

Полнота и острота проявления местных симптомов различна у разных людей и зависит:

а) от реактивности местных тканей,

б) от характера воспаления,

в) от места локализации воспалительного очага (кожа, мышцы, легкие,

мозг, сустав, ягодица, язык, брюшная полость или плевра, от масштабов воспалительного процесса).

г) от объема пораженных тканей, от степени вовлечения в этот процесс сосудов, нервов защитных барьеров - лимфожелез.

Общие клинические симптомы.

повышение температуры тела.

озноб,

вялость больного, недомогание,

головная боль,

разбитость,

учащение пульса.

. Изменение крови, изменение форменных элементов крови и биохимических показателей.

Исходы хирургической инфекции:

В зависимости от места расположения и состояния организма, его реактивности и проводимых лечебных мероприятий - исходы разные.

. Стихание воспалительной реакции, рассасывание, восстановление функции - выздоровление.

. Выход гноя наружу, отторжение некротических масс, очищение, заполнение грануляциями и выздоровление.

. Прорыв гноя и некротических масс в полость-плевру, брюшную, сустав - это уже осложнение перитонитом, гнойным плевритом.

. Прорыв в сосуд, сердце, бронхи - может умереть от эмболии и асфиксии.

. Сепсис, интоксикационный коллапс.

. Метастазирование инфекции в другие органы и ткани (легкие, печень и т.д.).

Отдаленные исходы:

. Атрофия тканей мышц.

. Контрактуры, парезы.

. Интоксикационный коллапс.

. Амилоидов почек, жировая дистрофия печени.

Общие принципы лечения гнойных ран.

Очищение раны от погибших и нежизнеспособных тканей достигается тщательным иссечением всех некротических и нежизнеспособных тканей - основного субстрата для жизнедеятельности микрофлоры, что предупреждает дальнейшее развитие нагноения и генерализацию инфекции. У подавляющего числа больных радикальная хирургическая обработка гнойной раны значительно снижает число микробов в тканях и ускоряет процесс созревания грануляций. Снижение числа микробов в ране уменьшает интоксикацию организма, нормализует содержание факторов иммунного ответа.

Таким образом, хирургическая обработка гнойной раны является патогенетически обоснованной. Она позволяет в полной мере решить задачу скорейшего очищения раны и частично - подавления жизнедеятельности раневой микрофлоры.

Оптимальные условия для удаления раневого отделяемого обеспечивают: активное дренирование ран, (длительное промывание их антибактериальными растворами через дренажные трубки, аспирация экссудата), всасывающая экссудат повязка изгигроскопических материалов, мази на водорастворимой основе (полиэтиленгликоли), абактериальные изоляторы. Тампонирование ран малоэффективно: через несколько часов тампоны перестают всасывать и превращаются в «пробку», затрудняющую отток экссудата. При использовании мазей на водорастворимой основе допустимо введение в рану пропитанных ими полосок марли.

Хирургическая обработка раны не может привести к полной стерилизации раны. Поэтому антибиотикотерапия, направленная на уничтожение оставшейся в ране микрофлоры, является составной частью комплексного лечения гнойной раны.

Оптимальным способам закрытия раневой поверхности остается наложение швов или кожная пластика, позволяющая добиться заживления раны первичным натяжением, т. е. наиболее экономичным с биологической позиции путем.

Большое значение имеет метод лечения ран в управляемой абактериальной среде, заключающийся в помещении пораженной части тела в специальный пластиковый изолятор с быстрым потоком безмикробного воздуха и регулируемым микроклиматом. Этот метод позволяет быстро удалить экссудат за счет испарения его, уменьшить отек, снизить бактериальную обсемененность раны или полностью уничтожить микрофлору и в краткие сроки приготовить поверхность к аутодермопластике. Он является оптимальным для лечения обширных гнойных paн (площадью более 500 см) и открытых переломов костей конечностей со значительным дефектом мягких тканей.

Между хирургической обработкой «свежей» и гнойной раны есть некоторые различия, т. к. обработка гнойной раны производится при уже развившейся инфекции с целью лечения, не профилактики.

В гнойной хирургии, так же как и в военно-полевой хирурги, необходимо различать первичную, отсроченную и вторичную хирургическую обработку.

Под первичной хирургической обработкой гнойной раны (равно как и огнестрельной) следует понимать оперативное вмешательство, по поводу гнойного очага.

Повторная хирургическая обработка производится по поводу дальнейшего развития инфекции.

В тех случаях, когда операции предшествует подготовка больного в течение 2-5 дней, хирургическая обработка является отсроченной. Часто такая операция имеет целью закрытий раневой поверхности.

Поздняя хирургическая обработка производится в поздние от начала заболевания сроки, обычно по поводу осложнения раневого процесса.

Целесообразно также выделять понятия радикальной (полной) и частичной хирургической обработки гнойной раны или гнойного очага.

Полная хирургическая обработка гнойной раны подразумевает радикальное иссечение ее в пределах здоровых тканей.

Однако анатомические условия и степень распространения воспалительного процесса не всегда позволяют выполнить обработку в полном объеме. Нередко приходится ограничиться рассечением раны, вскрытием затеков и дренированием. В таком случае хирургическая обработка гнойной раны будет частичной.

Адекватное обезболивание при хирургической обработке имеет очень большое значение, т. к. без полноценной анестезии хорошо выполнить эту операцию крайне трудно.

Наложение швов на гнойную рану.

. Первичный шов применяется, естественно, тотчас после первичной хирургической обработки гнойной раны.

. Первичный отсроченный шов накладывают в течение первых 5 - 6 дней после хирургической обработки, до появления в ране грануляций.

. Ранний вторичный шов - накладывают на покрытую грануляциями рану с подвижными краями до развития в ней рубцовой ткани (в течение второй недели после хирургической обработки).

. Поздний вторичный шов - накладывают на гранулирующую рану, в которой уже развилась рубцовая ткань. В этом случае закрытие раны возможно только после предварительного иссечения рубцовой ткани (на протяжении 3-й и 4-й недели после ранения).

Показаниями к наложению швов на гнойную рану или рану после вскрытия очага являются:

. Полное очищение гнойной раны от некротических и нежизнеспособных тканей, достигаемое обработкой гнойного очага или местной 'Медикаментозной терапией.

. Отсутствие выраженных воспалительных изменений кожи и мягких тканей в окружности раны.

. Возможность адекватного сопоставления краев раны без чрезмерного натяжения.

Непременным условием для наложения швов на гнойную рану является активное дренирование с промыванием и рациональная антибактериальная терапия, направленная на уничтожение оставшейся в ране микрофлоры.

Противопоказаниями к наложению швов на гнойную рану являются:

невозможность проведения полноценной хирургической обработки раны; наличие в ней очагов некроза тканей;

наличие резких воспалительных изменений кожи и окружающих мягких тканей; невозможность адаптации краев и стенок раны без чрезмерного натяжения;

высокий уровень бактериальной обсемененности раны - более 10 на 1 грамм ткани.

Гнойные заболевания кожи (фурункул, карбункул, гидроаденит, абсцесс, флегмона, рожа, эризипелоид).

Среди возбудителей гнойной инфекции основное место занимает стафилококк в монокультуре или в различных микробных ассоциациях. Все большее внимание привлекает врачей группа неспорообразующих (неклостридиальных) микроорганизмов как возбудителей гнойной инфекции. На развитие гнойной инфекции оказывает влияние изменение вирулентности микрофлоры, наличие некротических тканей, состояние кровообращения, а так же имуннобиологические особенности организма. Необходимо подчеркнуть, что применение антибиотиков в течение нескольких десятилетий существенно изменило клинические проявления гнойных процессов мягких тканей, более часто встречаются хронические и осложненные формы заболеваний с атипичным течением.

Клиническими признаками общей реакции организма на воспаление являются повышение температуры тела, озноб, вялость больного, общее -недомогание, головная боль, разбитость, учащение пульса, изменение состава крови. Перечисленные симптомы могут носить ярко выраженный характер или быть малозаметными в зависимости от характера распространенности, локализации воспаления и особенностей реакции организма.

Местные проявления воспаления зависят от стадии развития характера и локализации воспалительного процесса.

Так, поверхностно расположенные очаги воспаления характеризуются классическими признаками воспаления - покраснением, обусловленным воспалительной гиперемией, отеком, припухлостью, болью, повышением местной температуры и нарушением функции органа.

Фурункул - острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей подкожно-жировой клетчатки.

В центре инфильтрата, образуется очаг некроза (некротический стержень). Вокруг некроза скапливается гной.

По отторжении гноя и некротического стержня дефект кожи заполняется грануляциями с последующим образованием соединительной ткани.

Фолликулит - гнойное воспаление только волосяного мешочка.

Карбункул - острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочков и сальных желез, сопровождающийся образованием общего инфильтрата и некрозом кожи и подкожной клетчатки.

Гидроаденит - гнойное воспаление потовых желез.

Флегмона - острое разлитое гнойное воспаление, чаще всего подкожной жировой клетчатки, с переходом в абсцедирование, в отличие от абсцесса флегмона не имеет четко выраженных границ и капсул.

Формы флегмоны в зависимости от характера экссудата:

а) серозная,

б) гнойная,

в) гнойно-геморрагическая,

г) гнилостная.

Формы в зависимости от глубины расположения воспалительного процесса:

а) эпифасциальная,

б) субфаоциальная (межмышечная).

Формы по локализации:

а) флегмоны конечности,

б) флегмоны туловища,

в) флегмоны ягодичной области,

г) флегмоны шеи,

д) флегмоны подмышечной области,

е) флегмоны субпекторального пространства,

ж) постинъекционные флегмоны,

з) флегмоны забрюшииного пространства.

Рожа - инфекционно-аллергическое заболевание с выраженным синдромом интоксикации и наличием характерного серозного или серозно-геморрагического воспаления собственно кожи, реже - слизистой оболочки. Вызывается стрептококками.

Формы рожи:

а) эритематозная,

б) буллезная,

в) пустулезная,

г) геморрагичесекая,

д) флегмонозная,

е) некротическая или гангренозная,

ж) смешанная.

По течению:

а) первичная,

б) повторная (спустя многие годы после первичной, иная локализация),

в) рецидивирующая (многократные возвраты болезни с локализацией воспалительного очага на одном и том же месте).

Эризипелоид - инфекционное заболевание кожи, характеризующееся возникновением на коже ограниченных участков ярко-красного цвета с синюшным оттенком.

Вызывается палочкой свиной рожи, которая проникает через микротравматические повреждения кожи. Формы:

а) острая,

б) хроническая,

в) рецидивирующая.

Инкубационный период 3 - 7 дней. Чаще поражаются пальцы рук. С 1-го дня заболевания на теле пальца появляется: болезненное и зудящее розово-красное пятно с резкими границами, возвышающееся над окружающей кожей. Через несколько дней зуд нарастает. Через 2 - 3 недели отек спадает, зуд прекращается, гиперемия исчезает, остается шелушение кожи.

В качестве лечения применяют иммобилизацию кисти, антибиотики в/м, УФО, футлярные новокаиновые блокады с одновременным введением антибиотиков. Местно - мазь Вишневского. Специфическую сыворотку вводят по 10 - 20 мл в зависимости от тяжести заболевания; В тяжелых случаях - рентгенотерапия.

Гнойный медиастинит.

Медиастиниты не являются столь редким заболеванием, как принято думать. Более частой причиной гнойного медиастинита являются повреждения пищевода, в основном при эндоскопическом исследовании верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Все органы и образования средостения окружены рыхлой клетчаткой. Последняя создает условия для их подвижности и смещения. Подвижность органов и образований средостения в известной степени препятствует состоянию покоя, столь необходимого при воспалительных процессах.

Большинство медиастинитов являются вторичными заболеваниями. Исключение составляют проникающие ранения средостения. Среди наиболее частых возбудителей медиастинитов находят стрептококк, стафилококк, пневмококк, а также смешанную гнойную и гнилостную флору; в отдельных случаях - анаэробы. Инфекция может распространяться в средостение, если не считать случаев проникающих ранений, лимфогенным и гематогенным путями; кроме того, нагноительные процессы могут переходить в средостение и непосредственно при повреждениях пищевода инородными телами, инструментами, изъязвлениях его стенок (ожоги), расхождении швов желудочно-пищеводного анастомоза.

При абсцессах и гангрене легкого острогнойный или гнилостный процесс распространяется на корень легкого, из которого может произойти прорыв гнойника в средостение. Одной из причин развития медиастинита могут быть нагноившиеся гематомы средостения, возникающие вслед за тупой травмой грудной клетки.

Непосредственный переход гнойного процесса в средостение возможен при остеомиелите грудины, перихондрите, гнойном воспалении грудно-ключичного сочленения, остеомиелите грудного отдела позвоночника. Относительно большую группу составляют метастатические медиастиниты, возникающие в связи с различными первичными воспалительными очагами в организме, иногда в отдаленных областях (верхние и нижние конечности, таз и пр.).

Паталогоанатомически различают ограниченные (абсцессы) и разлитые (флегмоны) гнойные процессы. Клинически в зависимости от анатомо-биологических условий, а также от вида возбудителя различают остро (иногда молниеносно) и хронически протекающие медиастиниты.

Острые гнойные и гнилостные медиастиниты протекают без четко очерченных симптомов на фоне крайне тяжелого общего состояния. Тяжесть течения острых медиастинитов объясняется наличием в средостении ряда важнейших образований - симпатических и парасимпатических нервов, кровеносных и лимфатических сосудов, при раздражении которых возникают дополнительные симптомы. В результате поражения важнейших нервов нарушается функция органов, которые они иннервируют - сердечнососудистой системы, дыхания, пищеварительного тракта.

Помимо этого, клетчатка средостения обильно всасывает продукты распада тканей, - что способствует усилению тяжести заболевания.

Среди симптомов гнойных и гнилостных медиастинитов следует различать местные и общие.

Острогнойные и гнилостные процессы в средостении обычно начинаются внезапно, остро, часто с озноба, значительного повышения температуры и загрудинных болей. Температура нередко принимает гектический характер. Степень интоксикации настолько выражена, что заболевание сопровождается гипо- и даже энергической реакцией. Загрудинные боли являются наиболее выраженными симптомами.

Для передних медиастинитов характерны боли в грудине, усиление загрудинных болей три постукивании по грудине, при откидывании головы назад, появление отечности на шее в области грудной клетки. Для задних медиастинитов характерны боли в межлопаточной области, эпигастральной области, спине, при вовлечении в воспалительный процесс стенки пищевода может наблюдаться и боль при глотании (эзофагит). Больные обычно стремятся занять сидячее или полусидячее положение и держат голову наклоненной вперед - это уменьшает боли и облегчает дыхание. При задних медиастинитах появление паравертебральной отечности свидетельствует о затруднении, оттока венозной; крови и тяжести воспалительного процесса.

В тяжелых случаях медиастинита на почве анаэробной или гнилостной инфекции иногда можно рентгенологически, определить эмфизему средостения, при распространении процесса эмфизема появляется в области шеи, что можно определить пальпаторно. Эмфизема - грозный признак, свидетельствующий о значительной тяжести процесса. Пульс при этом частый - до 120 ударов в минуту и больше, артериальное давление падает, венозное повышается, набухают вены головы, шеи и верхних конечностей. В области грудной клетки расширяется подкожная венозная сеть в результате раскрытия коллатералей. В дальнейшем может появиться выпот в полости плевры и перикарда.

При заднем мадиастините, развившемся при разрыве пищевода, отмечаются выраженные боли за грудиной, одышка, озноб, гнилостный запах изо рта. Для диагноза такой формы медиастинита важным является установление разрыва пищевода с использованием рентгенологического метода (затекание контрастного вещества в средостение из пищевода) или эзофагоскопия (выявление разрыва стенки пищевода).

Тяжелым осложнением медиастинита является сдавление воспалительным инфильтратом аорты и легочной артерии. В результате сдавления и раздражения блуждающих нервов возникают осиплость голоса, приступообразный кашель.

При перкуссии можно обнаружить при передних медиастинитах расширение зоны притупления в области грудины, при задних - в паравертебральной зоне. Однако при разлитых формах острых медиастинитов при перкуссии нельзя получить убедительных данных;

К числу очень важных и тяжелых симптомов-относятся явления сдавления трахеи, главных бронхов и пищевода. В таких случаях клиническая картина острых медиастинитов становится весьма тяжелой. Сдавление этих важных образований распознается не только клинически, но и рентгенологически, помимо сдавления, наступает их смещение, В случаях тяжелого течения при разрушении стенки трахеи или пищевода и перфорации их рентгенологически можно обнаружить в клетчатке средостения воздух.

Дифференциальная диагностика острого гнойного медиастинита может встретить большие затруднения. Дифференцировать приходится обычно с пневмонией, медиастинальным плевритом, перикардитом, иногда с туберкулезным натечником, с опухолями средостения. Но, помимо различной клиники этих процессов, различна и их рентгеновская картина. Диагностическую пункцию переднего и заднего средостения нельзя считать безразличным методом, так как, помимо опасности повреждения крупных сосудов и пищевода, возможно инфицирование плевральной полости при извлечении иглы.

Вполне естественно, что при первых признаках острого медиастинита, как и при других локализациях острогнойных процессов должны быть назначены антибиотики - полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды и др. При выявлении первичного очага необходимо исследовать микрофлору на чувствительность к антибиотикам и провести коррекцию терапии.

Если медиастинит развивается из инфицированных лимфатических узлов средостения, возможно обратное развитие воспалительного процесса, находящегося в стадии серозного воспаления. В этих случаях роль антибиотиков особенно велика. При наличии признаков абсцедирования и особенно гнилостного воспаления показано оперативное вмешательство - медиастинотомия. Учитывая особую тяжесть течения и высокую летальность при распознавании заболевания и консервативном лечении, следует шире ставить показания к медиастинотомии.

Парапроктит.

Парапроктитом называется гнойный воспалительный процесс, локализующийся в клетчатке около прямой кишки или заднепроходного отверстия. Парапроктит может быть диффузным, быстро распространяющимся флегмозным процессом, или процессом ограниченным, локализованным. Гной, как правило, содержит смешанную флору различной комбинации: золотистый и белый стафилококк; стрептококк, энтерококк, кишечную - палочку, анаэробы и др.

Острый парапроктит чаще встречается у мужчин (2/3 всех наблюдаемых).

Внедрению инфекции в параректальную клетчатку способствуют трещины заднего прохода, воспаление геморроидальных узлов, повреждению слизистой оболочки прямой кишки и заднепроходного канала, воспаление крипт, промежностные гематомы, расчесы покровов заднего прохода и т. д. Инфекция может также распространяться из воспалительных процессов области предстательной железы и оснований широких связок матки.

Среди ограниченных параректальных нагноений различают следующие пять форм: подкожную, ишиоректальную, подслизистую, тазово-прямокишечную и ретроректальную.

Больные с подкожными абсцессами составляют 74% от всех больных с абсцессами, ишиоректальные - 15,2%,, подслизистые - 6%, тазово-прямокишечные - 3,3%, ретроректальные - 1,5%.

Подкожные абсцессы располагаются около анального отверстияю. При этом отчетливо определяется припухлость, кожа над которой гиперемирована. Больные ощущают резкие боли в области анального отверстия, особенно при дефекации. Повышается температура, увеличивается количество лейкоцитов в соответствии с тяжестью процесса. Диагноз не представляет затруднений.

Ишиоректальные абсцессы протекают с тяжелыми общими явлениями. Процесс, захватывая глубокие слои клетчатки седалищно-прямо-кишечных впадин, распространяется позади прямой кишки на другую сторону до предстательной железы и, идя кверху, захватывает тазовую клетчатку. Пульсирующая боль, высокая температура, иногда озноб дополняет клиническую картину. Отек, гиперемия кожный покров при общей токсемии облегчают диагноз у больных с этой формой парапроктита. Однако, в начальной стадии заболевания, когда отсутствуют внешние признаки заболевания, необходимо произвести бимануальное расследование, вводя палец одной руки в прямую кишку и помещая палец другой руки на припухлость снаружи. При этом можно определить болезненный инфильтрат. Подслизистые абсцессы локализуются в подслизистом слое прямой кишки выше морганьевых крипт или аноректальной линии. При пальцевом исследовании можно определить отечность и болезненность в области заднепроходного отверстия. Процесс может распространяться книзу в подкожную клетчатку и кверху в вышележащую подслизистую ткань прямой кишки. Такой абсцесс называется подкожно-слизистым.

Тазовые прямокишечные абсцессы - редкая форма околопрямокишечных гнойников. Абсцесс располагается выше тазового дна, но может быть локализован и низко, и спереди, и по бокам прямой кишки. При абсцессах этой локализации заболевание (в начальной стадии) характеризуется бессимптомным течением. В дальнейшем воспалительный процесс, перфорируя мышцу, поднимающую задний проход, спускается книзу между сухожильной дугой и запирательной фасцией в клетчатку седалищно-прямокишечной впадины, формируя здесь гнойник с характерными клиническими признаками.

Ретроректальные абсцессы образуются в результате занесения инфекции в лимфатические узлы и отличаются от тазово-прямокишечных только тем, что располагаются сначала в клетчатке позади прямой кишки. Эти гнойники могут также спуститься в ишиоректальную клетчатку и вызвать ее флегмонозное воспаление,

В начальной стадии заболевания гнойники указанной локализации почти не вызывают симптомов поражения прямой кишки. Воспалительные изменения в области жома прямой кишки отсутствуют, болей при дефекации нет. Нет также болей при сидении, ибо отсутствует воспалительный процесс ишиоректальной клетчатки. Наконец, нет запоров, ибо ампула прямой -кишки достаточно широка, чтобы просвет ее сохранился даже при большом выпячивании гнойника в ее полость. Вот почему в начальной стадии заболевания имеются только отраженные, иррадирующие боли в глубине таза и по нервам. Однако в результате распространения вниз гнойника начинают появляться и местные боли.

По вопросу о причинах возникновения рецидивов острого парапроктита в литературе имеются противоречивые данные. По мнению многих авторов, главным предрасполагающим фактором для возникновения рецидива парапроктита является рубцевое изменение слизистой оболочки прямой кишки.

Лечение. В начальной стадии заболевания при наличии небольшого инфильтрата перианальной области применяют консервативные методы лечения: сидячие теплые ванны с раствором перманганата калия, поясничную новокаиновую блокаду, компрессы с мазью Вишневского на ягодичную область, грелки, УВЧ.

Оперативное лечение острого парапроктита включает: 1) раннее оперативное вмешательство путем вскрытия гнойника полулунным разрезом; 2) обработку полости и дренирование ее; 3) рациональное послеоперационное ведение больных.

Вскрытие парапроктита является неотложной операцией. Ранняя операция при остром парапроктите способствует более, благоприятному течению заболевания. При этом уменьшается количество осложнений анальным свищом и рецидивирующей формой парапроктита. Обезболивание должно быть общим (внутривенный, масочный наркоз).

Применяют многочисленные разрезы, среди которых самые удобные полулунный и радикальный. Они обеспечивают зияние раны и отток гнойного экссудата, а также менее травматичны.

Полулунный разрез проводят параллельно анальному кольцу на расстоянии 2 - 2,5 см от заднего прохода. При наличии подкожных, а также седалищно-прямокишечных форм парапроктитов полулунный разрезполностью обеспечивает вскрытие гнойника. Полость исследуют пальцем и определяют наличие затеков. Если процесс окажется распространенным, разрез может быть продлен в обе стороны.

Подслизистые гнойники вскрывают со стороны просвета прямой кишки. Предварительно производят пункцию гнойника. Необходимое условие операции - тщательное обезболивание для безболезненного растяжения, как анального кольца, так и сфинктеров и введение в прямую кишку зеркала.

Тазово-прямокишечные гнойники встречаются значительно редко. При этой локализации происходит прорыв гноя в седалищно-прямокишечную впадину. Послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку и жировую клетчатку ишиоректальной впадины. Раздвигая края раны крючком и обнажая нижнюю поверхность поднимающей задний проход мышцы, производят пункцию с целью обнаружения гноя. Получив положительный результат, между мышцами тупо проводят замкнутый зажимы раздвигают его бранши. При выделении гноя мышцу рассекают в сагитальном направлении. Полость контролируют пальцем, обрабатывают антисептиками и дренируют.

Заднеполулунным разрезом с той или с другой стороны от анально-копчиковой связки вскрывают позади прямокишечные гнойники. При этой операции хирург должен манипулировать так, чтобы не повредить анально-копчиковую связку и прямую кишку.

При тяжелом общем состоянии проводят антибиотикотерапию.

Первую перевязку делают на следующий день после операции. Удалив тампон из полости гнойника, назначают ванну с раствором перманганата калия (1:1000). В дальнейшем ежедневно после акта дефекации назначают ванну. После появления хороших грануляций в полость гнойника вводят тампон с мазью (сульфидиновой, пенициллиновой, синтомициновой, Вишневского и др.). Тампонаду полости продолжают до заполнения ее грануляционной тканью.

Анаэробный парапроктит возникаете результате проникновения и развития в тазовой клетчатке анаэробных микроорганизмов. Он может быть местным, ограниченным, но значительно чаще бывает разлитым, в виде восходящего анаэробного лимфангита с преобладанием явлений интоксикации.

Гангренозно-гнилостны и парапроктит характеризуется гангренозно-гнилостным распадом клетчатки сидалищно-прямокишечной и тазово-прямокишечной впадин с распространением процесса в подкожную клетчатку и мышцы ягодичной области передней стенки живота, доходящей почти до ребернойдуги.

Парапроктит с восходящим анаэробным лимфангитом в отличии от предыдущей формы носит более распространенный характер. Отчетливо выражен лимфангит передней стенки живота, доходящей почти до реберной дуги.

Общими и ранними симптомами для обеих форм парапроктита является учащение пульса, падение артериального давления, несоответствие между температурой (обычно высокой) и пульсом, синюшность губ, наличие эйфории.

Лечение. Больные с анаэробным парапроктитом нуждаются в экстренной операции. Их лечение должно быть комплексным, включающим применение как оперативного, так и консервативного методов.

Целью оперативного метода является полное иссечение омертвевших тканей, а также производство 2-3 дополнительных радиарных разрезов кожи и подкожной клетчатки. Раневую полость обрабатывают перекисью водорода и рыхло тампонируют марлей, смоченной тем же раствором.

Общее лечение включает следующие частные задачи: 1) -борьбу с инфекцией и интоксикацией; 2) повышение иммунобиологических сил организма; 3) улучшение функций всех органов и систем,

Гнойный паротит.

Гнойное воспаление околоушной железы возникает при проникновении микробов в околоушные слюнные железы, чаще из полости рта. Благоприятным условием для восходящей инфекции в железу по слюнному протоку является уменьшение или прекращение выделения слюны. Ослабление защитных сил и нарушение выделения слюны приводят к тому, что паротит может развиваться у обезвоженных больных при общих инфекционных заболеваниях или в послеоперационном периоде после обширных операций. Микроорганизмы могут проникнуть в околоушную железу также лимфогенным или гематогенным путем.

Наиболее часто при паротитах обнаруживают стафилококки и стрептококки: первые чаще при ограниченных гнойниках, вторые - при флегмонозных и гангренозных процессах.

Клиническая картина. Каждой из перечисленных форм изменений в железе соответствуют некоторые особенности. Общие признаки для всех форм паротита следующие. В области околоушной железы появляется болезненная, увеличивающаяся припухлость, пальпация которой вызывает усиление болей. Из-за болей затрудняется жевание и глотание. Напряжение тканей с каждым днем увеличивается, кожа истончается, краснеет и в глубине ощущается неясная флюктуация. Исследование крови в этот период указывает на нарастание количества лейкоцитов за счет нейтрофильных форм. Общее состояние больного непрерывно ухудшается, отечность тканей распространяется на шею, щеку, подчелюстную область. У особенно тяжелых больных отмечается также отечность мягкого неба и боковой стенки глотки. Открывание рта резко затруднено вследствие сведения челюстей в результате распространения воспаления и отека на жевательные мышцы.

Несмотря, казалось бы, на ясную клиническую картину паротита, всегда следует помнить о возможности опухоли, кисты околоушной железы и перитонзиллярной окологлоточной боковой флегмоны.

Дифференциальная диагностика от опухолей и кист основывается на отсутствии при этих заболеваниях высокой температуры и других признаков воспалительного процесса, тогда как при паротите эти симптомы ярко выражены.

Лечение. В зависимости от формы паротитов лечение их может быть консервативным или оперативным.

При применении антибиотиков широкого спектра действия большинство паротитов в начальных фазах развития излечивается консервативно. При появлении начальных симптомов паротита применяют полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды. Кроме антибиотиков, при консервативном лечении применяют тепловые и физиотерапевтические процедуры.

Если лечение начато рано, то в большинстве наблюдений воспалительный процесс в околоушной железе подвергается обратному развитию и гнойный процесс предупреждается.

При отсутствии успеха от консервативных мер и развитии гнойного паротита показано оперативное лечение, целью которого является вскрытие всех гнойных очагов в железе и создание хорошего оттока гноя.

Если уже имеется флюктуация, то разрез обычно делают в месте наибольшего размягчения, обследуют гнойную полость пальцем и дренируют ее. Производя разрез, необходимо учитывать направление основных ветвей лицевого нерва: он должен идти параллельно, а ни в коем случае не перпендикулярно к ним. Этим разрезом рассекают кожу, подкожную клетчатку и обнажают капсулу околоушной железы. После надсечения капсулы тупо пальцем или пинцетом проникают осторожно в гнойник и дренируют его.

Из лечебных мероприятий в послеоперационном периоде необходимы введение антибиотиков, обезвоженным больным - вливание под кожу внутривенно 5% р-ра глюкозы, солевых растворов и жидкая высококаллорийная пища.

При паротите возможны следующие осложнения: 1) опасные для жизни кровотечения из аррозированных гноем сосудов, находящихся в паренхиме околоушной железы, или сонной артерии при гнойных затеках; 2) развитие флегмоны окологлоточного пространства, что объясняется анатомическими соотношениями и интимными лимфатическими связями этих областей; 3) глубокие флегмоны шеи вдоль сосудистого пучка и развитие медиастинита при запущенном гнойном паротите с образованием затеков по ходу сосудистого пучка шеи.

Мастит.

Мастит (грудница) - воспаление паренхимы и интерстиции молочной железы. Мастит в 80 - 85% всех случаев встречается в послеродовом периоде у кормящих женщин (так называемый лактационный мастит), в 10 - 15% - у некормящих и лишь в 0,5''- 1% - у беременных. Чаще послеродовой мастит возникает у первородящих женщин. Возросла заболеваемость маститом у женщин в возрасте старше 30 лет, что объясняется нарастанием числа первых-родов в этом возрасте. Среди всех случаев маститов первородящих 70%, повторнородящих - 27%, много рожавших - 3%.

Классификация. Различают острые и хронические маститы. Воспалительным процессом может поражаться преимущественно паренхима молочной железы - паренхиматозный мастит или интерстиций молочной железы - интерстициальный мастит. Отдельно выделяют воспаление млечных протоков - галактофорит и воспаление желез околососкового кружка - ареолит.

Для практических целей наиболее приемлема клиническая классификация острых маститов с учетом течения воспалительного процесса: серозный (начальный), острый инфильтративный, абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный. В группе хронических маститов различают гнойную и негнойную формы. Хронический гнойный мастит относительно редок, он является чаще всего следствием неправильно леченного острого мастита; в исключительно редких случаях возможно развитие первично-хронического мастита. К негнойной форме относят плазмоклеточный продуктальный хронический мастит. Выделяют также специфический редко встречающийся мастит - туберкулезный, сифилитический.

Возбудителем мастита часто является стафилококк. У 82% больных при посеве гноя стафилококк выделен в чистом виде, 11% - в ассоциациях с кишечной палочкой и стрептококком, у 3,4% - высеяна кишечная палочка в монокультуре, у 2,4% выделен стрептококк, редко встречаются протей, сине-гнойная палочка, грибы. Первостепенное значение в возникновении мастита имеет внутрибольничная инфекция. Входными воротами инфекции являются чаще всего трещины сосков. Возможно и интраканаликулярное проникновение инфекции при кормлении грудью или сцеживании молока; реже встречается распространение инфекции гематогенным или лимфогенным путями из эндогенных очагов инфекции. Наличие патогенных бактерий на коже и сосках матери, а также в ротовой полости ребенка не всегда приводит к маститу. Благоприятствующими моментами для развития заболевания являются ослабление организма матери сопутствующими заболеваниями, снижение иммунобиологической реактивности ее организма, тяжело протекающие роды, особенно первые, с крупным плодом, различные осложнения послеродового периода. Существенным фактором, способствующим заболеванию, является нарушение оттока молока с развитием лактостаза, что нередко наблюдается в связи с недостаточностью млечных протоков у первородящих, неправильным строением сосков и нарушением функциональной деятельности молочной железы. При попадании микробов в расширенные млечные протоки молоко свертывается, стенки протоков отекают, что усугубляет застой молока, повреждается эпителий протоков. Все это способствует проникновению микробов в ткань железы, обусловливая возникновение и прогрессирование мастита.

В основе хронического гнойного мастита лежит образование мелких абсцессов с выраженной индурацией окружающих тканей. При плазмоклеточном мастите выделяются инфильтраты с большим количеством блуждающих плазматических клеток вокруг млечных протоков. Хроническая инфильтративная фаза наблюдается при нерациональном местном применении антибиотиков путем повторных введений их в инфильтрат.

При расположении абсцесса в дольках на задней поверхности железы, он может вскрыться в клетчаточное пространство позади ее и тогда образуется редкая форма - ретромаммарный абсцесс. У некоторых больных железа сразу оказывается нафаршированной большим количеством мелких гнойников, т.е. развивается гнойная инфильтрация паренхимы железы (апастематозный мастит), которая превращается как бы в губку, наполненную гноем.

Клиническая картина различных фаз мастита имеет свои особенности. Серозная фаза характеризуется появлением болей в "молочной железе, повышением температуры до 38,5 гр. С. - 39 гр. С. При кормлении ребенок менее охотно берет больную железу. Во время осмотра отмечается едва заметное увеличение его при полном сохранении контуров. Только при пальпации можно отметить несколько большую упругость и диффузную болезненность пораженной железы по сравнению со здоровой. В этой фазе особенно опасен застой молока, который приводит к венозному сразу же содействует быстрому переходу мастита во вторую фазу. Начальную форму острого мастита следует отличать от острого застоя молока, который часто предшествует воспалительному процессу. Практически следует считать всякое нагрубание молочных желез, протекающее с повышением температуры, серозной формой мастита. Прекращение кормления или сцеживания молока из заболевшей железы способствует бурному развитию гнойного мастита. При запаздывании или неправильности лечения процесс прогрессирует и переходит в острую инфильтративную фазу

Абсцедирующая фаза мастита развивается в тех случаях, когда общая и местная терапия не останавливает процесса на фазе инфильтрата и не способствует его обратному развитию. При этом наблюдается нарастание всех клинических явлений; СОЭ достигает 50-60 мм в час, лейкоцитоз- 15,0x10 л-16,0х0/л, содержание гемоглобина падает до 50 -55%, озноб усиливается, температура повышается.

Флегмонозная фаза мастита характеризуется резким ухудшением общего состояния, повышением температуры до 38-40 гр. С, с повторными ознобами, нередко сопровождается септическими явлениями: язык и губы сухие, бессонница, головная боль, отсутствие аппетита. Кожные покровы бледные, молочная железа увеличена, пастозна, кожа на ней гиперемирована, блестящая, иногда с цианотичным оттенком, при надавливании образуется ямка. Отмечается резкое расширение подкожных вен и нередко явления лимфангита. Сосок чаще втянут. В процесс вовлекается вся или большая часть железы. При пальпации определяется пастозность и участки флюктуации в нескольких местах.

Гангренозная фаза мастита наблюдается обычно у больных, которые поздно обратились за медицинской помощью или же в результате развития тромбоза и застоя в сосудах молочной железы или при длительном лечении в поликлинике без учета ухудшения общего состояния и распространения процесса. Больные поступают в крайне тяжелом состоянии, Температура довольно долго держится на уровне 40-40,5 гр. С; пульс ПО - 120 уд. в минуту, слабого наполнения. Язык и губы сухие, кожные покровы бледные. Жалобы на слабость, недомогание и головную боль, отсутствие аппетита и плохой сон. Молочная железа увеличена, отечна, болезненна, пастозна. Кожа бледно-зеленого или сине-багрового цвета, местами покрыта пузырями, на некоторых участках - некрозы. Сосок втянут, молоко отсутствует, причем часто и в молочной железе. Лейкоцитоз до 20,0х10/л-25,0х10/л, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, содержание гемоглобина снижается до 25-35%. СОЭ ускорена до 60-70мм в час.

Хроническая инфильтративная фаза возникает после длительного, местного лечения антибиотиками, чаще по поводу гнойного мастита, начавшегося остро с высокой температуры.

Под влиянием местной антибиотикотерапии процесс может очень скоро принять хронический характер. Общее состояние больных удовлетворительное, температура нормальная. В молочной железе определяется очень плотный инфильтрат, не спаянный с кожей и малоболезненный при пальпации. Боли иногда возникают при наполнении железы молоком и кормлении. Часто прощупываются увеличенные подвижные регионарные лимфатические узлы на одной стороне. Кожа над инфильтратом либо гиперемирована, либо без особых изменений. В крови незначительный лейкоцитоз, СОЭ увеличивается.

Осложнения. Течение мастита может осложняться лимфангитом, лимфаденитом и редко сепсисом. После вскрытия (особенно самопроизвольного) гнойника иногда могут образоваться молочные свищи, которые закрываются самостоятельно, но в течение длительного времени.

Лечение. Проводят лечение с учётом формы мастита: при начальных формах это комплексное консервативное лечение, при гнойных - оперативное вмешательство. При появлении признаков застоя молока предусматривается создание покоя железе, для чего ей придают возвышенное положение с помощью иммобилизирующих повязок или лифчика, которые должны поддерживать, но сдавливать железу. Для улучшения опорожнения железы применяют физиотерапевтические процедуры, используют молокоотсос; кормления грудью не прекращают, назначают окситоцин и но-шпу. При серозном и инфильтративном мастите применяют антибиотики, инфузионную терапию с выделением плазмозаменителей, гемодеза, белковых препаратов, солевых растворов, используют также средства, повышающие защитные силы организма. Применяют ретромаммарные новокаиновые блокады с антибиотиками, с протеолитическими ферментами. При застое молока для улучшения опорожнения железы применяют магнитное поле УВЧ и ВЧ в слаботепловой дозировке по 10 - 20 мин 2 раза в день, на курс 10 - 15 процедур. При серозной форме мастита для вызывания обратного развития процесса применяют электрическое поле УВЧ или микроволны в слаботепловой дозировке по 10-15 мин, ультразвук интенсивности 0,2-0,4 Вт/кв. см по 5-6 мин, ультрафиолетовое облучение железы (2-3 дозы), новокаин-электрофорез по 20 - 30 мин в сочетании с микроволнами или ультразвуком по 8-10 воздействий. При инфильтративной форме применяют те же физические факторы, что и при начальной форме, но мощность и интенсивность воздействия увеличиваются.

Своевременным и правильным лечением в фазе острой инфильтрации удается остановить процесс и добиться его обратного развития у довольно большого числа больных. Для ликвидации процесса в этой стадии следует применять полусинтетические пенициллины, физиотерапию. Нельзя допускать застоя молока и прекращения кормления этой грудью. При недостаточном освобождении молочной железы путем кормления, необходимо сцеживать или отсасывать молоко молокоотсосом.

При абсцедирующей фазе, в большинстве наблюдений, показано хирургическое лечение. При тяжелом общем состояние следует производить операцию тут же при поступлении в стационар, под внутривенным или масочным наркозом. Разрез длиной 7-10 см производят в месте флюктуации или наибольшей болезненности в радиарном направлении, не доходя до околососкового кружочка или же на 2-3 см отступая от соска. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и вскрывают полость гнойника. Введенным в полость гнойника пальцем следует разделить все имеющиеся тяжи и перемычки: При наличии гнойника одновременно в верхнем и нижнем квадрантах молочной железы разрез нужно делать в нижнем квадранте и через него опорожнять гнойник, расположенный в верхнем квадранте. При затруднении опорожнения гнойника из одного разреза надо сделать второй радиарный разрез - противоотверстие. После освобождения от гноя в полость следует ввести резиновый или хлорвиниловый дренаж.

Если условия для дренирования неблагоприятны (больших размеров полость, гнойные затеки), то делают дополнительные радиарные разрезы. Полости гнойников дренируют с помощью резиновых трубок. Если имеется несколько интрамаммарных абсцессов,каждый из них вскрывают отдельным разрезом и проводят активную аспирацию содержимого (водоструйный отсос, дренирование по Редону).

Ретромаммарный и глубоко расположенные интрамаммарные абсцессы вскрывают из нижнего полуовального резерва Барденгейера: по нижней переходной складке рассекают кожу, подкожную клетчатку и проникают в ретромаммарное пространство, отслаивая железу, от большой грудной мышцы. При этом интрамаммарные гнойники вскрывают сзади. В полость гнойника вводят дренажные трубки, рану зашивают до дренажей. Такой метод вскрытия гнойников позволяет избежать пересечения внутридольковых млечных протоков, обеспечивает хорошие условия для оттока гноя и отхождения некротизированных тканей, дает хороший косметический результат, поскольку после выздоровления остается мало заметный рубец, который прикрывается нависающей железой.

В послеоперационном периоде лечение необходимо проводить по фазам: в фазе гидратации применяются повязки с 10%, раствором поваренной соля, в фазе дегидратации - мазевые повязки. Наряду с этим необходимо общее лечение (антибиотикотерапия, внутривенное вливание глюкозы' И солевых растворов, переливание крови). Применяют и физиотерапевтические методы (кварц, соллюкс, УВЧ и др.). При очередных перевязках повязку на железу нужно накладывать таким образом, чтобы не создавать венозного застоя и оставлять открытым сосок для кормления ребенка или регулярного отсасывания молокоотсосом.

При флегмонозной и гангренозной фазах мастита лечение заключается в срочном оперативном вмешательстве сразу же при поступлении больной в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Надо стремиться вскрыть гнойник одним или 2 широкими радиарными разрезами длиной 8 - 10 см. При распространении флегмоны и гангрены на всю железу разрез следует делать на нижней поверхности железы. Если не удается полностью освободить полость от гноя из одного разреза, можно сделать дополнительные разрезы и дренировать полости. При распространении процесса на ретромаммарное пространство рационален овальный "разрез под железой, для чего последнюю приподнимают кверху.

Лечение больных с флегмонозной и гангренозной формой требует особого внимания и общих мероприятий с первых же дней поступления в стационар: применение больших доз антибиотиков широкого спектра действия, повторных переливаний крови, внутривенных вливаний глюкозы и солевых растворов, сердечных средств, обильного питья, высококалорийной легкоусвояемой пищи и других мер, направленных на борьбу с токсикозом. Местное лечение, как и при абсцедирующем мастите, следует проводить с учетом фазы раневого процесса.

Консервативное лечение при хронической инфильтративной фазе не приводит к полному излечению в связи с наличием плотной, хрящевой консистенции капсулы гнойников.

Поэтомупоказано хирургическое вмешательство, состоящее в иссечения всего инфильтрата с наложением глухого шва; если последнее невозможно, то следует радиарным разрезом через весь инфильтрат широко его вскрыть. По рассечению капсулы обычно удаляется небольшое количество гноя. Если есть подозрение на рак, то физиотерапию следует начинать только после получения отрицательных данных гистологического исследования. В послеоперационном периоде показано физиотерапевтическое лечение (УВЧ-терапия, ультрафиолетовое облучение и т.п.), новокаиновая блокада, грелки, внутримышечное введение антибиотиков - полусинтетических пенициллинов.