**Карбункул. Флегмона. Фурункул**

Карбункул - гнойное воспаление нескольких волосяных мешочков и подкожной жировой клетчатки вокруг них. Излюбленная локализация-затылочная область и спина. Переходу фурункула в карбункул способствуют его травматизация, сахарный диабет.

Симптомы, течение. Болезненный инфильтрат с резкой гиперемией кожи, где имеются несколько свищевых отверстий с гнойным отделяемым и некротическим дном. Инфильтрат иногда довольно значителен, без четких границ. Температура высокая, в крови-лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

Лечение оперативное. Под общим обезболиванием производят широкое крестообразное рассечение инфильтрата с иссечением некротических тканей. Если, несмотря на достаточный разрез, воспалительные изменения прогрессируют, показана массивная антибиотикотерапия. Прогноз обычно благоприятный.

ФЛЕГМОНА - гнойное воспаление тканей с тенденцией к прогрессированию. В зависимости от слоев, которые поражает флегмона, говорят о подкожной, субфисциальной и межмышечной флегмоне. Флегмона может образоваться и в средостении, забрюшинной клетчатке, грудной и брюшной стенках. Возбудитель инфекции - стрептококки, анаэробные и гнилостные микроорганизмы.

Входные ворота инфекции - чаще раны. Вначале местно имеется серозная инфильтрация тканей, но на 2-3-й день (в зависимости от вида микробных ассоциаций) появляется серозно-гнойное (стрептококки), гнойное (стафилококки) или ихорозное (гнилостная инфекция) отделяемое. Область ин-фицирования и соседние ткани инфильтрированы, отечны, кожа гиперемирована. Имеется боль и болезненность при пальпации в этой же зоне. Если не принять соответствующих мер (обширные разрезы для вскрытия соединительнотканных пространств, удаления гноя и некротических тканей), то воспалительно-некротический процесс будет прогрессировать. В ряде случаев течение заболевания может быть молниеносным с быстрым прогрессированием воспаления, септическими явлениями, может возникнуть опасность аррозии артерии (кровотечение), гнойного тромбофлебита и тромбоэмболии легочной артерии.

Лечение оперативное, как правило, под наркизом. Во время операции должны быть вскрыты все затеки, иссечены некротические ткани, рана должна быть хорошо дренирована.

Деревянистая флегмона (флегмона Реклю) - результат инфицирования слабо вирулентными микроорганизмами дна рта и ротоглотки. Характерно возникновение безболезненного, «твердого, как доска», инфильтрата мягких тканей шеи. При разрезе определяются студенистые ткани и незначительное количество темного экссудата.

Гнилостная флегмона - особо тяжелая форма заболевания. Важнейшими возбудителями являются кишечная палочка, протей, анаэробы. В течение первых же суток отмечается повышение температуры, боль и образование серозного экссудата, затем быстро присоединяется некроз тканей, завершающийся гнилостным распадом, отсюда тяжелые токсические явления. Секрет раны становится грязно-коричневым, приобретает неприятный запах. Если в гнилостном секрете выявляется газообразование, говорят о газовой флегмоне (не путать с анаэробной газовой инфекцией). Гнилостная флегмона брюшной стенки нередко возникнет после операций на ободочной кишке; наложения противоестественного заднего прохода, колостом.

Лечение гнилостной флегмоны представляет значительные трудности. Необходимы широкие разрезы, хорошее дренирование раны, тщательные ежедневные перевязки с ревизией раны (возможны рецидивы). Прогноз при обычной флегмоне благоприятный. При гнилостной флегмоне всегда очень серьезен.

ФУРУНКУЛ - гнойное воспаление волосяного мешочка и окружающей его подкожной клетчатки. Наиболее частым возбудителем является стафилококк. Предрасполагающие факторы: недостаточная гигиена, незамеченные небольшие повреждения кожи, особенно при бритье, повышенная потливость, сахарный диабет. Преимущественная локализация: лицо, затылок, паховые области, ягодицы, руки.

Симптомы, течение. Вначале возникают боль, покраснение и отек в области волосяного мешочка. Затем происходит формирование зоны некроза и гнойное расплавление его. Исследование крови на лейкоцитоз и СОЭ показано в основном для динамическою наблюдения за течением заболевания, кроме того, оно позволяет исключить лейкоз. Определение сахара крови (сахарный диабет).

Иногда необходимо дифференцировать фурункул от редких случаев туберкулезных холодных абсцессов (флюктуирующее образование без гиперемии кожи, повышения температуры и болезненности. Холодный абсцесс чаще локализован в области шеи и паха).

Лечение до гнойного расплавления - покой, антисептические повязки. Нежелательно использование ихтиола, который способствует абсцедированию инфильтрата. При поверхностном гнойнике можно без обезболивания удалить некротический стержень, после чего обычно быстро наступает выздоровление. В ходе операции необходимо взять материал для бактериологического исследования. Антибиотикотера-пия обычно не показана, в основе лечения-адекватное хирургическое вмешательство. Фурункулы лица угрожают распространением инфекции на мозговые синусы с развитием септического синус-тромбоза. Все манипуляции при фурункулах этой области должны быть строго ограничены, показана антибиотикотерапия в условиях стационара. Необходимо ограничение разговора и жевания.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>