Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Инфекционных болезней

Зав. кафедрой д.м.н.

Доклад

на тему:

Абсцессы кожи

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

Пенза

2008

# ПЛАН

Введение

1. Бактериология

2. Окраска по Грамму

3. Клинические проявления

4. Лечение

5. Вскрытие и дренирование абсцесса

Литература

ВВЕДЕНИЕ

Инфицирование мягких тканей и кожные абсцессы часто наблюдаются у пациентов отделений неотложной помощи; на них приходится до 5 % всех обращений в ОНП.

1. БАКТЕРИОЛОГИЯ

Анаэробные бактерии составляют часть нормальной флоры кожи и слизистых оболочек, в том числе полости рта, влагалища, уретры и толстой кишки. В полости рта количество анаэробов десятикратно превышает аэробную флору. А в дистальном отделе кишечника их соотношение увеличивается до 1000:1 и более; 20—30 % массы свежего кала составляет плотная масса живых бактерий, причем почти все они являются анаэробами. В абсцессах часто обнаруживаются анаэробы (обычно в смешанных культурах), особенно в области промежности. Их важное значение в инфицировании ЦНС, брюшной полости и дыхательных органов хорошо известно.

Bacteroides fragilis является единственным анаэробом, резистентным к пенициллину, и наиболее часто встречающимся грамотрицательным анаэробом в человеческих фекалиях. Он обычно присутствует в абсцессах, возникающих в области промежности. С бактериологической точки зрения анаэробные абсцессы обычно имеют смешанный характер.

Преобладающим аэробом при кожных абсцессах является золотистый стафилококк. По данным ряда исследований, проведенных в последнее время, золотистый стафилококк обнаруживается почти в 25 % абсцессов и практически всегда выделяется в чистой культуре. Следует отметить, однако, что он выделяется гораздо реже, чем это предполагается клинически (менее чем в 50 %). Две трети случаев инфицирования золотистым стафилококком приходится на абсцессы верхней половины тела (голова, шея, подмышки, туловище). Склонность данного микроорганизма к образованию абсцессов хорошо известна; его потенциал в этом отношении зависит не столько от синергизма сочетания с другими бактериями, сколько от сочетания с анаэробами. У 97 % амбулаторных больных, инфицированных золотистым стафилококком, отмечается резистентность к пенициллину G.

Proteus mirabilis, нормально вегетируюший в кале, является наиболее часто обнаруживаемым грамотрицательным аэробом. Он выявляется в основном в кожных абсцессах верхней половины тела. Причина этого неясна: ведь данный микроорганизм не является нормальным обитателем кожи верхней половины туловища.

E.coli, аэроб, наиболее часто встречающийся в кале и содержимом абсцессов брюшной полости, редко высевается из кожных абсцессов и лишь в отдельных случаях — из абсцессов области промежности. Всеобщим заблуждением является мнение, что дурной запах гноя обусловлен жизнедеятельностью кишечной палочки или других кишечных аэробов. В действительности же гной в абсцессах, вызванных кишечной палочкой, не имеет запаха. Дурной запах гноя абсцессов, локализующихся в прямой кишке, связан с наличием анаэробных бактерий.

Абсцессы, связанные со злоупотреблением препаратами, больше напоминают целлюлит и индурацию кожи с вовлечением регионарных лимфоузлов. Более того, их развитие часто бывает более быстрым с самого начала. Такая клиническая картина, вероятнее всего, обусловлена инъецированием некротизирующих химических раздражителей, причем этими раздражителями могут быть не столько сами лекарственные препараты, сколько те или иные примеси, вызывающие стерильные абсцессы.

1. ОКРАШИВАНИЕ ПО ГРАММУ

При инфекционном поражении мягких тканей окрашивание мазков по Грамму является простым, доступным и надежным методом идентификации патогенов. Предварительная идентификация до получения результатов культуральных исследований обеспечивает рациональный выбор антибиотика. К сожалению, окрашивание по Грамму не позволяет идентифицировать аэробы и анаэробы. Однако при этом методе определяются три специфические морфологические картины.

Если в мазке гноя, окрашенного по Грамму (гной тщательно аспирируется из полости абсцесса), обнаруживаются лишь большие грамположительные кокки, напоминающие гроздь винограда, то абсцесс почти наверняка вызван золотистым стафилококком, что обычно подтверждается культуральными исследованиями.

Если в окрашенном по Грамму мазке не обнаруживается никакой микрофлоры, то, вероятнее всего, речь идет о стерильном абсцессе.

Определение комбинации грампозитивной и грамнегативной микрофлоры (кокки и палочки) указывает на смешанную аэробно- анаэробную инфекцию.

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Кожные абсцессы могут возникнуть на любом участке тела. Нарушение целостности защитного эпителия при микротравмах (таких, как порезы и ссадины) позволяет нормальной флоре кожи и прилегающих слизистых оболочек проникнуть в стерильные подкожные пространства. Абсцессы возникают также при обструкции потовых и сальных желез. Абсцессы последних часто имеют место в прямой кишке, подмышечных впадинах, на голове, шее, т. е. в областях, богато снабженных сальными железами. Сальные и потовые железы начинают активно функционировать лишь после окончания пубертатного периода, с чем, вероятно, связана повышенная частота абсцессов у взрослых.

Периректальные абсцессы часто возникают из анальных крипт; абсцессы волосяных луковиц обусловлены присоединением вторичной инфекции в процессе врастания волоса внутрь, а вульвовагинальные абсцессы являются следствием обструкции бартолиновых желез. Как правило, у мужчин абсцессы наблюдаются в области головы и шеи, в периректальной области и на конечностях, а у женщин они располагаются в подмышечных областях, вульвовагинально и периректально.

Больные обычно жалуются на локальную боль и припухлость в области абсцесса, чаще всего, отмечая, что заболевание началось примерно неделю назад. Нередки попытки самолечения абсцесса (как только он становится очевидным) путем повторного его выдавливания или прокалывания; таким образом, врачу приходится иметь дело с уже травмированными тканями и неадекватно дренированным поражением.

У большинства пациентов с кожными абсцессами отсутствуют признаки общей интоксикации. Хотя нередко отмечается умеренная тахикардия, она может быть связана с болью или беспокойством пациента, а также с прямыми токсическими эффектами инфекции. Могут наблюдаться уплотнение тканей вокруг абсцесса, целлюлит, отек тканей вследствие застоя лимфы, лимфангит и регионарная лимфаденопатия. Повышение температуры отмечается редко. Лихорадка у больного с кожным абсцессом может указывать на сопутствующую генерализованную инфекцию. Вместе с тем лихорадка может быть признаком снижения сопротивляемости организма, что предрасполагает к развитию системной инфекции. Больной обследуется с целью выявления признаков травмы, ожоговых повреждений, а также неоплазм (особенно наличия лейкоза), сахарного диабета, сосудистой недостаточности, коллагеноза; кроме того, необходимо отметить лечение кортикостероидами или другими препаратами.

У некоторых больных, несмотря на адекватное лечение, кожные абсцессы не подвергаются обратному развитию или имеют тенденцию к частому рецидивированию. Такие абсцессы в области промежности могут предполагать наличие недиагностированного воспалительного заболевания кишечника; 10 % больных с гранулематозным колитом (болезнь Крона) имеют осложнения в виде периректальных абсцессов и фистул. Часто повторяющиеся абсцессы в подмышечных впадинах и в области паха могут быть признаком гнойного гидраденита. Рецидивирующие или незаживающие абсцессы, вероятнее всего, обусловлены каким-либо из перечисленных выше факторов, снижающих защитные силы организма.

1. ЛЕЧЕНИЕ

Основой лечения локализованного кожного абсцесса у практически здорового пациента без признаков интоксикации является инцизия и дренирование. В большинстве случаев при адекватно проведенном лечении назначение антибиотиков не требуется (табл.1). При успешном лечении в таких случаях нет необходимости в проведении посева или окрашивания мазков по Грамму, хотя такие исследования обеспечивают получение определенной информации о причинном факторе инфекции.

1. ВСКРЫТИЕ АБСЦЕССА И ДРЕНИРОВАНИЕ

Степень распространения абсцесса и количество гноя, которое необходимо эвакуировать, обычно недооцениваются, особенно при локализации поражения в промежности или на конечностях, где только напряженное уплотнение тканей без флюктуации может указывать на наличие гноя под этим уплотнением. В случае сомнений в отношении распознавания целлюлита или абсцесса может быть предпринята попытка игловой пункции пораженной области. Любое количество аспирированного гноя бывает достаточным, поскольку это всегда указывает на наличие абсцесса, требующего хирургического вмешательства. Если же гной не аспирируется, то, скорее всего, имеет место целлюлит, в котором еще не образовались полости. В таких случаях целесообразно применение частых теплых примочек и антибиотиков, способных перекрыть основную кожную флору в пораженной области. Эффективность антибиотиков при лечении целлюлита остается недоказанной. Однако в случае их использования необходимо произвести посев и окрашивание по Грамму материала, полученного при инъекции 1 мл стерильного солевого раствора, не содержащего кислорода (небактериостатического), в пораженную область; раствор затем отсасывается и исследуется. Больной должен наблюдаться до разрешения процесса, так как в некоторых случаях инфекция прогрессирует до формирования абсцесса, несмотря на применение антибиотиков.

Лечение кожных абсцессов

1. Пациенты с нормальным иммунитетом
2. Вскрытие абсцесса и дренирование
3. Посев или окрашивание по Грамму не проводится
4. Антибиотики не применяются
5. Группа высокого риска (сепсис, иммуносупрессия, диабет, особая локализация поражения)
6. Вскрытие абсцесса и дренирование
7. Культуральные исследования и окрашивание мазков по Грамму
8. Антибиотикотерапия

Вскрытие абсцесса и его дренирование неизбежно болезненны. Правильно проведенная местная анестезия обезболивает только дермальный покров абсцесса. Введение же больших объемов анестетика для инфильтрации окружающих абсцесс тканей лишь увеличивает припухлость, что, безусловно, усиливает боль и еще больше нарушает кровоснабжение. Обезболивание при дренировании абсцессов конечностей может обеспечиваться регионарными блокадами. Нередко достаточно удобной для больного (как и для врача) бывает премедикация больного внутримышечными опиатами за 30—40 мин до процедуры. Так, для больного с массой тела в 70 кг вполне достаточно введения 50—150 мг солянокислого меперидина или 5—10 мг сульфата морфина с 25—50 мг наркотического потенцирующего средства, такого как солянокислый прометазин или гидроксизин. Используется также внутривенное введение диазепама; в отдельных случаях анестезия может быть обеспечена 50 % закисью азота.

Решение о дренировании абсцесса в ОНП, а не в специализированном учреждении зависит от возможности обеспечения достаточной анестезии, от глубины абсцесса и от возможности долечивания больного на амбулаторной основе. Большинство локализованных кожных абсцессов можно дренировать в ОНП. Глубокие абсцессы, которые распространяются под подкожной фасцией или локализуются вблизи нервно-сосудистых пучков, а также абсцессы, требующие хирургической обработки раны или затрудняющие достижения удовлетворительной аналгезии, должны дренироваться в специализированном учреждении. То же относится к перианальным абсцессам, распространяющимся до мышцы, поднимающей задний проход, или же проникающим в ишиоректальное пространство или прямую кишку.

Больной позиционируется таким образом, чтобы визуализация области абсцесса была полной. При вульвовагинальных абсцессах больной помещается в литотомическое положение. Для лечения периректальных и пилонидальных абсцессов лучше использовать положение больного с коленями, прижатыми к груди, положение Симса или положение на животе. Могут использоваться полоски широкого липкого пластыря, которые прикрепляются к ягодичным складкам и краям стола для оттягивания ягодиц с целью обеспечения адекватной экспозиции. Операционное поле тщательно обрабатывают раствором повидон-йодида и обкладывают хирургическими салфетками. Если

не применяется регионарная анестезия, то кожа в месте предполагаемого разреза анестезируется 1 % раствором лидокаина или распылением хлорэтила над участком флюктуации, а при ее отсутствии — над центральной областью индурации. Если необходимо произвести посев на анаэробы, то гной аспирируется чрескожно или забирается сразу же после инцизии (для предупреждения его длительного контакта с воздухом).

Инцизия производится скальпелем № 11 по всей длине участка флюктуации с учетом естественного хода кожной складки. При абсцессе бартолиновой железы разрез проводится скорее через слизистую оболочку, нежели по кожной поверхности. Следует обеспечить свободный отток гноя, при этом необходимо взять материал для посева и окрашивания по Грамму. Абсцесс не является простым сферическим образованием; он включает сеть пальцевидных образований, состоящих из грануляционной ткани и гнойных полостей, распространяющихся в разные стороны от центра в плоскостях наименьшего сопротивления. Таким образом, полость абсцесса следует вскрыть в радиальном направлении, что позволяет открыть все "карманы" и тщательно промыть их физиологическим раствором до полного удаления гноя и остатков некротизированных тканей. Особая осторожность необходима при вскрытии абсцессов в области шеи или паха, где сосудисто-нервные пучки проходят близко от поверхности кожи. Затем полость абсцесса на всю глубину рыхло заполняется марлевыми турундами. Тугое заполнение полости абсцесса не обеспечивает дренажа и может замедлять процесс заживления. Использование тампонов с йодоформом не является необходимым. Наконец, накладывается сухая повязка с абсорбентом. В этом отношении особенно трудна перинеальная область. Применение санирующих салфеток представляется целесообразным как при передней, так и при задней локализации абсцесса в указанной области. Если же смешение повязки неизбежно, то следует проинструктировать больного о недопустимости их водворения на место и рекомендовать теплые сидячие ванны в течение 20—30 минут 4 раза в день. Повязки меняются через 48 часов, за исключением случаев локализации абсцесса в области лица, когда повязку меняют каждые сутки, при этом турунды удаляют. Больным с минимальными выделениями в полости абсцесса, разрешением целлюлита окружающих тканей и формированием заживляющей грануляционной ткани рекомендуются теплые припарки. У больных с продолжающимися выделениями повязку следует сменить; последующий контрольный осмотр проводится через 24—48 часов. В тех случаях, когда налицо явные признаки выздоровления, последующее наблюдение за больным не является необходимым. Применение антибиотиков до и после инцизии и дренирования показано в следующих случаях:

* при интоксикации и значительном повышении температуры;
* при абсцессах в области сосцевидного отростка или центрального треугольника лица, так как эти области дренируются кавернозным синусом;
* при наличии системного заболевания или васкулярных поражений;
* у больных, получающих иммунодепрессанты или химиотерапию.

У таких больных может быть произведено пробное исследование на патогенную флору.

1. Сопоставление локализации абсцесса и известных бактериологических данных, характерных для аналогичных мест, позволяет установить вероятную микрофлору абсцесса. Как правило, микробная флора кожных абсцессов отражает состав микрофлоры кожи и слизистых оболочек в данной области.

2. Обнаружение дурно пахнущего гноя часто указывает на наличие анаэробов.

3. Тест с окрашиванием мазков гноя по Грамму позволяет идентифицировать стерильные абсцессы и абсцессы со смешанной аэробной и анаэробной флорой, а также абсцессы, инфицированные золотистым стафилококком.

После проведения пробной бактериологической идентификации может быть выбран наиболее адекватный антибиотик. Микрофлора кожных абсцессов отражает состав микрофлоры в пораженной анатомической области. Если антибиотики применяются по поводу абсцессов головы, шеи, подмышечных областей или конечностей, то необходимо пероральное назначение антистафилококкового препарата, такого как ванкомицин, диклоксациллин, эритромицин или цефокситин. Цефалоспорины эффективны также против P.morabilis. Больные с подозреваемой бактериемией госпитализируются, при этом обязательно производятся посевы крови. Абсцессы, связанные со злоупотреблением тех или иных препаратов, часто содержат пенициллинчувствительные анаэробы; золотистый стафилококк обнаруживается менее чем в 25 % случаев.

У больных, получающих антибиотики, производятся посевы, как на аэробную, так и на анаэробную флору для определения специфического бактериального спектра данного абсцесса, что позволяет модифицировать выбор антибиотика при наличии показаний.

Перинеальные абсцессы, возникающие в области анальных крипт (периректальные), характеризуются фекальной флорой. Кожные абсцессы ягодиц отражают состав микрофлоры кожи. Абсцессы бартолиновой железы или протока содержат вагинальную флору. Обычно B.fragilis является единственным анаэробом, резистентным к пенициллину и аминогликозияам. Тетрациклин не пригоден в качестве препарата первого выбора ввиду резистентности к нему многих анаэробов. При лечении абсцессов промежности, когда в качестве патогенов подозреваются анаэробы, показаны клиндамицин или цефалоспорины нового поколения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год