



FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF PURULENT SKIN DISEASES IN ADOLESCENT CHILDREN

B.Khamidov

TASHKENT PEDIATRIC INSTITUTE, TASHKENT, UZBEKISTAN

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10892955>

ARTICLE INFO

Received: 23th March 2024

Accepted: 28th March 2024

Online: 29th March 2024

KEYWORDS

Staphylococcus, streptococcus, clinical bacillus, Pseudomonas aeruginosa, proteus, enterococcus.

ABSTRACT

The problem of combating pustular skin infection remains relevant, since the percentage of patients with purulent inflammatory skin diseases in children's hospitals is still high. The operation was examined during 2015-2022 for pustular diseases of soft tissue and skin. The age of children is from 9-13 years old. Along with the autopsies of the abscesses, the pus was backfilled, a biopsy was performed from the surrounding tissue of the hearth. The analysis of the obtained data showed that the main point determining in our study is the clinical course of the purulent process in adolescents and morphological changes in the area of infiltration and adjacent lymph nodes. Mono infection was found in 89% of cases, polymicrobial flora in 11% of cases. The isolated microorganisms were staphylococcus - 65%, streptococcus-12%, clinical bacillus - 11.5%, Pseudomonas aeruginosa -4.5%, proteus -4%, enterococcus-3%

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНИЧКОВЫХ БОЛЕЗНИ КОЖИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВ

Хамидов Б.Х.

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Г.ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10892955>

ARTICLE INFO

Received: 23th March 2024

Accepted: 28th March 2024

Online: 29th March 2024

KEYWORDS

ABSTRACT

Проблема борьбы с гнойничковой инфекцией кожи остаётся актуальной, так как удельный вес больных с гнойно-воспалительными болезнями



*Стафилококк, стрептококк,
кишечная палочка,
синегнойная палочка,
протек, энтерококк.*

кожи в детских стационарах все ещё высок. Обследовано оперированных в течение 2015-2022 гг. по поводу гнойничковых заболеваний мягкой ткани и кожи. Возраст детей от 9 до 13 лет. Наряду с вскрытием гнойничков производилось бакпассев гноя, биопсия из окружающей ткани очага. Анализ полученных данных показал, что основным моментом, определяющим в нашем исследовании клиническое течение гнойного процесса у подростков и морфологические изменения в зоне инфильтрата и близлежащих лимфоузлах. Моно инфекция оказалась в 89% случаев, полимикробная флора – 11% случаев. Выделенных микроорганизмов составил стафилококк – 65%, стрептококк-12%, кишечная палочка-11,5%, синегнойная палочка – 4,5%, протек – 4%, энтерококк- 3%.

Актуальность. Клинические наблюдения в том числе собственные, указывают на снижение эффективности лечебной антисептики, что связывают с появлением устойчивых к антисептикам форм бактерий- возбудителей гнойно воспалительных заболеваний. Удельный вес больных с хирургической инфекцией в детских стационарных колеблется от 6 до 50%.

В связи с этим большое значение приобретает борьба с гнойничковыми болезнями кожи, которые составляют более 1/3 всех дерматозов и часто являются причиной косметологической дефектов у подрастающего поколения и временной нетрудоспособности [1,2]. В основе почти всех неблагоприятных результатов лечения больных с гнойной хирургической инфекцией лежат поздняя диагностика или недооценка серьезности последствий заболевания [3,1].

Гнойничковые болезни кожи - это воспалительный процесс, вызванный гноеродной микрофлорой, сопровождающийся как местными, так и общими реакциями с различной локализацией и характером. В его развитии важную роль играют иммунобиологическое состояние больного и вирулентность микроорганизмов. Специфических возбудителей гнойной инфекции в природе не существует. При определенных условиях любой микроорганизм, вегетирующий в организме ребенка может стать источником гнойной инфекций.

В развитие гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей участвуют три важнейших фактора: возбудитель, собственная микрофлора организма больного и его реактивность.

Для распространения воспалительного процесса необходимо пусковые агенты, чтобы антигенное раздражение в организме превысило защитные возможности иммунной системы. Это происходит при чрезмерном размножении возбудителя в одном из естественных резервуаров существования микрофлоры в организме



(желудочно-кишечный тракт. Дыхательные пути, горла, кожа и транслокации в пораженный орган [2,3].

На месте внедрения микробов в организм, как правило развивается местная воспалительная реакция. Характер воспалительного экссудата зависит от вида микроорганизма. При стафилококковой инфекции – гной желтоватого цвета, густой, с фибрином. При стрептококковой инфекции-гной белый или розоватый (гемолитический стрептококк) жидкий без фибрина. При синегнойной инфекции-гной сине-зелёного цвета. При колибациллярной инфекции-гной с коричневатым и сероватым оттенком с неприятным запахом. При анаэробном инфекции-экссудат жидкий, мутный в небольшом количестве, могут быть пузырьки газа [1,4,5].

Большинство микробов живет в ассоциациях между собой (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка и т.д.). Существует ассоциация аэробов с анаэробами. Но некоторые микробы (синегнойная палочка) являются антагонистами других микроорганизмов. Они обитают в щелочной среде. Отдельные микроорганизмы имеют свою среду обитания. Например, стафилококк чаще поражает подкожно-жировую клетчатку, стрептококк-слизистые и серозные оболочки, анаэробы-поврежденную мышечную ткань, ткани с плохим кровоснабжением, менингококк-мозговые оболочки, гонококк – половые органы [3,4,5].

Имеется два пути возникновения и развития воспалительного процесса эндогенный (заболевание является результатом аутоинфекции сенсibilизированного организма) и экзогенный (возбудитель проникает в организм из вне). Наиболее часто микробы попадают в организм через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки-воздушнокапельным, контактным и трансплантационным путем начальным звеном этого процесса является контаминация (обсеменение) организма ребенка микробной флорой, которая происходит еще антенатально, но значительно чаще интра-и постнатально [2,3].

С гнойничковыми болезнями кожи у детей приходится встречаться не только дерматологам, но и врачам общей практики, инфекционистам, педиатром, детским хирургом.

Возможно, существует и какая-то цикличность внешних природных факторов, оказывающих своё воздействие как на защитные возможности микроорганизмов, так и на патогенность микробной флоры.

Таким образом несмотря на значительные достижения современной медицины, проблема борьбы с гнойничковой инфекцией кожи остаётся актуальной, так как удельный вес больных с гнойно-воспалительными болезнями кожи в детских стационарах всё ещё высок.

Цель работы - явилось выявление взаимосвязи между клиническим течением гнойничковых болезни кожи и иммуно-морфологическими изменениями, развивающимися в области воспалительного очага.

Материалы и методы: Обследовано оперированных в детском хирургическом отделении 2- ГДХКБ г.Ташкента в течение 2015-2022 гг. по поводу гнойничковых заболеваний кожи. Возраст детей от 9 до 13 лет. Наряду с вскрытием гнойничков



производилась бакпассев гнойя, биопсия из окружающей ткани. Мальчиков было 1237 (58,7%), девочек – 872 (41,3%).

Анализ полученных данных показал, что основным моментом, определяющим в нашем исследовании клиническое течение гнойного процесса у подростков и морфологические изменения в зоне инфильтрата и лимфоузлах явилось наличия сопутствующих ОРВИ-острый респираторный вирусной инфекции.

Результаты и обсуждение: В структуре гнойничковой болезни у подростков преобладает гнойное воспаления волосяных фолликулов. Второе место по частоте поражения стафилококковым процессом занимает поражение глублежащей мягкой ткани. Третье-инфицирование подкожно-жировой ткани флегмоны, парапроктиты. У большинства подростков воспалительный процесс выявлен в стадии серозно-инфильтративной и гнойно-некротической фазе. Лишь 117 (5,54%) больных поступили в клинику в фазе рассасывание. Анализ соматического здоровья матерей показал, что более половины 68% имели различную экстра генитальную патологию, 22,5% из них имели два заболевания, 16,4% - три и более, 1726 (81,8%) перенесли различные острые вирусные заболевания дыхательных путей. У 76% матерей выявлена анемия.

Начало болезни у большинства больных было постепенным. Только у 316 (14,9%) детей отмечено острое начало болезни с высокой температурой, резкой гиперемией, отеком болезненностью данной области, у 47 с фурункулом лица с реактивным отёком в пара орбитальной области. Подобное начало более характерно для детей школьного возраста. Интоксикация в виде снижения аппетита, раздражительность, плаксивость, повышение температуры тела наблюдались у 62 У. больных. Следует указать, что у всех детей с гнойничковыми заболеваниями мягкой ткани, ведущими симптомами начала болезни были-гиперемия, отечность, припухлость над эпидермисом, резкая болезненность, ограничение подвижности в поражённом участке тела.

Сдвиги в гемограмме в виде лейкоцитоза, нейтрофилёза со сдвигом влево и увеличения СОЭ до 35 мм/ч зарегистрированы в 1237 (58,7%) случаях. Уровень С-реактивного белка у – 872 (41,3%) был повышен.

Для определения возбудителей чувствительности их к антибиотикам проведено микробиологическое исследование: посев из гноя и с поверхности кожи, также из полости носоглотки. Наибольший показатель высеваемой отмечен из гноя. Из выделенных микроорганизмов стафилококк составил – 67%, стрептококк-13% кишечная палочка – 12,5%, протей-5%, синегнойная палочка – 5,5%. Моноинфекция оказалось в 88% случаев, ноли-микробная флора-13% случаев, стафилококк в ассоциации с кишечной палочкой- 16%, стафилококк с протеом – 6%, стафилококк с синегнойной палочкой – 6%.

Функциональная недостаточность поражённого органа, обусловленная распространённостью воспалительного процесса наблюдалось у 6 больных с паховым лимфаденитом, у 4-х детей с гидраденитом. В 3-х случаях отмечено распространение флегмоны. Рецидив абсцесса наблюдался у 3-больных.



Сопутствующие заболевания различных органов и систем диагностированы у 247 больных, из них, 227 хронические инфекции верхних дыхательных путей.

Во всех случаях в клинике проводилось комплексное лечение, включающее антибиотикотерапию с 3 препаратами и этиопатогенетические средства. Из последних, кроме общеукрепляющих, но показаниям назначались иммунокорректирующие препараты по общепринятой схеме, а также антиоксиданты и физиотерапевтические процедуры.

При единичном фурункуле внимание сосредотачивали на локальной терапии. При начинающихся осложнениях весьма успешным является двух – трехкратное обкалывание фурункула раствором антибиотиков в новокаине (суточная доза), при котором наступает анестезия.

При флегмоне четко выражены: припухлость, гиперемия кожи, местные повышение температуры, боль, функция пораженной части тела нарушена. Процесс имеет тенденцию к распространению. Нередко ткани подвергались гнойному расплавлению и появлялась размягчение инфильтрата. Заболевание сопровождалось выраженными общими явлениями- повышение температуры, недомогание, головные боли, снижение аппетита, гиподинамичность.

Местно назначают тепло в виде согревающих компрессов, УВЧ, обкалывание пораженной поверхности раствором антибиотиков. Производят один или несколько параллельных разрезов, рассекая кожу и подкожную клетчатку. Раны рыхло тампонируют, накладывают магнезиальную повязку с 25% раствором сернокислой магнезии, обладающей легким анальгетическим свойством. Под влиянием комплексного лечения общие и местные явления быстро стихают.

Длительность стационарного этапа лечения определяли индивидуально, в зависимости от характера распространенности и фазы воспалительного процесса, а также от эффективности лечения.

При изучении чувствительности микробов к различным, антибиотикам, наиболее эффективными оказались цефалоспорины 3-4- го поколения и аминогликозиды. К концу стационарного лечения значительный клинический эффект наблюдался у 97,9% больных.

Выводы: Морфологическая картина в расположенных рядом лимфоузлах мягких тканях соответствовала фоновому иммуногенезу. Это дало возможность считать, что при остром воспалении мягких тканей у подростков отмечается локальное нарушение иммуногенеза.

Модно инфекция оказалось в 89% случаев, полимикробная флора- 11% случаев.

Рациональное лечение гнойничковых заболеваний в стадии гнойно-некротического течения включающее оптимальную комбинацию антиотиков и патогенетических средств, способствует клиническому излечению на стационарном этапе 97,9% детей и подростков. Выделенных микроорганизмов составил стафилококк – 65%, стрептококк – 12%, кишечная палочка – 11,5% синегнойная палочка – 4,5%, протей – 4%, энтерококк – 3%.



References:

1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия – М.: Медицина, 1971-432 с.
2. Баиров Г.А., Рошал Л.М., Гнойная хирургия детей – М.; Медицина, 1991-272 с.
3. Красовская Т.В. Хирургическая инфекция у новорожденных - М., 1993 – 224. с.
4. Самсыгина Г.А. Антибиотикотерапия сепсиса у детей. Текст./ Г.А. Самсыгина // Педиатрия – 2003 №5 – с.3-12.
5. Гнойно-воспалительные заболевания у детей. Текст./ Под ред. проф. Б.Н. Давыдова, проф. Г.Н. Румянцевой – Тверь: РИЦТГМА., 2006. 270 с.