



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.10699831>

ARTICLE INFO

Received: 16th February 2024

Accepted: 23th February 2024

Online: 24th February 2024

KEYWORDS

ABSTRACT

Проблема борьбы с гнойничковой инфекцией кожи остаётся актуальной, так как удельный вес больных с гнойно-воспалительными болезнями 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 бакпосев 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 инфильтрации и близлежащих лимфоузлах. Моноинфекция 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 косметологических 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 анаэробной 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, педиатрам, детским хирургам.



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 гноя, 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 наличии 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, отечностью 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 пораженном 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 пораженного 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. Байров 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 ряд. проф. Б.Н. Давыдова, проф. Г.Н. Румянцевой – Тверь: РИЦТГМА., 2006. 270 с.