

Хирургическая инфекция лимфатической системы.

Возможны различные уровни поражения лимфатической системы, при этом воспалительные заболевания данной системы подразделяются на:

1. Капиллярный лимфангит (рожа).
2. Лимфангит, поражающий собирательные и стволые сосуды.
3. Лимфаденит.

Рож (**erysipelas**) – острая хирургическая инфекция, в основе которой лежит капиллярный лимфангит кожи (дермы). При этом развивается заболевание, проявляющееся острым серозным, быстро распространяющимся воспалением собственно кожи, реже слизистой оболочки, резко ограниченное от окружающих неизменных тканей. Наиболее часто поражается лицо и голень.

Рож была хорошо известна врачам древней Индии, Гиппократу, Галену. В XIX в. Н.И. Пирогов, И. Земмельвейс рассматривали рожу как заразную болезнь и нередко как раневую инфекцию.

Этиология. Возбудителем рожи является гемолитический стрептококк *Streptococcus pyogenes* группы А. Впервые он был выделен при роже в 1874 году В.В. Лукомским и Т. Бильротом.

Патогенез. Источник заражения экзогенный – через входные ворота (мелкие ссадины, расчесы, потертости) происходит контаминация. Возможен реже эндогенный занос инфекции по лимфатическим путям. Однако для развития рожистого воспаления бывает недостаточно внедрения стрептококка в кожу или слизистые оболочки. Заболевание чаще возникает на фоне особой реактивности организма, специфической сенсибилизации к стрептококку, возникающей при хронической стрептококковой инфекции, нарушении венозного, артериального и лимфообращения.

В развитии рожистого воспаления прослеживаются следующие периоды:

1. Период инкубации, который длится от нескольких часов до нескольких суток.
2. Период острого рожистого воспаления (от 7-8 дней до 2-х недель).
3. Выздоровление (2-4 недели).

Иммунитета после перенесенного заболевания, как и в большинстве случаев при стрептококковых инфекциях не возникает.

Возникающая при этом сенсибилизация обуславливает склонность к рецидивам данного заболевания и повторным формам.

Распространение процесса в основном лимфогенное в виде так называемой:

1. ползучей формы, распространяющейся во все стороны от основного очага;
2. мигрирующей формы – появление новых очагов в различных участках тела, возникающих без видимой связи с основным источником болезни.

Патологическая анатомия:

На коже (реже на слизистой оболочке полости рта, носа) появляется резко гиперемированный очаг, который быстро превращается в болезненную, красную, плотную, четко отграниченную приподнятыми в виде валика краями рожистую бляшку, имеющую зубчатые очертания. Возникает на месте внедрения при этом эксудативное воспаление, характер экссудата – серозный, реже может быть серозно-геморрагический или серозно-гнойный.

Стрептококки внедряются в лимфатические капилляры, возникает отек, стаз, припухлость, при этом и кровеносные капилляры резко расширяются и переполняются кровью, что вызывает гиперемиию кожи. По ходу лимфатических капилляров происходит лейкоцитарная инфильтрация, при этом стрептококки обнаруживаются в лимфатических сосудах по периферии воспаления.

При выраженной экссудации и накоплении экссудата под эпидермисом образуются пузыри, наполненные прозрачно-желтой жидкостью. Распространение воспаления на подкожную клетчатку может закончиться развитием гнойно-некротического процесса, что приводит к флегмоне. Вовлечение в этот процесс крупных питающих кровеносных сосудов, тромбирование их осложняется развитием некроза участков кожи.

Классификация.

В.И. Стручков приводит следующие клинические формы рожистого воспаления:

1. Эритематозная.
2. Буллезная.
3. Флегмонозная.
4. Некротическая.

При этом он считает, что формы рожи правильнее называть фазами развития процесса. Начавшись с эритематозной фазы, рожа под влиянием своевременного и правильного лечения может закончиться выздоровлением, а при слабости иммунобиологических сил или при поздно начатом лечении могут развиваться более тяжелые фазы болезни (буллезная, флегмонозная и некротическая).

По тяжести течения различают легкую, среднетяжелую и тяжелую формы

рожи.

По характеру распространенности местных проявлений выделяют локализованную, блуждающую и метастатическую формы рожистого воспаления. Под метастатической формой понимают отдаленные друг от друга очаги воспаления. При этом рожа бывает первичной, повторной (возникающей спустя 2 года и более после предыдущего заболевания) и рецидивирующая (отличающаяся постоянной локализацией местного процесса и возникающая в период от нескольких дней до 2-х лет после предыдущего заболевания).

Клиническая картина. Нередко имеет место продромальный период, проявляющийся общей слабостью, головными болями, потерей аппетита, сниженной работоспособностью, субфебрильной температурой. Однако, чаще имеет место острое начало заболевания, возникают озноб, повышение температуры до 38-40° С, лихорадка носит постоянный характер, больные жалуются на резкую слабость, разбитость, головную боль, боли в мышцах, суставах, крестце. Возможны бред, возбуждение, судорожный синдром, нередко рвота. Пульс и дыхание учащены. При исследовании крови отмечается умеренная нормохромная анемия, выраженный лейкоцитоз и нейтрофилез, уменьшается количество эозинофилов. Печень и селезенка у значительной части больных увеличиваются. Уменьшается количество мочи, в последней определяются белок, эритроциты, лейкоциты, гиалиновые и зернистые цилиндры.

Местные симптомы появляются спустя 10-12 часов после начала заболевания, возникают жжение, умеренная боль, напряжение тканей. Появляется яркочерное пятно, которое увеличивается в размерах. Краснота при этом равномерная, края неровные в виде «географической карты» или «языков пламени» с четкими краями. В очаге воспаления – эритеме имеется умеренная припухлость, отек. Кожа тестовата, болезненна при пальпации.

Описанную клиническую картину имеет *эритематозная форма* рожистого воспаления.

При *буллезной форме*, наряду у указанными симптомами и изменениями, на коже появляются пузыри, наполненные серозным, серозно-геморрагическим или серозно-гнойным содержимым.

Флегмонозная форма рожи характеризуется выраженными симптомами токсикоза, наличием гнойного воспаления кожи и подкожной клетчатки.

Некротическая рожа характеризуется тяжелым течением, протекающим на фоне некроза кожи, чаще всего передне-внутренней поверхности голени, век или

мошонки (гангрена Фурнье).

Осложнения рожистого воспаления встречаются в 4-8% случаев. Рожистое воспаление может осложниться развитием абсцесса и флегмоны, образованием язв и некроза кожи. Вовлечение в воспалительный процесс вен приводит к тромбофлебитам. У ослабленных больных и пожилых людей возможно развитие септических пневмоний и сепсиса. Вследствие закупорки и облитерации лимфатических сосудов наступает нарушение лимфооттока и возникает лимфостаз и лимфедема (слоновость).

Диагноз обычно ставят на основании данных анамнеза и результатов объективного осмотра. Дифференциальную диагностику проводят с различными эритемами и дерматитами; абсцессами и флегмонами, эризипелоидом и узелковым периартериитом.

Лечение зависит от формы заболевания, степени интоксикации и характера локальных проявлений. Всем больным показан постельный режим.

В комплексе лечебных мероприятий при роже ведущее место занимает антибиотикотерапия. При первичной и повторной роже с успехом применяют пенициллин до 6 млн. ЕД в сутки, ампициллин до 2-3 грамм в сутки. Больным рецидивирующей рожей назначают тетрациклины, а в некоторых случаях антибиотики группы цефалоспоринов. Антибиотики нередко сочетаются с назначением сульфаниламидов и нитрофуранов.

Важное значение в патогенетическом лечении рожи придают кортикостероидам, которые показаны больным молодого возраста при рецидивирующей роже с частыми обострениями и формированием лимфостаза. Курсовая доза преднизолона составляет 350-400 мг. При флегмонозной и некротической роже гормоны противопоказаны.

Широкое применение находят физиотерапевтические методы УФО, УВЧ.

Местное лечение рожи. При эритематозной и буллезной форме противопоказаны повязки с водными растворами, общие и местные ванны. При буллезной форме производят вскрытие пузырей. При флегмонозной форме производят вскрытие флегмоны, при некротической форме выполняют некрэктомию.

Профилактика включает мероприятия, направленные на предупреждение передачи инфекции от больного окружающим лицам. Эффективна бициллинопрофилактика рецидивов рожи.

Лимфангит – острая хирургическая инфекция, поражающая лимфатические сосуды.

Этиология. Заболевание вызывается разнообразной гноеродной флорой, чаще кокковой.

Патогенез. Лимфангит возникает при проникновении экзогенной инфекции из участков поврежденной ткани или распространении инфекции из первичного эндогенного очага.

Выделяют две формы воспаления:

1. Серозный лимфангит без и с наличием тромбоза.
2. Гнойный лимфангит.

Клиника

Капиллярный лимфангит имеет место, как вторичный процесс, при любом воспалении – наличие отека, гиперемии, припухлости вокруг очага воспаления. Единственное самостоятельное заболевание, поражающее капилляры – это рожа.

Ретикулярный лимфангит, как правило сопутствует основному воспалительному процессу; но может протекать и как самостоятельное заболевание при поражениях кожи и слизистых в виде множественных тонких полосок, сливающихся в густую сеть, на фоне умеренного отека отдаленных участков кожи вокруг раны или гнойного очага.

Трункулярный или стволовой лимфангит может быть самостоятельным заболеванием, но при этом как правило дистальнее определяется источник инфекции – местный гнойный процесс в виде раны, фурункула, карбункула и т.д.

Поверхностный трункулярный лимфангит характеризуется болью, явлениями воспаления по ходу сосуда, усиливающимися при движении, плохим самочувствием, повышением t° и др. симптомами.

Глубокий трункулярный лимфангит характеризуется тупыми распирающими болями в конечности, нарастающим отеком, бледностью кожных покровов, резкой болезненностью по ходу трункулярных лимфатических сосудов; наличием лимфаденита; высокой t° , тахикардией.

Гнойный трункулярный лимфангит характеризуется ознобом, резким повышением t° , слабостью, явлениями эндотоксикоза.

Течение: простой лимфангит под воздействием противовоспалительного лечения проходит через 4-5 суток. В редких случаях может развиваться сепсис. Повторный трункулярный лимфангит нередко является причиной слоновости.

Лечение.

1. Иммобилизация (покой).
2. Санация очага инфекции.
3. Антибактериальная терапия.
4. Физиотерапия.
5. Местно: мазевые бальзамические повязки, компрессы с 30% р-ра димексида. При наличии абсцедирования – операция.

Лимфаденит – воспаление лимфатических узлов.

Выделяют:

1. Острый.
 - 1.1. Простой (серозный).
 - 1.2. Гнойный.
2. Хронический (первичный и вторичный).
 - 2.1. Эксудативный.
 - 2.2. Продуктивный

Этиология – чаще всего кокковая флора. Путь проникновения лимфогенный.

В подавляющем большинстве случаев лимфаденит возникает как осложнение хирургического инфекционного процесса, в том числе, нередко, лимфангита.

Наиболее частая форма – *острый простой лимфаденит*.

Клиника. Наличие боли, явлений воспаления в виде отека, припухлости, увеличения узлов, симптомов интоксикации.

При гнойном лимфадените – выраженная интоксикация, высокая температура, наличие местно симптомов флюктуации.

Возможные осложнения гнойного лимфаденита – тромбофлебит магистральных вен и сепсис.

Лечение.

1. Постельный режим.
2. Санация источника инфекции.
3. Антибиотикотерапия, антибактериальная терапия, детоксикация.
4. Местно при абсцедировании – вскрытие и дренирование гнойника.

Хронический лимфаденит.

Эксудативная форма хронического лимфаденита протекает без выраженных симптомов инфекционного токсикоза. При этом преобладают местные симптомы.

При данной форме формируется воспалительная киста на месте лимфатического узла.

Продуктивное воспаление хронического лимфаденита (склерозирующая форма) характеризуется развитием соединительной ткани на месте лимфоузлов, которая постепенно замещается плотной фиброзной тканью, иногда с элементами петрификации – обызвествления.

Лечение.

Эксудативная форма на ранних этапах противовоспалительная консервативная, при образовании кисты – вскрытие последней с иссечением стенок, узлов и клетчатки.

При склерозирующем лимфадените – консервативное.