



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ОДЕСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ, ДИТЯЧОЇ ТА
ВІЙСЬКОВОЇ ХІРУРГІЇ З КУРСОМ
УРОЛОГІЇ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЇ**

**Методичні рекомендації для занять
студентів 3-го курсу**

Навчальна дисципліна: «Загальна хірургія»

Тема: «Гострі гнійні захворювання м'яких тканин: абсцес, флегмона, фурункул, карбункул, бешиха, ерзипелюїд. Клінічна картина. Методи діагностики і диференційної діагностики. Оперативні втручання при цих захворюваннях.»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Освітньо-професійна програма: Медицина

**Затверджено на засіданні кафедри
загальної, дитячої та військової хірургії з
курсом урології та офтальмології.**

Протокол № 7 від 23.03.2026

Одеса 2026

Методичні рекомендації складені на основі освітньо-професійної програми «Медицина» підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 222 «Медицина» галузі знань 22 «Охорона здоров'я», ухваленою Вченою Радою ОНМедУ (протокол № від 20__ року).

Розробник: доцент к.мед.н. Ільїна-Стогнієнко В. Ю.

Програму обговорено на засіданні кафедри загальної та військової хірургії

Протокол № _ від “ ___ ” _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

_____ Михайло КАШТАЛЬЯН

Погоджено із гарантом ОПП _____ Валерія
МАРІЧЕРЕДА

Програму ухвалено на засіданні предметної циклової комісії з хірургічних дисциплін ОНМедУ

Протокол № _ від “ ___ ” _____ 20__ р.

Голова предметної циклової методичної комісії з хірургічних дисциплін _____ Василь МІЩЕНКО

Переглянуто та затверджено на засіданні кафедри

_____ Протокол № _ від “ ___ ” _____
20__ р.

Завідувач кафедри

(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Переглянуто та затверджено на засіданні кафедри

Протокол № _ від “ ___ ” _____ 20__ р.

Обґрунтування теми

У структурі хірургічної патології значну частку становлять гострі гнійні захворювання м'яких тканин (абсцес, флегмона, фурункул, карбункул, бешиха, еризипелоїд), які широко зустрічаються як у стаціонарній, так і в амбулаторній практиці. В основі їх розвитку лежать спільні патанатомічні, патофізіологічні, мікробіологічні та імунологічні механізми, що визначає єдність підходів до діагностики та лікування. Вивчення теми інтегрується з загальною патологією, мікробіологією та фармакологією і є важливим для формування клінічного мислення та підготовки до практичної лікарської діяльності.

Матеріальне та методичне забезпечення заняття

Навчальні таблиці, схеми, ілюстративні матеріали, тести, ситуаційні задачі, методичні рекомендації.

Мета заняття

Загальна:

Ознайомити студентів з етіологією, патогенезом, клінічним перебігом, діагностикою та сучасними принципами лікування гострих гнійних захворювань м'яких тканин.

Конкретна:

Знати:

1. Загальні етіологічні та патогенетичні механізми розвитку гнійних інфекцій м'яких тканин.
2. Визначення та класифікацію абсцесу, флегмони, фурункула, карбункула, бешихи та еризипелоїду.
3. Клінічні прояви, ускладнення та принципи диференційної діагностики цих захворювань.

Вміти:

1. Діагностувати гострі гнійні захворювання м'яких тканин на основі клінічних даних.
2. Проводити диференційну діагностику між основними формами гнійної інфекції.
3. Обґрунтовувати та формулювати принципи комплексного лікування (консервативного та хірургічного).

Володіти практичними навичками:

1. Оцінки місцевих проявів гнійної інфекції (інфільтрат, гіперемія, флуктуація).
2. Проведення клінічної діагностики абсцесу, флегмони, фурункула, карбункула, бешихи та еризипелоїду.
3. Вибору тактики лікування та визначення показань до хірургічного втручання.

АБСЦЕС

Абсцес – це обмежене гнійне запалення тканин, яке характеризується утворенням порожнини, заповненої гноєм.

Класифікація

За локалізацією:

1. Поверхневий (у підшкірній клітковині).
2. Глибокий (у глибоко розташованих тканинах та органах).

За перебігом:

1. Гострий.
2. Хронічний.

Етіологія

Етіологія шкірних абсцесів найчастіше пов'язана з грампозитивною флорою, зокрема *Staphylococcus aureus* (у тому числі MRSA) та β -гемолітичними стрептококами. При локалізації в ділянці промежини та перианальній зоні переважає змішана аеробно-анаеробна мікрофлора.

Розвитку абсцесу сприяють фактори ризику: травми шкіри, наявність сторонніх тіл, порушення кровообігу та імунодефіцитні стани (цукровий діабет, ВІЛ-інфекція, імуносупресія).

Таким чином, етіологія залежить як від збудника, так і від стану організму та локалізації процесу.

Патогенез

Абсцес формується внаслідок локальної запальної реакції на інфекцію. Спочатку виникає запальний інфільтрат (ущільнення тканин із болючістю), після чого відбувається гнійне розплавлення тканин з утворенням обмеженої порожнини, заповненої гноєм.

Клінічно це проявляється переходом від щільного болючого інфільтрату до появи флюктуації, що свідчить про сформований абсцес.

Клініка

Клінічні прояви абсцесу залежать від його розміру, локалізації та характеру перебігу.

Місцеві симптоми:

- біль у ділянці ураження (спочатку інтенсивний, пульсуючий);
- припухлість (інфільтрат);
- гіперемія шкіри (відсутня при глибокому розташуванні);
- підвищення місцевої температури;
- симптом флюктуації (ознака наявності гною).

Стадійність процесу:

- стадія інфільтрату — щільне, болюче утворення;
- стадія нагноєння — розплавлення тканин і формування порожнини з гноєм;
- поява флюктуації.

Особливості:

- форма порожнини: від округлої до складної (з кишеньками, ходами);
- метастатичні абсцеси розташовані віддалено від первинного вогнища;
- при хронічному перебігу — симптоми запалення слабо виражені або відсутні;
- загальний стан зазвичай задовільний при підшкірних абсцесах, але може погіршуватися при глибоких або метастатичних формах.



Зображення 1. Абсцеси

Ускладнення

Локальні: персистуючий/рецидивуючий абсцес, перифокальний целюліт, лімфангіт/лімфаденіт.

Системні (рідше): бактеремія/сепсис — частіше у пацієнтів із коморбідністю, імунодефіцитом.

Діагностика (включно з диференційною діагностикою)

Діагностика абсцесу в більшості випадків базується на клінічному огляді. Під час обстеження виявляють характерні ознаки: болючий інфільтрат, припухлість, гіперемію та симптом флюктуації, що свідчить про наявність гнійної порожнини. У типових поверхневих випадках цього достатньо для встановлення діагнозу.

У разі відсутності флюктуації або при підозрі на глибоке розташування процесу важливу роль відіграють інструментальні методи, насамперед ультразвукове дослідження (POCUS), яке дозволяє відрізнити абсцес від целюліту та визначити наявність рідинної порожнини. При складних або глибоких ураженнях можуть застосовуватись КТ чи МРТ. Додатково використовують лабораторні методи (загальний аналіз крові) та, за можливості, бактеріологічне дослідження гною для ідентифікації збудника, зокрема MRSA.

Водночас у типових випадках лікування не слід затримувати через очікування результатів посіву. Для підтвердження діагнозу може виконуватися діагностична пункція з отриманням гною.

Диференційну діагностику проводять із захворюваннями, які можуть імітувати абсцес. До них належить розрив епідермоїдної кісти, що клінічно нагадує інфекційний процес, але часто не супроводжується бактеріальним ростом. Також слід виключити гідраденіт, гематому (особливо за наявності травми), а також целюліт або флегмону, при яких відсутня чітко сформована гнійна порожнина. При локалізації в ділянці промежини необхідно враховувати можливість глибших процесів, зокрема параректального абсцесу або свищів, зокрема при хворобі Крона.

Методи лікування (загальні та місцеві)

Лікування абсцесу є комплексним і включає загальні та місцеві заходи, при цьому провідну роль відіграє хірургічне втручання.

Загальні принципи лікування спрямовані на полегшення стану пацієнта та корекцію супутніх порушень. Обов'язковою є адекватна аналгезія. Важливе значення має корекція коморбідних станів, особливо цукрового діабету та імуносупресії, які можуть ускладнювати перебіг інфекції. Необхідно оцінити доцільність призначення антибіотиків: у типових неускладнених випадках після дренивання вони можуть не застосовуватися, однак при ризику MRSA, вираженому запаленні або у пацієнтів груп ризику доцільне їх призначення (частіше використовують TMP-SMX або кліндаміцин). Пацієнта обов'язково інформують про ознаки погіршення (посилення болю, набряку, підвищення температури) та необхідність повторного звернення.

Місьцеве лікування залежить від стадії процесу. На ранніх етапах (малий інфільтрат без чіткої порожнини) можуть застосовуватися теплі компреси для прискорення “дозрівання” абсцесу. Однак при наявності значного болю, набряку або підозри на сформовану гнійну порожнину очікування появи флуктуації не є обов'язковим — показане хірургічне втручання.

Оперативне лікування (розтин і дренивання)

Хірургічне лікування є основним методом і показане при наявності сформованого абсцесу.

Показання:

- біль, набряк і ознаки гнійної колекції;
- відсутність ефекту від консервативного лікування;
- локалізація в потенційно небезпечних ділянках (обличчя, кисть, промежина тощо).

Техніка втручання:

Процедура проводиться з дотриманням правил асептики та під

адекватною місцевою анестезією (іноді з седацією). Виконується розтин абсцесу з утворенням доступу (“вікна”), після чого евакуюється гній. Далі проводиться тупе руйнування перегородок і кишень для повного дренивання порожнини. За потреби здійснюється промивання (іригація). У рану встановлюють дренаж (марлева турунда або інший варіант), накладають пов’язку.

Особливості:

Рутинне пакування та іригація невеликих абсцесів не завжди покращують результати і можуть посилювати біль, однак при великих порожнинах або для гемостазу пакування може бути доцільним. Альтернативою є петльовий (loop) дренаж, який є менш травматичним і може спрощувати післяопераційний догляд.

Післяопераційний догляд

Після втручання необхідний контроль стану рани через 24–48 годин із оцінкою дренивання та, за потреби, корекцією або видаленням дренажу. Важливо підтримувати чистоту рани, проводити регулярні перев’язки. Загоєння, як правило, відбувається вторинним натягом. Одночасно оцінюють загальний стан пацієнта та ефективність терапії.

ФЛЕГМОНА

Флегмона — це гостре гнійне розлите запалення клітинного простору (підшкірної, міжм'язової, заочеревинної тощо). На відміну від абсцесу процес не має чітких меж.

Класифікація

За характером ексудату:

- а) серозна;
- б) гнійна;
- в) гнійно-геморагічна;
- г) гнильна.

Залежно від глибини розташування:

- а) епіфасціальна;
- б) субфасціальна (міжм'язова).

За локалізацією:

- а) флегмона кінцівки;
- б) тулуба;
- в) сідничної ділянки;
- г) підпахвового простору;
- д) субпекторальна;
- е) заочеревинного простору.

Етіологія

Найчастіше збудниками є стафілококи та стрептококи, однак флегмона може викликатися й іншими гнійними мікроорганізмами.

Інфекція проникає в тканини через пошкодження шкіри або слизових оболонок, а також гематогенним шляхом. У деяких випадках причиною можуть бути хімічні речовини (скипидар, бензин, гас тощо), введені під шкіру.

Флегмона може бути як самостійним захворюванням, так і ускладненням інших гнійних процесів (абсцес, карбункул, сепсис та ін.).

Патогенез

Запальний процес при флегмоні має дифузний характер. Гнійний ексудат поширюється по клітковинних просторах, переходячи з одного фасціального футляра в інший через анатомічні отвори для судинно-нервових пучків.

У процесі поширення гній розсуває тканини, стискає судини та порушує кровопостачання, що призводить до ішемії та некрозу тканин. Відсутність чіткої капсули зумовлює швидке прогресування і поширення процесу.

Клініка

Клінічна картина характеризується тяжким перебігом і швидким розвитком симптомів.

Спочатку з'являється болісна припухлість, яка швидко збільшується, супроводжується розливою гіперемією шкіри, вираженим болем та порушенням функції ураженої ділянки. Температура тіла підвищується до високих цифр (часто до 39–40 °С і вище), спостерігаються ознаки загальної інтоксикації.

У подальшому формується щільний інфільтрат, який поступово розм'якшується, і може з'являтися симптом флюктуації. Однак через дифузний характер процесу цей симптом не завжди чітко визначається.

Часто спостерігаються злякисні форми перебігу, при яких процес швидко поширюється на великі ділянки клітковини та супроводжується тяжкою інтоксикацією.

При вторинній флегмоні клініка поєднується з проявами основного захворювання (остеомієліт, гнійний артрит, перитоніт).



Зображення 2. Флегмона

Діагностика

Діагноз флегмони встановлюється на підставі клінічної картини: швидке поширення запалення, відсутність чітких меж, виражена інтоксикація.

Для уточнення поширеності процесу можуть застосовуватися інструментальні методи (УЗД, КТ, МРТ). Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові) виявляють ознаки запалення (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ).

Важливим є виявлення первинного вогнища інфекції при вторинній флегмоні.

Диференційна діагностика

Флегмону необхідно диференціювати з:

- абсцесом (наявність чіткої капсули і локалізованої порожнини);
- бешихою (поверхнєве ураження шкіри з чіткими межами);
- гематомою;
- некротизуючими інфекціями м'яких тканин;
- іншими гнійними процесами (артрит, остеомієліт).

Методи лікування (загальні та місцеві)

Усі пацієнти з флегмоною підлягають госпіталізації.

Загальне лікування включає постільний режим, іммобілізацію ураженої ділянки, інтенсивну антибактеріальну терапію (у високих дозах), дезінтоксикаційну терапію, знеболення, корекцію супутніх станів. Рекомендується рясне пиття, дієта, за потреби — серцеві засоби.

На початковій (інфільтративній) стадії можливе консервативне лікування: місцево застосовують сухе тепло, УВЧ, обколювання тканин розчинами антибіотиків у новокаїні. У цій стадії процес може обмежитися або перейти в абсцес.

Місьцеве лікування на стадії гнійного розплавлення є виключно хірургічним.

Оперативне лікування

Основним методом лікування є раннє і широке хірургічне розкриття флегмони.

Під час операції виконують широкі розрізи для адекватного дренивання гнійних порожнин, руйнують перемички та забезпечують відтік гною. Додатково можуть виконуватися контрапертури (додаткові розрізи) для дренивання нижче розташованих ділянок. Обов'язковою є іммобілізація ураженої кінцівки.

При прогресуванні процесу зволікання з операцією є неприпустимим.

Післяопераційний догляд

Проводять регулярні перев'язки, контроль дренивання, антибактеріальну та дезінтоксикаційну терапію. Оцінюють загальний стан пацієнта та динаміку процесу.

За відсутності покращення слід запідозрити ускладнення або прогресування процесу.

Ускладнення

Флегмона може призводити до розвитку:

- лімфаденіту, лімфангіту;
- тромбофлебіту;
- сепсису;

Поширення процесу на сусідні тканини може викликати:

- гнійний артрит;
- тендовагініт;
- остеомієліт.

Особливо небезпечні флегмони обличчя, які можуть ускладнюватися тромбофлебітом вен обличчя та гнійним менінгітом.

У тяжких випадках, при загрозі життю, може виникнути необхідність ампутації кінцівки.

ФУРУНКУЛ

Фурункул — це гостре гнійно-некротичне запалення волосяного фолікула та оточуючих тканин.

Класифікація

Окремо виділяють **фурункульоз** — множинне ураження фурункулами, яке може бути:

- гострим (одночасна поява);
- хронічним рецидивуючим (тривалий перебіг із ремісіями).

Етіологія

Найчастіше збудником є *Staphylococcus aureus*.

Інфекція проникає через мікротравми шкіри, забруднення, а також при зниженні захисних сил організму. До факторів ризику належать хронічні захворювання, авітаміноз, цукровий діабет, виснаження.

Фурункули не розвиваються на ділянках, позбавлених волосся (долоні, підошви).

Патогенез

Процес починається із запалення волосяного фолікула з утворенням пустули. Далі формується запальний інфільтрат, який піддається гнійно-некротичному розплавленню.

У центрі формується некротичний стержень (зруйнований фолікул і тканини), який разом із гноєм відторгається. Після цього рана очищається, заповнюється грануляційною тканиною і заживає з утворенням невеликого рубця.

Клініка

Клінічний перебіг зазвичай локальний і відносно легкий.

Спочатку пацієнт відчуває свербіж і поколювання. Через 1–2 доби з'являється щільний болючий інфільтрат, який виступає над поверхнею шкіри у вигляді конуса. Шкіра над ним гіперемована.

У центрі формується пустула з некротичною “чорною крапкою”. Через декілька днів відбувається розплавлення тканин і відторгнення некротичного стержня з гноєм. Після цього рана очищається і поступово загоюється.

Загальний стан зазвичай не порушений, однак при локалізації в ділянці обличчя, зовнішнього слухового проходу або носа біль може бути значним, а набряк — вираженим.

Особливо небезпечними є фурункули обличчя (носогубний трикутник), де через особливості венозного відтоку можливе швидке поширення інфекції.



Зображення 3. Фурункули

Діагностика

Діагноз встановлюється клінічно на підставі характерної картини:

- наявність болючого інфільтрату;
- центральний некротичний стержень;
- стадійність розвитку.

Додаткові методи зазвичай не потрібні.

Диференційна діагностика

Фурункул диференціюють з:

- карбункулом (множинні некротичні осередки);
- абсцесом (відсутність стержня);
- гідраденітом;
- флегмоною (розлитий процес).

Методи лікування (загальні та місцеві)

Лікування залежить від стадії процесу.

Загальне лікування включає гігієнічний догляд за шкірою, при необхідності — антибактеріальну терапію (особливо при локалізації на обличчі, множинних ураженнях або інтоксикації), а також корекцію супутніх станів.

Місьцеве лікування на початкових стадіях полягає у:

- обробці шкіри антисептиками (спирт, саліциловий спирт, брильянтовий зелений);
- застосуванні сухого тепла та УВЧ;
- униканні компресів (через ризик поширення інфекції).

Після розкриття фурункула застосовують мазі з антисептиками, гіпертонічні розчини для очищення рани.

Категорично забороняється видавлювання фурункула.

Оперативне лікування

Хірургічне втручання застосовується рідко і показане при ускладненнях (наприклад, переході в флегмону). У таких випадках виконують розтин і дронування гнійного вогнища.

Ускладнення

Можливі ускладнення:

- лімфангіт;
- регіонарний лімфаденіт;
- тромбофлебіт;
- сепсис.

Особливо небезпечні фурункули обличчя, які можуть ускладнюватися тромбозом венозних синусів і гнійним менінгітом. Часто це пов'язано з травматизацією (видавлювання, гоління).

КАРБУНКУЛ

Карбункул — це гостре гнійно-некротичне запалення декількох волосяних фолікулів і сальних залоз із формуванням загального інфільтрату та обширного некрозу шкіри і підшкірної клітковини.

Етіологія

Етіологія аналогічна фурункулу. Найчастіше збудником є *Staphylococcus aureus*, інколи стафіло-стрептококова асоціація, рідше — стрептококи.

Інфекція проникає через волосяні фолікули. Сприяючими факторами є виснаження організму, тяжкі хронічні захворювання, порушення обміну речовин (особливо цукровий діабет, ожиріння), а також висока вірулентність збудника.

Патогенез

Запальний процес охоплює одночасно декілька сусідніх волосяних фолікулів і поширюється на підшкірну клітковину. Внаслідок інтенсивного гнійно-некротичного процесу формується масивний інфільтрат із подальшим некрозом тканин.

Порушення мікроциркуляції та тромбоз дрібних судин сприяють прогресуванню некрозу. У центрі утворюються множинні гнійно-некротичні осередки, які зливаються, формуючи великі дефекти тканин.

Клініка

Карбункул характеризується тяжчим перебігом порівняно з фурункулом.

Найчастіше локалізується на задній поверхні шиї, міжлопатковій ділянці, попереку, сідницях, рідше — на кінцівках.

Спочатку з'являється невеликий інфільтрат із поверхневою пустулою, який швидко збільшується. Виникають різкі болі — як при пальпації, так і самостійні (розпираючі, рвучі).

Шкіра над вогнищем стає багряно-синюшною, напруженою, набряклого. Згодом утворюються множинні отвори (“симптом сита”), через які виділяється густий зеленувато-сірий гній і некротичні маси. Отвори можуть зливатися з утворенням великого дефекту тканин.

Загальний стан значно порушений: температура підвищується до 39–40 °С, виражена інтоксикація (слабкість, нудота, головний біль, безсоння, інколи марення). Після відторгнення некротичних тканин стан поступово покращується, рана очищується і загоюється з утворенням рубця. Особливо тяжко перебігають карбункули обличчя.



Зображення 4. Карбункул

Діагностика

Діагноз встановлюється клінічно на підставі:

- великого інфільтрату;
- множинних гнійних отворів (“сито”);
- некрозу тканин;
- вираженої інтоксикації.

Додаткові методи (ЗАК, бакпосів) застосовують за необхідності для оцінки тяжкості та збудника.

Диференційна діагностика

Карбункул диференціюють з:

- фурункулом (одиничний фолікул, менший обсяг некрозу);
- абсцесом (обмежена порожнина);
- флегмоною (дифузне поширення без чітких отворів);
- гнійними ураженнями шкіри іншої етіології.

Методи лікування (загальні та місцеві)

Загальне лікування включає постільний режим, іммобілізацію ураженої ділянки, антибактеріальну терапію, сульфаніламідні препарати, дезінтоксикаційну терапію, знеболення, рясне пиття та дієту. У хворих на цукровий діабет обов'язкова корекція глікемії (інсулінотерапія).

Місцеве лікування на ранніх стадіях може включати УВЧ та асептичні пов'язки з антимікробними препаратами.

Оперативне лікування

При відсутності ефекту від консервативної терапії протягом 1–2 діб або при наростанні інтоксикації показане хірургічне втручання.

Виконують широке розкриття карбункула з видаленням некротичних тканин і забезпеченням адекватного дренивання. Рана обробляється та ведеться відкритим способом.

Післяопераційний догляд

Проводять регулярні перев'язки, очищення рани від некротичних мас, антибактеріальну та дезінтоксикаційну терапію. Загоєння відбувається вторинним натягом із формуванням рубця.

Ускладнення

Можливі ускладнення:

- лімфангіт;
- лімфаденіт;
- тромбофлебіт;
- сепсис;
- гнійний менінгіт.

Особливо небезпечні карбункули обличчя, при яких частіше розвиваються тромбози вен і внутрішньочерепні ускладнення.

Прогноз

При своєчасному та адекватному лікуванні прогноз сприятливий. У ослаблених пацієнтів, при цукровому діабеті або локалізації на обличчі можливий тяжкий перебіг і несприятливі наслідки.

БЕШИХА

Бешиха — це гостре інфекційне запалення шкіри (рідше слизових оболонок), яке характеризується вираженою інтоксикацією та типовими місцевими проявами.

Класифікація

За клінічною формою виділяють:

- еритематозну;
- бульозну;
- флегмонозну;
- некротичну.

За перебігом:

- гостра;
- рецидивуюча;
- мігруюча.

За тяжкістю:

- легка;
- середньої тяжкості;
- тяжка.

За поширеністю:

- локалізована;
- поширена;
- блукаюча (мігруюча);
- метастатична.

Етіологія

Збудником є β -гемолітичний стрептокок групи А. Джерелом інфекції виступають хворі або носії стрептокока.

Інфекція проникає через ушкодження шкіри (рани, тріщини, попрілості, мозолі). Важливу роль відіграє індивідуальна чутливість організму та зниження імунітету.

Захворювання частіше виникає в літньо-осінній період, переважно у осіб старшого віку. Характерною є схильність до рецидивів.

Патогенез

Стрептококи проникають через пошкоджену шкіру і викликають місцеву запальну реакцію з розвитком набряку, гіперемії та інфільтрації тканин.

Токсини збудника спричиняють загальну інтоксикацію. Часто відзначається підвищена ламкість судин із розвитком крововиливів.

При рецидивуючих формах важливу роль відіграє сенсibilізація організму до стрептокока. Порушення лімфовідтоку сприяє хронізації процесу.

Клініка

Захворювання починається гостро. Спочатку з'являються загальні симптоми: підвищення температури до 39–40 °С, озноб, головний біль, слабкість, нудота. Через кілька годин приєднуються місцеві прояви.

У місці ураження виникає відчуття печіння, біль, набряк і яскрава гіперемія. Еритема має чіткі нерівні межі у вигляді “язиків полум'я” або “географічної карти”. Шкіра напружена, гаряча на дотик.

Часто спостерігається регіонарний лімфаденіт і лімфангіт.

При бульозній формі утворюються пухирі з серозним або геморагічним вмістом. Після їх розкриття формуються кірки або ерозії.

Перебіг супроводжується вираженим інтоксикаційним синдромом. Лихоманка триває 5–7 днів, місцеві прояви зникають до 10–14 дня.



Зображення 5. Бешиха

Діагностика

Діагноз встановлюється клінічно на підставі:

- гострого початку;
- вираженої інтоксикації;
- характерної еритеми з чіткими межами;
- типової локалізації (обличчя, нижні кінцівки).

Додатково враховують лабораторні ознаки запалення.

Диференційна діагностика

Бешиху диференціюють з:

- еризипелоїдом;
- абсцесом, флегмоною;
- тромбофлебітом;
- дерматитами, екземою;
- системними захворюваннями (СЧВ, склеродермія);
- хворобою Лайма.

Методи лікування (загальні та місцеві)

Загальне лікування включає антибактеріальну терапію. Препаратами вибору є пеніциліни, а також макроліди (еритроміцин), кліндаміцин. Тривалість лікування зазвичай 5–10 днів.

Додатково призначають:

- сульфаніламідні препарати;
- антигістамінні засоби;
- НПЗП;
- вітаміни та загальнозміцнюючу терапію.

При тяжких формах застосовують дезінтоксикаційну терапію, імуностимулятори, переливання крові або плазми.

Місцеве лікування:

- при поверхневих формах — антисептики, присипки, мазі;
- фізіотерапія (УФО, УВЧ);
- при бульозній формі — антисептичні пов'язки (фурацилін).

Мазі типу Вишневського та іхтіолової при бешисі протипоказані.

Оперативне лікування

Застосовується при ускладнених формах (бульозні, некротичні, флегмонозні), коли необхідна обробка ран, розкриття гнійних ускладнень.

Післяопераційний догляд

Включає перев'язки, контроль загоєння, продовження антибактеріальної терапії, фізіотерапію.

Ускладнення

Найчастіші ускладнення:

- абсцеси, флегмони;
- некрози;
- порушення лімфовідтоку (лімфостаз, слоновість);
- сепсис (рідко).

При рецидивуючому перебігу можливе формування хронічної лімфедми.

Профілактика

Полягає у дотриманні гігієни шкіри, своєчасній обробці ран, лікуванні гнійничкових захворювань та дотриманні асептики.

Прогноз

Загалом сприятливий при своєчасному лікуванні. Однак можливі рецидиви, особливо у пацієнтів із супутніми захворюваннями.

ЕРИЗИПЕЛОЇД

Еризипелоїд — це гостре інфекційне захворювання шкіри, спричинене *Erysipelothrix rhusiopathiae*, яке характеризується локальним запаленням шкіри, переважно на кистях, із відносно легким перебігом.

Класифікація

Виділяють такі форми еризипелоїду:

- шкірна (локалізована);
- шкірно-суглобова;

- генералізована (рідкісна).

Етіологія

Збудником є *Erysipelothrix rhusiopathiae* — грампозитивна паличка.

Джерелом інфекції є тварини (свині, риба, птиця), тому захворювання часто має професійний характер (м'ясники, рибалки, ветеринари).

Зараження відбувається через мікротравми шкіри при контакті з інфікованими продуктами або тваринами.

Патогенез

Збудник проникає через пошкоджену шкіру та викликає місцеву запальну реакцію. Процес зазвичай обмежується шкірою і рідко поширюється глибше.

У деяких випадках можливе залучення суглобів або генералізація інфекції.

Клініка

Захворювання починається поступово. У місці проникнення інфекції (частіше на пальцях або кистях) з'являється болюча ділянка почервоніння з чіткими межами, яка має синюшно-фіолетовий відтінок.

Характерні симптоми:

- помірний біль і печіння;
- набряк тканин;
- обмеження рухів (при локалізації біля суглобів).

Загальний стан зазвичай не порушений або страждає незначно, температура нормальна або субфебрильна.

При шкірно-суглобовій формі виникає артрит, при генералізованій — можливе ураження внутрішніх органів (дуже рідко).



Зображення 6. Ерзипелоїд

Діагностика

Діагноз встановлюється на підставі:

- характерної локалізації (кисті, пальці);

- професійного анамнезу;
- типових шкірних змін;
- відсутності вираженої інтоксикації.

За потреби проводять бактеріологічне дослідження.

Диференційна діагностика

Еризипелоїд диференціюють з:

- бешихою (виражена інтоксикація, яскрава еритема);
- панарицієм;
- флегмоною;
- алергічним дерматитом;
- тромбофлебітом.

Методи лікування (загальні та місцеві)

Загальне лікування включає антибактеріальну терапію. Препаратами вибору є пеніциліни, також можуть застосовуватись тетрациклін або макроліди.

Додатково призначають:

- НПЗП (для зменшення болю і запалення);
- антигістамінні засоби (за потреби).

Місьцеве лікування:

- антисептична обробка;
- сухе тепло;
- фізіотерапія (УВЧ).

Оперативне лікування

Як правило, не потрібне. Хірургічне втручання застосовується лише при ускладненнях (гнійні процеси).

Післяопераційний догляд

Проводиться лише при ускладненому перебігу і включає перев'язки, контроль загоєння та антибактеріальну терапію.

Ускладнення

Ускладнення виникають рідко, але можливі:

- артрит;
- хронічний перебіг;
- генералізація інфекції;
- ендокардит (дуже рідко).

Прогноз

Загалом сприятливий. При своєчасному лікуванні настає повне одужання. Генералізовані форми мають серйозніший прогноз, але зустрічаються рідко.

Рекомендована література

Основна література

1. Березницький Я. С., Захараш М. П., Мішалов В. Г., Шідловський В. О. та ін. Загальна хірургія : підручник для студентів вищих навчальних закладів МОЗ України. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 342 с.
2. Березницький Я. С. (ред.). Хірургія. Т. 1 : підручник із загальної хірургії. – Дніпро : Дніпро-VAL, 2018. – 443 с.
3. Хіміч С. Д., Желіба М. Д., Герич І. Г. та ін. Загальна хірургія : підручник / за ред. С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 608 с.
4. Шаповал С. Д. Гнійно-септична хірургія : навчальний посібник. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019. – 192 с.

Додаткова література

5. Russell R. C. G., Williams N. S., Bulstrode C. J. K. (eds.). Bailey & Love's Short Practice of Surgery. 24th ed. Vol. 1. – London : Hodder Arnold, 2018. – 738 p.
6. Khimich S. D., Zheliba M. D. (eds.). General Surgery : textbook for students of higher medical educational establishments. – Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2019. – 608 p.

Електронні ресурси

7. Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/>
8. World Health Organization. – Режим доступу: <https://www.who.int/>